Band 50

Die »Jungen Alten« II

Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren

Ludwig Amrhein, Katrin Falk, Josefine Heusinger,
Kerstin Kammerer und Birgit Wolter

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Mit der vorliegenden Expertise wurde das Fachheft »Die >Jungen Alten< – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren« (Band 38 der Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung«, BZgA 2011) umfassend aktualisiert und erweitert. Sie gibt einen breiten Überblick über die Lebenssituation 55- bis 65-jähriger Frauen und Männer in Deutschland.

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat das Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF) öffentlich zugängliche Daten und aktuelle Studien zu den vielfältigen Lebenslagen und Lebensmodellen von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren ausgewertet. Die Expertise gibt einen Einblick in die sozioökonomische Situation, die sozialen Beziehungen, die gesundheitliche Lage sowie das Gesundheitsverhalten der »Jungen Alten«. Weitere Themenschwerpunkte sind die Pflege von Angehörigen, Erwerbstätigkeit und Ruhestand, Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe sowie Wohnen im Alter.

ISBN 978-3-942816-xxx

Die »Jungen Alten« II

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die »Jungen Alten« II

Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren

Ludwig Amrhein, Katrin Falk, Josefine Heusinger, Kerstin Kammerer und Birgit Wolter

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 50

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung – Band 50
Die »Jungen Alten« II – Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren

Herausgeberin
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Maarweg 149–161, 50825 Köln
Tel.: 0221/89 92-0, Fax: 0221/89 92-300

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

Autorinnen und Autoren
Ludwig Amrhein, Katrin Falk, Josefine Heusinger, Kerstin Kammerer und Birgit Wolter

Redaktion: aHa-Texte (Köln)
Satz: Büro Freiheit (Köln)
Druck: XXX
Auflage: XXX
ISBN 978-3-942816-xxx

Band 50 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse
BZgA, Maarweg 149–161, 50825 Köln und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de.
Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: XXX

Vorwort

Angesichts des demographischen Wandels mit einer deutlichen Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen in der Bevölkerung gewinnt das Thema »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen« zunehmend an Bedeutung. Gesundheit im Alter ist von hoher individueller wie auch gesellschaftspolitischer Relevanz.

Bis zum Jahr 2050 werden etwa 23 Millionen über 65-Jährige in Deutschland leben. Ziel ist es, diesen Menschen zu ermöglichen, die gewonnenen Lebensjahre auch in hoher Lebensqualität zu erleben. Hierzu ist es wichtig, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können und über ein hohes Maß an Selbstbestimmung verfügen. Nur so können sie ihre Möglichkeiten nutzen und ihre Ressourcen ausschöpfen.

Die große Gruppe der älteren Menschen ist dabei sehr heterogen. Die individuellen Voraussetzungen, Lebensverläufe, Lebensphasen und Lebensbedingungen sowie das Umfeld sind unterschiedlich, ebenso die damit einhergehenden Chancen und Risiken für die Gesundheit. Der Vielfalt der Lebensumstände und des individuellen Älterwerdens genügend Aufmerksamkeit zu schenken, ist deshalb eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung wirksamer Strategien der Gesundheitsförderung. Nur Konzepte und Maßnahmen, die sämtliche Potentiale, Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken der Menschen, aber auch ihre Vulnerabilitäten sowie die ganz individuellen Lebenswelten berücksichtigen, können erfolgreich sein zur Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit, der Selbständigkeit und der Teilhabe bis ins hohe Lebensalter.

Um einen Überblick über die vielfältigen Lebenslagen der »Jungen Alten«, der Frauen und Männer zwischen 55 und 65 Jahren, in Deutschland zu erhalten, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF) mit einer gezielten Auswertung nationaler, öffentlich zugänglicher Daten und aktueller Informationen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten beauftragt. Für die vorliegende Auswertung wurde die gleichnamige Expertise aus dem Jahr 2011 anhand aktualisierter statistischer Daten vollständig überarbeitet.

In diesem Bericht werden die sozioökonomische Situation und der Bereich der sozialen Beziehungen und Lebensformen älterer Menschen untersucht, die Wohnsituationen und unterstützende Netzwerke betrachtet sowie die Bereiche Erwerbsarbeit und zivilgesellschaftliches Engagement analysiert. Die Expertise umfasst weiterhin die Themen Pflege von Angehörigen, Freizeit, Sport, Mediennutzung und kulturelle Aktivitäten sowie die Bereiche Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand. Soziale Lage, Migration und Gender werden jeweils als Querschnittsthemen berücksichtigt. Da die Quellen öffentlich zugänglich sind, kann die Expertise zudem als Ausgangspunkt für vertiefende Recherchen dienen. Ergänzt wurde die Neuauflage um ein Glossar zu den verwendeten Datenquellen.

Mit der vorliegenden Fachpublikation stellt die BZgA den Akteuren von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen eine differenzierte altersgruppenspezifische Planungsgrundlage zur Verfügung.

Dr. med. Heidrun Thaiss
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Inhalt

Vorwort 3

01 Einleitung 6

02 Sozioökonomische Situation im Überblick 10

02.1 **Alter und Geschlecht** 10
02.2 **Migrationshintergrund** 12
02.3 **Bildung** 14
02.4 **Einkommen, Vermögen, Armut** 16
02.5 **Fazit** 19

03 Soziale Beziehungen 22

03.1 **Lebensformen und Haushalte** 22
03.2 **Familien- und Generationenbeziehungen** 26
03.3 **Außerfamiliäre Netzwerke** 28
03.4 **Einsamkeit und soziale Exklusion** 30
03.5 **Fazit** 30

04 Gesundheitliche Lage 32

04.1 **Allgemeiner Gesundheitszustand** 34
04.2 **Morbidität** 37
04.3 **Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation** 44
04.4 **Lebenserwartung und Sterblichkeit** 46
04.5 **Gesundheitsverhalten und -risiken** 48
04.6 **Gesundheit und Arbeit** 60
04.7 **Gesundheitskosten** 64
04.8 **Fazit** 66

05 Pflege von Angehörigen 68

05.1 **Soziodemographische Merkmale der Pflegenden** 69
05.2 **Belastungen der pflegenden Angehörigen** 72
05.3 **Vereinbarkeit von Pflege und Beruf** 75
05.4 **Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige** 77
05.5 **Fazit** 78

06 Arbeit: Ältere mit und ohne Erwerbsarbeit 80

06.1 **Erwerbstätigenquote** 86
06.2 **Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung** 89
06.3 **Geringfügige Beschäftigung** 90
06.4 **Arbeitszeit** 91
06.5 **Arbeitslosigkeit/Erwerbslosigkeit** 92
06.6 **Alters- und Erwerbsminderungsrenten und Altersarmut** 100
06.7 **Fazit** 108

07 Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe 110

07.1 **Zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt** 110
07.2 **Politische Partizipation** 115
07.3 **Weiterbildung** 117
07.4 **Kulturelle und andere Freizeitaktivitäten** 118
07.5 **Mediennutzung und Zugang** 120
07.6 **Sport und Bewegung** 124
07.7 **Mobilität** 127
07.8 **Fazit** 136

08 Wohnen 138

08.1 **Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die »Jungen Alten«?** 139
08.2 **Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten** 140
08.3 **Altersgerechtes Wohnen** 142
08.4 **Bewertung des Wohnumfeldes** 144
08.5 **Wanderungsbewegungen und Umzugsbereitschaft** 150
08.6 **Fazit** 153

09 Fazit 156

10 Anhang 162

10.1 **Tabellen** 162
10.2 **Abbildungen** 182
10.3 **Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch (KFM)** 189
10.4 **Abkürzungsverzeichnis** 189
10.5 **Glossar Datenquellen** 190
10.6 **Literaturverzeichnis** 196
10.7 **Tabellenverzeichnis** 217
10.8 **Abbildungszeichnis** 225

01

Einleitung

Die meisten der in der vorliegenden Expertise als »Junge Alte« bezeichneten Menschen würden sich selbst wohl kaum als »alt« bezeichnen. Sie sind zwischen 55 und 65 Jahre alt, stehen mitten im Leben und bilden mit 11,2 Millionen Altersgenossinnen und -genossen einen bedeutenden Bevölkerungsanteil, der in sich sehr heterogen ist. Neben vielen Unterschieden innerhalb der Altersgruppe gibt es jedoch auch zahlreiche Gemeinsamkeiten: Das Ende der Erwerbstätigkeit rückt näher, Kinder sind erwachsen und gründen möglicherweise eigene Familien, die eigenen Eltern werden vielleicht hilfebedürftig, verwitwen oder sterben. Die Perspektiven auf das Kommende basieren für die meisten auf anderen Inhalten als in jüngeren Jahren, die Aussicht auf ein Leben im »Ruhestand« wirft neue Fragen auf, und nicht zuletzt verändert sich die körperliche Leistungsfähigkeit. So oder so werden in diesem Lebensabschnitt wichtige Weichen für die nächste Lebensphase gestellt, die sowohl von der individuellen Biografie, als auch den kollektiven Erfahrungen der Kohorte beeinflusst werden.

Die in dieser Expertise beschriebene Altersgruppe umfasst – je nach Datengrundlage[1] – ungefähr

1 Die Datenlage erfordert es, Quellen aus verschiedenen Jahren zu verwenden. Um tatsächlich die Gruppe der »Jungen Alten« zu beschreiben, ist die Auswertung auf öffentlich zugängliche Daten ab 2015, in Ausnahmefällen ab 2010, begrenzt, denn die im Jahr 2015 erfassten 55- bis 65-Jährigen gehören den Jahrgängen 1951 bis 1960 an, die 55- bis unter 65-Jährigen von 2010 sind hingegen bereits in den Jahren 1946 bis 1955 geboren. Die Sichtung der wesentlichen Datenquellen zeigt, dass die Auswahl der Altersstufen zwischen einzelnen Quellen, teilweise auch innerhalb der Quellen sehr uneinheitlich ist (zum Beispiel 50 bis 65 Jahre, 55 bis 69 Jahre, 45 bis 60 Jahre). Die Daten werden daher mit den unterschiedlichen Altersbegrenzungen parallel verwendet, um möglichst umfassende Ergebnisse darzustellen. Im Text wird jeweils benannt, auf welche Altersgruppe sich die Aussagen im Einzelnen beziehen.

Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge

Jahrgang	1968	1980	1989	1998	2008	2015
1951	17	29	38	47	57	64
1952	16	28	37	46	56	63
1953	15	27	36	45	55	62
1954	14	26	35	44	54	61
1955	13	25	34	43	53	60
1956	12	24	33	42	52	59
1957	11	23	32	41	51	58
1958	10	22	31	40	50	57
1959	9	21	30	39	49	56
1960	8	20	29	38	48	55

» Tab. 1: Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge in ausgewählten Jahren (eigene Berechnung).

die Geburtsjahrgänge 1951 bis 1960. Die Angehörigen dieser Altersgruppe haben den Krieg und die unmittelbare Nachkriegszeit nicht mehr selbst erlebt, wohl aber die Berichte darüber. Ihre Kindheit wurde in der DDR von den Verheißungen des Sozialismus geprägt, in der BRD von denen der sozialen Marktwirtschaft. Historische Ereignisse wie Mauerbau, Prager Frühling oder den Protest gegen den »Muff von tausend Jahren« um 1968 und die sie begleitenden gesellschaftlichen Veränderungen haben die Angehörigen dieser Alterskohorte als Kinder, Heranwachsende oder junge Erwachsene erfahren (vgl. Tabelle 1).

Die wirtschaftliche Lage war in den 1950er Jahren in den beiden deutschen Staaten durch wachsenden materiellen Wohlstand und zunehmende soziale Sicherheit gekennzeichnet, an denen weite Teile der Bevölkerung teilhatten. Die Aufstiegschancen waren vergleichsweise gut, besonders in der DDR profitierten davon auch Angehörige der Arbeitermilieus. Der Arbeitskräftemangel sowie sozialpolitische Maßnahmen führten zu einer wachsenden Erwerbsbeteiligung der Frauen, wiederum verstärkt in der DDR. Beide deutsche Staaten warben zudem Arbeitskräfte aus anderen Staaten an – die DDR in deutlich geringerem Umfang als die BRD –, von denen einige trotz der hierfür zunächst schwierigen Bedingungen Familien gründeten oder zurückgelassene Angehörige nachholten. Heute stellen Menschen mit eigener Migrationserfahrung einen Anteil von etwa 15 % an der Altersgruppe.

Die Frauenbewegung veränderte das Bild der Geschlechterrollen, Erziehungsstile wurden in Frage gestellt, neue Lebensformen diskutiert. Erst seit 1973 benötigen Ehefrauen in der BRD nicht mehr die Einwilligung des Ehemanns, um eine Berufstätigkeit aufzunehmen – ein Wandel, den die heute 55- bis 65-Jährigen als Jugendliche erlebten.

Die Angst vor Umweltverschmutzung, grenzenloser Ausbeutung der Ressourcen der Erde und etwas später die Sorge um den Weltfrieden brachten viele Menschen aus der Altersgruppe in den 1980er Jahren auf die Straßen.

Bei der Grenzöffnung 1989 waren die heutigen »Jungen Alten« zwischen 29 und 39 Jahre alt. Wesentliche Weichen ihrer Biografie waren gestellt, als mit dem Fall der Mauer fundamentale Umwälzungen das politische System, die Arbeitswelt und den Alltag insbesondere der in der DDR lebenden Angehörigen der Alterskohorte veränderten. Neue Chancen mussten ergriffen und Risiken wie Erwerbslosigkeit bewältigt werden.

Diese hier nur kursorisch skizzierten historischen Rahmenbedingungen liefern den Hintergrund für das Verständnis und die Interpretation des Datenmaterials, das für die vorliegende Expertise zusammengestellt wurde. Daraus entsteht ein Portrait der heute 55- bis 65-Jährigen, dessen verschiedene Facetten eine gute Grundlage für ein differenziertes Verständnis der Gesundheitsrisiken und -potenziale dieser Altersgruppe bilden. Der Auswahl der Themenbereiche liegt ein umfassendes Gesundheitsverständnis zugrunde, dem zufolge Gesundheit weit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit.

Im Folgenden finden sich zunächst ein knapper Überblick über die soziökonomische Situation der Altersgruppe sowie eine Beschreibung ihrer Eingebundenheit in familiäre und außerfamiliäre Netzwerke als Ressource für Wohlbefinden und Unterstützung. Danach folgt ein umfangreiches Kapitel mit Informationen und Daten zur Gesundheit der »Jungen Alten«, das heißt zu Morbidität und Mortalität, zu spezifischen Gesundheitsrisiken sowie dem Gesundheitsverhalten. Die »Jungen Alten« sind in wachsendem Maße mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern oder älteren Lebensgefährten konfrontiert. Der Pflege von Angehörigen ist in der Neuauflage dieses Heftes daher ein eigenes Kapitel gewidmet. Daran schließt sich ein ausführlicher Abschnitt an, der Daten zu Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Renteneintritt der heute 55- bis 65-Jährigen präsentiert, die in dieser Lebensspanne ebenfalls von großer Bedeutung für Gesundheit und Alltag sind. Ein eigenes Kapitel ist dem gesellschaftlichen Engagement, der Freizeitgestaltung, Mediennutzung und sportlichen Aktivitäten der »Jungen Alten« gewidmet. Eine wichtige Voraussetzung hierfür stellt die individuelle Mobilität dar, die in dem Kapitel »Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe« behandelt wird. Mit dem Ende der Erwerbstätigkeit und abnehmender Gesundheit gewinnen die Wohnung und die Wohnumgebung im Lebensalltag der Menschen an Bedeutung für die Gesundheit und die Teilhabechancen. Wie sich die Wohnbedingungen für die Altersgruppe darstellen, wird im Kapitel »Wohnen« vorgestellt.

Die vorliegende Expertise zeichnet die Heterogenität der Lebenslagen und Lebensformen der 55- bis 65-Jährigen in Deutschland nach. Der Blick ist auf die individuellen Voraussetzungen, Lebensbedingungen und Lebensverläufe sowie auf die damit einhergehenden Chancen und Risiken für die Gesundheit gerichtet. Die vorgestellten Daten verdeutlichen sowohl Risiken und Vulnerabilitäten der Lebenssituationen der heute »Jungen Alten«, als auch Ressourcen und Stärken dieser heterogenen Gruppe. Aufgezeigt werden Handlungsbedarfe und Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene.

02

Sozioökonomische Situation im Überblick

Dieses Kapitel wirft ein Schlaglicht auf grundlegende Daten zur sozioökonomischen Situation der »Jungen Alten«. Nach einem ersten Aufriss, der über die Differenzierung der Altersgruppe nach Altersjahren, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungsabschlüssen Auskunft gibt, folgt ein Überblick über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Verteilung von Armutsrisiken.

02.1 Alter und Geschlecht

Laut der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes auf Basis des Zensus 2011[2] stellten 55- bis unter 65-Jährige, d. h. die Jahrgänge der 1951 bis 1960 Geborenen, am 31.12.2015 insgesamt ca. 11,2 Millionen oder 13,7 % der rund 82,2 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands (Statistisches Bundesamt 2016a,

2 Die Bevölkerungsfortschreibung schreibt die im Rahmen des Zensus 2011 gewonnenen Daten zur Bevölkerung anhand der Angaben der Melde- und Standesämter über An- und Abmeldungen bei Wohnungsumzügen sowie Geburten und Sterbefällen fort (Statistisches Bundesamt 2016a, Anhang [Qualitätsbericht], S. 2). Für Informationen zu grundlegenden Merkmalen der wichtigsten in der Expertise verwendeten Datenquellen vgl. das Glossar im Anhang (Seite 190).

Verteilung der Altersgruppe nach Jahrgängen und Geschlecht in Tausend

Altersgruppen	Gesamt	Männlich	Weiblich
55 bis unter 56 Jahre	1.299,4	650,6	648,8
56 bis unter 57 Jahre	1.261,8	631,2	630,6
57 bis unter 58 Jahre	1.190,1	594,3	595,8
58 bis unter 59 Jahre	1.160,9	578,0	583,0
59 bis unter 60 Jahre	1.126,4	558,5	567,9
60 bis unter 61 Jahre	1.088,9	536,1	552,8
61 bis unter 62 Jahre	1.065,1	519,4	545,7
62 bis unter 63 Jahre	1.027,6	498,0	529,6
63 bis unter 64 Jahre	1.022,3	494,1	528,2
64 bis unter 65 Jahre	998,2	481,7	516,5

» Tab. 2: Verteilung der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre nach Jahrgängen und Geschlecht am 31.12.2015 (gerundet, in Tausend). Quelle: © Statistisches Bundesamt 2016a, S. 12; Datenbasis: Bevölkerungsfortschreibung 2015 auf Basis des Zensus 2011, Darstellung verändert.

S. 12). Nach dieser Fortschreibung waren am Stichtag rund 5,5 Millionen Männer und rund 5,7 Millionen Frauen zwischen 55- bis unter 65 Jahre alt (ebd.). Tabelle 2 zeigt die Altersverteilung aufgeschlüsselt nach Geschlecht. Die vergleichsweise stark besetzten Altersgruppen der 55- bis unter 60-Jährigen sind in den Jahren wirtschaftlichen Aufschwungs in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre geboren und zählen bereits zur Generation der Baby-Boomer (vgl. Institut Arbeit und Qualifikation 2017a).

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus[3] von 2015 zählten die 55- bis unter 65-Jährigen rund 11,1 Millionen Menschen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a, S. 63–87).

3 Der Mikrozensus gilt als die so genannte »Kleine Volkszählung«. Es handelt sich um eine jährliche Erhebung in einer Stichprobe von Personen, Haushalten und Wohnungen, die im Zuge eines statistischen Schätzverfahrens auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet wird. Im Rahmen des Mikrozensus wird eine Vielzahl von Daten zur Bevölkerungsstruktur, wirtschaftlichen und sozialen Lage der Bevölkerung, Erwerbsbeteiligung, Arbeitssuche, Aus- und Weiterbildung, Wohnverhältnissen, Gesundheit und Migration erhoben (vgl. Glossar im Anhang, S. 190), auf die in der vorliegenden Expertise an vielen Stellen zurückgegriffen wird. Aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweise von Bevölkerungsfortschreibung und Mikrozensus unterscheiden sich die jeweiligen Angaben zur Bevölkerung.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus ausgewählten Herkunftsgebieten in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre

Herkunftsgebiete	Absolut (in Tausend)	Anteil (in %)
Gastarbeiteranwerbestaaten	541	31,1
Gebiet der ehemaligen Sowjetunion	387	22,2
Gebiet des ehemaligen Jugoslawien	157	9,0
Seit 2004 beigetretene EU-Staaten	423	24,3
Vor 2004 beigetretene EU-Staaten	320	18,4

» Tab. 3: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre im Jahr 2015 aus ausgewählten Herkunftsgebieten (in Tausend sowie Anteil der Summe der Personen aus den in der Tabelle berichteten Herkunftsgebieten an allen Menschen der Altersgruppe mit Migrationshintergrund in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, S. 67, Tabelle 21; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

» 02.2 Migrationshintergrund

Ein zunehmender Anteil der »Jungen Alten« weist einen Migrationshintergrund auf.[4] Die Heterogenität der Herkunftsländer spiegelt noch heute die Anwerbepolitiken der BRD und DDR ebenso wider wie die Wanderungsbewegungen im Anschluss an die politischen Umwälzungen in Folge des Auseinanderbrechens der Sowjetunion (vgl. Tabelle 3). Mit den unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Einwanderung sind Unterschiede im rechtlichen Status verbunden, die die Lebenschancen und -bedingungen der in Deutschland lebenden »Jungen Alten« mit Migrationshintergrund wesentlich mitbestimmen. Da diese Unterschiede gesundheitsrelevant sein können, wird in den folgenden Kapiteln – sofern entsprechende Daten verfügbar sind – auf sie Bezug genommen. In diesem Kapitel werden zunächst einige Daten zu Herkunftsregionen und -ländern, der Zahl der in Deutschland verbrachten Lebensjahre sowie der Verteilung auf städtische und ländliche Regionen berichtet.[5]

4 Als Menschen mit Migrationshintergrund gelten der Definition des Statistischen Bundesamtes zufolge Personen, »wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt« besitzen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017a, S. 4). Damit umfasst diese Kategorie zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen (vgl. ebd.). Diese Definition liegt allen folgenden Ausführungen zur Situation von Menschen mit Migrationshintergrund – bzw. synonym Migrantinnen und Migranten – zugrunde, soweit nichts anderes angegeben ist. Wo sich Daten nicht in diesem Sinne aufschlüsseln lassen, müssen wir mitunter auf die Kategorie »Nicht-Deutsche« bzw. »Ausländerinnen und Ausländer« zurückgreifen. Diese umfasst Personen, die in Deutschland leben, aber nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

5 Die in den Jahren 2015 und 2016 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gestiegene Zuwanderung geflüchteter Menschen nach Deutschland schlägt sich aufgrund des relativ geringen Anteils der »Jungen Alten« an dieser Gruppe kaum in den Zahlen nieder (vgl. hierzu BAMF 2016).

Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund in der Altersgruppe 55 bis 65 Jahre

	Bevölkerung insgesamt (in Tausend)	55 bis unter 65 Jahre	
		Absolut (in Tausend)	Anteil an jeweiliger Bevölkerung insgesamt (in %)
Personen ohne Migrationshintergrund	64.286	9.399	14,6
Personen mit Migrationshintergrund	17.118	1.740	10,2
Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund	81.404	11.140	13,7

» Tab. 4: Bevölkerung insgesamt und in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre im Jahr 2015 nach Migrationsstatus (in Tausend sowie Anteil an jeweiliger Bevölkerung insgesamt). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, S. 63; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

Menschen mit Migrationshintergrund, insgesamt rund 1,7 Millionen Menschen (rund 846.000 Männer und 894.000 Frauen) stellten im Jahr 2015 nach Angaben des Mikrozensus 15,6 % der »Jungen Alten« in Deutschland (15,5 % der Männer und 15,7 % der Frauen) (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 4, S. 63–97, Ergebnisse des Mikrozensus 2015; eigene Berechnungen; vgl. auch Tabelle 4).

Die »Jungen Alten« mit Migrationshintergrund des Jahres 2015 haben überwiegend (zu 98 %) selbst die Erfahrung der Migration gemacht. Mehr als die Hälfte der rund 1,7 Millionen »Jungen Alten« mit Migrationshintergrund besaß 2015 die deutsche Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 62–96); davon war gut ein Drittel als (Spät-) Aussiedlerinnen und Aussiedler zugewandert (590.000 Personen), knapp ein Fünftel wurde eingebürgert (326.000 Personen).

72 % bzw. rund 1,2 Millionen der rund 1,7 Millionen »Jungen Alten« mit Migrationshintergrund des Jahres 2015 hatten einen europäischen Migrationshintergrund (ebd., S. 63–97; vgl. Tabelle 59 im Anhang, S. 163). Etwa 14 % der »Jungen Alten« mit Migrationshintergrund sind aus Polen eingewandert, 10 % aus der Türkei, 9 % aus der Russischen Föderation, 8 % aus Kasachstan und knapp 1 % aus Vietnam (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 62–96). In der nachfolgenden Kohorte, das heißt bei denjenigen Menschen mit Migrationshintergrund, die im Jahr 2015 im Alter von 45 bis unter 55 Jahren waren, lag der Anteil mit polnischer (11 %) oder russischer (7 %) Herkunft deutlich unter dem Anteil jener mit türkischem Migrationshintergrund (18 %) (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 62–96).

Fast zwei Drittel (62,5 %), d. h. mehr als 1 Million der 55- bis unter 65-Jährigen mit eigener Migrationserfahrung, lebten 2015 bereits 20 Jahre und länger in Deutschland. Fast die Hälfte (46 %), nämlich 788.000 Personen, lebte bereits seit 30 Jahren und mehr in Deutschland; nur 51.000 (3 %) waren in den fünf vorangegangenen Jahren zugewandert. (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 62–96, eigene Berechnungen).

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund leben häufiger in städtischen Regionen als in ländlichen. Im Jahr 2013 lebten dem Mikrozensus zufolge 59,2 % der Menschen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe ab 50 Jahren in städtischen Regionen (gegenüber 43,6 % der über 50-Jährigen ohne Migrationshintergrund). Etwas mehr als ein Viertel, nämlich 27,6 %, lebte in Regionen mit Verstädterungsansätzen (gegenüber 31,6 % ohne Migrationshintergrund) und 13,2 % in ländlichen Regionen (gegenüber 24,8 % ohne Migrationshintergrund) (Hoffmann und Romeu Gordo 2016, S. 69). Bei der Bevölkerung im Alter ab 50 Jahren, die im Zuge der Arbeitsmigration zwischen 1956 und 1973 zuwanderte, lag der Anteil derer, die in städtischen Regionen lebten, im Jahr 2013 sogar bei 68,5 %, während nur 7,3 % von ihnen in ländlichen Regionen lebten (ebd.).

» 02.3 Bildung

Bildung und Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang (vgl. Lampert u. a. 2016; Kuntz 2011). Ein hohes Bildungsniveau erleichtert den Zugang zu Ressourcen wie Einkommen, gesundheitsförderlichen Wohn- und Lebensverhältnissen oder gesundheitsrelevanten Informationen. Auch im Bereich der Bildung zeigt sich die Heterogenität der Lebenssituationen der »Jungen Alten«.

Einen detaillierten Einblick in die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Altersgruppe gibt der Mikrozensus (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 78–80). Aus Tabelle 5 ist ersichtlich, dass die 55- bis unter 65-jährigen Frauen im Jahre 2015 im Durchschnitt über niedrigere Schulabschlüsse verfügten als die gleichaltrigen Männer. Trotz der anhaltenden geschlechtsbezogenen Differenzen, macht sich im Kohortenvergleich die Bildungsexpansion der 1960er Jahre bemerkbar: So war das schulische Bildungsniveau der 55- bis unter 65-Jährigen beider Geschlechter im Jahr 2015 durchschnittlich höher als das der 55- bis unter 65-Jährigen im Jahr 2009 (vgl. Statistisches Bundesamt 2017b).

Auch bei den beruflichen Bildungsabschlüssen sind geschlechtsbezogene Unterschiede zu erkennen: Wie Tabelle 60 im Anhang (Seite 164) zeigt, hatten im Jahr 2015 insgesamt knapp 1,7 Millionen Personen bzw. 15,1 % der 55- bis unter 65-Jährigen keinen beruflichen Bildungsabschluss (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 80). Rund 1,1 Millionen davon waren Frauen. Das heißt 18,6 % oder fast jede fünfte Frau der Altersgruppe war im Jahr 2015 ohne beruflichen Bildungsabschluss; bei den Männern waren es immerhin etwa 629.000 oder 11,5 % (ebd.). Unter den 55- bis unter 65-Jährigen mit Migrationshintergrund lag der Anteil derjenigen, die nicht über einen beruflichen Bildungsabschluss verfügten, im Jahr 2015 noch höher: 666.000 Personen oder 38,4 % der »Jungen Alten« mit Migrationshintergrund besaßen keinen in Deutschland anerkannten beruflichen Bildungsabschluss. Bei den Männern betraf dies rund ein Drittel und bei den Frauen 43,2 % (ebd.).

Von den 55- bis unter 65-jährigen Frauen mit Migrationshintergrund, die 2015 über einen in Deutschland anerkannten beruflichen Bildungsabschluss verfügten, hatte fast jede vierte (23,7 %) ein Diplom (einschließlich Lehramtsprüfung, Staatsprüfung, Magister, künstlerische und vergleichbare Abschlüsse) (ebd.). Insgesamt, d. h. in der Gruppe der 55- bis unter 65-jährigen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, die über einen beruflichen Bildungsabschluss verfügten, lag der Anteil der Diplomierten nur bei 16,4 % – allerdings bei einer insgesamt deutlich größeren Bildungsbeteiligung in dieser Gruppe (ebd.).

Bevölkerung in Deutschland nach Geschlecht und allgemeiner Schulausbildung

	Alter 55 bis 65 Jahre*	Davon mit allgemeinem Schulabschluss										Davon ohne allgemeinen Schulabschluss**	
		Haupt-/(Volks-) Schulabschluss		Abschluss polytechnische Oberschule		Realschul- bzw. gleichwertiger Abschluss		Fachhochschul-/Hochschulreife		Ohne Angabe			
Geschlecht	In Tausend	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%
Männer	5.458	2.023	37,1	797	14,6	859	15,7	1.557	28,5	5	0,1	194	3,6
Frauen	5.683	2.048	36,0	851	15,0	1.295	22,8	1.248	22,0	12	0,2	214	3,8
Gesamt	11.140	4.071	36,5	1.647	14,8	2.153	19,3	2.805	25,2	23	0,2	409	3,7

* 55- bis unter 65-Jährige, einschließlich der Personen, die keine Angaben zur allgemeinen Schulbildung gemacht haben.

** Einschließlich der Personen, die keine Angaben zur allgemeinen Schulbildung gemacht haben.

» Tab. 5: Bevölkerung 55 bis unter 65 Jahre in Deutschland im Jahr 2015 nach Geschlecht und allgemeiner Schulausbildung (in Tausend, Anteil an Altersgruppe nach Geschlecht in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017b, Genesis-Online, abgerufen am 03.04.2017; CC BY 2.0 http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/deed.de; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen; Abweichungen zwischen angegebenem Zeilengesamt und der Summe der Zeilenwerte sind rundungsbedingt.

» 02.4 Einkommen, Vermögen, Armut

Einkommen

Die materielle Lebenssituation der Altersgruppe ist heterogen. Zwar lag die Armutsrisikoquote von 13,1 % der 50- bis 64-Jährigen 2015 nach Zahlen des Mikrozensus unter derjenigen der Gesamtbevölkerung von 15,7 % (Bundesregierung 2017, S. 551), doch sind die Lebenssituationen durch soziale Ungleichheitsverhältnisse konturiert. Besonders zwischen den alten und den neuen Ländern sowie zwischen den Geschlechtern sind Unterschiede bezüglich des Einkommens (Lejeune u. a. 2017, S. 104) und des Armutsrisikos (ebd., S. 105) auszumachen. Auch sind die Vermögen zwischen Ost und West nach wie vor unterschiedlich verteilt (Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 111).

Das durchschnittliche Nettoeinkommen deutscher Haushalte wird auf Basis der »Laufenden Wirtschaftsrechnungen« privater Haushalte[6] für das Jahr 2015 mit 3.218 Euro monatlich beziffert (vgl. Statistisches Bundesamt 2017c, S. 32). Die 55- bis unter 65-Jährigen (nach dem Alter der Person, die das Haupteinkommen bezieht) erzielten im Jahr 2015 ein 80 Euro darüber liegendes, durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen von 3.298 Euro (ebd.). Damit lag es zwar 537 Euro unter dem durchschnittlichen Nettoeinkommen von 3.853 Euro der Haushalte mit 45- bis unter 55-jähriger haupteinkommenbeziehender Person (ebd.), aber doch 636 Euro über dem der älteren Gruppe der 65- bis unter 70-Jährigen von 2.662 Euro (ebd.).

Werden bei der Berechnung unterschiedliche Haushaltsgrößen berücksichtigt, so ist vom mittleren monatlichen Äquivalenzeinkommen[7] die Rede. Das mittlere monatliche Äquivalenzeinkommen der gesamten Gruppe der 40- bis 85-Jährigen belief sich nach den Daten des Deutschen Alterssurveys im Jahr 2014 auf 1.922 Euro, während es in der Erhebungswelle 2008 noch bei 1.684 Euro gelegen hatte (Lejeune u. a. 2017, S. 101; Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang A6-1, S. 10). Der Betrag ist seit Beginn der Erhebungen des Deutschen Alterssurveys im Jahr 1996 stetig gestiegen (Lejeune u. a. 2017, S. 101). Gleichzeitig ist jedoch »die Kaufkraft aufgrund der Preisentwicklung relativ stabil geblieben« (ebd.) und »für Personen mit niedriger Bildung seit 2002 sogar gesunken« (ebd., S. 103). Die Altersgruppe der »Jungen Alten«, im Design des Surveys 55 bis 69 Jahre alt, schnitt mit einem durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommen von 2.050 Euro im Jahr 2014 besser ab als die jüngeren und älteren Kohorten.

Die Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen verzeichnete seit 1996 den größten relativen Zuwachs des mittleren Äquivalenzeinkommens, was auf die gewachsene Erwerbsbeteiligung in dieser Alters-

6 Daten zu Einkommen, Vermögen und Armutsgefährdung liegen aus der alle fünf Jahre erhobenen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a) bzw. den dazwischen jährlich durchgeführten laufenden Wirtschaftsrechnungen (LWR) (vgl. Statistisches Bundesamt 2017c) sowie aus der jährlichen Erhebung »Leben in Europa« (EU-SILC) (vgl. Statistisches Bundesamt 2017d) und dem Mikrozensus vor. In der EVS und den LWR werden Selbständige (vgl. Statistisches Bundesamt 2017c, S. 4) sowie Personen, die in Einrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften leben und wohnungslose Menschen nicht einbezogen (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b, S. 184). Auch der DEAS liefert Daten über Einkommen, Vermögen sowie objektive und subjektive Armutsquoten (vgl. Lejeune u. a. 2017 und Lejeune und Romeu Gordo 2017).

7 Hierbei wird in Rechnung gestellt, dass Mehrpersonenhaushalte effizienter wirtschaften können und so bei gleichem Pro-Kopf-Einkommen ein höheres Wohlstandsniveau erreichen als Einpersonenhaushalte. Eine Äquivalenzskala weist jeder Person im Haushalt ein Gewicht zu.

gruppe zurückgeführt wird (vgl. Lejeune u. a. 2017, S. 102; vgl. auch Kapitel 6, S. 80). Jedoch zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen Ost und West sowie den Bildungsgruppen und Geschlechtern. Insbesondere hat die Einkommensungleichheit entlang von Unterschieden in der formalen Bildung erheblich zugenommen (Lejeune u. a. 2017, S. 104). Ältere mit geringer Bildung erreichten 2014 nicht einmal die Hälfte des Einkommens von Personen mit hoher Bildung (Lejeune u. a. 2017, S. 103). Männer hatten im Mittel ein deutlich höheres Einkommen als Frauen (ebd., S. 101), und Personen in Westdeutschland verfügten durchschnittlich über größere mittlere Äquivalenzeinkommen als Personen in Ostdeutschland (ebd., S. 101).

Vermögen

Im Deutschen Alterssurvey für das Jahr 2014 wurden auch die Verbreitung und der Umfang des Geld- und Sachvermögensbesitzes in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre untersucht. Im Jahr 2014 verfügten insgesamt 14,9 % der Befragten dieser Altersgruppe über keinerlei Vermögen. Gut zwei Drittel (69,4 %) konnten auf ein Vermögen von unter 100.000 Euro zurückgreifen, 15,7 % besaßen 100.000 Euro und mehr (Mahne u. a. 2017b, Tabellenband, Tabelle A 7-2, S. 14; vgl. auch Tabelle 61 im Anhang auf Seite 165).

Ähnlich wie bei den Einkommen bestehen auch bei den Geld- und Sachvermögen Ost-West-Unterschiede sowie bildungsbezogene Ungleichheiten fort. Von den im DEAS befragten 55- bis 69-Jährigen in Ostdeutschland besaßen 2014 insgesamt 17,1 % keinerlei Vermögen, in Westdeutschland traf dies auf 14,4 % zu (ebd.). Über Vermögen von 12.500 Euro bis unter 100.000 Euro verfügten 42,0 % der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre in Ostdeutschland und 45,2 % in Westdeutschland. Signifikant ist die Ungleichheit zwischen Ost- und Westdeutschland bei den Geld- und Sachvermögen von 100.000 Euro und mehr (Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 117): In Westdeutschland lag der Anteil derjenigen mit Vermögen von mindestens 100.000 Euro bei der Befragung 2014 bei 17,7 % gegenüber nur 7,0 % in Ostdeutschland. In Westdeutschland besaß mehr als jeder fünfte Mann (20,9 %) ein entsprechendes Vermögen, aber nicht einmal jede siebte Frau (14,5 %) (Mahne u. a. 2017b, Tabellenband, Tabelle A7-2, S. 14). Demgegenüber verfügten in Ostdeutschland nur etwa jede sechszehnte Frau (6,1 %) und nicht einmal jeder zwölfte Mann (7,9 %) im Alter von 55 bis 69 Jahren über ein Vermögen von mindestens 100.000 Euro (vgl. ebd. sowie Tabelle 61 im Anhang, S. 165).

Fast zwei Drittel (65,3 %) der 55-bis 69-Jährigen im Bundesgebiet besaßen laut der Erhebung des Deutschen Alterssurveys 2014 Vermögen in Form einer Immobilie – am häufigsten westdeutsche Männer (69,8 %), gefolgt von westdeutschen Frauen (66,5 %) (vgl. Kapitel 8, S. 138; Mahne u. a. 2017b Tabellenband, Tabelle A 7-1, S. 12). In Ostdeutschland war nur etwa die Hälfte der Männer (52,5 %) und Frauen (53,2 %) im Besitz einer Immobilie (ebd.).

Die ungleiche Verteilung von Vermögen wird durch Erbschaften fortgeschrieben. Nach den Daten des Deutschen Alterssurveys für das Jahr 2014 haben 63,2 % der 55- bis 69-Jährigen bereits geerbt (Mahne u. a. 2017b, Tabellenband, Tabelle A 7-3, S. 16). Die Erhebungen des Deutschen Alterssurveys zeigen für die Altersgruppe der 40- bis 85-Jährigen für den Betrachtungszeitraum von 1996 bis 2014, dass in Westdeutschland Erbschaften über 12.500 Euro signifikant häufiger vorkommen als in Ostdeutschland (Lejeune und Romeu Gordo 2017, S. 121–122). Vor allem jedoch sind die Unterschiede zwischen den Bildungs- und Einkommensgruppen bedeutsam: hinsichtlich dieser Merkmale erben besser gestellte Personen mit höherer Wahrscheinlichkeit als schlechter gestellte Personen (ebd., S. 122). Diese Unterschiede blieben im betrachteten Zeitraum von 1996 bis 2014 stabil,

während der Unterschied der Höhe der Erbschaften zugenommen hat. Es gilt also weiterhin, was Motel-Klingebiel u. a. schon 2010 feststellten, dass nämlich Erbschaften zu einer »fortlaufenden Stärkung absoluter sozialer Ungleichheiten innerhalb der Erbengenerationen« beitragen (2010, S. 76).

Die beschriebene Ungleichverteilung von Vermögen in der Altersgruppe zwischen Ost- und Westdeutschland sowie zwischen den Geschlechtern korrespondiert – und kumuliert – mit Ungleichheiten in der Erwerbsbeteiligung (vgl. Kapitel 6, S. 80). Entsprechend ungleich verteilt sind auch die Risiken, im Alter von Armut betroffen zu sein (siehe unten). Wer über wenig Vermögen verfügt, ist bei der Alterssicherung stärker auf Rentenanwartschaften angewiesen. Hier zeigen sich jedoch ebenfalls deutliche Ungleichheiten – insbesondere aufgrund der in Ostdeutschland als Folge der Transformation in den 1990er Jahren stärker verbreiteten diskontinuierlichen Erwerbsverläufe (vgl. Simonson u. a. 2012) (vgl. Kapitel 6.6, S. 100).

Armut

Finanzielle Armut kann die Handlungsmöglichkeiten gerade auch älterer Menschen empfindlich einschränken, teilweise mit gesundheitsrelevanten Folgen (vgl. Lampert u. a. 2016). Armut geht noch immer häufig mit Scham und Stigmatisierung einher und kann dadurch die soziale Teilhabe beeinträchtigen. Hinzu kommt, dass viele Gelegenheiten, Gemeinschaft und Aktivität mit anderen zu erleben, für arme Menschen nur schwer oder gar nicht erschwinglich sind (vgl. Kapitel 3, S. 22). Im Bereich der Gesundheit stellen Zuzahlungen zu Medikamenten Barrieren für arme Menschen dar, die diese überwinden müssen, um für sich zu sorgen (vgl. Kapitel 4, S. 32).[8] Auch Möglichkeiten einer gesundheitsförderlichen Lebensweise sind zum Teil an ökonomische Voraussetzungen geknüpft, z. B. durch Kosten für Präventionskurse, gesunde Lebensmittel oder das Wohnen in Gegenden, in denen eine nur geringe Umweltbelastung besteht.

Darüber, wie (finanzielle) Armut zu messen ist, besteht keineswegs Einigkeit (vgl. Geyer 2014; 2015).[9] Im Deutschen Alterssurvey wird die relative Einkommensarmut als Armutsindikator zugrunde gelegt, d. h. als arm gilt, wer weniger als 60 % des auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) errechneten gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat.[10] Nach den Daten des Deutschen Alterssurvey waren im Jahr 2014 12,4 % der 55- bis 69-Jährigen von relativer Ein-

8 So kann ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung stets nur rückwirkend gestellt werden und ist mit dem nicht geringen bürokratischen Aufwand verbunden, die entsprechenden Belege zu sammeln und die persönliche Belastungsgrenze zu berechnen.

9 Seit 2001 wird EU-weit zur Definition der relativen Armut der Median des Nettoäquivalenzeinkommens verwendet. Der Median ist resistent gegen »Ausreißer« und markiert den Einkommenswert derjenigen Person, die – nachdem alle Personen ihrem Äquivalenzeinkommen nach aufsteigend sortiert wurden – die Bevölkerung in genau zwei Hälften teilt. Das heißt, die eine Hälfte verfügt über mehr, die andere über weniger Einkommen.
EU-SILC und Mikrozensus weisen eine große Spannweite der ermittelten Armutsgefährdungsquoten auf, die sich durch Unterschiede in den Methoden zur Erhebung und Berechnung der Einkommen erklären lassen (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b, S. 185). Der fünfte Armutsbericht der Bundesregierung gibt einen Überblick über die Armutsgefährdungsquoten aus EVS (Tabelle A01e), EU-SILC (Tabelle A01i), Mikrozensus (Tabelle A01m) und SOEP (Tabelle A01s) nach Sozialtransfers sowie für die Armutsgefährdungsquoten auf der Basis von EU-SILC (Tabelle A02iT1) und SOEP (Tabelle A02sT1) hypothetisch vor Sozialtransfers, außerdem über die Armutsrisikoquote der Erwerbstätigen nach EVS (Tabelle A03e), EU-SILC (Tabelle A03i) und SOEP (Tabelle A03s) (vgl. Bundesregierung 2017). Daten zur objektiven und subjektiven Armutsgefährdung liefert außerdem der Deutsche Alterssurvey (DEAS) (vgl. Lejeune und Romeu Gordo 2017 und Lejeune u. a. 2017).

10 Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2017 gibt diesen Schwellenwert von 60 % des Medianeinkommens pro Monat mit 1.056 Euro an (vgl. Bundesregierung 2017, S. 549).

Armutsgefährdungsquote nach Migrationshintergrund und Geschlecht in %

Geschlecht	55- bis unter 65-Jährige insgesamt	55- bis unter 65-Jährige ohne Migrationshintergrund	55- bis unter 65-Jährige mit Migrationshintergrund
Gesamt	14,0	12,0	24,8
Männer	13,6	11,7	23,6
Frauen	14,4	12,3	26,0

» Tab. 6: Armutsgefährdungsquote der 55- bis unter 65-Jährigen im Jahr 2015 nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Prozent. Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, Sonderauswertung zu Tabelle 14; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert.

kommensarmut betroffen; das ist ein Anstieg von zwei Prozentpunkten gegenüber den Ergebnissen der Erhebung im Jahr 2008 (Mahne u. a. 2017b, Tabellenband, Tabelle A 6-3, S. 11). Von relativer Einkommensarmut betroffen waren in den alten Ländern 9,8 % (gegenüber 7,1 % dieser Altersgruppe im Jahr 2008) der 55- bis 69-jährigen Männer und 10,8 % der Frauen (gegenüber 9,5 % im Jahr 2008). In den neuen Ländern war dieser Anteil im Jahr 2014 mit 21,7 % der Männer und 20,8 % der Frauen doppelt so groß (und im Vergleich zu 20,6 % bzw. 17,7 % im Jahr 2008 ebenfalls gestiegen). In der hohen Quote von Einkommensarmut ostdeutscher Männer und Frauen in dieser Kohorte spiegeln sich u. a. die Deklassierungserfahrungen im Zuge der rasanten De-Industrialisierung nach der »Wende« wider, welche die 55- bis 69-Jährigen im Alter von etwa 30 bis 45 Jahren traf.

Deutliche Unterschiede in den Armutsquoten sind zudem entlang des Bildungsstatus zu verzeichnen. Wenngleich Daten aus dem Deutschen Alterssurvey für das Jahr 2014 hierzu nur für die Altersgruppe der 40- bis 85-Jährigen vorliegen, so zeigt sich doch ein deutlicher Unterschied: 4,5 % armutsgefährdeten Personen mit hoher Bildung standen 34,8 % der Personen mit niedrigem formalen Bildungsstand gegenüber (vgl. Lejeune u. a. 2017, S. 106).

Personen mit Migrationshintergrund sind weitaus häufiger von Armut betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund (vgl. Klaus und Baykara 2017, S. 368). Zur Armutsgefährdung der »Jungen Alten« mit Migrationshintergrund liegen Daten des Mikrozensus 2015 vor (vgl. Tabelle 6): Während die Armutsgefährdungsquote der 55- bis unter 65-Jährigen ohne Migrationshintergrund im Jahr 2015 bei 12,0 % lag, verfügten bei den Personen mit Migrationshintergrund 24,8 % über weniger als 60% des Medians des gesamtgesellschaftlichen Äquivalenzeinkommens (Statistisches Bundesamt 2017a, Sonderauswertung zu Tabelle 14). Dabei wiesen Frauen mit Migrationshintergrund eine noch höhere Armutsgefährdung auf als Männer (ebd.).

» 02.5 Fazit

Bereits diese Schlaglichter auf die heterogenen sozioökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen die 55- bis 65-Jährigen im Bundesgebiet leben, empfehlen einen differenzierten Blick. Wie gezeigt wurde, lebt der größte Teil der »Jungen Alten« in materiell abgesicherten sozioökonomischen Verhältnissen. Doch bei einer relevanten Anzahl Älterer kumulieren Belastungskonstellationen

aufgrund von Ungleichheitslagen, so dass für diese Gruppen ein erhöhtes Risiko der Beeinträchtigung ihrer Teilhabe- und Verwirklichungschancen, ihres Wohlbefindens und – daran gekoppelt – ihrer psychischen und physischen Gesundheit besteht. Das Risiko von Armut und ihrer Verfestigung im Alter ist für Niedrigqualifizierte im gesamten Bundesgebiet besonders hoch, regional – insbesondere im Ost-West-Vergleich, aber auch im Vergleich strukturstarker und -schwacher Regionen – jedoch ungleich verteilt und betrifft zudem Frauen und Männer in unterschiedlichem Maße.

Armutsrisiken für Ältere – und damit die Risiken sozialer Isolation und erhöhter Morbidität und Mortalität – lassen sich meist nicht unmittelbar aus den vorhandenen Sozialstrukturdaten ablesen. Diese nehmen häufig entweder die Gesamtbevölkerung, nicht nach Alter aufgeschlüsselte gesellschaftliche Gruppen (z. B. Menschen mit Migrationshintergrund) oder Kinder, Jugendliche und deren Familien in den Blick. Das macht es erforderlich, genau hinzusehen, wo sich positive und negative Einflussfaktoren auf Armut von Älteren regional und kommunal bündeln und welche gesellschaftlichen Gruppen hier gezielte Unterstützung benötigen. Dass Ältere in Ostdeutschland ein besonders hohes Armutsrisiko tragen, bedarf – ebenso wie die vulnerable Situation vieler »Junger Alter« mit Migrationshintergrund – besonderer Aufmerksamkeit.

03

Soziale Beziehungen

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, in welchen sozialen Bezügen die »Jungen Alten« leben. Gefragt wird zunächst nach Familien- und Partnerbeziehungen, nach Kindern und Enkelkindern und nach Haushaltsformen. Anschließend thematisieren wir Formen sozialer (Ein-)Bindung: Was wissen wir über die Familien- und Generationenbeziehungen der Altersgruppe, und was über Beziehungen außerhalb der Familienstrukturen? Wem fühlen sich Frauen und Männer emotional verbunden und von wem unterstützt, beraten oder getröstet? Wie viele Menschen fühlen sich einsam oder gar gesellschaftlich ausgeschlossen? Nicht zuletzt sollte soziale Einbindung und Unterstützung als eine wichtige Ressource für die Bewältigung psychosozialer Belastungen und damit für das gesundheitliche Wohlbefinden verstanden werden.

03.1 Lebensformen und Haushalte

Die Formen sozialer Beziehungen verändern sich zusehends und werden vielfältiger, auch wenn der weitaus größte Teil der 55- bis 69-Jährigen nach wie vor als Ehepaar zusammen lebt: Dem Deutschen Alterssurvey zufolge waren im Jahr 2014 71,6 % der Altersgruppe verheiratet, von diesen lebten 57,7 % in erster Ehe und 13,9 % in einer Folge-Ehe. Der Anteil der Verheirateten unter den 55- bis 69-Jährigen war, wie in allen anderen jüngeren Altersgruppen gegenüber dem Jahr 1996 (77,7 %) und 2008 (76,2 %) gesunken, während zugleich der Anteil derjenigen, die in nichtehelichen Partnerschaften

lebten, von 3,2 % (1996) auf 9,1 % (2014) anstieg (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle 13-2).

Insgesamt 19,3 % der 55- bis 69-Jährigen waren partnerlos. Damit ist der Anteil der Partnerlosen im Vergleich zu 1996 fast gleich geblieben (1996: 19,2%) (Engstler und Klaus 2017, S. 206). Mit Blick auf die nachfolgende Altersgruppe ist künftig mit einer deutlichen Zunahme nichtehelicher Partnerschaften zu rechnen: In der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen betrug der Anteil der in nichtehelicher Partnerschaft Lebenden 2014 bereits 17,1 % (ebd., S. 206).

Aus dem Blickwinkel des Familienstandes waren, neben den 71,6 % Eheleuten, 7,1 % der 55- bis 69-Jährigen verwitwet, 14,8 % geschieden oder getrennt lebend und 6,6 % ledig (ebd., S. 205).

Selbstverständlich schließen auch die »Jungen Alten« noch neue Ehen. 2014 heirateten in der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen 11.850 Frauen – davon waren zuvor 17,9 % ledig, 5,7 % verwitwet, 76,4 % geschieden. Von den 16.490 wiederverheirateten Männern waren zuvor 19,7 % ledig, 5,1 % verwitwet und 75,2 % geschieden (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 53).

Es ist bekannt, dass verheiratete Menschen länger leben als Alleinlebende oder Alleinstehende (zusammenfassend RKI 2015a, S. 171 f.). Dieser Zusammenhang bildet sich bei Männern stärker ab als bei Frauen. Menschen, die in einer Ehe oder Partnerschaft leben, verhalten sich seltener gesundheitsriskant und weisen einen besseren Gesundheitsstatus auf als Alleinlebende (ebd., S. 172). Frauen in der zweiten Lebenshälfte erleben häufiger einen Partnerverlust als Männer, haben jedoch oft größere soziale Netzwerke als diese (Böger u. a. 2017, S. 269), die sie bei der Bewältigung des Verlustes unterstützen können. Männer sind hingegen häufiger von Einsamkeit und sozialer Isolierung nach einer Verwitwung, Trennung oder Ehescheidung betroffen (vgl. hierzu Pinquart 2003).

Zugleich ist jedoch anzumerken, dass partnerlose Menschen andererseits vor einigen Belastungen gefeit sind, die in Partnerschaften, insbesondere in gemeinsamen Haushalten und vorrangig für Frauen, auftreten können: etwa durch emotionalen Stress in schwierigen oder gar gewaltförmigen Beziehungen (hierzu Matthäi 2005, S. 51 f.), durch Pflege- und Hilfeverpflichtungen gegenüber dem Partner oder der Partnerin, durch Ko-Abhängigkeit bei Suchterkrankungen und ähnliche Problemlagen. Gerade Frauen, die häufig einen älteren Partner bis zu seinem Lebensende oder bis zum Heimeintritt unterstützen und/oder pflegen, sind psychosozialen Belastungen ausgesetzt, die alleinstehende Frauen so nicht betreffen.

Im Jahr 2014 hatten 85,5 % der 54- bis 59-Jährigen[11] und 86,5 % der 60- bis 65-jährigen Kinder. Dementsprechend waren 14,5 % der 54- bis 59-Jährigen und 13,5 % der 60- bis 65-Jährigen kinderlos. In den nachfolgenden Altersgruppen stieg dieser Anteil leicht an (Mahne und Huxhold 2017, S. 220). Im Vergleich zum Jahr 1996 ist der Anteil kinderloser Personen bei den 54- bis 65-Jährigen um ca. zwei Prozentpunkte gestiegen. Insgesamt zeigt sich bei den 42- bis 65-Jährigen ein Zusammenhang zwischen Bildung und Kinderlosigkeit, der bei den Geschlechtern gegenläufig ist: Frauen mit höherer Bildung bleiben häufiger kinderlos als Männer mit höherer Bildung und Frauen mit niedriger Bildung. Bei Männern ist dies umgekehrt: Männer mit höherer Bildung sind seltener kinderlos im Vergleich zu Frauen mit höherer Bildung und Männern mit niedriger Bildung (vgl. Abbildung 38 im Anhang,

11 Im Deutschen Alterssurvey wurde aus methodischen Gründen in einigen Kapiteln in Sechs-Jahres-Altersgruppen unterteilt, um Alters- bzw. Kohortenunterschiede im Wandel untersuchen zu können (Mahne und Huxhold 2017, S. 218).

Haushaltsgrößen nach Alter der Haupteinkommensbezieher in Tausend

Alter Haupteinkommensbezieher/-in	**Anzahl Haushalte gesamt**	**Davon: Einpersonenhaushalte**	**Davon: Mehrpersonenhaushalte**			
			Haushalte gesamt	Haushaltsmitglieder je Haushalt		
				2	3	4+	∅
55 bis unter 60	3.658	1.277	2.381	1.519	525	336	2,01
60 bis unter 65	3.146	1.176	1.970	1.578	278	114	1,80

» Tab. 7: Haushaltsgrößen nach Alter des Haupteinkommensbeziehers oder der Haupteinkommensbezieherin (in Tausend) im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt 2016c, S. 33; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert.

Seite 182). Dies kann u. a. als Folge der für Frauen schwierigeren Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesehen werden (Mahne und Huxhold 2017, S. 222).

Häufiger als in früheren Generationen waren die Eltern der 55- bis 65-Jährigen noch am Leben, was u. a. auf die gestiegene Lebenserwartung zurückzuführen ist (Mahne und Huxhold 2017, S. 229). 61,4% der 54- bis 59-Jährigen und ein Drittel (33,3%) der 60- bis 65-Jährigen hatten im Jahr 2014 mindestens einen noch lebenden Elternteil (ebd., S. 220).

Das statistische Bundesamt erfasst die Anzahl der Haushalte nach dem Alter des jeweiligen Haupteinkommensbeziehers bzw. der Haupteinkommensbezieherin. Die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen stellte im Jahr 2015 insgesamt rund 6,8 Millionen Haushalte: Die 55- bis 59-Jährigen lebten in 3.658.000 Haushalten, die 60- bis 64-Jährigen in 3.146.000 Haushalten (vgl. Tabelle 7). Im Schnitt lebten etwa zwei Personen in diesen Haushalten (Statistisches Bundesamt 2016c, S. 33).

Einpersonenhaushalte nach Familienstand und Alter in Tausend und %

Haupteinkommensbezieher/-in	**55 bis unter 60 Jahre**	**60 bis unter 65 Jahre**	**Altersgruppe gesamt (55 bis unter 65 Jahre)**	**Anteil in % (55 bis unter 65 Jahre)**
Ledig	474	316	790	32,2
Verheiratet, aber getrennt lebend	137	106	243	9,9
Geschieden	529	478	1.007	41,1
Verwitwet	137	275	412	16,8
Gesamt	1.277	1.176	2.452	100,0

» Tab. 8: Einpersonenhaushalte nach Familienstand und Alter in Tausend und Prozent im Jahr 2015.
Quelle: Statistisches Bundesamt 2016c, S. 32 f.; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

Knapp eine halbe Million (499.000) 55- bis 64-Jähriger lebte in Haushalten, in denen das jüngste Kind unter 18 Jahre alt war (Statistisches Bundesamt 2016d, S. 128). Die Zahl der in den Haushalten der 55- bis 65-Jährigen lebenden Kinder war jedoch wesentlich höher, da auch volljährige Kinder häufig – zumindest zeitweise – noch im gleichen Haushalt lebten.

Insgesamt 2.453.000 und damit rund 36 % der oben genannten Haushalte der 55- bis 64-Jährigen waren Einpersonenhaushalte, die vorrangig von geschiedenen (41,1 %) und ledigen (32,2 %) sowie mit zunehmendem Alter auch von verwitweten Älteren gebildet wurden (vgl. Tabelle 8) (Statistisches Bundesamt 2016c, S. 33). Ob Alleinlebende (neue) Partnerschaften oder Kinder hatten, mit denen sie nicht zusammenwohnten, wurde allerdings in den Haushaltsdaten nicht erfasst.

Nicht nur die Formen des partnerschaftlichen Zusammenlebens, auch die Alltagsorganisation von Paaren hat sich verändert, wobei dies die Erwerbsbeteiligung stärker betrifft als die Verteilung der Hausarbeit (Engstler und Klaus 2017, S. 207). So ist bei Paaren, bei denen die Frau 40 bis 65 Jahre alt war, der Anteil der alleinverdienenden Männer von 25,7 % im Jahr 1996 auf 15,4 % im Jahr 2014 gesunken. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Paare, bei denen beide Partner erwerbstätig waren, stark erhöht (von 39,7 % auf 57,5 %), wobei Frauen häufiger in Teilzeit (31,2 %) als in Vollzeit (26,3 %) arbeiteten. Auch der Anteil der Frauen, die alleinverdienend waren, ist leicht angestiegen (10,2 % zu 12,3 %) (Engstler und Klaus 2017, S. 207). Große Unterschiede gab es zwischen alten und neuen Ländern: In den alten Ländern war ein knappes Viertel (23,5 %) der Frauen (im Alter zwischen 40 und 65 Jahren) in Paarbeziehungen in Vollzeit erwerbstätig, in den neuen Ländern waren es 40,2 % (ebd., S. 208).

Wenig verändert hat sich jedoch die Aufteilung der Hausarbeit. Obwohl sich der Anteil erwerbstätiger Frauen erhöht hat, wurde die Hausarbeit weiterhin überwiegend von Frauen erledigt, wobei der Anteil in den neuen Ländern etwas geringer war. Ungefähr ein Drittel der durch den Deutschen Alterssurvey Befragten gab an, dass beide Partner gleich viel Hausarbeit leisteten (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 13-4). Nur selten erfolgte die Hausarbeit überwiegend durch den Mann (vgl. Tabelle 9).

Gefragt nach der Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit äußerten Männer größere Zufriedenheit als Frauen. Ca. 60 % der Männer waren sehr

Überwiegende Zuständigkeit für die Hausarbeit in %

	2008			2014		
Hausarbeit geleistet	**West**	**Ost**	**Gesamt**	**West**	**Ost**	**Gesamt**
Überwiegend von der Frau	58,2	54,0	57,4	60,1	53,6	58,8
Von beiden gleich	34,5	39,3	35,4	33,4	41,2	34,8
Überwiegend vom Mann	5,9	6,1	6,0	6,2	4,9	5,9
Überwiegend durch Andere	1,4	0,7	1,2	0,4	0,4	0,4

» Tab. 9: Überwiegende Zuständigkeit für die Hausarbeit in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre, in Prozent, 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 13-4; Datenbasis: DEAS 2008, 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit in %

	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
Zufriedenheit	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Sehr zufrieden	58,7	37,8	48,8	60,4	45,1	53,0	59,0	39,2	49,5
Eher zufrieden	35,4	38,8	37,1	33,9	36,9	35,3	35,1	38,5	36,7
Weniger zufrieden	5,8	23,4	14,2	5,7	18,1	11,7	5,8	22,4	13,7

» Tab. 10: Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre, in Prozent, 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 13-5; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

zufrieden mit der Aufteilung im Vergleich zu 37,8 % der Frauen in den alten und 45,1 % der Frauen in den neuen Ländern (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 13-5). 23,4 % der befragten Frauen in Westdeutschland und 18,1 % in Ostdeutschland waren dagegen weniger zufrieden mit der Aufteilung (vgl. Tabelle 10).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass im Vergleich zu den früheren Kohorten der »Jungen Alten« die Lebensformen heutiger Älterer weit heterogener sind: Nichteheliche Partnerschaften nehmen zu, Folge-Ehen nach Scheidungen oder Verwitwung werden häufiger. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Partnerlosen im Vergleich mit 1996 kaum verändert. Frauen in Paarbeziehungen nehmen im größeren Ausmaß an der Erwerbstätigkeit teil, während sich die Aufteilung der Hausarbeit kaum verändert hat.

» 03.2 Familien- und Generationenbeziehungen

Die familiären Beziehungen der Gruppe der »Jungen Alten« sind einem zunehmenden Wandel unterworfen. Zusätzlich zum Anstieg von nichtehelichen Partnerschaften und Partnerlosigkeit ist die Entwicklung zu beobachten, dass die jüngeren Kohorten den Übergang in Großelternschaft zu einem späteren Zeitpunkt und vermutlich auch seltener als die vorangegangenen Generationen erleben werden.

2014 hatten 36,9 % der Personen in der Altersgruppe der 54- bis 59-Jährigen und 56,4 % der 60- bis 65-Jährigen Enkelkinder (Mahne und Huxhold 2017, S. 221). Das durchschnittliche Alter beim Übergang in die Großelternschaft betrug für Westdeutsche 53,5 Jahre, für Ostdeutsche 49,4 Jahre und lag im Vergleich zum Jahr 2008[12] um ca. ein Jahr höher. Frauen erlebten die Großelternschaft ca.

12 Hier und im folgenden Absatz wird mit 2008 verglichen, da es keine Daten aus früheren Erhebungen gibt.

Anteile der erwachsenen Kinder, die in der Nachbarschaft bzw. weiter entfernt wohnen in %

		Wohnentfernung		
Jahr	**Alter**	**Nachbarschaft**	**Anderer Ort, maximal 2 Stunden entfernt**	**Weiter als 2 Stunden entfernt**
1996	54 bis 59 Jahre	40,1	43,8	16,1
	60 bis 65 Jahre	37,9	46,4	15,8
2014	54 bis 59 Jahre	23,9	51,5	24,6
	60 bis 65 Jahre	24,8	50,5	24,7

» Tab. 11: Anteile der erwachsenen Kinder, die in der Nachbarschaft bzw. weiter entfernt wohnen 1996 und 2014 nach Altersgruppen, in Prozent. Quelle: Mahne und Huxhold 2017, S. 224; Datenbasis: DEAS 1996, 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

zwei bis drei Jahre früher als Männer (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 15-1).

61 % der 55- bis 69-Jährigen bezeichneten die Großelternrolle als sehr wichtig, 32 % als wichtig und 7,1 % als eher unwichtig (Mahne und Klaus 2017, S. 237). Häufiger als Männer bezeichneten Frauen ihr Großmuttersein als sehr wichtig – und zwar sowohl in den neuen, als auch in den alten Ländern (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 15-2). Zwischen 1996 und 2008 sind die Anteile der Großeltern, die Enkelkinder betreuen, gesunken, 2014 jedoch wieder angestiegen (Mahne und Klaus, 2017, S. 241). 41,7 % der 55- bis 69-Jährigen betreuten Enkelkinder (ebd., S. 242). 21,9 % der 54- bis 59-Jährigen und 17,7 % der 60- bis 65-jährigen Großeltern betreuten ihre Enkelkinder zusätzlich zur eigenen Erwerbsarbeit (ebd., S. 243). Großmütter betreuten ihre Enkel häufiger als Großväter und kombinierten dies auch öfter mit ihrer Erwerbstätigkeit (ebd.).

In diesem Zusammenhang ist ein wichtiger Befund, dass erwachsene Kinder (ggf. mit den Enkelkindern) zunehmend weiter von ihren Eltern entfernt wohnen als in früheren Jahren. 2014 wohnte ein Viertel der Kinder der 54- bis 65-jährigen Eltern weiter als zwei Stunden Wegstrecke entfernt, 1996 waren es nur rund 16 % (vgl. Tabelle 11) (Mahne und Huxhold 2017, S. 224). Je höher 40- bis 85-jährige Eltern gebildet waren, desto häufiger lebten die Kinder weiter entfernt, was vermutlich damit zusammenhängt, dass Kindern höher Gebildeter häufiger für die Ausbildung, für das Studium oder aus beruflichen Gründen weiter weg ziehen (ebd., S. 225 f.). Insgesamt überwiegen jedoch bei weitem die Konstellationen, in denen die Generationen in der Nachbarschaft oder in einer Entfernung von maximal zwei Stunden wohnten.

Im Vergleich zu vorherigen Erhebungen (1996, 2002 und 2008) ist die Kontakthäufigkeit und Beziehungsenge zu erwachsenen Kindern außerhalb des Haushaltes jedoch stabil geblieben (Mahne und Huxhold 2017, S. 226 f.), wobei Mütter durchgängig mehr Kontakt zu ihren Kindern hatten als Väter (ebd., S. 227). 85 % der 55- bis 69-jährigen Frauen und 71,5 % der Männer hatten mindestens einmal wöchentlich Kontakt zu ihren erwachsenen Kindern (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang A14-4).

Im DEAS werden auch Unterstützungsleistungen an und von Eltern und Kindern erfasst. Unterschie-

den werden materielle Unterstützungsleistungen, d. h. Geld- und Sachgeschenke sowie instrumentelle Unterstützung in Form von Hilfsleistungen im Haushalt. Im Vergleich zum Jahr 1996 lassen sich zwei übergreifende Trends beobachten: Personen zwischen 40 und 85 Jahren leisteten 2014 häufiger materielle Unterstützung an ihre Kinder, Enkel und Eltern und bekamen seltener instrumentelle Hilfe von Kindern und Enkeln als im Jahr 1996 (Klaus und Mahne, S. 250).

37,5 % der 55- bis 69-Jährigen unterstützten im Jahr 2014 ihre Kinder materiell und 13,4 % instrumentell. 15,8 % und damit ein fast doppelt so hoher Anteil wie im Jahr 1996 gaben an, ihre Enkelkinder materiell zu unterstützen (Klaus und Mahne 2017, S. 252). Dies hängt vermutlich mit der besseren Ressourcenausstattung in allen Altersgruppen der zweiten Lebenshälfte zusammen (ebd., S. 251). Umgekehrt erhielten nur 2,7 % der 55- bis 69-jährigen Eltern materielle und 10,5 % instrumentelle Unterstützung von ihren Kindern (vgl. Abbildung 39 im Anhang, S. 182) (ebd., S. 252). Damit gaben sie im Jahr 2014 seltener als ihre Altersgruppe im Jahr 1996 an, instrumentelle Hilfen von Kindern und Enkeln zu erhalten. Klaus und Mahne vermuten, dass dies u. a. mit der Wohnentfernung zwischen den Generationen zusammenhängt, mit der geringeren Gesamtzahl von Kindern und Enkeln und mit einem besseren Gesundheitszustand älterer Menschen, der weniger Unterstützung notwendig macht (ebd., S. 251).

Während Frauen an der Betreuung von Enkelkindern und bei der Pflege Angehöriger (vgl. Kapitel 5, S. 68) stärker beteiligt waren als Männer, lassen sich keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede beim intergenerationalen Austausch von materieller Hilfe und instrumenteller Unterstützung in Form von Hilfsleistungen im Haushalt feststellen (Klaus und Mahne 2017, S. 254).

» 03.3 Außerfamiliäre Netzwerke

Soziale Beziehungen außerhalb der Familie haben an Bedeutung gewonnen (Böger, Huxhold u. a. 2017, S. 268): Im Jahr 2014 gaben mehr Personen zwischen 40 und 85 Jahren nahe außerfamiliäre Kontakte an als im Jahr 1996 (ebd., S. 264). Freundschaften sind wichtig für soziale Aktivitäten, für die emotionale Unterstützung und können eine wichtige Ressource für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse sein.

Die 55- bis 69-Jährigen zählten im Jahr 2014 im Durchschnitt 4,9 Personen (z. B. Verwandte, Bekannte) zu ihrem engen Netzwerk. Bei den 40- bis 54-Jährigen waren es mit 5,2 Personen etwas mehr, im höheren Alter sank die Netzwerkgröße auf 4,5 Personen. 55- bis 69-jährige Frauen nannten etwas mehr nahestehende Personen (5,1) als Männer (4,7), Personen in den neuen Ländern (4,4) weniger als in den alten Ländern (5) (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 17-1). Personen mit höherer Bildung gaben mehr enge Kontakte an als Personen mit niedriger Bildung (Böger, Huxhold u. a. 2017, S. 261). Bei Betrachtung der außerfamiliären Beziehungen zeigt sich, dass 56,9 % der Befragten mindestens eine befreundete Person im engen Netzwerk angaben. Auch hier ist der Anteil der Frauen, die enge Freundschaften angaben, mit 60,3 % höher als der Anteil der Männer mit 53,3 % (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A17-5).

Soziale Freizeitaktivitäten, d. h. Freizeitaktivitäten, die mit anderen Personen wie Verwandten und Freundschaften zusammen ausgeübt werden, sind seit 1996 in allen Altersgruppen angestiegen (Böger, Huxhold u. a. 2017, S. 262). Auch außerfamiliäre Kontakte spielen dabei eine Rolle: 63,2 % der 54- bis 59-Jährigen und 59,5 % der 60- bis 65-Jährigen

unternahmen mindestens einmal die Woche eine Freizeitaktivität gemeinsam mit befreundeten Personen (Böger, Huxhold u. a. 2017, S. 267). Je höher der Bildungsstand war, desto größer war der Anteil der Personen, die Aktivitäten mit Freundinnen oder Freunden berichteten (ebd.).

Im Deutschen Alterssurvey wird zudem das Potenzial für informationelle und emotionale Unterstützung erhoben, indem erfragt wird, ob soziale Kontakte Quelle von Rat oder Trost sind (ebd., S. 260). 2014 nannten die befragten 55- bis 69-Jährigen im Durchschnitt 2,3 Personen, die Rat geben können, wobei Verwandte und Freundschaften gleichermaßen genannt werden konnten (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 17-2). Befreundete (nicht-verwandte) Personen, die Rat geben können, gaben 41,9 % der Frauen und 35,7 % der Männer der Altersgruppe an (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 17-6). Im Vergleich zu früheren Erhebungen ist der Anteil derjenigen 55- bis 69-Jährigen, die mindestens eine befreundete Person angaben, die ihnen Rat geben kann, von 22,2 % im Jahr 1996 auf 38,9 % im Jahr 2014 deutlich angestiegen (ebd., Tabelle A 17-6).

Zur Erhebung des Potenzials an emotionaler Unterstützung wurden die Befragten nach Personen gefragt, an die sie sich wenden können, wenn sie Trost oder Aufmunterung benötigen (Böger, Huxhold u. a. 2017, S. 260). Die 55- bis 69-Jährigen nannten im Mittel zwei Personen, die Trost spenden würden (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A17-3), wobei hier Familienmitglieder eingeschlossen waren. Aber auch Freundschaften wurden als Quelle von Trost genannt: Ein gutes Drittel (34,8 %) der 55- bis 69-Jährigen nannte mindestens eine befreundete Person, die Trost geben kann. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Während 45,3 % der 55- bis 69-jährigen Frauen Trost oder Aufmunterung bei mindestens einer befreundeten Person fanden, war es nur ein knappes Viertel (23,8 %) der gleichaltrigen Männer (ebd., Tabellenanhang, Tabelle A 17-7). Im Vergleich zu 1996 hat sich der Anteil derjenigen, die mindestens eine befreundete Person nennen, die Trost geben kann, nahezu verdoppelt: von 19,3 % (1996) auf 34,8 % im Jahr 2014 (ebd., Tabellenanhang, Tabelle A 17-7).

Freundschaftliche Beziehungen wurden häufiger als früher als Quelle von emotionaler Unterstützung (wie Rat und Trost) genannt. Dabei zeigten sich jedoch Unterschiede innerhalb der Altersgruppe. So geben Personen mit höherer Bildung häufiger als weniger Gebildete an, dass sie in freundschaftlichen Beziehungen Rat und Trost erhalten können (Böger, Huxhold u. a. 2017, S. 265). Dies kann damit zusammenhängen, dass Menschen mit höherer Bildung über größere soziale Netzwerke verfügen und vermutlich häufiger mit (ebenso) ressourcenstarken Personen befreundet sind, die ihnen z. B. Rat geben können.

Diese Befunde schließen an ältere Studien an, die einen Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und der Zahl naher Freundinnen und Freunde aufzeigen (Höllinger und Haller 1993, S. 115; Diewald und Lüdicke 2007). Ältere Menschen mit geringem sozialem Status (mit niedriger Schulbildung und niedrigem Haushaltseinkommen) gaben in diesen Studien weniger Freundinnen und Freunde an als besser Situierte. Allerdings ist an dieser Stelle auf die Ergebnisse aus Perrig-Chiellos (1997) Studien zu verweisen, die herausstellen, dass im Alter nicht die Quantität, sondern die Qualität sozialer Beziehungen das Wohlbefinden erhöht. Nicht ein großer Freundeskreis, sondern ein stabiles Verhältnis zu mindestens einer Vertrauensperson ist hier entscheidend.

» 03.4 Einsamkeit und soziale Exklusion

Einsamkeit besteht, wenn die Anzahl oder die Qualität von persönlichen Kontakten nicht mit den eigenen Bedürfnissen an Beziehungen übereinstimmt (Böger, Wetzel u. a. 2017, S. 274). Obwohl soziale Kontakte an Bedeutung und Umfang gewonnen haben, haben sich die Angaben zur Einsamkeit nicht verringert. 9,5 % der 55- bis 69-Jährigen berichteten im Deutschen Alterssurvey von 2014 Gefühle von Einsamkeit. 10,5 % der Männer und 8,5 % der Frauen gaben an, sich einsam zu fühlen. Der Anteil der 40- bis 54-Jährigen, die über Gefühle von Einsamkeit berichteten, war vergleichbar hoch (9,6 %), während unter den 70- bis 85-Jährigen seltener Einsamkeit genannt wurde (7,1 %) (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A18-1). Der Anteil derjenigen 55- bis 69-Jährigen, die sich einsam fühlten, unterschied sich im Jahr 1996 mit 10,3 % nur wenig vom Jahr 2014, auch wenn es in den Erhebungen dazwischen Schwankungen gab (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A18-1).

Die Wahrnehmung von Einsamkeit muss nicht unmittelbar mit der Anzahl der sozialen Beziehungen zusammenhängen. Einsamkeit kann wahrgenommen werden, obwohl das soziale Netzwerk groß ist. Trotzdem trifft das Empfinden von Einsamkeit häufig auf einen gleichzeitigen Mangel an sozialen Beziehungen. Menschen in der zweiten Lebenshälfte (40- bis 85-Jährige) mit niedriger Bildung und weniger Einkommen geben nicht nur kleinere soziale Netzwerke an (siehe oben), sie fühlen sich auch häufiger einsam als Personen mit mittlerer und hoher Bildung (Böger, Wetzel u. a. 2017, S. 278).

Im Deutschen Alterssurvey wurde außerdem nach dem Gefühl der gesellschaftlichen Ausgeschlossenheit gefragt.[13] 5,5 % der 55- bis 69-Jährigen gaben an, sich gesellschaftlich ausgeschlossen zu fühlen. In der älteren Altersgruppe (70 bis 85 Jahre) waren es 7 % der Befragten. 40- bis 85-Jährige, die über ein niedriges Bildungsniveau und ein geringes Einkommen verfügten, gaben häufiger ein Gefühl der Exklusion an (ebd., S. 280). Außerdem gaben Menschen, die sich gesellschaftlich ausgeschlossen fühlten, auch häufiger an, einsam zu sein (ebd., S. 281 f.). Sozioökonomische Notlagen, damit einhergehende geringe Handlungsspielräume sowie geringe soziale Unterstützung können sich mit zunehmendem Alter verstärken, da beispielsweise Ressourcen fehlen, um gesundheitliche Einschränkungen zu kompensieren. Zudem können sich die wahrgenommene gesellschaftliche Ausgeschlossenheit und Einsamkeit bereits negativ auf die Gesundheit und auf das Wohlbefinden auswirken (Hawkley und Cacioppo 2010 zitiert nach Böger, Wetzel u. a. 2017, S. 282).

» 03.5 Fazit

In der Kohorte der 1951 bis 1960 Geborenen lassen sich gegenüber früheren Kohorten der »Jungen Alten« durchaus Veränderungen in den sozialen Beziehungen erkennen. Ehe und familiäre Beziehungen spielen nach wie vor für den weitaus größten Teil der Älteren eine wichtige Rolle. Die emotionale

13 Gefragt wurde (insgesamt gab es vier Fragen) z. B.: »Ich habe das Gefühl, gar nicht richtig zur Gesellschaft zu gehören.«, »Ich habe das Gefühl, im Grunde gesellschaftlich überflüssig zu sein.« (Böger, Wetzel u. a. 2017, S. 276).

Nähe zu erwachsenen Kindern und zu Enkelkindern ist groß.

Wird jedoch der Wandel stärker als die Kontinuität in den Blick genommen, zeigen sich etliche Umbrüche. Die Wohnortnähe zu erwachsenen Kindern und Enkelkindern ist seltener geworden, wodurch der Austausch praktisch-instrumenteller Unterstützung zwischen den Generationen schwieriger geworden ist. Durch die höhere Lebenserwartung leben die Eltern der 55- bis 69-Jährigen häufiger noch, andererseits haben weniger »Junge Alte« Enkelkinder.

Partnerschaften sind längst nicht mehr zwingend über das Konzept der Ehe verfasst: Der Anteil der nichtehelichen Partnerschaften hat zugenommen. Auch die Alltagsorganisation von Paaren hat sich verändert, wobei dies die Erwerbsbeteiligung stärker betrifft als die Verteilung der Hausarbeit, die trotz stärkerer Erwerbsbeteiligung vorwiegend von Frauen erledigt wird. Auch an der Betreuung von Enkeln sind Frauen stärker beteiligt. Die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist somit immer noch eine wichtige politische und soziale Herausforderung.

Soziale Beziehungen außerhalb der Familie haben an Bedeutung gewonnen. Sie bieten Gelegenheiten zu Freizeitaktivitäten, geben Rat und können Trost und Aufmunterung spenden. Menschen mit niedriger Bildung berichten allerdings über weniger soziale Kontakte, weniger soziale Freizeitaktivitäten und weniger Personen, die ihnen Rat geben können. Sie benennen zudem häufiger ein Gefühl von Einsamkeit und gesellschaftlicher Ausgeschlossenheit. Dies birgt viele Risiken, auch für die gesundheitliche Situation und die Lebensqualität.

Neben politischen Maßnahmen, soziale Ungleichheit zu mindern und Chancengleichheit für alle Altersgruppen in ihren jeweiligen Lebenswelten zu verbessern, sollten auch andere Strategien zur Förderung von Inklusion in den Blick genommen werden, zum Beispiel die Förderung von niedrigschwelligen Orten und Gelegenheiten für soziale Begegnungen.

04

Gesundheitliche Lage

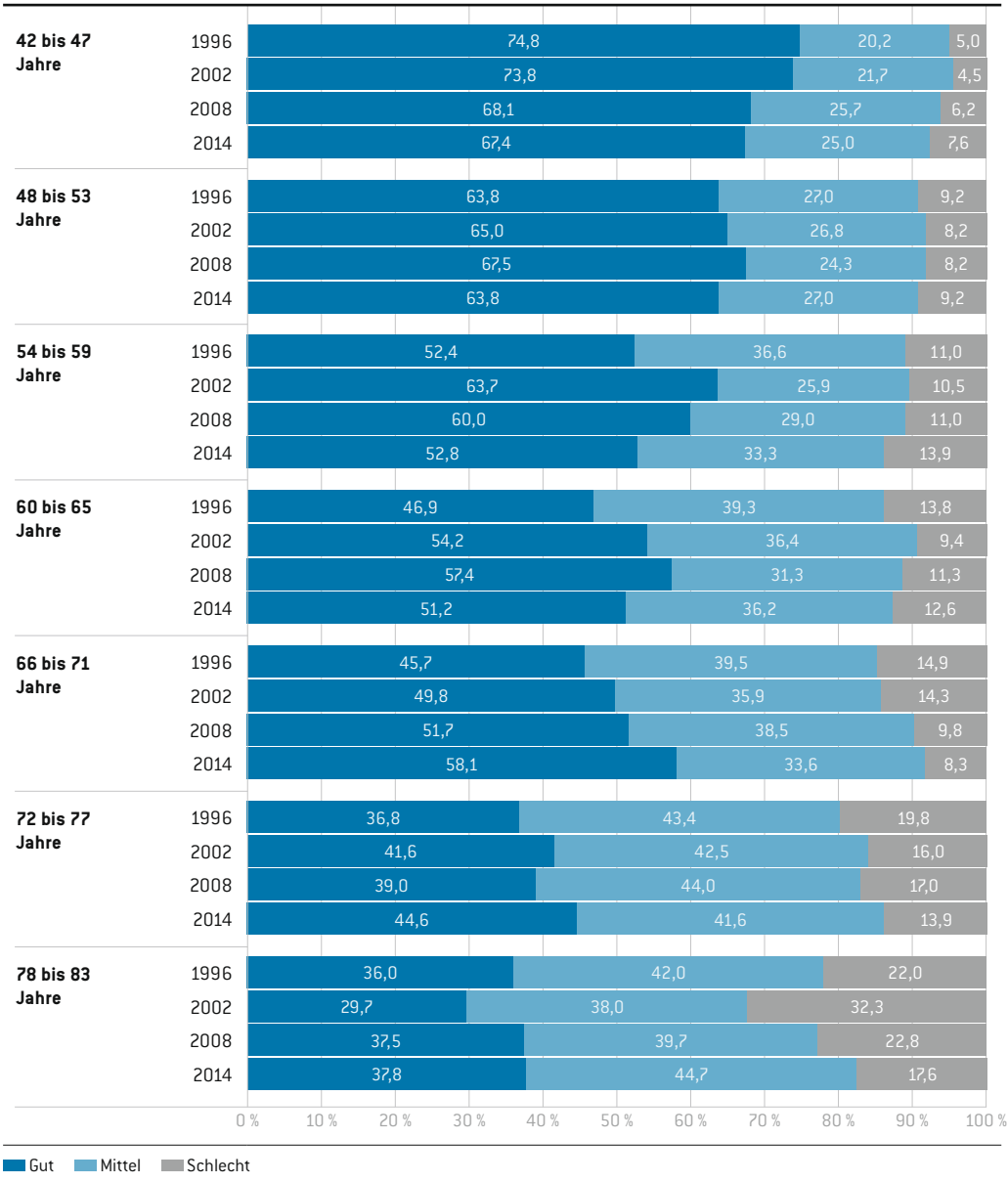
Mit zunehmendem Alter gewinnt Gesundheit immer mehr an Bedeutung, da Krankheiten und körperliche Einschränkungen vor allem nach dem Überschreiten der Lebensmitte vermehrt auftreten. Dabei ist die gesundheitliche Lage nicht allein durch die An- bzw. Abwesenheit von Krankheit und Mortalität bestimmt, sondern umfasst auch die subjektiv wahrgenommene Gesundheit eines Menschen. Um die Altersgruppe der »Jungen Alten« hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Lage hinreichend zu beschreiben, werden außerdem das Gesundheitsverhalten und damit assoziierte Risiken, im Speziellen die Thematik Arbeit und Gesundheit, sowie das Thema Gesundheitskosten aufgegriffen.

In der Darstellung wird, soweit es die uns verfügbaren Daten zulassen, nach Geschlecht, Region (Ost- und Westdeutschland) und Bildungsgruppe bzw. Sozialstatus unterschieden. Zur gesundheitlichen Lage der »Jungen Alten« mit Migrationshintergrund bzw. der in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer dieser Altersgruppe können nur sehr vereinzelt Aussagen getroffen werden.

Die Darstellung stützt sich primär auf die Bevölkerungs- und Gesundheitsdaten des Statistischen Bundesamtes, auf den Deutschen Alterssurvey (DEAS) des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA)[14] sowie auf die Erhebungen des Robert Koch-Instituts »Studie zur Gesundheit Erwachsener in

14 Das DZA bietet auf der Internetseite www.gerostat.de ein Online-Tool an, um ausgewählte Indikatoren des DEAS, des Freiwilligensurveys und Daten der amtlichen Statistik berechnen zu können, untergliedert nach Altersgruppen, Geschlecht, Region und Erhebungsjahr.

Subjektive Gesundheit nach Altersgruppen



» Abb. 1: Subjektive Gesundheit nach Altersgruppen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014, in Prozent, gewichtet.
Quelle: Spuling, Wurm u. a. 2017, S. 163; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; Lizenz: CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de.

Deutschland« (DEGS) und »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA).[15] Da in den Erhebungen des Statistischen Bundesamts, des RKI und des DZA in der Regel keine spezifischen Werte für die Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen berechnet wurden, werden im Folgenden auch alternative Gruppeneinteilungen benutzt, sofern sie sich innerhalb des Altersintervalls von 50 bis 70 Jahren befinden.[16]

» 04.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit bezieht sich auf die Einschätzung des Gesundheitszustands durch die Befragten selbst. Sie gewinnt mit zunehmendem Alter an Bedeutung: Zum einen zeigen Studien, dass der objektiv messbare Gesundheitszustand einer Person und ihre Selbsteinschätzung im höheren und hohen Alter nur noch selten übereinstimmen. Zum anderen eignet sich die subjektive Gesundheitseinschätzung im höheren Alter besser zur Vorhersage für Mortalität als der objektive Gesundheitszustand (Spuling, Wurm u. a. 2017, S. 158 f.). Gemäß DEGS1 2008–2011 (RKI 2015a, S. 32) sinken die Anteile der Frauen und Männer, die ihre Gesundheit als »sehr gut« oder »gut« einschätzen, mit zunehmenden Alter stetig, wobei Männer in allen Altersgruppen geringfügig häufiger über eine gute bzw. sehr gute Gesundheit berichteten als Frauen (vgl. Abbildung 40 im Anhang, S. 183).

Auch im Deutschen Alterssurvey (DEAS) wurden die Befragten um eine Bewertung ihres derzeitigen Gesundheitszustands gebeten. Die Antworten »sehr gut« und »gut« wurden zu »gute subjektive Gesundheit« zusammengefasst, die Antworten »schlecht« und »sehr schlecht« zu »schlechte subjektive Gesundheit«, während die Antwort »mittel« als Kategorie belassen wurde. In der Altersgruppe der 54- bis 65-Jährigen berichteten im Jahr 2014 etwas mehr als die Hälfte der Befragten (54- bis 59-Jährige: 53%, 60- bis 65-Jährige: 51 %) über eine gute subjektive Gesundheit. Ein eindeutiger Entwicklungstrend war im Zeitraum von 1996 bis 2014 für keine dieser beiden Altersgruppen feststellbar (vgl. Abbildung 1, für weitere Aufgliederungen nach Geschlecht und Region vergleiche Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, S. 22).

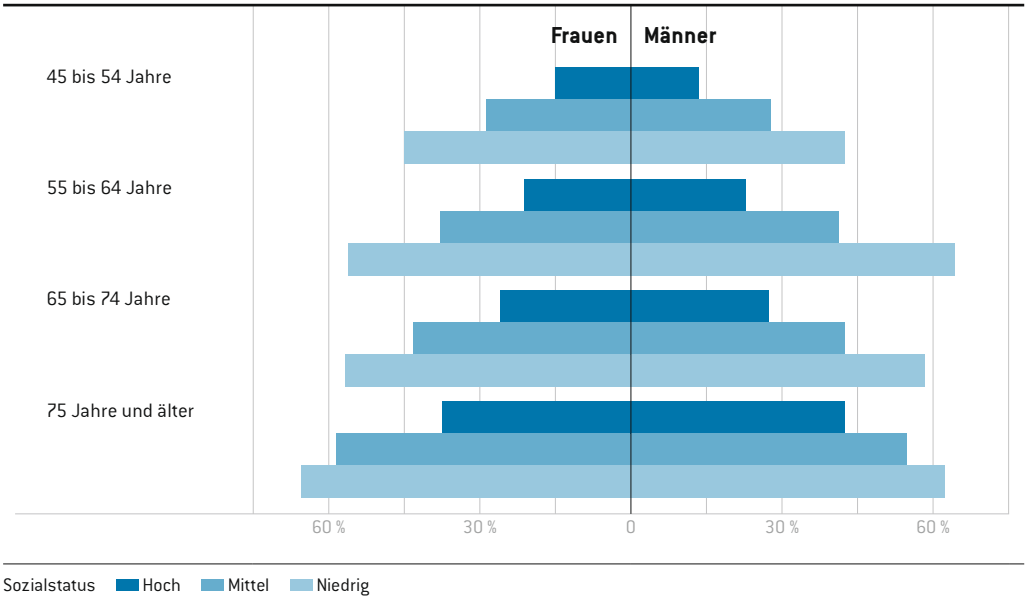
Eine aktuelle Auswertung der zusammengefassten Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 von Lampert u. a. (2016) zeigt, wie sehr die subjektive Gesundheit von Männern und Frauen aller Altersgruppen nach dem sozialem Status differiert (vgl. Abbildung 2).[17] Diese Unterschiede sind in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen am stärksten: Dort geben über 20 % der Frauen und Männer mit einem hohen Sozialstatus an, dass ihr Gesundheitszustand »mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht« sei, während der entsprechende Anteil bei den Frauen und Männern mit niedrigem Sozialstatus um die 60 % beträgt, also ungefähr dreimal so hoch ist.

15 Für Informationen zu grundlegenden Merkmalen der wichtigsten in der Expertise verwendeten Datenquellen vergleiche das Glossar im Anhang (S. 190). Eine informative Übersicht wichtigen Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung findet sich im RKI-Bericht »Gesundheit in Deutschland« (RKI 2015a, S. 501–510).

16 Im Bericht zur GEDA 2012 (RKI 2014a) wurde leider nur die sehr grobe Alterskategorie 45–65 verwendet.

17 Der Sozialstatus wird in den Studien des RKI gleichgewichtig aus den Angaben zur schulischen und beruflichen Bildung, zur beruflichen Stellung sowie zum Netto-Äquivalenzeinkommen als Summenindex berechnet. Die Verteilung wird untergliedert in eine niedrige Statusgruppe (untere 20 %), eine mittlere Statusgruppe (mittlere 60 %) und eine hohe Statusgruppe (obere 20 %) (Lampert u.a. 2016, S. 5).

Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand



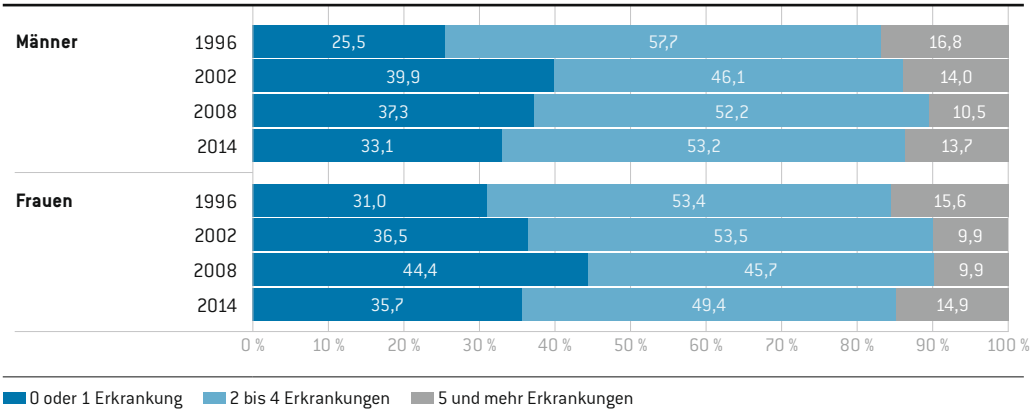
» Abb. 2: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (»mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«) bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe. Quelle: Lampert u. a. 2016, S. 6; Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012.

Erkrankungen und gesundheitlich bedingte Einschränkungen

Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamts wurden zuletzt im Jahr 2013 Fragen zur Gesundheit gestellt. Etwa ein Sechstel der Männer (18 %) und Frauen (17 %) im Alter von 55 bis unter 65 Jahren gab 2013 an, aktuell krank oder unfallverletzt zu sein (Statistisches Bundesamt 2014b, S. 9, eigene Berechnungen, gerundete Werte).[18] Der Alterssurvey fragt regelmäßig nach der Anzahl an bestehenden Erkrankungen (Wolff u. a. 2017, vgl. Abbildung 3). Im Jahr 2014 gab rund ein Drittel der 55- bis 69-jährigen Befragten (Männer: 33 %, Frauen: 36 %) an, an keiner oder nur einer Erkrankung zu leiden. Rund die Hälfte dieser Altersgruppe (Männer: 53 %, Frauen 49 %) litt an zwei bis vier Erkrankungen gleichzeitig, während 14 % der Männer und 15 % der Frauen über fünf oder mehr Erkrankungen berichteten. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass zwischen 1996 und 2008 die »Jungen Alten« immer seltener mehrfacherkrankt waren. Ob die unerwartete Zunahme zwischen 2008 und 2014 eine Trendumkehr

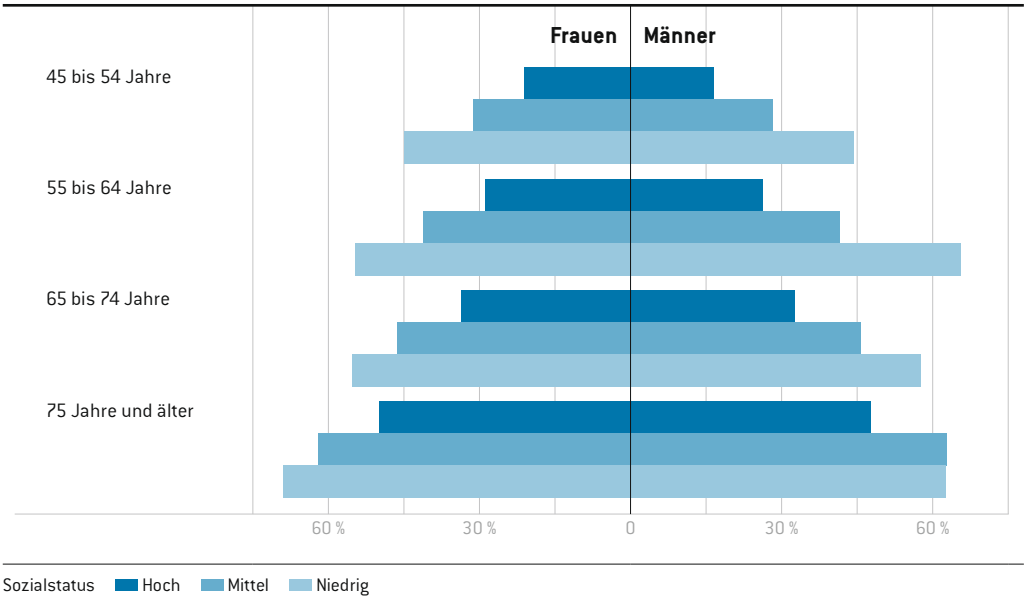
18 Das Zusatzprogramm »Fragen zur Gesundheit« wird jeweils im Abstand von vier Jahren durchgeführt und richtete sich 2013 an rund 1 % der Bevölkerung (33.200 Haushalte mit 683.000 Personen). Die Fragen zu den Themen »Gesundheitszustand (Kranke und Unfallverletzte)«, »Krankheitsrisiken (Rauchgewohnheiten)« und »Körpermaße (Größe, Gewicht, Body-Mass-Index)« konnten freiwillig beantwortet werden (Statistisches Bundesamt 2014a, S. 3).

Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen



» Abb. 3: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen nach Geschlecht und Jahr in Prozent. Quelle: Mahne u.a. 2017b, Tabelle A 8-1; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; Lizenz: CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; eigene Darstellung.

Gesundheitlich bedingte Einschränkungen im Alltag



» Abb. 4: Gesundheitlich bedingte Einschränkungen im Alltag bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe. Quelle: Lampert u. a. 2016, S. 7; Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012.

anzeigt (die Ergebnisse des DEAS zur funktionalen Gesundheit gehen in die gleiche Richtung), ist noch nicht abzuschätzen und muss durch weitere Untersuchungen bestätigt werden.[19]

Chronische Erkrankungen und Behinderungen (vgl. Kapitel 4.3, S. 44) erschweren die selbständige Lebensführung im Alltag. In den GEDA-Studien wurde die Frage gestellt: »In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft eingeschränkt?« Als Antworten waren »erheblich eingeschränkt«, »eingeschränkt, aber nicht erheblich« und »nicht eingeschränkt« möglich. Berechnungen mit den zusammengefassten Daten von GEDA 2009, 2010 und 2012 (vgl. Abbildung 4) zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für 55- bis 64-jährige Frauen und Männer, im Alltag krankheitsbedingt (erheblich) eingeschränkt zu sein, mit sinkendem sozialem Status deutlich zunimmt (vergleichbar mit der sozialen Ungleichheit hinsichtlich der subjektiven Gesundheit).

04.2 Morbidität

Im Folgenden werden die wichtigsten Beeinträchtigungen und Krankheiten der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen näher betrachtet. Dabei werden unter anderem Werte für die Prävalenz, d. h. die relative Häufigkeit der jeweiligen Erkrankung, und die Inzidenz, d. h. die relative Häufigkeit der neu Erkrankten in einer bestimmten Zeitspanne, angegeben. Die Prävalenz zeigt, wie oft die Krankheit in einer bestimmten Gruppe von Menschen vorkommt, die Inzidenz beschreibt das Risiko für bestimmte Erkrankungen in einer Bevölkerungsgruppe.

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems
Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems stellen in deutschen Krankenhäusern in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen bei Frauen die häufigste und bei Männern die dritthäufigste Diagnose dar. Beide Geschlechter der Altersgruppe besuchen aufgrund dieser Diagnose am häufigsten eine Vorsorge- und Rehaeinrichtung (vgl. Tabelle 62 im Anhang, S. 166). Dementsprechend sind Muskel- und Skeletterkrankungen auch häufige Ursachen für Arbeitsausfälle und Frühverrentung (siehe Kapitel 4.6, S. 60).

Kuntz u. a. (2017) haben anhand der zusammengefassten Daten der GEDA-Befragungen 2009, 2010 und 2012 die Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von chronischen Rückenschmerzen (mindestens drei Monate lang und fast täglich) bei Erwachsenen berechnet. Dabei nahmen die Prävalenzraten mit wachsendem Alter stetig zu, wobei in jeder Altersgruppe Frauen häufiger an chronischen Rückenschmerzen gelitten haben als Männer. Bei den 45- bis 64-Jährigen berichteten 33,3 % der Männer und 36,9 % der Frauen, dass sie schon einmal an chronischen Rückenschmerzen litten; dies war für 20,3 % der Männer und 25,5 % der Frauen auch in den letzten 12 Monaten der Fall (ebd., S. 786). Die Prävalenzen unterschieden sich sehr deutlich nach dem sozialen Status der Befragten: So berichteten in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen lediglich 12,8 % der Männer und 16,8 %

19 Die Autorinnen der Auswertung spekulieren, dass die Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 zu häufigeren Arztbesuchen und einer dadurch höheren Wahrscheinlichkeit von Krankheitsdiagnosen geführt haben könnte, wozu auch bessere diagnostische Verfahren und eine höhere Sensibilität der Bevölkerung für Erkrankungen beigetragen hätten (Wolff u.a. 2017, S. 135). Möglicherweise haben sich aber auch Diagnosekriterien und damit verbunden die Diagnosebereitschaft der Ärzteschaft geändert. Schließlich können auch die gestiegenen Erwerbsquoten der »Jungen Alten« zu einer höheren gesundheitlichen Belastung beigetragen haben.

der Frauen mit einem hohen Sozialstatus, aber bereits 32,9 % der Männer und 38,1 % der Frauen mit einem niedrigen Sozialstatus, über chronische Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten (vgl. Abbildung 41 im Anhang, S. 184). Die drei Statusdimensionen »formaler Bildungsabschluss«, »Berufsstatus« und »Einkommen« waren dabei jeweils eigenständig mit dem Erkrankungsrisiko verbunden (ebd., S. 788 f.).

Im Deutschen Alterssurvey wurde anhand einer vorgelegten Liste gefragt, ob »Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt [hat], dass Sie unter einer der dort aufgeführten Krankheiten leiden?« Im Jahr 2014 antworteten 38,7 % der befragten 55- bis 69-Jährigen, dass bei ihnen ein Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule diagnostiziert wurde. Weibliches Geschlecht gilt neben zunehmendem Alter als Hauptrisikofaktor. Entsprechend gaben 40,1 % der Frauen und 37,3 % der Männer an, diese Diagnose erhalten zu haben. In der folgenden Alterskohorte der 70- bis 85-Jährigen gaben 50,0 % der Frauen und 42,9 % der Männer an, Arthrose zu haben (DEAS 2014, vgl. Tabelle 63 im Anhang, S. 166). Im Vergleich zeigt sich, dass die Prävalenzen in den neuen Ländern (einschließlich Berlin-Ost) erst bei den 70- bis 85-Jährigen deutlich höher lagen als in den alten Ländern (einschließlich Berlin-West), während sie sich in der Altersgruppe der »Jungen Alten« (55 bis 69 Jahre) kaum voneinander unterschieden (ebd.). In der DEGS1-Studie (2008–2011) waren die Geschlechterunterschiede bei den 60- bis 69-Jährigen deutlich größer (Frauen: 46,9 %, Männer 33,8 %), nicht jedoch bei den 50- bis 59-Jährigen (Frauen: 29,9 %, Männer 27,5 %); der Sozialstatus hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Vorliegen einer Arthrose (Fuchs u. a. 2013, S. 680 f.).

Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen (Arthritis oder Rheuma) traten im DEAS 2014 bei den 55- bis 69-Jährigen mit 14,9 % deutlich seltener auf als Arthrose. In dieser Altersgruppe waren Frauen mit 16,6 % häufiger daran erkrankt als Männer mit 13,2 %. Besonders Frauen in Ostdeutschland hatten mit 21,4 % eine hohe Erkrankungsrate (westdeutsche Frauen: 15,5 %) (vgl. Tabelle 64 im Anhang, S. 167). In der DEGS1-Studie (2008–2011) stiegen die Lebenszeitprävalenzen erwartungsgemäß mit dem Alter, und Personen mit einem niedrigen Sozialstatus gaben signifikant häufiger das Vorhandensein einer »Rheumatoiden Arthritis« an als Personen mit mittlerem oder höherem Sozialstatus (Fuchs u. a. 2013, S. 681 und 683).

Im DEAS 2014 berichteten 10,4 % der Frauen und 3,8 % der Männer im Alter zwischen 55 und 69 Jahren über eine Osteoporose-Diagnose (vgl. Tabelle 65 im Anhang, S. 167). Diese Geschlechterunterschiede sind noch ausgeprägter in der Gruppe der 70- bis 85-Jährigen, dort verdoppelten sich die Werte bei Frauen (20,8 %), während sie für Männer stabil blieben (3,6 %). Entsprechend stellen Frauen der untersuchten Alterskohorte, insbesondere die im hohen Alter besonders gefährdeten Frauen mit niedrigem Sozialstatus (Fuchs u. a. 2013, S. 681), eine wichtige Gruppe für die Osteoporose-Prävention dar.

Erkrankungen der Lungen und Bronchien

Chronische Lungenerkrankungen gehen oft mit Kurzatmigkeit, einer dauerhaft eingeschränkten Leistungsfähigkeit und Folgeerkrankungen einher. Neben dem Asthma bronchiale stellt vor allem die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease/COPD) eine schwerwiegende häufige Erkrankung dar. Die COPD umfasst als wichtigste Unterformen die chronisch-obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem.

In der DEGS1-Studie (2008–2011) gaben die 50- bis 59-jährigen und die 60- bis 69-jährigen Befragten eine Lebenszeitprävalenz für Asthma bronchiale von 6,4 % bzw. 8,5% sowie eine 12-Mo-

natsprävalenz von 3,8 % bzw. 6,4 % an (Langen u. a. 2013, S. 699 und 702). In beiden Altersgruppen weisen Frauen im Vergleich zu Männern sowohl eine höhere Lebenszeitprävalenz (Frauen: 7,5 % bzw. 10,4 %, Männer: 5,4 % bzw. 6,4%), als auch eine höhere 12-Monatsprävalenz auf (Frauen: 4,6 % bzw. 8,2 %, Männer: 3,1 % bzw. 4,5 %) (ebd.). Im Vergleich zur Vorgängerstudie, dem Bundesgesundheitssurvey 1998 (BGS98) haben sich die Lebenszeitprävalenzen bei den 60- bis 69-jährigen Frauen fast verdoppelt, von 5,3 % 1998 auf 10,4 %; bei den Männern dieser Altersgruppe war nur eine leichte Veränderung um etwa einen Prozentpunkt zu beobachten (ebd., S. 703).

Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist durch chronischen Husten gekennzeichnet und wird fast ausschließlich durch schlechte Umwelteinflüsse wie Rauchen oder das Einatmen von Gasen und Staubarten am Arbeitsplatz verursacht. Nach einer älteren Untersuchung von Geldmacher u. a. (2008) im Rahmen der sogenannten BOLD-Studie[20] litten (im Jahr 2007 und bezogen auf die Region Hannover) in der Altersgruppe der 50- bis unter 60-Jährigen 7,3 % der Frauen und 4,8 % der Männer, in der Altersgruppe der 60- bis unter 70-Jährigen 8,8 % der Frauen und 7,6 % der Männer an einer COPD. Aufgrund des zunehmenden Zigarettenkonsums der Frauen im mittleren Alter ist verglichen mit älteren Kohorten mit einem Anstieg der COPD-Prävalenz zu rechnen, zudem Studien postulieren, dass das weibliche Bronchialsystem empfindlicher auf Zigarettenrauch reagiert als das männliche (ebd., S. 2613).

In der GEDA 2012 lag bei 6,7 % der Frauen und 4,6 % der Männer im Alter von 45 bis 64 Jahren eine chronische Bronchitis (Husten und Auswurf über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten) in den vergangenen 12 Monaten vor. Die entsprechenden Lebenszeitprävalenzen betrugen 11,0 % bei den Frauen und bei den Männern 8,2 % (RKI 2014a, S. 79). Die Anteile der chronischen Bronchitis nahmen hierbei für beide Geschlechter mit steigendem Alter zu und sank bei Frauen der Altersgruppe 45 bis 64 Jahren mit zunehmendem Bildungsgrad (vgl. ebd.).

Diabetes Mellitus

Die Häufigkeit von Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) nimmt mit steigendem Alter zu. Es ist zu berücksichtigen, dass Diabetes nicht immer diagnostiziert wird bzw. bekannt ist. Im Erwachsenenalter dominiert der Typ-2-Diabetes mellitus. Er ist gekennzeichnet durch eine Abnahme von Insulinwirkung und Insulinsekretion, die oft über längere Zeit nicht bemerkt wird. Deshalb können nur bevölkerungsrepräsentative Aussagen über die Prävalenz des diagnostizierten und dadurch bekannten Diabetes in der deutschen Bevölkerung getroffen werden (vgl. Heidemann u. a. 2013, S. 668).

Im DEAS 2014 gaben in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen mehr Männer (14,4 %) als Frauen (8,8 %) an, Diabetes bzw. hohe Blutzuckerwerte zu haben. In Ostdeutschland waren die Werte für diese Altersgruppe deutlich höher (Männer 19,8 %, Frauen 11,8 %) als in Westdeutschland (Männer 13,1 %, Frauen 8,1 %) (vgl. Tabelle 66 im Anhang, S. 168). In der DEGS1-Studie (2008–2011) wurde gefragt, ob ein Arzt jemals eine Zuckerkrankheit oder einen Diabetes festgestellt hätte. Die 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 69-Jährigen gaben hier Lebenszeitprävalenzen des bekannten Diabetes von 4,0 % und 10,7 % (Frauen) bzw. 7,3 % und 17 % (Männer) an (Heidemann u. a.

20 In der BOLD-Studie der Burden of Obstructive Lung Disease (= BOLD) Initiative werden weltweit Daten zu Einflussfaktoren auf COPD gesammelt, vgl. www.boldstudy.org (Letzter Zugriff am 17.07.2017).

2013, S. 671). Die Prävalenz stieg mit zunehmendem Alter deutlich an und nahm (vor allem bei Frauen) zu, je niedriger der Sozialstatus war (ebd.).

Krankheiten des Herzkreislaufsystems

Erkrankungen des Herzkreislaufsystems entstehen infolge einer fortlaufenden Verhärtung und Verengung der Arterien (Arteriosklerose) und werden durch Bluthochdruck, Übergewicht, überhöhte Blutfettwerte, Diabetes und übermäßigen Alkohol- und Nikotinkonsum gefördert (vgl. die jeweiligen Kapitel). Sie umfassen vor allem die beiden Hauptgruppen der ischämischen Herzerkrankungen (Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße) und der zerebrovaskulären Erkrankungen (Durchblutungsstörungen der Blutgefäße im Gehirn). Zu den ischämischen Herzerkrankungen zählen die koronare Herzkrankheit (KHK), deren Hauptsymptom die Angina pectoris (schmerzhafte Brustenge) ist, der Herz- bzw. Myokardinfarkt (Verschluss eines Herzkranzgefäßes als akute Komplikation einer KHK) sowie die chronische Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche), die überwiegend auf eine KHK zurückzuführen ist. Die wichtigste akute Komplikation einer zerebrovaskulären Durchblutungsstörung ist der Schlaganfall, der meistens durch eine plötzliche Mangeldurchblutung von wichtigen Gehirnarealen, oftmals auch durch eine Gehirnblutung verursacht wird.

Im Jahr 2015 wurden 471.326 Fälle (Frauen: 162.757, Männer: 308.569) von Krankheiten des Kreislaufsystems bei Personen im Alter von 55 bis unter 65 Jahren in deutschen Krankenhäusern diagnostiziert und behandelt (Statistisches Bundesamt 2016d, vgl. Tabelle 62 im Anhang, S. 166). Ischämische (koronare) Herzkrankheiten wurden mit 139.768 Fällen am häufigsten diagnostiziert, sonstige Herzkrankheiten machten 119.633 der Fälle aus, zerebrovaskuläre Krankheiten wurden 52.860 mal stationär behandelt (ebd.). Direkt nach bösartigen Neubildungen (Krebs) stellten Krankheiten des Kreislaufsystems die zweithäufigste Todesursache in der Gruppe der 55- bis unter 60-Jährigen dar. Im Jahr 2015 starben 18.524 Personen an Herzkreislauferkrankungen, davon waren 13.642 Männer und 4.882 Frauen (Statistisches Bundesamt 2017e, eigene Berechnung).

Ein zu hoher Blutdruck (Hypertonie) gilt als wesentlicher Risikofaktor für Herzkreislauferkrankungen. Im DEAS 2014 gaben 46,2 % der Männer und 39,0 % der Frauen im Alter von 55 bis 69 Jahren an, diese Diagnose erhalten zu haben. Diese Werte sind ungefähr doppelt so hoch wie in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen. Ostdeutsche im Alter von 55 bis 69 Jahren hatten deutlich höhere Prävalenzwerte (Männer 52,4 %, Frauen 48,0 %) als die gleichaltrigen Westdeutschen (Männer 44,8 %, Frauen 36,9 %) (vgl. Tabelle 67 im Anhang, S. 168). In der DEGS1 (2008–2011) wurde gefragt, ob eine Hypertonie bekannt ist und blutdrucksenkende Mittel eingenommen werden. Gleichzeitig wurden Blutdruckmessungen durchgeführt, um auch bislang unentdeckte Hypertonien festzustellen. Als Hypertonie wurden alle Fälle definiert, bei denen die Blutdruckwerte systolisch ≥140 oder diastolisch ≥90 mmHg betrugen (Mittelwerte der zweiten und dritten Messung) oder bei bekannter Hypertonie in den letzten sieben Tagen blutdrucksenkende Medikamente eingenommen wurden. In den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 69-Jährigen lag demnach eine Hypertonie bei 34,6 % bzw. 60,7 % der Frauen sowie bei 41,7 % bzw. 58,8 % der Männer vor. In beiden Altersgruppen nahmen die Hypertoniewerte zu, je niedriger der Sozialstatus war, bei Frauen viel deutlicher als bei Männern (Neuhauser u. a. 2013, S. 799; vgl. auch Neuhauser und Sarganas 2015).

In der GEDA 2014/2015-EHIS litten 3,4 % der Frauen und 7,7 % der Männer im Alter von 55 bis 64 Jahren in den letzten 12 Monaten an einer koronaren

Herzkrankheit (KHK, definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes oder Angina pectoris) (Busch und Kuhnert 2017a, S. 66). In der DEGS1 (2008–2011) wurde dagegen erfragt, ob ein Arzt jemals eine KHK diagnostiziert hätte. Die Lebenszeitprävalenzen betrugen in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen 1,8 % bei den Frauen und 6,9 % bei den Männern, während sie sich in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen mit 10,8 % bei den Frauen und 19,5 % bei den Männern vervielfachten. Die KHK ist damit stark altersabhängig und nach Geschlecht differenziert (Gößwald u. a. 2013, S. 651 f.). In beiden betrachteten Altersgruppen nahm für Männer und Frauen die Lebenszeitprävalenz der KHK mit steigendem Sozialstatus deutlich ab (ebd.; vgl. auch die vergleichbaren Ergebnisse mit Daten der GEDA 2009 und 2010 in RKI 2015a, S. 41).

Schlaganfälle und ihre Folgen werden nach den Daten der DEGS1 (2008–2011) mit zunehmendem Alter immer häufiger. Während in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre Frauen nur eine Lebenszeitprävalenz von 0,8 % und Männer nur von 1,8 % angaben, litten bei den 60- bis 69-Jährigen bereits 3,1 % der Frauen und 5,4 % der Männer an den Folgen eines Schlaganfalls (Busch, Schienkiewitz u. a. 2013, S. 657). In der GEDA 2014/2015-EHIS gaben die 55- bis 64-Jährigen mit 1,3 % der Frauen und 1,6 % der Männer ebenfalls selten an, dass sie in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall bzw. chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls hatten (Busch und Kuhnert 2017b, S. 73). Auch hier nahmen wie bei der KHK die Prävalenzen mit steigendem Sozialstatus deutlich ab (ebd.).

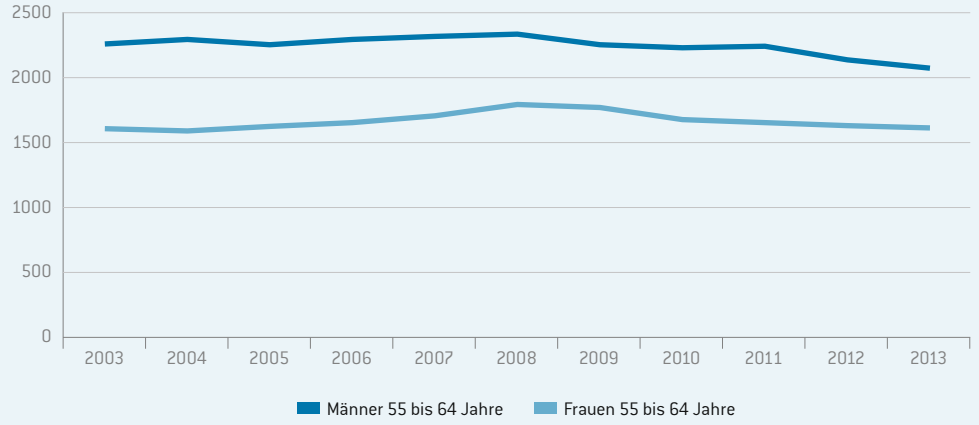
Krebs

Die Häufigkeit, jemals an Krebs zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), betrug im DEAS 2014 für Frauen 8,8 % und für Männer 7,5 % der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre (vgl. Tabelle 68 im Anhang, S. 169). Nach Schätzungen der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) erkrankten 2013 42.039 Männer und Frauen der 55- bis unter 60-Jährigen und 54.677 der 60- bis unter 65-Jährigen an Krebs (vgl. Tabelle 69 im Anhang, S. 170). Die Krebsinzidenz der älteren Alterskohorte lag für alle Tumorgruppen höher als in der jüngeren Kohorte. Frauen der betrachteten Alterskohorten waren am häufigsten von Brust- und Darmkrebs betroffen, Männer von Prostata-, Lungen- und Darmkrebs. Mit Ausnahme des Brustkrebses zeigten Männer dieses Alters für alle Tumorarten höhere Inzidenzraten als Frauen, besonders deutlich ist der Unterschied bei Tumorarten der Lunge, des Mund- und Rachenraums und der Speiseröhre (GEKID 2016).

Abbildung 5 zeigt, dass 55- bis 64-jährige Männer häufiger an Krebs erkrankten als gleichaltrige Frauen, und dass im Zeitraum von 2003 bis 2013 die Inzidenzraten bei beiden Geschlechtern bis 2008 leicht angestiegen und seitdem wieder leicht rückläufig sind. Nach einer Berechnung des RKI (2015b, S. 22) hatten im Jahr 2012 ein 55-jähriger Mann und eine 55-jährige Frau ein Risiko von 10,3 % bzw. 8,5 %, in den nächsten zehn Lebensjahren an Krebs zu erkranken. Im Vergleich dazu erhöht sich das 10-Jahres-Erkrankungsrisiko eines 65-jährigen Mannes auf 20,6 % und das einer gleichaltrigen Frau auf 12,9 % (vgl. Tabelle 70 im Anhang, S. 170).

Im Jahr 2015 sind insgesamt 14.387 der 55- bis unter 60-Jährigen sowie 20.268 der 60- bis unter 65-Jährigen an bösartigen Neubildungen gestorben, darunter mehr Männer als Frauen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017e, Todesursachenstatistik 2015). Die tumorbedingten Sterbefälle je 100.000 Einwohner der Gesamtbevölkerung haben von 1998 bis 2015 demografiebedingt, d. h. aufgrund der steigenden Lebenserwartung, stetig zugenommen. Dennoch ist die Krebssterblichkeit beider Geschlechter in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich gesunken, worauf die altersstan-

Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz je 100.000 Einwohner



» Abb. 5: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz der 55- bis 64-Jährigen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, 2003 bis 2013. Krebs gesamt (ohne sonstige Tumoren der Haut inkl. nicht-invasive Harnblasentumoren). Quelle: GEKID 2016; eigene Berechnung und Darstellung.

dardisierten Sterbeziffern für Krebs hinweisen (Todesursachenstatistik 2015 des Statistischen Bundesamts, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 16.05.2017).

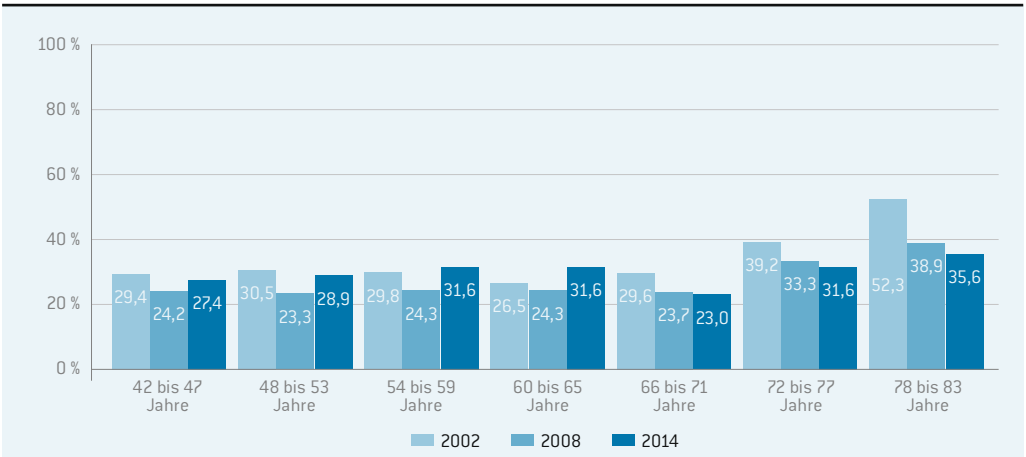
Psychische Gesundheit

Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) von 2014 gaben 8,1 % der Männer und 12,9 % der Frauen im Alter von 55 bis 69 Jahren an, dass bei ihnen eine »seelische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose)« von einem Arzt festgestellt wurde. Frauen wiesen generell, d. h. in allen Altersgruppen und im Zeitvergleich, eine höhere Erkrankungsprävalenz auf als Männer. Zwischen west- und ostdeutschen Frauen gab es 2014 kaum Unterschiede (13,1 % gegenüber 12,0 %), westdeutsche Männer hatten dagegen eine etwas höhere Erkrankungsrate als ostdeutsche Männer (8,6 % gegenüber 5,8 %).

Die jüngere Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen wies vergleichbare Werte auf, allerdings nähert sich bei ihnen die Erkrankungsrate der ostdeutschen Männer jener der westdeutschen Männer an. Die 70- bis 85-Jährigen waren hingegen unabhängig vom Geschlecht und der Region (Ost- oder Westdeutschland) nur halb so oft psychisch erkrankt (deutschlandweit: Männer 3,9 %, Frauen 6,7 %) (vgl. Tabelle 71 im Anhang auf S. 171 und die Onlinedaten auf www.gerostat.de). In der Erhebungswelle 2008 waren die Werte für die 55- bis 69-Jährigen im Vergleich zu 2014 allerdings nur annähernd halb so hoch, und zwar 4,7 % bei Männern und 6,1 % bei Frauen (siehe www.gerostat.de).

Die im Vergleichszeitraum stark gestiegene Erwerbsbeteiligung der »Jungen Alten« (vgl. Kapitel 6.1, S. 86) dürfte eine wesentliche Rolle für den Anstieg der Diagnosen spielen. Zum einen kann die berufliche Tätigkeit selbst zu höheren psychischen Belastungen beitragen, zum anderen wird bei psychisch erkrankten Erwerbstätigen ein Arztbesuch zwingend notwendig, wenn eine Krankschreibung

Anteile der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen



» Abb. 6: Anteile der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen, nach Alter, in den Jahren 2002, 2008 und 2014, in Prozent. Quelle: Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 180; Datenbasis: DEAS 2002, 2008 und 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de.

oder ein Antrag auf Frühverrentung erfolgen soll. Damit steigen naturgemäß auch die ärztlichen Diagnosen an.

Diese Interpretation wird gestützt durch Befunde des DEAS, wonach »Junge Alte« zwischen 54 und 65 Jahren zwischen 2002 und 2014 keine signifikant höheren Anteile hinsichtlich einer mindestens leichten depressiven Symptomatik aufwiesen als jüngere Altersgruppen (ermittelt über eine Depressionsskala mit 15 Items). Hier zeigten die hochaltrigen Menschen (umgekehrt zu den selbstberichteten Diagnosen!) die höchsten Werte einer leichten depressiven Symptomatik auf (vgl. Abbildung 6).

Hinsichtlich der diagnostizierten Depression bestätigte die DEGS1-Studie (2008–2011) die Ergebnisse des Alterssurveys: Hier wiesen die »Jungen Alten« (Altersgruppen 50 bis 59 Jahre und 60 bis 69 Jahre) die höchsten Werte auf, um die 20 % bei den Frauen und 10 % bei den Männern (Lebenszeitprävalenz) bzw. um die 10 % (Frauen) und 5 % (Männer) bei der 12-Monatsprävalenz. Hinsichtlich der depressiven Symptomatik zeigte sich sogar ein Gipfel bei den 18- bis 29-Jährigen und ein leichtes Abflachen in den jeweils höheren Altersgruppen; die 70- bis 79-Jährigen hatten hier die geringsten Anteilswerte (vgl. Busch, Maske u. a. 2013, S. 736 f.). Auswertungen des DEAS 2014, der DEGS1 und der GEDA 2012 können zudem belegen, dass depressive Symptome, depressive Diagnosen und Beeinträchtigungen durch seelische Belastungen bei Männern und Frauen im mittleren und höheren Alter umso häufiger genannt werden, je niedriger der Sozialstatus und das Bildungsniveau sind (Wolff und Tesch-Römer 2017; Busch, Maske u. a. 2013; RKI 2014a).

Migration, der damit verbundene Verlust der gewohnten Umgebung und die gleichzeitige Unsicherheit über die Zukunft belasten nach Deutschland eingewanderte Personen, was sich negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirkt. Zudem weisen

vor allem Asylsuchende und Flüchtlinge häufig posttraumatische Belastungsstörungen auf (Frank u. a. 2017; RKI 2015a, S. 157 f.). Leider lassen sich aus den offiziellen Statistiken und anderen Daten keine Rückschlüsse auf die psychische Gesundheit von Personen der untersuchten Altersgruppe mit Migrationshintergrund ziehen.

Unfälle

In deutschen Krankenhäusern wurden 2015 bei 173.783 der 55- bis unter 65-Jährigen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen diagnostiziert. In wie weit dies auf Unfälle oder absichtliches Verschulden zurückzuführen ist, kann aus der Statistik nicht entnommen werden (berechnet aus Statistisches Bundesamt 2017f).

Im Jahr 2015 wurden 25.983 der 55- bis unter 60-Jährigen und 18.633 der 60- bis unter 65-Jährigen durch Straßenverkehrsunfälle verletzt, wobei Männer mit 56 % bzw. 55 % leicht überrepräsentiert waren. Im gleichen Jahr wurden 239 der 55- bis unter 60-Jährigen und 209 der 60- bis unter 65-Jährigen durch Straßenverkehrsunfälle getötet, hier waren Männer mit jeweils 76 % deutlich überrepräsentiert (berechnet aus Statistisches Bundesamt 2017f).

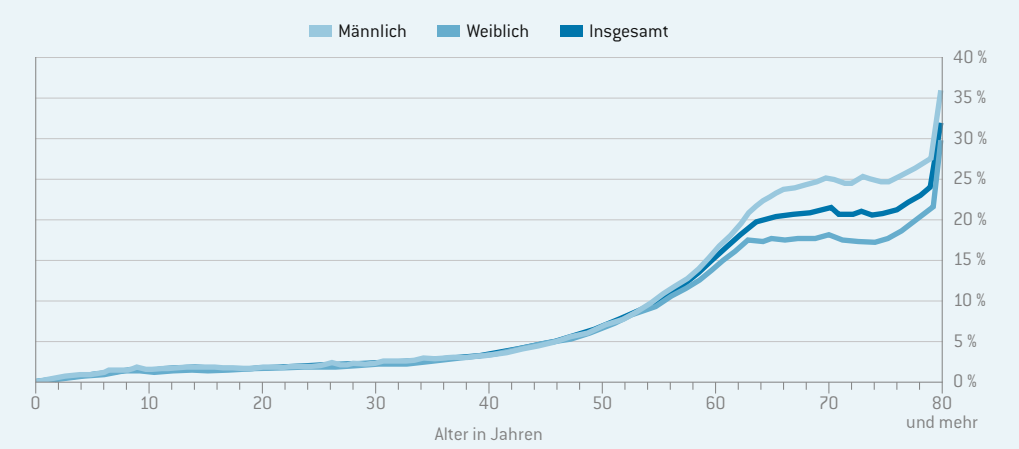
» 04.3 Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation

Schwerbehinderung

Nach dem neunten Buch des Sozialgesetzbuchs zur »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« gelten Menschen als behindert, »wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist«. Schwerbehinderte Menschen haben dabei einen »Grad der Behinderung von wenigstens 50« (§ 2 SGB IX). Die Anerkennung als schwerbehindert setzt einen Antrag bei den Versorgungsämtern voraus, die nach positiver Begutachtung einen entsprechenden Ausweis ausstellen. Ende 2015 waren 86 % der Schwerbehinderungen auf Krankheiten zurückzuführen. Fast zwei Drittel (61 %) der Schwerbehinderten litten unter körperlichen Behinderungen (Statistisches Bundesamt 2017g, S. 5).

Im Jahr 2015 hatten 1.629.214 Personen im Alter von 55 bis unter 65 Jahren (etwas über ein Zehntel der Altersgruppe) eine durch Ausweis anerkannte Schwerbehinderung. Davon hatten 689.355 Personen eine teilweise Behinderung (bis zu 50 %) und 268.000 eine vollständige Behinderung (100 %) bescheinigt bekommen (für die genaue Verteilung auf die Behinderungsgrade vgl. Tabelle 72 im Anhang, S. 171 f). Im Jahr 2015 hatten in der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen 11,8 %, in der Altersgruppe der 62- bis unter 65-Jährigen bereits 18,9 % eine anerkannte Schwerbehinderung. Ostdeutsche hatten im Vergleich zu Westdeutschen in den Schwerbehinderungsgraden 50 % und 60 % geringere Raten, in den höheren Graden glichen sich die Zahlen jedoch an. Frauen zeigten in den drei Alterskohorten geringere Schwerbehindertenraten als Männer, wobei der Geschlechtsunterschied mit zunehmendem Alter anstieg (Statistisches Bundesamt 2017g, vgl. Abbildung 7). Diese Differenz wird darauf zurückgeführt, dass Männer häufiger als Frauen aus berufsbezogenen Gründen einen Schwerbehindertenausweis beantragen, um auf dem Arbeitsmarkt und im Falle einer Frühverrentung Vorteile erlangen zu können (Statistisches Bundesamt 2017g, S. 6).

Anteil der schwerbehinderten Menschen



» Abb. 7: Anteil der schwerbehinderten Menschen an der jeweiligen Bevölkerung am Jahresende 2015 in Prozent, nach Alter und Geschlecht. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017g, S. 6; Datenbasis: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015, Bevölkerungsfortschreibung am 31.12.2015 auf Grundlage des Zensus 2011.

Die Raten Schwerbehinderter bei Deutschen und Nichtdeutschen unterscheiden sich kaum (vgl. Tabelle 73 im Anhang, S. 172). In der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen wurde sowohl bei Frauen als auch bei Männern am häufigsten ein Schwerbehindertenausweis aufgrund von Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen ausgestellt, gefolgt von der Kategorie »Querschnittslähmung, Zerebrale Störungen, Geistig-Seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten« (Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 16.05.2017). Behinderung wirkt sich in den betrachteten Alterskohorten auch besonders stark auf die Erwerbstätigkeit aus. Entsprechend waren im Jahr 2009 in der Gruppe der 55- bis unter 60-jährigen Behinderten nur noch 52 % erwerbstätig bzw. arbeitssuchend (Nichtbehinderte: 82 %), bei den 60- bis unter 65-Jährigen betrug die Erwerbsquote nur noch 25 % (Nichtbehinderte: 46 %) (Pfaff u. a. 2012, S. 236).

Pflegebedürftigkeit

Ein geringer Anteil der 55- bis 59-Jährigen (1,3 %) und 60- bis 64-Jährigen (2,0 %) war im Sinne des SGB XI pflegebedürftig (positive Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen) und in eine der drei Pflegestufen eingruppiert.[21] Im Jahr 2015 waren das insgesamt 178.871 Frauen und Männer im Alter von 55 bis unter 65

21 Bis zum 31.12.2016 wurden anerkannte Pflegebedürftige einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Dieses System wurde ab dem 1. Januar 2017 zusammen mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abgelöst durch die Einteilung in fünf Pflegegrade. Zum Thema Pflege und pflegende Angehörige vergleiche Kapitel 5, S. 68 sowie ausführlich BZgA 2015, S. 115–147.

Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland

	55 bis 59 Jahre		60 bis 64 Jahre	
Pflegestufe	**Männer**	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**
I	22.098	21.719	30.805	29.891
II	11.597	11.374	15.858	14.735
III	4.644	4.549	5.545	5.270

» Tab. 12: Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland im Alter von 55 bis unter 65 Jahren nach Altersgruppe, Geschlecht und Pflegestufe, 2015. Quelle: Pflegebedürftige. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 16.05.2017; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015; Darstellung verändert.

Jahren. Wie sich die Pflegebedürftigkeit auf die Pflegestufen und die Geschlechter verteilt, zeigt Tabelle 12 (vgl. auch Statistisches Bundesamt 2017h). Der Anteil der 55- bis 64-Jährigen an allen Pflegebedürftigen wird in Zukunft aufgrund des demographischen Wandels immer mehr abnehmen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 28).

Rehabilitation

Medizinische Rehabilitationsleistungen werden für alle Diagnosegruppen mit zunehmendem Alter von immer mehr Versicherten in Anspruch genommen (Rate der Inanspruchnahme pro 1.000 Versicherte) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a, S. 31 ff.). In der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen wurden 2015 für 88.400 Männer und 90.108 Frauen stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe durch die gesetzliche Rentenversicherung erbracht (siehe Tabelle 13). Männer erhielten mit Abstand am häufigsten Reha-Leistungen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems sowie psychischen und Verhaltensstörungen. Auch Frauen nahmen Reha-Leistungen am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wahr, am zweithäufigsten jedoch aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen, was die höheren Depressionsprävalenzen bei ihnen widerspiegelt. Bei den über 60-Jährigen veränderte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen das Bild deutlich dahingehend, dass Tumore/Neubildungen die häufigste Ursache für die Inanspruchnahme einer Reha-Leistung waren (Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Leistungen zur Rehabilitation 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 16.05.2017). Sowohl Männer als auch Frauen der Altersgruppe 55- bis unter 65 Jahre verweilten am längsten in der Reha aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (Statistisches Bundesamt 2016e).

» 04.4 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Nach der Sterbetafel für die Periode 2013/15 betrug in Deutschland die durchschnittliche Lebenserwartung für einen neugeborenen Jungen 78 Jahre und für ein neugeborenes Mädchen 83 Jahre. Ein

Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe

Männer		Frauen	
Diagnose	**Anzahl**	**Diagnose**	**Anzahl**
Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen, davon:	88.400	Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen, davon:	90.108
– Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	33.415	– Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	38.005
– Krankheiten des Kreislaufsystems	17.422	– Psychische und Verhaltensstörungen	20.741
– Psychische und Verhaltensstörungen	14.016	– Neubildungen	13.481
– Neubildungen	9.830	– Krankheiten des Kreislaufsystems	5.766
– Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3.177	– Krankheiten des Atmungssystems	3.027
– Krankheiten des Atmungssystems	3.168	– Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1.340

» Tab. 13: Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für 55- bis unter 60-Jährige in der Gesetzlichen Rentenversicherung 2015 (Anzahl). Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Leistungen zur Rehabilitation 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 15.06.2017; Darstellung verändert.

55-jähriger Mann hatte eine fernere Lebenserwartung von 26 Jahren, eine 55-jährige Frau von 30 Jahren. Im Alter von 65 Jahren hatten Männer noch 18 Jahre zu erwarten, Frauen 21 Jahre. Weder bei der Lebenserwartung ab Geburt noch bei der ferneren Lebenserwartung gab es nennenswerte Unterschiede zwischen der Bevölkerung der alten und der neuen Länder (Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 16.05.2017). Allerdings zeigen sich starke sozioökonomische Ungleichheiten: In Deutschland haben Menschen mit einem niedrigerem Einkommen, einer niedrigeren Bildung und einem niedrigeren beruflichen Status eine deutlich geringere Lebenserwartung (Lampert und Kroll 2014, S. 9).

Im Jahr 2015 sind 34.940 Frauen und Männer der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen sowie 47.758 der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen in Deutschland gestorben (Todesursachenstatistik 2015, Statistisches Bundesamt 2017e). Dies entspricht 587,6 Sterbefällen je 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen (Sterbeziffer) bei den 55- bis unter 60-Jährigen sowie 922,4 Sterbefällen je 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen in der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen (ebd.). In beiden Altersgruppen sind die Sterbeziffern bei Männern fast doppelt so hoch wie bei Frauen (vgl. Tabelle 14).

Im Vergleich zu deutschen Männern und Frauen sind in den Altersklassen 55 bis 59 Jahre und 60 bis 64 Jahre deutlich weniger männliche und weibliche Nichtdeutsche pro 100.000 Einwohnern gestorben (vgl. Tabelle 74 im Anhang, S. 173). Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die amtliche Statistik (im Gegensatz zu den Daten des Ausländerzentralregisters und der Gesetzlichen Rentenversicherung) systematisch zu wenige Sterbefälle von Nichtdeutschen erfasst, weshalb

Gestorbene 2015 gesamt und je 100.000 Einwohner

	Männer		Frauen	
Alter	**Sterbefälle (gesamt)**	**Sterbeziffern (je 100.000)**	**Sterbefälle (gesamt)**	**Sterbeziffern (je 100.000)**
55 bis 59 Jahre	22.934	773,7	12.006	402,6
60 bis 64 Jahre	30.985	1.231,7	16.773	630,1

» Tab. 14: Gestorbene 2015 gesamt und je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Alter und Geschlecht, Todesursachenstatistik. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017e, S. 6 S. 12; Datenbasis: Todesursachenstatistik 2015; Darstellung verändert.

die Daten zur Sterblichkeit bei Deutschen und Nichtdeutschen mit Vorsicht interpretiert werden sollten (vgl. BAMF 2011, S. 213 f.). Da zunächst mehrheitlich jüngere und gesündere Menschen aus ihren Herkunftsländern nach Deutschland auswandern, ist ihre Gesundheit vergleichsweise besser (healthy migrant effect), wodurch auch ihre Sterblichkeit im mittleren Alter geringer ist als bei gleichaltrigen Menschen ohne Migrationshintergrund (RKI 2015a, S. 178; Kohls 2015). Allerdings erhöhen sich die Sterbeziffern von Nichtdeutschen mit zunehmendem Aufenthalt in Deutschland stetig, während sie bei Deutschen gesunken sind. Dies kann teilweise mit dem niedrigeren sozialen Status von Menschen mit Migrationshintergrund erklärt werden (ebd.).

Die mit Abstand häufigste Todesursache in den betrachteten Alterskohorten sind Tumore (»Neubildungen«), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems. Dieses Ergebnis ist unabhängig von Geschlecht, Nationalität und Region beobachtbar (vgl. Todesursachenstatistik 2015 des Statistisches Bundesamt 2017e). 5,9 % der gesamten Todesfälle bei den 55- bis 59-Jährigen bzw. 4,1 % bei den 60- bis 64-Jährigen waren 2015 durch äußere – nicht krankheitsbedingte – Ursachen (Stürze, Unfälle, tätliche Angriffe, Selbstbeschädigungen) bzw. deren Folgen verursacht (ebd.).

» 04.5 Gesundheitsverhalten und -risiken

Gemeinsam mit strukturellen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen (Verhältnisprävention) zielen individuelle Veränderungen des Gesundheitsverhaltens (Verhaltensprävention) darauf ab, nichtübertragbare Krankheiten zu vermeiden oder eine Verschlechterung der Gesundheitssituation zu verhindern (Jordan und von der Lippe 2013, S. 878). Neben einer gesundheitsbewussten Lebensweise hinsichtlich der Ernährung und des Konsums von (potenziellen) Suchtmitteln tragen auch regelmäßige Arztbesuche, Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsprogramme, Schutzimpfungen und eine gute Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln dazu bei, Krankheitsrisiken zu vermindern bzw. beginnende Erkrankungen frühzeitig behandeln zu können.

Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher in %

		Altersgruppen						
	Gesamt	18 bis 20	21 bis 24	25 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 64
Gesamt(n)	**9.178**	**1.186**	**1.197**	**1.079**	**1.524**	**1.606**	**1.646**	**940**
Nichtraucher*	46,5	73,5	63,6	52,0	45,9	44,4	38,6	39,6
Exraucher**	24,9	4,0	6,5	15,0	22,9	25,4	33,9	39,8
Raucher***	28,7	22,5	29,9	33,0	31,2	30,1	27,6	20,7
Männer(n)	**4.102**	**569**	**579**	**517**	**620**	**669**	**738**	**410**
Nichtraucher	41,5	69,6	58,1	53,0	41,9	38,9	32,7	29,5
Exraucher	27,3	4,3	5,8	15,2	23,1	29,1	37,1	48,6
Raucher	31,2	26,1	36,2	31,9	35,0	32,1	30,3	22,0
Frauen(n)	**5.076**	**617**	**618**	**562**	**904**	**937**	**908**	**530**
Nichtraucher	51,4	77,7	69,4	51,1	49,9	50,1	44,6	49,1
Exraucher	22,5	3,5	7,2	14,8	22,7	21,7	30,6	31,4
Raucher	26,1	18,7	23,4	34,1	27,4	28,2	24,8	19,4

* Insgesamt höchstens 100 Zigaretten geraucht.

** Mehr als 100 Zigaretten geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen.

*** In den letzten 30 Tagen geraucht.

» Tab. 15: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Altersgruppen (in Prozent an Gesamt), 2015. Quelle: Piontek, Atzendorf u. a. 2016a, S. 3; Datenbasis: ESA 2015.

Konsum von Suchtmitteln

Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2015[22] gaben 70 % der Männer und 75 % der Frauen im Alter von 50 bis 59 Jahren an, niemals geraucht zu haben bzw. nicht mehr zu rauchen. In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen waren dies schon 78 % der Männer und 80 % der Frauen (vgl. Tabelle 15). Von denen, die sich als Raucher bzw. Raucherinnen bezeichneten, gaben 55 % der Männer und 50 % der Frauen der jüngeren sowie 56 % der Männer und 42 % der Frauen der älteren Alterskohorte an, mehr als 10 Zigaretten pro Tag zu rauchen (Piontek, Atzendorf u. a. 2016a, S. 4). Während zwischen 2006 und 2015 die Raucheranteile in den jüngeren Altersgruppen signifikant abgenommen haben, konnten bei den 60- bis 64-jährigen Männern

22 Der Epidemiologische Suchtsurvey ist eine vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte bundesweite Befragung zum Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Wohnbevölkerung von 18 bis 64 Jahren, die alle drei Jahre durchgeführt wird (zur Methodik siehe Piontek, Kraus u. a. 2016).

und Frauen keine signifikanten Veränderungen beobachtet werden (ebd., S. 3). Eine Nikotinabhängigkeit[23] wurde 2015 bei 10 % der Männer und 8 % der Frauen im Alter von 50 bis 59 festgestellt, bei den 60- bis 64-Jährigen sanken die Anteile auf 7 % der Männer und 6 % der Frauen (ebd., S. 6). Die Daten des GEDA 2012 belegen, dass bei den 45- bis 64-jährigen Frauen und Männer in der oberen Bildungsgruppe deutlich weniger geraucht wurde als in der mittleren und unteren Bildungsgruppe (RKI 2014a, S. 114). Nach dem DEAS 2014 waren in der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen die Anteile der Raucher bei den Männern in West- und in Ostdeutschland gleich (23 %), während westdeutsche Frauen dieser Altersgruppe fast doppelt so häufig rauchten (24 %) als ostdeutsche Frauen (14 %) (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, S. 21). Schließlich zeigen die Daten des Mikrozensus 2013 für die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen, dass Frauen mit Migrationshintergrund (17 %) etwas seltener rauchten als Frauen ohne Migrationshintergrund (23 %), während sich Männer in dieser Hinsicht nicht nennenswert voneinander unterschieden (30 % bzw. 29 %) (RKI 2015a, S. 180).

Gemäß des Epidemiologischen Suchtsurveys tranken im Jahr 2015 76 % der Männer und 68 % der Frauen zwischen 50 bis 59 Jahren in den letzten 30 Tagen Alkohol, während dies für 72 % der Männer und 65 % der Frauen zwischen 60 und 64 Jahren zutraf (wie häufig bestimmte alkoholischen Getränke in diesem Zeitrahmen verkonsumiert wurden und in welchen Mengen, stellt Tabelle 75 im Anhang dar, S. 173 f.). Die 60- bis 64-jährigen Männer wiesen mit 21 % den höchsten Anteil an Risikokonsumenten auf und überflügelten damit sogar die 21- bis 24-jährigen Männer; bei den Frauen zeigten die 18- bis 29-Jährigen am häufigsten ein riskantes Trinkverhalten (vgl. Tabelle 16). Vergleichbare Ergebnisse zum Risikokonsum nach Alter und Geschlecht bietet die DEGS1-Studie (2008–2011):[24] Männer hatten hier in allen Altersgruppen ab 30 Jahren einen höheren Risikokonsum als Frauen, mit einem stetigen Anstieg bis hin zu den 60- bis 69-Jährigen, während bei Frauen die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen die meisten Risikokonsumentinnen aufwies (Lange u. a. 2016, S. 10, vgl. Abbildung 42 im Anhang, S. 184). Frauen mit einem mittleren und niedrigen Sozialstatus zeigten einen signifikant selteneren Risikokonsum als Frauen mit einem hohen Sozialstatus, dagegen bestanden bei Männern keine bedeutsamen sozioökonomischen Unterschiede (ebd., S. 10 f.). Schließlich weist der DEAS darauf hin, dass 2014 in der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen deutlich mehr Männer täglich Alkohol zu sich nahmen als Frauen, wobei in Ostdeutschland der Männeranteil viermal so hoch (21 % zu 5 %) und in Westdeutschland etwas mehr als doppelt so hoch lag (18 % zu 8 %) (siehe Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, S. 21).

Zwar ist episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) im höheren Alter deutlich seltener als im jungen Erwachsenenalter, dennoch gaben im Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 noch 25 % der 50- bis 59-jähri-

23 Ob eine Nikotinabhängigkeit vorliegt, wurde nach den Kriterien des Fagerströmtests für Nikotinabhängigkeit (FTND) ermittelt. Ab einem Schwellenwert von vier Punkten wird von einem klinisch relevanten Tabakkonsum in den letzten 12 Monaten ausgegangen (Piontek, Atzendorf u. a. 2016a, S. 2).

24 Differenzen zwischen beiden Studien ergeben sich vor allem daraus, dass in der DEGS1 bereits eine tägliche Trinkmenge von mehr als 10 Gramm Reinalkohol bei Frauen bzw. 20 Gramm Reinalkohol bei Männern als riskanter Konsum definiert wurde (Epidemiologischer Suchtsurvey: mehr als 12 Gramm bei Frauen bzw. 24 Gramm bei Männern) und junge Erwachsene zwischen 18 bis 29 Jahren nicht weiter nach dem Alter unterteilt wurden (vgl. Lange u.a. 2016).

Prävalenz des Alkoholkonsums in %

		Altersgruppen						
	Gesamt	18 bis 20	21 bis 24	25 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 64
Gesamt(n)	**8.905**	**1.151**	**1.163**	**1.052**	**1.472**	**1.555**	**1.594**	**918**
Lebenslang abstinent	3,2	10,0	5,4	4,1	3,9	2,1	2,0	1,7
Nur letzte 12 Monate abstinent	10,0	4,5	6,7	7,4	9,5	9,7	11,3	15,9
Nur letzte 30 Tage abstinent	15,3	18,3	14,8	15,9	15,8	15,9	14,1	14,0
Risikoarmer Konsum*	56,4	52,7	54,6	57,9	58,4	57,7	56,2	51,2
Riskanter Konsum**	15,2	14,7	18,5	14,7	12,4	14,6	16,3	17,2
Männer(n)	**3.979**	**554**	**564**	**509**	**601**	**649**	**704**	**398**
Lebenslang abstinent	2,8	9,1	4,8	4,3	3,0	1,5	1,8	1,4
Nur letzte 12 Monate abstinent	9,8	5,3	7,9	5,1	6,6	10,5	12,7	15,9
Nur letzte 30 Tage abstinent	11,2	18,5	12,8	13,8	10,5	11,1	9,0	10,4
Risikoarmer Konsum*	59,2	53,3	55,1	62,9	64,5	60,6	57,9	51,3
Riskanter Konsum**	17,0	13,8	19,4	13,8	15,5	16,3	18,6	21,1
Frauen(n)	**4.926**	**597**	**599**	**543**	**871**	**906**	**890**	**520**
Lebenslang abstinent	3,7	10,9	6,1	3,8	4,9	2,7	2,2	2,0
Nur letzte 12 Monate abstinent	10,1	3,5	5,5	9,9	12,4	8,8	10,1	15,9
Nur letzte 30 Tage abstinent	19,4	17,9	17,0	18,1	21,2	20,8	19,1	17,4
Risikoarmer Konsum*	53,5	52,1	54,1	52,5	52,2	54,8	54,6	51,1
Riskanter Konsum**	13,4	15,7	17,4	15,7	9,3	12,8	14,0	13,6

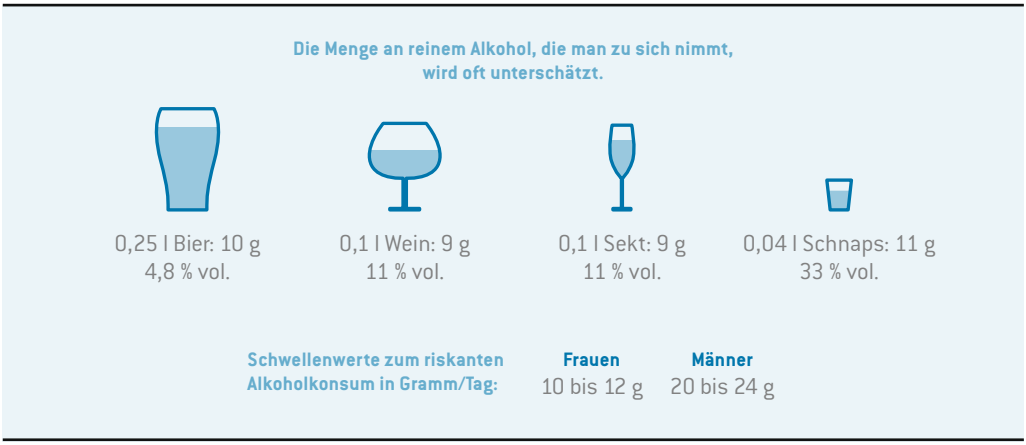
* Männer: > 0 bis 24 g, Frauen: > 0 bis 12 g

** Männer: > 24 g, Frauen: > 12 g

» Tab. 16: Prävalenz des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) nach Altersgruppen (in Prozent an Gesamt), Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Quelle: Piontek, Gomes de Matos u. a. 2016a, S. 4; Datenbasis: ESA 2015.

gen und sogar 31 % der 60- bis 64-jährigen Männer an, dies im letzten Monat mindestens einmal gemacht zu haben (Abbildung 8 informiert darüber, welche Mengen reinen Alkohols in verschiedenen Standardgetränken enthalten sind). Bei den Frauen geschah dies wesentlich seltener und zwar bei 10 % der 50- bis 59-jährigen und 7 % der 60- bis 64-jährigen Frauen (Piontek, Gomes de Matos u. a. 2016a,

Menge an reinem Alkohol in Standardgetränken



» Abb. 8: Menge an reinem Alkohol in Standardgetränken. Quelle: Lange u. a. 2016, S. 16; Darstellung leicht verändert; Lizenz: CC BY 4.0, http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

S. 6). Entsprechend lag 2015 ein klinisch relevanter Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten[25] (als Risikofaktor für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit[26]) bei 20 % der 50- bis 59-jährigen und 22 % der 60- bis 64-jährigen Männer vor, die Werte für Frauen waren mit 6 % bzw. 5 % deutlich niedriger. Gemäß der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) waren jeweils 19 % aller Personen in ambulanter und stationärer Suchthilfe zur Behandlung einer alkoholbezogenen Störung zwischen 55 und 64 Jahre alt, die Anteile bei den Frauen lagen ein bzw. zwei Prozentpunkte über denen der Männer (Dauber u. a. 2016, S. 54 f.).

Im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen ist die alkoholbedingte Mortalität bei den 55- bis 64-Jährigen am höchsten. Im Jahr 2015 starben 3.516 Männer und 1.105 Frauen im Alter von 55 bis 64 Jahren an einer alkoholbedingten Krankheit (v. a. alkoholbedingte Leberkrankheit sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol). In dieser Altersgruppe (wie in allen anderen auch) starben Männer weitaus häufiger an Alkohol als Frauen, und zwar 66,2 von 100.000 Männern und 20,2 von 100.000 Frauen. Die alkoholbedingte Sterblichkeit war in den neuen Ländern (ohne Berlin-Ost) höher als in den alten Ländern (mit Berlin-Ost) und bei Deutschen höher als bei Nichtdeutschen (Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2015, vgl. Tabelle 17; vgl. auch Rommel u. a. 2016).

25 Ein klinisch relevanter Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten liegt nach den Kriterien des Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption (AUDIT-C) ab einem Schwellenwert von acht (von maximal 12) Punkten vor (Piontek, Gomes de Matos u.a. 2016a, S. 2; zur Berechnung siehe RKI 2014a, S. 116).

26 »Eine Alkoholabhängigkeit liegt dann vor, wenn ein starker und oft nicht kontrollierbarer Wunsch besteht, Alkohol zu konsumieren. Gleichzeitig besteht eine mentale Konzentration auf den Alkoholkonsum und ein Verlust der Kontrolle über die Trinkmenge.« (Lange u.a. 2016, S. 7).

Alkoholbedingte Mortalität: Sterbefälle je 100.000 Einwohner

		Deutschland	Früheres Bundesgebiet und Berlin-Ost	Neue Länder ohne Berlin-Ost
Alle Nationalitäten	Beide Geschlechter	42,8	37,6	66,8
	Männlich	66,2	57,0	108,0
	Weiblich	20,2	18,9	26,4
Deutsch	Beide Geschlechter	44,5	39,2	67,3
	Männlich	68,6	59,2	109,2
	Weiblich	21,0	19,7	26,6
Nichtdeutsch	Beide Geschlechter	19,7	19,5	23,9
	Männlich	30,5	30,4	33,7
	Weiblich	9,5	9,5	9,7

» Tab. 17: Alkoholbedingte Mortalität (Sterbefälle je 100.000 Einwohner) der 55- bis 64-Jährigen nach Geschlecht, Region und Nationalität, 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 18.06.2017.

Der Konsum illegaler Substanzen bzw. Drogen[27] ist in der Altersgruppe weiterhin sehr gering. Der Anteil der 55- bis unter 65-Jährigen an allen Patientinnen und Patienten in Einrichtungen zur Behandlung suchtbezogener Störungen liegt in den Substanzgruppen Cannabis, Kokain und Stimulanzien bei höchstens 1 %, ist jedoch in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen bei den Opioiden deutlich von unter 1 % im Jahr 2008 auf 3,2 % (ambulant) bzw. 2,3 % (stationär) im Jahr 2015 angestiegen (Dauber u. a. 2016, S. 54 f.; Steppan u. a. 2010, S. 20 f.). Detaillierte Angaben zum Konsum illegaler Drogen bei den »Jungen Alten« stehen bei Piontek, Gomes de Matos u. a. (2016b).

Von größerer Bedeutung für die untersuchte Alterskohorte sind der Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Die Diagnose und Erfassung des Problems erweist sich als schwierig, da die Betroffenen häufig unauffällig und gut sozial integriert sind und gleichzeitig das Problem für sich selbst und gegenüber anderen negieren. In Deutschland sind Schätzungen zufolge etwa 1,4 Millionen Menschen medikamentenabhängig. Dabei herrscht in der Literatur Einigkeit darüber, dass überwiegend Frauen und ältere Menschen von dieser Sucht betroffen sind (Elsesser und Sartory 2009, S. 384). Leider bleibt es oft bei dieser Einschätzung, während genauere Aussagen über Altersgruppen fehlen.

27 Cannabis, Amphetamine, Methamphetamine, Ecstasy, LSD, Heroin/andere Opiate, Kokain/Crack, Pilze, NPS (Neue Psychoaktive Substanzen), Inhalanzien (vgl. Piontek, Gomes de Matos u. a. 2016b).

Eine Ausnahme stellt der epidemiologische Suchtsurvey dar, der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer regelmäßig auch zu ihrem Medikamentengebrauch befragt. Im Jahr 2015 nahmen demnach 59,4 % der 50- bis 59-Jährigen und 50,9 % der 60- bis 64-Jährigen mindestens einmal in den letzten 12 Monaten ein Medikament aus den Arzneimittelgruppen Schmerzmittel, Schlaf-/Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva und Neuroleptika ein.[28] Mit einer wöchentlichen Medikamenteneinnahme durch 29,8 % bzw. 27,1 % und einer täglichen Einnahme durch 13,3 % bzw. 11,8 % der 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 64-Jährigen in den letzten 12 Monaten waren die Prävalenzraten im Altersvergleich hier am höchsten (Piontek, Atzendorf u. a. 2016c, S. 3–6). Am häufigsten wurden Schmerzmittel genommen, weitaus seltener Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel und Antidepressiva. Frauen nahmen in allen Altersgruppen häufiger die angegebenen Medikamente ein als Männer (ebd.). Während die 20- bis 49-Jährigen öfter zu Schmerztabletten griffen als die 50- bis 64-Jährigen, nahmen letztere häufiger Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva ein. Mit dem Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch (KFM, vgl. Anhang 10.3) wurde im Epidemiologischen Suchtsurvey ermittelt, ob ein problematischer Konsum vorliegt. Dies wurde angenommen, wenn mindestens vier von elf Aussagen bejaht wurden. Entsprechend war im Jahr 2015 die Prävalenz des problematischen Medikamentenkonsums mit 11,6 % bei den 50- bis 59-Jährigen und 8,9 % bei den 60- bis 65-Jährigen im »Jungen Alter« am höchsten (ebd., S. 10). Zur Medikamentenabhängigkeit bei Personen mit Migrationshintergrund liegen bisher keine repräsentativen Studien vor (RKI 2008, S. 57).

Übergewicht und Adipositas

Übergewicht belastet das Herz-Kreislauf-System sowie das Muskel- und Skelettsystem und fördert die Entstehung eines Diabetes mellitus. Ob eine Person als unter-, normal- oder übergewichtig einzustufen ist, wird häufig über den Body-Mass-Index (BMI) bestimmt (Körpergewicht geteilt durch die quadrierte Körpergröße = kg/m2). Gemäß der WHO haben erwachsene Menschen mit BMI-Werten von unter 18,5 Untergewicht, von 18,5 bis unter 25 Normalgewicht und von 25 bis unter 29 Übergewicht. Ein BMI-Wert ab 30 wird wegen des dann zu hohen Körperfettanteils als krankhaft eingestuft und als Adipositas bezeichnet. Tabelle 18 stellt die BMI-Verteilung in der deutschen Bevölkerung zwischen 50 und unter 70 Jahren dar, die aus den Angaben im Mikrozensus 2013 berechnet wurde. Gemäß der WHO-Klassifikation galten demnach fast drei Viertel der Männer (71,5 % bzw. 74,2 %) und über die Hälfte der Frauen (50,2 % bzw. 56,4 %) zwischen 55 und 64 Jahren als mindestens übergewichtig, wobei ungefähr ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen diesen Alters adipös waren.

Während die Angaben im Mikrozensus (ebenso wie in der GEDA und im SOEP) auf Angaben der Befragten beruhen und damit selbstwertdienlichen Unterschätzungen des eigenen Körpergewichts und Überschätzungen der eigenen Körpergröße unterliegen, wurden in der DEGS1-Studie von 2008–2011 die Körpermaße der Untersuchten vor Ort in einem standardisierten Verfahren gemessen, wodurch auch die Werte für Übergewicht und Adipositas in der Regel höher waren (vgl. RKI 2015a, S. 203; Mensink, Schienkiewitz u. a. 2013, S. 791). So hatten bei den 50- bis 59-Jährigen 61 % der Frauen und 78 % der Männer und bei den 60- bis 69-Jäh-

28 Nach der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten zur Vorbeugung bzw. Behandlung spezifischer Erkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes etc.) wurde im Epidemiologischen Suchtsurvey nicht gefragt.

Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index-Gruppen in %

Geschlecht	Alter	∅ BMI	BMI unter 18,5	BMI 18,5 bis unter 25	BMI 25 bis unter 30	BMI 30 und mehr
Männer	50 bis 54 Jahre	27,2	0,3	31,4	48,1	20,2
	55 bis 59 Jahre	27,4	0,4	28,1	48,9	22,6
	60 bis 64 Jahre	27,7	0,4	25,5	49,5	24,7
	65 bis 69 Jahre	27,6	0,4	26,1	49,9	23,6
Frauen	50 bis 54 Jahre	25,3	2,1	53,2	29,7	15,0
	55 bis 59 Jahre	25,8	1,9	47,9	32,9	17,3
	60 bis 64 Jahre	26,4	1,6	42,0	35,6	20,8
	65 bis 69 Jahre	26,5	1,5	40,3	37,9	20,3

» Tab. 18: Durchschnittlicher BMI nach Geschlecht und Altersgruppen und Verteilung der Bevölkerung auf BMI-Index-Gruppen in Prozent. Quelle: © Statistisches Bundesamt 2014b, S. 8; Datenbasis: Mikrozensus 2013; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

rigen 71 % der Frauen und 84 % der Männer einen BMI von 25 und mehr (mindestens Übergewicht). Entsprechend waren in beiden Altersgruppen 27 % bzw. 35 % der Frauen und 27 % bzw. 33 % der Männer adipös (ebd., S. 789). Mit zunehmendem sozialem Status nehmen in beiden Altersgruppen die Übergewichtsprävalenzen von Männern und Frauen ab. Dagegen waren keine signifikanten Alters- und Geschlechterunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland festzustellen (ebd., S. 788 und 792). Während die Adipositasprävalenzen bei 55- bis 69-jährigen Frauen seit 1998 leicht rückläufig sind, haben sich die entsprechenden Werte für 55- bis 69-jährige Männer zwischen 1990/92 und 2008/2011 deutlich erhöht (ebd. 790).[29]
Eine Auswertung des Mikrozensus 2009 verglich die Adipositasraten von Männern und Frauen mit und ohne Migrationshintergrund: Während in den Altersgruppen 50 bis 59 Jahre und 60 bis 69 Jahre bei Männern keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden konnten, war Adipositas bei Frauen mit Migrationshintergrund deutlich weiter verbreitet als bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Frauen, die aus der Türkei oder ehemaligen Sowjetunion stammten, wiesen hier die höchsten Werte auf (RKI 2015a, S. 179).

Ernährungsverhalten

In der Erhebung »Gesundheit in Deutschland 2014/2015-EHIS« wurde gefragt: »Wie häufig in der Woche bereiten Sie aus Grundzutaten/frischen Lebensmitteln eine warme Mahlzeit (Mittag- oder Abendessen) selbst zu?« (Borrmann und Mensink 2016, S. 44). In allen Altersgruppen zeigten sich

29 Der Zeitvergleich beruht neben dem DEGS1 2008–2011 auf den Vorgängerstudien Nationaler Untersuchungssurvey 1990/92 und Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98).

deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern: 63 % der 45- bis 64-jährigen Frauen bereiteten sich täglich oder fast täglich eine Mahlzeit zu, 35 % taten dies ein- bis viermal pro Woche, 1,9 % der Frauen nie. Bei den gleichaltrigen Männern waren es 39 %, die sich (fast) täglich eine Mahlzeit aus frischen Zutaten kochten und 44,2 %, die dies ein- bis viermal die Woche taten. 16,8 % der 45- bis 64-jährigen Männer bereiteten sich nie eine warme Mahlzeit zu (ebd., S. 44). In der Studie wurden auch Bildungsunterschiede betrachtet. Statistisch bedeutsame Unterschiede fanden sich nicht. Tendenziell kochten Personen mit niedriger Bildung jedoch häufiger täglich als Personen mit mittlerer oder hoher Bildung (ebd. S. 47).

Die Empfehlung für die tägliche Energiezufuhr für einen Mann im Alter von 51 bis 64 Jahren liegt bei 2.500 kcal/Tag. Im Durchschnitt nahmen Männer dieser Altersgruppe nach der 2008 veröffentlichten Befragung des Max Rubner-Instituts 2.400 kcal/Tag auf. 38,4 % nahmen mehr Kalorien pro Tag auf als sie brauchten. Die Empfehlung für Frauen dieser Alterskohorte liegt bei 2.000 kcal/Tag. Frauen dieses Alters nahmen im Durchschnitt 1.856 kcal/Tag auf, wobei 35,6 % ihrem Körper mehr als die notwendige Energie zuführten (Max Rubner-Institut 2008b, S. 235). Frauen und Männer sollten 50 % ihrer Energiezufuhr über Kohlenhydrate decken. In der Altersgruppe der 51- bis 64-Jährigen erreichten jedoch 78,3 % der Männer und 62,5 % der Frauen diesen Richtwert nicht (ebd., S. 238). Im Gegensatz dazu unterschritten 66,3 % der Männer und 70,1 % der Frauen dieser Altersgruppe den Referenzwert für die Ballaststoffzufuhr, 80,7 % der Männer und 76,9 % der Frauen den Referenzwert für die Fettzufuhr (ebd., S. 239 f.). Zudem waren über die Hälfte der Frauen und Männer dieses Alters mit Vitamin D, Folaten und Calcium unterversorgt (ebd., S. 242 f.).

Störungen im Fettstoffwechsel manifestieren sich in einem erhöhten Gesamtcholesterinspiegel, der häufig durch Fehlernährung und Bewegungsarmut, aber auch durch genetische Faktoren sowie anderen Begleiterkrankungen bedingt ist. Nach Ansicht der European Society of Cardiology führt ein Gesamtcholesterinspiegel von über 190 mg/dl zu einem deutlich erhöhten Risiko, an einer Arteriosklerose und dadurch bedingten Folgeerkrankungen zu leiden. Der Cholesterinwert kann durch körperliche Aktivität, Gewichtsabnahme, Ernährungsveränderung und die Einnahme von Medikamenten positiv beeinflusst werden (RKI 2014a, S. 75 ff.). Selbstangaben der Befragten unterschätzen die Erkrankungsraten, da sie eine bereits erfolgte ärztliche Diagnose voraussetzen (ebd., S. 75). So berichteten im Deutschen Alterssurvey 2014 28 % der Männer und 26 % der Frauen im Alter von 55 bis 69 Jahren, dass sie erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinwerte) hätten; dabei lagen die Prävalenzen im Osten um ca. zwei bis drei Prozentpunkte unter denen im Westen (vgl. Tabelle 76 im Anhang, S. 174).

Dagegen ergaben die Untersuchungen im Rahmen der DEGS1 2008–2011, die neben Selbstangaben auch Labormessungen des Blutserums umfassten, deutlich höhere Werte: So wurde bei 81 % der Frauen und 76 % der Männer zwischen 45 und 64 eine Fettstoffwechselstörung (Dyslipidämie) festgestellt (Gesamtcholesterin ≥ 190 mg/dl oder Behandlung mit cholesterinsenkenden Mitteln). Die überhöhten Werte waren den Befragten nur zu einem geringeren Teil vorher bekannt gewesen, und zwar 32 % der Frauen und 37 % der Männer dieser Altersgruppe (Scheidt-Nave u. a. 2013, S. 665). Legt man einen Grenzwert von ≥ 240 mg/dl zugrunde, dann hatte ein Viertel der 45- bis 64-Jährigen stark überhöhte Gesamtcholesterinwerte. Für Dyslipidämien konnten keine sozialen Ungleichheiten festgestellt werden, lediglich der Bekanntheitsgrad (ärztlich diagnostizierte Dyslipidämien) war bei Personen mit einem mittleren Sozialstatus signi-

fikant höher als bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus (ebd., S. 664).

In der DEGS1 2008–2011 wurde ermittelt, wie viele Portionen Obst und Gemüse die Befragten durchschnittlich pro Tag konsumieren und wie viele von ihnen die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) von fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag erreichen. Die durchschnittlich pro Tag konsumierten Portionen von Obst, Gemüse und bis zu einem Glas Obst- oder Gemüsesaft stieg bei Frauen und Männern stetig mit zunehmendem Alter an, um nach dem Höchstwert bei den 60 bis 69-Jährigen wieder leicht abzufallen. 50- bis 59-jährige und 60- bis 69-jährige Frauen konsumierten durchschnittlich 3,3 bzw. 3,7 Portionen pro Tag, die gleichaltrigen Männer mit 2,4 bzw. 2,8 Portionen deutlich weniger (Mensink, Truthmann u. a. 2013, S. 782; vgl. Tabelle 77 im Anhang, S. 175). Die DGE-Empfehlungen von 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag erreichten nur um die 18 % der Frauen und 7 % bzw. 12 % der Männer beider Altersgruppen. Drei oder mehr Portionen pro Tag konsumierten immerhin rund ein Viertel (26 %) bzw. ein Drittel (32 %) der Männer. Dies gilt auch für knapp die Hälfte der Frauen (42 % bzw. 49 %) in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre und 60 bis 69 Jahre (ebd., S. 783). Mit steigendem sozialem Status nahm die Anzahl der durchschnittlich konsumierten Portionen Obst- und Gemüseportionen leicht zu (ebd.).

Arztbesuche und Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

In der DEGS1-Studie 2008–2011 gaben 96 % der 50- bis 59-Jährigen und 98 % der 60- bis 69-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten ambulante oder stationäre Leistungen einer Ärztin bzw. eines Arztes in Anspruch genommen zu haben. Am häufigsten wurden in beiden Alters- und Geschlechtergruppen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte kontaktiert (mit Besuchsraten von ca. 80 %), gefolgt von Zahnärztinnen und Zahnärzten (Rattay u. a. 2013, S. 835 f.). Letztere wurden generell (eine Unterteilung nach Altersgruppen fand nicht statt) häufiger von Angehörigen der oberen Statusgruppe besucht, während die mittlere und untere Statusgruppe häufiger Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin und der Chirurgie aufsuchten. Innerhalb der letzten 12 Monate wurden niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte durchschnittlich 11,2 mal (Frauen) bzw. 8,6 mal (Männer) von den 50- bis 59-Jährigen kontaktiert, während dies bei den 60- bis 69-Jährigen durchschnittlich 12,9 mal (Frauen) bzw. 10,8 mal (Männer) geschah. Dabei wurden von den 50- bis 59-Jährigen durchschnittlich 4,3 (Frauen) bzw. 3,1 (Männer) unterschiedliche Arztgruppen besucht, von den 60- bis 69-Jährigen 4,6 bzw. 3,8 Arztgruppen (ebd., S. 839).

Gesetzlich versicherte Frauen und Männer der Altersgruppe haben ein Anrecht auf verschiedene Früherkennungsuntersuchungen. Hierzu gehören eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung (Check-Up) auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus und jeweils relevante Risikofaktoren, sowie verschiedene Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) zur frühzeitigen Behandlung von Hautkrebs und Darmkrebs (beide Geschlechter), von Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs (nur Frauen) sowie Prostatakrebs (nur Männer) (vgl. RKI 2015a, S. 257 und 259 ff. sowie Abbildung 43 im Anhang, S. 185).

Der hausärztliche Gesundheits-Checkup, der alle zwei Jahre erfolgen kann, wurde 2013/2014 von 46,5 % bzw. 49,9 % der Männer und 51,0 % bzw. 52,9 % der Frauen im Alter von 55 bis 59 bzw. 60 bis 64 Jahren wahrgenommen (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2016 zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 16.05.2017, vgl. Tabelle 78 im Anhang, S. 176). Eine Auswertung der zusammengefassten Daten der GEDA 2009 und 2010 zeigt, dass die Teilnahmequoten der 55- bis

64-jährigen Frauen und Männer am Gesundheits-Check-Up tendenziell ansteigt, je höher ihr sozialer Status ist (RKI 2017, S. 65).[30]

In der DEGS1-Studie 2008–2011 gaben drei Viertel der Frauen im Alter von 50 bis 59 Jahren (76,3 %) und 60 bis 69 Jahren (76,0 %) an, dass sie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen regelmäßig in Anspruch nehmen. Männer dieses Alters nahmen nach eigenem Bekunden vergleichsweise seltener daran teil, und zwar 46,9 % der 50- bis 59-Jährigen und 58,5 % der 60- bis 69-Jährigen (Starker und Saß 2013, S. 861). Im Rahmen der Krebsfrüherkennung können Frauen dieser Altersgruppen neben der jährlich stattfindenden gynäkologischen und Brustuntersuchung alle zwei Jahre ein Mammographie-Screening durchführen lassen. Im Jahr 2014 haben dies 46,7 % der jüngeren sowie 43,7 % der älteren Kohorte in Anspruch genommen. Männer dieses Alters hingegen können sich zur Krebsfrüherkennung einmal jährlich einer Prostata- und Genitaluntersuchung unterziehen, was 2014 21,6 % der 55- bis 59-Jährigen und 26,0 % der 60- bis 64-Jährigen getan haben (ebd.). Darüber hinaus können beide Geschlechter jährlich einen Schnelltest auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl durchführen lassen, was 2013/2014 16,8 % bzw. 19,1 % der Männer sowie 34,5 % bzw. 27,1 % der Frauen in beiden Altersgruppen getan haben. Eine Darmspiegelung, die ab dem 55. Lebensjahr zwei Mal im Abstand von zehn Jahren beansprucht werden kann, haben im Zeitraum 2003 bis 2014 bislang 9,9 % bzw. 21,3 % der Männer und 11,2 % bzw. 23,9 % der Frauen im Alter von 55 bis 59 bzw. 60 bis 64 Jahren an sich vornehmen lassen (ebd.).

Personen im höheren Erwachsenenalter nehmen relativ häufig an der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung teil: 2012 haben sich 84,3 % der Frauen und 75,4 % % der Männer im Alter von 45 bis unter 65 Jahren in den letzten 12 Monaten zahnärztlich untersuchen lassen. Die Teilnahme an dieser Untersuchung geht in der Altersgruppe der über 65-Jährigen allerdings wieder zurück (RKI 2014a, S. 139 f.). Deutliche Unterschiede zeichnen sich nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch zwischen den Bildungsgruppen ab: Je höher die Bildung, desto häufiger nehmen Frauen und Männer die gesetzliche Zahnvorsorgeuntersuchung in Anspruch. Langfristig gesehen, hat sich das Zahnvorsorgeverhalten weiter verbessert (ebd.). Fraglich ist jedoch, ob das persönliche Bonusheft als besserer Anreiz dient, diese Vorsorgeuntersuchung häufiger als die anderen Früherkennungsuntersuchungen vornehmen zu lassen, oder ob die Mundgesundheit im Allgemeinen einen höheren Stellenwert hat. Die zum fünften Mal durchgeführte Deutsche Mundgesundheitsstudie kann darüber leider keinen Aufschluss geben, da sie die von uns untersuchte Altersgruppe nicht erhebt (Jordan und Micheelis 2016).

Die Grippeschutzimpfung der Wintersaison 2010/11 haben laut GEDA 2012 30,5 % der Frauen und 30,3 % der Männer im Alter von 45 bis 64 Jahren in Anspruch genommen. Dabei konnten keine wesentlichen Bildungsunterschiede beobachtet werden. Jedoch waren in dieser Altersgruppe die Impfquoten im Osten Deutschlands mit 44,4 % deutlich höher als im Westen mit 26,6 % (RKI 2014a, S. 129 f., teilweise zitiert nach www.gbe-

30 Die selbstberichteten Angaben in GEDA und DEGS1 können sich auch auf Untersuchungen beziehen, die im Rahmen der Abklärung anderer Krankheiten vorgenommen und entsprechend abgerechnet wurden. Dagegen werden in der Statistik des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung diejenigen Untersuchungen registriert, die nach § 25 SGB V als gesetzliche Maßnahmen zur Früherkennung abgerechnet wurden. Aus diesem Grund können in bestimmten Fällen Abrechnungsdaten und Befragungsdaten deutlich voneinander abweichen.

bund.de, Zugriff am 16.05.2017). In der DEGS1 2008–2011 wurde danach gefragt, ob jemals mindestens eine Impfung gegen den Grippevirus (Influenza) durchgeführt wurde (Lebenszeitprävalenz). Dies war bei 42,9 % der Frauen und 45,0 % der Männer im Alter von 50 bis 59 Jahren und 65,0 % der Frauen und 62,6 % der Männer im Alter von 60 bis 69 Jahren der Fall (Poethko-Müller und Schmitz 2013, S. 848). Auch in der DEGS1 2008–2011 zeigten sich eindeutige Ost-West-Unterschiede: Hier betrug die Lebenszeitprävalenz einer Grippeschutzimpfung in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre im Osten Deutschlands 70,5 % (Frauen) bzw. 66,8 % (Männer), im Westen Deutschlands dagegen nur 40,0 % (Frauen) bzw. 44,3 % (Männer) (ebd., S. 852; vgl. Abbildung 44 im Anhang, S. 186).

Die letzte Tetanusimpfung lag im Jahr 2012 bei 77,7 % der Frauen und 78,7 % der Männer im Alter von 45 bis 64 Jahren weniger als zehn Jahre zurück. Dabei zeigte sich erneut, dass Ostdeutsche ihre Impfung häufiger regelmäßig auffrischen lassen als Westdeutsche. Zudem hatten Personen der unteren Bildungsgruppe ihre letzte Impfung seltener innerhalb der letzten zehn Jahre erhalten als Personen der höheren Bildungsgruppen (GEDA 2012, RKI 2014a, S. 133). Vergleichbare Ost-West-Unterschiede zeigten sich in der DEGS1-Studie 2008–2011: In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen gaben in den neuen Ländern 73,7 % der Frauen und 77,6 % der Männer an, in den letzten zehn Jahren gegen Tetanus geimpft worden zu sein, gegenüber 67,3 % der Frauen und 71,1 % der Männer in den alten Ländern (Poethko-Müller und Schmitz 2013, S. 852).

Teilnahme an Präventionskursen

Die gesetzliche Krankenversicherung fördert verschiedene Maßnahmen zur Krankheitsprävention und zur Gesundheitsförderung in den vier Handlungsfeldern Bewegung (gesundheitssportliche Aktivitäten gegen Bewegungsmangel, krankheitspräventive Bewegungsprogramme), Stressbewältigung (v. a. Entspannungskurse), Ernährung (Vermeidung bzw. Reduktion von Übergewicht, Mangel- und Fehlernährung) und Suchtmittelkonsum (Förderung des Nichtrauchens, verantwortlicher Umgang mit Alkohol). Im Jahr 2015 haben gesetzlich versicherte Frauen und Männer im Alter von 50 bis 59 Jahren an 403.933 durch die Krankenkassen geförderten Maßnahmen zur Primärprävention teilgenommen (MDS, GKV 2016a, S. 67 f.). Mit einem Anteil von 24 % an allen Teilnahmen war diese Altersgruppe überrepräsentiert, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung betrug im Jahr 2015 16 %. 2015 entfielen bei den 50- bis 59-Jährigen zwei Drittel (67 %) aller Maßnahmen auf das Handlungsfeld »Bewegung« und 29 % auf das Handlungsfeld »Stressbewältigung«; die Felder »Ernährung« (3 %) und »Suchtmittelkonsum« (1 %) hatten in dieser Altersgruppe nur einen geringen Anteil (ebd., S. 69). In allen Handlungsfeldern waren Frauen in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen (zumeist stark) überrepräsentiert: Sie waren für 85 % (Stressbewältigung), 81 % (Bewegung), 80 % (Ernährung) und 56 % (Suchtkonsum) aller Teilnahmen verantwortlich (MDS, GKV 2016b, S. 33).

Auch in der DEGS1 2008–2011 wurde nach der Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen in den letzten 12 Monaten gefragt. In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen gaben im Vergleich zu Männern (11,2 %) mehr als doppelt so viele Frauen (24,0 %) an, dass sie an mindestens einer Maßnahme teilgenommen hätten. Am häufigsten war hier wiederum der Bereich »Bewegung« (Frauen 21,3 %, Männer 9,3 %), gefolgt von »Entspannung« (Frauen 4,9 %, Männer 2,6 %) und »Ernährung« (Frauen 3,2 %, Männer 3,1 %). Die Teilnahmequoten offenbarten in dieser Altersgruppe eine starke soziale Ungleichheit. An mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme in den letzten 12

Monaten nahmen 30,5 % der Frauen und 12,1 % der Männer der oberen Statusgruppe teil, gegenüber 14,3 % der Frauen und 6,3 % der Männer der unteren Statusgruppe. Damit nahmen statusniedrige Frauen allerdings immer noch häufiger an verhaltenspräventiven Maßnahmen teil als statushohe Männer (Jordan und von der Lippe 2013, S. 881).

Heilmittelverordnungen

Angaben des Heilmittel-Informations-Systems der AOK[31] lassen Rückschlüsse über den Anteil von Heilmittelverordnungen in den untersuchten Altersgruppen zu (Waltersbacher 2016, S. 14 ff.). Heilmittel werden eingesetzt, um die Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit ausheilen zu lassen oder ein Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten. Generell nimmt bei Erwachsenen der Anteil der Personen, die eine Heilmittelverordnung erhalten, mit dem Alter zu, wobei ab dem 15. Lebensjahr der Anteil bei den Frauen stets über dem der Männer liegt. 20,5 % der Männer und 30,4 % der Frauen im Alter von 55 bis 59 Jahren sowie 22,6 % der männlichen und 31,2 % der weiblichen AOK-Versicherten im Alter von 60 bis 64 Jahren haben 2016 eine Heilmittelverordnung erhalten, darunter fast ausschließlich für physiotherapeutische Behandlungen.

» 04.6 Gesundheit und Arbeit

Seit der frühen Studie von Jahoda u. a. (1933/1975) über die Arbeitslosen von Marienthal ist bekannt, dass Arbeitslosigkeit das Risiko erhöht, krank zu werden. Aktuelle nationale wie internationale Studien zeigen, dass auch im 21. Jahrhundert Arbeitslose früher sterben, häufiger krank sind, mehr Beschwerden haben und sich häufiger gesundheitsriskant verhalten (Kroll u. a. 2016, S. 228 und 234). Wissenschaftlich strittig war dabei die Frage, ob Arbeitslosigkeit Erkrankungen verursacht (arbeitslosigkeitsbedingte Belastungen erhöhen das Erkrankungsrisiko und fördern gesundheitsschädigendes Verhalten) oder ob Krankheiten ursächlich für Arbeitslosigkeit sind (chronische Erkrankungen erhöhen das Risiko arbeitslos zu werden und verringern die Chancen auf Wiederbeschäftigung). Die Ergebnisse der neueren Forschung deuten darauf hin, dass beide Hypothesen zutreffen, so dass heute eher strittig ist, wie stark die jeweiligen Effekte jeweils sind. Darüber hinaus wird vermutet, dass der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Erkrankungsrisiko vor allem niedrigqualifizierte Menschen mit geringen materiellen und psychosozialen Ressourcen betrifft (ebd., S. 228).

Kroll u. a. (2016) konnten mit zusammengefassten Daten der GEDA-Erhebungen von 2010 und 2012 (vgl. auch RKI 2017, S. 67 ff.) zeigen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen ihre Gesundheit als deutlich schlechter einschätzen und häufiger von ärztlich diagnostizierten Depressionen berichten. Dieser Zusammenhang ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen (Kroll u. a. 2016, S. 230). Wie die Abbildungen 45 und 46 im Anhang (Seiten 186 u. 187) zeigen, treffen diese Aussagen auch auf Frauen und Männer im Alter zwischen 55 und 65 Jahren zu. Ebenso zeigten Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen öfter gesundheitsschädigende Verhaltensweisen: Sie rauchten deutlich häufiger und waren seltener sportlich aktiv. Allerdings war bei Arbeitslosigkeit der gesundheitlich bedenkliche

31 Zu beachten gilt, dass die AOK eine andere Versicherungsstruktur hat als andere gesetzliche Krankenkassen und die Daten nicht repräsentativ sind. Sie werden immer dann herangezogen, wenn keine anderen Informationen zu einem bestimmten Thema verfügbar sind.

Arbeitslose, die Tabak konsumieren, sportlich inaktiv sind und riskanten Alkoholkonsum betreiben in %

	Kein Sport in den letzten 3 Monaten			Raucherquote			Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C)		
Alter in Jahren	18 bis 29	30 bis 44	45 bis 64	18 bis 29	30 bis 44	45 bis 64	18 bis 29	30 bis 44	45 bis 64
Männer									
Nicht arbeitslos	12,1	31,5	36,4	35,7	37,8	31,1	44,1	31,0	30,6
< 12 Monate	22,5	37,3	49,0	50,8	50,3	43,5	40,6	29,8	31,5
≥ 12 Monate	29,7	49,5	51,1	62,9	66,3	47,6	40,8	23,8	30,6
Gesamt	15,3	33,7	38,7	40,5	41,8	33,5	43,2	30,3	30,7
Frauen									
Nicht arbeitslos	16,5	29,6	31,5	28,6	29,4	26,6	34,3	18,8	22,0
< 12 Monate	28,2	36,9	38,1	47,7	42,7	34,2	28,3	20,0	18,4
≥ 12 Monate	38,8	49,5	46,7	57,4	48,0	39,8	24,0	15,7	15,3
Gesamt	19,6	32,7	33,6	33,1	33,1	28,6	32,8	18,6	21,0

Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren: nicht arbeitslos = Keinen Monat arbeitslos; < 12 Monate = weniger als 12 Monate arbeitslos; ≥ 12 Monate = 12 Monate oder länger arbeitslos.

» Tab. 19: Anteile der Arbeitslosen in Prozent für die einzelnen Altersgruppen, die Tabak konsumieren (Raucherquote), sportlich inaktiv sind und riskanten Alkoholkonsum (nach AUDIT-C) betreiben. Quelle: Kroll u. a. 2016, S. 234; Datenbasis: GEDA 2010 und 2012; nachgedruckt und bearbeitet mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Lars Eric Kroll, Stephan Müters, Thomas Lampert, 2015.

Alkoholkonsum nicht erhöht, arbeitslose Frauen wiesen sogar seltener einen übermäßigen Alkoholkonsum auf als erwerbstätige Frauen (ebd.). Diese Zusammenhänge sind auch im höheren Erwerbsalter zwischen 45 bis 64 Jahren zu beobachten (vgl. Tabelle 19).

Umgekehrt ist inzwischen auch belegt, dass Erwerbsarbeit gesundheitsgefährdend wirken kann und Ursache von Gesundheitsschädigungen ist. Entsprechend schätzt in GEDA 2012 etwa ein Fünftel der Erwerbstätigen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen, dass ihre Gesundheit stark bzw. sehr stark durch ihre Arbeit gefährdet war (Frauen 20,9 %, Männer 22,0 %). Sowohl bei Frauen als auch Männern dieser Altersgruppe sank die wahrgenommene Gesundheitsgefährdung der Arbeit mit steigender Bildung: Über ein Viertel der unteren Bildungsgruppen bezeichneten ihre Arbeit als gesundheitsgefährdend (Frauen 28,2 %, Männer 30,3 %), während dies in der oberen Bildungsgruppe nur bei 17,2 % der Frauen und 13,2 % der Männer der Fall war. Allerdings ist dieser Zusammenhang nur bei den Männern statistisch signifikant (RKI 2014a, S. 126 f.).

Krankheit als Ursache für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Ebenfalls in GEDA 2012 gaben 9,3 % der Frauen und 9,2 % der Männer im Alter von 45 bis unter 65 Jahren an, mehr als 50 Tage in den vergangenen 12 Monaten so krank gewesen zu sein, dass sie ihren üblichen Tätigkeiten im privaten wie im beruflichen Leben nicht nachgehen konnten. Damit stimmten sie dieser Aussage ungefähr doppelt so häufig zu wie Befragte der jüngeren und der älteren – nicht mehr erwerbstätigen – Alterskohorten (RKI 2014a, S. 143). Auch hier sank der Anteil der 45- bis 64-Jährigen, die durch häufige Krankheiten privat und beruflich erheblich eingeschränkt waren, mit wachsender Bildung: Bei den Frauen halbierte sich der Anteil von 13,5 % in der unteren Bildungsgruppe auf 7,0 % in der oberen Bildungsgruppe, bei den Männern verminderte er sich sogar um fast zwei Drittel: von 14,8 % (untere Bildungsgruppe) auf 5,1 % (obere Bildungsgruppe).

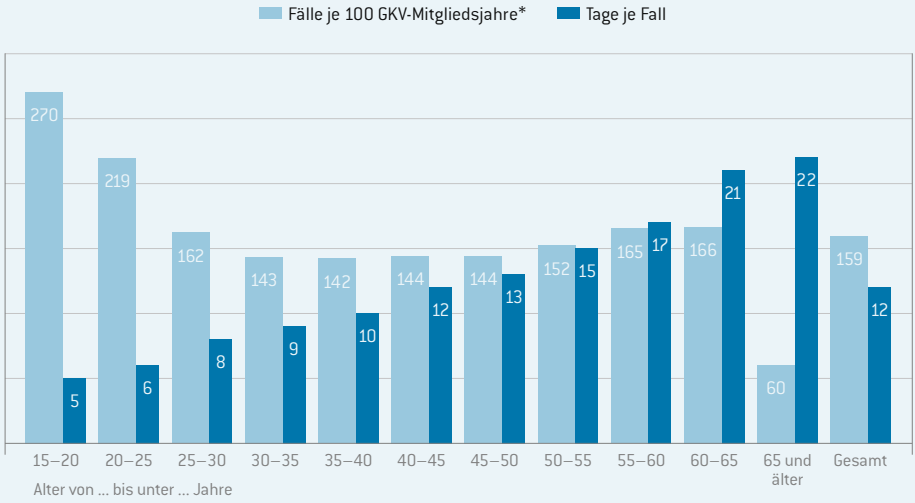
Die Statistik der Krankheitsfälle von gesetzlich Versicherten (vgl. Abbildung 9), die regelmäßig vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) veröffentlicht wird, gibt einen ungefähren Einblick in das Ausmaß der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit der über 45-Jährigen im Jahr 2016. Es ist zu beachten, dass hier nur die Krankmeldungen von rund 16 Millionen Versicherten von allgemeinen Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen erfasst wurden, d. h. Kurzzeit-Ausfälle ohne Krankschreibung sowie Krankmeldungen von Versicherten anderer Krankenkassen wurden nicht registriert (BMAS und BAuA 2017, S. 49). Mit steigendem Alter nehmen die durchschnittlichen Krankheitstage pro Fall zu, ab dem 50. Lebensjahr auch die Zahl der Fälle je Versicherte, die am höchsten bei den »Jungen Alten« ist. Die 55- bis unter 60-Jährigen blieben im Jahr 2016 im Krankheitsfall durchschnittlich 17 Tage zu Hause, die 60- bis unter 65-Jährigen 21 Tage.

Die größten Anteile an allen Krankschreibungen hatten bei den ab 45-Jährigen Krankheiten des Atmungssystems (Frauen 23,3 %, Männer 20,3 %) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Frauen 19,1 %, Männer 23,7 %). Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage gingen in dieser Altersgruppe mit über einem Viertel (28,0 %) auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes zurück, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen (12,2 %) sowie Krankheiten des Atmungssystems (10,7 %). Krankheiten des Verdauungssystems und des Atmungssystems vergingen bei den ab 45-Jährigen mit durchschnittlich 8,0 bzw. 8,2 Arbeitsunfähigkeitstagen am schnellsten, während psychische und Verhaltensstörungen durchschnittlich 33,5 Tage andauerten (vgl. Tabelle 79 im Anhang, S. 176). Auch mit Blick auf die älteren Beschäftigten zeigt sich die Bedeutung von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, die 2015 für knapp ein Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich waren, und zwar mit einem Anteil von 23,7 % bei den 55- bis 59-Jährigen und 24,5 % bei den 60- bis 64-Jährigen (Meyer und Meschede 2016, S. 281).

Krankheit als Ursache für verminderte Erwerbsfähigkeit und Frühverrentung

Krankheiten sind zudem Ursache für verminderte Leistungsfähigkeit und einem damit verbundenen teilweisen oder vollständigem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Nach § 43 SGB VI haben gesetzlich Rentenversicherte, die auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, mindestens sechs Stunden am Tag erwerbstätig zu sein, Anspruch auf teilweise Erwerbsminderung. Versicherte, die nicht imstande sind, mindestens drei Stunden am Tag erwerbstätig zu sein, haben Anspruch auf eine volle Rente wegen Erwerbsminderung (»Frührente«).

Arbeitsunfähigkeit



* Fälle je 100 GKV-Mitgliedsjahre sind Vollzeitäquivalente für GKV-Mitglieder. Für die Berechnung der GKV-Mitgliedsjahre werden z. B. für eine Person, die ein halbes Jahr krankenversichert war (z. B. im Rahmen von Saisonarbeit) 0,5 GKV-Migliedsjahre angesetzt.

» Abb. 9: Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen 2016. Quelle: nach BMAS und BAuA (2017): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2016. Download von www.baua.de/suga.

Im Jahr 2016 waren für die Gruppe der 55-Jährigen und Älteren psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen der häufigste Grund für die Anerkennung einer Erwerbsminderungsrente (34,2 %), gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (18,5 %), Krebserkrankungen (15,1 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (12,7 %).

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind hier gravierend: Zwar waren für Frauen und Männer dieser Altersgruppe psychische und Verhaltensstörungen die häufigste Ursache für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente, aber der Anteil an allen Diagnosen war bei den Frauen (Altersgruppe 55 bis 59: 45,4 %; Altersgruppe 60+: 35,6 %) weitaus höher als bei den Männern (Altersgruppe 55 bis 59: 30,4 %; Altersgruppe 60+: 21,4 %). Während jedoch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern (Altersgruppe 55 bis 59: 16,6 %; Altersgruppe 60+: 20,4 %) am zweithäufigsten zu einer Erwerbsminderungsrente führte, war dies bei Frauen nur der vierthäufigste Grund (Altersgruppe 55 bis 59: 6,1 %; Altersgruppe 60+: 8,8 %). Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes standen bei Frauen an zweiter (Altersgruppe 55 bis 59: 17,8 %; Altersgruppe 60+: 23,1 %) und bei Männern (Altersgruppe 55 bis 59: 16,5 %; Altersgruppe 60+: 19,4 %) an dritter Stelle. Schließlich waren Krebserkrankungen (Neubildungen) für Frauen der dritthäufigste (Altersgruppe 55 bis 59: 14,3 %; Altersgruppe 60+: 14,5 %) und für Männer (Altersgruppe 55 bis 59: 14,9 %; AG 60+: 17,2 %)

der vierthäufigste Anlass für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Jahr 2016 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016a, vgl. Tabelle 80 im Anhang, S. 177).

Tabelle 20 stellt dar, wie sich im Jahr 2016 die Neuzugänge in eine Erwerbsminderungsrente nach Altersgruppe und Geschlecht verteilten. Hier zeigt sich, dass mit 51,5 % der Männer und 56,4 % der Frauen jeweils über die Hälfte der Neuzugänge schon vor Erreichen des 55. Lebensjahres erfolgte.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Nach § 20b SGB V fördern die Krankenkassen »Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.«

Eine wichtige Zielgruppe der gesetzlichen Krankenversicherungen sind ältere Arbeitnehmerinnen und -nehmer ab 50 Jahren. Im Jahr 2015 richteten sich 137 Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung an diese Gruppe, das waren 7 % aller zielgruppenspezifischen Angebote (MDS, GKV 2016a, S. 53).[32] Mit 65 Angeboten fanden sich zwar die meisten zielgruppenspezifischen Maßnahmen für ältere Beschäftigte im verarbeitenden Gewerbe, sie machten aber nur einen Anteil von 9 % an allen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung in dieser Branche aus. Im Gesundheits- und Sozialwesen richteten sich 26 Angebote an ältere Beschäftigte (= Anteil von 6 % an allen Angeboten) und in der öffentlichen Verwaltung 15 Angebote (= Anteil von 8 % aller Angebote) (ebd., S. 49).

Im Jahr 2015 wurden ca. 400.000 Beschäftigte ab 50 Jahren von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht, das waren etwa 23 % aller von solchen Maßnahmen erreichten Beschäftigten (ebd., S. 50). Je kleiner der Betrieb war, desto größer war der Anteil an älteren Beschäftigten an den gesundheitsförderlichen Maßnahmen: 31 % in Kleinbetrieben (ein bis neun Beschäftigte), ca. 27 % in Betrieben mit zehn bis unter 1.500 Beschäftigten und ca. 19 % in Großbetrieben (über 1.500 Beschäftigte) (ebd., S. 56).

» 04.7 Gesundheitskosten

Für die Altersgruppe der 45- bis unter 65-Jährigen fielen im Jahr 2015 in Deutschland Krankheitskosten[33] von rund 92,5 Milliarden Euro an (Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 16.05.2017)[34]. Interessant ist, dass sich die Kosten in etwa gleich auf die beiden Geschlechter verteilten: 3.670 Euro je Mann und 3.830 Euro je Frau der Alterskohorte (ebd.), obwohl Frauen häufiger einen

32 Alle zielgruppenspezifischen Angebote zusammen genommen machten im Jahr 2015 ein gutes Drittel (35 %) der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aus.

33 Krankheitskosten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer/-innen und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren.

34 Das Statistische Bundesamt hat letztmals für das Jahr 2008 Daten zu Krankheitskosten veröffentlicht.

Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Alter bei Rentenbeginn	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Unter 20 Jahre	21	0,02	13	0,01	34	0,02
20 bis 24 Jahre	426	0,49	342	0,39	768	0,44
25 bis 29 Jahre	1.328	1,54	1.492	1,70	2.820	1,62
30 bis 34 Jahre	2.271	2,64	2.903	3,30	5.174	2,97
35 bis 39 Jahre	4.457	5,17	5.249	5,97	9.706	5,58
40 bis 44 Jahre	6.108	7,09	7.472	8,50	13.580	7,80
45 bis 49 Jahre	10.394	12,07	12.794	14,56	23.188	13,33
50 bis 54 Jahre	19.104	22,18	19.313	21,98	38.417	22,08
55 bis 59 Jahre	26.701	31,00	25.150	28,62	51.851	29,80
60 Jahre und höher	15.316	17,78	13.142	14,96	28.458	16,36
Summe	**86.126**	**100,00**	**87.870**	**100,00**	**173.996**	**100,00**

» Tab. 20: Rentenzugang: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI nach Geschlecht und Alter, Berichtsjahr 2016. Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Datenbasis: Statistisches Berichtswesen 2017; Darstellung verändert.

Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchten als Männer (vgl. RKI 2015, S. 307). Die höchsten Ausgaben wurden für Krankheiten des Verdauungssystems (worunter auch Kosten für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz fallen) getätigt, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Kreislaufsystems.

Im Jahr 2015 gaben private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck insgesamt 46.091 Millionen Euro für gesundheitsbezogene Güter und Dienstleistungen aus (Statistisches Bundesamt 2017i, S. 31). Bezogen auf die gesamten Gesundheitsausgaben aller Träger in Höhe von 344.153 Millionen Euro (ebd., S. 15), betrug der Anteil, der von den privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck getragen wurde, 13,4 %. Nur sehr wenige Informationen sind jedoch über private Gesundheitsausgaben in der untersuchten Alterskohorte zugänglich. Einen kleinen Anhaltspunkt bieten die Wirtschaftsrechnungen des Statistischen Bundesamtes, die unter anderem die Ausgaben privater Haushalte für die Gesundheitspflege auflisten. Demnach gab im Jahr 2015 ein deutscher Haushalt, dessen Haupteinkommensperson 55 bis unter 65 Jahre alt war, 114 Euro pro Monat für die Gesundheit aus, davon 19 Euro für Gebrauchsgüter, 25 Euro für Verbrauchsgüter und 71 Euro für Dienstleistungen (Statistisches Bundesamt 2017c, S. 46).

In einer 2012 bundesweit durchgeführten Repräsentativbefragung für das Wissenschaftliche Institut der AOK gaben 29,9 % der gesetzlich krankenversicherten Befragten an, dass ihnen »im

Laufe der letzten zwölf Monate in einer Arztpraxis eine ärztliche Leistung als Privatleistung angeboten oder in Rechnung gestellt worden« ist. In der Altersgruppe der 50- bis 64-jährigen Befragten berichtete genau ein Drittel (33,3 %) von diesem ärztlichen Angebot. Der Anteil der GKV-Versicherten, denen eine IGeL-Leistung[35] nahegelegt wurde, hat sich seit 2001 mehr als verdreifacht (damals 8,9 %). Je höher das Einkommen und die Schulbildung der Befragten war, desto häufiger bekamen sie auch solche IGeL-Leistungen angeboten (Zok 2013, S. 2 f.).

» 04.8 Fazit

Gesundheit bzw. Krankheit gewinnen mit dem Alter zunehmend an Bedeutung. Personen im Alter von 55 bis 65 Jahren berichten nicht nur subjektiv über einen schlechteren Gesundheitszustand und stärkere Einschränkungen in der Ausübung alltäglicher Aktivitäten, sondern sie leiden auch häufiger an verschiedenen Krankheiten und sind im Krankheitsfall länger arbeitsunfähig geschrieben als jüngere Altersgruppen. Gleichzeitig zeigt die Analyse aber auch, dass Personen der Altersgruppe heute weniger Mehrfacherkrankungen aufweisen als noch zu Ende des letzten Jahrtausends, dass sie vermehrt an Präventionskursen teilnehmen und häufiger gesund leben.

Herz-Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems werden in der Altersgruppe am häufigsten diagnostiziert und behandelt. Sie sind auch die häufigste Ursache für Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Frühverrentung. Wesentlich seltener diagnostiziert, aber aufgrund der hohen Sterblichkeit Haupttodesursache in der Altersgruppe, sind Tumore, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als zweithäufigster Todesursache. Spezifisch bei Frauen gewinnt die Arthrose- und Osteoporose-Prävention spätestens in diesem Alter weiter an Bedeutung, weil die Prävalenzen erheblich sind.

Hinsichtlich der psychischen Erkrankungen zeigen die verschiedenen Studien widersprüchliche Ergebnisse. Während die »Jungen Alten« (55 bis 65 Jahre) am häufigsten über eine ärztliche Depressionsdiagnose berichten, waren sie nicht häufiger von einer leichten depressiven Symptomatik betroffen als jüngere Altersgruppen. Da psychische Erkrankungen zum einen lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und Rehabilitationsaufenthalte nach sich ziehen, gleichzeitig aber mittlerweile zur häufigsten Ursache für Erwerbsminderungsrenten geworden sind, sollte diesem Faktor eine erhöhte Aufmerksamkeit zuteilwerden.

Auch das Suchtverhalten im Lebenslauf der »Jungen Alten« kann auf psychische Probleme hinweisen: Der im Vergleich mit anderen Altersgruppen häufigere riskante Konsum von Suchtmitteln – unabhängig davon, ob es sich um Alkohol, Tabletten oder Zigaretten handelt – kann zur Bewältigung seelischer Belastungen dienen. Allerdings können sich hier auch ein geringes Problembewusstsein und ein (allzu) unbesorgter Umgang mit legalen Suchtmitteln ausdrücken. Illegale Drogen spielen in der Altersgruppe kaum eine Rolle. Stattdessen werden Substanzen konsumiert, deren Missbrauch nicht so auffällig ist bzw. »eben einfach dazu gehört«. Die alkoholbedingte Mortalität ist in dieser Altersgruppe am höchsten, weshalb spezifische

35 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) sind Leistungen, die Ärzte in Deutschland ihren gesetzlich krankenversicherten Patienten und Patientinnen gegen Selbstzahlung anbieten können.

Angebote zur Suchtaufklärung und Suchthilfe für diese Zielgruppe besonders wichtig sind.

Ein weiteres Risikopotential in der betrachteten Alterskohorte stellen Übergewicht und Adipositas dar, die eine häufige Ursache für Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind. Neben regelmäßiger Bewegung stellt eine gesunde Ernährung mit viel Obst und Gemüse einen wichtigen Aspekt zur Gewichtskontrolle dar. Allerdings werden die entsprechenden Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) nur von einer Minderheit der Altersgruppe eingehalten.

An Früherkennungsuntersuchungen nehmen bei weitem nicht alle 55- bis unter 65-Jährigen teil. Hier zeigt sich, dass unangenehme Untersuchungen (wie z. B. Darmspiegelungen) deutlich seltener durchgeführt werden als eher unkomplizierte Untersuchungen in Körperregionen, in denen Probleme, wie bei den Zähnen, schnell zu Schmerzen führen.

Die vorliegende Analyse zeigt in der betrachteten Altersgruppe verschiedene Risikogruppen auf, die hinsichtlich der Gesundheitsförderung besonderer Beachtung bedürfen: Personen mit niedriger Bildung und einem geringen Sozialstatus weisen bei den meisten Krankheiten höhere Erkrankungsraten und eine geringere Lebenserwartung auf als Personen mit höherer Bildung und höherem Sozialstatus und verhalten sich vergleichsweise häufiger gesundheitsriskant und weniger vorsorgeorientiert. Ähnliche Risiken bestehen für langzeitarbeitslose Menschen. Ebenso zeigen sich in der Altersgruppe häufig große Unterschiede zwischen den Geschlechtern – zum einen bezogen auf das Krankheitsrisiko, zum anderen auch bezüglich des Gesundheitsverhaltens. Frauen verhalten sich im Durchschnitt häufiger gesundheitsbewusst als Männer. Schließlich spielen auch Ost-West-Unterschiede mit Bezug auf bestimmte Erkrankungen und lebensstilbezogene Risikofaktoren noch eine gewisse Rolle, auch wenn sie sich zunehmend einebnen und eher Unterschieden zwischen einzelnen Ländern weichen. So trinken Ostdeutsche mehr Alkohol und haben auch eine höhere alkoholbedingte Mortalität, achten aber besser auf die regelmäßige Auffrischung ihres Impfschutzes. Entsprechend sollten Präventionsangebote neben den sozioökonomischen auch geschlechtsspezifische und regionale Risikolagen beachten.

Eine weitere Gruppe, die bei der Gesundheitsförderung besonders berücksichtigt werden muss, sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Zum einen zeigt sich, dass es zwar eine wachsende Literatur zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund gibt, die wenigsten aber altersdifferenzierte Aussagen enthalten und häufig nur von den erwachsenen (18 bis 65 Jahre) oder alten Migrantinnen und Migranten über 65 Jahren sprechen. Dementsprechend besteht dringender Forschungs- bzw. genauerer Analysebedarf auch der vielen zur Thematik bereits erhobenen Daten. Gleichzeitig sind Menschen mit Migrationshintergrund in den vorhandenen Studien oft unterrepräsentiert, so dass ihre Fallzahlen für statistisch signifikante Aussagen nicht ausreichen. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass Menschen mit Migrationshintergrund keine homogene Gruppe sind. Vielmehr zeigen sich je nach Nationalität bzw. kultureller Prägung teils sehr spezifische gesundheitliche Probleme. Dazu unterscheidet sich die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund auch danach, über welche bildungsbezogenen und sozioökonomischen Ressourcen sie verfügen.

05

Pflege von Angehörigen

Die Pflege eines nahestehenden Menschen – vor allem innerhalb der Familie – wird in weiten Teilen der Bevölkerung bis heute recht selbstverständlich übernommen; knapp drei Viertel der Pflegebedürftigen mit anerkannter Pflegestufe werden zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2017c, S. 5). Die private Angehörigenpflege wird zu einem hohen Anteil von Frauen und Männern in der späten Erwerbs- und frühen Ruhestandsphase zwischen 50 und 70 Jahren getragen, weshalb sie hier ausführlicher behandelt werden soll.[36]

Über die Anzahl, Zusammensetzung und Situation pflegender Angehöriger in Deutschland gibt es keine regelmäßige amtliche Berichterstattung, die Datenlage war daher lange Zeit ungenügend (vgl. Backes u. a. 2008, S. 13–18). Kontinuierliche bevölkerungsrepräsentative Aussagen zur Anzahl und Altersstruktur von pflegenden Angehörigen in Deutschland ermöglicht mittlerweile das Sozio-oekonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) (vgl. Geyer und Schulz 2014), das alljährlich von Rothgang u. a. für die Barmer GEK Pflegereports ausgewertet wird (Barmer GEK 2015, 2016).[37] Unregelmäßig bzw. in einem mehrjährigen Abstand erhobene repräsentative Daten zur häuslichen Pflegesituation bieten vor allem die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten TNS-Infratest-Studien zur

36 Da nur ein geringer Anteil der »Jungen Alten« selbst pflegebedürftig ist, wird dieser Aspekt im Kapitel »Gesundheitliche Lage« ausgeführt (vgl. Kap. 4.3, S. 44).

37 Im Folgenden wird nur der Barmer GEK Pflegereport 2015 (Schwerpunkt: Pflegen zu Hause) herangezogen, der im Vergleich zum Pflegereport 2016 aktuellere Daten zur Altersstruktur der pflegenden Angehörigen liefert.

Pflege in Privathaushalten (BMG 2011; Schneekloth 2005) und der Deutsche Alterssurvey (Mahne u. a. 2017a, vgl. auch Nowossadeck u. a. 2016).[38] Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) wurden in der bevölkerungsrepräsentativen Telefonbefragung »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012« (GEDA 2012) erstmalig auch Daten zur Situation von pflegenden Angehörigen erhoben (Wetzstein u. a. 2015, RKI 2015a; Kapitel 5.4, S. 77). Aktuelle repräsentative Erkenntnisse mit Blick auf die Belastung und den Unterstützungsbedarf von pflegenden Angehörigen bieten schließlich eine Befragung des Forsa-Instituts im Auftrag der Techniker Krankenkasse (Bestmann u. a. 2014) und eine GfK-Umfrage im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) (Schwinger u. a. 2016).

» 05.1 Soziodemographische Merkmale der Pflegenden

Im Barmer GEK Pflegereport 2015 wurde das Ausmaß der privaten Pflegetätigkeit mit Daten des SOEP von 2013 berechnet. Als Pflegeperson wurde definiert, wer sich mindestens eine Stunde pro Tag um eine pflegebedürftige Person kümmerte (Barmer GEK 2013a, S. 107).[39] Demnach wurden 2013 in Deutschland 1,87 Millionen Pflegebedürftige von 3,7 Millionen Pflegepersonen zu Hause versorgt, womit im Durchschnitt einer pflegebedürftigen Person ca. zwei pflegende Angehörige gegenüber standen (Barmer GEK 2015, S. 196).

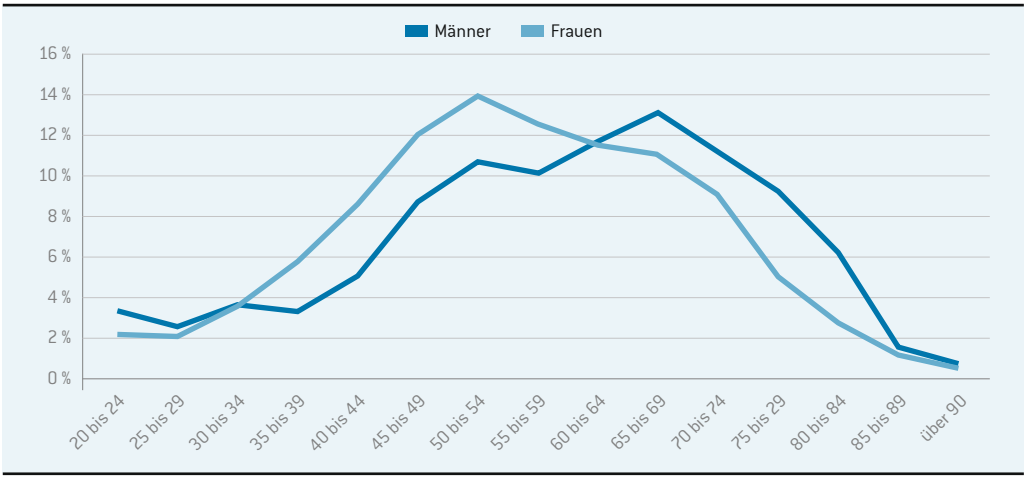
Knapp zwei Drittel (63 %) der privaten Pflegepersonen waren im Jahr 2013 Frauen – dieses Verhältnis von zwei pflegenden Frauen auf einen pflegenden Mann blieb im Zeitraum von 2001 bis 2013 nahezu konstant (ebd.). Im Jahr 2013 versorgten 4,4 % aller Männer und 6,8 % aller Frauen einen pflegebedürftigen Angehörigen (ebd., S. 197). Der Anteil pflegender Frauen war am höchsten in der Gruppe der 40- bis 74-Jährigen (mit einer Spitze von 14 % bei den 50- bis 54-Jährigen), der Anteil pflegender Männer in der Gruppe der 45- bis 79-Jährigen (mit bis zu 13 % bei den 65- bis 69-Jährigen). Die Pflegewahrscheinlichkeit der »Jungen Alten« betrug in der Altersgruppe 55 bis 59 Jahre knapp 13 % bei den Frauen und 10 % bei den Männern, während sie bei den 60- bis 64-jährigen Frauen und Männern mit jeweils knapp 12 % gleichauf lag (Barmer GEK 2015, S. 198; vgl. Abbildung 10).

Mit der Frage »Pflegen Sie regelmäßig eine pflegebedürftige Person?« wurde das Ausüben einer informellen Pflegetätigkeit in der GEDA 2012 noch offener erhoben. Hier betrug der Gesamtanteil pflegender Frauen über 18 Jahre 8,7 %, derjenige von pflegenden Männern 4,9 %. Wie im SOEP waren auch hier mit 65 % fast zwei Drittel der Pflegenden weiblich. Die höchsten Anteile von privaten Pflegepersonen gab es in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen, also bei den »Jungen Alten«: Hier pflegten 11,9 % der Frauen und 6 % der Männer regelmäßig eine nahestehende Person (Wetzstein u. a. 2015,

38 Der Freiwilligensurvey von 2014 kann hier nicht berücksichtigt werden, da dort nur nach Pflege- oder Betreuungstätigkeiten außerhalb des eigenen Haushalts gefragt wurde (vgl. Vogel und Tesch-Römer 2017).

39 Die Frage zu informellen Pflegetätigkeiten im Sozio-ökonomischen Panel lautete: »Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag (bzw. Samstag/Sonntag) auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?« Bei der pflegebedürftigen Person muss nicht zwingend eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegen, ihr Betreuungsbedarf kann auch unterhalb der gesetzlich definierten Schwelle liegen (Barmer GEK 2015, S. 62 und 196).

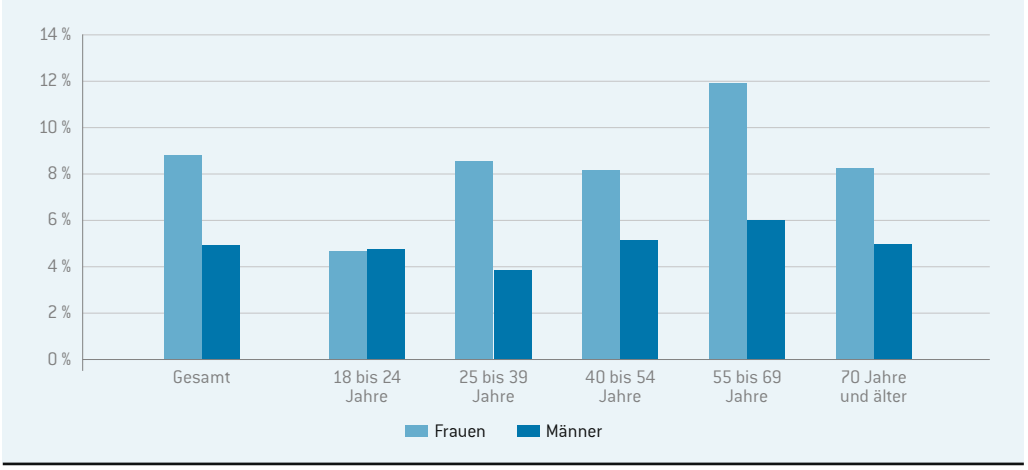
Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht



» Abb. 10: Verteilung der Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht 2013. Quelle: Barmer GEK 2015, S. 198; Datenbasis: SOEP v30.

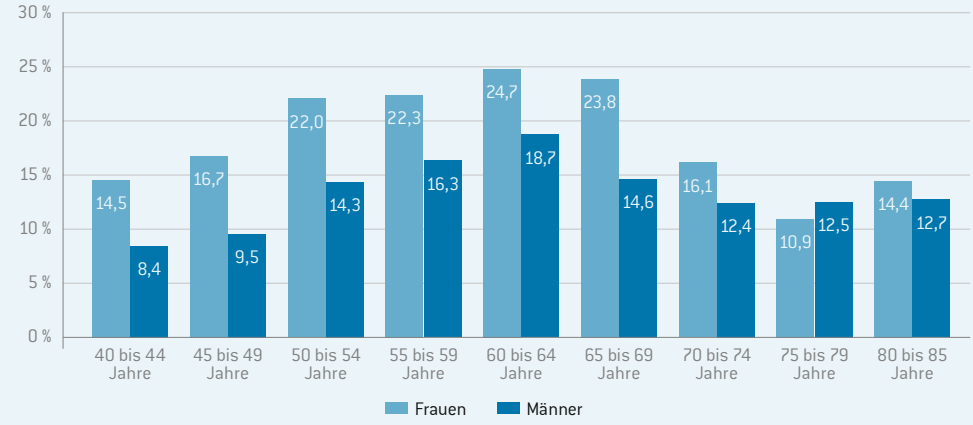
S. 3 f.; vgl. Abbildung 11). In neun von zehn Fällen wurden Familienangehörige, Partnerinnen oder Partner innerhalb und außerhalb des eigenen Haushalts versorgt, der Rest entfiel auf die Pflege von Personen aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis bzw. der Nachbarschaft.

Anteil pflegender Angehöriger



» Abb. 11: Anteil pflegender Angehöriger nach Alter und Geschlecht. Quelle: Wetzstein u. a. 2015, S. 3; Datenbasis: GEDA 2012.

Anteile der Frauen und Männer, die Unterstützung leisten



» Abb. 12: Anteile der Frauen und Männer, die Unterstützung leisten, nach Altersgruppe, 2014, gewichtet. Quelle: Nowossadeck u. a. 2016, S. 11; Datenbasis: DEAS 2014.

Im Deutschen Alterssurvey von 2014 wurden unterstützende Pflegepersonen durch folgende Frage erfasst: »Gibt es Personen, die aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes von Ihnen privat oder ehrenamtlich betreut bzw. gepflegt werden oder denen Sie regelmäßig Hilfe leisten?« Damit wurden neben Pflegetätigkeiten auch Betreuungs- und Hilfeleistungen ohne Pflege erfasst (Nowossadeck u. a. 2016, S. 10).[40] Es zeigte sich, dass vor allem »Junge Alte« gesundheitsbezogene Unterstützung leisteten, und zwar 22 % der Frauen und 16 % der Männer zwischen 55 und 59 Jahren sowie 25 % der Frauen und 19 % der Männer zwischen 60 und 64 Jahren (vgl. Abbildung 12). Die 55- bis 69-jährigen Männer und Frauen kümmerten sich dabei in fast drei Viertel aller Fälle (72 %) primär um die eigenen Eltern bzw. Schwiegereltern (ebd., S. 11).

In den im Folgenden zitierten Studien wurde die Definition von pflegenden Angehörigen stärker eingeschränkt, und zwar auf informell Pflegende, die die Hauptverantwortung für die pflegebedürftige Person tragen und/oder diese selbst pflegen (und nicht nur hauswirtschaftlich oder organisatorisch unterstützen). Damit ergeben sich im Vergleich zu den Datenquellen des SOEP, der GEDA und des DEAS in der Regel höhere Anteile an pflegenden Frauen.

Die telefonische Repräsentativbefragung der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK), die im Jahr 2015 für das Wissenschaftliche Institut der AOK durchgeführt wurde, fokussierte auf Pflegepersonen, die hauptverantwortlich eine Person pflegen oder betreuen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält und zu Hause versorgt wird. Die Stichprobe der ca. 1.000 Hauptpflegeper-

40 Klaus und Tesch-Römer (2017, S. 195) gehen davon aus, dass der Anteil der Pflegenden im Vergleich zur GEDA 2012 im DEAS 2014 unterschätzt wird.

sonen wurde über die Merkmale Pflegestufe und Demenz der Gepflegten quotiert (Schwinger u. a. 2016, S. 190 f.). Die befragten Hauptpflegepersonen waren im Durchschnitt 54 Jahre alt und zu knapp drei Vierteln (74 %) Frauen. Mit 50 % befand sich die Hälfte aller Hauptpflegepersonen in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen, ein Drittel (33 %) war zwischen 17 und 49 Jahre und ein Sechstel (17 %) war mindestens 65 Jahre alt. 61 % der befragten Hauptpflegepersonen lebten in einem gemeinsamen Haushalt mit den Pflegebedürftigen, und 71 % der Hauptpflegepersonen wurden durch weitere (Neben-)Pflegepersonen unterstützt (ebd., S. 192).

Schließlich wurden im Jahr 2014 im Auftrag der Techniker Krankenkasse 1.007 pflegende Angehörige in Face-to-Face-Interviews zu ihrer persönlichen Situation befragt. Als pflegende Angehörige wurden volljährige Personen ab 18 Jahren definiert, die eine nahestehende Person mit einer Pflegestufe ehrenamtlich ambulant versorgen und dabei nicht nur hauswirtschaftliche oder organisatorische, sondern auch pflegerische Tätigkeiten ausüben (Bestmann u. a. 2014, S. 8 ff.). Mit knapp vier Fünfteln (79 %) war in dieser Befragung die große Mehrheit der pflegenden Angehörigen weiblich. Über die Hälfte (52 %) der privat Pflegenden gehörte zu den »Jungen Alten« (50 bis 65 Jahre), 30 % waren jünger als 50 Jahre und 18 % älter als 65. Die Hälfte der Befragten pflegte die eigenen Eltern (50 %), und für fast die Hälfte aller Befragten (46 %) dauerte die Pflege bereits über zwei bis fünf Jahre an (ebd., S. 11). Knapp die Hälfte der 50- bis 65-Jährigen nannte Pflichtgefühl und familiärer Zusammenhalt als ausschlaggebend für die Übernahme der Pflege (ebd., S. 12). Je älter die Befragten waren, desto häufiger wurden diese Beweggründe angegeben. Jüngere Befragte wurden häufiger von Personen aus ihrem sozialen Umfeld unterstützt und pflegten seltener völlig allein (ebd.).

» 05.2 Belastungen der pflegenden Angehörigen

Die Pflege von Angehörigen kann als erfüllend und bereichernd erlebt werden, jedoch ist sie – vor allem für die Hauptpflegepersonen – oft mit hohen zeitlichen, körperlichen und psychischen Belastungen verbunden, die zu gesundheitlichen und sozialen Problemen führen können. Dabei ist die subjektive Belastung umso stärker, je umfangreicher und beschwerlicher die zu leistende Pflegearbeit ist.[41]

So zeigte ein Vergleich der TNS-Infratest-Daten von 1998 und 2010, dass der durchschnittliche Zeitaufwand für die Hauptpflegeperson, bezogen auf alle Altersgruppen, zwar deutlich von 46 Wochenstunden im Jahr 1998 auf 38 Wochenstunden im Jahr 2010 gesunken war, damit aber weiterhin einer Vollzeiterwerbstätigkeit entsprach (BMG 2011, S. 29). Der Rückgang der durchschnittlich aufgewendeten Zeit fand ausschließlich in der Pflege von Angehörigen mit Pflegestufen I und II statt, während die zeitliche Belastung der Hauptpflegepersonen für Pflegedürftige der Stufe III mit 61

41 Da in den beiden Publikationen zum DEAS 2014 (Nowossadeck u.a. 2016; Mahne u.a. 2017) der zeitliche Umfang von Unterstützungsleistungen und das subjektive Belastungserleben nicht getrennt nach den Teilaspekten Haushaltshilfe, Begleitung und Pflege ausgewiesen wurden, bleibt der DEAS 2014 hier unberücksichtigt. Die Aussagen im Kapitel 5.2 (S. 72) beziehen sich fast durchgehend allgemein auf erwachsene Pflegepersonen (18 Jahre und älter). Daten, die sich nur auf die »Jungen Alten« beziehen, liegen kaum vor. Da diese aber einen großen Anteil der Pflegepersonen stellen, kann davon ausgegangen werden, dass die Aussagen im Wesentlichen auch auf unsere Altersgruppe zutreffen.

Belastung der Hauptpflegepersonen in %

Subjektive Belastung durch die häusliche Pflege (HPS-Score)		Relative Häufigkeit		
		Hoch	Mittel	Niedrig
Gesamt (N = 872)		17,8	42,2	40,0
Geschlecht (N = 872)	Männlich	18,3	37,1	44,5
	Weiblich	17,6	44,0	38,4
Demenz (N = 872)	Ja	23,6	46,9	29,5
	Nein	13,8	39,0	47,3
Pflegestufe (N = 872)	0	16,3	51,2	32,6
	I	14,3	37,4	48,3
	II	21,8	47,7	30,5
	III	29,7	52,7	17,6
Demenz (N = 870)	Vollzeiterwerbstätig	13,5	37,6	49,0
	Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig	17,9	44,1	37,9
	Zur Zeit nicht erwerbstätig	21,3	45,0	33,7

» Tab. 21: Belastung der Hauptpflegepersonen nach Geschlecht, vorliegender Pflegebedürftigkeit (Demenz und Pflegestufe) und Erwerbstätigkeit. Pflegereport 2016, WidO. Quelle: Jacobs, K; Kuhlmey, A.; Greß, S; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hg.): Pflege-Report 2016. 1. Auflage Stuttgart: Schattauer, S. 196.

Wochenstunden einen unverändert extrem hohen Wert annahm.[42]

Entsprechend zum Rückgang des zeitlichen Aufwands nahmen auch die Anteile der Pflegepersonen ab, die über sehr starke Belastungen berichteten – von 40 % im Jahr 1998 auf 29 % im Jahr 2010. Allerdings blieben die Belastungswerte damit weiter auf einem hohen Stand, insofern über drei Viertel (77 %) der Hauptpflegepersonen sich als »eher stark« oder »sehr stark« belastet bezeichneten (BMG 2011, S. 29). Der Grad der Belastung stieg mit dem nötigen zeitlichen Aufwand an. Im Jahr 2010 waren Hauptpflegepersonen, die sich als »gar nicht« oder »eher wenig« belastet betrachteten, durchschnittlich 35 Stunden pro Woche mit ihrer Tätigkeit beschäftigt. Bei Hauptpflegepersonen mit einer »eher starken« Belastung waren es bereits 38 Stunden pro Woche, und bei solchen mit einer »sehr starken« Belastung stieg der Zeitaufwand auf 60 Wochenstunden (BMG 2011, S. 64).

Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangen Schwinger u. a. (2016) in ihrer Analyse der AOK-Befragung aus dem Jahr 2015. Tabelle 21 zeigt, dass die Anteile von subjektiv hoch belasteten Hauptpflegepersonen

42 Bis zum 31.12.2016 wurden anerkannte Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Dieses System wurde ab dem 1. Januar 2017 abgelöst durch die Einteilung in fünf Pflegegrade.

größer sind, wenn die gepflegte Person dement ist und die Pflegestufe ansteigt. Da der zeitliche Pflegeumfang vor allem dann sehr groß ist, wenn die Pflege nicht mehr mit einer Erwerbstätigkeit verbunden ist, sind auch hier die Anteile der hoch belasteten Hauptpflegepersonen größer (ebd., S. 196). Die niedrig Belasteten stuften erwartungsgemäß ihren Gesundheitszustand mit über 90 % deutlich häufiger als »sehr gut« bzw. »eher gut« ein als die Angehörigen mit einer mittleren pflegerischen Belastung (56 %) und die hoch Belasteten (34 %) (ebd., S. 195).

Auch die TK-Studie aus dem Jahr 2014 bestätigt diese Zusammenhänge.[43] Hier schätzten pflegende Angehörige (besonders die allein Pflegenden) ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als die Durchschnittsbevölkerung. Dabei war die empfundene Belastung umso höher, je älter die private Pflegeperson war und je schwieriger sich die Pflegesituation gestaltete (höhere Pflegestufe und dementielle Erkrankung des betreuten Angehörigen) (Bestmann u. a. 2014, S. 15 f. und 21)[44]. Als körperliche Beschwerden wurden am häufigsten Muskelverspannungen und Rückenschmerzen (52 %), Erschöpfung, Stress oder Ausgebranntsein (37 %) sowie Schlafprobleme (29 %) genannt. Keinerlei körperliche Beschwerden gaben nur 18 % der Befragten an. 80 % der pflegenden Angehörigen mit körperlichen Beschwerden waren aus diesem Grund selbst in ärztlicher Behandlung (ebd., S. 15 f.). Immerhin die Hälfte der Befragten (49 %) sah die Pflegetätigkeit jedoch auch als Bereicherung des eigenen Lebens, und fast alle pflegenden Angehörigen empfanden den Kontakt zu der pflegebedürftigen Person als gut (95 %). Sie hatten zudem das Gefühl, die Pflege im Griff zu haben (91 %) (ebd., S. 17).

Wetzstein u. a. (2015) haben mit den bevölkerungsrepräsentativen Daten der GEDA 2012 genauer untersucht, wie sich pflegende Angehörige mit hohem Betreuungsumfang (Pflege mindestens zwei Stunden pro Tag) von nicht-pflegenden Personen hinsichtlich sozialer Merkmale und ihrer Gesundheit unterscheiden. Demnach gehören pflegende Frauen signifikant häufiger niedrigeren Bildungsgruppen an und erhalten weniger soziale Unterstützung als nicht-pflegende Frauen (Wetzstein u. a. 2015, S. 4 f. und 8). Diese Milieuabhängigkeit der Pflegebereitschaft wurde bereits von Blinkert und Klie (2008) in einer Studie zu häuslichen Pflegearrangements hervorgehoben, wonach der zeitliche Aufwand von (meist weiblichen) Hauptpflegepersonen dann am höchsten ist, wenn ihr sozialer Status niedrig ist, sie aus einer ländlichen Region kommen, einen vormodernen Lebensentwurf verfolgen und über ein stabiles Unterstützungsnetzwerk verfügen.[45]

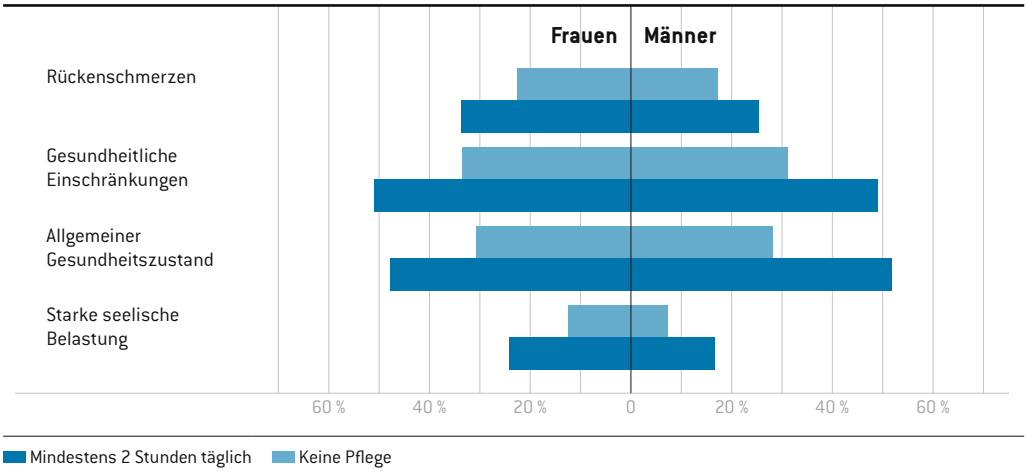
Auch die Auswertung der GEDA 2012 zeigt, im Einklang mit internationalen Repräsentativstudien, dass Pflegende mit hohem Betreuungsumfang häufiger über Rückenschmerzen, gesundheitliche Einschränkungen, einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand und eine starke seelische

43 An der repräsentativen Befragten nahmen Erwachsene ab 18 Jahren teil.

44 Nach den Ergebnissen einer Studie zu pflegenden Angehörigen von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (darunter fallen vor allem an Demenz Erkrankte) aus dem Jahr 2011 sind deren Pflegepersonen in der Regel älter und haben deutlich höhere tägliche Pflegezeiten als der Durchschnitt aller Pflegepersonen (Barmer GEK 2015, S. 203 f.). Diese Faktoren variieren also nicht unabhängig voneinander.

45 Auch weitere Überlegungen hinsichtlich der Übernahme der Pflege, der Aufnahme eines pflegebedürftigen Menschen in den eigenen Haushalt und der weiteren Pflegeorganisation, z. B. Hinzuziehung eines Pflegedienstes, sowie der Abwägung zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege unterscheiden sich in den verschiedenen sozialen Milieus (Heusinger und Klünder 2005). Diese milieuspezifischen Differenzen finden sich auch in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In ihren Herkunftsländern unter eher vormodernen Bedingungen sozialisierte Zuwanderinnen und Zuwanderer befürworten verstärkt die Pflege innerhalb der Familie (Blinkert und Klie 2004, S. 128).

Prävalenz ausgewählter Gesundheitsindikatoren; pflegende Angehörige im Vergleich zu nicht-pflegenden Personen



» Abb. 13: Prävalenz ausgewählter Gesundheitsindikatoren; pflegende Angehörige (mindestens zwei Stunden täglich) im Vergleich zu nicht-pflegenden Personen. Quelle: Wetzstein u. a. 2015, S. 6; Datenbasis: GEDA 2012.

Belastung berichten als Nicht-Pflegende (Wetzstein u. a. 2015, S. 6; vgl. Abbildung 13). Diese Zusammenhänge gelten mit Ausnahme der Rückenschmerzen (beide Geschlechter) und der allgemeinen gesundheitlichen Einschränkungen (Männer) auch dann noch, wenn der Einfluss von Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und sozialer Unterstützung statistisch kontrolliert wird (ebd., S. 7).

Schließlich zeigen pflegende Frauen mit hohem Betreuungsumfang ein signifikant risikoreicheres Gesundheitsverhalten als nicht-pflegende Frauen: Mit Ausnahme des sogar niedrigeren Alkoholkonsums treiben sie weniger Sport, rauchen häufiger und nehmen seltener Zahnvorsorge in Anspruch (ebd., S. 7 f.).

» 05.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Pflegende Angehörige, die sich noch im Erwerbsalter bis 64 Jahren befinden, darunter vor allem die mit der Pflege am häufigsten betrauten Frauen, werden mit der Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf konfrontiert. Dieses Problem nimmt immer weiter zu, da der Anteil der erwerbstätigen Hauptpflegepersonen – unabhängig von der Dauer der wöchentlichen Erwerbsarbeitszeit – gestiegen ist.

Nach den Daten von TNS-Infratest war 1998 nur etwas mehr als ein Drittel (36 %) der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter erwerbstätig, während 2010 mit 59 % bereits die Mehrheit von ihnen noch einer Erwerbsarbeit nachging (BMG 2011, S. 31; vgl. Abbildung 47). Diese Zunahme

ist auch eine Folge des im betrachteten Zeitraum gestiegenen Anteils der Männer an allen Hauptpflegepersonen. Männer sind häufiger erwerbstätig als weibliche Hauptpflegepersonen und üben ihre Arbeit zu 72 % überwiegend in Vollzeit (30 Stunden und mehr) aus (Frauen: 40 %) (ebd., S. 30).

Wie schwierig die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf tatsächlich ist, wird daran deutlich, dass nur ungefähr die Hälfte (51 %) aller Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortsetzen konnte, während ein Drittel (34 %) sie einschränken und fast ein Siebtel (15 %) sie sogar ganz aufgeben mussten. Die Bereitschaft zur Reduzierung bzw. Aufgabe der Berufstätigkeit war in den alten Ländern höher als in den neuen; in Ostdeutschland wurde die Berufstätigkeit mit 59 % häufiger fortgesetzt als in Westdeutschland mit 49 % (ebd., S. 32).[46]

Auch in den Daten des SOEP zeigt sich der Anstieg der Erwerbsquote der pflegenden Angehörigen im Alter von 16 bis 64 Jahren, und zwar von 52 % im Jahr 2001 auf 65 % im Jahr 2012 (Geyer und Schulz 2014, S. 299, vgl. Tabelle 81 im Anhang, S. 178).[47] Der gestiegene Anteil der Vollzeiterwerbstätigen von 31 % auf 38 % ging allerdings auf die sonstigen Pflegeleistenden zurück, die nicht mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt lebten (von 30 % auf 40 %). Der Anteil der vollzeiterwerbstätigen Pflegenden, die im selben Haushalt wie die gepflegte Person lebten, ist dagegen leicht gefallen, von 34 % auf 28 %. Hier war der stark gestiegene Anteil der Teilzeiterwerbstätigen (von 11 % auf 24 %) verantwortlich für die auch in dieser Gruppe insgesamt gestiegene Erwerbstätigenquote (ebd.).

Nowossadeck u. a. (2016, S. 15 f.) führen die gestiegenen Erwerbstätigenquoten unter den Pflegepersonen auch auf die zwischen 2001 bis 2012 erfolgte Einschränkung der Frühverrentungsmöglichkeiten zurück, die zur Halbierung des Anteils der informell Pflegenden im erwerbsfähigen Alter geführt habe.

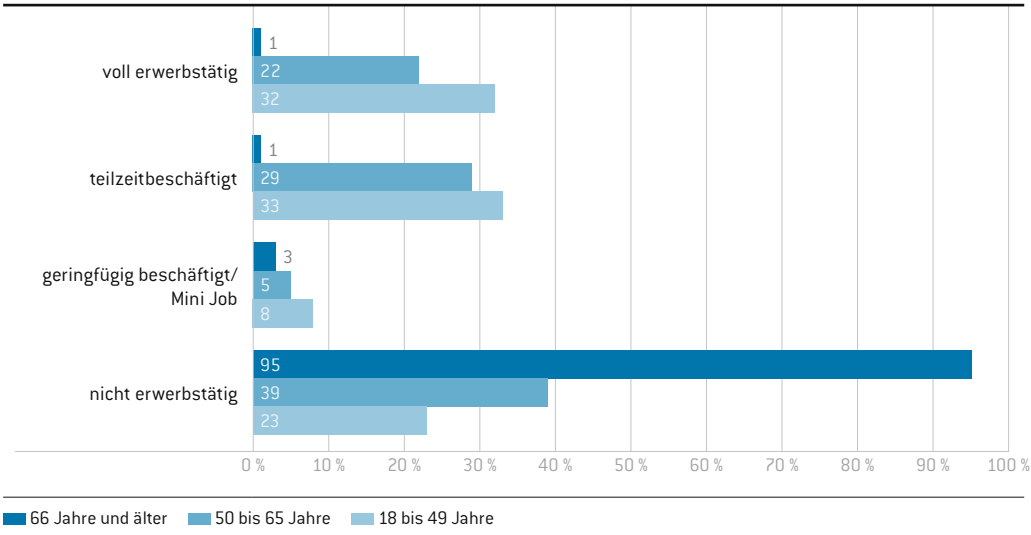
Nach den SOEP-Berechnungen im Barmer GEK-Pflegereport von 2015 sind Männer weniger bereit, Beruf und Pflege miteinander zu verbinden, als Frauen: So wendeten 90 % der vollerwerbstätigen, pflegenden Männer maximal ein bis zwei Stunden täglich für die Pflege auf, während es bei den Frauen nur 70 % waren. Längere Pflegezeiten von drei Stunden und mehr waren häufiger mit Teilzeiterwerbstätigkeit, geringfügiger Beschäftigung oder gar keiner Erwerbstätigkeit verbunden (Barmer GEK 2015, S. 20).

Über die Anteile der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen in verschiedenen Altersgruppen informiert schließlich die TK-Pflegestudie von 2014. In der Gruppe der »Jungen Alten« von 50 bis 65 Jahren war rund die Hälfte (51 %) der pflegenden Angehörigen in Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätig. Nur geringfügig beschäftigt (einschließlich Minijobs) waren 5 %, gar nicht erwerbstätig 39 % (Bestmann u. a. 2014, S. 14, vgl. Abbildung 14).

46 Auch die AOK-Pflegestudie von 2015 berichtet über Erwerbstätigenanteile und die Reduktion bzw. Aufgabe der Erwerbstätigkeit. Da jedoch in der entsprechenden Tabelle und im erläuternden Text ein offenkundiger Fehler vorliegt (die Zahlen zur Gesamtverteilung der Erwerbstätigkeit sind identisch mit den spezifischen Frauenanteilen), wird hier auf eine Diskussion dieser Ergebnisse verzichtet.

47 Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass im Gegensatz zu den Studien von TNS-Infratest, AOK und TK auch »Nebenpflegepersonen« mit einer geringeren Pflegeintensität berücksichtigt wurden.

Erwerbstätigkeit der pflegenden Angehörigen



» Abb. 14: Erwerbstätigkeit der pflegenden Angehörigen nach Alter, Nennungen unter 5 % nicht aufgeführt. Quelle: Bestmann u. a. 2014, S. 14; Datenbasis: WINEG 2014.

» 05.4 Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige

Die großen körperlichen und psychischen Belastungen, die besonders die zeitlich am stärksten engagierten Hauptpflegepersonen verspüren, führen zu einem problematischeren Gesundheitsverhalten und resultieren in erheblichen Gesundheitsrisiken bis hin zur erhöhten Gefahr für spätere eigene Pflegebedürftigkeit (vgl. Kapitel 5.2, S. 72). Umfang und Ausgestaltung von entlastenden und die Gesundheit der Pflegenden fördernden Angeboten sind jedoch bislang unzureichend, auch wenn in den vergangenen Jahren verstärkte Bemühungen um den Aufbau z. B. ehrenamtlicher Besuchs- und Begleitdienste und zusätzlicher Tagespflegeangebote zu verzeichnen sind. Wichtige Bausteine sind der Aufbau wohnortnaher, vernetzter und niedrigschwelliger Angebote, die Pflegende und Gepflegte unterstützen sowie Angebote zur Gesundheitsförderung im jüngeren Alter, die zur Verzögerung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beitragen.

Vor allem die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit gestaltet sich wie gesehen oft schwierig. Viele Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung reduzieren den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit oder geben sie ganz auf. Zwei Faktoren haben sich als entscheidend für die Kombination erwiesen: Das Angebot und die Nutzung professioneller Dienstleistungen und Flexibilität in der Ausgestaltung der Erwerbsarbeit. Als besonders problematisch erweist sich die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Pflegende aus einkommensschwächeren

Familien. Sie können sich die Nutzung zusätzlicher professioneller Dienste nicht leisten – die Pflegeversicherung übernimmt als Teilkaskoversicherung ohnehin immer nur einen Teil der Kosten. Und sie arbeiten häufig in unteren Hierarchieebenen, in denen es weniger Angebote für flexible Arbeitszeitregelungen gibt und diese auch schwerer mit Vorgesetzten auszuhandeln sind (Keck 2011). Zugleich wiegen pflegebedingte Einbußen beim Einkommen und damit bei der eigenen Altersvorsorge für diese Pflegenden ungleich schwerer.

Um diese Benachteiligungen teilweise zu kompensieren, wurden im Rahmen der Pflegeversicherung verschiedene staatliche Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige eingeführt (BMFSFJ 2015; Nowossadeck u. a. 2016, S. 15). Wer eine pflegebedürftige Person mindestens 14 Stunden in der Woche nicht erwerbstätig pflegt (Pflegeperson nach § 19 SGB XI) und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist oder nicht bereits eine Vollrente wegen Alters bezieht, wird von der Pflegeversicherung mit Beiträgen zur Rentenversicherung unterstützt. Die Pflegekassen sind zur individuellen Pflegeberatung gesetzlich verpflichtet und finanzieren Pflegekurse für pflegende Angehörige.

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014 wurden bestehende Regelungen im Pflegezeitgesetz und im Familienpflegezeitgesetz weiterentwickelt. Wenn eine nahestehende Person in eine akute Pflegesituation gerät, können sich pflegende Angehörige bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit freistellen lassen und besitzen für diese Zeit einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung (§ 44a SGB XI). Wenn die informelle Pflegetätigkeit länger andauern soll, dann ist eine völlige oder teilweise Freistellung für die häusliche Pflege bis zu sechs Monate (Pflegezeit, § 3 PflegeZG) oder eine teilweise Freistellung für die häusliche Pflege bis zu 24 Monate (Familienpflegezeit, §§ 2 und 3 FPfZG) je nach Betriebsgröße möglich. Pflegezeit und Familienpflegezeit sind unbezahlt, für ihre Finanzierung werden jedoch zinslose Darlehen gewährt. Für alle drei Formen der Freistellung besteht Kündigungsschutz.

Schließlich wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 1. Januar 2017 eingeführt, der die Bedürfnisse von kognitiv eingeschränkten Personen bei der Leistungsbemessung besser berücksichtigen sollte, wodurch auch entlastende Wirkungen für die pflegenden Angehörigen erwartet wurden (vgl. Wetzstein u. a. 2015, S. 9). Ob und in welchem Umfang diese verbesserten Angebote auch tatsächlich in Anspruch genommen werden, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt kaum sagen. Die TNS-Infratest-Befragung von 2010 hat ergeben, dass dazu berechtigte pflegende Angehörige die kurz- oder längerfristige Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz von 2008), die individuelle Pflegeberatung (seit 2009) sowie die Pflegekurse nur sehr selten in Anspruch nehmen und dies mehrheitlich – neben der fehlenden Notwendigkeit – mit fehlender Kenntnis begründen (BMG 2011, S. 31 und 33).

» 05.5 Fazit

In Deutschland dominiert ein familialistisches Leitbild mit Vorrang für die häusliche Angehörigenpflege, die immer noch mehrheitlich von Frauen übernommen wird. Die Tragfähigkeit dieses Modells wird angesichts der stetig zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen und des demografisch bedingten abnehmenden Pflegepotentials der jüngeren Generationen immer unsicherer.

Die Bereitschaft zur intensiven häuslichen Pflege ist bei solchen Personen am größten, die einen

niedrigen Bildungsstand haben und einen schlecht bezahlten Beruf mit einem niedrigen sozialen Prestige ausüben. Je nachdem, wie weit oder eng der Begriff der informellen Pflege gefasst wird, sind zwei Drittel bis drei Viertel aller pflegenden Angehörigen Frauen. Es sind vor allem die »Jungen Alten« zwischen 50 und 70 Jahren, die zu einem hohen Anteil die Pflege von Angehörigen, vor allem der eigenen (Schwieger-)Eltern, tragen.

Die Wahrscheinlichkeit, Angehörige zu pflegen, ist im späten Erwerbstätigenalter und in der ersten Ruhestandsphase am höchsten. Sie beginnt bei Männern im Schnitt ca. 5 Jahre später als bei Frauen. Je umfangreicher und schwieriger die Pflege ist (vor allem die von dementen bzw. kognitiv eingeschränkten Personen), je älter die Pflegeperson ist und je weniger sie durch andere Personen unterstützt wird, desto höher sind die gesundheitlichen Belastungen und desto eher erfolgt eine Reduktion oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit.

Mit dem Pflegeunterstützungsgeld, der Pflegezeit und der Familienzeit wurden Möglichkeiten geschaffen, sich zugunsten der Pflege von Angehörigen kurz- und längerfristig von der Arbeit freistellen zu lassen. Diese Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Pflege werden bislang allerdings selten genutzt und sind vielen pflegenden Angehörigen gar nicht bekannt.

06

Arbeit: Ältere mit und ohne Erwerbsarbeit

Erwerbsarbeit kann als sinnstiftend und produktiv und damit als wichtiger Aspekt nicht nur von ökonomischer Absicherung, sondern auch von Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen erlebt werden. Arbeitsverhältnisse können Quelle von Anerkennung und Selbstwertgefühl, von sozialer Einbindung, Tagesstruktur, Lebenszufriedenheit und Gesundheit sein. Sie können jedoch auch als physisch und psychisch belastend, unsicher und verunsichernd und krankmachend erfahren werden. »Ohne Arbeit« zu sein kann mit der Erfahrung eines genussvollen »Ruhestands« einhergehen und außerberufliches Engagement oder die Hinwendung zu familiären oder außerfamiliären Fürsorgetätigkeiten ermöglichen. Es kann aber auch ökonomische Unsicherheit und Armut sowie einen als schmerzhaft erlebten Ausschluss von Arbeitsmarkt und Gesellschaft bedeuten. Arbeitslosigkeit kann deshalb mit gravierenden emotionalen wie gesundheitlichen Belastungen einhergehen.

Wenngleich die Erwerbsbeteiligung der »Jungen Alten« in den vergangenen zwanzig Jahren stark gestiegen ist (Franke und Wetzel 2017, S. 47), befindet sich diese Altersgruppe dennoch in einer Lebensphase, in der für die meisten das Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit – früher oder später – zum Thema wird.

Die Erwerbsbeteiligung der »Jungen Alten« stellt sich nach Geschlecht, Bildungsstatus, Region oder auch bei einem Migrationshintergrund unterschiedlich dar. Während 55-jährige Hochqualifizierte möglicherweise den Zenit ihres beruflichen Wirkens erleben, besteht beispielsweise für Hilfsarbeiter und -arbeiterinnen eine nicht geringe Wahrscheinlich-

keit, bereits aus dem Erwerbsleben ausscheiden zu müssen. Übergreifend lässt sich konstatieren, dass die wenigsten Älteren direkt aus einer sozialversicherungspflichtigen Vollzeiterwerbstätigkeit in den Altersrentenbezug eintreten.

Der Übergang in den Ruhestand verläuft für einen relevanten Teil der Älteren schrittweise, als ein langjähriger Prozess, der von flexiblen Übergangsformen geprägt ist. Für bestimmte Gruppen Älterer können sich diese Übergange sehr prekär darstellen, beispielsweise, wenn sie vor dem Erwerb der Altersrente langzeitarbeitslos sind oder mit einer kleinen Erwerbsminderungsrente zurechtkommen müssen.

Wann und auf welche Weise der Eintritt in den Ruhestand erfolgt, ist indes nicht nur abhängig von individuellen Entscheidungen, sondern von den sozialpolitischen Rahmenbedingungen (Backes u. a. 2016; Bäcker u. a. 2017, S. 69; Zähle und Möhring 2010). So ist die Inanspruchnahme von Regelungen zur Altersteilzeit mit dem Auslaufen ihrer staatlichen Förderung in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen (Engstler und Romeu Gordo 2017, S. 65–66).

Der seit 2003 zu verzeichnende Anstieg der Erwerbstätigenquote[48] der »Jungen Alten« um über 50 % (vgl. Institut Arbeit und Qualifikation 2017b, S. 1 bzw. vgl. Abbildung 15) ist auch vor dem Hintergrund der rentenpolitischen Veränderungen der letzten Jahre zu interpretieren. Zu nennen sind beispielsweise die Anhebung der Regelaltersgrenze[49] und die Einschränkung von Möglichkeiten eines vorzeitigen abschlagsfreien Rentenbezugs (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 69). Zudem sind die nach wie vor überdurchschnittliche Erwerbslosenquote[50] bei den über 60-jährigen Männern und Frauen sowie die große Bedeutung geringfügiger Beschäftigung in dieser Altersgruppe zu beachten (vgl. ebd.).

Die Tabellen 22 bis 25 geben einen ersten Einblick in die Erwerbsbeteiligung der »Jungen Alten«: Sie zeigen die Bezugsquellen des überwiegenden Lebensunterhalts, den Erwerbsstatus sowie die Beteiligung am Erwerbsleben nach Wirtschaftsbereich und nach der Stellung im Beruf. Deutlich werden darin sowohl geschlechtsbezogene Ungleichheiten in der Erwerbsbeteiligung als auch die ausgeprägte Benachteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Die auf die Tabellen folgenden Unterkapitel zeichnen ein detailliertes Bild der Erwerbstätigkeit der »Jungen Alten«. Berichtet werden Erwerbstätigenquoten, die Verbreitung von Voll- und Teilzeitarbeit, von sozialversicherungspflichtigen und geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen sowie von Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit unter den 55- bis unter 65-Jährigen. Hieran schließt sich ein Überblick über die Inanspruchnahme von Alters- und Erwerbsminderungsrenten durch die »Jungen Alten« und über die zu erwartende, sozial ungleich strukturierte Entwicklung der Altersarmut an.

48 Die Erwerbstätigenquote gibt den Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung an.

49 In Folge des »Altersgrenzenanpassungsgesetzes« von 2007 wird seit 2012 die Regelaltersgrenze bis zum Jahr 2029 stufenweise auf 67 Jahre angehoben (vgl. Tabelle 84 im Anhang, S. 181). Die Regelaltersgrenze für die heutigen »Jungen Alten« liegt zwischen 65 Jahren und fünf Monaten (für die 1951 Geborenen) und 66 Jahren und vier Monaten (für die 1960 Geborenen). Die Grenze für den früheren Rentenbezug »besonders langjährig Versicherter« liegt für die 1951 und 1952 Geborenen bei 63 Jahren; die 1960 Geborenen können bei Erfüllung der Wartezeit frühestens im Alter von 64 Jahren und vier Monaten abschlagsfrei in Rente.

50 Die Erwerbslosenquote gibt den prozentualen Anteil der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen an. Angaben zur Erwerbslosenquote beruhen auf den Daten der Europäischen Arbeitskräfteerhebung, die in den jährlichen Mikrozensus integriert ist und sich auf das sogenannte Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation stützt (siehe unten und vgl. die Fußnoten 51, 52 und 57 auf S. 86, 88 und 92 sowie das Glossar auf S. 190). Für eine Definition der von der Erwerbslosenquote zu unterscheidenden Arbeitslosenquote siehe Fußnote 58 auf S. 93.

Überwiegender Lebensunterhalt

Bevölkerung 55 bis unter 65 Jahre/ Geschlecht/Migrationsstatus		Darunter															
		Berufstätigkeit		Alg I		Alg II		Rente/ Pension		Vermietung/ Verzinsung		Unterstützung durch Angehörige		Sonstige staatliche Unterstützung			
																Darunter Sozialhilfe/ Grundsicherung	
	In Tausend	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%
Gesamt	11.140	6.622	59,4	181	1,6	534	4,8	2.241	20,1	166	1,5	1.163	10,4	232	2,1	141	60,8
Ohne Migrationshintergrund	9.399	5.685	60,5	142	1,5	362	3,9	1.960	20,9	150	1,6	931	9,9	169	1,8	94	55,6
Mit Migrationshintergrund	1.741	937	53,8	39	2,2	172	9,9	281	16,1	16	0,9	232	13,3	63	3,6	47	74,6
Männer	5.457	3.635	66,6	109	2,0	303	5,6	1.104	20,2	84	1,5	101	1,9	121	2,2	70	57,9
Ohne Migrationshintergrund	4.611	3.097	67,2	84	1,8	210	4,6	981	21,3	75	1,6	74	1,6	90	2,0	48	53,3
Mit Migrationshintergrund	846	538	63,6	25	3,0	93	11,0	123	14,5	9	1,1	27	3,2	31	3,7	22	71,0
Frauen	5.683	2.988	52,6	72	1,3	231	4,1	1.136	20,0	82	1,4	1.062	18,7	111	2,0	71	64,0
Ohne Migrationshintergrund	4.788	2.588	54,1	59	1,2	152	3,2	979	20,4	75	1,6	857	17,9	79	1,6	46	58,2
Mit Migrationshintergrund	894	400	44,7	14	1,6	79	8,8	158	17,7	7	0,8	205	22,9	32	3,6	25	78,1

» Tab. 22: Überwiegender Lebensunterhalt der 55- bis unter 65-Jährigen nach Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2015 (in Tausend und Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a; Sonderauswertung zu Tabelle 15; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

Erwerbsstatus

Bevölkerung 55 bis unter 65 Jahre/ Geschlecht/Migrationsstatus		Darunter									
		Erwerbspersonen								Nichterwerbspersonen	
				Darunter Erwerbstätige*			Darunter Erwerbslose				
	In Tausend	In Tausend	%**	In Tausend	%	%**	In Tausend	%	%**	In Tausend	%**
Gesamt	11.140	7.705	69,2	7.344	95,3	65,9	361	4,7	3,2	3.435	30,8
Ohne Migrationshintergrund	9.399	6.563	69,8	6.293	95,9	67,0	270	4,1	2,9	2.836	30,2
Mit Migrationshintergrund	1.741	1.142	65,6	1.051	92,0	60,4	91	8,0	5,2	599	34,4
Männer	5.457	4.086	74,9	3.874	94,8	71,0	212	5,2	3,9	1.371	25,1
Ohne Migrationshintergrund	4.611	3.454	74,9	3.301	95,6	71,6	154	4,5	3,3	1.157	25,1
Mit Migrationshintergrund	846	632	74,7	573	90,7	67,7	59	9,3	7,0	215	25,4
Frauen	5.683	3.619	63,7	3.470	95,9	61,1	149	4,1	2,6	2.064	36,3
Ohne Migrationshintergrund	4.788	3.109	64,9	2.993	96,3	62,5	116	3,7	2,4	1.679	35,1
Mit Migrationshintergrund	894	510	57,0	478	93,7	53,5	32	6,3	3,6	384	43,0

% = Prozent an Erwerbspersonen %** = Prozent an Bevölkerung

* Als Erwerbstätige werden nach dem ILO-Konzept Personen »im Alter von 15 Jahren und mehr (verstanden), die im Berichtszeitraum wenigstens eine Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehöriger), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen Freien Beruf ausüben. […] Nach diesem Konzept gelten auch Personen mit einer »geringfügigen Beschäftigung« als erwerbstätig.« (Quelle: Statistisches Bundesamt 2016f, S. 8; Hervorhebung entfernt; zur Definition geringfügiger Beschäftigung vgl. Fußnote 55, S. 90).

» Tab. 23: Erwerbstatus der 55- bis unter 65-Jährigen nach Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2015 (in Tausend und Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a; Sonderauswertung zu Tabelle 16; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

Erwerbsbeteiligung nach Wirtschaftsbereich

Erwerbstätige 55 bis unter 65 Jahre/ Geschlecht/Migrationsstatus		Darunter									
		Land- und Forstwirtschaft		Produzierendes Gewerbe, Baugewerbe		Handel, Gastgewerbe, Verkehr		Öffentliche Verwaltung		Sonstige Dienstleistungen	
	In Tausend	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%
Gesamt	7.344	137	1,9	1.962	26,7	1.681	22,9	645	8,8	2.919	39,7
Ohne Migrationshintergrund	6.293	130	2,1	1.608	25,6	1.418	22,5	611	9,7	2.526	40,1
Mit Migrationshintergrund	1.051	7	0,7	354	33,7	263	25,0	34	3,2	393	37,4
Männer	3.874	94	2,4	1.486	38,4	921	23,8	334	8,6	1.040	26,8
Ohne Migrationshintergrund	3.301	89	2,7	1.213	36,7	763	23,1	319	9,7	916	27,7
Mit Migrationshintergrund	573	/	—	272	47,5	158	27,6	15	2,6	124	21,6
Frauen	3.470	43	1,2	476	13,7	760	21,9	311	9,0	1.879	54,1
Ohne Migrationshintergrund	2.993	41	1,4	395	13,2	655	21,9	291	9,7	1.610	53,8
Mit Migrationshintergrund	478	/	—	82	17,2	105	22,0	20	4,2	269	56,3

% = Prozent der Erwerbstätigen / = Keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug — = nichts vorhanden

» Tab. 24: Erwerbsbeteiligung der 55- bis unter 65-Jährigen nach Wirtschaftsbereich, Geschlecht und Migrationsstatus (in Tausend und Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a; Sonderauswertung zu Tabelle 16; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

Erwerbsbeteiligung nach Stellung im Beruf

Erwerbstätige 55 bis unter 65 Jahre/ Geschlecht/Migrationsstatus		Darunter											
		Selbständige		Mithelfende Familienangehörige		Beamte/-innen		Angestellte		Auszubildende		Sonstige Dienstleistungen	
	In Tausend	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%	In Tausend	%
Gesamt	7.344	996	13,6	36	0,5	467	6,4	4.080	55,6	1.762	24,0	/	—
Ohne Migrationshintergrund	6.293	877	13,9	34	0,5	458	7,3	3.616	57,5	1.308	20,8	/	—
Mit Migrationshintergrund	1.051	119	11,3	/	—	9	0,9	464	44,1	455	43,3	/	—
Männer	3.874	686	17,7	8	0,2	277	7,2	1.708	44,1	1.194	30,8	/	—
Ohne Migrationshintergrund	3.301	606	18,4	6	0,2	272	8,2	1.511	45,8	905	27,4	/	—
Mit Migrationshintergrund	573	80	14,0	/	—	6	1,0	197	34,4	289	50,4	/	—
Frauen	3.470	310	8,9	29	0,8	190	5,5	2.372	68,4	568	16,4	/	—
Ohne Migrationshintergrund	2.993	271	9,1	27	0,9	186	6,2	2.105	70,3	402	13,4	/	—
Mit Migrationshintergrund	478	39	8,2	/	—	/	—	267	55,9	166	34,7	/	—

% = Prozent der Erwerbstätigen / = Keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug — = nichts vorhanden

» Tab. 25: Erwerbsbeteiligung der 55- bis unter 65-Jährigen nach Stellung im Beruf, Geschlecht und Migrationsstatus (in Tausend und Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a; Sonderauswertung zu Tabelle 16; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

» 06.1 Erwerbstätigenquote

Ein Anstieg der Erwerbstätigenquote der »Jungen Alten« ist seit 2001 erklärtes EU-Ziel. Damals kam der Europäische Rat überein, eine »Steigerung der durchschnittlichen EU-Beschäftigungsquote für Männer und Frauen (zwischen 55 und 64) bis 2010 auf 50 %« anzustreben (Europäischer Rat 2001). In Deutschland wurden vor diesem Hintergrund in etlichen Rentenreformen die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug erhöht (vgl. Fußnote 49, S. 81). Der Ersatz der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente durch die zweistufige Erwerbsminderungsrente erschwert darüber hinaus den Rückzug aus dem Erwerbsleben aus gesundheitlichen Gründen. Die Möglichkeiten für Schwerbehinderte, auf eigenen Wunsch vorzeitig in Rente zu gehen, haben sich verschlechtert. Auch die Hartz-Reformen, die zwischen 2002 und 2005 implementiert wurden, drängen bei Arbeitslosigkeit zur Wiederaufnahme einer Beschäftigung (vgl. zum Überblick über die Reformen Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 119 f.).

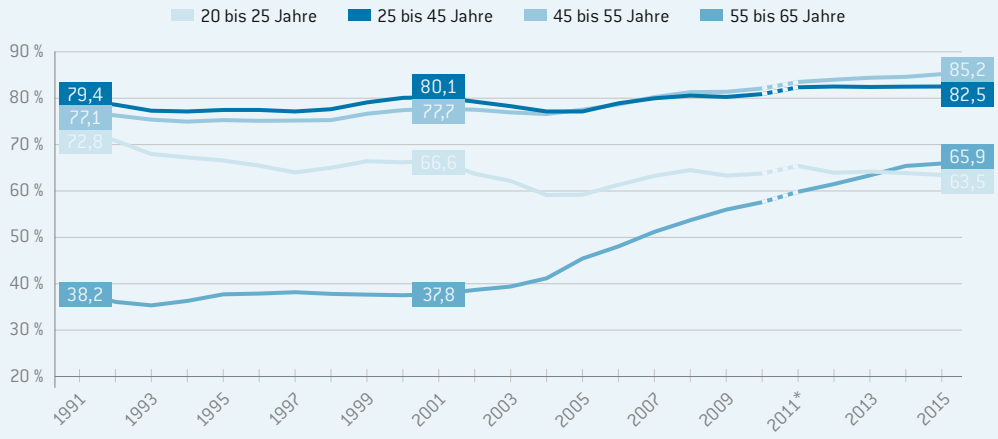
Unter anderem als Folge dieser renten- und sozialpolitischen Maßnahmen ist die Erwerbstätigenquote in der Gruppe der »Jungen Alten« in den letzten Jahren deutlich gestiegen, und dies weitaus stärker als in anderen Altersgruppen (Bäcker u. a. 2017, S. 26–27; vgl. auch Abbildung 15). Lag die Quote laut Zahlen des Mikrozensus in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen im Jahr 2005 noch bei ca. 45 % stieg sie bis 2015 auf etwa zwei Drittel an (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 359).

Den Erhebungen des Mikrozensus zur Erwerbstätigkeit liegt das Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsagentur (International Labour Organization, ILO) zugrunde. Das ILO-Konzept rechnet Personen den Erwerbstätigen zu, wenn sie mindestens 15 Jahre alt sind und in einem einwöchigen Berichtszeitraum »wenigstens eine Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben« (Statistisches Bundesamt 2016f, S. 8). Da im Labor-Force-Konzept der ILO auch marginale und unregelmäßige Tätigkeiten als Erwerbstätigkeit erfasst werden, lassen die berichteten Quoten nur begrenzt Rückschlüsse auf den tatsächlichen Charakter der Beschäftigungsverhältnisse zu.[51]

In absoluten Zahlen waren im Jahr 2015 etwa 7,3 Millionen Männer und Frauen im Alter von 55- bis unter 65 Jahren erwerbstätig; rund 997.000 von ihnen als Selbständige und etwa 6,3 Millionen als abhängig Beschäftigte (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 359, Ergebnisse des Mikrozensus 2015). Dabei bestehen deutliche Unterschiede innerhalb der Altersgruppe und zwischen den Geschlechtern, die sich in den vergangenen Jahren jedoch verringert haben (vgl. Abbildung 16). In der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen stieg die Erwerbstätigenquote von 63,3 % im Jahr 2005 auf 77,2 % im Jahr 2015 an (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 359, Ergebnisse des Mikrozensus 2015). Obgleich die Erwerbstätigenquote der Frauen in der Altersgruppe stärker anstieg als die der Männer,

51 Die Daten des Mikrozensus unterscheiden sich von der Erwerbstätigenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (vgl. Kapitel 6.2, S. 89). Unterschiede resultieren daraus, dass »nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitssuchende erwerbslos sein« können und andererseits »Arbeitslose, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose, sondern als Erwerbstätige« gezählt werden (Statistisches Bundesamt 2016f, S. 8).

Erwerbstätigenquoten nach Altersgruppen



* Ab 2011 erfolgt die Hochrechnung anhand der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011; die Ergebnisse sind nur eingeschränkt mit den Vorjahren vergleichbar.

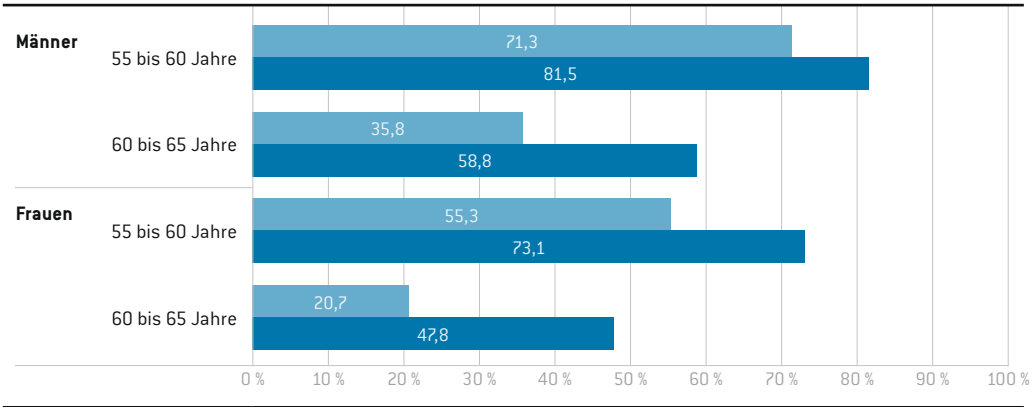
» Abb. 15: Erwerbstätigenquoten nach Altersgruppen 1991 bis 2015 (Erwerbstätige in Prozent der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017b, Abbildung abbIV15 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus.

lag sie 2015 mit 73,1 % noch deutlich unter der Erwerbstätigenquote der Männer von 81,5 % (ebd.). In der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen erhöhte sich die Erwerbstätigenquote von 28,1 % im Jahr 2005 auf 53,1 % im Jahr 2015. Bei den Männern stieg der Anteil der Erwerbstätigen in diesem Zeitraum um knapp zwei Drittel von 35,8 % auf 58,8 %, während er sich bei den Frauen mehr als verdoppelte und von 20,7 % auf 47,8 % wuchs (ebd.).

Neben den rentenpolitischen Reformen sind – wenngleich zu einem geringeren Teil – auch demografische Veränderungen für den Anstieg der Erwerbstätigenquoten verantwortlich, da nach und nach »zahlenmäßig immer stärkere Jahrgänge« in die Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen nachrücken, »die die Alterserwerbsquote überproportional prägen« (Brussig 2015, S. 2 nach Bäcker u. a. 2017, S. 27). Bei den Frauen rücken zudem zunehmend Kohorten in die hier betrachteten Altersgruppen auf, die bereits in jüngeren Jahren eine höhere Erwerbsbeteiligung aufwiesen (Institut Arbeit und Qualifikation 2017c, S. 2).

Bäcker u. a. (2017) weisen darauf hin, dass sich die Erwerbstätigenquoten bei den über 60-Jährigen mit jedem Altersjahr vermindern. Nach den Daten des Mikrozensus waren 2015 nur noch 36 % der Männer und 26 % der Frauen im Alter von 64 Jahren erwerbstätig (Statistisches Bundesamt 2016f, Tabelle 1 Bevölkerung, S. 14 und 16; eigene Berechnungen). Vor diesem Hintergrund und nach dem Anheben der Regelaltersgrenze wird befürchtet, »dass ein wachsender Teil älterer Arbeitskräfte aus gesundheitlichen und Arbeitsmarktgründen nicht bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze arbeiten kann und daher die Zeit bis zum Rentenbeginn überbrücken muss oder vorzeitig mit Abschlägen

Erwerbstätigenquoten nach Geschlecht und Altersgruppe



Ab 2011 erfolgt die Hochrechnung anhand der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011; die Ergebnisse sind nur eingeschränkt mit den Vorjahren vergleichbar.

» Abb. 16: Erwerbstätigenquoten nach Geschlecht und Altersgruppe 2005 und 2015 (Erwerbstätige in Prozent der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: © Statistisches Bundesamt 2016b, S. 359; Datenbasis: Mikrozensus 2015; eigene Darstellung.

in den Rentenbezug geht« (Engstler und Romeu Gordo 2017, S. 65–66).

Soziale Ungleichheit der Erwerbsbeteiligung

Die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen ist nicht nur geschlechtsbezogen – und zwar zum Nachteil der Frauen – strukturiert. Auch der Migrationsstatus (vgl. Tabelle 23, S. 83) bzw. die Staatsangehörigkeit, der Grad der beruflichen Qualifikation sowie die Lage des Wohnsitzes in Ost- oder Westdeutschland sind von Bedeutung für die Erwerbsbeteiligungschancen der »Jungen Alten«.

Ausdrücklich verweisen Bäcker u. a. (2017, S. 40–44) darauf, dass niedrigqualifizierte Ältere weitaus seltener erwerbstätig sind als höher qualifizierte Altersgenossen: Je höher die formale berufliche Qualifikation, desto größer auch die Erwerbsbeteiligung; je niedriger der Qualifikationsgrad, desto geringer fällt die Erwerbsbeteiligung im Alter aus. Zwar ist seit dem Jahr 2000 auch die Erwerbsbeteiligung von Personen ohne formale berufliche Qualifikation deutlich angestiegen; der Abstand zu Personen mit akademischen Abschlüssen sowie mit anerkannten Berufsabschlüssen hat sich dennoch vergrößert (ebd., S. 42). So waren im Jahr 2015 in der höheren Altersgruppe (60 bis 64 Jahre) nach Eurostat-Daten[52] 43,6 % der Männer und 34,2 % der Frauen ohne einen beruflichen Abschluss erwerbstätig. Eine starke Arbeitsbelas-

52 Die seit den 1960er Jahren durchgeführte Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union ist in Deutschland in den Mikrozensus integriert und geht in wenigen Punkten über ihn hinaus (vgl. Körner u. a. 2016, S. 11; Europäische Union 2016, S. 14; siehe auch das Glossar, S. 190).

tung (und wenige »kompensierende« Ressourcen) und daraus resultierende gesundheitliche Probleme sowie ein erhöhtes Risiko zur Erwerbslosigkeit können hier eine Rolle spielen.

Die Erwerbstätigenquoten der 60- bis 64-jährigen Männer und Frauen mit akademischem Abschluss lagen mit 71,1 % (Männer) und 62,9 % (Frauen) fast 30 Prozentpunkte über derjenigen der Personen ohne Berufsabschluss (ebd., S. 42–44). Die Erwerbstätigenquote der 55- bis unter 65-Jährigen mit Migrationshintergrund lag dem Mikrozensus zufolge im Jahr 2015 bei 60,4 % (gegenüber 67,0 % bei den 55- bis unter 65-Jährigen ohne Migrationshintergrund) (Mikrozensus 2015; Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes zu Statistisches Bundesamt 2017a, Tabelle 16, S. 51; eigene Berechnungen).

» 06.2 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Während nach dem ILO-Konzept bereits als erwerbstätig gilt, wer mindestens eine Stunde pro Woche gegen Entgelt tätig ist (vgl. Kapitel 6.1, S. 86), zeichnen die Daten der Beschäftigungsstatistik[53] der Bundesagentur für Arbeit zur sozialversicherungspflichtigen bzw. geringfügigen Beschäftigung ein detaillierteres Bild der Situation älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen. Die Zahl sozialversicherungspflichtig beschäftigter 55- bis unter 65-Jähriger ist von Dezember 2011 bis 2015 um etwa 1,1 Millionen gestiegen (Bundesagentur für Arbeit 2016a, S. 3).

Laut der Beschäftigungsstatistik[54] der Bundesagentur für Arbeit lag die Beschäftigungsquote der 55- bis unter 65-Jährigen, d. h. der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an den 55- bis unter 65-Jährigen insgesamt, im Dezember 2015 mit knapp 5,4 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Personen bei insgesamt 48,4 % (Bundesagentur für Arbeit 2016a, S. 3 und 7). Die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten 55- bis unter 65-Jährigen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit wird in der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit für Dezember 2015 mit 267.622 Personen angegeben (ebd., S. 11). Dies entspricht einer Beschäftigungsquote von etwa 33,1 % der ca. 809.000 Ausländerinnen und Ausländer, die laut Hochrechnung des Mikrozensus 2015 in Deutschland lebten (Statistisches Bundesamt 2017a, eigene Berechnungen), und liegt damit 15,3 Prozentpunkte unter der Beschäftigungsquote der 55- bis unter 65-Jährigen insgesamt.

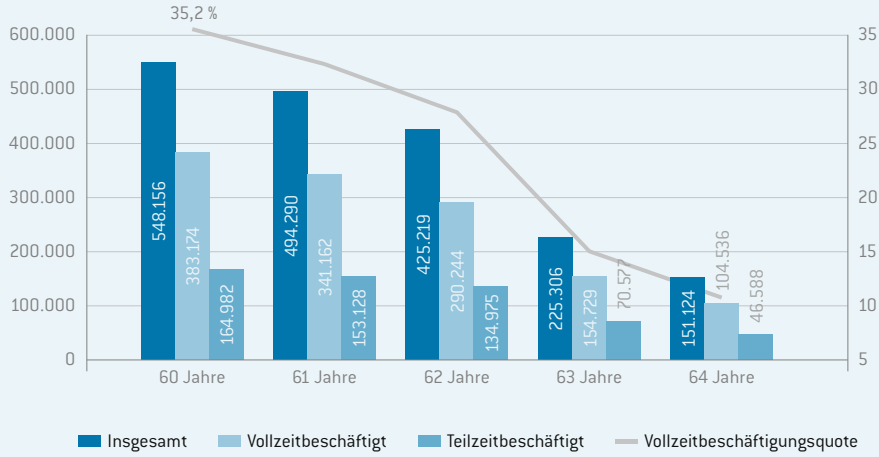
Im Regionalvergleich lag der Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten 55- bis unter 65-Jährigen mit Wohnort in Ostdeutschland im Dezember 2015 mit 49,5 % etwas über dem Anteil von 48,2 % derjenigen mit Wohnort in Westdeutschland (Bundesagentur für Arbeit 2016a, S. 9).

Deutlich werden große altersjahrbezogene Unterschiede innerhalb der Altersgruppe: Bei den

53 Zu den Unterschieden zwischen der Erwerbstätigenstatistik des Mikrozensus und der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (vgl. Fußnote 51, S. 86 und das Glossar, S. 190).

54 Grundlage der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit ist »das Meldeverfahren zur Sozialversicherung, in das alle sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten einbezogen sind. […] Berichtsstichtag ist jeweils der letzte Tag des Monats.« (Bundesagentur für Arbeit 2016b, S. 5) Die Beschäftigungsquote wird auf Basis der auf dem Zensus 2011 beruhenden Bevölkerungsfortschreibung errechnet (Bundesagentur für Arbeit 2016a, S. 8).

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Voll- und Teilzeit



» Abb. 17: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Voll- und Teilzeit (nach Altersjahren und in Prozent der Bevölkerung, Stand 2015). Quelle: Bäcker u. a. 2017, S. 36; Datenbasis: Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigungsstatistik; Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsfortschreibung.

55- bis unter 60-Jährigen gingen im Dezember 2015 bundesweit ca. 3,5 Millionen Personen, d. h. 59,2 %, einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach. In der Gruppe der 60- bis unter 65-Jährigen trifft dies nur für ein gutes Drittel, nämlich 36,2 % bzw. ca. 1,9 Millionen Personen zu (ebd., S. 3 und 7).

Besonders stark bricht der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei den 63- und 64-Jährigen ein (vgl. Abbildung 17). Nach den von Bäcker u. a. (2017, S. 36) aufbereiteten Daten der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit sowie der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2015 nur 225.306 Arbeitnehmer und bzw. 151.124 Arbeitnehmerinnen 63 bzw. 64 Jahre alt, davon war ein knappes Drittel (31 %) teilzeitbeschäftigt (Bäcker u. a. 2017, S. 36, vgl. Kapitel 6.4, S. 91).

» 06.3 Geringfügige Beschäftigung

Der Anteil der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse[55] an allen abhängigen Beschäftigungsverhältnissen ist insbesondere in den hohen Altersjahren

55 »Zu den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen zählen Arbeitsverhältnisse mit einem niedrigen Lohn (geringfügig entlohnte Beschäftigung) oder mit einer kurzen Dauer (kurzfristige Beschäftigung). Beide werden auch als ›Minijob‹ bezeichnet. Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung (§ 14 SGB IV) regelmäßig im Monat die Geringfügigkeitsgrenze nicht überschreitet. Die Geringfügigkeitsgrenze beträgt bis einschließlich zum 31.12.2012 400

Anteil geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse in %

	Männer		Frauen	
Alter	Westdeutschland	Ostdeutschland	Westdeutschland	Ostdeutschland
63 Jahre	33,9	33,6	42,9	37,1
64 Jahre	45,9	48,6	55,0	54,5
65 Jahre	62,9	63,7	72,5	73,1

» Tab. 26: Anteil geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse an allen abhängigen Beschäftigungsverhältnissen (ohne Beamte) der jeweiligen Gruppe 2015 nach Geschlecht und Region in Prozent. Quelle: nach Bäcker u. a. 2017, S. 51–52 auf Basis von Daten der Bundesagentur für Arbeit zur Sonderauswertung der Beschäftigtenstatistik sowie eigenen Berechnungen von Bäcker u. a. 2017, S. 51–52.

(63- bis 65 Jahre) beträchtlich (Bäcker u. a. 2017, S. 51–52). Im Dezember 2015 gingen in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre insgesamt knapp 1,3 Millionen Personen einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach (Bundesagentur für Arbeit 2016a, S. 13). Fast drei Viertel von ihnen – rund 0,9 Millionen bzw. 72,0 % – waren ausschließlich geringfügig entlohnt beschäftigt (ebd.). Damit waren knapp 15 % aller 6,3 Millionen abhängig Beschäftigten der Altersgruppe »55 bis unter 65 Jahre« und 8,4 % der Altersgruppe insgesamt ausschließlich geringfügig entlohnt beschäftigt (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b, S. 359; eigene Berechnungen).

Es handelt sich dabei beispielsweise um Personen, die zu einem im Haushalt vorhandenen Haupteinkommen etwas hinzu verdienen, um Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld II oder um Bezieherinnen und Bezieher von Erwerbsminderungsrenten und vorgezogenen Altersrenten (Institut Arbeit und Qualifikation 2017d, S. 2). 362.264 Personen, das sind 28,0 % der 55- bis unter 65-Jährigen mit einer geringfügig entlohnten Beschäftigung bzw. 3,3 % der Altersgruppe insgesamt, übten zum Stichtag Dezember 2015 demnach eine geringfügig entlohnte Beschäftigung als Nebentätigkeit aus (Bundesagentur für Arbeit 2016a, S. 13, eigene Berechnungen).

Bei den 63- bis 65-Jährigen liegt der Anteil der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse an allen abhängigen Beschäftigungsverhältnissen (ohne Beamte) besonders hoch. Im Dezember 2015 reichte er von etwa einem Drittel bei den 63-Jährigen, über rund die Hälfte bei den 64-Jährigen bis hin zu knapp zwei Dritteln bei den 65-jährigen Männern bzw. fast drei Vierteln bei den 65-jährigen Frauen (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 51–52 und Tabelle 26).

» 06.4 Arbeitszeit

In absoluten Zahlen ist die stark gestiegene Zahl von Teilzeitbeschäftigten im Alter auffällig. Waren nach Daten der Europäischen Arbeitskräfteerhe-

Euro und ab dem 01.01.2013 450 Euro. Regelmäßig bedeutet, dass, wenn die Grenze von 450 Euro nur gelegentlich und nicht vorhersehbar überschritten wird, trotzdem eine geringfügig entlohnte Beschäftigung vorliegt.« (Bundesagentur für Arbeit 2017b, Hervorhebungen entfernt) Geringfügig Beschäftigte im gewerblichen Bereich und in Privathaushalten haben grundsätzlich Anspruch auf den Mindestlohn von 8,84 Euro, was einer maximalen Wochenstundenzahl von 11,8 Stunden entspricht (Institut Arbeit und Qualifikation 2017m, S. 3).

bung 2001 knapp 1,0 Millionen Menschen im Alter von 55 bis 64 Jahren teilzeitbeschäftigt, so waren es im Jahr 2015 mehr als doppelt so viele (rund 2,2 Millionen) (Eurostat 2017a).

Die Vollzeitbeschäftigung ist sozial ungleich verteilt: Für 2015 zeigen die Daten der Europäischen Arbeitskräfteerhebung, dass von den erwerbstätigen 55- bis 64-Jährigen diejenigen mit hoher Qualifikation zu 79,9 %, diejenigen mit mittlerer Qualifikation zu 66,9 % und diejenigen mit niedriger Qualifikation nur zu 56,8 % in Vollzeit arbeiteten. Niedrigqualifizierte arbeiteten umgekehrt häufiger, nämlich zu 43,2 %, in Teilzeit, während diejenigen mit mittlerer Qualifikation zu 33,2 % und diejenigen mit hoher Qualifikation nur zu 20,1 % in Teilzeit arbeiteten (Eurostat 2017a; eigene Berechnungen).

Besonders ausgeprägt ist die Teilzeitbeschäftigung zudem in den rentennahen Jahrgängen: Zwar ist über die Jahre hinweg ein deutlicher Anstieg der Vollzeitbeschäftigung auch in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen zu verzeichnen. So lag »[die] Vollzeitbeschäftigungsquote der 60-Jährigen […] im Jahre 2015 mit 35,2 % nahezu doppelt so hoch wie im Jahr 2000.« Bei den 64-Jährigen kam es bis 2015 gar zu einer Vervierfachung auf 10,3 % (ebd., S. 37; vgl. auch Abbildung 17). Insgesamt verbleibt die Vollzeitbeschäftigungsquote bei den 63- und 64-Jährigen damit jedoch auf niedrigem Niveau (ebd.).

» 06.5 Arbeitslosigkeit/ Erwerbslosigkeit

Der Verlust des Arbeitsplatzes kann ebenso wie die Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit selbst für die Betroffenen zu enormen psychosozialen Belastungen führen und muss folglich als gesundheitlicher Risikofaktor eingestuft werden (vgl. Hollederer 2011; Kieselbach 2007; Schunck und Rogge 2010; Robert Koch-Institut 2015a, S. 165; Robert Koch-Institut 2005). Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit kann nicht nur ökonomische Unsicherheit, sondern auch den Verlust sozialer Bindungen, von Anerkennung, Status und Selbstwertgefühl, schließlich von strukturgebenden Abläufen bedeuten und mit Stigmatisierung und Schamgefühlen einhergehen.

Wie bei der Erfassung von Erwerbstätigkeit kommen auch bei den Erhebungen von Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit verschiedene Definitionen und Messgrößen zum Einsatz. Während in die Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit registrierte Arbeitslose im Sinne der gesetzlichen Definition eingehen,[56] beruhen die Daten des Statistischen Bundesamtes auf den Erhebungen zum Mikrozensus, in denen – auch wegen der internationalen Vergleichbarkeit – nach dem ILO-Konzept vorgegangen und von Erwerbslosen[57] gesprochen wird (vgl.

56 Als arbeitslos sind in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit Personen erfasst, »die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine weniger als 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung ausüben, eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung suchen, den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters zur Verfügung stehen, also arbeitsfähig und -bereit sind, in der Bundesrepublik Deutschland wohnen, nicht jünger als 15 Jahre sind und die Regelaltersgrenze für den Renteneintritt noch nicht erreicht haben [und] sich persönlich bei einer Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter arbeitslos gemeldet haben«. (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 371)

57 Laut dem Glossar des Statistischen Bundesamtes sind Erwerbslose nach dem ILO-Konzept »Personen ohne Erwerbstätigkeit, die sich in den letzten vier Wochen aktiv um eine Arbeitsstelle bemüht haben und sofort, d. h. innerhalb von zwei Wochen, für die Aufnahme einer Tätigkeit zur Verfügung stehen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie bei einer Arbeitsagentur als Arbeitslose gemeldet sind. […] Einerseits können nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitsuchende erwerbslos sein. Andererseits zählen Arbeitslose, die eine geringfügige Tätigkeit ausüben, nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose, sondern als Erwerbstätige«. (Statistisches Bundesamt 2016f, S. 8; Hervorhebung entfernt).

für einen Überblick über Konzepte und Erhebungen Körner u. a. 2016).

Bei der Betrachtung der Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit Älterer ist zu beachten, dass ein nennenswerter Anteil der »Jungen Alten« ohne Arbeit gar nicht in den Registern der Bundesagentur als arbeitslos bzw. in den Erhebungen nach dem ILO-Konzept als erwerbslos in Erscheinung tritt. Viele Ältere ziehen sich, ob gewollt oder ungewollt, vom Arbeitsmarkt zurück bzw. werden als diesem nicht mehr zugehörig betrachtet und gelten folglich schlicht als Nicht-Erwerbspersonen: Von den nach Hochrechnung des Mikrozensus im Jahr 2015 rund 11,1 Millionen Angehörigen der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre traf dies nach dem ILO-Konzept auf rund 3.435.000 Personen zu. Das heißt, dass 30,8 % der Altersgruppe nicht als Erwerbspersonen erfasst wurden (Statistisches Bundesamt 2016f, S. 19, eigene Berechnungen, vgl. auch Tabelle 23, S. 83). In die Berechnungen zur Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit gehen sie folglich nicht ein.

Entwicklung der Arbeitslosigkeit von Älteren

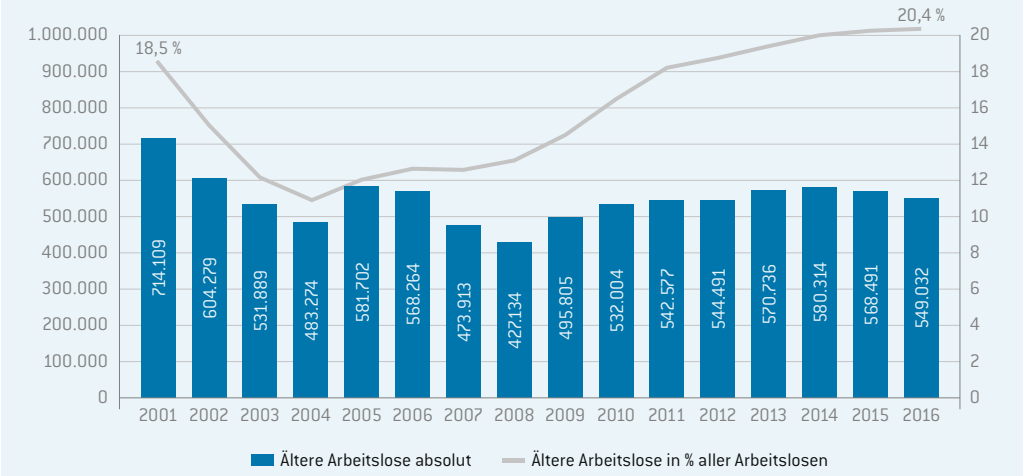
Der in der Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit seit 2010 erkennbare leichte Rückgang der allgemeinen Arbeitslosigkeit – die Arbeitslosenquote[58] (bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen) sank von 8,1 % im Jahr 2009 auf 6,4 % im Jahr 2015 – bildet sich mit Verzögerung und in geringerem Ausmaß auch in der Arbeitslosenquote der 55- bis unter 65-Jährigen ab. Sie sank von 8,8 % im Jahr 2010 auf 7,3 % im Jahr 2015 (Bundesagentur für Arbeit 2016c, S. 17). Dabei lag die Arbeitslosenquote der 55- bis unter 65-Jährigen in allen Jahren über der Gesamtarbeitslosenquote. Bei regional differenzierter Betrachtung zeigt sich, dass dies 2015 ebenfalls in allen Ländern – mit Ausnahme des Saarlandes und Bremens – der Fall war (ebd., S. 18). Am stärksten übertraf die Arbeitslosenquote der 55- bis unter 65-Jährigen die Gesamtarbeitslosenquote in Brandenburg (1,7 %), Thüringen (2 %) und Sachsen (2,2 %) (ebd., S. 18).

Seit 2008 ist der Anteil der älteren Arbeitslosen an allen Arbeitslosen deutlich gestiegen (Bäcker u. a. 2017, S. 61, vgl. auch Abbildung 18), nachdem er zuvor gesunken war und 2004 einen Tiefpunkt erreicht hatte. Der erneute signifikante Anstieg wird vor allem zurückgeführt auf das Auslaufen von Instrumenten, durch die zuvor die registrierte Arbeitslosigkeit Älterer gedämpft worden war: Altersteilzeitregelungen, die Möglichkeiten zum vorzeitigen Rentenbezug (mit den Jahren mit steigenden Abschlägen) sowie die »58er-Regelung«[59] für Empfängerinnen und Empfänger von ALG I und

58 Die von der Bundesagentur für Arbeit auf Basis der Arbeitslosenstatistik ausgewiesene Arbeitslosenquote gibt den Anteil der Arbeitslosen an den Erwerbspersonen an. Arbeitslosenquoten können entweder den Anteil der Arbeitslosen an allen »abhängigen zivilen Erwerbspersonen« angeben. Ausgewiesen ist dann der Anteil der Arbeitslosenquoten an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten inklusive Auszubildenden, geringfügig Beschäftigten, Personen in Arbeitsgelegenheiten, Beamten (ohne Soldaten) und Grenzpendlern zuzüglich der Zahl der Arbeitslosen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2017f, S. 1). Die Bundesagentur berechnet außerdem Arbeitslosenquoten »bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen«; angegeben ist dann der Anteil der Arbeitslosen an den oben Genannten zuzüglich mithelfender Familienangehöriger und Selbständiger (ebd.). Für eine Erläuterung der Erwerbslosenquote vgl. Fußnote 50, S. 81).

59 Die »58er-Regelung«, manchmal auch »59er-Regelung«, ermöglichte Beziehern und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld I und II den Übergang in eine abschlagsfreie Rente und nahm diese zugleich aus der Arbeitslosenstatistik. Sie ist zum Jahr 2008 ausgelaufen. Seit 2009 werden Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II jedoch nach §53a Abs. 2 SGB II in der amtlichen Arbeitslosenstatistik nicht mehr als arbeitslos ausgewiesen, wenn ihnen nach Vollendung des 58. Lebensjahres über ein Jahr lang keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mehr angeboten wurde; dies gilt selbst dann, wenn sie nach wie vor eine neue Arbeit suchen. Im Durchschnitt des Jahres 2016 betraf dies näherungsweise etwa 162.000 Personen, von denen knapp 20.000 eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung und ca. 85.000 keine abgeschlossene Berufsausbildung sowie knapp 65.000 keine betriebliche oder schulische Ausbildung hatten (vgl. Deutscher Bundestag 2017, S. 2–3).

Anzahl der älteren Arbeitslosen insgesamt und Anteil älterer Arbeitsloser



» Abb. 18: Anzahl der älteren Arbeitslosen insgesamt und Anteil älterer Arbeitsloser (55 bis unter 65 Jahre) an allen Arbeitslosen 2001 bis 2016. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017e, Abbildung abbIV77 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf.

ALG II/»Hartz IV«, die ebenfalls zu einer »Bereinigung« der Statistik beigetragen hatten.

Registrierte ältere Arbeitslose in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Zwar ist aufgrund der insgesamt gestiegenen Erwerbsbeteiligung der »Jungen Alten« die Arbeitslosenquote bei den 55- bis unter 65-Jährigen seit 2011 leicht zurückgegangen; die absolute Zahl der Arbeitslosen in dieser Altersgruppe ist aufgrund des großen Zuwachses der Arbeitslosen bei den 60- bis unter 65-Jährigen seit 2009 jedoch gestiegen (Bundesagentur für Arbeit 2016c, S. 17 und 19).[60] Im Jahr 2015 waren durchschnittlich rund 574.000 über 55-Jährige als arbeitslos registriert (ebd., S. 17). Rund 5.400 Arbeitslose waren – aufgrund der schrittweisen Anhebung des Renteneintrittsalters 65 Jahre alt (ebd.). Etwa 569.000 registrierte Arbeitslose waren im Alter von 55 bis unter 65 Jahren, was einer Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen der Altersgruppe von 7,3 % entspricht (ebd., S. 17) und einen Anteil von 20,3 % an allen Arbeitslosen ausmachte.

Fast die Hälfte der im Jahr 2015 als arbeitslos registrierten 55- bis unter 65-Jährigen, nämlich 49 %, waren nach der Definition der Bundesagentur für Arbeit »Langzeitarbeitslose«, d. h. länger als 12 Monate arbeitslos; insgesamt 19 % waren bereits

60 »Die Zahl der arbeitslosen 60- bis unter 65-Jährigen hat sich […] im letzten Jahrzehnt [gegenüber dem Jahr 2015] fast verdreifacht« (Bundesagentur für Arbeit 2016c, S. 17). Als Gründe hierfür gibt die Bundesagentur für Arbeit »neben der demografischen Entwicklung, der gestiegenen Erwerbsneigung und schwierigen Arbeitsmarktsituation Älterer das Auslaufen von Sonderregelungen für Ältere, die sich früher reduzierend auf die Arbeitslosigkeit ausgewirkt haben« an (ebd.).

seit drei oder mehr Jahren ohne Arbeitsstelle (ebd., S. 26). Nicht in diesen Zahlen enthalten sind die jahresdurchschnittlich rund 165.000 Personen im Alter von 58 Jahren und mehr, die mindestens ein Jahr lang ALG II/»Hartz IV« erhielten, »ohne dass ihnen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung angeboten wurde« (ebd., S. 19) – gleichgültig, ob sie selbst Arbeit suchten oder nicht (vgl. auch Fußnote 59, S. 93).

Unter Rückgriff auf Statistiken der Bundesagentur für Arbeit aus mehreren Jahren gibt Tabelle 82 im Anhang (S. 179) einen Überblick über die Entwicklung der Arbeitslosigkeit der »Jungen Alten« von 2001 bis 2015.

Der Anteil von Frauen und Männern an den registrierten Arbeitslosen hält sich fast die Waage. Der Unterschied zwischen den alten und neuen Ländern ist jedoch beträchtlich: Während die Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen der Altersgruppe 55- bis unter 65 Jahre im Jahresdurchschnitt 2015 in Westdeutschland bei 6,5 % lag, betrug sie in Ostdeutschland 10,6 % (bundesweit: 7,3 %) (Bundesagentur für Arbeit 2015b, S. 70–72).[61]

Soziale Ungleichheiten in der Arbeitslosigkeit der »Jungen Alten« werden auch beim Blick auf das berufliche Qualifikationsniveau sichtbar: Eine anerkannte Berufsausbildung »schützt« ältere Beschäftigte offensichtlich weniger vor Arbeitslosigkeit als dies in jüngeren Altersgruppen der Fall ist. Unter den Arbeitslosen im Alter von 55 Jahren und mehr[62] verfügten im Jahr 2015 fast zwei Drittel (63,2 %) über eine Berufsausbildung, unter allen Arbeitslosen insgesamt traf dies nur auf gut die Hälfte zu (52,8 %) (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2016d, S. 154). In Ostdeutschland hatten sogar 80,9 % der Arbeitslosen im Alter von 55 Jahren und mehr eine Berufsausbildung (gegenüber 67,4 % der Arbeitslosen insgesamt); in Westdeutschland waren es 55,3 % (gegenüber 47,0 % der Arbeitslosen insgesamt) (ebd., S. 155–156). In Ostdeutschland stieg zudem der Anteil der Arbeitslosen mit akademischem Abschluss bei den 63- bis 65-Jährigen an – ein Phänomen, für das eine Erklärung noch aussteht (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 62).

Der Begriff »Arbeitslose« (vgl. Fußnote 56, S. 92) umfasst sowohl Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld/ALG I[63] nach SGB III, als auch von Arbeitslosengeld II/ALG II (»Grundsicherung für Arbeitsuchende« nach SGB II, umgangssprachlich »Hartz IV«). Leistungen nach SGB II sind »nachrangig«, d. h. zu ihrem Bezug ist erst berechtigt,

61 Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund liegt die Arbeitslosenquote nicht vor. Behelfsweise wird hier die – von der Arbeitslosenquote verschiedene – Erwerbslosenquote (vgl. Fußnote 50, S. 81) betrachtet. Nach dem Mikrozensus 2015 war die Erwerbslosenquote der 55- bis unter 65-Jährigen mit Migrationshintergrund 2015 mit 8,0 % etwa doppelt so hoch wie die Erwerbslosenquote der 55- bis unter 65-Jährigen ohne Migrationshintergrund, die bei 4,1 % lag (Erwerbslosenquote insgesamt: 4,7 %) (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, Sonderauswertung zu Tabelle 16; vgl. auch Tabelle 83 im Anhang, S. 180; für den Unterschied zwischen Arbeitslosen- und Erwerbslosenquote vgl. die Fußnoten 57 und 58 (S. 92 und 93).

62 Aufgrund der schrittweisen Anhebung der Regelaltersgrenze kommen zu den 569.000 arbeitslosen Personen im Alter von 55- bis unter 65 Jahren im Jahr 2015 ca. 5.400 Arbeitslose hinzu, die 65 Jahre alt waren (Bundesagentur für Arbeit 2016c, S. 17). Entsprechend enthalten altersgruppenbezogene Statistiken der Bundesagentur für Arbeit zunehmend Angaben für die Gruppe »55 Jahre und älter«, während Angaben zu den 55- bis unter 65-Jährigen seltener verfügbar sind.

63 Das Arbeitslosengeld/ALG I ist eine Leistung der Arbeitslosenversicherung nach dem SGB III. Die maximal mögliche Bezugsdauer »hängt vom Lebensalter und der Dauer der vorangegangenen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ab«. (Bundesagentur für Arbeit 2016d, S. 50) Personen, die bei Entstehung des Leistungsanspruchs das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, können bei ausreichender Vorversicherungszeit maximal für 15 Monate ALG I erhalten; für Personen mit vollendetem 55. Lebensjahr gilt eine maximale Bezugszeit von 18 Monaten und für Personen mit vollendetem 58. Lebensjahr von 24 Monaten (ebd., S. 50–51). Fällt das ALG I geringer aus als das Existenzminimum, kann es mit ALG II aufgestockt werden.

wer alle anderen Möglichkeiten zur Sicherung des Unterhalts ausgeschöpft hat, also kein Vermögen besitzt und nicht durch eine meist familiäre »Bedarfsgemeinschaft« unterstützt werden kann.

Differenziert man nach diesen beiden »Rechtskreisen« (SGB III und SGB II), so erhielten im Jahr 2015 durchschnittlich 247.267 Personen im Alter von 55 Jahren und mehr als Arbeitslose Leistungen nach dem SGB III, was einem Anteil von 43,1 % aller registrierten Arbeitslosen der Altersgruppe entspricht (Bundesagentur für Arbeit 2017d, Tabelle 2.2.1; eigene Berechnungen). 56,9 % der älteren Arbeitslosen erhielten Leistungen nach dem SGB II (ebd.; eigene Berechnungen).

Nicht als arbeitslos erfasst werden Menschen, die an sogenannten »Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik« teilnehmen[64] oder ergänzend Leistungen des Jobcenters nach SGB II erhalten, um ihr geringes Einkommen aus einer Beschäftigung im Umfang von mehr als 15 Stunden wöchentlich durch ALG II auf das Niveau der Grundsicherung aufzustocken.[65]

Bezieht man letzteren Personenkreis ein, meldete die Bundesagentur für Arbeit im Oktober 2016 fast 6,4 %[66] der 55- bis 65-Jährigen als erwerbsfähige Hilfebedürftige in der »Grundsicherung für Arbeitsuchende«, einschließlich der »Aufstocker«. In absoluten Zahlen erhielten im Oktober 2016 insgesamt 715.469 erwerbsfähige Frauen und Männer im Alter von 55 Jahren und mehr »Grundsicherung für Arbeitsuchende« nach dem SGB II, davon 485.844 in Westdeutschland und 229.625 in Ostdeutschland (Bundesagentur für Arbeit 2017e, Tabelle 5). Damit stellten die 55-Jährigen und Älteren 16,6 % aller erwerbsfähigen Bezieherinnen und Bezieher von ALG II des Monats Oktober 2016; in Ostdeutschland lag ihr Anteil mit 18,9 % über dem in Westdeutschland von 15,7 % (ebd.; eigene Berechnungen; vgl. auch Tabelle 83 im Anhang, S. 180).

205.641 (29 %) der erwerbsfähigen Bezieherinnen und Bezieher von ALG II im Alter von 55 Jahren und mehr waren im Oktober 2016 als erwerbstätig erfasst, d. h. so genannte »Aufstocker« oder »Ergänzer«. In Ostdeutschland traf dies auf 69.041 (30 %), in Westdeutschland auf 136.000 (28 %) der 55-jährigen und älteren erwerbsfähigen Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu.

Bundesweit gingen 73.636 (10 %) der erwerbsfähigen ALG II-Bezieherinnen und -Beziehern im Alter von 55 Jahren und mehr im Oktober 2016 einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach, 13.659 von ihnen sogar in Vollzeit (ebd.; eigene Berechnungen).

Chancen auf Wiederaufnahme von Beschäftigung

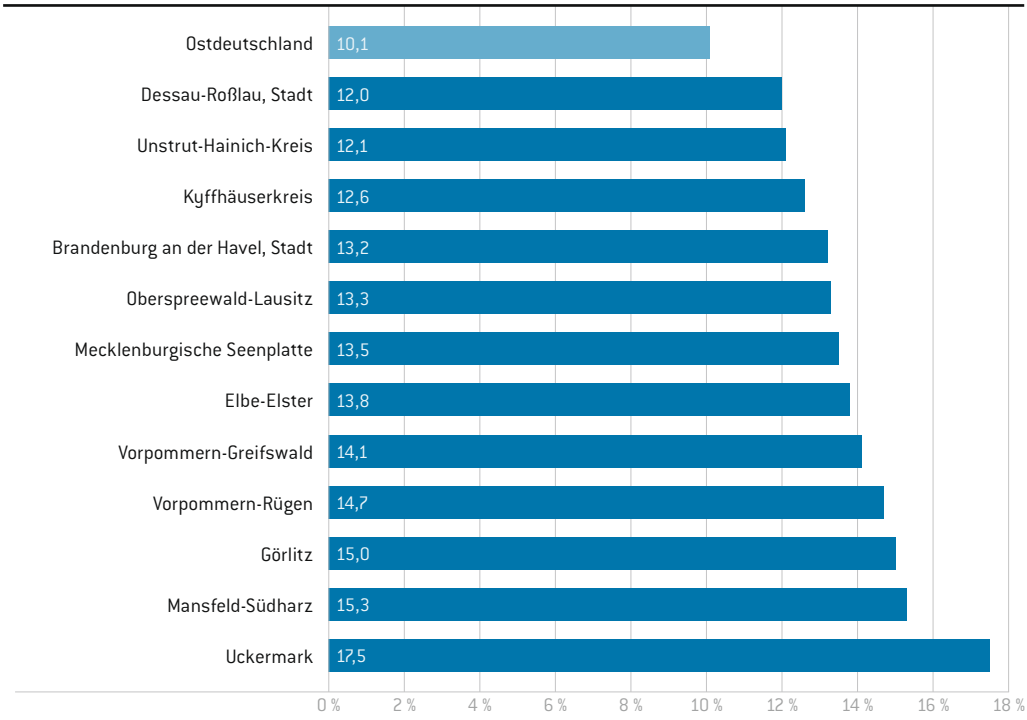
Statistisch weisen ältere Arbeitslose eine niedrigere Wiedereingliederungsquote auf als jüngere Altersgruppen (Bundesagentur für Arbeit 2016c, S. 26). Sie überwinden die Arbeitslosigkeit seltener als Arbeitslose anderer Altersgruppen durch die Aufnahme einer Beschäftigung. Laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit nahmen im Jahr 2015 269.309 Arbeitslose im Alter über 55 Jahre aus der Arbeitslosigkeit heraus eine Erwerbstätigkeit auf

64 Solche Maßnahmen sind z.B. Arbeitsgelegenheiten, Beschäftigungszuschüsse oder berufliche Weiterbildung inklusive Rehabilitation (Bundesagentur für Arbeit 2016d, S. 38).

65 Der Anspruch auf »Grundsicherung für Arbeitsuchende« endet mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze für den Renteneintritt, weil ab dann ein Altersrentenbezug bzw. (bei fehlendem Rentenanspruch oder zu geringer Rente) ein Übergang in den Bezug von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (nach SGB XII) erfolgt (vgl. Fußnote 49, S. 81).

66 Eine Ungenauigkeit ergibt sich daraus, dass die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Alter von 55 Jahren und mehr im Oktober 2016 ins Verhältnis zu den laut Mikrozensus 2015 55- bis unter 65-Jährigen gesetzt wurden; der tatsächliche Anteil wird also etwas geringer liegen als die angegeben 6,4 %.

Arbeitslosenquoten in den zwölf Städten und Kreisen mit den höchsten Quoten in Ost- und Westdeutschland (Teil 1)



Westdeutschland folgt auf der nächsten Seite

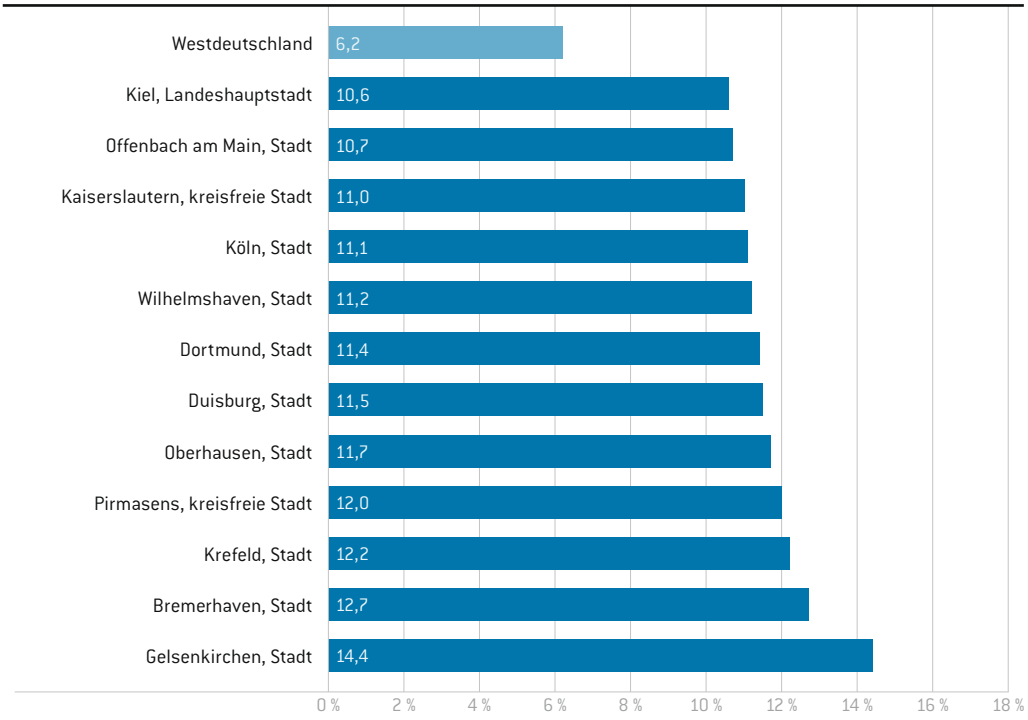
» Abb. 19: Arbeitslosenquoten der 55- bis unter 65-Jährigen in den zwölf Städten und Kreisen mit den höchsten Quoten in Ost- und Westdeutschland, Dezember 2015. Quelle: © Statistik der Bundesagentur für Arbeit nach Bundesagentur für Arbeit 2016e, S. 5; Bundesagentur für Arbeit 2015c, Tabelle 3.1.9; eigene Darstellung.

(vgl. Bundesagentur für Arbeit 2017c, S. 35). Dies entspricht einem Anteil von 24,7 % der insgesamt 1.089.513 Personen im Alter von 55 Jahren und mehr, die im Jahr 2015 aus der Arbeitslosigkeit abgemeldet wurden (ebd.).

127.274 Personen (11,7 %) nahmen an einer sonstigen Maßnahme teil oder wechselten – dies in der Altersgruppe, wenn überhaupt, nur zu einem äußerst geringen Teil – in eine Ausbildung (ebd.). Der größte Teil der älteren Arbeitslosen zieht sich dagegen vom Arbeitsmarkt zurück, oft durch Wechsel in den (frühzeitigen) Altersrentenbezug oder in die sogenannte »Stille Reserve«: Im Jahr 2015 wechselten 616.084 oder 56,5 % der über 55-Jährigen, die die Arbeitslosigkeit verließen, in die »Nichterwerbstätigkeit« (ebd.).

Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für über 55-Jährige konzentrieren sich bei den Beziehe-rinnen und Beziehern von ALG I insbesondere auf die Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung

Arbeitslosenquoten in den zwölf Städten und Kreisen mit den höchsten Quoten in Ost- und Westdeutschland (Teil 2)



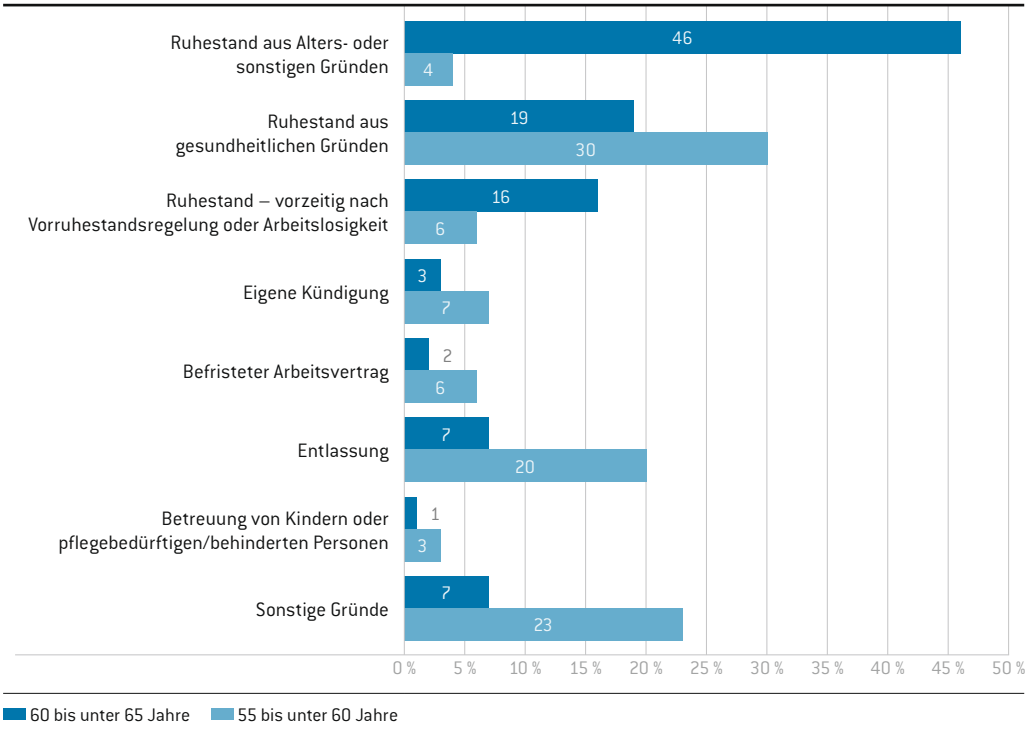
Fortsetzung von Abbildung 19

(Mümken und Brussig 2013, S. 4; vgl. auch Bundesagentur für Arbeit 2016d, S. 162). Gefördert werden dabei sowohl abhängige Beschäftigungsverhältnisse als auch der Wechsel in die Selbständigkeit (ebd.). Berufliche Weiterbildungsmaßnahmen werden bei den über 55-Jährigen hingegen deutlich seltener gefördert als in jüngeren Altersgruppen (Mümken und Brussig 2013, S. 4). Bezieherinnen und Bezieher von ALG II, die über 55 Jahre alt sind, finden sich in mehr als der Hälfte der Fälle in Beschäftigung schaffenden Maßnahmen, insbesondere in sogenannten Arbeitsgelegenheiten, wieder (Bäcker u. a. 2017, S. 65).

Regionale Differenzierung von Arbeitslosigkeit

Wie Arbeitslosigkeit im Allgemeinen stellt sich auch die Arbeitslosigkeit Älterer regional differenziert dar. Abbildung 19 zeigt, dass und in welchen Regionen die durchschnittlichen Arbeitslosenquoten deutlich überschritten werden (Bundesagentur für Arbeit 2016e, S. 5 und Bundesagentur für Arbeit 2015c, Tabelle 3.1.9; eigene Darstellung). Dies sind nicht

Gründe für Beendigung der Erwerbstätigkeit



» Abb. 20: Nichterwerbspersonen, die in den vorvergangenen drei Jahren ihre Erwerbstätigkeit beendet haben, nach Grund für die Beendigung, 2015, nach Geschlecht, nach Altersgruppen (in Tausend). Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Mikrozensus; eigene Darstellung.

zwingend Regionen und Städte mit einer generell hohen Gesamtarbeitslosigkeit (ebd.; vgl. bereits Bäcker u. a. 2010, S. 31). Augenfällig ist zudem, dass in Brandenburg mit Ausnahme der Städte Dessau-Roßlau, Brandenburg an der Havel und Görlitz nur ländliche Regionen bzw. Kreise eine besonders hohe Altersarbeitslosigkeit aufweisen, während in Westdeutschland ausschließlich Städte unter den zwölf regionalen Einheiten mit der höchsten Altersarbeitslosigkeit sind.

Gründe für die Beendigung einer früheren Erwerbstätigkeit

Im Mikrozensus werden Nichterwerbspersonen, die in den vorvergangenen drei Jahren ihre Erwerbstätigkeit beendet haben, nach den Gründen hierfür gefragt. 2015 gab in der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen ein knappes Drittel an, »aus gesundheitlichen Gründen« in den Ruhestand gegangen zu sein (vgl. Abbildung 20; vgl. auch Kapitel 4.3, S. 44); ein Fünftel wurde entlassen; ein knappes Viertel gab sonstige Gründe an. Bei den 60- bis

64-Jährigen ist der Wechsel in den »Ruhestand aus altersbedingten oder sonstigen Gründen« mit 46 % der am häufigsten genannte Grund. Es folgen 16 %, die angaben, aufgrund einer Vorruhestandsregelung oder von Arbeitslosigkeit, ihre Erwerbstätigkeit beendet zu haben. Pflege- und Betreuungsaufgaben werden als Gründe kaum angegeben. Fast ein Fünftel der Altersgruppe (19 %) gab als wichtigsten Grund für den Wechsel in den Ruhestand »gesundheitliche […] Gründe […]« an.

Die große Bedeutung gesundheitlicher Gründe für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben weist auf den hohen Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie Gesundheit Älterer und nicht zuletzt an zu verstärkten Anstrengungen hinsichtlich einer alters- und alternsgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen und Tätigkeiten hin. Auch die Ergebnisse der für den Deutschen Gewerkschaftsbund durchgeführten regelmäßigen Befragung im Rahmen des »Index Gute Arbeit« weisen in diese Richtung. Danach kam im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 die Hälfte der befragten 40- bis 50-Jährigen zu der Einschätzung, die zum Befragungszeitpunkt ausgeübte Tätigkeit aufgrund der eigenen beruflichen Belastung unter den bestehenden Anforderungen »wahrscheinlich nicht« bis zum Rentenalter ausüben zu können (Deutscher Gewerkschaftsbund 2015, S. 12). Die Zahlen zu entsprechenden Angeboten betrieblicher Gesundheitsförderung zeigen jedoch noch immer Lücken (vgl. auch Kapitel 4.6, S. 60).

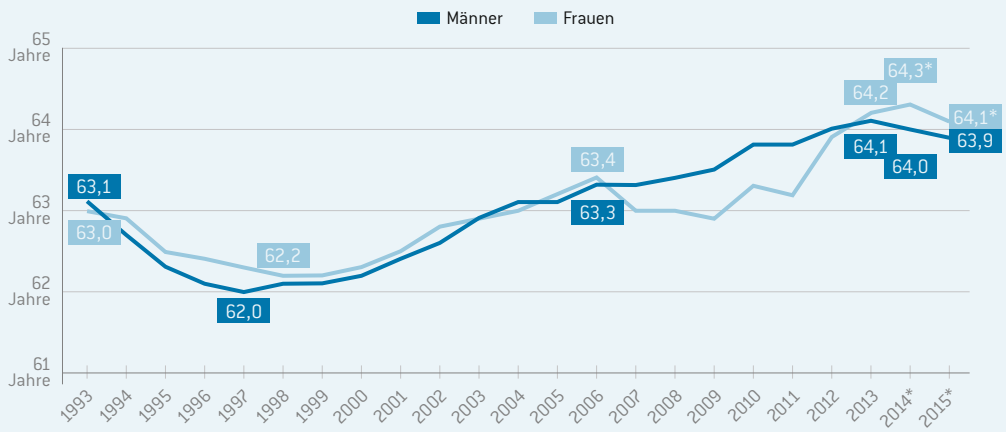
» 06.6 Alters- und Erwerbsminderungsrenten und Altersarmut

Im Jahr 2015 bestritten nach Daten des Mikrozensus 2015 rund 2,2 Millionen der 55- bis unter 65-Jährigen, d. h. etwa 20,1 % der »Jungen Alten«, ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Rente bzw. Pension (vgl. Tabelle 22). Unter den 55- bis unter 65-Jährigen mit Migrationshintergrund lag dieser Anteil bei nur 16,1 % (ebd.). Das durchschnittliche Eintrittsalter in Altersrenten lag der Statistik der Deutschen Rentenversicherung zufolge im Jahr 2015 bei 64,0 Jahren[67] und unterschied sich nur geringfügig zwischen Männern (63,9 Jahre) und Frauen (64,1 Jahre) (BMAS 2016, S. 72; vgl. Abb. 21). Das niedrigere Eintrittsalter in Ostdeutschland gleicht sich dabei allmählich dem in Westdeutschland an und lag im Jahr 2015 bei 63,6 Jahren bei den Männern (gegenüber 64,0 Jahren in Westdeutschland) und 63,4 Jahren bei den Frauen (gegenüber 64,2 Jahren in Westdeutschland) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016d).

Die folgenden Abbildungen zeigen die Entwicklung des Renteneintrittsalters für Altersrenten (vgl. Abbildung 21) und Erwerbsminderungsrenten (vgl. Abbildung 22) bei Männern und Frauen von 1993 bis 2015 (siehe zu Erwerbsminderungsrenten auch Kapitel 4.6, S. 60). Während das durchschnittliche Zugangsalter von Männern und Frauen in Altersrenten 1993 noch bei etwa 63 Jahren lag und Mitte der 1990er Jahre bis auf 62,0 Jahre (Männer) bzw. 62,2 Jahre (Frauen) fiel, ist es mittlerweile bei

67 Die Angaben rechnen den Effekt der »neuen Mütterrenten« heraus (BMAS 2016b, S. 72). Dieser entstand im Jahr 2014 und 2015 dadurch, dass viele westdeutsche Frauen im Alter ab 65 Jahren durch die Anerkennung eines weiteren Kindererziehungsjahres für jedes vor 1992 geborene Kind erstmals die fünfjährige Wartezeit für einen erstmaligen Rentenanspruch erfüllten (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2016, S. 68).

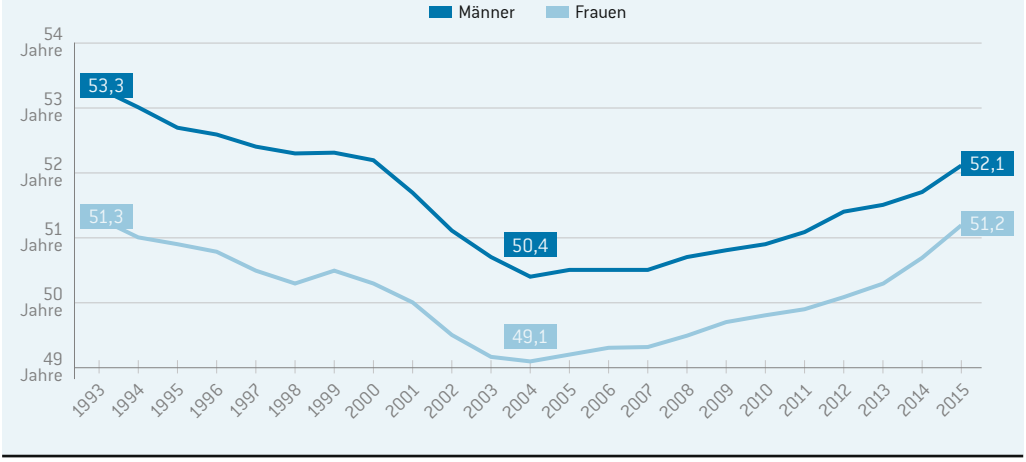
Durchschnittliches Zugangsalter in Altersrenten



* Unter Herausrechnung des Sondereffektes »Mütterrente«

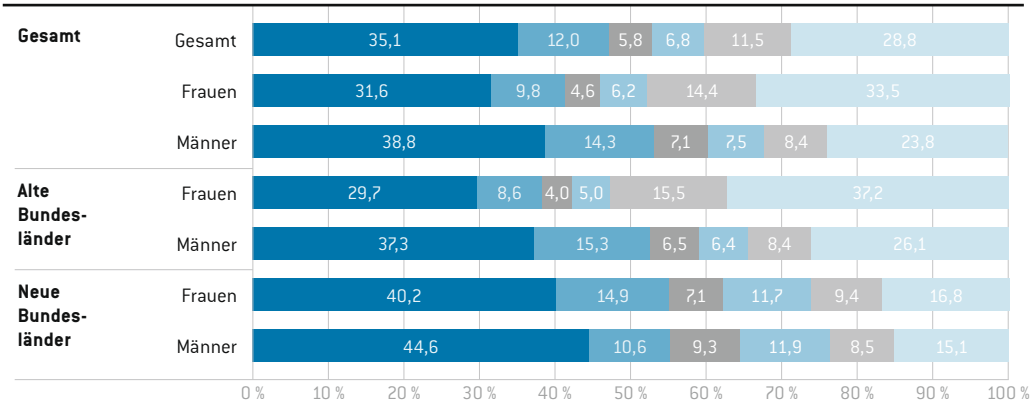
» Abb. 21: Durchschnittliches Zugangsalter in Altersrenten 1993 bis 2015 nach Geschlecht in Deutschland. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017f, Abbildung abbVIII11 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b.

Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten



» Abb. 22: Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten 1993 bis 2015 nach Geschlecht in Deutschland. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017g, Abbildung abbVIII11b unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b.

Versicherungsstatus vor Altersrentenbezug



» Abb. 23: Versicherungsstatus vor Altersrentenbezug 2015 (Versicherungsstatus am 31.12.2014 nach Region und Geschlecht in Prozent). Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bäcker u. a. 2017, S. 82; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016c, S. 77–79.

den oben genannten durchschnittlich 64,0 Jahren angelangt (vgl. Abbildung 21). Bei den Erwerbsminderungsrenten ist ein starkes Absinken des durchschnittlichen Zugangsalters von Männern und Frauen bis 2004 zu beobachten (vgl. Abbildung 22). Danach stieg das Zugangsalter wieder an und lag im Jahr 2015 bei den Frauen mit 51,2 Jahren in etwa auf dem Niveau von 1993, bei den Männern mit 52,1 Jahren etwa ein Jahr niedriger als 1993 (ebd.). Die Abbildungen spiegeln demografische Effekte wider, geben – eingeschränkt[68] – aber auch Hinweise auf die Folgen renten- und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen und damit einhergehende Veränderungen im Rentenzugangsverhalten der letzten 20 Jahre (vgl. Institut Arbeit und Qualifikation 2017f und 2017g).

Das Alter bei Austritt aus dem Beruf und das Alter bei Eintritt in die (Alters-) Rente sind nur selten identisch.[69] Die Aufgabe einer (versicherungspflichtigen) Beschäftigung erfolgt für viele Menschen bereits vor dem Eintritt in die Altersrente, allerdings ist der Anteil derjenigen, die aus sozialversiche-

68 »Die Ausgangsdaten entstammen der Rentenzugangsstatistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ihr Aussagewert ist insofern eingeschränkt, als die Durchschnittswerte, die für die Kalenderjahre ausgewiesen werden, durch demografische Effekte verzerrt sein können. Ist z. B. die Altersgruppe mit dem Lebensalter 65 Jahre stark, die Altersgruppe 63 Jahre hingegen schwächer besetzt, dann wird das Rentenzugangsgeschehen besonders häufig durch den Bezug der Regelaltersrente mit 65 Jahren geprägt. Das durchschnittliche Zugangsalter erhöht sich dadurch, ohne dass sich das Verhalten der Betroffenen verändert hat. Will man diesen demografischen Effekt ausschalten, dann muss das Zugangsalter der einzelnen Geburtsjahrgänge/Kohorten betrachtet werden.« (Institut Arbeit und Qualifikation 2017f, S.4)

69 Vgl. auch »Gründe für die Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses« in Kapitel 6.5, S. 92.

rungspflichtiger Beschäftigung in die Altersrente wechseln, seit Mitte der 2000er Jahre gestiegen. Im Jahr 2015 lag er bei den Männern 20,3 Prozent und bei den Frauen 15,2 Prozent über dem Niveau des Jahres 2005 (ebd., S. 83).

Abbildung 23 zeigt anhand der Daten der Deutschen Rentenversicherung, aus welchen Versicherungsverhältnissen Männer und Frauen in Ost und West sowie im Bundesgebiet insgesamt im Jahr 2015 in den Altersrentenbezug wechselten. 35,1 % schlossen damit direkt an eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung an (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2016c, S. 77). Ein beträchtlicher Teil der »Neurentner« und »Neurentnerinnen« – nämlich insgesamt 41,4 % – war unmittelbar vor dem Altersrentenbezug arbeitslos nach dem SGB III (Arbeitslosengeld I) (5,8 %) oder SGB II (Arbeitslosgengeld II/»Hartz IV«),[70] wies anderweitig »nur« Anrechnungszeiten auf (6,8 %) oder kam aus einem passiven Versicherungsverhältnis[71] (28,8 %) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016c, S. 77).

Erwerbsminderungsrenten

Etwa ein Fünftel[72] der Rentenzugänge (über alle Altersgruppen hinweg) zwischen 2010 und 2013 erfolgten in Erwerbsminderungsrenten (Bäcker u. a. 2017, S. 94; vgl. Abbildung 24 sowie Kapitel 4.6, S. 60). Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) gelten nicht nur in der Beantragung als aufwändig; sie sind aufgrund von Abschlägen und oft kurzen Versicherungszeiten meist auch niedrig (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 93–97 sowie Abbildung 25).[73] Dies kann die häufig ohnehin schwierige sozioökonomische Lage verstetigen, in der sich Menschen in prekärer gesundheitlicher Lage, aus besonders belastenden Berufen, mit langen Zeiten der Arbeitslosigkeit oder unsteten Erwerbsbiographien befinden.

Brussig (2012) stellte anhand von Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung dar, dass die Bezieherinnen und Bezieher von EM-Rente mit steigender Tendenz aus anhaltender Beschäftigungslosigkeit kommen (vgl. auch Kaldybajewa und Kruse 2012). EM-Rentnerinnen und Rentner, die zuvor lange Zeit ohne Beschäftigung waren, erhielten vor dem Rentenbeginn zudem seltener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als andere EM-Rentnerinnen und Rentner (Brussig 2012).

Hagen u. a. (2010) analysierten anhand von Daten der Deutschen Rentenversicherung des Jahres 2008, dass EM-Renten-Risiken ungleich verteilt sind: Niedrigqualifizierte sind stärker betroffen als Höherqualifizierte, Männer stärker als Frauen und Ost- stärker als Westdeutsche. Die Analysen

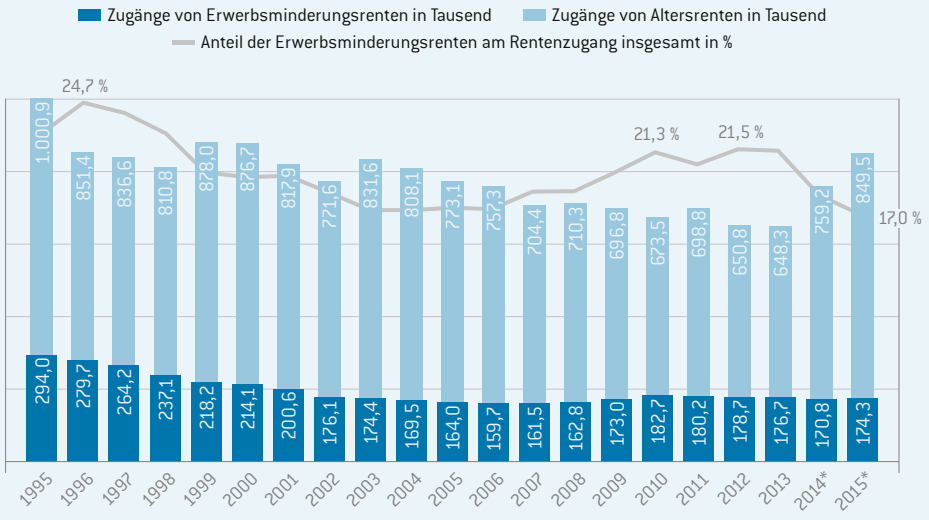
70 Seit 2011 werden für Bezieherinnen und Bezieher von ALG II/»Hartz IV« keine Beiträge zur Rentenversicherung mehr gezahlt, weshalb diese Personengruppe nun in der Kategorie der »Anrechnungszeitversicherten« geführt und nicht mehr gesondert in der Statistik ausgewiesen wird (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 95).

71 Die »passiv Versicherten« setzen sich aus Personen zusammen, die nach einer früheren rentenversicherungspflichtigen Tätigkeit, in der sie Rentenansprüche erworben haben, heute z. B. selbständig, verbeamtet oder auch Nichterwerbspersonen, z. B. »Hausfrauen«, sind; dazu gehören auch Personen ohne Anspruch auf Arbeitslosgengeld, die sich aus der Arbeitslosigkeit abmelden (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 82).

72 Der in Abbildung 24 für die Jahre 2014 und 2015 zu beobachtende Rückgang auf 18,4 % bzw. 17,0 % geht vermutlich auf den Effekt der »Rente mit 63« für besonders langjährig Versicherte zurück (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 95). Mit dem »Leistungsverbesserungsgesetz« von 2014 wurde die Sonderregelung der »Rente mit 63« geschaffen. Danach können »Versicherte, die vor dem 1.1.1953 geboren sind, […] die Altersrente mit 63 in Anspruch nehmen. Bei Versicherten, die nach dem 31.12.1952 geboren sind, wird die Altersgrenze stufenweise auf das 65. Lebensjahr angehoben.« (Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd 2016, S. 26-27)

73 2015 bezogen insgesamt rund 1,8 Millionen Personen eine EM-Rente, denen durchschnittlich ein Betrag von 731 Euro netto vor Steuern gezahlt wurde (Deutsche Rentenversicherung Bund o. J.).

Zugänge von Alters- und Erwerbsminderungsrenten und Anteile von Erwerbsminderungsrenten



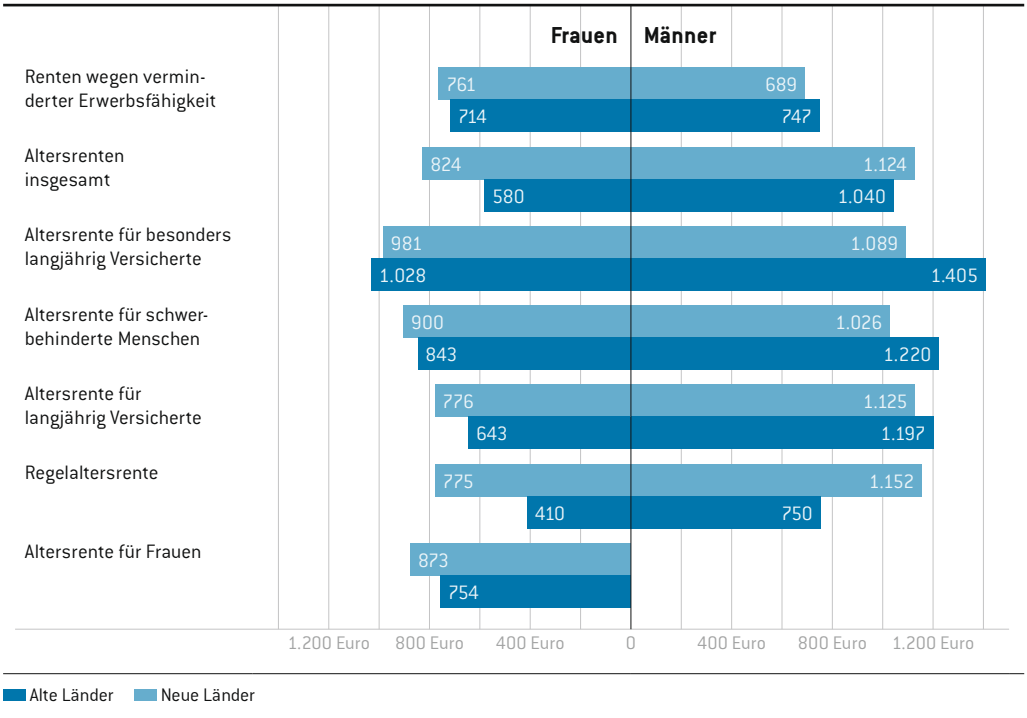
* Ohne neue »Mütterrenten« (zweites Kindererziehungsjahr für Geburten vor 1992)

» Abb. 24: Zugänge von Alters- und Erwerbsminderungsrenten in Tausend und Anteile von Erwerbsminderungsrenten in Prozent der Gesamtzugänge. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017h, Abbildung abbVIII10a unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b.

zeigen, dass in jeder Altersgruppe Versicherte mit hoher Qualifikation weitaus seltener als diejenigen mit mittlerer und vor allem diejenigen mit niedriger Qualifikation eine EM-Rente bezogen, dies galt sowohl für Frauen als auch insbesondere für Männer. Hagen u. a. sahen damit ihre Hypothese bestätigt, dass vor dem Hintergrund niedrigerer berufsbedingter Belastungen und Risiken sowie gesundheitsbewussterer Lebens- und Verhaltensweisen von Höherqualifizierten auch das Risiko einer krankheitsbedingten Frühberentung dieser Personen geringer ist als bei Niedrigqualifizierten.[74]

74 Hagen u. a. (2010) zeigten, dass Männer und Frauen mit niedrigem Qualifikationsniveau ein fast acht- bzw. sechsfach erhöhtes Risiko eines EM-Rentenzugangs aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hatten als Männer und Frauen mit hoher Qualifikation. Bei Männern wie Frauen trugen Ostdeutsche ein deutlich höheres Risiko für einen EM-Rentenzugang aufgrund solcher Krankheiten. Sowohl für Qualifikations- als auch für die Ost-Westunterschiede galt dabei, dass diese bei EM-Rentenzugängen, die auf Herz-Kreislauf- Erkrankungen zurückgingen, stärker hervortraten als bei den EM-Rentenzugängen insgesamt (ebd., S. 19). Auch bei EM-Rentenzugängen aufgrund von psychischen Erkrankungen verwiesen Hagen u. a. (ebd., S. 21) auf deutliche Qualifikationsunterschiede: Männer mit niedriger Qualifikation hatten ein nahezu fünffach erhöhtes Risiko im Verhältnis zu hochqualifizierten Männern.

Durchschnittliche Rentenhöhen in Euro/Monat



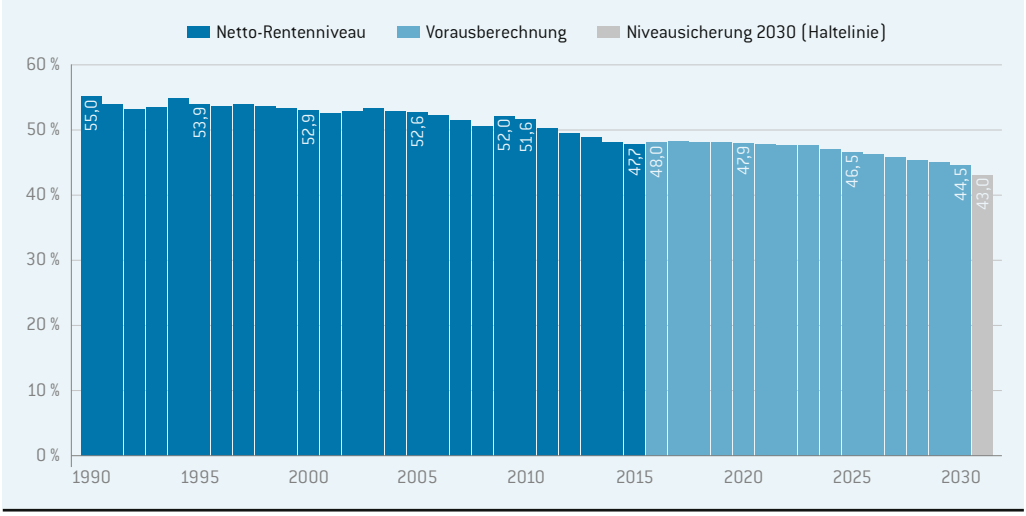
» Abb. 25: Durchschnittliche Rentenhöhen im Rentenbestand nach Rentenart und Geschlecht 2015. Zahlbeträge in Euro/Monat, neue und alte Länder, am Jahresende. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017i, Abbildung abbVIII29_30 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b.

Rentenhöhe und Prognosen über künftige Rentenentwicklung

Die individuellen Rentenanwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung werden wesentlich durch die Löhne und Gehälter aus rentenversicherungspflichtiger Beschäftigung begründet.[75] Für die Berechnung des Rentenanspruchs ist also die Höhe des individuell erzielten Einkommens im Vergleich zu den Durchschnittsentgelten aller Versicherten entscheidend – und zwar für den gesamten Verlauf des Versicherungslebens. Wer lange versicherungspflichtig gearbeitet hat und ein hohes Einkommen zu erreichen vermochte, erzielt eine höhere Rente als Beschäftigte, die nur wenige Beschäftigungsjahre aufweisen und/oder wenig verdient haben. Hinzu kommen bei bestimmten Rentenarten oder einem vorzeitigen Rentenbezug Abschläge gegenüber der Regelaltersrente. Die daraus resultierende große

75 Ergänzende Beiträge werden beispielsweise aus der Pflegeversicherung für pflegende Angehörige geleistet (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015b; vgl. auch Kapitel 5, S. 68).

Entwicklung des Netto-Rentenniveaus vor Steuern



» Abb. 26: Entwicklung des Netto-Rentenniveaus vor Steuern 1990 bis 2010. Höhe der Netto-Standardrente vor Steuern (45 Versicherungsjahre) in Prozent des durchschnittlichen Jahresentgelts. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017j, Abbildung abbVIII37 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Daten bis 2008: Deutsche Rentenversicherung Bund 2012; Daten ab 2008: BMAS 2016b.

Spreizung bei den Rentenhöhen spiegelt sich nicht in der Durchschnittsrente wider. Dennoch sind an letzterer einige strukturelle Ungleichheiten ablesbar.

Abbildung 25 zeigt, dass die durchschnittlichen Renten von Frauen bei allen Rentenarten mit Ausnahme der Erwerbsminderungsrente niedriger ausfallen als die der Männer. Hier schlägt sich nieder, dass Frauenerwerbsarbeit in der Regel von kürzeren Beschäftigungs- und Versicherungszeiten, von Teilzeitarbeit sowie von einer schlechteren Einkommensposition geprägt ist. Abbildung 25 veranschaulicht zudem, dass diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in den neuen Ländern schwächer ausgeprägt sind als in den alten Ländern. Dort – in der ehemaligen DDR – waren die Erwerbsmuster der Frauen durch eine höhere (Vollzeit-)Erwerbsbeteiligung gekennzeichnet als in der alten BRD.

Interessant für unsere Betrachtung der Lebenssituation der »Jungen Alten« ist die Entwicklung künftiger Renten. Bei Betrachtung des Verhältnisses der so genannten »Standardrente« zum durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen[76] zeigt sich, dass das Netto-Rentenniveau vor Steuern seit 1990 schrittweise gesunken ist und seit 2012 bei weniger als der Hälfte des durchschnittlichen Jahresentgelts liegt (vgl. Abbildung 26).

Bis zum Jahr 2030 wird das Netto-Rentenniveau nach den Vorausberechnungen der Bundesregie-

76 Vgl. zur Ermittlung der so genannten »Standardrente« und dem Vergleich mit dem durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen Bäcker u. a. (2017, S. 103). Zur Errechnung des Standardrentenniveaus Netto vor Steuern wird die Brutto-Standardrente abzüglich der darauf entfallenden Sozialabgaben (Kranken- und Pflegeversicherung) ins Verhältnis zum Durchschnittsverdienst desselben Jahres abzüglich der darauf entfallenden durchschnittlichen Sozialabgaben gesetzt (ebd.).

rung auf 44,5 % fallen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, S. 39; vgl. Abbildung 26).[77] Im Ergebnis verliert die Gesetzliche Rentenversicherung für viele Rentenbezieher und -bezieherinnen die Funktion, den jeweiligen Lebensstandard sichern zu können. Niedrigverdienerinnen und -verdienern wird es dann kaum möglich sein, eine Rente zu erreichen, die über dem Niveau der Grundsicherung im Alter liegt (Bäcker u. a. 2017, S. 105).

Ein Lebensstandard, der dem im Arbeitsleben erreichten nahekommt, kann in diesen Fällen nur gehalten werden, wenn durch freiwillige betriebliche oder private Altersvorsorge zusätzliche Rentenansprüche erworben oder andere Einkommensquellen wie z. B. Wohneigentum oder Vermögen erschlossen werden (Institut Arbeit und Qualifikation 2017j, S. 2; Loose und Thiede 2013). Dem steht jedoch entgegen, dass geringere Einkommen über längere Phasen des Erwerbslebens bzw. Phasen von Arbeitslosigkeit nicht nur zu niedrigen Rentenanwartschaften führen, sondern es auch unwahrscheinlicher machen, dass die Betroffenen solche Sicherungslücken durch eigene Vorsorge zu schließen vermögen (vgl. Frommert und Himmelreicher 2010).

Es zeichnet sich ab, dass sich das Leistungsniveau der Grundsicherung im Alter zunehmend mit dem der Renten überschneiden wird und künftige Empfängerinnen und Empfänger von Renten sehr viel häufiger unter den Grundsicherungs-Schwellenwert geraten werden (vgl. Bäcker u. a. 2017, S. 104–105 sowie Abbildung 48 im Anhang, S. 188).

Das künftige Sinken der Altersrenten ist jedoch kein übergreifendes, sondern ein sozial und regional differenziertes Phänomen (vgl. Himmelreicher 2016; Geyer 2014; Simonson 2012 u. a.). Anhand ihrer Mikrosimulationsstudie zur Entwicklung künftiger Altersrenten auf Basis des SOEP sowie der Versichertenkontenstichprobe (VSKT) der Deutschen Rentenversicherung von 2005 führten Geyer und Steiner (2010) aus, dass aufgrund der schlechten Arbeitsmarktsituation Geringqualifizierte sowie Menschen in Ostdeutschland mit sinkenden Renten rechnen müssen.

Prognose: Wachsende Altersarmut

Die Vorausberechnungen künftiger Rentenentwicklung lassen für die Zukunft einen Anstieg der Altersarmut erwarten. Besonders von diesem Risiko betroffen sind »neben den Erwerbsminderungsrentnern in erster Linie Langzeitarbeitslose, Beschäftigte in Niedriglohnbranchen und -regionen, Versicherte mit unterbrochenen Versicherungsverläufen sowie ›kleine‹ Selbständige«, wobei eine Konzentration dieser Risiken in Ostdeutschland zu erwarten ist und die genannten Gruppen »sich gleich mehrfach« überschneiden (Bäcker und Schmitz 2013, S. 42; vgl. auch Himmelreicher 2016).

Ein besonderes Risiko weisen auch Personen mit Migrationshintergrund auf, die in der bundesdeutschen Gesellschaft durchschnittlich nach wie vor beruflich und sozioökonomisch schlechter gestellt sind und häufiger – insbesondere gilt dies für sogenannte Arbeitsmigrantinnen und -migranten – eine schlechtere Gesundheit aufweisen (Klaus und Baykara-Krumme 2017; Tucci 2016; vgl. auch Kapitel 2, S. 10).

Sicherlich stehen angesichts solcher Prognosen nicht wenige aus der Altersgruppe bereits heute unter enormer seelischer Belastung; besonders vulnerabel sind dabei Geringqualifizierte, insbesondere in Ostdeutschland, unter ihnen am stärksten die Männer, sowie Menschen mit Migrationshintergrund.

77 Bäcker, Jansen und Schmitz (2017, S. 103) zufolge wird das »so errechnete Netto-Rentenniveau vor Steuer […] nach den Vorausberechnungen der Bundesregierung bis 2045 auf 41,6 % sinken.«

» 06.7 Fazit

In diesem Kapitel wurden Fragen der Erwerbstätigkeit und Erwerbs- bzw. Arbeitslosigkeit, des Renteneintritts und -bezugs, sowie Prognosen zur künftigen Entwicklung der Altersarmut der »Jungen Alten« beleuchtet. Auch der Lebensbereich der »Arbeit« zeigt sich dabei durch strukturelle Ungleichheiten und anhaltende Ost-West-Differenzen konturiert. Die »Jungen Alten« gehen mit höchst unterschiedlichen Erfahrungen, Belastungen und Ressourcen aus dem Berufsleben ins höhere Alter.

Wie viele Ältere arbeiten noch wieviel?
Etwa 69 % der Altersgruppe 55 bis 65 galten 2015 als Erwerbspersonen nach dem Konzept der ILO, das heißt, sie arbeiteten wenigstens eine Stunde pro Woche gegen Geld (66 % oder 7,3 Millionen) oder suchten eine Erwerbstätigkeit; knapp 31 % (3,4 Millionen) der 55- bis unter 65-Jährigen wurden zu den Nichterwerbspersonen gezählt. Geringer fiel hingegen die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (einschließlich Teilzeit) aus: Von den laut Bevölkerungsfortschreibung etwa 11,2 Millionen Menschen in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen waren 2015 rund 5,4 Millionen und damit etwas weniger als die Hälfte der Gesamtaltersgruppe versicherungspflichtig beschäftigt. Jenseits des 60. Lebensjahres war der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten deutlich geringer und machte mit knapp 1,9 Millionen Personen nur noch ein gutes Drittel dieser Altersgruppe aus. Von anhaltender Bedeutung waren geringfügige Beschäftigungsverhältnisse: Knapp 1,3 Millionen 55- bis unter 65-Jährige übten im Jahr 2015 eine geringfügig entlohnte Beschäftigung aus, rund 0,9 Millionen waren ausschließlich geringfügig entlohnt beschäftigt.

Die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen ist dabei nicht nur geschlechtsbezogen – zum Nachteil der Frauen – strukturiert. Auch Migrationsstatus, Region und insbesondere der berufliche Bildungsgrad sind von Bedeutung für die Erwerbsbeteiligungschancen der »Jungen Alten«.

Die Zahl der teilzeitbeschäftigten Älteren ist in den letzten zehn Jahren stark gestiegen. Obgleich es gleichzeitig zu einem Anstieg der Vollzeitbeschäftigungsquote kam, arbeiteten 2015 nur 10 % der 64-Jährigen in Vollzeit. Hier lässt sich zudem feststellen: Wer gering qualifiziert ist, arbeitet weitaus seltener in Vollzeit als höher Qualifizierte. Neben den – aufgrund der geringeren Rentenanwartschaften auch lebenslang spürbaren – ökonomischen Folgen, die eine reduzierte Arbeitszeit für die Betroffenen hat, stellt sich auch die Frage, inwiefern der große Umfang von Teilzeitbeschäftigung besonders bei den älteren Jahrgängen darauf deutet, dass eine Reduzierung der Arbeitszeit eine verbreitete Strategie ist, die eigene Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität im höheren Lebensalter zu erhalten. Ähnliches kann für eine Inanspruchnahme der Altersrente vor Erreichen des gesetzlichen Rentenalters vermutet werden. Das Auslaufen verschiedener gesetzlicher Regelungen zur Altersteilzeit sowie die mittlerweile in Kauf zu nehmenden beträchtlichen Abschläge bei einem vorzeitigen Rentenbezug erschweren solche Strategien jedoch.

Wichtige Gründe für das Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit sind der Übergang in den Ruhestand, auch aus gesundheitlichen Gründen, aber auch Entlassungen und befristete Arbeitsverträge. Dennoch sind ältere Arbeitnehmer und -nehmerinnen in Maßnahmen der betrieblichen Weiterbildung und der betrieblichen Gesundheitsförderung unterrepräsentiert, und spezifische Maßnahmen für ältere Beschäftigte noch immer nicht in der Breite vorhanden (vgl. Kapitel 4.6, S. 60).

Wie viele Ältere sind arbeitslos?
Der Verlust des Arbeitsplatzes und die Arbeitslosigkeit können mit enormen psychosozialen Belastungen einhergehen und müssen als gesundheitliche Risikofaktoren eingestuft werden. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt ist für ältere Arbeitnehmer und -nehmerinnen angespannt, insbesondere für jene mit geringer Qualifikation und diejenigen, die im Osten Deutschlands leben, sowie für Ältere mit Migrationshintergrund. Die Zahl der älteren Arbeitslosen ist seit 2010 gestiegen, während die Quote leicht rückläufig war und mit 7,3 % im Jahr 2015 etwas über der allgemeinen Arbeitslosquote von 6,4 % lag.

Von allen Arbeitslosen stellten die Angehörigen der Altersgruppe im Jahr 2015 20,3 %. Fast die Hälfte von ihnen war bereits länger als 12 Monate arbeitslos, und nur rund einem Viertel (24,7 %) der arbeitslosen »Jungen Alten« gelang es 2015, die Arbeitslosigkeit durch eine Wiederaufnahme von Beschäftigung zu überwinden. In über der Hälfte der Fälle zogen sich ältere Arbeitslose indes – ob freiwillig oder unfreiwillig – vom Arbeitsmarkt zurück. Sie werden dann nicht mehr als erwerbslos, sondern als Nicht-Erwerbspersonen geführt.

Wer in der Altersgruppe bezieht ab wann Rente?
In der Altersspanne 55 bis 65 Jahre steht für viele Beschäftigte der Austritt aus dem Erwerbsleben und für einen Teil davon der Übertritt in den Rentenbezug an. Rund 2,2 Millionen der 55- bis unter 65-Jährigen bestritten 2015 ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus Rente bzw. Pension. Das durchschnittliche Alter beim Erstbezug einer Altersrente lag 2015 bei 64 Jahren, doch nur ca. ein Drittel (35,1 %) schloss damit direkt an eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung an.

Der Übergang in den Ruhestand gilt als potentiell »kritisches Lebensereignis«, das die »Jungen Alten« in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, beruflichem Bildungsgrad, Region und Migrationshintergrund in unterschiedlichen Lebenslagen antrifft (vgl. Franke u. a. 2017). Dies ist bei der Entwicklung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Untersuchungsbedarf besteht hinsichtlich der Frage, wie diejenigen, die im höheren Lebensalter (langzeit)arbeitslos werden, diese biografische Veränderung erleben und welche Rolle dabei gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Institutionen, beispielsweise Anforderungen im Zusammenhang mit dem Bezug von ALG I und ALG II oder im Zuge der Beantragung von Erwerbsminderungsrenten, spielen (vgl. ebd.).

Wie werden sich die Renten künftig entwickeln?
Bis zum Jahr 2030 wird das Netto-Rentenniveau voraussichtlich auf 44,5 % des Durchschnittsverdienstes fallen, so dass die gesetzliche Rente für einen wachsenden Anteil der jüngeren Geburtenjahrgänge in der dargestellten Altersgruppe der »Jungen Alten« ihre Funktion einer Lebensstandardsicherung verlieren wird. Es zeichnet sich ab, dass sich die Höhe der künftigen Renten zunehmend mit dem Leistungsniveau der Grundsicherung im Alter überschneiden wird.

Das zukünftige Sinken der Altersrenten ist jedoch kein übergreifendes, vielmehr ein sozial und regional differenziertes Phänomen. Überproportional betroffen sind Menschen in den neuen Ländern sowie in Gesamtdeutschland Geringqualifizierte und Menschen mit Schwerbehinderung. Aufgrund ihrer nach wie vor bestehenden relativen Benachteiligung am Arbeitsmarkt gibt es besondere Risiken der Altersarmut auch für Menschen mit Migrationshintergrund.

Aus Perspektive der Gesundheitsförderung sollte (Alters-)Armut künftig noch stärker als bedeutsamer Risikofaktor für ein gesundes Altern beachtet werden. Dies bedeutet, die hier genannten Gruppen besonders in den Fokus zu nehmen.

07

Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe

Wie verbringen die »Jungen Alten« ihre Freizeit? Der Aspekt »Freizeit« beschreibt für die betrachtete Altersgruppe einen ambivalenten Bereich der Lebensgestaltung. Während die Erwerbsarbeit zunehmend weniger Zeit in Anspruch nimmt und viele der »Jungen Alten« aus ihren Arbeitsverhältnissen ausscheiden, steht für Freizeitaktivitäten mehr Zeit zur Verfügung. Diesen Freiraum nach den eigenen Bedürfnissen gestalten zu können, stellt für viele ältere Menschen sowohl ein Bedürfnis, als auch eine Herausforderung dar.

Die Freizeitgestaltung erfordert oft Eigeninitiative, Mobilität, Informiertheit und nicht zuletzt ökonomische Ressourcen. Wichtige, die Lebensqualität steigernde Aspekte wie Gesundheit, gesellschaftliche Teilhabe oder Bildung können durch entsprechende Freizeitaktivitäten gefördert werden. Daher werden im folgenden Kapitel im Einzelnen die Themen zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt, politische Partizipation, Weiterbildung, kulturelle Aktivitäten, Mediennutzung und Zugang zu Informationen, Sport und Bewegung sowie Mobilität näher dargestellt.

07.1 Zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt

In welchem Umfang engagieren sich die »Jungen Alten« in ihrer Freizeit, neben ihrer Erwerbstätigkeit oder als Nicht-Erwerbstätige in der und für die Ge-

sellschaft? In den Studien und Untersuchungen, die sich mit dieser Frage befassen, wird dieses Thema mit unterschiedlichen Begriffen beschrieben. Es geht um Ehrenamt, um Teilhabe oder Partizipation und um zivilgesellschaftliches bzw. freiwilliges Engagement. Eine eindeutige Abgrenzung der Begriffe gegeneinander lässt sich teilweise nur schwer feststellen, und die Verwendung eines übergeordneten Begriffs läuft Gefahr, wichtige Teilaspekte zu übersehen. Daher stehen im Folgenden die Begriffe so nebeneinander, wie sie in den entsprechenden Quellen verwendet werden. Eine der umfassendsten aktuellen Quellen ist dabei der Deutsche Freiwilligensurvey, aber auch im Deutschen Alterssurvey werden Daten zum freiwilligen Engagement verarbeitet.

Im Deutschen Freiwilligensurvey (FWS) wird in fünfjährigen Abständen das gesellschaftliche Engagement erfasst. Der aktuellste Survey von 2017 verarbeitet Daten von 2014 (Simonson u. a. 2017a) und verwendet eine »weite Definition des freiwilligen Engagements« (Simonson u. a. 2017, S. 37), die verschiedene Formen des Engagements wie Ehrenamt, Freiwilligenarbeit, Selbsthilfe, selbstorganisierte Aktivitäten und ähnliches umfasst (ebd.). Die Definition beruft sich auf die Enquete-Kommission »Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements«, nach der freiwilliges Engagement dadurch gekennzeichnet ist, dass es nicht auf materiellen Gewinn ausgerichtet ist, im öffentlichen Raum stattfindet, gemeinschaftlich ausgeübt wird, gemeinwohlorientiert und freiwillig ist (ebd. S. 34).

Dem Freiwilligensurvey zufolge engagierten sich im Jahr 2014 in dieser Form 44,5 % der 55- bis 59-Jährigen und 45,9 % der 60- bis 64-Jährigen (Vogel, Hagen u. a. 2017, S. 104). Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) gilt als freiwilliges Engagement die Ausübung einer Funktion oder eines Ehrenamtes in einer Gruppe oder Organisation (Wetzel und Simonson 2017, S. 84 f.). Auch wenn durch diese, im Vergleich zum Freiwilligensurvey, engere Definition die Gesamtzahlen Engagierter niedriger sind, sind viele Ergebnisse vergleichbar.

Engagement in %

Jahr	Freiwillig Engagierte im Alter 50 bis 64 Jahre
1999	36,5
2004	39,2
2009	37,0
2014	45,5

» Tab. 27: Engagement in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre im Zeitverlauf, in Prozent. Quelle: Vogel, Hagen u. a. 2017, S. 99; Datenbasis: FWS 1999, 2004, 2009, 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); eigene Darstellung.

Wie hat sich der Anteil derjenigen, die sich freiwillig engagieren, im Laufe der letzten Jahre entwickelt? Im DEAS wird die zeitliche Entwicklung des freiwilligen Engagements der 40- bis 85-Jährigen erhoben. Hier zeigt sich, dass sich der Anteil der engagierten 54- bis 65-Jährigen wie in allen anderen betrachteten Altersgruppen seit dem Jahr 1996 zum Teil mehr als verdoppelt hat. Waren im Jahr 1996 noch 12,9 % der 54- bis 59-Jährigen und 7,8 % der 60- bis 65-Jährigen im Sinne der obigen Definition engagiert, waren es im Jahr 2014 ein Viertel (25,3 %) der 54- bis 59-Jährigen und ein Fünftel der 60- bis 65-Jährigen (20,8 %) (Wetzel und Simonson 2017, S. 86).

Auch im Freiwilligensurvey wird deutlich, dass der Anteil der freiwillig Engagierten in den letzten 15 Jahren angestiegen ist (vgl. Tabelle 27).

Freiwilliges Engagement ist häufig Teil eines langfristigen Lebenskonzeptes und beginnt nicht erst mit dem Älterwerden. 43,9 % der engagierten 50- bis 64-Jährigen waren im Jahr 2014 schon seit elf Jahren und länger aktiv. Relativ kurz, d. h. seit bis zu zwei Jahren engagierten sich nur 14,3 % der

Anteile freiwillig Engagierter nach soziodemografischen Merkmalen in %

		Altersgruppe 50 bis 64 Jahre
Insgesamt 2014		45,5
Geschlecht	Frauen	42,9
	Männer	48,3
Haushaltsgröße	Einpersonenhaushalt	34,7
	Mit Kind	42,8
	Mit Partner	47,4
	Mit Partner und Kind	64,3
Region	Ostdeutschland	37,9
	Westdeutschland	47,6
	Ländlicher Raum	46,6
	Städtischer Raum	44,8
Erwerbsstatus	Erwerbstätig (Vollzeit)	47,8
	Erwerbstätig (Teilzeit)	49,4
	Nicht erwerbstätig (arbeitslos)	28,2
	Nicht erwerbstätig (berentet)	44,0
Bildung	Niedrig	34,7
	Mittel	41,8
	Hoch	55,5
Einschätzung der finanziellen Situation	Sehr gut	54,9
	Gut	51,9
	Mittel	40,1
	Eher schlecht	36,9
	Sehr schlecht	25,8
Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	30,1
	Ohne Migrationshintergrund	48,5

» Tab. 28: Anteile freiwillig Engagierter nach soziodemografischen Merkmalen in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre in Prozent im Jahr 2014. Quelle: Simonson u. a. 2017a; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de; eigene Darstellung.

Altersgruppe (Hameister u. a. 2017, S. 350). Obwohl der Anteil von Engagierten unter den »Jungen Alten« angestiegen ist, ist der zeitliche Umfang des freiwilligen Engagements bei den 50- bis 64-Jährige, wie in fast allen Altersgruppen kontinuierlich zurückgegangen (Hameister u. a. 2017, S. 349). Während im Jahr 1999 noch ein Drittel (33,4 %) der freiwillig Engagierten täglich oder mehrmals pro Woche aktiv war, waren es im Jahr 2014 nur noch 23,8 %. Es sind heute demnach mehr Menschen ehrenamtlich engagiert, dies aber in einem geringeren Umfang.

Das Ausmaß des sozialen Engagements unterscheidet sich erheblich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen (vgl. Tabelle 28): So engagieren sich Frauen seltener als Männer (Vogel, Hagen u. a. 2017, S. 105). Dieser Unterschied lässt sich möglicherweise damit erklären, dass Frauen mit oder ohne Erwerbstätigkeit die Hauptverantwortung für den eigenen Haushalt tragen und den größten Teil der hier anfallenden Arbeiten erledigen. Frauen übernehmen zudem häufiger Sorgetätigkeiten etwa im Bereich der Kinderbetreuung (siehe unten) oder der Pflege (vgl. Kapitel 5, S. 68) sowohl für Angehörige, als auch außerhalb der eigenen Familie. Gefragt nach den Hinderungsgründen geben (nicht-engagierte) Frauen aller Altersgruppen denn auch seltener berufliche Gründe, jedoch häufiger familiäre Gründe an als (nicht-engagierte) Männer (Vogel, Simonson u. a. 2017, S. 643).

Menschen, die mit Partnern und Kindern zusammenleben, engagieren sich zu einem größeren Anteil als Personen, die nur mit Partnern oder nur mit Kindern zusammenleben. Noch seltener sind Personen in Einpersonenhaushalten engagiert (Simonson und Hameister 2017, S. 454). In den alten Ländern lebende Menschen engagieren sich häufiger als jene, die in den neuen Ländern leben (Kausmann und Simonson 2017, S. 581). Unterschiede zwischen städtischem und ländlichem Raum sind dagegen in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen gering ausgeprägt (Hameister und Tesch-Römer 2017, S. 559). Menschen ohne Migrationshintergrund engagieren sich zu einem höheren Anteil als Menschen mit Migrationshintergrund (Simonson u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle 23-3a)

Nicht zuletzt hängt freiwilliges Engagement von den verfügbaren Ressourcen ab. Deutlich wird der Einfluss des Erwerbsstatus (Simonson u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle 16-2), von Bildung (Vogel, Hagen u. a. 2017, S. 105) und Einkommen (Simonson und Hameister 2017, S. 456). Am häufigsten sind Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigte engagiert, am seltensten Arbeitslose. Je höher die Bildung und je positiver die Einschätzung des eigenen Einkommens, desto wahrscheinlicher ist freiwilliges Engagement (vgl. Tabelle 28).

Auch die Gesundheit und Lebenszufriedenheit haben einen Einfluss auf das Engagement der 50- bis 64-Jährigen: Menschen besserer subjektiver Gesundheit, mit geringeren krankheitsbedingten Alltagseinschränkungen und höherer Lebenszufriedenheit engagieren sich häufiger freiwillig als Menschen mit mittlerer oder schlechter Gesundheit oder geringerer Lebenszufriedenheit (Müller und Tesch-Römer 2017).

Außerdem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Zusammenhalt im Wohnumfeld und dem freiwilligen Engagement: Je höher der Zusammenhalt in der unmittelbaren Nachbarschaft ist, umso wahrscheinlicher ist es, sich zu engagieren. Dies gilt für Personen ab 30 Jahren und für Frauen und Männer gleichermaßen (Huxhold und Hameister 2017, S. 512). Ob sich Menschen freiwillig engagieren, hängt zudem stark von den Gelegenheitsstrukturen, z. B. von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und vorhandenen sozialen Netzwerken (zusammenfassend Wetzel und Simonson 2017, S. 82) oder Angeboten ab.

Warum engagieren sich Menschen freiwillig? Der Freiwilligensurvey erfragt die Motive für ehrenamt-

Motive der freiwillig Engagierten in %

Motiv für freiwilliges Engagement	50 bis 64 Jahre	Alle Altersgruppen
Spaß haben	93,6	93,9
Mit anderen Menschen zusammenkommen	82,0	82,0
Gesellschaft mitgestalten	81,4	81,0
Mit anderen Generationen zusammenkommen	87,3	80,1
Qualifikation erwerben	42,5	51,5
Ansehen und Einfluss gewinnen	28,3	31,6
Beruflich vorankommen	15,9	24,9
Dazuverdienen	4,5	7,2

» Tab. 29: Angaben der freiwillig Engagierten zu den Motiven für ihr Engagement 2014, nach Altersgruppe, Anteil: »Stimme voll und ganz zu« und »stimme eher zu« in Prozent. Quelle: Müller u. a. 2017, S. 427 und 430; Datenbasis: FWS 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); eigene Darstellung.

liches Engagement, die sich bei den 50- bis 64-Jährigen nur wenig von denen anderer Altersgruppen unterscheiden (vgl. Tabelle 29). Das zentrale Motiv für freiwilliges Engagement ist der Spaß daran. Häufiger als in den jüngeren Altersgruppen gaben die 50- bis 64-Jährigen in der Befragung 2014 an, dass es ihnen wichtig ist, mit anderen Generationen zusammenzukommen, während Motive wie »Qualifikation erwerben«, »Beruflich vorankommen« oder »Dazuverdienen« erwartungsgemäß von geringerer Bedeutung waren als für jüngere Altersgruppen (Müller u. a. 2017, S. 430).

Informelle Unterstützung

Der Freiwilligensurvey erhebt auch den Umfang informeller Unterstützungsleistungen, die nicht in der Definition des freiwilligen Engagements erfasst werden. Dazu zählen unentgeltliche und private Hilfeleistungen, die sich an nicht-verwandte Personen im sozialen Nahraum richten. Unterschieden werden instrumentelle Unterstützung (wie z. B. Hilfe beim Einkaufen, bei der Gartenarbeit oder beim Umgang mit technischen Geräten), Kinderbetreuung und Pflege (Vogel und Tesch-Römer, S. 259 f.). Ein Viertel (24,7 %) der 50- bis 64-Jährigen gab im Jahr 2014 an, instrumentelle Hilfen an nicht-verwandte Personen zu leisten. Damit lag der Anteil in dieser Altersgruppe nur geringfügig höherer als bei den über 65-Jährigen (23,3 %) (ebd., S. 262). Gut jeder vierte Mann (26,8 %) und 22,8 % der Frauen gaben an, instrumentelle Hilfen zu leisten (ebd., S. 264). Frauen unterstützen dagegen häufiger bei der Kinderbetreuung (15,6 %) als Männer (11,3 %) (ebd., S. 268).

Im Gegensatz zum freiwilligen Engagement war der Anteil der 50- bis 64-Jährigen, die instrumentelle Hilfen leisteten, in den neuen Ländern im Jahr 2014 mit 26,6 % etwas höher als bei Menschen dieser Altersgruppe in den alten Ländern (24,2 %) (Kausmann und Simonson 2017, S. 587). Auch der Anteil der Befragten in Ostdeutschland, die angaben, nicht-verwandte Personen bei der Kinderbetreuung zu unterstützen, war mit 15,2 % etwas größer als bei den Befragten in Westdeutschland (13 %) (ebd. S. 588 f.). Während rund ein Viertel

(25,4 %) der 50- bis 64-Jährigen ohne Migrationshintergrund angab, instrumentelle Unterstützung zu leisten, war es bei den Menschen mit Migrationshintergrund gut ein Fünftel (21,2 %). Jedoch unterstützten Menschen mit Migrationshintergrund mit 14,8 % etwas häufiger Personen außerhalb der Familie bei der Kinderbetreuung als Menschen ohne Migrationshintergrund (13,2 %) (Simonson u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle 23-8a).

» 07.2 Politische Partizipation

Als politische Partizipation werden alle freiwilligen Aktivitäten gefasst, mit denen Personen außerhalb der Berufstätigkeit versuchen, auf politische Entscheidungen Einfluss zu nehmen oder an diesen mitzuwirken (Simonson und Vogel 2017, S. 199 f.). Die 50- bis 64-Jährigen waren in ihrem bisherigen Leben politisch aktiver als die jüngeren Altersgruppen (Simonson und Vogel 2017, S. 213). Auf Basis der Erhebung im Rahmen des Freiwilligensurveys lassen sich zwar keine Aussagen dazu treffen, wie alt die Befragten waren, als sie sich politisch beteiligten oder wie lange sie dies taten. Dennoch lässt sich feststellen, dass unter den 50- bis 64-Jährigen im Jahr 2014 knapp zwei Drittel in einer oder mehreren politischen Formen aktiv waren (ebd., S. 212). Unterschiede bei der Beteiligung zeigen sich hinsichtlich der Geschlechter und der Bildung.

An Unterschriftensammlungen oder Online-Petitionen haben sich knapp die Hälfte (49,8 %) der 50- bis 64-Jährigen schon einmal beteiligt und damit ein höherer Anteil als bei allen anderen Altersgruppen (30 bis 49: 46,9 %, 65+: 37,1 %) (Simonson und Vogel 2017, S. 204). Dies gilt auch für die Teilnahme an Demonstrationen: 39 % der 50- bis 64-Jährigen gaben bei der Befragung 2014 an, bislang mindestens einmal demonstriert zu haben, im Gegensatz zu 34,9 % der 30- bis 49-Jährigen und 26,1 % der über 65-Jährigen (ebd., S. 206). In Bürgerinitiativen waren 28 % der Altersgruppe schon einmal aktiv (30 bis 49: 22,7, 65+: 23 %) (ebd., S. 208). Hier bildet sich vermutlich ab, dass die »Jungen Alten« in der Zeit zwischen den Studentenrevolten 1968 und den Großdemonstrationen in der DDR um 1989 im jungen und mittleren Erwachsenenalter waren.

Mit zunehmendem Alter vergrößert sich der Anteil derjenigen, die schon einmal ein politisches Amt übernommen haben: 2014 galt dies für 11,7 % der 50- bis 64-Jährigen (und 12,8 % der über 65-Jährigen) im Vergleich zu 5,9 % in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen (Simonson und Vogel 2017, S. 211).

Politische Partizipation nach Geschlecht in %

Teilnahme an	Frauen	Männer	Gesamt
Unterschriftensammlung/Online-Petition	49,1	50,5	49,8
Demonstrationen	35,4	42,8	39,0
Bürgerinitiativen	28,3	27,7	28,0
Politisches Amt übernommen	9,4	14,2	11,7

» Tab. 30: Politische Partizipation in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre im Jahr 2014 nach Geschlecht, in Prozent. Quelle: Simonson u. a. 2017b, Tabelle 6-1 bis 6-4; Datenbasis: FWS 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); eigene Darstellung.

Politische Partizipation nach Bildungsstand in %

	Bildung			
Teilnahme an	Niedrig	Mittel	Hoch	**Gesamt**
Unterschriftensammlung/Online-Petition	32,5	44,5	65,1	49,8
Demonstrationen	22,4	32,9	54,7	39,0
Bürgerinitiativen	20,5	25,6	34,8	28,0
Politisches Amt übernommen	7,5	10,1	15,8	11,7

» Tab. 31: Politische Partizipation in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre im Jahr 2014 nach Bildungsstand, in Prozent. Quelle: Simonson u. a. 2017b, Tabelle 6-1 bis 6-4; Datenbasis: FWS 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); eigene Darstellung.

Auffällig ist, dass sich – wie beim freiwilligen Engagement – in allen Altersgruppen Frauen seltener als Männer politisch beteiligen (ebd., S. 213). Dies zeigt sich teilweise auch in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen. Frauen dieser Altersgruppe haben seltener an Demonstrationen teilgenommen und seltener politische Ämter übernommen als Männer. Bei der Beteiligung an Unterschriftensammlungen und der Aktivität in Bürgerinitiativen zeigen sich jedoch kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen (vgl. Tabelle 30).

Deutlichere Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Bildung. In allen vier erfragten Bereichen der politischen Partizipation haben Menschen mit niedriger Bildung seltener teilgenommen als höher Gebildete. Am seltensten haben sich in allen Altersgruppen Frauen mit niedriger Bildung beteiligt (Simonson u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle 6-1 bis 6-4). Dadurch besteht die Gefahr, dass die Interessen dieser Bevölkerungsgruppen vernachlässigt werden (Simonson und Vogel 2017, S. 213).

Teilnahme an Wahlen

2013 haben nach der repräsentativen Wahlstatistik 75,5 % der 50- bis 59-Jährigen und 79,8 % der 60- bis 69-Jährigen an den Bundestagswahlen teilgenommen (Statistisches Bundesamt und WZB 2016, S. 396). Im Vergleich zu den anderen Altersgruppen war die Wahlbeteiligung in diesen beiden Altersgruppen am höchsten, die Unterschiede zu den über 70-Jährigen und den 40- bis 49-Jährigen waren allerdings gering (70+: 74,8 %, 40 bis 49: 74,7 %, Durchschnitt 2013: 72,4 %, S. 396).

Spenden

Menschen spenden nicht nur Zeit, z. B. beim freiwilligen oder informellen Engagement oder bei der politischen Partizipation, sondern auch Geld. Auch durch Spenden kann auf gesellschaftliche Entwicklungen Einfluss genommen werden.

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die Spendenbereitschaft für soziale und gemeinnützige Zwecke insgesamt zurückgegangen ist. 1999 spendeten noch 63,4 %, 2014 nur noch 54,4 % der Befragten aller Altersgruppen (Hameister und Vogel 2017, S. 226). Auch in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ging die Spendenbereitschaft zurück: 1999 spendeten drei Viertel (75,7 %) der Altersgruppe, 2014 waren es 60,7 %. Während im Jahr 1999 die 50- bis 64-Jährigen die Altersgruppe mit der höchsten Spendenbereitschaft waren, sind es seit 2004 die über 65-Jährigen mit 72,2 % (ebd. S. 227).

Menschen mit höherer Bildung spenden in allen Altersgruppen anteilig häufiger (ebd., S. 222), was vermutlich mit größeren finanziellen Ressourcen zusammenhängt (ebd., S. 232). In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen spenden 48,8 % der Menschen mit niedriger und 70,9 % derjenigen mit hoher Bildung (Simonson u. a. 2017b, Tabellenanhang 7-1). Während Frauen seltener als Männer freiwillig und politisch engagiert sind, beteiligen sie sich in allen Altersgruppen etwas häufiger an Geldspenden als Männer (ebd., S. 222). 2014 spendeten 62,4 % der 50- bis 64-jährigen Frauen und 58,9 % der gleichaltrigen Männer (Simonson u. a. 2017b, Tabellenanhang 7-1). Grundsätzlich sind aber Menschen, die Geld spenden, auch häufiger freiwillig engagiert (Hameister und Vogel 2017, S. 231).

» 07.3 Weiterbildung

Die »Jungen Alten« weisen im Vergleich zu den über 65-Jährigen höhere schulische und berufliche Bildungsabschlüsse auf (vgl. Kapitel 2, S. 10). In welchem Umfang bilden sich die »Jungen Alten« während oder nach ihrer Erwerbsphase weiter? Hierbei wird unterschieden zwischen nicht-formaler Weiterbildung und informellem Lernen. Unter nicht-formaler Weiterbildung (non-formal education) werden Lernaktivitäten verstanden, bei denen es sich nicht um reguläre Bildungsgänge mit Abschluss handelt, die aber trotzdem eine organisierte Lehrer-Schüler-Beziehung aufweisen, z. B. Volkshochschulkurse oder Online-Schulungen. Dabei muss es sich nicht notwendigerweise um eine konventionelle Unterrichtssituation handeln, in der sich Lehrende und Lernende gegenüberstehen (BMBF 2015, S. 9). Im Gegensatz dazu ist das informelle Lernen nicht durch Lehrpersonen organisiert, erfolgt aber ebenfalls intentional/absichtsvoll (und nicht zufällig). Dazu zählt z. B. das Lernen durch Bücher, Fachzeitschriften, Internet oder Wissenssendungen im Fernsehen.

Den Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge (2017j, S. 33) nahmen im Jahr 2014 36 % der Männer und 43 % der Frauen an nicht-formalen Weiterbildungsaktivitäten teil. Es zeigt sich ein sehr deutlicher Unterschied zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen: Während 47 % der erwerbstätigen Männer und 59 % der erwerbstäti-

Weiterbildungsbeteiligung nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in %

	Gesamt		Erwerbstätige		Nicht-Erwerbstätige	
Weiterbildung	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Nicht-formale Weiterbildung, darunter	36	43	47	59	18	23
– betriebliche Weiterbildung	24	26	37	45	6	2
– individuelle berufsbezogene Weiterbildung	8	7	10	12	5	1
– nicht-berufsbezogene Weiterbildung	9	14	9	9	9	20
Informelles Lernen	55	49	54	50	57	47

» Tab. 32: Weiterbildungsbeteiligung der 55- bis 64-Jährigen nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in 2014, in Prozent der Altersgruppe, Mehrfachnennungen waren möglich. Quelle: Statistisches Bundesamt 2017j, S. 33; Darstellung verändert.

gen Frauen sich nicht-formal weiterbildeten, waren es 18 % der nicht-erwerbstätigen Männer bzw. 23 % der nicht-erwerbstätigen Frauen (vgl. Tabelle 32). Entsprechend erfolgte auch der überwiegende Teil der nicht-formalen Weiterbildung mit einem Berufsbezug. Dieser Zusammenhang findet sich nicht hinsichtlich des informellen Lernens: Die erwerbstätigen Männer und Frauen gaben 2014 zu 54 % bzw. 50 % an, sich informell weiterzubilden, im Gegensatz zu 57 % bzw. 47 % der Nicht-Erwerbstätigen (Statistisches Bundesamt 2017j, S. 33).

Differenziert nach Berufsgruppen und unabhängig vom Alter zeigt sich, dass Personen mit höherem Berufsabschluss (Meister/Fachschule, [Fach-] Hochschule) eine deutlich höhere allgemeine Weiterbildungsquote aufweisen als Personen mit Lehrausbildung/Berufsfachschule oder ohne Berufsabschluss (Statistisches Bundesamt 2017j, S. 35).

» 07.4 Kulturelle und andere Freizeitaktivitäten

Mit welchen Tätigkeiten verbringen die »Jungen Alten« ihre Freizeit jenseits von Engagement oder Weiterbildung? Die Daten zur Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung im Jahr 2016, die der Fernsehsender ARD auf Grundlage der repräsentativen Daten der Media Analyse 2016 Radio II ermittelt hat, zeigen, dass ein großer Teil der »Jungen Alten« mehrmals in der Woche fernsieht, Radio hört und Zeitung liest (vgl. Tabelle 33). Weiterhin wird Sport als Freizeitbeschäftigung von knapp der Hälfte und Basteln oder Heimwerken von etwa einem Fünftel der Befragten angegeben. Etwa 10 % der 50- bis 69-Jährigen gehen nach diesen Daten mehrmals die Woche aus (z. B. in die Kneipe) und damit ein deutlich höherer Anteil als diejenigen, die Theater, Konzert oder ein Kino besuchen.

Der Datenreport des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) von 2016 fragte nicht nach Aktivitäten, sondern nach der Zeit, die für bestimmte Aktivitäten verwendet wurde (Statistisches Bundesamt und WZB 2016). Demzufolge verbrachten die Angehörigen der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre im Durchschnitt etwa 1,5 Stunden in der Woche mit kulturellen Aktivitäten, wie dem Besuch eines Kinos, Theaters, Museums, von Sportveranstaltungen oder mit Ausflügen in den Zoo, den Zirkus oder Vergnügungsparks. Knapp vier (03:55) Stunden je Woche verbrachten die 45- bis 64-Jährigen mit Lesen (z. B. Zeitung, Zeitschriften, Bücher, auch Vorlesen lassen). Einen großen Teil der (Frei-) Zeit, nämlich gut 14,5 (14:35) Stunden je Woche, verbrachten die 45- bis 64-Jährigen mit Fernsehen bzw. dem Anschauen von Videofilmen und DVDs (Statistisches Bundesamt und WZB 2016, Seite 371).

Zugleich wünschten sich 40 % der 45- bis 64-Jährigen mehr Zeit für kulturelle Veranstaltungen. Die Hälfte der Altersgruppe, und damit ein höherer Anteil als in allen anderen Altersgruppen, wünschte sich zudem mehr Zeit fürs Lesen (Statistisches Bundesamt 2016g, S. 32).

Knapp die Hälfte der 50- bis 64-Jährigen war im Jahr 2014 Mitglied in Vereinen: 47,6 % der Altersgruppe waren Mitglied in mindestens einem Verein oder einer gemeinnützigen Organisation und hatten damit einen geringfügig höheren Anteil als in allen anderen Altersgruppen (Durchschnitt gesamt: 44,8 %, 65+: 46,5 %) (Vogel und Hameister 2017, S. 244). Männer der Altersgruppe waren mit 51,5 % häufiger als Frauen (43,9 %) Mitglied in einem Verein oder einer gemeinnützigen Organisation (Simonson u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle 8-3).

Auch die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft kann Impulse für die Freizeitgestaltung geben. Auffällig ist, dass der Anteil derjenigen, die

Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung in %

Mehrmals in der Woche	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	Alle Altersgruppen
Fernsehen	89,5	93,0	86,1
Radio hören	88,3	88,7	82,3
Zeitungen lesen	71,0	82,9	63,2
Fitness/Sport treiben	42,5	47,3	49,5
Zeitschriften lesen	27,1	33,0	25,3
Basteln, Heimwerken	23,2	23,6	20,6
Ausgehen (Disco, Kneipe)	9,3	10,4	12,6
Schneidern, Stricken, Häkeln	8,8	10,0	7,3
Ausgehen (Disco, Kneipe)	9,3	10,4	12,8
Theater-/Konzertbesuch	0,6	0,6	0,6
Kinobesuch	0,4	0,2	0,5

» Tab. 33: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2016 nach Altersgruppe in Prozent. Quelle: ARD-Mediadaten 2016; Datenbasis: ma 2016 Radio II; Darstellung verändert.

im Jahr 2014 keine Konfessionszugehörigkeit angaben, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen mit 40,1 % am höchsten von allen Altersgruppen war. Von den über 65-Jährigen gab knapp ein Drittel (30,6 %) an, konfessionslos zu sein, in den darunter liegenden Altersgruppen waren es 38,9 % (30 bis 49 Jahre) und 35,6 % (14 bis 29 Jahre) (Vogel und Hameister 2017, S. 240; vgl. Tabelle 34).

Konfessionszugehörigkeit in %

Konfession	50 bis 64 Jahre	Alle Altersgruppen
Katholische Kirche	27,7	28,0
Evangelische Kirche und Freikirchen	29,4	30,4
Islamische Religionsgemeinschaften	0,7	2,6
Sonstige Konfessionszugehörigkeit*	2,1	2,5
Keine Konfessionszugehörigkeit	40,1	36,6

* Hierzu zählen Judentum, Buddhismus, Zeugen Jehovas etc.

» Tab. 34: Konfessionszugehörigkeit der 50- bis 64-Jährigen im Jahr 2014, in Prozent. Quelle: Vogel und Hameister 2017, S. 240; Datenbasis: FWS 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Darstellung verändert.

» 07.5 Mediennutzung und Zugang

Durch welche Medien informieren sich die »Jungen Alten«, und mit welchen Medien kann die Zielgruppe erreicht werden? Zum Medienverhalten der Deutschen gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Erhebungen, zum Beispiel zur Internetnutzung oder den bevorzugten Presseerzeugnissen. Vor allem die Daten zur Internetnutzung sind gegenwärtig (noch) einem sehr schnellen Wandel unterzogen, der mit der rasanten technischen Entwicklung einhergeht. Beispielsweise haben sich Zugänglichkeit und Verfügbarkeit des Internets mit schnellen, flächendeckenden Netzen sowie relativ günstigen und mobilen Geräten in den vergangenen Jahren drastisch geändert. Da inzwischen fast sämtliche Arbeitsplätze mit Computern ausgestattet sind, haben berufstätige 55- bis 65-Jährige auch im Berufsalltag Zugang zu digitalen Medien. Gleichzeitig zeigen die Daten in Kapitel 7.4 (Tabelle 33 auf S. 119) aber auch, dass Fernsehen, Radio hören und Zeitung lesen nach wie vor von großer Bedeutung für die Altersgruppe sind.

Internet

Insgesamt nimmt die Internetnutzung in allen Altersgruppen Jahr für Jahr zu. Bei Betrachtung der Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigt sich jedoch immer noch, dass mit steigendem Alter der Anteil der Internetnutzerinnen und -nutzer kontinuierlich abnimmt. Aus den repräsentativen, deutschlandweiten Befragungen, die für den D21-Digital-Index 2016 durchgeführt wurden (Initiative D21 e. V. und Kantar TNS 2016), ergibt sich folgendes Bild: In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen nutzten im Jahr 2016 83 % das Internet (ebd., S. 58), und damit ein höherer Anteil als der Gesamtdurchschnitt von 79 % (ebd., S. 54). Bei den 60- bis 69-Jährigen lag der Anteil der Nutzung bei 69 % (ebd., 2016, S. 58). Etwas geringer waren die Anteile derjenigen, die das Internet über das Mobilfunknetz nutzen (mobile Internetnutzung). 54 % der 50- bis 59-Jährigen und 39 % der 60- bis 69-Jährigen gaben an, das Internet auch unterwegs zu nutzen, z. B. über Smartphones (ebd., S. 60) (vgl. Tabelle 35). Damit hat sich die Nutzungshäufigkeit bei der Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen im Vergleich zu den Vorjahren erheblich erhöht. Deutliche Unterschiede zeigen sich bei Betrachtung der über 70-Jährigen: hier gaben nur noch 36 % an, das Internet zu nutzen (ebd., S. 58).

Mit zunehmendem Alter zeigen sich auch größere Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Mit einem Anteil von 47 % nutzten über 65-jährige Frauen deutlich seltener das Internet als gleichaltrige Männer mit 64 %, während Geschlechtsunterschiede bei allen jüngeren Altersgruppen nur gering oder nicht vorhanden waren (Statistisches Bundesamt 2016h, S. 14). Unterschiede zu jüngeren Personen zeigen sich hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit: 61,3 % der 55- bis 69-Jährigen nutzten das Internet häufig (d. h. täglich oder mehrmals die Woche), im Gegensatz zu 76,9 % der 40- bis 54-Jährigen (Tesch-Römer u. a. 2016, S. 4).

Nach dem Digital-Index nutzten im Jahr 2016 62 % der 50- bis 59-Jährigen und gut die Hälfte der 60- bis 69-Jährigen ein Smartphone (vgl. Tabelle 35). Etwas niedrigere Zahlen ermittelten Koch und Frees in einer Befragung im Rahmen der ARD/ZDF-Onlinestudie 2016. Nach dieser gebrauchte jeder zweite 50- bis 69-Jährige ein Handy oder Smartphone (Koch und Frees 2016, S. 423). 48 % der Altersgruppe gaben an, das Internet auch unterwegs zu nutzen, die Mehrheit jedoch nicht täglich (ebd., S. 425). Die jüngeren Kohorten nutzten mobiles Internet sehr viel häufiger, weshalb auch bei den

Nutzung des Internets und genutzte Geräte in % und Stunden

Internetnutzung	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre
Nutzung des Internets	83	69
Mobile Nutzung	54	39
Nutzung Tablet	33	19
Nutzung Smartphone*	62	51
Durchschnittliche tägliche Dauer der Internetnutzung	2:33 Stunden	1:37 Stunden

* ARD/ZDF-Online Studien kommen zu niedrigeren Ergebnissen:
50 % der 50- bis 69-Jährigen benutzten 2016 »Smartphone/Handy (Netto)«

» Tab. 35: Nutzung des Internets und durchschnittliche tägliche Nutzungsdauer in Stunden sowie genutzte Geräte (Nutzerinnen und Nutzer in Prozent der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: Initiative D21 e. V. und Kantar TNS 2016, S. 12, 13, 58, 60; Datenbasis: D21-Digital-Index, Initiative D21 e. V., Kantar TNS 2016; eigene Darstellung.

künftigen »Jungen Alten« von einem weiteren starken Anstieg auszugehen ist.

Deutliche Unterschiede der Internetnutzung zeigen sich bei Betrachtung des Bildungsstandes: Nur 54,4 % der 55- bis 69-Jährigen mit niedriger Bildung, 76,2 % mit mittlerer und 92,2 % mit hoher Bildung nutzten das Internet (Tesch-Römer u. a. 2016, S. 3).

Wozu nutzten die 55- bis 69-Jährigen das Internet? Dem DEAS zufolge diente das Internet 2014 den Nutzerinnen und Nutzern der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen vor allem dazu, Informationen einzuholen (77,1 %) oder Kontakt mit Bekannten und Verwandten zu pflegen, z. B. über E-Mail, Videotelefonie oder Facebook (Tesch-Römer u. a. 2016, S. 4). 58,7 % kauften im Internet ein, 46,3 % nutzten es zur Unterhaltung, z. B. zum Musik hören oder Filme oder Fernsehen schauen, 41,6 % erledigten Bankgeschäfte über das Internet. Ein Drittel der Nutzer erzeugte eigene Inhalte, z. B. Texte und Bilder für Blogs, Websites oder Online-Verkäufe. Ein gutes Viertel nutzte das Internet zur Suche nach neuen Kontakten wie Freundschaften, Partnerschaften oder Gleichgesinnten (vgl. Tabelle 36). Die Rangordnung der Nutzungspräferenzen unterscheidet sich nicht von derjenigen der 40- bis 54-Jährigen, die jedoch in allen Bereichen aktiver waren (ebd., S. 4).

Gründe der Internetnutzung in %

	55 bis 69 Jahre
Suche nach Informationen	77,1
Kontakt mit Freunden, Bekannten, Verwandten	70,1
Einkaufen	58,7
Unterhaltung	46,3
Bankgeschäfte	41,6
Eigene Inhalte erzeugen	33,8
Suche nach sozialen Kontakten	26,8

» Tab. 36: Gründe der Internetnutzung in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre im Jahr 2014, in Prozent. Quelle: Tesch-Römer u. a. 2016, S. 4; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

In geringerem Ausmaß als in jüngeren Altersgruppen nutzten auch die »Jungen Alten« zunehmend Instant-Messaging-Dienste und soziale Netzwerke (vgl. Tabelle 37).

Auch digitale Gesundheitsinformationen und -angebote gewinnen in allen Altersgruppen zunehmend an Bedeutung. Laut einer von der Techniker Krankenkasse beauftragten Studie nutzten im Jahr 2016 67 % der 50- bis 59-Jährigen und 44 % der 60- bis 70-Jährigen das Internet, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (Techniker Krankenkasse 2016, S. 7). Nicht nur allgemeine Gesundheitsinformationen sind digital zugänglich: In den letzten Jahren wurden immer mehr Gesundheits-Apps entwickelt, Programme, die auf Smartphones oder Tablets genutzt werden können, um beispielsweise an die Medikamenteneinnahme zu erinnern oder Krankheitssymptome zu erfassen. Die Erfahrung, solche Apps zu benutzen, hatten nur 5 % der Befragten aller Altersgruppen gemacht. Künftig vorstellen konnten sich dies 32 % der 40- bis 59-Jährigen, aber nur 16 % der 60- bis 70-Jährigen (ebd., S. 12).

Regelmäßige Nutzung von Messaging-Diensten und sozialen Netzwerken in %

Kommunikation	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre
Nutzung Instant-Messaging-Dienste (wie WhatsApp)	54	35
Nutzung sozialer Netzwerke (z. B. Facebook, Xing, Google+)	30	20

» Tab. 37: Regelmäßige Nutzung (d. h. ein- oder mehrmals die Woche) von Messaging-Diensten und sozialen Netzwerken in Prozent. Quelle: Initiative D21 e. V. und Kantar TNS 2016, S. 15; Datenbasis: D21-Digital-Index, Initiative D21 e. V., Kantar TNS 2016; Darstellung verändert.

Fernsehen/Radio

Angesichts der wachsenden Popularität des Internets stellt sich die Frage, welche Rolle Fernsehen und Radio für die »Jungen Alten« noch spielen. Die 50- bis 64-Jährigen verbringen mehr Zeit mit Fernsehen als die jüngeren Altersgruppen, aber weniger als die über 65-Jährigen (ARD Mediendaten 2015). In den ostdeutschen Ländern ist die Fernsehdauer altersübergreifend höher. Im Jahr 2015 sahen in Westdeutschland lebende 50- bis 64-Jährige im Durchschnitt 273 Minuten (etwa 4,5 Stunden) pro Tag fern, in Ostdeutschland waren es 347 Minuten (etwa 6 Stunden) (ARD Mediendaten 2015).

Menschen im Alter zwischen 50 bis 64 nutzen das Fernsehen häufiger zur Informationsgewinnung als jüngere Menschen und seltener als über 65-Jährige. Sie sehen sich etwas seltener als jüngere Altersgruppen Beiträge zur Unterhaltung oder zur Werbung an und in etwa genauso häufig Fiction, d. h. Filme, Krimis, Serien etc. (Media Perspektiven Basisdaten 2015, S. 71).

Spartennutzung im Fernsehprogramm in %

Sparte	50 bis 64 Jahre
Information	32
Sport	7
Unterhaltung	16
Fiction	34
Werbung	8
Sonstiges	3

» Tab. 38: Spartennutzung im Fernsehprogramm in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 2014 in Prozent. Quelle: Media Perspektiven 2015, S. 71; Datenbasis: AGF in Zusammenarbeit mit GfK, TV-Scope, Fernsehpanel (D+EU). SWR Medienforschung/Programmstrategie sowie eigene Berechnungen der Media Perspektiven Basisdaten; Darstellung verändert.

Verstärkt werden auch die Mediatheken der Fernsehsender genutzt. 2015 nutzten 8 % der 50- bis 69-jährigen Befragten Mediatheken, 2016 waren es 11 %. Auch die Videonutzung über das Internet ist 2016 bei dieser Altersgruppe wie in allen Altersgruppen mit ca. 50 % im Vergleich zu 2015 (35 %) stark angestiegen (Koch und Frees 2016, S. 430).

Auch mit Radiohören verbringen Menschen im Alter zwischen 50 bis 69 Jahren mehr Zeit als alle anderen Altersgruppen, sogar mehr als die über 70-Jährigen (Durchschnitt alle Altersgruppen: 178 Minuten). Die 50- bis 59-Jährigen hörten 214 Minuten am Tag Radio, die 60- bis 69-Jährigen 213 Minuten (Media Perspektiven Basisdaten 2015, S. 78). Im Gegensatz zu den 20- bis 49-Jährigen hörten die 50- bis 69-Jährigen Radio häufiger im Haus als bei außerhäuslichen Aktivitäten (ebd.) (vgl. Tabelle 39).

Druckmedien: Zeitungen und Zeitschriften

Die Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e. V. hat für das Jahr 2017 regionale und überregionale Druckmedien in Deutschland hinsichtlich ihrer Reichweite und bezogen auf unterschiedliche Zielgruppen und Regionen erfasst (Media-Analyse agma mmc 2017). Die Daten haben nur eine begrenzte Aussagekraft, weil die Erhebung die Verbreitung der Medien, aber nicht deren Lektüre ermittelt. So steht an erster Stelle des Presse-Rankings die Zeitschrift ADAC Motorwelt (vgl. Tabelle 40). Dieses Heft erhält jedes ADAC-Mitglied als Mitgliederzeitung kostenfrei und unaufgefordert per Post. Die Daten sagen in diesem Fall vor allem etwas über die Zahl der ADAC-Mitglieder aus. Ob und in welchem Ausmaß die Zeitschrift von der Zielgruppe auch gelesen wird, lässt sich aus den Daten nicht ableiten.

Ein weiteres Problem stellt die Frage nach der Bedeutung von Tageszeitungen für die Zielgruppe dar. Da die Reichweite für jede Tageszeitung einzeln und

Radiohören, Nutzungsdauer in Minuten/Tag

Radiohören	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre
Im Haus	114	159
Außer Haus	99	53
Arbeit im Haus	38	51
Arbeit außer Haus	55	16
Beim Autofahren	42	32
Beim Essen im/außer Haus	29	40
Sonstige Tätigkeiten	43	64

» Tab. 39: Radiohören, Nutzungsdauer in Minuten/Tag nach Altersgruppen. Quelle: Media Perspektiven 2015, S. 78; Datenbasis: Media-Analyse; Darstellung verändert.

Reichweite von Presseerzeugnissen in %

Presseerzeugnis	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre
ADAC Motorwelt	26,9	25,9
Bild/Deutschland	15,9	15,1
Bild am Sonntag	15,1	16,1
rtv	14,2	21,5
Stern	11,6	11,2
Der Spiegel	10,4	10,1
Bild der Frau	9,8	12,3
Prisma	9,2	12,9

» Tab. 40: Reichweite von Presseerzeugnissen 2017 in Prozent nach Altersgruppen. Quelle: agma mmc 2017; Darstellung verändert.

nicht als Rubrik »Tageszeitung« erhoben wird und die jeweiligen Fallzahlen entsprechend klein sind, tauchen auf den oberen Plätzen des Presse-Rankings nur überregionale Presse-Erzeugnisse auf. Ein Hinweis auf die Bedeutung der Tageszeitungen kann lediglich die Verbreitung der Zeitungsbeilagen rtv und prisma liefern, die als Fernsehzeitung den Tageszeitungen beiliegen und sich als eigenständige Presse-Erzeugnisse im Ranking befinden.

» 07.6 Sport und Bewegung

Körperliche Aktivität und sportliche Betätigung wirken präventiv gegen zahlreiche Erkrankungen im Alter, wie gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, unterschiedliche Krebsarten oder Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Auch senken sie das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (Lee u. a. 2012). Regelmäßige Bewegung wirkt als Sturzprophylaxe und beugt Osteoporose vor. Schließlich stellen sportliche Freizeitaktivitäten eine Form der Geselligkeit und gesellschaftlichen Teilhabe dar, die neben gesundheitlichen auch wichtige soziale Effekte bewirken.

Im Rahmen des Deutschen Alterssurveys wurde 2014 die sportliche Aktivität in Deutschland erhoben. Dabei wurde nach der Art und Häufigkeit der Sportaktivitäten gefragt und als Beispiel Wandern, Fußball, Gymnastik oder Schwimmen genannt (Spuling, Ziegelmann u. a. 2017, S. 142). 38,1 % der Befragten aus der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen gaben an, sich mehrmals wöchentlich sportlich zu betätigen, ungefähr 17,8 % übten einmal wöchentlich Sport aus, fast die Hälfte (44 %) trieb selten oder nie Sport (ebd., S. 145). Dabei zeigt sich, dass vor allem in Ostdeutschland lebende Menschen, und hier mehr Männer als Frauen, seltener Sport trieben als westdeutsche Männer und Frauen (vgl. Tabelle 41).

Verglichen mit früheren Erhebungen (1996, 2002, 2008) waren die 54- bis 65-Jährigen im Jahr 2014 sportlich aktiver (vgl. Abbildung 27). 1996 gab ein Fünftel der 54- bis 59-jährigen Befragten an, mehrmals in der Woche Sport zu treiben, 2014 waren es über ein Drittel. In der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen stieg der Anteil derjenigen, die mehrmals die Woche Sport treiben, sogar von 16,4 % auf 40 % (Spuling, Ziegelmann u. a. 2017, S. 150).

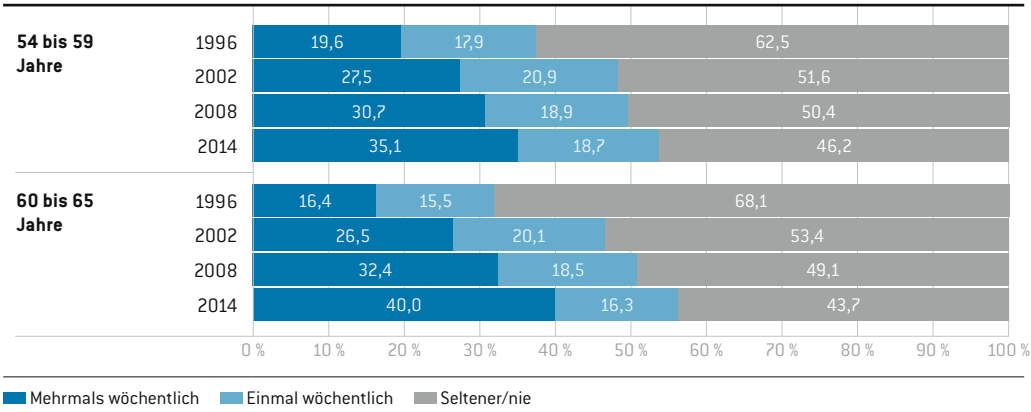
Das Robert Koch-Institut ermittelte im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (bezogen auf das Jahr 2012) das sportliche Aktivitätsniveau,

Sportliche Betätigung nach Region und Geschlecht in %

	Deutschland gesamt		Westdeutschland		Ostdeutschland	
Sportliche Aktivität	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mehrmals wöchentlich	35,9	40,3	37,8	43,2	27,9	27,5
Einmal wöchentlich	14,4	21,1	14,4	20,9	14,5	21,8
Seltener/nie	49,7	38,7	47,8	35,9	57,6	50,8

» Tab. 41: Sportliche Betätigung nach Alter und Häufigkeit 2014 in Prozent der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre nach Region und Geschlecht. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 9-1; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

Sportliche Aktivität nach Jahren und Altersgruppen



» Abb. 27: Sportliche Aktivität 1996, 2002, 2008 und 2014, nach Jahren und Altersgruppen, in Prozent. Quelle: Spuling, Ziegelmann u. a. 2017, S. 150; Lizenz: CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

indem erfragt wurde, ob in den letzten drei Monaten Sport gemacht wurde. Die Ergebnisse wurden vor dem Bildungshintergrund, differenziert nach Männern und Frauen, ausgewertet und für die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen dargestellt. Hier zeigen sich große Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. Personen aus den oberen Bildungsgruppen waren häufiger sportlich aktiv als Personen aus den unteren Bildungsgruppen (vgl. Tabelle 42). Knapp die Hälfte der Frauen und Männer der unteren Bildungsgruppe trieben keinen Sport, jedoch nur ca. ein Fünftel derjenigen der oberen Bildungsgruppe. Frauen trieben häufiger Sport als Männer, nur in der Gruppe derjenigen, die mehr als vier Stunden pro Woche Sport treiben, war der Anteil der Männer etwas größer (RKI 2014b, S. 3).

Sportliche Aktivität nach Bildung und Geschlecht in %

	Kein Sport		< 2 Stunden/Woche Sport		2 bis 4 Stunden/ Woche Sport		> 4 Stunden/Woche Sport	
Sportliche Aktivität	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamt	**37,2**	**32,3**	**21,8**	**24,4**	**20,4**	**26,1**	**20,6**	**17,2**
Untere Bildungsgruppe	49,6	45,3	23,8	21,9	15,0	24,9	11,6	8,0
Mittlere Bildungsgruppe	43,7	33,8	19,9	23,9	17,1	24,1	19,3	18,2
Obere Bildungsgruppe	21,8	18,5	24,6	27,5	27,9	32,3	25,8	21,6

» Tab. 42: Sportliche Aktivität der Altersgruppe 45 bis 64 nach Bildung und Geschlecht in Prozent der Altersgruppe im Jahr 2012. Quelle: RKI 2014b, S. 3; Datenbasis: GEDA 2012; Darstellung verändert.

Körperliche Aktivität nach Bildung und Geschlecht in %

	Weniger als 2,5 Stunden/Woche körperlich aktiv		Mehr als 2,5 Stunden/Woche körperlich aktiv an weniger als fünf Tagen		Mindestens fünfmal/Woche mindestens 30 Minuten körperlich aktiv	
Körperliche Aktivität	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamt	**60,9**	**61,2**	**18,0**	**17,6**	**21,0**	**21,3**
Untere Bildungsgruppe	74,2	57,5	10,4	15,3	15,4	27,2
Mittlere Bildungsgruppe	56,7	59,9	18,3	18,5	25,0	21,6
Obere Bildungsgruppe	63,9	66,8	20,1	17,0	16,0	16,2

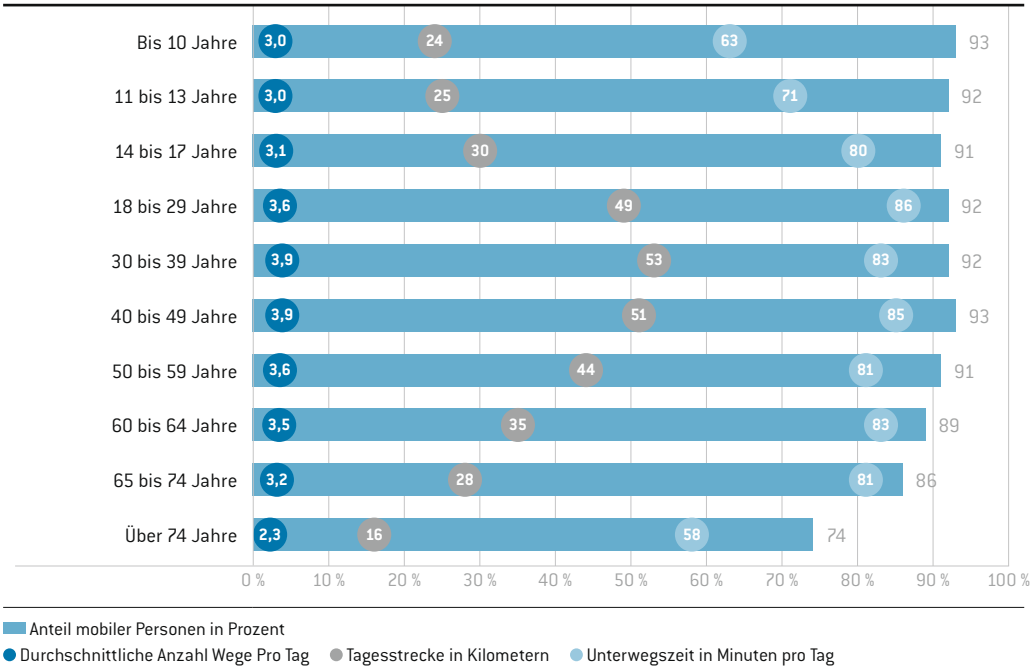
» Tab. 43: Körperliche Aktivität der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre nach Bildung und Geschlecht in Prozent der Altersgruppe im Jahr 2012. Quelle: RKI 2014c, S. 3; Datenbasis: GEDA 2012; Darstellung verändert.

Das RKI hat in seiner Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012« nicht nur Daten zur sportlichen, sondern auch zur körperlichen Aktivität von Männern und Frauen in Abhängigkeit von ihrem Alter und ihrer Bildungszugehörigkeit erhoben. Dafür wurde nach Häufigkeit und Dauer von Aktivitäten gefragt, bei denen die Befragten ins Schwitzen oder außer Atem geraten (RKI 2014c, S. 1). In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen waren im Jahr 2012 ca. 61 % der Personen weniger als 2,5 Stunden/Woche körperlich aktiv, aber ca. 21 % mindestens 30 Minuten an fünf Tagen in der Woche (vgl. Tabelle 43). Insgesamt ist das Bild sehr heterogen. Frauen der unteren Bildungsgruppe waren im Vergleich zu den Frauen der oberen Bildungsgruppe häufiger mindestens fünfmal pro Woche für mindestens 30 Minuten körperlich aktiv und auch seltener weniger als 2,5 Stunden pro Woche. Dies war bei den Männern nicht der Fall.

Dass sich der Zusammenhang zwischen höherer Bildung und sportlicher Aktivität bei der körperlichen Aktivität nicht zeigt, kann ein Hinweis darauf sein, dass Angehörige höherer Bildungsschichten eher an ausdrücklich sportlichen Aktivitäten teilnehmen, während die Menschen mit niedriger formaler Bildung in einem weiteren, auch Betätigungen wie Garten- oder Hausarbeit umfassenden Sinne körperlich aktiv sind oder beruflichen Tätigkeiten nachgehen, die mit körperlicher Aktivität verbunden sind (RKI 2010, S. 77 ff.).

Mit den Daten des Olympischen Sportbundes, die dieser über die Mitgliedschaften seiner Landesverbände erhebt, kann ein ungefährer Eindruck über die Art der sportlichen (Vereins-) Aktivitäten älterer Menschen ermittelt und damit dem Bild über die sportlichen Aktivitäten der »Jungen Alten« eine weitere Facette hinzugefügt werden. 2016 waren ca. 6,3 Millionen Menschen im Alter zwischen 41 und 60 Jahren Mitglied in einem deutschen Sportverein, davon etwa 2,5 Millionen Frauen und 3,8 Millionen Männer (Deutscher Olympischer Sportbund 2016, S. 3). Nach Sportarten und Geschlecht differenziert ergibt sich folgendes Bild: Die meisten Frauen dieser Altersgruppe wurden in der Abteilung Turnen gezählt, gefolgt von Fußball und Tennis. Bei den Männern überwog bei weitem der Fußball, gefolgt von Turnen, Tennis und den Schützen (ebd.).

Wegestrecken, Wegedauer und Anzahl der Wege pro Tag



» Abb. 28: Wegestrecken, Wegedauer und Anzahl der Wege/Tag nach Alter, 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 75; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

» 07.7 Mobilität

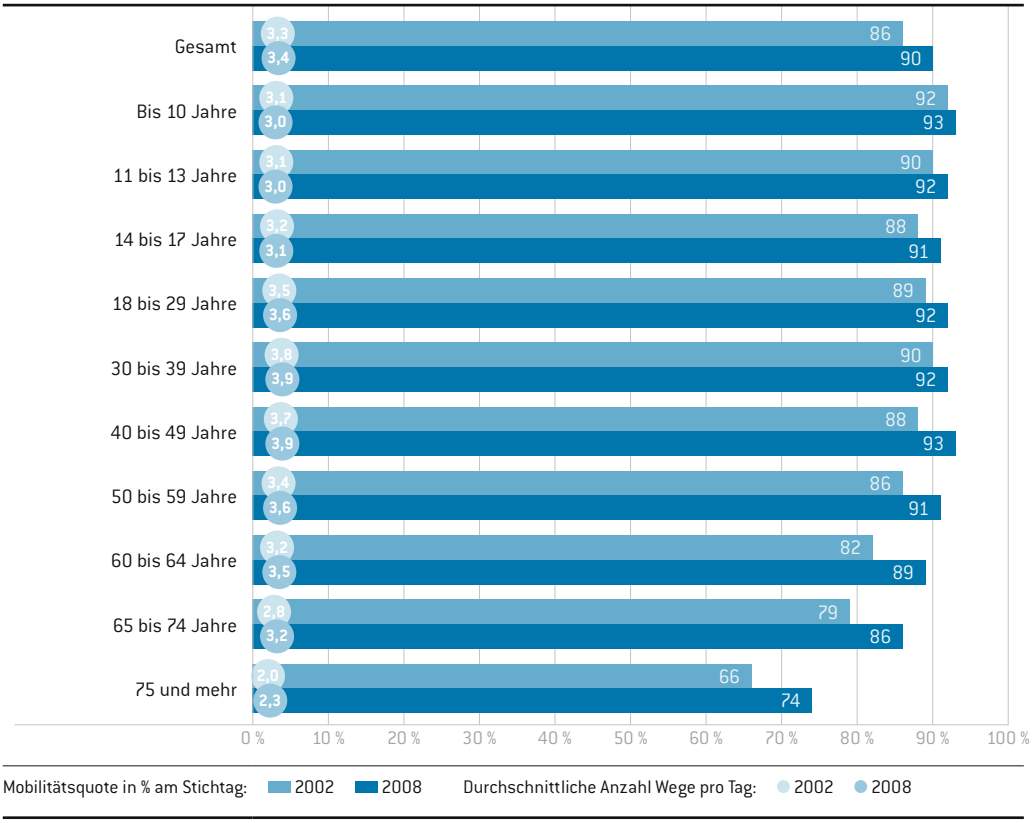
Wie mobil sind die jungen Alten? Welche Verkehrsmittel nutzen sie wann, wie oft und zu welchem Zweck? Die Studie »Mobilität in Deutschland« (BMVBS 2010) hat sehr umfassend das Mobilitätsverhalten der in Deutschland lebenden Menschen erhoben.[78] In der Studie wurde sowohl das Mobilitätsverhalten an sich, in seiner zeitlichen Entwicklung, aber auch vor dem Hintergrund von räumlichen oder personengebundenen Einflussfaktoren dargestellt. Die Erhebungen zeigen, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen erheblichen Einfluss auf das Mobilitätsverhalten haben.

Anzahl, Länge und Zweck der Wege

Welche Strecken legen ältere Menschen – unabhängig vom Verkehrsmittel – täglich zurück, wie lange sind sie unterwegs, und welche Entfernungen be-

78 Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Bandes (2018) waren die Ergebnisse der im Jahr 2017 durchgeführten Erhebung noch nicht veröffentlicht. Daher werden hier die Daten der letzten Erhebung aus dem Jahr 2008 vorgestellt.

Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl

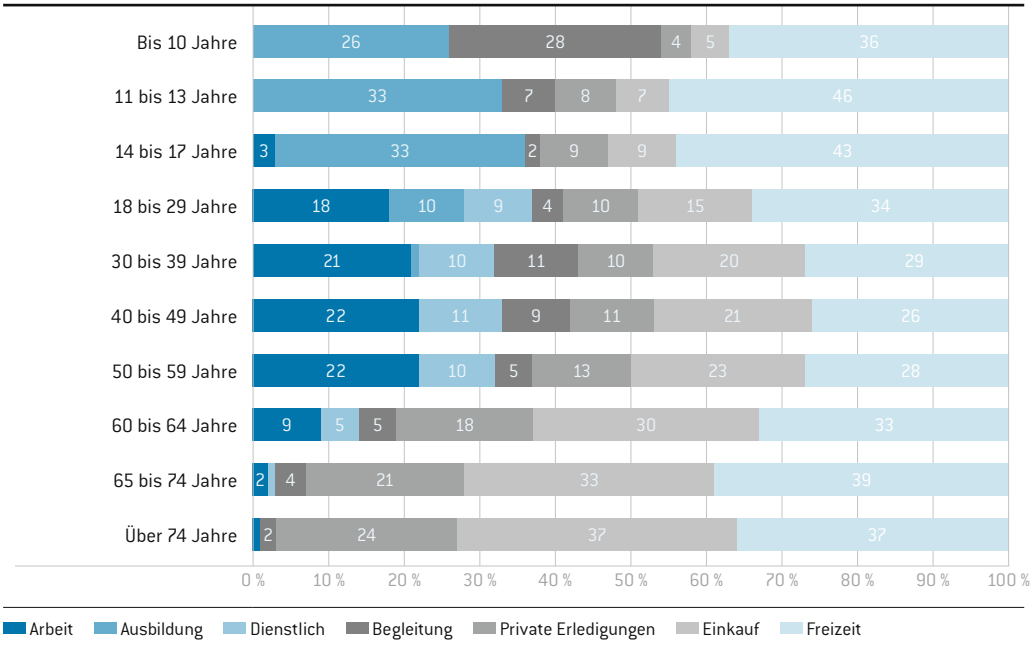


» Abb. 29: Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl nach Alter, 2002 und 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 171; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

wältigen sie dabei im Durchschnitt? Diese grundlegenden Kenngrößen zur Beschreibung der Mobilität wurden in der Studie in Abhängigkeit von der Altersgruppe erhoben. Damit ließ sich die Entwicklung der außerhäuslichen Mobilität über die Lebensalter abbilden. Die durchschnittliche »Unterwegszeit« war im Erwachsenenalter relativ konstant bei 80 bis 86 Minuten am Tag und nahm erst für die Altersgruppe 74+ deutlich auf durchschnittlich 58 Minuten am Tag ab. Die »Jungen Alten« legten im Alter von 50 bis 59 bzw. 60 bis 64 Jahren im Durchschnitt 3,9 Wege mit einer (Gesamt-)Länge von 44 bzw. 35 Kilometern und einer (Gesamt-)Dauer von 81 bzw. 83 Minuten pro Tag zurück. Das bedeutet, dass mit zunehmendem Alter die Wege kürzer und die Wegedauer länger wurden. Daraus ließ sich folgern, dass die betrachtete Altersgruppe andere, eventuell langsamere Verkehrsmittel für ihre Wege einsetzte, sich insgesamt langsamer fortbewegte oder ihre Wege unterbrach.

Ein Vergleich der Entwicklung von Mobilität nach Altersgruppen von 2002 und 2008 verzeichnete ein

Wegezwecke nach Alter



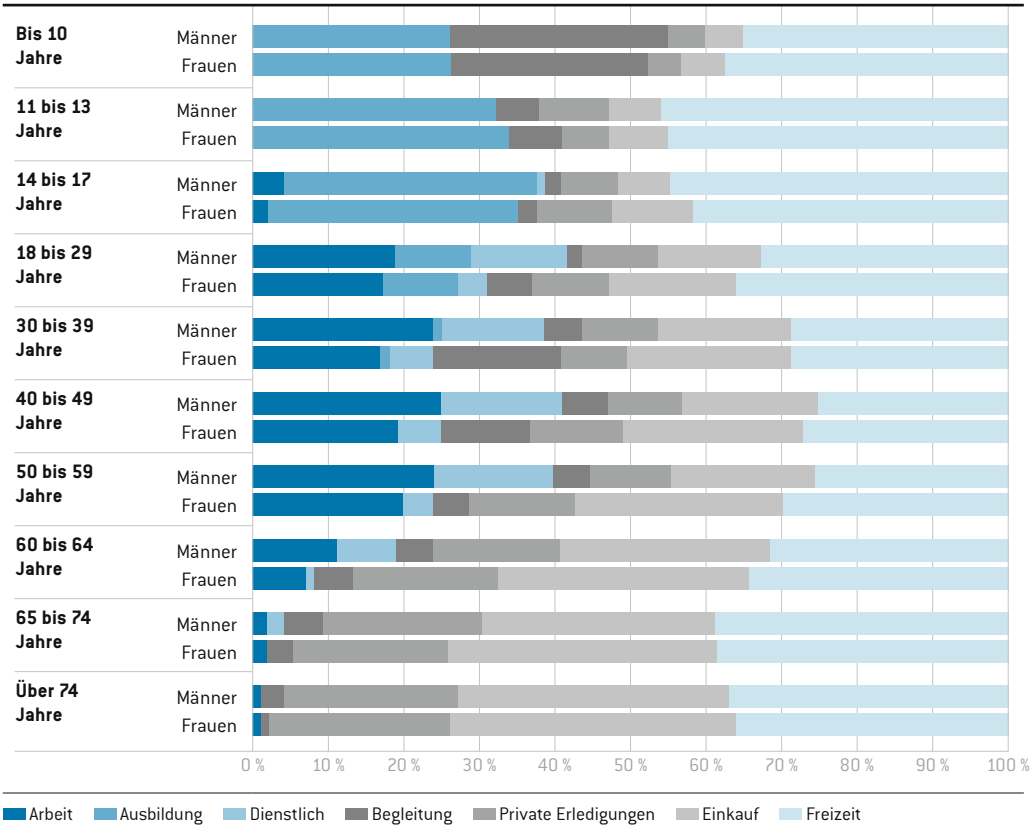
» Abb. 30: Wegezwecke in Prozent nach Alter 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 76; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

überproportional starkes Wachstum der Wegeanteile der über 64-Jährigen (infas und DLR 2010, S. 171). Während der Anteil dieser Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung um 16 % wuchs, nahm der Anteil ihrer Wege am Gesamtwege-Aufkommen um 31 % zu. Diese Zahlen lassen sich zum Teil vor dem Hintergrund des Wachstums der Altersgruppen erklären, aber eben nicht ausschließlich. Zusätzlich muss davon ausgegangen werden, dass sich die Mobilität insgesamt erhöht hat, sei es durch einen Rückgang der Mobilitätseinschränkungen im Alter, bessere Mobilitätsangebote und -chancen oder die verstärkte Notwendigkeit zur Mobilität, etwa weil Versorgungsangebote nur mit erhöhtem Mobilitätsaufwand zu erreichen sind. Nach Einschätzung der Studie lag jedenfalls »(die) Veränderung des Mobilitätsverhaltens in der Gruppe der Älteren (…) somit merklich über immer wieder geäußerte(n) Erwartungen.« (BMVBS 2010, S. 171). Auch die Mobilitätsquoten[79] der 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 64-Jährigen stiegen von 2002 nach 2008 deutlich an: auf 91 % bzw. 89 % der Altersgruppe, die am Stichtag eine durchschnittliche Anzahl von 3,6 bzw. 3,5 Wegen zurückgelegt hatten.

Warum sind die älteren Menschen unterwegs? Für die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen zeigte

79 Mobilitätsquote = Anteil der Altersgruppe, die am Stichtag unterwegs ist, in Prozent.

Wegezwecke nach Alter und Geschlecht

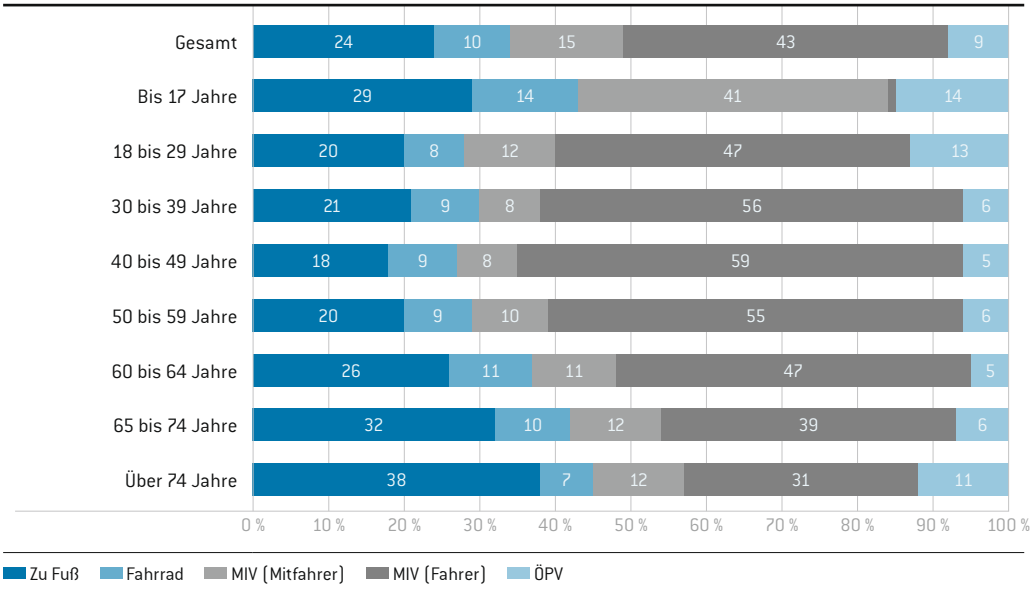


» Abb. 31: Wegezwecke in Prozent nach Alter und Geschlecht 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 76; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

sich 2008, dass weniger Wege aus beruflichen oder Ausbildungszwecken zurückgelegt wurden. Obwohl bereits in der Altersgruppe 55 bis 60 Jahre ein allmählicher Rückgang der Erwerbstätigkeit zu beobachten war, drückte sich dieser Einfluss nicht in den Wegezwecken dieser Kohorte aus. Dagegen legten die 60- bis 64-Jährigen einen deutlich höheren Anteil ihrer Wege für Einkäufe, Freizeit oder private Erledigungen als für Arbeit zurück.

Eine differenzierte Darstellung der Anlässe für die Wege nach Geschlecht zeigt deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die sich durch sämtliche Altersgruppen ab 18 Jahre ziehen und sich erst in den Altersgruppen über 65 Jahre angleichen. Frauen legten in den Altersgruppen 50 bis 59 und 60 bis 64 Jahre weniger Wege aus beruflichen Gründen als Männer zurück. Die Abbildung 31 zeigt, dass Männer in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre ca. 40 % ihrer Wege wegen der Arbeit gingen oder fuhren, im Gegensatz zu knapp 25 % der Frauen. Dagegen dienten die Wege der Frauen eher Einkäufen, privaten Erledigungen oder

Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmittel



» Abb. 32: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmittel in Prozent nach Alter 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 77; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

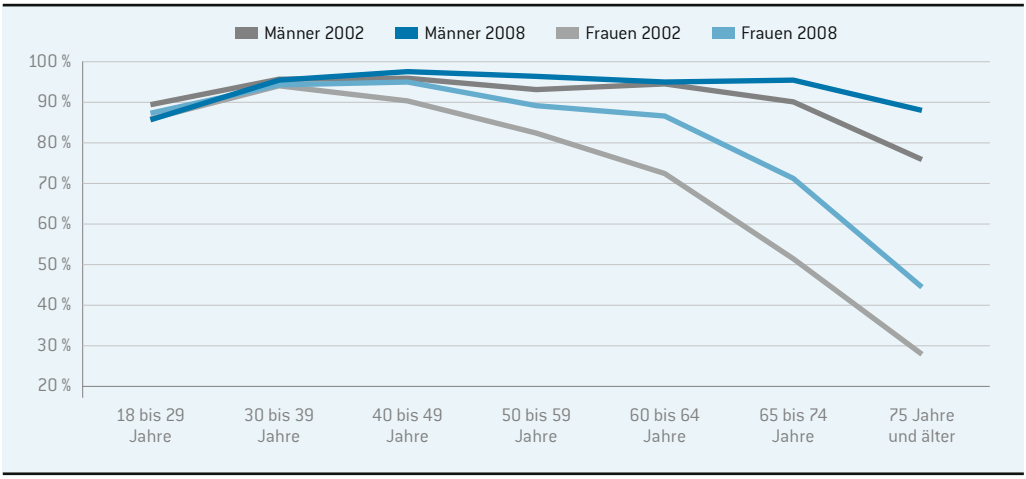
Freizeitaktivitäten. Als Begleitung für andere, z. B. Enkelkinder oder ältere, hilfebedürftige Menschen, waren Männer und Frauen dieser Altersgruppen vergleichbar selten, nämlich mit einem Anteil von ca. 5 % aller Wege, unterwegs.

Verkehrsmittel

Welche Verkehrsmittel nutzen die »Jungen Alten« um ihre Ziele zu erreichen? Die Studie »Mobilität in Deutschland« erfasst die Verkehrsmittel Öffentlicher Personenverkehr (ÖPV), Motorisierter Individualverkehr (MIV) als Fahrer oder Mitfahrer, Fahrrad oder »zu Fuß«. Die gesamte Gruppe der 18- bis 59-Jährigen war 2008 durch einen hohen Anteil des Motorisierten Individualverkehrs geprägt (BMVBS 2010, S. 76). Ab dem Alter von 60 Jahren nahm die Bedeutung des PKW deutlich ab: 55 % der 50- bis 59-Jährigen und 47 % der 60- bis 64-Jährigen fuhren selbst PKW (vgl. Abbildung 32). Mit altersbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie einer Verminderung der Sehkraft geht häufig auch ein Verzicht auf das eigene Auto einher. Andererseits ist diese Tendenz auch ein Kohorten-Effekt. Die Anzahl der Führerscheinbesitzer und -besitzerinnen nahm in den höheren Altersgruppen vor allem unter den Frauen deutlich ab (vgl. Abbildung 33). Der prozentuale Anteil der MIV-Mitfahrer und -fahrerinnen stieg in den Altersgruppen 50 bis 59 und 60 bis 64 Jahre leicht an von 10 % auf 11 %.

6 % bzw. 5 % nutzten öffentliche Verkehrsmittel und 9 % bzw. 11 % das Fahrrad. Das größte Wachstum verzeichnete in diesen Altersgruppen das Gehen als Mittel der Fortbewegung: 20 % der 50- bis 59-Jährigen und 26 % der 60- bis 64-Jährigen waren zu Fuß unterwegs. Die Daten lassen keine Schlüsse darüber zu, ob diese Veränderungen

PKW-Führerscheinbesitz



» Abb. 33: PKW-Führerscheinbesitz nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2002 und 2008 in Prozent. Quelle: BMVBS 2010, S. 71; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

dem Alter oder Kohorteneffekten geschuldet waren, vermutlich waren beide Effekte von Einfluss. Ob der Motorisierte Individualverkehr auch künftig im Alter in diesem Maße zurückgehen wird, kann daher nur vermutet werden.

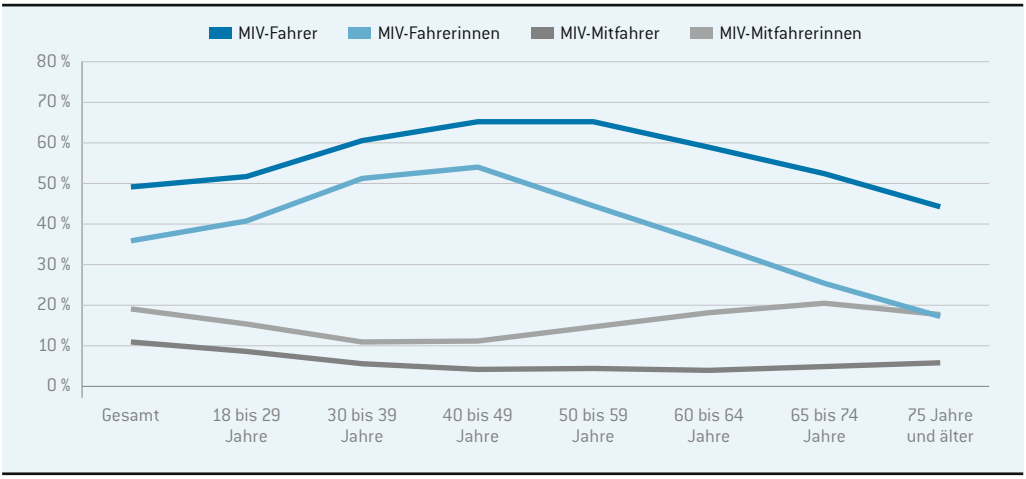
Motorisierter Individualverkehr

Der Erwerb eines Führerscheines ist für viele Menschen das entscheidende Erlebnis ihrer Mobilitätsbiografie (BMVBS 2010, S. 70). Die komfortable Erschließung langer Strecken und entfernter Regionen stellt eine große Erweiterung der individuellen, autonomen Mobilität dar. Eine einschneidende Entscheidung bildet vor diesem Hintergrund die Abgabe des Führerscheines im Alter.

Während im Gegensatz zu den Frauen vor allem die Männer früherer Kohorten einen Führerschein und einen eigenen PKW besaßen (2002 besaßen nur 47 % der Frauen im Alter 75+ [= Jahrgang 1928 und älter] einen Führerschein) (BMVBS 2010, S. 70), nahm die Anzahl der weiblichen Führerscheinbesitzerinnen bis 2008 kontinuierlich zu. Die Abbildung 33 stellt die Angleichung der Führerscheinbesitzer und -besitzerinnen nach Geschlecht in 2002 und 2008 dar. Die Darstellung zeigt, dass der Anteil der Personen, die im Jahr 2008 in den Altersgruppen 50 bis 59 bzw. 60 bis 64 Jahre einen Führerschein besaßen, im Vergleich zu 2002 deutlich gestiegen war, wobei der Anstieg fast ausschließlich der Zunahme Führerscheinbesitzerinnen geschuldet war.

Im Vergleich der Anteile am motorisierten Individualverkehr (MIV) als Fahrer und Fahrerin oder Mitfahrer und Mitfahrerin nach Geschlecht zeigt sich für die Altersgruppen 50 bis 59 und 60 bis 64 Jahre ein klarer Unterschied von ca. 20 bzw. 25 % zwischen Männern und Frauen. Ca. 65 % (Altersgruppe 50 bis 59) bzw. 60 % (Altersgruppe 60 bis 64) der Männer in diesen Altersgruppen waren MIV-Fahrer im Gegensatz zu ca. 45 % (Altersgruppe 50 bis 59) bzw. 35 % (Altersgruppe 60 bis 64) der Frauen. Dagegen waren Frauen mit ca. 15 % bzw.

Anteile Motorisierter Individualverkehr (MIV) an Wegen



» Abb. 34: MIV-Anteile an Wegen nach Geschlecht und Alter in 2008 in Prozent. Quelle: BMVBS 2010, S. 94; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

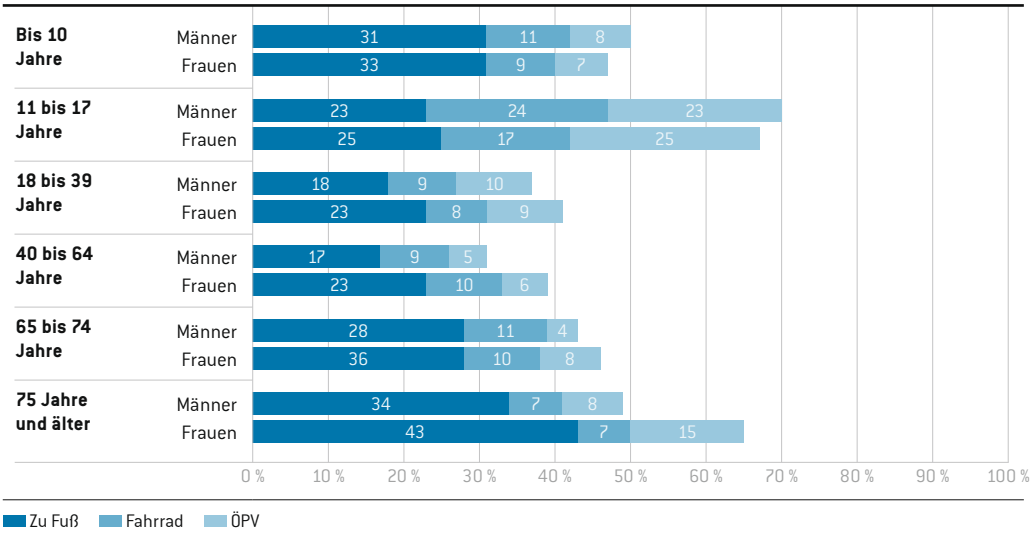
knapp 20 % MIV-Mitfahrerinnen, Männer nur zu ca. 5 % in beiden Altersgruppen (vgl. Abbildung 34).

Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPV)

Der ganz überwiegende Anteil der »Jungen Alten« ist als Fahrer und Fahrerin oder Mitfahrer und Mitfahrerin mit Hilfe des Motorisierten Individualverkehrs mobil. Der Rückgang der MIV-Nutzer und -nutzerinnen im Alter, sei es aus altersbedingten oder Kohorten-Gründen, wirkt sich nicht zugunsten der ÖPV-Nutzung aus. In der Studie »Mobilität in Deutschland« wurden die Nutzungsanteile des Nichtmotorisierten Individualverkehrs (NMIV) lediglich für die Altersgruppen 40 bis 64 Jahre und 65 bis 74 Jahre nach Geschlecht dargestellt. Der Anteil an ÖPV-Nutzung in der Altersgruppe 40 bis 64 Jahre unterschied sich kaum nach Geschlecht und bildete bei Männern und Frauen 5 % bzw. 6 %. Erst in der nachfolgenden Altersgruppe 65 bis 74 Jahre war der Anteil bei Frauen mit 8 % doppelt so hoch wie bei Männern mit 4 %.

Alters- und geschlechtsunabhängige Daten der Mobilitätsstudie zeigen, dass die Gruppe der Erwerbstätigen eine erheblich niedrigere Mobilitätsquote im NMIV aufweist als die Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen, dass Erwerbstätige also vorwiegend mit dem eigenen PKW mobil sind. Die Mobilitätsstudie beschreibt diesen Zusammenhang, wie folgt: »Je höher der ökonomische Status eines Haushaltes, desto weniger wird zu Fuß gegangen, desto weniger wird das Fahrrad benutzt und desto weniger werden Fahrten mit dem Öffentlichen Verkehr zurückgelegt. Der Anteil von Umweltverbund-Nutzern erreicht bei den Personen aus Haushalten mit sehr niedrigem ökonomischem Status 53 % (31 % zu Fuß, 10 % Fahrrad, 12 % Öffentlicher Verkehr). Bei den Personen aus Haushalten mit sehr hohem ökonomischem Status werden nur 36 % der Wege mit Verkehrsmitteln des Umweltverbundes durchgeführt (20 % zu Fuß, 8 % Fahrrad, 8 % Öffentlicher Verkehr). Gleichzeitig steigen die von Personen in den statushohen Haushaushalten zurückgeleg-

Anteile Öffentlicher Personenverkehr (ÖPV) und Nicht-motorisierter Individualverkehr (NMIV) an Wegen



» Abb. 35: ÖPV- und NMIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 104; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

ten Wegstrecken deutlich an. Es ergibt sich also ein dreifacher Effekt: eine bessere wirtschaftliche Situation führt zu einer volleren Garage, die dort stehenden Autos werden anstatt des ÖPNV genutzt und führen schließlich zu längeren Wegstrecken.« (BMVBS 2010, S. 105)

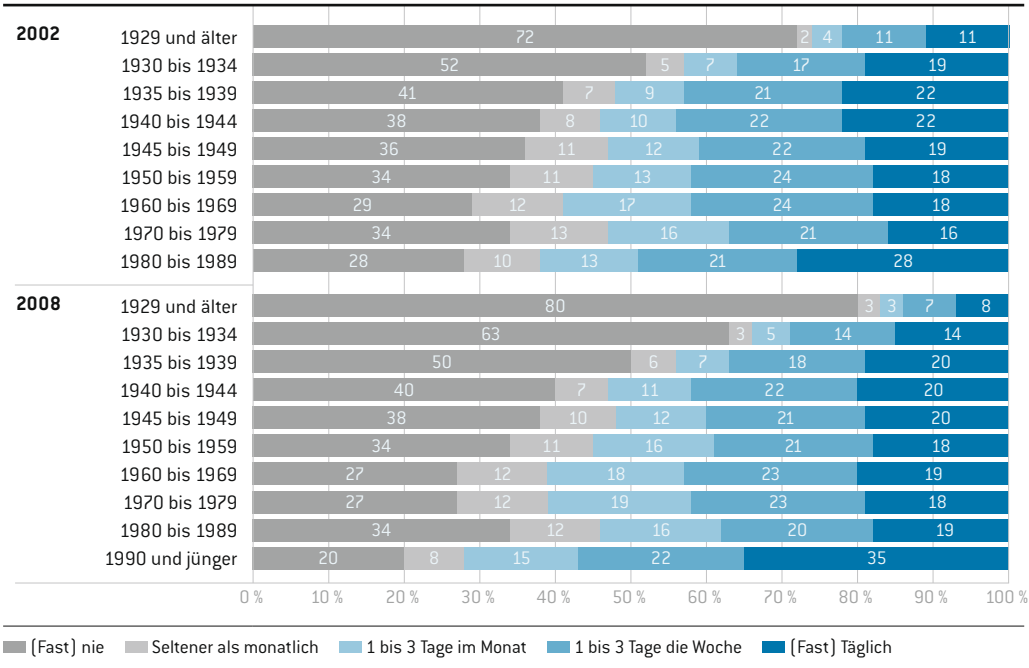
Dieser Zusammenhang lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch für die Gruppe der »Jungen Alten« herstellen. Ein weiterer, in der Studie nicht erwähnter Effekt könnte noch ergänzt werden: Eine bessere wirtschaftliche Situation führt außerdem zu weniger gesundheitsförderlicher Mobilität zu Fuß oder per Rad.

Fahrradfahrer

In den Altersgruppen 50 bis 59 Jahre und 60 bis 64 Jahre erfolgte Mobilität zu 9 % bzw. 11 % mit Hilfe des Fahrrades. Die Mobilitätsstudie stellt die Fahrradnutzung nach Häufigkeit für die Kohorten und im Vergleich zwischen 2002 und 2008 dar. Die jungen Alten, die im Jahr 2008 50 bis 59 bzw. 60 bis 64 Jahre alt waren, gehörten den Kohorten der 1950 bis 1959 bzw. 1945 bis 1949 Geborenen an. Die Nutzung des Fahrrades dieser Kohorten veränderte sich von 2002 bis 2008 kaum. 18 bis 20 % von ihnen benutzten das Fahrrad täglich, 21 bis 24 % mehrmals wöchentlich und 34 bis 38 % nie oder fast nie.

Die tägliche Nutzung des Fahrrades unterschied sich (ohne Berücksichtigung von Alter oder Geschlecht) im Gegensatz zur grundsätzlichen Nutzung kaum nach regionalem Typ. In Kernstädten gaben 18 % der Befragten an, das Fahrrad täglich zu nutzen, im Vergleich zu 20 % in ländlichen

Fahrrad-Nutzung

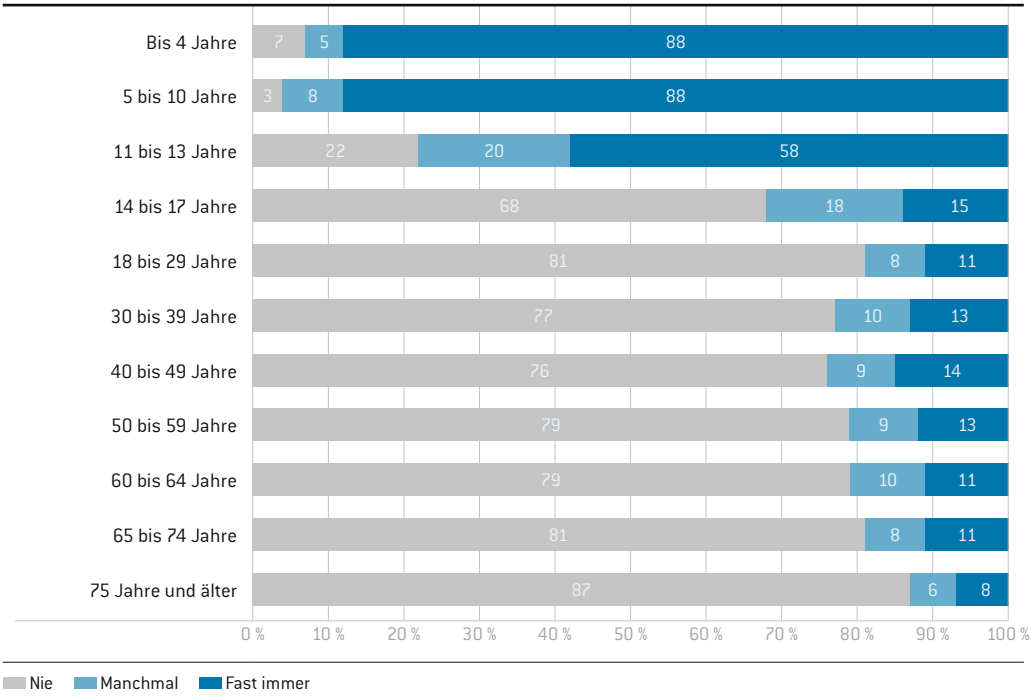


» Abb. 36: Fahrrad-Nutzung nach Alterskohorten (Personen ab 14 Jahren) in 2002 und 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 106; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

Regionen. Allerdings nutzten in Kernstädten 41 % und in ländlichen Regionen im Vergleich nur 33 % das Fahrrad (fast) nie, was sicher wesentlich mit dem ÖPV-Angebot und den Entfernungen auf dem Land einerseits und in der Stadt andererseits zu begründen ist. Sicherheit spielte bei der Nutzung des Fahrrades bei den »Jungen Alten« 2008 keine wesentliche Rolle: 79 % der 50- bis 59- und 60- bis 64-Jährigen gaben an, nie einen Fahrradhelm zu tragen.

Allgemein lässt sich feststellen, dass es eine Veränderung in der Mobilität zwischen den 50- bis 59-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen gegeben hat, die sich vor allem in ihren Anteilen am Motorisierten Individualverkehr, ihrem Führerscheinbesitz und dem Zweck ihrer Wege zeigte. Diese Entwicklungen können zum einen durch Kohorteneffekte (Frauen jüngerer Jahrgänge verfügen häufiger über einen Führerschein und einen eigenen PKW) und zum anderen durch biografische Einschnitte (Austritt aus dem Erwerbsleben) erklärt werden. Die Anzahl der Wege verringert sich im Alter nicht, aber ihre Länge nimmt ab und ihre Wegedauer zu, das heißt die Wege werden langsamer zurückgelegt. Unterschiede in der Mobilität und der Verkehrsmittelwahl zwischen Männern und Frauen waren vor allem in älteren Kohorten ausgeprägt und glichen sich in jüngeren Kohorten an.

Fahrradhelm-Gebrauch



» Abb. 37: Fahrradhelm-Gebrauch nach Alter in 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 107; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR.

» 07.8 Fazit

In der Gestaltung ihrer Freizeit werden die jungen Alten, wie in allen anderen Bereichen und Altersgruppen auch, durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und die regionalen Gegebenheiten beeinflusst. Neben den Angeboten und Gelegenheitsstrukturen am Wohnort beeinflussen die Bildung, der Erwerbsstatus (und damit die finanziellen Ressourcen) und das Geschlecht zivilgesellschaftliches Engagement und politische Beteiligung, Weiterbildungsaktivitäten, kulturelle und sportliche Betätigung, die Nutzung von Medien sowie die Mobilität.

Zum zivilgesellschaftlichen Engagement und zu der Übernahme von Ehrenämtern liegen mit dem aktuellen Freiwilligensurvey aktuelle, umfassende Daten vor. Der Anteil der ehrenamtlich Engagierten nimmt zu, auch wenn der Umfang des Engagements pro Engagiertem im Durchschnitt abnimmt. Außerdem zeigen sich große Unterschiede bei den verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Männer, Menschen in Westdeutschland, Menschen ohne Migrationshintergrund und Höhergebildete engagieren sich häufiger als Frauen, Menschen in den neuen

Ländern, Menschen mit Migrationshintergrund und weniger Gebildete. Deutlich wird, dass freiwilliges Engagement von verfügbaren Ressourcen abhängt, z. B. von Zeit, Bildung, Gesundheit und Einkommen, aber auch von Gelegenheitsstrukturen in der Nachbarschaft. Bevölkerungsgruppen, die sich weniger zivilgesellschaftlich engagieren, leisten jedoch oft häufiger informelle Unterstützung, z. B. bei der Betreuung von Kindern in der Nachbarschaft. Die heutigen »Jungen Alten« sind eine Generation, die sich stärker politisch engagiert als andere Kohorten. Auch hier werden jedoch Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen deutlich: Vor allem Menschen mit höherer formaler Bildung beteiligen sich häufiger als Personen mit niedriger formaler Bildung an politischen Entscheidungsprozessen. Eine weitere Besonderheit der »Jungen Alten« ist, dass der Anteil der Konfessionslosen im Vergleich zu anderen Altersgruppen am höchsten ist.

Weiterbildung ist auch für die »Jungen Alten« von Bedeutung. Allerdings zeigt sich, dass Erwerbstätige und Personen mit höheren Berufsabschlüssen häufiger an (nicht-formalen) Weiterbildungen, also Bildungsaktivitäten, die eine organisierte Lehrer-Schüler-Beziehung aufweisen, teilnehmen. Dieser Unterschied zeigt sich bei der informellen Weiterbildung, die nicht durch Lehrpersonen organisiert ist, nicht.

Fernsehen, Radiohören und Lesen sind für die Altersgruppe häufige Beschäftigungen. Insbesondere die Mediennutzung der »Jungen Alten« ist gegenwärtig aber sehr in Veränderung begriffen. Das Internet gewinnt zunehmend an Bedeutung und wird von der Mehrheit der Altersgruppe bereits täglich genutzt. Auch das mobile Internet und die Nutzung technischer Geräte wie Smartphones und Tablets gewinnen an Bedeutung. Ähnlich wie beim Fernsehen und Rundfunk findet das Internet häufig als Informationsmedium Beachtung. Hier könnten Potenziale für Gesundheitsinformationen und interaktive Präventions- oder Beratungsangebote liegen.

Die sportliche Aktivität der »Jungen Alten« hat zugenommen, wobei es auch hier starke Bildungsunterschiede gibt. Während Menschen mit geringerer formaler Bildung seltener sportlich aktiv sind als Menschen mit höherer Bildung, zeigt sich bei der körperlichen Aktivität dieser Unterschied nicht. Die stärkere körperliche Aktivität unterer Bildungsschichten, die vermutlich mit ihren Berufstätigkeiten in Verbindung steht, führt möglicherweise dazu, dass sie weniger häufig sportlich aktiv sind als höhere Bildungsschichten, die eher sitzende Tätigkeiten ausüben. Hier ist sicher eine genaue Analyse der Ursachen interessant, die die Angebotsstrukturen und Zielgruppenansprache in den Fokus nimmt.

Ein großer Teil des Kapitels ist der Mobilität gewidmet. Mobilität ist eine wesentliche Bedingung für soziale Teilhabe und Lebensqualität und wird im höheren Alter zunehmend beschwerlicher. Daher ist es von besonderem Interesse, die Mobilitätsbedingungen und -quoten der »Jungen Alten« zu beschreiben und zugleich Anknüpfungspunkte für Mobilitätsförderung zu identifizieren. Die Ergebnisse zeigen ein erhebliches Potential bei der Förderung des ÖPV und des Fahrradfahrens in der Zielgruppe, die zurzeit noch keine wesentliche Rolle für die Mobilität spielen. Im Vergleich zu früheren Kohorten verfügen mehr Frauen über einen Führerschein. Es ist daher anzunehmen, dass die aktualisierten Daten der Mobilitätsstudie, die erst nach Drucklegung dieses Fachheftes zugänglich sein werden, eine weitere Zunahme des Individualverkehrs aufzeigen werden. Ob sich auch ein Anstieg der ÖPV-Nutzung und beim Fahrradfahren abzeichnet, d. h. ob die Mobilität der »Jungen Alten« insgesamt zugenommen hat, bleibt abzuwarten.

08

Wohnen

Wohnen, Wohnsituation und Wohnumfeld sind Faktoren, die einen entscheidenden Einfluss auf Lebensqualität und Gesundheit haben. Daher widmet sich ein gesondertes Kapitel diesem Thema. Im ersten Abschnitt wird die regionale Verteilung der Altersgruppe beschrieben, die von großer Bedeutung für die Planung von Investitionen in eine zielgruppenorientierte Infrastruktur und die Gewichtung von Handlungsschwerpunkten ist. Dargestellt wird die regionale Verteilung nach Ost- und Westdeutschland, nach Ländern und nach städtischen und ländlichen Siedlungsregionen.

Im Anschluss werden die Eigentumsverhältnisse, die Versorgung mit Wohnraum und die Wohnkosten der 55- bis 65-Jährigen beschrieben und unter anderem nach regionalen Aspekten differenziert. Der darauf folgende Abschnitt befasst sich mit dem Angebot an barrierearmen oder altersgerechten Wohnungen. Im Weiteren werden die Umzüge und Wanderungsbewegungen der »Jungen Alten« innerhalb von Deutschland und die Bewertung des Wohnumfeldes durch die Zielgruppe beschrieben.

Anteile 50- bis 65-Jähriger nach Bundesländern in %

Bundesgebiet	22,0
Ostdeutschland	23,7
Westdeutschland	21,6
Mecklenburg-Vorpommern	26,1
Thüringen	24,9
Brandenburg	26,0
Berlin	19,8
Bayern	21,3
Baden-Württemberg	21,2
Hamburg	18,4

» Tab. 44: Anteil der 50- bis 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner nach Ländern in Prozent der jeweiligen Gesamtbevölkerung, 2014. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; für die komplette Darstellung vgl. Tabelle 85 im Anhang, S. 181.

Anteile 50- bis 65-Jähriger nach Siedlungsraumtypen in %

Städtische Regionen Ost	20,3
Städtische Regionen West	21,1
Regionen mit Verdichtungsansätzen West	21,9
Ländliche Regionen West	22,4
Regionen mit Verdichtungsansätzen Ost	24,5
Ländliche Regionen Ost	25,9

» Tab. 45: Anteil der 50- bis 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner nach Siedlungsraumtypen in Prozent der jeweiligen Gesamtbevölkerung, 2014. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017.

» 08.1 Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die »Jungen Alten«?

Das Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) ermittelt im Rahmen seiner Raumbeobachtung regelmäßig die regionale Verteilung der Einwohner und Einwohnerinnen in der Altersgruppe zwischen 50 und unter 65 Jahren relativ zur Gesamtbevölkerung in Deutschland[80]. Die regionale Differenzierung erfolgt von der Bundes- bis hinunter zur Kreisebene. Insgesamt betrug der Anteil der 50- bis 65-Jährigen an der deutschen Gesamtbevölkerung im Jahr 2014 22 %, wobei die Altersgruppe in Ostdeutschland (inkl. Berlin) mit 23,7 % einen größeren Anteil in der Bevölkerung ausmachte als in Westdeutschland mit 21,6 %. Unterschieden nach Ländern war der Anteil der 50- bis 65-Jährigen in der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit 26,1 % bzw. 26 % am höchsten. Den geringsten Anteil dieser Altersgruppe zählte Hamburg mit 18,4 %.

Die Raumbeobachtung des BBSR erfasst die räumliche Verteilung der Einwohner und Einwohnerinnen nach Alter auch bezogen auf die Siedlungsraumtypen. Dabei werden städtische Regionen, ländliche Regionen und Regionen mit Verdichtungsansätzen nach Ost- und Westdeutschland unterschieden. Den höchsten Anteil an 50- bis 65-Jährigen wiesen im Jahr 2014 mit 25,9 % die ländlichen Regionen in Ostdeutschland und den niedrigsten Anteil mit 20,3 % die städtischen Regionen ebenfalls in Ostdeutschland auf (vgl. Tabelle 45).

80 Für die Altersgruppe 55 bis 65 Jahre werden keine gesonderten Daten erhoben.

» 08.2 Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten

Die Daten des Statistischen Bundesamtes erfassen die Eigentumsverhältnisse für die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen. Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes stellt die Wohnverhältnisse privater Haushalte nach dem Alter der Haupteinkommenspersonen dar. Demnach wohnten 2013 rund 54 % der Haushalte mit Haupteinkommenspersonen im Alter zwischen 55- bis 64 Jahren in Wohneigentum (Statistisches Bundesamt 2013, S. 26).

Im Gegensatz zur Einkommens und Verbrauchsstichprobe fragt der Deutsche Alterssurvey nicht nur die Haupteinkommenspersonen, sondern alle Befragten danach, ob sie in einer eigenen Immobilie wohnen. Im Jahr 2014 lebten 64,9 % der 55- bis 69-Jährigen in Wohneigentum und damit ein höherer Anteil als im Jahr 1996 (60,9 %) (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 19-1).

Die Eigentümerquote unter den »Jungen Alten« unterscheidet sich jedoch immer noch zwischen Ost- und Westdeutschland. Während der Anteil derjenigen, die in der eigenen Immobilie wohnten, in Ostdeutschland von 34 % (1996) auf 55,1 % (2014) gestiegen ist, blieb er in Westdeutschland relativ konstant (68 % im Jahr 1996; 67,1 % im Jahr 2014). Frauen in Ostdeutschland wohnten mit einem Anteil von 53,9 % am seltensten in der eigenen Immobilie (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 19-1). In Westdeutschland lebende Wohneigentümerinnen und -eigentümer mussten häufiger ein Immobiliendarlehen abzahlen als in Ostdeutschland lebende Personen: Ein knappes Drittel der in Westdeutschland wohnenden Eigentümerinnen und Eigentümer (31,8 %), aber nur ein Viertel der in den ostdeutschen Regionen (25,1 %) hatten ein laufendes Immobiliendarlehen (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 19-2).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamt lebten 38,8 % der Haushalte mit Haupteinkommenspersonen im Alter von 55- bis 64 Jahre in Einfamilienhäusern, 11,3 % in Zweifamilienhäusern und 48,1 % in Gebäuden mit drei und mehr Wohnungen[81] (Statistisches Bundesamt 2013, S. 26). Der größte Anteil der Haushalte mit Haupteinkommensbeziehenden im Alter zwischen 55 und 64 Jahren (58,1 %) lebte in Häusern, die zwischen 1949 und 1990 erbaut wurden, 22,2 % in älteren, 19,7 % in neueren Häusern. Je nach Wohnform standen ihnen zwischen durchschnittlich 4,7 Wohn- und Schlafräume (129 qm) in Einfamilienhäuser und 2,6 Räume (68,9 qm) in Wohngebäuden mit drei und mehr Wohnungen zur Verfügung (Gesamtdurchschnitt Altersgruppe: 3,6 Räume/96,5 qm).

Im Deutschen Alterssurvey wird auch nach der baulichen Ausstattung der Wohnungen gefragt: 96,6 % der Befragten in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre gaben 2014 an, dass ihre Wohnung mit Zentral- oder Etagenheizung ausgestattet ist, 82,3 % verfügten über einen Balkon oder eine Terrasse und drei Viertel (74,6 %) über einen Garten oder eine Gartennutzung (GeroStat 2017).

Die Wohnkostenbelastung wird im Deutschen Alterssurvey nach zur Miete Wohnenden und Personen mit Wohneigentum mit oder ohne Immobiliendarlehen unterschieden. Die durchschnittliche Wohnkostenbelastung von Mieterinnen und Mietern der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre lag 2014 bei

81 1,8 % in sonstigen Gebäuden.

Wohnkostenanteil am Haushaltsnettoeinkommen in %

	55 bis 69 Jahre		
Wohnkosten	West	Ost	**Gesamt**
Hauptmieter	35,7	37,0	**36,1**
Eigentümer mit Darlehen	33,2	36,6	**33,7**
Eigentümer ohne Darlehen	14,3	18,8	**15,1**

» Tab. 46: Monatliche Wohnkosten in Prozent des Haushaltsnettoeinkommens in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 19-3; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

36,1 % des Haushaltsnettoeinkommens (Nowossadeck und Engstler 2017, S. 296).

Musste ein Immobiliendarlehen zurückgezahlt werden, war das Haushaltsnettoeinkommen der Altersgruppe im Durchschnitt mit 33,7 % belastet (vgl. Tabelle 46). Eine schuldenfreie Immobilie schlug nur noch mit ca. 15,1 % zu Buche (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang A 19-3). Die Wohnkostenbelastung durch Immobilien, die mit Darlehen belastet sind, lag damit im Unterschied zu früheren Erhebungen (in den Jahren 1996, 2002, 2008) niedriger als die Belastung der Mieterhaushalte (Nowossadeck und Engstler 2017, S. 295), u. a. da die Zinsen für Kredite zu dem Zeitpunkt relativ niedrig waren. Dagegen hat sich die Mietbelastung seit 1996 erhöht, da die Einkommen nicht im gleichen Maße wie die Mieten gestiegen sind (ebd.). Die relative Wohnkostenbelastung steigt für Mieterhaushalte mit der Berentung meist an, da diese mit einer Verringerung des Einkommens einhergeht. Bei den Eigentümerhaushalten sinkt die Belastung hingegen mit dem Alter, da Immobiliendarlehen dann häufig abgezahlt sind (Nowossadeck und Engstler 2017, S. 295 f.). Die 55- bis 69-Jährigen, die in den ostdeutschen Ländern leben, sind insgesamt etwas höher durch Wohnkosten belastet, was möglicherweise mit einem niedrigeren Einkommen zusammenhängt.

Nach der Einschätzung ihrer Wohnsituation gefragt[82], bewerteten 90,1 % der 55- bis 69-Jährigen diese als gut oder sehr gut (GeroStat 2017). In den alten Ländern ist der Anteil der 55- bis 69-Jährigen, die die Wohnsituation als sehr gut oder gut bewerten, seit 1996 von 86,4 % auf 90,1 % im Jahr 2014 angestiegen, in den neuen Ländern von 75,8 % auf 90 % (vgl. Tabelle 47), was ein Hinweis auf die Verbesserung der Wohnbedingungen vor allem in den ostdeutschen Ländern ist. Insbesondere der Anteil der sehr guten Bewertungen hat sich erhöht: 1996 gab ein gutes Drittel der Befragten in Westdeutschland an, ihre Wohnsituation sei sehr gut, 2014 waren es knapp die Hälfte (49,3 %). In den neuen Ländern ist der Anstieg noch größer. Hier bewerteten 1996 nur 22,2 % der Befragten ihre Wohnsituation als sehr gut, 2014 waren es schon 44,5 %.

82 Frage im Deutschen Alterssurvey: »Einmal insgesamt betrachtet, wie bewerten Sie Ihre derzeitige Wohnsituation?«

Bewertung der Wohnsituation in %

		Wie bewerten Sie Ihre derzeitige Wohnsituation?				
Region	**Jahr**	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
Bundesgebiet	1996	33,0	51,2	11,6	3,4	0,8
Bundesgebiet	2014	48,4	41,7	7,9	1,4	0,5
Alte Länder und Berlin-West	1996	35,8	50,6	10,4	2,5	0,7
Alte Länder und Berlin-West	2014	49,3	40,8	7,7	1,4	0,7
Neue Länder und Berlin-Ost	1996	22,2	53,6	16,3	6,7	1,2
Neue Länder und Berlin-Ost	2014	44,5	45,5	8,6	1,4	0,0

» Tab. 47: Bewertung der Wohnsituation. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 1996, 2014.

» 08.3 Altersgerechtes Wohnen

Über die spezifischen Anforderungen der »Jungen Alten« an ihr Wohnen ist wenig bekannt. Diese hängen zudem stark von der konkreten Lebenssituation ab: Ob man alleine, mit Kindern oder mit einem oder mehreren Erwachsenen in einem Haushalt lebt, ob Enkelkinder oder pflegebedürftige Angehörige betreut werden, ob körperliche Beeinträchtigungen auftreten oder bereits vorhanden sind – all dies ist von Bedeutung für die Anforderungen an die Wohnung und das Wohnumfeld und vor allem deren Barrierearmut.

Zum altersgerechten Wohnungsbestand bzw. -bedarf in Deutschland gibt es nur wenige Daten. Auch die Definition von »altersgerechten Wohnungen« ist nicht eindeutig festgelegt. Häufig wird sie analog zu den Vorgaben zum barrierefreien Bauen verwendet (vgl. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011, S. 25) oder auch mit Maßnahmen zur Reduzierung von Barrieren »im Bestand und zur Verbesserung der Gebrauchstauglichkeit« von Wohnungen in Zusammenhang gebracht (Edinger u. a. 2007, zitiert nach Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011, S. 25). Die technischen Anforderungen an barrierefreie Wohnungen oder öffentliche Räume werden in DIN-Normen festgelegt. Ziel der DIN-Norm zum barrierefreien Bauen von Wohnungen (18040-2) ist es, »durch die barrierefreie Gestaltung des gebauten Lebensraums weitgehend allen Menschen seine Benutzung in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zu ermöglichen« (DIN-Normenausschuss Bauwesen 2017).[83] Angewendet auf eine barrierefrei nutzbare Wohnung bedeutet dies, dass sich der Bewohner oder die Bewohnerin in der eige-

83 Dabei wird unterschieden zwischen »barrierefrei nutzbaren Wohnungen« und »barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbaren Wohnungen« (vgl. DIN-Normenausschuss Bauwesen 2017).

Zugang zur Wohnung in %

	Ohne Treppenstufen	Mit bis zu zehn Treppenstufen	Mit mehr als zehn Treppenstufen	Bei mehr als zehn Treppenstufen: Kein Fahrstuhl vorhanden
Bundesgebiet	35,4	38,0	26,7	82,6
Alte Länder und Berlin-West	37,1	37,9	25,0	81,5
Neue Länder und Berlin-Ost	27,5	38,3	34,3	86,3

» Tab. 48: Zugang zur Wohnung in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre in Prozent, 2014. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014.

nen Wohnung bewegen und versorgen kann. Die DIN 18040-2 formuliert Mindeststandards hierfür.

Eine amtliche Statistik zum Bestand an barrierefreiem Wohnraum existiert derzeit nicht (vgl. BBSR 2014). Den wenigen vorliegenden Quellen zufolge deckt der Bestand an barrierefreien bzw. -armen Wohnungen in Deutschland den vorhandenen Bedarf nicht (ebd., S. 35; vgl. auch KDA 2014). Eine vom BMVBS beauftragte Studie stellte bereits 2011 einen Mangel an barrierereduziertem[84] bzw. barrierefreiem Wohnraum fest (BMVBS 2011). Nach dieser waren 5,2 % der Haushalte von ab 65-Jährigen weitgehend barrierefrei (ebd., S. 40). Der Studie zufolge fehlte es den beteiligten Akteuren an Wissen über Möglichkeiten der Wohnungsanpassung sowie damit verbundene Kosten und mögliche Finanzierungswege (ebd., S. 13). Auch seien Wohnberatungsstellen nicht flächendeckend vorhanden und die dort erbrachten Beratungsleistungen von unterschiedlicher Qualität gewesen (ebd.). In der Studie wird daher eine Ausweitung und Qualifizierung entsprechender Beratungsangebote empfohlen (ebd.).

Nach den Daten des Deutschen Alterssurvey (DEAS) lebten 2014 insgesamt 2,6 % der 55- bis 69-Jährigen in barrierereduzierten Wohnungen, wobei der Anteil in Ostdeutschland mit 4,7 % mehr als doppelt so hoch lag wie in Westdeutschland, wo insgesamt 2,1 % angaben, barrierereduziert zu wohnen (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, S. 73). Gefragt nach dem Zugang zur Wohnung gaben 37,1 % der Altersgruppe in den alten Ländern und 27,5 % in den neuen Ländern an, dass sie diese ohne Treppenstufen erreichen können (GeroStat 2017; vgl. auch Tabelle 48). Bis zu zehn Treppenstufen mussten 37,9 % der Befragten in Westdeutschland und 38,3 % in Ostdeutschland überwinden, mehr als zehn Treppenstufen ein Viertel der Westdeutschen und ein gutes Drittel der Ostdeutschen (34,3 %) (ebd.). Gaben die Befragten an, dass der Zugang zur Wohnung mehr als zehn Treppenstufen aufweise, wurde

84 Im Gegensatz zu dem Begriff »barrierefrei«, den u. a. die DIN-18040-2 mit konkreten Ausführungsvorgaben untersetzt, ist der Begriff »barrierereduziert« ein völlig undefinierter Begriff. Ähnlich wie der Begriff »barrierearm« wird er in der Praxis aber gerne benutzt, um die Tatsache zu umschreiben, dass eine Wohnung (oder ein öffentlicher Raum) durchaus Barrieren unterschiedlichster Ausprägung aufweist, aber manche Barrieren – welche, hängt von dem jeweiligen Objekt ab – vermieden werden. Im DEAS meint »barrierereduziert« vor allem, dass es keine Stufen zur bzw. in der Wohnung gibt und die Türen zu Bad und WC eine lichte Breite von mindestens 80 Zentimeter aufweisen (vgl. Nowossadeck und Engstler 2017, S. 291 [kf_110]).

danach gefragt, ob ein Fahrstuhl vorhanden sei. Ein Großteil der Befragten, die angaben, mehr als zehn Stufen überwinden zu müssen, nämlich 81,5 % in den westdeutschen und 86,3 % in den ostdeutschen Ländern, verneinte diese Frage (ebd.).

» 08.4 Bewertung des Wohnumfeldes

Nicht nur die Wohnsituation, sondern auch Eigenschaften des Wohnumfeldes beeinflussen die Lebenslage der »Jungen Alten«. Die Qualität von Nachbarschaften und Quartieren schafft oder beeinträchtigt Gelegenheitsstrukturen zur Pflege sozialer Beziehungen und gegenseitiger Unterstützung (vgl. Kapitel 3, S. 22), die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (vgl. Kapitel 4, S. 32) sowie die Chancen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. Kapitel 6, S. 80) oder sich gesellschaftlich zu engagieren (vgl. Kapitel 7, S. 110). Von Bedeutung sind beispielsweise die vorhandene Infrastruktur zur Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, zur Mobilität und Gesundheitsversorgung, aber auch die subjektiv erlebte Sicherheit im öffentlichen Raum oder Umweltbedingungen wie Lärm- oder Emissionsbelastungen sowie die Ausstattung mit Grün- und Erholungsflächen.

Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) wurden Angehörige der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre unter anderem um eine Bewertung ihres Wohnumfeldes gebeten. Im Folgenden werden jeweils die Daten des aktuellen Surveys (2014) mit jenen des letzten Surveys (2008) verglichen, um Rückschlüsse auf die Entwicklung der Infrastruktur in Ost und West zu ermöglichen.

Etwa ein Viertel und damit ein erheblicher Teil der Bevölkerung dieser Altersgruppe lebte 2014 in Siedlungsgebieten mit unzureichender Infrastruktur (vgl. Nowossadeck und Mahne 2017, S. 305). Während die Befragten die Situation in Ostdeutschland im Jahr 2014 etwas besser bewerteten als noch 2008, wurde die Situation in Westdeutschland etwas schlechter eingeschätzt (vgl. ebd., S. 305–306).

Tabelle 49 zeigt, dass etwa drei Viertel (75,2 %) der 55- bis 69-Jährigen im Jahr 2014, bezogen auf ihr jeweiliges Wohnumfeld, der Aussage zustimmten: »Es sind genug Einkaufsmöglichkeiten vorhanden« (vgl. Nowossadeck und Mahne 2017, S. 304; Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, S. 74).

In Westdeutschland wurde die Situation etwas besser bewertet als in Ostdeutschland – aber auch etwas schlechter als 2008. Männer waren durchschnittlich etwas zufriedener als Frauen mit den vorhandenen Einkaufsmöglichkeiten (GeroStat 2017). Etwa ein Viertel der 2014 im Alterssurvey befragten 55- bis 69-Jährigen verfügte nach eigener Einschätzung nicht über ausreichende Einkaufsmöglichkeiten im Wohnumfeld.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Bewertung der Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr. Tabelle 50 zeigt den Anteil derjenigen, die 2014 der Meinung waren, die eigene Wohngegend sei gut an den öffentlichen Personennahverkehr angebunden. Mit 72,0 % traf dies auf beinahe drei Viertel der 55- bis 69-Jährigen zu (GeroStat 2017), wobei das Urteil der Männer etwas besser ausfiel als das der Frauen (ebd.). Anders als noch in der Befragung von 2008 bewerteten die Befragten in Ostdeutschland die Anbindung im Jahr 2014 ein wenig besser als diejenigen in Westdeutschland (ebd.). Bemerkenswert ist, dass die 55- bis 69-jährigen Frauen in Ost- und Westdeutschland im Jahr 2014 zu einer deutlich negativeren Einschätzung der Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr kamen als die im Jahr 2008 befragte Kohorte;

Zustimmung zur Frage »Es sind genug Einkaufsmöglichkeiten in meinem Wohnumfeld vorhanden« in %

Region	Geschlecht	2008	2014
Bundesgebiet	Männer	79,3	77,2
	Frauen	79,5	73,3
	Insgesamt	79,4	75,2
Alte Länder und Berlin-West	Männer	82,1	77,4
	Frauen	81,4	73,6
	Insgesamt	81,7	75,4
Neue Länder und Berlin-Ost	Männer	67,5	76,6
	Frauen	71,7	71,6
	Insgesamt	69,7	74,1

» Tab. 49: Zustimmung der 55- bis 69-Jährigen zur Aussage »Es sind genug Einkaufsmöglichkeiten vorhanden« nach Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008, 2014.

Zustimmung zur Frage »Meine Wohngegend ist gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen« in %

Region	Geschlecht	2008	2014
Bundesgebiet	Männer	74,2	73,1
	Frauen	80,0	70,9
	Insgesamt	77,2	72,0
Alte Länder und Berlin-West	Männer	75,2	72,8
	Frauen	80,0	70,7
	Insgesamt	77,7	71,7
Neue Länder und Berlin-Ost	Männer	69,5	74,4
	Frauen	80,2	71,7
	Insgesamt	75,0	73,1

» Tab. 50: Zustimmung zur Aussage »Meine Wohngegend ist gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen« nach Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008, 2014.

Zustimmung zur Frage »In dieser Gegend fehlt es an Ärzten und Apotheken« in %

Region	Geschlecht	2008	2014
Deutschland	Männer	18,4	20,5
	Frauen	16,4	21,7
	Insgesamt	17,4	21,1
Alte Länder und Berlin-West	Männer	14,6	19,4
	Frauen	12,7	21,2
	Insgesamt	13,6	20,3
Neue Länder und Berlin-Ost	Männer	34,8	25,3
	Frauen	32,2	23,9
	Insgesamt	33,4	24,6

» Tab. 51: Zustimmung zur Aussage »In dieser Gegend fehlt es an Ärzten und Apotheken« nach Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008, 2014.

ihre Zustimmung näherte sich 2014 an die niedrigeren Zustimmungswerte der Männer an (ebd.). Aus diesen Zahlen lässt sich schließen, dass etwa ein Viertel der Altersgruppe auf den eigenen PKW, ein Taxi, Fahrrad oder auf Mitfahrgelegenheiten angewiesen ist, um die Mobilität aufrecht zu halten.

Ein weiterer, gerade im Alter wichtiger Aspekt ist die ärztliche Versorgung im Wohnumfeld. Tabelle 51 zeigt den Anteil der 55- bis 69-Jährigen, die in den Jahren 2008 und 2014 der im DEAS vorgelegten Aussage zustimmten »In dieser Gegend fehlt es an Ärzten und Apotheken«. Insgesamt fehlte es aus Sicht von mehr als einem Fünftel der Befragten an Ärzten und Apotheken im Wohnumfeld (GeroStat 2017). Während die Befragten in Ostdeutschland die Situation 2014 etwas besser einschätzten als noch 2008, hat sich die Einschätzung der ärztlichen Versorgung im Wohnumfeld in Westdeutschland verschlechtert (ebd.): Im Jahr 2014 kam etwa ein Fünftel der westdeutschen 55- bis 69-Jährigen zu der Einschätzung, in der jeweiligen Gegend fehle es an Ärzten und Apotheken; in Ostdeutschland traf dies auf ein Viertel der Befragten zu (ebd.).

Unterschiede in der Bewertung des Wohnumfeldes zeigten sich in der DEAS-Befragung auch zwischen ländlichen und städtischen Regionen: In den Großstädten wurde die Versorgungssituation von den Befragten zwischen 40 und 85 Jahren als besonders gut eingeschätzt, während in dünn besiedelten ländlichen Kreisen Einkaufsmöglichkeiten, die Gesundheitsversorgung und insbesondere die ÖPV-Anbindung sehr viel negativer bewertet wurde (Nowossadeck und Mahne 2017, S. 306).

Im DEAS wurde zudem nach der Kenntnis seniorenspezifischer Dienstleistungen gefragt. Diese sind für die Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen zumindest teilweise noch nicht für die eigene Nutzung relevant, aber von Bedeutung, wenn sie beispielsweise pflegebedürftige Eltern haben. Auch für die spätere eigene Versorgung kann es von Vorteil

Kenntnis seniorenspezifischer Dienstleistungen in %

	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
55 bis 69 Jahre	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Begegnungsstätte/ Mehrgenerationenhaus	69,1	72,9	71,1	64,4	75,3	70,0	68,2	73,4	70,9
Senioren-beratungsstelle	45,2	52,0	48,7	32,5	43,4	38,1	42,8	50,4	46,7
Pflegeberatungsstelle	57,6	63,7	60,7	40,1	55,5	47,9	54,3	62,2	58,3
Wohnberatung	27,3	30,9	29,2	26,4	29,0	27,7	27,2	30,6	28,9

» Tab. 52: Kenntnis seniorenspezifischer Dienstleistungen in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre, 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 20-3; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

sein, entsprechende Dienstleistungen zu kennen. Immerhin 70,9 % der Befragten gaben an, eine Begegnungsstätte oder ein Mehrgenerationenhaus zu kennen (vgl. Tabelle 52). Seniorenberatungsstellen kannten 46,7 %, Pflegeberatungsstellen 58,3 % und Wohnberatungsstellen 28,9% der 55- bis 69-Jährigen (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 20-3). Auffällig ist, dass der Anteil derjenigen, die von Senioren- und Pflegeberatungsstellen wissen, in den neuen Ländern und allgemein in den einfachen Wohnlagen etwas geringer war (Nowossadeck und Mahne 2017, S. 311). Aus den Daten lässt sich nicht ablesen, ob dies darauf zurückzuführen ist, dass Angebote fehlten oder schwer zugänglich

Nutzung seniorenspezifischer Dienstleistungen in %

	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
55 bis 69 Jahre	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Begegnungsstätte/ Mehrgenerationenhaus	5,2	6,8	6,1	4,7	11,0	8,2	5,1	7,6	6,5
Senioren-beratungsstelle	6,9	6,8	6,8	2,8	7,3	5,4	6,3	6,9	6,6
Pflegeberatungsstelle	14,7	11,9	13,2	7,6	16,1	12,6	13,7	12,6	13,1
Wohnberatung	7,2	8,0	7,7	2,3	4,6	3,5	6,3	7,4	6,9

» Tab. 53: Nutzung seniorenspezifischer Dienstleistungen in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre nach Region und Geschlecht, 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 20-3; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

Zustimmung zur Frage »Fühlen Sie sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher?« in %

Region	Geschlecht	2008	2014
Deutschland	Männer	12,3	10,9
	Frauen	33,7	27,5
	Insgesamt	23,3	19,4
Alte Länder und Berlin-West	Männer	10,8	10,7
	Frauen	31,3	27,5
	Insgesamt	21,3	19,3
Neue Länder und Berlin-Ost	Männer	18,6	11,8
	Frauen	43,8	27,8
	Insgesamt	31,6	19,9

» Tab. 54: Personen, die sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher fühlen in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre in Prozent. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 20-2 Datenbasis: DEAS 2008, 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

waren, oder es den Befragten an entsprechendem Wissen mangelte. Nowossadeck und Mahne vermuten als Gründe eine geringere Verfügbarkeit von Angeboten oder eine geringere Zahl sozialer Kontakte von Personen in einfachen Wohnlagen gegenüber der Situation in besseren Wohnlagen (ebd.).

Nur wenige der 55- bis 69-Jährigen, die 2014 angaben, die genannten seniorenspezifischen Dienstleistungsangebote zu kennen, nutzen sie auch: 6,5 % derjenigen, die angaben, Begegnungsstätten oder Mehrgenerationenhäuser zu kennen, gaben auch an, sie zu besuchen. Ebenfalls 6,6 % hatten sich schon einmal in einer Seniorenberatungsstelle, 13,1 % in einer Pflegeberatungsstelle und 6,9 % in einer Wohnberatungsstelle beraten lassen (Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang, Tabelle A 20-4). Auffällig ist, dass der Anteil der ostdeutschen Frauen, die angaben, diese Angebote zu nutzen, ca. doppelt so hoch war wie der Anteil der ostdeutschen Männer, während sich dieser Unterschied bei den westdeutschen Befragten nicht zeigte (vgl. Tabelle 53).

Eine weitere Frage zur Bewertung des Wohnumfeldes betrifft das subjektive Sicherheitsgefühl im Dunkeln. Dieser Aspekt ist für die Lebens- und Wohnqualität von großer Bedeutung und unter anderem ein wesentlicher Einflussfaktor bei der Ausbildung von Zeit- und Aktivitätsmustern. So kann eine erlebte Unsicherheit z. B. dazu führen, bestimmte Aktivitäten einzuschränken. Werden sie trotz des Unsicherheitsgefühls aufrechterhalten, werden sie möglicherweise als belastend erlebt. Tabelle 54 zeigt auf Basis der DEAS-Daten den Anteil der 55- bis 69-Jährigen, die in den Jahren 2008 und 2014 angaben, sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher zu fühlen (vgl. Mahne u. a. 2017b, Tabellenband, S. 75).

Gegenüber der Befragung 2008 hat sich das Sicherheitsgefühl der 55- bis 69-Jährigen insbe-

Zustimmung zur Frage »Meine Wohngegend wird durch Lärm beeinträchtigt« in %

Region	Geschlecht	2008	2014
Deutschland	Männer	21,5	21,3
	Frauen	18,5	21,6
	Insgesamt	20,0	21,4
Alte Länder und Berlin-West	Männer	21,2	21,6
	Frauen	17,8	21,5
	Insgesamt	19,5	21,5
Neue Länder und Berlin-Ost	Männer	22,6	19,7
	Frauen	21,6	22,3
	Insgesamt	22,1	21,0

» Tab. 55: Zustimmung zur Aussage »Meine Wohngegend wird durch Lärm beeinträchtigt« nach Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008, 2014.

sondere im Osten stark verbessert. Während sich im Jahr 2008 durchschnittlich 23,3 % der Befragten im Bundesgebiet nach Einbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher fühlten, waren es 2014 nur 19,4 %. Von den in Ost und West befragten Männern gaben im Jahr 2014 11,8 % bzw. 10,7 %, d. h. nur etwa jeder achte oder neunte Befragte, ein solches Unsicherheitsgefühl an; bei den Frauen taten dies 27,8 % (Ost) bzw. 27,5 % (West) der Befragten und damit mehr als jede Vierte (ebd.). Weiterhin fühlte sich also ein Viertel der 55- bis 69-jährigen Frauen bei Dunkelheit im öffentlichen Raum nicht sicher. Unklar ist, welche Belastungen aus dieser Unsicherheit entstehen und wie viele der Betroffenen als Konsequenz ihren räumlichen und zeitlichen Aktionsradius und Aktivitäten einschränken.

Schließlich wird im DEAS nach der Lärmbelastung im Wohnumfeld gefragt (vgl. Tabelle 55). Der Aussage »Meine Wohngegend wird durch Lärm beeinträchtigt« stimmten im Jahr 2014 insgesamt 21,4 % der 55- bis 69-Jährigen zu (GeroStat 2017), wobei die Unterschiede nach Region und Geschlecht gering ausfielen und sich auch nur geringe Veränderungen gegenüber 2008 zeigten.

In der Gesamtschau zeigen die Daten, dass ein beträchtlicher Teil der 55- bis 69-Jährigen die Ausstattung des eigenen Wohnumfeldes positiv bewertete. Deutlich wird jedoch auch, dass ein Fünftel bis ein Viertel der Altersgruppe in einem Wohnumfeld lebte, dessen Infrastruktur als unzureichend erfahren wurde; ähnlich hoch war auch der Anteil derer, die Belastungen – Lärm und Unsicherheitsgefühle – im eigenen Wohnumfeld erlebt. Vor dem Hintergrund, dass Studien Zusammenhänge zwischen negativen Einflussfaktoren im Wohnumfeld wie Lärm oder Angst vor Kriminalität und gesundheitlichen Risiken für Anwohnerinnen und Anwohner zeigen (vgl. Eibich u. a. 2016; Hornberg und Pauli 2012), wird hier ein Handlungsbedarf für wohnumfeldbezogene Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung deutlich.

» 08.5 Wanderungsbewegungen und Umzugsbereitschaft

Das Altwerden in der eigenen, gewohnten Umgebung ist von größter Bedeutung für die meisten Menschen und wird häufig auch dann angestrebt, wenn die gewohnte Umgebung den Alltag im Alter eher erschwert als erleichtert (vgl. Voges und Zinke 2010, S. 305). Dies schlägt sich in einer relativ geringen Umzugshäufigkeit älterer Menschen nieder. Nach Schlömer (2015) ist die Wanderungsbereitschaft bzw. Umzugsbereitschaft über 50-Jähriger relativ gering (ebd., S. 34). So zogen nach Berechnungen von Schlömer im Jahr 2015 nur ca. 1,0 % bis 1,8 % der 55- bis 65-Jährigen über Kreisgrenzen um (ebd., S. 35). Zu Umzügen innerhalb der Kreise liegen leider keine Daten vor.

Im Folgenden wird das Umzugsverhalten der 50- bis 65-Jährigen über Raumordnungsgrenzen hinweg detailliert betrachtet. Das Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erfasst im Rahmen seiner Raumbeobachtung unter anderem das Binnenwanderungssaldo unterschiedlicher Altersgruppen nach Raumordnungsregionen in Deutschland. Das »Binnenwanderungssaldo« gibt das Verhältnis des Saldos von Zu- und Fortzügen zu der am Ende des Zeitraums vorhandenen Bevölkerung an (BBSR 2017a). Das Binnenwanderungssaldo der 50- bis unter 65-Jährigen unterscheidet sich strukturell und quantitativ von dem Wanderungssaldo jüngerer Jahrgänge. Während die Wanderungssalden der Altersgruppe der 25- bis unter 30-Jährigen im Jahr 2014 auf Ebene der Länder zwischen -19,6 und +20,4 betrugen, bewegten sich die Salden in der Gruppe der 50- bis unter 65-Jährigen nur zwischen -3,9 und +3,4 (vgl. Tabelle 56).

In der Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen wies Hamburg das größte Negativ-Saldo von -3,9 auf, während Schleswig-Holstein mit 3,4 über den höchsten Positiv-Saldo verfügte. Möglicherweise schlagen sich in diesen Daten Umzüge aus Hamburg in das Umland nieder. Gründe für die Unterschiede in den Wanderungssalden nach Ländern und Altersgruppen liegen u. a. in den altersgruppenspezifischen Motiven für die Wanderungen (vgl. Schlömer 2015, S. 33–34).

Binnenwanderungssaldo je 1.000 Einwohner

Schleswig-Holstein	3,4
Brandenburg	2,6
Mecklenburg-Vorpommern	2,5
Niedersachsen	1,1
Rheinland-Pfalz	0,9
Sachsen	0,8
Bayern	0,2
Saarland	0,2
Baden-Württemberg	-0,3
Sachsen-Anhalt	-0,3
Thüringen	-0,4
Bremen	-0,5
Nordrhein-Westfalen	-0,9
Hessen	-1,0
Berlin	-2,7
Hamburg	-3,9

» Tab. 56: Binnenwanderungssaldo je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Altersgruppe 50 bis unter 65 Jahren 2014 in Ländern. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; Darstellung verändert.

Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner

Regionen		Ärzte
Raumordnungsregionen mit höchster Arztdichte 2014	Hamburg	247,5
	Berlin	245,0
	Bremen	241,8
	München	228,7
Arztdichte in Wanderungs-Regionen 2014	Ost-Friesland	156,9
	Schleswig-Holstein Ost	214,2
	Schleswig-Holstein Nord	157,3
	Lüneburg	180,0
	Bochum-Hagen	154,0
	Mittlerer Oberrhein	163,5
	Göttingen	198,5
Raumordnungsregionen mit niedrigster Arztdichte 2014	Paderborn	134,7
	Uckermark-Barnim	134,5
	Bremen-Umland	131,7
	Hamburg-Umland-Süd	130,0
Arztdichte im städtischen Raum 2014		188,8
Arztdichte im ländlichen Raum 2014		146,2

» Tab. 57: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Raumordnungsregionen mit höchster und niedrigster Arztdichte sowie in Wanderungsregionen im Jahr 2014. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; eigene Darstellung.

Während Angehörige der Altersgruppe 25 bis 30 Jahre vor allem arbeitsplatzbezogen umziehen (in der Datenerfassung des BBSR werden sie daher auch »Arbeitsplatzwanderer« genannt), erfolgt die Binnenwanderung der 50- bis unter 65-Jährigen mutmaßlich vor allem mit dem Ziel, den Wohnsitz in landschaftlich reizvollere Regionen oder auch in die Nähe ihrer Kinder zu verlegen. Die erste These stützt sich auf einen Vergleich der Wanderungssalden in der untergeordneten Ebene der Raumordnungsregionen für das Jahr 2014. Den größten Zuzug durch Personen der Altersgruppe 50 bis unter 65 Jahre erfuhren hier die Regionen Ost-Friesland (7,2), Schleswig-Holstein Ost (7,1), Schleswig-Holstein Nord (7,0), Lüneburg (5,3), Schleswig-Holstein Süd-West (4,9) und Südostoberbayern (4,2).

Pflegeheimplätze je 100.000 Einwohner

Regionen		Pflegeheimplätze
Raumordnungsregionen mit höchster Pflegeheimdichte 2013	Hildesheim	177,5
	Göttingen	176,5
	Schleswig-Holstein Ost	175,3
Pflegeheimdichte in Wanderungsregionen 2013	Schleswig-Holstein-Süd-West	143,7
	Schleswig-Holstein Nord	134,5
	Ost-Friesland	114,2
	Hamburg	109,7
	Mittlerer Oberrhein	106,6
Raumordnungsregionen mit niedrigster Pflegeheimdichte 2013	Rhein-Main	85,1
	Neckar-Alb	84,3
	München	71,5

» Tab. 58: Anzahl der Pflegeheimplätze je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Raumordnungsregionen im Jahr 2013. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; eigene Darstellung.

Die größten Negativsalden wiesen Göttingen[85] mit -7,3, der Mittlere Oberrhein mit -4,7 sowie München und Hamburg mit jeweils -3,9 auf (BBSR 2017c).

Zur Beurteilung der in den Wanderungsregionen zur Verfügung stehenden Infrastruktur kann ebenfalls auf Daten des BBSR zurückgegriffen werden. Vor dem Hintergrund, dass ein relevanter Teil der Altersgruppe in die Unterstützung und/oder Pflege der eigenen Eltern involviert ist (vgl. Kapitel 5, S. 68), werden hier Daten zu der Anzahl der Ärzte und Pflegeheimplätze bezogen auf die Einwohnerzahl in den Regionen betrachtet (vgl. Tabelle 57 und Tabelle 58).

Nach diesen Angaben wiesen im Jahr 2014 städtische Räume, z. B. die Stadtstaaten und München, die größte Arztdichte auf, während im ländlichen Raum, vor allem für das Umland von Hamburg und Bremen, die Uckermark und den Barnim in Brandenburg sowie Paderborn in Nordrhein-Westfalen, geringe Arztdichten dokumentiert wurden (BBSR 2017c).

Auch die Versorgung mit Pflegeheimplätzen unterscheidet sich erheblich zwischen den Ländern.

85 Das BBSR weist bei der Erläuterung des Indikators »Binnenwanderungssaldo« allerdings auf mögliche Verzerrungen hin, die u. a. Göttingen betreffen: »Es können örtliche bzw. regionale Verzerrungen auftreten: Aus- und Übersiedler bzw. Asylbewerber werden in den zentralen Aufnahmestellen der ›Anlaufregionen‹ als Außenwanderungsgewinne erfasst, während die anschließenden Fortzüge aus den Aufnahmeorten bzw. -regionen als Binnenwanderungsverluste registriert werden. Diese Diskrepanz (extrem hohe positive Außenwanderungssalden, extrem hohe negative Binnenwanderungssalden) gilt besonders u. a. für die Landkreise Freudenstadt, Göttingen, Osnabrück, Ostprignitz-Ruppin, Fürth und Rastatt und sollte bei der Interpretation der Indikatoren berücksichtigt werden.« (INKAR 2017)

Das BBSR stellt hierzu Daten für das Jahr 2013 zur Verfügung. Während danach in Schleswig-Holstein im Jahr 2013 144,5 Pflegeheimplätze für 10.000 Einwohner und Einwohnerinnen zur Verfügung standen, waren es in Hessen nur 98,6 (BBSR 2017d). Die Stadt München wies im Jahr 2013 das größte negative Wanderungssaldo und zugleich die geringste relative Zahl an Pflegeheimplätzen auf (vgl. Tabelle 58). Zu beachten ist, dass sich hieraus keine unmittelbaren Schlüsse über die verfügbaren Versorgungsmöglichkeiten ableiten lassen, da diese auch von den vorhandenen ambulanten Pflegekapazitäten sowie dem Ausmaß an Unterstützung für informelle Pflegeleistungen abhängen (vgl. Rothgang u. a. 2016).

Dieser knappe Überblick über ausgewählte Indikatoren zur gesundheitlichen Versorgungsstruktur wirft ein Schlaglicht auf die große regionale Heterogenität der Wohnverhältnisse und Lebensbedingungen der »Jungen Alten« in Deutschland, die ausführlich auch im »Siebten Altenbericht« thematisiert wird (Deutscher Bundestag 2016).

08.6 Fazit

Die Ausführungen in diesem Kapitel haben gezeigt, dass sich die »Jungen Alten« unterschiedlich auf die Regionen in Deutschland verteilen. So weisen die ostdeutschen Länder, insbesondere einzelne ländliche ostdeutsche Regionen, die höchsten Anteile der 50- bis unter 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung auf.

Je besser die individuelle Ausstattung vor allem mit ökonomischen Ressourcen ist, desto unabhängiger kann der oder die Einzelne den Wohnort und das Wohnumfeld auswählen oder Defizite im Wohnumfeld kompensieren. Die Mehrheit der 55- bis 69-Jährigen wohnt in Eigentum und damit in einer vergleichsweise sicheren Wohnsituation. Allerdings zeigen sich auch hier regionale Unterschiede: In den neuen Ländern leben weniger Personen in der eigenen Immobilie. Der hohe Anteil des Besitzes von Wohneigentum in der Altersgruppe könnte – neben der hohen Bindung an das gewohnte Wohnumfeld bzw. die dort bestehenden sozialen Beziehungen (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 229) – ein Erklärungsfaktor für die im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen geringen Wanderungsbewegungen bei den »Jungen Alten« sein. Die Beweggründe, die zu einem Umzug im jüngeren Alter führen, wurden bislang jedoch nicht systematisch und umfassend erhoben.

Im Gegensatz zu der finanziellen Belastung durch Mietverhältnisse nimmt die relative Belastung durch die Wohnkosten bei Immobilienbesitz mit zunehmendem Alter deutlich ab. Damit findet ein erheblicher, auch psychisch entlastender, Rückgang der monatlichen Ausgaben statt. Allerdings fallen auch sämtliche Maßnahmen zur Wohnraumanpassung und Sanierung in die Verantwortung der Eigentümer und Eigentümerinnen. Die Schwierigkeit, im Alter einen Kredit für Investitionen zu erhalten, und die Furcht vor großen Ausgaben führen häufig dazu, dass ein notwendiger Umbau und Abbau von Barrieren nicht stattfindet. Dies mag – zusammen mit der geringen Bekanntheit entsprechender Beratungsangebote – ein Grund dafür sein, dass die Anzahl der barrierefreien Wohnungen nach den vorliegenden Angaben noch relativ gering ist. Für Mieterinnen und Mieter hat sich die Kostenbelastung aufgrund steigender Mieten und der nicht im selben Maße gestiegenen Einkommen erhöht. Das insgesamt hohe Mietniveau bei Neuverträgen kann zudem dazu führen, dass Umzüge in barrierefreie oder kleinere Wohnungen vermieden werden.

Die verfügbaren Daten verdeutlichen darüber hinaus, dass die Wohnbedingungen und Wohnbelastungen der »Jungen Alten« von regionalen Bedingungen und individuellen Ressourcen abhängen.

Ein beträchtlicher Anteil der 55- bis 69-Jährigen bewertet die Wohnsituation und die Ausstattung des eigenen Wohnumfeldes positiv. Ein Fünftel bis ein Viertel der Altersgruppe schätzt die infrastrukturelle Ausstattung des eigenen Wohnumfeldes jedoch als unzureichend ein. Ähnlich hoch ist auch der Anteil derer, die sich im eigenen Wohnumfeld Belastungen wie Lärm und Unsicherheitsgefühlen ausgesetzt fühlen.

Wenn diese »Jungen Alten« mit wachsenden gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert werden, steht zu befürchten, dass die berichteten Versorgungslücken im Wohnumfeld eine besondere Belastung darstellen werden und die Selbstversorgung gefährden. Dieser Zusammenhang sollte von öffentlichen, privaten und gesundheitspolitischen Akteuren in Ländern und Kommunen bei künftigen Entwicklungsmaßnahmen berücksichtigt werden, z. B. indem die Wohn- und Versorgungsqualität sowie die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr auch als Komponenten der Gesundheitsförderung behandelt werden.

Auffällig ist, wie wenig »Junge Alte« Wohnberatungsstellen kennen und vor allem, wie wenige sie nutzen. Gerade die 55- bis 65-Jährigen machen sich mit Blick auf das eigene, höhere Alter, Gedanken über die Altersgerechtigkeit ihrer Wohnung und sollten sich mit Hilfe einer kompetenten Beratung über (alternative) Wohnformen, Wohnraumanpassung und Fördermöglichkeiten informieren. In diesem Zusammenhang sollte geprüft werden, ob die Beratungsstellen möglicherweise zu sehr das Thema »Wohnen mit Pflegebedarf« in den Blick nehmen und die »Jungen Alten« damit nicht ansprechen, und ob das Thema »Wohnen im Alter« für diese Altersgruppe anders vermittelt werden kann.

09

Fazit

Die vorliegende Zusammenstellung grundlegender Daten zur Lebenssituation der 55- bis unter 65-Jährigen in Deutschland zeichnet ein facettenreiches und differenziertes Bild der heterogenen Lebenssituationen sowie Gesundheitsrisiken und -potenziale der Altersgruppe. Die Expertise geht dabei von einem umfassenden Gesundheitsverständnis aus, demzufolge Gesundheit körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst.

Insgesamt ist die sozioökonomische Lage der beschriebenen Altersgruppe zum Stand 2014 von Wohlstand und sozialer Sicherheit gekennzeichnet. Die Bildungsbeteiligung der heutigen »Jungen Alten« ist höher als die früherer Kohorten. Dennoch verfügen insgesamt 15 % der Altersgruppe nicht über einen beruflichen Bildungsabschluss; unter den 55- bis unter 65-Jährigen mit Migrationshintergrund sind es gar 38 %. Auch bei den Einkommen, Vermögen und hinsichtlich des Armutsrisikos zeichnet sich eine solche Spreizung ab: Die »Jungen Alten« in Ostdeutschland sowie Ältere mit niedrigen Bildungsabschlüssen und Migrationshintergrund weisen ein höheres Risiko auf, ökonomisch benachteiligt zu sein. Ihnen droht zudem mit höherer

Wahrscheinlichkeit spätere Altersarmut, während ein Teil der heute 55- bis unter 65-Jährigen eigenes Vermögen aufbauen konnte und dieses noch durch künftige Erbschaften vermehren kann.

Die soziale Eingebundenheit der Kohorte ist insgesamt sehr gut, die meisten sind verheiratet, haben Kinder, viele von ihnen bereits Enkelkinder und, häufiger als frühere Kohorten, noch lebende Eltern. Betrachtet man den Wandel, zeigen sich Veränderungen in den Partnerschaften: So hat der Anteil der nichtehelichen Partnerschaften zugenommen, Frauen sind häufiger erwerbstätig als früher. Weniger verändert hat sich allerdings die Verteilung der Haus- und Sorgearbeit, die Frauen nach wie vor zu einem größeren Teil übernehmen. Die Wohnortnähe zu Familienmitgliedern – und damit die Gelegenheit für praktische Hilfen – nimmt tendenziell ab, jedoch unterstützt die Altersgruppe ihre Kinder und Enkel stärker als frühere Kohorten materiell. Außerdem haben außerfamiliäre Netzwerke an Bedeutung gewonnen. Zugleich gibt es eine relevante Zahl älterer Menschen, die von niemandem Unterstützung erwarten, sich einsam und aus der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen. Ältere mit geringem Einkommen oder niedriger Bildung sind hiervon besonders betroffen und dem Risiko von Isolation und Vereinsamung ausgesetzt.

Der Vergleich mit früheren Kohorten hinsichtlich des Gesundheitsstatus zeichnet ein vielschichtiges Bild der »Jungen Alten« von 2014. Personen der Altersgruppe leiden zwar an weniger Mehrfacherkrankungen als frühere Generationen. Nachdem die Anzahl der selbstberichteten (chronischen) Krankheiten in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen ist, war nun wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Ob sich hier eine Trendwende abbildet – möglicherweise verursacht durch längere Erwerbstätigkeiten und damit einhergehende stärkere physische und psychische Belastungen – kann noch nicht bewertet werden. Insgesamt am häufigsten werden, wie schon in den zurückliegenden Jahren, in der Altersgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-System diagnostiziert. Sie sind auch der häufigste Grund für Rehabilitationsmaßnahmen und Frühverrentung. Die Haupttodesursache in der Altersgruppe sind bösartige Tumore, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. An Bedeutung gewonnen haben zudem psychische Erkrankungen. Mit ihnen gehen lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und Rehabilitationsaufenthalte einher; sie auch sind der häufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten.

Das Thema Sucht spielt bei den »Jungen Alten« eine nicht unerhebliche Rolle: Riskanter Alkoholkonsum und Medikamentenmissbrauch sind vergleichsweise stark verbreitet, die alkoholbedingte Mortalität ist in dieser Altersgruppe am höchsten. Ein weiteres Risikopotential für die Gesundheit stellen in der Altersgruppe Übergewicht und Adipositas dar, die eine häufige Ursache für Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind.

In der Altersgruppe 50 bis 70 Jahre finden sich im Vergleich aller Altersgruppen die meisten pflegenden Angehörigen. Die Pflege eines Angehörigen wird überwiegend von Frauen übernommen: Etwa jede achte Frau und jeder 16. Mann versorgen regelmäßig eine ihnen nahestehende, pflegebedürftige Person. Die Bereitschaft, intensive häusliche Pflegetätigkeiten zu übernehmen, ist zudem am größten bei Personen mit einfachem Bildungsstand und schlecht bezahlten bzw. sozial wenig anerkannten Berufen. Je umfangreicher die Pflege, je älter die Pflegeperson und je geringer die Unterstützung, die die Pflegeperson erhält, desto höher sind resultierende gesundheitliche Belastungen und desto wahrscheinlicher ist die Aufgabe einer gegebenenfalls zuvor vorhandenen eigenen beruflichen Tätigkeit. In jüngerer Zeit eingeführte Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf, Familie und

Pflege werden bislang selten genutzt und sind vielen pflegenden Angehörigen gar nicht bekannt. Auch stellt sich die Frage, ob diese ausreichen, um die Belastungen zu kompensieren, denen insbesondere pflegende Angehörige mit geringem Bildungsstand und in Berufen mit niedrigem Einkommen ausgesetzt sein können.

Die Erwerbsbeteiligung der »Jungen Alten« ist im Vergleich zu früheren Kohorten deutlich angestiegen und zwar für Frauen und Männer. Die Arbeitslosenquote der Altersgruppe ist seit 2011 rückläufig, liegt aber über der allgemeinen Quote. Etwa die Hälfte der arbeitslosen »Jungen Alten« ist »langzeitarbeitslos«. Die Chancen über 55-Jähriger, aus der Arbeitslosigkeit wieder in Arbeit zu kommen, stehen nach wie vor eher schlecht: Im Jahr 2015 gelang dies nur etwas mehr als einem Viertel der Betroffenen. Insbesondere Personen im rentennahen Alter sind relativ häufig in Teilzeit oder nur geringfügig beschäftigt. Die Erwerbsarbeit wird von vielen Älteren als gesundheitlich belastend erlebt, häufig ist das Ende der Erwerbstätigkeit auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen. Dennoch wird nach wie vor nur ein geringer Teil der erwerbstätigen »Jungen Alten« von zielgruppenspezifischen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht.

Der Übergang in den Ruhestand gestaltet sich zunehmend prozesshaft und beginnt weit vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter. Nur die wenigsten Älteren treten aus einer Vollbeschäftigung in den Ruhestand ein. Häufiger erfolgt der Übergang aus einer Teilzeitbeschäftigung, der Arbeitslosigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Erkrankung. Es ist zu vermuten, dass dieses Übergangsgeschehen auch auf die Anhebung des Renteneintrittsalters und die eingeschränkten Möglichkeiten abschlagsfreier Frühverrentung zurückzuführen ist.

Bis zum Jahr 2030 wird das Netto-Rentenniveau nach heutiger Prognose voraussichtlich auf 44,5 % des Durchschnittsverdienstes fallen, so dass die gesetzliche Rente für einen wachsenden Anteil der jüngeren Geburtenjahrgänge in der dargestellten Altersgruppe der »Jungen Alten« ihre Funktion einer Lebensstandardsicherung verlieren wird. Es zeichnet sich ab, dass sich die Höhe der künftigen Renten zunehmend mit dem Leistungsniveau der Grundsicherung im Alter überschneiden wird.

Gesellschaftliche Teilhabe und Engagement haben einen eigenständigen, positiven Einfluss auf die Gesundheit. Fast die Hälfte der Altersgruppe engagiert sich in der Freizeit freiwillig, die Männer etwas häufiger als die Frauen. Der Anteil der ehrenamtlich Engagierten hat damit weiter zugenommen, auch wenn der Umfang des Engagements pro engagierter Person im Durchschnitt abnimmt. Auch die sportliche Aktivität der »Jungen Alten« ist angestiegen, ebenso wie der Fernsehkonsum, vor allem aber auch die Internetnutzung zu Freizeitzwecken. Die »Jungen Alten« sind damit zugleich einerseits aktiver und konsumieren andererseits mehr Medienangebote. Ob sich hier innerhalb der Gruppe der »Jungen Alten« unterschiedliche »Kulturen« zunehmend stärker ausprägen (hoch aktive vs. hoch inaktive Ältere) ist schwer zu sagen. Deutlich wurde auf jeden Fall, dass sich Ehrenamt, politische Beteiligung und Weiterbildung, aber auch sportliche Aktivität und die Nutzung neuer Medien in Abhängigkeit vom Bildungsstatus unterschiedlich ausprägen. Kritisch zu hinterfragen ist, ob die Befragungen teilweise durch einen Mittelschichtsblick verzerrt werden, indem Aktivitäten, die in niedrigen Statusgruppen ausgeprägt sind, – z. B. allgemeine körperliche Aktivitäten (im Vergleich zu Sport) oder Sorgearbeiten innerhalb und außerhalb der Familie (im Vergleich zu ehrenamtlichen Engagement) – nicht die gleiche Bedeutung erhalten. Für eine Förderung von politischer Beteiligung und freiwilligem Engagement auch der »Jungen Alten« mit geringer Bildung und niedrigem Einkommen, und hier insbe-

sondere der Frauen, scheint es notwendig, künftig noch stärker die Voraussetzungen und Barrieren für politische Beteiligung und freiwilliges Engagement in den Blick zu nehmen.

Zurzeit leben in den östlichen Bundesländern, vor allem in den ländlichen Regionen, anteilig mehr 55- bis 65-Jährige als in den westlichen Bundesländern. Über die Hälfte der »Jungen Alten« wohnt in der eigenen Immobilie. Die Wohnkosten belasten sie, vor allem wenn ein Kredit bereits abgezahlt worden ist, deutlich weniger als diejenigen, die zur Miete wohnen. Barrierefreie (oder -arme) Wohnungen spielen weiterhin eine geringe Rolle auf dem Wohnungsmarkt, Zahlen zum Bestand stehen allerdings nicht zur Verfügung.

Die Wohnmobilität der »Jungen Alten« ist nicht hoch, zumindest soweit sie statistisch erfasst wird. Dieser Umstand und die geringe Inanspruchnahme von Angeboten zur Wohnberatung lassen erwarten, dass der größte Teil der Altersgruppe nicht eigeninitiativ die eigene Wohnsituation altersgerecht verändern wird. Hier könnte verstärkt informiert und geworben, eventuell auch mehr (zielgruppenspezifische) Beratungsangebote geschaffen werden.

Gegenwärtig besteht in der Altersgruppe eine hohe Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation (und damit vordergründig auch wenig Anlass für eine Veränderung). Etwa ein Viertel der Altersgruppe bewertet die Infrastruktur im eigenen Wohnumfeld allerdings als unzureichend (z. B. die Einkaufsmöglichkeiten oder Gesundheitsversorgung). Auffällig ist hierbei, dass die Bewertungen in Ostdeutschland im Vergleich zu früheren Befragungen deutlich positiver ausfallen, während in Westdeutschland eine leichte Verschlechterung zu verzeichnen ist. Etwa ein Viertel der 55- bis 69-jährigen Frauen in Ost- und Westdeutschland nehmen ihr Wohnumfeld nach Einbruch der Dunkelheit als nicht sicher wahr.

Bei der betrachteten Altersgruppe handelt es sich insgesamt um eine relativ gut situierte, meist finanziell abgesicherte Generation, die vom gesellschaftlichen Wandel, z. B. der Gleichstellung von Frauen und in Westdeutschland vom »Wirtschaftswunder« profitierte und heute auf vielfältige – auch gesundheitsrelevante – Ressourcen zurückgreifen kann. Teile der Kohorte sind jedoch mit besonderen Risiken für ein gesundes Älterwerden konfrontiert. Besonders vulnerabel ist die Situation der »Jungen Alten« mit niedrigen formalen Bildungsabschlüssen und niedrigem Einkommen, wovon besonders Langzeitarbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund und zum Teil Menschen in Ostdeutschland betroffen sind. Für diese Gruppen ist zugleich das Risiko von Armut und ihrer Verfestigung im Alter besonders groß. Zusätzliche Gefährdungen entstehen durch Arbeitslosigkeit und durch einen Mangel an Sozialkontakten.

Geringe Bildung und geringes Einkommen gehen mit Benachteiligungen bei der gesellschaftlichen Teilhabe in fast allen Lebensbereichen einher – seien es soziale Netzwerke, Gesundheit und Lebenserwartung, Weiterbildung, Engagement, politische Partizipation oder die Nutzung neuer Medien und damit der Zugang zu Informationen – und schlagen sich damit nicht zuletzt in einem Erleben mangelnder gesellschaftlicher Zugehörigkeit nieder. Diese Faktoren tendieren dazu, gleichzeitig aufzutreten und sich in ihren Wirkungen kumulierend zu verstärken. Häufig lassen sich Ungleichheiten in Stadtteilen und Regionen auch lokal verorten, wenngleich die Datenlage dazu insgesamt unbefriedigend ist, weil die Altersgruppe nur selten im Fokus von Erhebungen zu Zusammenhängen von Raum und Sozialstruktur steht.

Die in der vorliegenden Expertise identifizierten Gesundheitsrisiken der »Jungen Alten« zeigen Handlungsbedarfe auf und bieten vielfältige Anknüpfungspunkte für Akteure in Politik und

Verwaltungen, in Kommunen, Regionen und Landkreisen, bei Gewerkschaften, Vereinen und in Betrieben. Maßnahmen und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention sollten dabei die unterschiedlichen Lebenswelten der »Jungen Alten« wie z. B. Arbeitsstätten, Wohnquartiere, Freizeitangebote und Versorgungseinrichtungen adressieren und insbesondere die große Heterogenität der Lebenslagen und die jeweils spezifischen Herausforderungen, Ressourcen und Bedarfe gerade auch benachteiligter Zielgruppen berücksichtigen. Von grundlegender Bedeutung wäre darüber hinaus eine umfassende Strategie zur Verminderung sozioökonomischer Ungleichheiten – bereits in jüngeren Altersgruppen – sowie zur Bekämpfung und Vermeidung von Altersarmut.

10

Anhang

10.1 Tabellen

Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregion

55 bis unter 65 Jahre/ Erweiterte Staatsangehörigkeit*	In Tausend	Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in %
Insgesamt	1.740	
Europa	1.249	71,8
EU-28	743	42,7
Polen	238	13,7
Italien	106	6,1
Rumänien	71	4,1
Kroatien	52	3,0
Griechenland	51	2,9
Sonstiges Europa	505	29,0
Türkei	179	10,3
Russische Föderation	156	9,0
Afrika	37	2,1
Ägypten, Algerien, Libyen, Tunesien	11	0,6
Amerika	35	2,0
Asien, Australien und Ozeanien	286	16,4
Naher und Mittlerer Osten	209	12,0
Kasachstan	139	8,0
Iran	20	1,1
Sonstiges Asien	75	4,3
Vietnam	16	0,9
Ohne Angabe, unbestimmt	133	7,6

* Die »erweiterte Staatsangehörigkeit« wird im Mikrozensus anhand unterschiedlicher Merkmale bestimmt: bei Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit wird die (erste) Staatsangehörigkeit herangezogen; bei Eingebürgerten »die Staatsangehörigkeit vor Einbürgerung« und bei (Spät-) Aussiedlern »die Staatsangehörigkeit vor dem Zuzug« nach Deutschland; »[b]ei Personen mit Migrationshintergrund, die als Deutsche geboren wurden, wird die derzeitige bzw. frühere Staatsangehörigkeit der Eltern herangezogen«; fehlen die entsprechenden Informationen oder ist die Staatsangehörigkeit der Eltern nicht identisch, wird dies in der Statistik als »ohne Angabe« ausgewiesen (Statistisches Bundesamt 2017a, S. 20–21).

» Tab. 59: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre im Jahr 2015 nach erweiterter Staatsangehörigkeit und Herkunftsregion (in Tausend sowie Anteil an allen Personen der Altersgruppe mit Migrationshintergrund in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, S. 63, Tabelle 21; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen.

Bevölkerung im Alter von 55 bis unter 65 Jahren nach beruflichem Bildungsabschluss, Geschlecht und Migrationshintergrund

	Insgesamt[1]	Darunter mit beruflichem Bildungsabschluss									Ohne beruflichen Bildungsabschluss[6]	
		Zusammen[2]		Lehre/ Berufsausbildung im dualen System[3]	Fachschulabschluss[4]	Fachschulabschluss in der ehemaligen DDR	Bachelor	Master	Diplom[5]	Promotion		
	In Tausend	In Tausend	%	%	%	%	%	%	%	%	In Tausend	%
Insgesamt	**11.140**	**9.409**	**84,5**	**66,7**	**10,3**	**2,2**	**0,3**	**0,2**	**18,6**	**1,5**	**1.685**	**15,1**
Männlich	5.457	4.804	88,0	63,8	11,4	1,2	0,3	0,2	20,7	2,1	629	11,5
Weiblich	5.683	4.604	81,0	69,7	9,2	3,1	0,2	0,1	16,4	0,9	1.056	18,6
Darunter Bevölkerung mit Migrationshintergrund												
Insgesamt	**1.735**	**1.060**	**61,1**	**64,8**	**9,6**	**/**	**1,2**	**0,8**	**21,4**	**1,5**	**666**	**38,4**
Männlich	843	558	66,2	66,7	9,2	/	1,1	1,0	19,3	1,9	280	33,2
Weiblich	892	502	56,2	62,6	10,1	/	1,2	/	23,7	1,1	386	43,2

/ keine Angaben, da Zahlenwert nicht sicher genug.

1 Einschließlich 438.000 Personen, die keine Angaben zum beruflichen Bildungsabschluss gemacht haben.

2 Einschließlich 151.000 Personen, die keine Angabe zur Art des Abschlusses gemacht haben.

3 Einschließlich eines gleichwertigen Berufsfachschulabschlusses, Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung, 1-jährige Schule für Gesundheits- und Sozialberufe sowie 344.000 Personen mit Anlernausbildung.

4 Einschließlich einer Meister-/Technikerausbildung, Abschluss einer 2- oder 3-jährigen Schule für Gesundheits- und Sozialberufe sowie Abschluss an einer Schule für Erzieher/-innen.

5 Einschließlich Lehramtsprüfung, Staatsprüfung, Magister, künstlerischer Abschluss und vergleichbare Abschlüsse.

6 Einschließlich Berufsvorbereitungsjahr und berufliches Praktikum, da durch diese keine berufsqualifizierenden Abschlüsse erworben werden.

» Tab. 60: Bevölkerung im Alter von 55 bis unter 65 Jahren 2015 nach beruflichem Bildungsabschluss, Geschlecht und Migrationshintergrund. Quelle: Statistisches Bundesamt 2016b, S. 80; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert.

Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen der 55- bis 69-Jährigen in %

Vermögen	Westdeutschland			Ostdeutschland			Deutschland gesamt		
	Männer	Frauen	Durchschnitt	Männer	Frauen	Durchschnitt	Männer	Frauen	Durchschnitt
Kein Vermögen	13,7	15,1	14,4	17,2	17,0	17,1	14,3	15,4	14,9
Unter 12.500 Euro	22,5	23,0	22,7	30,5	37,2	33,9	24,0	25,7	24,8
12.500 bis unter 100.000 Euro	43,0	47,5	45,2	44,3	39,7	42,0	43,2	46,0	44,6
100.000 Euro und mehr	20,9	14,5	17,7	7,9	6,1	7,0	18,5	12,9	15,7

» Tab. 61: Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen der 55- bis 69-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2014, in Prozent. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 7-2; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert.

Diagnosefälle der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

ICD-10 Hauptdiagnosegruppe	Diagnose/Behandlungsanlass	In Krankenhäusern		In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Alle Diagnosen und Behandlungsanlässe	**1.541.366**	**1.241.289**	**211.464**	**202.366**
A00-T98	Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	1.531.374	1.233.212	196.709	189.436
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	33.899	27.946	553	482
C00-D48	Neubildungen	207.986	181.128	23.824	28.142
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	7.578	7.305	209	216
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	38.138	35.640	6.013	3.012
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	91.414	73.960	21.430	32.883
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	73.804	52.694	6.277	5.189
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	27.037	25.091	131	104
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	13.620	15.028	906	724

Fortsetzung: Diagnosefälle der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

ICD-10 Hauptdiagnosegruppe	Diagnose/Behandlungsanlass	In Krankenhäusern		In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	308.569	162.757	46.000	17.403
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	87.054	66.624	7.707	7.085
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	179.030	135.190	2.080	2.015
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	21.266	17.047	1.526	1.809
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	179.155	197.800	70.107	79.757
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	79.215	68.065	467	520
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	1.931	2.260	206	289
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, ohne Klassifizierung	61.533	56.288	1.164	1.363
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen	120.145	108.377	8.107	8.437

» Tab. 62: Diagnosefälle der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2015, 55- bis unter 65-Jährige, nach Geschlecht. Quelle: Statistisches Bundesamt 2016d, 2016e; eigene Berechnung und Darstellung.

Gelenkverschleiß der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule in %

Region		40 bis 54 Jahre	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	23,7	37,3	42,9
	Frauen	21,6	40,1	50,0
Alte Bundesländer und Berlin-West	Männer	23,2	37,7	41,7
	Frauen	21,1	40,2	48,7
Neue Bundesländer und Berlin-Ost	Männer	26,1	35,4	48,1
	Frauen	23,9	39,7	55,2

» Tab. 63: Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014.

Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung in %

Region		40 bis 54 Jahre	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	9,0	13,2	17,4
	Frauen	11,0	16,6	21,2
Alte Bundesländer und Berlin-West	Männer	8,9	13,4	16,5
	Frauen	10,8	15,5	19,9
Neue Bundesländer und Berlin-Ost	Männer	9,6	12,2	21,3
	Frauen	12,1	21,4	26,1

» Tab. 64: Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma) nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014.

Osteoporose in %

Region		40 bis 54 Jahre	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	1,9	3,8	3,6
	Frauen	2,8	10,4	20,8
Alte Bundesländer und Berlin-West	Männer	1,9	4,3	3,4
	Frauen	2,9	10,5	20,7
Neue Bundesländer und Berlin-Ost	Männer	1,8	1,8	4,4
	Frauen	2,1	9,9	21,4

» Tab. 65: Osteoporose nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014.

Diabetes, hohe Blutzuckerwerte in %

Region		40 bis 54 Jahre	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	5,2	14,4	19,4
	Frauen	4,0	8,8	17,3
Alte Bundesländer und Berlin-West	Männer	5,2	13,1	18,5
	Frauen	3,8	8,1	16,2
Neue Bundesländer und Berlin-Ost	Männer	5,2	19,8	22,9
	Frauen	5,0	11,8	21,7

» Tab. 66: Diabetes, hohe Blutzuckerwerte nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014.

Bluthochdruck in %

Region		40 bis 54 Jahre	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	24,6	46,2	56,1
	Frauen	18,1	39,0	54,0
Alte Bundesländer und Berlin-West	Männer	23,7	44,8	55,1
	Frauen	17,0	36,9	53,1
Neue Bundesländer und Berlin-Ost	Männer	28,7	52,4	60,2
	Frauen	23,6	48,0	57,2

» Tab. 67: Bluthochdruck nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014.

Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Leukämie) in %

Region		40 bis 54 Jahre	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	3,4	7,5	15,5
	Frauen	5,2	8,8	9,8
Alte Bundesländer und Berlin-West	Männer	3,3	7,9	16,2
	Frauen	5,5	8,6	9,7
Neue Bundesländer und Berlin-Ost	Männer	4,0	5,8	12,4
	Frauen	3,6	9,4	10,0

» Tab. 68: Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Leukämie) nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014.

Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz je 100.000 Einwohner

Tumorgruppe	Altersgruppe	Fallzahl		Rate (je 100.000)	
		Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Krebs gesamt	55 bis 59 Jahre	22.393	19.646	803,17	692,04
	60 bis 64 Jahre	31.074	23.603	1.271,06	914,99
Mund und Rachen	55 bis 59 Jahre	1.706	481	61,20	16,94
	60 bis 64 Jahre	1.775	500	72,62	19,38
Speiseröhre	55 bis 59 Jahre	654	123	23,47	4,34
	60 bis 64 Jahre	751	138	30,73	5,35
Magen	55 bis 59 Jahre	801	381	28,72	13,43
	60 bis 64 Jahre	1.011	500	41,35	19,39
Darm	55 bis 59 Jahre	2.720	1.854	97,57	65,30
	60 bis 64 Jahre	3.727	2.206	152,44	85,52
Lunge	55 bis 59 Jahre	3.352	2.061	120,21	72,60
	60 bis 64 Jahre	4.743	2.498	194,01	96,86

Fortsetzung: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz je 100.000 Einwohner

Tumorgruppe	Altersgruppe	Fallzahl		Rate (je 100.000)	
		Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Brust	55 bis 59 Jahre	41	7.074	1,47	249,19
	60 bis 64 Jahre	77	8.306	3,15	322,01
Prostata	55 bis 59 Jahre	4.316	—	154,82	—
	60 bis 64 Jahre	7.682	—	314,21	—

» Tab. 69: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz (Fallzahlen und Raten je 100.000 Einwohner), 2013. Quelle: GEKID 2016; Darstellung verändert.

Erkrankungs- und Sterberisiko an Krebs in %

	Erkrankungsrisiko		Sterberisiko	
	In den nächsten 10 Jahren	Jemals	In den nächsten 10 Jahren	Jemals
Männer im Alter von …				
35 Jahren	1,2 (1 von 86)	50,7 (1 von 2)	0,3 (1 von 390)	26,2 (1 von 4)
45 Jahren	3,4 (1 von 29)	50,6 (1 von 2)	1,2 (1 von 85)	26,3 (1 von 4)
55 Jahren	10,3 (1 von 10)	50,2 (1 von 2)	3,8 (1 von 26)	26,1 (1 von 4)
65 Jahren	20,6 (1 von 5)	47,5 (1 von 2)	7,9 (1 von 13)	24,7 (1 von 4)
75 Jahren	27,4 (1 von 5)	39,9 (1 von 3)	12,9 (1 von 8)	21,3 (1 von 5)
Lebenszeitrisiko		50,5 (1 von 2)		26,0 (1 von4)
Frauen im Alter von …				
35 Jahren	2,2 (1 von 46)	42,7 (1 von 2)	0,3 (1 von 310)	20,4 (1 von 5)
45 Jahren	4,8 (1 von 21)	41,5 (1 von 2)	1,1 (1 von 93)	20,2 (1 von 5)
55 Jahren	8,5 (1 von 12)	39,0 (1 von 3)	2,6 (1 von 38)	19,5 (1 von 5)
65 Jahren	12,9 (1 von 8)	34,2 (1 von 3)	4,9 (1 von 20)	17,8 (1 von 6)
75 Jahren	16,3 (1 von 6)	26,5 (1 von 4)	8,0 (1 von 13)	14,6 (1 von 7)
Lebenszeitrisiko		43,1 (1 von 2)		20,3 (1 von 5)

» Tab. 70: Erkrankungs- und Sterberisiko an Krebs gesamt in Deutschland, nach Alter und Geschlecht, ICD 10 C00 – C97, ohne C44, 2012. Quelle: RKI 2015b, S. 24.

Seelische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose) in %

Region	Geschlecht	40 bis 54 Jahre	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	8,8	8,1	3,9
	Frauen	13,4	12,9	6,7
Alte Länder und Berlin-West	Männer	8,9	8,6	4,1
	Frauen	13,5	13,1	6,8
Neue Länder und Berlin-Ost	Männer	8,1	5,8	3,0
	Frauen	12,9	12,0	6,0

» Tab. 71: Seelische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose) nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014.

Schwerbehinderte Menschen nach Grad der Behinderung und Region

Grad der Behinderung	Region	55 bis unter 60 Jahre		60 bis unter 62 Jahre		62 bis unter 65 Jahre	
		Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Insgesamt	Deutschland	712.128	11,8	341.575	15,9	575.511	18,9
	West inkl. Berlin	597.745	11,9	283.553	16,1	476.621	19,3
	Ost	114.383	11,2	58.022	14,6	98.890	16,9
Grad der Behinderung von 50	Deutschland	291.258	4,8	145.379	6,7	252.718	8,3
	West inkl. Berlin	247.120	4,9	122.227	7,0	212.012	8,6
	Ost	44.138	4,3	23.152	5,8	40.706	7,0
Grad der Behinderung von 60	Deutschland	121.772	2,0	59.968	2,8	100.900	3,3
	West inkl. Berlin	102.833	2,0	50.154	2,9	84.026	3,4
	Ost	18.939	1,9	9.814	2,5	16.874	2,9
Grad der Behinderung von 70	Deutschland	70.205	1,2	34.053	1,6	57.098	1,9
	West inkl. Berlin	58.853	1,2	28.145	1,6	47.040	1,9
	Ost	11.352	1,1	5.908	1,5	10.058	1,7

Fortsetzung: Schwerbehinderte Menschen nach Grad der Behinderung und Region

Grad der Behinderung	Region	55 bis unter 60 Jahre		60 bis unter 62 Jahre		62 bis unter 65 Jahre	
		Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Grad der Behinderung von 80	Deutschland	76.015	1,3	34.505	1,6	55.577	1,8
	West inkl. Berlin	62.625	1,2	28.024	1,6	45.082	1,8
	Ost	13.390	1,3	6.481	1,6	10.495	1,8
Grad der Behinderung von 90	Deutschland	27.078	0,4	13.063	0,6	21.625	0,7
	West inkl. Berlin	22.486	0,4	10.718	0,6	17.758	0,7
	Ost	4.592	0,5	2.345	0,6	3.867	0,7
Grad der Behinderung von 100	Deutschland	125.800	2,1	54.607	2,5	87.593	2,9
	West inkl. Berlin	103.828	2,1	44.285	2,5	70.703	2,9
	Ost	21.972	2,2	10.322	2,6	16.890	2,9

» Tab. 72: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis, nach Grad der Behinderung und Region, 2015 (absolut und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 15.06.2017, Darstellung verändert.

Schwerbehinderte Menschen nach Geschlecht und Nationalität

Nationalität		55 bis unter 60 Jahre		60 bis unter 62 Jahre		62 bis unter 65 Jahre	
		Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Alle Nationalitäten	Beide Geschlechter	712.128	11,8	341.575	15,9	575.511	18,9
	Männlich	374.121	12,4	179.768	17,0	307.279	20,8
	Weiblich	338.007	11,2	161.807	14,7	268.232	17,0
Deutsch	Beide Geschlechter	670.694	11,9	319.939	15,9	537.885	18,8
	Männlich	351.655	12,6	169.382	17,1	290.223	20,9
	Weiblich	319.039	11,3	150.557	14,7	247.662	16,9
Nichtdeutsch	Beide Geschlechter	41.434	9,9	21.636	15,0	37.626	19,6
	Männlich	22.466	10,4	10.386	15,3	17.056	20,4
	Weiblich	18.968	9,5	11.250	14,8	20.570	18,9

» Tab. 73: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis, nach Geschlecht und Nationalität 2015 (absolut und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 15.06.2017, Darstellung verändert.

Sterbefälle je 100.000 Einwohner

	Deutsche Bevölkerung		Nichtdeutsche Bevölkerung	
Altersgruppe	**Männer**	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**
50 bis 54 Jahre	463,3	254,6	307,2	179,1
55 bis 59 Jahre	790,5	411,5	551,5	276,2
60 bis 64 Jahre	1.248,50	640,9	965,5	485,4
65 bis 69 Jahre	1.821,20	975,2	1.420,50	756,6

» Tab. 74: Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 15.06.2017, Darstellung verändert.

Prävalenz des Alkoholkonsums

			Altersgruppen in Jahren						
		Gesamt	18 bis 20	21 bis 24	25 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 64
Gesamt(n)		**9.174**	**1.186**	**1.195**	**1.080**	**1.519**	**1.603**	**1.647**	**944**
Bier	%*	51,4	53,4	58,4	56,1	52,0	51,1	49,3	45,0
	Liter**	1,9	1,6	1,8	1,9	1,8	1,9	2,1	2,3
Wein/Sekt	%	46,8	32,6	40,7	44,6	44,1	48,2	52,4	48,7
	Liter	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7
Spirituosen	%	29,8	45,9	46,5	33,3	28,1	26,7	26,8	23,8
	Liter	0,06	0,09	0,07	0,06	0,06	0,04	0,04	0,05
Mixgetränke	%	20,4	45,3	43,6	32,2	25,3	15,5	10,2	7,1
	Liter	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	0,4	0,4	0,3
Männer(n)		**4.105**	**569**	**578**	**519**	**621**	**671**	**735**	**412**
Bier	%	68,6	62,2	70,7	70,7	72,4	69,2	66,9	63,6
	Liter	2,4	2,0	2,4	2,4	2,2	2,4	2,6	2,9
Wein/Sekt	%	38,6	19,5	26,9	34,1	37,1	40,4	46,0	41,9
	Liter	0,5	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,6	0,7
Spirituosen	%	36,7	48,2	53,2	38,6	37,7	34,5	32,0	30,7
	Liter	0,07	0,1	0,09	0,08	0,07	0,05	0,06	0,06
Mixgetränke	%	20,2	40,6	43,7	32,2	27,4	14,7	9,4	5,7
	Liter	0,8	1,1	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	0,3

Fortsetzung: Prävalenz des Alkoholkonsums

			Altersgruppen in Jahren						
		Gesamt	18 bis 20	21 bis 24	25 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 64
Frauen(n)		**5.069**	**617**	**617**	**561**	**898**	**932**	**912**	**532**
Bier	%	33,8	44,0	45,3	40,6	31,1	32,5	31,8	27,4
	Liter	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	1,0
Wein/Sekt	%	55,2	46,5	55,1	55,8	51,4	56,2	58,9	55,1
	Liter	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6
Spirituosen	%	22,8	43,4	39,6	27,8	18,2	18,7	21,6	17,2
	Liter	0,04	0,06	0,05	0,03	0,04	0,03	0,03	0,02
Mixgetränke	%	20,7	50,4	43,5	32,2	23,1	16,4	11,0	8,5
	Liter	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,3	0,4	0,3

* Anteil der Konsumenten des Getränks (mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen), bezogen auf die Gesamtstichprobe.

** Mittelwert in Liter pro Woche, bezogen auf Konsumenten des jeweiligen Getränks.

» Tab. 75: Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkearten in den letzten 30 Tagen in Prozent, Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Quelle: Piontek, Gomes de Matos u. a. 2016a, S. 5; Datenbasis: ESA 2015.

Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinwerte) in %

Region		40 bis 54 Jahre	55 bis 69 Jahre	70 bis 85 Jahre
Deutschland	Männer	18,3	27,7	31,6
	Frauen	12,5	25,7	31,8
Alte Bundesländer und Berlin-West	Männer	18,0	28,1	31,5
	Frauen	12,0	26,4	33,6
Neue Bundesländer und Berlin-Ost	Männer	19,9	25,9	32,0
	Frauen	15,0	22,5	24,8

» Tab. 76: Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinwerte) nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014.

Mittelwerte pro Tag konsumierter Portionen von Obst, Gemüse und Säften

		Altersgruppen in Jahren					
	Gesamt	18 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79
Frauen							
Obst & Gemüse*	3,1 (3,0–3,2)	2,8 (2,5–3,0)	3,1 (2,8–3,4)	2,9 (2,6–3,1)	3,3 (3,0–3,6)	3,7 (3,4–4,0)	3,2 (2,8–3,5)
Obst	1,8 (1,6–1,9)	1,4 (1,2–1,6)	1,6 (1,3–1,8)	1,5 (1,3–1,6)	1,9 (1,7–2,2)	2,3 (2,0–2,6)	2,0 (1,7–2,3)
Gemüse	1,0 (1,0–1,1)	1,0 (0,9–1,1)	1,1 (1,0–1,2)	1,1 (1,0–1,2)	1,1 (1,0–1,2)	1,1 (1,0–1,2)	0,9 (0,8–1,0)
Säfte	0,6 (0,6–0,7)	0,9 (0,7–1,0)	0,8 (0,6–1,0)	0,6 (0,4–0,7)	0,5 (0,4–0,7)	0,6 (0,4–0,7)	0,4 (0,3–0,5)
Männer							
Obst & Gemüse*	2,4 (2,3–2,4)	2,0 (1,8–2,2)	2,2 (2,0–2,4)	2,3 (2,2–2,5)	2,4 (2,1–2,6)	2,8 (2,6–3,1)	2,6 (2,4–2,8)
Obst	1,2 (1,2–1,3)	0,8 (0,7–0,9)	1,0 (0,9–1,2)	1,2 (1,1–1,3)	1,3 (1,2–1,5)	1,7 (1,5–1,9)	1,5 (1,4–1,7)
Gemüse	0,8 (0,7–0,8)	0,7 (0,6–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,8 (0,7–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,8 (0,7–0,9)	0,8 (0,7–0,8)
Säfte	0,7 (0,7–0,8)	1,1 (0,9–1,2)	0,9 (0,7–1,2)	0,7 (0,5–0,8)	0,7 (0,5–0,8)	0,5 (0,4–0,7)	0,5 (0,4–0,7)

* Obst, Gemüse und bis zu ein Glas Obst- oder Gemüsesaft.

» Tab. 77: Mittelwerte (95%-Konfidenzintervalle) der durchschnittlich pro Tag konsumierten Portionen von Obst, Gemüse und Säften der erwachsenen deutschen Bevölkerung (DEGS1), nach Geschlecht und Altersgruppen (N = 7.010). Quelle: Mensink, Truthmann u. a. 2013, S. 782; Datenbasis: DEGS1 2008–2011; nachgedruckt und im Layout angepasst mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, G. B. M. Mensink, J. Truthmann, M. Rabenberg u. a. 2013.

Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen in %

Alters-gruppe in Jahren	Check-up* 2013 bis 2014		Krebsfrüherkennung (KFU) 2014		Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl* 2013 bis 2014		Darmspiegelung (Koloskopie)** 2003 bis 2014	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
55 bis 59	46,5	51,0	21,6	46,7	16,8	34,5	9,9	11,2
60 bis 64	49,9	52,9	26,0	43,7	19,1	27,1	21,3	23,9

* Zweijähriges Intervall (unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme).

** Kumulierte Betrachtung (unter Berücksichtigung zwischenzeitlich erwarteter Sterbefälle).

» Tab. 78: Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe (Bundesgebiet). Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2016, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum 21.06.2017, Darstellung verändert.

Arbeitsunfähigkeit

Altersgruppe: 45 Jahre und älter			Diagnosen in %	Diagnose-Tage in %	Diagnosetage je GKV-Mitgliedsjahr*/**	Tage je Diagnose
ICD-10	**Diagnosegruppen**					
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	Männer/Frauen	**6,0** 4,9/7,4	**12,2** 9,6/15,5	**3,7** 1,6/2,1	**33,5** 33,1/33,8
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Männer/Frauen	**5,8** 6,5/5,0	**7,7** 9,4/5,6	**2,3** 1,6/0,7	**21,9** 24,4/18,1
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	Männer/Frauen	**21,7** 20,3/23,3	**10,7** 10,1/11,5	**3,2** 1,7/1,5	**8,2** 8,4/8,0
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Männer/Frauen	**10,0** 10,3/9,6	**4,8** 5,3/4,2	**1,5** 0,9/0,6	**8,0** 8,7/7,1
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Männer/Frauen	**21,6** 23,7/19,1	**28,0** 29,1/26,8	**8,4** 4,8/3,6	**21,5** 20,6/22,8
S00–T98/V01–X59	Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle	Männer/Frauen	**7,3** 8,1/6,2	**10,2** 11,4/8,8	**3,1** 1,9/1,2	**23,4** 23,6/23,1
Alle anderen/	Übrige Krankheiten	Männer/Frauen	**27,6** 26,2/29,3	**26,3** 25,1/27,7	**7,9** 4,1/3,7	**15,8** 16,1/15,4
Alle Diagnosegruppen			**100,0** 100,0/100,0	**100,0** 100,0/100,0	**30,0** 16,5/13,5	**16,6** 16,8/16,3

* Pflicht- und freiwillige Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch.

** GKV-Mitgliedsjahre sind ein Vollzeitäquivalent für GKV-Mitglieder. Für die Berechnung der GKV-Migliedsjahre werden z. B. für eine Person, die ein halbes Jahr krankenversichert war (z. B. im Rahmen von Saisonarbeit) 0,5 GKV-Mitgliedsjahre angesetzt.

» Tab. 79: Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht, Altersgruppe 45 Jahre und älter, 2016. Quelle: nach BMAS und BAuA 2017: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2016, Download von www.baua.de/suga, S. 113.

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Diagnosegrundgruppen

Diagnosegrundgruppen (ab Berichtsjahr 2016 verwendbar)	Männlich, Alter bei Rentenbeginn				Weiblich, Alter bei Rentenbeginn				Summe	
	55 bis 59 Jahre		60 Jahre und höher		55 bis 59 Jahre		60 Jahre und höher		55 und höher	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Krankheiten des Muskel-, Skelettsystems und des Bindegewebes	4.395	16,46	2.967	19,37	4.473	17,79	3.037	23,11	**14.872**	**18,52**
Zerebrovaskuläre Krankheiten	1.703	6,38	1.174	7,67	703	2,80	522	3,97	**4.102**	**5,11**
Ischämische Herzkrankheiten	1.036	3,88	808	5,28	219	0,87	178	1,35	**2.241**	**2,79**
Krankheiten des Kreislaufsystems ohne zerebrovaskuläre und ischämische (Herz-)Krankheiten	1.683	6,30	1.141	7,45	606	2,41	457	3,48	**3.887**	**4,84**
Krankheiten des Verdauungssystems/Endokrine/Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1.190	4,46	612	4,00	738	2,93	447	3,40	**2.987**	**3,72**
Krankheiten des Atmungssystems	1.396	5,23	993	6,48	928	3,69	626	4,76	**3.943**	**4,91**
Neubildungen	3.980	14,91	2.633	17,19	3.609	14,35	1.903	14,48	**12.125**	**15,10**
Krankheiten des Urogenitalsystems	280	1,05	154	1,01	143	0,57	81	0,62	**658**	**0,82**
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.496	5,60	649	4,24	421	1,67	152	1,16	**2.718**	**3,38**
Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente/Drogen	117	0,44	20	0,13	44	0,17	13	0,10	**194**	**0,24**
Psychische Erkrankungen ohne Sucht	6.514	24,40	2.611	17,05	10.954	43,55	4.510	34,32	**24.589**	**30,62**
Krankheiten des Nervensystems	1.534	5,75	835	5,45	1.201	4,78	594	4,52	**4.164**	**5,18**
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	101	0,38	41	0,27	95	0,38	61	0,46	**298**	**0,37**
Sonstige Krankheiten	1.276	4,78	678	4,43	1.016	4,04	561	4,27	**3.531**	**4,40**
Summe	**26.701**	**100,00**	**15.316**	**100,00**	**25.150**	**100,00**	**13.142**	**100,00**	**80.309**	**100,00**

» Tab. 80: Rentenzugang: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI, Diagnosegrundgruppen, Geschlecht, Alter bei Rentenbeginn 55–59 und 60+, Berichtsjahr 2016. Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Datenbasis: Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Datenbasis: Statistisches Berichtswesen 2017; eigene Berechnungen; Darstellung verändert.

Pflegeleistende und durchschnittlicher Umfang der Pflege in %

	Alle Pflegeleistenden		Pflegeleistende mit pflegebedürftiger Person im Haushalt		Sonstige Pflegeleistende		Nachrichtlich: Bevölkerungsdurchschnitt*	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Alle erwerbsfähigen Pflegeleistenden	100	100	31,1	22,7	68,9	77,3	—	—
Alter in Jahren	48,9	48,9	48,0	48,5	49,3	49,0	41,4	41,9
Männer	33,4	36,1	42,5	35,5	29,3	36,3	50,3	48,5
Frauen	66,6	63,9	57,5	64,5	70,7	63,7	49,7	51,5
Pflegeumfang in Stunden pro Werktag	2,7	2,6	3,7	5,0	2,3	1,9	—	—
Vollzeit erwerbstätig	30,9	37,6	33,9	28,4	29,6	40,3	50,5	51,0
Teilzeit erwerbstätig	15,5	19,3	11,0	23,6	17,5	18,0	11,5	14,1
Geringfügige Beschäftigung	5,4	8,0	5,9	7,7	5,2	8,1	4,0	6,2
Nicht erwerbstätig	27,8	25,6	29,1	30,9	27,2	24,0	22,4	20,6
Verrentet	19,5	8,7	19,1	9,1	19,6	8,6	8,2	5,3

* Im Alter zwischen 16 und 64 Jahren. Die Werte sind gewichtet.

» Tab. 81: Pflegeleistende im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 Jahren und durchschnittlicher Umfang der Pflege, Anteile in Prozent. Quelle: Geyer und Schulz 2014, S. 299; Datenbasis: SOEPv29, gewichtet; Berechnungen des DIW.

Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

Jahr	55- bis unter 65-jährige Arbeitslose absolut[a]	Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Arbeitslosen an allen Arbeitslosen[a] (in %)	59er-Regelung/ Sonder-regelungen für Ältere*	Anteil 55- bis unter 65-jähriger Arbeitsloser im Rechtskreis SGB II an allen 55- bis unter 65-jährigen Arbeitslosen (in %)	Anteil der älteren Langzeitarbeits-losen an allen älteren Arbeits-losen (in %)	Arbeitslosen-quote der 55- bis unter 65-Jährigen bezogen auf alle zivilen Erwerbs-personen der Altersgruppe[a]
2001	714.109	18,5	224.979[b]	—	60,9[b]	—
2002	604.279	14,9	291.521[b]	—	58,4[b]	—
2003	531.889	12,2	370.693[b]	—	54,9[b]	—
2004	483.274	11,0	395.384[b]	—	55,4[b]	—
2005	581.702	12,0	233.195[b]	—	52,2[b]	—
2006	568.264	12,7	255.518[b]	48,3[d]	57,0[b]	—
2007	473.907	12,6	233.195[b]	53,4[d]	58,3[b]	—
2008	427.163	13,1	129.306[b]	56,3[e]	45,2[b]	7,9
2009	495.814	14,5	—	51,5[e]	49,4[b]	8,7
2010	532.012	16,4	—	48,3[f]	56,6[b]	8,8
2011	542.589	18,2	—	51,7[f]	44,5[i]	8,6
2012	544.491	18,8	128.407[c]	54,1[f]	45,7[i]	8,2
2013	570.736	19,3	145.719[c]	54,1[g]	46,6[j]	8,1
2014	580.314	20,0	161.772[c]	54,6[g]	47,3[j]	7,9
2015	568.491	20,3	164.990[c]	57,1[h]	48,9[k]	7,3

* Personen im Alter ab 59 Jahren, die aus der Arbeitslosigkeit in die Kategorie »Sonderregelungen« abgingen (vgl. Fußnote 59, S. 93); diese Kategorie umfasst ab dem Jahr 2012 aufgrund der sukzessiven Anhebung der Regelaltersgrenze für den Altersrentenbezug auch 65-Jährige.

— Nicht verfügbar.

Zu beachten ist, dass die Basis für Angaben zur Arbeitslosenquote mit dem Zensus 2011 angepasst wurde, so dass Daten nach der Durchführung des Zensus nur eingeschränkt mit Daten früherer Jahre vergleichbar sind.

» Tab. 82: Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen (55 bis unter 65 Jahre) von 2001 bis 2015. Quellen: © Statistik der Bundesagentur für Arbeit, verschiedene Jahre nach a Bundesagentur für Arbeit 2017b, Tabelle 2.5.1; b Bäcker u. a. 2010, S. 30; c Deutscher Bundestag 2017, S. 2–3; d Bundesagentur für Arbeit 2008, Tabelle 2.12; e Bundesagentur für Arbeit 2010, Tabelle 2.2.9; f Bundesagentur für Arbeit 2013a, Tabelle 2.2.9; g Bundesagentur für Arbeit 2015d, Tabelle 2.2.9; h Bundesagentur für Arbeit 2016f, Tabelle 2.2.9; i Bundesagentur für Arbeit 2013b, S. 35; j Bundesagentur für Arbeit 2015a, S. 35; k Bundesagentur für Arbeit 2017c, S. 37; eigene Darstellung.

Erwerbstätige erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach Strukturmerkmalen

	Erwerbsfähige Leistungsberechtigte (ELB)	Anteil der 55 Jahre und älteren ELB an allen ELB nach Region	**Erwerbstätige ELB**[1]	Anteil erwerbstätiger ELB an allen ELB	Davon							
					Abhängig erwerbstätige ELB	Darunter						**Selbstständig erwerbstätige ELB**
						Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	Darunter[2]			**Ausschließlich geringfügig Beschäftigte**	**Ohne Beschäftigungsmeldung**	
							In Vollzeit	Darunter Auszubildende[3]	**In Teilzeit**			
Deutschland gesamt	4.302.360		1.190.146	28 %	1.098.717	596.859	204.490	52.116	392.366	392.075	109.783	100.059
55 Jahre und älter	715.469	16,6 %	205.641	29 %	185.245	73.636	13.659	18	59.977	93.789	17.820	21.934
Westdeutschland gesamt	3.089.636		833.165	27 %	779.197	407.854	143.900	40.190	263.952	291.720	79.623	59.737
55 Jahre und älter	485.844	15,7 %	136.600	28 %	123.630	46.807	8.464	18	38.343	64.992	11.831	14.046
Ostdeutschland gesamt	1.212.724		356.981	29 %	319.520	189.005	60.590	11.926	128.414	100.355	30.160	40.322
55 Jahre und älter	229.625	18,9 %	69.041	30 %	61.615	26.829	5.195		21.634	28.797	5.989	7.888

1 Erwerbstätige erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die gleichzeitig Einkommen aus Erwerbstätigkeit erzielen/Mehrfachnennung möglich.

2 Aufgrund einer Umstellung im Meldeverfahren zur Sozialversicherung können diese Merkmale von Juli 2011 bis November 2012 nicht berichtet werden. Aufgrund eines Umstellungseffektes sind Vergleiche mit früheren Jahren nicht sinnvoll. Aufgrund eines Fehlers in der Datenaufbereitung wurde die Zahl der auszubildenden erwerbstätigen Alg II-Bezieher bisher nicht korrekt ermittelt.

3 Werte kleiner 10 werden aus Datenschutzgründen und Gründen der statistischen Geheimhaltung anonymisiert.

» Tab. 83: Erwerbstätige erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II) insgesamt und 55 Jahre und älter nach Strukturmerkmalen im Oktober 2016. Quelle: © Statistik der Bundesagentur für Arbeit nach Bundesagentur für Arbeit 2017e, Tabelle 5.

Entwicklung der Regelaltersgrenze

Versicherte Geburtsjahr	Anhebung um Monate	Auf Alter	
		Jahr	Monat
1947	1	65	1
1948	2	65	2
1949	3	65	3
1950	4	65	4
1951	5	65	5
1952	6	65	6
1953	7	65	7
1954	8	65	8
1955	9	65	9
1956	10	65	10
1957	11	65	11
1958	12	66	0
1959	14	66	2
1960	16	66	4
1961	18	66	6
1962	20	66	8
1963	22	66	10

» Tab. 84: Entwicklung der Regelaltersgrenze. Quelle: §235 SGB XI Regelaltersrente.

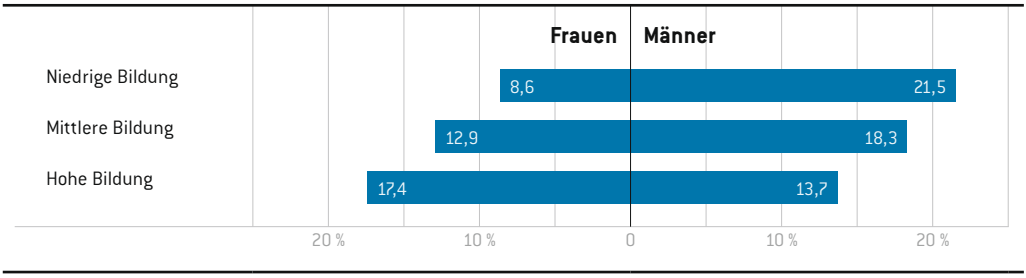
Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner an der Gesamtbevölkerung in %

Region/Bundesland	Einwohner 50 bis 65 Jahre
Bund	22,0
Ostdeutschland	23,7
Westdeutschland	21,6
Schleswig-Holstein	21,7
Hamburg	18,4
Niedersachsen	21,9
Bremen	20,3
Nordrhein-Westfalen	21,8
Hessen	21,4
Rheinland-Pfalz	23,1
Baden-Württemberg	21,2
Bayern	21,3
Saarland	24,5
Berlin	19,8
Brandenburg	26,0
Mecklenburg-Vorpommern	26,1
Sachsen	23,0
Sachsen-Anhalt	25,2
Thüringen	24,9

» Tab. 85: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppe und Ländern in Prozent der jeweiligen Gesamtbevölkerung, 2014. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; Darstellung verändert.

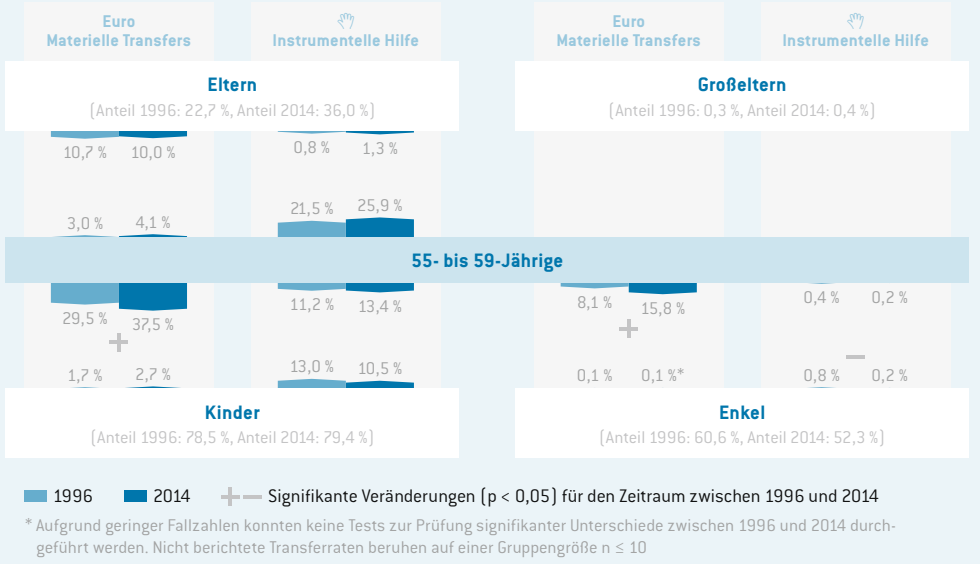
» 10.2 Abbildungen

Anteile Kinderloser



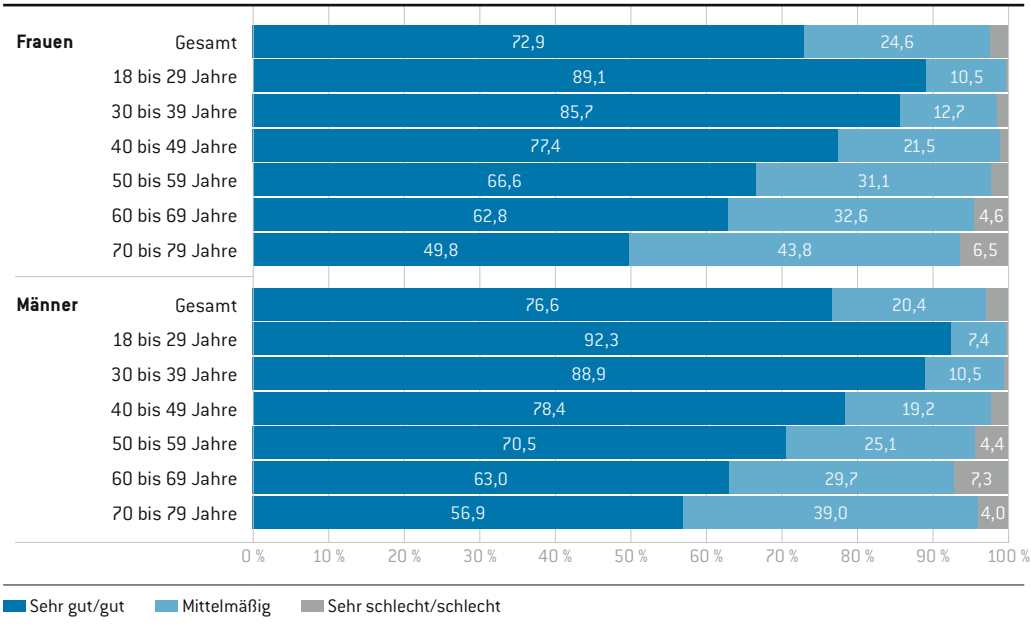
» Abb. 38: Anteile Kinderloser (Alter 42 bis 65 Jahre), nach Geschlecht und Bildung im Jahr 2014, in Prozent. Quelle: Mahne und Huxhold 2017, S. 222; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de.

Materielle und instrumentelle Unterstützung für Eltern, Kinder und Enkel



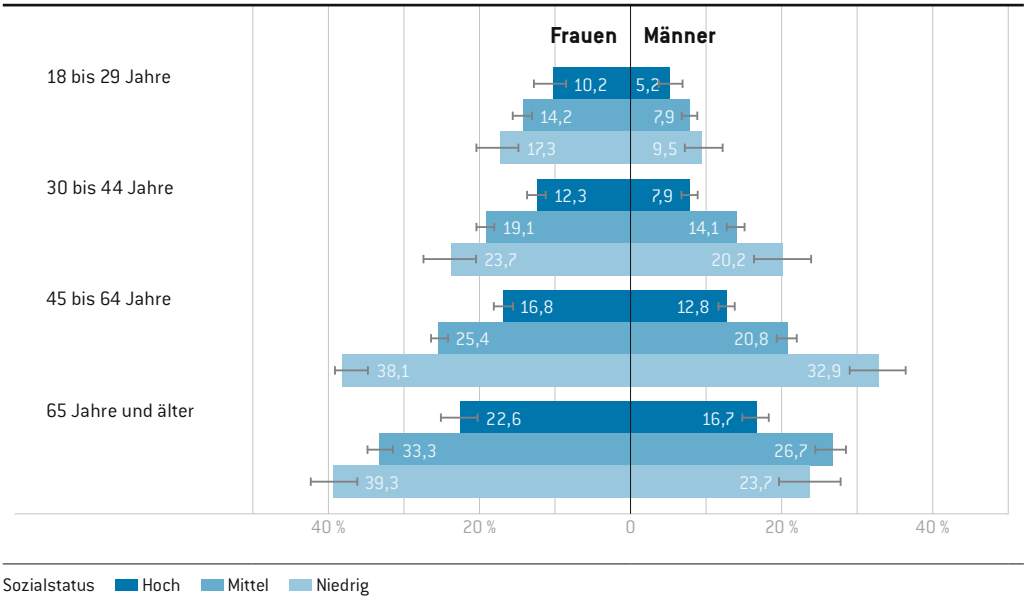
» Abb. 39: Materielle und instrumentelle Unterstützung von 55- bis 69-Jährigen an ihre Eltern, Kinder und Enkel im Jahr 1996 und 2014. Quelle: Klaus und Mahne 2017, S. 252; Datenbasis: DEAS 1996, 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de.

Selbsteinschätzung der Gesundheit



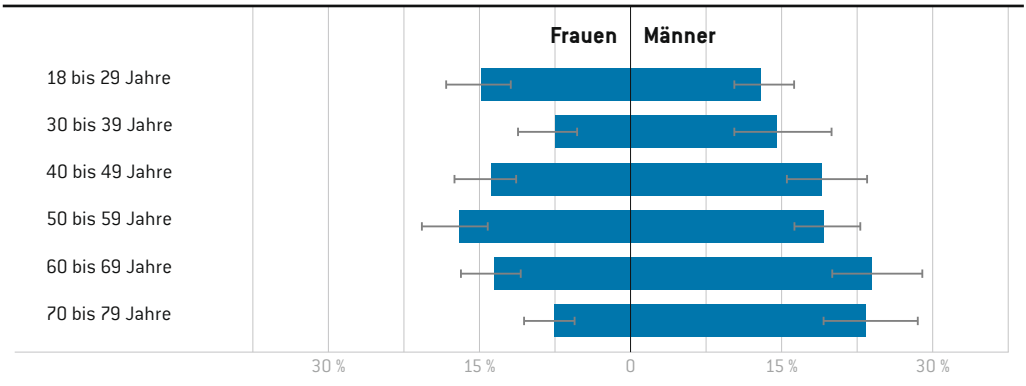
» Abb. 40: Selbsteinschätzung der Gesundheit bei 18- bis 79-Jährigen. Quelle: RKI 2015a, S. 32; Datenbasis: DEGS1 2008–2011.

12-Monats-Prävalenz chronischer Rückenschmerzen



» Abb. 41: 12-Monats-Prävalenz chronischer Rückenschmerzen nach Sozialstatus, Alter und Geschlecht. Quelle: Kuntz u. a. 2017, S. 787; Datenbasis: GEDA 2009, 2010 und 2012; nachgedruckt und im Layout angepasst mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Benjamin Kuntz, Jens Hoebel, Judith Fuchs u. a. 2017.

Prävalenz riskanten Alkoholkonsums



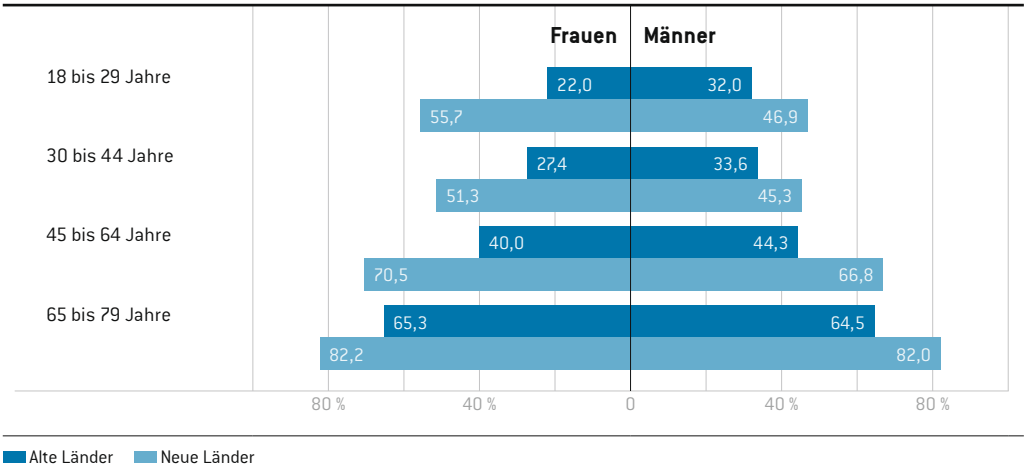
» Abb. 42: Prävalenz riskanten Alkoholkonsums nach Alter (inklusive 95 %-Konfidenzintervall). Quelle: Lange u. a. 2016, S. 10; Datenbasis: DEGS 1 2008–2011; Darstellung verändert; Lizenz: CC BY 4.0, http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Gesetzlich verankerte Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennung von	Art der Untersuchung	Zielgruppe	Alter	Untersuchungsintervall
Krankheiten bei Kindern	Verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (U1 bis U9)	Mädchen und Jungen	0 bis 6 Jahre	Zehn aufeinanderfolgende Untersuchungen, einmalig
Krankheiten bei Jugendlichen	Verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, welche die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden (J1)	Mädchen und Jungen	Zwischen 13. und 14. Lebensjahr (± 1 Jahr)	Einmalig
Risikoschwangerschaften und Risikogeburten	Ärztliche Betreuung und Beratung der Schwangeren in ausreichendem Maße	Frauen	/	/
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen (Check-up)	Klinische Untersuchung, Laboruntersuchungen	Frauen, Männer	ab 35 Jahre	Alle zwei Jahre
Hautkrebs	Ganzkörperuntersuchung der Haut	Frauen, Männer	ab 35 Jahre	Alle zwei Jahre
Darmkrebs	Chemischer Stuhltest (Schnelltest auf verborgenes Blut im Stuhl)	Frauen, Männer	von 50 bis 54 Jahren	Jährlich
			ab 55 Jahren	Wenn keine Koloskopie, alle zwei Jahre
	Koloskopie	Frauen, Männer	ab 55 Jahren	Zwei Koloskopien im Abstand von 10 Jahren
Gebärmutterhalskrebs	Abstrich am Gebärmutterhals	Frauen	ab 20 Jahren	Jährlich
Brustkrebs	Abtasten der Brust	Frauen	ab 30 Jahren	Jährlich
	Mammographie im Rahmen des nationalen Mammographie-Screening-Programms	Frauen	50 bis 69 Jahre	Alle zwei Jahre
Prostatakrebs	Abtasten der Prostata (digitale rektale Untersuchung)	Männer	ab 45 Jahren	Jährlich

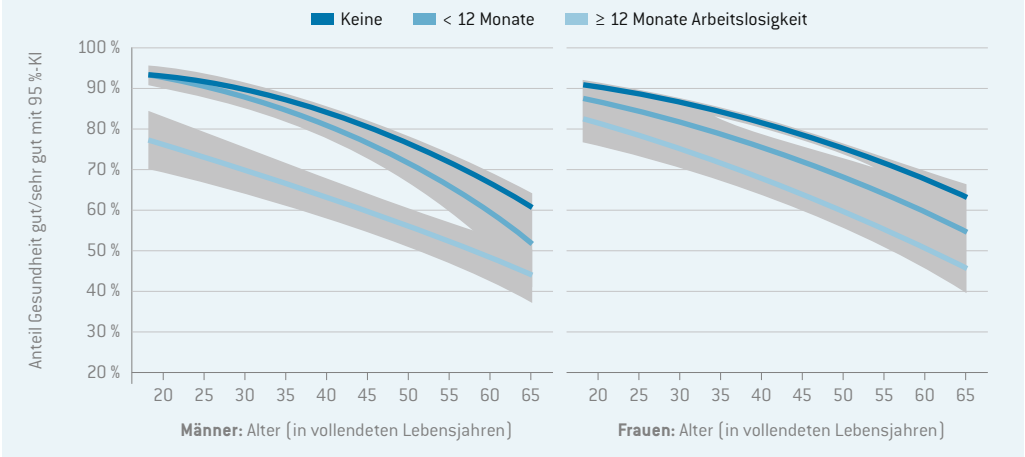
» Abb. 43: Gesetzlich verankerte Früherkennungsuntersuchungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss 2015. Quelle: RKI 2015a, S. 257.

Influenza-Impfquoten



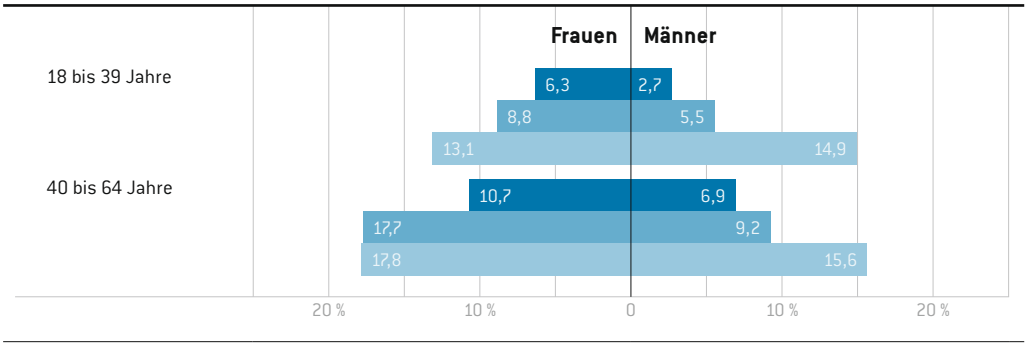
» Abb. 44: Vergleich der Influenza-Impfquoten in den neuen und alten Ländern (jemals mindestens eine Impfdosis gegen Influenza). Quelle: RKI 2015a, S. 250; Datenbasis: DEGS 1 2008–2011.

Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit



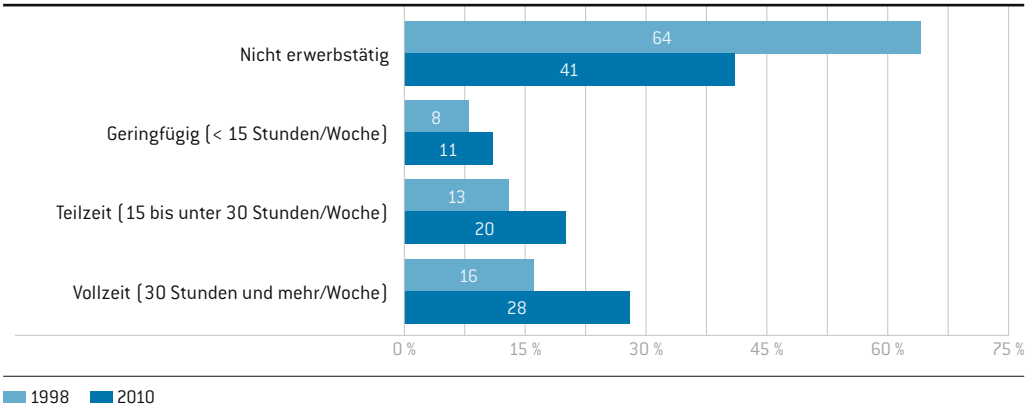
» Abb. 45: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit im Altersgang. Quelle: Kroll u. a. 2016, S. 232; Datenbasis: GEDA 2010, 2012; nachgedruckt und im Layout angepasst mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Customer Service Centre GmbH: Springer Nature, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Lars Eric Kroll, Stephan Müters, Thomas Lampert, 2015.

Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer ärztlich diagnostizierten Depression



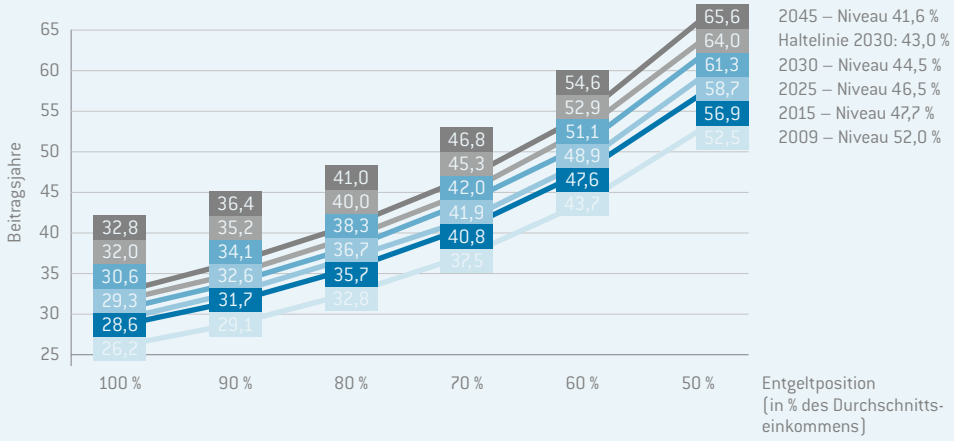
» Abb. 46: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer ärztlich diagnostizierten Depression. Quelle: Kroll u. a. 2016, S. 233; Datenbasis: GEDA 2010, 2012; nachgedruckt und im Layout angepasst mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Lars Eric Kroll, Stephan Müters, Thomas Lampert, 2015.

Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter



» Abb. 47: Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren, 1998 und 2010, in Prozent. Quelle: BMG 2011, S. 31; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2010: Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.

Überschneidung von Grundsicherungsbedarf und Rente bei sinkendem Rentenniveau



Ein Durchschnittsverdiener (Entgeltposition 100 %) braucht im Jahr 2015 (Rentenniveau 47,7 %) 28,6 Jahre, um eine Rente in Höhe der durchschnittlichen Grundsicherung von 747 Euro zu erhalten. Im Jahr 2025 (Rentenniveau 46,5 %) sind es 29,3 Jahre und 2045 (Rentenniveau 41,6 %) 32,8 Jahre.

Ein Niedrigverdiener (Entgeltposition 50 %) braucht dafür 56,9 Jahre in 2015, 58,7 Jahre in 2025 und 65,6 Jahre in 2045.

» Abb. 48: Überschneidung von Grundsicherungsbedarf und Rente bei sinkendem Rentenniveau nach Entgeltposition und Beitragsjahren 2009 bis 2045. Quelle: Berechnungen des Instituts Arbeit und Qualifikation 2017k, Abbildung abbVIII54 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: BMAS 2016.

10.3 Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch (KFM)

1. Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen.
2. Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.
3. Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.
4. Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.
5. Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.
6. Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang.
7. Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.
8. In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.
9. Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.
10. Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe.
11. Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.

Antwortkategorien: Trifft zu/trifft nicht zu (vgl. Watzl u. a. 1991).

10.4 Abkürzungsverzeichnis

AG	Altersgruppe
ALG I bzw. II	Arbeitslosengeld I bzw. II
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BBSR	Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BGS	Bundesgesundheitssurvey
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BOLD	Burden of Obstructive Lung Disease
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COPD	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung/chronic obstructive pulmonary disease
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Erhebung RKI)
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DRV	Deutsche Rentenversicherung

DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
EHIS	European Health Interview Survey
EM-Renten	Erwerbsminderungsrenten
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey
EU-SILC	Jährliche Erhebung »Leben in Europa«
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
FTND	Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit
FWS	Deutscher Freiwilligensurvey
GBE Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell (Erhebung RKI)
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme/International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
ILO	International Labour Organization
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KFM	Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch
KFU	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
KHK	Koronare Herzkrankheit
LWR	Laufende Wirtschaftsrechnung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
MIV	Motorisierter Individualverkehr
MMH	Mit Migrationshintergrund
NMIV	Nichtmotorisierter Individualverkehr
ÖPV	Öffentlicher Personenverkehr
OMH	Ohne Migrationshintergrund
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
TK	Techniker Krankenkasse
VSKT	Versichertenkontenstichprobe
WHO	Weltgesundheitsorganisation/World Health Organization
WIdO	Wissenschaftlichen Instituts der AOK
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin

» 10.5 Glossar Datenquellen

Arbeitslosenstatistik

Leitung: Bundesagentur für Arbeit

Ziel der Erhebung: Die Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit liefert Daten zum Bestand der Arbeitslosen in Deutschland.

Definitionen: »Arbeitslose sind Personen, die [...] 1. vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, 2. eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen und 3. sich bei einer Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben.« (Bundesagentur für Arbeit ohne Jahr, S. 5)

Teilnehmer an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik gelten nicht als arbeitslos. Außerdem werden erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach dem SGB II unter den folgenden Bedingungen nicht als arbeitslos geführt (vgl. Bundesagentur für Arbeit ohne Jahr, S. 5):

a »Beschäftigte Personen, die mindestens 15 Stunden in der Woche arbeiten, aber wegen zu gerin-

gem Einkommen bedürftig nach dem SGB II sind und deshalb Arbeitslosengeld II erhalten, werden nicht als arbeitslos gezählt, weil das Kriterium der Beschäftigungslosigkeit nicht erfüllt ist.

b Erwerbsfähige leistungsberechtigte Personen, denen Arbeit nach § 10 SGB II nicht zumutbar ist, werden wegen mangelnder Verfügbarkeit nicht als arbeitslos gezählt. Darunter fallen insbesondere Leistungsberechtigte, die Kinder erziehen, Angehörige pflegen oder zur Schule gehen.

c Erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die nach Vollendung des 58. Lebensjahres mindestens für die Dauer von zwölf Monaten Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende bezogen haben, gelten nach § 53a Abs. 2 SGB II dann nicht als arbeitslos, wenn ihnen in diesem Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung angeboten werden konnte.« (Bundesagentur für Arbeit ohne Jahr, S. 5)

Erhebungszeitpunkte: Monatlich

Methoden: Meldedaten zu den bei den Arbeitsagenturen und Jobcentern gemeldeten Arbeitslosen.

Wer wird befragt? Arbeitsagenturen und Jobcenter

Weitere Informationen: https://statistik.arbeitsagentur.de

Beschäftigungsstatistik

Leitung: Bundesagentur für Arbeit

Ziel der Erhebung: Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit liefert Daten zum Bestand der Beschäftigten in Deutschland.

Definitionen: »Beschäftigte im Sinne der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit sind sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte umfassen alle Arbeitnehmer/innen, die kranken-, renten-, pflegeversicherungspflichtig und/oder beitragspflichtig nach dem Recht der Arbeitsförderung sind oder für die Beitragsanteile zur gesetzlichen Rentenversicherung oder nach dem Recht der Arbeitsförderung zu zahlen sind.« (Bundesagentur für Arbeit 2017g, S. 9) »Zu den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen zählen Arbeitsverhältnisse mit einem niedrigen Lohn (geringfügig entlohnte Beschäftigung) oder mit einer kurzen Dauer (kurzfristige Beschäftigung). […] Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung […] liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung […] regelmäßig im Monat die Geringfügigkeitsgrenze nicht überschreitet.« (Bundesagentur für Arbeit 2017b, Hervorhebungen entfernt)

Erhebungszeitpunkte: Monatlich

Methoden: Auswertung der Meldungen der Arbeitgeber zur Sozialversicherung.

Was wird erfragt? Meldedaten

Weitere Informationen: https://statistik.arbeitsagentur.de

DEAS – Deutscher Alterssurvey

Förderung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ)

Leitung: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Ziel der Erhebung: In der bundesweiten repräsentativen Erhebung werden die Teilnehmenden unter anderem zu ihrem beruflichen Status oder ihrem Leben im Ruhestand, zu gesellschaftlicher Partizipation und nachberuflichen Aktivitäten, zu wirtschaftlicher Lage und Wohnsituation, zu familiären und sonstigen sozialen Kontakten sowie zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszielen befragt.

Erhebungszeitpunkte: 1996, 2002, 2008, 2011, 2014

Methoden: Quer- und Längsschnittbefragung, persönliche und telefonische Interviews, Tests und Fragebögen.

Wer wird befragt? Insgesamt wurden bisher ca. 20.700 Personen im Alter über 40 Jahre befragt

(über alle Jahre). Seit 2008 werden in Deutschland lebende ausländische Menschen mit einbezogen, d. h. die Wohnbevölkerung ist die Grundgesamtheit. Interviews werden jedoch nur in deutscher Sprache geführt. Personen in Gemeinschaftsunterkünften (z. B. Pflegeheimen) werden nicht befragt.

Weitere Informationen: www.dza.de/forschung/deas.html, *Erhebung 2014:* Open Access (frei zugänglich) unter: www.springer.com/de/book/9783658125011

DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

Leitung: Robert Koch-Institut (RKI)

Ziel der Erhebung: Repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden Erwachsenen.

Erhebungszeitpunkte: DEGS1: 2008 bis 2011

Methode: Ärztliche Interviews, Fragebögen, körperliche Untersuchungen und Laboruntersuchungen.

Wer wird befragt? Rund 8.000 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren.

Weitere Informationen: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/downloads_links.html

EVS – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe

Leitung: Statistisches Bundesamt

Ziel der Erhebung: Daten zu Einnahmen und Ausgaben, Geld- und Immobilienvermögen, Wohnverhältnissen und Ausstattung mit ausgewählten Gebrauchsgütern von Privathaushalten in Deutschland.

Erhebungszeitpunkte: 1962/63, 1969, 1973, 1978, 1983, 1988, 1993, 1998, 2003, 2008, 2013

Methode: Aufzeichnungen privater Haushalte (Fragebogen, Haushaltsbuch, Feinaufzeichnungsheft).

Wer wird befragt? Quotenstichprobe von etwa 0,2 % aller privaten Haushalte; die Haushalte haben sich auf Grund von Werbemaßnahmen der Statistischen Landesämter und des Statistischen Bundesamtes bereit erklärt, »die mit den Erhebungsunterlagen abgefragten Angaben freiwillig zu machen. […] Die Ergebnisse 2013 basieren auf den Aufzeichnungen von 53.490 Haushalten, die auf die Grundgesamtheit von rund 39 Millionen Haushalten hochgerechnet wurden.« (Statistisches Bundesamt 2015, S. 7) Bei der Hochrechnung wird jeweils der aktuelle Mikrozensus zugrunde gelegt. Mit der EVS 2013 werden die Ergebnisse für Berlin den neuen Ländern zugerechnet; bei den Erhebungen 1993, 1998, 2003 und 2008 wurden die Ergebnisse für Berlin-West dem früheren Bundesgebiet und für Berlin-Ost den neuen Ländern zugeordnet. Hieraus folgt eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der zu diesen Zeitpunkten erhobenen Daten mit den Daten des Jahres 2013.

Weitere Informationen: www.destatis.de

FWS – Freiwilligensurvey

Förderung: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Leitung: Deutsches Zentrum für Altersfragen (seit Ende 2011)

Ziel der Erhebung: Daten zum Umfang freiwilliger Tätigkeiten und Bereitschaft zu freiwilligem Engagement.

Erhebungszeitpunkte: 1999, 2004, 2009, 2014

Methoden: Telefonische Interviews (Festnetz und Mobiltelefone).

Wer wird befragt? Im Jahr 2014 wurden 28.690 Personen in Privathaushalten ab 14 Jahren befragt, insgesamt ca. 28.000 (alle Jahre). 2014 wurden Interviews außer in Deutsch in fünf verschiedenen Sprachen geführt (insgesamt 705 fremdsprachige Interviews), um Menschen mit Migrationshintergrund stärker einzubeziehen.

Weitere Informationen: www.dza.de/forschung/fws.html, *Erhebung 2014:* Open Access

(frei zugänglich) unter: www.springer.com/de/book/9783658126438

GEDA – Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Leitung: Robert Koch-Institut (RKI)

Ziel der Erhebung: Kontinuierliche Beobachtung von Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten der Bevölkerung.

Erhebungszeitpunkte: 2009, 2010, 2012, 2014/15 (noch nicht veröffentlicht)

Methode: Telefonische Interviews (Festnetz)

Wer wird befragt? 2012 wurden rund 19.000 Personen ab 18 Jahren in Privathaushalten befragt (ohne regionale Aufstockungen). In die GEDA-Erhebung 2014/15 wurde der European Health Interview Survey (EHIS) integriert.

Weitere Informationen: www.geda-studie.de/deutsch/home.html

LWR – Laufende Wirtschaftsrechnung

Leitung: Statistisches Bundesamt

Ziel der Erhebung: Daten zu Einnahmen und Ausgaben, Wohnverhältnissen und Ausstattung mit ausgewählten Gebrauchsgütern von Privathaushalten in Deutschland.

Erhebungszeitpunkte: Jährlich

Methode: Befragung von Privathaushalten (Fragebogen, Haushaltsbuch).

Wer wird befragt? Jährlich bundesweit rund 8.000 Haushalte. Die LWR »wird als Unterstichprobe der jeweils vorangegangenen EVS realisiert.« (Statistisches Bundesamt 2017c, S. 4) »Die Haushalte von Selbständigen […] werden aus der Auswahlgrundlage der EVS ausgeschlossen, weil sie nach der Rechtsgrundlage für die LWR nicht befragt werden dürfen.« (ebd.) Ausgewählt werden nur Haushalte, die bei der EVS ein Haushaltsbuch geführt haben. Die Ergebnisse 2015 »basieren auf den Aufzeichnungen von 7.648 Haushalten, die auf die Grundgesamtheit von rund 37,2 Millionen Haushalten hochgerechnet wurden.« (ebd.)

Weitere Informationen: www.destatis.de

Mikrozensus

Der Mikrozensus gilt als die »kleine Volkszählung«. Im Vergleich zum Zensus werden im Mikrozensus mehr und detailliertere Fragen anhand einer kleineren Stichprobe erhoben. Da sich in der Zensus-Erhebung 2011 herausstellte, dass die Einwohnerzahl Deutschlands niedriger ist, als bislang angenommen, musste die Datenbasis für die Hochrechnung der Mikrozensus-Ergebnisse angepasst werden. Damit sind die Mikrozensus-Ergebnisse vor und nach 2011 nur eingeschränkt miteinander vergleichbar (Statistisches Bundesamt 2017m).

Leitung: Statistisches Bundesamt; Statistische Landesämter

Ziel der Erhebung: Gewinnung von Daten zur Bevölkerungsstruktur sowie zur wirtschaftlichen und sozialen Lage.

Erhebungszeitpunkte: Jährlich seit 1957 in Westdeutschland, seit 1991 auch in den neuen Ländern.

Methode: Persönliche Interviews oder schriftliche Fragebögen.

Wer wird befragt? Jährlich 830.000 Personen in Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften (1 % der Bevölkerung). Ausgewählte Teilnehmende unterliegen im Gegensatz zu anderen Studien, bei denen die Teilnahme freiwillig ist, der Auskunftspflicht (§ 13 Mikrozensusgesetz).

Weitere Informationen: www.destatis.de

Mikrozensus/Arbeitskräfteerhebung

Leitung: Statistisches Bundesamt; Statistische Landesämter

Ziel der Erhebung: EU-weit harmonisierte Daten zur Erwerbsbeteiligung und Erwerbslosigkeit. Die Arbeitskräfteerhebung ist in den Mikrozensus

integriert. Die meisten Merkmale der zwischen den EU-Mitgliedstaaten harmonisierten Arbeitskräfteerhebung sind auch Merkmale des Mikrozensus. Angaben zu Merkmalen, die ausschließlich Merkmale der Europäische Union (EU)-Arbeitskräftestichprobe darstellen, sind freiwillig (Statistisches Bundesamt 2017n).

Den Erhebungen des Mikrozensus zur Erwerbstätigkeit liegt das Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsagentur (International Labour Organization, ILO) zugrunde. Das ILO-Konzept rechnet Personen den Erwerbstätigen zu, wenn diese mindestens 15 Jahre alt sind und in einem einwöchigen Berichtszeitraum »wenigstens eine Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben.« (Statistisches Bundesamt 2016f, S. 8) Nach dieser Definition müssen Erwerbslose nicht arbeitslos gemeldet sein.

Die auf dem Labour-Force-Konzept der ILO beruhenden Daten des Mikrozensus unterscheiden sich erheblich von der Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Unterschiede resultieren daraus, dass »nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitssuchende erwerbslos sein« können und andererseits »Arbeitslose, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose, sondern als Erwerbstätige« gezählt werden (Statistisches Bundesamt 2016a, S. 8).

Definitionen: »Erwerbslose sind Personen ohne Erwerbstätigkeit, die sich in den letzten vier Wochen aktiv um eine Arbeitsstelle bemüht haben und sofort, d. h. innerhalb von zwei Wochen, für die Aufnahme einer Tätigkeit zur Verfügung stehen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie bei einer Arbeitsagentur als Arbeitslose gemeldet sind. Zu beachten ist, dass das Verfügbarkeitskriterium bei den veröffentlichten Erwerbslosenzahlen der Mikrozensen bis einschließlich 2004 nicht berücksichtigt wurde. Die Unterschiede zwischen den Erwerbslosen und den Arbeitslosen der Bundesagentur für Arbeit (BA) sind erheblich. Einerseits können nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitsuchende erwerbslos sein. Andererseits zählen Arbeitslose, die eine geringfügige Tätigkeit ausüben, nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose, sondern als Erwerbstätige.

Erwerbslosenquote: Prozentualer Anteil der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen.

Erwerbspersonen setzen sich aus Erwerbstätigen und Erwerbslosen zusammen.

Erwerbstätige sind Personen im Alter von 15 Jahren und mehr, die im Berichtszeitraum wenigstens 1 Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehöriger), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen Freien Beruf ausüben. […] Nach diesem Konzept gelten auch Personen mit einer ›geringfügigen Beschäftigung‹ als erwerbstätig. […]

Erwerbstätigenquote: Prozentualer Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung. In vielen Fällen erfolgt der Ausweis von Erwerbstätigenquoten ausschließlich für Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren.

Erwerbsquote: Prozentualer Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung. In vielen Fällen erfolgt der Ausweis von Erwerbsquoten ausschließlich für Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren.

Nichterwerbspersonen sind Personen, die nach dem ILO-Konzept weder als erwerbstätig noch als erwerbslos einzustufen sind.« (Statistisches Bundesamt 2016f, S. 7–8)

Erhebungszeitpunkte: Jährlich seit 1957 in Westdeutschland, seit 1991 auch in den neuen Ländern.

Methode: Persönliche Interviews oder schriftliche Fragebögen.

Wer wird befragt? Jährlich 830.000 Personen in Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften (1% der Bevölkerung). Ausgewählte Teilnehmende unterliegen im Gegensatz zu anderen Studien, bei denen die Teilnahme freiwillig ist, der Auskunftspflicht (§ 13 Mikrozensusgesetz).

Zugang zu Ergebnissen: www.destatis.de

SOEP – Sozio-ökonomisches Panel

Förderung: Seit 2003 institutionelle Förderung durch Mittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Länder.

Leitung: »Serviceeinrichtung für die Forschung« im Rahmen der Leibniz-Gemeinschaft mit Sitz am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).

Ziel der Erhebung: Repräsentative Daten zu Lebensbedingungen (u. a. Einkommen, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Bildung, Wohnen und Gesundheit), Wertvorstellungen und Persönlichkeitseigenschaften privater Personen (und Haushalte) in Deutschland.

Erhebungszeitpunkte: Jährlich

Methoden: Repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte und Personen seit 1984; Fragebogen; Face-to-Face-Interviews.

Wer wird befragt? Fast 11.000 private Haushalte mit etwa 30.000 erwachsenen Mitgliedern (Erhebung von Informationen über Kinder); Ausweitung der Befragung auf Gebiet der ehemaligen DDR im Juni 1990; Einführung einer »Zuwandererstichprobe« 1994/1995; seitdem Integration weiterer Stichproben zur Berücksichtigung besonderer Gruppen sowie zur Erhöhung und Stabilisierung der Stichprobengröße.

Weitere Informationen: www.diw.de/de/soep

Zensus

Der Zensus ist eine gesetzlich angeordnete Bevölkerungs-, Gebäude- und Wohnungszählung. Vorläufer der Erhebung waren die Volkszählungen.

Leitung: Statistisches Bundesamt

Ziel der Erhebung: Basisdaten zur Bevölkerung, Erwerbstätigkeit und Wohnsituation.

Erhebungszeitpunkt: Mai 2011

Methode: Nutzung vorhandener Verwaltungsdaten (z. B. Melderegister, Arbeitsagentur). Ergänzende Befragungen: Gebäude- und Wohnungszählung, Haushaltebefragung und Befragung in Wohnheimen und Gemeinschaftsunterkünften.

Wer wird befragt? Für die Gebäude- und Wohnungszählung alle Eigentümerinnen und Eigentümer (Vollerhebung), für die Haushaltebefragung 10 % der Bevölkerung, d. h. 7,9 Millionen Personen, und für die Befragung in Wohnheimen und Gemeinschaftsunterkünften alle Bewohnende bzw. in sensiblen Einrichtungen (Justizvollzugsanstalten, Notunterkünften) die Einrichtungsleitung (Vollerhebung). Teilnehmende unterliegen im Gegensatz zu anderen Studien, bei denen die Teilnahme freiwillig ist, der Auskunftspflicht (§ 18 Zensusgesetz 2011).

Weitere Informationen: www.zensus2011.de

» 10.6 Literaturverzeichnis

Aner, K.; Karl, U. (Hg.) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden.

ARD-Mediendaten (2015): Sehdauer pro Tag in Deutschland West und Ost nach Altersgruppen, Montag bis Sonntag in Minuten. Quelle: AGF in Zusammenarbeit GfK. TV Scope. Online verfügbar: www.ard.de/home/intern/fakten/ard-mediendaten/Sehdauer_pro_Tag_in_Deutschland_West_und_Ost/408918/index.html [letzter Zugriff am 29.06.2017].

ARD-Mediendaten (2016): Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung. Quelle: ma 2016 Radio II. Online verfügbar: www.ard.de/home/intern/fakten/ard-mediendaten/Mediennutzung_und_Freizeitbeschaeftigung/408808/index.html [letzter Zugriff am 30.05.2017].

Backes, G. M.; Amrhein, L.; Wolfinger, M. (2008): Gender in der Pflege: Herausforderungen für die Politik. Bonn.

Backes, G.; Clemens, W.; Kronender, A.; Wagner, L. (2016): Koordination von Ruhestandsentscheidungen im Haushaltskontext. Auswirkungen auf den vorzeitigen oder späteren Übergang in den Ruhestand von (Ehe-) Partnern. Endbericht. Online verfügbar: www.fna-rv.de/SharedDocs/Downloads/DE/FNA/Projektberichte/Projektbericht%202012-06.pdf?_blob=publicationFile&v=3 [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hg.) (2016): Fehlzeiten-Report 2016. Berlin, Heidelberg.

Bäcker, G.; Jansen, A., Schmitz, J. (2017): Rente erst ab 70? Probleme und Perspektiven des Alters-übergangs. Gutachten für den DGB-Bundesvorstand. IAQ-Forschung 02/2017. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Dokumente/2017_05_DGB_Rente_erst_ab_70_lang.pdf [letzter Zugriff am 30.05.2017].

Bäcker, G.; Kistler, E.; Trischler, F. (2010): Rente mit 67? Zu wenig Arbeitsplätze und zu wenig gute Arbeit für ein Arbeiten bis 67. Vierter Monitoring-Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente. Berlin.

Bäcker, G.; Schmitz, J. (2013): Altersarmut und Rentenversicherung: Diagnosen, Trends, Reformoptionen und Wirkungen. In: Vogel, C.; Motel-Klingebiel, A. (Hg.): Altern im sozialen Wandel. Wiesbaden, S. 25–53.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Autor: Kohls, M. Nürnberg.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016): Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl, Migration und Integration. Nürnberg. Online verfügbar: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015.pdf;jsessionid=6609477B370C24E646841391D038B4A4.1_cid286?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 28.06.2017].

Barmer GEK (Hg.) (2013): Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Autoren: Rothgang, H. u. a., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Siegburg.

Barmer GEK (Hg.) (2015): Barmer GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Autor(inn)en: Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R; Unger, R., SOCIUM Universität Bremen. Siegburg. Online verfügbar: www.barmer.de/blob/36042/73f4ded2ea20652834aeedbb7c2bc16a/data/pdf-barmer-gek-pflegereport-2015.pdf [letzter Zugriff am 30.05.2017].

Barmer GEK (Hg.) (2016): Barmer GEK Pflegereport 2016. Autor(inn)en: Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R; Unger, R. SOCIUM Universität Bremen. Siegburg.

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2014): Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung. Bonn.

Bestmann, B.; Wüstholz, E.; Verheyen, F. (2014): Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. WINEG Wissen 04. Hamburg. Online verfügbar: www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/699766/Datei/140122/Bestmann-Pflegen-Belastung-und-sozialer-Zusammenhalt-2014.pdf [letzter Zugriff am 17.05.2017].

Blinkert, B., Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover.

Blinkert, B., Klie, T. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 12–13/2008, S. 25–33.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Rentenversicherungsbericht 2016. Online verfügbar: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2016/rentenversicherungsbericht-2016.pdf;jsessionid=D2076030E10ABFE122D4F5DC60A34A40?_blob=publicationFile&v=5 [letzter Zugriff am 29.05.2017].

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales; BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2017): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2016. Online verfügbar unter www.baua.de/suga [letzter Zugriff am 29.05.2017].

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015): (Hg.) Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2014. Ergebnisse des Adult Education Survey – AES Trendbericht. Bonn. Online verfügbar: www.bmbf.de/pub/Weiterbildungsverhalten_in_Deutschland_2014.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2015): Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Neue gesetzliche Regelungen seit dem 1.1.2015. 2. Auflage, Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes«. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung. Autoren: Schmidt, M.; Schneekloth, U. München, Berlin.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hg.) (2010): Mobilität in Deutschland 2008. Ergebnisbericht. Bonn und Berlin.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Forschungen. Heft 147. Berlin.

Böger A.; Huxhold, O.; Wolff J. K. (2017): Wahlverwandtschaften: Sind Freundschaften für die soziale Integration wichtiger geworden? In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 257–271. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_17, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_17, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Böger A.; Wetzel M.; Huxhold, O. (2017): Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 273–285. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_18, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_18, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hg.) (2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern.

Borrmann, A; Mensink, G. B. M. (2016): Kochhäufigkeit in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 1(2), S. 43–49, DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-037.

Brussig, M. (2012): Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt. Arbeitsübergangs-Report 2012-04. Online verfügbar: www.iaq.uni-due.de/auem-report/2012/2012-04/auem2012-04.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (o. J.) Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland. Wichtige statistische Hinweise. Online verfügbar: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Interpretationshinweise.pdf [letzter Zugriff: 12.07.2017]

Bundesagentur für Arbeit (2008): Arbeitslose nach Rechtskreisen. Deutschland nach Ländern 2007. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/200712/iiia4/akt-dat-jz/akt-dat-jz-d-0-xls.xls [letzter Zugriff am 26.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2010): Arbeitslose nach Rechtskreisen. Deutschland nach Ländern 2009. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/200912/iiia4/akt-dat-jz/akt-dat-jz-d-0-xls.xls [letzter Zugriff am 26.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2013a): Arbeitslose nach Rechtskreisen. Deutschland nach Ländern 2012. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201212/iiia4/akt-dat-jz/akt-dat-jz-d-0-xls.xls [letzter Zugriff am 26.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2013b): Analytikreport der Statistik. Analyse des Arbeitsmarktes für Ältere ab 50 Jahren. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201304/analyse/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere-d-0-201304-pdf.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2015a): Analytikreport der Statistik. Analyse des Arbeitsmarktes für Ältere ab 50 Jahren. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201504/analyse/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere-d-0-201504-pdf.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2015b): Arbeitsstatistik 2015. Jahreszahlen. Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit. 63. Jahrgang, Sondernummer 1. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/arbeitsstatistik/arbeitsstatistik/arbeitsstatistik-d-0-201512-pdf.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2015c): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsmarkt in Zahlen, Arbeitslose nach Rechtskreisen, Nürnberg. Deutschland nach Ländern. Datenstand: Dezember 2015. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/iiia4/markt/markt-d-0-201512-xls.xls [letzter Zugriff am 26.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2015d): Arbeitslose nach Rechtskreisen. Deutschland nach Ländern. Jahreszahlen 2014. Online verfügbar: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201412/iiia4/akt-dat-jz/akt-dat-jz-d-0-201412-xls.xls [letzter Zugriff am 23.07.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2016a): Analytikreport der Statistik. Analyse des Arbeitsmarktes für Ältere ab 50 Jahren. Juni 2016. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201606/analyse/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere-d-0-201606-pdf.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2016b): Qualitätsbericht. Statistik der sozialversicherungspflichtigen und geringfügigen Beschäftigung. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Qualitaetsberichte/Generische-Publikationen/Qualitaetsbericht-Statistik-Beschaeftigung.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2016c): Blickpunkt Arbeitsmarkt. Situation von Älteren. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Personengruppen/generische-Publikationen/Aeltere-amArbeitsmarkt-2015.pdf [letzter Zugriff am 21.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2016d): Arbeitsmarkt 2015. Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit. 63. Jahrgang, Sondernummer 2. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/ama/heft-arbeitsmarkt/arbeitsmarkt-d-0-201412-pdf.pdf [letzter Zugriff am 27.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2016e): Arbeitsmarkt in Zahlen. Arbeitslosigkeit auf Stadt- und Landkreisebene. Arbeitslose nach Kreisen, Dezember 2015. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/iiia4/uebersicht/uebersicht-d-0-201512-xls.xls [letzter Zugriff am 25.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2016f): Arbeitslose nach Rechtskreisen. Deutschland nach Ländern. Jahreszahlen 2015. Online verfügbar: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/iiia4/akt-dat-jz/akt-dat-jz-d-0-201512-xls.xls [letzter Zugriff am 23.07.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2017a): Methodische Hinweise zu sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/nn_280848/Statischer-Content/Grundlagen/Methodische-Hinweise/BST-MethHinweise/SvB-und-GB-meth-Hinweise.html [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2017b): Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf. Entwicklung der Arbeitslosenquote. Deutschland, West, Ost. April 2017. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/iiia4/alo-zeitreihe-dwo/alo-zeitreihe-dwo-b-0-xlsx.xlsx [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2017c): Arbeitsmarkt für Ältere September 2016. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201704/analyse/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere/analyse-d-arbeitsmarkt-aeltere-d-0-201704-pdf.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2017d): Arbeitslose nach Rechtskreisen. Deutschland nach Ländern 2016. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201612/iiia4/akt-dat-jz/akt-dat-jz-d-0-201612-xls.xls [letzter Zugriff am 26.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2017e): Erwerbstätige erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Monatszahlen) Januar 2017. Online verfügbar: www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201701/iiia7/einkommen/einkommen-d-0-201701-xlsx.xlsx [letzter Zugriff am 27.05.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2017f): Dokumentation »Bezugsgröße 2017«. Online verfügbar: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Berechnung-Arbeitslosenquote/Dokumentation/Generische-Publikationen/Dokumentation-der-Bezugsgroesse-2017.pdf [letzter Zugriff am 22.07.2017].

Bundesagentur für Arbeit (2017g): Statistik erklärt. Online verfügbar: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Kurzinformationen/Generische-Publikationen/Statistik-erklaert/Statistik-erklaert.pdf [letzter Zugriff am 12.07.2017].

Bundesregierung (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Online verfügbar: www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfassung.pdf?_blob=publicationFile&v=2 [letzter Zugriff am 16.04.2017].

Busch, M. A.; Kuhnert, R. (2017a): 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2, Heft 1, S. 64–69 [Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licences/by/4.0/deed.de].

Busch, M. A.; Kuhnert, R. (2017b): 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2, Heft 1, S. 70–76 [Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licences/by/4.0/deed.de].

Busch, M. A.; Maske, U. E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 733–739.

Busch, M. A.; Schienkiewitz, A.; Nowossadeck, E.; Gößwald, A. (2013): Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 656–660.

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2015): Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren. Autor(inn)en: Amrhein, L.; Heusinger, J.; Ottovay, K.; Wolter, B. Köln.

Dauber, H.; Specht, S.; Künzel, J.; Braun, B. (2016): Suchthilfe in Deutschland 2015. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München.

Deutsche Rentenversicherung Bund (o. J.): Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2016. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238686/publicationFile/45342/indikatoren_zu_erwerbsminderungsrenten.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Rentenversicherung in Zeitreihen 2012. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2015a): Reha-Bericht 2015. Die medizinische und berufliche Rehabilitation im Licht der Statistik. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015b): Versicherung und Beitrag. Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich. Broschüre. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232684/publicationFile/21805/rente_fuer_pflegepersonen.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Deutsche Rentenversicherung Bund (2016a): Rentenzugang: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI, Berichtsjahr 2016. Interaktiver Bericht. Statistikportal der Rentenversicherung. Online verfügbar: https://statistik-rente.de/drv [letzter Zugriff am 25.06.2017].

Deutsche Rentenversicherung Bund (2016b): Rentenversicherung in Zahlen. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rv_in_zahlen_2016.pdf?_blob=publicationFile&v=24 [letzter Zugriff am 27.05.2017].

Deutsche Rentenversicherung Bund (2016c): Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften Band 22. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/62588/03_rv_in_zeitreihen.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Deutsche Rentenversicherung Bund (2016d): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Ergebnisse auf einen Blick. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/05_ergebnisse_auf_einen_blick.pdf?_blob=publicationFile&v=26 [letzter Zugriff am 24.07.2017].

Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Statistikportal der Rentenversicherung. Interaktiver Bericht. Online verfügbar: https://statistik-rente.de/drv/ [letzter Zugriff am 25.06.2017].

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd (2016): Zahlen und Tabellen der Gesetzlichen Rentenversicherung. Werte West (ohne Knappschaft) 01.01. bis 30.06.2017. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/BayernSued/de/Inhalt/Allgemeines/Pool_BY/Zahlen_und_Tabellen/ZuT_2017_1.pdf?_blob=publicationFile&v=4 [letzter Zugriff am 21.05.2017].

Deutscher Bundestag (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Online verfügbar: www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1499783786&hash=15da5916e00af0775b6562f26d3e5acec330cd4b&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [letzter Zugriff am 11.07.2017].

Deutscher Bundestag (2017): Nichtberücksichtigung älterer Arbeitssuchender in der Arbeitslosenstatistik. Antwort der Bundesregierung. Bundestags-Drucksache 18/11392. Online verfügbar: dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/113/1811392.pdf [letzter Zugriff am 25.05.2017].

Deutscher Gewerkschaftsbund (2015): arbeitsmarkt aktuell 10/2015. Online verfügbar: www.dgb.de/themen/++co++4f4f66d8-a33d-11e5-a687-52540023ef1a [letzter Zugriff am 27.05.2017].

Deutscher Olympischer Sportbund (Hg.) (2016): Bestandserhebung 2016. Frankfurt am Main. Online verfügbar: www.dosb.de/de/service/download-center/statistiken/ [letzter Zugriff am 27.05.2017].

Diewald, M.; Lüdicke, J. (2007): Akzentuierung oder Kompensation? Zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit, Sozialkapital und subjektiver Lebensqualität. In: Lüdicke, J.; Diewald, M. (Hg.): Soziale Netzwerke und soziale Ungleichheit. Zur Rolle von Sozialkapital in modernen Gesellschaften. Wiesbaden, S. 11–52.

DIN-Normenausschuss Bauwesen (NABau) (2017): Norm DIN 18040-2. Barrierefreies Bauen. Planungsgrundlagen. Teil 2: Wohnungen. Einführungsbeitrag. Online verfügbar: www.din.de/de/mitwirken/normenausschuesse/nabau/normen/wdc-beuth:din21:142706210 [letzter Zugriff am 31.05.2017].

Eibich, P.; Krekel, C.; Demuth, I.; Wagner, G. (2016): Associations between neighborhood characteristics, well-being and health vary over the lifecourse. In: Gerontology 62 (3), S. 362–370.

Elsesser, K.; Sartory, G. (2009): Medikamentenabhängigkeit. In: Margraf, J.; Schneider, S. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie I. Heidelberg, S. 383–405.

Engstler, H.; Klaus D. (2017): Auslaufmodell »traditionelle Ehe«? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 201–213. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_13, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_13, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Engstler, H.; Romeu Gordo, L. (2017): Der Übergang in den Ruhestand: Alter, Pfade und Ausstiegspläne. In: Mahne, K.; Wolff, J.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 65–80. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_4, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_4, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Europäische Union (2016): Labour force survey in the EU, candidate and EFTA countries. Main characteristics of national surveys 2015. Online verfügbar: www.ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/7751652/KS-TC-16-021-EN-N.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Europäischer Rat (2001): Schlussfolgerungen des Vorsitzes. Europäischer Rat (Stockholm). 23. und 24. März 2001. Online verfügbar: www.consilium.europa.eu/de/uedocs/cms_data/docs/pressdata/de/ec/acf191b.html, [letzter Zugriff am 21.05.2017].

Eurostat (2017a): Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung nach Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss für das Jahr 2015 (1.000) [lfsa_epgaed]. Letzte Aktualisierung: 25.04.2017. Online verfügbar: www.ec.europa.eu/eurostat/de/web/prodcom/data/database [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Fachinger, U.; Künemund, H. (Hg.) (2015): Gerontologie und ländlicher Raum. Wiesbaden.

Frank, L.; Yesil-Jürgens, R.; Razum, O. u. a. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (1), S. 24–47 [Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licences/by/4.0/deed.de].

Franke, A.; Heusinger, F.; Konopik, N.; Wolter, B. (2017): Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

Franke, J.; Wetzel, M. (2017): Länger zufrieden arbeiten? Qualität und Ausgestaltung von Erwerbstätigkeit in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J.; Simonson, J.; Tesch-Romer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 47–63. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_3, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_3, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Frommert, D.; Himmelreicher, R. (2010): Angleichung oder zunehmende Ungleichheit? Alterseinkünfte in den alten und den neuen Bundesländern. In: Krause, P.; Ostner, I. (Hg.): Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine Sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990–2010. Frankfurt, New York, S. 351–372.

Fuchs, J.; Rabenberg, M.; Scheidt-Nave, C. (2013): Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 678–686.

Geldmacher, H.; Biller, H.; Herbst, A.; Urbanski, K.; Allison, M.; Buist, A. S. u. a. (2008): Die Prävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. Ergebnisse der BOLD-Studie. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 133. S. 2609–2614.

GEKID (2016): Atlas der Krebsinzidenz und Krebsmortalität der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. Daten nach Alter. Online verfügbar: www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/Altersspezifische%20Angaben_2016.xlsx [letzter Zugriff am 06.06.2017].

Gesundheit Berlin (Hg.) (2007): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin.

GeroStat (2017): Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT.

Geyer, J. (2014): Zukünftige Altersarmut. DIW Roundup Nr. 25. Online verfügbar: www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.467398.de/diw_roundup_25_de.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Geyer, J. (2015): Grundsicherungsbezug und Armutsrisikoquote als Indikatoren von Altersarmut. DIW Roundup Nr. 62. Online verfügbar: www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.500502.de/diw_roundup_62_de.pdf [letzter Zugriff am 30.05.2017].

Geyer, J.; Schulz, E. (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. In: DIW Wochenbericht Nr. 14/2014, S. 294–301.

Geyer, J.; Steiner, V. (2010): Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten. In: Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 11/2010. Online verfügbar: www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.353479.de/10-11-1.pdf [letzter Zugriff am 13.12.2010].

Gößwald, A.; Schienkiewitz, A.; Nowossadeck, E.; Busch, M. A. (2013): Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 650–655.

Hagen, C.; Himmelreicher, R.; Kemptner, D.; Lampert, T. (2010): Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente. Eine Analyse auf Datenbasis von Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV). Research Note No. 44. Rat für Sozial- und Wirtschaftsfragen. Juni 2010. Online verfügbar: www.ratswd.de/download/RatSWD_RN_2010/RatSWD_RN_44.pdf [letzter Zugriff am 22.02.2011].

Hameister, N.; Müller, D.; Ziegelmann, J. P. (2017): Zeitlicher Umfang, Häufigkeit und biografische Dauer des freiwilligen Engagements. In: Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2017): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 333–354. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_13, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_13, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Hameister, N.; Tesch-Römer, C. (2017): Landkreise und kreisfreie Städte: Regionale Unterschiede im freiwilligen Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2017): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 549–571. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_22, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_22, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Hameister, N.; Vogel, C. (2017): Geldspenden, Spendenbeträge und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 217–234. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_8, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_8, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Heide, M.; Lieb, H. (Hg.) (1991): Sucht und Psychosomatik. Bonn.

Heidemann, C.; Du, Y.; Schubert, I.; Rathmann, W.; Scheidt-Nave, C. (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 668–677.

Heusinger, J.; Klünder, M. (2005): »Ich lass' mir nicht die Butter vom Brot nehmen!«. Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt am Main.

Himmelreicher, R. (2016): Zur Entwicklung und Verteilung der Altersrenten in Ost- und Westdeutschland. In: Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hg.): Datenreport 2016. Bonn, S. 334–339. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 20.03.2017].

Höllinger, F.; Haller, M. (1993): Kinship and social networks in modern societies: A cross-cultural comparison among seven nations. In: European Sociological Review. Heft 6. S. 103–124.

Hoffmann, E.; Romeu Gordo, L. (2016): Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In: Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hg.): Datenreport 2016. Online verfügbar: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Datenreport2016_Kap2.3.pdf [letzter Zugriff am 20.03.2017].

Holllederer, A. (2011): Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.

Hornberg, C.; Pauli, A. (2012): Soziale Ungleichheit in der umweltbezogenen Gesundheit als Herausforderung für Stadtplanung. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß W. (Hg.): Stadtplanung und Gesundheit. Bern, S. 129–138.

Huxhold, O; Hameister, N. (2017): Soziale Einbettung und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 499–520. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_20, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_20, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Initiative D21 e. V.; Kantar TNS (Hg.) (2016): D21-Digital-Index 2016. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Berlin.

INKAR (2017): Indikatoren und Karten zur Stadt- und Raumentwicklung (Elektronische Ressource). Ausgabe 2017. Herausgegeben vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). BBSR Bonn 2017. Datenlizenz Deutschland – Namensnennung – Version 2.0. (www.govdata.de/dl-de/by-2-0). Online verfügbar: www.inkar.de [letzter Zugriff 31.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017a): Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2015. Abbildung VIII3. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf [letzter Zugriff am 20.03.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017b): Erwerbstätigenquoten nach Altersgruppen 1991 bis 2015 in Prozent der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe. Abbildung IV15. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV15.pdf [letzter Zugriff am 25.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017c): Erwerbstätigenquoten von Männern und Frauen nach Altersgruppen 1995 und 2015. Abbildung IV16. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV16.pdf [letzter Zugriff am 19.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017d): Geringfügig Hauptbeschäftigte 2003–2016, Abbildung IV67a. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV67a.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017e): Ältere Arbeitslose 55 bis unter 65 Jahre 2001–2016 absolut und in % aller Arbeitslosen. Abbildung IV77. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV77.pdf [letzter Zugriff am 25.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017f): Durchschnittliches Zugangsalter in Altersrenten 1993–2015 nach Geschlecht in Deutschland. Abbildung VIII11. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII11.pdf [letzter Zugriff am 28.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017g): Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten 1993–2015 nach Geschlecht in Deutschland. Abbildung VIII11b. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII11b.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017h): Zugänge von Alters- und Erwerbsminderungsrenten, Anteile von Erwerbsminderungsrenten 1995–2015, Deutschland (in Tausend und in Prozent der Gesamtzugänge). Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII10a.pdf [letzter Zugriff am 28.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017i): Durchschnittliche Rentenhöhen im Rentenbestand nach Rentenart und Geschlecht 2015. Zahlbeträge in Euro/Monat, neue und alte Bundesländer am Jahresende. Abbildung VIII29_30. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII29_30.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017j): Entwicklung des Netto-Rentenniveaus vor Steuern 1990–2030. Abbildung VIII37. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII37.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017k): Überschneidung von Grundsicherungsbedarf und Rente bei sinkendem Rentenniveau. Abbildung VIII54. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII54.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Institut Arbeit und Qualifikation (2017m): Beschäftigte in Mini-Jobs 2003–2016, Abbildung IV91. Online verfügbar: www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV91.pdf [letzter Zugriff 24.05.2017].

Jacobs, K; Kuhlmey, A.; Greß, S; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hg.): Pflege-Report 2016. 1. Auflage, Stuttgart, S. 189–216.

Jahoda, M. u. a. (1933/1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Frankfurt am Main.

Jordan, S.; von der Lippe, E. (2013): Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 878–884.

Jordan, J; Micheelis, M. (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Köln.

Kaldybajewa, K.; Kruse, E. (2012): Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen. In: RVaktuell 8/2012, S. 206–216. Online verfügbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/266540/publicationFile/48816/heft_8_kaldybajewa_kruse.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Kausmann, C.; Simonson, J. (2017): Freiwilliges Engagement in Ost- und Westdeutschland sowie den 16 Ländern. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 573–600. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_23, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_23, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

KDA - Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung (2014): Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1. Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Online verfügbar: www.kda.de/monitor-leben-zu-hause-wohnatlas.html?file=tl_files/kda/Projekte/Wohnatlas_Teil1.pdf [letzter Zugriff am 31.05.2017].

Keck, W. (2011): Pflege und Beruf. Ungleiche Chancen der Vereinbarkeit. WZBrief Arbeit. 09.01.2011. Online verfügbar: https://bibliothek.wzb.eu/wzbrief-arbeit/WZBriefArbeit092011_keck.pdf [letzter Zugriff am 22.05.2017].

Kieselbach, T. (2007): Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion und Gesundheit. Zur Notwendigkeit eines sozialen Geleitschutzes in beruflichen Transitionen. In: Gesundheit Berlin (Hg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, S. 1–35.

Klaus, D.; Baykara-Krumme, H. (2017): Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In: Mahne, J. K.; Wolff, J.; Simonson, J.; Tesch-Romer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 359–379. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_24, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_24, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 21.05.2017].

Klaus, D.; Mahne, K. (2017): Zeit gegen Geld? Der Austausch von Unterstützung zwischen den Generationen. In: Mahne, K.; Wolff, K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 247–256. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_16, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_16, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Klaus, D.; Tesch-Römer, C. (2017): Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 185–200. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_12, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_12, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 21.05.2017].

Koch W.; Frees, B. (2016): Dynamische Entwicklung bei mobiler Internetnutzung sowie Audios und Videos, Media Perspektiven 9/2016, Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2016.

Körner, T.; Schüller, F.; Göttsche, F. (2016): Arbeitsmarkt und Migration in der amtlichen Statistik. Überblick über Konzepte, Statistiken und ausgewählte Ergebnisse. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): WISTA. Wirtschaft und Statistik. Sonderheft Arbeitsmarkt und Migration. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/2016/07_Sonderheft/Sonderheft_Wista_7_2016.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Kohls, M. (2015): Sterberisiken von Migranten. Analysen zum Healthy-Migrant-Effekt nach dem Zensus 2011. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58 Heft 6, S. 519–526.

Krause, P.; Ostner, I. (Hg.) (2010): Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990–2010. Frankfurt am Main.

Kroll, L. E.; Müters, S.; Lampert, T. (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 59, Heft 2, S. 228–237.

Kuntz, B. (2011): Bildung und Gesundheit. In: Schott, T.; Hornberg, C. (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden, S. 311–327.

Kuntz, B.; Hoebel, J.; Fuchs, J.; Neuhauser, H., Lampert, T. (2017): Soziale Ungleichheit und chronische Rückenschmerzen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 60, Heft 7, S. 783–791.

Lampert, T.; Kroll L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 5 (2). Online verfügbar: www.rki.de/gbe-kompakt [letzter Zugriff am 17.03.2014].

Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Fuchs, J.; Scheidt-Nave, C.; Nowossadeck, E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 7 (1). Online verfügbar: www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 08.03.2016) [letzter Zugriff am 16.07.2017].

Lange, C.; Manz, K.; Rommel, A.; Schienkiewitz, A.; Mensink, G. B. M. (2016): Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. In: Journal of Health Monitoring 1, Heft 1, S. 2–21. DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-025 [Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licences/by/4.0/deed.de].

Langen, U.; Schmitz, R.; Steppuhn, H. (2013): Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 698–706.

Lee, I. M.; Shiroma, E. J.; Lobelo, F.; Puska, P.; Blair S. N.; Katzmarzyk, P. T. (2012): Impact of physical inactivity on the world's major non-communicable diseases. In: Lancet. July 21; 380 (9838), S. 219–229. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.

Lejeune, C.; Romeu Gordo, L. (2017): Vermögen und Erbschaften. Sicherung des Lebensstandards und Ungleichheit im Alter. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 111–124. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_7, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_7, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 14.04.2017].

Lejeune, C.; Romeu Gordo, L. Simonson, J. (2017): Einkommen und Armut in Deutschland. Objektive Einkommenssituation und deren subjektive Bewertung. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 97–110. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_6, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_6, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 20.03.2017].

Loose, B.; Thiede, R. (2013): Trägt die Riester-Rente zur Vermeidung von Altersarmut bei? In: Vogel, C.; Motel-Klingebiel, A. (Hg.): Altern im sozialen Wandel. Wiesbaden, S. 161–174.

Lüdicke, J.; Diewald, M. (Hg.) (2007): Soziale Netzwerke und soziale Ungleichheit. Wiesbaden.

Mahne, K.; Huxhold, O. (2017): Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut? In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 215–230. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_14, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_14, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Mahne, K.; Klaus, D. (2017): Zwischen Enkelglück und (Groß-)Elternpflicht – die Bedeutung und Ausgestaltung von Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 231–245. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_15, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_15, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Mahne, K.; Wolff, J.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2017a): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden. Online verfügbar: https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-12502-8, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 25.05.2017].

Mahne, K.; Wolff, J.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (2017b): Tabellenanhang. Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden. Online verfügbar: www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/DEAS_978-3-658-12501-1_Tabellenanhang.pdf?SGWID=0-0-45-1593271-p180457475, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 20.03.2017].

Margraf, J.; Schneider, S. (Hg.) (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band I. Berlin, Heidelberg.

Matthäi, I. (2005): Die »vergessenen« Frauen aus der Zuwanderergeneration. Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. Wiesbaden.

Max Rubner-Institut (Hg.) (2008a): Nationale Verzehrstudie II. Ergebnisbericht, Teil 1. Die bundesweite Befragung zur Ernährung. Karlsruhe.

Max Rubner-Institut (Hg.) (2008b): Nationale Verzehrstudie II. Ergebnisbericht, Teil 2. Die bundesweite Befragung zur Ernährung. Karlsruhe.

MDS, GKV – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (Hg.) (2016a): Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen. Autoren: Schempp, N.; Strippel, H.

MDS, GKV – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (Hg.) (2016b): Tabellenband zum Präventionsbericht 2016. Berichtsjahr 2015. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen. Autorin: Schempp, N.

Media-Analyse agma mmc (2017): Pressemedien I. Media-Analyse agma Media Micro-Census, angeforderte Sonderauswertung. Frankfurt am Main.

Media Perspektiven (2015): Basisdaten. Online verfügbar: www.ard-werbung.de/media-perspektiven/publikationen/basisdaten/ [letzter Zugriff am 20.04.2017].

Mensink, G. B. M.; Schienkiewitz, A.; Haftenberger, M.; Lampert, T.; Ziese, T.; Scheidt-Nave, C. (2013): Übergewicht und Adipositas in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 786–794.

Mensink, G. B. M.; Truthmann, J.; Rabenberg, M.; Heidemann, C.; Haftenberger, M.; Schienkiewitz, A.; Richter. A. (2013): Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 779–785.

Meyer, M.; Meschede, M. (2016): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2015. In: Badura, B. u. a. (Hg.): Fehlzeiten-Report. Berlin, Heidelberg, S. 251–454.

Motel-Klingebiel, A.; Simonson, J.; Romeu Gordo, L. (2010): Materielle Sicherung. In: Motel-Klingebiel u. a. (Hg.): Altern im Wandel. Stuttgart, S. 61–89.

Müller, D.; Hameister N.; Lux, K. (2017): Anstoß und Motiv für das freiwillige Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 413–435. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_20, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_20, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Müller, D.; Tesch-Römer C. (2017): Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 465–484. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_18, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_18, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Mümken, S.; Brussig, M. (2013): Die Arbeitsmarktpolitik wendet sich Älteren zu. Arbeitsübergangs-Report 2013-02. Online verfügbar: www.iaq.uni-due.de/auem-report/2013/2013-02/auem2013-02.pdf [letzter Zugriff am 25.05.2017].

Naumann, D.; Romeu Gordo, L. (2010): Gesellschaftliche Partizipation. Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey (DEAS). Stuttgart, S. 118–141.

Neuhauser, H.; Thamm, M.; Ellert, U. (2013): Blutdruck in Deutschland 2008–2011. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 795–801.

Neuhauser, H; Sarganas, G (2015): Hoher Blutdruck: Ein Thema für alle. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6 (4). Online verfügbar: www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.12.2015).

Nowossadeck, S.; Engstler, H.; Klaus, D. (2016): Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Report Altersdaten 1/2016. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin. Online verfügbar: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_1_2016.pdf [letzter Zugriff: 23.05.2017].

Nowossadeck, S.; Engstler, H. (2017): Wohnung und Wohnkosten im Alter. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 257–271. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_17, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_17, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 01.06.2017].

Nowossadeck, S.; Mahne, K. (2017): Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 301–314. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_20, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_20, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 25.05.2017].

Perrig-Chiello, P. (1997): Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Weinheim und München.

Pfaff, H. und Mitarbeiterinnen (2012): Lebenslagen der behinderten Menschen – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. In: Wirtschaft und Statistik März 2012, S. 232–243.

Pinquart, M. (2003): Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married adults. In: Journal of Social and Personal Relationships, Heft 20, S. 31–54.

Piontek, D.; Atzendorf, J.; Gomes de Matos, E.; Kraus, L. (2016a): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München.

Piontek, D.; Atzendorf, J.; Gomes de Matos, E.; Kraus, L. (2016b): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Tabakkonsums und des klinisch relevanten Tabakkonsums nach Geschlecht und Alter 1990–2015. München.

Piontek, D.; Atzendorf, J.; Gomes de Matos, E.; Kraus, L. (2016c): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Medikamenteneinnahme und Hinweise auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München.

Piontek, D.; Gomes de Matos, E.; Atzendorf, J.; Kraus, L. (2016a): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München.

Piontek, D.; Gomes de Matos, E.; Atzendorf, J.; Kraus, L. (2016b): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf klinisch relevanten Drogenkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München.

Piontek, D.; Kraus, L.; Gomes de Matos, E.; Atzendorf, J. (2016): Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015: Studiendesign und Methodik. In: Sucht 62 (5), S. 259–269.

Poethko-Müller, C.; Schmitz, R. (2013): Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 845–857.

Rattay, P.; Butschalowsky, H.; Rommel, A.; Prütz, F.; Jordan, S.; Nowossadeck, E.; Domanska, O.; Kamtsiuris, P. (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 832–844.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2010): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Berlin.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014a): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014b): Sportliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin. Online verfügbar: www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014) [letzter Zugriff am 31.05.2017].

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014c): Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin. Online verfügbar: www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014) [letzter Zugriff am 31.05.2017].

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2015a): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. Online verfügbar: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/refNzCgg08fNw/PDF/29PIbXnI56Jfc.pdf [letzter Zugriff: 26.05.2017].

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2015b): Krebs in Deutschland 2011/2012. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. 10. Ausgabe, Berlin.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Autoren: Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Müters, S.; Kroll, L. E. Berlin.

Rommel, A.; Saß, A.-C.; Rabenberg, M (2016): Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen. In: Journal of Health Monitoring 1 (1), S. 37–42 [Lizenz: CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licences/by/4.0/deed.de].

Rothgang, H.; Kalwitzki, T; Müller, R.; Runte, R; Unger, R. (2016): Barmer GEK Pflegereport 2016. Berlin. Online verfügbar: www.barmer.de/blob/79332/f948d7a97b178c08a4892b4412663605/data/barmer-gek-pflegereport-2016.pdf [letzter Zugriff am 25.07.2017].

Scheidt-Nave, C.; Du, Y.; Knopf, H.; Schienkiewitz, A.; Ziese, T.; Nowossadeck, E.; Gößwald, A.; Busch, M. A. (2013): Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 661–667.

Schlömer, C. (2015): Demographische Ausgangslage: Status quo und Entwicklungstendenzen ländlicher Raum in Deutschland. In: Fachinger, U.; Künemund, H. (Hg.): Gerontologie und ländlicher Raum. Lebensbedingungen, Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten. Wiesbaden, S. 25–43.

Schneekloth, U. (2005a): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U., Wahl, H. W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlußbericht. Berlin, S. 55–98.

Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hg.) (2005b): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht. Berlin.

Schott, T.; Hornberg, C. (Hg.) (2011): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden.

Schunck, R.; Rogge, B. G. (2010): Unemployment and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. In: International of Journal Public Health 55, Heft 4, S. 271–278.

Schwinger, A.; Tsiasioti, C.; Klauber, J. (2016): Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, K; Kuhlmey, A.; Greß, S; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hg.): Pflege-Report 2016. 1. Auflage Stuttgart, S. 189–216.

Simonson, J.; Hameister, N. (2017): Sozioökonomischer Status und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 439–464. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_17, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_17, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Simonson, J.; Kelle, N.; Romeu Gordo, L.; Grabka, M.; Rasner, A.; Westermeier, C. (2012): Ostdeutsche Männer um 50 müssen mit geringeren Renten rechnen. In: DIW-Wochenbericht 79(23), S. 3–13. Online verfügbar: www.econstor.eu/bitstream/10419/61184/1/717848116.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Simonson, J.; Vogel C. (2017): Politische Partizipation: Unterschriftenaktionen, Demonstrationen, Bürgerinitiativen und politische Ämter. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 199–216. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_7, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_7, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2017a): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-12644-5, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer C. (Hg.) (2017b): Tabellenhang. Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden. Online verfügbar (Open Access): www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/Simonson_Vogel_Tesch-Roemer_978-3-658-12643-8_Tabellenanhang.pdf?SGWID=0-0-45-1593568-p180082088, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Simonson, J.; Vogel C.; Ziegelmann, P.; Tesch-Römer, C. (2017): Einleitung: Freiwilliges Engagement in Deutschland. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 31–49. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_2, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_2, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Spuling, S. M.; Wurm, S.; Wolff, J. K.; Wünsche, J. (2017): Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In: Mahne, K; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 157–170. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_10, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_10, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 01.06.2017].

Spuling, S. M.; Ziegelmann, JP; Wünsche, J. (2017): Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 139–156. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_9, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_9, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Starker, A.; Saß, A.-C. (2013): Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Heft 5/6, S. 858–867.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2008a): Krankheitskostenrechnung: Krankheitskosten in Millionen € für Deutschland. Wiesbaden. In: www.gbe-bund.de. Zugriff am 02.11.2010.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2008b): Krankheitskostenrechnung: Krankheitskosten je Einwohner in €. Wiesbaden. In: www.gbe-bund.de. Zugriff am 02.11.2010.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2013): Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Wohnverhältnisse privater Haushalten. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2014a): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Kranke und Unfallverletzte 2013. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2014b): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Körpermaße der Bevölkerung 2013. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2015): Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte. Fachserie 15, Heft 4. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/EinkommenVerbrauch/EVS_EinnahmenAusgabenprivaterHaushalte2152604139004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 16.04.2017].

Statistisches Bundesamt (destatis) (2016a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung auf der Grundlage des Zensus 2011. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsfortschreibung2010130157004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 13.03.2017].

Statistisches Bundesamt (2016b): Statistisches Jahrbuch 2016. Deutschland und Internationales. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2016.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 30.05.2017].

Statistisches Bundesamt (destatis) (2016c): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1, Reihe 3. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2016d): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2015. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2016e): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.2.2. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2016f): Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. 2015. Fachserie 1, Reihe 4.1.1. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/StandEntwicklungErwerbstaetigkeit2010411157005.xlsx?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 29.05.2017].

Statistisches Bundesamt (destatis) (2016g): Zeitverwendung für Kultur und kulturelle Aktivitäten in Deutschland. Sonderauswertung der Zeitverwendungserhebung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2016h): Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Fachserie 15, Reihe 4. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220157004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 01.03.2017].

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017b): Genesis-Online. Bevölkerung ab 15 Jahren: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Allgemeine Schulausbildung. Wiesbaden. Tabellenabfrage für Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre auf destatis am 03.04.2017. Code 12211-0040. Hochrechnung anhand der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011. Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0).

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017c): Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte. Fachserie 15, Reihe 1. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/EinkommenVerbrauch/EinnahmenAusgabenprivaterHaushalte2150100157004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 23.04.2017].

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017d): Wirtschaftsrechnungen. Leben in Europa (EU-SILC). Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. Fachserie 15, Reihe 3. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/LebeninEuropa/EinkommenLebensbedingungen2150300157004.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 23.04.2017].

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017e): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2015. Fachserie 12, Reihe 4. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017f): Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2015. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017g): Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015. Kurzbericht. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017h): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017i): Gesundheit. Ausgaben 2015. Fachserie 12, Reihe 7.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017j): Weiterbildung 2016. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017m): Hochrechnung des Mikrozensus auf Basis des Zensus 2011. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/ZensusHochrechnung.html [letzter Zugriff am 23.04.2017].

Statistisches Bundesamt (destatis) (2017n): Mikrozensus. Arbeitskräfteerhebung. Wiesbaden. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Methoden/Mikrozensus.html [letzter Zugriff am: 12.07.2017].

Statistisches Bundesamt; WZB (Hg.) (2016): Datenreport 2016. Bonn.

Steppan, M.; Hildebrand, A.; Wegmann, L.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2010): Jahresstatistik 2008 der professionellen Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Herausgegeben von Institut für Therapieforschung. München.

Techniker Krankenkasse (Hg.) (2016): #SmartHealth – wie smart ist Deutschland? Hamburg. Internet: www.presse.tk.de, Stand September 2016.

Tesch-Römer, C.; Weber, C.; Webel, H. (2016): DZA-Fact Sheet: Nutzung des Internets durch Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online verfügbar: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/factsheets/FactSheet_Internet.pdf [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Tucci, I. (2016): Lebenssituation von Migranten und deren Nachkommen. In: Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hg.): Datenreport 2016. S. 236–243. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 20.03.2017].

Vogel, C.; Motel-Klingebiel, A. (Hg.) (2013): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden.

Vogel, C.; Hagen, C.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (2017): Freiwilliges Engagement und öffentliche gemeinschaftliche Aktivität. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 91–151. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_4, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_4, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Vogel, C.; Hameister, N. (2017): Mitgliedschaften in Religionsgemeinschaften, in Vereinen und gemeinnützigen Organisationen und freiwilliges Engagement. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 235–251. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_9, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_9, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Vogel C.; Simonson, J.; Ziegelmann, J. P., Tesch-Römer, C. (2017): Freiwilliges Engagement von Frauen und Männern in Deutschland. In: Simonson, J.; Vogel C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 637–646. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_25, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_25, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Vogel, C; Tesch-Römer, C. (2017): Informelle Unterstützung außerhalb des Engagements: Instrumentelle Hilfen, Kinderbetreuung und Pflege im sozialen Nahraum. In: Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden, S. 253–283. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12644-5_10, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5_10, Lizenz: CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) [letzter Zugriff am 23.05.2017].

Voges, W; Zinke, C. (2010): Wohnen im Alter. In: Aner, K.; Karl, U. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden, S. 301–330.

Waltersbacher, A. (2016): Heilmittelbericht 2016. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie. Herausgegeben vom Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin.

Watzl, H.; Rist, F.; Höcker, W.; Miehle, K. (1991): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. In: Heide, M.; Lieb, H. (Hg.): Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses. Bonn, S. 123–139.

Wetzel, M.; Simonson, J. (2017): Engagiert bis ins hohe Alter? Organisationsgebundenes ehrenamtliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 81–95. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_5, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_5, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 24.05.2017].

Wetzstein, M; Rommel, A; Lange, C (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6 (3). Online verfügbar: www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 19.07.2016) [letzter Zugriff am 21.05.2017].

Wolff, J. K.; Nowossadeck, S.; Spuling, S. M. (2017): Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne, K; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 125–138. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_8, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_8, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 21.05.2017].

Wolff, J. K.; Tesch-Römer, C. (2017): Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, K; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Wiesbaden, S. 171–183. Online verfügbar (Open Access): https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_11, DOI 10.1007/978-3-658-12502-8_11, Lizenz: CC BY 2.5 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de) [letzter Zugriff am 21.05.2017].

Zähle, T.; Möhring, K. (2010): Erwerbsverläufe beim Übergang in den Ruhestand. In: WSI-Mitteilungen. Jg. 62. Heft 11. S. 586–595.

Zok, K. (2013): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. In: WIdO-monitor 10, Heft 1, S. 1–8.

10.7 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge in ausgewählten Jahren (eigene Berechnung). 7

Tab. 2: Verteilung der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre nach Jahrgängen und Geschlecht am 31.12.2015 (gerundet, in Tausend). Quelle: © Statistisches Bundesamt 2016a, S. 12; Datenbasis: Bevölkerungsfortschreibung 2015 auf Basis des Zensus 2011, Darstellung verändert. 11

Tab. 3: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre im Jahr 2015 aus ausgewählten Herkunftsgebieten (in Tausend sowie Anteil der Summe der Personen aus den in der Tabelle berichteten Herkunftsgebieten an allen Menschen der Altersgruppe mit Migrationshintergrund in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, S. 67, Tabelle 21; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 12

Tab. 4: Bevölkerung insgesamt und in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre im Jahr 2015 nach Migrationsstatus (in Tausend sowie Anteil an jeweiliger Bevölkerung insgesamt). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, S. 63; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 13

Tab. 5: Bevölkerung 55 bis unter 65 Jahre in Deutschland im Jahr 2015 nach Geschlecht und allgemeiner Schulausbildung (in Tausend, Anteil an Altersgruppe nach Geschlecht in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017b, Genesis-Online, abgerufen am 03.04.2017; CC BY 2.0 http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/deed.de; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen; Abweichungen zwischen angegebenem Zeilengesamt und der Summe der Zeilenwerte sind rundungsbedingt. 15

Tab. 6: Armutsgefährdungsquote der 55- bis unter 65-Jährigen im Jahr 2015 nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Prozent. Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, Sonderauswertung zu Tabelle 14; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert. 19

Tab. 7: Haushaltsgrößen nach Alter des Haupteinkommensbeziehers oder der Haupteinkommensbezieherin (in Tausend) im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt 2016c, S. 33; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert. 24
Tab. 8: Einpersonenhaushalte nach Familienstand und Alter in Tausend und Prozent im Jahr 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt 2016c, S. 32 f.; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 24
Tab. 9: Überwiegende Zuständigkeit für die Hausarbeit in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre, in Prozent, 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 13-4; Datenbasis: DEAS 2008, 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 25
Tab. 10: Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre, in Prozent, 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 13-5; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 26
Tab. 11: Anteile der erwachsenen Kinder, die in der Nachbarschaft bzw. weiter entfernt wohnen 1996 und 2014 nach Altersgruppen, in Prozent. Quelle: Mahne und Huxhold 2017, S. 224; Datenbasis: DEAS 1996, 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 27
Tab. 12: Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland im Alter von 55 bis unter 65 Jahren nach Altersgruppe, Geschlecht und Pflegestufe, 2015. Quelle: Pflegebedürftige. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 16.05.2017; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015; Darstellung verändert. 46
Tab. 13: Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für 55- bis unter 60-Jährige in der Gesetzlichen Rentenversicherung 2015 (Anzahl). Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Leistungen zur Rehabilitation 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 15.06.2017; Darstellung verändert. 47
Tab. 14: Gestorbene 2015 gesamt und je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Alter und Geschlecht, Todesursachenstatistik. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017e, S. 6 S. 12; Datenbasis: Todesursachenstatistik 2015; Darstellung verändert. 48
Tab. 15: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Altersgruppen (in Prozent an Gesamt), 2015. Quelle: Piontek, Atzendorf u. a. 2016a, S. 3; Datenbasis: ESA 2015. 49
Tab. 16: Prävalenz des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) nach Altersgruppen (in Prozent an Gesamt), Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Quelle: Piontek, Gomes de Matos u. a. 2016a, S. 4; Datenbasis: ESA 2015. 51
Tab. 17: Alkoholbedingte Mortalität (Sterbefälle je 100.000 Einwohner) der 55- bis 64-Jährigen nach Geschlecht, Region und Nationalität, 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 18.06.2017. 53
Tab. 18: Durchschnittlicher BMI nach Geschlecht und Altersgruppen und Verteilung der Bevölkerung auf BMI-Index-Gruppen in Prozent. Quelle: © Statistisches Bundesamt 2014b, S. 8; Datenbasis: Mikrozensus 2013; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 55

Tab. 19: Anteile der Arbeitslosen in Prozent für die einzelnen Altersgruppen, die Tabak konsumieren (Raucherquote), sportlich inaktiv sind und riskanten Alkoholkonsum (nach AUDIT-C) betreiben. Quelle: Kroll u. a. 2016, S. 234; Datenbasis: GEDA 2010 und 2012; nachgedruckt und bearbeitet mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Lars Eric Kroll, Stephan Müters, Thomas Lampert, 2015. 61

Tab. 20: Rentenzugang: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI nach Geschlecht und Alter, Berichtsjahr 2016. Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Datenbasis: Statistisches Berichtswesen 2017; Darstellung verändert. 65

Tab. 21: Belastung der Hauptpflegepersonen nach Geschlecht, vorliegender Pflegebedürftigkeit (Demenz und Pflegestufe) und Erwerbstätigkeit. Pflegereport 2016, WidO. Quelle: Jacobs, K; Kuhlmey, A.; Greß, S; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hg.): Pflege-Report 2016. 1. Auflage Stuttgart: Schattauer, S. 196. 73

Tab. 22: Überwiegender Lebensunterhalt der 55- bis unter 65-Jährigen nach Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2015 (in Tausend und Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a; Sonderauswertung zu Tabelle 15; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 82

Tab. 23: Erwerbstatus der 55- bis unter 65-Jährigen nach Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2015 (in Tausend und Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a; Sonderauswertung zu Tabelle 16; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 83

Tab. 24: Erwerbsbeteiligung der 55- bis unter 65-Jährigen nach Wirtschaftsbereich, Geschlecht und Migrationsstatus (in Tausend und Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a; Sonderauswertung zu Tabelle 16; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 84

Tab. 25: Erwerbsbeteiligung der 55- bis unter 65-Jährigen nach Stellung im Beruf, Geschlecht und Migrationsstatus (in Tausend und Prozent).Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a; Sonderauswertung zu Tabelle 16; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 85

Tab. 26: Anteil geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse an allen abhängigen Beschäftigungsverhältnissen (ohne Beamte) der jeweiligen Gruppe 2015 nach Geschlecht und Region in Prozent. Quelle: nach Bäcker u. a. 2017, S. 51–52 auf Basis von Daten der Bundesagentur für Arbeit zur Sonderauswertung der Beschäftigtenstatistik sowie eigenen Berechnungen von Bäcker u. a. 2017, S. 51–52. 91

Tab. 27: Engagement in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre im Zeitverlauf, in Prozent. Quelle: Vogel, Hagen u. a. 2017, S. 99; Datenbasis: FWS 1999, 2004, 2009, 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); eigene Darstellung. 111

Tab. 28: Anteile freiwillig Engagierter nach soziodemografischen Merkmalen in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre in Prozent im Jahr 2014. Quelle: Simonson u. a. 2017a; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de; eigene Darstellung. 112

Tab. 29: Angaben der freiwillig Engagierten zu den Motiven für ihr Engagement 2014, nach Altersgruppe, Anteil: »Stimme voll und ganz zu« und »stimme eher zu« in Prozent. Quelle: Müller u. a. 2017, S. 427 und 430; Datenbasis: FWS 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); eigene Darstellung. 114
Tab. 30: Politische Partizipation in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre im Jahr 2014 nach Geschlecht, in Prozent. Quelle: Simonson u. a. 2017b, Tabelle 6-1 bis 6-4; Datenbasis: FWS 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); eigene Darstellung. 115
Tab. 31: Politische Partizipation in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre im Jahr 2014 nach Bildungsstand, in Prozent. Quelle: Simonson u. a. 2017b, Tabelle 6-1 bis 6-4; Datenbasis: FWS 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); eigene Darstellung. 116
Tab. 32: Weiterbildungsbeteiligung der 55- bis 64-Jährigen nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in 2014, in Prozent der Altersgruppe, Mehrfachnennungen waren möglich. Quelle: Statistisches Bundesamt 2017j, S. 33; Darstellung verändert. 117
Tab. 33: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2016 nach Altersgruppe in Prozent. Quelle: ARD-Mediadaten 2016; Datenbasis: ma 2016 Radio II; Darstellung verändert. 119
Tab. 34: Konfessionszugehörigkeit der 50- bis 64-Jährigen im Jahr 2014, in Prozent. Quelle: Vogel und Hameister 2017, S. 240; Datenbasis: FWS 2014; Lizenz CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de); Darstellung verändert. 119
Tab. 35: Nutzung des Internets und durchschnittliche tägliche Nutzungsdauer in Stunden sowie genutzte Geräte (Nutzerinnen und Nutzer in Prozent der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: Initiative D21 e. V. und Kantar TNS 2016, S. 12, 13, 58, 60; Datenbasis: D21-Digital-Index, Initiative D21 e. V., Kantar TNS 2016; eigene Darstellung. 121
Tab. 36: Gründe der Internetnutzung in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre im Jahr 2014, in Prozent. Quelle: Tesch-Römer u. a. 2016, S. 4; Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert. 121
Tab. 37: Regelmäßige Nutzung (d. h. ein- oder mehrmals die Woche) von Messaging-Diensten und sozialen Netzwerken in Prozent. Quelle: Initiative D21 e. V. und Kantar TNS 2016, S. 15; Datenbasis: D21-Digital-Index, Initiative D21 e. V., Kantar TNS 2016; Darstellung verändert. 122
Tab. 38: Spartennutzung im Fernsehprogramm in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 2014 in Prozent. Quelle: Media Perspektiven 2015, S. 71; Datenbasis: AGF in Zusammenarbeit mit GfK, TV-Scope, Fernsehpanel (D+EU). SWR Medienforschung/Programmstrategie sowie eigene Berechnungen der Media Perspektiven Basisdaten; Darstellung verändert. 122
Tab. 39: Radiohören, Nutzungsdauer in Minuten/Tag nach Altersgruppen. Quelle: Media Perspektiven 2015, S. 78; Datenbasis: Media-Analyse; Darstellung verändert. 123
Tab. 40: Reichweite von Presseerzeugnissen 2017 in Prozent nach Altersgruppen. Quelle: agma mmc 2017; Darstellung verändert. 123
Tab. 41: Sportliche Betätigung nach Alter und Häufigkeit 2014 in Prozent der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre nach Region und Geschlecht. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 9-1; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 124

Tab. 42: Sportliche Aktivität der Altersgruppe 45 bis 64 nach Bildung und Geschlecht in Prozent der Altersgruppe im Jahr 2012. Quelle: RKI 2014b, S. 3; Datenbasis: GEDA 2012; Darstellung verändert. 125
Tab. 43: Körperliche Aktivität der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre nach Bildung und Geschlecht in Prozent der Altersgruppe im Jahr 2012. Quelle: RKI 2014c, S. 3; Datenbasis: GEDA 2012; Darstellung verändert. 126
Tab. 44: Anteil der 50- bis 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner nach Ländern in Prozent der jeweiligen Gesamtbevölkerung, 2014. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; für die komplette Darstellung vgl. Tabelle 85 im Anhang, S. 181. 139
Tab. 45: Anteil der 50- bis 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner nach Siedlungsraumtypen in Prozent der jeweiligen Gesamtbevölkerung, 2014. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017. 139
Tab. 46: Monatliche Wohnkosten in Prozent des Haushaltsnettoeinkommens in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 19-3; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 141
Tab. 47: Bewertung der Wohnsituation. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 1996, 2014. 142
Tab. 48: Zugang zur Wohnung in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre in Prozent, 2014. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014. 143
Tab. 49: Zustimmung der 55- bis 69-Jährigen zur Aussage »Es sind genug Einkaufsmöglichkeiten vorhanden« nach Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008, 2014. 145
Tab. 50: Zustimmung zur Aussage »Meine Wohngegend ist gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen« nach Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008, 2014. 145
Tab. 51: Zustimmung zur Aussage »In dieser Gegend fehlt es an Ärzten und Apotheken« nach Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008, 2014. 146
Tab. 52: Kenntnis seniorenspezifischer Dienstleistungen in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre, 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 20-3; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 147
Tab. 53: Nutzung seniorenspezifischer Dienstleistungen in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre nach Region und Geschlecht, 2014. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 20-3; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 147

Tab. 54: Personen, die sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher fühlen in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre in Prozent. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 20-2 Datenbasis: DEAS 2008, 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 148
Tab. 55: Zustimmung zur Aussage »Meine Wohngegend wird durch Lärm beeinträchtigt« nach Region und Geschlecht in den Jahren 2008 und 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008, 2014. 149
Tab. 56: Binnenwanderungssaldo je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Altersgruppe 50 bis unter 65 Jahren 2014 in Ländern. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; Darstellung verändert. 150
Tab. 57: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Raumordnungsregionen mit höchster und niedrigster Arztdichte sowie in Wanderungsregionen im Jahr 2014. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; eigene Darstellung. 151
Tab. 58: Anzahl der Pflegeheimplätze je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Raumordnungsregionen im Jahr 2013. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; eigene Darstellung. 152
Tab. 59: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe 55 bis unter 65 Jahre im Jahr 2015 nach erweiterter Staatsangehörigkeit und Herkunftsregion (in Tausend sowie Anteil an allen Personen der Altersgruppe mit Migrationshintergrund in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, S. 63, Tabelle 21; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert; eigene Berechnungen. 163
Tab. 60: Bevölkerung im Alter von 55 bis unter 65 Jahren 2015 nach beruflichem Bildungsabschluss, Geschlecht und Migrationshintergrund. Quelle: Statistisches Bundesamt 2016b, S. 80; Datenbasis: Mikrozensus 2015; Darstellung verändert. 164
Tab. 61: Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen der 55- bis 69-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2014, in Prozent. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 7-2; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 165
Tab. 62: Diagnosefälle der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2015, 55- bis unter 65-Jährige, nach Geschlecht. Quelle: Statistisches Bundesamt 2016d, 2016e; eigene Berechnung und Darstellung. 165/166
Tab. 63: Gelenkverschleiß (Arthrose) der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014. 166
Tab. 64: Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (Arthritis oder Rheuma) nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014. 167

Tab. 65: Osteoporose nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014. 167
Tab. 66: Diabetes, hohe Blutzuckerwerte nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014. 168
Tab. 67: Bluthochdruck nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014. 168
Tab. 68: Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Leukämie) nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014. 169
Tab. 69: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz (Fallzahlen und Raten je 100.000 Einwohner), 2013. Quelle: GEKID 2016; Darstellung verändert. 169/170
Tab. 70: Erkrankungs- und Sterberisiko an Krebs gesamt in Deutschland, nach Alter und Geschlecht, ICD 10 C00 – C97, ohne C44, 2012. Quelle: RKI 2015b, S. 24. 170
Tab. 71: Seelische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose) nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014. 171
Tab. 72: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis, nach Grad der Behinderung und Region, 2015 (absolut und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 15.06.2017, Darstellung verändert. 171/172
Tab. 73: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis, nach Geschlecht und Nationalität 2015 (absolut und in Prozent). Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 15.06.2017, Darstellung verändert. 172
Tab. 74: Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2015, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 15.06.2017, Darstellung verändert. 173
Tab. 75: Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkearten in den letzten 30 Tagen in Prozent, Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Quelle: Piontek, Gomes de Matos u. a. 2016a, S. 5; Datenbasis: ESA 2015. 173/174
Tab. 76: Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinwerte) nach Region, Geschlecht und Alter, 2014 in Prozent. Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2014. 174

Tab. 77: Mittelwerte (95%-Konfidenzintervalle) der durchschnittlich pro Tag konsumierten Portionen von Obst, Gemüse und Säften der erwachsenen deutschen Bevölkerung (DEGS1), nach Geschlecht und Altersgruppen (N = 7.010). Quelle: Mensink, Truthmann u. a. 2013, S. 782; Datenbasis: DEGS1 2008–2011; nachgedruckt und im Layout angepasst mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature, Bundesgesund-heitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, G. B. M. Mensink, J. Truthmann, M. Rabenberg u. a. 2013. 175

Tab. 78: Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe (Bundesgebiet). Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2016, zitiert nach www.gbe-bund.de. Abrufdatum 21.06.2017, Darstellung verändert. 176

Tab. 79: Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht, Altersgruppe 45 Jahre und älter, 2016. Quelle: nach BMAS und BAuA 2017: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2016, Download von www.baua.de/suga, S. 113. 176

Tab. 80: Rentenzugang: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI, Diagnosegrundgruppen, Geschlecht, Alter bei Rentenbeginn 55–59 und 60+, Berichtsjahr 2016. Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Datenbasis: Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017; Datenbasis: Statistisches Berichtswesen 2017; eigene Berechnungen; Darstellung verändert. 177

Tab. 81: Pflegeleistende im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 Jahren und durchschnittlicher Umfang der Pflege, Anteile in Prozent. Quelle: Geyer und Schulz 2014, S. 299; Datenbasis: SOEPv29, gewichtet; Berechnungen des DIW. 178

Tab. 82: Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen (55 bis unter 65 Jahre) von 2001 bis 2015. Quellen: © Statistik der Bundesagentur für Arbeit, verschiedene Jahre nach a Bundesagentur für Arbeit 2017b, Tabelle 2.5.1; b Bäcker u. a. 2010, S. 30; c Deutscher Bundestag 2017, S. 2–3; d Bundesagentur für Arbeit 2008, Tabelle 2.12; e Bundesagentur für Arbeit 2010, Tabelle 2.2.9; f Bundesagentur für Arbeit 2013a, Tabelle 2.2.9; g Bundesagentur für Arbeit 2015d, Tabelle 2.2.9; h Bundesagentur für Arbeit 2016f, Tabelle 2.2.9; i Bundesagentur für Arbeit 2013b, S. 35; j Bundesagentur für Arbeit 2015a, S. 35; k Bundesagentur für Arbeit 2017c, S. 37; eigene Darstellung. 179

Tab. 83: Erwerbstätige erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II) insgesamt und 55 Jahre und älter nach Strukturmerkmalen im Oktober 2016. Quelle: © Statistik der Bundesagentur für Arbeit nach Bundesagentur für Arbeit 2017e, Tabelle 5. 180

Tab. 84: Entwicklung der Regelaltersgrenze. Quelle: §235 SGB XI Regelaltersrente. 181

Tab. 85: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppe und Ländern in Prozent der jeweiligen Gesamtbevölkerung, 2014. Quelle und Datenbasis: INKAR 2017, BBSR Bonn 2017; Darstellung verändert. 181

10.8 Abbildungszeichnis

Abb. 1: Subjektive Gesundheit nach Altersgruppen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014, in Prozent, gewichtet. Quelle: Spuling, Wurm u. a. 2017, S. 163; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; Lizenz: CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de. 33

Abb. 2: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (»mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«) bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe. Quelle: Lampert u. a. 2016, S. 6; Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012. 35

Abb. 3: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen nach Geschlecht und Jahr in Prozent. Quelle: Mahne u.a. 2017b, Tabelle A 8-1; Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014; Lizenz: CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; eigene Darstellung. 36

Abb. 4: Gesundheitlich bedingte Einschränkungen im Alltag bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe. Quelle: Lampert u. a. 2016, S. 7; Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012. 36

Abb. 5: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz der 55- bis 64-Jährigen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, 2003 bis 2013. Krebs gesamt (ohne sonstige Tumoren der Haut inkl. nicht-invasive Harnblasentumoren). Quelle: GEKID 2016; eigene Berechnung und Darstellung. 42

Abb. 6: Anteile der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen, nach Alter, in den Jahren 2002, 2008 und 2014, in Prozent. Quelle: Wolff und Tesch-Römer 2017, S. 180; Datenbasis: DEAS 2002, 2008 und 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de. 43

Abb. 7: Anteil der schwerbehinderten Menschen an der jeweiligen Bevölkerung am Jahresende 2015 in Prozent, nach Alter und Geschlecht. Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017g, S. 6; Datenbasis: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015, Bevölkerungsfortschreibung am 31.12.2015 auf Grundlage des Zensus 2011. 45

Abb. 8: Menge an reinem Alkohol in Standardgetränken. Quelle: Lange u. a. 2016, S. 16; Darstellung leicht verändert; Lizenz: CC BY 4.0, http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de. 52

Abb. 9: Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen 2016. Quelle: nach BMAS und BAuA (2017): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2016. Download von www.baua.de/suga. 63

Abb. 10: Verteilung der Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht 2013. Quelle: Barmer GEK 2015, S. 198; Datenbasis: SOEP v30. 70

Abb. 11: Anteil pflegender Angehöriger nach Alter und Geschlecht. Quelle: Wetzstein u. a. 2015, S. 3; Datenbasis: GEDA 2012. 70

Abb. 12: Anteile der Frauen und Männer, die Unterstützung leisten, nach Altersgruppe, 2014, gewichtet. Quelle: Nowossadeck u. a. 2016, S. 11; Datenbasis: DEAS 2014. 71

Abb. 13: Prävalenz ausgewählter Gesundheitsindikatoren; pflegende Angehörige (mindestens zwei Stunden täglich) im Vergleich zu nicht-pflegenden Personen. Quelle: Wetzstein u. a. 2015, S. 6; Datenbasis: GEDA 2012. 75

Abb. 14: Erwerbstätigkeit der pflegenden Angehörigen nach Alter, Nennungen unter 5 % nicht aufgeführt. Quelle: Bestmann u. a. 2014, S. 14; Datenbasis: WINEG 2014. 77

Abb. 15: Erwerbstätigenquoten nach Altersgruppen 1991 bis 2015 (Erwerbstätige in Prozent der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017b, Abbildung abbIV15 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus. 87

Abb. 16: Erwerbstätigenquoten nach Geschlecht und Altersgruppe 2005 und 2015 (Erwerbstätige in Prozent der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe). Quelle: © Statistisches Bundesamt 2016b, S. 359; Datenbasis: Mikrozensus 2015; eigene Darstellung. 88

Abb. 17: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Voll- und Teilzeit (nach Altersjahren und in Prozent der Bevölkerung, Stand 2015). Quelle: Bäcker u. a. 2017, S. 36; Datenbasis: Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigungsstatistik; Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsfortschreibung. 90

Abb. 18: Anzahl der älteren Arbeitslosen insgesamt und Anteil älterer Arbeitsloser (55 bis unter 65 Jahre) an allen Arbeitslosen 2001 bis 2016. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017e, Abbildung abbIV77 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf. 94

Abb. 19: Arbeitslosenquoten der 55- bis unter 65-Jährigen in den zwölf Städten und Kreisen mit den höchsten Quoten in Ost- und Westdeutschland, Dezember 2015. Quelle: © Statistik der Bundesagentur für Arbeit nach Bundesagentur für Arbeit 2016e, S. 5; Bundesagentur für Arbeit 2015c, Tabelle 3.1.9; eigene Darstellung. 97/98

Abb. 20: Nichterwerbspersonen, die in den vorvergangenen drei Jahren ihre Erwerbstätigkeit beendet haben, nach Grund für die Beendigung, 2015, nach Geschlecht, nach Altersgruppen (in Tausend). Quelle: © GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Mikrozensus; eigene Darstellung. 99

Abb. 21: Durchschnittliches Zugangsalter in Altersrenten 1993 bis 2015 nach Geschlecht in Deutschland. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017f, Abbildung abbVIII11 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b. 101

Abb. 22: Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten 1993 bis 2015 nach Geschlecht in Deutschland. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017g, Abbildung abbVIII11b unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b. 101

Abb. 23 Versicherungsstatus vor Altersrentenbezug 2015 (Versicherungsstatus am 31.12.2014 nach Region und Geschlecht (in Prozent). Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bäcker u. a. 2017, S. 82; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016c, S. 77–79. 102

Abb. 24: Zugänge von Alters- und Erwerbsminderungsrenten in Tausend und Anteile von Erwerbsminderungsrenten in Prozent der Gesamtzugänge. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017h, Abbildung abbVIII10a unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b. 104

Abb. 25: Durchschnittliche Rentenhöhen im Rentenbestand nach Rentenart und Geschlecht 2015. Zahlbeträge in Euro/Monat, neue und alte Länder, am Jahresende. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017i, Abbildung abbVIII29_30 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b. 105

Abb. 26: Entwicklung des Netto-Rentenniveaus vor Steuern 1990 bis 2010. Höhe der Netto-Standardrente vor Steuern (45 Versicherungsjahre) in Prozent des durchschnittlichen Jahresentgelts. Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation 2017j, Abbildung abbVIII37 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: Daten bis 2008: Deutsche Rentenversicherung Bund 2012; Daten ab 2008: BMAS 2016b. 106
Abb. 27: Sportliche Aktivität 1996, 2002, 2008 und 2014, nach Jahren und Altersgruppen, in Prozent. Quelle: Spuling, Ziegelmann u. a. 2017, S. 150; Lizenz: CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de; Darstellung verändert. 125
Abb. 28: Wegestrecken, Wegedauer und Anzahl der Wege/Tag nach Alter, 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 75; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 127
Abb. 29: Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl nach Alter, 2002 und 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 171; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 128
Abb. 30: Wegezwecke in Prozent nach Alter 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 76; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 129
Abb. 31: Wegezwecke in Prozent nach Alter und Geschlecht 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 76; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 130
Abb. 32: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmittel in Prozent nach Alter 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 77; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 131
Abb. 33: PKW-Führerscheinbesitz nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2002 und 2008 in Prozent. Quelle: BMVBS 2010, S. 71; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 132
Abb. 34: MIV-Anteile an Wegen nach Geschlecht und Alter in 2008 in Prozent. Quelle: BMVBS 2010, S. 94; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 133
Abb. 35: ÖPV- und NMIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 104; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 134
Abb. 36: Fahrrad-Nutzung nach Alterskohorten (Personen ab 14 Jahren) in 2002 und 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 106; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 135
Abb. 37: Fahrradhelm-Gebrauch nach Alter in 2008. Quelle: BMVBS 2010, S. 107; Datenbasis: MiD 2008, infas, DLR. 136
Abb. 38: Anteile Kinderloser (Alter 42 bis 65 Jahre), nach Geschlecht und Bildung im Jahr 2014, in Prozent. Quelle: Mahne und Huxhold 2017, S. 222; Datenbasis: DEAS 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de. 182
Abb. 39: Materielle und instrumentelle Unterstützung von 55- bis 69-Jährigen an ihre Eltern, Kinder und Enkel im Jahr 1996 und 2014. Quelle: Klaus und Mahne 2017, S. 252; Datenbasis: DEAS 1996, 2014; CC BY 2.5, http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de. 182
Abb. 40: Selbsteinschätzung der Gesundheit bei 18- bis 79-Jährigen. Quelle: RKI 2015a, S. 32; Datenbasis: DEGS1 2008–2011. 183

Abb. 41: 12-Monats-Prävalenz chronischer Rückenschmerzen nach Sozialstatus, Alter und Geschlecht. Quelle: Kuntz u. a. 2017, S. 787; Datenbasis: GEDA 2009, 2010 und 2012; nachgedruckt und im Layout angepasst mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Benjamin Kuntz, Jens Hoebel, Judith Fuchs u. a. 2017. 184
Abb. 42: Prävalenz riskanten Alkoholkonsums nach Alter (inklusive 95 %-Konfidenzintervall). Quelle: Lange u. a. 2016, S. 10; Datenbasis: DEGS 1 2008–2011; Darstellung verändert; Lizenz: CC BY 4.0, http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de. 184
Abb. 43: Gesetzlich verankerte Früherkennungsuntersuchungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss 2015. Quelle: RKI 2015a, S. 257. 185
Abb. 44: Vergleich der Influenza-Impfquoten in den neuen und alten Ländern (jemals mindestens eine Impfdosis gegen Influenza). Quelle: RKI 2015a, S. 250; Datenbasis: DEGS 1 2008–2011. 186
Abb. 45: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit im Altersgang. Quelle: Kroll u. a. 2016, S. 232; Datenbasis: GEDA 2010, 2012; nachgedruckt und im Layout angepasst mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Lars Eric Kroll, Stephan Müters, Thomas Lampert, 2015. 186
Abb. 46: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer ärztlich diagnostizierten Depression. Quelle: Kroll u. a. 2016, S. 233; Datenbasis: GEDA 2010, 2012; nachgedruckt und im Layout angepasst mit Genehmigung von Rights Link Permissions Springer Costumer Service Centre GmbH: Springer Nature, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Lars Eric Kroll, Stephan Müters, Thomas Lampert, 2015. 187
Abb. 47: Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren, 1998 und 2010, in Prozent. Quelle: BMG 2011, S. 31; Datenbasis: TNS Infratest Sozialforschung 2010: Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. 187
Abb. 48: Überschneidung von Grundsicherungsbedarf und Rente bei sinkendem Rentenniveau nach Entgeltposition und Beitragsjahren 2009 bis 2045. Quelle: Berechnungen des Instituts Arbeit und Qualifikation 2017k, Abbildung abbVIII54 unter www.sozialpolitik-aktuell.de; Datenbasis: BMAS 2016. 188

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden zum Beispiel Kampagnen zur Aids-Prävention, Organ- und Gewebespende, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung« versteht sich, ebenso wie die themenspezische Reihe »Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung«, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.