
Die Hochaltrigen II

Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter ab 80 Jahren

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



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, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. 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 themenspezifische 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.

Die Hochaltrigen II

Expertise zur Lebenslage von Menschen
im Alter ab 80 Jahren

Ludwig Amrhein, Katrin Falk,
Kerstin Kammerer und Birgit Wolter

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://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 53

Die Hochaltrigen II – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter ab 80 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.

Projektleitung

Susanne Möthe-Gundlack

E-Mail: susanne.moethe-gundlack@bzga.de

Autorinnen und Autoren

Ludwig Amrhein, Katrin Falk, Kerstin Kammerer und Birgit Wolter

Lektorat: aHa-Texte, Köln

Satz: KLAUSSNER Medien Service GmbH, Köln

Druck: Dieses Medium wurde klimaneutral gedruckt.

Warlich Druck Meckenheim GmbH, Am Hambuch 5, 53340 Meckenheim

Erscheinungsjahr: 2023

Auflage: 1.2.07.23

ISBN: 978-3-96896-040-1

Band 53 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 50819 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.

Artikelnummer: 60640053

» Vorwort

Was früher die Ausnahme war, könnte künftig die Regel sein: Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter von über 80 oder sogar 90 Jahren. In den vergangenen rund 130 Jahren hat sich die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland mehr als verdoppelt und wird wahrscheinlich auch künftig weiter steigen: Beträgt sie bei Geburt derzeit für Männer 78,6 Jahre und für Frauen 83,4 Jahre¹, sind für das Geburtsjahr 2060 weitere drei bis acht Lebensjahre prognostiziert². Für die hochaltrigen Menschen in Deutschland, um die es in der vorliegenden Expertise geht, bedeutet das, nach Eintritt in den Ruhestand im Durchschnitt noch 20 Jahre leben zu können. Diese gewonnenen Lebensjahre bei größtmöglicher Lebensqualität verbringen zu können, ist ein wichtiges gesellschaftliches Ziel. Da Gesundheit eine entscheidende Voraussetzung für Selbstständigkeit und aktive Teilhabe am sozialen Leben darstellt, spielen Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Rolle in einer älter werdenden Bevölkerung. Gesundheit ist daher von hoher individueller und gesellschaftlicher Bedeutung.

Die Gruppe der älteren Menschen ist äußerst heterogen. Das gilt für die jeweiligen Voraussetzungen und Biografien ebenso wie für die damit einhergehenden Chancen und Risiken für Gesundheit. Die unterschiedlichen Lebenswelten, Lebensphasen und Vulnerabilitäten sowie auch die Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken der Menschen zu berücksichtigen, ist deshalb eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von wirksamen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention. Diese setzen im Idealfall bereits im Kindesalter an und begleiten den Menschen durch alle Lebensphasen hindurch. Doch auch Angebote, die erst im Alter wahrgenommen werden, wirken sich noch positiv auf die Gesundheit und Selbstständigkeit aus.

Um einen Überblick über die vielfältigen Lebenslagen älterer Menschen in Deutschland zu erhalten, hat die BZgA das Institut für Gerontologische Forschung e.V. mit der Erarbeitung von drei Expertisen beauftragt: Neben der Expertise »Die jungen Alten« mit Blick auf die Gruppe der 55- bis 65-Jährigen und der Expertise »Alte Menschen«, die sich den 65- bis 80-Jährigen widmet, gibt die vorliegende, vollständig überarbeitete Expertise »Die Hochaltrigen« einen Einblick in die sozioökonomische Situation, soziale Beziehungen und die gesundheitliche Lage der über 80-Jährigen in Deutschland. Betrachtet werden darüber hinaus die Bereiche Freizeit und Ehrenamt, Wohnformen und Pflege. Diese zweite Auflage berücksichtigt außerdem die aktuellen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie und deren Einfluss auf Lebenslage der Hochaltrigen vor allem in Bezug auf familiäre und außerfamiliäre Beziehungen, jegliche Form der Aktivität und natürlich in der Pflegebedürftigkeit. So entsteht ein umfassendes Bild der vielfältigen Lebenslagen hochaltriger Menschen.

Prof. Dr. Martin Dietrich

Direktor (kom.) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

1 <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12621-0002&zeitscheiben=16&sachmerkmal=ALT577&sachschluessel=ALTVOLL000,ALTVOLL020,ALTVOLL040,ALTVOLL060,ALTVOLL065,ALTVOLL080#abreadcrumb>

2 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/aktualisierung-bevoelkerungsvorausberechnung.html?nn=238640>

Inhalt

» Vorwort	3
» 01 Einleitung	8
» 02 Sozioökonomische Situation im Überblick	14
02.1 Alter und Geschlecht	14
02.2 Migrationshintergrund	16
02.3 Schulische und berufliche Bildung	19
02.4 Einkommen, Vermögen und Armutsgefährdung	21
02.5 Einkommensveränderungen in der COVID-19-Pandemie	45
02.6 Fazit	46

» 03 Soziale Beziehungen	48
03.1 Lebensformen und Haushalte	49
03.2 Partnerschaft	51
03.3 Familien- und Generationenbeziehungen	53
03.4 Soziale Netzwerke und außerfamiliäre Beziehungen	57
03.5 Einsamkeit und soziale Exklusion	59
03.6 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie	61
03.7 Fazit	63
» 04 Gesundheit	65
04.1 Subjektive Gesundheit und funktionale Einschränkungen	66
04.2 Häufige körperliche Erkrankungen	71
04.3 Psychische Erkrankungen	88
04.4 Unfälle	94
04.5 Lebenserwartung und Sterblichkeit	96
04.6 Gesundheitsverhalten und Risiken	101
04.7 Prävention	107
04.8 Heil- und Hilfsmittel	112
04.9 Gesundheitsversorgung und Rehabilitation	115
04.10 Gesundheitskosten	123
04.11 Versorgung am Lebensende	124
04.12 Fazit	127

» 05 Pflege und Pflegebeziehungen 129

05.1 Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Überblick	130
05.2 Pflegebedürftige in Privathaushalten	139
05.3 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen	146
05.4 Pflegende Angehörige	151
05.5 Gewalt in der Pflege	153
05.6 Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen	157
05.7 Digitalisierung in der Pflege	159
05.8 Kosten der Pflege	160
05.9 Pflege in der COVID-19-Pandemie	162
05.10 Fazit	164

» 06 Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe 167

06.1 Lebenszufriedenheit und Altersbilder	168
06.2 (Pflicht-)Freie Zeit: Aktivitäten, Unterhaltung, Kultur	170
06.3 Mediennutzung	173
06.4 Zivilgesellschaftliches Engagement und politische Partizipation	178
06.5 Mobilität	181
06.6 Fazit	188

» 07 Wohnen 190

07.1 Regionale Verteilung: Wo wohnen die alten Menschen?	191
07.2 Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten	194
07.3 Altersgerechtes Wohnen und Wohnformen im Alter	197
07.4 Wohnumfeld	203
07.5 Wohnmobilität und Umzüge	206
07.6 Fazit	208

» 08 Fazit 210

» 09 Anhang 215

09.1 Tabellen	215
09.2 Abbildungen	240
09.3 Abkürzungsverzeichnis	261
09.4 Glossar Datenquellen	264
09.5 Literaturverzeichnis	270
09.6 Tabellenverzeichnis	302
09.7 Abbildungsverzeichnis	312

01

» Einleitung

Die Gruppe der Hochaltrigen, deren Lebenslagen in der vorliegenden Expertise vorgestellt werden, umfasste im Jahr 2020 rund 5,9 Millionen Menschen. Weit über die Hälfte von ihnen gehörte zu der vergleichsweise jungen Gruppe der 80- bis 85-Jährigen, über ein Viertel war zwischen 85 und 90 Jahren, rund jede oder jeder Siebte älter als 90 Jahre. Das hohe Alter war und ist weiblich – rund 60 % der über 80-Jährigen waren 2020 Frauen, mehrheitlich verwitwet.

Der 80. Geburtstag stellt symbolisch für die meisten Menschen den Beginn der Hochaltrigkeit dar, eine Lebensphase, in der für viele die eigene Sterblichkeit näher rückt, während andere noch zehn oder gar zwanzig Lebensjahren entgegensehen. Gemeinsam ist den meisten ab 80-Jährigen,

dass sie bereits von nahestehenden Menschen Abschied nehmen mussten, von den eigenen Eltern, häufig dem Ehemann oder der Ehefrau, von Freundinnen, Freunden und Bekannten und teilweise auch schon von ihren Kindern. Auch körperliche Einschränkungen sind in diesem Alter weit verbreitet, zugleich erreichen alte Menschen in sehr unterschiedlicher körperlicher und geistiger Verfassung die Hochaltrigkeit. Während die einen aktiv und bei guter Gesundheit sind, leiden andere unter chronischen Krankheiten und müssen ihren Alltag mit Einschränkungen bewältigen.

Die Menschen, die 80 Jahre alt und älter sind, blicken auf ein langes und wechselvolles Leben zurück. Diejenigen, die 2020 ihren 80. Geburtstag feierten, wurden 1940 geboren (vgl. Tab. 1 auf Seite 9).

Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge

Jahrgang	1933	1939	1945	1949	1961	1968	1989	2008	2020
	Jahre								
1940	–	–	5	9	21	28	49	68	80
1939	–	–	6	10	22	29	50	69	81
1938	–	1	7	11	23	30	51	70	82
1937	–	2	8	12	24	31	52	71	83
1936	–	3	9	13	25	32	53	72	84
1935	–	4	10	14	26	33	54	73	85
1934	–	5	11	15	27	34	55	74	86
1933	–	6	12	16	28	35	56	75	87
1932	1	7	13	17	29	36	57	76	88
1931	2	8	14	18	30	37	58	77	89
1930	3	9	15	19	31	38	59	78	90
1929	4	10	16	20	32	39	60	79	91
1928	5	11	17	21	33	40	61	80	92
1927	6	12	18	22	34	41	62	81	93
1926	7	13	19	23	35	42	63	82	94
1925	8	14	20	24	36	43	64	83	95
1924	9	15	21	25	37	44	65	84	96
1923	10	16	22	26	38	45	66	85	97
1922	11	17	23	27	39	46	67	86	98
1921	12	18	24	28	40	47	68	87	99
1920 und früher	13+	19+	25+	29+	41+	48+	69+	88+	100+

» Tab. 1: Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge in den Jahren 1919 (Weimarer Republik), 1933 (nationalsozialistische Macht-ergreifung), 1939 (Beginn des Zweiten Weltkriegs), 1945 (Ende des Zweiten Weltkriegs), 1949 (Gründung der BRD und der DDR), 1961 (Mauerbau), 1968 (Studentenbewegung), 1989 (Mauerfall), 2008 (Wirtschaftskrise) und im Bezugsjahr 2020; + bedeutet »und älter«; eigene Berechnung und Darstellung.

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund ist in dieser Altersgruppe recht gering. Viele der ab 80-jährigen Migrantinnen und Migranten sind in südeuropäischen Ländern oder in der ehe-

maligen Sowjetunion geboren und kamen meist in den 1960er Jahren nach Deutschland.

Je nach verwendeter Datenquelle und berücksichtigter Altersgruppe betrachten wir in der

Expertise überwiegend Menschen, die ihre Kindheit und Jugend während des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkriegs verbracht haben. Ihnen wurden Bildung und Werte in fragilen und autoritären Systemen vermittelt, ihre Kindheit und Adoleszenz waren häufig belastet von existenziellen Nöten, Tod und Gewalt. Viele der ab 80-Jährigen haben als Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene Zerstörung und Krieg erfahren und den Tod von Angehörigen betrauert. Sie wurden in Kindheit und Jugend extremen, teils existenziell bedrohlichen Belastungen ausgesetzt, die nur selten aufgearbeitet wurden und bis in das hohe Alter Einstellungen und Wahrnehmungen prägen, die bei manchen gerade im Alter wieder virulent werden. Kriegstraumata und Schweigen über das Erlebte prägten die Nachkriegsjahre dieser Generation über lange Zeit, teils bis in die Gegenwart.

Nach dem zweiten Weltkrieg fanden sich die Überlebenden in den unterschiedlichen politischen Systemen der BRD und DDR wieder. Nach Zeiten der Entbehrung wollten sie Versäumtes nachholen; Vergnügen, Konsum und Wohlstand, aber auch Sicherheit hatten einen hohen Stellenwert. Auch das Ziel, eine neue, gerechtere Gesellschaft aufzubauen, wurde mit Hoffnung und Enthusiasmus verfolgt. Diese Zeit war für die meisten durch eine zunehmende Verbesserung der Lebensumstände gekennzeichnet. Die betrachtete Altersgruppe setzte unterbrochene Bildungswege fort, ergriff einen Beruf und gründete zumeist eine Familie.

Die materiellen Lebensbedingungen entwickelten sich nach dem zweiten Weltkrieg in den beiden Teilen Deutschlands sehr unterschiedlich: Der Lebensstandard verbesserte sich in der Bundesrepublik deutlich rascher als in der DDR. Vor allem in den 1950er Jahren stiegen Einkommen und Vermögen im Zuge des »Wirtschaftswunders« in

der BRD stark an. Der Mauerbau manifestierte die Teilung der deutschen Gesellschaft und die Zugehörigkeit zu den jeweiligen politischen Systemen. Dabei wurden auch die gesellschaftlichen Rollen von Frauen und Männern unterschiedlich angelegt: Zwar fand die Gleichberechtigung von Frauen und Männern bedingt durch das Engagement der »Mütter des Grundgesetzes« Eingang ins Grundgesetz der BRD, doch änderte dies zunächst wenig an überkommenen, wenngleich während des zweiten Weltkriegs aufgebrochenen Geschlechterrollen. Die Hausfrauenehe bildete das verbreitete Familienmodell. Sie führte nicht nur zu einer unmittelbaren ökonomischen Abhängigkeit der Ehefrau vom Ehemann, sondern barg (und birgt) für die Frauen ein hohes Risiko der Altersarmut. Erst nach und nach manifestierte sich in der BRD die Gleichstellung der Frau in Gesetzesänderungen, wie der Ehe- und Scheidungsrechtsreform in den 1970er Jahren, die allerdings nur langsam Einfluss auf das Alltagsleben nahmen.

In der DDR wurde die rechtliche Gleichberechtigung zügiger vollzogen. Ab den 1970er Jahren waren auch (Ehe-)Frauen zunehmend erwerbstätig; eine Tatsache, die sich in den heutigen Renten niederschlägt. Zugleich übernahmen Frauen weiterhin den größten Teil der (unbezahlten) Familienarbeit, woraus entsprechende Mehrfachbelastungen resultierten.

Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung und den u. a. durch die Kriegsfolgen bedingten Arbeits- und Fachkräftemangel verbesserten sich die Bildungs- und Aufstiegschancen in beiden Teilen Deutschlands und schafften zunächst eine größere gesellschaftliche Durchlässigkeit, die sich – ebenfalls in beiden Systemen – nach und nach wieder zu schließen begann.

Der Bedarf an Arbeitskräften führte in den 1960er und 1970er Jahren in beiden deutschen Staaten dazu, dass Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus anderen Ländern angeworben wurden. Nach Westdeutschland migrierten im Zuge des Anwerbeabkommens und des Familiennachzugs vor allem Menschen aus südeuropäischen Ländern, in der DDR wurden größtenteils osteuropäische und außereuropäische Arbeitskräfte angeworben. Obgleich die volle gesellschaftliche Teilhabe der Arbeitsmigrantinnen und -migranten damals politisch nicht gewünscht war und ihnen lange verwehrt blieb, ließ sich ein Teil von ihnen dauerhaft in Deutschland nieder. Einige von ihnen gehören zu der hier betrachteten Altersgruppe.

Politische und wirtschaftliche Ereignisse wie die Studentenproteste in den 1960er Jahren, die Frauenbewegung in Westdeutschland bzw. der Prager Frühling, die Ölkrise in den 1970er Jahren, wirtschaftliche Probleme, politische Unzufriedenheit oder Ende der 1980er Jahren die Montagsdemonstrationen in Ostdeutschland erlebten die im Jahr 2020 ab 80-Jährigen im fortgeschrittenen Erwachsenenalter.

Die friedliche Revolution und die Wiedervereinigung stellten, fast dreißig Jahre nach dem Mauerbau, einen erneuten, tiefgreifenden gesellschaftlichen Umbruch dar, allerdings vorwiegend für die Menschen in Ostdeutschland. Neue Freiheiten und Möglichkeiten standen verlorenen Selbstverständlichkeiten und Sicherheiten gegenüber. Diejenigen, die berufstätig waren, erlebten große Verwerfungen ihrer Arbeitssituation. Teilweise bereits am Ende des Erwerbslebens stehend, waren sie mit Arbeitslosigkeit, Statusverlust und/oder mit Frühverrentung konfrontiert. Dies ging nicht nur mit einem Verlust von Sicherheit und finanziellen Ungleichheiten einher, sondern berührte häufig auch Identität

und Lebensgefühl grundlegend: Die Generation der heute Hochaltrigen erlebte mit dem Beitritt der DDR zur BRD erneut einen grundlegenden Wechsel des politischen und ökonomischen Systems, in dessen Zuge zentrale gesellschaftliche Werte und Normen in Frage gestellt wurden. Soziale Ungleichheiten, die aus diesem Systemwechsel resultierten, wirken sich bis in die Gegenwart von 2020 und danach aus und lassen sich in verschiedenen Erhebungen nachweisen.

Dagegen veränderten technische Entwicklungen, das Internet und die damit einhergehende Digitalisierung langsam und zunächst für viele ältere Menschen nicht absehbar, aber doch umfassend viele Bereiche des Lebens. Inwiefern diese heute aus Beruf und Alltag nicht mehr wegzudenkenden Entwicklungen für die Hochaltrigen von Bedeutung sind und inwieweit sie daran teilhaben, ist eines der vielen Themen dieser Expertise.

Seit Anfang 2020 war es die COVID-19-Pandemie, die das gesellschaftliche Leben stark beeinflusste und mit Risiken und Herausforderungen verbunden war und auch im Jahr 2022 weiterhin ist. Das höhere Risiko der ab 80-Jährigen, schwer zu erkranken oder zu versterben, sowie die Auswirkungen der Eindämmungsmaßnahmen wie Kontaktbeschränkungen, waren und sind Herausforderungen für die psychische und physische Gesundheit. Auch damit befassen wir uns in der vorliegenden Expertise.

Zunächst stellen wir Umfang, Zusammensetzung und sozioökonomische Situation der Hochaltrigen dar (Kapitel 2 auf Seite 14). Wir führen aus, wie viele Männer und Frauen im Jahr 2020 80 Jahre oder älter waren, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund es in der Altersgruppe gab, und über welche schulische und berufliche Bildung die ab 80-Jährigen verfügten. Betrachtet werden auch die soziale Lage und die materiellen Ressourcen

sowie die Verbreitung von Armut und Armutsgefährdung. Die sozialen Beziehungen sind das Thema des 3. Kapitels auf Seite 48 das sich nicht nur mit familiären und freundschaftlichen Netzwerken befasst, sondern auch Einsamkeit als Risikofaktor besonders für verwitwete alte Menschen diskutiert. Großen Raum nimmt die Darstellung der gesundheitlichen Lage der über 80-Jährigen im 4. Kapitel auf Seite 65 ein, in dem vielfältige Aspekte von Gesundheit, Krankheit und Sterben im sehr hohen Lebensalter beschrieben werden. Pflegebedürftigkeit ist ein Thema, das viele ab 80-Jährige betrifft. Kapitel 5 auf Seite 129 geht deshalb ausführlich auf die Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen sowie unterschiedliche Pflegearrangements ein. Behandelt werden zudem die Themen Gewalt in der Pflege, Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen, Digitalisierung in der Pflege sowie Kosten der Pflege. Trotz abnehmender Gesundheit lebt ein großer Teil der sehr alten Menschen ein aktives Leben, pflegt Hobbies oder engagiert sich gesellschaftlich. Der Zugang zu Informationen und vor allem die individuelle Mobilität sind wichtige Voraussetzungen für Teilhabe im Alter. Mit diesen Themen befasst sich Kapitel 6 auf Seite 167. Das Altwerden in der eigenen Häuslichkeit ist von hoher Bedeutung für die meisten Menschen, und viele Hochaltrige verbringen einen großen Teil des Tages in ihrer Wohnung. Die Bedingungen, unter denen sie im hohen Alter wohnen, sind daher we-

sentlich für Selbstbestimmung und Lebensqualität und werden in Kapitel 7 auf Seite 190 vorgestellt. Soweit bereits belastbare Daten zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie vorliegen, werden diese in den jeweiligen Kapiteln berichtet.

Die Expertise hat zum Ziel, die Lebenslage der ab 80-Jährigen so differenziert wie möglich abzubilden und ein Bild von der Vielfalt der Hochaltrigkeit zu zeichnen. Ressourcen und Potenziale für ein gutes Leben im hohen Alter werden dargestellt, Risikofaktoren, die zu Einsamkeit und Gebrechlichkeit führen können, werden benannt. Hierbei zeigen sich zahlreiche Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten hochaltriger Menschen.

Für die Expertise wurden ausschließlich öffentlich zugängliche, aktuelle Datenquellen sekundär ausgewertet. Die Datenlage zur Altersgruppe 80+ ist häufig überschaubar und lückenhaft, die Altersspannen sind in den unterschiedlichen Quellen uneinheitlich.¹ Insbesondere zu Menschen über 85 Jahren und solchen, die in Pflegeheimen leben, sowie der ebenfalls wachsenden Gruppe hochaltriger Menschen mit Migrationshintergrund, finden sich nur wenige Daten. Auch das Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt im Alter ist wenig erforscht. In Erhebungen wird meist nach Männern und Frauen unterschieden; geschlechtliche Vielfalt bildet sich in den vorhandenen Daten hingegen in der Regel nicht ab.

Methodisch ist anzumerken, dass sich viele der herangezogenen Statistiken bei der Hochrechnung von Ergebnissen auf die Gesamtbevölkerung auf die Fortschreibung der Ergebnisse des Zensus 2011 stützen. Mit dem wegen der COVID-19-Pandemie von 2020 auf 2021 verschobenen Zensus sind aktuelle Daten zu erwarten, die in der vorliegenden Expertise noch keine Berücksichtigung finden konnten.

Die vorliegende Expertise gibt trotz der teilweise heterogenen Datenlage einen umfänglichen Einblick in die vielfältigen und sich im Zeitverlauf verändernden Lebenslagen der ab 80-jährigen Menschen in Deutschland. Gegenüber der ersten Auflage aus dem Jahr 2015 wird die Digitalisierung und Nutzung digitaler Medien dank der verbesserten Datenlage ausführlicher dargestellt. Ein weiteres bedeutsames Thema dieser Expertise sind die Folgen der COVID-19-Pandemie für die hochaltrige Bevölkerung, die sich auf fast alle Lebensbereiche ausgewirkt haben. Beide Aspekte wurden querschnittartig im Rahmen der berichteten Lebenslagedimensionen – sozioökonomische Situation, soziale Beziehungen, Gesundheit, Pflege, Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe sowie Wohnen – behandelt.

Um der Vielfalt der Lebenslagen der Hochaltrigen gerecht zu werden, sollten deren Lebenssituationen bei künftigen Erhebungen und Auswertungen von Daten wie auch bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt Berücksichtigung finden.

1 Die Datenlage erfordert es, Quellen aus verschiedenen Jahrgängen zu verwenden. Um ein umfassendes Bild der über 80-Jährigen zu vermitteln, werden überwiegend Datenquellen aus den Jahren 2014 bis 2021 herangezogen; sofern es im Einzelfall erforderlich war, auch ältere. Die Sichtung der wesentlichen Quellen zeigt, dass die Auswahl der Altersstufen zwischen den einzelnen Quellen, zum Teil auch innerhalb der Quellen, variiert. Häufig stellen Auswertungen pauschal die Altersgruppe 65+, 75+ oder 80+ dar, manche Erhebungen betrachten hingegen 75- bis 85-Jährige. Auch wenn die Daten sich nicht exakt auf unsere Altersgruppe beziehen, werden sie in der Expertise vorgestellt, falls keine anderen Daten zugänglich waren. Im Text wird die jeweils untersuchte Altersgruppe benannt. Ziel ist es, ein möglichst umfassendes Bild zu vermitteln (vgl. auch Glossar Datenquellen auf Seite 264).

02

» Sozioökonomische Situation im Überblick

Dieses Kapitel wirft ein Schlaglicht auf die Demografie und die sozioökonomische Situation der hochaltrigen Menschen in Deutschland. Beleuchtet wird die Heterogenität der Altersgruppe entlang demografischer Aspekte wie Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungsabschlüssen. Dem folgen Daten zur Wahrnehmung und Ausprägung von Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie der Verteilung von Armutsrisiken bei den ab 80-Jährigen in Deutschland.

» 02.1 Alter und Geschlecht

Rund 5,9 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner (EW) Deutschlands waren Ende des Jahres 2020 laut Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes² 80 Jahre und älter (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021p, eigene Berechnungen). Dies entspricht einem Anteil von 7,1 % der Gesamtbevölkerung von rund 83,2 Millionen. 2011 hatte der Anteil der ab 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung noch bei 5,3 % gelegen (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021e, S. 10). Zum Jahresende 2020 war mit fast 3,5 Millionen Personen über die Hälfte der ab 80-Jährigen unter 85 Jahre alt. Dies entsprach 4,1 % der Gesamtbevölkerung. Der

² Vgl. Glossar (Kapitel 9.4). Trotz eines »erheblichen« Rückgangs der erfassten Wanderungsbewegungen zu Beginn der COVID-19-Pandemie, mutmaßlich infolge teilweise »eingeschränkter Zugänge zu den Meldebehörden« (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021m, S. 5), wird angenommen, dass dieser Effekt nur vorübergehend auftrat und »die Ergebnisse zum Jahresende bzw. für das komplette Jahr 2020 nicht beeinträchtigt und die ermittelten Zahlen aussagekräftig« (ebd.) sind.

Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht (2020)

Alter	Geschlecht					
	Gesamt		Männer		Frauen	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
80 bis unter 85 Jahre	3.430.502	100	1.432.318	41,8	1.998.184	58,2
85 bis unter 90 Jahre	1.662.241	100	615.608	37,0	1.046.633	63,0
90 +	843.691	100	235.269	27,9	608.422	72,1
80 +	5.936.434	100	2.283.195	38,5	3.653.239	61,5

» Tab. 2: Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr in Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht am 31.12.2020 (absolut und in %); Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021d; Datenbasis: Zensus 2011, Bevölkerungsfortschreibung, eigene Berechnungen und Darstellung.

Altersgruppe der 85- bis unter 90-Jährigen gehörten rund 1,7 Millionen Personen an. Sie stellten 28,0 % der ab 80-Jährigen und 2,0 % der Gesamtbevölkerung. Im Alter von 90 Jahren und mehr waren laut Bevölkerungsfortschreibung 843.691 Personen oder 14,2 %, d. h. etwa jede oder jeder siebte ab 80-Jährige und 1 % der Gesamtbevölkerung hatten ein Alter von 90 Jahren oder mehr erreicht. Der Anteil der ab 80-jährigen Männer³ an der männlichen Gesamtbevölkerung lag Ende 2020 bei 5,6 %, der Anteil der Frauen an der weiblichen Gesamtbevölkerung bei 8,7 %.

Unterschiede in der Lebenserwartung und Sterblichkeit (vgl. Kapitel 4.5 auf Seite 96) zwischen den Geschlechtern führen dazu, dass der Anteil der Frauen gegenüber dem Anteil der Männer in den höheren Altersgruppen zunimmt. Ende des Jahres 2020 lag der Anteil der ab 80-jährigen Männer bei 38,5 % (2,3 Millionen), der Anteil der Frauen bei 61,5 % (3,7 Millionen) (zur Geschlechtszuordnung

vgl. Fußnote 3 auf Seite 15). Bei den 80- bis unter 85-Jährigen lag der Anteil der Frauen bei 58,2 %, bei den 85- bis unter 90-Jährigen bei 63 %, bei den ab 90-Jährigen bei 72,1 % und bei den ab 95-Jährigen bei 79,7 % (vgl. Tab. 2 auf Seite 15).

Die spezifischen Lebenssituationen von Frauen bilden damit einen wichtigen Aspekt der Lebenslagen im hohen Alter. Dies wird auch als »Feminisierung des Alters« bezeichnet (vgl. Tews 1993, S. 15–43). Zusätzlich ist die Kohorte der gegenwärtig ab 90-Jährigen noch von der hohen Zahl an Todesfällen unter Männern im Zweiten Weltkrieg gezeichnet. Diese demografischen Auswirkungen des Krieges vermindern sich jedoch im Zeitverlauf. So ist der Anteil der Männer an der Altersgruppe ab 80 Jahren von 27 % im Jahr 2000 über 34 % im Jahr 2011 (Statistisches Bundesamt & WZB 2013, S. 15) bis auf 38 % Ende 2019 gestiegen (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021c).

³ Hier und im Folgenden werden amtliche Geschlechtszuordnungen übernommen. Zu beachten ist, dass diese zu einem gewissen Prozentsatz sowohl in den Ausgangserhebungen als auch in den hochgerechneten Daten der Selbstzuordnung einzelner Personen widersprechen werden. Im Qualitätsbericht des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsfortschreibung heißt es hierzu: »Das Merkmal Geschlecht kann Fälle mit der Ausprägung »unbestimmt« bzw. ab dem Berichtsjahr 2019 »divers« beinhalten. Diese werden nicht gesondert fortgeschrieben, sondern durch ein definiertes Umschlüsselungsverfahren auf männlich und weiblich verteilt. Ein Nachweis des Geschlechts »divers« ist derzeit nicht möglich, da die in den Personenstandregistern erfassten Änderungen des Geschlechts an die Statistik nicht gemeldet werden.« (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021m, S. 6)

» 02.2 Migrationshintergrund

Als grundlegendes Charakteristikum der Gruppe der hochaltrigen Menschen mit Migrationshintergrund kann – neben der zumeist vorhandenen Gemeinsamkeit »der Verlagerung des Lebensmittelpunktes in ein anderes Land« (Baykara-Krumme & Vogel 2018, S. 1) – die Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe gelten (vgl. ebd.). Dies betrifft z. B. Aspekte wie Herkunftsregionen, die Rahmenbedingungen der Migration und Integration, Aufenthaltsdauer, Bleibeperspektive, sozioökonomische Lage, rechtlicher Status oder gesundheitliche Situation (vgl. ebd., S. 3–4).

Das Statistische Bundesamt definiert in seinen Erhebungen zum Mikrozensus⁴ »Migrationshintergrund« wie folgt: »Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt.« Laut Statistischem Bundesamt umfasst die Definition folgende Personengruppen: »1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer/innen, 2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, 3. (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler, 4. Personen, die die

deutsche Staatsangehörigkeit durch Adoption durch einen deutschen Elternteil erhalten haben, 5. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Kinder der vier zuvor genannten Gruppen« (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020a, S. 4).⁵

Laut der Daten aus dem Mikrozensus 2019 lag der Anteil von Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr mit Migrationshintergrund bei 8,7 % der Altersgruppe (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020a, S. 70; eigene Berechnungen). In der Gesamtbevölkerung hatte demgegenüber etwa jede vierte Person (26,0 %) einen Migrationshintergrund (vgl. ebd., S. 68; eigene Berechnungen).⁶ Nach diesen Daten⁷ wiesen im Jahr 2019 rund 425.000 der ab 80-Jährigen einen Migrationshintergrund auf (vgl. Tab. 3 auf Seite 17): Von den 80- bis unter 85-Jährigen hatten rund 261.000 Personen (ca. 124.000 Männer, ca. 137.000 Frauen) einen Migrationshintergrund, bei den 85- bis unter 90-Jährigen waren es fast 117.000 (ca. 49.000 Männer, ca. 67.000 Frauen), bei den 90- bis unter 95-Jährigen rund 39.000 (ca. 14.000 Männer, ca. 25.000 Frauen) und bei den ab 95-Jährigen etwa 8.000 Personen (ca. 3.000 Männer⁸, ca. 5.000 Frauen) (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020a, S. 70, 82, 94; eigene Berechnungen).

4 Vgl. Glossar auf Seite 264.

5 Diese Definition liegt auch den weiteren in dieser Expertise gemachten Ausführungen zu den Lebenslagen alter Menschen mit Migrationshintergrund zugrunde, sofern nichts anderes angemerkt ist. Synonym verwenden wir den Begriff »Migrantinnen/Migranten«. Wo entsprechende Daten nicht vorliegen, greifen wir im Folgenden vereinzelt auf die Kategorie »Personen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit« bzw. »Ausländerinnen/Ausländer« zurück. Beide Begriffe beziehen sich auf Personen, die dauerhaft in Deutschland leben, aber nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

6 Indem die Definition des Migrationshintergrundes sich auf die Staatsangehörigkeit bezieht und Personen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit qua Definition ein Migrationshintergrund zugeschrieben wird, unabhängig davon, wie lange sie in Deutschland leben, hängt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund auch von der Ausgestaltung des Staatsangehörigkeitsrechts und der Einbürgerungspraxis ab.

7 Zu beachten ist, dass sich die Daten aus der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011 (vgl. z. B. Tab. 2 auf Seite 15) von den Daten aus dem Mikrozensus 2019 (vgl. z. B. Tab. 3 auf Seite 17) unterscheiden (vgl. Erläuterungen zu beiden Datenquellen im Glossar auf Seite 264).

8 Bei den Männern sind die Zahlenwerte als nicht sicher ausgewiesen.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund (2019)

Alter	Menschen mit Migrationshintergrund	Bevölkerung insgesamt	Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund
80 bis unter 85 Jahre	261.000	3.029.000	8,6 %
85 bis unter 90 Jahre	117.000	1.288.000	9,1 %
90 +	47.000	566.000	8,3 %
80 +	425.000	4.883.000	8,7 %

» Tab. 3: Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr in Deutschland nach Altersgruppen, mit Migrationshintergrund und insgesamt (in Tausend) im Jahr 2019 sowie Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe (in %); Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020a, S. 70, 82, 94; Datenbasis: Mikrozensus 2019; eigene Berechnungen und Darstellung.

Die meisten der Älteren sind selbst migriert, d. h. außerhalb von Deutschland geboren, leben jedoch bereits seit Jahrzehnten im Land: Rund 266.000 Personen, d. h. etwa 62,6 % der ab 80-Jährigen mit Migrationshintergrund, hatten laut der Ergebnisse des Mikrozensus 2019 bereits seit 30 Jahren und mehr ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland; für weitere 103.000 (24,2 %) traf dies seit 15 bis 30 Jahren zu.⁹ Demzufolge lebten 2019 insgesamt rund 369.000 (86,8 %) der ab 80-Jährigen mit Migrationshintergrund seit mindestens 15 Jahren in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020a, S. 70). Etwa ein Fünftel (85.000 bzw. 20,6 %) waren Deutsche durch Einbürgerung (ebd.).

Mehr als zwei Fünftel der Hochaltrigen mit Migrationshintergrund, nämlich 184.000 Personen (43,4 %), waren nach Angaben des Mikrozensus für das Jahr 2019 (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020a, S. 70). Sie und ihre Familienangehörigen konnten als »deutsche Volkszugehörige« nach Artikel 116 Grundgesetz bei Übersiedelung nach

Deutschland unmittelbar die deutsche Staatsbürgerschaft beantragen. In den 1980er Jahren war Polen das Hauptherkunftsland der Aussiedlerinnen und Aussiedler, in den 1990er Jahren dominierte der Zuzug aus der UdSSR (Mika 2009, S. 19).

Spezifisch für die Migrationserfahrung dieser Bevölkerungsgruppe ist, dass sie meist generationenübergreifend im Familienverband nach Deutschland migrierte. Daraus resultiert ein vergleichsweise hoher Anteil älterer Menschen – ein beträchtlicher Teil zog im rentennahen Alter mit 55 Jahren und mehr zu. Zudem wanderten auch hochaltrige Personen zu, darunter bereits verwitwete Frauen (Mika 2007). Dieser Umstand trägt zu dem in dieser Gruppe deutlichen Frauenüberhang bei, den Mika (2009, S. 72) mit der im Vergleich zu Deutschland nochmals niedrigeren Lebenserwartung der Männer gegenüber jener der Frauen erklärte. Eine weitere wichtige Einwanderungsgruppe aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion bildeten von 1991 bis einschließlich 2004 die so genannten »jüdischen Kontingentflüchtlinge« (vgl. Belkin 2017).

9 Über geringere Aufenthaltsdauern können mangels sicherer Zahlenwerte keine Angaben gemacht werden.

Bevölkerung nach ausgewählten Herkunftsregionen/-ländern (2019)

Herkunftsregion/Herkunftsland	Männer	Frauen	Gesamt
Region			
Gebiet der ehemaligen Sowjetunion	46.000	75.000	121.000
Gastarbeiteranwerbestaaten	56.000	43.000	105.000
Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens	12.000	10.000	31.000
Naher und Mittlerer Osten	7.000	10.000	23.000
Land			
Polen	29.000	44.000	82.000
Russische Föderation	21.000	34.000	62.000
Rumänien	9.000	19.000	33.000
Türkei	13.000	9.000	29.000
Ukraine	8.000	18.000	29.000
Italien	8.000	/	18.000
Griechenland	6.000	/	10.000
Kasachstan	/	7.000	10.000

» Tab. 4: Menschen mit Migrationshintergrund im Alter ab 80 Jahren nach ausgewählten Herkunftsändern bzw. -gebieten nach Geschlecht im Jahr 2019 (gerundet, absolut); Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020a, S. 70, 74; Datenbasis: Mikrozensus 2019; eigene Berechnung und Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt oder resultieren aus fehlenden Angaben in der Statistik, da Zahlenwert nicht sicher genug (/).

Eine andere Migrationsgeschichte haben jene Migrantinnen und Migranten, die vor allem in den 1960er- und 1970er-Jahren im Zuge der Anwerbeabkommen und des Familiennachzugs aus südeuropäischen Ländern nach Deutschland kamen, hier arbeiteten, Familien gründeten und alt wurden (vgl. Özcan & Seifert 2004). Wer 1961 mit 22 Jahren einreiste, überschritt 2019 die Schwelle zum neunten Lebensjahrzehnt. Auch die DDR warb sogenannte Vertragsarbeiterinnen und -arbeitnehmer an, z. B. aus Vietnam, Mosambik oder Angola.

Tab. 4 auf Seite 18 gibt einen Überblick über die Hauptherkunftsregionen sowie Hauptherkunfts-

länder der ab 80-Jährigen mit Migrationshintergrund im Jahr 2019. Den größten Anteil an der Altersgruppe hatten Personen aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion, gefolgt von Staaten, mit denen Anwerbeabkommen geschlossen worden waren (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020a, S. 70, 74). Aufgrund der demographischen Konstellation in den aktuell mittleren Alterskohorten ist zu erwarten, dass die Zahl und der Anteil der hochaltrigen Bevölkerung Deutschlands, der einen Migrationshintergrund im Sinne der Statistik aufweist, in den kommenden Jahrzehnten wachsen wird.

» 02.3 Schulische und berufliche Bildung

Die Daten des Mikrozensus geben Einblick in die Schul- und Berufsabschlüsse der älteren Menschen. Der weit überwiegende Teil der ab 80-Jährigen hat eine schulische Ausbildung abgeschlossen (vgl. Tab. 5 auf Seite 19); allerdings wies im Jahr 2019 bei den Hochaltrigen mit Migrationshintergrund gut ein Viertel der Männer und etwa ein Drittel der Frauen keinen in Deutschland anerkannten allgemeinen Schulabschluss auf. Hierin spiegelt sich sowohl die damalige sozioökonomische Situation der heute hochbetagten Einwandererinnen und Einwanderer

in ihren Herkunftsländern wider wie auch die auf diese Bevölkerungsgruppe bezogene Politik im Aufnahmeland, die beispielsweise der sogenannten »Gastarbeitergeneration« kaum Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Integration und zur Teilhabe an dem einem wachsenden Anteil der Bevölkerung zugänglichen Bildungsaufstieg einräumte.

Am weitesten verbreitet ist in der Altersgruppe der ab 80-Jährigen der Hauptschulabschluss. Er war im Jahr 2019 der höchste allgemeinbildende Schulabschluss von 61,3 % aller Männer und 70,0 % aller Frauen in dieser Altersgruppe (vgl. Tab. 5 auf Seite 19). In der hochaltrigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund besteht eine größere Polarisierung des Bildungsniveaus: Die Anteile der Hochaltrigen mit Migrationshintergrund, die

Bevölkerung nach Schulabschluss (2019)

80+	Mit Schulabschluss	Darunter mit					Ohne Schulabschluss	Keine Angabe zum Schulabschluss
		Haupt- oder Volkschulabschluss	Polytechnische Oberschule der DDR	Realschulabschluss oder ähnliches	Fachhochschulreife	Abitur		
Gesamt	94,5 %	66,5 %	3,0 %	11,6 %	3,6 %	9,5 %	5,3 %	0,2 %
Männer	95,4 %	61,3 %	2,8 %	10,1 %	6,7 %	14,4 %	4,4 %	/
Frauen	93,8 %	70,0 %	3,1 %	12,6 %	1,6 %	6,3 %	6,0 %	0,2 %
Ohne Migrationshintergrund	97,0 %	69,1 %	3,2 %	11,9 %	3,7 %	9,1 %	2,8 %	0,1 %
Männer	98,0 %	63,7 %	3,0 %	10,3 %	6,9 %	14,0 %	1,9 %	/
Frauen	96,4 %	72,5 %	3,3 %	13,0 %	1,6 %	5,9 %	3,5 %	/
Mit Migrationshintergrund	67,7 %	39,9 %	/	8,7 %	3,3 %	14,6 %	31,6 %	/
Männer	71,4 %	38,6 %	/	9,0 %	4,2 %	18,5 %	27,5 %	/
Frauen	64,7 %	40,9 %	/	8,5 %	2,1 %	11,5 %	34,9 %	/

» Tab. 5: Bevölkerung im Alter ab 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund nach Schulabschluss und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2019; Sonderauswertung Gruppe F2 vom 18.10.2021; eigene Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt oder resultieren aus fehlenden Angaben in der Statistik, da Zahlenwert nicht sicher genug (/).

Bevölkerung nach beruflichem Abschluss (2019)

Jahre	Mit berufsqualifizierendem Abschluss		Darunter			
	65+	80+	Nicht-akademischer Abschluss (Lehre, Meister/Techniker*in, Fachschulabschluss (DDR))		Akademischer Abschluss (Berufsakademie, Fachhochschule, Universität, Promotion)	
			65+	80+	65+	80+
Gesamt	77,8 %	66,9 %	63,5 %	57,3 %	14,2 %	9,5 %
Männer	88,5 %	86,0 %	67,6 %	68,9 %	20,8 %	17,0 %
Frauen	69,1 %	54,4 %	60,2 %	49,7 %	8,8 %	/
Ohne Migrationshintergrund	80,9 %	68,8 %	66,7 %	59,5 %	14,1 %	9,3 %
Männer	92,1 %	88,7 %	70,6 %	71,6 %	21,4 %	17,0 %
Frauen	72,0 %	56,0 %	63,6 %	51,7 %	8,3 %	/
Mit Migrationshintergrund	55,2 %	46,5 %	40,4 %	/	14,7 %	/
Männer	63,9 %	60,8 %	46,7 %	/	16,9 %	/
Frauen	47,4 %	34,9 %	34,6 %	/	12,6 %	/

» Tab. 6: Bevölkerung im Alter ab 65 und ab 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund nach beruflichem Abschluss und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2019; Sonderauswertung Gruppe F2 vom 18.10.2021; eigene Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt oder resultieren aus fehlenden Angaben in der Statistik, da Zahlenwert nicht sicher genug (/).

über Abitur oder die Fachhochschulreife verfügen, lagen bei beiden Geschlechtern über denen der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Ebenso lag der Anteil derjenigen, die über keinen anerkannten Schulabschluss verfügten, in der hochaltrigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich über dem der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Gut zwei Drittel (66,9 %) der Bevölkerung ab 80 Jahren verfügte 2019 über einen berufsqualifizierenden Bildungsabschluss (vgl. Tab. 6 auf Seite 20). Bei 57,3 % der Bevölkerung handelte es sich um einen nicht-akademischen Abschluss; etwa jede zehnte Person ab 80 Jahren (9,5 % der Altersgruppe) wies einen akademischen Abschluss auf. Es zeigen sich jedoch deutliche Bildungsungleichheiten

entlang von Geschlecht und Migrationshintergrund: So lag der Anteil derjenigen mit berufsqualifizierendem Abschluss bei Frauen sowie Personen mit Migrationshintergrund deutlich unter dem Anteil der Männer und der Personen ohne Migrationshintergrund, wobei die Benachteiligungen kumulieren (ebd.). Tab. 6 auf Seite 20 stellt außerdem die Anteile der ab 65-Jährigen mit berufsqualifizierendem Abschluss laut Mikrozensus 2019 dar. Die Zahlen verdeutlichen das in der jüngeren Kohorte sowohl insgesamt als auch mit Blick auf die Kategorien Geschlecht und/oder Migrationshintergrund höhere Berufsbildungsniveau, in dem sich u. a. Effekte der Bildungsexpansion seit den 1950er-Jahren (Bellani u. a. 2021, S. 46 nach BMAS, S. 145) niederschlagen dürften.

» 02.4 Einkommen, Vermögen und Armutsgefährdung

Das einem Individuum zur Verfügung stehende Einkommen und Vermögen kann – ebenso wie das Risiko, von Armut betroffen zu sein – mittelbare und unmittelbare Folgen für Art und Ausmaß gesundheitlicher Belastungen und Ressourcen haben. So sind unterschiedliche berufliche Tätigkeiten nicht nur mit unterschiedlichen Einkommenshöhen, sondern auch je spezifischen körperlichen und/oder psychischen Anforderungsprofilen assoziiert, die im Lebenslauf kumulieren und den Gesundheitszustand noch im hohen Alter beeinflussen können. Das individuell verfügbare Einkommen und Vermögen eröffnet zudem unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten. Diese können z. B. die Auswahl der bevorzugten Wohngegend, die Gestaltung des unmittelbaren Wohnumfeldes (vgl. Kapitel 7 auf Seite 190), die Ernährung (vgl. Kapitel 4.6 auf Seite 101), die Finanzierung von Dienstleistungen und Hilfsmitteln, die über Leistungen der Grundsicherung oder Hilfe zur Pflege nicht abgedeckt sind, (vgl. Kapitel 5.6 auf Seite 157) oder die Möglichkeit zur kulturellen und sozialen Teilhabe (vgl. Kapitel 6 auf Seite 167) betreffen. Im Folgenden stellen wir einige grundlegende Daten zu den Einkommen und Vermögen sowie zu der Armutsgefährdung der hochaltrigen Bevölkerung in Deutschland vor.

Quellen des Lebensunterhalts im Alter

Der Mikrozensus gibt Auskunft über die Quellen des überwiegenden Lebensunterhalts der Bevölkerung in Privathaushalten. Im Jahr 2019 bestritten diesen Daten zufolge 93,9 % der ab 80-Jährigen den eigenen Lebensunterhalt überwiegend aus Renten und Pensionen (vgl. Kapitel 2.4 auf Seite 21). Hochaltrige mit Migrationshintergrund konnten dabei seltener auf Renten und Pensionen als Quelle für den überwiegenden Lebensunterhalt zurückgreifen als Hochaltrige ohne Migrationshintergrund und Frauen seltener als Männer (vgl. Tab. 7 auf Seite 22). In diesen Ungleichheiten spiegeln sich Unterschiede im Zugang zu Bildung wie auch migrations- und geschlechtsbezogene Ungleichheiten am Arbeitsmarkt wider.

Aus den zumeist geringen Gehältern, die viele von ihnen für gesundheitlich häufig stark belastende Tätigkeiten erhalten haben, resultieren niedrige Rentenansprüche. Entsprechend höher sind in diesen Gruppen die Anteile derer, die für ihren überwiegenden Lebensunterhalt auf Leistungen wie Grundsicherung im Alter (vgl. ebd.) oder die Unterstützung durch Angehörige angewiesen sind (vgl. Tab. 7 auf Seite 22). Überwiegend aus Vermögen, Vermietung oder Zinsen bestritt, den Ergebnissen des Mikrozensus 2019 zufolge, etwa eine von hundert hochaltrigen Personen ihren Lebensunterhalt – Männer weitaus häufiger als Frauen (ebd.). Nach Region aufgeschlüsselte Daten liegen dem Autorenteam nicht vor, so dass bestehende regionale Differenzen zwischen Ost- und Westdeutschland hier nicht detailliert dargestellt werden können.

Bevölkerung nach überwiegendem Lebensunterhalt (2019)

	Berufs- tätigkeit	Arbeits- losengeld	Rente, Pension	Vermögen, Vermietung, Zinsen	Unterstützung durch Ange- hörige	Sonstige staatliche Un- terstützung
Gesamt	0,2 %	/	93,9 %	1,2 %	3,7 %	0,8 %
Männer	0,4 %	/	96,8 %	1,6 %	0,3 %	0,8 %
Frauen	/	/	92,0 %	1,0 %	6,0 %	0,9 %
Ohne Migrations- hintergrund	0,2 %	/	94,4 %	1,3 %	3,8 %	0,3 %
Männer	0,5 %	/	97,4 %	1,7 %	/	/
Frauen	/	/	92,4 %	1,1 %	6,1 %	0,3 %
Mit Migrations- hintergrund	/	/	88,9 %	-	3,3 %	6,6 %
Männer	/	/	91,5 %	/	/	5,8 %
Frauen	/	/	86,8 %	/	5,1 %	7,2 %

- = nichts vorhanden; / = keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug

>> Tab. 7: Bevölkerung im Alter ab 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund nach überwiegendem Lebensunterhalt und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2019; Sonderauswertung Gruppe F2 vom 18.10.2021; eigene Darstellung; Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt.

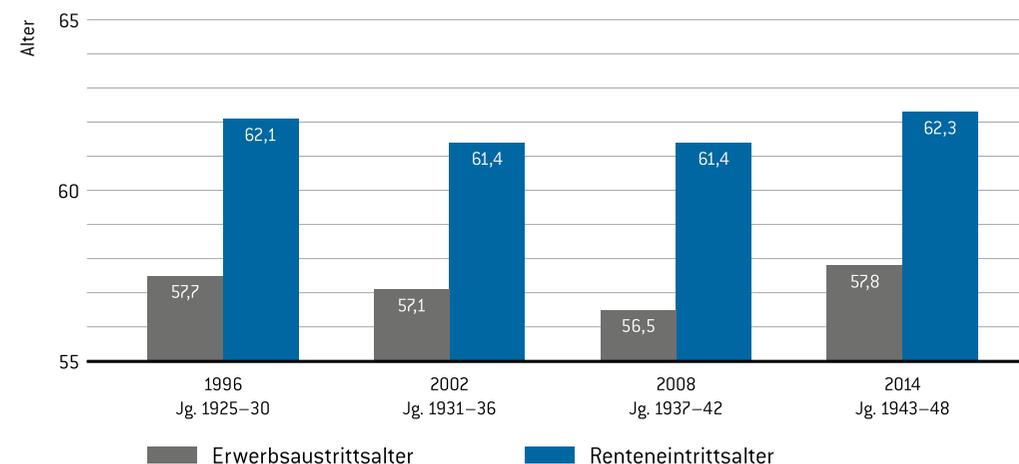
Wege in den Ruhestand

Wie gestaltete sich für die ab 80-Jährigen der Übergang in den Ruhestand? Die Erwerbsbeendigung liegt für die Altersgruppe in der Regel bereits länger zurück; bei einem (seinerzeit) regulären Eintritt in die Rente mit 65 Jahren um mindestens 15 Jahre. Die Daten der DEAS-Erhebungen 1996, 2002 und 2008 zeigen, dass sich das Durchschnittsalter bei Austritt aus dem Erwerbsleben zwischen 1996 und 2008 signifikant vermindert und das Renteneintrittsalter zwischen 2008 und 2014 signifikant erhöht hat (vgl. Abb. 1 auf Seite 23).

Auf Basis der DEAS-Stichprobe 2002 lässt sich für Gesamtdeutschland zeigen, dass von

den zwischen 1917 und 1922 Geborenen noch 92 % der Männer und 63 % der Frauen direkt aus der Erwerbstätigkeit in den Altersrentenbezug wechselten (vgl. DZA 2005, S. 5). Dies traf nur noch auf 75 % der Männer der Jahrgänge 1928 bis 1932 zu, während der Übergang aus Vorruhestand oder Arbeitslosigkeit auf 15 % zunahm (vgl. Abb. 68 auf Seite 240). In der Kohorte 1933 bis 1937 stieg dieser Anteil dann weiter auf 19 %. Bei den Frauen war zunächst ein Anstieg des Übergangs aus der Erwerbstätigkeit – bei Rückgang der Hausfrauentätigkeit – zu beobachten. Diese Entwicklung brach in der Kohorte 1933 bis 1937 ein, in der dann 19 % aus Vorruhestand oder

Durchschnittliches Erwerbsaustritts- und Renteneintrittsalter (1996 bis 2014)



>> Abb. 1: Durchschnittliches Erwerbsaustritts- und Renteneintrittsalter der 66- bis 71-Jährigen mit Rentenbezug in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Jahren); Quelle: Engstler und Romeu Gordo, 2017, S. 69); Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 1996 (n=521 für Erwerbsaustrittsalter, 509 für Renteneintrittsalter), 2002 (n=346 für Erwerbsaustrittsalter, 347 für Renteneintrittsalter), 2008 (n=1.058 für Erwerbsaustrittsalter, 1.060 für Renteneintrittsalter), 2014 (n=827 für Erwerbsaustrittsalter, 830 für Renteneintrittsalter), gewichtet, gerundete Angaben; (p<0,05); Altersrückgänge zwischen 1996 und 2008 und Altersanstiege zwischen 2008 und 2014 sind signifikant; Darstellung verändert.

Arbeitslosigkeit in den Rentenbezug wechselten (ebd.).¹⁰

Beim Blick auf die Situation in Ostdeutschland wird deutlich, dass sich die Übergangswege in die Altersrente der ältesten und der jüngsten von uns betrachteten Geburtsjahrgänge deutlich unterscheiden. Letztere waren von der hohen Arbeitslosigkeit der Nachwendejahre betroffen, die zu einem unfreiwillig frühen Ende der Erwerbsbeteiligung vieler Älterer führte, während für erstere noch das »nahezu universelle Muster des nahtlosen Wechsels

aus der Erwerbstätigkeit in die Altersrente« (Motel-Klingebiel & Engstler 2008, S. 144) galt. In der DDR erlebten 87 % der 1923 bis 1927 geborenen Älteren einen direkten Übergang aus der Erwerbstätigkeit in die Rente, während es in der Geburtskohorte 1933 bis 1937 im östlichen Nachwende-Deutschland nur noch 42 % waren. Hingegen waren 45 % dieser Kohorte vor dem Altersrentenbezug arbeitslos oder im Vorruhestand (ebd.). Erkennbar ist dies auch in der DEAS-Befragung unter den 70- bis 85-Jährigen des Jahres 2008 – den im Jahr

¹⁰ Bei der Interpretation dieser Entwicklung sind – neben der die jüngsten Altersgruppen betreffenden erschwerten Arbeitsmarktlage in Ostdeutschland nach der »Wende« – vor allem die in den 1990er Jahren »intensiv genutzten Regelungen eines vorgezogenen Renteneintritts (so waren Altersrenten für Frauen, wegen Arbeitslosigkeit oder wegen Schwerbehinderung, bereits mit 60 Jahren beziehbar) und parallel dazu die Möglichkeiten eines frühzeitigen Berufsaustritts (Altersteilzeit, »Vorruhestand« mit längerfristigem Bezug von Arbeitslosengeld) zu berücksichtigen« (Bäcker 2012, S. 10).

Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente/Pension (2008)

Region	Geschlecht	Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente/Pension			
		Erwerbstätig inkl. Teilzeit	Arbeitslos	Hausfrau/-mann	Arbeitsunfähig, Sonstiges
Deutschland	M	72,5 %	17,6 %	0,1 %	9,8 %
	W	57,6 %	11,8 %	22,3 %	8,3 %
Westdeutschland (mit West-Berlin)	M	77,1 %	13,0 %	0,1 %	9,7 %
	W	57,2 %	6,9 %	28,1 %	7,8 %
Ostdeutschland (mit Ost-Berlin)	M	52,8 %	37,4 %	0,0 %	9,9 %
	W	59,0 %	28,6 %	2,4 %	10,0 %

>> Tab. 8: Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre nach Geschlecht und Region im Jahr 2008 (in %); Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI: 10.5156/GEROSTAT; Datenbasis: DEAS 2008; Darstellung verändert.

2020 ab 82-Jährigen (vgl. Tab. 8 auf Seite 24).¹¹ Die jüngsten Jahrgänge ostdeutscher Rentnerinnen und Rentner in der hier betrachteten Altersgruppe mussten häufig eine arbeitsmarktbedingte unfreiwillige Verkürzung der Lebensarbeitszeit und damit Abschlüsse bei der Rente hinnehmen: 37,4 % der Männer und 28,6 % der Frauen in Ostdeutschland in der Altersgruppe 70–85 Jahre, im Vergleich zu 13,0 % bzw. 6,9 % in Westdeutschland, wechselten aus Arbeitslosigkeit oder Vorruhestand in den Rentenbezug.

Leistungen aus Alterssicherungssystemen

Auch wenn sich die Einkommen der Hochaltrigen aus unterschiedlichen Quellen speisen, sind der Bezug von Altersrenten sowie auch – insbesondere für Frauen – der Bezug von Hinterbliebenenrenten die zentralen Einkommensquellen.

In Westdeutschland stellen zudem Vermögenswerte, Unterhaltszahlungen und ergänzen-

de erwerbsbasierte Alterssicherungen weitere bedeutsame Säulen der Alterssicherung dar. Zu den letztgenannten zählen beispielsweise die betriebliche Altersvorsorge, die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes sowie die Systeme der Beamtenversorgung und der Alterssicherung der Landwirte.

Personen im Alter von 80 Jahren und mehr, die ihre Rentenanwartschaften in Ostdeutschland bzw. der früheren DDR erworben haben, erhielten 2019 demgegenüber zu vier Fünfteln ausschließlich Altersrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV). Dies traf dies im Jahr 2019 nur für zwei Drittel der hochaltrigen Frauen und etwas über die Hälfte der hochaltrigen Männer mit in Westdeutschland erworbenen Anwartschaften zu (vgl. Tab. 9 auf Seite 25). Während bei den Frauen die Erklärung hierfür darin liegt, dass immerhin 8 % keinerlei Leistungen der Alterssicherung erhielten, hatten 42 % der Männer

Anzahl der Leistungen aus Alterssicherungssystemen (2019)

	Deutschland		Alte Länder		Neue Länder	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Eigene Leistungen						
Keine Leistung	4 %	7 %	4 %	8 %	2 %	2 %
1 Leistung	58 %	71 %	53 %	69 %	78 %	80 %
2 Leistungen	37 %	21 %	42 %	22 %	19 %	18 %
3 Leistungen	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %
Eigene und abgeleitete Leistungen						
Keine Leistung	3 %	5 %	4 %	6 %	2 %	2 %
1 Leistung	54 %	45 %	50 %	44 %	69 %	49 %
2 Leistungen	39 %	37 %	42 %	35 %	26 %	44 %
3 Leistungen	4 %	11 %	4 %	13 %	2 %	5 %
4 u. mehr Leistungen	0 %	2 %	0 %	3 %	0 %	1 %

Alterssicherung in Deutschland 2019 (ASID 2019; Kantar – Public Division)

>> Tab. 9: Anzahl der Leistungen aus Alterssicherungssystemen der ab 65-Jährigen nach Region und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: Heien und Krämer 2021a, S. 51; Datenbasis: Kantar – Public Division: ASID 2019; ergänzende Berechnungen von Heien und Krämer; Darstellung verändert.

mit westdeutscher Erwerbsbiographie Anspruch auf zwei Leistungsarten (vgl. ebd.).¹²

Wird der Erhalt abgeleiteter Leistungen (wie Witwenrenten u. a.) in die Betrachtung einbezogen, so erhöhen sich jeweils die Anteile der Frauen, die in Westdeutschland zwei oder drei Leistungen bezogen (vgl. ebd.). Auch der Anteil der Frauen mit ostdeutscher Erwerbsbiographie, der im Jahr 2019 über zwei Leistungen verfügte, steigt nach dieser Betrachtungsweise an – vornehmlich aufgrund der Witwenrenten (vgl. ebd.). Die Daten sind den Ergebnissen der Wiederholungsbefragung zur »Alterssicherung in Deutsch-

land« (ASID) aus dem Jahr 2019 entnommen (vgl. Glossar auf Seite 264).

Tab. 10 auf Seite 26 weist die durchschnittliche Höhe der jeweiligen Leistungen aus und zeigt, welcher Anteil der 75- bis unter 80-Jährigen und der 80- bis unter 85-Jährigen des Jahres 2019 die jeweilige Leistungsart bezog. Hier werden nur aus eigenen Anwartschaften resultierende Leistungen betrachtet. Abgeleitete Leistungen aus den Anwartschaften verstorbener Ehepartner und -partnerinnen (»Witwen-/Witwerrenten«), die für hochaltrige Frauen eine wichtige, bisweilen zentrale Einkommensquelle darstellen, nimmt Tab. 63 auf Seite 216 in den Blick.

¹¹ Die DEAS-Basisstichprobe 2008 umfasst die Geburtsjahrgänge ab 1923 (bis 1968). Die im Jahr 2008 70-Jährigen sind bzw. wären im Jahr 2021 83 Jahre alt; die im Jahr 2008 85-Jährigen sind bzw. wären 2021 98 Jahre alt.

¹² Grund hierfür ist, dass andere Alterssicherungssysteme als die gesetzliche Rente in Ostdeutschland erst nach dem Beitritt der DDR zur BRD aufgebaut wurden.

Eigene Leistungen aus Alterssicherungssystemen (2019)

Geschlecht	Frauen			Männer		
	Deutschland	Ost-Deutschland mit Ost-Berlin	West-Deutschland mit West-Berlin	Deutschland	Ost-Deutschland mit Ost-Berlin	West-Deutschland mit West-Berlin
Alter	75 - < 85	85 +	75 - < 85	85 +	75 - < 85	85 +
Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) ¹	732	708	1.016	1.016	1.305	1.296
Betriebliche Altersvorsorge	231	154	162	[70]	666	678
Beamtenversorgung ²	2.118	2.203	[1.935]	[3.266]	2.616	2.624
Zusatzversorgung im Öffentlichen Dienst	247	291	96	[274]	417	477
Alterssicherung der Landwirte	302	348	[152]	-	440	456
Berufsständische Versorgung ³	1.519	/	[800]	-	2.136	2.232
Unfallrenten	522	[363]	[470]	[378]	524	559
Private Renten und Leistungen aus Lebensversicherungen (LV)	373	[234]	166	[249]	503	537
Auslandsrenten	226	/	[558]	[186]	278	282
	2	0	1	0	3	1

¹ Nettobetrag nach Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (ohne reine KLG-Leistungen), vor einer evtl. Veranlagung zur Einkommensteuer; ² Netto, nach Ruhestandsbetrag; ³ Nettobetrag nach Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, vor einer evtl. Veranlagung zur Einkommensteuer
 - = nicht besetzt; 0 = besetzt, Wert kleiner 0,5; [...] = Wert statistisch nur schwach gesichert; 9 < n < 30; [...] = Prozentwert statistisch nicht gesichert; n < 10; / = Durchschnittswert statistisch nicht gesichert (n < 10)

>> Tab. 10: Höhe des Nettobetrages und Anteil eigener Leistungen nach Alterssicherungssystem, Geschlecht und Altersgruppe (ohne Heimbewohnerinnen und -bewohner) im Jahr 2019 (in Euro und in %); Quelle: Heien und Krämer 2021a, S. 39-47; dies. 2021b, S. 48 [Tab. 1021], S. 52 [Tab. 1025], S. 58 [Tab. 1031], S. 70 [Tab. 1043], S. 76 [Tab. 1049], S. 82 [Tab. 1055], S. 88 [Tab. 1061], S. 100 [Tab. 1073], S. 106 [Tab. 1079]; dies. 2021c, S. 48 [Tab. 2021], S. 52 [Tab. 2025], S. 58 [Tab. 2031], S. 70 [Tab. 2043], S. 76 [Tab. 2049], S. 82 [Tab. 2055], S. 88 [Tab. 2061], S. 100 [Tab. 2073], S. 106 [Tab. 2079]; dies. 2021d, S. 48 [Tab. 3021], S. 52 [Tab. 3025], S. 58 [Tab. 3031], S. 70 [Tab. 3043], S. 76 [Tab. 3049], S. 82 [Tab. 3055], S. 88 [Tab. 3061], S. 100 [Tab. 3073], S. 106 [Tab. 3079]; Datenbasis: Kantar – Public Division; ASID 2019, ergänzende Berechnungen von Heien und Krämer; eigene Darstellung; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt.

Bezieherinnen und Bezieher von Altersrenten und durchschnittliche Zahlbeträge (2020)

Altersgruppe	Gesamt		Frauen		Männer	
	Anzahl	Durchschnittlicher Zahlbetrag	Anzahl	Durchschnittlicher Zahlbetrag	Anzahl	Durchschnittlicher Zahlbetrag
80 bis 84 Jahre	3.416.884	999,89 €	1.958.079	782,06 €	1.458.805	1.294,42 €
85 bis 89 Jahre	1.685.073	962,40 €	1.041.405	749,81 €	643.668	1.314,32 €
90+	865.911	849,56 €	615.832	693,75 €	250.079	1.334,27 €

>> Tab. 11: Anzahl der Bezieherinnen und Bezieher von Altersrenten und durchschnittliche Zahlbeträge nach Altersgruppe und Geschlecht am 31.12.2020 (absolut und in Euro); Quelle: DRV 2021, S. 148-153; Datenbasis: Statistik der Rentenversicherung; eigene Berechnung und Darstellung.

Riester-Renten griffen für die hier betrachtete Altersgruppe noch nicht und sind daher in keiner der beiden Tabellen nicht aufgeführt.

Während Witwen in Westdeutschland im Jahr 2019 aus unterschiedlichen Sicherungssystemen gespeiste Leistungen erhielten, beruhten die Witwenrenten der ostdeutschen Witwen, wie schon die eigenen Renten, überwiegend auf Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV). Höhere eigene GRV-Renten und damit einhergehende höhere Anrechnungs- und Kürzungsbeträge gingen bei ihnen zulasten der Höhe der Witwenrenten aus der GRV (vgl. Kortmann u. a. 2011, S. 65). Männliche Hinterbliebene bezogen im Jahr 2019 in Westdeutschland zu 48 % (Altersgruppe 75-85 Jahre, Höhe 334 Euro) bzw. zu 46 % (Altersgruppe 85 Jahre und mehr, Höhe 289 Euro) Witwer-Renten aus der GRV (vgl. Tab. 63 auf Seite 216); Anteil und Höhe der Leistungen waren damit im Durchschnitt deutlich höher als noch 2011 (vgl. Amrhein u. a. 2015, S. 26). In den neuen Ländern bezogen wegen der deutlich höheren Frauenerwerbsquote 90 % der 75- bis 84-jährigen Witwer und 84 % der ab 85-jährigen Witwer Witwer-Renten (in Höhe von durchschnittlich 423 Euro bzw. 385 Euro)

(vgl. Tab. 63 auf Seite 216). Auch hier übertrafen Anteil und Höhe der Leistung im Durchschnitt die entsprechenden Werte des Jahres 2011.

Bezug von GRV-Renten

Im Folgenden werfen wir einen genaueren Blick auf das Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Altersrente (Gesetzliche Rentenversicherung – GRV). Insgesamt zahlte die Deutsche Rentenversicherung Bund am 31.12.2020 an rund 5,9 Millionen Personen im Alter von 80 Jahren und mehr Altersrenten nach dem SGB VI (vgl. DRV 2021, S. 148; eigene Berechnungen).

Die individuellen Rentenanwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung werden durch die Löhne und Gehälter aus rentenversicherungspflichtiger Beschäftigung begründet. Für die Berechnung des Rentenanspruchs ist die Höhe des individuell erzielten Einkommens im Vergleich zu den Durchschnittsentgelten aller Versicherten entscheidend – und zwar für den gesamten Verlauf des Versicherungslebens.¹³ Wer lange versicherungspflichtig gearbeitet hat und ein hohes Einkommen zu

13 Zur Rentenberechnung in den alten und neuen Bundesländern siehe www.deutsche-rentenversicherung.de.

erreichen vermochte, erzielt eine höhere Rente als Beschäftigte, die nur wenige Beschäftigungsjahre aufweisen und/oder wenig verdient haben. Soziale Ungleichheiten aus dem Erwerbsleben werden so auch in den Ruhestand übertragen (vgl. Künemund & Schroeter 2008, S. 12). Bemerkbar macht sich hier u. a. die stärkere Verbreitung von Phasen der Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland (vgl. Heien & Krämer 2021a, S. 23 und S. 58). Die große Spreizung bei den Rentenhöhen spiegelt sich nicht in der hier dargestellten Durchschnittsrente wider. Es ist zu beachten, dass der Durchschnittswert zudem gedrückt wird durch die geringen Zahlbeträge jener, die etwa nur zu Beginn ihrer Berufslaufbahn rentenversicherungspflichtig beschäftigt waren, um anschließend in ein Selbstständigen- oder Beamtenverhältnis zu wechseln, und für deren Alterssicherung andere Systeme zuständig sind.

Situation hochaltriger Frauen in der GRV

Erwerbstätigkeit von Frauen war in der Bundesrepublik, und insbesondere in der Kohorte der Älteren unter den hier betrachteten Rentnerinnen, durch kürzere Beschäftigungs- und Versichertenzeiten, Teilzeitarbeit und schlechtere Einkommenspositionen geprägt. Dies schlägt sich in den oben aufgezeigten, beträchtlichen Differenzen der persönlichen Nettoeinkommen nieder. Die durchschnittlichen Zahlbeträge der eigenen Rentenrenten der hier betrachteten Altersgruppe von westdeutschen Frauen liegen so niedrig, dass sich aus diesen allein kein Lebensunterhalt bestreiten ließe (vgl. Tab. 10 auf Seite 26). Die aus den

Rentenanwartschaften verstorbener Ehepartner abgeleiteten Hinterbliebenenrenten sind daher eine zentrale Einkommensquelle für verwitwete westdeutsche Frauen. Die eigenen GRV-Renten der ostdeutschen Frauen liegen deutlich über denen der West-Frauen (vgl. Tab. 10 auf Seite 26) – dies ist einer die bundesrepublikanische um rund 20 % übertreffende Frauenerwerbsquote in der DDR ab den 1970er Jahren (Schäffgen 1998, S. 144) und der geringeren Lohnspreizung zwischen den Geschlechtern dort geschuldet.

Seit 1986 werden Kindererziehungszeiten rentenrechtlich anerkannt. Müttern der Geburtsjahrgänge bis 1921 stehen seit 1987 »Kindererziehungsleistungen« zu. Dabei handelt es sich um eine pauschalisierte Leistung, die nicht in die Rentenberechnung einbezogen und auch nicht auf einkommensabhängige Sozialleistungen, wie die Grundsicherung und das Wohngeld, angerechnet wird. Mütter der Geburtenjahrgänge von 1921 bis 1941, die vor 1992 Kinder geboren haben, bekamen für maximal ein Jahr »Kindererziehungszeit« einen Rentenentgeltpunkt¹⁴ gutgeschrieben. Seit 2014 erhalten Mütter, gegebenenfalls auch Väter, für vor dem Jahr 1992 geborene Kinder ein zweites Jahr Kindererziehungsleistungen (vgl. Sozialpolitik aktuell 2021). Je Kind kam ein Entgeltpunkt hinzu. Auch wurden die Zeiten bei der Berücksichtigung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren berücksichtigt. Die Veränderung betraf »nicht nur die Rentenzugänge, sondern [sic] auch den Rentenbestand« (ebd.). Die auch in den jüngeren Kohorten noch bestehende ausgeprägte geschlechtsbezogene Einkommensungleichheit lässt jedoch erwarten, dass es bis zu einer Angleichung der Einkommen der Frauen an die der Männer noch ein weiter Weg ist.

14 Der Entgeltpunkt entspricht der monatlichen Regelaltersrente für ein Jahr rentenversicherungspflichtiger Beschäftigung mit Durchschnittsentgelt. Mit der Rentenformel wird aus dem aktuellen Rentenwert und den für die gesamte Versicherungsbiographie ermittelten persönlichen Entgeltpunkten die Höhe der individuellen monatlichen Rente ermittelt.

Immobilienbesitz (1996 bis 2014)

		Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
		%			%			%		
1996	40 bis 54 Jahre	62,1	66,1	64,1	37,2	42,9	40,1	56,9	61,3	59,1
	55 bis 69 Jahre	67,3	66,4	66,8	35,6	31,5	33,5	60,7	59,2	59,9
	70 bis 85 Jahre	57,7	45,1	49,6	33,3	26,2	28,5	53,7	41,6	45,9
	Gesamt	63,5	60,8	62,0	36,0	34,5	35,2	58,0	55,5	56,6
2002	40 bis 54 Jahre	57,9	60,6	59,2	48,0	47,7	47,8	55,8	58,0	56,9
	55 bis 69 Jahre	69,2	72,6	70,9	50,3	41,2	45,6	65,4	66,1	65,8
	70 bis 85 Jahre	60,8	53,1	56,1	31,4	21,1	25,0	55,5	46,9	50,3
	Gesamt	62,7	63,0	62,8	46,2	38,9	42,4	59,4	58,1	58,7
2008	40 bis 54 Jahre	66,6	64,8	65,7	56,4	53,9	55,2	64,7	62,8	63,8
	55 bis 69 Jahre	75,2	67,5	71,3	54,9	53,5	54,2	71,4	64,8	68,0
	70 bis 85 Jahre	64,6	60,9	62,5	43,8	39,2	41,1	60,8	56,7	58,4
	Gesamt	69,1	64,7	66,9	53,3	50,0	51,6	66,2	62,0	64,0
2014	40 bis 54 Jahre	64,5	61,2	62,9	53,0	58,0	55,5	62,6	60,7	61,7
	55 bis 69 Jahre	69,8	66,5	68,1	52,5	53,2	52,9	66,6	64,1	65,3
	70 bis 85 Jahre	69,4	61,7	65,2	45,0	37,0	40,5	64,7	56,6	60,2
	Gesamt	67,4	63,1	65,2	50,8	49,9	50,4	64,4	60,7	62,5

Quelle: DEAS 1996 (n = 4.000), 2002 (n = 2.751), 2008 (n = 4.333), 2014 (n = 4.235), gewichtet, gerundete Angaben. Jede Zahl beruht auf Personenzahl n > 30, geringere Fallzahlen von 10 < n ≤ 30 werden mit 0 und von n ≤ 10 mit // gekennzeichnet.

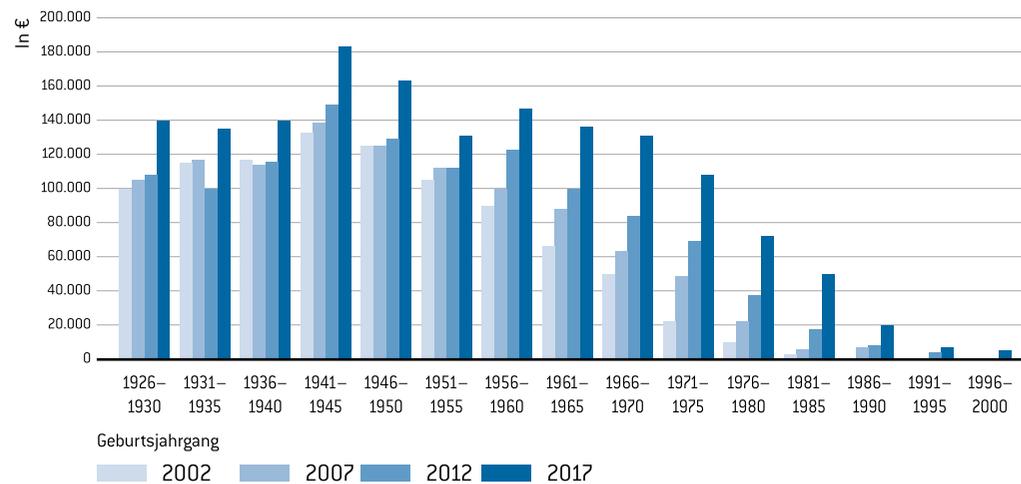
>> Tab. 12: Immobilienbesitz nach Altersgruppen, Region und Geschlecht in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in %); Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tab. A7-1 S. 12; Datenbasis: DEAS 2014; Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Darstellung verändert.

Besitz und Vermögen

Immobilienbesitz gilt als wichtige Säule der finanziellen Alterssicherung, nicht nur als Einkommensquelle aus Vermietung, sondern auch wegen der geringeren Belastung durch Wohnkosten (vgl. Kapitel 7.2 auf Seite 194). Er ist unter Älteren in ländlichen Regionen stark verbreitet, doch fallen deutliche Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland auf. Während nach den Daten des DEAS 2014 nahezu zwei Drittel (65,2 %) der 70- bis

85-Jährigen in Westdeutschland über Wohneigentum verfügten, besaßen in Ostdeutschland nur 40,5 % dieser Altersgruppe eine Immobilie (vgl. Tab. 12 auf Seite 29). In beiden Landesteilen lag der Anteil der Männer mit Immobilienbesitz über dem der Frauen. Mit Blick auf die regionale Ungleichheit ist darüber hinaus zu beachten, dass die durchschnittlichen Nettoimmobilienvermögen der Personen mit Immobilienbesitz in Westdeutschland deutlich über denjenigen in Ostdeutschland lagen (vgl. Bartels und Schröder 2020, S. 744).

Durchschnittliches individuelles Nettovermögen nach Geburtskohorten (2002 bis 2017)



Anmerkungen: Individuelle Nettovermögen der Personen ab 17 Jahren in Privathaushalten, ohne Personen der Flüchtlingssamples M3 bis M5. Ohne den Wert von Kraftfahrzeugen und ohne der Restschuld von Ausbildungskrediten.
Quelle: SOEPv34, mit 0,1 Prozent Top-Coding, eigene Berechnungen.

>> Abb. 2: Durchschnittliche individuelle Nettovermögen nach Geburtskohorten in den Jahren 2002, 2007, 2012 und 2017 (in Tausend €);
Quelle: Grabka und Halbmeier 2019, S. 740; Datenbasis: SOEP; eigene Berechnungen von Grabka und Halbmeier; Darstellung verändert.

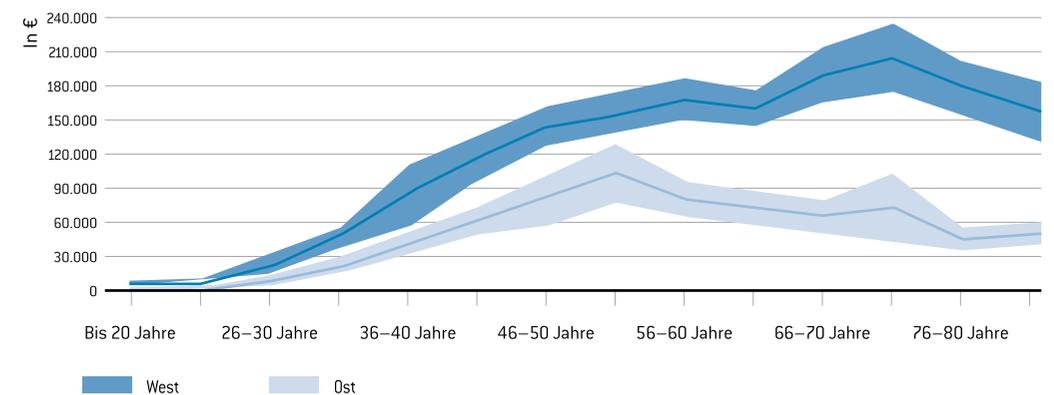
Ältere Daten zu selbst genutztem Wohneigentum in Deutschland deuten darauf hin, dass im Rahmen der Arbeitsmigration zugewanderte alte Menschen seltener über entsprechendes Eigentum verfügten als Menschen ohne Migrationshintergrund (vgl. Klaus & Baykara-Krumme 2017, S. 368).

Insgesamt betrachtet besteht in Deutschland eine auch im internationalen Vergleich hohe Vermögensungleichheit, die sich in den letzten Jahren stabilisiert hat (vgl. Grabka & Halbmeier 2019, S. 736). So besaßen im Jahr 2017 die unteren fünf Dezile¹⁵ der ab 17-jährigen Wohnbevölkerung nur

1,3 Prozent des Nettogesamtvermögens, während umgekehrt das oberste Zehntel der Bevölkerung 56 Prozent des Gesamtvermögens besaß (vgl. ebd., S. 739). Die Autoren weisen darauf hin, dass »eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe wie das SOEP den Bereich sehr hoher Vermögen tendenziell« (ebd., S. 740) untererfasse »und somit das Ausmaß der tatsächlich in Deutschland vorhandenen Vermögensungleichheit« (ebd.) unterschätze. Der von 2012 zu 2017 zu beobachtende nominale Anstieg der Nettovermögen ging insbesondere auf Wertsteigerungen bei Immobilien und Betriebsver-

¹⁵ »Sortiert man die Bevölkerung nach der Höhe des Vermögens und teilt diese in zehn gleich große Gruppen auf, so erhält man Dezile. Das unterste (oberste) Dezil gibt die Vermögenssituation der ärmsten (reichsten) zehn Prozent der Bevölkerung an« (Grabka & Halbmeier 2019, S. 736).

Individuelle Nettovermögen nach Region und Alter (2017)



Anmerkungen: Individuelle Nettovermögen der Personen ab 17 Jahren in Privathaushalten, ohne Personen der Flüchtlingssamples M3 bis M5. Die unterlegte Fläche gibt ein 95-Prozent-Konfidenzintervall an.
Quelle: SOEPv34, mit 0,1 Prozent Top-Coding; eigene Berechnungen.

>> Abb. 3: Durchschnittliche individuelle Nettovermögen nach Region und Altersgruppen im Jahr 2017 (in Tausend €); Quelle: Grabka und Halbmeier (2019), S. 740; Datenbasis: SOEP; eigene Berechnungen von Grabka und Halbmeier; Darstellung verändert.

mögen zurück (vgl. ebd., S. 736). Den stärksten Zuwachs der Nettovermögen verzeichneten die 1966 bis 1970 Geborenen (vgl. ebd., S. 740). Zwar profitierten auch die Vermögen der 1926 bis 1940 Geborenen (mit Vermögen) von der Wertsteigerung; doch ihre durchschnittlichen Vermögen blieben unterhalb derjenigen der 1941 bis 1950 Geborenen (vgl. Abb. 2 auf Seite 30).

Die Vermögensungleichheit ist in allen Altersgruppen stark regional ausgeprägt. So waren – den Ergebnissen des SOEP 2017 zufolge – die durchschnittlichen individuellen Nettovermögen der ab 80-Jährigen in Westdeutschland mehr als doppelt so hoch wie diejenigen der ab 80-jährigen Ostdeutschen (vgl. Abb. 3 auf Seite 31).

Die ausgeprägte regionale Ungleichheit in der Verteilung der Vermögenswerte spiegelt sich auch in den Daten des DEAS wider. Demnach besaßen knapp jeder vierte Mann und rund jede zehnte Frau im Alter von 70 bis 85 Jahren in Westdeutschland im Jahr 2014 Geld- und Sachvermögen im Wert von 100.000 Euro und mehr, während in Ostdeutschland nur jeder zwanzigste Mann und jede fünf- und zwanzigste Frau auf solche Vermögenswerte zurückgreifen konnte (vgl. Tab. 13 auf Seite 32). Bei denjenigen mit geringen oder ohne Vermögen war die Differenz zwar geringer, jedoch auch ausgeprägt. Knapp 58 % der Frauen und 49 % der Männer im Alter von 70 bis 85 Jahren in Ostdeutschland verfügten über eine Vermögensreserve von unter

Verbreitung und Höhe von Geld- und Sachvermögen (2014)

	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet			
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
70 bis 85 Jahre	Kein Vermögen	12,6 %	15,7 %	14,2 %	17,8 %	16,3 %	17,0 %	13,6 %	15,8 %	14,8 %
	Unter 12.500 €	19,1 %	30,2 %	24,9 %	31,8 %	41,6 %	37,2 %	21,5 %	32,6 %	27,4 %
	12.500 € bis unter 100.000 €	45,2 %	42,9 %	44,0 %	45,3 %	38,2 %	41,4 %	45,2 %	41,9 %	43,5 %
	100.000 € und mehr	23,1 %	11,2 %	16,9 %	5,1 %	3,9 %	4,5 %	19,7 %	9,7 %	14,4 %

» Tab. 13: Verbreitung und Höhe von Geld- und Sachvermögen in der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre nach Region und Geschlecht im Jahr 2014 [in %]; Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tab. A7-2, S. 14; Datenbasis: DEAS 2014; Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Darstellung verändert.

12.500 Euro. Für sie werden unvorhergesehen eintretende Kosten, z. B. zur anteiligen Finanzierung privater Unterstützungsleistungen oder von Wohnungsanpassungsmaßnahmen, eine finanzielle Herausforderung darstellen und das gegebenenfalls verfügbare Vermögen entsprechend mindern. In Westdeutschland traf dies im Jahr 2014 auf rund 46 % der Frauen und 32 % der Männer zu.

Der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) der amtlichen Statistik zufolge besaßen Haushalte, deren Haupteinkommensperson im Jahr 2018 80 Jahre und älter war und die Auskunft zur Höhe ihrer Nettogesamtvermögen gaben, in Westdeutschland durchschnittlich ein Vermögen im Wert von 251.800 Euro; der Median lag bei 147.800 Euro (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021g). In Ostdeutschland lagen die entsprechenden Werte mit durchschnittlich 91.100 Euro und einem Median von 33.400 Euro deutlich darunter (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021h). Damit betrug das durchschnittliche Nettogesamtvermögen eines hochaltrigen Haushaltes in Ostdeutschland im Jahr 2018 nur ein gutes Drittel (36 %) des Vermögens

eines entsprechenden Haushaltes in Westdeutschland. Vergleicht man den Median, um »Ausreißer« nach oben oder unten außer Acht zu lassen, so machte das durchschnittliche Gesamtvermögen der ostdeutschen Hochaltrigen nicht einmal ein Viertel der entsprechenden Vermögen der westdeutschen Hochaltrigen aus.

Die große Ungleichheit bei den Vermögenswerten schlägt sich in einer beträchtlichen Ungleichheit der Erbschaften und Schenkungen nieder – denn nur wer Vermögen besitzt, kann es vererben oder verschenken. Baresel u. a. zeigten anhand von Befragungsdaten aus dem SOEP aus dem Jahr 2017, dass fast die Hälfte aller Erbschaften und Schenkungen in Deutschland im Zeitraum von 2002 bis 2017 an nur zehn Prozent der Begünstigten ging (vgl. Baresel u. a. 2021, S. 65). Bei diesen Angaben ist noch von einer Unterschätzung sehr hoher Erbschaften und Schenkungen auszugehen, da im SOEP als einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe »die Spitze der Vermögensverteilung bis zum Jahr 2019 nicht vollständig abgebildet wurde« (ebd., S. 65).

Verbreitung und Höhe erhaltener Erbschaften (2014)

	Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet			
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
70 bis 85 Jahre	Keine Erbschaft erhalten	28,3 %	35,6 %	32,3 %	41,3 %	53,3 %	48,0 %	30,8 %	39,2 %	35,4 %
	Unter 12.500 €	22,2 %	24,3 %	23,3 %	36,5 %	31,5 %	33,7 %	25,1 %	25,7 %	25,4 %
	12.500 € und mehr	49,5 %	40,2 %	44,4 %	22,2 %	15,2 %	18,3 %	44,1 %	35,0 %	39,1 %

» Tab. 14: Anteile und Höhe erhaltener Erbschaften nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 [in %]; Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tab. A7-3, S. 16; Datenbasis: DEAS 2014; Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Darstellung verändert.

Die Daten des DEAS vermitteln einen Eindruck zur Höhe der Erbschaften, die Hochaltrige im Jahr 2014 erhalten haben (vgl. Tab. 14 auf Seite 33). In Ostdeutschland war der Anteil derjenigen, die keine Erbschaften erhalten haben, in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen deutlich größer als in Westdeutschland. Männer erhielten häufiger Erbschaften von mindestens 12.500 Euro als Frauen.

Die Ungleichverteilung von Vermögen zeigt sich nicht nur zwischen Ost und West und den Geschlechtern, sondern abermals auch am Migrationsstatus. Eine bereits im Jahr 2009 durchgeführte Untersuchung von SOEP-Daten aus dem Jahr 2007 erbrachte, dass die Vermögen von Haushalten berenteter Menschen mit Migrationshintergrund geringer und ungleicher verteilt waren als die Vermögen berenteter Haushalte ohne Migrationshintergrund (vgl. Schimany, Rühl & Kohls 2012, S. 185 unter Bezug auf Frick u. a. 2009, S. 187 f). Insbesondere Berentete ohne deutsche Staatsangehörigkeit, aber auch (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler besaßen demnach häufig kein oder nur ein sehr geringes Vermögen: Von Vermögens-

losigkeit oder Verschuldung waren im Jahr 2007 34 % der berenteten Nicht-Deutschen und 28 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler betroffen, im Vergleich zu 15 % der Rentnerinnen und Rentner ohne Migrationshintergrund und 12 % der Eingebürgerten (Frick u. a. 2009, S. 86). Ein beträchtlicher Anteil derjenigen, der damals in die Untersuchung einbezogen wurde, dürfte im Jahr 2020 zu den Hochaltrigen gezählt haben.

Einkommenshöhe und Verbreitung niedriger und hoher Einkommen

Grundsätzlich gilt: Die Höhe der durchschnittlichen individuellen Rentenzahlbeträge gibt, für sich betrachtet, keine Auskunft über die tatsächliche Einkommenssituation der Haushalte, da diese auch durch andere Einkommensquellen bestimmt sein kann. So liegen zwar die durchschnittlichen Nettobeträge der im Osten Deutschlands erworbenen GRV-Renten über den entsprechenden Beträgen im Westen; insbesondere bei den Frauen ist der Unter-

schied beträchtlich (vgl. Tab. 10 auf Seite 26).¹⁶ Zu beachten ist jedoch, dass die in Ostdeutschland erworbenen GRV-Renten, anders als die in Westdeutschland erworbenen, die überwiegende Einkommensquelle darstellen.

Betrachtet man in der ASID-Erhebung 2019 die Höhe der persönlichen Nettoeinkommen (vgl. Tab. 15 auf Seite 35 und Abb. 69 auf Seite 241), so zeigt sich eine nach Region und Geschlecht differenzierte Ungleichheit: Mit durchschnittlich 2.027 Euro monatlich verfügten die 75- bis unter 85-jährigen Männer in Westdeutschland im Jahr 2019 über ein deutlich höheres persönliches Nettoeinkommen als ihre Altersgenossen in Ostdeutschland mit 1.520 Euro (vgl. Heien & Krämer 2021b, 2021c). Bei den über 85-Jährigen war diese Differenz etwas weniger ausgeprägt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass letztere später in ihrem Erwerbsleben von den mit dem Systemwechsel vollzogenen Umbrüchen auf dem Arbeitsmarkt betroffen waren. Das Einkommen der ostdeutschen Männer war zwar höher als das der Frauen, jedoch war die Differenz zwischen den Geschlechtern weit aus geringer als in Westdeutschland, wo die 75- bis unter 85-jährigen Frauen mit einem – durchschnittlichen! – Nettoeinkommen von monatlich 1.301 Euro über die geringsten Mittel verfügten (vgl. ebd.). Ostdeutsche Männer der Altersgruppe 75 bis 85 Jahre erreichten 75 % des durchschnittlichen individuellen Nettoeinkommens ihrer Altersgenossen im Westen; bei den ab 85-Jährigen waren es 84,3 %. Die Nettoeinkommen der Frauen in Ostdeutschland betragen 89,1 % (75- bis unter 85-Jährige) bzw.

90,1 % (ab 85-Jährige) des Nettoeinkommens der ostdeutschen Männer; in Westdeutschland hatten die Frauen hingegen durchschnittlich nur 64,2 % (75- bis unter 85-Jährige) bzw. 72,5 % (ab 85-Jährige) des Einkommens der Männer zur Verfügung (vgl. ebd., eigene Berechnungen).

Für die Altersgruppe der ab 65-Jährigen liegen die entsprechenden Daten auch nach Familienstand vor (vgl. Heien & Krämer 2021a, S. 57–58 und Abb. 70 auf Seite 242). Demnach verfügten 2019 verheiratete und verwitwete Männer im Alter ab 65 Jahren in Westdeutschland über die höchsten Nettoeinkommen, gefolgt von verwitweten Frauen und Männern in Ostdeutschland. Während die durchschnittlichen Nettoeinkommen alleinstehender Männer in Ostdeutschland niedriger waren als die Einkommen Verheirateter, traf das für die Frauen in Ostdeutschland nicht zu. Die geringsten (persönlichen) Nettoeinkommen hatten verheiratete Frauen in Westdeutschland, die damit zu einem beträchtlichen Teil nach wie vor ökonomisch von den Ehegatten abhängig waren. Einkommensunterschiede bestanden zudem in Abhängigkeit von der letzten beruflichen Stellung (vgl. ebd., S. 61).

Menschen mit Migrationshintergrund – auch hier liegen nur die Daten für die ab 65-Jährigen vor – verfügten ebenfalls über unterdurchschnittliche eigene Nettoeinkommen, wobei hier große Unterschiede zwischen den Geschlechtern und nach Herkunftsgruppen bestanden (vgl. Heien & Krämer 2021a, S. 87 und Abb. 71 auf Seite 243). Auch bei den Älteren mit Migrationshintergrund hatten Frauen (unabhängig von der Herkunftsgruppe)

Durchschnittliche Nettoeinkommen (2019)

Altersgruppe	Gesamt		Ostdeutschland		Westdeutschland	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
75 bis unter 85 Jahre	1.313 €	1.923 €	1.354 €	1.520 €	1.301 €	2.027 €
85+	1.488 €	1.978 €	1.544 €	1.714 €	1.475 €	2.034 €

» Tab. 15: Durchschnittliches Nettoeinkommen der Person nach Altersgruppe, Region und Geschlecht im Jahr 2019 (in Euro); Quelle: Heien und Krämer 2021a-d, Tabellen 1236, 2236 und 3236; Datenbasis: Kantar Public Division: ASID 2019; eigene Darstellung.

im Jahr 2019 deutlich niedrigere durchschnittliche Nettoeinkommen zur Verfügung als Männer. Der relative Unterschied war jedoch mit 20 % bei den deutschen Frauen mit Migrationshintergrund und 25 % bei den Frauen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit geringer ausgeprägt als bei den deutschen Frauen ohne Migrationshintergrund, wo der Abstand zu den Einkommen der Männer 33 % betrug (ebd.). Das Einkommensniveau ab 65-jähriger deutscher Männer mit Migrationshintergrund betrug 2019 mit durchschnittlich 1.365 Euro 69 % des Einkommensniveaus der Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund (1.991 Euro) (d. h. die Differenz betrug 31 %); diejenigen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit hatten mit durchschnittlich 1.178 Euro nur 59 % dieses Einkommens zur Verfügung (Differenz von 41 %).

Diese Verteilung findet sich im Wesentlichen auch bei den Frauen: Das durchschnittliche persönliche Nettoeinkommen ab 65-jähriger deutscher Frauen mit Migrationshintergrund (1.097 Euro) lag 2019 bei 82 % des entsprechenden Einkommensniveaus deutscher Frauen ohne Migrationshintergrund (1.338 Euro), Frauen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit (879 Euro) hatten durchschnittlich 66 % dieses Einkommens zur Verfügung. Diese Daten veranschaulichen die besonders prekäre

ökonomische Situation nichtdeutscher Frauen mit Migrationshintergrund im Alter in Deutschland.

Bezüglich der Haushalte, in denen zwei oder mehr Einkommensbeziehende gemeinsam wirtschaften, sagt die individuelle Einkommenshöhe wenig über die reale Einkommenssituation aus, d. h. es muss das Haushaltsnettoeinkommen betrachtet werden. Anders zeigt sich die Situation selbstverständlich in Einpersonenhaushalten, in denen – wie gezeigt – mit höherem Lebensalter zunehmend verwitwete Frauen leben. Niedrige individuelle Nettoeinkommen sind, wie gezeigt, besonders unter Frauen in Westdeutschland verbreitet. Sofern sie alleinstehend sind, werden sie damit auch zu einer Risikogruppe für Altersarmut, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird.

Daten zur Verbreitung niedriger Einkommen liegen für die Altersgruppe der ab 65-Jährigen im Bericht zur Alterssicherung in Deutschland 2019 vor. Danach wiesen unter den Alleinstehenden 4 % der Männer und 3 % der Frauen ein monatliches Einkommen von unter 700 Euro auf. 16 % der alleinstehenden Männer und 17 % der alleinstehenden Frauen im Alter von 65 Jahren und mehr verfügten im Jahr 2019 durchschnittlich über ein monatliches Nettoeinkommen von unter 1.000 Euro (vgl. Heien & Krämer 2021a, S. 70). Weniger als 1.500 Euro

¹⁶ Nach Einschätzung der Autorinnen und Autoren der ASID-Studie für das Jahr 2011 dürfte es zutreffend sein, dass dies insbesondere auf das »weitgehende Fehlen niedriger Renten zurückzuführen« ist, welche in Westdeutschland »u. a. aus geringeren Bezügen von Beamten und Selbständigen mit nur kurzen GRV-Versicherungsbiographien« resultieren. Zudem »dürfte insbesondere die älteste Rentner-Kohorte in den neuen Ländern noch von den seinerzeit eher günstigen, in gewissem Umfang pauschalierten Erstberechnungen der Renten im Zuge der Überführung des Rentenversicherungssystems der ehemaligen DDR in die bundesdeutsche Rentenversicherung profitiert haben« (Kortmann, Heien & Heckmann 2011, S. 63).

hatten 42 % der ab 65-jährigen, alleinstehenden Männer und 62 % der alleinstehenden Frauen zur Verfügung. Bei den ab 65-jährigen Ehepaaren musste 1 % mit weniger als 1.000 Euro auskommen; 9 % hatten bis zu 1.500 Euro und 16 % bis zu 2.000 Euro zur Verfügung. Hohe Einkommen werden im ASID-Bericht bei 5.000 Euro angesetzt, eine weitere Differenzierung erfolgt nicht. Der Betrag wird von 1 % der alleinstehenden Männer erreicht; bei Frauen sind es weniger als 1 %; immerhin 7 % der Ehepaare kamen gemeinsam auf ein monatliches Nettoeinkommen von 5.000 Euro und mehr (vgl. ebd.).

Relative Einkommensarmut und Armutsgefährdung

Zur Bestimmung der Verbreitung von Altersarmut existieren – wie zur Bestimmung von Armut generell – unterschiedliche Ansätze (vgl. Seils 2013; BBSR 2015, S. 33–34; Bäcker & Kistler 2020; Kott 2021, S. 224). Eine Möglichkeit ist es, den »Bezug von Leistungen der Grundsicherung oder (in einer Erweiterung) des Wohngelds als Indikator für eine Zugehörigkeit zum unteren Einkommensbereich« (BBSR 2015, S. 33) heranzuziehen. Zu beachten ist hierbei jedoch, »dass der Leistungsbezug nicht mit der Leistungsberechtigung deckungsgleich ist, da ein Teil der Leistungsberechtigten diese Unterstützung (wegen Geringfügigkeit, Unkenntnis oder aus anderen Gründen) nicht in Anspruch

nimmt« (BBSR 2015, S. 33). Die Bestimmung der Verbreitung von (Alters-)Armut allein unter Verweis auf die Quote des Grundsicherungsbezugs wird die vorhandene Armut daher unterschätzen.

Größere Verbreitung finden Ansätze, die einer Festlegung der OECD folgend eine »relative (Einkommens-)Armut« bzw. eine »Armutsgefährdung« bei einem Einkommen von weniger als 60 % des Medianeinkommens in der jeweiligen Bevölkerung als gegeben sehen. Die Betrachtung der relativen Einkommensarmut anhand des Medianeinkommens¹⁷ (statt der Festlegung einer absoluten Einkommensschwelle, unterhalb derer jemand als arm gilt) hat sich EU-weit durchgesetzt. Bei diesem Verfahren wird das Haushaltseinkommen auf ein Pro-Kopf-Einkommen umgerechnet, d. h. der Kostenersparnis in größeren Haushalten wird Rechnung getragen und ein »gewichtetes Äquivalenzeinkommen« entsprechend »bedarfsgewichteter« Einkommen bestimmt. Begründet wird die Bezugnahme auf diese Größe damit, dass das soziokulturelle Existenzminimum nur im Verhältnis zum allgemeinen Einkommens- und Wohlstandsniveau einer Gesellschaft bzw. Referenzgruppe bestimmt werden kann.

Den Daten des Mikrozensus¹⁸ für das Jahr 2019 zufolge, waren 16,2 % der 4.883.000 ab 80-Jährigen armutsgefährdet (vgl. Statistisches Bundesamt 2020a, Sonderauswertung). Frauen sind häufiger armutsgefährdet als Männer, und ein besonders hohes Risiko, von Altersarmut betroffen zu sein,

17 Der Median ist resistent gegen »Ausreißer«, da er den Einkommenswert derjenigen Personen markiert, der – nachdem alle Personen ihrem Äquivalenzeinkommen nach aufsteigend sortiert wurden – die Bevölkerung in zwei Hälften teilt. Das heißt, die eine Hälfte verfügt über mehr, die andere über weniger Einkommen.

18 Bei der Berechnung von Einkommensarmut nach dem Mikrozensus werden zwar Zinseinkünfte aus Geldvermögen erfasst, Vermögen in Form von Immobilien – welche selbstgenutzt keine Mieteinnahmen abwerfen, aber fraglos zum Wohlstand eines Haushaltes beitragen – erscheint hier allerdings (anders als in der Berechnung von Einkommensarmut auf Basis des SOEP) nicht. Dieser Umstand, so wird mitunter betont, könne zu einer Überschätzung von Altersarmut im Mikrozensus führen. Allerdings gilt es zu beachten, dass die Wohneigentumsquote unter alten Menschen in Ostdeutschland rund ein Drittel unter jener der westdeutschen Älteren liegt, was wiederum zu einer Unterschätzung der Ungleichheiten zwischen Ost und West führen kann.

Armutsgefährdungsquote (2019)

Armutsgefährdungsquote	Gesamt			Männer			Frauen		
	Alle	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Alle	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Alle	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund
Insgesamt	16,2 %	14,7 %	31,9 %	11,7 %	9,8 %	29,0 %	19,2 %	17,9 %	34,2 %
Nach überwiegendem Lebensunterhalt									
Renten, Pension	15,7 %	14,6 %	27,8 %	11,2 %	9,7 %	25,4 %	18,7 %	17,8 %	29,8 %
Unterstützung durch Angehörige	19,8 %	18,3 %	/	/	/	/	19,5 %	18,3 %	/
Sonstige staatliche Unterstützung	75,5 %	58,7 %	83,5 %	73,0 %	/	84,1 %	77,1 %	/	83,2 %
Nach Geburtsland/Geburtsland der Eltern									
Polen	16,3 %	X	16,3 %	/	X	/	19,3 %	X	19,3 %
Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens	25,4 %	X	25,4 %	/	X	/	/	X	/
Gebiet der ehemaligen Sowjetunion	45,9 %	X	45,9 %	46,6 %	X	46,6 %	45,5 %	X	45,5 %
Gastarbeiteranwerbestaaten	35,0 %	X	35,0 %	32,2 %	X	32,2 %	38,2 %	X	38,2 %

/ = Keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug; X = Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll

>> Tab. 16: Anteil der armutsgefährdeten Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr nach Geschlecht und Migrationshintergrund 2019 (in %); Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020a, Sonderauswertung; Datenbasis: Mikrozensus 2019; eigene Darstellung.

haben hochaltrige Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Tab. 16 auf Seite 37): Ende 2019 war der Anteil der armutsgefährdeten Hochaltrigen mit Migrationshintergrund mehr als doppelt so groß wie derjenige der ab 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund. Während dieses Verhältnis annähernd auch für die Frauen galt (17,9 % ohne Migrationshintergrund, 34,2 % mit Migrationshintergrund), war der Anteil der von Armut bedrohten hochaltrigen Männer mit Migrationshintergrund mit 29,0 % sogar dreimal so hoch wie der Anteil der Männer ohne Migrationshintergrund (11,7 %).

Besonders hohe Quoten fanden sich 2019 dabei unter denjenigen Hochaltrigen, die für ihren Lebensunterhalt überwiegend auf die Unterstützung durch Angehörige angewiesen waren (Armutsgefährdungsquote von 19,8 %) sowie bei denjenigen, die eine »sonstige staatliche Unterstützung« erhielten (Armutsgefährdungsquote von 75,5 %) (vgl. Tab. 16 auf Seite 37). Bei den ab 80-Jährigen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Renten und Pensionen bestritten, lag die Quote bei »nur« 15,7 %. Mit Blick auf letztere Gruppe sind allerdings die oben gemachten Ausführungen zu

Betroffenheit von Armut nach Altersgruppen (2005 bis 2018)

Armutsschwelle: 60 % des Medians	Deutschland (gesamt)			Ostdeutschland ¹		Strukturschwacher Raum ²	
	Bevölke- rungsanteil	Armutsqquote		Bevölke- rungsanteil	Armutsqquote	Bevölke- rungsanteil	Armutsqquote
		2015 – 2018	2005 – 2009				
Bevölkerung insgesamt	100,0 %	12,7 %	16,0 %	100,0 %	22,1 %	100,0 %	20,6 %
				17,3 % der Gesamt- bevölkerung		40,5 % der Gesamt- bevölkerung	
Bevölkerung ab 18 Jahren	84,3 %	12,4 %	15,3 %	85,0 %	21,8 %	85,2 %	19,6 %
0 bis 9 Jahre	8,3 %	12,7 %	19,1 %	7,7 %	25,6 %	7,6 %	26,5 %
10 bis 19 Jahre	9,5 %	17,5 %	21,2 %	8,8 %	23,5 %	9,0 %	26,3 %
20 bis 29 Jahre	11,5 %	19,2 %	24,4 %	10,3 %	35,8 %	11,8 %	31,7 %
30 bis 39 Jahre	12,8 %	10,0 %	15,0 %	13,7 %	25,4 %	12,9 %	22,1 %
40 bis 49 Jahre	13,3 %	12,0 %	12,7 %	12,1 %	16,2 %	12,7 %	17,2 %
50 bis 59 Jahre	16,3 %	12,5 %	12,8 %	17,0 %	20,7 %	16,6 %	17,2 %
60 bis 69 Jahre	12,4 %	9,4 %	16,1 %	14,6 %	26,0 %	13,6 %	20,5 %
70 bis 79 Jahre	10,7 %	10,1 %	11,4 %	9,9 %	9,6 %	10,3 %	9,6 %
ab 80 Jahren	5,4 %	10,3 %	13,2 %	5,9 %	11,4 %	5,5 %	14,3 %

¹ Ostdeutschland inklusive Ost-Berlin; ² »Die Abgrenzung orientiert sich an den Fördergebieten der Gemeinschaftsaufgabe »Verbesserung« der regionalen Wirtschaftsstruktur« im Zeitraum 2014–2020.«

» Tab. 17: Armutsquoten nach Altersgruppe und Region im Zeitraum 2005 bis 2018, Mittelwert nach Perioden (in %); Quelle: Goebel und Krause 2021b, S. 238b; Datenbasis: SOEPv35; Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

den großen regionalen, geschlechts- und migrati- onshintergrundbezogenen Einkommensungleich- heiten zwischen Bezieherinnen und Beziehern von Renten und Pensionen sowie innerhalb der Rentnerinnen und Rentner zu beachten.

Unter den Hochaltrigen mit Migrationshinter- grund war die Armutsgefährdung bei Männern und Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion mit rund 46 % am größten, gefolgt von etwas mehr als einem Drittel der ab 80-jährigen Menschen aus den ehemaligen Anwerbestaaten und einem Viertel der

aus dem ehemaligen Jugoslawien stammenden hochaltrigen Menschen. Einkommensarmut trifft damit überproportional Hochaltrige mit Migrations- hintergrund. Die einen waren als Spätaussiedlerin- nen und Spätaussiedler zwar mit deutscher Staats- angehörigkeit, aber aufgrund ihres schon höheren Alters vergleichsweise geringen Möglichkeiten des Erwerbs von Rentenansprüchen eingewandert. Andere kamen in den 1960er- und 1970er-Jahren im Zuge der Anwerbeabkommen und des Famili- ennachzugs aus südeuropäischen Ländern nach

Deutschland. Die körperlich oft belastende Arbeit in der Industrie war häufig schlecht vergütet und erbrachte nur vergleichsweise geringe Rentenansprüche. Die sehr niedrigen Alterseinkommen sehr vieler hochaltriger Menschen mit Migrationserfah- rung spiegeln so die niedrigen und hierarchisch strukturierten Verdienste während ihres Erwerbsle- bens wider (vgl. Frick u. a. 2009, S. 36 f.).

Die Armutsquote weist auch regional unter- schiedliche Ausprägungen auf. Diese zeigen sich jedoch weitaus stärker in jüngeren Altersgruppen als bei Menschen im hohen und sehr hohen Lebens- alter: Goebel und Krause (2021b) berechneten auf Basis von SOEP-Daten für die Jahre 2015 bis 2018 die Armutsquoten für unterschiedliche Bevöl- kerungsgruppen. Die Angaben zur Armutsquote

Objektive Armutsquoten im Zeitverlauf (1996 bis 2014)

		Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1996	40 bis 54 Jahre	4,2 %	8,7 %	6,4 %	13,1 %	15,8 %	14,4 %	6,1 %	10,2 %	8,1 %
	55 bis 69 Jahre	7,3 %	10,2 %	8,7 %	12,6 %	12,4 %	12,5 %	8,5 %	10,7 %	9,6 %
	70 bis 85 Jahre	9,6 %	15,8 %	13,5 %	3,0 %	14,8 %	10,8 %	8,4 %	15,6 %	13,0 %
	Gesamt	6,4 %	11,1 %	8,9 %	11,5 %	14,2 %	12,9 %	7,5 %	11,8 %	9,7 %
2002	40 bis 54 Jahre	6,4 %	5,1 %	5,8 %	16,7 %	14,2 %	15,5 %	8,6 %	7,1 %	7,9 %
	55 bis 69 Jahre	6,1 %	10,3 %	8,3 %	11,6 %	13,0 %	12,3 %	7,3 %	10,9 %	9,1 %
	70 bis 85 Jahre	5,1 %	9,2 %	7,5 %	6,3 %	17,3 %	13,1 %	5,3 %	10,8 %	8,6 %
	Gesamt	6,1 %	8,1 %	7,1 %	13,0 %	14,5 %	13,8 %	7,5 %	9,4 %	8,5 %
2008	40 bis 54 Jahre	7,9 %	8,8 %	8,4 %	17,6 %	23,5 %	20,5 %	9,6 %	11,4 %	10,5 %
	55 bis 69 Jahre	7,1 %	9,5 %	8,3 %	20,6 %	17,7 %	19,1 %	9,7 %	11,2 %	10,4 %
	70 bis 85 Jahre	10,7 %	13,4 %	12,2 %	7,2 %	13,9 %	11,1 %	10,0 %	13,5 %	12,0 %
	Gesamt	8,2 %	10,1 %	9,2 %	16,5 %	18,9 %	17,8 %	9,7 %	11,8 %	10,8 %
2014	40 bis 54 Jahre	9,3 %	11,4 %	10,3 %	18,6 %	16,0 %	17,4 %	10,9 %	12,2 %	11,5 %
	55 bis 69 Jahre	9,8 %	10,8 %	10,3 %	21,7 %	20,8 %	21,3 %	12,1 %	12,8 %	12,4 %
	70 bis 85 Jahre	8,6 %	17,1 %	13,3 %	9,4 %	15,8 %	13,0 %	8,8 %	16,9 %	13,2 %
	Gesamt	9,3 %	12,7 %	11,0 %	17,4 %	17,6 %	17,5 %	10,8 %	13,6 %	12,3 %

Quelle: DEAS 1996 (n = 4.275), 2002 (n = 2.686), 2008 (n = 5.445), 2014 (n = 5.400), gewichtet, gerundete Angaben
Jede Zahl beruht auf Personenzahl n > 30, geringere Fallzahlen von 10 < n ≤ 30 werden mit {} und von n ≤ 10 mit // gekennzeichnet.

Anmerkung: Die Armutsquote ist definiert als der »Anteil der Bevölkerung«, »der weniger als 60 Prozent des gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat. Die Ermittlung der Armutsquote erfolgt auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP)« (vgl. Mahne u. a. 2017b, S. 11).

» Tab. 18: Objektive Armutsquoten nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in %); Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tab. A6-3, S. 11; Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2014, Darstellung verändert.

»beziehen sich auf die Verteilung des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens innerhalb der gesamten Bevölkerung« der jeweiligen Gruppe (ebd., S. 237). Demnach ist die bundesweite Armutsquote bei den ab 80-Jährigen von 10,3 % im Zeitraum 2005 bis 2009 auf 13,2 % im Zeitraum von 2015 bis 2018 gestiegen (vgl. Tab. 17 auf Seite 38). Bei den Hochaltrigen in Ostdeutschland lag sie in der Betrachtungsperiode 2015 bis 2018 mit 11,4 % etwas niedriger als im bundesweiten Durchschnitt. In strukturschwachen Räumen war mit 14,3 % ein überdurchschnittlich hoher Anteil der hochaltrigen Bevölkerung armutsgefährdet (vgl. ebd.).

Die geringere Quote in Ostdeutschland könnte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass die betrachtete Kohorte teilweise noch nicht so stark wie die nachfolgenden Kohorten in Ostdeutschland von den mit der Wiedervereinigung einhergehenden Verwerfungen auf dem Arbeitsmarkt betroffen war. In Westdeutschland ist zudem der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund, die im hohen Alter besonders stark von Armut betroffen sind, höher als in Ostdeutschland (vgl. Kapitel 2.2 auf Seite 16).

Die Ergebnisse der Erhebungen des DEAS von 1996 bis 2014 deuten darauf hin, dass sich die Armutsgefährdung hochaltriger Frauen und Männer in West- und Ostdeutschland unterschiedlich entwickelt hat: In der Gesamtbetrachtung war zwischen 1996 und 2002 in der Altersgruppe von 70 bis 85 Jahren zunächst ein leichtes Absinken der Armutsquote von 13 % auf 8,6 %, bis 2008 dann ein deutlicher und bis 2014 erneut ein leichter Zuwachs zu verzeichnen (vgl. Tab. 18 auf Seite 39). Dies entspricht in Niveau und Dynamik im Wesentlichen der Entwicklung in Westdeutschland. Dagegen war in Ostdeutschland – ausgehend von einem niedrigeren Niveau der Armutsgefährdung (10,8 %) im Jahr 1996 bis 2002 ein Anstieg auf 13,1 % zu beobachten. 2008 sank die Quote auf

11,1 %, um bis 2014 wieder auf 13 % zu steigen. Dabei bewegte sich die Armutsgefährdung der Frauen auf deutlich höherem Niveau als die der Männer und blieb beständig über 10 %, während die Quote bei den Männern trotz beträchtlichen Anstiegs um 6 Prozentpunkte unterhalb der 10-Prozent-Marke verblieb. In Westdeutschland stieg zwischen 1996 bis 2014 die Armutsquote bei den 70- bis 85-jährigen Frauen von 15,8 % auf 17,1 % an.

Subjektive Armutsquote

Auch im DEAS wird die Armutsquote als derjenige Anteil der Bevölkerung bestimmt, »der weniger als 60 Prozent des gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat« (vgl. Mahne u. a. 2017b, S. 11). Neben diesem, im DEAS »objektive Armutsquote« benannten Indikator, wird seit 2014 darüber hinaus erhoben, welches Einkommen die Befragten für mindestens erforderlich halten, um in Deutschland »gesellschaftlich teilhaben zu können« (Lejeune, Romeu Gordo & Simonson 2017, S. 107) und ob das Einkommen der Befragten unterhalb oder oberhalb dieser Schwelle liegt. Basierend hierauf gibt der DEAS eine »subjektive Armutsquote« an.

Im Jahr 2014 waren demnach 16,6 % der 70- bis 85-Jährigen subjektiv arm, bei den 55- bis 69-Jährigen 15,5 % und bei den 40- bis 54-Jährigen 13,5 % (vgl. ebd., S. 107; außerdem Tab. 19 auf Seite 41), wobei der Unterschied zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe signifikant ist. Signifikante Unterschiede in der subjektiven Armutsquote bestehen zudem im Hinblick auf Geschlecht, Bildungsstand und Landesteil: Die Quote war jeweils höher bei Frauen, Personen mit niedrigerem formalem Bildungsgrad sowie in Ostdeutschland (vgl. ebd.).

Subjektive Armutsquoten (2014)

		Westdeutschland			Ostdeutschland			Bundesgebiet		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
2014	40 bis 54 Jahre	11,3 %	13,1 %	12,2 %	21,0 %	19,1 %	20,1 %	12,9 %	14,1 %	13,5 %
	55 bis 69 Jahre	11,1 %	16,7 %	14,0 %	23,3 %	20,7 %	22,0 %	13,4 %	17,4 %	15,5 %
	70 bis 85 Jahre	12,2 %	17,5 %	15,1 %	19,8 %	24,7 %	22,6 %	13,7 %	18,9 %	16,6 %
	Gesamt	11,5 %	15,4 %	13,5 %	21,5 %	21,4 %	21,4 %	13,3 %	16,5 %	15,0 %

>> Tab. 19: Subjektive Armutsquoten nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in %); Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tab. A6-4, S. 11; Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DEAS 2014, Darstellung verändert.

Bei der Interpretation dieser Daten ist zu beachten, dass die Befragungen des DEAS ausschließlich innerhalb der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung und in deutscher Sprache erfolgen (vgl. Klaus & Engstler 2017, S. 30). Da auf diese Weise die besonders von Altersarmut betroffene Gruppen der Hochaltrigen in vollstationärer Dauerpflege und der hochaltrigen Männer und Frauen mit Migrationshintergrund in den Erhebungen gar nicht oder nur selektiv erreicht werden, ist davon auszugehen, dass von objektiver oder subjektiver Altersarmut betroffene Hochaltrige in der realisierten Stichprobe nicht entsprechend ihrem tatsächlich Bevölkerungsanteil repräsentiert sind.

Grundsicherung im Alter

Anspruch auf Grundsicherungsleistungen im Alter besteht, wenn das Einkommen z. B. aus einer Rentenzahlung einen festgelegten Regelbedarfssatz unterschreitet, der ausreichend sein soll, um die Bedarfe des Lebens zu decken. Einkommen eines Lebenspartners in einer ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft werden bei der

Anspruchsklärung berücksichtigt. Kinder werden nicht in die Unterhaltspflicht genommen; allerdings erlischt der Grundsicherungsanspruch, wenn deren anrechenbares eigenes Einkommen – zugrunde gelegt wird das Bruttojahreseinkommen abzüglich bestimmter, geltend zu machender Ausgaben – mindestens 100.000 Euro jährlich beträgt. In diesem Fall besteht Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt, bei der auf die unterhaltspflichtigen Verwandten zurückgegriffen werden kann (vgl. GBE 2021c).

Ob Leistungen der Grundsicherung ein Leben in Armut tatsächlich verhindern, hängt von der Bemessung der Regelsätze ab, die »letztlich politisch entschieden wird« (Bäcker & Kistler 2020). Wohlfahrtsverbände kritisieren, dass die Regelsätze nicht hinreichend seien, um den Mindestbedarf zu decken und ein Minimum sozialer Teilhabe zu gewährleisten (vgl. z. B. Persau 2021; Stilling 2020).

Der Paritätische Gesamtverband gab Anfang März 2020 eine Studie bei dem Umfrage- und Meinungsforschungsinstitut Forsa in Auftrag, die erbrachte, dass eine Mehrheit nicht davon ausgehe, »dass die in Hartz IV und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vorgesehenen Regelsätze ausreichen, um den Lebensunterhalt bestreiten zu

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter (2015 bis 2020)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gesamt	536.121	525.595	544.090	559.419	561.969	564.110
Außerhalb von Einrichtungen	463.757	459.733	478.503	494.988	500.515	517.570
In Einrichtungen	72.364	65.862	65.587	64.431	61.454	46.535
Anteil in Einrichtungen	13,5 %	12,5 %	12,1 %	11,5 %	10,9 %	8,2 %

» Tab. 20: Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter nach Ort der Leistungserbringung und insgesamt sowie Anteil derjenigen, die die Leistung empfangen und in Einrichtungen leben in den Jahren 2015 bis 2020 (absolut und in %); Quelle: GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) 2021c; Datenbasis: Sozialhilfestatistik; Statistisches Bundesamt Bonn; eigene Berechnung und Darstellung.

können« (Stilling 2020, S. 3). In der Studie wurden 1.000 Personen im Alter von 18 Jahren¹⁹ und mehr dazu befragt, wieviel Geld eine erwachsene Person ihrer Einschätzung nach pro Monat für »eine gesunde und ausgewogene Ernährung«, »Kleidung« und »Körperpflegeartikel« benötige, und die Antwort mit dem jeweils vorgesehenen Regelsatz verglichen. Der nach dieser Umfrage durchschnittlich zur Deckung des täglichen Lebensunterhaltes eines Erwachsenen (ohne Wohnkosten) als nötig erachtete Bedarf lag bei 728 Euro monatlich (gegenüber einem tatsächlichen Regelsatz von 432 Euro) (vgl. Stilling 2020, S. 4).

Aufgrund des Umfragezeitpunktes Anfang März waren in der Befragung »zusätzliche coronabedingte Mehrausgaben, wie etwa durch steigende Lebensmittelpreise oder für Schutzmasken oder

Desinfektionsmittel« (Stilling 2020), noch nicht enthalten. Erst im Mai 2021²⁰ wurde Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen der Grundsicherung einmalig ein sogenannter »Corona-Zuschlag« in Höhe von 150 Euro ausbezahlt. Damit war es Menschen mit Einkommen am Existenzminimum in der COVID-19-Pandemie schwerer als anderen, sich mit den nicht nur für den individuellen Schutz, sondern auch für die Aufrechterhaltung der Teilhabe notwendigen Materialien zu versorgen.

Ende des Jahres 2020 lag die bundesweite Quote der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter das vierte Jahr in Folge bei 3,2 %²¹ (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021j). Es bestehen deutliche regionale Unterschiede: Während die Quote der Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung im Alter in Westdeutschland

zum Jahresende 2020 bei 3,5 % lag, betrug sie in Ostdeutschland nur 2,2 % (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021r). Insbesondere in den Stadtstaaten ist die Quote hoch (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021n). Besonders häufig auf Grundsicherung angewiesen sind alte Menschen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit: Unter ihnen lag die Quote im Jahr 2020 bei 17,2 % (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021j). Anders als bei der Gesamtbetrachtung der Quote sind in dieser Gruppe auch deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede zu erkennen: So lag der Anteil bei den Männern nichtdeutscher Staatsangehörigkeit im Jahr 2020 bei 15 %, bei den Frauen bei 19,2 % (ebd.). Noch gravierender war die Kluft unter Berücksichtigung der regionalen Komponente: Die älteren Männer mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in Westdeutschland wiesen im Jahr 2020 eine Grundsicherungsquote von 14 % auf; bei den Frauen lag die Quote mit 18,3 % sogar noch etwas darüber. Demgegenüber war in der gleichen Gruppe in Ostdeutschland bei den Männern eine Quote von 27 % zu verzeichnen. Bei den Frauen lag sie mit 28,9 % noch ein wenig höher (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021r).

Der weit überwiegende Teil der Leistungsberechtigten erhält die Grundsicherungsleistung außerhalb von Einrichtungen. Sowohl der Anteil als auch die absolute Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger innerhalb von Einrichtungen geht in den letzten Jahren zurück (vgl. Tab. 20 auf Seite 42). Von den im Dezember 2019 laut amtlicher Sozialhilfestatistik insgesamt 561.969 Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen der Grundsicherung im Alter lebten 61.454 (10,9 %) in stationären Einrichtungen; im Dezember des Jah-

res 2020 waren es 46.535 von 564.110, d. h. 8,2 % (vgl. GBE 2021c). Damit setzt sich eine Entwicklung der letzten Jahre fort.

Dazu, wie viele alte und hochaltrige Menschen einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter hätten, diesen aber – um ihn wissend oder nicht – nicht geltend machen, fehlen aktuelle und belastbare Daten (vgl. Bäcker & Kistler 2020). Als mögliche Gründe für eine Nichtanspruchnahme nennen Bäcker und Kistler einen Mangel an Information, insbesondere bei geringen Ansprüchen sowie über die Nichttheranziehung der Einkommen von Kindern (ebd.). Sie vermuten zudem eine anhaltende Sorge vor einer Stigmatisierung durch die Inanspruchnahme einer bedürftigkeitsgeprüften Leistung sowie vor einer Belastung familiärer Beziehungen (ebd.). Einer Auswertung von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) durch Irene Becker (2012) zufolge hatten im Jahr 2007 von einer Million Menschen ab 65 Jahren, denen bundesweit Grundsicherung zustand, nur 340.000 tatsächlich ihre Ansprüche geltend gemacht.

Hilfe zur Pflege

Neben der »Grundsicherung im Alter« werden auch »Hilfen in besonderen Lebenslagen« (nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII) wie die »Hilfe zur Pflege« unter Sozialhilfen gefasst. »Hilfe zur Pflege« ist eine bedarfsorientierte Sozialleistung an pflegebedürftige Personen, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können.²² Im Jahr 2019 bezogen insgesamt 202.118 ab 80-Jährige und damit 3,6 % der ab 80-jährigen Bevölkerung Leistungen der Hilfe zur Pflege. Im

19 Laut Angabe des Paritätischen Gesamtverbandes und von Forsa handelt es sich um eine – trotz Internetbasierung – bevölkerungsrepräsentative Befragung (vgl. Forsa 2021). Details hierzu enthält der veröffentlichte Studienbericht jedoch nicht.

20 Dies war deutlich später als beispielsweise die Zahlung an Mitarbeitende von Bundestagsabgeordneten wie auch Beschäftigte des Bundes, die im Dezember 2020 eine steuerfreie Bonuszahlung in Höhe von 600 Euro zur Abmilderung der »zusätzliche[n] Belastung durch die Corona-Krise« erhielten (vgl. Kießler 2020). Einzelne Mitarbeitende hielten die Bonuszahlung laut Medienberichten allerdings für unangebracht (ebd.).

21 § 41 Abs. 2 SGB XII legt die Altersgrenze für den Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter fest. Für die hier betrachtete Alterskohorte der ab 80-Jährigen lag die Regelaltersgrenze bei 65 Jahren; für die ab 1947 Geborenen erhöht sich die Regelaltersgrenze mit jedem Geburtsjahrgang bis inklusive 1958 um je einen Monat; ab dem Geburtsjahr 1959 je Jahrgang um zwei Monate (vgl. ebd.). Für die ab 1964 Geborenen gilt eine Regelaltersgrenze von 67 Jahren.

22 Wie bei der »Grundsicherung im Alter« werden Kinder erst ab einem eigenen Jahresbruttoeinkommen von 100.000 Euro in die Unterhaltspflicht genommen.

Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege (2019 bis 2020)

Art der Hilfe zur Pflege Altersgruppen		2019	2020
Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen	80 bis unter 85 Jahre	13.280	13.845
	85 bis unter 90 Jahre	8.493	9.155
	90+	6.367	6.985
	80+	28.140	29.985
Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen	80 bis unter 85 Jahre	58.773	63.050
	85 bis unter 90 Jahre	53.323	59.470
	90+	61.882	69.110
	80+	183.223	192.730
Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen	80 bis unter 85 Jahre	72.053	76.895
	85 bis unter 90 Jahre	61.816	68.625
	90+	68.249	76.095
	80+	202.118	221.615

» Tab. 21: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung und Altersgruppe in den Jahren 2019 und 2020 (absolut); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021q, Genesis-Online, Tabelle 22131-005, letzter Zugriff am 28.11.2021, Datenlizenz by-2.0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Statistisches Bundesamt (Destatis), Statistik der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen (5. bis 9. Kapitel SGB XII); eigene Berechnungen; Darstellung verändert.

Jahr 2020 waren es mit 221.615 leistungsbeziehenden Personen 3,7 % [vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021q, 2021d; 2021c; eigene Berechnungen]. Tab. 21 auf Seite 44 zeigt die Verteilung innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen für die Jahre 2019 und 2020 nach Einrichtungsarten.

Der weit überwiegende Teil der Leistungsbeziehenden und -bezieher erhielt die Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen (2019: 86,1 %; 2020: 86,5 %). Damit erhielten 29,7 % der 585.053 ab 80-jährigen Pflegebedürftigen in Heimen im Jahr 2019 Leistungen der Hilfe zur Pflege. Dies verdeutlicht, dass insbesondere die Kosten für eine vollstationäre dauerpflegerische Versorgung die finanziellen Möglichkeiten vieler Pflegebedürftiger überschreiten. Zugleich ist davon auszugehen, dass

im ambulanten Bereich in vielen Fällen auf eigentlich notwendige Leistungen verzichtet wird, um Sozialhilfebedürftigkeit oder einen Rückgriff auf die Einkommen der Kinder zu vermeiden [vgl. Kapitel 5.8 auf Seite 160].

Kriegsopferfürsorge

Die hier betrachtete Kohorte dürfte die letzte sein, in der im 2. Weltkrieg erlittene gesundheitliche Beschädigungen eine Rolle spielen, welche mit Leistungen der Kriegsopferfürsorge kompensiert werden sollen. Die Statistik der Kriegsopferfürsorge ist nicht altersdifferenziert, zudem ist der Zeitpunkt der Schädigung nicht ersichtlich. Ende 2018

erhielten 17.205 Personen laufende Leistungen der Kriegsopferfürsorge [vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019b, S. 10].

» 02.5 Einkommensveränderungen in der COVID-19-Pandemie

Anhand von Vorabdaten des SOEP 2019/2020 und der von Mai bis Ende Juni während der ersten Welle der Pandemie durchgeführten ergänzenden Erhebungen (SOEP-CoV 2020) geben Goebel und Krause (2021a) einen Einblick in ausgewählte sozioökonomische Aspekte [vgl. Tab. 22 auf Seite 45]. Demnach war etwa ein Viertel der ab 80-Jährigen und damit ein geringerer Anteil als in allen anderen Altersgruppen von einer Verminderung des Haushaltseinkommens gegenüber 2019 betroffen. Einen finanziellen Verlust erlitten oder erwarteten mit 2,3 % deutlich weniger Menschen als in anderen Altersgruppen und im Durchschnitt der Bevölkerung, wo dies auf 9 % zutraf.

Einkommensveränderungen in der Pandemie (2020)

Altersgruppe	Bevölkerungsanteil 2020	Verminderung des Haushaltseinkommens	Erlittener/erwarteter finanzieller Verlust
Befragungspersonen 2020	100,0 %	31,4 %	9,0 %
10 bis 19 Jahre	1,7 %	28,8 %	6,8 %
20 bis 29 Jahre	10,2 %	32,7 %	13,4 %
30 bis 39 Jahre	14,9 %	30,9 %	12,9 %
40 bis 49 Jahre	13,3 %	34,9 %	11,1 %
50 bis 59 Jahre	20,4 %	38,1 %	14,2 %
60 bis 69 Jahre	16,8 %	30,1 %	4,2 %
70 bis 79 Jahre	14,5 %	26,1 %	2,4 %
80+	8,2 %	24,5 %	2,3 %

» Tab. 22: Bevölkerungsanteil, Verminderung des Haushaltseinkommens 2020 [erfasst im Zeitraum Januar bis Anfang Juli 2020] gegenüber 2019, erlittener/erwarteter finanzieller Verlust unter Befragungspersonen in Haushalten der SOEP-CoV-Stichproben im Jahr 2020 aus Erhebungen vom 31.03.2020–04.07.2020 [in %]; Quelle: Goebel und Krause 2021a, S. 497; Datenbasis: SOEPv35; SOEP-2019/2020 (Vorabdaten); Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Der Anteil derer, die sich selbst zu Hause in Quarantäne begaben, lag mit 38,5 % höher als in allen anderen Altersgruppen.

Da in das SOEP nur die Bevölkerung in Privathaushalten, nicht aber die in Gemeinschaftsunterkünften einbezogen ist, bilden die Zahlen die Situation der Hochaltrigen, die zu den Erhebungszeitpunkten in Pflegeeinrichtungen lebten, nicht mit ab.

» 02.6 Fazit

Dieses Kapitel ermöglicht einen differenzierten Blick auf grundlegende Aspekte der Demografie und der materiellen Lebenslagen der hochaltrigen Bevölkerung in Deutschland. Während für die weit aus meisten eine vergleichsweise gute materielle Absicherung vorherrscht und für die kommenden Kohorten ein Anstieg der Altersarmut zu erwarten ist, so zeigen sich bereits heute strukturelle Ungleichheiten innerhalb der ab 80-jährigen Bevölkerung. Diese bestehen zum einen im Hinblick auf die je resultierenden unterschiedlichen Risiken für gesundheitliche Belastungen wie auch hinsichtlich der einhergehenden Unterschiede bei den Möglichkeiten zu deren Bewältigung bzw. Kompensation. Dieser Befund ist auch von Relevanz im Hinblick auf Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in dieser Altersgruppe.

Die Betrachtung grundlegender demografischer Daten zeigt, dass es sich bei den Ende des Jahres 2020 rund 5,9 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern Deutschlands im Alter von 80 Jahren und mehr um eine heterogene Bevölkerungsgruppe handelte. Frauen stellten rund 62 % der Altersgruppe. Die demografischen Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges mit der hohen Zahl an Todesfällen unter Männern haben sich mittlerweile stark abgeschwächt.

Immer mehr hochaltrige Menschen haben einen Migrationshintergrund – und in der Regel eigene Migrationserfahrung. Mit rund 425.000 Personen betrug der Anteil Hochaltriger mit Migrationshintergrund rund 9 % an allen Hochaltrigen. Das entspricht etwa einem Drittel des altersgruppenübergreifenden Anteils von 26 %. Auch hier ist der Anteil der Frauen größer als der der Männer. Besonders stark vertreten waren (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie Personen, die im Rahmen der Anwerbeabkommen mit südeuropäischen Ländern oder im Zuge des

Familiennachzugs nach Deutschland kamen. Der weit überwiegende Teil der ab 80-Jährigen hatte eine schulische Ausbildung abgeschlossen. Allerdings wies im Jahr 2019 ein gutes Viertel der hochaltrigen Männer und etwa ein Drittel der hochaltrigen Frauen mit Migrationshintergrund keinen in Deutschland anerkannten allgemeinen Schulabschluss auf.

Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung stellten die zentrale Säule des Lebensunterhalts der ab 80-Jährigen dar. Nur 1 % lebte überwiegend von Vermögen oder Erträgen aus Vermietung oder Zinsen. Zwar lagen die durchschnittlich bezogenen Renten in den westdeutschen Bundesländern niedriger als in den ostdeutschen, doch nur in Westdeutschland spielten Leistungen aus anderen Alterssicherungssystemen eine wesentliche zusätzliche Rolle, insbesondere die im Vergleich zur gesetzlichen Altersrente deutlich höheren Einkommen aus der Beamtenversorgung. So lag das durchschnittliche persönliche Netto-Einkommen von 75- bis unter 85-jährigen Männern mit ostdeutschen Renten bei nur rund 75 % dessen, was ihren westdeutschen Altersgenossen zur Verfügung stand – eine Differenz, die sich in den letzten Jahren vergrößert hat. Frauen verfügten in West- und Ostdeutschland über geringere Nettoeinkommen als Männer. Aufgrund der höheren Erwerbsbeteiligung, die in der DDR im Vergleich mit der BRD bestand und der in der BRD größeren Verbreitung einer ausschließlichen Tätigkeit als Hausfrau oder mit sehr niedrigen Gehältern, war der Unterschied bei Frauen in Westdeutschland besonders groß. Noch einmal deutlich geringere durchschnittliche Nettoeinkommen wiesen die hochaltrigen Menschen mit Migrationshintergrund auf. Auch hier stand den Frauen weniger Einkommen zu Verfügung als den Männern, jedoch war der Unterschied weniger ausgeprägt als bei den Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund.

Privates Vermögen ist auch unter den über 80-Jährigen höchst ungleich verteilt. Hohe Vermögenswerte ließen sich in den östlichen Bundesländern kaum

finden, auch Immobilienbesitz ist seltener. Rentnerinnen und Rentner mit Migrationshintergrund verfügten besonders häufig über kein oder nur ein geringes Vermögen. Neben Hochaltrigen mit Migrationshintergrund waren es vor allem Alleinstehende, die ein niedriges Einkommen aufwiesen und von Altersarmut bedroht waren. Hochaltrige Frauen in Einpersonenhaushalten fielen somit deutlich als Risikogruppe für Einkommensarmut auf; zusätzlich erhöht war dies Risiko bei Frauen mit Migrationshintergrund. Hier setzten sich arbeitsmarktinduzierte Ungleichheiten fort, die u. a. in der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Einwanderung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nach Deutschland angelegt wurden. Ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisiko bestand auch für hochaltrige Menschen im strukturschwachen Raum.

Rund 3,2 % der Hochaltrigen bezogen »Grundsicherung im Alter«, in Westdeutschland mehr als in Ostdeutschland. Hochaltrige mit Migrationshintergrund waren aufgrund der geschilderten über Jahrzehnte kumulierten nachteiligen Position am Arbeitsmarkt überdurchschnittlich häufig auf Grundsicherung angewiesen.

Leistungen der Hilfe zur Pflege bezogen im Jahr 2020 3,7 % der ab 80-Jährigen, rund 87 % davon lebten in Einrichtungen der vollstationären Pflege. Damit war etwa ein Drittel der ab 80-Jährigen in Heimen auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen.

Die COVID-Pandemie ging aufgrund der gestiegenen Lebensmittelpreise und anfallenden Mehrausgaben z. B. für FFP2-Masken und Desinfektionsmittel für viele Hochaltrige nicht nur mit gesundheitlichen, sozialen und psychischen (vgl. die entsprechenden Kapitel), sondern auch mit finanziellen Herausforderungen einher. Etwa ein Viertel der ab 80-Jährigen war von einer Verminderung des Haushaltseinkommens betroffen. Besonders schwierig zu bewältigen waren die finanziellen Herausforderungen für armutsgefährdete Personen.

» Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen können das Gefühl von Zugehörigkeit, Stabilität und Sicherheit vermitteln. Sie können Zuwendung, Unterhaltung und Unterstützung bieten, aber auch eine Quelle von Informationen sein. Bis in das hohe Alter ist für die meisten Menschen der Kontakt mit anderen eine wesentliche Quelle von Lebenszufriedenheit und Lebenssinn. Soziale Beziehungen sind eine wichtige Ressource für die Bewältigung psychosozialer und gesundheitlicher Belastungen und für die praktische Unterstützung im Alltag.

Dieses Kapitel widmet sich den sozialen Bezügen älterer Menschen sowie den Folgen der COVID-19-Pandemie auf die sozialen Beziehungen. Dargestellt werden zunächst Familienstand und Haushaltsformen. Anschließend thematisieren wir Formen sozialer (Ein-)Bindung: Was wissen wir über Partnerschaften sowie Familien- und Generationenbeziehungen der Altersgruppe, und was über Beziehungen außerhalb der Familienstrukturen? Und nicht zuletzt geht es um die Frage, wie viele Menschen sich einsam oder (gesellschaftlich) ausgeschlossen fühlen.

Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen, Abstandsregeln, das Tragen von Gesichtsmasken, aber auch das Wegfallen gemeinschaftlicher und kultureller Aktivitäten wie Veranstaltungen, Vereinsleben, Sport oder Restaurantbesuche haben seit Beginn des Jahres 2020 Auswirkungen auf soziale Beziehungen. Seit 2020 wurden zahlreiche Studien zu den Folgen der Pandemie und der begleitenden Maßnahmen auf verschiedene Lebensbereiche durchgeführt. Sie deuten unter anderem darauf hin, dass die meisten hochaltrigen Menschen in ihren sozialen Beziehungen von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen sind (Hansen, Schäfer & Kaspar 2021, S. 3).

Nicht immer liegen (aktuelle) repräsentative Daten darüber vor, wie Hochaltrige ihre sozialen Beziehungen erleben. Wir müssen uns insofern auf Daten stützen, die z. T. im Rahmen altersgruppenübergreifender oder nicht repräsentativer Studien erhoben wurden. In der Zusammenschau der Befunde sowie unter Bezugnahme auf lokal- oder gruppenspezifisch

Familienstand (2020)

80 Jahre und älter	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden
Frauen (deutsche Staatsangehörigkeit)	4,2 %	27,3 %	61,8 %	6,7 %
Frauen (nicht-deutsche Staatsangehörigkeit)	4,6 %	33,0 %	53,7 %	8,6 %
Männer (deutsche Staatsangehörigkeit)	3,2 %	68,0 %	24,3 %	4,5 %
Männer (nicht-deutsche Staatsangehörigkeit)	3,7 %	75,7 %	15,1 %	5,5 %

» Tab. 23: Familienstand, Frauen und Männer, deutsche/nicht-deutsche Staatsangehörigkeit, ab 80 Jahren (in %). Abweichungen zu 100 % sind rundungsbedingt; Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021p. Zugriff am 22.09.2021; Datenlizenz by-2.0 (www.govdate.de/dl-de/by-2-0); Datenbasis: Statistisches Bundesamt (Destatis); Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011; eigene Berechnungen; Darstellung verändert.

differenzierte Erhebungen ist eine Annäherung an die Entwicklungstendenzen der sozialen Beziehungen in das hohe Alter hinein möglich. Allerdings klafft eine erhebliche Forschungslücke bezüglich des Erlebens sozialer Beziehungen seitens der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, sowie allgemein seitens Älterer mit starken gesundheitlichen Einschränkungen.

Anzahl, die Nähe und die Ausgestaltung sozialer Beziehungen aus. Mit dem Älterwerden sind viele dieser sozialen Netzwerke Umbrüchen unterworfen; insbesondere steigt der Anteil verwitweter Menschen mit zunehmendem Alter an. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Während die Mehrheit der ab 80-jährigen Frauen verwitwet ist, sind noch über zwei Drittel der Männer dieser Altersgruppe verheiratet.

Im Einzelnen stellt sich der Familienstand wie folgt dar: Von den am letzten Tag des Jahres 2020 erfassten 2.194.319 Männern²³ im Alter ab 80 Jahren waren 3,2 % ledig, 68,0 % verheiratet, 24,3 % verwitwet und 4,5 % geschieden. Von den 3.653.239 Frauen dieser Altersgruppe waren 4,2 % ledig, 27,3 % verheiratet und 61,8 % verwitwet (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021p). Unter

» 03.1 Lebensformen und Haushalte

Partnerschaften und Ehe, das Zusammenleben mit Kindern oder anderen Personen wirken sich auf die

²³ Es handelt sich hierbei um amtliche Geschlechtszuordnungen. Zu beachten ist, dass diese zu einem gewissen Prozentsatz sowohl in den Ausgangserhebungen als auch in den hochgerechneten Daten der Selbstzuordnung einzelner Personen widersprechen werden. Im Qualitätsbericht des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsfortschreibung heißt es hierzu: »Das Merkmal Geschlecht kann Fälle mit der Ausprägung »unbestimmt« bzw. ab dem Berichtsjahr 2019 »divers« beinhalten. Diese werden nicht gesondert fortgeschrieben, sondern durch ein definiertes Umschlüsselungsverfahren auf männlich und weiblich verteilt. Ein Nachweis des Geschlechts »divers« ist derzeit nicht möglich, da die in den Personenstandregistern erfassten Änderungen des Geschlechts an die Statistik nicht gemeldet werden.« (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021m, S. 6)

Personen in Einpersonenhaushalten (2018)

Altersgruppen	Männlich	Weiblich	Insgesamt
65 bis unter 70 Jahre	19,1 %	29,4 %	24,4 %
70 bis unter 75 Jahre	18,4 %	35,2 %	27,4 %
75 bis unter 80 Jahre	19,4 %	44,8 %	33,4 %
80 bis unter 85 Jahre	22,9 %	57,3 %	42,8 %
85 bis unter 90 Jahre	29,7 %	69,2 %	54,2 %
90+	43,4 %	77,7 %	67,4 %
65+	20,8 %	44,3 %	33,8 %
Bevölkerung insgesamt	20,0 %	21,3 %	20,7 %

» Tab. 24: Anteil der in Privathaushalten lebenden Personen, die in Ein-Personen-Haushalten leben nach Alter, Frauen und Männern, im Jahr 2018 (in %); Quelle: Tesch-Römer und Engstler 2020, S. 3. Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus. Darstellung verändert.

den ab 80-jährigen Männern mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit waren rund drei Viertel verheiratet und damit ein größerer Anteil als bei den Männern deutscher Staatsangehörigkeit. Bei den Frauen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit waren 4,6 % ledig, 33 % verheiratet, 53,7 % verwitwet und 8,6 % geschieden (vgl. Tab. 23 auf Seite 49).

Über alle Altersgruppen sinkt der Anteil verheirateter Paare seit einigen Jahrzehnten, während der Anteil unverheiratet Zusammenlebender zunimmt (Mahne u. a. 2017a, S. 16). Dies betrifft hochaltrige Personen weniger als die nachfolgenden Generationen. Dennoch lebten immerhin 5,8 % der 70- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 in nichtehelicher Partnerschaft; im Jahr 1996 waren es nur 2,3 % (vgl. Engstler & Klaus 2017, S. 206). Der Anteil wird in den kommenden Jahren aufgrund des höheren Anteils nichtehelich verpartnerter Menschen in den nachfolgenden Generationen sicher kontinuierlich ansteigen.

Mit zunehmendem Alter leben mehr Menschen in Ein-Personen-Haushalten, vor allem aufgrund der

Verwitwung. So wohnten in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen 42,8 % in einem Ein-Personen-Haushalt, bei den 85- bis 89-Jährigen waren es über die Hälfte, bei den ab 90-Jährigen rund zwei Drittel (vgl. Tab. 24 auf Seite 50). Da Männer seltener verwitwen, lebten sie auch deutlich seltener in Ein-Personen-Haushalten. Die häufigere Verwitwung von Frauen ist einerseits bedingt durch ihre höhere Lebenserwartung, aber auch dadurch, dass die Mehrzahl der verheirateten Männer eine jüngere Partnerin hatten (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2016, S. 64).

In Mehrpersonenhaushalten lebten insgesamt 57,2 % der 80- bis 84-Jährigen, 45,8 % der 85- bis 89-Jährigen und etwa ein Drittel der ab 90-Jährigen. Die Anteile derjenigen, die mit anderen Generationen im Haushalt lebten, waren relativ gering, stiegen allerdings im höheren Alter wieder an: So lebten 8,6 % der 85- bis unter 90-jährigen und 11,2 % der ab 90-Jährigen mit mindestens einer anderen Generation zusammen (vgl. Tab. 25 auf Seite 51).

» 03.2 Partnerschaft

Für ältere Menschen, die in einer Partnerschaft leben, ist die Partnerin oder der Partner fast immer die wichtigste Bezugs- und Ansprechperson (Höpflinger 2014, S. 5). Im DEAS 2014 bewerteten über 90 % der 70- bis 85-Jährigen ihre Partnerschaft als gut oder sehr gut (GeroStat, zitiert nach Falk u. a. 2019, S. 210). Partnerschaft kann nicht nur verlässliche gegenseitige Unterstützung, Sicherheit und Anteilnahme ermöglichen, sondern auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben: Bekannt ist, dass verheiratete Menschen ein geringeres Sterblichkeitsrisiko als Alleinlebende oder Alleinstehende haben (zusammenfassend RKI 2015, 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).

Während in vielen Partnerschaften der Partner oder die Partnerin wichtigste Ansprechperson und Quelle von Rat und Zuspruch bleibt, können umgekehrt Konflikte und im Extremfall Gewalterfahrungen in der Partnerschaft psychisch wie physisch sehr belastend sein (zusammenfassend Neise & Zank 2019, S. 466 f.). Studienergebnisse legen nahe, dass das Wohlbefinden und die Beziehungsqualität älterer Paare von altersspezifischen Ereignissen stärker beeinflusst wird als von der Dauer der Beziehung. So können sich Gesundheitsprobleme oder Pflegebedürftigkeit negativ auf die Zufriedenheit mit der Beziehung auswirken. Insbesondere die am Partner oder – seltener – an der Partnerin geleistete Pflege oder Hilfeleistung kann mit Belastungen und Konflikten einhergehen (zusammenfassend Klaus & Mahne 2019, S. 359 f.).

Auch ohne Bestehen von Pflegebedarf kann eine Partnerschaft mit Arbeitsbelastungen einhergehen: So wird die Hausarbeit überwiegend von Frauen erledigt (Klaus & Mahne 2019, S. 360). Dabei ist die Arbeitsteilung in den neuen Bundesländern über

Personen in Mehrpersonenhaushalten (2018)

Altersgruppen	Mehrpersonen-Haushalte	Haushalte mit mindestens 2 Generationen
65 bis unter 70 Jahre	75,6 %	10,4 %
70 bis unter 75 Jahre	72,6 %	7,4 %
75 bis unter 80 Jahre	66,6 %	6,1 %
80 bis unter 85 Jahre	57,2 %	6,5 %
85 bis unter 90 Jahre	45,8 %	8,6 %
90+	32,5 %	11,2 %
65+	66,2 %	8,0 %
Bevölkerung insgesamt	79,3 %	48,5 %

» Tab. 25: Anteil der in Privathaushalten lebenden Personen, die in Mehr-Personen-Haushalten und in Mehr-Generationen-Haushalten leben, nach Alter, im Jahr 2018 (in %); Quelle: Tesch-Römer und Engstler 2020, S. 2. Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus. Darstellung verändert.

Aufteilung der Hausarbeit (2014)

Hausarbeit wird geleistet durch	2014			
	West	Ost	Gesamt	
55 bis 69 Jahre	Überwiegend die Frau	60,1 %	53,6 %	58,8 %
	Beide gleich	33,4 %	41,2 %	34,8 %
	Überwiegend der Mann	6,2 %	4,9 %	5,9 %
	Überwiegend Andere	0,4 %	0,4 %	0,4 %
70 bis 85 Jahre	Überwiegend die Frau	64,0 %	59,5 %	63,1 %
	Beide gleich	30,1 %	34,3 %	30,9 %
	Überwiegend der Mann	4,5 %	4,8 %	4,6 %
	Überwiegend Andere	1,4 %	1,3 %	1,4 %

» Tab. 26: Beteiligung an der Hausarbeit nach Altersgruppen und Region im Jahr 2014 in %. Quelle: Mahne u. a. 2017b, Tabellenanhang A 13-4; Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2014; Darstellung auszugsweise und verändert.

alle Altersgruppen betrachtet etwas ausgeglichener als in den alten Bundesländern: Während 53,2 % der Frauen in den neuen Bundesländern überwiegend für die Hausarbeit zuständig sind, sind es in den alten Bundesländern 62,8 % (vgl. Engstler & Klaus 2017, S. 209). In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen fällt dieser Unterschied jedoch geringer aus (vgl. Tab. 26 auf Seite 52).

Gefragt nach der Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit, äußerten Männer größere Zufriedenheit als Frauen (Mahne u. a. 2017b, S. 40, Tabelle A 13-5). Etwa zwei Drittel der 70- bis 85-jährigen Männer waren sehr zufrieden. Während nur rund 6 % der Männer mit der Aufteilung weniger zufrieden waren, äußerte rund jede fünfte Frau Unzufriedenheit mit dieser Aufteilung (ebd.).

Das Leben in Partnerschaft wird mit höherem Lebensalter insbesondere für Frauen seltener, weil sie in der Regel, nach meist Jahrzehnten gemeinsamer Lebensgestaltung, den Tod ihres Lebensgefährten erleben. Die Verwitwung bzw. der Verlust der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners ist ein

einschneidendes und belastendes Ereignis, das mit starken Veränderungen einhergeht: Nicht nur eine häufig langjährige Beziehung, auch der gemeinsame Alltag mit vertrauten Routinen geht verloren. Viele Bereiche des Lebens müssen neu organisiert werden.

Verwitwung kann sich nicht nur negativ auf die psychische Verfassung, sondern auch auf die körperliche Gesundheit auswirken (Franke u. a. 2017, S. 81). Negative Auswirkungen einer Verwitwung wie Gefühle der Einsamkeit und depressive Phasen verringern sich jedoch im Laufe der Zeit. In Längsschnittstudien zeigte sich, dass die Anzahl enger sozialer Kontakte sowie die erhaltene Unterstützung nach der Verwitwung zunehmen oder stabil bleiben. So wenden sich Verwitwete an nahestehende Menschen wie Kinder oder Geschwister und mittel- oder langfristig auch an (alte und neue) Freundinnen und Freunde oder entferntere Verwandte, um die fehlende Beziehung auszugleichen (zusammenfassend Klaus & Mahne 2019, S. 362). Ein Anstieg von sozialen Kontakten und erhaltener

Unterstützung ist jedoch oft nur vorübergehend und fällt einige Jahre nach der Verwitwung meist wieder auf das Niveau vor der Verwitwung zurück (ebd.).

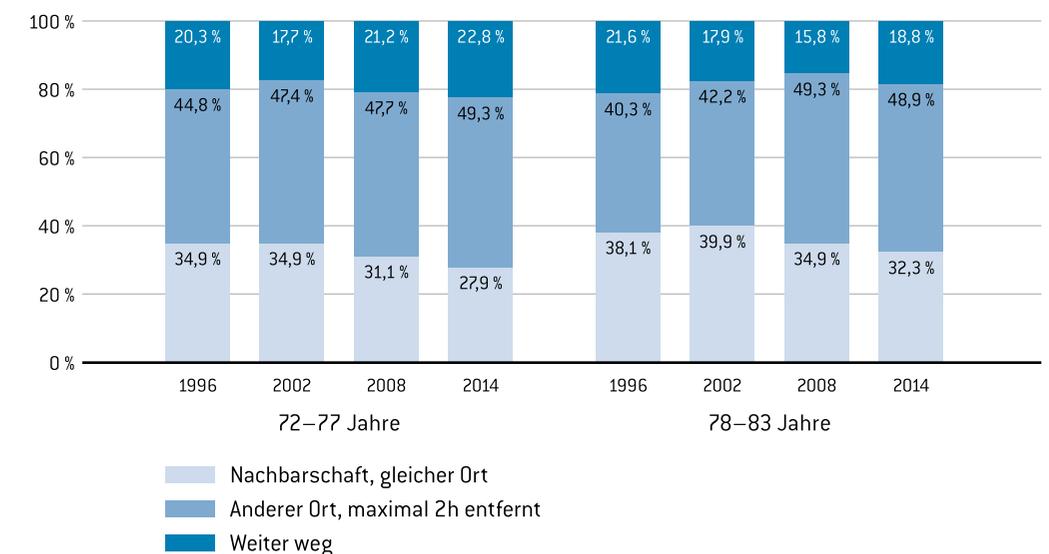
Alltag erleichtern und bereichern. Im DEAS wurde die Bewertung der Familienbeziehungen erhoben. Diese stellte sich über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte als stabil und hoch heraus: Mehr als drei Viertel der 40- bis 85-Jährigen beurteilten ihre Familienbeziehungen als gut oder sehr gut (Mahne & Huxhold 2017, S. 226).

Eigene Kinder hatten laut Erhebungen des DEAS (2014) etwa 90 % der 78- bis 83-Jährigen (Mahne & Huxhold 2017, S. 220). Wie weit die Kinder entfernt wohnen, hat Auswirkungen auf die Gestaltung der Beziehung, beispielsweise auf die Möglichkeiten zum persönlichen Austausch oder zur gegenseitigen Unterstützung. In der Altersgruppe der 78- bis 83-Jährigen lebte im Jahr 2014 rund ein Drittel der Kinder in der Nachbarschaft oder im gleichen Ort,

» 03.3 Familien- und Generationenbeziehungen

Neben Partnerschaften sind Kinder und Enkel wichtige und sinnstiftende soziale Kontakte älterer Menschen. Der Austausch von emotionaler, praktischer oder finanzieller Unterstützung kann den

Wohnentfernung zu erwachsenen Kindern (1996 bis 2014)



» Abb. 4: Wohnentfernung zu den erwachsenen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts (gemittelt) nach Alter in den Jahren 1996, 2002, 2008, 2014 (in %); Quelle: Mahne und Huxhold 2017, S. 224. Datenbasis: DEAS 1996, 2002, 2008, 2014. Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Darstellung verändert.

etwa die Hälfte lebte in einem anderen, maximal in zwei Stunden erreichbaren Ort und rund 19 % weiter weg (vgl. Abb. 4 auf Seite 53).

Im DEAS berichteten rund 80 % der 70- bis 85-Jährigen über einen mindestens wöchentlichen (persönlichen, telefonischen oder ähnlichen) Kontakt zu ihren erwachsenen Kindern, rund 12 % über mindestens monatlichen Kontakt. 8 % der Befragten gaben jedoch an, seltener als einmal im Monat Kontakt zu ihren Kindern zu haben (Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 14-4, S. 47). Die Mehrheit der Befragten, nämlich fast 90 % der 70- bis 85-Jährigen, bezeichneten die Beziehung zu ihren Kindern als eng, rund 8 % als mittel (Mahne u. a. 2017b, Tabelle A 14-5, S. 48).

Im DEAS werden auch Unterstützungsleistungen zwischen Eltern, ihren erwachsenen Kindern sowie Enkeln erfasst. Unterschieden werden materielle Unterstützungsleistungen, d. h. Geld- und Sachgeschenke sowie instrumentelle Unterstützung in Form von Hilfsleistungen im Haushalt in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (Klaus & Mahne 2017, S. 249 f.).

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 (ebd., S. 250). In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen erhielten 11,7 % im Jahr 2014 instrumentelle Unterstützung von ihren Kindern und 2,6 % von ihren Enkeln. Dies waren deutlich weniger als im Vergleichsjahr 1996, in dem ein knappes Fünftel von den Kindern und 6,5 % von den Enkeln unterstützt wurde (vgl. Abb. 5 auf Seite 55). Klaus und Mahne führen dies u. a. auf die zunehmende Wohnentfernung zwischen den Generationen und auf eine geringere Zahl von Kindern und Enkeln pro Person zurück (Klaus & Mahne 2017, S. 251).

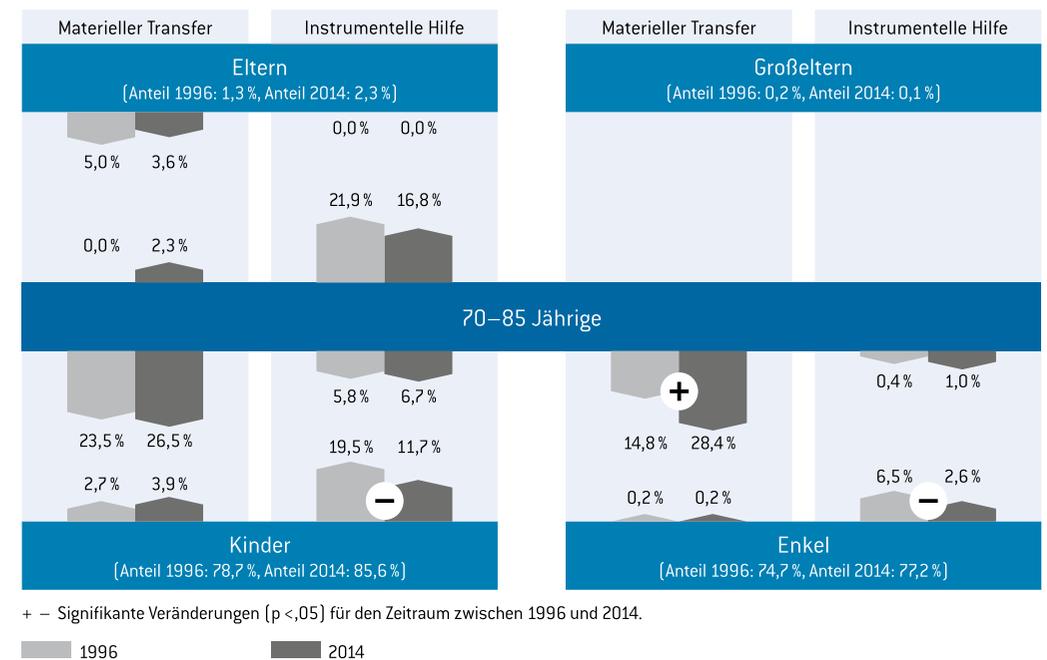
Ob ältere Menschen Unterstützung von ihren Kindern erhalten, hängt zudem von verschiedenen weiteren Faktoren ab. Von Bedeutung scheinen – neben der Gelegenheitsstruktur, z. B. räumliche Nähe (Wohnentfernung) und die Bedürftigkeit der Eltern – die emotionale Verbundenheit und Beziehungsqualität, die Stärke der empfundenen Verpflichtung und die langfristig empfundene Reziprozität zu sein (vgl. zusammenfassend Klaus & Mahne 2019, S. 365 f.).

Eigene Kinder unterstützte rund ein Viertel der 70- bis 85-Jährigen materiell, 28,4 % leisteten materielle Unterstützung an ihre Enkelkinder. Nur ein kleiner Teil der 70- bis 85-Jährigen erhielt dagegen materielle Unterstützung von Kindern und Enkeln (vgl. Abb. 5 auf Seite 55).

Wie Kinder haben auch Enkelkinder eine wichtige Bedeutung für ältere Menschen: Sie können als Sinnbild für das Eingebundensein in eine Generationenfolge gelten und verbinden die familiäre Zukunft, die ein alter Mensch nicht mehr miterleben wird, mit der biographischen Gegenwart und Vergangenheit. Ältere Menschen tradieren das »familiale Gedächtnis«, und der Umgang mit den Enkelkindern ermöglicht es ihnen, an frühere Erfahrungen – aus der eigenen Kindheit wie der eigenen Elternschaft – anzuknüpfen (Höpflinger 2014, S. 9). Die erlebte Teilhabe an Prozessen der »Generativität« und eines wechselseitigen »Generationenlernens« (Lüscher & Liegle 2003) kann von großer sinnstiftender Bedeutung sein.

Ein Großteil, nämlich rund 80 % der 78- bis 83-Jährigen haben Enkel (Mahne & Huxhold 2017, S. 221). Im DEAS werden Menschen der zweiten Lebenshälfte gefragt, ob sie Enkel haben, ob sie diese betreuen und wenn ja, wie viele Stunden sie dafür aufwenden (Bünning u. a. 2021, S. 9). Dabei zeigt sich im Verlauf der sechs Erhebungswellen des DEAS, dass Frauen früher im Leben und häufiger Enkel betreuen als Männer (Klaus & Vogel 2019,

Empfangene und erhaltene materielle und instrumentelle Unterstützung (1996 bis 2014)



» Abb. 5: Materielle und instrumentelle Unterstützung zwischen den Generationen der 70- bis 85-Jährigen in den Jahren 1996 und 2014; Quelle: Klaus und Mahne 2017, S. 253; Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Datenbasis: DZA, Deutscher Alterssurvey (DEAS) 1996, 2014; Darstellung verändert.

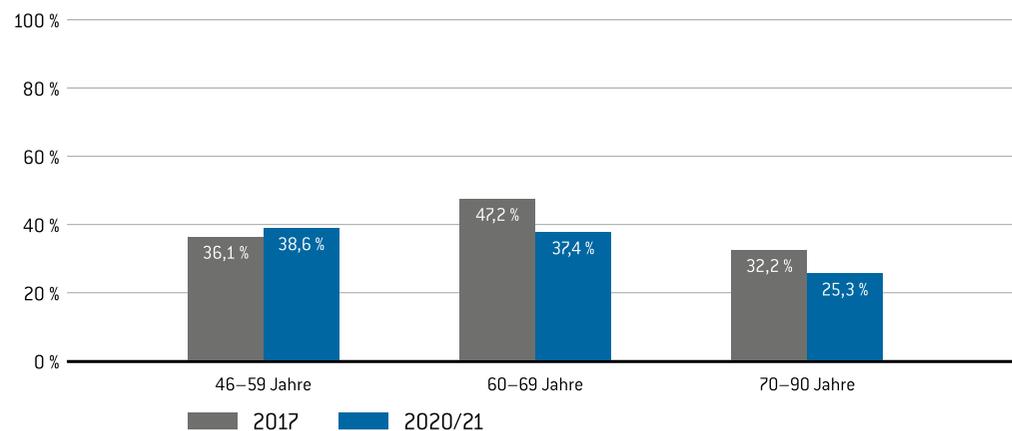
S. 97). Ein Vergleich der verschiedenen Kohorten ergibt, dass die Enkelbetreuung zunehmend im höheren Alter übernommen wird (ebd., S. 97 ff.). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Familiengründung der nachfolgenden Generationen durchschnittlich später erfolgt als die früherer Kohorten (ebd., S. 107).

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie wurden die Studienergebnisse des Jahres 2017 mit denen des Jahres 2020/2021 (Befragungszeitraum: November 2020 bis März 2021) verglichen

(Bünning u. a. 2021, S. 9). Dabei wurde der Frage nachgegangen, ob sich das Ausmaß der Enkelbetreuung während der Pandemie verändert hat und falls ja, ob ein hohes Alter, Risikofaktoren für eine schwere COVID-19-Erkrankung oder die Wohnentfernung dabei eine besondere Rolle spielten.

Rund ein Drittel der 70- bis 90-Jährigen, die Enkel hatten, betreuten diese im Jahr 2017. Im Jahr 2020/21 ging der Anteil derjenigen, die ihre Enkel betreuten, auf ein Viertel zurück (vgl. Abb. 6 auf Seite 56). Dieser Rückgang war jedoch nicht sta-

Betreuung von Enkelkindern (2017 und 2020/2021)



» Abb. 6: Betreuungsquote (Personen, die Enkel im Alter unter 14 Jahren haben und diese betreuen) [in %] nach Erhebungsjahr und Altersgruppen in den Jahren 2017 und 2020/2021; Quelle: Bünning u. a. 2021, S. 12. Datenbasis: DEAS 2017 (n=2.531), 2020/21 (n=2.070), gewichtet, gerundete Angaben. Darstellung verändert.

tistisch signifikant im Gegensatz zu dem Rückgang in der darunter liegenden Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen (Bünning u. a. 2021, S. 11 f.).

Kinderbetreuung ist häufig eine Voraussetzung für die elterliche Erwerbstätigkeit. Damit leisten Großeltern einen relevanten gesamtgesellschaftlichen Beitrag: Bünning u. a. haben die wirtschaftliche Wertschöpfung der großelterlichen Enkelbetreuung für das Jahr 2020 auf der Basis von Schätzungen hochgerechnet und beziffern den Betrag auf 16 bis 18 Milliarden Euro (0,5 % des Bruttoinlandsproduktes) (2021, S. 11).

Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Enkelbetreuung zwischen Großmüttern und Großvätern haben sich in den Jahren 2020/21 stärker angeglichen, während im Jahr 2017 Frauen noch deutlich häufiger ihre Enkel betreuten als Männer (Bünning u. a. 2021, S. 12). Bedeutsame Unterschiede nach Bildungsgruppen zeigen sich bezüglich der

Enkelbetreuung nicht (Bünning u. a. 2021, S. 13). Dagegen hat die Wohnentfernung erwartungsgemäß einen Einfluss auf die Enkelbetreuung: Großeltern, deren Enkel weiter entfernt leben, betreuen diese nicht so häufig wie im gleichen Ort lebende Großeltern. Dieser Unterschied hatte sich während der COVID-19-Pandemie verstärkt (ebd., S. 16).

Bestimmte Erkrankungen gelten als Risikofaktoren für einen schweren COVID-19-Verlauf. Daher wurden für die Betrachtung der Auswirkungen von Risikofaktoren auf die Enkelbetreuung Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Krebs, Diabetes sowie starkes Übergewicht erhoben. Im Ergebnis zeigte sich, dass die vorhandenen Risikofaktoren mit Ausnahme des Übergewichts nicht dazu führten, dass Enkel seltener von ihren Großeltern betreut wurden. Insbesondere bei Personen mit Herzschwäche und Krebs blieben die Betreuungsquoten stabiler als

bei Personen ohne diese Erkrankungen (Bünning u. a. 2021, S. 15). Andere Studien berichten dagegen, dass Menschen mit Vorerkrankungen stärker auf Vorsichtsmaßnahmen wie Kontaktbeschränkungen achteten als Menschen ohne Vorerkrankungen (zusammenfassend ebd.).

Die Gründe für die geringen Auswirkungen der Pandemie auf die Enkelbetreuung, die im DEAS aufgezeigt werden, bleiben unklar. Denkbar wäre, dass die Großeltern nicht auf den Enkelkontakt verzichten wollten, dass die Eltern der Enkel sehr auf die Betreuung angewiesen waren oder dass die bestehende Erkrankung nicht als großes Risiko wahrgenommen wurde (ebd., S. 16 und S. 18). Die Gefährdung durch die Erkrankung wurde aber nicht zuletzt durch COVID-19-Fälle im familiären Umfeld deutlich: In einer während der COVID-19-Pandemie (November 2020 bis April 2021) durchgeführten Befragung berichteten 12,6 % der ab 80-Jährigen von COVID-19-Erkrankungen im familiären Umfeld und 1,7 % davon, dass jemand im familiären Umfeld an der Erkrankung gestorben sei (Hansen, Schäfer & Kaspar 2021, S. 10).

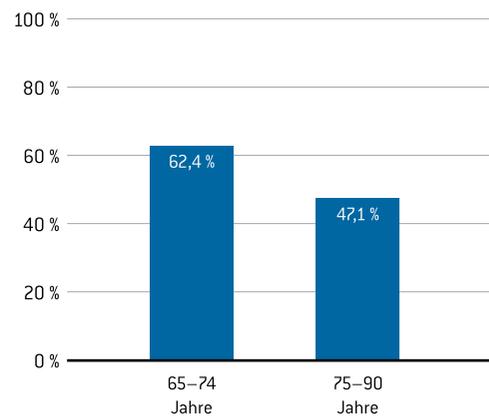
Nicht zuletzt sollen die Geschwisterbeziehungen hochaltriger Menschen betrachtet werden: Diese zählen zu den längsten möglichen Beziehungen und können auch im Alter noch von großer Bedeutung sein. Im höheren Alter verringert sich zwar der Anteil derer, die (lebende) Geschwister haben, jedoch hatten immer noch knapp zwei Drittel der 80- bis 90-Jährigen Geschwister (Engstler & Klaus 2020, S. 2). Davon hatte ein knappes Drittel ein Geschwisteranteil, 18 % zwei und 15 % drei Geschwister (vgl. Tab. 64 auf Seite 217). Etwa bei einem Drittel der 80- bis 90-Jährigen, die Geschwister hatten, zählten diese zum engeren persönlichen Netzwerk. Die Wohnentfernung spielt dabei eine wichtige Rolle: Wenn Geschwister zum engeren Netzwerk gehören, wohnen sie meist in der näheren Umgebung. Im selben Haushalt oder in der

Nachbarschaft wohnten jeweils 4 % der Geschwister der 80- bis 90-Jährigen. Ein Viertel wohnte im gleichen Ort, 44 % im Umkreis von zwei Stunden. Weiter entfernt wohnte ein knappes Drittel (vgl. Tab. 65 auf Seite 217). Mit Geschwistern, die zum engeren Netzwerk gehören, hatten 80 % täglich oder mindestens einmal die Woche Kontakt (Engstler & Klaus 2020, S. 3). Entsprechend hoch war auch die emotionale Verbundenheit mit Geschwistern im engeren Netzwerk: Die Hälfte der 80- bis 90-Jährigen fühlte sich sehr eng verbunden, rund 40 % fühlten sich eng verbunden (ebd. S. 4). Ratschläge und Trost erhielten rund 20 % von ihren Geschwistern. Gegenseitige praktische oder materielle Unterstützung war dagegen von untergeordneter Bedeutung: Nur 2 % der 60- bis 90-Jährigen gaben an, dass sie Hilfe im Haushalt von ihren Geschwistern erhielten, nur 1 % erhielt größere Geschenke oder finanzielle Leistungen (ebd.).

» 03.4 Soziale Netzwerke und außerfamiliäre Beziehungen

Soziale Beziehungen haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Zahlreichen Studien zufolge führte dies jedoch nicht zu einer Verkleinerung sozialer Netzwerke oder zur Zunahme von Einsamkeit und Isolation (Huxhold & Engstler 2019, S. 85; Hahmann 2018, S. 17). Vermutete negative Auswirkungen von Kinderlosigkeit, höheren Trennungsraten, größeren Wohnentfernungen zwischen Eltern und erwachsenen Kindern werden wahrscheinlich durch eine größere Bedeutung von Freundschaften und bessere Kommunikationsmöglichkeiten ausgeglichen (Huxhold & Engstler 2019, S. 85).

Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden (2017)



» Abb. 7: Anteile der Personen zwischen 65 und 90 Jahren, die regelmäßig Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden unternehmen im Jahr 2017 [in %]; Quelle: Huxhold, Engstler & Klaus 2020, S. 4, Datenbasis: DEAS 2017 (n=3.760), gewichtete Ergebnisse. Darstellung verändert.

Allerdings berichtete nur etwa die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen von mindestens einer Person außerhalb der Familie, mit der sie befreundet ist (Mahne u. a. 2017b, Tabelle A17-5). Dabei geben Frauen etwas häufiger enge Freundschaften an als Männer (ebd.). Im höheren Alter ist der Anteil derjenigen, die Freundinnen und Freunde im engen Netzwerk haben, insgesamt kleiner als in den darunterliegenden Altersgruppen. Dies kann unter anderem darin begründet liegen, dass Personen im nahen Umfeld versterben. Ein anderer Ansatzpunkt ist die »Sozioemotionale Selektivitätstheorie« (Carstensen 2006) die davon ausgeht, dass vor dem Hintergrund einer begrenzten Lebenszeit das Erleben positiver Gefühle und Wohlbefinden an Bedeutung gewinnt. Dies kann auch die emotionale Qualität sozialer Beziehungen betreffen: Ältere Menschen haben dieser Theorie zufolge im Vergleich zu

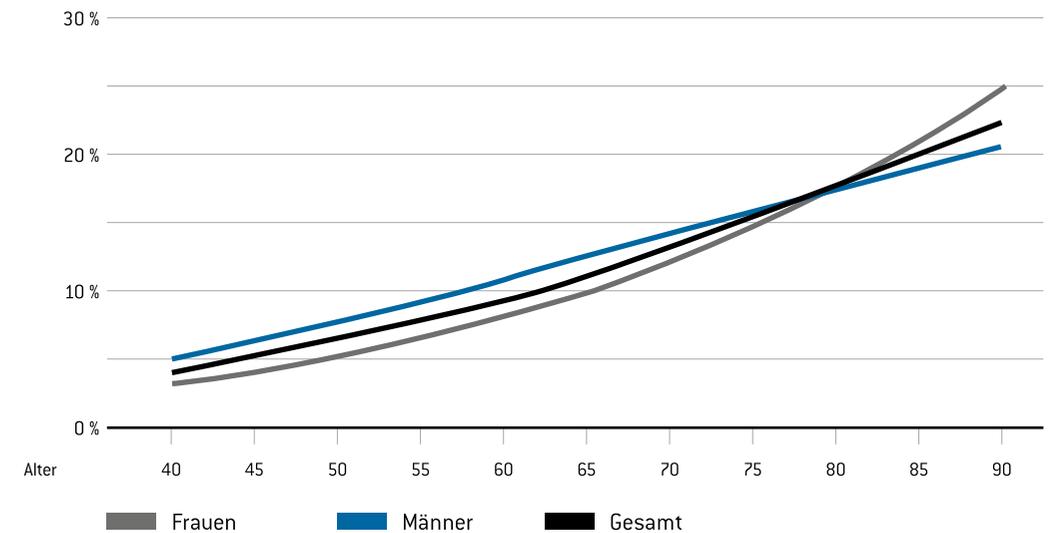
jüngeren Menschen weniger, aber stabilere Beziehungen, die emotional bedeutsamer sind (ebd.).

Enge Beziehungen und Freundschaften sind wichtig für soziale Aktivitäten und die emotionale Unterstützung. Sie können eine bedeutsame Ressource für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse sein. Insbesondere im Falle einer Verwitwung können Freundinnen und Freunde eine wichtige Rolle spielen, z. B. bei der Begleitung der Trauer oder auch längerfristig bei Aktivitäten wie gemeinsamen Urlauben oder einer Unterstützung im Krankheitsfall (zusammenfassend Hahmann 2018, S. 8 f.).

Aktivitäten gemeinsam mit anderen zu unternehmen, kann zur Lebenszufriedenheit beitragen und zudem negative Gefühle wie Angst oder Trauer verringern (Huxhold, Miche & Schüz 2014). Im Deutschen Alterssurvey wurden verschiedene Aktivitäten in den letzten 12 Monaten erfragt, z. B. spazieren gehen, Sport treiben, künstlerisch tätig sein, kulturelle Veranstaltungen besuchen, Sportveranstaltungen besuchen, Gesellschaftsspiele spielen, Kurse und Vorträge besuchen. Des Weiteren sollten die Befragten angeben, ob sie diese Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden oder im Verein ausüben (Huxhold, Engstler & Klaus 2020, S. 4). Fast die Hälfte der 75- bis 90-Jährigen gab an, regelmäßig Aktivitäten mit anderen zu unternehmen (vgl. Abb. 7 auf Seite 58).

Solche gemeinsamen Aktivitäten waren aufgrund der Kontaktbeschränkung während der COVID-19-Pandemie nicht oder nur eingeschränkt möglich. Dadurch konnte sich u. U. das Einsamkeitsrisiko insbesondere bei Alleinlebenden erhöhen. In der Ceres-Studie, die die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in einer Befragung zwischen November 2020 und April 2021 untersuchte, berichteten gut zwei Drittel der ab 80-jährigen Befragten, dass sie von Kontakt- und Besuchsverboten betroffen waren (Hansen, Schäfer & Kaspar 2021, S. 12).

Soziale Isolation (1996 bis 2017)



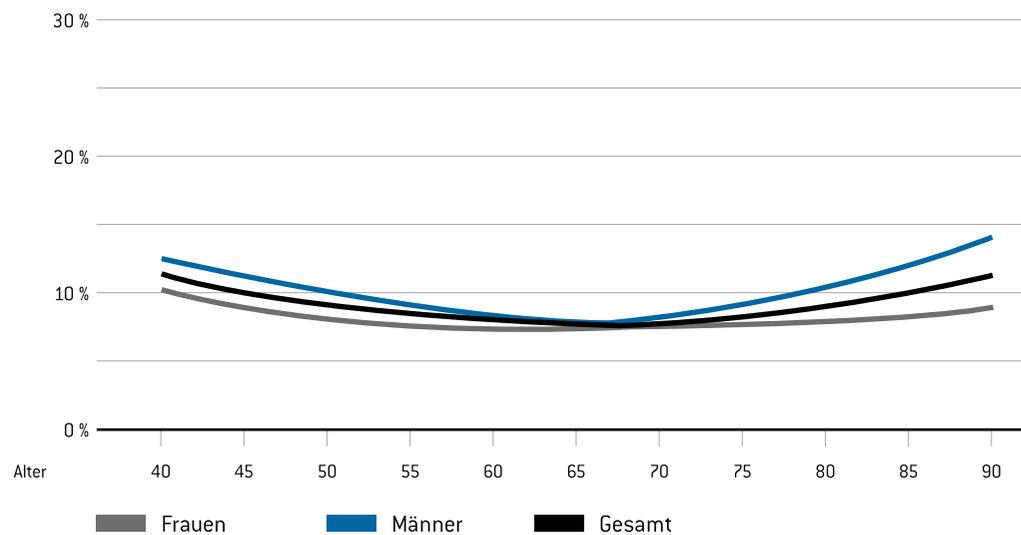
» Abb. 8: Risiko sozialer Isolation bei Frauen und Männern im Altersverlauf [in %]; Quelle: Huxhold und Engstler 2019, S. 77. Datenbasis: DEAS 1996–2017 (n=19.969 Studienteilnehmende mit insgesamt n=39.186 Beobachtungen); Lizenz: CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Hochaltrige Menschen waren nicht nur von Kontakt- und Besuchsbeschränkungen betroffen: Ein Viertel der über 80-jährigen Befragten gab an, dass Menschen in ihrem sozialen Umfeld, also in der Familie oder im Bekannten- bzw. Freundeskreis, an COVID-19 erkrankt (18,2 %) oder verstorben waren (7,5 %). Bei ausschließlicher Betrachtung des Freundes- und Bekanntenkreises berichtete jede bzw. jeder Zehnte von Erkrankungen, während 6 % Verstorbene im Bekannten- und Freundeskreis zu beklagen hatten (Hansen, Schäfer & Kaspar 2021, S. 10).

» 03.5 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 & Huxhold 2017, S. 274). Einsamkeit kann sich negativ auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirken (Hawkey & Cacioppo 2010). Die Wahrnehmung von Einsamkeit muss nicht unmittelbar mit der Anzahl der sozialen Beziehungen zusammenhängen. Einsamkeit kann wahrgenommen werden, obwohl das soziale Netz-

Einsamkeitsrisiko im Altersverlauf (1996 bis 2017)



» Abb. 9: Einsamkeitsrisiko bei Frauen und Männern im Altersverlauf (in %); Quelle: Huxhold und Engstler 2019, S. 81. Datenbasis: DEAS 1996–2017 (n=16.151 Studienteilnehmende mit insgesamt n=31.532 Beobachtungen); Lizenz: CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

werk groß ist. Trotzdem trifft das Empfinden von Einsamkeit häufig auf einen gleichzeitigen Mangel an sozialen Beziehungen.

Im DEAS werden Einsamkeit und soziale Isolation voneinander unterschieden. Soziale Isolation bezeichnet dabei im Gegensatz zu Einsamkeit mangelnde Kontakte zu anderen Menschen (Huxhold & Engstler 2019, S. 72). Menschen mit wenigen Kontakten müssen sich nicht zwangsläufig einsam fühlen (ebd.). Soziale Isolation wird im DEAS mit der Frage nach der Größe des sozialen Netzwerkes erhoben. Wenn zu keiner oder nur zu einer Person regelmäßig Kontakt besteht, wird dies als soziale Isolation gewertet (ebd., S. 75). Abb. 8 auf Seite 59 verdeutlicht einen Anstieg des Risikos sozialer Isolation mit zunehmendem Alter. 90-Jährige haben ein Risiko von etwa 22 %, sozial isoliert zu

sein. Männer haben im mittleren Alter ein höheres Risiko für soziale Isolation als Frauen. Auch wenn in Abb. 8 die Kurve für Frauen stärker ansteigt, unterscheiden sich Frauen und Männer ab 75 Jahren nicht mehr statistisch bedeutsam hinsichtlich ihres Isolationsrisikos (ebd., S. 78).

Einsamkeit wird mittels einer Einsamkeitsskala erhoben, die sechs Aussagen wie: »Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohlfühle« oder »Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann« umfasst, denen die Befragten zustimmen oder die sie verneinen können (vgl. Huxhold & Tesch-Römer 2021, S. 7). Abb. 9 auf Seite 60 stellt das Einsamkeitsrisiko für Frauen und Männer im Altersverlauf dar. Dabei verläuft das Einsamkeitsrisiko u-förmig und unterscheidet sich damit vom Isolationsrisiko. Das Einsamkeitsrisiko

ist im Alter von 40 Jahren höher als im Alter von 70 Jahren und steigt mit zunehmendem Alter wieder an. Während Männer im mittleren Alter einsamer als Frauen sind, kehrt sich dies mit zunehmendem Alter um. Im höheren Alter sind Frauen einsamer als Männer (Huxhold & Engstler 2019, S. 79). Bei 90-Jährigen liegt das Einsamkeitsrisiko (im Durchschnitt aller vier Erhebungen) für Frauen bei 14 % und für Männer bei ca. 9 % (Durchschnitt: 11 %) (ebd. 2019, S. 81).

Bei Betrachtung der verschiedenen Kohorten zeigt sich, dass das Risiko für Einsamkeit in den später geborenen Kohorten weniger stark mit dem Lebensalter zusammenhängt als in den früher geborenen Kohorten (1930–1939) und voraussichtlich im höheren Alter schwächer ausfallen wird (Huxhold & Engstler 2019, S. 81 f. und S. 84). Auch das Risiko, sozial isoliert zu sein, steigt in später geborenen Kohorten (1940–1949, 1950–1959) weniger stark an im Vergleich zu früher geborenen Jahrgängen (1930–1939) (ebd. S. 78 f.) (vgl. Abb. 72 auf Seite 244).

Die Mehrheit der Hochaltrigen fühlt sich nicht sozial isoliert oder einsam. Im Jahr 2017 war das Einsamkeitsrisiko in der Altersgruppe der 76- bis 90-Jährigen sogar statistisch bedeutsam niedriger als das der 46- bis 55-Jährigen (Huxhold & Tesch-Römer 2021, S. 9).

Im DEAS wurde neben der Einsamkeit auch nach dem Gefühl der gesellschaftlichen Ausgeschlossenheit gefragt.²⁴ 7 % der 70- bis 85-Jährigen gaben an, sich gesellschaftlich ausgeschlossen zu fühlen (Böger, Wetzel & Huxhold 2017, S. 280). Bei Betrachtung aller befragten 40- bis 85-Jährigen zeigte sich, dass diejenigen, die über ein niedriges Bildungsniveau und ein geringes Einkommen

verfügten, häufiger ein Gefühl der Exklusion angaben (ebd.). Weiterhin gaben Menschen, die sich gesellschaftlich ausgeschlossen fühlen, auch deutlich 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 oder soziale Beziehungen zu pflegen. Andersherum können sich die wahrgenommene gesellschaftliche Ausgeschlossenheit und Einsamkeit negativ auf die Gesundheit und auf das Wohlbefinden auswirken (vgl. Hawkey & Cacioppo 2010).

» 03.6 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Maßnahmen im Umgang mit der COVID-19-Pandemie wie Kontaktbeschränkungen, Abstandsregeln und das Tragen von Gesichtsmasken hatten und haben Auswirkungen auf soziale Beziehungen. Der Frage, ob die Pandemie mit einer erhöhten Einsamkeit insbesondere für ältere Menschen einhergeht, wurde ebenfalls im Rahmen des DEAS nachgegangen. Dabei wurde Einsamkeit bei Menschen der zweiten Lebenshälfte im Sommer 2020 erhoben und mit vorherigen Erhebungen aus den Jahren 2014 und 2017 verglichen (Huxhold & Tesch-Römer 2021, S. 4).

Im Ergebnis zeigte der Vergleich zwischen den drei Erhebungszeitpunkten, dass das Einsam-

²⁴ Mit insgesamt vier Fragen wurde die Zustimmung zu Aussagen wie: »Ich habe das Gefühl, gar nicht richtig zur Gesellschaft zu gehören«, »Ich habe das Gefühl, im Grunde gesellschaftlich überflüssig zu sein« erfragt (Böger, Wetzel & Huxhold 2017, S. 276).

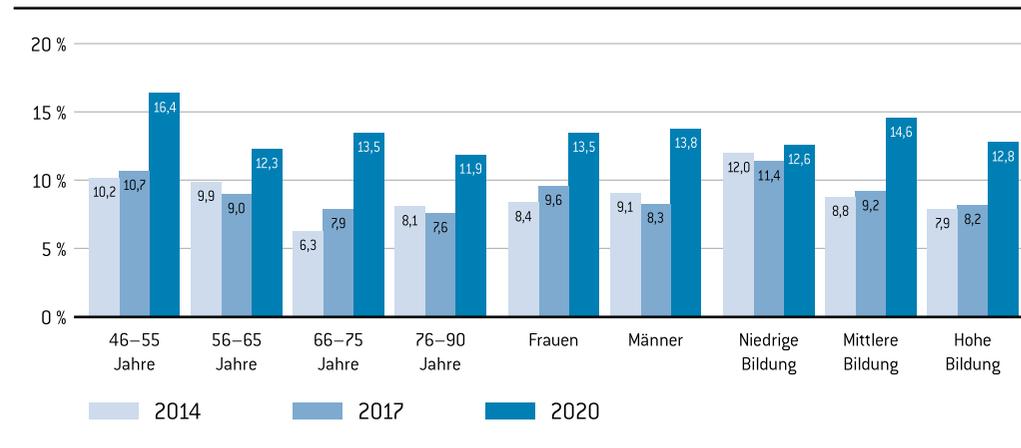
keitsrisiko insgesamt von rund 9 % (2014, 2017) auf 13,7 % im Jahr 2020 statistisch bedeutsam gestiegen ist. Dieser Anstieg lässt sich in allen betrachteten Altersgruppen in ähnlicher Weise feststellen (ebd. S. 9). In der Altersgruppe der 76- bis 90-Jährigen betrug das Einsamkeitsrisiko in den Jahren 2014 und 2017 um die 8 % und im Jahr 2020 knapp 12 % (vgl. Abb. 10 auf Seite 62). Damit fiel der Anstieg des Einsamkeitsrisikos im Jahr 2020 in der ältesten Altersgruppe nicht höher aus als in den jüngeren Altersgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Befragung nur Menschen in Privathaushalten einbezog und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner (in der Regel) nicht mit erfasst wurden (Huxhold & Tesch-Römer 2021, S. 13).

Der Anstieg der Einsamkeitsrisikos unterscheidet sich nicht zwischen Frauen und Männern oder nach Bildungsgruppen. Auch in Hinblick auf die Wohnsituation oder eine vorhandene Partnerschaft lassen sich keine Unterschiede hinsichtlich eines pandemiebedingten Anstiegs des Einsamkeits-

risikos feststellen. Zwar haben Menschen, die in Partnerschaft leben, nicht allein wohnen oder einen engen Kontakt zur Nachbarschaft haben, insgesamt ein geringeres Risiko, sich einsam zu fühlen als Personen, auf die dies alles nicht zutrifft (ebd., S. 11). In allen Gruppen stieg jedoch im Jahr 2020 das Einsamkeitsrisiko in gleichem Maße an. Die Pandemie wirkte sich damit in Hinblick auf das Einsamkeitserleben auf alle Befragten gleich aus (ebd., S. 13).

Einige Befunde zur Nutzung von digitaler Technik weisen darauf hin, dass die Nutzung von Internet, Computern, E-Mail oder Mobiltelefonen mit einer Reduktion von Einsamkeit und geringeren depressiven Symptomen älterer Menschen verbunden ist (zusammenfassend Kamin 2020, S. 10). Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie haben die Möglichkeiten, digitale Technik zu nutzen, zusätzlich an Bedeutung gewonnen (vgl. dazu auch Kapitel 6.3 auf Seite 173).

Einsamkeitsrisiko nach Altersgruppen (2014 bis 2020)



» Abb. 10: Einsamkeitsrisiko nach Erhebungsjahr nach Altersgruppen, Geschlecht und Bildungsstand in den Jahren 2014, 2017 und 2020 (in %); Quelle: Huxhold und Tesch-Römer 2021, S. 10; Datenbasis DEAS 2014 (N=7.517), 2017 (N=5.434); 2020 (N=4.609), gewichtete Analysen, gerundete Angaben. Darstellung verändert.

» 03.7 Fazit

In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen sind soziale Beziehungen einerseits einem Wandel unterworfen und stellen andererseits ihre Stabilität unter Beweis. Insbesondere steigt der Anteil verwitweter Menschen mit zunehmendem Alter an, wobei Frauen deutlich häufiger als Männer verwitwen. Familienbeziehungen werden – wie in früheren Erhebungen – mehrheitlich als gut bewertet. Auch wenn die erwachsenen Kinder zunehmend weiter entfernt leben, wird der Kontakt zu ihnen mehrheitlich als wichtig und eng wahrgenommen. Die finanzielle Unterstützung der Kinder und Enkel durch die Älteren hat zugenommen, während instrumentelle Unterstützung durch die Kinder seltener geworden ist. Letzteres wird auch eine Folge der gewachsenen Wohnentfernung sein. Die Betreuung von Enkelkindern ist aufgrund der COVID-19-Pandemie leicht, aber nicht statistisch bedeutsam zurückgegangen. Vorhandene Risikofaktoren für einen schweren COVID-19-Verlauf wie Erkrankungen beeinflussten die Häufigkeit der Enkelbetreuung nicht. Dies verweist auf die Bedeutung der Enkelbetreuung für die älteren Menschen, aber vermutlich auch für die Erwerbstätigkeit derer Kinder.

Wenn alte Menschen in einer Partnerschaft leben, ist der Partner bzw. die Partnerin eine wichtige Bezugs- und Ansprechperson. Allerdings können Gesundheitsprobleme oder Pflegebedürftigkeit die Beziehung belasten. Die Hausarbeit in dieser Altersgruppe wird überwiegend von Frauen erledigt, was bei zunehmenden funktionalen Einschränkungen beschwerlich werden kann. Frauen sind mit dieser Arbeitsaufteilung häufiger unzufrieden als Männer. Die Verwitwung, von der Frauen häufiger betroffen sind, ist in der Regel ein kritisches Lebensereignis, dass mit großen Belastungen einhergeht. Negative Auswirkungen wie Gefühle der Einsamkeit und

depressive Phasen verringern sich jedoch wieder im Laufe der Zeit. Kontakte zu nahestehenden Menschen wie Kinder, Geschwister und Freundinnen und Freunde nehmen zu oder gewinnen an Bedeutung. Dennoch stehen Verwitwete, anders als Ledige, nach dem Tod des Partners oder der Partnerin meist vor der Herausforderung, sich auf ein Leben in einem Einpersonenhaushalt umstellen und ihre sozialen Beziehungen neu gestalten zu müssen.

Angebote, die soziale Teilhabe ermöglichen und verstetigen und dabei die Älteren in ihren Bedürfnissen und Interessen ansprechen, können in dieser Lebensphase deshalb besonders wichtig sein. Eine sozialräumliche Gestaltung des Wohnumfeldes, die zum Aufenthalt im öffentlichen Raum einlädt, ist dafür ebenso von Bedeutung wie niedrigschwellige Angebote, z. B. in Seniorenzentren oder Nachbarschaftstreffs, die das Knüpfen und Aufrechterhalten sozialer Kontakte erleichtern. Besonders bedeutsam sind diese niedrigschwelligen Angebote vor dem Hintergrund des Zusammenhangs zwischen Armut, dem Gefühl gesellschaftlich ausgeschlossen zu sein und Einsamkeit.

Zwar haben sich soziale Beziehungen in den letzten Jahrzehnten verändert. Dies führte aber nicht zu einer Verkleinerung sozialer Netzwerke oder zur Zunahme von Einsamkeit und Isolation. Vermutete negative Auswirkungen von Kinderlosigkeit, höheren Trennungsraten oder größeren Wohnentfernungen zwischen Eltern und erwachsenen Kindern werden durch eine größere Bedeutung von Freundschaften offenbar ausgeglichen.

Dennoch steigt das Risiko sozialer Isolation mit zunehmendem Alter an, während das Einsamkeitsrisiko einen u-förmigen Verlauf nimmt und im hohen Alter nicht ausgeprägter ist als in den mittleren Jahren. Die Mehrheit der Hochaltrigen fühlt sich nicht sozial isoliert oder einsam. Kontakte und gemeinsame Aktivitäten waren aufgrund der Kon-

taktbeschränkung während der COVID-19-Pandemie jedoch nicht oder nur eingeschränkt möglich. Im Jahr 2020 stieg dadurch das Einsamkeitsrisiko altersübergreifend, bei Frauen und Männern und unabhängig von der Wohnsituation oder vorhandenen Partnerschaften in gleichem Maße an. Die Pandemie wirkt sich damit in Hinblick auf das Einsamkeitserleben auf alle Befragten gleich aus, wobei einschränkend festgestellt werden muss, dass Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in der Erhebung (in der Regel) nicht berücksichtigt wurden. Gut zwei Drittel der ab 80-jährigen Befragten berichteten, dass sie von Kontakt- und Besuchsverboten betroffen waren; rund ein Viertel erlebten pandemiebedingte Erkrankungs- und Todesfälle im sozialen Umfeld. Vor diesem Hintergrund scheinen die Möglichkeiten, digitale Technik zum Aufrechterhalten sozialer Kontakte zu nutzen, besonders relevant zu sein, auch wenn diese gegenwärtig noch wenig genutzt werden.

04

» Gesundheit

Die Lebenserwartung ist in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen, so dass mehr Menschen ein höheres Alter erreichen als frühere Generationen. Gleichzeitig treten mit zunehmendem Alter vermehrt gesundheitliche Einschränkungen auf, deren Bewältigung im Alltag eine größere Rolle spielt. Insbesondere Mehrfacherkrankungen und die Chronifizierung von Krankheitsbildern können zur Folge haben, dass im hohen Alter eine selbstständige Lebensführung schwieriger wird und der Hilfe- und Pflegebedarf zunimmt. Da bei hochaltrigen Menschen chronische Erkrankungen häufig nicht heilbar sind, wird es immer wichtiger, durch geeignete therapeutische und rehabilitative Maßnahmen eine möglichst hohe Lebensqualität

bei größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu sichern.

Alterungsprozesse verlaufen individuell sehr unterschiedlich, ebenso differiert das Auftreten von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen. So besteht bekanntermaßen ein Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Situation und sozioökonomischem Status²⁵, der sich in einer größeren Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei Menschen mit niedrigem Status zeigt (vgl. RKI 2017b) und bis ins Alter feststellbar ist. Eine differenzierte Betrachtung macht unterschiedliche Einflüsse auf die gesundheitliche Lage im Alter deutlich: Soweit es die Datenlage erlaubt, werden die Daten im Folgenden daher geschlechtsspezifisch nach Frauen

²⁵ Der sozioökonomische Status wird durch Bildungs- und Berufsabschlüsse sowie Einkommen abgebildet. In den Studien des Robert Koch-Instituts wurden Bildungsgruppen durch internationale Standardklassifikationen bestimmt (z. B. ISCED, CASMIN), die schulische und berufliche Bildungsabschlüsse berücksichtigen. Das Einkommen wird als Netto-Äquivalenzeinkommen berechnet (Lampert u. a. 2016, S. 5).

und Männern²⁶, nach sozioökonomischem Status oder Bildungsgruppen sowie unterschieden nach Menschen mit und ohne Migrationshintergrund dargestellt.

Die Datenlage in Hinblick auf die Hochaltrigen ist jedoch lückenhaft. Da die Grenze zur Hochaltrigkeit häufig nicht bei 80, sondern auch bei 75 oder 85 Jahren gezogen wird, werden darauf basierende Altersgruppeneinteilungen ebenfalls mit angegeben. In repräsentativen Gesundheitsbefragungen werden hochaltrige Menschen wegen ihrer schweren Erreichbarkeit allerdings oft nicht berücksichtigt, nicht repräsentativ erfasst und/oder in den Auswertungen nicht gesondert dargestellt. Zudem werden häufig nur alte Menschen in Privathaushalten befragt, die keine kognitiven Einschränkungen haben. Ambulant versorgte pflegebedürftige Menschen mit kognitiven Einschränkungen, deren Anteil im hohen Alter zunimmt, werden meist nicht erfasst. Auch Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sind häufig schwer erreichbar und in Studien unterrepräsentiert (Gaertner u. a. 2019). Weiterhin liegen repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage hochaltriger Menschen mit Migrationshintergrund kaum vor. Es gibt einige Studien zu älteren Migrantinnen und Migranten ab 65 Jahren, die jedoch nicht weiter nach Altersgruppen ausdifferenziert werden. Dies mag u. a. daran liegen, dass ältere Migrantinnen und Migranten derzeit nur einen kleinen Anteil der Altersgruppe 65+ bilden (Steinbach 2019, S. 557 f.).

Die COVID-19-Pandemie hatte zahlreiche Auswirkungen auf die Gesundheit und gesundheitliche Versorgung hochaltriger Menschen. Da die von uns verwendeten Studien vor oder während der COVID-

19-Pandemie erschienen sind, und der weitere Verlauf der COVID-19-Pandemie noch offen ist, lassen sich deren kurz- und langfristige Folgen auf die Hochaltrigen nur ansatzweise abschätzen.

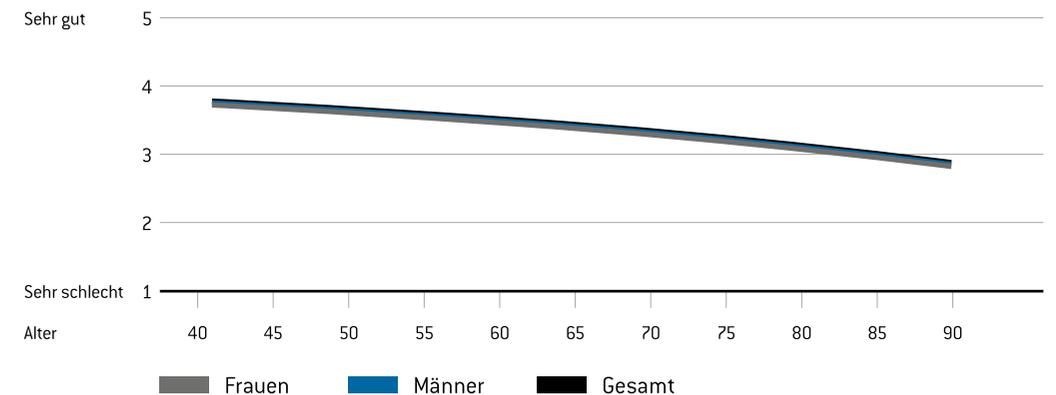
Dieses Kapitel liefert zunächst einen Überblick über die Einschätzung der subjektiven Gesundheit und der funktionalen Einschränkungen im hohen Alter. Anschließend werden spezifische Informationen zu körperlichen und psychischen Erkrankungen vermittelt. Diese haben Auswirkungen auf Lebenserwartung und Sterblichkeit, worüber der nächste Abschnitt informiert. Die darauf folgenden Abschnitte sind der Frage gewidmet, wie den gesundheitlichen Beschwerden und Risiken hochaltriger Menschen präventiv, therapeutisch und rehabilitativ begegnet werden kann, wie entsprechende Versorgungsangebote wahrgenommen werden und welche Kosten damit verbunden sind.

» 04.1 Subjektive Gesundheit und funktionale Einschränkungen

Subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit drückt aus, wie Personen ihren eigenen Gesundheitszustand selbst einschätzen. Sie ergänzt damit medizinische Diagnosen und Befunde um eine ganzheitliche Bewertung, die neben körperlicher Gesundheit auch psychische

Subjektive Gesundheit (1996 bis 2017)



» Abb. 11: Subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Altersverlauf; Quelle: Spuling u. a. 2019, S. 45. Datenbasis: DEAS 1996–2017; Schätzungen basieren auf n=20.017 Studienteilnehmende mit insgesamt n=38.893 Beobachtungen; Lizenz: CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

und soziale Aspekte umfasst, z. B. das Wohlbefinden, die Lebenssituation, das Gesundheitsverhalten und die psychische Gesundheit (Spuling, Cengia & Wettstein 2019, S. 37). Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich zwar die subjektive Gesundheit, aber nicht im selben Ausmaß wie der objektive Gesundheitszustand – beide Größen fallen immer weiter auseinander. Die subjektive Gesundheit hat sich bei alten Menschen als besserer Indikator erwiesen, um die zukünftige Sterblichkeit vorherzusagen, als der diagnostizierte objektive Gesundheitszustand (Menning 2006, S. 13).

Subjektive Gesundheit wird im DEAS seit 1996 im Rahmen eines persönlichen Interviews erhoben. Die Befragten bewerten anhand einer fünfstufigen Antwortvorgabe ihren Gesundheitszustand, wobei höhere Werte einer besseren subjektiven Gesundheit entsprechen (Spuling, Cengia & Wettstein 2019, S. 39). Im Ergebnis zeigt sich, dass die Befragten im Durchschnitt ihre subjektive Gesundheit

mit zunehmendem Alter schlechter einschätzen, jedoch auch im Alter von ca. 90 Jahren noch als »mittel« bewerten. Zwischen Frauen und Männern unterscheidet sich die Einschätzung der subjektiven Gesundheit nicht – weder im mittleren noch im hohen Alter (vgl. Abb. 11 auf Seite 67). Auch zwischen den Kohorten zeigen sich keine Unterschiede (Spuling, Cengia & Wettstein 2019, S. 43).

Auch im GEDA 2019/2020-EHIS wurde die subjektive Gesundheit erhoben. Erfragt wurde: »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?«. Angeboten wurden fünf Antwortmöglichkeiten von »sehr gut« bis »sehr schlecht« (Heidemann u. a. 2021, S. 5). In dieser Erhebung unterscheidet sich die Einschätzung der subjektiven Gesundheit zwischen Frauen und Männern: 42,5 % der ab 80-jährigen Frauen und 52,6 % der ab 80-jährigen Männer schätzten ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein. Dabei wurden auch Bildungsunterschiede festgestellt: Insbesondere Frauen aller Altersgruppen mit hoher Bildung

²⁶ In der Erhebung GEDA-EHIS war es möglich, bei der Frage nach der Zugehörigkeit zur Geschlechtsidentität eine nicht binäre Geschlechtsidentität anzugeben. Personen, die eine andere Geschlechtsidentität als weiblich oder männlich angaben oder keine Angaben machten, wurden in den Auswertungen nach Geschlecht nicht einbezogen (vgl. z. B. Heidemann u. a. 2021, S. 5).

Subjektive Gesundheit, Alter und Bildung (2019/2020)

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)			
	Männer		Frauen	
	(%)	(95 %-KI)	(%)	(95 %-KI)
Gesamt	71,6	(70,2 – 72,9)	68,6	(67,2 – 69,9)
18 bis 29 Jahre	88,3	(85,2 – 90,8)	87,2	(83,5 – 90,1)
Untere Bildungsgruppe	80,9	(72,4 – 87,3)	78,1	(67,1 – 86,2)
Mittlere Bildungsgruppe	89,8	(85,8 – 92,8)	87,4	(82,4 – 91,1)
Obere Bildungsgruppe	94,4	(90,8 – 96,6)	95,0	(91,4 – 97,1)
30 bis 44 Jahre	84,0	(81,2 – 86,4)	82,9	(80,1 – 85,3)
Untere Bildungsgruppe	74,3	(61,8 – 83,8)	74,1	(61,8 – 83,5)
Mittlere Bildungsgruppe	80,4	(76,4 – 83,9)	81,0	(77,1 – 84,4)
Obere Bildungsgruppe	92,8	(90,6 – 94,5)	89,6	(86,5 – 92,1)
45 bis 64 Jahre	65,2	(62,8 – 67,5)	66,0	(63,9 – 68,1)
Untere Bildungsgruppe	47,4	(37,4 – 57,6)	50,4	(42,8 – 58,0)
Mittlere Bildungsgruppe	60,1	(56,8 – 63,4)	65,5	(63,0 – 68,0)
Obere Bildungsgruppe	80,4	(78,4 – 82,2)	78,6	(76,5 – 80,6)
65 bis 79 Jahre	57,7	(54,6 – 60,8)	55,3	(52,6 – 57,9)
Untere Bildungsgruppe	48,5	(34,3 – 62,9)	46,1	(39,2 – 53,1)
Mittlere Bildungsgruppe	53,1	(48,7 – 57,5)	56,4	(53,4 – 59,3)
Obere Bildungsgruppe	68,1	(65,3 – 70,7)	67,6	(64,6 – 70,5)
≥ 80 Jahre	52,6	(47,1 – 58,0)	42,5	(37,9 – 47,3)
Untere Bildungsgruppe	54,5	(34,9 – 72,8)	37,9	(29,9 – 46,7)
Mittlere Bildungsgruppe	48,0	(40,5 – 55,5)	46,1	(40,8 – 51,4)
Obere Bildungsgruppe	58,6	(53,2 – 63,8)	53,4	(46,5 – 60,0)

KI = Konfidenzintervall²⁷

» Tab. 27: Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut), Frauen und Männer nach Alters- und Bildungsgruppen im Jahr 2019/2020 (in %); Quelle: Heidemann u. a. 2021, S. 24 f.; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2019/2020-EHIS; Darstellung verändert.

²⁷ Das Konfidenzintervall (KI), auch Vertrauensintervall genannt, gibt Aufschluss über die Genauigkeit der in den Tabellen dargestellten Häufigkeitswerte. Das KI beschreibt hier den Bereich, in dem mit 95%iger Wahrscheinlichkeit der wahre Häufigkeitswert liegt (RKI 2011a, S. 49 f.).

schätzten ihre Gesundheit positiver ein als Frauen der mittleren und unteren Bildungsgruppen (ebd., S. 8).

Die Einschätzung der subjektiven Gesundheit unterscheidet sich in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. So bewerten ältere Menschen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter als ältere Menschen, die nicht eingewandert sind (zusammenfassend Steinbach 2019, S. 572).

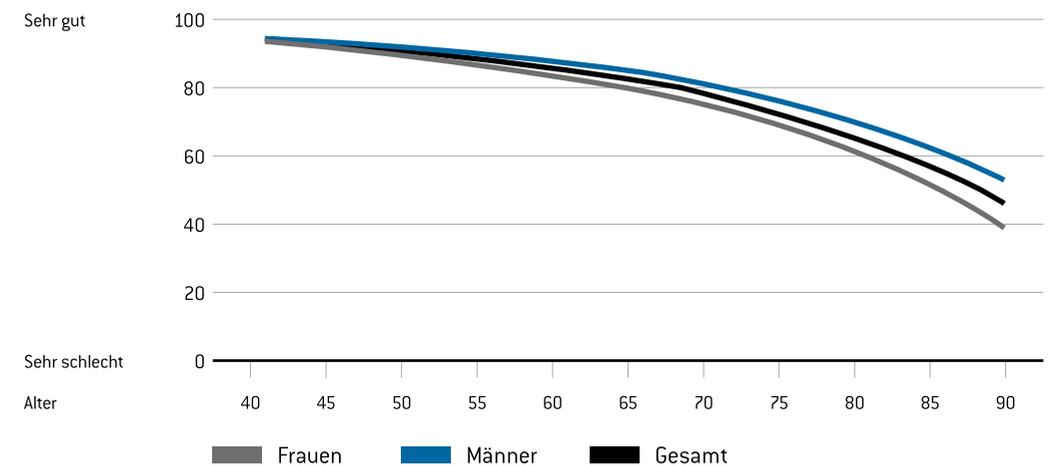
Funktionale Einschränkungen

Die funktionale Gesundheit wird im DEAS seit 2002 im Rahmen eines persönlichen Interviews erhoben. Dabei werden zehn Fragen zu Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten gestellt. Die Befragten

beantworten anhand einer dreistufigen Antwortvorgabe, ob sie bei Alltagstätigkeiten stark, etwas oder überhaupt nicht eingeschränkt sind (Spuling, Cengia & Wettstein 2019, S. 39). Erfragt werden unterschiedlich anstrengende Tätigkeiten wie z. B. Sport treiben, schwer heben, staubsaugen, Treppen steigen, laufen oder sich baden und anziehen. Höhere Werte bedeuten eine geringere Einschränkung (80–100 = sehr gute funktionale Gesundheit, 60–79 = gute funktionale Gesundheit, 40–59 = moderate funktionale Gesundheit, 20–39 = schlechte funktionale Gesundheit, 0–19 = sehr schlechte funktionale Gesundheit) (ebd.) (Spuling, Cengia & Wettstein 2019, S. 39).

Im Ergebnis zeigt sich die Abnahme der funktionalen Gesundheit mit zunehmendem Alter. Bei Frauen nimmt die funktionale Gesundheit mit steigendem Alter durchschnittlich stärker ab als bei

Funktionale Gesundheit (2002 bis 2017)



» Abb. 12: Funktionale Gesundheit bei Frauen und Männern im Altersverlauf; Quelle: Spuling u. a. 2019, S. 41. Datenbasis: DEAS 2002–2017; Schätzungen basieren auf n=15.131 Studienteilnehmenden mit insgesamt n=28.882 Beobachtungen; Darstellung verändert.

Männern (vgl. Abb. 12 auf Seite 69). Mögliche Gründe dafür, warum Frauen von funktionalen Einschränkungen stärker betroffen sind als Männer, werden u. a. in höheren Erkrankungsraten bei muskuloskelettalen, neurodegenerativen oder psychischen Erkrankungen vermutet (zusammenfassend RKI 2020, S. 230). Im Alter ab 80 Jahren sinkt die funktionale Gesundheit bei Frauen von gut auf moderat, bei Männern geschieht dies durchschnittlich ca. fünf Jahre später im Alter von 86 Jahren (Spuling, Cengia & Wettstein 2019, S. 41). Dabei zeigen sich jedoch Kohortenunterschiede: Bei später geborenen Personen (1940–1949, 1950–1959) nimmt die funktionale Gesundheit mit zunehmendem Alter weniger stark ab. Daher werden später geborene Menschen voraussichtlich im hohen und höheren Alter weniger funktionale Einschränkungen aufweisen als früher Geborene (1930–1939) (ebd., S. 41 f.).

Schwierigkeiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens

In der Studie GEDA 2019/2020-EHIS des Robert Koch-Instituts wurden lang andauernde gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten erhoben (der sogenannte GALI – Global Activity Limitation Indicator). Erfragt wurde zunächst: »Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?«. Im Folgenden sollte eingeschätzt werden, ob es sich um eine starke, mäßige oder keine Einschränkung handelt. Wurde geantwortet, dass die Einschränkung stark oder mäßig ist, wurde die Dauer der Einschränkung erfragt (weniger als sechs Monate oder sechs Monate und länger) (Heidemann u. a. 2021, S. 5 f.). Starke oder mäßige, mindestens sechs Monate andauernde gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten gaben knapp zwei Drittel der ab 80-jährigen Frauen und 58,1 % der gleichaltrigen Männer an (vgl. Tab. 28 auf Seite 70). Befragte der unteren Bildungsgruppen

Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten (2020)

	Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)			
	Frauen		Männer	
	(%)	(95 %-KI)	(%)	(95 %-KI)
Gesamt	35,5	[34,2 – 36,9]	31,0	[29,7 – 32,4]
≥ 80 Jahre	63,2	[58,5 – 67,7]	58,1	[52,6 – 63,4]
Untere Bildungsgruppe	66,5	[57,9 – 74,1]	63,7	[43,1 – 80,2]
Mittlere Bildungsgruppe	60,3	[54,9 – 65,4]	58,8	[51,2 – 66,0]
Obere Bildungsgruppe	58,5	[51,6 – 65,0]	54,2	[48,9 – 59,5]

KI: Konfidenzintervall

» Tab. 28: Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate), Frauen und Männer gesamt (alle Altersgruppen) und ab 80 Jahren nach Bildungsgruppen im Jahr 2019/2020 (in %); Quelle: Heidemann u. a. 2021, S. 24 f.; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2019/2020-EHIS. Darstellung auszugsweise und verändert.

Chronische Erkrankungen und gesundheitliche Probleme nach Bildungsstatus (2020)

	Chronische Krankheit oder gesundheitliches Problem (mindestens sechs Monate)			
	Frauen		Männer	
	(%)	(95 %-KI)	(%)	(95 %-KI)
Gesamt	51,9	[50,6 – 53,3]	46,4	[44,9 – 47,8]
≥ 80 Jahre	61,9	[57,0 – 66,6]	62,0	[56,6 – 67,1]
Untere Bildungsgruppe	61,1	[52,2 – 69,4]	67,0	[46,4 – 82,7]
Mittlere Bildungsgruppe	62,3	[56,8 – 67,4]	62,1	[54,5 – 69,1]
Obere Bildungsgruppe	65,1	[58,4 – 71,4]	60,4	[55,0 – 65,6]

KI: Konfidenzintervall

» Tab. 29: Chronische Krankheit oder gesundheitliche Probleme (mindestens sechs Monate) Frauen und Männer gesamt und ab 80 Jahren nach Bildungsstatus (in %); Quelle: Heidemann u. a. 2021, S. 24 f.; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2019/2020-EHIS. Darstellung auszugsweise und verändert.

gaben stärkere Einschränkungen an als Befragte der oberen Bildungsgruppe (eine Übersicht über alle Altersgruppen geben Tab. 66 auf Seite 218 und Tab. 67 auf Seite 219).

Erkrankungen im höheren Alter sind häufig lang andauernd und/oder chronisch. Weit verbreitet sind insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Störungen. Sie wirken sich in hohem Maße auf die Lebensqualität und die Sterblichkeit aus.

» 04.2 Häufige körperliche Erkrankungen

Im Folgenden werden die wichtigsten Beeinträchtigungen und Krankheiten der ab 80-Jährigen näher betrachtet. Dabei wird u. a. auf die Prävalenz, d. h. auf die relative Häufigkeit der jeweiligen Erkrankung eingegangen. Außerdem auf die Inzidenz, d. h. die relative Häufigkeit der neu Erkrankten in einer bestimmten Zeitspanne. Allerdings liegen bevölkerungsrepräsentative Daten zum Krankheitspektrum der über 80-Jährigen nur unvollkommen vor, wie bereits in der Einleitung zu diesem Kapitel beschrieben wurde.

Im Rahmen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS wurde gefragt: »Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?« Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden. Antworten konnten die Befragten mit »ja«, »nein« oder »weiß nicht« (vgl. Heidemann u. a. 2021, S. 5). Insgesamt steigt die Häufigkeit chronischer Erkrankungen oder gesundheitlicher Probleme mit zunehmendem Alter an (eine Übersicht über alle Altersgruppen geben Tab. 66 auf Seite 218 und Tab. 67 auf Seite 219). Rund 62 % der ab 80-jährigen Frauen und Männer bejahten das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines

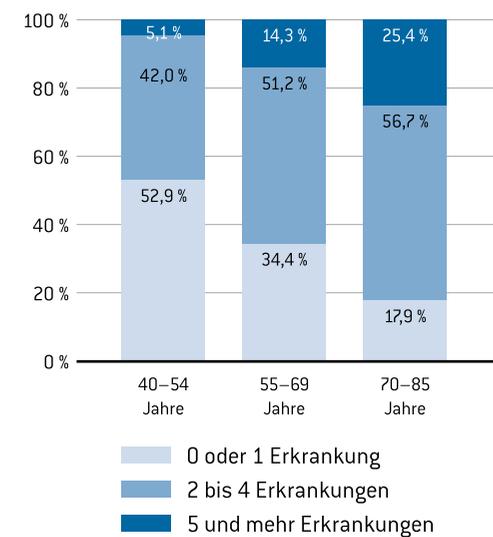
gesundheitlichen Problems für mindestens sechs Monate. Obwohl Frauen der unteren Bildungsgruppe in einigen Altersgruppen häufiger chronische Erkrankungen angeben, trifft dies in dieser Erhebung in der Altersgruppe der ab 80-Jährigen nicht zu (vgl. Tab. 29 auf Seite 71).

Die Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten wird auf Basis verschiedener Studien schlechter als die von nicht eingewanderten Älteren eingeschätzt. Sie sind nicht nur früher und stärker von chronischen Erkrankungen betroffen, sondern auch von Infektionskrankheiten, Unfallverletzungen und Berufskrankheiten (zusammenfassend Steinbach 2019, S. 571 f.). Ursachen dafür werden im häufig niedrigeren sozialen Status und schlechteren Arbeits- und Lebensbedingungen vermutet. Aber auch präventive Angebote und Rehabilitationsleistungen werden unter Umständen seltener in Anspruch genommen, möglicherweise aufgrund fehlender Informationen oder von Kommunikationsproblemen (ebd., S. 572). Berücksichtigt werden muss jedoch, dass Migrantinnen und Migranten eine sehr heterogene Gruppe bilden und dass derzeit kaum differenzierte Analysen zur jeweiligen gesundheitlichen Situation vorliegen (ebd. S. 571), insbesondere nicht für hochaltrige Menschen.

Mehrfacherkrankungen

Multimorbidität – das Vorliegen von mehreren chronischen Erkrankungen – wird unterschiedlich definiert. In der Leitlinie Multimorbidität der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) wird das gleichzeitige Vorliegen von drei oder mehr chronischen Erkrankungen als Multimorbidität definiert (Scherer u. a. 2017, S. 8 f.). Nach anderen Definitionen wird bereits ab zwei chronischen Erkrankungen von Multimorbidität gesprochen (z. B. RKI 2020, S. 228).

Selbstberichtete Erkrankungen (2014)



» Abb. 13: Anzahl selbstberichteter Erkrankungen nach Alter (in %), Quelle: Wolff u. a. 2017, S. 130; Datenbasis: DEAS 2014, Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Darstellung auszugsweise und verändert.

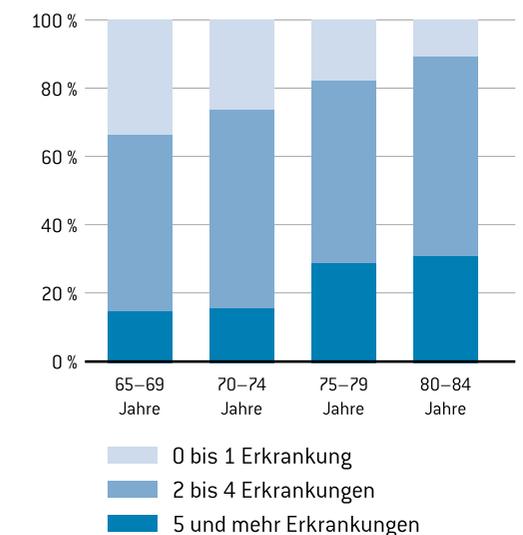
Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Multimorbidität, d. h. es steigt die Wahrscheinlichkeit, an mehreren Erkrankungen gleichzeitig zu leiden. Warum manche Menschen an vielen Erkrankungen gleichzeitig leiden, andere jedoch nicht, konnte bisher noch nicht befriedigend geklärt werden. Es gibt Hinweise auf soziologische, psychologische, genetische und immunologische Einflussfaktoren (vgl. zusammenfassend Scherer u. a. 2017, S. 12). So deuten Studien darauf hin, dass Menschen mit niedrigem Einkommen und Bildung, Frauen und Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Depression oder Demenz häufiger von Multimorbidität betroffen sind (ebd.).

Im DEAS wird das Vorliegen von Krankheiten anhand von elf Krankheitsgruppen (wie Herz-Kreislaufkrankungen, Durchblutungsstörungen, Atemwegserkrankungen usw.) erfragt (Wolff, Nowossadeck & Spuling 2017, S. 128). Mehr als die Hälfte der Personen im Alter von 70- bis 85 Jahren berichteten das Vorliegen von zwei bis vier Erkrankungen, ein Viertel gab fünf und mehr Erkrankungen an (vgl. Abb. 13 auf Seite 72).

Die Daten des DEAS zeigen auch den Einfluss von Bildungsunterschieden: Menschen zwischen 40 und 85 Jahren mit niedrigerer Bildung weisen eine höhere Krankheitsbelastung auf (Wolff, Nowossadeck & Spuling 2017, S. 130). Bei stärkerer Ausdifferenzierung der Altersgruppen wird die Zunahme der Erkrankungen mit zunehmendem Alter deutlich. Abb. 14 auf Seite 73 zeigt die Anzahl selbstberichteter Erkrankungen älterer Frauen. In der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen berichteten fast 90 % das Vorliegen von mindestens zwei Erkrankungen.²⁸

Erwartungsgemäß nutzen multimorbid erkrankte Menschen das medizinische Versorgungssystem sehr viel häufiger als Personen, die nicht multimorbid erkrankt sind (vgl. zusammenfassend Scherer u. a. 2017, S. 10). Die medizinische Versorgung mehrfach erkrankter Menschen ist mit einigen Herausforderungen verbunden. So kann die Verordnung von Medikamenten im Rahmen der Behandlung der einzelnen Erkrankungen in der Summe zur Verordnung sehr vieler Medikamente (Polypharmazie) führen, die weitere gesundheitliche Risiken birgt (vgl. auch Kapitel 4.7 auf Seite 107). Die seit 2017 existierende Versorgungsleitlinie Multimorbidität der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) soll die komplexe Situation mehrfach erkrankter Menschen berücksichtigen (Scherer u. a. 2017). Statt alle einzelnen Erkrankungen zu behandeln, soll dabei der Fokus ganzheitlicher auf die Ressourcen, Lebensbedingungen, Wertvorstellungen und Prioritäten der multimorbid Erkrankten gerichtet werden. Dies kann im Rahmen einer patientenzentrierten Versorgung geschehen, die eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und kommunikative Kompetenz ärztlicherseits erfordert (ebd., S. 10 f.). Von Bedeutung ist zudem eine gute Kooperation zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen sowie zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, verbunden mit ausrei-

Selbstberichtete Erkrankungen bei Frauen (2014)



» Abb. 14: Anzahl selbstberichteter Erkrankungen bei älteren Frauen nach Alter im Jahr 2014 (in %); Quelle: RKI 2020, S. 229. Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

sichtigen (Scherer u. a. 2017). Statt alle einzelnen Erkrankungen zu behandeln, soll dabei der Fokus ganzheitlicher auf die Ressourcen, Lebensbedingungen, Wertvorstellungen und Prioritäten der multimorbid Erkrankten gerichtet werden. Dies kann im Rahmen einer patientenzentrierten Versorgung geschehen, die eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und kommunikative Kompetenz ärztlicherseits erfordert (ebd., S. 10 f.). Von Bedeutung ist zudem eine gute Kooperation zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen sowie zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, verbunden mit ausrei-

²⁸ Die Daten zu Männern wurden in der Publikation zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland des RKI (2020) nicht dargestellt.

chenden Konsultationszeiten, da ansonsten das Risiko von Doppeluntersuchungen, Polypharmazie oder konkurrierenden Handlungsempfehlungen besteht (ebd. S. 11).

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen entwickeln sich infolge einer fortlaufenden Verhärtung und Verengung der Arterien (Arteriosklerose), die wesentlich durch die im folgenden Abschnitt beschriebenen kardiometabolischen Risiken gefördert werden. 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.

Herzkreislauf-Erkrankungen zählen zu den häufigsten Todesursachen im Alter: Rund 42 % der über 80-Jährigen verstarben im Jahr 2020 an Herzkreislauf-Erkrankungen (GBE 2021i, eigene Berechnungen).

Die 12-Monats-Prävalenz von koronarer Herzkrankheit (KHK) im Sinne eines Herzinfarkts, chronischer Beschwerden infolge eines Herzinfarkts und einer koronaren Herzerkrankung oder Angina Pectoris wurde in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS erfragt (Heidemann u. a. 2021, S. 6). Über alle Altersgruppen lag die Prävalenz bei 5,1 %, wobei Frauen etwas seltener betroffen waren. In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen berichteten 18,9 %

der Frauen und 21,9 % der Männer das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit (vgl. Tab. 68 auf Seite 220). Andere Erhebungen weisen auf höhere Prävalenzen der koronaren Herzkrankheit bei Männern im Vergleich zu Frauen hin. Heidemann u. a. vermuten, dass die geringe Fallzahl von Männern der unteren Bildungsgruppe die Ergebnisse der vorliegenden Studie beeinflusst hat (Heidemann u. a. 2021, S. 15 f.).

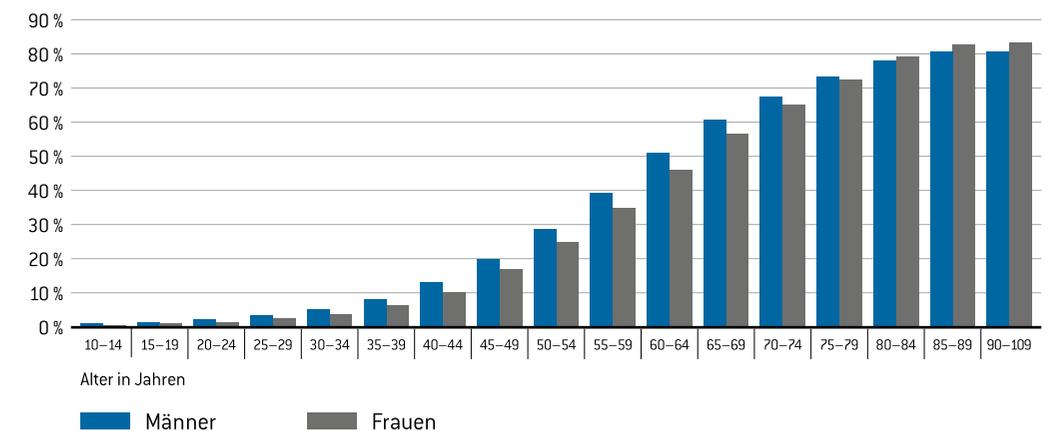
Die wichtigste akute Komplikation einer zerebrovaskulären Durchblutungsstörung ist der Schlaganfall, der meistens durch eine plötzliche Mangel-durchblutung von wichtigen Gehirnarealen, oftmals aber auch durch eine Gehirnblutung verursacht wird. Die 12-Monats-Prävalenz eines Schlaganfalls oder von chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls betrug über alle Altersgruppen 2,3 % (Heidemann u. a. 2021, S. 10). Ab 80-jährige Frauen wiesen eine Prävalenz von 5,5 % auf, gleichaltrige Männer eine von 5,9 % (vgl. Tab. 68 auf Seite 220).

Bei den Frauen zeigten sich deutliche Bildungsunterschiede hinsichtlich der Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen: Frauen der oberen Bildungsgruppe erkrankten deutlich seltener (Heidemann u. a. 2021, S. 10 f.). Bei den Männern fielen diese Unterschiede in der GEDA 2019/2020-EHIS-Studie schwächer aus, was möglicherweise auch auf niedrige Fallzahlen und methodische Einflüsse zurückzuführen ist (Heidemann u. a. 2021, S. 15 f.).

Kardiometabolische Erkrankungen

Die kardiometabolischen Erkrankungen Bluthochdruck (Hypertonie), Übergewicht, Fettwechselfstörungen (Dyslipidämien) und Diabetes mellitus gelten neben übermäßigem Alkohol- und Nikotinkonsum als zentrale Risikofaktoren für die chronisch fortschreitende Entwicklung einer Arteriosklerose (Verengung und Verhärtung der Arteri-

Prävalenz von Bluthochdruck (2018)



» Abb. 15: Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Diagnoseprävalenz der Hypertonie im Jahr 2018 (in %); Quelle: Holstiege u. a. 2020, S. 8. Datenbasis: KM6-Statistik und bundesweite krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 300 Abs. 2 SGB V. Diagnosecodierung in mindestens zwei Quartalen eines Jahres; Darstellung verändert.

enwände durch Ablagerungen). Diese ist wiederum hauptursächlich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Saß, Wurm & Scheidt-Nave 2010, S. 407). Kardiometabolische Erkrankungen nehmen mit zunehmendem Alter stetig zu. So zählten Hypertonie und Störungen des Lipidproteinstoffwechsels im Jahr 2018 zu den häufigsten Diagnosen der ab 80-Jährigen in der ambulanten-ärztlichen Versorgung (Grobe, Steinmann & Szecsenyi 2020, S. 111 f.).

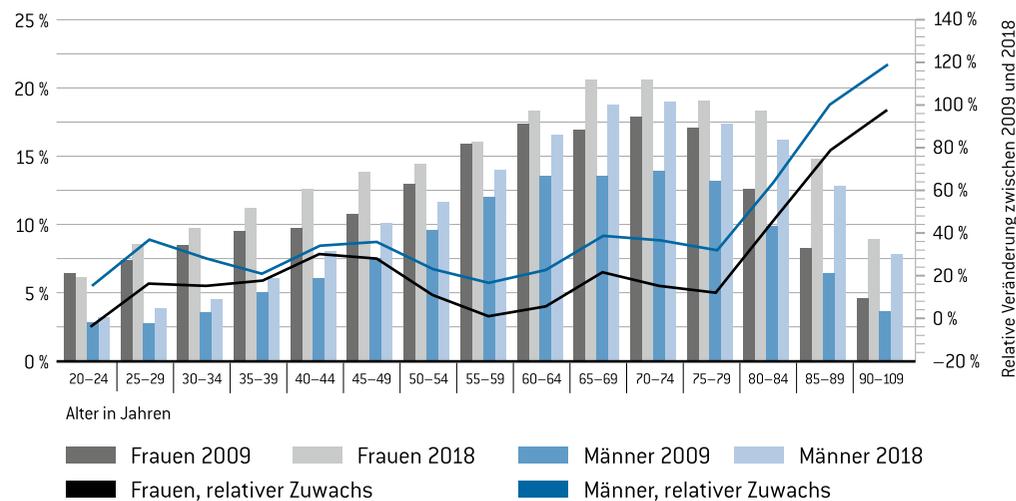
Bluthochdruck (Hypertonie) wird durch das Zusammenwirken von erblicher Veranlagung und ungünstigen Ernährungs- und Lebensbedingungen (übermäßiger Kochsalz- und Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress) verursacht, seltener durch andere Grunderkrankungen. Er kann durch veränderte Ernährungs- und Lebensgewohnheiten und eine medikamentöse Therapie gesenkt werden (RKI 2011a, S. 128). Hypertonie liegt nach der altersunspezifischen Definition der

Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor, wenn die Blutdruckwerte dauerhaft 140 mm/Hg systolisch und/oder 90 mm/Hg diastolisch übersteigen (WHO 2021). Das Risiko einer Hypertonie nimmt ab der Lebensmitte stetig zu. Dabei zeigen sich regionale Unterschiede: In Ostdeutschland und in sozioökonomisch benachteiligten Regionen ist das Erkrankungsrisiko in allen Altersgruppen höher (Holstiege u. a. 2020, S. 10–14). Abb. 15 auf Seite 75 zeigt die Diagnoseprävalenz von Frauen und Männern auf Basis von Krankenkassendaten im Jahr 2018: Rund 80 % der ab 80-jährigen Frauen und Männer hatten die Diagnose eines zu hohen Blutdrucks.

Übergewicht

Übergewicht belastet das Herz-Kreislauf-System und das Muskel- und Skelettsystem stark und

Prävalenz von Übergewicht (2009 bis 2018)



» Abb. 16: Diagnoseprävalenz der Adipositas (ICD-10: E66, Zusatzkennzeichen gesichert, in mind. einem Quartal) in den Jahren 2009 und 2018 sowie relative Veränderung zwischen 2009 und 2018 bei 20- bis 109-Jährigen nach Altersgruppen und Geschlecht (in %); Quelle: Steffen u. a. 2021, S. 9. Datenbasis: Bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V aller gesetzlich Versicherten im Alter von 20 bis 109 Jahren; Darstellung verändert.

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. Der BMI wird berechnet, indem das Körpergewicht (in kg) durch das Quadrat der Körpergröße (in m²) geteilt wird. 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 als Adipositas bezeichnet (RKI 2015, S. 202).

Frauen erhalten in jedem Alter häufiger die Diagnose Adipositas, der Unterschied zu den Männern wird jedoch mit zunehmendem Alter geringer (Steffen u. a. 2021, S. 7). Die Prävalenz für Adipositas

steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht den Höhepunkt im Alter von 65 bis 74 Jahren. Abb. 16 auf Seite 76 stellt die Prävalenz in den Jahren 2009 und 2018 nach Altersgruppen auf Basis von Krankenkassendaten dar. Insgesamt ist zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ein Anstieg der Diagnosehäufigkeit zu verzeichnen. Überraschend stark fällt dieser in den höheren Altersgruppen aus. Bei 85- bis 89-jährigen Frauen stieg die Diagnosehäufigkeit von 8,3 % auf 14,8 %, bei den Männern dieser Altersgruppe verdoppelte sie sich von 6,4 % auf 12,9 % (ebd., S. 7). Bei den Diagnosedaten ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese von der Codierung durch Ärztinnen und Ärzten abhängen. So ist denkbar, dass ein stärkeres Bewusstsein

für die Risiken von Adipositas zu einer vermehrten Codierung geführt haben. Die Daten verdeutlichen auch, dass Menschen mit der Diagnose Adipositas ein sehr hohes Alter erreichen können.

Dyslipidämie ist eine Fettstoffwechselstörung, die sich in zu hohen Cholesterin- oder Triglyceridenwerten im Blut manifestiert. Ein Gesamtcholesterinspiegel von über 190 mg/100 ml hat nach Ansicht der European Society of Cardiology ein deutlich erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko zur Folge (RKI 2011a, S. 85). Fettstoffwechselstörungen sind weit verbreitet. In Untersuchungen im Rahmen der DEGS1 2008–2011 wurden Teilnehmende gefragt, ob sie schon einmal die Diagnose einer Fettstoffwechselstörung (Dyslipidämie) erhalten haben. Darüber hinaus wurden Labormessungen des Blutserums vorgenommen (Scheidt-Nave u. a. 2013, S. 662). Dabei wurde bei 90 % der 65- bis 79-jährigen Frauen und 81,4 % der Männer eine Fettstoffwechselstörung festgestellt²⁹ (ebd., S. 665). Der Abgleich zwischen den Selbstangaben und den Labormessungen ergab, dass überhöhte Werte den Untersuchten dieser Altersgruppe häufiger bekannt waren als jüngeren Teilnehmenden (ebd.). Für Fettstoffwechselstörungen konnten keine sozialen Ungleichheiten festgestellt werden, lediglich der Bekanntheitsgrad (ärztlich diagnostizierte Dyslipidämien) war bei Personen mit einem mittlerem Sozialstatus signifikant höher als bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus (ebd., S. 664). Der Cholesterinspiegel kann durch körperliche Aktivität, Gewichtsabnahme, Ernährungsveränderung und die Einnahme von Medikamenten positiv beeinflusst werden (RKI 2014, S. 75).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine Stoffwechselerkrankung, die zu einer erhöhten Zuckerkonzentration im Blut führt und in zwei Formen vorkommt. Diabetes Typ-1 manifestiert sich vor allem bis zum frühen Erwachsenenalter und ist durch einen absoluten Mangel an Insulin gekennzeichnet. Diabetes Typ-2 ist durch eine verminderte Wirkung und/oder zu geringe Produktion von Insulin charakterisiert und macht über 80 bis 90 % aller Diabeteserkrankungen aus. Er tritt meistens erst ab dem 40. Lebensjahr auf und wird daher als »Altersdiabetes« bezeichnet. Mit zunehmendem Alter tritt die Erkrankung häufiger auf (RKI 2011a, S. 73; Nowossadeck & Nowossadeck 2011, S. 31).

Risikofaktoren für Diabetes Typ-2 sind ein hohes Lebensalter, familiäre Krankheitshäufungen, Bewegungsmangel, Rauchen, Fehlernährung und Übergewicht. Förderlich für die Erkrankung sind zudem verhältnisbezogene Einflussfaktoren wie Lebensräume mit geringen Bewegungsmöglichkeiten, ein Überangebot an energiereicher Nahrung oder niedrige Bildungsabschlüsse (Schmidt u. a. 2021, S. 20 f.). Diabetes geht häufig mit anderen Begleit- oder Folgeerkrankungen einher. So haben Menschen mit Diabetes häufiger die Diagnose Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Depression (ebd., S. 25 f.).

Die 12-Monats-Prävalenz von Diabetes wurde in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS erfragt (Heidemann u. a. 2021, S. 6). Ab 80-jährige Frauen hatten mit 17,9 % eine niedrigere Prävalenz als Männer mit 22,3 % (ebd., S. 10). Frauen mit hoher Bildung waren seltener betroffen als Frauen mit niedriger Bildung. Bei den Männern war ein Einfluss des

²⁹ Im Durchschnitt (alle Altersgruppen, Männer/Frauen) wurde bei 65,1 % der Personen eine Fettstoffwechselstörung festgestellt (Scheidt-Nave u. a. 2013, S. 665).

Prävalenz von Diabetes mellitus (2019)

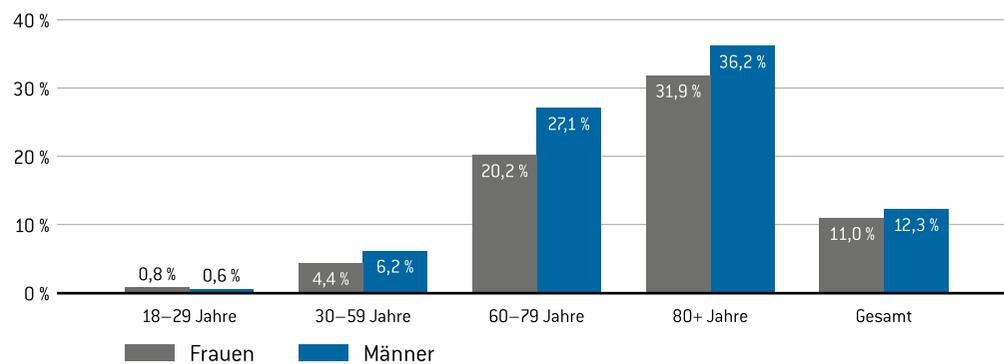


Abb. 17: Dokumentierte Prävalenz des Diabetes mellitus nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: Schmidt u. a. 2021, S. 24. Lizenz: CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>). Datenbasis: Bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von gesetzlich Versicherten im Erwachsenenalter; Darstellung verändert.

Bildungsstatus weniger eindeutig (vgl. Tab. 68 auf Seite 220).

In einer Auswertung krankenkassenübergreifender vertragsärztlicher Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2019 wurden Personen erfasst, die in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2019 die Diagnose eines Diabetes mellitus erhalten hatten (Schmidt u. a. 2021, S. 22). Diese Erhebung zeigte eine deutlich höhere Prävalenz von rund einem Drittel bei ab 80-jährigen Menschen (vgl. Abb. 17 auf Seite 78). Gründe für diese Abweichungen, die in den anderen Altersgruppen geringer ausfielen, werden in den unterschiedlichen Arten der Erhebung (Selbstauskünfte vs. Krankenkassendaten) und in einer unterschiedlichen Teilnahmebereitschaft u. a. der verschiedenen Bildungsgruppen vermutet (Heidemann u. a. 2021, S. 18), die trotz entsprechender Gewichtung zu Antwortverzerrungen führen können. Die auffällige Abweichung bei den ab 80-Jährigen wird zudem davon beeinflusst gewesen sein, dass bei der Analyse der Abrechnungsdaten auch

gesundheitlich stärker belastete Menschen und Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen mit einbezogen werden konnten, die in Umfragen selten oder gar nicht erreicht werden.

Krebserkrankungen

Krebs ist ein Sammelbegriff für Erkrankungen, bei denen Körperzellen unkontrolliert wachsen. Dies kann dazu führen, dass gesundes Gewebe verdrängt oder zerstört wird und Körperfunktionen und Organe beeinträchtigt werden.

Die verschiedenen Krebserkrankungen haben jeweils ein spezifisches Risikoprofil und unterscheiden sich erheblich hinsichtlich Verlauf, Überlebenschancen und Therapiemöglichkeiten. Gesicherte Kenntnisse zu Ursachen für Krebserkrankungen liegen für viele Tumorarten kaum vor. Nur für bestimmte, aber weitverbreitete Krebsformen gibt es bewährte Präventionsstrategien. Laut WHO (Welt-

gesundheitsorganisation) ließen sich 30 bis 50 % aller Krebsfälle durch Prävention verhindern; in Deutschland geht das Deutsche Krebsforschungszentrum von 37 % der Krebsneuerkrankungen aus, bei denen sich das Erkrankungsrisiko hätte beeinflussen lassen (RKI & GEKID 2019, S. 19).

Der wichtigste beeinflussbare Risikofaktor ist Tabakkonsum, außerdem Übergewicht und Bewegungsmangel. Ernährungsabhängige Risiken sind Alkoholkonsum, ein geringer Obst-, Gemüse- und Ballaststoffkonsum sowie ein übermäßiger Verzehr von rotem und verarbeitetem Fleisch. Als weiteres vermeidbares Risiko gilt eine zu hohe Belastung mit UV-Strahlung durch Sonnenlicht. Weitere, in der Regel seltenere Ursachen sind Umweltgifte, Strahlenschäden, bestimmte medizinische Behand-

gen (z. B. Hormontherapie in den Wechseljahren), chronische Infekte (z. B. Humane Papillomviren [HPV]) und genetische Ursachen (RKI & GEKID 2019, S. 19 f.).

Bezogen auf alle Todesursachen verstarben rund 17 % der ab 80-Jährigen im Jahr 2020 an Neubildungen (GBE 2021i, eigene Berechnungen).

Im Jahr 2017 erkrankten rund 52.500 Frauen und 50.000 Männer im Alter ab 80 Jahren an Krebs (Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut 2020). Bei Berücksichtigung des höheren Frauenanteils in den älteren Kohorten zeigt sich, dass anteilig deutlich weniger Frauen an Krebs erkranken als Männer. Die unterschiedlichen Erkrankungs-raten (Fälle je 100.000 EW) von Männern und Frauen verdeutlicht Abb. 18 auf Seite 79.

Krebs: Neuerkrankungen (2017)

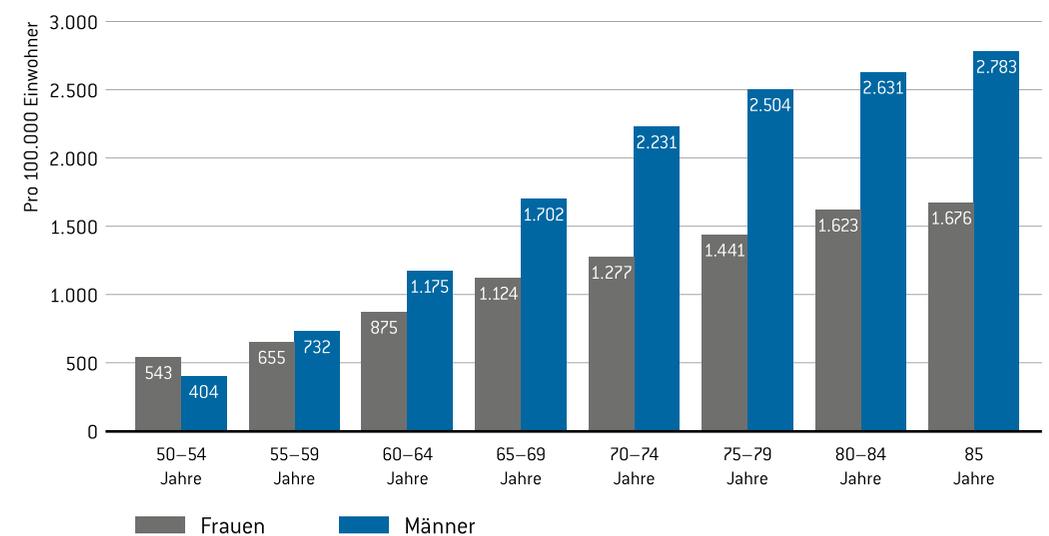


Abb. 18: Krebsinzidenz (Neuerkrankungen) für Krebs gesamt (C99-C97 ohne C44 [sonstige Tumoren der Haut]) nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2017 (rohe Rate pro 100.000 EW); Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut [2020]: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland. Datenbasis: Epidemiologische Landeskrebsregisterdaten, eigene Darstellung.

Frauen ab 80 Jahren sind am häufigsten von Brustkrebs, Darmkrebs und Krebs der weiblichen Geschlechtsorgane betroffen, Männer dieser Altersgruppe von Prostatakrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs (vgl. Abb. 19 auf Seite 80).

Die starke Verbreitung von Krebserkrankungen zeigt sich bei der Betrachtung der Erkrankungs- und Sterberisiken: Das Lebenszeitrisiko einer Krebserkrankung beträgt für Frauen 42,6 %, das Lebenszeitrisiko eines Krebstodes 20,7 %. Bei Männern beträgt das lebenszeitliche Erkrankungsrisiko 47,5 % und lebenszeitliche Sterberisiko 25,6 %. Mit zunehmendem Alter sinkt die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des weiteren Lebens an Krebs zu erkranken oder daran zu versterben (vgl. Tab. 30 auf Seite 81). Innerhalb von zehn Jahren erkrankt eine

von sechs 75-jährigen Frauen und einer von vier 75-jährigen Männern an Krebs. Das 10-Jahres-Risiko, an Krebs zu versterben, beträgt für 75-jährige Frauen 8,5 %, für gleichaltrige Männer 13,2 %.

Zwar ist das Erkrankungsrisiko sehr hoch, jedoch verringert sich seit ca. 25 Jahren die (altersstandardisierte) Krebssterblichkeit, d. h. Menschen versterben seltener und später als in früheren Jahren an Krebs. Dies ist u. a. auf Fortschritte der Behandlung und wahrscheinlich auf die Möglichkeiten der Früherkennung zurückzuführen und hat zur gestiegenen Lebenserwartung beigetragen (RKI 2016a, S. 24 f.). In Kapitel 4.8 auf Seite 112 werden Früherkennungsprogramme angesprochen, die es für viele Krebsarten gibt.

Häufige Krebserkrankungen (2017)

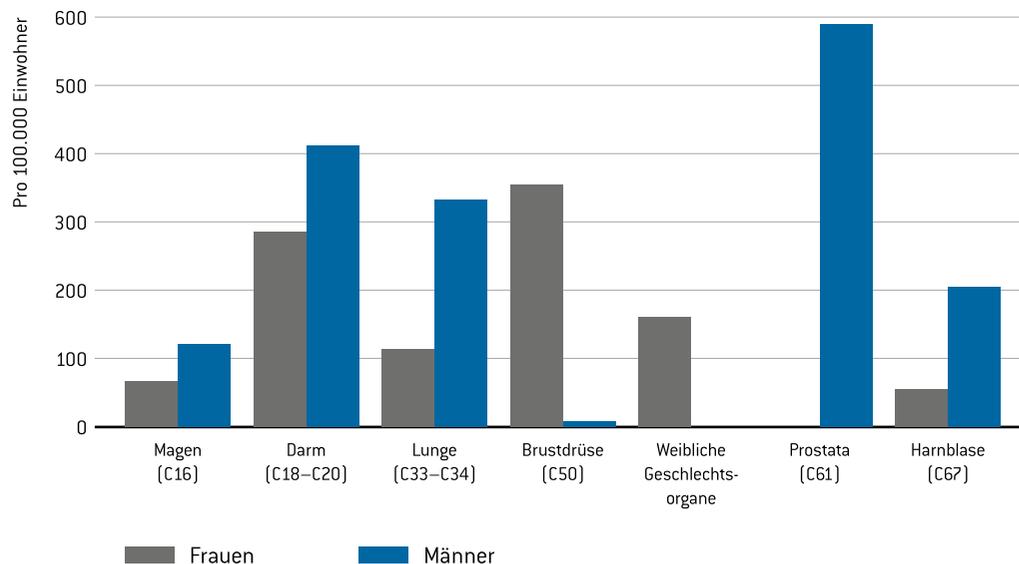


Abb. 19: Inzidenz häufiger Krebserkrankungen bei ab 80-Jährigen nach Geschlecht im Jahr 2017 (Fallzahlen je 100.000 EW); Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut 2020, Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz. Datenbasis: Epidemiologische Landeskrebsregisterdaten, eigene Darstellung.

Krebs: Erkrankungs- und Sterberisiko (2016)

	Erkrankungsrisiko				Sterberisiko			
	In den nächsten 10 Jahren		Jemals		In den nächsten 10 Jahren		Jemals	
Frauen im Alter von								
35 Jahre	2,2 %	[1 von 45]	42,5 %	[1 von 2]	0,3 %	[1 von 340]	20,9 %	[1 von 5]
45 Jahre	4,8 %	[1 von 21]	41,4 %	[1 von 2]	1,0 %	[1 von 100]	20,8 %	[1 von 5]
55 Jahre	8,4 %	[1 von 12]	38,8 %	[1 von 3]	2,7 %	[1 von 38]	20,2 %	[1 von 5]
65 Jahre	13,0 %	[1 von 8]	34,1 %	[1 von 3]	4,8 %	[1 von 21]	18,5 %	[1 von 5]
75 Jahre	16,4 %	[1 von 6]	26,2 %	[1 von 4]	8,5 %	[1 von 12]	15,4 %	[1 von 6]
Lebenszeitrisiko			42,6 %	[1 von 2]			20,7 %	[1 von 5]
Männer im Alter von								
35 Jahre	1,2 %	[1 von 82]	48,1 %	[1 von 2]	0,2 %	[1 von 450]	26,1 %	[1 von 4]
45 Jahre	3,4 %	[1 von 30]	47,9 %	[1 von 2]	1,0 %	[1 von 97]	26,2 %	[1 von 4]
55 Jahre	9,7 %	[1 von 10]	47,3 %	[1 von 2]	3,7 %	[1 von 27]	26,1 %	[1 von 4]
65 Jahre	19,5 %	[1 von 5]	44,6 %	[1 von 2]	7,5 %	[1 von 13]	24,8 %	[1 von 4]
75 Jahre	25,9 %	[1 von 4]	36,4 %	[1 von 3]	13,2 %	[1 von 8]	21,7 %	[1 von 5]
Lebenszeitrisiko			47,5 %	[1 von 2]			25,6 %	[1 von 4]

Tab. 30: Erkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter und Geschlecht, ICD-10 C00-C97 ohne C44; Quelle: RKI und GEKID 2019, S. 22; Lizenz: CC BY-SA 3.0 DE (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/de/>). Datenbasis: Bevölkerungsbezogene Krebsregister, Datenbasis 2016; Darstellung verändert.

Chronische Atemwegserkrankungen

Krankheiten des Atmungssystems stellen bei hochaltrigen Menschen die dritt- bis vierthäufigste Todesursache dar.

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease/COPD) ist ein Sammelbegriff für die chronisch obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem. Höheres Alter und Zigarettenkonsum oder schädliche Umwelteinflüsse (wie das Einatmen von Gasen und Staub am Arbeitsplatz) sind bedeutsame Risikofaktoren bei der Entstehung dieser Krankheit (Steppuhn, Kuhnert & Scheidt-Nave 2017, S. 46). Die 12-Monats-Prävalenz von chronisch obstruktivi-

ver Lungenerkrankung (COPD) steigt in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS mit zunehmendem Alter an (Heidemann u. a. 2021, S. 6). In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen gaben 10,9 % der Frauen und 9,4 % der Männer eine COPD an. Angehörige der oberen Bildungsgruppen erkrankten deutlich seltener (Heidemann u. a. 2021, S. 11).

Das Asthma bronchiale stellt eine chronische Entzündung der Atemwege dar, die zu einer reversiblen Verengung der Bronchien und der Ausbildung eines zähen Bronchialsekrets führt. Sie äußert sich in wiederkehrenden Anfällen von Atemnot. Es werden allergische und nicht-allergische Ursachen für die Entstehung von Asthma unterschieden, es kommen aber auch Mischformen vor (RKI 2011a, S.

Häufigkeit von Schmerzattacken bei Rücken- und Nackenschmerzen (2020)

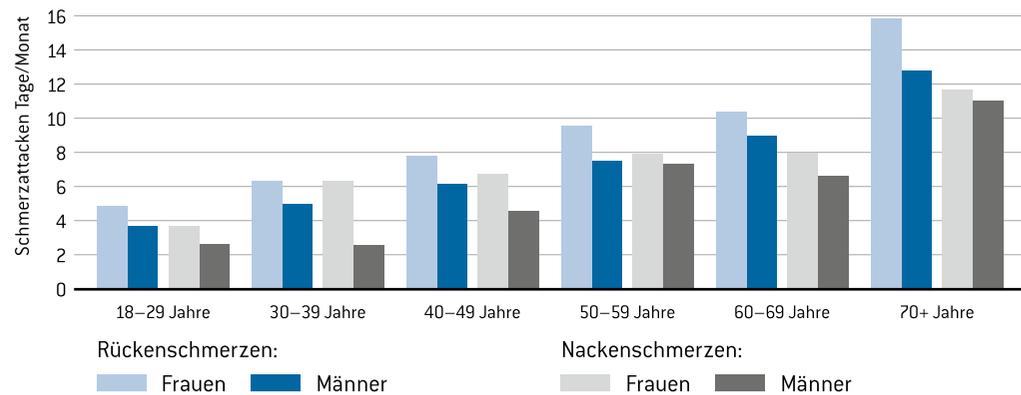


Abb. 20: Mittlere Häufigkeit von Schmerzattacken in Rücken und Nacken bei betroffenen Personen (Tage) im Monat nach Frauen und Männern und Altersgruppen; Quelle: Lippe u. a. 2021, S. 7; Lizenz: CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>). Datenbasis: BURDEN 2020; Darstellung verändert.

70). Die 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale (einschließlich eines allergischen Asthmas) wurde in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS erfragt (Heidemann u. a. 2021, S. 6). 7,9 % der ab 80-jährigen Frauen und 6,7 % der Männer dieser Altersgruppe gaben an, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten Asthma bronchiale bestand. Die Prävalenz von Asthma bronchiale unterschied sich nicht bedeutsam zwischen den Alters- und Bildungsgruppen (ebd., S. 11).

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

Muskuloskeletale Erkrankungen treten im Alter sehr häufig auf und sind eine wesentliche Ursache für funktionale Einschränkungen und Schwierig-

keiten bei der selbstständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens.

Rücken- und Nackenschmerzen

Rücken- und Nackenschmerzen sind in allen Altersgruppen weit verbreitet: Rund 60 % der Menschen in Deutschland litten in den letzten 12 Monaten mindestens einmal an Rückenschmerzen, rund 45 % an Nackenschmerzen, wobei Frauen häufiger betroffen waren (Lippe u. a. 2021, S. 5). Ab 70-jährige Personen berichteten etwas seltener von Rücken- und Nackenschmerzen als jüngere Altersgruppen (ebd.). Allerdings traten Schmerzattacken bei ab 70-Jährigen, die unter Rückenschmerzen litten, häufiger auf als bei jüngeren Menschen (vgl. Abb. 20 auf Seite 82). Auch chronische Rückenschmerzen³⁰ nehmen im Alter zu: 28 % der

Prävalenz von Arthrose (2020)

	Arthrose			
	Frauen		Männer	
	(%)	[95 %-KI]	(%)	[95 %-KI]
Gesamt	21,6	[20,5 – 22,7]	12,4	[11,5 – 13,4]
Altersgruppe				
18 bis 29 Jahre	1,1	[0,4 – 2,9]	1,1	[0,5 – 2,6]
30 bis 44 Jahre	5,1	[3,8 – 6,7]	3,5	[2,5 – 5,1]
45 bis 64 Jahre	23,9	[22,1 – 25,8]	15,4	[13,8 – 17,2]
65 bis 79 Jahre	39,7	[37,2 – 42,4]	23,2	[20,7 – 26,0]
≥ 80 Jahre	47,3	[42,4 – 52,1]	31,6	[26,7 – 36,9]
Bildungsstatus				
Untere Bildungsgruppe	31,2	[27,7 – 34,9]	13,3	[10,0 – 17,4]
Mittlere Bildungsgruppe	21,0	[19,8 – 22,4]	12,8	[11,5 – 14,1]
Obere Bildungsgruppe	13,5	[12,5 – 14,6]	11,4	[10,5 – 12,3]

KI: Konfidenzintervall

Tab. 31: 12-Monats-Prävalenz für Arthrose nach Geschlecht, Altersgruppen und Bildungsstatus im Jahr 2019/2020 (in %); Quelle: Heidemann u. a. 2021, S. 12; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2019/2020-EHIS; Darstellung verändert.

ab 70-jährigen Frauen und rund 17 % der Männer dieser Altersgruppen waren davon betroffen und damit ein größerer Anteil als in jüngeren Altersgruppen (ebd., S. 13). Auch die Schmerzintensität wurde erfragt: Über ein Drittel der von Rückenschmerzen betroffenen Menschen ab 70 Jahren berichtete von starken oder sehr starken Schmerzen, wobei sich hier kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern feststellen lassen (ebd., S. 7 f.).

Arthrose

Eine der häufigsten Gelenkkrankheiten ist die Arthrose (Veränderungen und Abbauprozesse der Gelenke, u. a. übermäßiger Verschleiß der Knie-, Hüft- oder Fingergelenke). Risikofaktoren sind ein höheres Alter, weibliches Geschlecht und genetische Veranlagung, aber auch starke körperliche

Belastungen (Fuchs, Kuhnert & Scheidt-Nave 2017, S. 55). Im fortgeschrittenen Stadium kann Arthrose zu Schmerzen und Bewegungseinbußen und damit zu Einschränkungen im Alltag führen (ebd.). In der Studie GEDA 2019/2020-EHIS gaben 47,3 % der ab 80-jährigen Frauen und 31,6 % der Männer dieser Altersgruppe das Vorliegen einer Arthrose (ohne Arthritis bzw. Gelenkentzündung) in den letzten 12 Monaten an (ebd., S. 12). Auch in dieser Erhebung zeigt sich, dass Frauen deutlich häufiger als Männer erkrankten, wobei Frauen der unteren Bildungsgruppe am stärksten betroffen waren (vgl. Tab. 31 auf Seite 83).

Arthritis

Arthritis ist eine chronische, meist in Schüben verlaufende entzündliche Gelenkerkrankung, die durch

³⁰ Rückenschmerzen werden als chronisch bezeichnet, wenn sie drei Monate oder länger anhalten und fast täglich auftreten (Lippe u. a. 2019, S. 13).

Autoimmunprozesse verursacht wird; die häufigste Unterform stellt die rheumatoide Arthritis dar. Aus entzündlichen Gelenkerkrankungen resultieren häufig funktionale Beeinträchtigungen, chronische Schmerzen und eine verminderte Lebensqualität. Bei 12,2 % der ab 75-jährigen Frauen und bei 8,6 % der Männer dieser Altersgruppe wurde schon einmal eine Arthritis diagnostiziert³¹ (RKI 2015, S. 412).

Osteoporose

Unter Osteoporose wird die Abnahme der Knochendichte durch den übermäßig raschen Abbau der Knochensubstanz und -struktur verstanden. Osteoporose ist durch eine geringere Bruchfestigkeit der Knochen charakterisiert und geht mit einer erhöhten Gefahr zu Knochenbrüchen einher. Neben dem Alter und weiblichem Geschlecht gibt es zahlreiche weitere Risikofaktoren, darunter Bewegungsmangel und Fehlernährung, aber auch Grunderkrankungen und die Einnahme bestimmter Medikamente (Fuchs, Scheidt-Nave & Kuhnert 2017, S. 61). Knochenbrüche infolge einer Osteoporose-Erkrankung, insbesondere in Hüftgelenksnähe, können zu erheblichen Einbußen an Lebensqualität und bei der selbstständigen Lebensführung führen (zusammenfassend ebd., S. 61 f.).

Osteoporose tritt vor allem im höheren Lebensalter auf, wobei Frauen deutlich häufiger als Männer betroffen sind. Die Prävalenz für eine Erkrankung an Osteoporose steigt insbesondere bei Frauen ab 65 Jahren stark an: In dieser Altersgruppe hatten Frauen mit 24 % eine gut viermal höhere Osteoporose-Prävalenz als Männer mit 5,6 % (ebd., S. 63). Zur Prophylaxe werden u. a. körperliche Aktivität sowie eine angemessene Versorgung mit Kalzium und Vitamin D empfohlen (ebd., S. 64).

Sarkopenie

Sarkopenie ist ein Syndrom, das mit dem Verlust von Muskelmasse und -kraft einhergeht und das Risiko für Stürze und Funktionseinschränkungen erhöhen kann (Schaupp u. a. 2021, S. 718). Die Ursachen für Sarkopenie sind vielfältig, wobei Mangelernährung (v. a. eine unzureichende Proteinzufuhr) und verminderte körperliche Aktivität eine wichtige Rolle spielen (ebd. S., 718 f.). Erkrankungen oder Verletzungen, die die körperliche Aktivität einschränken oder auch Sturzangst können wiederum die Entstehung einer Sarkopenie begünstigen.

Die Angaben zur Prävalenz unterscheiden sich aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Erhebungen stark. Nach Ergebnissen im Rahmen der KORA Age-Studie betrug die Prävalenz bei über 80-Jährigen für Frauen 17 % und für Männer 9 % (ebd., S. 719). Therapiemaßnahmen sind ein regelmäßiges körperliches Training und eine ausreichende Proteinzufuhr (ebd., S. 721).

COVID-19

Die Viruserkrankung COVID-19 (Coronavirus-Krankheit 2019), die vom SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) ausgelöst wird, hat seit Beginn des Jahres 2020 Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung und das politische und gesellschaftliche Leben in Deutschland und weltweit (Rommel u. a. 2021, S. 2).

Die Erkrankung verläuft unterschiedlich hinsichtlich Symptomatik und Schwere. Häufige Symptome sind Fieber, Schnupfen, Husten, Atemnot, Müdigkeit sowie eine Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns (Vygen-Bonnet u. a. 2021, S. 9).

Erkrankungen können ohne, mit leichten oder schweren Symptomen verlaufen.

Insbesondere für ältere und hochaltrige Menschen ist das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs oder eines Versterbens erhöht. Neben dem Hauptrisikofaktor des hohen Lebensalters gelten Vorerkrankungen als zusätzliche Risikofaktoren, z. B. chronische Nierenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Demenz und Krebserkrankungen (ebd., S. 28 f. und S. 31), von denen wiederum ältere Menschen besonders häufig betroffen sind. Dabei sind die Risikofaktoren unterschiedlich stark verbreitet: Menschen mit niedriger formaler Bildung weisen deutlich häufiger die genannten Krankheiten auf als Menschen mit höherer Bildung (Rommel u. a. 2021, S. 7).

Die Inzidenz (Anzahl von Neuerkrankungen) schwankt stark in Abhängigkeit von Maßnahmen gegen die Pandemie und deren Einhaltung (z. B. Kontaktbeschränkung, Quarantänemaßnahmen), der Impfquote, möglicher neu auftretender Virusvarianten, der Jahreszeit und weiterer Faktoren. Im Jahr 2020 waren rund 30.000 Menschen ab 80 Jahren an der Erkrankung verstorben (RKI 2021b, eigene Berechnungen).

Im Jahr 2020 wurden verschiedene Impfstoffe entwickelt und konnten ab Ende 2020 verimpft werden (vgl. Kapitel 4.8 auf Seite 112). Menschen im Alter ab 80 Jahren zählten aufgrund des erhöhten Risikos zur Impfindikationsgruppe 1 (Vygen-Bonnet

u. a. 2021, S. 4), d. h., sie konnten sich als erste Gruppe impfen lassen. Impfdurchbrüche sind zwar weiterhin möglich, jedoch resultieren in der Regel leichtere Krankheitsverläufe daraus. Insbesondere für Hochaltrige und Menschen mit Vorerkrankungen sind Impfdurchbrüche dennoch riskant (RKI 2021d, S. 23). Die zeitweise rasche Verbreitung der Erkrankung kann zu einer starken Auslastung der Krankenhäuser und insbesondere der Intensivstationen führen, was weitere Risiken (nicht nur) für ältere Menschen nach sich zieht, wenn diese z. B. aufgrund von anderen medizinischen Notfällen (wie Herzinfarkte, Schlaganfälle) dringend versorgt werden müssen.

Beeinträchtigungen beim Sehen und Hören

Mit zunehmendem Alter wird die Sehkraft schwächer: Den zusammengeführten Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010 zufolge trugen 96,4 % der ab 65-jährigen Frauen und 94,7 % der Männer eine Brille oder Kontaktlinsen (RKI 2015, S. 418).

Über schwere Einschränkungen oder den vollständigen Verlust der Sehkraft berichteten 10,9 % der ab 75-jährigen Frauen und 10,4 % der über 75-Jährigen (vgl. Tab. 32 auf Seite 85).

Zu den Ursachen für Sehbeeinträchtigungen zählt unter anderem der Graue Star (Katarakt), der häufig im höheren Alter durch eine Trübung der

Schwere Einschränkungen beim Sehen (2009)

Alter	75+	Gesamt (alle Altersgruppen)
Frauen	10,9 %	2,9 %
Männer	10,4 %	3,0 %

>> Tab. 32: Sehen: schwere Einschränkungen oder unmöglich in den letzten 12 Monaten vor Befragung im Jahr 2009 (in %); Quelle: RKI 2015, S. 412; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung auszugsweise und verändert.

31 Im GEDA wurde erfragt: »Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Arthritis, rheumatische Arthritis oder chronische Polyarthritits festgestellt?«

Prävalenz von Grauem Star (2005)

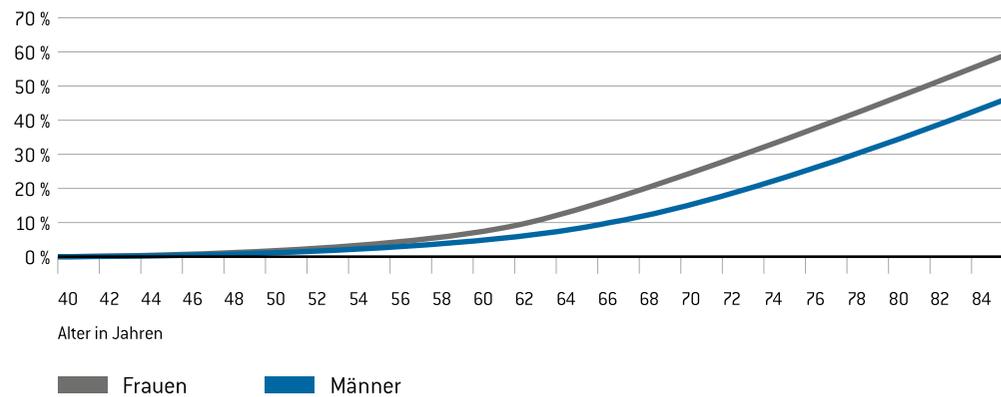


Abb. 21: Erkrankungsrisiko Grauer Star (Katarakt) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005 (in %); Quelle: RKI 2017a, S. 15; Datenbasis: RKI, telefonischer Gesundheitssurvey 2005; Darstellung verändert.

Linse entsteht (RKI 2017a, S. 14). Die Prävalenz des Grauen Stars steigt mit dem Alter stark an (vgl. Abb. 21 auf Seite 86). Durch die Operation der getrübten Linse kann die Sehfähigkeit wiederhergestellt werden, weshalb es in Deutschland nur wenige Erblindungsfälle durch den Grauen Star gibt (ebd., S. 15).

Während Frauen von Einschränkungen beim Sehen häufiger betroffen sind als Männer, zeigt sich hinsichtlich der Hörfähigkeit in der Altersgruppe ab

65 Jahren eine umgekehrte Tendenz. 34,8 % der 65- bis 79-jährigen Frauen und 45,6 % der gleichaltrigen Männer gaben in der DEGS1-Studie mindestens einige Schwierigkeiten beim Hören an. Ein Hörgerät verwendeten 8,6 % der Frauen und 12,7 % der Männer (RKI 2015, S. 418 f.).

Nur sehr schwer oder gar nicht hören konnten 13,1 % der ab 75-jährigen Frauen und 4,6 % der Männer dieser Altersgruppe (vgl. Tab. 33 auf Seite 86).

Schwere Einschränkungen beim Hören (2009)

Alter	75+	Gesamt (alle Altersgruppen)
Frauen	13,1 %	4,0 %
Männer	4,6 %	1,9 %

Tab. 33: Hören: schwere Einschränkungen oder unmöglich in den letzten 12 Monaten vor Befragung im Jahr 2009 (in %); Quelle: RKI 2015, S. 412; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung auszugsweise und verändert.

Allergien

Die 12-Monats-Prävalenz von Allergien (Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien) wurde in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS erfragt (Heidemann u. a. 2021, S. 6). Die Prävalenz für Allergien betrug über alle Altersgruppen fast ein Drittel der Erwachsenen, wobei Jüngere und Menschen mittleren Alters deutlich häufiger betroffen waren. Darüber hinaus waren Frauen häufiger als Männer betroffen. In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen betrug die 12-Monats-Prävalenz 20,1 % bei Frauen und 16,1 % bei Männern (ebd., S. 11 f.).

Harninkontinenz

Inkontinenz, d. h. das Unvermögen, den Harn willkürlich zurückzuhalten, wurde im Jahr 1998 von der WHO als eigenständige Krankheit anerkannt. Sie tritt in unterschiedlichen Formen (z. B. Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz) auf und kann die Lebensqualität im Alltag erheblich beeinträchtigen. Inkontinenz kann verschiedene Ursachen haben, von denen häufig mehrere vorhanden sind, z. B. physiologische Auslöser (wie Blasenschließmuskelschwäche) und andere zugrunde liegende Erkrankungen wie Prostataleiden, Harnwegsinfekte oder Tumore. Aber auch Polypharmazie, neuronale Veränderungen und psychosoziale Faktoren sind von Bedeutung (Seizmair 2011, S. 27 f.).

Aktuelle Erhebungen zur Prävalenz von Harninkontinenz liegen derzeit nicht vor, und vorhandene ältere Angaben variieren stark (RKI 2015, S. 419). Schätzungen haben ergeben, dass ca. 11 % der Menschen über 60 Jahre von Inkontinenz betroffen sind. Untersuchungen konnten zeigen, dass vor allem ab dem 70. Lebensjahr die Zahl der Erkrankten

ansteigt: Ab dem 74. Lebensjahr wurde bei ca. 30 % der Frauen und 42 % der Männer eine Inkontinenz festgestellt (vgl. zusammenfassend Seizmair 2011, S. 23). Dabei ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer noch höher ist, da Inkontinenz aufgrund von Scham und Tabuisierung oft nicht angegeben wird (ebd.). Besonders häufig leiden pflegebedürftige Menschen unter Inkontinenz. Eine Befragung von rund 100 ambulanten Pflegediensten zu über 800 Klientinnen und Klienten ergab eine Prävalenz der Harninkontinenz von 64 % (Lahmann 2015, S. 6 und S. 10). Studien haben außerdem gezeigt, dass ein großer Anteil der Menschen (50 % bis 70 %), die an Inkontinenz leiden, keine professionelle Hilfe in Anspruch nimmt (Seizmair 2011, S. 27 f.).

» 04.3 Psychische Erkrankungen

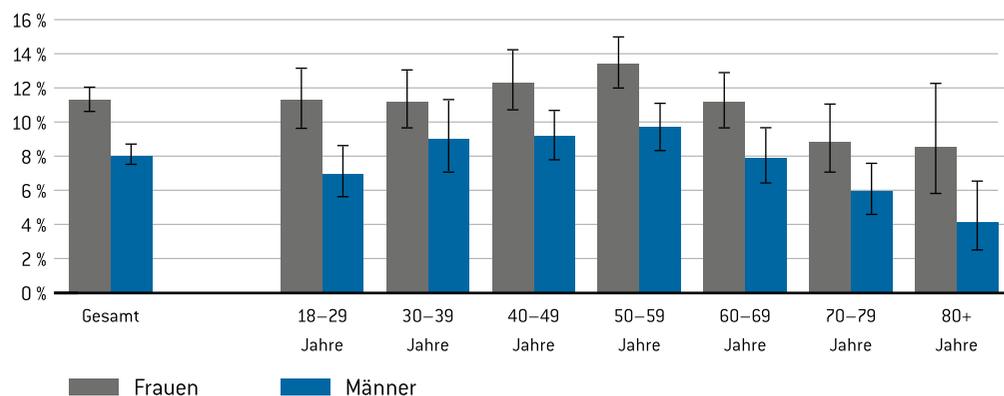
Gesundheit umfasst nach der bekannten Definition der WHO (1946) nicht nur den körperlichen Zustand und die Abwesenheit von Krankheiten, sondern auch das psychische Wohlbefinden. Die psychische Gesundheit ist von großer Bedeutung für die Lebensqualität (nicht nur) älterer Menschen.

Oft stehen im höheren und hohen Alter körperliche Erkrankungen und damit verbundene funktionale Einbußen bei der ärztlichen Versorgung so sehr im Vordergrund, dass begleitende psychische Beeinträchtigungen nicht erkannt werden [Kinzl 2013, S. 530]. Das kann dazu führen, dass insbesondere im sehr hohen Alter die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen und ein damit verbundener Therapiebedarf unterschätzt werden.

Die Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen liegt in der höchsten Altersgruppe trotz der zunehmenden Rate demenzieller Erkrankungen deutlich unter dem Durchschnitt (Rommel u. a. 2017, S. 11). So hatten 8,5 % der ab 80-jährigen Frauen und 4,1 % der gleichaltrigen Männer innerhalb eines Jahres psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen (vgl. Abb. 22 auf Seite 88).

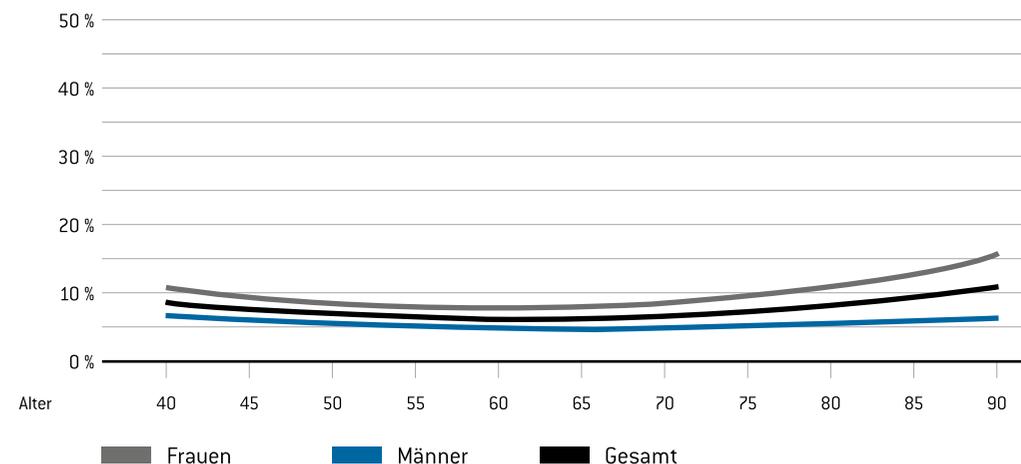
Menschen mit psychischen Erkrankungen werden u. a. in Krankenhäusern behandelt. Bei Betrachtung der im Krankenhaus behandelten ab 80-jährigen Menschen mit der Diagnose »psychische und Verhaltensstörungen« zeigt sich, dass diese im Jahr 2019 am häufigsten die Diagnose organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (ICD10: F00-F09) aufwies. Hierzu zählten auch die demenziellen Erkrankungen. Mit weitem Abstand folgten affektive Störungen, zu denen depressive Erkrankungen zählen (GBE 2021a).

Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen (2014/2015)



» Abb. 22: Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen (in %, mit 95 %-Konfidenzintervall); Quelle: Rommel u. a. 2017, S. 11; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS; Darstellung verändert.

Risiko für depressive Symptome (2002 bis 2017)



» Abb. 23: Depressionsrisiko bei Frauen und Männern im Altersverlauf. Der Wertebereich des Depressionsrisikos reicht von 0–100 Prozent, in der Abbildung wird nur der Bereich von 0–50 % angezeigt; Quelle: Wettstein und Spuling 2019, S. 61; Datenbasis: DEAS 2002–2017; Schätzungen basieren auf n=14.906 Studienteilnehmenden mit insgesamt n=28.554 Beobachtungen; Lizenz: CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Depression

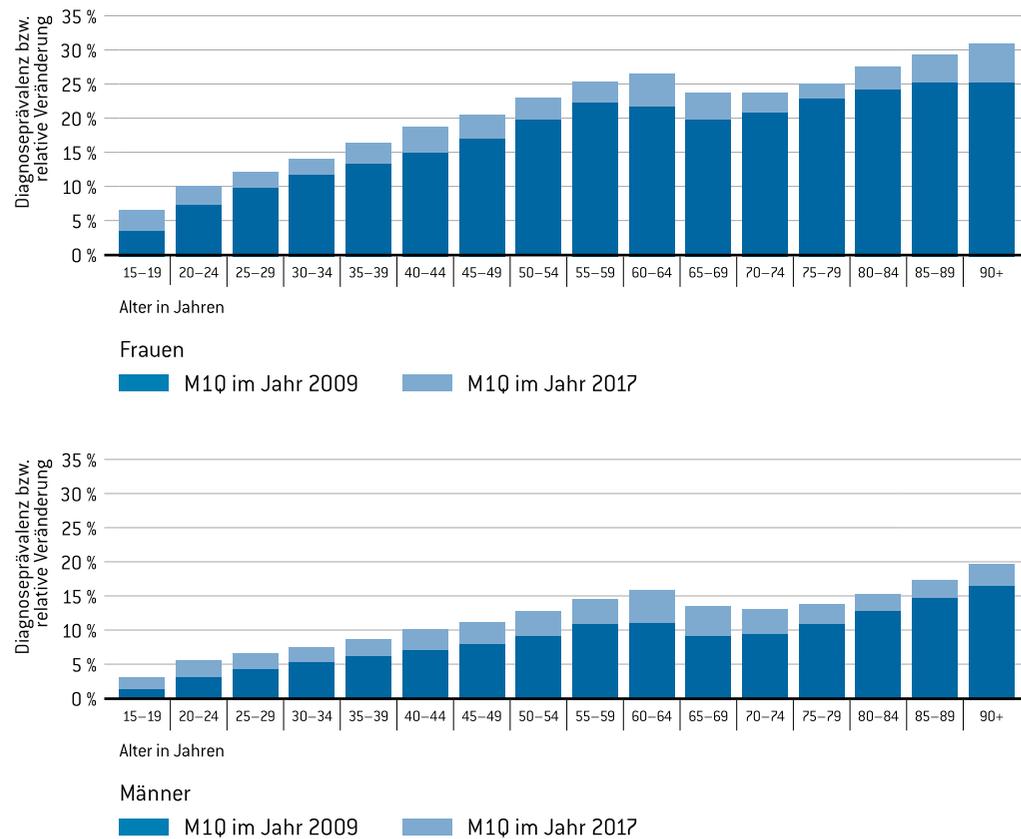
Im hohen Alter treten viele Risikofaktoren gehäuft auf, die zur Entwicklung von Depressionen beitragen können. Hierzu zählen Krankheiten mit chronischen Schmerzen und funktionale Einbußen, die zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben führen, aber auch Erfahrungen von sozialer Isolation und Einsamkeit, die durch das Versterben naher Angehöriger und anderer Altersgenossen entstehen (vgl. Weyerer & Bickel 2007, S. 115). Die Generation der heute ab 80-Jährigen zählt zudem zur Generation der sogenannten »Kriegskinder«, deren Aufwachsen von vielfältigen Belastungen geprägt war (vgl. Radebold 2015; Peters 2018).

Depressionen gelten dann als behandlungsbedürftig, wenn ihre Hauptsymptome – gedrückte Stimmung und Traurigkeit, Verlust von Interesse

und Freude, Antriebs- und Energielosigkeit – mindestens zwei Wochen andauern und nicht auf eine einfache Trauerreaktion, eine andere psychiatrische oder organische Erkrankung zurückzuführen sind. Je nach Intensität und Anzahl der Symptome werden leichte, mittelgradige und schwere »depressive Episoden« unterschieden und den schwächer ausgeprägten »Dysthymien« (schwermütige Stimmung) gegenübergestellt (RKI 2010, S. 9 f.).

Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) werden depressive Symptome mit der Allgemeinen Depressionsskala nach Hautzinger und Bailer (1993) erhoben. Dabei wurden den Befragten 15 Aussagen dargeboten, die Hinweise auf das Depressionsrisiko geben (z. B. »In der letzten Woche war alles anstrengend für mich«). Die Befragten sollten auf einer Häufigkeitsskala einschätzen, ob, wie oft und wie lange sie dies erlebt haben (Wettstein & Spuling

Prävalenz von diagnostizierten Depressionen (2009 und 2017)

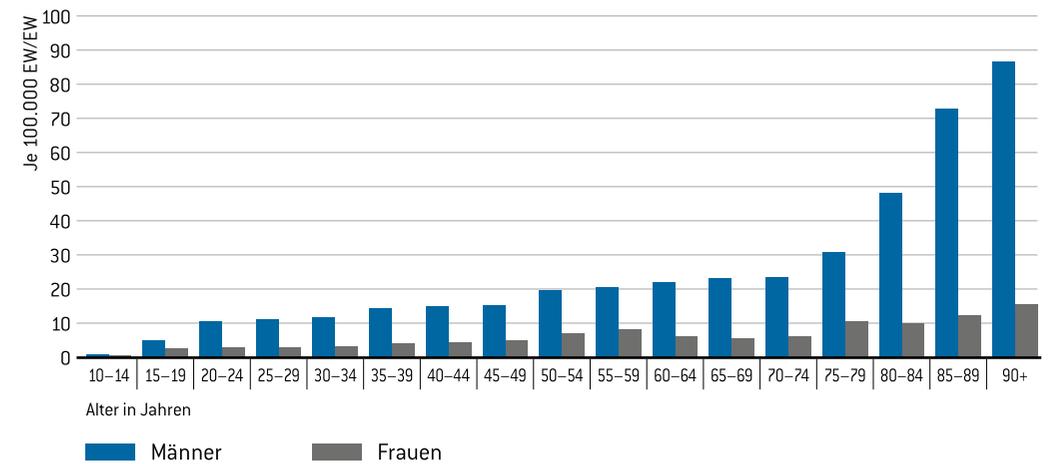


» Abb. 24: Diagnoseprävalenz depressiver Störungen nach Geschlecht und Altersgruppen in den Jahren 2009 und 2017; Quelle: Steffen u. a. 2019, S. 12. Datenbasis: Bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Jahre 2009 und 2017 von Versicherten ab 15 Jahren, die mindestens in einem Quartal des jeweiligen Jahres die Diagnose einer depressiven Erkrankung (ICD-10 F32, F33, F34.1) erhalten haben (M1Q); Darstellung verändert.

2019, S. 57). Im Ergebnis sind Frauen durchschnittlich häufiger von depressiven Symptomen betroffen als Männer (vgl. Abb. 23 auf Seite 89). Nachdem das Depressionsrisiko im mittleren Alter sinkt, steigt die Wahrscheinlichkeit, an depressiven Symptomen zu leiden, für Frauen mit zunehmendem Alter an und erreicht mit etwa 90 Jahren knapp 16 %

(Männer: 6 %). Als mögliche Ursachen für dieses unterschiedliche Depressionsrisiko von Frauen und Männern werden stärkere funktionale Einschränkungen von Frauen, eine häufigere Verwitwung als bei Männern, Einkommensunterschiede bzw. Armutsgefährdung oder Unterschiede in Bezug auf andere Ressourcen diskutiert (ebd. S. 65).

Sterberate durch Suizid (2020)



» Abb. 25: Sterberaten durch Suizid (ICD-10 X60-84) nach Alter, Männer und Frauen je 100.000 EW im Jahr 2020; Quelle: GBE 2021i; Datenbasis: Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, eigene Darstellung.

Depressive Symptome können nicht nur bei Depressionen, sondern auch als Folge- oder Begleitsymptomatik anderer psychischer oder körperlicher Erkrankungen auftreten (vgl. zusammenfassend Kammerer & Falk 2019, S. 36). Im Rahmen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS wurde das Vorliegen depressiver Symptome in den letzten zwei Wochen mittels des Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erhoben (Heidemann u. a. 2021, S. 6). Da die Datenerhebung zwischen April 2019 und September 2020 stattfand, schloss die Erhebung auch die erste Welle der COVID-Pandemie mit ihren Kontaktbeschränkungen (März bis Juni 2020) mit ein (Heidemann u. a. 2021, S. 4). Im Ergebnis zeigte sich im Gegensatz zu den Daten des Deutschen Alterssurveys, dass ab 80-jährige Frauen und Männer nicht häufiger als jüngere Menschen in den letzten zwei Wochen an depressiven Symptomen gelitten haben. Geschlechterunterschiede verringerten sich

in dieser Erhebung mit steigendem Alter und bei höherer Bildung (vgl. ebd. S. 9) (vgl. Tab. 69 auf Seite 221). Inwieweit die Pandemie einen Einfluss auf die Ergebnisse hatte, lässt sich nicht abschließend feststellen. Die Ergebnisse sind in Hinblick auf die Angaben der Frauen vergleichbar mit früheren Erhebungen wie GEDA 2014/2015-EHIS (Heidemann u. a. 2021, S. 14).

Eine Übersichtsarbeit zu Erhebungen während der COVID-19-Pandemie zeigt, dass die Auswirkungen der ersten Pandemie-Welle auf die psychische Gesundheit oder Lebenszufriedenheit älterer Menschen eher geringer waren als bei jüngeren Personen (Mauz u. a. 2021, S. 31 ff. und Annex). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam die Erhebung des DEAS (siehe auch Kapitel 6.1 Seite 168). Da die Pandemie und die Eindämmungsmaßnahmen jedoch noch andauerten, ließen sich ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zum Zeit-

punkt November 2021 (Redaktionsschluss) nicht abschließend beurteilen.

In einer Auswertung krankenkassenübergreifender vertragsärztlicher Abrechnungsdaten aus den Jahren 2009 und 2017 wurden Personen erfasst, die mindestens in einem Quartal die (gesicherte) Diagnose einer depressiven Erkrankung erhalten haben (Steffen u. a. 2019, S. 6). Abb. 24 auf Seite 90 stellt die im Zeitvergleich (2009 und 2017) deutlich gestiegenen Prävalenzen in allen Altersgruppen dar (vgl. ebd., S. 7). Wie in anderen Erhebungen zeigt sich ein Unterschied zwischen Frauen und Männern, wobei die Prävalenzunterschiede zwischen den beiden Auswertungszeitpunkten abgenommen haben (ebd. S. 12). Die Prävalenzen zeigen im Alter einen zweigipfligen Verlauf mit den höchsten Werten für die ab 90-Jährigen.

Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation der Daten, dass nur Personen mit Arztkontakten berücksichtigt werden konnten (ebd., S. 5) und auch leichte Depressionen erfasst wurden. Die insgesamt höheren Prävalenzen in den hohen Altersgruppen werden zudem davon beeinflusst gewesen sein, dass auch gesundheitlich stärker belastete Menschen und Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen mit einbezogen werden konnten, die in Umfragen selten oder gar nicht erreicht werden. Zudem sind diese Daten nicht von Selbstauskünften befragter Personen abhängig.

Der Anstieg der ärztlichen Diagnosen ist vermutlich auch auf eine größere Aufmerksamkeit und Aufklärung über depressive Erkrankungen in der Gesellschaft zurückzuführen (Steffen u. a., S. 21). In den vergangenen Jahren wurde zunehmend eine mangelnde Diagnostik und Versorgung von Depressionen bei älteren Menschen problematisiert (zusammenfassend Kammerer u. a. 2016), was möglicherweise auch eine zunehmend stärkere Wahrnehmung depressiver Erkrankungen in der ärztlichen Versorgung zur Folge hat. Psychothera-

peutische Behandlung, die bei depressiven Erkrankungen empfohlen wird, wird von älteren Menschen jedoch sehr selten in Anspruch genommen (vgl. auch Abb. 22 auf Seite 88). Depressionen wirken sich negativ auf die Lebensqualität und Alltagskompetenz aus und haben einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf verschiedener Erkrankungen (Lederbogen 2006, S. 270).

Zu möglichen Folgen von Depressionen gehört auch Suizidalität. Nach Schätzungen der WHO wird ein Anteil von 65 % bis 95 % aller Suizide durch psychische Erkrankungen verursacht, wobei Depressionen die häufigsten sind (Van Orden & Conwell 2011). Chronische Erkrankungen und Schmerzen, körperliche Funktionseinschränkungen und soziale Isolation zählen zu den wichtigsten Risikofaktoren für Suizide im höheren Alter (ebd.). Mit zunehmendem Alter steigt die Suizidrate deutlich an. Während in Studienergebnissen Männer geringere Depressionsraten aufweisen, liegt die Zahl der Sterberaten durch Suizid bei ihnen wesentlich höher als bei Frauen (vgl. Abb. 25 auf Seite 91). Dabei werden Suizidraten im höheren Alter vermutlich unterschätzt, da verdeckte suizidale Verhaltensweisen wie das Einstellen von Essen und Trinken nicht als solche erkannt werden (Weyerer & Bickel 2007, S. 131 f.).

Demenz

Demenzen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Krankheiten bei älteren Menschen. Demenz ist ein Syndrom, das mit einer (zunehmend schwerwiegenden) Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit, des Gedächtnisses, der Sprache, der Orientierung und des Urteilsvermögens einhergeht (Deutsche Alzheimergesellschaft e.V./Selbsthilfe Demenz 2020, S. 1).

Prävalenz von Demenz (2018)

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate nach Alzheimer Europe			Geschätzte Zahl Demenzerkrankter in Deutschland Ende des Jahres 2018		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
65 bis 69	1,1 %	1,5 %	1,3 %	25.210	37.750	62.960
70 bis 74	3,1 %	3,4 %	3,3 %	52.080	64.750	116.830
75 bis 79	7,0 %	8,9 %	8,1 %	127.650	201.650	329.300
80 bis 84	10,7 %	13,1 %	12,1 %	137.720	239.010	376.730
85 bis 89	16,3 %	24,9 %	21,8 %	86.440	237.120	323.560
90+	29,7 %	44,8 %	40,9 %	61.660	263.130	324.790
65+	6,3 %	10,4 %	8,6 %	490.760	1.043.410	1.534.170

>> Tab. 34: Prävalenz von Demenzen nach Geschlecht und Altersgruppen [in %]; Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz 2020, S. 1; Datenbasis: Alzheimer Europe. Yearbook 2019; Statistisches Bundesamt, Genesis-Online Datenbank. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Tabelle 12411-0013; Darstellung verändert.

Etwa zwei Drittel der Demenzen werden von der Alzheimer-Krankheit verursacht, gefolgt von vaskulären Demenzen, bei denen Schädigungen der Blutgefäße im Gehirn ursächlich sind (Deutsche Alzheimergesellschaft e.V./Selbsthilfe Demenz 2020, S. 1). Mischformen der beiden Krankheitsprozesse treten häufig auf (ebd.). Auch andere Erkrankungen, z. B. Morbus Parkinson können zu einer Demenz führen. Alter ist der wichtigste Risikofaktor für Prävalenz und Inzidenz der Demenz, insbesondere der Alzheimer-Demenz (RKI 2005, S. 10).

Rund 1,6 Millionen Menschen mit Demenz leben in Deutschland (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V./Selbsthilfe Demenz 2020, S. 1). Da aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung die Zahl der Neuerkrankten größer ist als die der Sterbefälle unter bereits Erkrankten, nimmt die Zahl der demenziell Erkrankten seit einiger Zeit kontinuierlich zu (ebd.).

Die Prävalenzraten verdoppeln sich annähernd alle fünf Altersjahre. Während die Prävalenz bei den unter 80-Jährigen im einstelligen Bereich liegt,

steigt sie bei den 80- bis 84-Jährigen auf gut 12 % und bei den 85- bis 89-Jährigen auf rund 22 %. Bei den über 90-Jährigen liegt sie bei rund 40 %, wobei Männer mit 29,7 % deutlich seltener als Frauen mit 44,8 % betroffen sind (vgl. Tab. 34 auf Seite 93).

Als besonders problematisch wird die Situation von Menschen mit Migrationshintergrund eingeschätzt, die an demenziellen Erkrankungen leiden. Die Diagnose und der Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten ist schwierig und erfolgt häufig spät, u. a. aufgrund von Sprachbarrieren, kulturspezifischem Krankheitsverständnis und fehlenden Angeboten, die auf diese Zielgruppe ausgerichtet sind (Maevskaya 2015, S. 1). Die Pflege demenzkranker Menschen ist eine besondere Herausforderung, u. a., weil mit Fortschreiten der Erkrankung eine sehr engmaschige Betreuung erforderlich wird. Demenzen sind der häufigste Grund für einen Umzug ins Pflegeheim. Rund zwei Drittel der Heimbewohnerinnen und -bewohner waren laut einer repräsentativen Studie im Jahr 2012 von Demenz betroffen (Schäufele u. a. 2013, S. 202).

>> 04.4 Unfälle

Unfälle können insbesondere im höheren Alter schwerwiegende Folgen haben. So sterben ältere Menschen sehr viel häufiger an Unfallfolgen als jüngere Menschen. Im Jahr 2020 waren über 11.000 Menschen ab 85 Jahren in Folge eines Unfalls verstorben. Ein Großteil der Unfälle gehörte zu den häuslichen Unfällen, während tödliche Verkehrsunfälle seltener vorkamen als in den darunter liegenden Altersgruppen (vgl. Tab. 35 auf Seite 94).

Stürze bilden einen wesentlichen Anteil am Unfallgeschehen alter Menschen. Vor allem Knochenbrüche, daraus resultierende Funktionseinschränkungen und erhöhte Sturzangst können die selbstständige Lebensführung gefährden. Das Risiko für Stürze und Sturzverletzungen ist unter ande-

rem aufgrund einer verringerten Balancefähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit, die ein rechtzeitiges Abfangen mit Armen oder Beinen verzögern, erhöht. Frauen haben dabei ein höheres Risiko, da sie mit zunehmendem Alter stärker als Männer von Muskelabbau betroffen sind (vgl. RKI 2020, S. 232). Aber auch bestimmte Medikamente bzw. deren Zusammenwirken sowie einige Erkrankungen (z. B. Herzkrankungen, Seh- oder Hörstörungen) können zu einem größeren Sturzrisiko beitragen. Andere Krankheiten, z. B. Osteoporose, erhöhen wiederum das Risiko von langwierigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Knochenbrüche als Sturzfolgen (RKI 2015, S. 418).

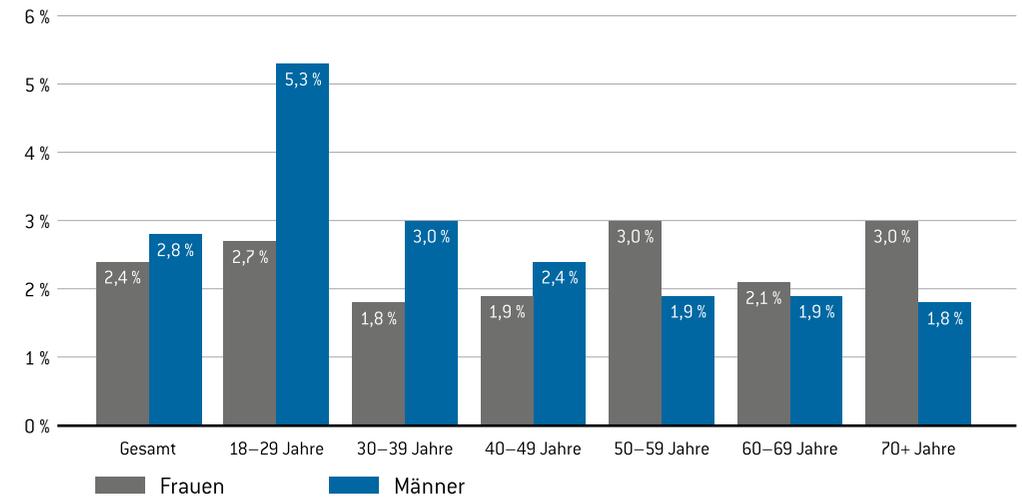
Sturzprävalenzen unterscheiden sich in unterschiedlichen Erhebungen stark, und insbesondere in höheren Altersgruppen werden zum Teil sehr hohe Prävalenzen berichtet (vgl. zusammen-

Tödliche Unfälle (2020)

Altersgruppen	Insgesamt	Davon nach Unfallkategorien				
		Arbeits-/Schulunfall	Verkehrsunfall	Häuslicher Unfall	Sport-/Spielunfall	Sonstiger Unfall
Unter 1 Jahr	13	–	1	8	1	3
1 bis 5 Jahre	62	2	16	20	5	19
5 bis 15 Jahre	65	2	25	14	10	14
15 bis 25 Jahre	611	21	391	20	12	167
25 bis 35 Jahre	652	28	316	45	13	250
35 bis 45 Jahre	830	47	254	96	16	417
45 bis 55 Jahre	1.180	71	329	236	18	526
55 bis 65 Jahre	1.954	66	475	595	28	790
65 bis 75 Jahre	2.651	17	363	1.138	19	1.114
75 bis 85 Jahre	7.556	2	499	3.970	17	3.068
85+	11.699	3	179	6.914	18	4.585

>> Tab. 35: Sterbefälle im Jahr 2020 nach Unfallkategorien und Altersgruppen; Quelle: Statistisches Bundesamt 2021a. Datenbasis: Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands.

Ärztlich versorgte Sturzunfälle (2010)



>> Abb. 26: Personen mit ärztlich versorgten Sturzunfällen nach Altersgruppen innerhalb der vergangenen 12 Monate im Jahr 2010 (in %); Quelle: RKI 2016b, S. 3. Datenbasis: GEDA 2010; eigene Darstellung.

fassend RKI 2016b, S. 2). Die unterschiedlichen Prävalenzen hängen vermutlich unter anderem davon ab, ob alle Stürze erfasst werden oder nur solche, die eine ärztliche Behandlung nach sich ziehen. Mehrere Studien zeigen insbesondere für ältere Frauen ein hohes Sturzrisiko (vgl. zusammenfassend ebd.).

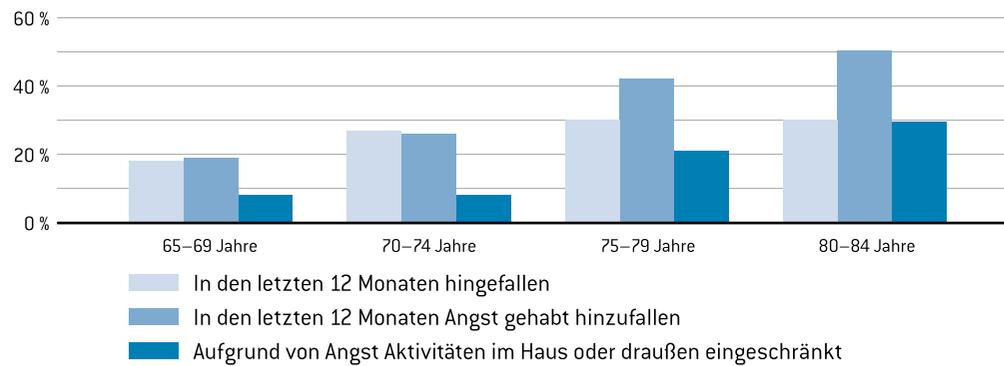
Ein besonders hohes Risiko haben auch pflegebedürftige Menschen: In einer Studie unter ambulanten Pflegediensten stürzte fast jede zehnte pflegebedürftige Person innerhalb von zwei Wochen, wobei Alleinlebende, Menschen mit seltenen Pflegedienstkontakten, mit einem höheren Hilfebedarf sowie multimorbid Erkrankte ein höheres Sturzrisiko aufwiesen (vgl. Rommel u. a. 2019). Auch Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen haben aufgrund ihrer höheren Gebrechlichkeit

ein größeres Sturzrisiko als die zu Hause lebende Bevölkerung gleichen Alters (Rapp & Becker 2009).

In der Studie GEDA 2010 wurden Menschen verschiedener Altersgruppen nach Sturzunfällen gefragt, die ärztlich versorgt werden mussten. Hier gaben 3 % der ab 70-jährigen Frauen und 1,8 % der Männer dieser Altersgruppe an, in den letzten 12 Monaten eine Sturzverletzung mit ärztlichem Versorgungsbedarf erlitten zu haben. Deutlich häufiger berichten dagegen 18- bis 29-jährige Männer von Sturzverletzungen (vgl. Abb. 26 auf Seite 95).

Die Angst zu stürzen ist weit verbreitet und kann Auswirkungen auf das alltägliche Leben haben (vgl. RKI 2020, S. 232). Etwa jede dritte 65- bis 84-jährige Frau und jeder siebte Mann (rund 15 %) haben Angst vor Stürzen (ebd.). Sturzangst kann dazu beitragen, dass Aktivitäten zuhause oder draußen

Sturzerfahrungen nach Sturzangst (2014)



» Abb. 27: Anteil älterer Frauen mit Sturzerfahrungen oder Sturzangst nach Alter im Jahr 2014 (in %); Quelle: RKI 2020, S. 232, Datenbasis: DEAS 2014; Darstellung verändert.

eingeschränkt werden, was sich ungünstig auf die Gesundheit und Lebensqualität auswirken kann. Abb. 27 auf Seite 96 stellt Sturzerfahrungen, Sturzangst und die Einschränkung von Aktivitäten von Frauen dar.³²

Sturzrisiken lassen sich durch gezieltes und regelmäßiges Training (Sturzprophylaxe) und die Verminderung von Risikofaktoren in der Wohnung (ausreichende Beleuchtung, Entfernung von »Stolperfallen« wie Schwellen) und der Wohnumgebung (Beleuchtung, sichere Treppen und Gehwege) vermindern (Rapp & Becker 2009). Das frühzeitige Erkennen von sturzgefährdeten Personen und ein auf das spezifische Risikoprofil zugeschnittenes Gleichgewichts- und Krafttraining sind wichtige Maßnahmen, um die Mobilität und Lebensqualität im Alter sichern zu können.

» 04.5 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Lebenserwartung

Während die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich anstieg, waren in der Periode 2018/2020 nur sehr geringfügige Veränderungen gegenüber der vorangegangenen Periode (2017/2019) zu vermerken. Die Stagnation der Lebenserwartung war hauptsächlich auf die Sterbefallzahlen in Folge der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 zurückzuführen (Statistisches Bundesamt 2021).

Im Zeitraum 2018/2020 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Jun-

Durchschnittliche fernere Lebenserwartung (2018 bis 2020)

Alter im Jahr 2018/2020	Lebenserwartung	
	Männer	Frauen
	Jahre	
80 Jahre	8,1	9,6
85 Jahre	5,6	6,5
90 Jahre	3,7	4,3
95 Jahre	2,5	2,9
100 Jahre	1,8	2,0

» Tab. 36: Durchschnittliche Lebenserwartung nach Alter und Jahren (2018/2020), Quelle: GBE 2021h; Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung; Darstellung auszugsweise und gerundet.

gen 78,6 Jahre und eines neugeborenen Mädchens 83,4 Jahre³³ (GBE 2021h). Damit lag die mittlere Lebenserwartung der Frauen bei Geburt knapp fünf Jahre über jener von Männern. Mit steigendem Alter verringert sich die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern (vgl. Tab. 36 auf Seite 97). So hat eine im Jahr 2020 80-jährige Frau eine weitere Lebenserwartung von über neun Jahren, ein gleichaltriger Mann von acht Jahren.

Als Ursachen für die seit langem zu beobachtende höhere Gesamtlebenserwartung von Frauen wurden biologische und lebensstil- bzw. umweltbezogene Faktoren diskutiert: Zum einen haben Frauen ein geringeres biologisches Risiko, an Herz-Kreis-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben als Männer, zum anderen leben sie in der Regel gesünder als Männer – sie ernähren sich besser, haben einen geringeren Alkohol- und Tabakkonsum, sterben seltener an tödlichen Unfällen, sind geringeren beruflichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt

und gehen öfter zum Arzt und zu Vorsorgeuntersuchungen (Doblhammer & Kreft 2011, S. 910 f.; RKI 2011b, S. 15). Nach heutigem Wissen sind vor allem die verhaltens- und umweltbezogenen Faktoren für die Unterschiede in der Lebenserwartung verantwortlich (RKI 2020, S. 25 ff.). Eine Annäherung der Lebensstile und Lebensbedingungen von Frauen und Männern würde damit ebenso zu einer stärkeren Angleichung der Lebenserwartung führen.

Auch andere Ungleichheiten in den Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen wirken sich auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung aus: In Deutschland haben Menschen mit niedrigerer Bildung, geringem Einkommen und niedrigem beruflichem Status auch eine deutlich geringere Lebenserwartung. Mit einem niedrigen sozioökonomischen Status geht ein höheres Risiko für chronische Erkrankungen und Beschwerden, funktionelle Einschränkungen und ein riskanteres Gesundheitsverhalten einher (Lampert, Hoebel

32 Die Daten zu Männern wurden in der Publikation zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland des RKI (2020) nicht dargestellt.

33 Die Lebenserwartung gibt an »wie viele Lebensjahre eine Altersgruppe im Durchschnitt noch zu erwarten hätte, wenn die zugrunde gelegten Sterblichkeitsverhältnisse gleich blieben. Die sogenannte mittlere Lebenserwartung oder Lebenserwartung bei Geburt gibt diesen Indikator für die Nulljährigen an, die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren z. B. entsprechend für die 65-Jährigen.« (RKI 2011b, S. 7 f.) Das Statistische Bundesamt berechnet die Lebenserwartung als Durchschnitt der jeweils letzten drei Jahre; die aktuellsten Zahlen beruhen auf der Sterbetafel 2018/2020.

Lebenserwartung und Einkommen (2016)

Einkommen	Mittlere Lebenserwartung bei Geburt*		Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren*	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
<60 %	78,4	71,0	15,2	9,8
60 % bis <80 %	79,7	73,3	15,9	11,0
80 % bis <100 %	80,7	75,2	16,9	12,4
100 % bis <150 %	82,1	76,0	18,2	13,2
≥150 %	82,8	79,6	18,9	16,4
Gesamt	80,8	75,0	17,0	12,5

* Jahre

>> Tab. 37: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht und Einkommen. Das Einkommen wird als jeweiliger Anteil des Nettoäquivalenzeinkommens dargestellt; Quelle: Lampert, Hoebel und Kroll 2019, S. 8; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: SOEP, Periodensterbetafeln 1992–2016; Darstellung verändert.

& Kroll 2019, S. 3). Tab. 37 auf Seite 98 verdeutlicht die durchschnittliche Lebenserwartung unterschiedlicher Einkommensgruppen. Bezugsgröße ist dabei das Netto-Äquivalenzeinkommen³⁴, das einen Vergleich des Einkommens von Personen aus Haushalten unterschiedlicher Größe ermöglicht (ebd. S. 4). Das Netto-Äquivalenzeinkommen der in Tab. 37 dargestellten Berechnungen lag bei 1.495 Euro. Frauen mit einem Einkommen, das unter 60 % dieses Betrages lag, hatten eine über zwei Jahre geringere Lebenserwartung verglichen mit der durchschnittlichen Lebenserwartung. Frauen mit einem Einkommen, das über 150 % des Netto-Äquivalenzeinkommens entsprach, hatten

eine zwei Jahre über dem Durchschnitt liegende Lebenserwartung. Der Unterschied zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe der Frauen betrug damit 4,4 Lebensjahre. Bei Männern war dieser Unterschied nahezu doppelt so groß: Bei ihnen lagen zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe 8,6 Lebensjahre. Bei Betrachtung der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren verringerten sich die Unterschiede zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe etwas: Sie betragen bei Frauen 3,7 und bei Männern 6,6 Lebensjahre (vgl. Tab. 37 auf Seite 98).

34 Das Netto-Äquivalenzeinkommen berücksichtigt die Größe und Zusammensetzung eines Haushaltes sowie unterschiedliche Einkommensbedarfe von Erwachsenen und Kindern. Grundlage für die Berechnung bildet das Haushaltsnettoeinkommen, das entsprechend der neuen OECD-Skala gewichtet wird, um unterschiedliche Bedarfe zu berücksichtigen. Das mittlere Netto-Äquivalenzeinkommen lag im Untersuchungszeitraum bei 1.495 Euro (Lampert u. a. 2019, S. 4 f.).

Sterbefälle und Sterbeziffern (2020)

Altersgruppe	Sterbefälle Männer	Sterbeziffer Männer	Sterbefälle Frauen	Sterbeziffer Frauen
75 bis 79 Jahre	70.672	4.303,9	52.556	2.588,7
80 bis 84 Jahre	100.920	7.201,9	93.875	4.786,9
85 bis 89 Jahre	80.430	13.563,5	103.180	10.115,3
90+	60.075	26.205,7	140.017	23.176,8

>> Tab. 38: Sterbefälle und Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung: Standardbevölkerung »Deutschland 2011«, Jahr: 2020; Quelle: GBE 2021i; Datenbasis: Todesursachenstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.

Sterblichkeit

Da die Anzahl älterer Menschen in Deutschland kontinuierlich zunimmt, steigt auch die Zahl der Sterbefälle pro Jahr. Im Jahr 2020 wurden die Sterbefallzahlen von weiteren Faktoren beeinflusst: Zum einen war die Sterblichkeit im Jahr 2020 im Vergleich zu den Vorjahren aufgrund der COVID-19-Pandemie angestiegen. Gegenläufig wirkte sich dagegen die – vermutlich bedingt durch die Maßnahmen gegen die COVID-19-Pandemie – schwache Grippewelle zu Beginn des Jahres aus. Im Spätsommer stiegen die Sterbezahlen wiederum bedingt durch sommerliche Hitze leicht an (Statistisches Bundesamt 2021o).

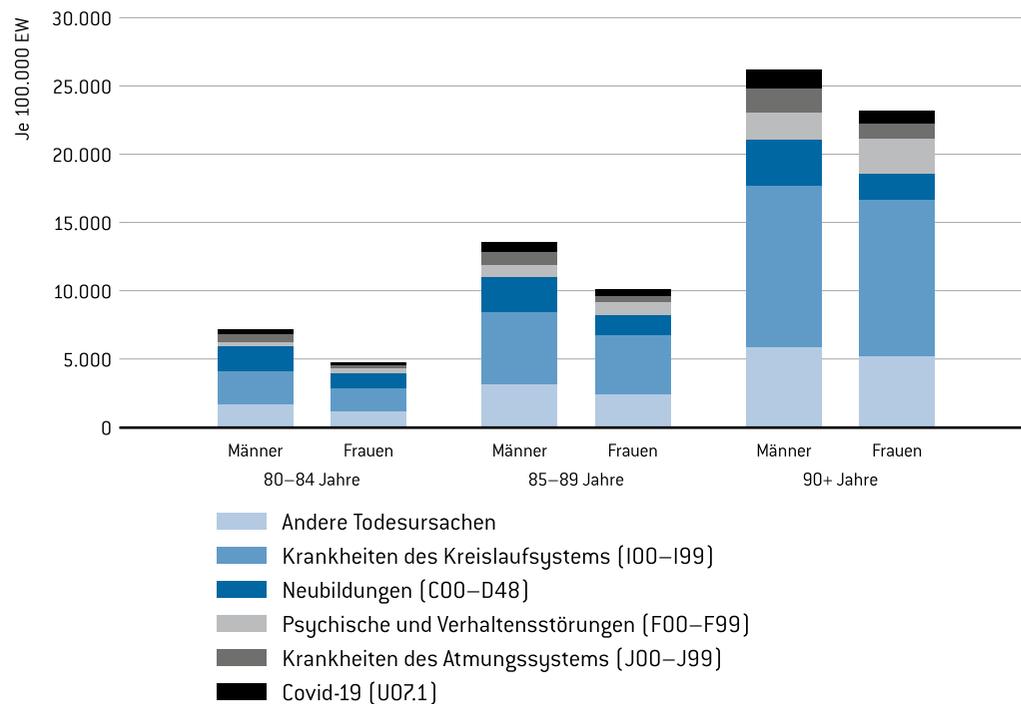
Tab. 38 auf Seite 99 stellt die Sterbefälle und Sterbeziffern (alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen) für Männer und Frauen im Jahr 2020 nach Altersgruppen dar. Als Sterbeziffer wird die Anzahl der Verstorbenen je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner (EW) bezeichnet. Im Jahr 2020 gab es 7.201,9 Sterbefälle pro 100.000 EW bei den 80- bis 84-jährigen Männern und 4.786,9 Fälle pro 100.000 EW bei den gleichaltrigen Frauen. Während bei den Männern die meisten Sterbefälle im Alter von 80 bis 84 auftraten, fanden sich die meisten Sterbefälle bei Frauen erst im Alter ab 90 Jahren.

Todesursachen

Die meisten Todesfälle waren bei hochaltrigen Männern und Frauen auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen, gefolgt von Krebserkrankungen (Neubildungen). Beide Erkrankungsgruppen waren für rund 60 % aller Sterbefälle bei Menschen ab 80 Jahren verantwortlich.

Abb. 28 auf Seite 100 stellt die Sterbefälle je 100.000 EW in der Altersgruppe ab 80 Jahren nach Diagnosen für Männer und Frauen dar. Unter den 80- bis 84-Jährigen starben im Jahr 2020 rund 2.472 Männer und 1.710 Frauen je 100.000 EW an Krankheiten des Kreislaufsystems. Diese Zahlen stiegen in den nachfolgenden Altersgruppen stark an. Die Sterbeziffern für Krebserkrankungen stiegen ebenfalls mit zunehmendem Alter, allerdings nicht so stark. Die Todesursache »psychische und Verhaltensstörungen« betraf insbesondere Demenzerkrankungen. Darüber hinaus waren Krankheiten des Atmungssystems, hier v. a. chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), eine häufige Todesursache. Die neue Viruserkrankung COVID-19 wurde mit dem Diagnoseschlüssel U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) belegt (BfArM 2020). Die Sterbeziffern nach Diagnose finden sich auch in Tab. 70 auf Seite 222.

Todesursachen (2020)



» Abb. 28: Sterbeziffern je 100.000 EW nach häufigen Diagnosen, 2020, Männer und Frauen, Alter; Quelle: GBE 2021i. Datenbasis: Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, eigene Darstellung.

Die verfügbaren Daten zu an COVID-19 verstorbenen Personen greifen auf unterschiedliche Datenquellen zurück und können geringfügig voneinander abweichen. So basieren die Daten des Statistischen Bundesamts auf der amtlichen Todesursachenstatistik³⁵, die Daten des Robert Koch-Instituts auf Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)³⁶. Insgesamt sind laut beiden Erhebungen rund 40.000 Menschen³⁷ im Jahr 2020 an COVID-19 verstorben (RKI 2022a; GBE 2021i). Ein Großteil der

chenstatistik³⁵, die Daten des Robert Koch-Instituts auf Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)³⁶. Insgesamt sind laut beiden Erhebungen rund 40.000 Menschen³⁷ im Jahr 2020 an COVID-19 verstorben (RKI 2022a; GBE 2021i). Ein Großteil der

35 Für die Todesursachenstatistik werden ärztlich ausgestellte Todesbescheinigungen ausgewertet, in denen das Grundleiden (nach ICD-10) aufgeführt ist, also die ursächlich für den Tod angenommene Todesursache (Statistisches Bundesamt 2020d, S. 3 f.).

36 Bei den Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz liegt ein positiver Nachweis des Covid-19-Erregers vor und die Betroffenen sind in Bezug auf diese Infektion verstorben (RKI 2022b).

37 Erhoben wurden hier Personen, die an Covid-19 als Grundleiden verstarben (39.758 Personen). Weitere 8.102 Verstorbene wiesen Covid-19 als Begleiterkrankung auf (Statistisches Bundesamt 2021u, S. 6).

Verstorbenen war 80 Jahre und älter. Nach eigenen Berechnungen auf Basis der vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Daten (RKI 2022a) sind im Jahr 2020 rund 30.000 Menschen ab 80 Jahren an COVID-19 verstorben, ca. 55 % davon waren Frauen und 45 % Männer (Stand 21.04.2022). Im Jahr 2021 stieg die Zahl der COVID-19 bedingten Todesfälle weiter an: In der Altersgruppe ab 80 Jahren verstarben über 40.000 Menschen (ebd.).

Hitzebedingte Sterbefälle

Aufgrund des Klimawandels nehmen Hitzeperioden in den Sommern zu. Diese führen insbesondere bei älteren Menschen zu einer erhöhten Sterblichkeit. Das Robert Koch-Institut schätzt die hitzebedingte Mortalität im Jahr 2018 (auf der Basis von Daten aus Berlin und Hessen) in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen auf 60 je 100.000 EW und bei den über 84-Jährigen auf 300 je 100.000 EW (vgl. an der Heiden, Buchholz & Uphoff, S. 197). Besonders gefährdet sind u. a. ältere Menschen, Menschen, die isoliert leben, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftige (vgl. BMUB 2017, S. 19 f.).

Da in Zukunft aufgrund des Klimawandels mit einer weiteren Zunahme von Hitzeperioden zu rechnen ist, empfiehlt das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit u. a. kurzfristige Hitzeschutzmaßnahmen wie das Verhindern direkter Sonneneinstrahlung in Innenräumen sowie mittelfristige Maßnahmen wie Außenjalousien, Isolierungen und Begrünungen (Fassaden, Dach, Straßen und Grünanlagen) (BMUB 2017, S. 18). Bei Renovierungen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sollte der Einbau von technischen Kühlverfahren in Erwägung gezogen werden (ebd.). Außerdem wird die Weiterbildung von Beteiligten des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die Entwicklung von Maßnahmeplänen u. a. für

Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser empfohlen (ebd. S. 21). Unter www.klima-mensch-gesundheit.de werden von der BZgA weitere Informationen zum Schutz vor den gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze bereitgestellt.

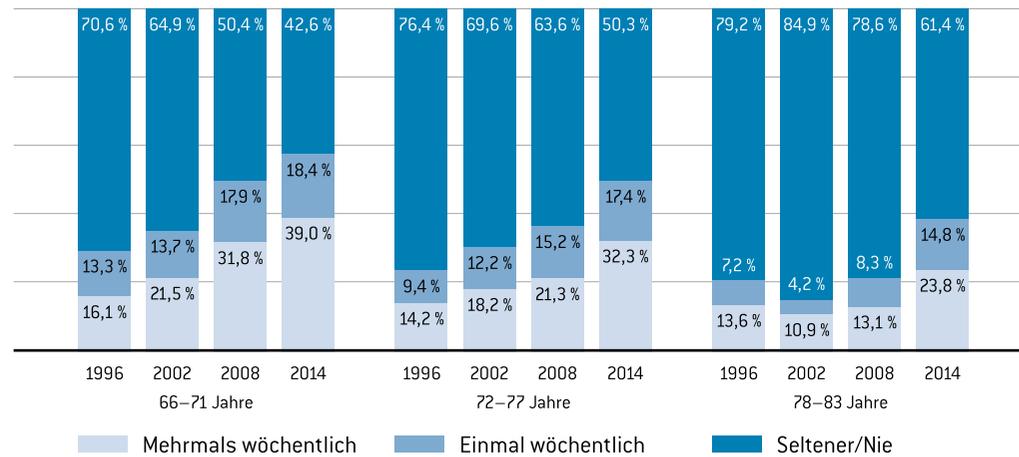
» 04.6 Gesundheitsverhalten und Risiken

Gesundheitsrelevantes Verhalten (Gesundheitsverhalten) umfasst »Verhaltensweisen, die vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnisse als förderlich, riskant oder schädlich für die Gesundheit bewertet werden können« (Menning 2006, S. 17). Mit Blick auf nichtübertragbare chronische Erkrankungen sind hier insbesondere körperliche Aktivität, Ernährung und der Umgang mit Tabak und Alkohol als wichtige Einflussfaktoren zu nennen (vgl. Lange & Finger 2017, S. 4).

Regelmäßige körperliche Bewegung beugt kardiovaskulären Risiken und Erkrankungen vor, vermindert das Sturz- und Frakturrisiko durch die Kräftigung von Bändern und Gelenken, hat einen positiven Einfluss auf geistige Denkleistungen und kann depressive Stimmung mindern (BMG 2012, S. 44). Auch das Risiko des Eintretens von Behandlungs- oder Pflegebedürftigkeit kann durch regelmäßige körperliche Aktivität positiv beeinflusst werden (ebd.). Im Nationalen Gesundheitsziel »Gesund älter werden« wurde daher im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« das Ziel formuliert, die »körperliche Aktivität und Mobilität« (ebd.) älterer Menschen zu stärken bzw. zu erhalten.

Ein Aspekt körperlicher Aktivität ist sportliche Bewegung, z. B. Wanderungen, Fußballspielen,

Sportliche Aktivität (1996 bis 2014)



» Abb. 29: Anteile der älteren Bevölkerung, die einer sportlichen Aktivität nachgehen, nach Altersgruppen und Häufigkeit der Aktivität in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in %); Quelle: Spuling, Ziegelmann & Wünsche (2017). Datenbasis: DEAS 1996 (n=4.832), 2002 (n=3.076), 2008 (n=6.202), 2014 (n=5.998), gewichtet, gerundete Angaben; Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Darstellung verändert.

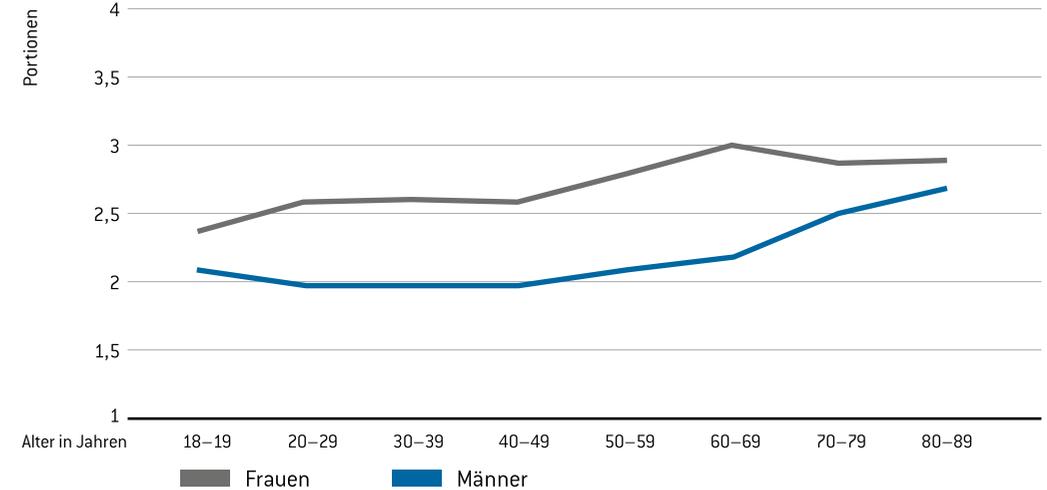
Gymnastik oder Schwimmen. Deren Verbreitung wird seit 1996 im DEAS erfragt (vgl. Spuling, Ziegelmann & Wünsche 2017, S. 142). In den einzelnen Erhebungswellen zeigt sich, dass der Anteil der selten oder nie sportlich Aktiven im Altersvergleich in der Altersgruppe der 78- bis 83-Jährigen am höchsten war (vgl. Abb. 29 auf Seite 102). Zugleich ist jedoch der Anteil der mehrmals pro Woche sportlich aktiven 78- bis 83-Jährigen seit 2002 signifikant gestiegen, ebenso der Anteil derer, die sich einmal pro Woche sportlich betätigen (vgl. Spuling, Ziegelmann & Wünsche 2017, S. 150). Der Anteil derjenigen, die angaben, seltener oder nie sportlich aktiv zu sein, ist im selben Zeitraum zurückgegangen (vgl. ebd. und Abb. 29 auf Seite 102).

Neben regelmäßiger körperlicher Bewegung kann auch eine gesunde Ernährung dazu beitragen, einer Vielzahl chronischer Erkrankungen vorzubeugen.

Insbesondere der Verzehr von Obst und Gemüse hat eine schützende Wirkung mit Blick auf die Entwicklung von Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall (vgl. Mensink, Schienkiewitz & Lange 2017, S. 45). Auch hinsichtlich mehrerer Krebsarten gilt ein vorbeugender Effekt als wahrscheinlich, wenngleich nur ein geringer Zusammenhang mit dem Gesamtkrebsrisiko beschrieben wird (ebd.).

Daten aus dem Jahr 2009 zufolge war die durchschnittliche Anzahl täglich verzehrter Obst- und Gemüseportionen in den höheren Altersgruppen etwas höher als in den jüngeren Altersgruppen; besonders stark zeigte sich dies bei den hochaltrigen Männern (vgl. Abb. 30 auf Seite 103). Laut den Ergebnissen der fünften Erhebungswelle der GEDA-Studie nahm weniger als die Hälfte der Bevölkerung täglich Obst und Gemüse zu sich (vgl. Richter u. a. 2021, S. 35). Unterschiede bestanden

Obst- und Gemüsekonsum (2009)



» Abb. 30: Mittlere Anzahl an Portionen Obst und Gemüse pro Tag, nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009, Quelle: Rabenberg und Mensink 2011, S. 5; Datenbasis: GEDA 2009; Darstellung verändert.

nach Geschlecht, Alter und Bildungsstand: So waren Obst und Gemüse bei deutlich mehr Frauen als Männern Bestandteil der täglichen Ernährung (vgl. ebd., S. 34). Dies galt auch in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen, in der ein täglicher Konsum von Obst und Gemüse insgesamt verbreiteter waren als bei den Jüngeren (ebd., S. 35; vgl. auch Abb. 73 auf Seite 245 und Abb. 74 auf Seite 246). Schließlich erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit täglichen Obst- und Gemüseverzehr in der höheren im Vergleich zur mittleren und unteren Bildungsgruppe (vgl. Richter u. a. 2021, S. 34). Eine gesonderte Auswertung der Daten für die Gruppe der Hochaltrigen liegt bislang nicht vor.

Rauchen gilt als zentraler Risikofaktor für eine Vielzahl von Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Daten des Mikrozensus (vgl. Statistisches Bundesamt 2018b, S. 11) wie auch der

GEDA-Studie (vgl. Richter u. a. 2021, S. 35) zeigen, dass das Rauchen bei den ab 65-Jährigen weniger verbreitet war als bei jüngeren Menschen. Während laut der alle vier Jahre durchgeführten Zusatzhebung zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen des Mikrozensus 2017 von den Auskunftgebenden 4,3 % regelmäßig zur Zigarette griffen, waren es bei den 40- bis unter 65-Jährigen 23,4 %, wobei der entsprechende Anteil bei den Männern höher lag als bei den Frauen (vgl. Abb. 31 auf Seite 104, Statistisches Bundesamt 2018b, S. 11, eigene Berechnungen). Es ist zu vermuten, dass die Diagnose chronischer, durch Rauchen mitverursachter Erkrankungen dazu motivieren kann, gänzlich auf Tabakkonsum zu verzichten. Auch sterben starke Raucherinnen und Raucher früher und erreichen damit seltener ein hohes Alter als Nichtraucher (DHS 2013, S. 29–35).

Regelmäßiger Tabakkonsum (2017)

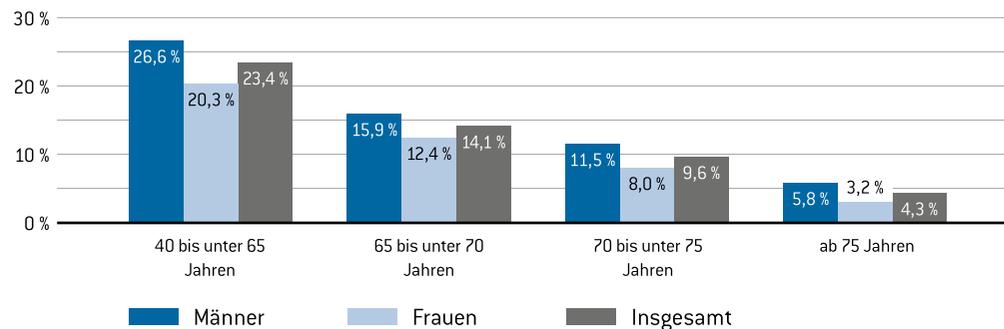


Abb. 31: Regelmäßiger Tabakkonsum nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %); Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b, S. 11, eigene Berechnungen; Datenbasis: Mikrozensus 2017. Eigene Berechnungen und Darstellung.

Alkohol kann Abhängigkeit verursachen, und schon ein nicht-abhängiger riskanter Gebrauch gilt als Risikofaktor für eine Vielzahl von Erkrankungen, funktionale Einschränkungen, vorzeitige Todesfälle, negative sozioökonomische Folgen und Schädigungen Dritter (vgl. GBD 2018; DHS 2020, S. 11 und S. 19–25; Lange, Manz & Kuntz 2017, S. 74). Für hochaltrige Menschen erwachsen zudem besondere Risiken aus der mit zunehmendem Alter abnehmenden Alkoholverträglichkeit (vgl. DHS o. J., S. 21).

Trotz dieser besonderen Risiken sind Häufigkeit und soziale Verteilung riskanten Alkoholkonsums in der hochaltrigen Bevölkerung Deutschlands schlecht untersucht. Ergebnisse der SHARE-Studie aus dem Jahr 2004 wie auch Daten aus der GEDA 2019/2020-EHIS-Erhebung zeigen, dass der Anteil riskant konsumierender Männer auch im Alter höher war als der entsprechende Anteil der Frauen und umgekehrt mehr Frauen als Männer einen risikoarmen Alkoholkonsum pflegten – aktuellere Daten lagen nur für die Altersgruppe der ab 65-Jährigen vor (vgl. Menning 2006, S. 24; Richter u. a. 2021, S.

35). Den SHARE-Daten von 2004 zufolge stimmten 10 % der ab 80-jährigen Männer und 3 % der ab 80-jährigen Frauen zu, »fast täglich« oder »an fünf oder sechs Tagen der Woche« »mehr als zwei Gläser oder Dosen Bier/Wein/Cocktails/hochprozentige Getränke getrunken« zu haben (vgl. Menning 2006, S. 24).

Pharmakotherapie

Die Menge verordneter Medikamente steigt im höheren Alter stark an. Ein gängiges Maß für den Arzneimittelverbrauch bzw. für die ärztlich verordnete Arzneimittelmenge ist die definierte Tagesdosis (defined daily dose, DDD). Diese umfasst die üblicherweise bei einem Erwachsenen pro Tag verordnete Menge eines Wirkstoffs (vgl. WIdO 2021a, S. 17). Im Jahr 2020 wurden jedem GKV-Versicherten in Deutschland im Durchschnitt 618 definierte Tagesdosen (DDD) verordnet (WIdO 2021a, S. 32). Die meisten Medikamente wurden 85- bis 89-Jährigen mit durchschnittlich 1.837

Tagesdosen verordnet (ebd.). 80- bis 84-Jährige erhielten 1.780, ab 90-Jährige 1.633 Tagesdosen im Jahr (vgl. Abb. 32 auf Seite 105 und Tab. 39 auf Seite 106).

Betrachtet man statt der definierten Tagesdosen die Anzahl der Verordnungen je Versicherten im Jahr 2020, haben 80- bis 84-Jährige 25 Verordnungen, 85- bis 89-Jährige 27,3 und ab 90-Jährige 26,7 Verordnungen erhalten (vgl. Tab. 39 auf Seite 106).

Die große Anzahl an Medikamentenverordnungen im Alter ist der Erkrankungshäufigkeit geschuldet, birgt jedoch wiederum eine Reihe von Gefahren. Mit einer hohen Zahl an verschiedenen eingenommenen Wirkstoffen (Polypharmazie) erhöht sich das Risiko unerwünschter und gefährlicher Neben- und Wechselwirkungen. Da eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten im Alter Polypharmazie begünstigen kann, wurde die Leitlinie

Multimedikation für Hausärztinnen und Hausärzte erarbeitet, die darauf abzielt, eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu erkennen und zu vermeiden (Leitliniengruppe Hessen & DEGAM 2021).

Doch ältere Menschen mit vielen Medikamentenverordnungen haben nicht nur ein höheres Risiko für Neben- und Wechselwirkungen. Hinzu kommt, dass sie auch »unterdurchschnittlich häufig im Rahmen von Arzneimittelstudien untersucht« werden (Grandt & Schubert 2017, S. 88–89).

Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass nicht immer Medikamente verordnet werden, die auch im Alter geeignet sind. Die sogenannte PRISCUS-Liste (vgl. Holt, Schmiedl & Thürmann 2010) bietet einen Überblick über potenziell unangemessene Medikamente bei älteren Menschen (PIM) und soll Ärztinnen und Ärzten bei Behandlungsentscheidungen unterstützen.

Insbesondere in Hinblick auf pflegebedürftige ältere Menschen wurde in zahlreichen Studien auf

Verordnete Arzneimittel (2020)

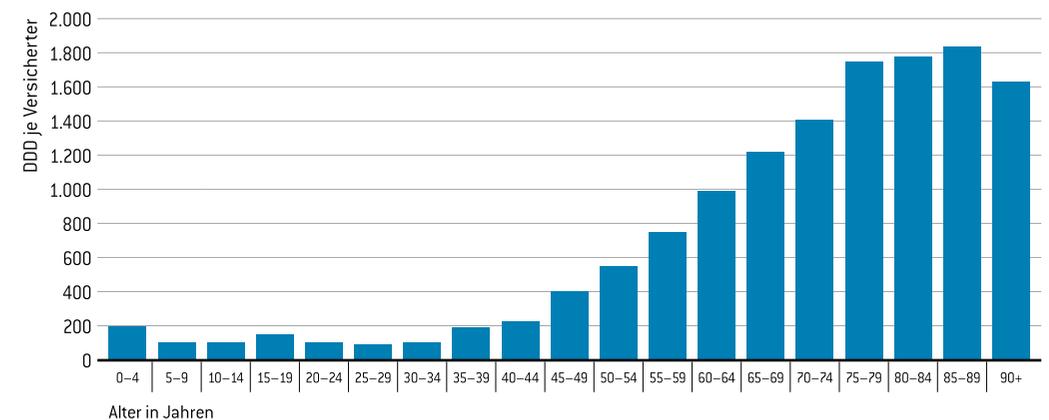


Abb. 32: Arzneiverbrauch je versicherter Person in der GKV 2020 nach Alter und Tagesdosen (DDD= Defined Daily Dose); Quelle: WIdO 2021a, S. 33; Lizenz: CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0); Datenbasis: GKV-Arzneimittelindex mit Stand WIdO 2021a; Darstellung verändert.

eine medikamentöse Über- bzw. Fehlversorgung hingewiesen (Glaeske 2020). Für die stationäre pflegerische Versorgung wird außerdem die starke Verbreitung von Psychopharmaka problematisiert (z. B. Hach u. a. 2004), mit deren Gebrauch besondere gesundheitliche Risiken einhergehen können (ebd.; Holt, Schmiedl & Thürmann 2010), und die zudem – aufgrund ihrer Wirkungen auf Wahrnehmung, Erleben, Denken, Fühlen und Handeln der Patientinnen und Patienten – besondere ethische Fragen aufwerfen (Bockenheimer-Lucius 2007). Auch der WIdO-Arzneimittelreport 2021 zeigt, dass beispielsweise die Verordnungen von Psycholeptika (Psychopharmaka mit dämpfender Wirkung) mit dem Alter ansteigen. So erhielten 85- bis 90-Jährige durchschnittlich 1,2 Verordnungen, ab 90-Jährige 1,6 Verordnungen von Psycholeptika pro Jahr (Durchschnitt aller Altersgruppen: 0,3 Verordnungen) (WIdO 2021a, Anhang III, S. 114).

Eine Maßnahme, die für alle Beteiligten eine größere Kontrolle und Übersicht über die Medikation schaffen soll, ist der im Jahr 2016 im Zuge des E-Health-Gesetzes eingeführte Bundeseinheitliche Medikationsplan (KBV 2021; Schwenzer 2017). Anspruch auf den Plan haben alle Patientinnen und Patienten, die mindestens drei Medikamente

(über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen) verordnet bekommen. Ausgestellt werden soll der Plan von den Hausärztinnen und Hausärzten. Eine Aktualisierung des Plans bei der Verordnung weiterer oder anderer Medikamente soll durch alle verordnenden Ärztinnen und Ärzte und Apotheken erfolgen.

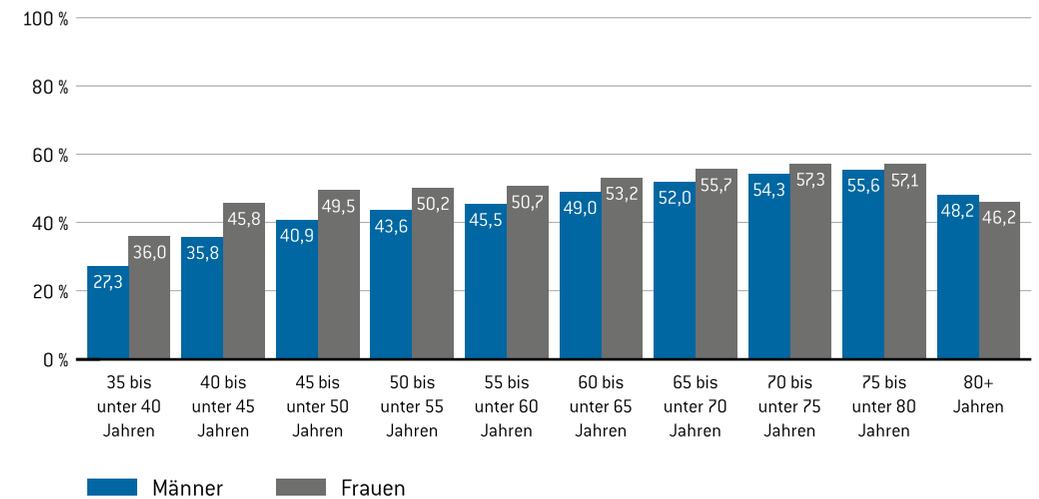
Aber auch von frei verkäuflichen Medikamenten bzw. Präparaten können Risiken wie Neben- oder Wechselwirkungen ausgehen. Zu frei verkäuflichen Medikamenten liegen wenige Erhebungen vor. Die Forsa-Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH hat im Auftrag der Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände im Jahr 2021 die dauerhafte Einnahme rezeptpflichtiger und rezeptfreier Medikamente erfragt. Von den rund 80 % der ab 70-jährigen Befragten, die eine dauerhafte Einnahme von mindestens drei Medikamenten bejahten, gab ein Viertel an, dass auch nicht rezeptpflichtige Medikamente zu diesen zählten (ABDA 2021, S. 51). In der GEDA 2014/2015-EHIS-Studie des RKI wurde die Einnahme frei verkäuflicher Präparate (Medikamente, pflanzliche Heilmittel, Vitamine) in den letzten zwei Wochen erfragt. Dies bejahten 42,1 % der befragten Frauen und 33,5 % der Männer ab 65 Jahren (Knopf,

Arzneimittel: Tagesdosen und Anzahl der Verordnungen (2020)

Alter	Definierte Tagesdosen (DDD) im Jahr 2020	Anzahl der Verordnungen im Jahr 2020		
		Gesamt	Frauen	Männer
Alle Altersgruppen	618	9,3	10,3	8,2
80 bis 84	1.780	25,0	25,8	23,8
85 bis 89	1.837	27,3	28,5	25,2
90+	1.633	26,7	27,5	24,4

» Tab. 39: Definierte Tagesdosen und Anzahl der Verordnungen im Durchschnitt im Jahr 2020; Quelle: WIdO 2021a, Anhang III, S. 70. Datenbasis: GKV-Arzneimittelindex im WIdO 2021a. Eigene Darstellung.

Inanspruchnahme des »Check-Up« (2017 bis 2018)



» Abb. 33: Teilnahme am Gesundheits-»Check-Up« nach Altersgruppen und Geschlecht im Leistungszeitraum 2017–2018 (in % der gesetzlich Versicherten); Quelle: GBE 2021; Datenbasis: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) 2017–2018, eigene Darstellung.

Prütz & Du 2017, S. 113). Daten für höhere Altersgruppen wurden nicht ausgewiesen.

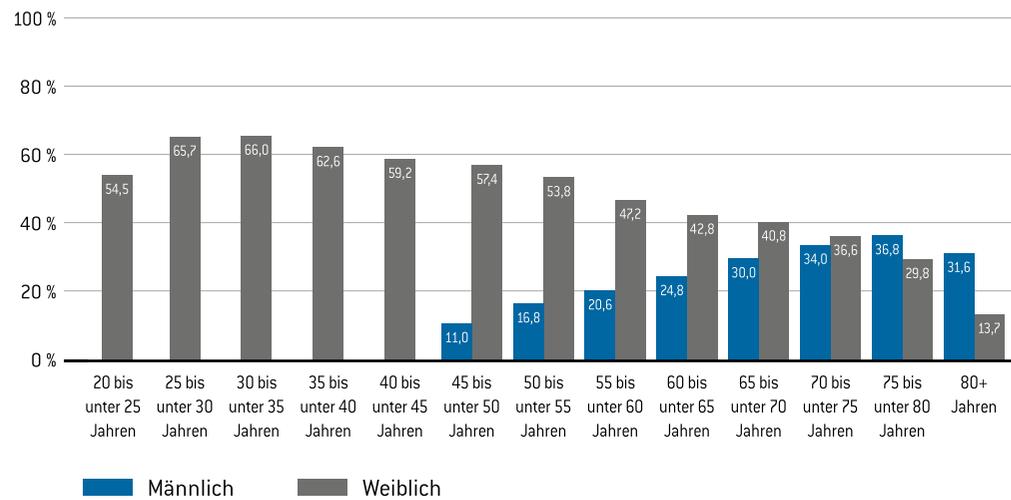
Einschränkungen, chronische Erkrankungen und Verletzungen können auch im hohen Alter durch präventive Maßnahmen positiv beeinflusst werden.

Unterschieden werden Maßnahmen der verhältnisbezogenen und der verhaltensbezogenen Prävention (vgl. Gerlinger & Rosenbrock 2006, S. 60). Verhältnisprävention zielt auf die strukturelle Verbesserung von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen und umfasst beispielsweise Maßnahmen zur Verminderung von Umweltbelastungen oder die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen und barrierefreien Wohnumfeldes. Die verhaltensbezogene Prävention adressiert das individuelle gesundheitsbezogene Handeln beispielsweise durch Aufklärung, Erziehung und Beratung oder das Setzen von Handlungsanreizen (vgl. ebd.). Präventive Bedeutung kommt – neben dem individuellen

» 04.7 Prävention

Ziel präventiver Maßnahmen ist es, das Auftreten von Erkrankungen zu verhindern bzw. aufzuschieben (Primärprävention), einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen (Sekundärprävention) und trotz gesundheitlicher Beschwerden Lebensqualität aufrechtzuerhalten bzw. wiederzugewinnen (Tertiärprävention) (vgl. Gerlinger & Rosenbrock 2006, S. 60; Schütz & Wurm 2009, S. 162). Viele Risikofaktoren für funktionale

Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (ohne Hautkrebs) (2019)



» Abb. 34: Teilnahme anspruchsberechtigter Versicherter der GKV an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: GBE 2021k; Datenbasis: Daten zur Früherkennung nach § 25 SGB V des ZI für das Jahr 2019; eigene Darstellung.

Gesundheitsverhalten (vgl. Kapitel 4.8 auf Seite 112) – auch der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsprogrammen und Schutzimpfungen sowie einer bedarfsgerechten Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zu.

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Gesetzlich Krankenversicherte haben ab dem 35. Lebensjahr alle drei Jahre (bis 2019 alle zwei Jahre) Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Typ 2-Diabetes (vgl. BMG

2021a). Darüber hinaus besteht im Rahmen der Vorsorge Anspruch auf eine Reihe von Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung.

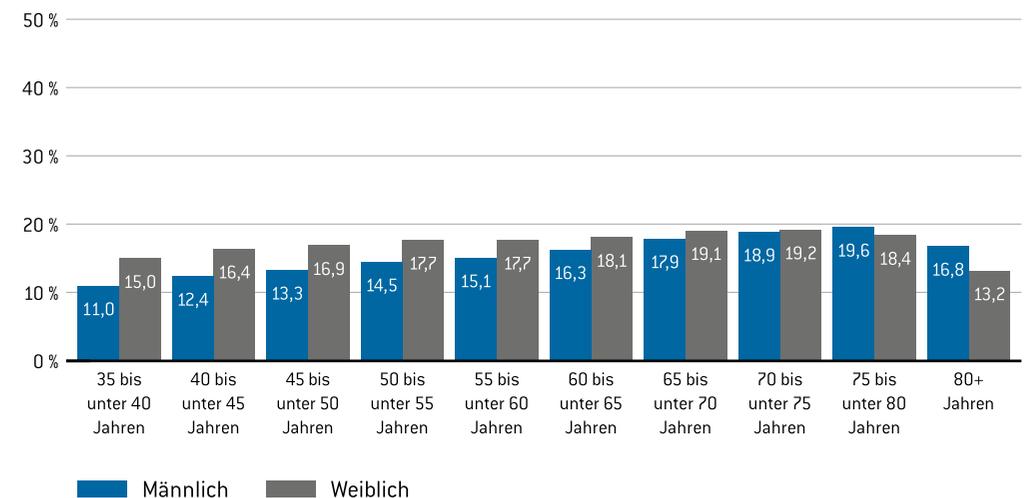
Die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, der sogenannte »Check-Up«, umfasst die Anamnese individueller Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- und Gefäß- sowie für Krebserkrankungen, eine Ganzkörperuntersuchung, die Erhebung des Impfstatus sowie eine Untersuchung von Urin, Blutzucker und Cholesterinwerten (G-BA 2021a). Seit 2019 bzw. 2021 besteht zudem die Möglichkeit der einmaligen Inanspruchnahme eines Ultraschall-Screenings zur Früherkennung von Bauchortenaneurysma für Männer ab 65 Jahren sowie für ab 35-Jährige die Möglichkeit einer einmaligen Testung auf Hepatitis B und C (vgl. ebd.).

Abb. 33 auf Seite 107 zeigt anhand der Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) die Inanspruchnahme des Check-Ups für gesetzlich Krankenversicherte im Leistungszeitraum 2017–2018 (vgl. GBE 2021j). Bis zur Altersgruppe ab 80 Jahren lag der Anteil der Frauen, der die Gesundheitsuntersuchung in Anspruch nahm, über dem der Männer. Bei den ab 80-Jährigen überstieg der Anteil der Männer den der Frauen. In dieser Altersgruppe nahmen 48,2 % der männlichen und 46,2 % der weiblichen Versicherten die Gesundheitsuntersuchung in Anspruch. Jüngere Daten zur Population der BARMER-Versicherten für das Jahr 2019, für das das nun dreijährige Anspruchsintervall zu beachten ist, zeigen ein ähnliches Bild (vgl. Abb. 75 auf Seite 247).

Ab dem 18. Lebensjahr haben gesetzlich Versicherte außerdem Anspruch auf Untersuchungen

zur »Früherkennung von Krebserkrankungen« (§ 25 Absatz 2 SGB V). Näheres wird gemäß § 92 SGB V in der je aktuellen Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA 2020a) geregelt. Nach § 1 Absatz 2 dienen Maßnahmen der Krebsfrüherkennung »bei Frauen der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren sowie zusätzlich der Brust ab dem Alter von 30 Jahren« (ebd.). Vom 50. bis 69. Lebensjahr wird zudem zweijährlich ein Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebserkrankungen angeboten. Gesetzlich krankenversicherte Männer haben ab dem 45. Lebensjahr Anspruch auf jährliche Untersuchungen zur »Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales« (ebd.).

Teilnahme an gesetzlichen Hautkrebsuntersuchungen (2019)



» Abb. 35: Teilnahme anspruchsberechtigter Versicherter der GKV an gesetzlichen Hautkrebsuntersuchungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: GBE 2021k; Datenbasis: Daten zur Früherkennung nach § 25 SGB V des ZI für das Jahr 2019; eigene Darstellung.

Ab Vollendung des 35. Lebensjahrs haben Männer und Frauen zudem zweijährlich Anspruch auf eine Ganzkörperinspektion im Rahmen des Hautkrebscreenings. Ab dem 50. Lebensjahr tritt ein jährlicher Anspruch auf Darmkrebsvorsorge in Form des Tests auf okkultes Blut im Stuhl hinzu sowie eine Darmspiegelung ab dem 50. Lebensjahr für Männer und ab dem 55. Lebensjahr für Frauen, jeweils mit Wiederholung nach zehn Jahren (vgl. DKFZ 2021).

Die sich nach Geschlecht und Alter unterscheidenden Anspruchsvoraussetzungen spiegeln sich auch in den Inanspruchnahmedaten wider (vgl. Abb. 34 auf Seite 108). Bei den Frauen nahm im Jahr 2019 in der Altersgruppe der 20- bis unter 25-Jährigen mehr als die Hälfte der Anspruchsberechtigten die jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung wahr. Für die Altersgruppen ab 35 ist ein allmähliches Absinken der Rate zu beobachten, während bei den Männern die Inanspruchnahme entsprechend dem gesetzlichen Anspruch erst in der Altersgruppe ab 45 Jahren einsetzte, dann – zunächst auf deutlich niedrigerem Niveau als bei den Frauen – bis zur Altersgruppe 75 bis unter 80 Jahren allmählich anstieg, um in dieser Altersgruppe den Anteil der Frauen leicht zu übertreffen. Männer ab 80 Jahren nahmen 2011 zu 28 %, Frauen ab 80 Jahren nur noch zu 10 % an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil.

Abb. 35 auf Seite 109 zeigt die Teilnahme an gesetzlichen Hautkrebsuntersuchungen. Bis zum 75. Lebensjahr lag die Inanspruchnahme bei den Frauen leicht über der der Männer; in den Altersgruppen ab 75 Jahren kehrte sich dies um. 16,8 % der ab 80-jährigen Männer und 13,2 % der Frauen unter den anspruchsberechtigten Versicherten nahmen die gesetzliche Hautkrebsuntersuchung in Anspruch, obwohl das Neuerkrankungsrisiko für beide Geschlechter auch in dieser Altersgruppe hoch bleibt (vgl. GEKID & RKI 2019, S. 65).

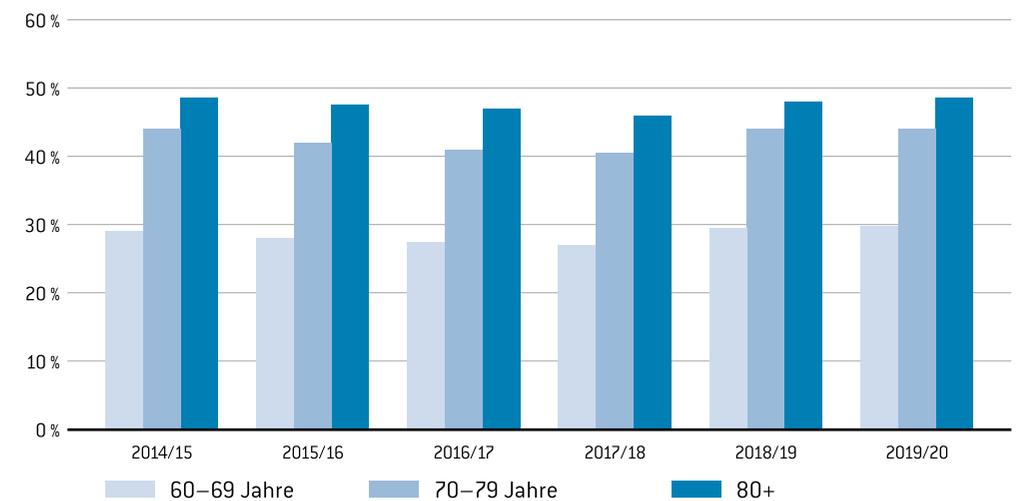
Während der COVID-19-Pandemie ging die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen phasenweise stark zurück. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) berichtete für ausgewählte Früherkennungsuntersuchungen (Früherkennungskoloskopie, Hautkrebscreening und Mammographie-Screening) anhand altersgruppenübergreifender Daten einen ab Mitte März 2020 einsetzenden Rückgang der Inanspruchnahme, der sich bis Ende April 2020 steigerte und bis Ende Mai auf hohem Niveau blieb (vgl. Mangiapane u. a. 2021, S. 25–26). Der in den Sommer- und Herbstmonaten (mit Ausnahme des Hautkrebscreenings) teilweise festgestellte Zuwachs der Inanspruchnahme gegenüber dem Vorjahreszeitraum verkehrte sich zum Jahresende hin wieder in eine geringere Inanspruchnahme (ebd.). Ob und welche Folgen dies für die Früherkennung bestimmter Erkrankungen hatte, bleibt zu untersuchen.

Gripeschutzimpfung

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt u. a. Menschen ab 60 Jahren sowie Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- oder Pflegeheimen, sich jährlich im Herbst mit der je aktuellen, von der WHO empfohlenen Antigenkombination gegen die saisonale Grippe (Influenza) impfen zu lassen (vgl. STIKO 2021b, S. 10). Damit sollen schwere, teils auch tödliche Krankheitsverläufe vermieden werden, für die ältere Menschen aufgrund des Alterns des Immunsystems sowie durch »altersbedingte chronische Erkrankungen« (Michaelis u. a. 2021, S. 5) ein erhöhtes Risiko haben.

Das RKI wertet die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Rahmen der »RKI-Impfsurveillance« (ebd., S. 4) aus. Nach diesen Daten wies die Altersgruppe der ab 80-Jäh-

Influenza Impfquote [2014 bis 2020]



» Abb. 36: Impfquoten für die Influenza-Impfung nach Altersgruppe und Influenza-Saison bei Personen im Alter von mindestens 60 Jahren unabhängig vom Bestehen einer möglichen zusätzlichen Indikation aufgrund bestehender Grunderkrankungen bundesweit (in %); Quelle: Rieck u. a. 2020, S. 7; Datenbasis: Impfsurveillance des RKI auf Basis von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen; Darstellung verändert.

rigen in den letzten Jahren stets eine deutlich höhere Impfquote auf als die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen und eine etwas höhere Impfquote als die 70- bis 79-Jährigen (vgl. Abb. 36 auf Seite 111). In der Saison 2019/20 hatten sich 48,6 % der ab 80-Jährigen gegen Grippe impfen lassen – gegenüber 29,8 % der 60- bis unter 70-Jährigen und 44,1 % der 70- bis unter 80-Jährigen (vgl. Rieck u. a. 2020, S. 6). Die altersgruppenübergreifenden Influenza-Impfquoten in den ostdeutschen KV-Regionen lagen teilweise deutlich über denen der westdeutschen KV-Regionen (vgl. ebd., S. 5). Zwar zeigte sich seit der Saison 2018/19 ein leichter Anstieg der Inanspruchnahme der Impfung. Die angestrebte Quote von 75 % unter Menschen ab 60 Jahre wurde bundesweit aber nicht erreicht (ebd., S. 3).

Impfung gegen COVID-19

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie hat die Ständige Impfkommission (STIKO) eine Indikationsimpfempfehlung abgegeben und verschiedentlich aktualisiert. Ziel der Impfung war laut Empfehlung mit Stand Oktober 2021, »schwere Verläufe, Tod und Langzeitfolgen durch COVID-19 in der Bevölkerung Deutschlands so weit wie möglich zu reduzieren« (STIKO 2021a, S. 7). Hierzu empfahl die STIKO für alle Personen ab 12 Jahren die Impfung gegen COVID-19 (ebd., S. 8–9), eine besondere Indikation wurde u. a. für Personen im Alter ab 60 Jahren ausgesprochen. Personen im Alter ab 70 Jahren sowie Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen, Pflegepersonal und Personen mit einer Immundefizienz wurde im Oktober 2021 eine

Auffrischungsimpfung frühestens sechs³⁸ Monate nach der Grundimmunisierung empfohlen, sofern bei ihnen keine labor diagnostisch abgesicherte SARS-CoV-2-Infektion nachgewiesen wurde (ebd., S. 10). Ende Oktober 2021 lag die Impfquote in der ab 12-jährigen Bevölkerung bei 66,4 % (vgl. RKI 2021d, S. 18), wobei die Anteile stark nach Altersgruppen variierten (vgl. ebd., S. 20). Bei den ab 60-Jährigen lag bei 85 % eine vollständige Grundimmunisierung vor (ebd.).

Weitere Impfungen

Mit Blick auf weitere, durch die STIKO auch oder insbesondere für ältere Menschen empfohlene Impfungen, zeigt sich ein heterogenes Bild (vgl. Rieck u. a. 2021). Bei der in einem Mindestabstand von sechs Jahren aufzufrischenden Pneumokokken-Impfung lag die Impfquote bei den ab 80-Jährigen in 2020/2021 mit rund 25 % höher als in den Vorjahren (ebd., S. 10–11). Die seit dem Jahr 2019 für ab 60-Jährige empfohlene Impfung gegen Herpes Zoster wird bislang nur von einem geringen Teil der Versicherten in Anspruch genommen (vgl. ebd.).

>> 04.8 Heil- und Hilfsmittel

Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (vgl. § 32 bzw. § 33 SGB V). Heil- und Hilfsmittel unterstützen Personen mit Beeinträchtigungen dabei, funktionale Fähigkeiten zu erhalten oder wiederzu-

erlangen. Sie befördern so Möglichkeiten selbstständiger Lebensführung, sozialer Teilhabe sowie des Erhalts oder der Wiedergewinnung beeinträchtigter funktionaler Gesundheit (vgl. Kapitel 4.8 auf Seite 112). Hilfsmittel sind durch Vertreterinnen und Vertreter therapeutischer Berufe persönlich zu erbringen und zielen darauf ab, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen zu heilen oder abzumildern oder das Fortschreiten einer Erkrankung aufzuhalten. Sie umfassen medizinische Maßnahmen der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Ernährungstherapie sowie der medizinischen Fußpflege (vgl. § 1 Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA 2021c).

Hilfsmittel dienen dazu, krankheits- oder verletzungsbedingte funktionale Einschränkungen auszugleichen. Hierzu zählen beispielsweise orthopädische Produkte wie Rollstühle, Rollatoren, Prothesen, Orthesen, Bandagen oder orthopädische Schuhe, aber auch Inhalationsgeräte, Inkontinenzhilfen, Hörgeräte oder Sehhilfen (vgl. § 2 Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA 2021b).

Bevölkerungsrepräsentative Angaben zur Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln liegen nicht vor. Behelfsweise kann auf das Hilfsmittelinformationssystem einzelner Krankenkassen zurückgegriffen werden. Im Folgenden werden exemplarisch die Ergebnisse des BARMER Heil- und Hilfsmittelreports (Bucksch u. a. 2019) für das Jahr 2018 vorgestellt (vgl. Abb. 37 auf Seite 113). Der Anteil der erwachsenen Versicherten mit Hilfsmittelverordnung stieg über die Altersgruppen hinweg allmählich an und war in den Altersgruppen der Hochaltrigen am höchsten. Der Anteil der Männer mit Hilfsmittelverordnung blieb dabei in allen Altersgruppen (mit Ausnahme der bis 14-Jährigen) unterhalb des entsprechenden Anteils der Frauen.

Versicherte mit Hilfsmittelverordnung (2018)

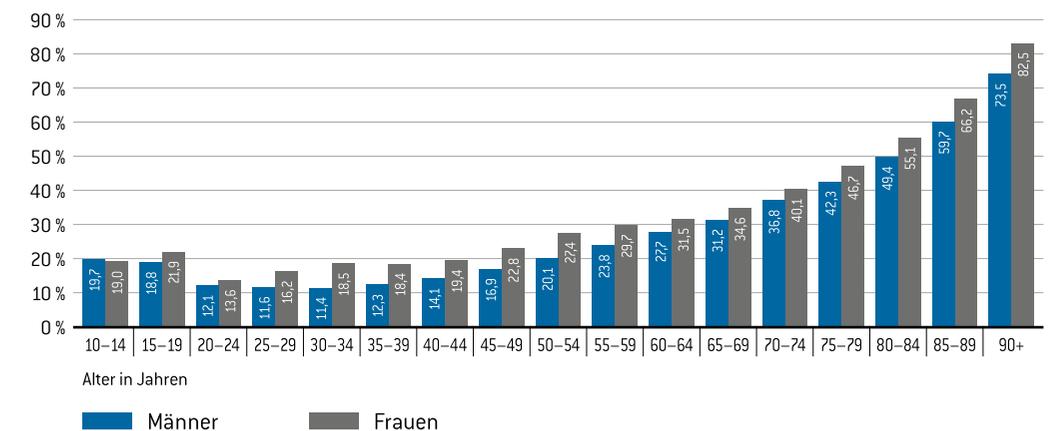


Abb. 37: Anteil der Versicherten mit Hilfsmittelverordnung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2018 (in %), standardisiert für die GKV-Versichertenstruktur 2018; Quelle: Bucksch u. a. 2019, S. 35; Datenbasis: BARMER-Daten 2018; Darstellung verändert.

Im Jahr 2018 hatte rund die Hälfte der gesetzlich Versicherten im Alter von 80 bis 84 Jahren (55,1 % der Frauen, 49,4 % der Männer) eine Hilfsmittelverordnung, in der Altersgruppe 85 bis 89 waren es knapp zwei Drittel (66,2 % der Frauen, 59,7 % der Männer) und bei den ab 90-Jährigen rund drei Viertel der Versicherten (82,5 % der Frauen, 73,5 % der Männer) (vgl. Bucksch u. a. 2019, S. 35).

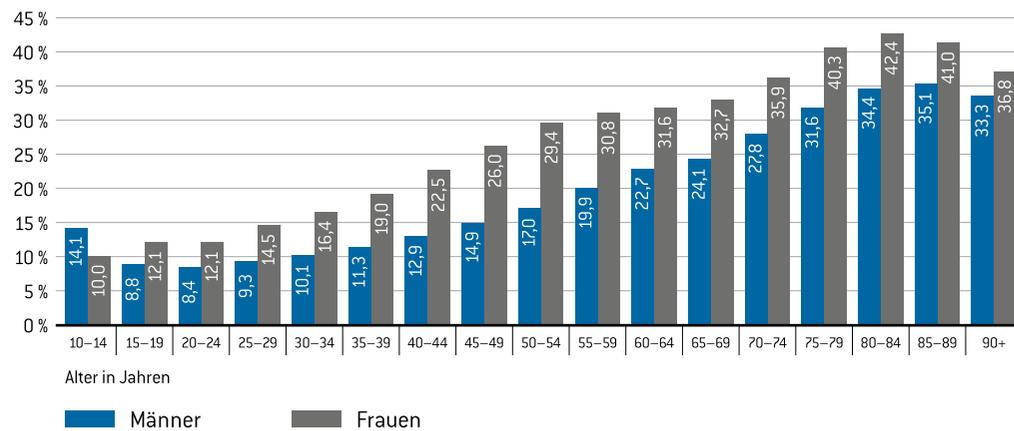
Auch bei den Hilfsmittelverordnungen war 2018 bei den erwachsenen Versicherten ein Zuwachs entlang der Altersgruppen zu beobachten, mit einer Spitze bei den 80- bis 84-jährigen Frauen und 85- bis 89-jährigen Männern und einem deutlichen bzw. moderaten Absinken bei höheren Altersgruppen (vgl. Abb. 38 auf Seite 114). Während der Anteil der Frauen mit Hilfsmittelverordnung bei den ab 80-Jährigen bei 42,4 % (80- bis 84-Jährige), 41,0 % (85- bis 89-Jährige) und 36,8 % (ab 90-Jährige) lag, betrug die entsprechenden Quoten bei den Männern mit 34,4 % (80- bis 84-Jährige), 35,1 %

(85- bis 89-Jährige) und 33,3 % (ab 90-Jährige). Am häufigsten wurde den Hochaltrigen Physiotherapie verordnet: Eine entsprechende Verordnung hatte 2018 etwa ein Drittel der ab 80-Jährigen erhalten (Bucksch u. a. 2019, S. 10). Ergotherapie erhielten etwa 3 %, Logopädie etwa 1,0 bis 1,5 % und Podologie wurde zwischen 4 % und 5,5 % der hochaltrigen Versicherten verordnet (ebd., S. 16, 21 und 27).

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) stellt Daten zur Entwicklung der Ausgaben für Hilfsmittel im Vergleich zum jeweiligen Vorjahreszeitraum zur Verfügung (GKV-Spitzenverband 2020 und 2021a). Diesen ist zu entnehmen, dass die Steigerungsraten des Bruttoumsatzes bei Hilfsmittelausgaben im Jahr 2020 deutlich gegenüber den entsprechenden Steigerungsraten des Jahres 2019 zurückblieben (vgl. Abb. 39 auf Seite 114). Als Grund kann vermutet werden, dass viele Patientinnen und Patienten im

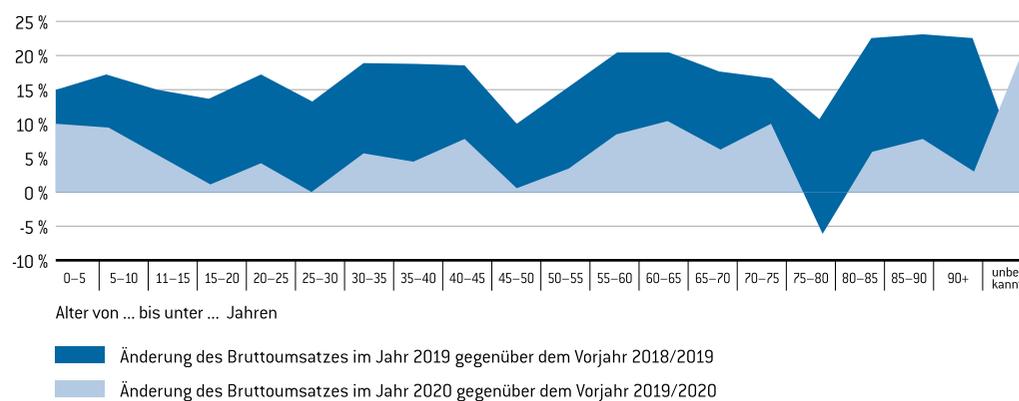
38 Bei Redaktionsschluss Stand März 2022 empfahl die STIKO allen Geimpften eine Auffrischungsimpfung, und zwar bereits im Abstand von mindestens 3 Monaten, wahrzunehmen (vgl. STIKO 2022, S. 4).

Versicherte mit Heilmittelverordnung (2018)



» Abb. 38: Anteil der Versicherten mit Heilmittelverordnung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2018 (in %), standardisiert für die GKV-Versichertenstruktur 2018; Quelle: Buksch u. a. 2019, S. 7; Datenbasis: BARMER-Daten 2018; Darstellung verändert.

Änderungen des Bruttoumsatzes bei Heilmittelausgaben (2019 und 2020)



» Abb. 39: Änderungen des Bruttoumsatzes bei Heilmittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2019 und 2020 gegenüber dem jeweiligen Vorjahr nach Altersgruppen im Vergleich (in %); Quelle: GKV Spitzenverband (2020, S. 15; 2021a, S. 15); Datenbasis: GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland; eigene Darstellung.

Zuge der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme von Heilmitteln verzichteten. Welche direkten und indirekten Folgen dies kurz-, mittel- und langfristig für die funktionale Gesundheit und die sozialen Teilhabechancen sowie gesundheitsökonomisch hatte, bleibt zu untersuchen.

(vgl. Spuling, Wettstein & Tesch-Römer 2020, S. 3–4). Bei den 70- bis 85-Jährigen fühlten sich 3,7 % aufgrund des Alters im Bereich der medizinischen Versorgung diskriminiert. Den Ergebnissen zufolge waren ein höheres Alter und niedrige Bildung »insbesondere im medizinischen Versorgungsbereich Risikofaktoren für Diskriminierungserfahrungen« (ebd., S. 4). Mit Blick auf die COVID-19-Pandemie wiesen Spuling, Wettstein & Tesch-Römer (2020) auf die Gefahr hin, dass »der pauschalisierte gesellschaftliche Diskurs zu älteren Menschen als Risikogruppe« möglicherweise zukünftig zu einer vermehrten Diskriminierung »insbesondere im Bereich der medizinischen (Not-)Versorgung« führen könnte (ebd., S. 4). Die Ergebnisse entsprechender Erhebungen bleiben jedoch abzuwarten.

» 04.9 Gesundheitsversorgung und Rehabilitation

Aufgrund der im hohen Alter zunehmenden Wahrscheinlichkeit, chronisch und mehrfach zu erkranken (vgl. Kapitel 4.2 auf Seite 71), ist ein gelingender Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung von hoher Bedeutung für den Erhalt funktionaler Gesundheit und sozialer Teilhabe. Von besonderer Relevanz sind dabei – neben der in Kapitel 4.8 auf Seite 112 behandelten Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln – die ambulant-ärztliche Behandlung, Krankenhausbesuche, Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die geriatrische Versorgung sowie die Versorgung am Lebensende. Da die subjektive Wahrnehmung, im Bereich der medizinischen Versorgung aufgrund des Alters diskriminiert zu werden, bedeutende Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten haben kann, soll diese zunächst kurz beleuchtet werden.

Arztbesuche

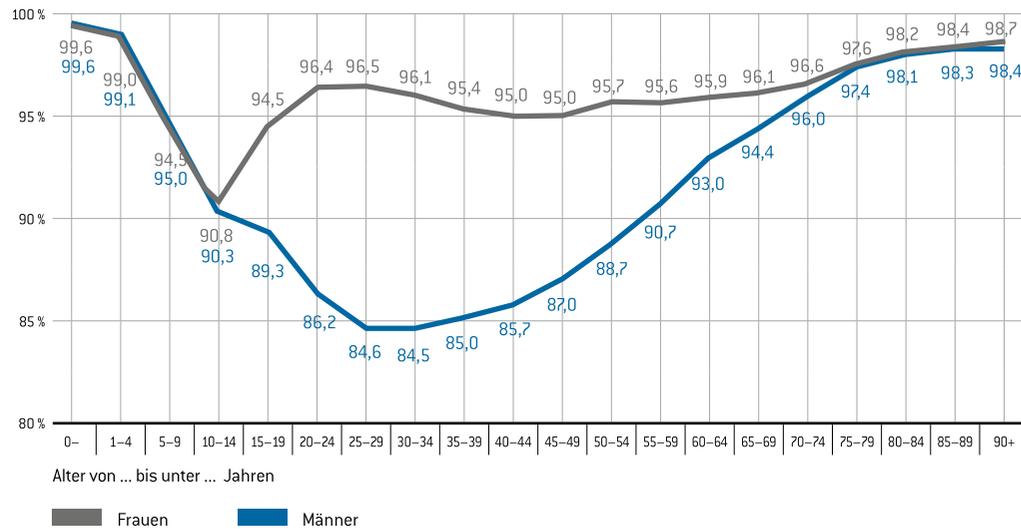
Die ambulante medizinische Versorgung der hochaltrigen Bevölkerung erfolgt über niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte. Eine wichtige Rolle kommt dabei den Hausärztinnen und -ärzten zu, die in vielen Fällen die ersten Ansprechpartnerinnen bzw. -partner sind. Mit Blick auf den demographischen Wandel stimmen Schätzungen des IGES nachdenklich, nach denen bis zum Jahr 2035 zu den derzeit unbesetzten 3.570 Hausarztsitzen etwa 4.700 unbesetzte Sitze hinzukommen könnten, während zugleich die Zahl der maximal zu besetzenden Hausarztsitze auf 58.371 steigen wird (Nolting, Ochmann & Zich 2021, S. 38). Dies würde mehr als eine Verdopplung der Quote unbesetzter Sitze von 6 % im Jahr 2019 (ebd.) auf 14 % im Jahr 2035 bedeuten.

Erlebte Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung

Zu Haus- und Facharztbesuchen der Hochaltrigen liegen keine bevölkerungsrepräsentativen Daten vor. Einen Einblick für das Jahr 2019 gibt der Arztreport 2021 der BARMER (vgl. Grobe & Szecsenyi 2021). Nahezu alle ab 80-jährigen BARMER-

Im DEAS 2017 wurde nach Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Alters sowie dem Bereich, in dem diese Erfahrungen gemacht wurden, gefragt

Anteil BARMER-Versicherter mit Arztkontakt (2019)



» Abb. 40: Anteil der BARMER-Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: Grobe u. a. 2021, S. 45; Datenbasis: BARMER-Daten 2019; Darstellung verändert.

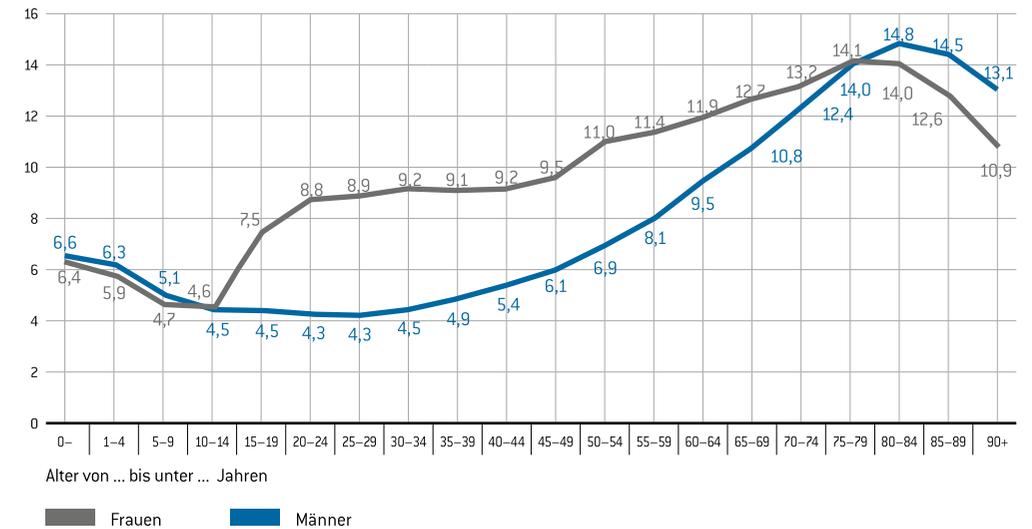
Versicherten – Frauen wie Männer – hatten im Jahr 2019 mindestens einen Arztkontakt (vgl. Abb. 40 auf Seite 116).

Bei beiden Geschlechtern steigt die Zahl der Behandlungsfälle in den höheren Altersgruppen an (vgl. Abb. 41 auf Seite 117). Im Jahr 2019 erreichte sie bei den Frauen mit durchschnittlich 14 Behandlungsfällen ein Plateau in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen, um dann deutlich auf durchschnittlich 11 Behandlungsfälle bei den ab 90-Jährigen abzusinken (ebd.). Bei den Männern war die Zahl der durchschnittlichen jährlichen Behandlungsfälle mit fast 15 Behandlungen am größten in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre und sank bei den ab 90-Jährigen auf durchschnittlich 13 Behandlungsfälle ab (ebd.). Während Frauen bis zur Hochaltrigkeit häufiger in Behandlung sind

als Männer, kehrt sich dieses Verhältnis bei den ab 80-Jährigen um (ebd.).

Auch zur Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen liegen nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselte Versichertendaten der BARMER vor (Rädel u. a. 2021, S. 24). Während der Anteil der erwachsenen weiblichen Versicherten, der im Jahr 2019 vertragszahnärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, zwischen dem 20. und dem 79. Lebensjahr von 69,3 % bei den 20- bis 24-Jährigen auf 79,7 % bei den 75- bis 79-Jährigen steigt, fällt er bei den Hochaltrigen auf bis zu 51 % der ab 90-Jährigen ab (ebd.). Bei den männlichen Versicherten war ein etwas steilerer Anstieg des Anteils der Inanspruchnehmenden von nur 56,4 % der 20- bis 24-Jährigen auf 78,1 % bei den 75- bis 79-Jährigen zu beobachten (ebd.). Auch hier sank die Inanspruchnahme-

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle (2019)



» Abb. 41: Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle von BARMER-Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019 (absolut); Quelle: Grobe u. a. 2021, S. 46; Datenbasis: BARMER-Daten 2019; Darstellung verändert.

rate mit Erreichen der Hochaltrigkeit, nämlich auf 59,8 % der ab 90-jährigen Männer (ebd.).

Die Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlung durch Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen und Ärzte ist in den zehn Jahren vor 2020 angestiegen – dies zeigen Versichertendaten der BARMER (vgl. BARMER 2022). Im Jahr 2020 bewegte sie sich bei den ab 80-Jährigen um die 30 %, wobei im Gegensatz zu jüngeren Altersgruppen die Behandlungsrate der hochaltrigen Männer die der Frauen überwog (vgl. ebd.).

Geriatrische Versorgung

Zwischen den Bundesländern bestehen beträchtliche Unterschiede in Umfang und Struktur der geriatrischen Versorgungskapazitäten. Das Kom-

petenz-Centrum Geriatrie (KCG), eine gemeinsame Einrichtung des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV Spitzenverband) und der Medizinischen Dienste in Deutschland, gibt auf Basis von Daten der amtlichen Statistik und des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) einen Überblick über die klinisch-geriatrischen Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen zum 31.12.2019 (vgl. Abb. 42 auf Seite 118). Erfasst sind darin u. a. Krankenhausbetten geriatrischer Hauptabteilungen sowie Betten interner Abteilungen mit Schwerpunkt Geriatrie (KCG 2022). Angaben zu weiteren Krankenhausstrukturen, in denen ebenfalls »geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlungen durchgeführt werden (z. B. in der Alterstraumatologie)« (ebd.) sind hierin nicht enthalten.

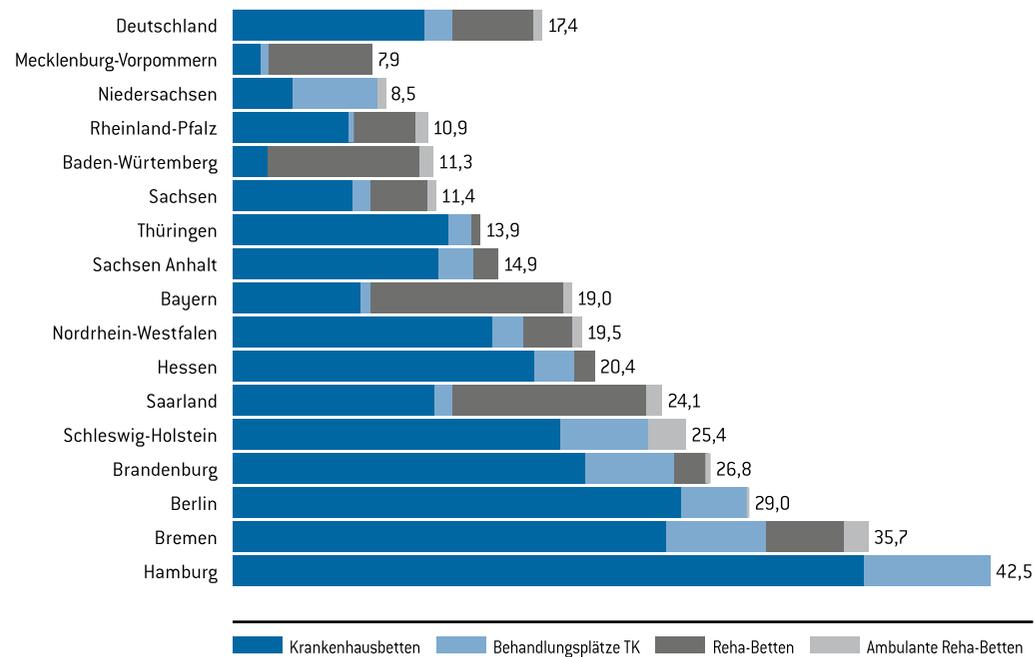
Erkennbar sind neben der großen Spannweite in der Zahl der geriatrischen Versorgungsplätze je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter ab 65 Jahren (»geriatrische Versorgungsquote«) auch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen im Ort der Leistungserbringung. Während in einigen Bundesländern die geriatrische Versorgung überwiegend in entsprechenden Fachabteilungen von Krankenhäusern erbracht wurde, lag der Schwerpunkt in anderen Bundesländern bei den Rehabilitationseinrichtungen. In beiden Versorgungssektoren

überwogen vollstationäre Angebote das Angebot an ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten deutlich.

Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

Hausärztinnen und Hausärzten kommt bei der medizinischen Betreuung hochaltriger Menschen eine zentrale Rolle zu (vgl. BMG 2012, S. 18): Neben der Begleitung und Behandlung chronischer und

Geriatrische Versorgungsstrukturen in den Bundesländern (2019)



» Abb. 42: Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland am 31.12.2019 nach Bundesländern, Sektoren und Form der Leistungserbringung (Plätze je 10.000 Einwohner 65 Jahre und älter – geriatrische Versorgungsquote); Quelle: KCG 2022; Datenbasis: Krankenhausstatistik und Statistik der Rehabilitationseinrichtungen des Statistischen Bundesamtes 2021; Statistik der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen des vdek Bundesverbandes; Darstellung verändert.

Geriatrische Qualifikation von Vertragsärztinnen und -ärzten (2020)

Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung	Anzahl	Davon nach Versorgungssektor ¹	
		Ambulant	Stationär
Innere Medizin	58.155	28.074	26.417
Allgemeinmedizin	44.158	37.623	2.423
Davon mit Schwerpunktbezeichnung...			
»Geriatric«	5	3	2
»Innere Medizin und Geriatric«	122	16	102
Neurologie	8.355	2.373	5.496
Davon mit Schwerpunktbezeichnung...			
»SP Geriatric«	1	1	0
Zusatz-Weiterbildung in Geriatric	2.723	675	1.946

¹ Differenz zur Gesamtzahl aufgrund einiger in Behörden, Körperschaften und sonstigen Bereichen tätiger Ärztinnen und Ärzte

» Tab. 40: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte ausgewählter Fachrichtungen und Gebietsbezeichnungen nach Versorgungssektor der Tätigkeit am 31.12.2020; Quelle: BÄK 2021, S. 4, 12, 15, 16, 18, 42; Datenbasis: Ärztestatistik. Eigene Darstellung.

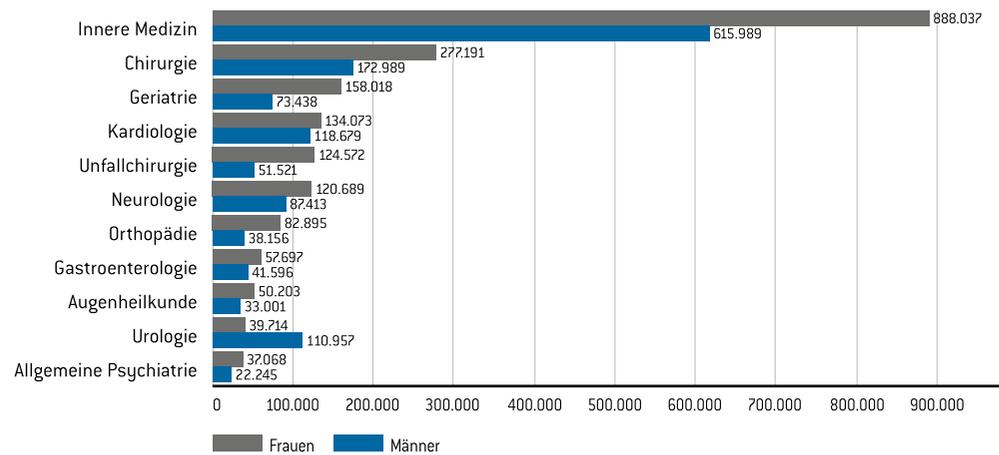
akuter Erkrankungen haben sie eine wichtige Lotsenfunktion im Gesundheitssystem, z. B. bei der Überweisung an Fachärzte. Im Rahmen der Früherkennung kommt ihnen die Aufgabe zu, die dreijährliche Gesundheitsuntersuchung (»Check-Up«) anzubieten und zu geeigneten Maßnahmen der gesundheitsbezogenen Prävention zu beraten (vgl. Kapitel 4.8 auf Seite 112).

Bei ab 70-jährigen Patientinnen und Patienten mit »geriatrischem Versorgungsbedarf« [KV Hessen 2021, d. h. geriatritypischen Syndromen oder Erkrankungen oder einem Pflegegrad, können Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung ein sogenanntes hausärztlich-geriatrisches Basisassessment durchführen (ebd.). Dieses umfasst die Erhebung oder das Monitoring »organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen«, die »Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten« sowie die »Beurtei-

lung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren« [KBV 2021]. Fakultative Bestandteile des Assessments sind die »Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren«, die »Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung«, die »Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes« und die »Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt« (ebd.). Die Ergebnisse des Assessments sollen als Grundlage für die Planung geeigneter Maßnahmen zur Behandlung, Beratung und Unterstützung dienen.

Die Zahl spezialisierter geriatrischer Vertragsärztinnen und -ärzte ist – insbesondere im ambulanten Versorgungssektor – gering (vgl. Tab. 40 auf Seite 119). Dies korrespondiert mit der Feststellung des Kompetenz-Centrums Geriatric [KCG], dass sich spezifisch geriatrische Versorgungsstrukturen »bisher fast ganz auf den Krankenhaus- bzw.

Krankenhauspatientinnen und -patienten nach Fachabteilungen (2019)



» Abb. 43: Krankenhauspatientinnen und -patienten im Alter von 80 Jahren und mehr nach Fachabteilungen und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2017 (absolut); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021t; Datenbasis: Krankenhausstatistik; eigene Darstellung.

den Rehabilitationssektor« konzentrierten (KCG 2022).

Eine Studie der PMV Forschungsgruppe der Universität zu Köln schätzte für das Jahr 2012 anhand von Kassendaten einen Anteil von 30,8 % der ab 60-jährigen AOK-Versicherten in Baden-Württemberg als potenziell geriatrische Patientinnen und Patienten ein (vgl. Köster, Ihle & Schubert 2018, S. 9). Den Abrechnungsdaten zufolge war bei knapp 5 % von ihnen ein hausärztlich-geriatrisches Assessment durchgeführt worden (EBM 03420; mittlerweile ersetzt durch EBM 03360) – bei steigenden Anteilen in den höheren Altersgruppen (vgl. ebd.). Aktuelle Daten zum Anteil der potenziell geriatrischen Patientinnen und Patienten, bei denen das Assessment durchgeführt wurde, liegen nicht vor.

Krankenhausbehandlung

Zur Vermeidung von Drehtüreffekten, d. h. zur Vermeidung einer auf eine Krankenhausentlassung zeitnah erneut notwendigen Einweisung, ist es insbesondere bei hochaltrigen Menschen wichtig, dass im Falle einer Krankenhausbehandlung neben der akutmedizinischen Behandlung und Überwachung frühzeitig auch mit rehabilitativen Maßnahmen begonnen wird (vgl. BMG 2012, S. 62). Auf deren Erbringung sowie die notwendige professionsübergreifende Zusammenarbeit sind geriatrische Fachabteilungen spezialisiert (ebd.).

Der amtlichen Krankenhausstatistik für das Jahr 2019 zufolge wurden hochaltrige Menschen im Falle einer vollstationären Behandlung überwiegend auf internistischen oder chirurgischen Fachabteilungen behandelt; geriatrische Fachabteilungen folgten bei den Frauen an dritter, bei den Männern an sechster

Stelle (nach kardiologischen, urologischen und neurologischen Fachabteilungen) (vgl. Abb. 43 auf Seite 120).

Im Jahr 2019 wurden insgesamt fast 20 Millionen Behandlungsfälle in Krankenhäusern gezählt, davon rund 2 Millionen bei den 80- bis unter 85-Jährigen, rund 1,1 Millionen bei den 85- bis unter 90-Jährigen und knapp 0,6 Millionen bei den ab 90-Jährigen (GBE 2021a). Das Risiko eines Krankenhausaufenthalts steigt ab der Lebensmitte kontinuierlich an und ist – abgesehen von Neugeborenen – bei hochaltrigen Menschen ab 90 Jahren am größten. Der höchste Wert mit ca. 87.000 Behandlungsfällen pro 100.000 Einwohnern wurde 2019 bei den ab 90-jährigen Männern erreicht (vgl. ebd.; vgl. auch Abb. 76 auf Seite 248).

Die häufigsten Anlässe für einen Krankenhausaufenthalt waren im Jahr 2019 sowohl bei den 80- bis unter 85-Jährigen als auch bei den 85- bis unter 90-Jährigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Verdauungssystems, bösartige Neubildungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Atmungs- und des Urogenitalsystems (vgl. Statistisches Bun-

desamt 2021s). Die häufigsten Einzeldiagnosen für Frauen und Männer stellten dabei die Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und -flattern, Hirninfarkt und der Bruch des Oberschenkelknochens dar (vgl. Abb. 78 auf Seite 250 und Abb. 77 auf Seite 249).

Rehabilitation

Laut § 11 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, »die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern« (§ 11 Abs. 2 SGB V). Gemäß § 40 Abs. 1 und 2 SGB V sollen ambulante Leistungen Vorrang vor stationären haben. Erstere sind in entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen oder mobil durch wohnortnahe Einrichtungen zu erbringen. Nur wenn eine ambulante Leistungserbringung nicht ausreicht, soll die Rehabilitation stationär erfolgen (vgl. § 40 Abs. 2 SGB V). All dies gilt auch für hochaltrige, mehrfach erkrankte Menschen mit Rehabilitationsbedarf und -potenzial (vgl. Becker u. a. 2020a).

Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (2012 und 2021)

Altersgruppe	Patientinnen und Patienten	
	2012	2021
80 bis unter 85 Jahre	83.923	116.567
85 bis unter 90 Jahre	34.596	38.683
90+	7.977	9.826
Alle Altersgruppen	1.648.952	1.694.894

» Tab. 41: Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Altersgruppen in den Jahren 2012 und 2021 (absolut); Quelle: Statistisches Bundesamt 2013a, S. 10; GBE 2021b; eigene Darstellung.

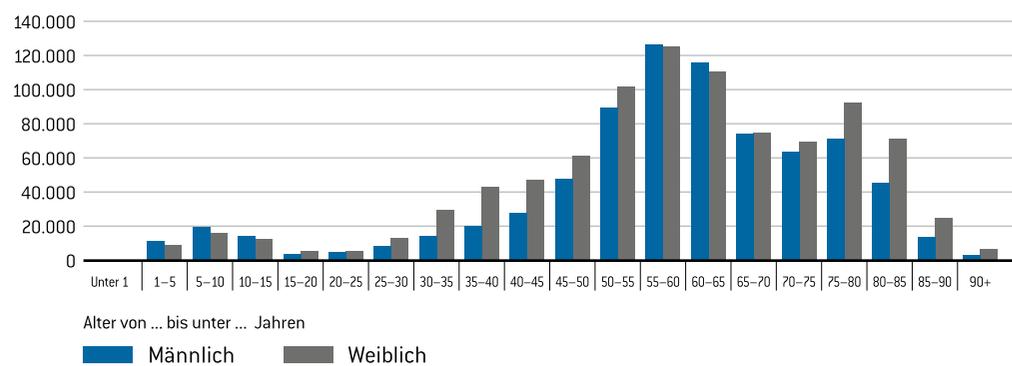
Zielgruppe der geriatrischen Rehabilitation sind ältere, mehrfach und chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten (z. B. bei Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Diabetes) (vgl. Schulz, Kurtal & Steinhagen-Thiessen 2009, S. 195 und Kapitel 5.1 auf Seite 130). Für sie »ist es entscheidend, den funktionellen Abbau zu verhindern, Mobilitätseinschränkungen zu reduzieren, Vereinsamung vorzubeugen und Teilhabe zu sichern« (Becker u. a. 2020a, S. 146). All dies soll die im multidisziplinären Team zu erbringende geriatrische Rehabilitation befördern.

Im Jahr 2019 waren 157 (14 %) der 1.112 Fachabteilungen der bundesdeutschen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Fachabteilungen für Geriatrie (vgl. GBE 2021f). In ihnen standen insgesamt 8.364 Betten, d. h. 10,1 Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner bereit, in denen 126.444 Patientinnen und Patienten behandelt wurden (ebd.). In absoluten Zahlen war dies ein

leichter Zuwachs gegenüber dem Jahr 2012, in dem 7.429 Betten in 148 geriatrischen Fachabteilungen und 106.658 behandelte Patientinnen und Patienten gezählt wurden (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b, S. 15). Im Vergleich der Daten von 2012 und 2021 wurde für alle Altersgruppen ein Anstieg der Anzahl von Patientinnen und Patienten deutlich (vgl. Tab. 41 auf Seite 121).

Die meisten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stellte im Jahr 2019 die Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen (vgl. Abb. 44 auf Seite 122). Die größere Zahl weiblicher Rehabilitandinnen ging zum Teil auf deren größeren Bevölkerungsanteil in den höheren Altersgruppen zurück. Bemerkenswert scheint die geringe absolute Zahl von Rehabilitationen bei den ab 90-jährigen Männern und Frauen von insgesamt 9.826 Fällen, d. h. 11,9 % der im Jahr 2019 laut Bevölkerungsfortschreibung 823.047 ab 90-Jährigen in Deutschland (vgl. Kapitel 2 auf Seite 14).

Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (2019)



» Abb. 44: Anzahl der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2019 (absolut); Quelle: GBE 2021b; Datenbasis: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Darstellung.

Bei den 80- bis unter 85-Jährigen stellten im Jahr 2019 Arthrosen des Hüft- und Kniegelenks, Hirninfarkte sowie Oberschenkelhalsbrüche die häufigsten rehabilitationsbegründenden Diagnosen. Bei den 85- bis unter 90-Jährigen standen Hirninfarkte an erster Stelle, gefolgt von Oberschenkelhalsbrüchen und Arthrosen von Hüft- und Kniegelenk, und bei den ab 90-Jährigen bildeten Oberschenkelhalsfrakturen den häufigsten Behandlungsanlass, gefolgt von der Diagnose eines Hirninfarktes, Gangstörungen sowie Brüchen im Lendenwirbel- und Beckenbereich (GBE 2021b), vgl. Abb. 79 auf Seite 251 und Abb. 80 auf Seite 252).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft »Mobile Rehabilitation« (BAG MoRe) führte im Jahr 2021 bundesweit 21 Träger mobiler Rehabilitation auf, von denen 18 explizit mobile geriatrische Rehabilitation anbieten (vgl. BAG MoRe 2021). Diese Angebote sollen u. a. für Pflegebedürftige in voll- und teilstationärer wie auch häuslicher Pflege den Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erleichtern (vgl. Becker u. a. 2020a, S. 146). Eine Auswertung der für die Träger verpflichtenden Basisdokumentation aus dem Jahr 2016 zeigte für den dort betrachteten Zeitraum (2011 bis 2014) einen kontinuierlichen Anstieg der behandelten Fälle von 230 Fällen im Jahr 2011 auf 780 Fälle im Jahr 2014 (vgl. Meinck, Pippel & Lübke 2017, S. 227). An den Zahlen wird deutlich, dass das vorhandene Angebot offenbar deutlich unter dem vermuteten Bedarf blieb. Ob die im Jahr 2021 aktualisierten Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur mobilen Rehabilitation (GKV Spitzenverband 2021b) hinreichen, um Träger dazu zu motivieren,

das Angebot dem Bedarf entsprechend auszubauen, wird zu beobachten sein.

Im Pflegereport 2020 wurden auf Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg die Versorgungswege pflegebedürftiger Menschen nach akutstationärer Krankenhausbehandlung berichtet (vgl. Becker u. a. 2020a, S. 139). Mit 44 % kam nicht einmal die Hälfte der Krankenhauspatientinnen und -patienten zurück in die häusliche Umgebung, 29 % wechselten in die stationäre Langzeitpflege, 12 % in eine Kurzzeitpflege, 11 % verstarben und 4 % erhielten eine stationäre Rehabilitation (ebd.).

» 04.10 Gesundheitskosten

Laut der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes entfielen auf die Altersgruppe der ab 85-Jährigen im Jahr 2015 so genannte »Krankheitskosten«³⁹ in Höhe von insgesamt 43.073 Millionen Euro; dies entspricht einem Anteil von 12,7 % an den über alle Altersgruppen hinweg aufgebracht 338.207 Millionen Euro (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021k). Auf die ab 85-jährigen Männer entfielen hierbei 11.193 Millionen Euro und auf die ab 85-jährigen Frauen 31.881 Euro (vgl. ebd.). Für die Gesundheitsversorgung der Altersgruppen der 65- bis unter 85-Jährigen wurden 125.337 Millionen Euro und für die der 45- bis unter 65-Jährigen 92.454 Millionen Euro aufgebracht (ebd.).

39 Krankheitskosten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch Verwaltungskosten der Leistungserbringer sowie sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren. Sie werden vom Statistischen Bundesamt in unregelmäßigen Zeitabständen berechnet und berichtet (vgl. Statistisches Bundesamt 2018a).

Die durchschnittlichen Ausgaben pro Person lagen mit 19.790 Euro am höchsten bei den ab 85-Jährigen (17.230 Euro bei den Männern und 20.890 Euro bei den Frauen); in der Altersgruppe der 65- bis unter 85-Jährigen wurden durchschnittlich Ausgaben in Höhe von 8.350 Euro getätigt (8.500 Euro bei den Männern und 8.220 Euro bei den Frauen), bei den 45- bis unter 65-Jährigen waren es im Durchschnitt 3.705 Euro (3.670 bei den Männern und 3.830 Euro bei den Frauen) (GBE 2021d; vgl. auch Abb. 81 auf Seite 253).

Angesichts der höheren Pro-Kopf-Ausgaben für Prävention, Heilbehandlung, Rehabilitation und – zu einem guten Teil – Pflege wird erforscht, welche Folgen eine verlängerte Lebenserwartung sowie die Zunahme des Anteils älterer und hochaltriger Menschen an der Bevölkerung für die Gesundheitskosten haben werden. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang die »Morbiditysthese«, die »Sterbekostenthese« und die »Sisyphusthese« (vgl. Mardorf & Böhm 2009, S. 252–257).

Die »Morbiditysthese« geht davon aus, dass die zusätzlichen Lebensjahre in Krankheit verbracht werden, wobei unterschiedliche Vertreterinnen und Vertreter dieser These entweder eine Ausweitung der Jahre mit Erkrankung oder aber deren Kompression und weitere Verschiebung ins höhere Alter vermuten (ebd.). Die »Sterbekostenthese« sieht Kosten vor allem im Zusammenhang mit der Vermeidung von Todesfällen. Zwar sanken diese »mit sehr hohem Lebensalter«, zugleich steige jedoch die Mortalität aufgrund der ins Alter kommenden bevölkerungsstarken Generation der »Baby-Boomer« (ebd.). Die sogenannte »Sisyphusthese« sieht wiederum eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen für Kostensteigerungen verantwortlich; diese führten zu einer reduzierten Mortalität und erhöhten Restlebenserwartung, was wiederum eine erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit sich bringe (ebd.).

Für letztere These fehle es laut Mardorf und Böhm (ebd., S. 257) an empirischer Evidenz. Nöthen und Böhm (2009) wiesen vor dem Hintergrund der Vielfalt konkurrierender Thesen darauf hin, dass »weniger die Altersstruktur per se, als vielmehr ein Bündel verschiedener Faktoren Einfluss auf die Krankheitskosten ausübt, die teils selbst mit dem Alter in Zusammenhang« stünden, »teilweise aber auch altersunabhängig« (ebd., S. 232) seien. In ihrem jeweiligen Anteil ließen sie sich »nur schwer quantifizieren« (ebd., S. 232–233).

>> 04.11 Versorgung am Lebensende

Die im sehr hohen Lebensalter zunehmende Wahrscheinlichkeit, chronisch zu erkranken oder zu versterben (vgl. Kapitel 4.5 auf Seite 96) sowie das gehäufte Erleben des Todes nahestehender Menschen werfen die Frage nach der Versorgung am Lebensende, nach den Rahmenbedingungen und dem Ort, den man sich für das eigene Sterben wünscht, auf.

Palliativversorgung

Palliativversorgung ist eine auf den Umgang mit lebensbedrohlichen Erkrankungen spezialisierte Versorgungsform. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation zielt sie darauf ab, die Lebensqualität lebensbedrohlich erkrankter Patientinnen und Patienten sowie von deren Angehörigen zu verbessern. Leiden soll vorgebeugt und gelindert und Schmerzen sowie Probleme körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Natur sollen behandelt werden (vgl. DGP 2016, S. 1).

In Deutschland existieren ambulante und stationäre, allgemeine und spezialisierte palliativmedizinische Angebote, zunehmend werden auch die palliativmedizinischen Bedarfe hochaltriger Menschen in den Blick genommen (vgl. Strupp u. a. 2019, S. 319–323). Insbesondere im ambulanten Bereich wird die professionelle Begleitung durch ehrenamtliches Engagement ergänzt. Eine Übersicht über die Besonderheiten der unterschiedlichen Angebote findet sich im Bericht »Gesundheit in Deutschland« des RKI (2015, S. 333). Der »Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung« der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) listet 3.000 Adressen und Angebote der Palliativversorgung in Deutschland auf – einige davon mehrsprachig (vgl. DGP 2021).

Altersbezogene Daten zur Inanspruchnahme existieren nur für einen Ausschnitt des Versorgungsspektrums: Die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (»DRG-Statistik«) gibt Auskunft über die Zahl der palliativmedizinischen Behandlungsfälle (Assessments und Behandlungen) in Krankenhäusern, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen. Danach entfiel von den im Jahr 2019 insgesamt 143.816 palliativmedizinischen Behandlungsfällen (davon 74.975 Assessments und 68.841 Behandlungen) 39.930 auf ab 80-jährige Patientinnen und Patienten (davon 20.724 Assessments und 19.206 Behandlungen) (vgl. Tab. 72 auf Seite 224). Dem steht eine Zahl von 535.494 Verstorbenen im Alter von 80 Jahren und mehr bzw. von 939.520 Verstorbenen insgesamt gegenüber (vgl. GBE 2021i).

Während der COVID-19-Pandemie wurden nicht nur im öffentlichen Diskurs vereinzelt Überlegungen ins Spiel gebracht, hochaltrige Menschen eher palliativ als kurativ zu behandeln bzw. in Gesprächen im Vorfeld zu klären, ob diese im Falle einer Erkrankung tatsächlich eine kurative Behandlung wünschten (vgl. Schöne-Seifert & van Aken 2020;

vgl. kritisch hierzu Zander 2020, auch Woopen in NDR 2020). In Einzelberichten beklagten Angehörige, dass es im Umgang mit der jeweils konkreten Situation vor Ort keine hinreichende Einbeziehung und Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens ihrer Angehörigen gab und es diesem entgegenstehend keine kurative Versorgung mehr gegeben habe (vgl. NDR 2020).

Sterbeorte

Eine amtliche Statistik zu Sterbeorten existiert in Deutschland nicht. Angaben sind auf Basis von Schätzungen und Hochrechnungen anhand von Studien möglich. Sauer, Rothgang und Müller (2015) schätzten auf der Basis von Versicherungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) den Anteil der Sterbeorte nach Alter und Geschlecht. Anhand der am Todestag bezogenen Versicherungsleistungen (Pflegeversicherungsleistungen, Krankenhausbehandlungen, medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen) wurde auf den wahrscheinlichen Sterbeort geschlossen. Hospizleistungen und damit Hospize als Sterbeort wurden nicht erfasst. Angenommen wurde, dass sie einen Anteil von 1–2 % an allen Sterbeorten bilden (ebd., S. 170). Nach diesen Schätzungen starben im Jahr 2009 29 % der Menschen im häuslichen und 71 % im institutionellen Umfeld (51 % im Krankenhaus und 20 % im Pflegeheim) (ebd., S. 171). Frauen verstarben häufiger (74 %) in einer Institution als Männer (67 %). Das Pflegeheim war bei 27 % der Frauen und bei 12 % der Männer der Sterbeort (ebd.). Ein höheres Alter ging mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen institutionellen Sterbeort einher. Personen ab 85 Jahren verstarben zu rund drei Vierteln in Institutionen (Männer: 74 %, Frauen: 78 %) (ebd.).

Dasch und Lenz (2021) untersuchten die Sterbeorte von Menschen mit demenzieller Erkrankung.

Datenbasis waren Todesbescheinigungen aus den Jahren 2001, 2011 und 2017 aus städtischen und ländlichen Regionen Westfalens. Im Jahr 2017 lag bei 2.111 Verstorbenen im Alter von 65 Jahren und mehr eine Demenzdiagnose vor (ebd., S. 4). Häufigster Sterbeort im Jahr 2017 war nach diesen Daten das Pflegeheim (57,1 %), gefolgt von Krankenhaus (24,3 %), häuslichem Umfeld (15,8 %), Palliativstation (1,8 %) und Hospiz (0,9 %) (ebd., S. 4). Bei diesen Angaben wurden mögliche Verzerrungen des Sterbeortes durch Alterseffekte statistisch ausgeglichen. Die Daten unterstreichen die Bedeutung von Bemühungen, Kompetenzen und Ressourcen für eine palliative Versorgung an den häufigsten Sterbeorten – Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser sowie dem häuslichen Setting – zu stärken.

Mit Stand zum 31.12.2020 lagen insgesamt 33.071 Meldungen über im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung Verstorbene vor (vgl. RKI 2021b, S. 1).⁴⁰ Für einen Teil der Fälle wurde übermittelt, »ob sie in einer für den Infektionsschutz relevanten Einrichtung betreut, untergebracht oder tätig« (ebd., S. 5) waren. Mit Blick auf die Situation älterer Menschen ist insbesondere die Unterscheidung zwischen Einrichtungen gemäß § 23 und § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) von Bedeutung. Einrichtungen nach § 23 IfSG sind »z. B. Krankenhäuser, ärztliche Praxen, Dialyseeinrichtungen und Rettungsdienste«; Einrichtungen gemäß § 36 IfSG sind beispielsweise Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden, Obdachlosenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten.

Da die Übermittlung der entsprechenden Angabe nicht verpflichtend ist und laut RKI »bei vielen

Fällen fehlt«, sind die Zahlen als »Mindestangabe zu verstehen« (ebd., S. 5). Zum 31.12.2020 waren altersgruppenübergreifend 1.920 Personen verstorben, die in Einrichtungen nach § 23 betreut oder untergebracht waren; 9.338 Verstorbene waren in Einrichtungen gemäß § 36 IfSG betreut oder untergebracht (ebd., S. 6). Nach diesen Daten verstarben im Zusammenhang mit dem Virus demnach über alle Altersgruppen hinweg 11.258 Menschen in Einrichtungen; das sind 34 % der im Zusammenhang mit COVID-19 gemeldeten Verstorbenen (ebd., eigene Berechnungen).

» 04.12 Fazit

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass gesundheitliche Einschränkungen eintreten. Nichtsdestotrotz bewerten ab 80-jährige Frauen und Männer ihre subjektive Gesundheit nicht als schlecht, sondern schätzen sie selbst im durchschnittlichen Alter von 90 Jahren noch als »mittel« ein. Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich dabei nicht durchgehend. Dagegen ist die funktionale Gesundheit bei denjenigen Männern, welche die Hochaltrigkeit erreichen, im Durchschnitt besser; sie sind zudem weniger von gesundheitsbedingten Einschränkungen und chronischen Erkrankungen betroffen als hochaltrige Frauen.

Ab dem hohen Alter leiden Frauen und Männer am häufigsten unter kardiovaskulären (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall), kardiometabolischen (Bluthochdruck, Übergewicht, Fettwechselstörungen, Diabetes mellitus) sowie Krebs- und Atemwegserkrankungen. Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen zählen, gefolgt von demenziellen und Atemwegserkrankungen zu den häufigsten Todesursachen bei hochaltrigen Menschen. Auch muskuloskelettale Erkrankungen treten im Alter sehr häufig auf und sind eine wesentliche Ursache für funktionale Einschränkungen und Schwierigkeiten bei der selbstständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Frauen sind häufiger von Arthrose, Osteoporose und Sarkopenie betroffen, Männer häufiger von Diabetes und Krebs.

Demenzielle Erkrankungen steigen mit zunehmendem Alter stark an. Mit Abstand folgen Depressionen und depressive Symptome. Von beiden Erkrankungen sind hochaltrige Frauen häufiger betroffen als Männer. Dagegen ist die Suizidrate bei Männern wesentlich höher als bei Frauen.

Hinsichtlich einiger Erkrankungen zeigen sich Bildungsunterschiede: Hochaltrige Menschen, die der oberen Bildungsgruppe zugehören, bewerten ihre subjektive Gesundheit besser, haben weniger gesundheitsbedingte Einschränkungen, leiden seltener an Multimorbidität und an Bluthochdruck. Bei anderen Erkrankungen sind die Unterschiede nicht so eindeutig oder treffen nur auf Frauen zu. Frauen der unteren Bildungsgruppen erkranken häufiger an kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes, COPD und Arthrose als Frauen der oberen Bildungsgruppen. Bei Männern sind diese Unterschiede weniger stark ausgeprägt.

Unfälle können insbesondere im höheren Alter schwerwiegende Folgen haben. Stürze haben einen wesentlichen Anteil am Unfallgeschehen Hochaltriger und sind mit einem hohen gesundheitlichen Risiko verbunden. Hochaltrige Frauen stürzen häufiger als Männer und berichten häufiger über Sturzangst, die zu einer Einschränkung von Aktivitäten beiträgt.

Während die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich anstieg, waren in der Periode 2018/2020 nur sehr geringfügige Veränderungen gegenüber der vorangegangenen Periode zu vermerken. Die Stagnation der Lebenserwartung war hauptsächlich auf die Sterbefallzahlen in Folge der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 zurückzuführen. Neben den Todesursachen Herz-Kreislauf-, Krebs-, demenzielle Erkrankungen und Krankheiten des Atmungssystems waren im Jahr 2020 erstmals auch COVID-19-Infektionen als Todesursache Hochaltriger von Bedeutung. Hitzebedingte Sterbefälle in den Sommermonaten traten zwar zunehmend auf, spielen jedoch gegenwärtig noch eine untergeordnete Rolle. Aufgrund des Klimawandels werden für die Zukunft Maßnahmen zum Schutz älterer Menschen vor Hitze empfohlen.

Der Zugang zu bzw. die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchun-

⁴⁰ Diese Daten geben noch nicht die Gesamtzahl der Verstorbenen wieder. Laut Daten des RKI verstarben im Jahr 2020 insgesamt fast 44.000 Personen in Deutschland im Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung, 70 % von ihnen waren 80 Jahre oder älter (vgl. RKI 2021b; eigene Berechnungen).

gen sowie von zahnärztlichen Behandlungen geht im sehr hohen Alter zurück. Hochaltrige treiben weniger Sport als jüngere Altersgruppen, essen jedoch mehr Obst und Gemüse und rauchen viel weniger. Der Anteil der gegen Grippe und COVID-19 Geimpften war unter Hochaltrigen höher als in jüngeren Altersgruppen.

Die ambulante medizinische Versorgung der hochaltrigen Bevölkerung erfolgt durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte. Die medizinische Versorgung mehrfach erkrankter Menschen ist mit einigen Herausforderungen verbunden und sollte auf die Ressourcen, Lebensbedingungen, Wertvorstellungen und Prioritäten der Erkrankten gerichtet werden. Eine wichtige Rolle kommt dabei den Hausärztinnen und -ärzten zu. Mit Blick auf den demographischen Wandel ist der prognostizierte weitere Anstieg des Mangels an hausärztlich tätigen Versorgerinnen und Versorgern als problematisch zu bewerten. Ein Risiko in der Versorgung mehrfach erkrankter Hochaltriger ist zudem die Verordnung zu vieler Medikamente (Polypharmazie). Instrumente wie die Leitlinie Multimorbidität und der bundeseinheitliche Medikationsplan sollen hier für mehr Sicherheit sorgen.

Befürchtungen über negative gesundheitsökonomische Folgen, die aus der höheren Lebenserwartung und dem wachsenden Anteil hochaltriger Menschen an der Bevölkerung resultieren könnten, werden unter Verweis auf Argumente relativiert, denen zufolge hohe Behandlungskosten vor allem im Zusammenhang mit der Vermeidung von Todesfällen entstünden und diese mit zunehmendem Lebensalter sanken.

Den wenigen vorliegenden Daten zu Sterbeorten zufolge war häufigster Sterbeort hochaltriger Menschen das Pflegeheim, gefolgt von Krankenhäusern und dem häuslichen Umfeld. Auch in der COVID-19-Pandemie war in Pflegeeinrichtungen eine hohe Zahl Verstorbener zu beklagen.

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation hochaltriger Menschen bleibt lückenhaft. In vielen Gesundheitsbefragungen ist die Anzahl der teilnehmenden Hochaltrigen – wenn diese denn gesondert ausgewertet werden – jedoch zu gering für bevölkerungsbezogene Schätzungen. Insbesondere Daten zu Lebenslagen, die sich aus der Kombination unterschiedlicher Dimensionen sozialer Ungleichheit ergeben, wie beispielsweise dem sozioökonomischen Status, der Region oder dem Migrationshintergrund, fehlen häufig. Es bleibt abzuwarten, welche Ergebnisse die Studie »Gesundheit 65+« des RKI erbringen wird (vgl. RKI 2021c), in der die Versorgungssituation ab 65-jähriger Menschen vertieft erforscht wird. Mit den Ergebnissen wird im Jahr 2023 gerechnet.

05

>> Pflege und Pflegebeziehungen

Im Alter ab 80 Jahren wächst die Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankungen und funktionaler Einschränkungen. In Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung des unmittelbaren Wohnumfeldes und der Nachbarschaft kann dies zunehmend die Fähigkeit der Betroffenen einschränken, ihren Alltag selbstständig zu gestalten. Entsprechend nimmt in dieser Lebensphase auch die Zahl derjenigen zu, die pflegerische Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen (vgl. Kapitel 5.2 auf Seite 139). Ende 2019 war mehr als die Hälfte (55 %) aller Pflegebedürftigen mit anerkanntem Pflegegrad mindestens 80 Jahre alt, das waren knapp 2,3 Millionen Personen (1.605.006 Frauen und 666.373 Männer) (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b, S. 21–22; eigene Berechnungen). Mehr als zwei Drittel (70,7 %) der hochaltrigen Pflegebedürftigen waren Frauen (ebd.). Pflegebedürftigkeit ist damit ein typisches Phänomen der hochaltrigen Bevölkerung und – trotz eines wachsenden Anteils von Männern mit anerkanntem Pflegegrad – weiblich geprägt.

In diesem Kapitel werden zunächst gesetzliche Rahmenbedingungen und grundlegende statistische Daten zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland vorgestellt. Anschließend wird näher auf die spezifische Situation von hochaltrigen Pflegebedürftigen in Privathaushalten und in stationären Einrichtungen eingegangen. Wo verfügbar, werden Daten zur Situation von Männern und Frauen sowie nach Migrationshintergrund berichtet. Im Anschluss werden drei, mit Blick auf Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention, besonders relevante Handlungsfelder genauer beleuchtet: die Situation pflegender Angehöriger, die Vermeidung von Gewalt in der häuslichen und stationären pflegerischen Versorgung sowie Empfehlungen und Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen. Es folgt ein Blick auf Höhe und Verteilung der Kosten der pflegerischen Versorgung. Das Kapitel schließt mit einem Schlaglicht auf die Implikationen der COVID-19-Pandemie für die häusliche und stationäre pflegerische Versorgung.

» 05.1 Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Überblick

Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeitsbegriff

Im Jahr 1995 wurde die Soziale Pflegeversicherung als fünfter Zweig der Sozialversicherung neben der Arbeitslosen-, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung eingeführt. Nach dem Pflegeversicherungsgesetz gelten Personen als pflegebedürftig, »die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen« (§ 14 SGB XI). Dabei muss es sich »um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können« (ebd.). Des Weiteren ist geregelt, dass die Pflegebedürftigkeit »auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate« (ebd.) bestehen muss. Hinzu kommt die Anforderung, dass ein bestimmter Mindestumfang an Pflegebedürftigkeit bestehen muss, um nach dem Pflegeversicherungsgesetz als pflegebedürftig gelten zu können (vgl. ebd. und § 15 SGB XI).

Diese sozialrechtliche Definition liegt auch der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts zugrunde: Dort werden – unabhängig von ihrem tatsächlichen Versorgungsbedarf – nur solche Menschen als pflegebedürftig erfasst, die

nach einer entsprechenden Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. einen unabhängigen Gutachter Leistungen der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erhalten.⁴¹ Die gewährten Leistungen sind in ihrer Höhe nach dem ermittelten Grad der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten gestaffelt, dem sogenannten »Pflegegrad«.

Seit 2017 erfolgt dies auf der Grundlage eines veränderten Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. BMG 2021b, S. 20–28; Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 26). Während zuvor die zeitliche Dauer des körperlichen Unterstützungsbedarfs maßgeblich zur Bestimmung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit war, orientiert sich die Bestimmung des Pflegegrades seitdem an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die eine Person in unterschiedlichen Bereichen hat (vgl. ebd.). Diese werden mittels eines Begutachtungsinstrumentes erhoben, das sich aus sechs, den Bereichen zugeordneten Modulen zusammensetzt, für die jeweils entsprechend der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten Punkte vergeben werden (vgl. § 15 Abs. 2 SGB XI).

Die Module sind: 1) Mobilität (gewichtet mit 10 %), 2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie 3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (zusammen gewichtet mit 15 %), 4) Selbstversorgung (gewichtet mit 40 %), 5) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (gewichtet mit 20 %) sowie 6) die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (gewichtet mit 15 %).

Je nach der in dem Begutachtungsverfahren erreichten Punktzahl wird die betroffene Person in einen von fünf Pflegegraden (PG) eingeordnet, die von »geringe[n]« (PG 1) über »erhebliche« (PG 2), »schwere« (PG 3) und »schwerste« (PG 4) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bis hin zu »schwerste[n] Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung« (PG 5) reichen (vgl. § 15 Abs. 3 SGB XI).

Wird die festgelegte Mindestpunktzahl nicht erreicht, gilt die Person trotz bestehender, aber für zu gering befundener Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten nicht als pflegebedürftig und es besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. Abschnitt Hilfebedürftigkeit auf Seite 134). Bei Pflegegrad 1, d. h. einer laut Begutachtungsergebnis geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit, besteht nur ein eingeschränkter Leistungsanspruch (vgl. § 28a SGB XI). Genutzt werden können z. B. Beratungsleistungen, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, zusätzliche Betreuungsleistungen, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, Unterstützung bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen sowie der sogenannte »Entlastungsbetrag« von 125 Euro. Letzterer kann zur Kostenerstattung für Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, bestimmte ambulante Pflegeleistungen sowie für Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag verwendet werden (vgl. ebd.).

Die Pflegeversicherung ist als Teilleistungsversicherung konzipiert. Dies bedeutet, dass anders als im Bereich der Krankenversicherung (SGB V) die Leistungen nicht darauf angelegt sind, den notwendigen Bedarf vollumfänglich zu decken. Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung in der Regel in der eigenen Wohnung oder vollstationär in einer

Pflegeeinrichtung. Bei selbst organisierter Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch An- oder Zugehörige besteht ein Anspruch auf Pflegegeld. Alternativ oder anteilig können die Pflegeversicherungsleistungen auch in Form von Sachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht werden. Ergänzend bestehen Ansprüche auf Leistungen der teilstationären Versorgung, Verhinderungspflege und Pflegezeit sowie von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Erfolgt die Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, wird ein monatlicher Pauschalbetrag für Pflegeaufwendungen bewilligt; die Kosten für Unterbringung und Verpflegung (sogenannte »Hotelkosten«) müssen selbst finanziert werden.

Es gilt der Grundsatz, dass die häusliche Pflege Vorrang haben soll vor der stationären Pflege (und dort wiederum die teilstationäre und Kurzzeitpflege vor der vollstationären Dauerpflege), damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben können (§ 3 SGB XI). Ebenfalls vorrangig sind nach § 5 SGB XI Leistungen der Prävention, Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation, damit Pflegebedürftigkeit entweder gar nicht eintritt oder überwunden, gemildert oder eine Verschlechterung verhütet wird (vgl. Kapitel 4.7 auf Seite 107 und 4.8 auf Seite 112).

Eckdaten der Pflegestatistik

Ende 2019 gab es in Deutschland rund 4,1 Millionen Pflegebedürftige gemäß SGB XI (2011: 2,5 Millionen), davon wurden 3,3 Millionen (80 %) zu Hause und 820.000 (20 %) vollstationär in Heimen versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b, S. 9; vgl. Abb. 82 auf Seite 254). Von den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen wurden 2,12 Millionen (64 %) ausschließlich durch Angehörige versorgt, fast 1 Millionen (30 %) durch ambulante

⁴¹ Daten zur Pflegebedürftigkeit werden auch von der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) erhoben. Aufgrund methodischer Unterschiede in den Statistiken kann es zu Differenzen zwischen den Angaben kommen (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020c, S. 10). Die Angaben aus der SPV und PPV basieren auf Versichertendaten, die Angaben der amtlichen Pflegestatistik auf Meldungen der Pflegeeinrichtungen bzw. der Statistik der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger.

Pflegebedürftige nach Versorgungsform (2019)

Pflegegrad	Einheit	Pflegebedürftige						
		Insgesamt	Zu Hause versorgt	Davon:				Vollstationär in Heimen
				Allein durch Angehörige ¹	Zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste ²	Mit Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen ³	Mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege ⁴	
Pflegebedürftige insgesamt	Anzahl	4.127.605	3.309.288	2.116.451	982.604	208.330	1.903	818.317
Veränderungen zu 2017	%	20,9	27,5	19,9	18,4	–	55,1	0,0
Darunter: Anteil weiblicher Pflegebedürftiger	%	62,3	60,2	57,2	66,6	64,9	77,1	69,7
Pflegegrade								
Pflegegrad 1	Anzahl	298.117	291.596	–	81.363	208.330	1.903	6.521
Pflegegrad 2	Anzahl	1.796.006	1.634.064	1.182.632	451.432	–	–	161.942
Pflegegrad 3	Anzahl	1.215.758	933.993	644.501	289.492	–	–	281.765
Pflegegrad 4	Anzahl	573.145	332.465	216.579	115.886	–	–	240.680
Pflegegrad 5	Anzahl	241.643	117.170	72.739	44.431	–	–	124.473
Bisher ohne Zuordnung	Anzahl	2.936	0	–	–	–	–	2.936
Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt	%	100	80,2	51,3	23,8	5,0	0,0	19,8
Jeweiliger Anteil des Pflegegrades 5	%	5,9	3,5	3,4	4,5	–	–	15,2

¹ Entspricht den Empfängerinnen und Empfängern von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 Satz 1 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

² Ab 2019 einschließlich durch ambulante Betreuungsdienste versorgte Pflegebedürftige.

³ Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 mit ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. ohne Leistungen der ambulanten Pflege-/Betreuungsdienste oder Pflegeheime. Die Gruppe mit ausschließlich landesrechtlichen Leistungen umfasste dabei 17.817 Pflegebedürftige im Pflegegrad 1. Die Gruppe ohne Leistungen der ambulanten Dienste oder Pflegeheime betrug 190.513 im Pflegegrad 1.

⁴ Empfänger/-innen von Tages- bzw. Nachtpflege erhalten in der Regel auch Pflegegeld oder ambulante Pflege. Sie sind dadurch bereits bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt erfasst und werden hier nicht ausgewiesen. Ausgenommen sind Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 (diese erhalten kein Pflegegeld und werden daher in der Summierung der Pflegebedürftigen insgesamt berücksichtigt).

>> Tab. 42: Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Art der Versorgung zum Jahresende 2019 (absolut und in %); Quelle: Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b, S. 19; Datenbasis: Pflegestatistik; Darstellung verändert.

Pflegedienste mit oder ohne Beteiligung von Angehörigen, 6 % mit Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen (vgl. Tab. 42 auf Seite 132). Einige wenige Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 nahmen ausschließlich teilstationäre Angebote in Anspruch.

Damit wurde knapp über die Hälfte aller Pflegebedürftigen (51,3 %) nur von Angehörigen betreut (ebd.). Nicht ganz zwei Drittel (62 %) aller Pflegebedürftigen waren 2019 weiblich; im Jahr 2011 waren es noch 66 % gewesen. Der Frauenanteil unter den ambulant Gepflegten lag mit 60 % unter dem Durchschnitt und in der stationären Pflege mit gut zwei Dritteln (69 %) deutlich darüber, war jedoch geringer als im Jahr 2011, wo noch 74 % der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen Frauen gewesen waren (ebd. und Statistisches Bundesamt 2013c).

Pflegebedürftige in Pflegeheimen waren im Durchschnitt älter als die häuslichen Versorgten: Ab 80-Jährige stellten Ende 2019 einen Anteil von 71,5 % der vollstationär Versorgten; in der häuslichen Pflege machte ihr Anteil 51,0 % aus (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b, S. 21–22; eigene Berechnungen). Rund jede vierte im Pflegeheim versorgte Person war 80 Jahre alt oder älter (ebd.). Der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen belief sich altersgruppenübergreifend in der vollstationären Pflege auf 44,6 % (Pflegegrad 4: 29,4 %; Pflegegrad 5: 15,2 %) und in der häuslichen Pflege auf 13,6 % (Pflegegrad 4: 10,2 %; Pflegegrad 5: 3,4 %). Im zeitlichen Vergleich zeigt sich hier die starke Veränderung in der Zusammensetzung von

Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern: Im Jahr 2011 hatten nur 20 % der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen Pflegestufe 3 und galten damit als schwerstpflegebedürftig; in der häuslichen Pflege waren es 9 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2013c, S. 8 f.).

Zur Zahl und zum Anteil pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund liegen weder altersgruppenübergreifend noch für die Gruppe der ab 80-Jährigen belastbare Daten vor (vgl. Tezcan-Güntekin & Razum 2017, S. 73). Unter der Annahme identischer Pflegewahrscheinlichkeiten in der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund (vgl. Kohls 2012, S. 74) wären im Jahr 2019 nach eigener Schätzung auf Basis der Pflegestatistik 2019 sowie der Angaben zum Bevölkerungsstand laut Mikrozensus 2019 rund 170.000 Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 80 Jahren und mehr pflegebedürftig gewesen, darunter knapp 60.000 Männer und gut 107.000 Frauen.⁴² Angesichts der Anhaltspunkte für biografisch größere gesundheitliche Belastungen eines Teils der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund und unter der Annahme einer rückläufigen Entwicklung des familiären Pflegepotenzials ist davon auszugehen, dass die Pflegeprävalenz bei betagten Migrantinnen und Migranten möglicherweise auch höher liegt als in der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Hinzu kommen wahrscheinliche Zugangsbarrieren zum Hilfe- und Unterstützungssystem (vgl. Tezcan-Güntekin & Razum 2017, S. 76).

Von 1999 bis 2019 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen (aller Altersgruppen) mit Leistungsan-

⁴² Zu beachten ist dabei, dass die Pflegestatistik Ergebnisse vom 31.12.2019 auf Grundlage des Zensus 2011 berichtet und von einer ab 80-jährigen Gesamtbevölkerung von knapp 5,7 Millionen Personen ausgeht (vgl. Statistisches Bundesamt 2020b, S. 22; eigene Berechnungen), während laut der Daten des Mikrozensus 2019, die zur Schätzung der Zahl ab 80-jähriger Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund herangezogen wurde, von einer Bevölkerung von rund 4,8 Millionen im Alter ab 80 Jahren auszugehen war (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020a). Die tatsächlichen Zahlen hochaltriger Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund könnte also durchaus noch höher liegen.

spruch gegenüber der sozialen Pflegeversicherung bei einer stetigen Zunahme von 2,1 Millionen auf 4,1 Millionen fast verdoppelt (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b, S. 45–46). Der zwischen 1999 und 2007 zu beobachtende moderate Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (vgl. Rothgang, Müller & Preuß 2020, S. 58–59) lässt sich demografisch erklären, während Rothgang u. a. den beträchtlichen Zuwachs zwischen 2007 und 2015 unter Verweis auf Schneekloth u. a. (2017) »zu großen Teilen auf Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung und daraus resultierenden Veränderungen des Antragstellungsverfahrens« (Rothgang, Müller & Preuß 2020, S. 58) und entsprechende »Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen« ist (ebd., S. 89).

Bliebe die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, relativ konstant (Status-Quo-Szenario) und legte man die erste mittelfristige Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nach dem Jahr der COVID-19-Pandemie 2020 für einen moderaten Wanderungssaldo zugrunde, dann würde die Zahl der ab 80-jährigen Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2035 um ca. 200.000 Personen auf rund 2,5 Millionen ansteigen (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021b, S. 8; dies. 2020b, S. 21–22; eigene Berechnungen).

Hilfebedürftigkeit

Die Pflegestatistik erfasst nur Personen mit einer sozialrechtlich anerkannten Pflegebedürftigkeit. Viele ältere Menschen sind jedoch im Alltag bereits auf Hilfe angewiesen, bevor oder ohne dass sie

jemals pflegebedürftig werden. Diese werden in Studien zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland nicht erfasst, so dass über ihre Situation wenig bekannt ist.

Geiss u. a. befragten zwar 2018 im Rahmen einer Studie von Kantar Deutschland zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhielten (im Folgenden »Pflegebedürftige«) als auch Personen, die einen Unterstützungsbedarf angaben, ohne Pflegeversicherungsleistungen zu beziehen (Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 85). Die Fragestellung⁴³ zielte jedoch weniger auf Menschen mit einem vorpflegerischen Hilfe- und Unterstützungsbedarf als vielmehr auf pflegebedürftige Personen ohne Leistungsbezug. 8 % der Befragten bejahten die Frage und verneinten einen Leistungsbezug. Im Vergleich zeigte sich, dass Pflegebedürftige ohne Leistungsbezug häufiger jünger, männlich und alleinlebend waren als diejenigen Pflegebedürftigen, die Pflegeversicherungsleistungen bezogen (vgl. Tab. 75 auf Seite 227).

Die Anzahl der hilfebedürftigen Personen in der deutschen Bevölkerung in Privathaushalten ohne Pflegebedarf wurde zum letzten Mal für das Jahr 2002 in der durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beauftragten Studie »Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)« repräsentativ ermittelt (Schneekloth & Wahl 2005). Als hilfebedürftig galten in dieser Studie Menschen, die bei alltäglichen Verrichtungen eingeschränkt waren und einen überwiegend hauswirtschaftlichen Unterstützungsbedarf hatten, ohne dass jedoch ein Pflegebedarf im Sinne des

SGB XI vorlag (ebd., S. 11). Zu den knapp 1,4 Millionen Pflegebedürftigen kamen 2002 noch einmal rund 3 Millionen hilfebedürftige Menschen hinzu.

Im Jahr 2002 waren die 75- bis 84-Jährigen zu 18 % hilfebedürftig und zu 9 % pflegebedürftig, während von den 85-Jährigen und Älteren bereits 35 % hilfebedürftig und 29 % pflegebedürftig waren (Schneekloth 2005, S. 61 f.). Aufgrund des seitdem veränderten Leistungsspektrums der Pflegeversicherung lässt sich dieses Verhältnis nicht mehr auf die heutige Situation übertragen. Dennoch besteht ein Anspruch gegenüber der Pflegeversicherung weiterhin erst, wenn ein bestimmtes Mindestmaß an Pflegebedürftigkeit erreicht ist. Die Bewilligungsquote von Anträgen auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung bewegte sich in den Jahren 2017 bis 2020 zwischen 78 % und 82 % (vgl. BMG 2021, S. 1c). Im Jahr 2019 wurden rund 190.000 Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit abgelehnt (ebd.).

Personen, die einen Hilfe- und/oder Unterstützungsbedarf unterhalb der Schwelle der Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, sind darauf angewiesen, sich die benötigte Unterstützung durch Dritte – entweder über soziale Netzwerke oder selbst finanzierte Hilfen – zu beschaffen bzw. diese zu erhalten. Verfügen sie über geringe Ressourcen im Bereich sozialer Beziehungen und/oder finanzieller Mittel, sind sie von Einschränkungen ihrer Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten bedroht. Dies gilt insbesondere, wenn das unmittelbare Wohnumfeld und die umliegende Infrastruktur zur alltäglichen und medizinischen Versorgung nicht hinreichend zugänglich und barrierefrei ausgestaltet sind (vgl. Falk u. a. 2011).

Beispielsweise können Treppen im Haus dazu führen, dass Personen mit einer vergleichsweise geringen Mobilitätsbeeinträchtigung oder Gangunsi-

cherheit die eigene Wohnung nicht mehr eigenständig verlassen können. Dies mindert ihre Chancen einer selbstständigen Lebensführung, beispielsweise im Hinblick auf Besorgungen, Arztbesuche oder Spaziergänge. Die resultierenden Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Teilhabe können sich wiederum als ein zusätzliches Risiko für die Gesundheit erweisen und die Entstehung weitergehenden Hilfebedarfs befördern.

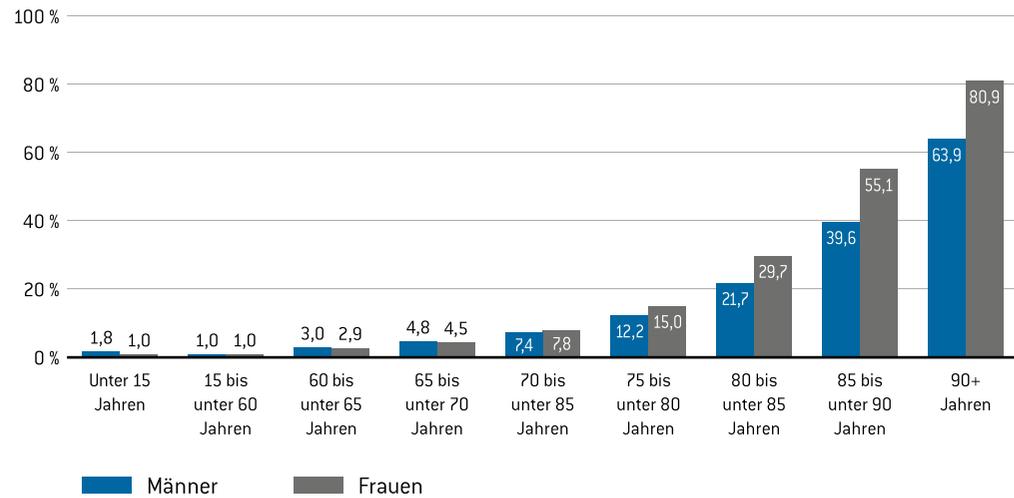
Verteilung nach Alter und Geschlecht

Der Anteil der Pflegebedürftigen wächst mit zunehmendem Alter stark an: Nach der Pflegestatistik 2019 waren bei den 80- bis unter 85-Jährigen 21,7 % der Männer und 29,7 % der Frauen, bei den 85- bis unter 90-Jährigen 39,6 % der Männer und 55,1 % der Frauen und bei den ab 90-Jährigen 63,9 % der Männer und 80,9 % der Frauen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (vgl. Abb. 45 auf Seite 136 und Tab. 73 auf Seite 225).

Die höheren Pflegequoten von Frauen ab dem 80. Lebensjahr gehen neben gesundheitlichen Unterschieden (hochaltrige Frauen leiden häufiger an chronischen Krankheiten und haben ein höheres demenzielles Erkrankungsrisiko als gleichaltrige Männer, vgl. Kapitel 4.2 auf Seite 71 und 4.3 auf Seite 88) möglicherweise auch auf ein abweichendes Antragsverhalten zurück: Hochaltrige Frauen leben häufiger alleine als hochaltrige Männer, so dass sie bei eintretender Pflegebedürftigkeit in der Regel einen sofortigen Unterstützungsbedarf haben. Hingegen ist bei pflegebedürftigen Männern die Wahrscheinlichkeit höher, zunächst innerhalb der Partnerschaft gepflegt zu werden, so dass ein Antrag auf Leistungen im Vergleich später gestellt wird (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b, S. 11).

43 Gefragt wurde: »Lebt in Ihrem Haushalt eine Person, die aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung dauerhaft pflegebedürftig ist? Bitte denken Sie auch an Personen, die nur tageweise zum Beispiel nur am Wochenende zu Hause sind und sonst in einer Einrichtung leben.« (Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 85)

Pflegequoten nach Altersgruppe und Geschlecht (2019)

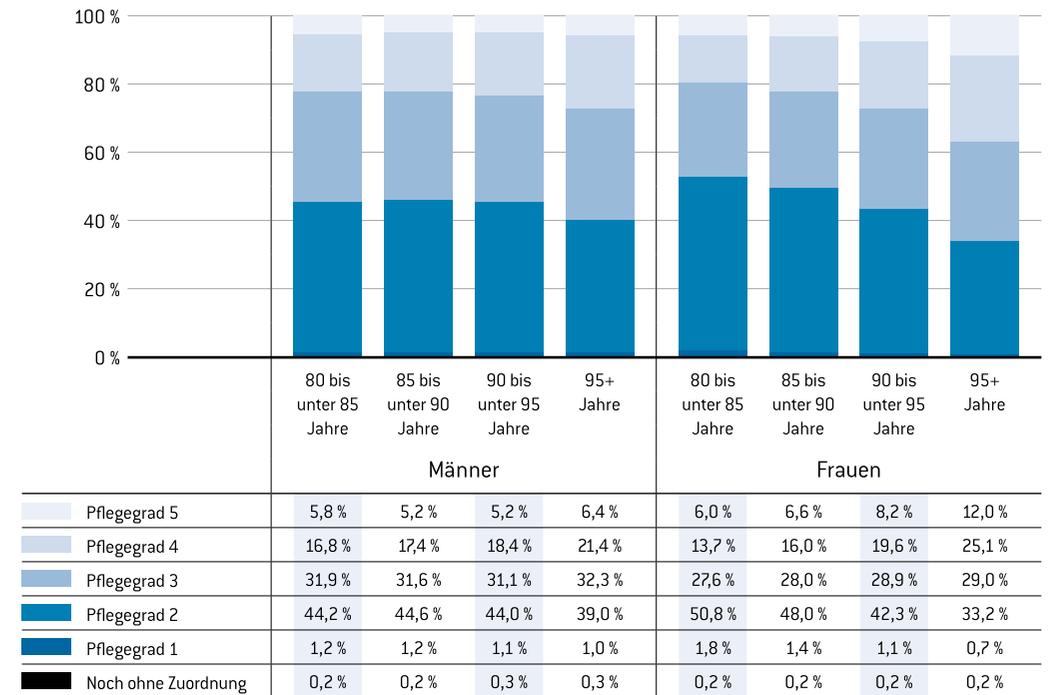


» Abb. 45: Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2019 (in %); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b, S. 22; Datenbasis: Pflegestatistik 2019; eigene Darstellung.

Fast drei Viertel aller Pflegebedürftigen (73,0 %) haben Pflegegrad 2 oder 3 (vgl. Tab. 42 auf Seite 132; eigene Berechnungen). d. h., im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wurden »erhebliche« (Pflegegrad 2) oder »schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten« festgestellt (vgl. §15 Abs. SGB XI). Aus Anlage 1 zu § 15 SGB XI geht hervor, welches Ausmaß an Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und den Fähigkeiten in den unterschiedlichen Bereichen bzw. »Modulen« notwendig ist, um einen Pflegegrad von 2 oder mehr und entsprechende Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten. Beeinträchtigungen der Fähigkeiten, die auf kognitive Beeinträchtigungen zurückzuführen sind, kommen bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nun stärker zum Tragen als dies im früheren System der Pflegestufen der Fall war.

Männer waren im Jahr 2017 über die Altersgruppen hinweg am häufigsten Pflegegrad 2 zugeordnet; auch bei den ab 95-Jährigen betrug dieser Anteil noch 39,0 % (vgl. Abb. 46 auf Seite 137). Bei den 80- bis unter 85-jährigen Frauen war sogar etwas über die Hälfte Pflegegrad 2 zugeordnet; in den höheren Altersgruppen ging dieser Anteil allmählich zurück, während bei den Anteilen der schwerstpflegebedürftigen Frauen ein mit dem Alter einhergehender deutlicher Anstieg zu beobachten war (ebd.). Die relativen Anteile der Männer und Frauen mit Pflegegrad 3, d. h., bei denen im Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes »schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten« dokumentiert wurden, bewegten sich in den Altersgruppen ab 80 Jahren bei knapp über 30 % bei den Männern und knapp 30 % bei den Frauen (ebd.). Der Anteil

Pflegegrade nach Altersgruppe und Geschlecht (2019)



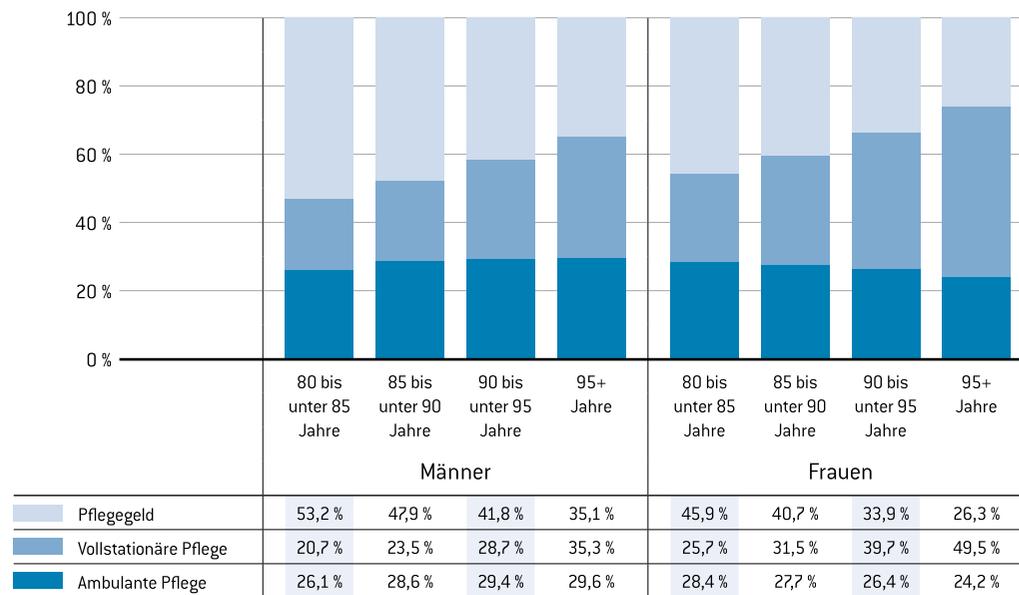
» Abb. 46: Verteilung der Pflegegrade pflegebedürftiger Männer und Frauen nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2017 (in %); Quelle: GBE 2021f; Datenbasis: Pflegestatistik 2017; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Berechnung und Darstellung.

der als schwerstpflegebedürftig anerkannten Personen stieg bei beiden Geschlechtern in den höheren Altersgruppen deutlich an, wobei die Quote der Schwerstpflegebedürftigen bei den Männern in der Gruppe der 80- bis 85-Jährigen höher war als die der Frauen. In den höheren Altersgruppen waren Frauen häufiger schwerstpflegebedürftig als Männer; besonders ausgeprägt war dies bei den ab 95-jährigen Frauen mit 37,1 % in Pflegegrad 4 oder 5 gegenüber 27,7 % der ab 95-jährigen Männer (vgl. ebd.). Hierfür dürfte vor allem die im sehr hohen Alter höhere Prävalenz demenzieller Erkrankungen

bei Frauen verantwortlich sein (vgl. Kapitel 4.3 auf Seite 88).

Im Altersverlauf ab 75 Jahren sanken die Anteile der pflegebedürftigen Männer und Frauen, die ausschließlich Pflegegeld bezogen; umgekehrt steigen die Anteile der männlichen und weiblichen Pflegeheimbewohner stetig an. Allerdings wiesen pflegebedürftige Frauen ein konstant höheres Niveau an vollstationärer Versorgung auf als Männer: Ihr Anteil wuchs von einem Drittel (33 %) bei den 80- bis 84-jährigen auf über die Hälfte (55 %) bei den 95-jährigen und älteren pflegebedürftigen

Pflegebedürftige nach Leistungsart, Alter und Geschlecht (2017)



» Abb. 47: Versorgungsformen pflegebedürftiger Männer und Frauen nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017 (in %); Quelle: GBE 2021f; Datenbasis: Pflegestatistik 2017; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Berechnung und Darstellung.

Frauen, während pflegebedürftige Männer bei den 80- bis 84-Jährigen zu knapp einem Viertel (23 %) und bei den 95-Jährigen und Älteren zu mehr als einem Drittel (39 %) vollstationär versorgt wurden (GBE 2021 f.; vgl. Abbildung 34 auf Seite 108). Da hochaltrige Frauen häufiger verwitwet sind und alleine leben als hochaltrige Männer, können sie auch seltener durch einen Partner gepflegt werden (BARMER GEK 2013, S. 72). Häusliche Pflegearrangements mit ambulanter Versorgung stoßen bei ihnen schneller an ihre Grenzen, und machen damit eine stationäre Versorgung wahrscheinlicher.

Morbidität und Pflegebedürftigkeit

Chronische Erkrankungen und ihre Folgen schränken die Fähigkeit, selbstständig für sich zu sorgen, stark ein und führen häufig zur Pflegebedürftigkeit. Borchert (2008) und Borchert und Rothgang (2008) zeigten anhand von Versichertendaten der Gmünder Ersatzkasse, dass das Risiko für Pflegebedürftigkeit deutlich vom Lebensalter und vom Vorhandensein von mehrfachen und chronischen Erkrankungen abhängt (Lampert und Hoebel 2019, S. 242–243). Van den Bussche u. a. (2013) und Heinen u. a. (2015) untersuchten anhand von Daten älterer, pflegebedürftiger Versicherter der Gmünder Ersatzkasse aus dem Jahr 2006, welche

chronischen Krankheiten das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit erhöhten und welche Unterschiede nach Versorgungsart und Pflegestufe es dabei gab. Am bedeutsamsten waren in allen Alters- und Geschlechtsgruppen (und damit auch bei hochaltrigen Männern und Frauen) Demenz, Harninkontinenz, Zustand nach Schlaganfall und Herzinsuffizienz – diese Erkrankungen traten bei mindestens einem Fünftel der Pflegebedürftigen und damit weitaus häufiger als bei Nichtpflegebedürftigen auf. Auch Parkinson ging mit einem deutlich erhöhten Risiko einher, pflegebedürftig zu werden (van den Bussche u. a. 2013, S. 3 und S. 5). Demenz, Harninkontinenz und Herzinsuffizienz waren in der stationären Versorgung häufiger anzutreffen als in der ambulanten Pflege; jedoch nur das Vorliegen einer Demenzerkrankung erhöhte das Risiko, stationär versorgt zu werden. Die Forschergruppe schlussfolgerte aus diesen Daten, dass mit Ausnahme von Demenz die Erkrankungen, die ein hohes Pflegerisiko aufweisen, so versorgt und behandelt werden konnten, dass eine stationäre Versorgung verhindert oder hinausgeschoben wurde (Heinen u. a. 2015, S. 3).

Soziale Ungleichheit und Pflegebedürftigkeit

Nach einer Studie des DIW auf Basis von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) beeinflussen »Gesellschaft, Einkommen und Arbeitswelt« das Risiko für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Demnach werden ärmere Personen »häufiger und früher pflegebedürftig« als Besserverdienende (Geyer u. a. 2021, S. 728). Dies gilt auch für Arbeiterinnen und Arbeiter im Vergleich zu Personen in Beamten-tätigkeit sowie für Personen mit hohen beruflichen Belastungen im Vergleich zu solchen mit niedrigen Belastungen (ebd.). Um präventiv auf eine Verrin-

gerung des Pflegerisikos hinzuwirken, empfehlen die Autoren Belastungen in der Erwerbsphase zu reduzieren (vgl. ebd.).

Das unmittelbare soziale Umfeld ist zudem von Bedeutung für die Wahrscheinlichkeit, Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. So wird die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit durch das Vorhandensein naher Angehöriger gesenkt – allerdings nur bei Männern und nicht in der niedrigsten Einkommensgruppe (vgl. Lampert und Hoebel 2019, S. 243). In der von Lampert und Hoebel (ebd.) angeführten Untersuchung erhöhte sich im Falle einer Partnerschaft in der niedrigsten Einkommensgruppe das Pflegerisiko sogar, was die Autoren »auf Kostenerwägungen und die finanzielle Anreizstruktur selbst erbrachter Pflegeleistungen« zurückführten (vgl. ebd.).

>> 05.2 Pflegebedürftige in Privathaushalten

Obwohl die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen sowohl faktisch (Anteil 80 %) als auch normativ (»ambulant vor stationär«) dominiert, hat der Gesetzgeber aus Datenschutzgründen auf eine amtliche Erfassung des privaten Pflegegeschehens verzichtet. Ungeachtet der gesetzlichen Ermächtigung dazu (§ 109 SGB XI Abs. 2) berichtet die zweijährliche Pflegestatistik daher nicht über die soziale Situation der Pflegebedürftigen und der ehrenamtlich Pflegenden (vgl. Backes, Amrhein und Wolfinger 2008, S. 13 f.). Die letzte amtliche Sondererhebung zu den Lebenslagen der häuslich und stationär versorgten Pflegebedürftigen erfolgte 2003 im Rahmen des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt 2004); hier wurden Daten zur pflege-

rischen Versorgung, zur Haushalts- und Familiensituation, zum Lebensunterhalt sowie zu Hilfen im täglichen Leben erhoben (jedoch nicht zum Migrationshintergrund). Aktuellere Erkenntnisse sind nur aus sozialwissenschaftlichen Repräsentativerhebungen und den Versichertendaten einzelner Krankenkassen zu gewinnen. Beide Datenquellen sind in ihrer Aussagekraft begrenzt: Während freiwillige Repräsentativbefragungen anfällig für Teilnehmerverweigerungen sind und oft zu geringe Fallzahlen aufweisen, die keine tiefergehenden Aufgliederungen gestatten, sind Versichertendaten nur für die jeweilige Krankenkasse repräsentativ, nicht aber für die Gesamtbevölkerung. Die wichtigsten nicht-amtlichen Datenquellen zur Pflege in Deutschland sind die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums unregelmäßig durchgeführten TNS-Infra-test-Studien zur Pflege in Privathaushalten (vgl. Schneekloth u. a. 2017; BMG 2011; Schneekloth und Wahl 2005) und stationären Einrichtungen (vgl. BMG 2011; Schneekloth und Törne 2008), das jährliche Sozio-oekonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) und die jährlichen Pflegereports der BARMER.

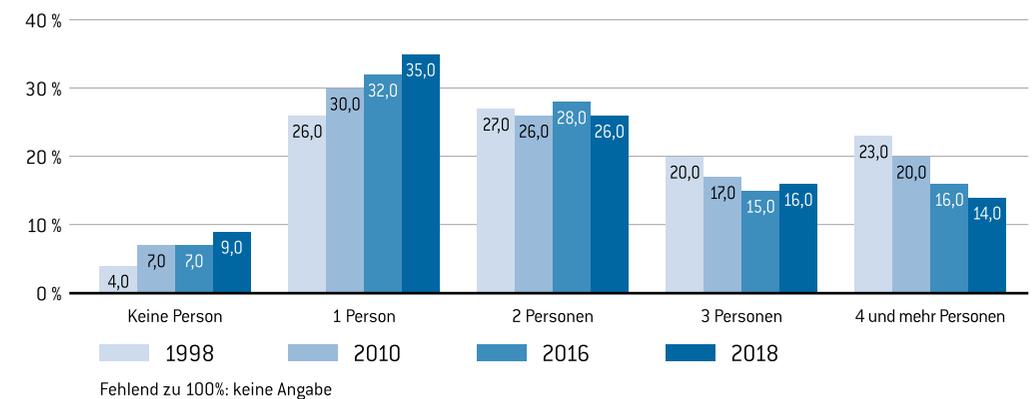
Soziodemografische Merkmale

Im Jahr 2019 waren zwei Drittel aller nach dem SGB XI pflegebedürftigen Personen, die zu Hause gepflegt wurden, Frauen (vgl. GBE 2021f; eigene Berechnungen). In den höheren Altersgruppen nahm dieser Anteil allmählich zu: von 67,7 % (80- bis unter 85-Jährige) über 71,1 % (85- bis unter 90-Jährige) und 76,5 % (90- bis unter 95-Jährige) auf 81,0 %

(ab 95-Jährige) (ebd.). Hier spiegelt sich vor allem der im Alter steigende Anteil von Frauen an der Gesamtbevölkerung wider. Fast zwei Drittel (62,2 %) aller häuslich versorgten Pflegebedürftigen waren 80 Jahre und älter; der Hochaltrigenanteil bei den Frauen betrug 67,0 %, derjenige der Männer 52,5 % (ebd.).

Vergleichsweise aktuelle Daten zur Familien- und Haushaltssituation der Pflegebedürftigen in Privathaushalten bietet eine durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragte Repräsentativbefragung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten oder deren Angehörigen durch Kantar Public Division Deutschland aus dem Jahr 2018 (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter u. a. 2019). Im Rahmen der Repräsentativerhebung wurden 1.830 telefonische Interviews mit Privathaushalten realisiert. Die gewonnene, nach Bundesland, Siedlungsstrukturtyp und Haushaltsgröße der rahmenden Screening-Befragung gewichtete Stichprobe wurde wiederum nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad sowie nach Art der monatlich in Anspruch genommenen Leistung entsprechend der jeweiligen Verteilung der Statistiken der sozialen und privaten Pflegeversicherung mit Stand Ende 2017 gewichtet (ebd., S. 8).⁴⁴ Diesen Daten zufolge war mehr als die Hälfte der hochaltrigen Pflegebedürftigen ab 80 Jahren (57 %) verwitwet, 5 % ledig; 33 % lebten alleine (vgl. ebd., S. 33; vgl. Tab. 74 auf Seite 226). Damit verfügten Hochaltrige über ein geringeres häusliches Unterstützungspotenzial als die unter 60-jährigen Pflegebedürftigen, während der Unterschied zu den 60- bis unter 80-Jährigen gering ausfiel (ebd.). Die höheren Anteile Hochaltriger in Haushalten mit 3 und mehr Personen könnten darauf hindeuten, dass

Anzahl der Pflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements (2019)



» Abb. 48: Zahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Privatpersonen im Jahr 2019 [in %]; Quelle: Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 95; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019, Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten; Darstellung verändert.

ein Teil der Hochaltrigen entweder mit Angehörigen oder aber in gemeinschaftlichen Wohnformen wie z. B. Wohngemeinschaften lebt.

Der Bericht von Geiss u. a. (2019) enthält keine Aufschlüsselung der Daten nach Geschlecht. Ergebnisse des Mikrozensus 2003 zum Anteil verwitweter Personen mit Pflegebedarf nach Geschlecht (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2004, S. 10; Tab. 76 auf Seite 228 und Tab. 77 auf Seite 231) sowie Analysen von Mikrozensusdaten des Jahres 2017 zu Haushaltsformen von Menschen mit Beeinträchtigung im dritten Teilhabebericht (vgl. BMAS 2021, S. 77–79) legen jedoch nahe, dass sowohl pflegebedürftige Frauen als auch solche mit Beeinträchtigungen häufiger verwitwet sind bzw. alleine leben als Männer. Es ist daher davon auszugehen, dass pflegebedürftige Frauen in besonderem Maße auf vernetzte und komplementäre Hilfen angewiesen sind, um eine selbstbestimmte Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit aufrechterhalten zu können.

Pflegearrangements in der häuslichen Versorgung

In der durch das BMG beauftragten Studie von Kantar Public (Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019), daher im Folgenden auch »Kantar-Studie« genannt, wurde mit Blick auf die Gesamtheit der Pflegebedürftigen, d. h. ohne Unterteilung nach Altersgruppen, untersucht, welche Personen an der häuslichen Pflege mitwirken. Die weitaus meisten Pflegebedürftigen, die zu Hause lebten, wurden 2018 durch mindestens eine private Pflegeperson versorgt; in mehr als der Hälfte der Pflegearrangements (56 %) waren sogar zwei oder mehr Personen an der häuslichen Pflege beteiligt (vgl. ebd., S. 95). Gänzlich ohne Unterstützung privater Pflegepersonen organisierten 9 % der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen ihre Pflege (ebd., S. 94; vgl. Abb. 48 auf Seite 141). Allerdings erlauben diese Daten keine Aussage über die mit dem jeweiligen Pflegearrangement erreichte Ver-

⁴⁴ Pflegebedürftigkeit wurde in dieser Studie über die Frage bestimmt, ob im Haushalt »eine aufgrund einer Krankheit oder Behinderung dauerhaft pflegebedürftige Person« lebt. Leistungen aus der Pflegeversicherung erhielten 1.574 der 1.830 befragten Personen; in den übrigen Fällen wurde der Antrag entweder abgelehnt, war noch in Bearbeitung oder wurde noch gar nicht gestellt (Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 8–9).

Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson (1998 bis 2018)

	1998	2010	2016	2018
Verwandtschaftsverhältnis				
(Ehe-)Partnerin	20 %	19 %	18 %	19 %
(Ehe-)Partner	12 %	15 %	14 %	15 %
Tochter	23 %	26 %	26 %	23 %
Sohn	5 %	10 %	11 %	9 %
Schwiegertochter	10 %	8 %	5 %	6 %
Schwiegersohn	0 %	1 %	1 %	1 %
Mutter	11 %	10 %	12 %	13 %
Vater	2 %	1 %	2 %	2 %
Sonstige Verwandte	10 %	4 %	4 %	5 %
Nachbar/-innen/Bekannte	7 %	6 %	7 %	7 %
Wohnort				
Gleicher Haushalt	73 %	66 %	61 %	65 %
Getrennter Haushalt	27 %	34 %	39 %	35 %

Tab. 43: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person in den Jahren 1998, 2010, 2016 und 2018 (in %); Quelle: Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 97; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019, Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten; Darstellung verändert.

sorgungsqualität und Zufriedenheit der Betroffenen mit der jeweiligen Situation.

Aus der Pflegestatistik 2019 ist ersichtlich, dass in allen Alters- und Geschlechtsgruppen die ausschließliche Versorgung durch Angehörige oder Bekannte (d. h. nur Pflegegeld) die Versorgung durch einen Pflegedienst (d. h. ambulante Pflege inklusive Kombileistungen) überwog (vgl. Abb. 82 auf Seite 254). Damit ist die häusliche Pflege in Deutschland weiterhin vor allem eine Familienpflege, die durch professionelle Pflegedienste unterstützt wird. Sie entspricht damit dem familienorientierten Leitbild der Pflegeversicherung, die »mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen« soll (§ 3 SGB XI).

In diesem Sinne übernahmen 2018 vor allem enge Familienangehörige die Hauptverantwortung in der häuslichen Pflege, die (Ehe-)Partnerinnen bzw. (Ehe-)Partner zu 34 % und eigene Kinder zu 32 %. Der von 5 % im Jahr 1998 auf 10 % im Jahr 2010 gestiegene Anteil pflegender Söhne stagnierte seitdem und lag 2018 bei 9 % (vgl. Tab. 43 auf Seite 142). Die Versorgung durch Schwiegertöchter hatte sich seit 1998 von 10 % auf 5 % im Jahr 2016 halbiert und stagnierte ebenfalls; Schwiegersöhne waren und sind der Erhebung zufolge in marginalem Umfang hauptverantwortliche Pflegeperson für Schwiegereltern (ebd.).

Ergebnisse der GEDA-Studie 2012 des RKI deuten darauf hin, dass sowohl in der Bereitschaft, Angehörige zu pflegen, als auch in der tatsächlich

geleisteten Pflegearbeit sozioökonomische Unterschiede bestehen (vgl. Lampert & Hoebel 2019, S. 243–244). So hatten Pflegenden häufiger niedrige Bildungsabschlüsse als Personen, die nicht pflegen. Pflegenden Angehörige mit niedrigem formalen Bildungsstatus nahmen, so das Ergebnis einer anderen von Lampert und Hoebel herangezogenen Studie, wiederum seltener beratende Unterstützungsleistungen in Anspruch (vgl. ebd.).

2017 wurden auch Pflegebedürftige ab 80 Jahren noch mehrheitlich zu Hause von Familienangehörigen versorgt, Männer dabei häufiger als Frauen (vgl. Abb. 47 auf Seite 138). Allerdings ist fraglich, ob das Familienpflegemodell, das die pflegerische Versorgung von alten und hochaltrigen Menschen primär als private Aufgabe von Familien ansieht, in der bestehenden Form zukunftsfähig ist. Die Hauptbelastungen der Pflege treffen überwiegend Frauen im höheren Erwachsenenalter und führen häufig dazu, dass diese ihre berufliche Tätigkeit reduzieren oder aufgeben müssen (vgl. Kapitel 5.4 auf Seite 151). Auch wenn die Einführung gesetzlicher Regelungen zu einer Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit seit 2008 bis hin zu dem seit 2015 geltenden Vereinbarkeitsgesetz diese Belastungen mindern sollten (vgl. Schneekloth u. a. 2017, S. 27–29), blieb der gesetzliche Vorrang der familiären (und damit faktisch vor allem der weiblichen) Pflegeverantwortung weiter unangestastet (vgl. zusammenfassend bereits Backes, Amrhein und Wolfinger 2008, S. 55 f.). Dies steht jedoch im Widerspruch zur abnehmenden Fähigkeit von Familien, dieser Verantwortung gerecht werden zu können. Gründe hierfür sind vor allem die abnehmenden Geburtenzahlen (die zu einem geringeren Kinderpflegepotenzial führen), die höhere Zahl an Geschiedenen und Alleinlebenden (womit Partnerinnen und Partner der Pflegebedürftigen bzw. der Kinder als mögliche Pflegepersonen ausfallen), die steigende Erwerbsbeteiligung von

Frauen (bei anhaltenden Vereinbarkeitshürden durch betriebliche Rahmenbedingungen) sowie die hohe berufliche Mobilität der Kindergeneration, die dazu geführt hat, dass Kinder seltener als früher in der Nähe der Eltern leben (vgl. BARMER GEK 2013, S. 101). Verstärkt wird die Abnahme des Familienpflegepotenzials durch den langfristigen Schwund traditionell orientierter Sozialmilieus, die eine hohe Pflegebereitschaft aufweisen (vgl. Blinkert & Klie 2008; Kapitel 5.4 auf Seite 151).

Auf die beschriebenen Entwicklungen wurde politisch mit Bestrebungen reagiert, nachbarschaftliche Hilfe- und Unterstützungsleistungen verstärkt in häusliche Pflegearrangements zu integrieren, so z. B. durch sogenannte »Angebote zur Unterstützung im Alltag« (AUA). Neue Leistungen im Bereich der Vereinbarkeitspolitik, wie das Anfang 2015 in Kraft getretene Familienpflegezeitgesetz, zielten auf die zeitliche Ermöglichung familiärer Pflege. Diese war jedoch den Ergebnissen einer Erhebung im Jahr 2018 zufolge nur wenig bekannt und wurde kaum in Anspruch genommen (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 115). Auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer bis zu zehntägigen Freistellung für die Organisation eines bedarfsgerechten Pflegearrangements im Akutfall nutzten im Jahr 2018 nur 4 % der Hauptpflegepersonen oder anderen nahen Angehörigen. Von denjenigen, die die Möglichkeit nicht genutzt hatten, gaben 49 % an, diese nicht gekannt zu haben (vgl. ebd., S. 111). Die sechsmonatige Pflegezeit wurde nur in 1,3 % der Haushalte, in denen eine erwerbstätige Person die Pflege übernahm, beansprucht; in 47 % dieser Haushalte war die Möglichkeit nicht bekannt (vgl. ebd., S. 113).

Bis Ende 2009 ging der Anteil der Leistungsempfängerinnen und -empfänger, die ausschließlich Pflegegeld zur Finanzierung von Angehörigenpflege in Anspruch nahmen, auf 45,6 % zurück. Bis Mitte der 2010er Jahre hatte sich der Anteil stabilisiert

und bis Ende des Jahres 2019 auf 51,3 % erhöht (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b, S. 45–46; eigene Berechnungen). Seit Einführung der Pflegeversicherung sind dementsprechend die Anteile derjenigen Pflegebedürftigen gewachsen, die Leistungen für die Versorgung durch ambulante Dienste oder in stationären Einrichtungen beziehen. Während zu Beginn vor allem die Anteile für die stationäre Versorgung zunahm, stiegen seit 2007 nur noch die Anteile für Kombinationsleistungen und stabilisierten sich von 2009 an zwischen 23 % und 24 % aller Pflegebedürftigen (vgl. BARMER GEK 2013, S. 71 f.; Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b, S. 45–46; eigene Berechnungen). Der Trend zur stationären Unterbringung war 2020 damit unterbrochen, stattdessen nahmen häusliche Pflegearrangements mit Unterstützung durch ambulante Dienste zu (vgl. ebd.). Zu beachten ist, dass die tatsächlichen Pflegearrangements nicht unbedingt mit den Versorgungspräferenzen der Pflegebedürftigen gleichzusetzen sind. So ist unklar, wie es um deren Zufriedenheit mit der eigenen pflegerischen Versorgung sowie mit den erlebten Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten bestellt war bzw. ist.

Die Entwicklungen der Leistungserbringung in der Pflege korrespondieren mit der Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur: Die Kapazitäten in der ambulanten Pflege wuchsen schneller als in der stationären Pflege. Im Vergleich zu 2005 kam es in der ambulanten Pflege bis 2019 annähernd zu einer Verdoppelung der Beschäftigtenzahlen (von 214.307 auf 421.550 Personen), wohingegen die Zahl der in Pflegeheimen Beschäftigten von 546.397 um 45,8 % auf 796.489 wuchs (ebd.). Die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze legte im gleichen Zeitraum nur um gut ein Fünftel (20,7 %) zu. Die Zahl der Pflegeheime wuchs um 47,5 % und jene der ambulanten Dienste um 33,8 % (ebd.).

Migrationshintergrund und häusliche Pflege

Die TNS-Infratest-Studie von 2017 nahm – im Gegensatz zur Folgestudie von Kantar (2019) – auch die Situation von in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in den Blick. »Zu den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund« wurden in der Studie diejenigen Personen gerechnet, »die eine ausländische Staatsangehörigkeit« besaßen, »selber nicht in Deutschland geboren« waren »oder die mindestens ein Elternteil« hatten, das »nicht in Deutschland geboren ist« (Schneekloth u. a. 2017, S. 161). Der Anteil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund lag bei 10 %. Nur 18 % davon waren Ausländer ohne deutsche Staatsangehörigkeit, was deutlich unter den entsprechenden Anteilen laut Mikrozensus lag (ebd.). Dies wie auch der hohe Anteil derer, die Deutsch als Muttersprache angaben (ebd., S. 163), deutet auf eine hohe Selektivität der erreichten Stichprobe hin, so dass die Repräsentativität der Ergebnisse für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in Frage gestellt werden muss.

Das erreichte Sample Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund wies eine deutlich jüngere Altersstruktur auf als Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund. Der Anteil der Hochaltrigen an allen Pflegebedürftigen war bei ihnen mit 42 % niedriger (ohne Migrationshintergrund: 49 %), und sie lebten mit 23 % auch seltener alleine (ohne Migrationshintergrund: 35 %) (vgl. Tab. 44 auf Seite 145). Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund waren durchschnittlich 66 Jahre alt, Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund 71,9 Jahre (vgl. Schneekloth u. a. 2017, S. 162). Gründe für diese Unterschiede sind in der unterschiedlichen Alters- und Sozialstruktur beider Bevölkerungsgruppen zu vermuten, d. h. einem jüngeren Altersdurchschnitt

Pflegebedürftige in Privathaushalten mit und ohne Migrationshintergrund (2016)

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Alter		
Unter 60 Jahre	31 %	19 %
60 bis unter 80 Jahre	27 %	32 %
80+	42 %	49 %
Lebensform		
Alleinlebend	23 %	35 %
Ehepaare	22 %	29 %
Ehepaare mit Angehörigen	10 %	6 %
Verwitwete mit Angehörigen	20 %	16 %
Sonstige Alleinstehende mit Angehörigen	17 %	10 %
Kinder unter 16 Jahren/Elternhaushalt	7 %	4 %
Pflegestufe		
Stufe 0	11 %	6 %
Stufe I	40 %	61 %
Stufe II	33 %	26 %
Stufe III	16 %	7 %

» Tab. 44: Situation Pflegebedürftiger in Privathaushalten mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 (in %); Quelle: Schneekloth u. a. 2017, S. 162; Datenbasis: Studie zur Wirkung des Rp und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016; Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten; Darstellung verändert.

der Bevölkerung mit Migrationshintergrund wie auch einem früheren Eintritt von Pflegebedürftigkeit aufgrund der historisch bedingt höheren Anteile an Personen mit geringem Einkommen, geringem formalem Bildungsgrad und höheren gesundheitlichen Belastungen im Beruf (vgl. Kapitel 2.2 auf Seite 16).

Die Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund bei den im Rahmen der häuslichen Versorgung in Anspruch genommenen Regelleistungen (Pflegegeld, Sach- und Kombinationsleistungen) waren gering (vgl.

Schneekloth u. a. 2017, S. 164–165). Unterschiede bestanden hingegen in der Inanspruchnahme von häuslicher Verhinderungspflege, Hilfsmitteln sowie Zuschüssen für baulich-technische Maßnahmen: Während die ersten beiden von den durch die Studie erreichten Personen mit Migrationshintergrund häufiger genutzt wurden, wurden Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen häufiger von Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund in Anspruch genommen (ebd.).

» 05.3 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen

Soziodemographische Merkmale

Mit steigendem Alter erhöht sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär in Pflegeheimen versorgt werden (vgl. Abb. 47 auf Seite 138). Innerhalb der Pflegeeinrichtungen war die Verteilung der Pflegegrade der versorgten Pflegebedürftigen Ende 2019 über die Altersgruppen hinweg bis zu den unter 95-Jährigen relativ gleich (vgl. Abb. 49 auf Seite 147): Rund 20 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen im Alter zwischen 80 und 95 Jahren waren Ende 2019 dem Pflegegrad 2 zugeordnet, knapp 40 % hatten Pflegegrad 3, knapp 30 % Pflegegrad 4 und knapp über 10 % Pflegegrad 5. Lediglich in der Altersgruppe der ab 95-Jährigen war der Anteil der Personen mit Pflegegrad 3 mit 30 % geringer, während die Anteile der Pflegegrade 4 und 5 größer ausfielen (vgl. ebd.).

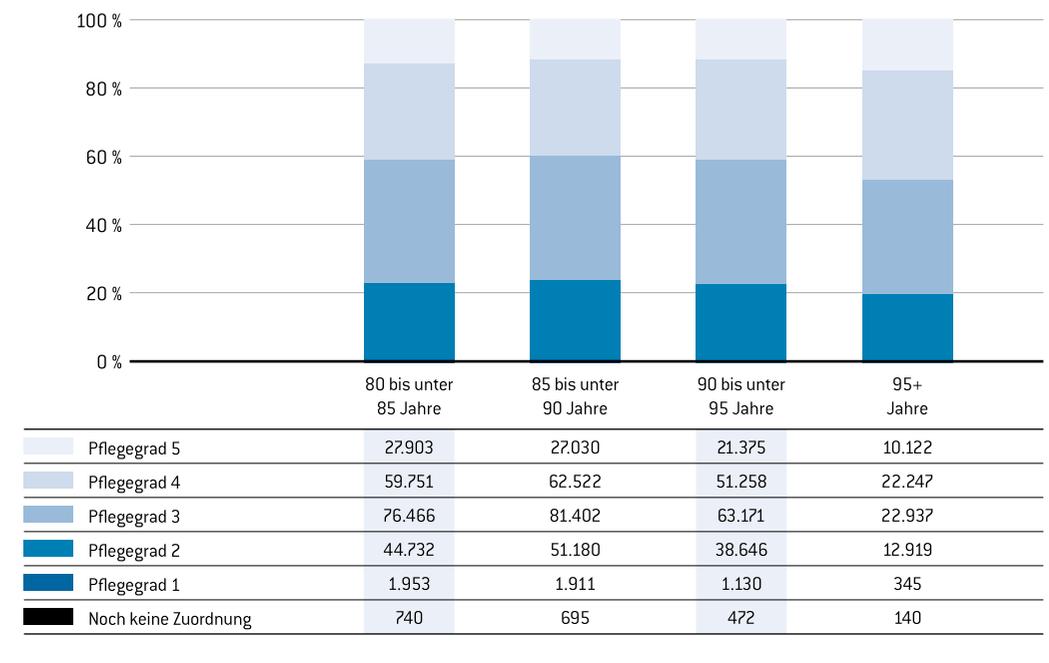
Die oben erwähnte Studie von Kantar aus dem Jahr 2019 beinhaltet auch eine Erhebung unter stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, deren Ergebnisse anhand der amtlichen Pflegestatistik sowie der Pflegestatistik der Kassen hochgerechnet wurden (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter u. a. 2019, S. 10–12).⁴⁵ Demnach wurden im Jahr 2018 mehr als doppelt so viele Frauen (69 %) in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt wie Männer (31 %) (vgl. Tab. 45 auf Seite 148). Fast zwei

Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner waren 80 Jahre und älter, das Durchschnittsalter der Frauen lag bei 83,2 Jahren, der Männer bei 74,6 Jahren (Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 219). Letzteres geht darauf zurück, dass Männer die Gruppe der jüngeren Pflegebedürftigen bis 60 Jahre dominierten, während in den höheren Altersgruppen die Frauen den höchsten Anteil stellten (ebd.).

Den Ergebnissen der Kantar-Studie zufolge waren 59 % der Pflegebedürftigen in Heimen verwitwet und weitere 19 % ledig (vgl. Tab. 45 auf Seite 148). Auf eine Aufschlüsselung der Daten nach Geschlecht wird im Studienbericht leider verzichtet. Alte Daten aus dem Jahr 2003, denen zufolge knapp drei Viertel der Frauen in Pflegeheimen verwitwet waren, jedoch nur etwas mehr als ein Drittel der Männer (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2004, S. 13 und Tab. 78 auf Seite 232), lassen vermuten, dass auch weiterhin mehr Frauen in Pflegeeinrichtungen verwitwet sind als Männer.

Im BARMER GEK Report 2013 wurde untersucht, wie sich die Altersstruktur und durchschnittliche Lebenszeit von Bewohnerinnen und Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Zeitverlauf verändern. Anhand von Daten älterer Versicherter der Gmünder Ersatzkasse sowie der Pflegestatistiken seit dem Jahr 1999 zeigte sich, dass sich das Heimeintrittsalter zwischen den Perioden 2000–2002 und 2009–2011 nur geringfügig erhöht hatte, bei Männern um 0,3 Jahre auf 78,9 Jahre und bei Frauen um 0,1 Jahre auf 82,5 Jahre. Das Durchschnittsalter in den Heimen war – auch bedingt durch eine steigende Lebenserwartung –

Pflegebedürftige in Pflegeheimen (2019)



» Abb. 49: Pflegebedürftige in Pflegeheimen nach Pflegegrad und Altersgruppe Ende 2019 (absolut und in %); Quelle: GBE 2021g; Datenbasis: Pflegestatistik 2019; eigene Darstellung.

im selben Zeitraum bei Frauen von 84,3 auf 84,9 Jahre und bei Männern von 78,7 auf 79,4 Jahre gestiegen. Der Heimeintritt begann damals immer häufiger mit der Pflegestufe I, d. h. mit einer relativ besseren Gesundheit im Vergleich zu den Pflegestufen II und III, und auch die Aufenthaltsdauer in Heimen war nicht kürzer geworden, sondern bei Männern sogar länger. Aus diesen Ergebnissen schlossen die Autoren, dass Pflegeheime nicht zu »Institutionen des Sterbens« geworden seien (BARMER GEK 2013, S. 11 f.).

Während von 2011 bis 2017 die »in Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit« der aktuell pflegebedürftigen BARMER-Versicherten insgesamt

anstieg (vgl. Rothgang, Müller & Preuß 2020, S. 68), hat sich die Verweildauer in Pflegeheimen seit dem Jahr 2011 kaum verändert (vgl. ebd., S. 71). Von denjenigen, die in den Jahren 2011 bis 2017 in ein Pflegeheim zogen, lebte nach einem Jahr mehr als die Hälfte (zwischen 54 % und 58 %) noch dort; nach zwei Jahren waren es noch 40 % bis 44 %; nach vier Jahren verminderte sich der Anteil auf rund 23 % bis 25 %, wobei die Verweildauer umso länger war, je niedriger die Pflegebedürftigkeit zu Beginn war (vgl. ebd.).

Während der COVID-19-Pandemie war in vollstationären Einrichtungen zeitweise eine Übersterblichkeit zu verzeichnen, d. h. eine über dem Durch-

⁴⁵ Die Informationen zu 2.404 zufällig ausgewählten Pflegebedürftigen in einer platzproportional nach Ost- und Westdeutschland geschichteten Stichprobe vollstationärer Pflegeeinrichtungen wurden aus Interviews mit Hauptpflegekräften gewonnen. Ergänzend wurden 604 Interviews mit Einrichtungsleitungen geführt. Die bewohnerbezogenen Daten wurden nach Bundesland, Siedlungsstrukturtyp, Größenklasse und Träger gewichtet und – anhand der Statistik der Pflegekassen – nach Pflegegrad, Altersklasse und Geschlecht auf die Population der vollstationär betreuten Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen hochgerechnet (vgl. für Details Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 11).

Strukturmerkmale Pflegebedürftiger in Pflegeheimen (2010 bis 2018)

		2010	2016	2018
Geschlecht	Männer	23 %	29 %	31 %
	Frauen	76 %	71 %	69 %
Altersgruppen	Unter 40 Jahre	1 %	1 %	1 %
	40 bis unter 60 Jahre	4 %	8 %	9 %
	60 bis unter 70 Jahre	7 %	7 %	8 %
	70 bis unter 80 Jahre	19 %	18 %	17 %
	80 bis unter 90 Jahre	45 %	40 %	40 %
	90+	23 %	25 %	24 %
	Durchschnittsalter	82,2	80,9	80,5
Familienstand	Verheiratet	12 %	17 %	12 %
	Verwitwet	66 %	58 %	59 %
	Geschieden	7 %	8 %	9 %
	Ledig	14 %	16 %	19 %
	In eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	0 %	0 %	0 %
Kinder	Ja	70 %	68 %	69 %
	Nein	30 %	30 %	31 %
	1 Kind	30 %	30 %	27 %
	2 Kinder	26 %	27 %	27 %
	3 Kinder	10 %	8 %	13 %
	4 Kinder und mehr	5 %	4 %	4 %
	Durchschnitt	1,4 %	1,3 %	1,3 %

Fehlend zu 100 = keine Angabe.

>> Tab. 45: Geschlecht und Alter der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2010, 2016 und 2018 (in %); Quelle: Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 220; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019; Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen; Darstellung verändert.

schnitt früherer Jahre liegende Sterblichkeit (vgl. Kapitel 4.11 auf Seite 124). Viele Pflegebedürftige, Angehörige und Mitarbeitende erlebten diese Zeit als mit schwerwiegenden körperlichen und seelischen Belastungen einhergehend (vgl. beispielhaft NDR 2020).

Wohn- und Unterstützungssituation in stationären Einrichtungen

In der Kantar-Erhebung wurde die Wohnsituation von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern untersucht. Als Indikator wurde der Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern herangezogen, die in Ein-Bett-Zimmern und Einzelappartements lebten. Dies traf im Jahr 2018 auf 57 % der Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu (58 % in West- und 53 % in Ostdeutschland; vgl. Tab. 46 auf Seite 149) (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 287).

Auch in stationären Pflegeeinrichtungen sind Familienangehörige, nahestehende Bezugspersonen, ehrenamtlich Tätige sowie auch Mitbewohnerinnen

und -bewohner in Unterstützungs- und Betreuungsleistungen für pflegebedürftige Personen eingebunden, wie die 2019 veröffentlichte Kantar-Erhebung zeigte (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter u. a. 2019, S. 255–258). Am häufigsten eingebunden waren im Jahr 2018 Familienangehörige, von denen 31 % der Bewohnerinnen und Bewohner entweder regelmäßig am Tag (4 %) oder ab und an in der Woche (27 %) Hilfe in Form von körperbezogener Pflegemaßnahmen und/oder hauswirtschaftlicher Hilfen erhielten (vgl. Abb. 50 auf Seite 150).

Im Bereich der sozialen Betreuung wurden mit 46 % bei fast der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner Hilfen durch Familienangehörige erbracht (bei 8 % »regelmäßig am Tag« und bei 38 % »ab und an in der Woche«) (vgl. Abb. 51 auf Seite 151). Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der Einrichtung sowie Ehrenamtliche waren hier mit rund 25 % (13 % »regelmäßig am Tag«, 12 % »ab und an in der Woche«) bzw. 22 % (3 % »regelmäßig am Tag«, 19 % »ab und an in der Woche«) eingebunden (ebd.).

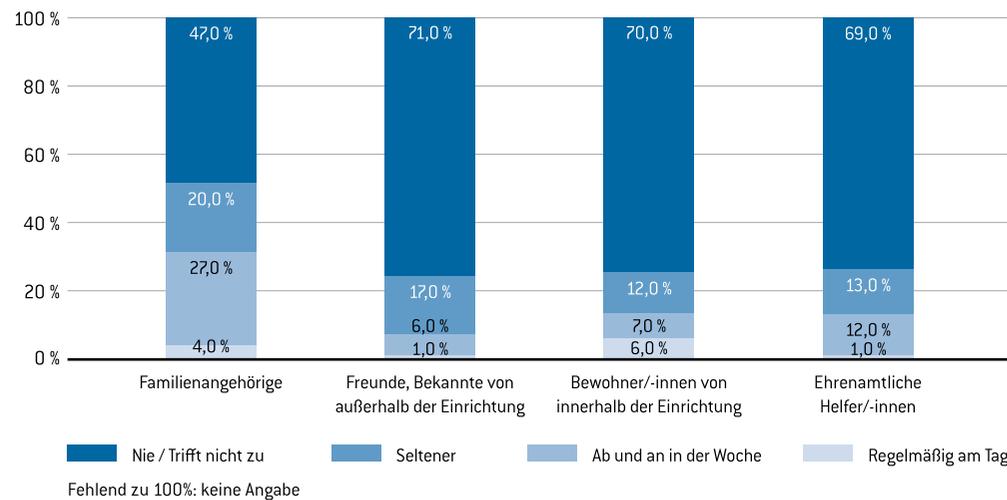
Ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner erhielt nach Auskunft der im Jahr 2018 interview-

Bewohnerinnen und Bewohner mit Ein-Bett-Zimmern (2018)

	Gesamt	West	Ost
Ein-Bett-Zimmer / Appartement mit Dusche/Bad und WC	57 %	58 %	53 %
Einfaches Ein-Bett-Zimmer	9 %	9 %	11 %
Zwei-Bett-Zimmer mit Dusche/Bad und WC	21 %	21 %	19 %
Einfaches Zwei-Bett-Zimmer	10 %	8 %	15 %
Drei- und mehr Bett-Zimmer in speziellen Wohnkonzepten für Demenzerkrankte	0 %	0 %	0 %
Sonstige Drei- und mehr Bett-Zimmer	2 %	2 %	2 %
Appartement	2 %	3 %	1 %

>> Tab. 46: Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen nach Art der belegten Zimmer im Jahr 2018 (in %); Quelle: Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 287; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019; Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen; Darstellung verändert.

Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegemaßnahmen durch weitere Personen (2018)



» Abb. 50: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die körperbezogene Pflegemaßnahmen und hauswirtschaftliche Hilfen durch weitere Personen erhalten, nach Art der weiteren Person und Häufigkeit (in %); Quelle: Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 257; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019; Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen; Darstellung verändert.

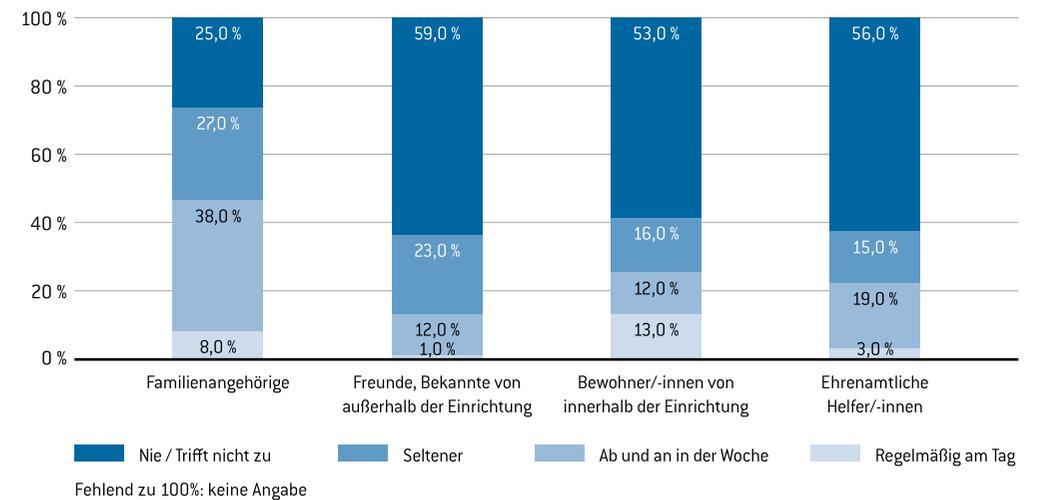
ten Pflegekräfte niemals Besuch von Familienangehörigen oder hatte keine. Bei zwischen 53 % und 59 % waren hier auch keine anderen Personen verfügbar (vgl. Abb. 51 auf Seite 151). Rechnet man zu diesen noch den Anteil derjenigen hinzu, die seltener als »ab und an in der Woche« soziale Betreuungsleistungen erhielten, so wird deutlich, dass ein beträchtlicher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen regelmäßige soziale Kontakte nur innerhalb der Einrichtung pflegt (ebd.).

Migrationshintergrund und stationäre Pflege

Der bewohnerbezogenen Erhebung in der oben angeführten Kantar-Studie zufolge hatten im Jahr 2018 mindestens⁴⁶ 8 % aller Pflegebedürftigen in Heimen (Pflegegrad 1 bis 5) einen Migrationshintergrund, d. h., sie hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit, waren selbst nicht in Deutschland geboren oder hatten mindestens ein nicht in Deutschland geborenes Elternteil. Bei den Pflegekräften traf dies auf 19 % zu (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 238–239). Die Anteile in

46 Die Studienautorinnen und -autoren gingen nach eigener Darstellung davon aus, dass der Migrationshintergrund betreuter Pflegebedürftiger für die im Hinblick auf dieses Kriterium befragten Einrichtungsleitungen »nicht immer ersichtlich« (Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 238) gewesen »und der Anteil von ihnen deshalb eher unterschätzt« (ebd.) worden sei.

Bewohnerinnen und Bewohner mit sozialer Betreuung durch weitere Personen (2018)



» Abb. 51: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die soziale Betreuung durch weitere Personen erhalten, nach Art der weiteren Person und Häufigkeit (in %); Quelle: Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 258; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019; Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen; Darstellung verändert.

Ostdeutschland (Pflegebedürftige: 4 %; Pflegekräfte: 2 %) lagen dabei deutlich unter den jeweiligen Anteilen in Westdeutschland, insbesondere bei den Pflegekräften (Pflegebedürftige: 9 %; Pflegekräfte: 24 %) (vgl. ebd.). Laut der Vorgängerstudie von TNS-Infratest aus dem Jahr 2017 hatte nur knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund (48 %) eine professionelle Bezugsperson mit demselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund in der Einrichtung. Unter Einbeziehung zusätzlicher Betreuungskräfte lag dieser Anteil bei 64 %; bei fast einem Fünftel der Bewohnerinnen und Bewohner konnte keine Pflegekraft desselben kulturellen oder religiösen Hintergrundes eingesetzt werden (Schneekloth u. a. 2017, S. 263). Insbesondere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen,

haben nicht immer Kontakt zu einer Pflegekraft, die ihre Sprache spricht (vgl. BMG 2011, S. 162 f.).

» 05.4 Pflegenden Angehörige

Nach der Kantar-Studie lag im Jahr 2018 die Hauptverantwortung für die private häusliche Pflege mehrheitlich bei Frauen: Ihr Anteil an allen Hauptpflegepersonen belief sich auf mehr als zwei Drittel (69 %). Dabei stieg jedoch im Vergleich zu den vorangegangenen zwanzig Jahren seit 1998 der Anteil an hauptverantwortlich pflegenden Männern von 20 % (1998) über 28 % (2010) auf 31 % (2016 und 2018) an (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019,

S. 99; vgl. Tab. 47 auf Seite 152). Es wird vermutet, dass dieser – wenngleich moderat gebliebene Anstieg – u. a. auf die stärkere Einbindung von ambulanten Pflegediensten zurückzuführen sei, die es Berufstätigen erleichtert habe, die Rolle als private Hauptpflegeperson zu übernehmen (vgl. BMG 2011, S. 27). Im zeitlichen Vergleich hat sich der Anteil der hochaltrigen Hauptpflegepersonen von 5 % im Jahr 1998 auf 9 % im Jahr 2010 nahezu verdoppelt und ist seitdem stabil geblieben (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 99). Das bedeutet, dass Personen ab 80 Jahren nicht nur Empfänger von pflegerischen Unterstützungsleistungen sind, sondern diese zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auch selbst geben – meist als (Ehe-)Partnerin oder Partner. Der größte Teil der Hauptpflegepersonen befindet sich jedoch im »dritten« Alter – 55 % aller Hauptpflegepersonen war zwischen 55 und 79 Jahre alt (ebd.; vgl. zu deren Situation ausführlich

Amrhein u. a. 2018, S. 68–79; Falk u. a. 2019, S. 134–139).

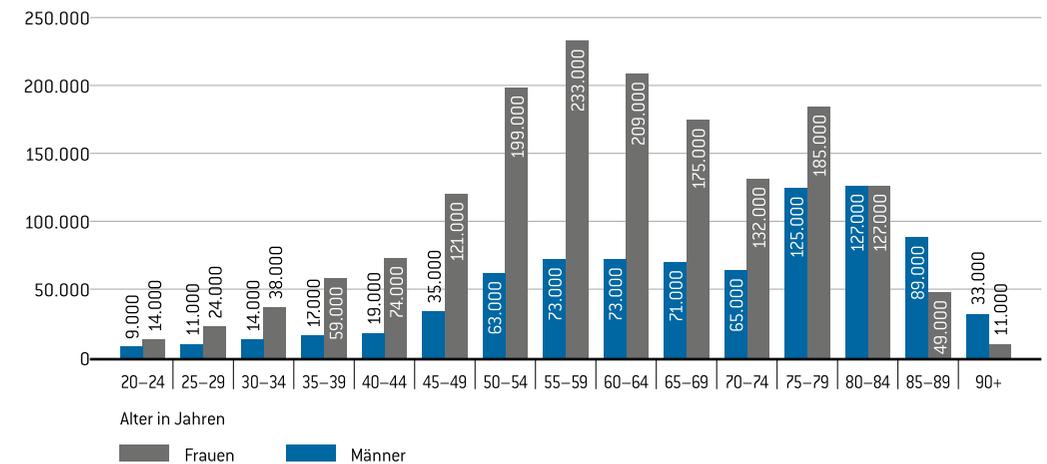
Rothgang und Müller (2018, S. 114) rechneten im Pflegereport der BARMER 2018 anhand von Kassendaten, einer Versichertenbefragung und der amtlichen Pflegestatistik für das Jahr 2017 die Zahl der als Hauptpflegeperson fungierenden Männer und Frauen nach Altersgruppen hoch (vgl. Abb. 52 auf Seite 153). Nach diesen Daten waren rund 436.000 (17,7 %) aller Hauptpflegepersonen 80 Jahre und älter. Davon waren 127.000 Männer und Frauen im Alter von 80 bis 84 Jahren. In den höheren Altersgruppen überwog die Zahl pflegender Männer die der pflegender Frauen mit 89.000 gegenüber 49.000 (85- bis 89-Jährige) und 33.000 gegenüber 11.000 (ab 90-Jährige) deutlich (vgl. ebd.). Dies ist vermutlich mit dem höheren Anteil hochaltriger Frauen, die verwitwet sind, zu erklären, und sollte bei Maßnahmen, die sich an

Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und nach Altersgruppen (1998 bis 2018)

	1998	2010	2016	2018
Geschlecht				
Männlich	20 %	28 %	31 %	31 %
Weiblich	80 %	72 %	68 %	69 %
Alter				
Unter 20 Jahre	0 %	–	0 %	0 %
20 bis 39 Jahre	15 %	8 %	6 %	6 %
40 bis 54 Jahre	28 %	33 %	26 %	26 %
55 bis 64 Jahre	25 %	26 %	30 %	27 %
65 bis 79 Jahre	27 %	24 %	28 %	28 %
80+	5 %	9 %	10 %	11 %
Durchschnittsalter	56,3	58,6	60,8	61,6

>> Tab. 47: Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Altersgruppen in den Jahren 1998, 2010, 2016 und 2018 (in %); Quelle: Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 258; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019; Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten; Darstellung verändert.

Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Altersgruppen (2017)



>> Abb. 52: Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2017 (absolut in Tausend); Quelle: Rothgang und Müller 2018, S. 114; Datenbasis: BARMER-Daten 2017; Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017; Darstellung verändert.

pflegende Angehörige unterschiedlichen Alters und Geschlechts richten, berücksichtigt werden.

Die Pflege von Angehörigen kann als erfüllend und bereichernd erlebt werden, jedoch ist sie oft auch mit hohen Belastungen verbunden, die zu gesundheitlichen und sozialen Problemen führen können. In der hier betrachteten Altersgruppe der Pflegebedürftigen ab 80 Jahren sind es meistens Frauen zwischen 50 und 70 Jahren, die ihre Angehörigen (vor allem die eigenen Eltern) pflegen. Jedoch sind – in deutlich geringerem Umfang – auch hochaltrige Personen selbst – vor allem Männer – an der häuslichen Pflege (primär der eigenen Partnerin bzw. des eigenen Partners) beteiligt (siehe oben). Leider lassen die vorliegenden Daten kaum Unterscheidungen nach Alter und Geschlecht zu, so dass spezifische Aussagen zu Belastungssituationen in der häuslichen Pflege für pflegende hochaltrige Männer und Frauen nicht möglich sind. Für

eine altersgruppenübergreifende Darstellung der Belastungen pflegender Angehöriger sei daher auf die entsprechenden Ausführungen in Amrhein u. a. (2018, S. 68–79) und Falk u. a. (2019, S. 134–139) sowie Rothgang und Müller (2018) verwiesen.

>> 05.5 Gewalt in der Pflege

Pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte sind häufig hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die sie nicht immer adäquat bewältigen können und bei ihnen in einigen Fällen zu psychischer und/oder körperlicher Vernachlässigung bzw. Misshandlung der anvertrauten pflegebedürftigen Personen führen. Demenzkranke und schwer- bzw. schwerst-

pflegebedürftige Menschen sind in dieser Hinsicht besonders gefährdet, da sie sehr verletzlich und größtenteils wehrlos gegenüber psychischen und körperlichen Angriffen auf ihre persönliche Integrität sind. Gleichwohl können sie umgekehrt auch selbst gewalttätig gegen Angehörige und Pflegekräfte werden, insbesondere wenn unter schwierigen Versorgungsbedingungen grundlegende Bedürfnisse nicht erfüllt oder die Betroffenen in ihren Äußerungen nicht verstanden werden. Quantitative Daten zu Gewaltvorkommnissen in der Pflege liegen eher zu Übergriffen gegen pflegende Personen als gegen Pflegebedürftige vor. So berichtete in einer Fragebogenerhebung von Schablon u. a. (2018) unter 1.984 Mitarbeitenden von 81 Gesundheitseinrichtungen ein Fünftel, in den vorvergangenen zwölf Monaten keine Gewalt erfahren zu haben. Von denjenigen mit Gewalterfahrung berichteten 94,1 % verbale Aggression und 69,8 % körperliche Gewalt (vgl. Schablon u. a. 2018, S. 6). Die Erforschung von Gewaltvorkommnissen in der Pflege ist mit zahlreichen methodischen Schwierigkeiten verbunden; es ist daher nicht genau bekannt, wie häufig Gewalt in der Pflege auftritt (Eggert, Schnapp & Sulmann 2017, S. 2). In verschiedenen älteren Studien wurden insbesondere psychosoziale und pflegerische Vernachlässigungen sowie verbale Aggressionen gegenüber Pflegebedürftigen festgestellt (Görgen 2009; Amrhein 2002 und 2005).

Im Folgenden sollen Art und Ausmaß von sowie Risikofaktoren für Gewalthandlungen in der häuslich-ambulanten und der stationären Pflege betrachtet werden.⁴⁷ Die wichtigste Quelle hierfür sind mehrere Einzelstudien, die Görgen und andere zu Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben

alter und pflegebedürftiger Menschen durchgeführt haben (BMFSFJ 2009; Görgen u. a. 2009). Ergänzend werden Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie von Nachtmann (2016) zu häuslichen Pflegesettings sowie einer Befragung von Amrhein (2002 und 2005) zu Macht- und Konfliktsituationen und einer qualitativen Interviewstudie von Siegel u. a. (2018) in der stationären Altenpflege vorgestellt.

Gewalt in der häuslichen Pflege

In zwei schriftlich-postalischen Befragungen von pflegenden Angehörigen und ambulanten Pflegekräften ermittelten Görgen u. a. (2009) das Ausmaß an Gewalterfahrungen in der häuslichen Pflege. Die nicht-repräsentative Befragung von 254 pflegenden Angehörigen ergab, dass innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung fast die Hälfte psychische Gewalt und ein Fünftel physische Gewalt der pflegebedürftigen Person gegenüber ausgeübt haben. Die häufigsten Formen der psychischen Misshandlung waren »Anschreien« und »Schimpfen«, die häufigste Form der physischen Misshandlung war »grobes Anfassen«. Umgekehrt haben in den letzten zwölf Monaten ein Drittel der pflegenden Angehörigen psychische und ein Sechstel der Angehörigen physische Angriffe von der pflegebedürftigen Person erfahren (ebd., S. 31 f.). Pflegebedürftige waren besonders dann von Gewalt bedroht, wenn die pflegenden Angehörigen eine schlechte Beziehung zu ihnen hatten und häufig Alkohol zur Stressbewältigung konsumierten, außerdem wenn die Pflegebedürftigen schwerst-

pflegebedürftig waren und physisch oder körperlich aggressiv dem pflegenden Angehörigen gegenüber wurden (ebd., S. 33).

Im Jahr 2005 wurden 503 Pflegekräfte befragt, die im Stadtbereich Hannover für ambulante Pflegedienste tätig waren (ebd.). Über die Hälfte von ihnen hatte in den letzten zwölf Monaten psychische Übergriffe, zwei Drittel physische Übergriffe und ein Sechstel sexuelle Belästigungen durch Pflegebedürftige erfahren. Umgekehrt gaben vierzig Prozent der ambulanten Pflegekräfte an, in den letzten zwölf Monaten selbst ein problematisches Verhalten gezeigt zu haben. Darunter waren vor allem psychische Misshandlungen und verbale Aggressionen, pflegerische und psychosoziale Vernachlässigung, physische Misshandlungen und das Einsperren bzw. die Fixierung von Pflegebedürftigen (ebd., S. 30). Gewalt fördernd waren bei den ambulanten Pflegekräften aggressive Übergriffe der Pflegebedürftigen, eine hohe Zahl von zu versorgenden Demenzkranken, Alkoholkonsum zur Problembewältigung und eine schlechte Meinung über die Qualität des jeweils eigenen Pflegedienstes. Wirksame Interventionsstrategien sollten an diesen Risikofaktoren ansetzen (ebd., S. 32).

Zu Gewalterfahrungen in der häuslichen Pflege wurden im Rahmen der genannten Studie von Görgen u. a. (2009) zwischen 2005 und 2006 in drei deutschen Regionen qualitative Interviews und Gruppengespräche mit insgesamt 201 pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen, ambulanten Pflegekräften und weiteren Personen geführt. Es wurden möglichst alle an einer häuslich-ambulanten Pflegesituation beteiligten Personen befragt, so dass Informationen zu insgesamt 90 Pflegearrangements vorlagen, wobei in knapp der Hälfte kognitiv beeinträchtigte Personen (meist Demenzerkrankte) versorgt wurden (ebd., S. 22). Es wurden vier grundlegende Erscheinungsformen der Misshandlung und Vernachlässigung

älterer Pflegebedürftiger identifiziert, die sich hinsichtlich Intention und Reichweite des Gewalthandelns unterscheiden ließen. Häufig zielte das problematische Verhalten nicht auf die Schädigung des Pflegebedürftigen selbst, sondern war ein situationsgebundener (Typ 1) oder situationsübergreifender Ausdruck (Typ 2) von Überforderung, Unwissenheit und Hilflosigkeit der Pflegeperson. Hierunter fällt die Anwendung von Gewalt, um den Widerstand der pflegebedürftigen Person gegen beabsichtigte Pflegehandlungen zu brechen oder die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, um diese vor Selbst- oder Fremdverletzung zu schützen (ebd., S. 24 f.). Bei den beiden anderen Formen wird die Schädigung des Opfers intendiert bzw. bewusst in Kauf genommen (ebd., S. 25): Zum einen ist diese Absicht situationsgebunden, wenn in einer emotionalen Ausnahmesituation der Wunsch nach Verletzung, Demütigung oder gar Tötung der pflegebedürftigen Person entsteht (Typ 3); zum anderen kann sie situationsübergreifend sein, wenn z. B. als Folge eines langjährigen Beziehungskonflikts jede Gelegenheit zur psychischen und/oder physischen Schädigung des Opfers wahrgenommen wird (Typ 4). Der zentrale Risikofaktor für Misshandlung oder Vernachlässigung in der Familienpflege sind große Beziehungskonflikte zwischen der pflegenden und der pflegebedürftigen Person, die bereits vor Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bestanden, und eine dadurch problematische Motivation der Pflegeperson für die dauerhafte Übernahme der pflegerischen Verantwortung (ebd.). An diesem Punkt kann eine wirksame Intervention ansetzen, z. B., wenn im Rahmen einer umfassenden Pflegeberatung auch die Pflegemotivation geklärt wird und belastende familiäre Hintergründe angesprochen werden.

Nachtmann (2016) untersuchte Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen in häuslichen Pflegebeziehungen u. a. anhand von qualitativen Interviews zu zehn Pflegearrangements von erwachsenen Kin-

⁴⁷ Gewalterfahrungen älterer Menschen im sozialen Nahraum stellen auch über pflegerische Settings hinaus ein gesellschaftliches Problemfeld dar. Einen Überblick hierzu geben Neise und Zank (2019). Erkenntnisse zu Prävalenz, Risikofaktoren und Folgen von gewaltsamen Vorkommnissen gegen Hochbetagte in NRW sind aus der »Hochaltrigenstudie NRW80+« zu erwarten (vgl. ceres 2021). Diese lagen jedoch bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

dern, die ihre alten Eltern pflegen. Die untersuchten Pflegekonstellationen waren durch Ambivalenzen auf individueller und struktureller Ebene gekennzeichnet (z. B. widersprüchliche Gefühle, Werte und Normen), mit denen sich vier Umgangsweisen fanden (vgl. ebd., S. 179): {1} gleichberechtigte Partnerschaft, {2} beschützende Autorität, {3} einseitige Dominanz und {4} Kampf und Rebellion. Als das Risiko für gewaltsame Vorkommnisse potenziell steigernd wurde eine negative Bewertung der intergenerationellen Beziehung durch die Interviewten identifiziert (ebd., S. 181). Mit Blick auf die Praxis weist Nachtmann auf Vorschläge hin, bei der verpflichtenden Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 in häuslichen Pflegesettings mit Pflegegeldbezug Fragen zur Beziehungsqualität aufzunehmen und den für ein solches Vorgehen notwendigen Zeitaufwand realistisch zu vergüten und in die Verantwortung der Kommunen zu geben (ebd., S. 184–185).

Gewalt in stationären Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen sind durch die unterschiedlichen Lebenswelten der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte geprägt: Für die Pflegekräfte ist die Einrichtung der Ort ihrer beruflichen Tätigkeit, den sie nach getaner Arbeit wieder verlassen können. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind hingegen dauerhaft in der Einrichtung untergebracht und vollziehen dort ihre sämtlichen Alltagsaktivitäten. Wenn Pflegeheime Qualitätsmängel aufweisen (vgl. zur Verbreitung MDS 2020), kann dies die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, die aufgrund ihrer Fragilität kaum über Ausweich- und Kompensationsmöglichkeiten verfügen, beeinträchtigen. Besonders schwerwiegend sind gewalttätige Übergriffe durch Pflegekräfte, zu deren Verbreitung keine exakten Daten vorliegen (vgl. Eggert, Schnapp & Sulmann 2017, S. 2).

Siegel u. a. (2018) publizierten Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit je zehn Pflege- und Leitungskräften aus zehn Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege im Raum Düsseldorf zu Risikofaktoren für Gewalthandlungen. Aus Perspektive der Interviewten erhöhten Personal-mangel und Zeitdruck, dass in Pflegesituationen bestehende ungleiche Machtgefüge sowie lange Arbeitsperioden strukturell das Risiko für Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen. Auf Seiten der Pflegebedürftigen erhöhten, den Befragten zufolge, eine demenzielle Erkrankung, aggressive oder »störende« Verhaltensweisen sowie andere Erkrankungen das Risiko für Gewaltausübung. Mit Blick auf die Pflegekräfte wurden Überforderung, eine geringe Qualifikation, private Probleme, selbst erlittene Gewalt, eine mangelnde Identifikation mit dem Beruf, die soziale Herkunft und ein höheres Alter der Pflegeperson als risikoverstärkend vermutet (ebd., S. 330–331). Problematisiert wurde von den Befragten ein Vertuschen von Gewaltvorkommnissen, Unklarheit darüber, was Gewalt ist, ein Mangel an entsprechenden Schulungen sowie Unklarheit in den Zuständigkeiten (ebd., S. 332). Mit Blick auf die Praxis empfahlen die Autorinnen der Studie die Entwicklung eines gemeinsamen Gewaltbegriffs sowie von klaren und verbindlichen Standards für den Umgang mit problematischen Situationen. Förderlich sei zudem die Entwicklung einer »Kultur der Offenheit, des Vertrauens und der Transparenz im Umgang mit Gewalt« (ebd.), die Klärung der Zuständigkeit für die Planung und Durchführung präventiver Maßnahmen, Fortbildungen und die Auswahl geeigneten Personals für die mit hohen Anforderungen an die soziale Kompetenz einhergehende Pflegearbeit (ebd., S. 333).

» 05.6 Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen

Seger u. a. (2013) haben mit Versichertendaten der Deutschen BKK gezeigt, dass Rehabilitationsmaßnahmen für häuslich wie stationär versorgte Pflegebedürftige über alle Pflegestufen und Altersgruppen hinweg – und damit auch für Menschen ab 80 Jahren – einen positiven Einfluss auf das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit haben. Nach ihren Berechnungen wiesen Pflegebedürftige mit Rehabilitation im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne Rehabilitation eine höhere Lebenserwartung auf, auch bei einer andauernden Pflegebedürftigkeit (ebd., S. 758). Dagegen ließen sich in den Versichertendaten der BARMER GEK nur bedingt positive Einflüsse einer Rehabilitation nachweisen (BARMER GEK 2013, S. 15 f.); hierfür machten die Autoren u. a. methodische Grenzen der Forschung mit Routinedaten verantwortlich. Becker u. a. (2020b) berichten von Hinweisen, dass eine hohe Versorgungsdichte mit geriatrischer Rehabilitation mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit und Heimeinweisungen nach Hüftfrakturen einhergehe (vgl. Becker 2020a, S. 141).

Nach § 5 SGB XI sollen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation dafür sorgen, dass Pflegebedürftigkeit nicht eintritt bzw. überwunden oder eine Verschlechterung vermieden wird. Bereits seit 2008 ist vorgesehen, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei der Erst- oder Nachbegutachtung regelhaft prüft, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und dem Pflegebedürftigen zumutbar sind, und eine entsprechende Empfehlung abgibt. Diese gilt, die Einwilligung der versicherten Person vorausgesetzt, zugleich als Antrag. Die Rehabilitationsmaßnahmen sollen vorrangig ambulant

erfolgen; erst wenn dies nicht genügt, übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine stationäre Rehabilitation (vgl. SGB V § 40 Abs. 1 und 2). Neben diesen Rehabilitationsmaßnahmen trägt auch die Versorgung mit Heilmitteln nach § 32 SGB V dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Seit 2017 können Gutachterinnen und Gutachter die Themenfelder Rehabilitation und Heil- und Hilfsmittel in der Begutachtung »nicht (mehr)« übergehen (vgl. Geiss, Schneekloth & Pupeter 2019, S. 248).

In der Kantar-Erhebung 2018 wurde gefragt, ob und welche Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen der MDK Pflegebedürftigen in der häuslichen und stationären Pflege bei der Begutachtung empfohlen hatte und ob diese in Anspruch genommen wurden. Bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten hatte der MDK in fünf % der Fälle ambulante und in vier % der Fälle stationäre Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen; Unterschiede zwischen den Pflegestufen waren gering (vgl. Schneekloth u. a. 2017, S. 128–129). Empfehlungen für Heilmittel erhielten 27 % der häuslich versorgten Pflegebedürftigen, meist Krankengymnastik oder Bewegungstherapie (ebd.). Insgesamt stieg der Anteil der Pflegebedürftigen, die Heilmittelpfehlungen erhielten (ebd.). Die große Mehrheit der häuslich Pflegebedürftigen nahm die Heilmittelpfehlungen an, am seltensten traf dies mit 51 % für die Empfehlung eines Gedächtnis- oder Orientierungstrainings zu (ebd., S. 129). Empfehlungen über stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen wurden von 66 % (stationäre Rehabilitation) bzw. 58 % (ambulante Rehabilitation) derjenigen umgesetzt, die eine entsprechende Empfehlung erhalten hatten; weitere 3 % (stationäre Rehabilitation) bzw. 18 % (ambulante Rehabilitation) setzten die erhaltene Empfehlung teilweise um (vgl. ebd., S. 130). Ein gutes Viertel (stationäre Rehabilitation: 29 %; ambulante Rehabilitation: 25 %) setzte die Empfehlung

Empfohlene Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen (vollstationär) (2016)

	Insgesamt	Sufe I	Sufe II	Sufe III
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	44 %	38 %	47 %	51 %
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	3 %	3 %	3 %	2 %
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	18 %	20 %	21 %	10 %
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	6 %	4 %	7 %	11 %
Ergotherapie	12 %	9 %	12 %	18 %
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	6 %	4 %	8 %	4 %
Kontinenz- bzw. Toilettentraining	17 %	17 %	19 %	16 %
Gedächtnis- oder Orientierungstraining	19 %	19 %	20 %	17 %
Basale Stimulation, Validation oder ähnliche therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke	10 %	7 %	10 %	17 %
Ambulante Reha-Maßnahmen	2 %	2 %	0 %	3 %
Stationäre Reha	1 %	2 %	1 %	0 %

Nennungen unter 0,5 Prozent sind mit 0 ausgewiesen.

» Tab. 48: Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt in den letzten 12 Monaten empfohlene Maßnahmen nach Pflegestufe [in %];
Quelle: Schneekloth u. a. 2017, S. 271; Datenbasis: Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016; Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit gültigen Angaben; Darstellung verändert.

gar nicht um (ebd.). Die Quote derer, die die Empfehlungen nicht in Anspruch nahmen, hat sich seit 2010 erhöht (ebd.). Als Gründe für die (teilweise) Nichtinanspruchnahme wurde angegeben, »dass die pflegebedürftige Person dies nicht wollte und dass der Aufwand zu hoch gewesen wäre« (ebd., S. 131), dass das Wissen fehle, wie und wo die Maßnahme in Anspruch genommen werden könnte, oder dass »der finanzielle Eigenbetrag zu hoch« gewesen sei (ebd.).

Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen hatten in den 12 Monaten vor der Befragung so gut wie nie eine Rehabilitationsempfehlung vom MDK bzw. einem Arzt oder einer Ärztin, zu 2 % für eine ambulante und 1 % für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Schneekloth u. a. 2017, S. 271)

erhalten. Mindestens eine Heilmittelpfehlung erhielten 59 % der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen, darunter vor allem Krankengymnastik und Bewegungstherapie, daneben auch Kraft- und Balancetraining sowie – seltener – Gedächtnis- oder Orientierungs- und Kontinenztraining (vgl. ebd., 270; vgl. auch Tab. 48 auf Seite 158). Die Inanspruchnahme entsprechender Maßnahmen lag höher als der Anteil der Empfehlungen, da einige Maßnahmen unabhängig von einer entsprechenden Empfehlung von MDK oder Ärztin/Arzt unmittelbar durch Pflegekräfte erbracht wurde (vgl. ebd., S. 272). So erhielten 82 % der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach den Ergebnissen der Kantar-Studie mindestens ein Heilmittel bzw. eine Maßnahme (vgl. ebd.).

» 05.7 Digitalisierung in der Pflege

Digitalisierungsprozesse wurden und werden seit einigen Jahren in vielen gesellschaftlichen Bereichen stark vorangetrieben und stehen in engem Zusammenhang mit der Technikentwicklung. Dahinterstehende ökonomische Interessen beziehen sich auf die Möglichkeit der Erschließung neuer Marktsektoren und Gewinnmöglichkeiten einerseits sowie auf Möglichkeiten der Kosteneinsparung durch Effizienzsteigerung andererseits (vgl. Endter 2021, S. 5). Auch für das Feld der Pflege werden – vor dem Hintergrund der genannten Interessen sowie unter Verweis auf eine absehbar weitere Zunahme der Verbreitung von Pflegebedürftigkeit und einen erwarteten Rückgang des gesellschaftlichen Pflegepotenzials – digitale Produkte und Prozesse entwickelt. Diese lassen sich beispielsweise im Hinblick auf ihren Anwendungsbereich, das Handlungsetting und die Adressatinnen und Adressaten (vgl. ebd., S. 7) oder das jeweilige Technologiespektrum und resultierende »Impulse auf die Pflegearbeit« (Zerth, Jaensch & Müller 2021, S. 160) systematisieren (vgl. Abb. 83 auf Seite 255 und Tab. 79 auf Seite 233). Während digitale Systeme zur Pflegeorganisation und -dokumentation unter stationären und ambulanten Pflegeanbietern eher weit verbreitet sind, kommen digitale Technologien und Assistenzsysteme in der unmittelbaren Pflegepraxis bislang selten zum Einsatz (vgl. Endter 2021, S. 7). Schneider, Besser & Geithner (2020, S. 617) schreiben dies weniger technischen Aspekten als vielmehr »der unzureichenden Akzeptanz durch die Akteure sowie der inadäquaten Passung in organisatorische und institutionelle Kontexte« zu (ebd.). Die bestehenden Akzeptanzprobleme deuten darauf hin, dass die Entwicklung digitaler Anwendungen

trotz teilweise vorhandener Bemühungen um eine Einbindung potenzieller Nutzerinnen und Nutzer in Entwicklungsprozesse nicht an deren drängendsten Problemen ansetzt. Zudem ist die erfolgreiche Implementierung digitaler Lösungen an finanzielle, bauliche sowie wissens- und kompetenzbasierte Voraussetzungen sowie – ganz grundsätzlich – den Zugang zu den entsprechenden Anwendungen und Produkten gebunden (vgl. Kapitel 6.3 auf Seite 173). Dies ist der Grund dafür, dass »Digitalisierung soziale Ungleichheit verstärken kann, ebenso wie soziale Ungleichheit häufig digitale Teilhabe erschwert« (Endter 2021, S. 13). Schließlich wirkt der Einsatz digitaler Anwendungen und Technologien ethische und politische Fragen bezüglich der Möglichkeit auf, im Kontext häuslicher und stationärer Pflege ein Mindestmaß an Privatsphäre der Pflegebedürftigen sowie Spielräumen für selbstbestimmtes Handeln der Beteiligten zu erhalten (vgl. Kollewe 2018, S. 31–33). Grund hierfür sind die damit einhergehenden Möglichkeiten der Überwachung und Kontrolle von Pflegebedürftigen sowie die den automatisierten Prozessen eigene Handlungslogik. So wies die Kommission zur Erstellung des Achten Altenberichts, der dem Thema »Ältere Menschen und Digitalisierung« gewidmet war, auf die Dringlichkeit hin, offene Fragen zur Datensicherheit sowie zur Sicherstellung des Daten- und Verbraucherinnenschutzes zu klären (vgl. BMFSFJ 2020, S. 134). Die BAGSO forderte in einer Stellungnahme in Übereinstimmung mit der Altersberichtscommission zudem, das »Recht auf Nichtnutzung digitaler Technologien« sicherzustellen (BAGSO 2020, S. 4–5). Die Gestaltung der Rahmenbedingungen und möglichen Folgen der Verbreitung und Nutzung digitaler Anwendungen und Technologien stellt damit eine der aktuell zentralen gesellschaftlichen Herausforderungen bei der Weiterentwicklung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgungsstrukturen dar.

>> 05.8 Kosten der Pflege

Der finanzielle Aufwand, der für die häuslich-ambulante und stationäre Pflege anfällt, wird zu einem Teil durch die Soziale bzw. Private Pflegeversicherung abgedeckt. Reichen die in Form begrenzter Pauschalen gewährten Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus, müssen Versicherte darüber hinaus benötigte Leistungen selbst finanzieren. Dies gilt auch, wenn der im Rahmen der Begutachtung feststellbare Pflege- und Unterstützungsbedarf nicht hinreichend groß ist, um einen Leistungsanspruch zu begründen. Während die Pauschalen der Pflegeversicherung bis 2008 konstant blieben und die anschließenden Anpassungen nicht entsprechend der allgemeinen Kostenentwicklung erfolgten, stiegen die Eigenanteile weiter an. Pflegebedürftige bzw. unterhaltspflichtige Angehörige, die nicht oder nur unzureichend diesen Eigenbeitrag leisten können, haben Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe, teilweise auch noch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge (Rothgang, Müller & Preuß 2020, S. 115).

Pflegebedürftige in Privathaushalten gaben gemäß der TNS-Infratest-Befragung im Jahr 2016 durchschnittlich 269 Euro im Monat zusätzlich für pflegebedingte Kosten auf. Je höher die Pflegestufe war, desto größer war auch der finanzielle Eigenbetrag (Schneekloth 2017 u. a., S. 158). Insgesamt nahmen 28 % aller Pflegebedürftigen selbst finanzierte Unterstützungsleistungen in Anspruch (ebd., S. 156). In zwei Drittel der Fälle (67 %) handelte es sich bei den mindestens wöchentlich in Anspruch genommenen Leistungen um solche der Haushaltsführung, z. B. Einkaufen, Putzen und Kochen. 40 % der Pflegebedürftigen finanzierten (zusätzlich)

Leistungen der Grundpflege und ein gutes Drittel erhielt Hilfen bei der Alltagsgestaltung bzw. der persönlichen Betreuung (ebd., S. 157).

In der vollstationären Pflege unterscheiden sich die privat zu tragenden Kosten stark zwischen den Bundesländern (vgl. Rothgang, Müller & Preuß 2020, S. 110). Von 1999 bis 2015 waren die Eigenanteile für die stationäre pflegerische Versorgung im Bundesdurchschnitt stetig gestiegen; zudem waren die zu leistenden Beträge umso höher, je höher der festgestellte Pflegebedarf war (vgl. Rothgang & Müller 2018, S. 29–33). Die sogenannten Hotelkosten für Verpflegung und Unterkunft betragen im Januar 2018 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 monatlich durchschnittlich 716 Euro; darüber hinaus waren Investitionskosten in Höhe von durchschnittlich 463 Euro zu tragen (vgl. Rothgang, Müller & Preuß 2020, S. 127 unter Bezug auf Angaben des vdek). Rothgang u. a. weisen zudem darauf hin, dass diese Kosten »zusammen die durchschnittlichen Ausgaben eines Einpersonenhaushalts für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung (667 Euro) plus Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (204 Euro)« übersteigen und damit »für viele Pflegebedürftige im Pflegeheim [...] zumindest in Teilen auch pflegebedingt« sind, »weil sie wegen ihrer Pflegebedürftigkeit gezwungen sind, bei geringerer Wohnfläche teurer zu wohnen« (Rothgang, Müller & Preuß 2020, S. 127). Doch auch die rein pflegebedingten, nicht durch Versicherungsleistungen abgedeckten Kosten lagen bei vollstationärer Pflege im Januar 2018 durchschnittlich bei monatlich 918 Euro bei Pflegegrad 1 und 593 Euro bei Pflegegrad 2 bis 5, zuzüglich 67 Euro Ausbildungsvergütung (ebd., S. 125).⁴⁸ Insgesamt ergaben die Eigenanteile 6,51 Milliarden Euro, von denen 2,54 Milliarden Euro als

Quellen der Finanzierung von Pflegekosten (2017)

Ausgabenträger	In €	Anteil an öffentlichen/ privaten Ausgaben	Anteil an den Gesamtausgaben
Öffentliche Ausgaben	43.970.000.000	100,0 %	79,4 %
Soziale Pflegeversicherung	38.250.000.000	87,0 %	69,1 %
Private Pflegepflichtversicherung	1.440.000.000	3,3 %	2,6 %
Beamtenbeihilfe ¹	720.000.000	1,6 %	1,3 %
Sozialhilfe	3.470.000.000	7,9 %	6,3 %
Kriegsopferfürsorge	90.000.000	0,2 %	0,2 %
Private Ausgaben ²	11.410.000.000	100,0 %	20,6 %
Pflegeheim ³	3.980.000.000	34,8 %	7,2 %
Häusliche Pflege ⁴	7.440.000.000	65,2 %	13,4 %
Gesamt	55.380.000.000	–	100,0 %

Anmerkungen: ¹ geschätzt als 50 % der Ausgaben der Privaten Pflegepflichtversicherung;

² Schätzwerte, basierend auf Personenzahlen vom 31.12.2017 und – bei der häuslichen Pflege – Befragungswerten aus dem Jahr 2017;

³ privat getragene Pflegekosten abzüglich »Hilfe zur Pflege« im stationären Bereich im Berichtsjahr 2018;

⁴ privat getragene Pflegekosten abzüglich »Hilfe zur Pflege« im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2018;

>> Tab. 49: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2018 (absolut und in %); Quelle: Rothgang, Müller & Preuß 2020, S. 126; Datenbasis: Schätzwerte; Befragungsdaten; amtliche Statistik der Kriegsopferfürsorge; Statistik der sozialen Pflegeversicherung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG); Statistik der Privaten Krankenversicherung (PKV 2019, S. 89); amtliche Sozialhilfestatistik; Rothgang u. a. 2019, S. 149; vdek (2018, S. 51); Schneekloth u. a. 2017, S. 158); Darstellung verändert.

Sozialhilfeleistung in Form von »Hilfe zur Pflege« erbracht wurden (ebd., S. 126).

Seit dem 1. Januar 2022 zahlt die Pflegeversicherung bei stationärer Versorgung neben dem Leistungsbetrag nach Pflegegrad einen Zuschlag zu dem jeweiligen pflegebedingten Eigenanteil. Der prozentual gewährte Zuschlag steigt mit der Dauer des Aufenthaltes der versicherten Person in der Einrichtung. Er beträgt 5 % des pflegebedingten Eigenanteils im ersten Jahr, 25 % im zweiten Jahr, 45 % im dritten Jahr und in den folgenden Jahren 70 % (vgl. Verbraucherzentrale 2022).

Werden alle öffentlichen und privaten (d. h. selbst finanzierten) Ausgaben für Pflegebedürftigkeit zusammengerechnet, dann ergibt sich für 2018 ein Gesamtwert von mehr als 55 Milliarden Euro (vgl. Tab. 49 auf Seite 161).⁴⁹ Beide Zweige der Pflegeversicherung deckten etwas mehr als zwei Drittel (71,7 %) der pflegebedingten Kosten ab, was den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung verdeutlicht. Private Ausgaben betragen etwa ein Fünftel aller Ausgaben. Etwa ein Drittel waren Ausgaben für die Pflege in Pflegeheimen und zwei Drittel für die häusliche Pflege (ebd.).

48 Seit 2017 ist bei den Pflegegraden 2 bis 5 ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) zu entrichten.

49 In dieser Summe ist nicht der gesamtwirtschaftliche Wert der Angehörigenpflege enthalten, der nach einer Berechnung von Schneider (2006) bereits im Jahr 1997 eine Höhe von geschätzten 44 Milliarden Euro einnahm. Ebenfalls nicht enthalten sind die Kosten für Pflegebedürftige, die in der Krankenversicherung anfallen.

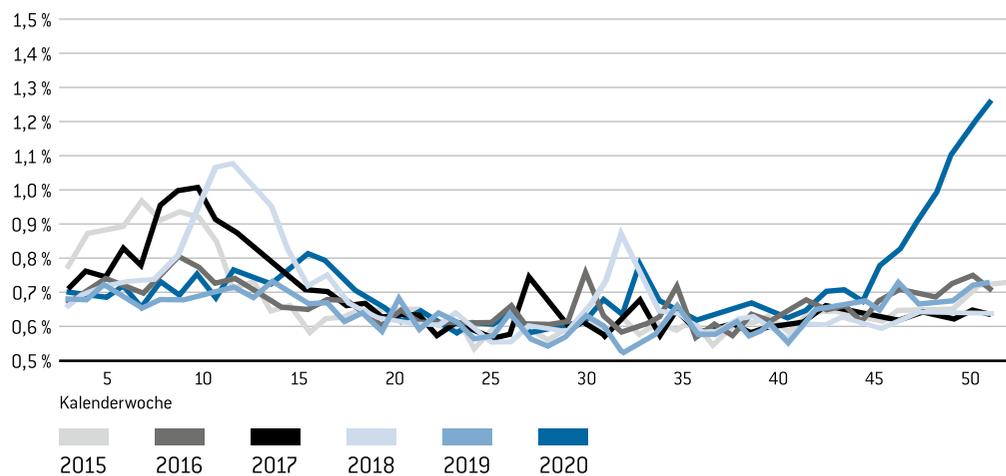
» 05.9 Pflege in der COVID-19-Pandemie

Insbesondere für Pflegebedürftige, aber auch für pflegende Angehörige und beruflich und ehrenamtlich Pflegende ging die Pandemie mit beträchtlichen psychischen und physischen Belastungen und Gefährdungen einher.

Die Situation in der häuslichen Pflege nahmen Büscher u. a. (2021) in den Blick. Im Auftrag des Sozialverbandes VdK Deutschland führten sie zwischen Ende März und Mitte Mai 2021 eine schriftliche Erhebung (Online, vereinzelt Papier-Form) unter 55.925 Personen durch, von denen 11,8 % selbst pflegebedürftig, 48,9 % Angehörige mit Pflegeerfahrung und 35,3 % Personen ohne Pflege-

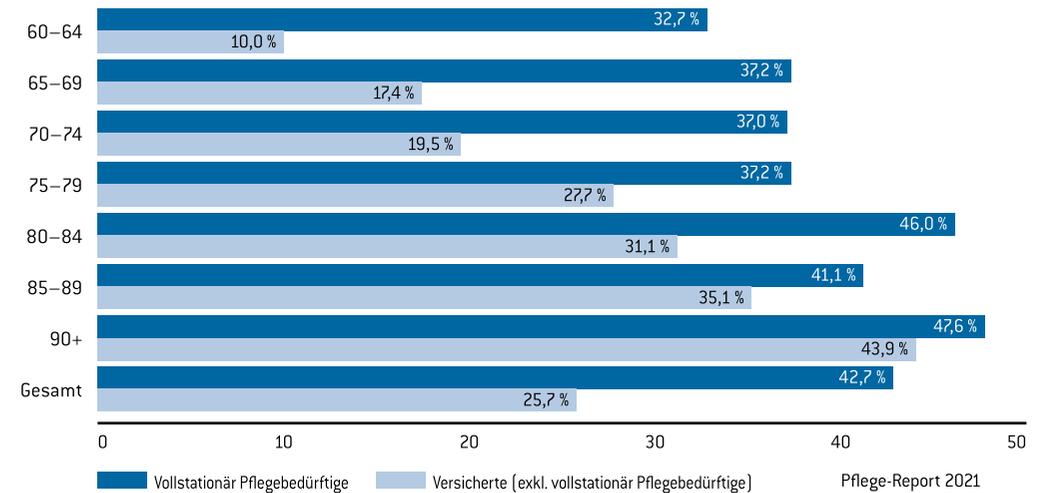
erfahrung waren (Büscher u. a. 2021, S. 10). Unter den teilnehmenden Pflegebedürftigen und Pflegenden war die Angst verbreitet, sich selbst oder die pflegebedürftige/pflegende Person anzustecken. Auch Ängste vor einer Verschlechterung der Pflegesituation sowie in einer Quarantäne-Situation nicht mehr versorgt werden zu können bzw. nicht mehr versorgen zu können, waren verbreitet (vgl. ebd., S. 13–15). Ein gutes Drittel der an der Befragung teilnehmenden Pflegehaushalte sagte Unterstützungsangebote bzw. -leistungen ab oder nahm sie nicht mehr in Anspruch (ebd., S. 16). Nach Einschätzung von Büscher u. a. mussten in der Folge »von einer Vielzahl pflegebedürftiger und pflegender Personen erhebliche Anpassungs- und Kompensationsleistungen erbracht werden [...], um die pflegerische Versorgung aufrecht zu erhalten« (ebd., S. 19).

Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen im Vergleich (2015 bis 2020)



» Abb. 53: Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen im Vergleich der Jahre 2015 bis 2020 (in %); Quelle: WIdO 2021b; Datenbasis: AOK-Routinedaten 2015 bis 2020; © WIdO 2021; Darstellung verändert.

Anteil Verstorbener im Krankenhaus mit gesicherter COVID-19-Diagnose (2020)



» Abb. 54: Anteil Verstorbener im Krankenhaus mit gesicherter COVID-19-Diagnose nach Altersgruppen und vollstationär versorgter Pflegebedürftigkeit im Jahr 2020 (in %); Quelle: Kohl u. a. 2021; Lizenz: CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: AOK-Routinedaten 1. Halbjahr 2020; © WIdO 2021; Darstellung verändert.

In einer bundesweiten Online-Erhebung unter Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege forderte das teilnehmende Pflegepersonal »einheitliche Handlungsempfehlungen« zum Umgang mit der Pandemie sowie »ausreichende und finanzierbare Schutz- und Hygienematerialien, Reihentestungen in den Einrichtungen, fundierte Beratung bei der Umsetzung von Maßnahmen, einen konkreten Pandemieplan und unterstützende Öffentlichkeitsarbeit in den Medien« (Stolle u. a. 2020, S. 790). Weitere Forderungen zielten auf »eine höhere Vergütung der Pflegenden, eine bessere Personalausstattung und stärkere Wertschätzung der pflegerischen Profession« (ebd.).

Pflegebedürftige Menschen hatten in der COVID-19-Pandemie ein besonders hohes Risiko, im Zusammenhang mit einer Infektion zu versterben (vgl. Kapitel 4.2 auf Seite 71). Für Pflegebedürftige

in vollstationären Pflegeeinrichtungen war dieses Risiko besonders hoch. Im vierten Quartal 2020 lag ihre Sterblichkeit um 30 % über dem Niveau der Vorjahre (vgl. WIdO 2021b, S. 1–2 und Abb. 53 auf Seite 162).

Kohl u. a. zeigten anhand der AOK-Routinedaten für das Jahr 2020, dass – je nach Altersgruppe – bei 46 % bis 48 % der im Krankenhaus verstorbenen hochaltrigen Menschen (80 bis 84 Jahre, 85 bis 89 Jahre und 90 Jahre und älter), die aus der vollstationären pflegerischen Versorgung kamen, eine gesicherter COVID-19-Diagnose vorgelegen hatte (vgl. Abb. 54 auf Seite 163). Bei den übrigen Versicherten dieser Altersgruppen lag der Anteil mit gesicherter COVID-19-Diagnose bei 31 % bis 44 %.

» 05.10 Fazit

Pflegebedürftigkeit ist primär eine Herausforderung des hohen Alters: Mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen war Ende 2019 über 80 Jahre alt, mehr als zwei Drittel davon waren Frauen. Dennoch war noch bis zum 90. Lebensjahr die Mehrheit der Älteren frei von einem Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung: In der Gruppe der 80- bis unter 85-Jährigen war ein Viertel der Menschen pflegebedürftig, in der Gruppe der 85- bis unter 90-Jährigen waren es 49 Prozent. Erst die Bevölkerung ab 90 Jahren war mehrheitlich von Pflegebedürftigkeit betroffen; der größte Anteil von ihnen war Pflegegrad 2 zugeordnet und damit dem niedrigsten Pflegegrad, der einen Anspruch auf die Regelleistungen der sozialen Pflegeversicherung, wie Pflegegeld oder Sachleistungen, begründet. Daneben gibt es unter den Hochaltrigen eine beträchtliche Zahl an Menschen, die zwar nicht pflegebedürftig sind, aber dennoch einen regelmäßigen Hilfebedarf haben.

Hochaltrige Frauen sind von Pflegebedürftigkeit in besonderer Weise betroffen. Sie stellen nicht nur aufgrund ihres höheren Bevölkerungsanteils die Mehrheit aller Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe, sondern haben auch ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden. Ursächlich hierfür ist vor allem, dass hochaltrige Frauen häufiger chronisch krank sind und eine höhere Lebenserwartung haben als Männer. Dazu kommt, dass sie häufiger verwitwet sind als Männer und häufiger alleine leben, wodurch ein schnellerer Bedarf an Pflegeversicherungsleistungen entsteht. Die stärkere soziale Vereinzelung von hochaltrigen Frauen führt auch dazu, dass sie häufiger als Männer vollstationär versorgt werden müssen.

Die Mehrheit der hochaltrigen Pflegebedürftigen ab 80 Jahren wird ambulant im eigenen Haushalt versorgt. Wenngleich es an aktuellen Daten zu

Unterschieden in der Situation zu Hause lebender hochaltriger Männer und Frauen mit Pflegebedarf mangelt, deuten ältere Daten aus dem Jahr 2003 auf strukturelle Unterschiede hin: Während pflegebedürftige Männer ab 80 Jahren mehrheitlich mit mindestens einer weiteren Person im Haushalt zusammenlebten, waren hochaltrige pflegebedürftige Frauen in der Regel alleinstehend. Unter solchen Bedingungen können Männer häufig noch von der eigenen Partnerin gepflegt werden, wohingegen Frauen stärker auf die Versorgung durch Dritte, zumeist die eigenen Kinder, angewiesen sind. Diese wohnen aber meistens nicht im selben Haushalt. Unter den pflegenden Angehörigen sind auch hochaltrige Männer vertreten.

Auch hochaltrige Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner pflegen Beziehungen mit Angehörigen, Bekannten und Freundinnen/Freunden. Ein Teil erhält auch pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Ein Viertel der vollstationär pflegerisch Versorgten hat jedoch weniger als einmal wöchentlich sozialen Kontakt mit vertrauten Personen von außerhalb der Einrichtung. Erhebungen deuten darauf hin, dass sich diese Situation während der COVID-19-Pandemie insbesondere im Jahr 2020 in vielen Einrichtungen verschärft hat.

Die häusliche Angehörigenpflege wird überwiegend von Frauen geleistet, mehr als zwei Drittel aller Hauptpflegepersonen im Jahr 2018 waren weiblich. Der höhere Anteil an pflegenden Frauen geht nicht nur auf ein traditionelles Frauenbild zurück, das Pflege und Versorgung als weibliche Aufgabe ansieht, sondern auch auf die Alters- und Geschlechterstruktur in Pflegehaushalten: Männer werden früher pflegebedürftig als Frauen und werden dann meist von der eigenen Partnerin versorgt, pflegebedürftige Frauen sind dagegen oft bereits verwitwet. Erreichen Männer jedoch ein hohes Alter, dann sind sie sogar häufiger als Frauen

mit Pflegeaufgaben betraut. Während Frauen im Jahr 2017 am häufigsten im Alter zwischen 50 und 70 Jahren pflegten, war die Wahrscheinlichkeit der Pflegeübernahme für Männer im Alter von 75 bis 84 Jahren am größten. Im Jahr 2017 waren rund 18 % aller Hauptpflegepersonen über 80 Jahre alt.

Aussagen zur Pflegebedürftigkeit und zur pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund der schlechten Datenlage nur begrenzt möglich. Es wird davon ausgegangen, dass ihr Anteil an allen Pflegebedürftigen ungefähr ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entspricht. In der häuslich-ambulanten Versorgung waren Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund deutlich jünger als Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund und lebten seltener alleine. Zu vermuten ist – je nach den Rahmenbedingungen der Migration bzw. des Migrationshintergrundes – ein früherer Eintritt von Pflegebedürftigkeit aufgrund berufsbiografisch bedingt erhöhter gesundheitlicher Belastungen.

Die körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen der Pflege sind enorm, besonders in der zeitintensiven Pflege von demenzkranken und schwerstpflegebedürftigen Menschen. Häufig müssen die – vor allem weiblichen – Hauptpflegepersonen ihre berufliche Tätigkeit reduzieren oder ganz aufgeben. Da die Vollzeitwerbstätigkeit von Frauen immer weiter zunimmt, ist für beide Geschlechter die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eine zentrale Voraussetzung dafür, eine häusliche Pflegeverantwortung übernehmen zu können. Das geschieht zum einen dadurch, dass pflegende Angehörige sich zunehmend durch ambulante Pflegedienste entlasten lassen. Zum anderen ermöglicht die gesetzliche Entwicklung seit 2008, dass pflegende Angehörige kurzfristig für zehn Tage von der Arbeit freigestellt werden und sich bis zu sechs Monate ganz oder teilweise für die Familienpflege beurlauben lassen. Allerdings werden diese Ange-

bote bislang wenig genutzt, häufig aus Unkenntnis über den Anspruch, aber auch, weil durch die Freistellung berufliche Nachteile befürchtet werden.

Beratung und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige sind ein wichtiger Baustein, um Gewaltvorkommnissen in der häuslichen Pflege vorzubeugen. Verbale Aggressionen, körperliche Grobheiten, pflegerische und psychosoziale Vernachlässigung sowie Freiheitseinschränkungen sind bei pflegenden Angehörigen, aber auch bei professionellen Pflegekräften ein Alarmzeichen dafür, dass die Anforderungen und Belastungen der Pflegearbeit nicht adäquat bewältigt werden können. Eine erfolgreiche Gewaltprävention darf dabei nicht nur individuell ansetzen, sondern muss auch für eine Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen (z. B. Fachkraftquote, räumliche Situation o.ä.) sorgen.

Die in vielen gesellschaftlichen Bereichen vorangeschrittene Digitalisierung hält allmählich auch in die Pflege Einzug, wenngleich digitale Anwendungen bislang stärker in der Organisation von Pflege als in der konkreten Pflegearbeit genutzt werden. Die künftige Ausgestaltung der Rahmenbedingungen und möglichen Folgen der Verbreitung und Nutzung digitaler Anwendungen und Technologien stellt aktuell eine der zentralen gesellschaftlichen Herausforderungen bei der Weiterentwicklung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgungsstrukturen dar. Hierbei sind insbesondere der Daten- und Verbraucherinnenschutz sicherzustellen, einer Verstärkung sozialer Ungleichheiten entgegenzuwirken sowie Möglichkeiten zu erhalten, benachteiligungsfrei auf die Nutzung digitaler Anwendungen zu verzichten.

Das Ausschöpfen von Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation kann die Notwendigkeit vollstationärer Pflege hinausschieben oder mindern. Dies verdeutlicht die Bedeutung der im Rahmen der Pflegebegutachtung zu prüfenden Rehabilitations-

bedarfe wie auch die Aufklärung und Bearbeitung der Gründe für einen Verzicht, entsprechende Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die öffentlichen und privaten (d. h. selbst finanzierten) Ausgaben für Pflegebedürftigkeit zusammengefasst, ergab sich 2018 ein Gesamtwert von über 55 Milliarden Euro. Hiervon waren rund 72 % durch Leistungen aus der Pflegeversicherung und etwa ein Fünftel durch private Ausgaben abgedeckt. Der Anstieg der privaten Ausgaben für die Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten im vollstationären Bereich wurde Anfang 2022 durch die Einführung eines aus der Pflegeversicherung in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in der vollstationären Pflege zu zahlenden prozentualen Zuschlags gebremst.

Die COVID-19-Pandemie und die zu ihrer Eindämmung ergriffenen Maßnahmen gingen mit vielfältigen Belastungen pflegebedürftiger sowie privat und beruflich pflegender Personen einher. In beiden Sektoren verlangte die Situation pflegebedürftiger und pflegenden Personen vielfältige Anpassungs- und Kompensationsleistungen ab. Für das vierte Quartal 2020 war im Vergleich mit dem Niveau der Vorjahre bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen eine Übersterblichkeit zu konstatieren.

06

>> Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe

In diesem Kapitel betrachten wir die Freizeitaktivitäten und die gesellschaftliche Teilhabe ab 80-jähriger Menschen: Wie verbringen sie ihre freie Zeit, die nicht durch Pflichten strukturiert ist? Und auf welche Weise beteiligen sie sich an zivilgesellschaftlichen bzw. politischen Aktivitäten?

Freie Zeit im Alter kann als wohlverdienter Ruhestand, als Möglichkeit zur Selbstverwirklichung, als gesellschaftliches Potenzial, aber auch als Risiko für Einsamkeit und Sinnverlust betrachtet werden (vgl. Karl & Kolland 2020, S. 110 f.). Die verschiedenen Betrachtungsweisen müssen sich nicht ausschließen und verweisen gleichzeitig auf die unterschiedlichen Lebensrealitäten älterer Menschen. Die Sicht auf das Alter wurde in den letzten Jahren und Jahrzehnten jedoch stark durch das Paradigma des »aktiven Alterns« beeinflusst (vgl. Denninger u. a. 2014). Häufig wird dabei das aktive, dritte Lebensalter vom vierten Lebensalter abgegrenzt, welches als von Defiziten und Einschränkungen betroffen wahrgenommen wird. Eine solche Einteilung wird

der Heterogenität älterer Menschen nicht gerecht: Weder lassen sich die genannten Altersphasen auf diese Weise voneinander abgrenzen, noch müssen sie in dieser Weise erlebt oder gestaltet werden. Die gesellschaftlichen Diskurse und Bilder eines guten Alter(n)s beeinflussen jedoch auch die älteren Menschen selbst und ihre Vorstellungen der Gestaltung von Freizeit (vgl. Breheny & Stephens 2017). Dabei lassen sich insbesondere zwei Perspektiven herausstellen: Freizeit kann als produktive Zeit gesehen werden, die z. B. durch die Erhaltung der Gesundheit und des sozialen Ansehens bestimmt ist. Dem gegenüber steht ein Verständnis von Freizeit als persönliche Zeit, die durch Vergnügen und Selbstbestimmung gekennzeichnet ist (ebd.).

Manche Freizeitaktivitäten, wie etwa zivilgesellschaftliches Engagement, können auch als gesellschaftliche Teilhabe verstanden werden. Jedoch geht Teilhabe, wenn sie als Möglichkeit der Beteiligung an gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Aktivitäten und der Einbeziehung in gesellschaftliche

Entscheidungsprozesse definiert wird (vgl. Vogel, Simonson & Tesch-Römer 2017, S. 46), über das hinaus, was wir gemeinhin als Freizeitaktivität fassen. Neben zivilgesellschaftlichem Engagement bildet die politische Teilhabe eine wichtige Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe. Auch diese Aspekte der Gestaltung freier Zeit werden in diesem Kapitel betrachtet. Ein besonderer Fokus soll zudem auf den negativen Einflussfaktoren auf die Gestaltung der Freizeit sowie der gesellschaftlichen Teilhabe liegen, wie Diskriminierungserfahrungen oder Armut.

Die unterschiedlichen Aspekte von Freizeit und Teilhabe spiegeln sich in den Schwerpunkten der im Folgenden einbezogenen Erhebungen wider. Zu den Aktivitäten hochaltriger Menschen liegen jedoch nur wenige Daten vor, so dass das Bild bisweilen fragmentarisch bleiben muss. Auch in diesem Kapitel greifen wir ergänzend auf vorliegende Daten zur COVID-19-Pandemie und deren Auswirkungen auf die Freizeitgestaltung und Teilhabe älterer Menschen zurück.

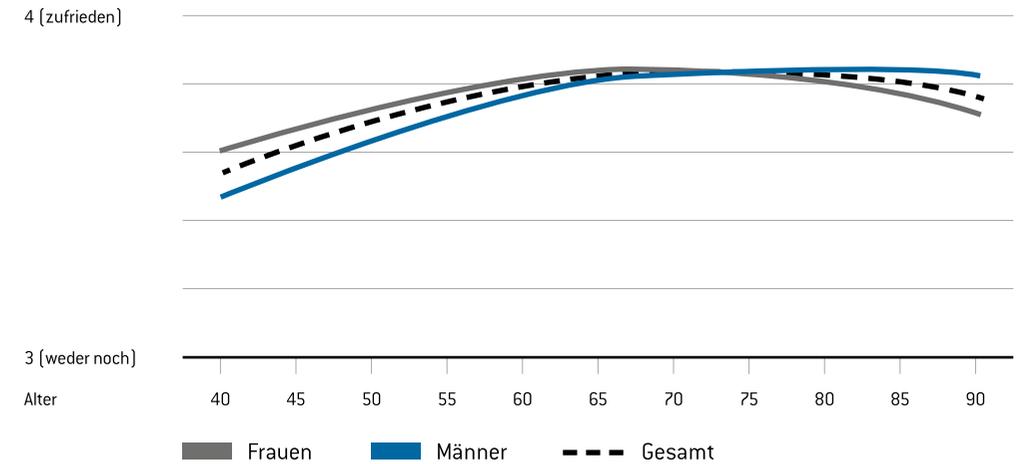
Wir betrachten zunächst die Lebenszufriedenheit älterer Menschen, da wir davon ausgehen, dass die Zufriedenheit mit ihrer Freizeitgestaltung in diese Aussagen mit einfließt. Welchen unterschiedlichen Aktivitäten 80-Jährige im Alltag nachgehen, beschäftigt uns im Anschluss daran. Die Mediennutzung, v. a. die zunehmende Nutzung des Internets, ist auch vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie von Bedeutung, weshalb ihr ein eigener Abschnitt gewidmet ist. Daran anschließend beschäftigt uns die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen am Beispiel des zivilgesellschaftlichen Engagements und der politischen Partizipation. Freizeitbeschäftigungen und gesellschaftliche Teilhabe erfordern mitunter Mobilität, die Möglichkeit zu Fuß oder mit Verkehrsmitteln zu bestimmten Orten zu gelangen. Deswegen widmen wir uns im letzten Abschnitt der Mobilität hochaltriger Menschen.

>> 06.1 Lebenszufriedenheit und Altersbilder

Wie zufrieden sind ältere Menschen mit ihrem Leben? Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ermittelt die Lebenszufriedenheit älterer Menschen und bietet fünf Aussagen an wie: »Ich bin mit meinem Leben zufrieden« oder »In den meisten Dingen ist mein Leben nahezu ideal«. Diese können in fünf Abstufungen von »trifft genau zu« bis »trifft gar nicht zu« beantwortet werden (vgl. Wettstein & Spuling 2019, S. 57). Die Antworten werden gemittelt und ergeben einen Wert von 1 bis 5, wobei höhere Werte eine höhere Lebenszufriedenheit bedeuten. Im Ergebnis zeigt sich, dass Frauen und Männer im höheren Alter durchschnittlich einen Wert von fast vier erreichen, also mit ihrem Leben recht zufrieden sind. Frauen unter 70 Jahre sind etwas zufriedener als Männer. Im Alter von ca. 70 Jahren gleicht sich die Lebenszufriedenheit zwischen den Geschlechtern an, um danach – bei Frauen früher und deutlicher als bei Männern – kontinuierlich abzunehmen (vgl. Abb. 55 auf Seite 169). Zudem zeigt sich im Vergleich verschiedener Kohorten, dass der Rückgang der Zufriedenheit im höheren Alter bei beiden Geschlechtern der später geborenen Kohorte (1940–1949) schwächer ist und später auftritt als bei früher geborenen Kohorte (1930–1939) (vgl. Wettstein & Spuling 2019, S. 58–61).

Individuelle Altersbilder, also Vorstellungen über das Alter, das Älterwerden und ältere Menschen, können das Erleben des eigenen Älterwerdens und die Zufriedenheit damit beeinflussen. Im DEAS wird zwischen Altersbildern unterschieden, die verlustorientiert oder gewinnorientiert sind. Verlustorientierte Altersbilder umfassen Aussagen, in denen das Älterwerden mit körperlichen Einbußen verbunden wird, gewinnorientierte solche, in denen

Lebenszufriedenheit (1996 bis 2017)



>> Abb. 55: Mittlere Lebenszufriedenheit bei Männern und Frauen. Wertebereich zwischen 3 (weder noch) und 4 (zufrieden); Quelle: vgl. Wettstein und Spuling 2019, S. 59; Datenbasis: DEAS 1996–2017 (n=16.528); Lizenz: CC BY 2.5 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>); Darstellung verändert.

das Älterwerden mit persönlicher Weiterentwicklung verknüpft wird (vgl. Spuling, Wettstein & Tesch-Römer 2020, S. 5). So gefragt gaben 73,5 % der 70- bis 85-Jährigen ein verlustorientiertes Altersbild und 59 % ein gewinnorientiertes Altersbild an (vgl. ebd., S. 6). Damit fiel das Altersbild der 70- bis 85-Jährigen negativer aus als das der jüngeren Altersgruppen. Personen mit höherer formaler Bildung (alle Altersgruppen) gaben häufiger gewinnorientierte und seltener verlustorientierte Altersbilder an. Bei Betrachtung der vier Erhebungswellen (1996–2014) wird zudem deutlich, dass verlustorientierte Altersbilder in der höheren Altersgruppe im zeitlichen Verlauf abnahmen und das Altern zunehmend positiver bewertet wurde (vgl. ebd., S. 7).

Die Erfahrung, aufgrund des Alters diskriminiert zu werden, kann Auswirkungen auf die Bewertung des eigenen Alterns haben. Im DEAS wurde das

Erleben von Altersdiskriminierung erhoben, indem gefragt wurde: »Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten erlebt, dass Sie wegen Ihres Alters durch andere benachteiligt wurden oder gegenüber anderen Menschen schlechter gestellt wurden?« (vgl. Spuling, Wettstein & Tesch-Römer 2020, S. 3). In der Altersgruppe der 75 bis 84-Jährigen gaben 7,9 % der Befragten an, bereits diskriminiert worden zu sein. In den jüngeren Altersgruppen schwankte der Anteil zwischen 5,7 % (65–74 Jahre) und 10,2 % (55–64 Jahre). Damit war der Anteil derjenigen, die sich diskriminiert fühlten, relativ gering, wobei offenbleibt, ob eine Diskriminierung immer als solche wahrgenommen wurde (ebd., S. 4).

Während der COVID-19-Pandemie wurden mitunter negative und pauschale Aussagen über ältere und hochaltrige Menschen geäußert, die Altersstereotype befördern konnten (Spuling, Wettstein & Tesch-Römer 2020, S. 8). Zudem stellte die

Pandemie insbesondere für ältere Menschen eine Herausforderung dar, da die Wahrscheinlichkeit eines schweren oder gar tödlichen Krankheitsverlaufs im Falle einer Infektion mit dem Lebensalter anstieg (vgl. RKI 2021a). Im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) wurden im Sommer 2020 Kurzbefragungen zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die Mehrheit der Befragten der Altersgruppe 76+ die Bedrohung als gering (46,3 %) oder mittel (45,6 %) erlebte. Dagegen gaben 8,1 % der Befragten an, eine starke Bedrohung zu empfinden (vgl. Wettstein u. a. 2020, S. 11). In den darunter liegenden Altersgruppen waren es 6,9 % (61–75 Jahre) und 11,6 % (46–60 Jahre). Wettstein u. a. vermuten, dass Lebenserfahrungen und überwundene Krisen dazu beigetragen haben, dass sich die meisten Menschen höheren Alters trotz eines größeren Risikos schwerer Verläufe nicht sehr bedroht fühlten (ebd. S. 18).

» 06.2 (Pflicht-)Freie Zeit: Aktivitäten, Unterhaltung, Kultur

Der überwiegende Teil der Menschen über 80 Jahre hat bereits 15 und mehr Jahre im Ruhestand verbracht. Wie verbringen die älteren Menschen ihren Alltag und ihre freie Zeit?

Ergebnisse verschiedener Studien zeigen, dass Freizeitaktivitäten mit zunehmendem Alter eher verringert werden (vgl. Kolland & Gallistl 2020, S. 478). Andererseits gibt es große Unterschiede im Freizeitverhalten: Wie ältere Menschen ihre Zeit verbringen, hängt u. a. mit dem sozioökonomischen Status und dem subjektiven Gesundheitsempfinden zusammen (ebd.).

Zu den Alltagsaktivitäten und zum Freizeitverhalten über 80-jähriger Menschen liegen nur wenige

Ausgaben für Freizeitbeschäftigungen (2017)

	80+	Alle Altersgruppen
Freizeit, Unterhaltung und Kultur insgesamt	190 €	259 €
Pauschalreisen	(53) €	69 €
Freizeit- und Kulturdienstleistungen	42 €	64 €
Zeitungen, Zeitschriften	36 €	21 €
Blumen und Gärten	19 €	17 €
Spielwaren und Hobbies	8 €	16 €
Bücher	6 €	9 €
Haustiere	6 €	16 €
Gaststätten- und Beherbergungsdienstleistungen	111 €	146 €

Daten in Klammern: Aussagewert eingeschränkt, da der Zahlenwert statistisch relativ unsicher ist.

» Tab. 50: Ausgaben für private Konsumausgaben, ab 80-jährige Haupteinkommenspersonen eines Haushalts und Durchschnitt aller Haushalte (je Monat in €) im Jahr 2017; Quelle: Statistisches Bundesamt 2019c; Datenbasis: Statistisches Bundesamt, S. 180f. Eigene Darstellung.

Freizeitaktivitäten (2021)

Mehrmals die Woche	80 bis 99 Jahre	Alle Altersgruppen (deutschsprachige Bevölkerung ab 14 Jahre)
Zeitungen lesen	91,0 %	56,3 %
Zeitschriften, Illustrierte lesen	65,6 %	38,7 %
E-Books/Bücher lesen	21,4 %	17,9 %
Kochen	57,7 %	51,0 %
Spazieren gehen	47,1 %	25,8 %
Im Garten arbeiten	17,7 %	12,0 %

» Tab. 51: Freizeitaktivitäten mehrmals die Woche (in %); Quelle: VuMA Touchpoints 2021; Datenbasis: VuMA; Darstellung auszugsweise und verändert.

aktuelle Daten vor. Anhaltspunkte zum Freizeitverhalten können Daten des Statistischen Bundesamts zu Konsumausgaben geben: Ab 80-jährige Haupteinkommenspersonen eines Haushaltes gaben im Durchschnitt 190 Euro im Monat für Freizeit, Unterhaltung und Kultur aus (vgl. Statistisches Bundesamt 2019c, S. 180 f.). Dieser Betrag lag unter dem Durchschnitt aller Haushalte, der 259 Euro betrug (vgl. Kapitel 2.4 auf Seite 21). Deutlich wird, dass ab 80-Jährige in fast allen aufgeführten Freizeitbereichen weniger ausgaben als der Durchschnitt aller Haushalte. Nur für Zeitungen und Zeitschriften und den Bereich »Blumen und Gärten« verausgabten sie höhere Summen (vgl. Tab. 50 auf Seite 170). Dies kann ein Hinweis auf die oben angesprochene Verringerung von Freizeitaktivitäten im Allgemeinen sein. Möglich ist auch, dass Freizeitaktivitäten ab 80-Jähriger mit geringeren Ausgaben verbunden sind als die anderer Altersgruppen.

Daten zu Freizeitaktivitäten wurden von der Arbeitsgemeinschaft Verbrauchs- und Medienanalyse (VuMA) erhoben. Häufige, mehrmals die Woche ausgeübte Tätigkeiten werden in Tab. 51 auf Seite 171 dargestellt. Auch hier zeigt sich, dass das Lesen von

Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften, Bücher) für die Mehrheit der ab 80-Jährigen eine größere Rolle spielte im Vergleich zu allen Altersgruppen. Darüber hinaus kochten die Hochaltrigen häufiger, gingen deutlich häufiger als alle Altersgruppen spazieren und arbeiteten häufiger im Garten.

Tätigkeiten, die weniger häufig unternommen werden, aber immerhin mehrmals im Monat, führt Tab. 52 auf Seite 172 auf. Die Hälfte der ab 80-jährigen Befragten machte mehrmals im Monat Besuche oder empfing welchen. Immerhin 27,4 % engagierten sich mehrmals im Monat in der Kirche – dies war ein wesentlich größerer Anteil als in allen Altersgruppen (8,4 %). Ein Viertel der Älteren ging mehrmals im Monat aus, z. B. ins Restaurant, eine Gaststätte oder in die Kneipe, und jeder/jede Fünfte unternahm etwas mit den Kindern oder Enkeln. Das Spielen von Brettspielen/Gesellschaftsspielen und die Teilnahme an Hobbygruppen spielten für die ab 80-Jährigen eine größere Rolle im Vergleich zu allen Altersgruppen. Handarbeiten, wie Basteln, Heimwerken oder Stricken und Schneidern, gehörten für rund jeden Siebten/jede Siebte zu den Freizeitaktivitäten. Tagesausflüge unternahm

Freizeitaktivitäten (2021)

Mehrmals im Monat	80 bis 99 Jahre	Alle Altersgruppen (deutschsprachige Bevölkerung ab 14 Jahre)
Besuche machen, Besuche haben	50,0 %	55,3 %
In die Kirche gehen/sich in der Kirche engagieren	27,4 %	8,4 %
Ausgehen (Restaurant, Gaststätte, Kneipe)	25,0 %	31,8 %
Etwas mit (Enkel-)Kindern unternehmen	21,6 %	21,1 %
Brettspiele/Gesellschaftsspiele spielen	18,2 %	12,7 %
Teilnahme an Hobbygruppen, Stammtischen	15,4 %	11,3 %
Basteln, heimwerken, do-it-yourself	14,6 %	15,3 %
Stricken, häkeln, selber schneiden	12,7 %	5,8 %
Tagesausflüge machen	10,2 %	13,0 %
Schauensterbummel/Shoppen	8,7 %	20,0 %
Fotografieren	6,0 %	26,9 %

» Tab. 52: Freizeitaktivitäten mehrmals im Monat (in %); Quelle: VuMA Touchpoints 2021; Datenbasis: VuMA; Darstellung auszugsweise und verändert.

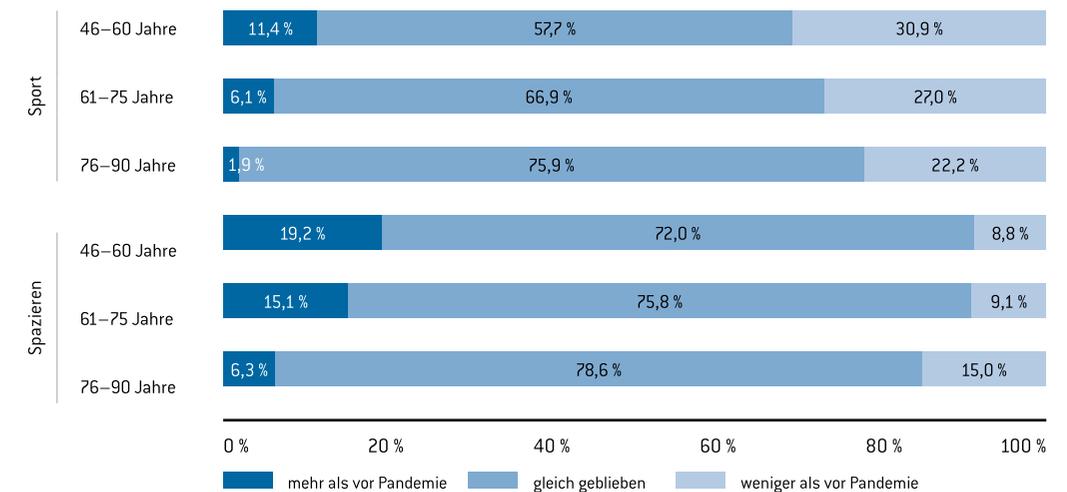
jeder Zehnte/jede Zehnte mehrmals im Monat. Im Vergleich zu allen Altersgruppen war der Anteil der ab 80-Jährigen, die mehrmals im Monat Schauensterbummel unternahmen (8,7 %) oder Fotografieren (6 %) deutlich geringer.

Erhoben wurden durch die VuMA auch sportliche Aktivitäten. In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen gab in dieser Erhebung nur rund ein Viertel an, (zumindest selten) Sport zu treiben. Interessant sind die Ergebnisse der VuMA in Hinblick auf verschiedene Sportarten. Etwa ein Viertel der Altersgruppe trieb »mindestens selten« Sport. Davon gab der überwiegende Teil der Befragten als Aktivität »Spazieren gehen« an (85 %), ein gutes Drittel »Schwimmen« (35,4 %) und knapp 30 % »Fahrradfahren« oder »Wandern« (vgl. Tab. 80 auf Seite 234).

Auch im DEAS wurden Aktivitäten wie Sport und Spazieren gehen erfragt, wobei die selbstberichtete

Veränderung der körperlichen Aktivität während der COVID-19-Pandemie im Sommer 2020 im Vordergrund stand (vgl. Nowossadeck, Wettstein & Cengia 2021, S. 6). Drei Viertel der 76- bis 90-Jährigen gaben an, dass sie genauso häufig Sport trieben wie vor der Pandemie, rund 22 % hatten ihre sportliche Aktivität jedoch verringert (vgl. Abb. 56 auf Seite 173). Gründe liegen vermutlich darin, dass während der Pandemie zahlreiche Sportangebote nicht stattfinden konnten. Nur ein geringer Teil (1,9 %) gab an, mehr Sport als vor der Pandemie zu betreiben. Hinsichtlich des Spazierens ergibt sich ein ähnliches Bild: Die Mehrzahl, nämlich 78,6 % der befragten 76- bis 90-Jährigen gab an, dass sie genauso häufig spazieren gingen wie zuvor. Mit 15 % war der Anteil derjenigen, die seit der Pandemie weniger spazieren gingen, höher als in den jüngeren Altersgruppen. Möglicherweise spielte hier

Veränderung körperlicher Aktivität (2020)



» Abb. 56: Selbstberichtete Veränderung der körperlichen Aktivität (Sport und Spazieren gehen) nach Altersgruppen im Jahr 2020 (in %); Quelle: Nowossadeck u. a. 2021, S. 10; Datenbasis DEAS 2020 (n=4.679); Darstellung verändert.

Angst vor einer Ansteckung im öffentlichen Raum eine Rolle. 6,3 % gaben an, häufiger spazieren zu gehen als vor der Pandemie, dies waren wiederum weniger als in den darunter liegenden Altersgruppen (vgl. Nowossadeck, Wettstein & Cengia 2021, S. 10). Zu berücksichtigen ist bei diesen Daten, dass nur Veränderungen erfragt wurden, so dass in die Kategorie der gleichbleibenden Häufigkeit auch Angaben körperlich inaktiver Menschen eingeflossen sind (ebd. S. 19).

>> 06.3 Mediennutzung

Mit welchen Medien informieren sich ältere Menschen und durch welche Medien kann die Zielgruppe erreicht werden? Fernsehen, Radiohören und Zeitunglesen sind nach wie vor von großer Bedeutung für die Älteren. Allerdings liegen hier keine gesonderten Daten zu den Hochaltrigen vor. Erhebungen von 2018 und 2019 zeigen, dass Menschen ab 70 Jahren im Durchschnitt 331 Minuten am Tag (also über fünf Stunden) fernsahen. Ob diese Zeit allerdings tatsächlich vor dem Fernseher verbracht wurde oder der Apparat bei anderen Aktivitäten nebenher lief, lässt sich aus den Daten nicht ersehen. Radio hörten die ab 70-Jährigen durchschnittlich 194 Minuten, also über drei Stunden am Tag. Tageszeitungen und Zeitschriften wurden 40 Minuten gelesen, das Internet nutzten sie im Durchschnitt

Tägliche Nutzungsdauer von Medien (2018)

	Erwachsene ab 14 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	ab 70 Jahre
	(In Minuten)			
Radio ¹	181	211	216	194
Fernsehen ²	234	286	335	331
Tageszeitung/Zeitschriften ³	17	13	29	40
Internet ³	196	151	84	37
Buch ³	15	7	21	19
Tonträger (CD/MP3/Download) ¹	18	12	8	5
DVD/Blu-ray ¹	5	3	2	1

>> Tab. 53: Tägliche Nutzungsdauer der Medien nach Altersgruppen 2018 in Minuten; Quelle: Egger und van Eimeren 2019, S. 272; Datenbasis: 1) ma 2019 Audio I; 2) AGF in Zusammenarbeit mit GfK, videoSCOPE 1.1., Marktstandard: TV, 2018; 3) ARD/ZDF Massenkommunikation Trends 2018; Darstellung verändert.

37 Minuten und damit deutlich kürzer als andere Altersgruppen (vgl. Tab. 53 auf Seite 174).

Das Internet ist von großer Bedeutung für den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen und für die Kommunikation mit anderen Menschen. Insbesondere während der COVID-19-Pandemie eröffnete das Internet Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung des Alltags (vgl. Kortmann u. a. 2021, S. 5): Es erleichterte die Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen, informierte über aktuelle Entwicklungen, konnte Kontakte oder Informationen zur gesundheitlichen Versorgung zur Verfügung stellen und ermöglichte ein risikoarmes Einkaufen. Die Daten zur Internetnutzung älterer Menschen unterliegen gegenwärtig (Redaktionsschluss 2021) (noch) einem schnellen Wandel, denn die Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer steigt kontinuierlich. Jedoch verfügen insbesondere hochaltrige Menschen noch nicht immer über einen Zugang zum Internet.

Im DEAS werden seit 2002 Daten zum Internetzugang bei Personen der zweiten Lebenshälfte erho-

ben (vgl. Abb. 57 auf Seite 175). Deutlich ist ein sehr starker Anstieg in den Jahren 2002 bis 2017. Allerdings verfügte die älteste der betrachteten Gruppen 2017 immer noch sehr viel seltener über einen Internetzugang als die darunter liegenden Altersgruppen (vgl. Endter, Hagen & Berner 2020, S. 3).

Der Zugang zum Internet unterschied sich nicht nur zwischen den Altersgruppen, sondern auch nach Bildung, Geschlecht und Migrationshintergrund. Menschen mit höherer Bildung hatten in den betrachteten Altersgruppen (43–84 Jahre) häufiger als andere Bildungsgruppen einen Zugang zum Internet, wobei dieser Unterschied in den jüngeren Altersgruppen schwächer ausfiel als in den älteren Gruppen. So verfügten rund 30 % der 79- bis 84-Jährigen mit niedriger und mittlerer Bildung über einen Zugang zum Internet, jedoch zwei Drittel (66 %) derjenigen mit hoher Bildung (vgl. Endter, Hagen & Berner 2020, S. 4). Unterschiede zwischen Frauen und Männern wurden in der Altersgruppe ab 60 Jahren deutlich: Der Anteil über 60-jähriger

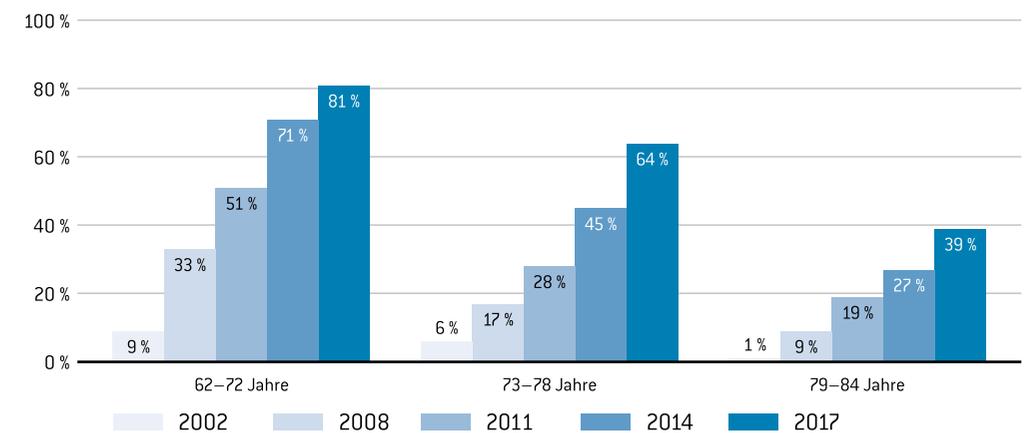
Männer, die das Internet nutzten, war deutlich höher im Vergleich zu den Frauen (vgl. Doh 2020, S. 26). Menschen mit Migrationshintergrund nutzten das Internet ebenfalls seltener. Vermutet wird, dass zumindest bei einem Teil der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund sozioökonomische Nachteile, niedrige formale Bildung, geringe Deutschkenntnisse und Diskriminierungserfahrungen eine Rolle spielten (vgl. Ehlers u. a. 2020, S. 14 f.). Es fehlt allerdings an empirischen Daten zur Internetnutzung dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe (ebd., S. 15). Denkbar ist beispielsweise, dass Messenger-Dienste auch oder insbesondere bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine zunehmend wichtige Rolle einnehmen.

Deutlich eingeschränkt ist der Zugang zum Internet auch in stationären Pflegeeinrichtungen, da diese beispielsweise selten über Internetanschlüsse in Bewohnerzimmern verfügen (vgl. Endter, Hagen & Berner 2020, S. 5). Eine Studie in Stuttgart (SAMS-

Studie 2016) konnte zeigen, dass Bewohnerinnen und Bewohner in Institutionen der Altenhilfe das Internet seltener als gleichaltrige privatwohnende Personen nutzten und eine geringere Medienausstattung aufwiesen sowie eine größere Distanz zur Internetnutzung und Technik im Allgemeinen aufwiesen (vgl. Doh 2020, S. 62 ff.). Unterschiede zwischen den in Altenheimen lebenden Offlinern und Onlinern zeigten, dass Onliner häufiger männlich, gebildeter und technikerfahrener waren. Es ließen sich jedoch keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Haushaltseinkommen, Haushaltsgröße, Pflegebedürftigkeit und sozialer Unterstützung nachweisen (ebd., S. 64 ff.).

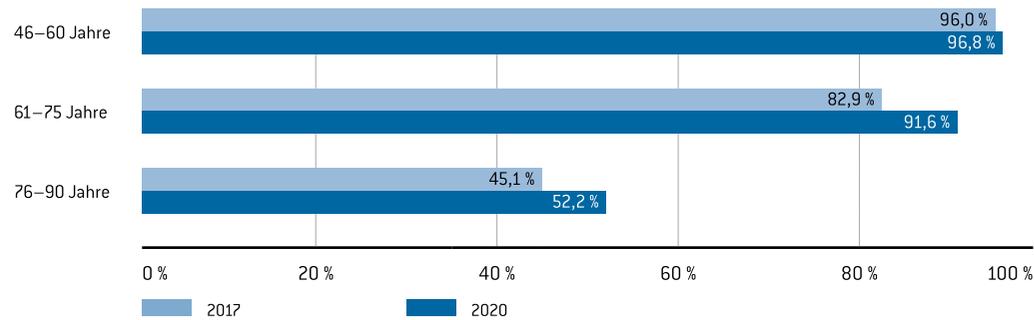
Aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Einschränkungen wird vermutet, dass die Nutzung des Internets auch oder gerade bei älteren Personen zugenommen hat. Im DEAS wurden im Sommer 2020 Daten zur Internetnutzung erhoben und Veränderungen der Nutzung im

Zugang zum Internet (2002 bis 2017)



>> Abb. 57: Zugang zum Internet nach Altersgruppen, in den Jahren 2002, 2008, 2011, 2014, 2017 (in %); Quelle: Endter u. a. 2020, S. 3 unter Bezug auf Huxhold und Otte 2019; Datenbasis: DEAS (2002–2017), gewichtet (2002: n=4.247; 2008: n=5.488; 2011: n=3.770; 2017: n=5.246); Darstellung auszugswise und verändert.

Zugang zum Internet (2017 und 2020)



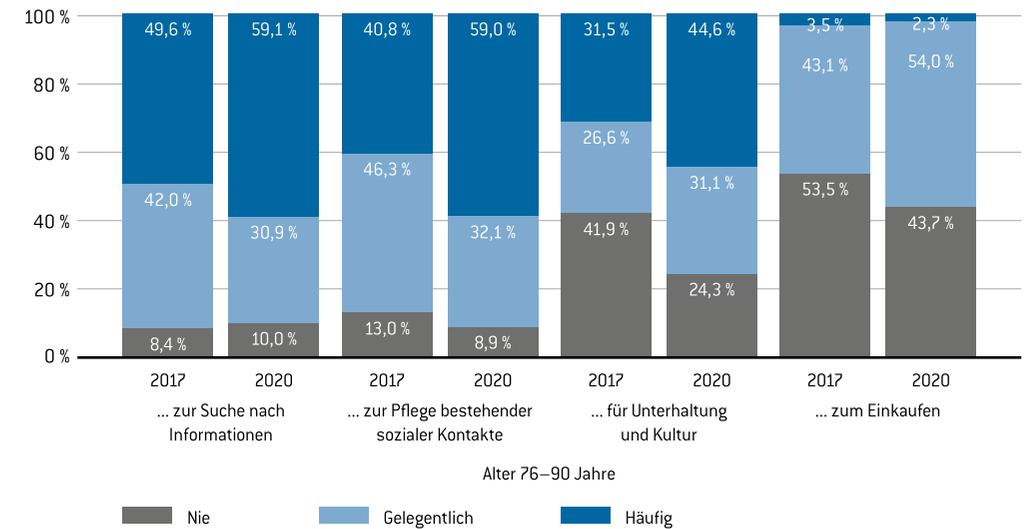
» Abb. 58: Zugang zum Internet nach Altersgruppen in den Jahren 2017 und 2020 (in %); Quelle: Kortmann u. a. 2021, S. 9; Datenbasis: DEAS 2017 (n=5.314), 2020 (n=4.626); Darstellung verändert.

Vergleich mit 2017 erhobenen Daten analysiert. Erfragt wurde, ob ein Internetzugang vorhanden war und ob und wie das Internet genutzt wurde. Dabei wurden auch soziale Ungleichheiten in den Blick genommen (vgl. Kortmann u. a. 2021, S. 5). Auch hier zeigt sich, dass fast alle Personen im Alter zwischen 46 bis 60 Jahren und ein Großteil der 61- bis 75-Jährigen über einen Internetzugang verfügten, der Anteil in der höheren Altersgruppe jedoch deutlich geringer war: 2017 gaben 45,1 % der 76- bis 90-Jährigen an, über einen Internetzugang zu verfügen, 2020 waren es 52,2 % dieser Altersgruppe (vgl. Abb. 58 auf Seite 176).

Auch die Häufigkeit der Internetnutzung ist während der COVID-19-Pandemie bei Menschen der zweiten Lebenshälfte nur wenig gestiegen (vgl. Kortmann u. a. 2021, S. 10). Nur 12,5 % der 76- bis 90-Jährigen, die über einen Internetzugang verfügten, gaben an, das Internet häufiger zu nutzen als vor der COVID-19-Pandemie. Rund 83 % nutzten es genauso häufig, 4,8 % sogar seltener als vor der Pandemie (ebd.).

Die Mehrheit der Personen in der zweiten Lebenshälfte nutzt das Internet für die Suche nach Informationen, aber auch zur Pflege sozialer Kontakte und für die Unterhaltung und Kultur. Seltener werden Einkäufe getätigt, neue soziale Kontakte gesucht oder eigene Inhalte erzeugt (vgl. ebd., S. 12). Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen ist der Anteil der 76- bis 90-Jährigen in allen Bereichen geringer. Trotzdem nutzen auch Hochaltrige das Internet zunehmend intensiver und selbstverständlicher. Während beispielsweise 2017 knapp 50 % der Altersgruppe im Internet nach Informationen suchten, erhöhte sich der Anteil auf 59,1 % im Jahr 2020. Der Anteil derjenigen, die das Internet häufig zur Pflege sozialer Kontakte nutzten, stieg in dem Zeitraum sogar von 40,8 auf 59 % (vgl. Abb. 59 auf Seite 177). Naheliegender scheint, dass dieser Anstieg durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst worden ist. Ob dies der Fall ist oder ob die Zunahme der Nutzung das Resultat einer allgemein zunehmenden Digitalisierung war, lässt sich auf Basis dieser Daten jedoch nicht eindeutig feststellen (vgl. Kortmann u. a. 2021, S. 17).

Häufigkeit der Internetnutzung (2017 und 2020)



» Abb. 59: Häufigkeit der Internetnutzung in verschiedenen Bereichen in der Altersgruppe 76 bis 90 Jahre in den Jahren 2017 und 2020 (in %); Quelle: Kortmann u. a. 2021, S. 13, 15, 16; Datenbasis zur Suche nach Informationen: DEAS 2017 (n=4.140), 2020 (n=3.789); zur Pflege bestehender sozialer Kontakte: DEAS 2017 (n=4.149), DEAS 2020 (n=3.787); für Unterhaltung und Kultur: DEAS 2017 (n=4.135), DEAS 2020 (n=3.781); zum Einkäufen: DEAS 2017 (n=4.143), DEAS 2020 (n=3.787); Darstellung auszugsweise, neu kombiniert und verändert.

Im Rahmen der ARD/ZDF-Onlinestudie wurde im Frühjahr 2021 die Nutzung bestimmter Messenger-Dienste und Social Media-Plattformen erfragt. Unter anderem wurde erhoben, ob sich die Relevanz des Messenger-Dienstes WhatsApp während der letzten 12 Monate – also während der COVID-19-Pandemie – verändert hat. Dabei gaben 21 % der ab 70-jährigen Befragten an, dass WhatsApp für sie in den letzten 12 Monaten wichtiger geworden sei (Beisch & Koch 2021, S. 497). Eine tägliche Nutzung von WhatsApp gaben 39 % der ab 70-Jährigen an (ebd., S. 496). Über die Hälfte dieser Altersgruppe (53 %) nutzte den Dienst mindestens wöchentlich. Andere Messenger-Dienste spielten dagegen fast gar keine Rolle (ebd.). Unter den Social Media-Plattformen

wurde vor allem Facebook genutzt, allerdings nur in geringem Ausmaß: 4 % der 70-Jährigen nutzten Facebook täglich, 8 % der Altersgruppe mindestens wöchentlich (ebd. S. 500).

Deutlich wird an den Daten im Zeitverlauf und zu Altersgruppenunterschieden, dass sich die Nutzungsunterschiede in Zukunft – ähnlich wie bereits in der Altersgruppe der unter 60-Jährigen – vermutlich fortlaufend verringern werden. Auch Hochaltrige werden in Zukunft mehrheitlich das Internet nutzen. Die Verfügbarkeit von flächendeckenden Internetzugängen, auch auf dem Land und in Pflegeeinrichtungen, wird dabei zunehmend relevanter (vgl. Endter, Hagen & Berner 2020, S. 7 f.). Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) empfiehlt

darüber hinaus eine finanzielle Unterstützung älterer Menschen, damit diese sich einen Internetzugang leisten können sowie die Aufrechterhaltung von Informationen und Angeboten über klassische Medien, solange noch nicht alle älteren Menschen einen Internetzugang haben. In Pflegeeinrichtungen sollte die digitale Kommunikationstechnik ausgebaut werden und Bewohnerinnen und Bewohner bei der Bedienung unterstützt werden (ebd.).

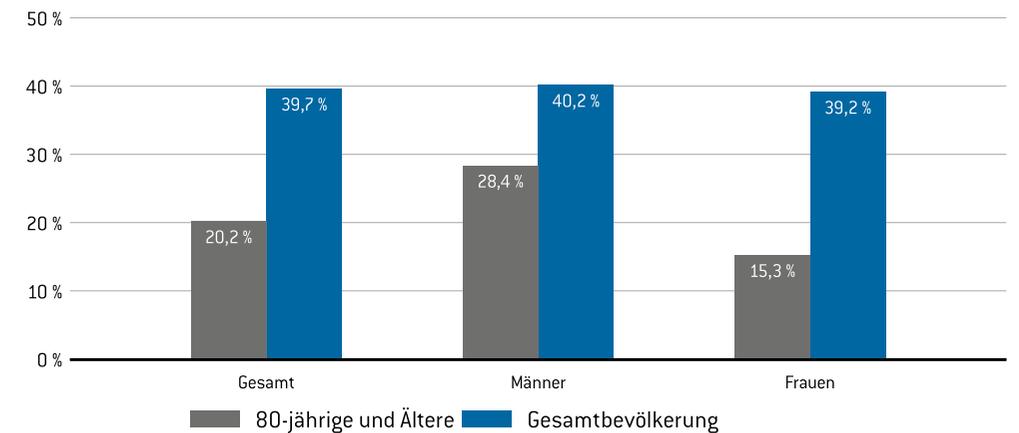
» 06.4 Zivilgesellschaftliches Engagement und politische Partizipation

Zivilgesellschaftliches Engagement leistet einen Beitrag zur gesellschaftlichen Wohlfahrt und bietet die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe (vgl. Huxhold, Engstler & Klaus 2020, S. 9). Insbesondere hochaltrige Menschen werden häufig eher als Empfängerinnen und Empfänger ehrenamtlicher Tätigkeiten gesehen; dabei gerät aus dem Blick, dass ein Teil von ihnen Ehrenämter selbst aktiv ausübt (vgl. Arriagada & Simonson 2021, S. 2). Ehrenamtliche Aktivitäten bieten die Möglichkeit, Erfahrungen einzubringen, Anerkennung zu erhalten und können als eine Form der Partizipation verstanden werden (ebd.). Dabei ermöglichen sie nicht nur Teilhabe an unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen, sondern bieten auch die Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrecht zu erhalten (vgl. Huxhold, Engstler & Klaus 2020, S. 9).

Im Freiwilligensurvey werden Aktivitäten in verschiedenen Gesellschaftsbereichen außerhalb von Beruf und Familie in den letzten 12 Monaten erfragt, bei denen sich Personen aktiv beteiligen und die freiwillig und unentgeltlich oder gegen eine geringe Aufwandsentschädigung ausgeführt werden (vgl. Simonson u. a. 2021, S. 34 f.).

Ein Fünftel der ab 80-jährigen Menschen engagieren sich freiwillig. Der Anteil an der Altersgruppe ist damit rund halb so groß wie der Anteil der ehrenamtlich Engagierten in der Gesamtbevölkerung (39,7 %). Männer in der Altersgruppe »80 Jahre und älter« engagieren sich mit 28,4 % deutlich häufiger als gleichaltrige Frauen (15,3 %) (vgl. Abb. 60 auf Seite 179).

Ehrenamtliches Engagement (2019)



» Abb. 60: Engagementquote 80+ und Gesamtbevölkerung; Frauen, Männer und Gesamt (in %); Quelle: Arriagada und Simonson 2021, S. 3; Datenbasis: FWS 2019 (n=27.759), gewichtet, eigene Berechnungen des DZA; Darstellung verändert.

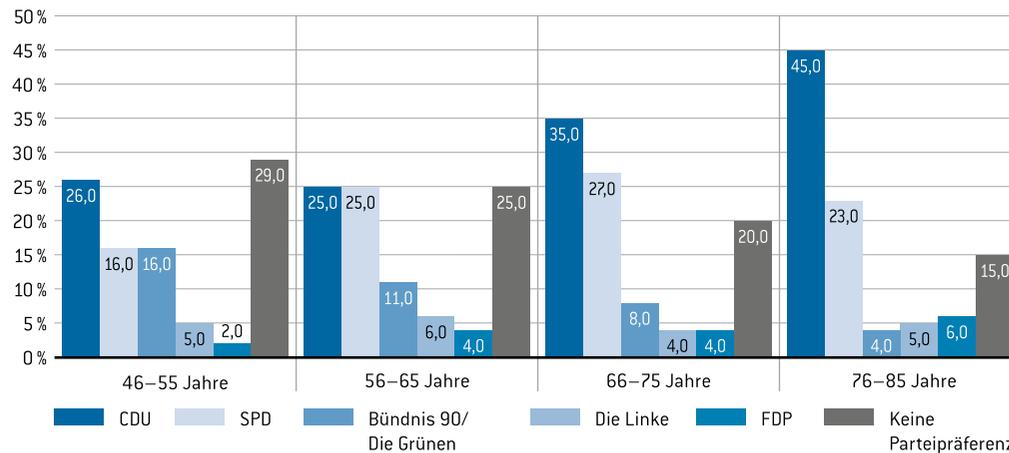
Warum sich hochaltrige Frauen seltener als Männer zivilgesellschaftlich engagieren, mag unterschiedliche Gründe haben: Frauen übernehmen auch im höheren Alter häufiger unbezahlte Sorgertätigkeiten wie Enkelbetreuung und Pflege (vgl. Klaus & Vogel 2019, S. 91). Darüber hinaus steigt die Wahrscheinlichkeit, ein Ehrenamt auszuüben, mit der Höhe des Bildungsabschlusses, und Frauen dieser Altersgruppe hatten deutlich schlechtere Bildungschancen (vgl. Vogel & Romeu Gordo 2019, S. 128 f.). Hinzu kommt eine durchschnittlich schlechtere funktionale Gesundheit älterer Frauen im Vergleich zu gleichaltrigen Männern (ebd., S. 129).

Gründe für das geringere Engagement der ab 80-Jährigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung werden in gesundheitlichen Einschränkungen oder dem Wunsch nach weniger Verpflichtungen vermutet (vgl. Arriagada & Simonson 2021, S. 6). Auch die Lebenssituation (z. B. weniger Anknüpfungspunkte

für Engagement) oder bestehende Altersgrenzen für die Ausübung von Engagement könnten von Bedeutung sein (ebd.). Dies spiegelt sich auch in den verschiedenen Engagement-Bereichen wider. Hier zeigt sich, dass ab 80-Jährige im Vergleich zur engagierten Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) häufiger in den Bereichen »Kultur und Musik«, »kirchlicher oder religiöser Bereich« und »Freizeit und Geselligkeit« engagiert sind. Seltener als die Engagierten aller Altersgruppen sind Hochaltrige in den Bereichen »Sport und Bewegung« oder »Schule und Kindergarten« aktiv. Geringe Unterschiede zwischen beiden Gruppen zeigen sich dagegen im Bereich »Politik und politische Interessensvertretung« und im sozialen Bereich (vgl. Abb. 84 auf Seite 256).

Während der Maßnahmen gegen die COVID-19-Pandemie, insbesondere der Ausgangs- oder Kontaktbeschränkungen, konnten Freizeitaktivitäten wie Ehrenamt, Unternehmungen mit Freundinnen, Freun-

Parteipräferenzen jüngerer und älterer Altersgruppen (2017)



» Abb. 61: Parteipräferenzen jüngerer und älterer Altersgruppen im Jahr 2017 [in %]; dargestellt wurden nur die Parteien, die mindestens in einer Altersgruppe von 5 % der Befragten genannt wurden; Quelle: Reis und Klaus 2020, S. 6; Datenbasis: DEAS 2017 (n=5.170), gewichtete Ergebnisse; eigene Darstellung (gerundet).

den oder im Verein nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen ausgeführt werden. Insbesondere für ältere Menschen, bei denen soziale Kontakte eine besondere Bedeutung für das Wohlbefinden und die physische und psychische Gesundheit haben, werden negative Auswirkungen vermutet (vgl. Huxhold, Engstler & Klaus 2020, S. 10).

Während zivilgesellschaftliches Engagement voraussetzungsreich ist und nur von einem kleinen Teil der Hochaltrigen ausgeübt wird, wird die politische Teilhabe in Form von Wahlen von den älteren Menschen deutlich häufiger genutzt (vgl. Vogel, Simonson & Tesch-Römer 2017, S. 64 f.). Bei der Bundestagswahl 2017 lag die Wahlbeteiligung der ab 70-Jährigen bei 75,8 % und entsprach damit fast der durchschnittlichen Wahlbeteiligung aller Altersgruppen mit 76,2 % (vgl. Der Bundeswahlleiter & Statistisches Bundesamt 2018, S. 11). Welchen

Parteien die älteren und hochaltrigen Menschen zuneigen, hat das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) in fünf Erhebungswellen des Alterssurveys von 2002 bis 2017 erhoben. Zur Erhebung der Parteipräferenz wurde gefragt: »Viele Menschen in Deutschland neigen längere Zeit einer bestimmten Partei zu, auch wenn sie ab und zu eine andere Partei wählen. Wie ist das bei Ihnen: Neigen Sie – ganz allgemein gesprochen – einer bestimmten Partei zu?«. Zur Beantwortung dieser Frage konnten verschiedene Parteien ausgewählt oder die Frage verneint werden (vgl. Reis & Klaus 2020, S. 2).

Im Ergebnis zeigt sich, dass höhere Altersgruppen häufiger konservative Parteien präferierten als jüngere Altersgruppen. Menschen im Alter zwischen 76- bis 85 Jahren bevorzugten deutlich die CDU und gaben seltener keine Parteipräferenz an als jüngere Altersgruppen. Abb. 61 auf Seite 180 stellt die

Parteipräferenzen der 46 bis 85-Jährigen im Jahr 2017 dar.

Diese Ergebnisse dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Vorliebe für bestimmte Parteien neben dem Alter von zahlreichen Einflussfaktoren bestimmt ist. So unterscheiden sich die Parteipräferenzen zwischen Ost- und Westdeutschen und nach Bildungsstand, Einkommen und Lebenszufriedenheit: Bei Betrachtung der Parteipräferenzen aller Personen der zweiten Lebenshälfte zeigt sich, dass Personen, die in Ostdeutschland lebten, seltener lang bestehende Parteien bevorzugten im Vergleich zu Westdeutschen. Menschen mit niedriger formaler Bildung bevorzugten eher CDU/CSU und AfD, höher Gebildete das Bündnis 90/Die Grünen, die Linke oder die FDP (vgl. Reis & Klaus 2020, S. 8 und 10). Personen, die Kleinstparteien oder die AfD präferierten, wiesen die geringste Lebenszu-

friedenheit auf (ebd., S. 13). Diejenigen, die keine Parteipräferenz angaben, hatten das geringste Durchschnittseinkommen (ebd., S. 14). Zwischen Männern und Frauen zeigten sich dagegen nur geringe Unterschiede (ebd., S. 7).

» 06.5 Mobilität

Mobilität erleichtert die Selbstständigkeit und soziale Teilhabe bis ins hohe Alter. Insbesondere im höheren Alter kann die individuelle Mobilität durch gesundheitliche, aber auch durch ökonomische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren eingeschränkt werden. Körperliche Erkrankungen, Schmerzen, Wahrnehmungseinschränkungen und

Mobilitätsquote und Unterwegszeit nach Alter (2017)

	Mobilitätsquote	Unterwegszeit (ohne regelmäßige berufliche Wege)	
		Pro Person und Tag	Pro mobile Person und Tag
Alle Personen	%	h:min	h:min
Gesamt	85	1:20	1:34
Alter			
0 bis 9 Jahre	88	1:01	1:09
10 bis 19 Jahre	85	1:12	1:25
20 bis 29 Jahre	86	1:25	1:39
30 bis 39 Jahre	89	1:29	1:39
40 bis 49 Jahre	89	1:28	1:39
50 bis 59 Jahre	87	1:28	1:42
60 bis 69 Jahre	83	1:23	1:40
70 bis 79 Jahre	79	1:15	1:35
80+	67	0:54	1:22

» Tab. 54: Mobilitätsquote und Unterwegszeit nach Alter im Jahr 2017; Quelle: Nobis und Kuhnimhof 2018, S. 27; Datenbasis: MiD 2017, Darstellung auszugsweise und verändert.

Tagesstrecke nach Verkehrsmittel und Alter (2017)

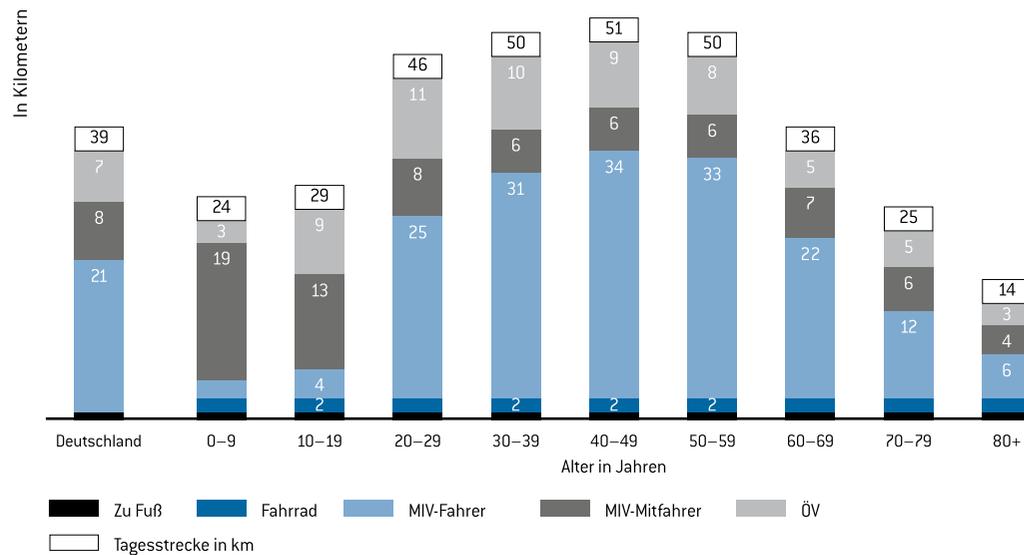


Abb. 62: Tagesstrecke nach Verkehrsmittel und Alter im Jahr 2017 (in Kilometern); Abweichungen von 100 % sind rundungsbedingt; Quelle: Nobis und Kuhnimhof 2018, S. 51; Datenbasis: MiD 2017; Darstellung verändert.

kognitive Beeinträchtigungen, geringe finanzielle Mittel, mangelnde Sprachkenntnisse und nicht zuletzt Barrieren in der Umgebung und fehlende (barrierefreie) Verkehrsmittel können dazu führen, dass Menschen im höheren Alter weniger mobil sind.

Mit der Studie »Mobilität in Deutschland 2017« (»MiD 2017«) (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018) wurde das Mobilitätsverhalten der in Deutschland lebenden Menschen umfassend untersucht. Die Erhebungen zeigen, dass sich das Mobilitätsverhalten verschiedener Altersgruppen erheblich unterscheidet.

Anzahl, Länge und Zweck der Wege

Welche Strecken legen ältere Menschen täglich zurück, wie lange sind sie unterwegs und welche Entfernungen bewältigen sie dabei? Diese grundlegenden Kenngrößen zur Beschreibung der Mobilität wurden in der Studie in den verschiedenen Altersgruppen erhoben. Damit ließ sich die Entwicklung der außerhäuslichen Mobilität über die Lebensalter abbilden.

Die Mobilitätsquote beschreibt den Anteil der Personen, die an einem Tag mindestens einmal aus dem Haus gehen (vgl. Nobis u. a. 2019, S. 29). Die Quote betrug im Durchschnitt 85 % (ebd., S. 31). Sie war im mittleren Alter am höchsten und betrug bei den ab 80-Jährigen 67 % (ebd.). Im Vergleich zum

Jahr 2002 war die Mobilitätsquote der 80-Jährigen um fünf Prozentpunkte gestiegen (ebd., S. 30).

Die durchschnittliche »Unterwegszeit« ohne berufliche Wege lag bei einer Stunde und 20 Minuten, bei ausschließlicher Betrachtung mobiler Personen bei einer Stunde und 34 Minuten. Personen ab 80 Jahren waren mit 54 Minuten kürzere Zeit unterwegs (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 27). Bei ausschließlicher Betrachtung der mobilen ab 80-Jährigen erhöhte sich die Unterwegszeit auf eine Stunde und 22 Minuten, lag aber weiterhin unter dem Durchschnitt (vgl. Tab. 54 auf Seite 181). Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2002 stieg die durchschnittliche Unterwegszeit bei den ab 80-Jährigen um 14 Minuten (vgl. Nobis u. a. 2019, S. 31).

Welche Strecken legen ältere Menschen täglich zurück? Welche Verkehrsmittel benutzen sie dabei? Abb. 62 auf Seite 182 zeigt die Tagesstrecke nach Verkehrsmitteln und Alter. Deutlich wird, dass die zurückgelegte Tagesstrecke mit dem Alter abnimmt. Zehn von 14 Tageskilometern legten die ab 80-Jährigen selbst oder mit anderen Personen mit dem Pkw zurück, drei mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Mit dem Fahrrad oder zu Fuß wurden im Durchschnitt zusammen nur etwa ein Kilometer pro Tag zurückgelegt (Abb. 62 auf Seite 182).

Die pro Tag durchschnittlich zurückgelegte Strecke der ab 80-Jährigen ist deutlich kürzer als die aller anderen Altersgruppen. Dabei zeigen sich, wie in fast allen Altersgruppen, Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Im Tagesdurchschnitt legten über 80-jährige Männer mit 19 Kilometern längere Strecken zurück als Frauen mit 11 Kilometern. Männer waren davon 12 Kilometer als Fahrer und drei Kilometer als Beifahrer im Pkw unterwegs, Frauen zwei Kilometer als Fahrerinnen und fünf Kilometer als Beifahrerinnen. Mit den öffentlichen Verkehrsmitteln fuhren sowohl Frauen als auch Männer im Durchschnitt jeweils drei Kilometer (vgl. Abb. 63 auf Seite 183).

Tagesstrecke nach Verkehrsmittel im Alter 80 und älter (2017)

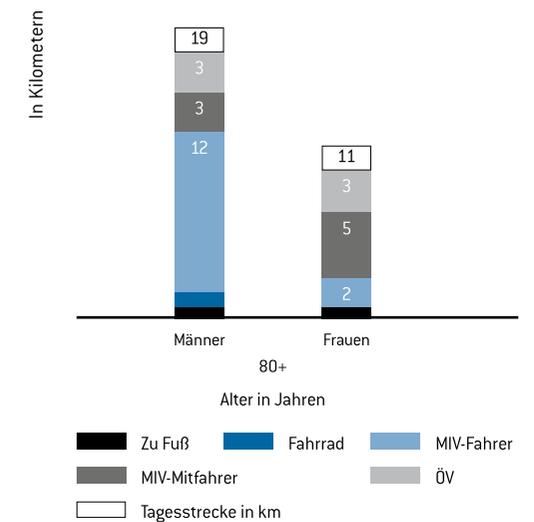
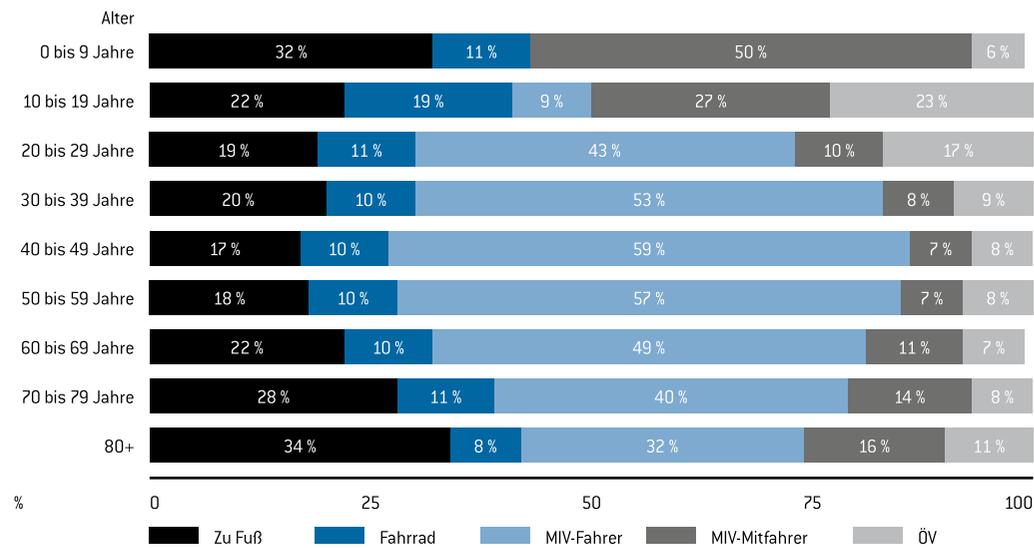


Abb. 63: Tagesstrecke nach Verkehrsmittel im Alter 80+ nach Geschlecht im Jahr 2017 (in Kilometern); Quelle: Nobis und Kuhnimhof 2018, S. 52; Datenbasis: MiD 2017; Darstellung auszugsweise und verändert.

Der »Modal Split« bezeichnet die Anteile der Verkehrsmittel am Verkehrsaufkommen (zurückgelegte Wege) oder an der Verkehrsleistung (zurückgelegte Personenkilometer) (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 45). Abb. 64 auf Seite 184 zeigt, dass der motorisierte Individualverkehr (MIV) im mittleren Alter den höchsten Anteil an allen Wegen hat und danach abnimmt, während insbesondere das Zufußgehen zugenommen hat: Über 80-Jährige liefen anteilmäßig häufiger zu Fuß als alle anderen Altersgruppen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie längere Strecken zu Fuß zurücklegten als andere Altersgruppen, sondern lediglich, dass sie andere Verkehrsmittel seltener benutzten und insgesamt

Anteil der genutzten Verkehrsmittel am Verkehrsaufkommen (2017)



» Abb. 64: Modal Split des Verkehrsaufkommens nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %, alle Wege); Quelle: Nobis und Kuhnimhof 2018, S. 50; Datenbasis: MiD 2017; Darstellung auszugsweise und verändert.

eine geringere Tagesstrecke zurücklegten (vgl. auch Abb. 62 auf Seite 182).

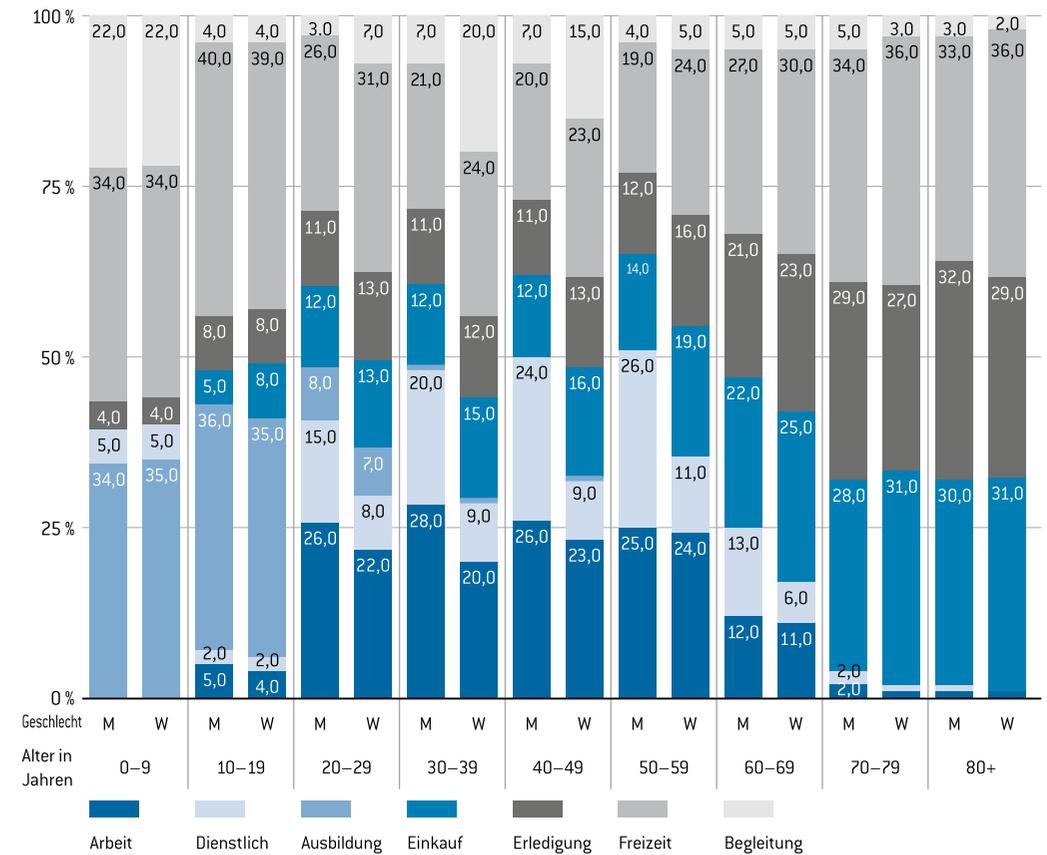
Führerschein- und Pkw-Besitz

Beim Vergleich der MiD-Erhebungen der Jahre 2002 bis 2017 fällt auf, dass sich Unterschiede hinsichtlich des Führerscheinbesitzes im Alter angeglichen haben: Während ältere Männer im Jahr 2002 noch seltener als jüngere Männer einen Führerschein besessen haben, hatten sich diese Werte im Jahr 2017 angeglichen (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 68). Dagegen zeigten sich bei den älteren Frauen noch Unterschiede zu den jüngeren Frauen, die sich aber im Vergleich zu 2002 deutlich verringert haben (vgl. Abb. 85 auf Seite 257): So besaßen im Jahr

2002 nur 18 % der ab 85-jährigen Frauen einen Führerschein, im Jahr 2017 waren es bereits 37 % (vgl. Nobis u. a. 2019, S. 68). Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen werden sich auch bei den Frauen zunehmend verringern, so dass bei älteren Frauen in Zukunft ein verändertes Mobilitätsverhalten erwartet wird (ebd.).

Der zunehmende Führerscheinbesitz älterer Menschen wirkt sich auch auf den Pkw-Besitz aus. Dargestellt wird im MiD die Anzahl der Pkws in Haushalten, in denen alle Personen über 65 Jahre alt sind (vgl. Nobis u. a. 2019, S. 69). Während im Jahr 2002 die Hälfte der über 65-jährigen Frauen in Haushalten ohne Auto lebte, waren es im Jahr 2017 nur noch rund ein Viertel. Bei den Männern ist der Anteil der Haushalte ohne Pkw von 21 % im Jahr 2002 auf 11 % im Jahr 2017 gesunken (ebd.).

Wegezwecke (2017)



» Abb. 65: Wegezwecke nach Alter und Geschlecht (in %, alle Wege); Abweichungen zu 100 % sind rundungsbedingt; Quelle: Nobis und Kuhnimhof 2018, S. 64; Datenbasis: MiD 2017; Darstellung verändert.

Welche Ziele und Zwecke verfolgen ab 80-jährige Menschen, wenn sie mobil sind? Rund 60 % der Wege machten Einkäufe und Erledigungen aus, mindestens ein Drittel der Wege entfielen auf Freizeitaktivitäten (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 64). Während sich die Wegezwecke im Alter von

20 bis 70 Jahren zwischen Frauen und Männern deutlich unterschieden, verringerten sich diese Unterschiede bei den höheren Altersgruppen (vgl. Abb. 65 auf Seite 185).

Pedelecs

Pedelecs – elektronisch unterstützte Fahrräder – erleichtern es, längere oder bergige Strecken zu fahren. Sie können damit insbesondere im Alter eine Alternative zum Fahrrad oder zum Auto sein. Während die meisten Menschen in Deutschland ein Fahrrad besitzen, verfügt nur eine von zwanzig Personen über ein Pedelec (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 91). Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Raumtypen: Im kleinstädtischen und ländlichen Raum besitzen rund dreimal so viele Personen ein Pedelec wie in den Metropolregionen (ebd.). Am häufigsten nutzten die 60- bis 79-Jährigen (2 %) Pedelecs (ebd., S. 93). Bei den ab 80-Jährigen waren es 1 % und damit ein ebenso

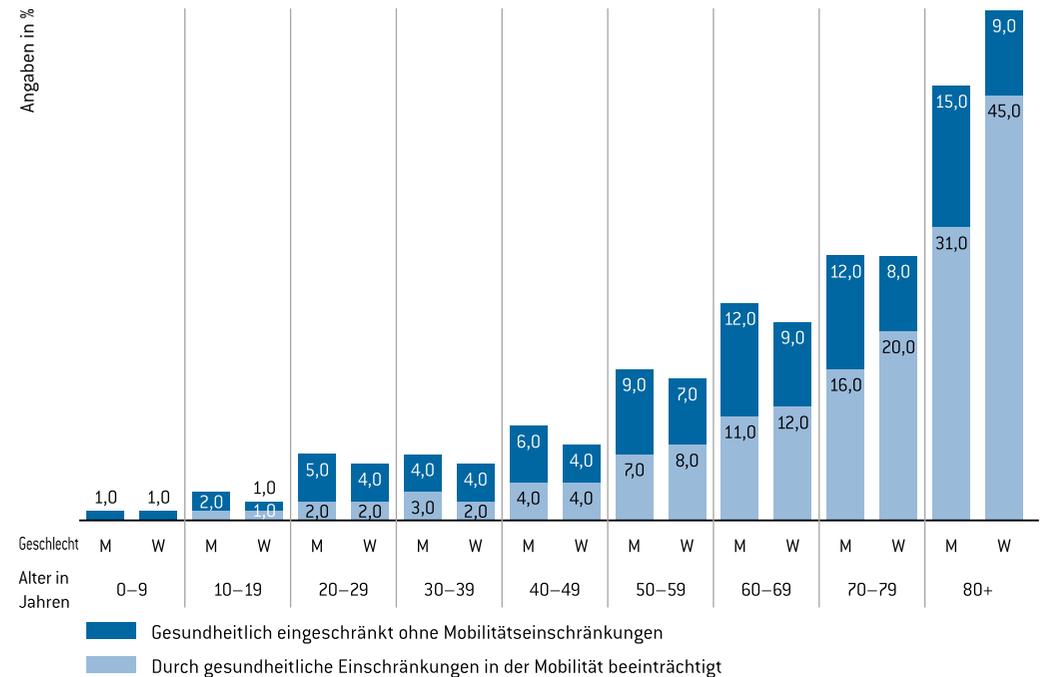
großer Anteil wie bei den 40- bis 59-Jährigen. Von jüngeren Altersgruppen wurde das Pedelec noch seltener genutzt (vgl. Tab. 55 auf Seite 186). In der Mobilitätsstudie wird darauf hingewiesen, dass es sich hier um einen Mobilitätstrend handelt, der eher von älteren Menschen auf dem Land vorangetrieben wird (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 93). Tab. 55 auf Seite 186 verdeutlicht, dass das Fahrrad von den ab 80-Jährigen mit 6 % am Stichtag deutlich häufiger benutzt wurde als das Pedelec (1 %). Zugleich wurden mit dem Pedelec deutlich längere Strecken zurückgelegt als mit dem Fahrrad. Die höheren Tagesdistanzen, die mit dem Pedelec im Vergleich zum Fahrrad zurückgelegt werden können, veranschaulicht Abb. 86 auf Seite 258. Die mit dem Pedelec zurückgelegten Distanzen lagen in

Nutzung von Fahrrädern und Pedelecs (2017)

	Personenanteile mit Nutzung von Fahrrad und Pedelec am Stichtag		Kilometer der Nutzer am Stichtag	
	Konventionelles Fahrrad	Pedelec	Mit konventionellem Fahrrad	Mit Pedelec
Alle Personen	%	%	km	km
Gesamt	13	1	9	16
Alter				
0 bis 9 Jahre	15	<0,5	4	6
10 bis 19 Jahre	21	<0,5	8	12
20 bis 29 Jahre	12	<0,5	11	11
30 bis 39 Jahre	13	<0,5	11	15
40 bis 49 Jahre	14	1	11	18
50 bis 59 Jahre	12	1	11	17
60 bis 69 Jahre	12	2	10	17
70 bis 79 Jahre	10	2	9	16
80+	6	1	7	13

>> Tab. 55: Nutzerinnen und Nutzer von Fahrrädern und Pedelec am Stichtag mit zurückgelegten Entfernungen (2017) (in % und Kilometer); Quelle: Nobis und Kuhnimhof 2018, S. 93; Datenbasis: MiD 2017; Darstellung auszugsweise und verändert.

Personen mit Mobilitätseinschränkungen (2017)



>> Abb. 66: Anteil Personen mit Mobilitätseinschränkungen nach Alter und Geschlecht (in %); Quelle: Nobis und Kuhnimhof 2018, S. 99; Datenbasis: MiD 2017; Darstellung verändert.

allen Altersgruppen um 4 bis 8 Kilometer höher im Vergleich zum Fahrrad (vgl. Nobis 2019, S. 61). Das Pedelec erweiterte damit den Radius des Fahrrads erheblich – dies gilt auch im höheren Alter.

Das Tragen eines Fahrradhelms kann die Sicherheit erhöhen, ist unter älteren Menschen jedoch nicht sehr verbreitet: Nur 22 % der über 80-Jährigen gaben an, (fast) immer einen Helm zu tragen, 11 % trugen ihn gelegentlich, rund zwei Drittel nie (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 97). Damit wurden Helme von den ab 80-Jährigen so selten wie in fast keiner anderen Altersgruppe genutzt – nur die 20 bis 29-Jährigen nutzten ähnlich selten Helme. Im

Durchschnitt aller Altersgruppen trugen rund ein Drittel der Befragten (fast) immer Helme und 16 % gelegentlich einen Helm (ebd.).

Mobilitätseinschränkungen

Im MiD 2017 wurden auch Mobilitätseinschränkungen erfasst. In der Altersgruppe der ab 80-Jährigen gaben 45 % der Frauen und 31 % der Männer an, durch gesundheitliche Einschränkungen in der Mobilität beeinträchtigt zu sein (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 99). Gesundheitlich eingeschränkt

ohne Mobilitätseinschränkungen waren 9 % der Frauen und 15 % der Männer (vgl. Abb. 66 auf Seite 187).

Mit zunehmendem Alter erhöht sich auch der Anteil derjenigen, die aus gesundheitlichen Gründen auf das Autofahren verzichten: 52 % der Befragten ab 80-jährigen Personen ohne Auto im Haushalt gaben an, aus gesundheitlichen Gründen kein Auto zu besitzen (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 101). Ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen legten deutlich weniger Kilometer pro Tag zurück als der Durchschnitt älterer Menschen, insbesondere, wenn sie über kein Auto verfügten (vgl. Nobis & Kuhnimhof 2018, S. 101).

» 06.6 Fazit

Hochaltrige Menschen haben in der Regel schon eine längere arbeitsfreie Zeit hinter sich, so dass sie auf langjährige Erfahrung bei der Gestaltung der freien Zeit zurückblicken können. Sie sind im Durchschnitt mit ihrem Leben recht zufrieden. Auch wenn das Altersbild der 70- bis 85-Jährigen negativer ausfällt als in den jüngeren Altersgruppen, zeigen Veränderungen im zeitlichen Verlauf, dass das Alter zunehmend positiver bewertet wird. Der Anteil derjenigen, die sich diskriminiert fühlen, ist relativ gering. Berücksichtigt werden muss dabei jedoch die Heterogenität dieser Altersgruppe: So zeigen sich bei vielen Befunden Unterschiede hinsichtlich der formalen Bildung und damit wahrscheinlich auch in Hinblick auf andere Ressourcen. Daten zu Menschen mit Migrationshintergrund im hohen Alter liegen selten vor, ebenso Daten zu Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen wohnen.

Folgt man der in der Einleitung vorgestellten Einteilung von Freizeit als persönliche oder produktive Zeit – eine Einteilung, die nicht immer trennscharf ist – finden sich erwartungsgemäß beide Aspekte wieder: Vor allem Fernsehen und Radiohören, aber auch Heimwerken und Handarbeiten, und der Bereich Blumen und Gärten sind Betätigungsfelder der Hochaltrigen. Die Daten zur sportlichen Betätigung unterscheiden sich zwischen den Erhebungen, aber Bewegungsformen wie Gymnastik und Spazieren gehen nehmen eine wichtige Rolle ein.

Zeitungen und Zeitschriften spielen bei den ab 80-Jährigen eine größere Rolle als für jüngere Altersgruppen. Das Internet nutzen Hochaltrige gegenwärtig (Redaktionsschluss 2021) noch seltener als andere Altersgruppen. Während der Pandemie stieg die Nutzung des Internets in der Altersgruppe an, insbesondere zur Aufrechterhaltung bestehender sozialer Kontakte. Allerdings unterliegen

die Daten zur Internetnutzung älterer Menschen ohnehin einem schnellen Wandel, und die Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer steigt kontinuierlich. Im Moment verfügen jedoch insbesondere hochaltrige Menschen nicht immer über einen Zugang zum Internet und der Zugang unterscheidet sich nach Bildung, Geschlecht und Migrationshintergrund. Deutlich eingeschränkt ist der Zugang zum Internet in stationären Pflegeeinrichtungen.

In Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe lässt sich feststellen, dass ein Fünftel der ab 80-jährigen Menschen sich freiwillig engagieren, wobei sie dies häufiger tun als Engagierte anderer Altersgruppen in den Bereichen »Kultur und Musik«, »kirchlicher oder religiöser Bereich« und »Freizeit und Geselligkeit«. Im politischen Bereich zeigt sich, dass höhere Altersgruppen häufiger langjährig etablierte Parteien bevorzugen.

Mobilität kann Freizeit und Teilhabe stark beeinflussen. Ab 80-Jährige sind im Durchschnitt seltener unterwegs und legen kürzere Strecken zurück als jüngere Altersgruppen. Sie laufen anteilmäßig häufiger zu Fuß als alle anderen Altersgruppen. Dennoch werden Veränderungen deutlich: So haben ältere Männer häufiger einen Führerschein als früher, und auch bei den Frauen werden sich die Unterschiede beim Führerscheinbesitz zwischen den Altersgruppen (und den Männern) in Zukunft voraussichtlich verringern. Dies wird bereits am gestiegenen Pkw-Besitz in den Haushalten höherer Altersgruppen deutlich. Der Anteil der Hochaltrigen, die mit dem Fahrrad unterwegs ist, ist vergleichsweise gering. Unter ihnen nutzt ein kleiner Teil Elektroräder, sogenannte Pedelects. Dabei handelt es sich hier offenbar um einen Mobilitätstrend, der eher von älteren Menschen auf dem Land vorangetrieben wird.

Ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen sind deutlich seltener unterwegs als der Durchschnitt älterer Menschen, insbesondere, wenn

sie über kein Auto verfügen. Umso wichtiger sind Alternativen zur Pkw-Mobilität sowie barrierearme Wege und Verkehrsmittel, auch in den ländlichen Regionen.

Die COVID-19-Pandemie und der Umgang damit hatten auch Auswirkungen auf die Freizeit und Teilhabe ab 80-jähriger Menschen. Auch wenn die Bedrohung durch COVID-19 bislang mehrheitlich nicht als stark empfunden wurde, wurden Aktivitäten wie Sport und Spazieren gehen zum Teil seltener betrieben. Auch das zivilgesellschaftliche Engagement oder soziale Kontakte (vgl. Kapitel 6.4 auf Seite 178) konnten im Zuge der Kontaktbeschränkungen längere Zeit nicht wahrgenommen werden. Dies barg und birgt Risiken insbesondere für die älteren Menschen, z. B. Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit, die sich jedoch nicht immer in den bisher vorliegenden Daten widerspiegeln.

Das Leben in stationären Einrichtungen oder mit starken gesundheitlichen Einschränkungen ist mit dem Risiko verbunden, dass selbstbestimmte Freizeit und Teilhabe nur schwer zu verwirklichen sind. Freizeitgestaltung erfordert neben Zeit und Geld oft Eigeninitiative, Informiertheit, Mobilität und vor allem entsprechende Angebote. Wenn diese Ressourcen nicht vorhanden sind, muss häufig auf die Angebote zurückgegriffen werden, die verfügbar sind und der selbstbestimmte und ggf. produktive Charakter der Freizeit kann nur noch eingeschränkt verwirklicht werden. Studien, die Menschen in belasteten gesundheitlichen Situationen oder in stationären Pflegeeinrichtung mit einbeziehen, sind jedoch rar.

» Wohnen

Dieses Kapitel befasst sich mit der Wohnsituation von hochaltrigen Menschen. Wir stellen dar, wo sie wohnen, wie ihre Wohnungen und Häuser durchschnittlich ausgestattet sind, in welchen Wohnformen sie zu Hause sind und wie hoch ihre Wohnmobilität ist. In Kapitel 6 auf Seite 167 haben wir dargelegt, wie die Bedeutung der eigenen Wohnung für die alltägliche Lebensführung im hohen Alter zunimmt.

Die räumliche Umwelt stellt eine der wesentlichen Voraussetzungen dafür dar, wie selbstständig alte Menschen leben und wohnen können, ob ein eigener Haushalt trotz körperlicher oder kognitiver Einschränkungen geführt werden kann und welche Be- oder Entlastung die Wohnbedingungen für den Einzelnen bedeuten. Beeinträchtigungen, die durch eine unzureichende Wohnsituation entstehen, be-

lasten sehr alte Menschen noch stärker als jüngere, meist mobilere und weniger an die Häuslichkeit gebundene Personen.

In Kapitel 5.2 auf Seite 139 wurde deutlich, in welchem Umfang sich die funktionale Gesundheit in der Hochaltrigkeit verändert. Die Möglichkeit, die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL)⁵⁰ selbstständig zu erledigen, ist nicht zuletzt auch von den Umweltgegebenheiten, in denen diese geschehen, abhängig. Eine barrierearme Wohnung und ein förderliches Wohnumfeld können hierzu einen entscheidenden Beitrag liefern. Vor diesem Hintergrund gilt es, im Folgenden einen sorgfältigen und kritischen Blick auf die Wohnbedingungen von alten Menschen in Deutschland zu werfen, auf deren Grundlage künftige Handlungserfordernisse dargestellt werden können. Dabei nehmen wir nicht

nur die Wohnungen bzw. Wohnräume selbst in den Blick, sondern auch das Wohnquartier.

» 07.1 Regionale Verteilung: Wo wohnen die alten Menschen?

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) stellt über eine Webanwendung in regelmäßiger Aktualisierung die räumliche Verteilung der deutschen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht dar (BBSR 2021b). Die Bevölkerungsdaten werden auf unterschiedlichen räumlichen Ebenen abgebildet, von der Bundes- über die Landesebene bis hin zur Ebene der Kreise und Gemeinden, sowie nach Siedlungstypen. Wir beschränken uns hier auf die Darstellung der Bevölkerungsverteilung in den Bundesländern und betrachten zusätzlich die Situation in den verschiedenen Siedlungstypen, unterschieden nach Ost- und Westdeutschland. Dabei wird deutlich, dass sich die Bevölkerungsstruktur auf kleinräumlicher Ebene durchaus von der Verteilung auf Landesebene unterscheiden kann.

Deutschlandweit waren im Jahr 2019 den INKAR-Daten zufolge 11,5 % der Bevölkerung über 75 Jahre alt; 2,9 % der Bevölkerung waren 85 Jahre alt und älter (vgl. Tab. 81 auf Seite 235). Werfen wir einen Blick auf die einzelnen Bundesländer, so lassen sich Unterschiede feststellen. Während in Sachsen und Sachsen-Anhalt mit über 14 % etwa jede siebte Person 75 Jahre alt und älter war, lag der Anteil in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin mit etwa 10 % deutlich niedriger. In der Altersgruppe der ab 85-Jährigen waren die regionalen Unterschiede wesentlich geringer. Den höchsten Anteil von Ange-

hörigen dieser Altersgruppe wies mit 3,6 % erneut Sachsen auf, gefolgt von Sachsen-Anhalt, Thüringen und dem Saarland mit 3,2 % sowie Brandenburg mit 3,1 % der Bevölkerung. Den mit 2,5 % bzw. 2,3 % geringsten Anteil an Menschen im Alter von ab 85 Jahren verzeichneten die Stadtstaaten Hamburg und Berlin (vgl. Tab. 81 auf Seite 235). Der höhere Anteil von ab 75-Jährigen in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern legt den Schluss nahe, dass der Anteil der Hochaltrigen sich in diesen Ländern auch weiterhin auf einem relativ hohen Niveau bewegen wird. Auch hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter in den Altersgruppen zeigen sich regionale Unterschiede. In sämtlichen Bundesländern überwog der Anteil der alten Frauen deutlich gegenüber den der alten Männer. Während aber beispielsweise in Baden-Württemberg Frauen im Jahr 2019 rund 67 % der ab 85-jährigen Bevölkerung stellten, waren dies in Sachsen-Anhalt rund 70 % (BBSR 2021b).

Das Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) stellt die Bevölkerungsverteilung nach Alter nicht nur bezogen auf die administrativen Raumeinheiten dar, sondern auch in Bezug auf unterschiedliche Siedlungsstrukturtypen von Stadt-Land-Regionen. Diese werden anhand der Merkmale »Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten«, »Einwohnerdichte der Stadt-Land-Region« und »Einwohnerdichte der Stadt-Land-Region ohne Berücksichtigung der Groß- und Mittelstädte« gebildet und »sind in Größe und Ausdehnung sehr heterogen« (BBSR 2020). Es werden drei Typen unterschieden:

1. »Stadt-Land-Regionen mit städtischem Charakter: Stadt-Land-Regionen mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50 % mit einer Einwohnerdichte von mind. 150 E./km² sowie Stadt-Land-Regionen mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 150 E./km²

⁵⁰ Die ADL (Activities of Daily Living) beziehen sich auf basale Aktivitäten der Sorge für sich selbst (z. B. Essen, Trinken, An- und Ausziehen, Körperpflege), während die IADL (Instrumental Activities of Daily Living) messen, inwieweit eine Person ihren Haushalt und Alltag alleine regeln kann (z. B. Einkaufen, Essen zubereiten, Wäsche waschen, finanzielle Dinge regeln).

Einwohnerinnen und Einwohner nach Siedlungsstrukturtyp (2019)

Raumeinheit	Einwohner/innen 75 Jahre und älter, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung	Anteil Frauen an den Einwohner/innen 75 Jahre und älter	Einwohner/innen 85 Jahre und älter, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung	Anteil Frauen an den Einwohner/innen 85 Jahre und älter
Städtische Regionen Ost	11,5 %	60,1 %	2,7 %	69,2 %
Regionen mit Verstärkungsansätzen Ost	14,7 %	60,7 %	3,6 %	69,3 %
Ländliche Regionen Ost	13,9 %	60,3 %	3,3 %	68,3 %
Städtische Regionen West	11,0 %	59,2 %	2,8 %	66,2 %
Regionen mit Verstärkungsansätzen West	11,2 %	58,8 %	2,8 %	66,5 %
Ländliche Regionen West	11,3 %	58,6 %	2,8 %	66,6 %

» Tab. 56: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter ab 75 und ab 85 Jahren nach Siedlungsstrukturtyp und Ost- bzw. Westdeutschland im Jahr 2019 (in % der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung); Quelle: BBSR 2021; Datenbasis: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Bundes und der Länder, Eurostat Regio Datenbank, Stichtag zum 01.01.2019; © 2021 Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn; Lizenz: Datenlizenz Deutschland – Namensnennung – Version 2.0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0), veränderte Darstellung.

2. Stadt-Land-Regionen mit Verdichtungsansätzen: Stadt-Land-Regionen mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50 %, aber einer Einwohnerdichte unter 150 E./km² sowie Stadt-Land-Regionen mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 100 E./km²
 3. Dünn besiedelte Stadt-Land-Regionen: Stadt-Land-Regionen mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km²« (BBSR 2020).
- Der Anteil hochaltriger Menschen an der Gesamtbevölkerung war 2019 in den städtischen Regionen Ostdeutschlands am geringsten (vgl. Tab. 56 auf Seite 192). Er nahm allerdings nicht kontinuierlich mit einer abnehmenden Einwohnerdichte zu, sondern war am größten in Regionen mit Verdichtungsansätzen in Ostdeutschland, gefolgt von den ländlichen Regionen in Ostdeutschland.⁵¹ Gründe hierfür können nur vermutet werden. Ein möglicher Grund kann in der Abwanderung junger Menschen auch aus Regionen mit Verdichtungsansätzen im Osten Deutschlands liegen. Eine zielgerichtete Planung der Infrastruktur und Versorgungslandschaft erfordert in jedem Falle einen sozialraumorientierten Blick und eine Berücksichtigung der Bedingungen vor Ort unter der Beteiligung der jeweiligen Kommunen und Kreise.

51 Ostdeutsche Regionen mit Verdichtungsansätzen sind beispielsweise Weimar, der Vogtlandkreis oder Zwickau (vgl. BBSR 2021a).

Bis zum Jahr 2040 rechnet das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) mit einem kontinuierlichen Anstieg der Zahl Hochaltriger um bundesweit durchschnittlich rund 30 % auf fast 7 Millionen Personen (vgl. Maretzke u. a. 2021, S. 12). Der Prognose zufolge werden die ab 80-Jährigen dann 31,8 % der Personen im Rentenalter stellen (vgl. ebd.). In den meisten östlichen Bundesländern, Kreisen und Kommunen, die zum Teil zudem von starker Abwanderung junger Menschen betroffen waren bzw. sind, ist der Anteil der ab 80-Jährigen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung bereits vergleichsweise hoch; dies ist auch für die kommenden beiden Jahrzehnte zu erwarten (vgl. Abb. 87 auf Seite 259). In Ostdeutschland und dort insbesondere »in den peripher gelegenen und schrumpfenden Regionen« wird zudem der relative Anstieg des für den Gesundheits- und Pflegesektor bedeutsamen Anteils hochaltriger Menschen im Verhältnis zur Zahl älterer Erwerbsfähiger, die den überwiegenden Teil der Versorgung und Pflege übernehmen, in den kommenden Jahren am stärksten ausgeprägt sein (vgl. Abb. 88 auf Seite 260). Den höchsten Anteil Hochbetagter im Verhältnis zu älteren Erwerbsfähigen wird es im »Vogtlandkreis, in den Kreisen Altenburger Land, Görlitz, Gera (Stadt), Frankfurt an der Oder (Stadt) und Greiz« (vgl. ebd.) geben; in Westdeutschland wird in Pirmasens die höchste Quote erwartet (vgl. ebd.).

Die 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes geht von einer Stabilisierung der Zahl der Hochaltrigen auf hohem Niveau bis Anfang der 2030er Jahre aus und

prognostiziert dann bis zum Jahr 2050 eine kontinuierliche Zunahme auf, je nach zugrunde gelegten Annahmen, 8,9 bis 10,5 Millionen ab 80-jährige Personen (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2019a, S. 25). Für die Zeit bis 2060 wird ein Rückgang der Zahl der Hochaltrigen um ca. eine Million Menschen erwartet (vgl. ebd.). Der »Ausblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Bundesländern nach dem COVID-19-Jahr 2020« (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021f) sieht zwar gewisse Verschiebungen, jedoch mit Blick auf die langfristigen Entwicklungen »keine Hinweise auf abrupte tiefgreifende Trendveränderungen, welche deutlich abweichende alternative Annahmen erfordern würden« (ebd.). Der langfristigen Bevölkerungsvorausberechnung zufolge wird – basierend auf den Zahlen des Jahres 2018 und unter der Annahme einer moderaten Entwicklung von Geburtenrate, Lebenserwartung und Wanderung (Variante 2)⁵² – erwartet, dass die Zahl der 80- bis unter 85-Jährigen von rund 3.282.000 Personen im Jahr 2019 um 31 % auf rund 4.302.000 Personen im Jahr 2050 anwachsen wird; aufgrund des dann bis zum Jahr 2060 zu erwartenden Rückgangs beträgt die bis zum Jahr 2060 im Vergleich zum Jahr 2019 erwartete Veränderung »nur« einen Zuwachs von 8,3 % auf 3.552.000 Personen im Alter von 80 bis unter 85 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021i; eigene Berechnungen). Die Gruppe der ab 85-Jährigen wird in diesem Zeitraum von 2.229.000 auf 4.912.000 Personen im Jahr 2050, und damit um ca. 120 %, wachsen; im Jahr 2060 wird sich die Anzahl gegenüber dem Jahr 2019 mit 4.568.000 ab 85-Jährigen etwas mehr als verdoppeln. Die Altersgruppe der ab 80-Jähri-

52 Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes beinhaltet Eckzahlen, Quotienten, Schätzwerte zu Einzelaltersjahren sowie Annahmen zu Lebendgeborenen, Gestorbenen und Wanderungssalden für insgesamt neun Hauptvarianten (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2019a, S. 47).

gen wird nach dieser Annahme im Jahr 2050 etwa 9.667.000 Personen umfassen, was einem Anstieg von 71 % gegenüber dem Jahr 2019 entspräche; bis 2060 wären es 8.847.000 Personen und ein Anstieg gegenüber 2019 von 56 % (vgl. ebd.; eigene Berechnungen).

» 07.2 Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten

Wie wohnen die alten Menschen? Sind sie die Eigentümerinnen oder Eigentümer ihrer Wohnungen oder Häuser? Wie viele der ab 80-Jährigen wohnen im eigenen Haushalt und welche Ausstattungsmerkmale weisen ihre Wohnungen auf?

Der weitaus überwiegende Teil der alten Menschen wohnt selbstständig, allein oder in Partnerschaft, in herkömmlichen Wohnungen oder Häusern, die sie oft vor langer Zeit gemietet oder gekauft haben. Laut Daten des DEAS 2017 wohnten die ab 80-Jährigen durchschnittlich bereits seit 37,7 Jahren in der jeweiligen Wohnung oder im Haus (vgl. Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 88). Laut Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes waren Ende 2019 5.681.135 ab 80-Jährige in Deutschland gemeldet (vgl. Kapitel 2 auf Seite 14). Laut Pflegestatistik lebten 585.053 (10 %) der Personen im Alter ab 80 Jahren in einer stationären Pflegeeinrichtung (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2020b; eigene Berechnungen). Zum Anteil von Hochaltrigen, die in altersspezifischen oder altersgemischten, betreuten oder gemeinschaftlichen Wohnformen (vgl. Höpflinger 2018, S. 16–19) lebten, liegen keine belastbaren Daten vor. Unstrittig ist jedoch, dass

die hier betrachtete Altersgruppe der ab 80-Jährigen zum weit überwiegenden Teil im allgemeinen Wohnungsbestand lebte, und auch Menschen mit Pflege- und/oder Unterstützungsbedarfen in der Mehrzahl in der eigenen Wohnung versorgt wurden (vgl. Kapitel 5.2 auf Seite 139).

In der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2018 wurden unter anderem Daten zur Wohnsituation privater Haushalte erhoben, in denen die Haupteinkommensperson 80 Jahre und älter war (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2019d). Die verfügbare Statistik beruht auf den Angaben von 2.655 Haushalten, die auf 2.247.000 Haushalte hochgerechnet wurden (vgl. ebd., S. 27–29). Unter den Privathaushalten mit ab 80-jähriger Haupteinkommensbeziehender Person wohnte im Jahr 2018 mit 47,6 % fast die Hälfte im eigenen Wohneigentum; etwas mehr als die Hälfte (52,4 %) wohnten zur Miete (ebd., S. 29). Diese Zahlen unterscheiden sich von denen der jüngeren Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen, in der mit 52,3 % ein so hoher Anteil wie sonst in keiner Altersgruppe in der eigenen Immobilie lebte (ebd.). Laut DEAS 2017 lag der Anteil der ab 80-Jährigen, die zur Miete lebten, bei nur rund 42 % (vgl. Tab. 84 auf Seite 238). Neben Unterschieden in der Erhebungs- und Hochrechnungsmethode könnten diese Unterschiede beispielsweise darauf zurückzuführen sein, dass sich die DEAS-Daten auf ab 80-jährige Befragte beziehen, während die Angaben des Mikrozensus auf Haushalten beruhen, in denen die Haupteinkommensbeziehende Person 80 Jahre oder älter ist.

Dem Statistischen Bundesamt zufolge lebten zum Stichtag 1.1.2018 rund 48 % der privaten Haushalte mit einem oder einer Haupteinkommensbeziehenden Person im Alter von 80 Jahren und mehr in einem Mehrfamilienhaus, ca. 39 % in einem Ein- und knapp 14 % in einem Zweifamilienhaus (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis] 2019d, S. 28–29).

Wohneigentumsquote 70- bis 85-Jähriger (2014)

	Männer	Frauen	Gesamt
Westdeutschland	71,4 %	58,5 %	64,3 %
Ostdeutschland	45,5 %	38,3 %	41,4 %

» Tab. 57: Wohneigentumsquote der 70- bis 85-Jährigen nach Geschlecht und Region im Jahr 2014 (in %); Quelle: Mahne u. a. 2017b, S. 68; Datenbasis: DEAS 2014 (n=6.000); gewichtet; gerundete Angaben; jede Zahl beruht auf Personenzahl n>30; Darstellung verändert; Lizenz: CC BY 2.5, <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.de>, Darstellung auszugsweise und verändert.

Etwa 16 % der Haushalte wohnten in Gebäuden, die vor 1949 errichtet wurden; weitere 68,2 % der Haushalte, in denen eine hochaltrige Person das Haupteinkommen bezog, wohnten in Gebäuden, die zwischen 1949 und 1990 erbaut wurden (vgl. ebd., S. 27). Eine barrierefreie Gestaltung des Zugangs zum Wohnraum wie auch des Wohnraums selbst, um im Falle von Mobilitätseinschränkungen in der vertrauten Wohnumgebung verbleiben zu können, ist in vielen dieser Gebäude mit technischen und finanziellen Herausforderungen verbunden. Doch auch privat errichtete Neubauten erfüllen nur zu einem geringen Teil die Anforderungen an Barrierefreiheit. Verschiedene Studien sehen daher einen großen Investitionsbedarf zur Schaffung einer hinreichenden Anzahl barrierearmer Wohnungen (vgl. Günther 2018, S. 29). Es stellt sich allerdings die Frage, ob eine staatliche Förderung ausreichend sein wird und es hier nicht vielmehr ordnungspolitischer Maßnahmen bedarf.

Je Haushalt mit hochaltriger Haupteinkommensbeziehender Person standen im Jahr 2018 im bundesweiten Durchschnitt⁵³ 116 m² Wohnfläche zur Verfügung; Haushalte in Einfamilienhäusern hatten durchschnittlich 126 m², während es in Haushalten in Wohngebäuden mit drei und mehr Wohnungen durchschnittlich 86,2 m² waren. Die Größe der

Wohnung ist beispielsweise von Bedeutung, wenn eine Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit bewältigt werden soll und private Pflegepersonen in der Wohnung untergebracht oder Anpassungsmaßnahmen der Wohnung geplant werden. Von der Größe der Wohnung hängt zudem der Aufwand ab, den ihr Unterhalt finanziell und im Hinblick auf zu erledigende Arbeiten mit sich bringt und der im Falle zunehmender körperlicher Einschränkungen immer schwerer fallen kann.

Bei näherer Betrachtung der Wohnsituation der im DEAS 2017 Befragten zeigt sich, dass ab 80-Jährige in durchschnittlich 2,8 Zimmern lebten (pro Person, außer Küche, Bad und Flur) (Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 88). Dies ist auch dadurch bedingt, dass in Folge von Verwitwung oder dem Auszug der Kinder mehr Wohnraum pro Person zur Verfügung steht. Drei Viertel der im DEAS 2017 befragten ab 80-Jährigen konnten einen Garten nutzen, ein Großteil einen Balkon oder eine Terrasse (84 %). Insgesamt verfügten damit fast alle (insgesamt 96 %) über einen Garten, einen Balkon oder eine Terrasse (ebd.). Fraglich bleibt, ob sich dies für die Gesamtbevölkerung verallgemeinern lässt, oder ob es sich um einen Selektionseffekt der Befragung handelt.

⁵³ Zu beachten ist, dass in diese Durchschnittsangaben mitunter auch stark nach oben und unten abweichende Konstellationen eingehen.

Es bestehen erhebliche regionale und schichtspezifische Unterschiede bei Wohnstatus, Größe, Standard und Ausstattung des Wohnraumes von alten Menschen. Die Daten hierzu liegen allerdings nur für den DEAS 2014 ausgewertet vor. Danach lag die Quote derer, die im selbst genutzten Eigentum wohnten, bei älteren Menschen in Ostdeutschland deutlich unter der dem entsprechenden Anteil älterer Westdeutscher. Während 64,3 % der 70- bis 85-Jährigen im Deutschen Alterssurvey 2014 angaben, Wohneigentum zu besitzen (Männer: 71,4 %, Frauen: 58,5 %), waren es bei den Ostdeutschen nur 41,4 % (Männer: 45,5 %, Frauen: 38,3 %) – wobei in beiden Regionen der Anteil der Männer, der im selbst genutzten Wohneigentum lebte, größer war als jener der Frauen (vgl. Tab. 57 auf Seite 195).

Menschen mit Migrationshintergrund verfügten in altersgruppenübergreifender Betrachtung laut Mikrozensus im Jahr 2018 deutlich seltener über Wohneigentum als Personen ohne Migrationshintergrund (vgl. Petschel 2021, S. 41). Zur Eigentumsquote in der hochaltrigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund fehlt es an aktuellen Daten. Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Rentenalter aus dem Jahr 2007 legen nahe, dass sich der Wohnstatus stark in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund unterscheidet: Vor allem Personen, die aus den früheren Anwerbeländern wie der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien stammen, und (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler, wohnten der damaligen Analyse zufolge relativ selten, nämlich zu unter 30 %, in ihrer eigenen Immobilie (vgl. Schimany, Rühl & Kohls 2012, S. 176 f.). Auch verfügten ältere Menschen mit Migrationshintergrund über eine erheblich geringere Wohnfläche als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund bei höherer Wohndichte (ebd.).

Eigentumsverhältnisse, Wohndauer und Wohnungsgröße sind die wesentlichen Einflussfaktoren für die Höhe der Wohnkosten, die durch die alten

Menschen (mit und ohne Migrationshintergrund) geleistet werden müssen. Den Daten des DEAS 2017 zufolge musste fast ein Viertel (23 %) der ab 80-Jährigen 40 % oder mehr des zur Verfügung stehenden Haushaltsnettoeinkommens für die monatlichen Wohnkosten aufbringen; im Durchschnitt aller ab 80-Jährigen nahmen die Wohnkosten 26 % des Haushaltsnettoeinkommens in Anspruch (vgl. Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 88 und Tab. 84 auf Seite 238).

Romeu Gordo u. a. (2019) unterzogen die Entwicklung der Wohnkosten (inklusive Nebenkosten) älterer Haushalte einer genaueren Betrachtung. Hierzu legten sie die Daten des DEAS 2017 und des SOEP 2016 zur Bevölkerung im Alter von 65 bis 90 (DEAS) bzw. ab 65 Jahren (SOEP) zugrunde und zogen weitere öffentliche Statistiken heran. Demnach ist der Anteil der Wohnkosten an den verfügbaren Einkommen in den vergangenen 20 Jahren deutlich gestiegen, wovon Mieterhaushalte stärker betroffen waren als Haushalte, die in Wohneigentum leben (ebd., S. 471). Die Studie zeigt auf, dass seit dem Jahr 2009 die Angebotsmieten deutlich stärker steigen als die Zahlbeträge der Gesetzlichen Rentenversicherung (ebd., S. 469; letzter Betrachtungszeitpunkt ist 2016). Die Autorinnen und Autoren erkennen hierin eine doppelte Polarisierung des Wohnstatus von Seniorenhaushalten: Haushalte mit hohem Einkommen leben eher im abbezahlten Wohneigentum mit vergleichsweise geringen Wohnkosten, während Haushalte mit geringem Einkommen von steigenden Mieten besonders hart getroffen werden (ebd., S. 470); dies bei einer höheren Eigentümerquote in Westdeutschland (s. o.). Zudem stieg bei den ab 65-Jährigen zwischen 1996 und 2016 die Wohnkostenbelastung für Mieterhaushalte stärker an als für Eigentümerhaushalte. Die Schere der Wohnkostenbelastung zwischen Mieter- und Eigentümerhaushalten öffnete sich von 1996 bis 2016 also weiter (ebd., S. 471). Im

Jahr 2016 mussten bereits 38 % der Haushalte mit ab 65-jähriger Referenzperson 40 % oder mehr ihres Haushaltsnettoeinkommens für Wohnkosten aufbringen, was nach Eurostat einer Überbelastung entspricht. Nur bei 16 % der Mieterhaushalte lag der Anteil der Wohnkosten bei bis zu 20 % ihres Nettoeinkommens (vgl. ebd.). Im Gegensatz dazu waren vier Fünftel der Eigentümerhaushalte (80 %) nur mit maximal einem Fünftel ihres monatlich netto zur Verfügung stehenden Haushaltseinkommens für das Wohnen belastet (vgl. ebd.). Besonders hoch ist die Wohnkostenbelastung für alleinlebende Mieterinnen und Mieter, wobei ein Umzug in eine kleinere Wohnung den Daten zufolge nur schwer die gewünschte Entlastung bringt (vgl. ebd., S. 471). Von einer im Vergleich höheren Wohnkostenbelastung sind zudem ab 65-jährige Mieterinnen und Mieter in Mehrparteienwohn- und Hochhäusern in Großstädten betroffen, ohne dass dies mit beträchtlichen Vorteilen »in der Wohnungsausstattung und dem Wohnumfeld« einherginge; auch Personen mit indirektem und direktem Migrationshintergrund haben ein besonders hohes Risiko, stark von Wohnkosten belastet zu sein (vgl. ebd., S. 472–473).

>> 07.3 Altersgerechtes Wohnen und Wohnformen im Alter

Wie eingangs geschildert wohnen hochaltrige Menschen ganz überwiegend in privaten Wohnungen. Auch die meisten der ab 80-jährigen Personen, die einen Pflege- oder Unterstützungsbedarf haben, leben nicht in gemeinschaftlichen, betreuten oder institutionellen Wohnformen, sondern in der eigenen Häuslichkeit. Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach der alter(n)sgerechten Beschaffen-

heit des Wohnungsbestandes in Deutschland von erheblicher Bedeutung. In einer durch das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) beauftragten Studie »Wohnen im Alter« von 2011 wurde der Begriff »altersgerechte Wohnung« wie folgt definiert: »[...] eine >altersgerechte Wohnung« umfasst nicht nur eine weitgehend barrierefreie/-reduzierte Wohnung, sondern auch ein barrierefreies/-reduziertes Wohnumfeld, die ortsnahe Verfügbarkeit wesentlicher Infrastruktureinrichtungen sowie soziale und pflegerische Unterstützungsangebote« (Kremer-Preiß 2011, S. 25). Die Anforderungen an den barrierefreien Wohnungsbau werden in der DIN 18040-2 dargestellt. In dieser DIN werden die baulichen Maßnahmen beschrieben, die eine selbstständige Mobilität in der Wohnung mit körperlichen Einschränkungen (und ggfs. mit Hilfe eines Rollstuhls oder Rollators) sowie gemindertem Hör- oder Sehvermögen ermöglichen. Allerdings obliegt es den Ländern, inwieweit die Regelungen in die Landesbauordnungen Eingang finden. Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine barrierefreie Wohnung. Bauliche Anforderungen an Alten- und Pflegeheime sind in der auf Bundesebene geltenden Heimmindestbauverordnung sowie Gesetzen und Verordnungen auf Landesebene geregelt und unterliegen damit, ebenso wie öffentliche Gebäude, anderen Vorgaben.

Wahl und Oswald (2012, S. 493 f.) beschrieben unter Verweis auf Ergebnisse der Studie ENABLE-AGE Schwachstellen in den Wohnungen und im Wohnumfeld von über 80-Jährigen: Während innerhalb der Wohnung vor allem rutschige Bodenbeläge, zu hohe Einstiege in Badewannen oder ergonomisch unpassende Möbel (zu hoch, zu tief) Risiken darstellen, sind es in der Umgebung der Wohnung (Treppenhaus, Straße, Wohnumfeld) in erster Linie fehlende Griffe und Handläufe, gefährliche Stufen (zu hoch, zu niedrig, unregelmäßig, schief), (zu) schnell schließende Türen, unebene Pflasterungen

Haushalte in barrierereduzierten Gebäuden (2018)

	Stufen-/ Schwellenloser Zugang	ausreichende Durchgangsbreite		Kein Merkmal	Alle Merkmale
		Haustür	Flure		
Haushalte mit Personen 65 Jahre und älter	15,0 %	74,3 %	66,3 %	19,7 %	11,7 %
Haushalte aller Altersgruppen	13,7 %	73,3 %	65,4 %	19,4 %	10,3 %
Haushalte mit monatlichem Haus- haltsnettoeinkommen von <900 €	13,4 %	69,4 %	59,1 %	21,1 %	9,0 %
Haushalte mit monatlichem Haus- haltsnettoeinkommen von 6.000 € und mehr	17,8 %	78,5 %	71,9 %	15,6 %	14,4 %

Tab. 58: Haushalte nach subjektiver Einschätzung von Aspekten der Barrierereduktion des Gebäudes in Gebäuden mit Wohnraum im Jahr 2018 (in %); Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2019; korrigiert 2020), Tabelle 20; Datenbasis: Mikrozensus 2018, Zusatzerhebung Wohnen; eigene Berechnungen und Darstellung.

und fehlende Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum, welche die Mobilität von alten Menschen beeinträchtigen und ihre Gesundheit gefährden können. Die Autoren betonten schon damals die Bedeutung förderlicher Wohnbedingungen für Lebensqualität und Gesundheit und wiesen in diesem Zusammenhang auf den Einfluss der Zugänglichkeit und Benutzbarkeit einer Wohnung auf die selbstständige Alltagsbewältigung einerseits und niedrige Depressivitätswerte andererseits hin (ebd., S. 496).

Es fehlt an objektiven und repräsentativen Daten zur Ausstattung und zum Bestand barrierefreien Wohnraums in Deutschland. So ist der Anteil von barrierefreiem Wohnraum, der die Anforderungen nach DIN erfüllt, unbekannt. Die subjektive »Einschätzung von Aspekten der Barrierereduktion des Gebäudes in Gebäuden mit Wohnraum« sowie der Wohnung (ohne Wohnheime) wurde in einer Zusatzbefragung im Rahmen des Mikrozensus 2018 zum Thema »Wohnen« erhoben (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2019, korrigiert

2020). Tab. 82 auf Seite 236 gibt eine Übersicht über die Zahl der barrierereduzierten Wohnungen nach Baujahr des Gebäudes. Die Daten liegen für die Haushalte insgesamt sowie für Haushalte mit Personen im Alter ab 65 Jahren vor (vgl. ebd.). Nur 15,0 % der Haushalte mit mindestens einem älteren Mitglied lebten in Gebäuden, die stufen- oder schwellenlos zugänglich waren (vgl. Tab. 58 auf Seite 198), wobei dies »auch dann als gegeben galt, wenn zur Überwindung von Stufen oder Schwellen Hilfssysteme vorhanden sind« (vgl. ebd.). Die Durchgangsbreite der Flure im Gebäude wurde für zwei Drittel (66,3 %) der befragten Haushalte als hinreichend eingeschätzt, die der Haustüren von knapp drei Viertel (74,3 %). Zu beachten ist, dass die Einschätzungen in der Mehrzahl von Befragten aus Haushalten stammen dürften, deren Mitglieder keine Mobilitätsbeeinträchtigungen aufwiesen und daher vermutlich geringere Anforderungen an Türbreiten und Zugänglichkeit stellen als Personen mit Mobilitätsbeeinträchtigung. Nur 11,7 % der

befragten Senioren-Haushalte schätzten alle drei Kriterien als gegeben ein.

Der Anteil der barrierereduzierten Wohnungen fiel noch geringer aus: Nur knapp jeder fünfte (18,1 %) befragte Senioren-Haushalt gab an, dass die bewohnte Wohnung keine Schwellen oder Bodenebenheiten aufweise; 32,9 % der Wohnungen waren nach Einschätzung der Befragten stufenlos erreichbar⁵⁴, und 70,4 % hielten die Durchgangsbreite der Wohnungstür für hinreichend; bei den Raumtüren gaben dies nur 59,4 % an (vgl. Tab. 83 auf Seite 237). Nach Einschätzung von 65,1 % waren die Flure breit genug; die Küchenzeile bot nach Ansicht von 63,4 % genügend Bewegungsraum, für Badezimmer traf dies jedoch nur bei der Hälfte (50,4 %) der Haushalte zu. Mit einem ebenerdigen Einstieg zur Dusche war nur etwa jede sechste Wohnung ausgestattet. Der Anteil derjenigen Seniorenhaushalte, die in Wohnungen lebten, die alle erfragten Merkmale erfüllten, lag bei 3,5 %. Während die Unterschiede zwischen Seniorenhaushalten und dem Durchschnitt aller Haushalte geringfügig sind, zeigt die Betrachtung nach dem Haushaltsnettoeinkommen teilweise beträchtliche Differenzen. Mit Ausnahme der Abwesenheit von Schwellen sowie der stufenlosen Erreichbarkeit aller Räume – hier ist an Treppen beispielsweise in Einfamilienhäusern oder Maisonette-Wohnungen zu denken – waren die Wohnungen der befragten Haushalte mit einem niedrigeren Haushaltseinkommen zu einem geringeren Teil barrierereduziert als die Wohnungen der Haushalte mit höheren Haushaltseinkommen. Besonders problematisch scheint dies im Hinblick auf den Bewegungsraum in den Funktionsräumen Küche und Bad, die für die alltägliche Versorgung bedeutsam sind: Nur ein gutes Drittel der Haushalte

mit einem monatlichen Einkommen unter 900 Euro verfügte nach Selbsteinschätzung über ausreichend Bewegungsraum im Bad (ebd.).

Die Daten des DEAS für das Jahr 2014 zeigen, dass nur knapp ein Viertel der Personen mit Mobilitätseinschränkungen, d. h. Personen die Hilfsmittel wie Gehhilfe, Rollator oder Rollstuhl zur Fortbewegung nutzten, keine Barrieren auf dem Weg in ihre Wohnung berichteten; der Unterschied zu denjenigen, ohne Beeinträchtigung der Mobilität, war nicht signifikant (vgl. Nowossadeck & Engstler 2017, S. 298). Anders im Innern der Wohnungen: Hier war der Anteil derjenigen, die eine barrierereduzierte Wohnung bewohnten, bei den in ihrer Mobilität funktional Beeinträchtigten mit 13,5 % signifikant größer als in der Gruppe derjenigen ohne eine solche Beeinträchtigung (6,5 %) (ebd.). Nowossadeck und Engstler folgern daraus, dass sich die Anpassung der Wohnbedingungen durch Umbau in der Mehrzahl der Fälle auf das Wohnungsinnere beschränkt. Mögliche Gründe hierfür – baulich-technische Probleme bei der Umsetzung, deutlich höhere Kosten und Einschränkungen in der Nutzbarkeit für Dritte während des Umbaus, Förderregularien, ein mangelndes Interesse von Hauseigentümerinnen und -eigentümern, die Sorge vor höheren Nebenkosten im Anschluss, z. B. bei Einbau eines Aufzugs – verdienen eine gründlichere Erforschung. Nowossadeck und Engstler mahnen an, »dass Barrierefreiheit des Wohnungszugangs beim Neubau von Häusern beziehungsweise bei umfassenden Sanierungen von vornherein mitgedacht werden muss« (ebd.). An entsprechenden Verpflichtungen für private Bauherren fehlt es bislang.

Die DEAS-Befragung im Jahr 2017 erbrachte, dass nur 31 % derjenigen mit starken Einschränkungen

54 Selbst bei diesem Kriterium ist eine Fehleinschätzung durch Personen, die im Alltag (noch) nicht auf ebenerdige Zugänglichkeit angewiesen sind, nicht auszuschließen.

kungen beim Treppensteigen, 30 % derjenigen, die auf eine Gehhilfe angewiesen waren und 28 % derjenigen, die außerhalb der eigenen Wohnung stark mobilitätseingeschränkt waren, in stufenlos erreichbaren Wohnungen lebten (vgl. Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 89). Ein beträchtlicher Teil von ihnen – vermutlich diejenigen, die in Einfamilienhäusern lebten – hatte offenbar auch in der Wohnung Stufen. So stimmten nur 70 % bis 78 % der Mobilitätsbeeinträchtigten der Aussage zu, dass alle Zimmer stufenlos erreichbar seien. Zwischen 59 % und 65 % derer mit Mobilitätsbeeinträchtigung verfügten in ihrer Wohnung zudem nur über eine Badewanne oder eine Dusche mit höherer Schwelle oder Duschtasse (vgl. ebd.).

Trotz der geringen Verbreitung barrierefreien Wohnraums bewerteten Menschen in der zweiten Lebenshälfte den Daten des DEAS aus dem Jahr 2014 zufolge ihre Wohnsituation insgesamt als gut. Dabei fiel die Bewertung in den höheren Altersgruppen besser aus als in jüngeren und erreichte bei den 70- bis 85-Jährigen 92,0 % (vgl. Nowossadeck & Engstler 2017, S. 293–294). Das Autorenteam führt dies auf das sogenannte »Zufriedenheitsparadoxon« zurück, »das eine stabile positive Bewertung der Lebenssituation in relativer Unabhängigkeit von den objektiven Bedingungen beschreibt« (ebd. unter Bezug auf Teti u. a. 2014). Es weist jedoch gleichzeitig darauf hin, dass trotz einer hohen geäußerten Zufriedenheit »ein Bedarf an verbesserten Wohnbedingungen für Ältere existieren kann« (ebd.). Die Gewöhnung an die »Stolperstellen« der vertrauten Umgebung einerseits und die Angst vor einem drohenden Umbau oder Auszug andererseits sind mögliche Gründe für den zunächst überraschend erscheinenden Befund, dass eine geringe Barrierefreiheit des Wohnraums einen geringen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Wohnsituation zu haben scheint. Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo vermuten unter Bezug auf die Daten

des DEAS 2017, dass die unter den Hochaltrigen besonders hohe Verbundenheit mit der Wohngegend (vgl. Kapitel 7.4 auf Seite 203) und die mit der aktuell bewohnten Wohnung verbundenen Erinnerungen die positive Bewertung der Wohnsituation erklärt, die umso besser ausfiel, je stärker die Verbundenheit war (vgl. Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 90). Gleichzeitig zeigen aber die in Kapitel 4.4 auf Seite 94 referierten Daten zu Sturzverletzungen, dass diese ein hohes gesundheitliches Risiko im Alter darstellen, vor allem bei Frauen und mit zunehmendem Alter. Sturzprävention in Privathaushalten bedeutet daher unter anderem, Stürze fördernde bauliche Situationen in Wohnung und Wohnumfeld zu beseitigen.

Im höheren Alter werden anhaltende gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten zunehmend wahrscheinlich. Diese betreffen Menschen aus niedrigen Bildungsgruppen stärker als Personen aus hohen Bildungsgruppen. In der Gesamtschau der berichteten Daten wird deutlich, wie für hochaltrige Menschen die mangelhafte Ausstattung des Wohnraums im Hinblick auf Barrierefreiheit schnell zu einem Problem werden kann, das selbst bei vergleichsweise geringen Einschränkungen den weiteren Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung gefährden kann (vgl. Kapitel 5.1 auf Seite 130). Dies gilt umso mehr für alleinstehende Personen mit geringem Einkommen, für die Wohnungsanpassungsmaßnahmen trotz der möglichen Zuschüsse kaum finanzierbar sein können. Doch auch ein Umzug in eine barriereärmere Wohnung wird für diese Gruppe nicht nur praktisch in vielen Fällen schwer zu bewältigen sein, sondern meist auch finanziell eine Überforderung darstellen. In der Folge kann dies zu beträchtlichen Einschränkungen der Teilhabe führen, beispielsweise wenn die Wohnung nicht mehr eigenständig verlassen werden kann, oder erhöhte gesundheitliche Risiken, z. B. Sturzgefahren, in Kauf genommen werden. Je

Pflegebedürftige und Versorgungsformen (2019)

Alter	Anzahl Personen in Altersgruppe	Anzahl Pflegebedürftige	Anteil Pflegebedürftige an Altersgruppe	Pflege zu Hause (Anzahl)	Vollstationär im Heim (Anzahl)
80 bis unter 85 Jahre	3.294.281	870.080	26,4 %	697.738	172.342
85 unter 90 Jahre	1.563.807	773.091	49,4 %	582.798	190.293
90 Jahre und mehr	823.047	628.208	76,3 %	405.790	222.418
80 Jahre und älter	5.681.135	2.271.379	40,0 %	1.686.326	585.053

>> Tab. 59: Pflegebedürftige nach Altersgruppen und Versorgungsform im Jahr 2019 (absolut und in %); Quelle: Statistisches Bundesamt 2020b, S. 21–22; Datenbasis: Pflegestatistik 2019; eigene Berechnung und Darstellung.

nach Ausmaß von Beeinträchtigung und Barrieren können die Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung so grundlegend in Frage gestellt werden, dass das häusliche Versorgungsarrangement nicht ohne Unterstützung durch Dritte aufrechterhalten werden kann. Eine größere Verbreitung barrierefreien Wohnraums könnte einen konkreten Beitrag dazu leisten, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder zu verhindern.

Daten zur Bereitschaft und zu den finanziellen und praktischen Möglichkeiten Hochaltriger, die genutzte Wohnung altersgerecht umzubauen, liegen nicht vor. In der Befragung der oben bereits erwähnten Studie des Bundesbauministeriums aus dem Jahr 2011 waren unter den Haushalten mit über 80-jährigen Mitgliedern nur 6,3 % bereit, ihre Wohnung umzubauen, während es unter den 65- bis 79-Jährigen 16,9 % der befragten Haushalte waren (Kremer-Preiß 2011, S. 57). Aus diesen Zahlen gehen die Gründe für die überwiegend ablehnende Haltung leider nicht hervor, es bleibt unklar, ob die Wohnung bereits umgebaut wurde, die Angst vor den Belastungen eines Umbaus überwog oder die Einschätzung bestand, ein Umbau »lohne« sich nicht mehr. Möglicherweise waren auch die Kenntnisse über Förderbedingungen und technische Lösungen nicht vorhanden.

Eine Alternative zum herkömmlichen Wohnen sind betreute oder gemeinschaftliche Wohnformen. In der BMBVS-Studie wurden unter »gemeinschaftliche Wohnformen« solche Wohnformen verstanden, in denen ältere Menschen in generationenspezifischen oder altersgemischten Arrangements wohnen, das Miteinander selbst organisieren und sich durch Nachbarschaftshilfe gegenseitig unterstützen. Meist werden solche Projekte durch die künftigen Bewohnerinnen und Bewohner selbst initiiert.

Im »betreuten Seniorenwohnen« leben ältere Menschen in eigenen, meist barrierearmen Wohnungen. Hierbei stehen anders als bei gemeinschaftlichen Wohnformen nicht das Miteinander und nachbarschaftliche Aktivitäten im Zentrum, sondern die Möglichkeit, bei Bedarf eine Unterstützung im Haushalt oder ambulante Pflege als Zusatzleistung gegen Entgelt in Anspruch nehmen zu können. Bei den betreuten Wohnformen für Pflegebedürftige handelt es sich um Wohn- oder Hausgemeinschaften für Personen, die zwar im eigenen Haushalt, aber von professionellen Pflegekräften betreut leben. Die Wohnenden verfügen dabei über eigene Mietverträge, und es besteht rechtlich Wahlfreiheit hinsichtlich des betreuenden Pflegedienstes. Das Pflegeheim bietet schließlich Menschen, die keinen eigenen Haushalt mehr führen können

und einen erheblichen Pflegebedarf aufweisen, die Möglichkeit einer 24-Stunden-Betreuung und -Pflege in Ein- oder Zweibettzimmern, Mehrbettzimmern, im Einzelfall auch kleinen Appartements.

Neue Wohnformen »bewegen sich zwischen »Heim und Häuslichkeit« und versuchen, vor allem die schwer zu vereinbarenden Wünsche nach Autonomie, individueller Lebensweise und Teilhabe mit dem Bedürfnis nach Versorgungssicherheit in Ausgleich zu bringen und individuell auszubalancieren« (Kremer-Preiß, Maetzel & Huschik 2021, S. 121).

Zur Anzahl, Ausstattung und Qualität der gemeinschaftlichen und betreuten Wohnformen in Deutschland liegen keine repräsentativen Zahlen vor. Die Prognos AG lieferte im Jahr 2016 eine Zusammenstellung der Schätzwerte und Hochrechnungen möglicher bundesweiter Bestands- und Bedarfzahlen, die von einem Bestand zwischen rund 163.000 bis 340.000 betreuten Wohneinheiten ausgingen, denen ein geschätzter Bedarf von knapp 303.000 bis 525.000 Einheiten gegenüberstand (vgl. Schartow u. a. 2016, S. 5). Eine gemeinsame Studie zu Angeboten des Betreuten Wohnens wurde 2018 durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und die BFS Service GmbH der Bank für Sozialwirtschaft vorgestellt (vgl. KDA 2018). Zentrale Ergebnisse sind über eine Pressemitteilung des KDA zugänglich (vgl. ebd.). An der Erhebung hatten sich 670 Anbieter Betreuten Seniorenwohnens beteiligt, was nach Angaben der Autorinnen und Autoren einem Anteil von etwa 10 % der angenommenen 6.000 bis 7.000 Anbieter entspricht. Den Ergebnissen der Studie zufolge war der überwiegende Teil von Angeboten des Betreuten Wohnens in Verbände aus weiteren Pflege- und Versorgungsangeboten eingebunden. Die durchschnittliche Größe der Einrichtungen lag bei 47 Wohneinheiten; die Auslastung lag durchschnittlich bei 96 %. Für ein Viertel der Angebote wurde eine Wartezeit von über zwei Jahren berichtet. Öffentlich gefördert waren

nur 23 % der Einheiten. Die Gruppe der Hochaltrigen stellte rund zwei Drittel der Bewohnerschaft, mehr als ein Drittel (37,2 %) erhielten Leistungen der Pflegeversicherung, ein Drittel war ohne Angehörige. Laut KDA sah »fast die Hälfte aller Anbieter des Betreuten Seniorenwohnens [...] ihre Wohnanlage bereits als Alternative zum Pflegeheim« (ebd.). Vor diesem Hintergrund erachtet die Studienleiterin beim KDA die Gewährleistung einer »richtige[n] Balance zwischen Versorgungssicherheit und Selbstbestimmung für die Bewohnerschaft« als »große Herausforderung für die Anbieter von Betreutem Wohnen« (ebd.).

Laut Pflegestatistik 2019 waren 585.053 Personen, d. h. ca. 40 % der Menschen im Alter ab 80 Jahren pflegebedürftig, und knapp 26 % der Pflegebedürftigen dieser Altersgruppe lebten in einem Pflegeheim (Statistisches Bundesamt 2020b, S. 21–22; eigene Berechnungen; vgl. Abb. 45 auf Seite 136). Am 15.12.2019 gab es in Deutschland insgesamt 15.380 Pflegeheime mit insgesamt 969.553 Plätzen, davon 886.654 Plätze in vollstationärer Pflege (ebd., S. 35). Demnach wurden rund 60 % der Heimplätze von Hochaltrigen genutzt. Knapp 64 % der Plätze waren in 1-Bett-Zimmern, 27,6 % der Plätze in 2-Bett-Zimmern; noch 1.857 waren in 3-Bett-Zimmern vergeben und 335 in 4- oder Mehr-Bett-Zimmern (vgl. ebd.). Rund jedem sechsten Pflegeheim war eine Einrichtung für betreutes Wohnen oder ein Altenheim angeschlossen (ebd., S. 33). Ein wenig mehr als die Hälfte der Heime (52,8 %) lag in freigemeinnütziger Trägerschaft, 42,7 % der Heime waren privat getragen; nur 4,5 % der Heime lagen in öffentlicher Trägerschaft (vgl. ebd.; eigene Berechnungen).

Die Pflege zu Hause überwiegt bundesweit die vollstationäre Versorgung im Heim deutlich (vgl. Tab. 59 auf Seite 201 und Kapitel 5 auf Seite 129). Jedoch variiert sowohl der Anteil der Pflegeheimplätze im Verhältnis zur Bevölkerung

wie auch der Anteil derjenigen, die zu Hause mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste versorgt werden, regional stark. Er reichte im Jahr 2017 von 91,1 Pflegeheimplätzen je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin (bei einer Pflegequote von 3,8 % und einem Anteil von durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen von 25,5 %), über 122,8 Plätze je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Thüringen (bei einer Pflegequote von 5,4 % und einem Anteil von durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen von 25,0 %) bis zu 138,6 Plätzen je Einwohnerinnen und Einwohner (bei einer Pflegequote von 5,0 % und einem Anteil von durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen von 27,5 %) in Sachsen Anhalt (vgl. BBSR 2021b).

» 07.4 Wohnumfeld

Angesichts der Tatsache, dass der überwiegende Teil der älteren wie auch der hochaltrigen Menschen nicht in besonderen Wohnformen lebt und den Alltag selbstständig und selbstbestimmt organisieren möchte, sind die Voraussetzungen in Wohnumfeld und Quartier von besonderer Bedeutung. Da die Wege mit zunehmendem Alter häufiger zu Fuß zurückgelegt und die bewältigbaren Distanzen kürzer werden, sollten die wichtigsten Alltagserledigungen in der Nähe der Wohnung möglich sein. Menschen im hohen Alter benötigen zum Teil andere Angebote in ihrer Nähe als jüngere Menschen. Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf, Mittagstisch-Angebote, ein Geldinstitut oder eine Postfiliale bilden eine grundlegende Infrastruktur in einem Quartier, das eine selbstständige Lebensführung unterstützt.

Verbundenheit mit Wohnung und Wohnumgebung (2017)

	Gesamt ab 65 Jahren	65 bis 79 Jahre	Ab 80 Jahren
»Mit der Wohnung, in der ich lebe, verbinden mich viele Erinnerungen.«			
Trifft genau zu	54 %	51 %	65 %
Trifft eher zu	23 %	25 %	16 %
Trifft eher nicht zu	13 %	14 %	10 %
Trifft gar nicht zu	9 %	9 %	9 %
»Ich fühle mich mit der Wohngegend verbunden.«			
Trifft genau zu	48 %	45 %	61 %
Trifft eher zu	42 %	44 %	34 %
Trifft eher nicht zu	8 %	9 %	4 %
Trifft gar nicht zu	2 %	2 %	1 %

» Tab. 60: Verbundenheit mit der Wohnung und Wohnumgebung nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %); Quelle: Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 90; Datenbasis DEAS 2017, gewichtete und gerundete Angaben; Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Nachbarschaftliche Beziehungen (2017)

	Gesamt ab 65 Jahren	65 bis 79 Jahre	Ab 80 Jahren
»Ich habe Kontakt mit den Nachbarn ... «			
Gar keinen Kontakt	2 %	2 %	2 %
Nur flüchtigen Kontakt	10 %	9 %	10 %
Weniger engen Kontakt	36 %	36 %	37 %
Engen Kontakt	43 %	43 %	41 %
Sehr engen Kontakt	10 %	9 %	10 %
Nachbarn, die man um einen kleinen Gefallen bitten könnte (zum Beispiel »um eine Tasse Zucker«)	durchschnittliche Anzahl 3,9 %	4,0 %	3,4 %
»Ich bekomme mit, was in der Nachbarschaft geschieht.«			
Trifft genau zu	9 %	10 %	7 %
Trifft eher zu	51 %	51 %	51 %
Trifft eher nicht zu	35 %	35 %	33 %
Trifft gar nicht zu	5 %	4 %	9 %
»Ich rede mit den Nachbarn über das, was in der Nachbarschaft geschieht.«			
Trifft genau zu	10 %	10 %	9 %
Trifft eher zu	47 %	47 %	47 %
Trifft eher nicht zu	33 %	33 %	31 %
Trifft gar nicht zu	10 %	9 %	13 %

» Tab. 61: Nachbarschaftliche Beziehungen nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %); Quelle: Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 89; Datenbasis: DEAS 2017, gewichtete und gerundete Angaben; Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Gut erreichbare therapeutische und medizinische Einrichtungen, wie Haus- und Zahnarztpraxen, Physiotherapie und medizinische Fußpflege, Apotheken oder Sanitätsfachgeschäfte sind weitere Einrichtungen, die regelmäßig aufgesucht werden.

Damit auch im fortgeschrittenen Alter die Mobilität unterstützt und die Gesundheit gefördert werden kann, muss der öffentliche Raum den Anforderungen der alten Menschen entsprechen.

Straßen, Plätze und Grünanlagen müssen barrierearm, sicher und anregend gestaltet sein, so dass nicht nur keine Sturzgefahr besteht, sondern der Aufenthalt auch angenehm und komfortabel ist. Daher sollten zumindest die Beläge der Fußwege eben, die Übergänge über Straßen sicher sowie Bänke und öffentliche Toiletten in ausreichendem Maße vorhanden sein. Eine differenzierte und zugleich lesbare Gestaltung von Gebäuden, Straßenmöblierung und Beschilderung erleichtert außerdem die

Wohnbedingungen mobilitätsbeeinträchtigter Personen (2017)

	Personen mit starken Einschränkungen beim Treppensteigen	Personen, die eine Gehhilfe benötigen	Personen mit starker Mobilitätseinschränkung außerhalb der Wohnung
Es sind genug Einkaufsmöglichkeiten vorhanden. ¹	21 %	18 %	29 %
In dieser Gegend fehlt es an Ärzten und Apotheken. ²	21 %	22 %	29 %

¹: Antworten »trifft eher nicht zu« und »trifft gar nicht zu«, ²: Antworten »trifft eher zu« und »trifft genau zu«.

» Tab. 62: Gesundheitliche Mobilitätseinschränkung und Wohnbedingungen der 65-Jährigen im Jahr 2017 (in %); Quelle: Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 89; Datenbasis: DEAS 2017; Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Orientierung auch bei leichten kognitiven Beeinträchtigungen.

Wie beurteilen alte Menschen ihre Wohnung und ihre Wohngegend? Wie oben berichtet (vgl. Kapitel 7.4 auf Seite 203), bewerteten Menschen in der zweiten Lebenshälfte den Daten des DEAS aus dem Jahr 2014 zufolge ihre Wohnsituation insgesamt als gut (vgl. Nowossadeck & Engstler 2017, S. 293–294). Die Bewertung der Wohnsituation unterschied sich dabei je nach Wohnlage der Befragten: In gehobenen Wohnlagen lag die Zustimmung bei 96,2 %, während sie in den als einfach eingeschätzten Wohnlagen nur bei etwas über zwei Dritteln lag (68,1 %) (vgl. ebd.). Auch im DEAS 2017 wurde die Wohnsituation im Durchschnitt mindestens als gut angesehen und erreichte 4,4 von 5 möglichen Punkten (eins=sehr schlecht, fünf=sehr gut) (Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 90). Darüber hinaus wurde die Verbundenheit mit der Wohnung und der Wohngegend als hoch bewertet: Die Aussage »Mit der Wohnung, in der ich lebe, verbinden mich viele Erinnerungen« empfanden zwei Drittel der ab 80-Jährigen als genau zutreffend und 16 % als eher zutreffend. Jede/jeder Fünfte gab dagegen an, dass diese Aussage eher nicht oder gar nicht zutrifft (ebd.). Die Verbundenheit mit der Wohngegend fiel noch höher aus:

95 % der Befragten fanden die Aussage (eher oder genau) zutreffend, dass sie sich mit der Wohngegend verbunden fühlen. Nur ein kleiner Anteil von 5 % fühlte sich (eher) nicht mit der Wohngegend verbunden (vgl. Tab. 60 auf Seite 203). Hinter solchen Zufriedenheitswerten stehen oftmals hochgradig differenzierte Aspekte von Erleben, Wohlbefinden und sozialer Teilhabe (vgl. Naumann & Oswald 2020, S. 375).

Gute nachbarschaftliche Beziehungen können dazu beitragen, dass sich Menschen mit der Wohngegend verbunden fühlen. Darüber hinaus kann eine gute Nachbarschaft sozialen Austausch ermöglichen, Informationen und Unterstützung bieten und ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Engen oder sehr engen Kontakt gaben im DEAS 2017 über die Hälfte der ab 80-Jährigen an. Nur 12 % hatten gar keinen oder nur flüchtigen Kontakt. Die Anzahl von Nachbarinnen und Nachbarn, die die Befragten ab 80-Jährigen um einen kleinen Gefallen bitten würden, lag im Durchschnitt bei 3,4 Personen (Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 89). Dies ist auch vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie von Bedeutung, deren Bewältigung durch nachbarschaftliche Fürsorge, z. B. das Übernehmen des Einkaufs, erleichtert werden konnte. Mehr als die Hälfte der Befragten fühlten sich 2017

in die Nachbarschaft eingebunden: 58 % gaben an, dass es (eher oder genau) zutrifft, dass sie mitbekommen, was in der Nachbarschaft geschieht, und fast ebenso viele sprachen mit ihren Nachbarinnen und Nachbarn darüber. Für gut 40 % traf ein solcher Austausch allerdings eher oder gar nicht zu (vgl. Tab. 61 auf Seite 204).

Der Zugang zum öffentlichen Nahverkehr ist von großer Bedeutung für die Mobilität älterer Menschen, vor allem, wenn kein Auto vorhanden ist oder im Alter das Autofahren aufgegeben wird (vgl. Kapitel 6.5 auf Seite 181). Die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr wird recht gut bewertet: 41 % der ab 80-Jährigen gaben an, dass es genau zutreffend sei, dass ihre Wohngegend gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen ist. Weitere 38 % bewerteten dies als eher zutreffend. Gut jede/jeder Fünfte fand dies eher oder nicht zutreffend (vgl. Tab. 85 auf Seite 239). Allerdings muss bei den Angaben berücksichtigt werden, dass zwei Drittel der Befragten in einem städtischen Umfeld lebten (Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 90).

Wenn die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr unzureichend ist oder beim Vorliegen von Mobilitätseinschränkungen, sind Einkaufsmöglichkeiten und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in der näheren Umgebung von großer Bedeutung für die selbstständige Lebensführung. Ein knappes Drittel der befragten Personen mit starker Mobilitätseinschränkung außerhalb der Wohnung verneinte das Vorliegen ausreichender Einkaufsmöglichkeiten in der Umgebung. Ebenso viele bejahten das Fehlen von Ärztinnen und Ärzten sowie von Apotheken. Bei Personen mit Einschränkungen beim Treppensteigen sowie solchen, die eine Gehhilfe benötigten, waren es rund ein Fünftel, die Einkaufsmöglichkeiten, Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken in der Wohnumgebung vermissten (vgl. Tab. 62 auf Seite 205).

Die Daten zu altersgerechten Wohnbedingungen weisen darauf hin, dass die Wohnsituation älterer Menschen häufig nicht an deren Bedürfnisse angepasst ist (Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 90). Vor diesem Hintergrund mag die gute Bewertung der Wohnsituation überraschen. Tiefergehende Analysen der Daten ergaben, dass nicht nur der Mangel an Versorgungsmöglichkeiten die Bewertung beeinflusste, sondern dass die emotionale Verbundenheit mit der Wohnung sowie die Einbindung in die Nachbarschaft sehr stark in die Bewertung der Wohnsituation einfließen (ebd., S. 91 f.).

>> 07.5 Wohnmobilität und Umzüge

Wir haben zu Beginn des Kapitels gesehen, dass ein großer Teil der alten Menschen nicht in altersgerechten Wohnungen lebt. Führt dieser Umstand dazu, dass die über 80-Jährigen einen Umzug in Erwägung ziehen?

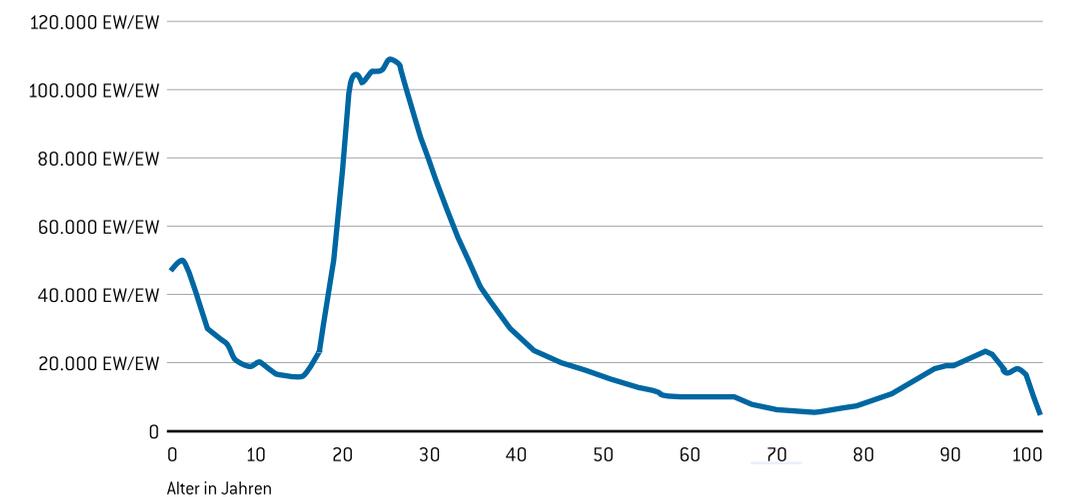
Zahlreiche Studien belegen eine geringe Wohnmobilität mit zunehmendem Alter und legen nahe, dass sich die meisten älteren Menschen wünschen, in der vertrauten Wohnung und im gewohnten Umfeld zu bleiben (Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo, 2021, S. 87). So wurde in der Studie »Wohnen im Alter« die Umzugsbereitschaft in eine altersgerechte Wohnung erfragt. 81,4 % der über 80-Jährigen waren nicht zu einem Umzug bereit, nur 14,7 % dieser Altersgruppe konnten sich einen Umzug vorstellen (Kremer-Preiß 2011, S. 56). Damit war die Umzugsbereitschaft niedriger als bei den 65 bis 79-Jährigen, die immerhin zu 29,6 % umzugsbereit waren.

Unterschiedliche Einflüsse auf die Umzugsbereitschaft werden diskutiert, doch die Befunde sind nicht immer eindeutig. Als wahrscheinliche Gründe für eine geringe Umzugsbereitschaft gelten eine hohe Wohnzufriedenheit (vgl. zusammenfassend Teti u. a. 2014, S. 326) sowie eine lange Wohndauer und affektive Bindung an den Wohnort (Höpflinger 2018, S. 4) und der Besitz der eigenen Wohnung (Voges & Zinke 2010, S. 302). Auf der anderen Seite können fehlende finanzielle Ressourcen ein Grund sein, die ältere Menschen daran hindern umzuziehen (zusammenfassend Höpflinger 2018, S. 11). Denkbar ist auch, dass das Fehlen von geeigneten und finanzierbaren Wohnangeboten, z. B. von kleineren und/oder barrierefreien Wohnungen oder auch von betreuten Wohnformen in der näheren Umgebung Umzüge wenig sinnvoll erscheinen lassen. Zudem lässt sich vermuten, dass der mit ei-

nem Umzug verbundene organisatorische Aufwand (Packen, Aussortieren, neu Einrichten etc.) als unangenehm und belastend eingeschätzt wird (vgl. z. B. Wolter & Bartkowski 2018, S. 23).

Das tatsächliche Umzugsgeschehen im hohen Alter wird nicht systematisch erfasst. Abb. 67 auf Seite 207 stellt die altersspezifische Wohnmobilität im Jahr 2009 dar, allerdings nur die Wanderungen (= Umzüge) über Kreisgrenzen hinweg. Trotzdem lässt sich eine Tendenz der wachsenden Wohnmobilität ab einem Alter von etwa 75 Jahren bis zum Alter von ca. 95 Jahren erkennen (BMI 2011). Angesichts des durchschnittlichen Heimeintrittsalters von 78,9 (Männer) bzw. 82,5 Jahren (Frauen) (BARMER GEK 2013) kann davon ausgegangen werden, dass ein nicht unerheblicher Teil dieser Umzüge in eine Pflegeeinrichtung erfolgte.

Altersspezifische Wohnmobilität (2009)



>> Abb. 67: Altersspezifische Wohnmobilität in Deutschland 2009: Wanderungen über Kreisgrenzen je 1.000 Einwohner; Quelle: BMI 2011, S. 41; Datenbasis: Wanderungsstatistik der Statistischen Landesämter; Berechnungen BBSR; grafische Darstellung: BiB; Darstellung verändert.

Ein Umzug im hohen Alter geht häufig mit schwindenden individuellen Ressourcen oder einschneidenden biografischen Erlebnissen einher wie Verwitwung, dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit, akuten Erkrankungen oder ähnlichen gravierenden Ereignissen. Insbesondere ein unfreiwilliger Umzug aus der eigenen Wohnung in ein institutionelles Setting bei hoher Vulnerabilität wirkt sich negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden aus (Oswald 2012, S. 573). Aber auch jeder andere Umzug im Alter birgt die Gefahr, dass keine neuen nachbarschaftlichen Beziehungen mehr aufgebaut werden, die soziale Integration misslingt und ein Prozess von Vereinsamung einsetzt (Oswald 2012 mit Verweis auf Krout & Wethington 2003).

Eine frühe Information, geeignete Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Umzugsgestaltung und eine Unterstützung bei der Eingewöhnung sollten daher den Umzug im Alter begleiten und die negativen Folgen für Gesundheit und Selbstwirksamkeitserfahrung mildern. Dies erfordert allerdings auch ausreichende und finanzierbare Angebote unterschiedlicher Wohnformen.

» 07.6 Fazit

Dieses Kapitel beschreibt die regionale Verteilung, Eigentumsverhältnisse, Wohnsituation und Wohnmobilität der hochaltrigen Menschen. Es wurde deutlich, wie wichtig ein regional differenzierender Blick auf die demografische Entwicklung ist, der sowohl die geografische Region als auch den Siedlungstypus berücksichtigt. Da sich der Anteil von sehr alten Menschen in den Regionen unterscheidet, muss die notwendige Infrastruktur zur Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe mit Blick auf die regionalen Bedarfe geschaffen oder angepasst werden. Eine Bündelung von lokalen oder überregionalen Ressourcen erscheint gerade in strukturschwachen Gebieten eine notwendige und sinnvolle Strategie, für die Kommunen und Kreise größere Handlungsspielräume bei Planung und Steuerung erhalten könnten.

Die meisten Menschen im Alter ab 80 Jahren leben, ob pflegebedürftig oder nicht, in einer »normalen« Wohnung bzw. Haus, dabei handelt es sich fast zur Hälfte um eine selbstgenutzte Immobilie. Nur ein geringer Teil der von alten Menschen bewohnten Wohnungen ist altersgerecht bzw. barriere reduziert ausgestattet. Die Wohnmobilität steigt ab einem Alter von etwa 75 Jahren leicht an, trotzdem ist die Umzugsbereitschaft in der von uns betrachteten Altersgruppe gering. Denn auch wenn die Wohnbedingungen häufig nicht an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sind, wird die Wohnsituation überwiegend positiv bewertet. Die emotionale Verbundenheit mit der Wohnung und der Wohnumgebung spielt dabei eine wichtige Rolle. Älteren Menschen ist es oft wichtig, in der vertrauten Umgebung mit langjährigen sozialen Kontakten zu leben. Jedoch werden auch Umbauten im Falle von vorhandenen Barrieren nur von einem Teil der Älteren vorgenommen. Zugleich fehlt es

auch in Neubauten an Barrierefreiheit. Förderliche und barrierearme Wohnbedingungen bilden aber eine wesentliche Voraussetzung, damit alte und hochaltrige Menschen trotz abnehmender Ressourcen selbstständig wohnen können und gesundheitliche Risiken, beispielsweise für Stürze, vermindert werden.

Die Zusammenschau der Daten zur sozial ungleichen Verteilung der Wohnkostenbelastung und zum Zusammenhang der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens mit einer barriere reduzierten Ausstattung von Gebäude und Wohnung (mit Ausnahme der Verbreitung von Stufen innerhalb der Wohnung) verdeutlicht Risiken für Gesundheit, selbstständige Lebensführung und Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe. So kann ein Teil der Hochaltrigen im Falle des Auftretens von Beeinträchtigungen der Mobilität die eigene Wohnung nicht mehr ohne die Hilfe Dritter verlassen und Bad und Küche nur noch eingeschränkt nutzen. Diese Risiken sind für armutsgefährdete Hochaltrige sowie solche mit geringen Einkommen besonders hoch und treffen Alleinlebende und damit insbesondere hochaltrige Frauen verstärkt. Zur Wohnsituation hochaltriger Migrantinnen und Migranten liegen kaum Daten vor. Mit Blick auf die unterschiedlichen Typen von Migrationsbiographien ist hier jedoch einerseits – wie auch bei der autochthonen Bevölkerung – von einer großen Heterogenität auszugehen. Andererseits sind für bestimmte Gruppen – insbesondere hochaltrige, alleinstehende Frauen, die mit kleinen Renten in Wohnungen mit einfacher Ausstattung in schlechten Wohnlagen leben – besondere Gefährdungen und Risiken für eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung auch im Falle von Beeinträchtigungen zu erwarten. Diesen Lebenslagen sollte bei der (Weiter-)Entwicklung von wohnbezogenen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ein besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Strategischer Handlungsbedarf besteht nach Auswertung der vorliegenden Daten offensichtlich in der altersgerechten Anpassung sowohl des Wohnungsbestandes als auch der Quartiere. Die leicht steigenden Wanderungszahlen im hohen Alter gepaart mit einer negativ bekundeten Umzugsbereitschaft deuten darauf hin, dass die Umzüge zu einem erheblichen Teil nicht freiwillig erfolgen. Eine frühe Information, geeignete Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Umzugsgestaltung und eine Eingewöhnungsunterstützung sollten daher einen Umzug im Alter begleiten, um die negativen Folgen für Gesundheit und Selbstwirksamkeitserfahrung zu mildern. Zusätzlich könnte die Wohnmobilität bereits im früheren Alter stärker gefördert werden. Allerdings bedarf es dafür angemessener und bezahlbarer Alternativen für altersgerechtes Wohnen und einer Verbesserung der ökonomischen Situation hochaltriger Menschen mit geringen Einkommen.

08

» Fazit

Die in der Expertise zusammengestellten Erkenntnisse über die Lebenslagen von über 80-Jährigen zeigen ein überaus facettenreiches Bild. Hinter den Daten zu dieser im Jahr 2020 rund 5,9 Millionen Menschen umfassenden und in den kommenden Jahren weiter wachsenden Bevölkerungsgruppe verbirgt sich die Vielfalt des Alter(n)s in heterogenen Lebenssituationen. Auch wenn es zu fast allen ausgewerteten Themenbereichen nur wenige Studien gibt, in denen diese Altersgruppe systematisch und repräsentativ einbezogen wurde, lassen sich in der Zusammenschau für Prävention und Gesundheitsförderung bei hochaltrigen Menschen relevante Ressourcen- und Risikokonstellationen beschreiben sowie Forschungsbedarfe identifizieren.

Die Altersgruppe besteht zu gut 60 % aus Frauen und zu knapp 40 % aus Männern. Die Frauen sind zu knapp zwei Dritteln bereits verwitwet, während drei Viertel der Männer noch verheiratet sind. Verwitwung, Alleinleben, oft kleiner werdende soziale

Netzwerke – all das sind Risikofaktoren für Einsamkeit, mangelnde soziale Teilhabe und in der Folge fehlende soziale und praktische Unterstützung. Verwitwete stehen oft vor der Herausforderung, ihre sozialen Beziehungen neu gestalten zu müssen. Angebote, die soziale Teilhabe ermöglichen und verstetigen, sind in dieser Lebensphase deshalb besonders wichtig. Ein Wohnumfeld, das zum Aufenthalt einlädt, ist dafür ebenso von Bedeutung wie niedrigschwellige Angebote, z. B. in Seniorenzentren oder Nachbarschaftstreffs.

Enge Beziehungen zu wenigen, vertrauten Menschen werden im Alter bedeutsamer als große soziale Netzwerke. Auch wenn die erwachsenen Kinder zunehmend weiter entfernt leben, wird der Kontakt zu ihnen mehrheitlich als wichtig und eng wahrgenommen. Die finanzielle Unterstützung der Kinder und Enkel durch die Älteren hat zugenommen, während instrumentelle Unterstützung durch Kinder und Enkel seltener geworden ist. Ein Drittel derjenigen, die Enkel haben, betreuen diese regel-

mäßig. Daran hat sich auch während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie nur wenig geändert, und nicht einmal das Vorliegen von Risikofaktoren wie Vorerkrankungen hatte darauf einen Einfluss.

Die Mehrheit der Hochaltrigen fühlt sich nicht sozial isoliert oder einsam, auch wenn rund jede bzw. jeder Fünfte der über 90-Jährigen dem Risiko sozialer Isolation ausgesetzt ist. Kontakte und gemeinsame Aktivitäten waren aufgrund der Kontaktbeschränkungen während der COVID-19-Pandemie jedoch nicht oder nur eingeschränkt möglich. Im Jahr 2020 stieg dadurch das Einsamkeitsrisiko altersübergreifend, gleichermaßen bei beiden Geschlechtern und unabhängig von der Wohnsituation und vorhandener Partnerschaften an. Gut zwei Drittel der ab 80-jährigen Befragten berichteten, dass sie von Kontakt- und Besuchsverböten betroffen waren, rund ein Viertel hatten Erkrankungsfälle im sozialen Umfeld erlebt. Vor diesem Hintergrund scheinen die Möglichkeiten, digitale Technik zum Aufrechterhalten sozialer Kontakte zu nutzen, besonders relevant zu sein, auch wenn diese von der Altersgruppe noch wenig genutzt wurde.

Bei der Betrachtung der insgesamt guten materiellen Situation der weitaus meisten Menschen in der Altersgruppe 80+ fallen ausgeprägte Ungleichheiten auf: So verfügten Männer aus Ostdeutschland über deutlich geringere Nettoeinkommen als ihren westdeutschen Altersgenossen – eine Differenz, die sich in den letzten Jahren vergrößert hat. Frauen verfügten insgesamt über geringere Nettoeinkommen als Männer. Aufgrund der geringeren Erwerbsbeteiligung von Frauen in der früheren BRD ist der Unterschied bei Frauen in Westdeutschland besonders groß. Noch einmal deutlich geringere durchschnittliche Nettoeinkommen wiesen hochaltrige Menschen mit Migrationshintergrund auf.

Auch das private Vermögen ist unter den ab 80-Jährigen höchst ungleich verteilt. Hohe Vermögenswerte ließen sich in den östlichen Bundeslän-

dern gar nicht finden, auch Immobilienbesitz ist seltener. Rentnerinnen und Rentner mit Migrationshintergrund verfügten besonders häufig über kein oder nur ein geringes Vermögen. Insbesondere hochaltrige Frauen in Einpersonenhaushalten fallen als Risikogruppe für Einkommensarmut auf; zusätzlich erhöht ist dieses Risiko bei Frauen mit Migrationshintergrund. Hier setzten sich arbeitsmarktinduzierte Ungleichheiten fort, die u. a. in der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Einwanderung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nach Deutschland angelegt wurden.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass gesundheitliche Einschränkungen eintreten. Nichtsdestotrotz bewerteten ab 80-jährige Frauen und Männer ihre subjektive Gesundheit nicht als schlecht, sondern schätzten sie selbst im durchschnittlichen Alter von 90 Jahren noch als »mittel« ein. Hinsichtlich einiger Erkrankungen zeigen sich Bildungsunterschiede: Hochaltrige Menschen, die der oberen Bildungsgruppe zugehören, bewerteten ihre subjektive Gesundheit besser, hatten weniger gesundheitsbedingte Einschränkungen und litten seltener an Multimorbidität und an Bluthochdruck.

Ab dem hohen Alter leiden Frauen und Männer am häufigsten unter kardiovaskulären, kardiometabolischen sowie Krebs- und Atemwegserkrankungen. Auch muskuloskeletale Erkrankungen treten im Alter sehr häufig auf und sind eine wesentliche Ursache für funktionale Einschränkungen und Schwierigkeiten bei der selbstständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Obwohl ihre Lebenserwartung im Durchschnitt geringer ist, ist die funktionale Gesundheit bei Männern besser und sie sind zudem weniger von gesundheitsbedingten Einschränkungen und chronischen Erkrankungen betroffen als Frauen. Eine wichtige Rolle in der gesundheitlichen Versorgung haben Hausärztinnen und -ärzte inne. Mit Blick auf den demographischen

Wandel ist der prognostizierte weitere Anstieg des Mangels an hausärztlich tätigen Versorgerinnen und Versorgern als problematisch zu bewerten. Ein Risiko in der Versorgung mehrfach erkrankter Hochaltriger stellt zudem die Verordnung (zu) vieler Medikamente (Polypharmazie) dar. Instrumente wie die Leitlinie Multimorbidität und der bundeseinheitliche Medikationsplan sollen hier für mehr Sicherheit sorgen.

Demenzielle Erkrankungen steigen mit zunehmendem Alter stark an. Mit Abstand folgen Depressionen und depressive Symptome. Von beiden Erkrankungen sind hochaltrige Frauen häufiger betroffen als Männer, die Sterberate durch Suizid liegt bei Männern dagegen wesentlich höher als bei Frauen.

Die Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten, wie Früherkennung, Zahnprophylaxe oder Sportaktivitäten, geht im hohen Alter zurück. Zugleich leben Hochaltrige im Durchschnitt gesünder, essen mehr Obst und Gemüse, rauchen seltener und trinken weniger Alkohol. Zudem sind sie häufiger gegen Grippe oder COVID-19 geimpft.

Während die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich anstieg, sind in der Periode 2018/2020 nur sehr geringfügige Veränderungen gegenüber der vorangegangenen Periode zu vermerken. Die Stagnation der Lebenserwartung ist hauptsächlich auf die Sterbefallzahlen in Folge der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 zurückzuführen. Insbesondere Menschen mit mehr Vorerkrankungen haben ein höheres Risiko für einen tödlichen COVID-19-Verlauf. Auch hitzebedingte Sterbefälle in den Sommermonaten treten zunehmend auf, spielen jedoch noch eine untergeordnete Rolle. Aufgrund des Klimawandels werden für die Zukunft Maßnahmen zum Schutz älterer Menschen vor Hitze empfohlen.

Pflegebedürftigkeit ist primär eine Herausforderung des hohen Alters: Mehr als die Hälfte aller

Pflegebedürftigen war Ende 2019 über 80 Jahre alt, davon waren mehr als zwei Drittel Frauen. Dennoch war noch bis zum 90. Lebensjahr die Mehrheit der Älteren frei von einem Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung. Erst die Bevölkerung ab 90 Jahren war mehrheitlich von Pflegebedürftigkeit betroffen. Hochaltrige Frauen sind von Pflegebedürftigkeit in besonderer Weise betroffen: Sie stellen nicht nur aufgrund ihres höheren Bevölkerungsanteils die Mehrheit aller Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe, sondern haben auch ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden.

Die Mehrheit der hochaltrigen Pflegebedürftigen ab 80 Jahren wird ambulant im eigenen Haushalt versorgt. Dabei werden Männer häufig noch von der eigenen Partnerin gepflegt, wohingegen Frauen stärker auf die Versorgung durch Dritte, zumeist die eigenen Kinder, angewiesen sind. Hochaltrige Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen sind besonders von sozialer Isolation und mangelnder Betreuung durch Angehörige bedroht. Vorhandenen Erhebungen deuten darauf hin, dass sich diese Situation während der COVID-19-Pandemie insbesondere im Jahr 2020 in vielen Einrichtungen dramatisch verschärfte.

Die häusliche Pflege wird überwiegend von Frauen geleistet, mehr als zwei Drittel aller Hauptpflegepersonen waren im Jahr 2018 weiblich. Der höhere Anteil an pflegenden Frauen geht nicht nur auf ein traditionelles Frauenbild zurück, das Pflege und Versorgung als weibliche Aufgabe ansieht, sondern auch auf die Alters- und Geschlechterstruktur in Pflegehaushalten. Männer werden früher pflegebedürftig als Frauen und werden dann meist von der eigenen Partnerin versorgt; pflegebedürftige Frauen sind dagegen oft bereits verwitwet. Erreichen Männer jedoch ein hohes Alter, sind sie sogar häufiger als Frauen mit Pflegeaufgaben betraut. Gewalt in Pflegesituation stellt ein gesundheitliches Risiko für Pflegenden und Pflegebedürftigen dar. Beratungs-

und Entlastungsangebote sowohl für pflegende Angehörige als auch für Fachkräfte sind wichtige Bausteine einer präventiven, deeskalierenden Strategie.

In vielen Fällen kann eine stationäre Unterbringung vermieden oder verzögert werden, wenn alle Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation ausgeschöpft werden. Damit können auch die hohen volkswirtschaftlichen Kosten der Pflege reduziert werden. Trotz der verpflichtenden Beachtung eines entsprechenden Bedarfs im Rahmen der Pflegebegutachtung, erhält nach wie vor nur eine kleine Minderheit aller Pflegebedürftigen Rehabilitationsmaßnahmen, und nicht alle Pflegebedürftigen kommen einer entsprechenden Empfehlung nach. Eine genaue Aufklärung und Bearbeitung der Gründe hierfür bietet die Chance, das Auftreten von Pflegebedürftigkeit für mehr hochaltrige Menschen hinauszuzögern oder zu verhindern.

Hochaltrige Menschen haben in der Regel schon eine längere arbeitsfreie Zeit hinter sich, so dass sie auf langjährige Erfahrung bei der Gestaltung der freien Zeit zurückblicken können. Freizeitbeschäftigungen finden häufig in der eigenen Wohnung oder in dazugehörigen Außenbereichen (Garten, Balkon) statt. Zu sportlichen Aktivitäten liegen unterschiedliche Ergebnisse vor, aber Gymnastik und Spaziergehen nehmen dabei eine wichtige Rolle ein.

Zeitungen und Zeitschriften sind für ab 80-Jährige von größerer Bedeutung als für jüngere Altersgruppen. Das Internet nutzen sie, wenn auch seltener als andere Altersgruppen, während der COVID-19-Pandemie häufiger als zuvor zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. Ihr Zugang zu digitalen Medien und Geräten unterscheidet sich immer noch nach Alter, Bildung, Geschlecht und Migrationshintergrund. Deutlich eingeschränkt ist der Zugang zum Internet in stationären Pflegeeinrichtungen. Ein schwieriger Zugang zum Internet und eine eingeschränkte Gesundheit sind einige Gründe für

eine erschwerte gesellschaftliche Teilhabe im Alter. Trotzdem engagiert sich noch ein Fünftel der ab 80-jährigen Menschen freiwillig.

Auch eine eingeschränkte Mobilität kann die Teilhabe stark beeinflussen. Ab 80-Jährige sind im Durchschnitt seltener unterwegs, legen kürzere Strecken zurück und laufen anteilmäßig häufiger zu Fuß als andere Altersgruppen. Jedoch verfügen sie im Vergleich zu früheren Kohorten häufiger über Führerschein und Pkw. Der Anteil der Hochaltrigen, die mit dem Fahrrad unterwegs ist, ist vergleichsweise gering. Unter ihnen nutzt ein kleiner Teil Elektroräder, sogenannte Pedelecs.

Die mit der COVID-19-Pandemie verbundenen Maßnahmen hatten deutliche Auswirkungen auf Freizeit- und Teilhabemöglichkeiten der ab 80-jährigen Menschen. Aktivitäten wie Sport und Spaziergehen wurden zum Teil seltener betrieben und zivilgesellschaftliches Engagement, Besuche oder gemeinsame Unternehmungen konnten nur eingeschränkt erfolgen.

Die meisten Menschen im Alter ab 80 Jahren lebten, ob pflegebedürftig oder nicht, in einer »normalen« Wohnung bzw. einem Haus. Dabei handelte es sich fast zur Hälfte um eine selbstgenutzte Immobilie. Die weitaus meisten Hochaltrigen lebten in nicht altersgerechten oder gar barriere reduzierten Wohnungen oder Häusern. Trotzdem waren die Wohnmobilität und Umzugsbereitschaft in der betrachteten Altersgruppe gering. Die emotionale Verbundenheit mit der Wohnung und der Wohnumgebung spielten dabei eine wichtige Rolle.

Insbesondere Hochaltrige mit geringerem Einkommen sind von der sozial ungleichen Verteilung von Wohnkosten und dem Mangel an barriere reduzierten Wohnungen betroffen und sind damit stärker in ihrer selbstständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe gefährdet.

Strategischer Handlungsbedarf besteht nach Auswertung der vorliegenden Daten in der alters-

gerechten Anpassung sowohl des Wohnungsbestandes als auch der Quartiere. Eine Förderung der Umzugsmobilität durch eine frühe Information, geeignete Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Umzugsgestaltung und eine Eingewöhnungsunterstützung sollten daher einen Umzug im Alter begleiten, um die negativen Folgen für Gesundheit und Selbstwirksamkeitserfahrung zu. Allerdings bedarf es dafür angemessener und bezahlbarer Alternativen für altersgerechtes Wohnen.

Die vorliegende Expertise gibt einen umfassenden Überblick über die Lebenslagen der hochaltrigen Menschen in Deutschland, der trotz bestehender Datenlücken eine große Vielfalt aufzeigt. Gesundheitliche Chancengleichheit, soziale und gesellschaftliche Teilhabe sowie eine selbstbestimmte Alltagsgestaltung sind die wichtigsten Bausteine für die Lebensqualität (nicht nur) dieser Altersgruppe. Die Herausforderung liegt darin, die in den verschiedenen Kapiteln herausgearbeiteten, hilfreichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Dabei ist die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und des Zugangs zu Versorgungsleistungen essenziell. Eine wichtige Rolle wird darüber hinaus der Bewältigung der negativen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sowie der Vorbereitung auf die Herausforderungen des Klimawandels für Gesundheit und Lebensqualität hochaltriger Menschen zukommen.

09

>> Anhang

>> 09.1 Tabellen

Abgeleitete Leistungen aus Alterssicherungssystemen (2019)

Geschlecht	Witwen				Witwer			
	Deutschland	Ost-D m. Ost-Berlin	West-D m. West-B.	85 + 75 - < 85	85 + 75 - < 85	Ost-D m. Ost-Berlin	West-D m. West-B.	85 + 75 - < 85
Region								
Alter	75 - < 85	85 + 75 - < 85	85 + 75 - < 85	85 + 75 - < 85	85 + 75 - < 85	85 + 75 - < 85	85 + 75 - < 85	85 + 75 - < 85
GRV ¹	Euro	731	761	692	728	742	770	770
	%	88	88	96	95	85	87	87
Betriebliche Altersvorsorge	Euro	317	357	[443]	[307]	239	185	185
	%	13	16	1	0	17	20	20
Beamtenversorgung ²	Euro	1.518	1.465	[1.535]	[1.486]	1.517	1.468	1.468
	%	7	9	1	0	9	11	11
Zusatzversorgung im Öffentlichen Dienst	Euro	263	259	[178]	[438]	270	254	254
	%	6	6	2	1	7	8	8
Alterssicherung der Landwirte	Euro	321	377	[373]	-	321	377	377
	%	4	5	0	-	5	6	6
Berufsständische Versorgung ³	Euro	[1.528]	[1.045]	[1.240]	-	[1.535]	[1.045]	[1.045]
	%	1	0	0	-	1	0	0
Unfallrenten	Euro	[803]	[404]	[581]	[246]	[880]	[458]	[458]
	%	1	1	1	2	1	1	1
Private Renten- & LV	Euro	[333]	[789]	[447]	-	[331]	[789]	[789]
	%	1	0	1	-	1	0	0
Auslandsrenten	Euro	292	[565]	[404]	-	289	[565]	[565]
	%	2	0	0	-	2	0	0

¹ Nettobetrag nach Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (ohne reine KLG-Leistungen), vor einer evtl. Veranlagung zur Einkommensteuer.

² Netto, nach Ruhestand; 0 = nicht besetzt; D = besetzt; Wert kleiner 0,5; [...] = Wert statistisch nur schwach gesichert; 9<n<30; [...] = Prozentwert statistisch nicht gesichert; n<10; / = Durchschnittswert statistisch nicht gesichert (n<10).

³ Tab. 63: Höhe des Nettobetrages und Anteil abgeleiteter Leistungen von Verwitweten nach Alterssicherungssystem, Geschlecht und Altersgruppe (ohne Heimbewohnerinnen und -bewohner) im Jahr 2019 (in Euro und in %); Quelle: Heien und Krämer 2021a, S. 47-50; dies. 2021b, S. 123 (Tab. 1096), S. 128 (Tab. 1101), S. 131 (Tab. 1104), S. 137 (Tab. 1110), S. 140 (Tab. 1113), S. 143 (Tab. 1116), S. 146 (Tab. 1119), S. 152 (Tab. 1125), S. 155 (Tab. 1128); dies. 2021c, S. 123 (Tab. 2096), S. 128 (Tab. 2101), S. 131 (Tab. 2104), S. 137 (Tab. 2110), S. 140 (Tab. 2113), S. 143 (Tab. 2116), S. 146 (Tab. 2119), S. 152 (Tab. 2125), S. 155 (Tab. 2128); dies. 2021d, S. 123 (Tab. 3096), S. 128 (Tab. 3101), S. 131 (Tab. 3104), S. 137 (Tab. 3110), S. 140 (Tab. 3113), S. 143 (Tab. 3116), S. 146 (Tab. 3119), S. 152 (Tab. 3125), S. 155 (Tab. 3128); Datenbasis: Kantar – Public Division: ASID 2019, ergänzende Berechnungen von Heien und Krämer; eigene Darstellung; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt.

Anzahl Geschwister (2017)

Geschwisterzahl	Alter			Zusammen 60 bis 90 Jahren
	60 bis 69 Jahren	70 bis 79 Jahren	80 bis 90 Jahren	
0	18 %	28 %	36 %	25 %
1	29 %	34 %	31 %	31 %
2	24 %	21 %	18 %	22 %
3 und mehr	29 %	17 %	15 %	23 %
Mittlere Anzahl	2,4 %	2,0 %	1,9 %	2,2 %

Tab. 64: Anzahl lebender Geschwister der 60- bis 90-Jährigen im Jahr 2017 (in %); Quelle: Engstler und Klaus 2020, S. 2; Datenbasis: DEAS 2017; Darstellung verändert.

Wohnentfernung Geschwister (2017)

Wohnentfernung	Alter			Zusammen 60 bis 90 Jahren
	60 bis 69 Jahren	70 bis 79 Jahren	80 bis 90 Jahren	
Im selben Haushalt oder Haus	2 %	4 %	4 %	3 %
In der Nachbarschaft	7 %	10 %	4 %	7 %
Im gleichen Ort	23 %	23 %	25 %	23 %
Im Umkreis von 2 Stunden	47 %	43 %	44 %	46 %
Weiter entfernt	21 %	21 %	23 %	21 %

Tab. 65: Wohnentfernung zum nächstwohnenden Geschwister im Netzwerk der 60- bis 90-Jährigen im Jahr 2017 (in %); Quelle: Engstler und Klaus 2020, S. 3; Datenbasis: DEAS 2017; Darstellung verändert.

Prävalenzen subjektiver Gesundheit, chronischer Krankheit und gesundheitsbedingter Einschränkungen bei Frauen (2019/2020)

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)		Chronische Krankheit oder gesundheitsliches Problem (mindestens sechs Monate)		Gesundheitsbedingte Ein- schränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)	
	(%)	[95 %-KI]	(%)	[95 %-KI]	(%)	[95 %-KI]
Frauen (gesamt)	68,6	[67,2 – 69,9]	51,9	[50,6 – 53,3]	35,5	[34,2 – 36,9]
Altersgruppe und Bildungsstatus						
18 bis 29 Jahre	87,2	[83,5 – 90,1]	33,8	[29,8 – 38,0]	16,8	[13,7 – 20,5]
Untere Bildungsgruppe	78,1	[67,1 – 86,2]	36,8	[26,8 – 48,0]	25,4	[16,6 – 36,9]
Mittlere Bildungsgruppe	87,4	[82,4 – 91,1]	33,9	[28,7 – 39,6]	16,3	[12,5 – 21,0]
Obere Bildungsgruppe	95,0	[91,4 – 97,1]	31,3	[24,9 – 38,4]	10,6	[7,0 – 15,5]
30 bis 44 Jahre	82,9	[80,1 – 85,3]	40,9	[37,8 – 44,0]	21,3	[18,7 – 24,2]
Untere Bildungsgruppe	74,1	[61,8 – 83,5]	34,4	[23,5 – 47,3]	25,5	[16,3 – 37,6]
Mittlere Bildungsgruppe	81,0	[77,1 – 84,4]	44,7	[40,4 – 49,1]	23,3	[19,7 – 27,4]
Obere Bildungsgruppe	89,6	[86,5 – 92,1]	37,6	[34,0 – 41,3]	16,4	[13,6 – 19,7]
45 bis 64 Jahre	66,0	[63,9 – 68,1]	58,6	[56,6 – 60,6]	39,2	[37,2 – 41,3]
Untere Bildungsgruppe	50,4	[42,8 – 58,0]	67,4	[59,6 – 74,4]	49,3	[41,6 – 56,9]
Mittlere Bildungsgruppe	65,5	[63,0 – 68,0]	59,6	[57,1 – 62,0]	40,7	[38,3 – 43,3]
Obere Bildungsgruppe	78,6	[76,5 – 80,6]	49,0	[46,6 – 51,5]	27,7	[25,5 – 29,9]
65 bis 79 Jahre	55,3	[52,6 – 57,9]	61,9	[59,4 – 64,5]	46,1	[43,5 – 48,8]
Untere Bildungsgruppe	46,1	[39,2 – 53,1]	62,4	[55,3 – 69,0]	52,4	[45,3 – 59,3]
Mittlere Bildungsgruppe	56,4	[53,4 – 59,3]	61,8	[58,9 – 64,6]	44,5	[41,6 – 47,5]
Obere Bildungsgruppe	67,6	[64,6 – 70,5]	62,1	[59,0 – 65,0]	40,8	[37,8 – 44,0]
≥ 80 Jahre	42,5	[37,9 – 47,3]	61,9	[57,0 – 66,6]	63,2	[58,5 – 67,7]
Untere Bildungsgruppe	37,9	[29,9 – 46,7]	61,1	[52,2 – 69,4]	66,5	[57,9 – 74,1]
Mittlere Bildungsgruppe	46,1	[40,8 – 51,4]	62,3	[56,8 – 67,4]	60,3	[54,9 – 65,4]
Obere Bildungsgruppe	53,4	[46,5 – 60,0]	65,1	[58,4 – 71,4]	58,5	[51,6 – 65,0]

KI: Konfidenzintervall

>> Tab. 66: Prävalenz einer als »sehr gut« oder »gut« eingeschätzten subjektiven Gesundheit, einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten nach Altersgruppen und Bildungsstatus bei Frauen im Jahr 2019/2020 (in %); Quelle: Heidemann u. a. 2021, S. 24; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenquelle: GEDA 2019/2020-EHIS; Darstellung auszugsweise und verändert.

Prävalenzen subjektiver Gesundheit, chronischer Krankheit und gesundheitsbedingter Einschränkungen bei Männern (2019/2020)

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)		Chronische Krankheit oder gesundheitsliches Problem (mindestens sechs Monate)		Gesundheitsbedingte Ein- schränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)	
	(%)	[95 %-KI]	(%)	[95 %-KI]	(%)	[95 %-KI]
Männer (gesamt)	71,6	[70,2 – 72,9]	46,4	[44,9 – 47,8]	31,0	[29,7 – 32,4]
Altersgruppe und Bildungsstatus						
18 bis 29 Jahre	88,3	[85,2 – 90,8]	25,8	[22,6 – 29,2]	10,5	[8,4 – 13,1]
Untere Bildungsgruppe	80,9	[72,4 – 87,3]	31,8	[24,4 – 40,3]	14,8	[9,6 – 22,2]
Mittlere Bildungsgruppe	89,8	[85,8 – 92,8]	23,5	[19,5 – 28,0]	9,8	[7,2 – 13,1]
Obere Bildungsgruppe	94,4	[90,8 – 96,6]	25,0	[20,0 – 30,7]	7,4	[4,7 – 11,5]
30 bis 44 Jahre	84,0	[81,2 – 86,4]	34,6	[31,6 – 37,8]	18,5	[16,0 – 21,3]
Untere Bildungsgruppe	74,3	[61,8 – 83,8]	32,7	[22,0 – 45,5]	25,1	[15,7 – 37,5]
Mittlere Bildungsgruppe	80,4	[76,4 – 83,9]	39,1	[34,6 – 43,8]	22,1	[18,5 – 26,3]
Obere Bildungsgruppe	92,8	[90,6 – 94,5]	29,5	[26,2 – 33,1]	10,9	[8,7 – 13,6]
45 bis 64 Jahre	65,2	[62,8 – 67,5]	53,1	[50,8 – 55,4]	38,8	[36,5 – 41,3]
Untere Bildungsgruppe	47,4	[37,4 – 57,6]	66,8	[56,5 – 75,7]	61,9	[51,5 – 71,3]
Mittlere Bildungsgruppe	60,1	[56,8 – 63,4]	55,8	[52,5 – 59,0]	42,8	[39,5 – 46,2]
Obere Bildungsgruppe	80,4	[78,4 – 82,2]	43,6	[41,2 – 46,0]	23,6	[21,7 – 25,7]
65 bis 79 Jahre	57,7	[54,6 – 60,8]	63,8	[60,9 – 66,7]	42,9	[39,9 – 46,0]
Untere Bildungsgruppe	48,5	[34,3 – 62,9]	67,4	[52,0 – 79,8]	55,0	[40,3 – 68,9]
Mittlere Bildungsgruppe	53,1	[48,7 – 57,5]	65,8	[61,5 – 69,8]	45,0	[40,7 – 49,4]
Obere Bildungsgruppe	68,1	[65,3 – 70,7]	59,9	[57,1 – 62,6]	36,3	[33,6 – 39,0]
≥ 80 Jahre	52,6	[47,1 – 58,0]	62,0	[56,6 – 67,1]	58,1	[52,6 – 63,4]
Untere Bildungsgruppe	54,5	[34,9 – 72,8]	67,0	[46,4 – 82,7]	63,7	[43,1 – 80,2]
Mittlere Bildungsgruppe	48,0	[40,5 – 55,5]	62,1	[54,5 – 69,1]	58,8	[51,2 – 66,0]
Obere Bildungsgruppe	58,6	[53,2 – 63,8]	60,4	[55,0 – 65,6]	54,2	[48,9 – 59,5]

KI: Konfidenzintervall

>> Tab. 67: Prävalenz einer als »sehr gut« oder »gut« eingeschätzten subjektiven Gesundheit, einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten nach Altersgruppen und Bildungsstatus bei Männern im Jahr 2019/2020 (in %); Quelle: Heidemann u. a. 2021, S. 25; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenquelle: GEDA 2019/2020-EHIS; Darstellung auszugsweise und verändert.

Prävalenz für Diabetes (2020)

	Diabetes		Koronare Herzkrankheit		Schlaganfall	
	(%)	(95 %-KI)	(%)	(95 %-KI)	(%)	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	8,2	(7,5 – 9,1)	5,1	(4,5 – 5,7)	2,1	(1,7 – 2,6)
Altersgruppe						
18 bis 29 Jahre	0,8	(0,2 – 2,6)	0,8	(0,5 – 1,4)	0,6	(0,2 – 1,4)
30 bis 44 Jahre	3,2	(2,1 – 4,9)	–	–	–	–
45 bis 64 Jahre	7,1	(6,0 – 8,3)	3,6	(2,7 – 4,6)	1,9	(1,3 – 2,7)
65 bis 79 Jahre	17,0	(15,0 – 19,3)	9,2	(7,8 – 10,9)	3,9	(3,0 – 5,0)
≥ 80 Jahre	17,9	(14,4 – 22,0)	18,9	(15,3 – 23,1)	5,5	(3,6 – 8,5)
Bildungsstatus						
Untere Bildungsgruppe	13,5	(11,0 – 16,4)	9,8	(7,7 – 12,4)	3,9	(2,6 – 5,8)
Mittlere Bildungsgruppe	7,9	(7,1 – 8,8)	4,3	(3,7 – 5,0)	1,9	(1,5 – 2,5)
Obere Bildungsgruppe	3,9	(3,4 – 4,5)	2,3	(1,9 – 2,8)	0,9	(0,7 – 1,2)
Männer (gesamt)	9,6	(8,8 – 10,5)	6,6	(5,9 – 7,4)	2,3	(1,9 – 2,8)
Altersgruppe						
18 bis 29 Jahre	0,6	(0,3 – 1,2)	0,4	(0,2 – 0,8)	0,1	(0,0 – 0,4)
30 bis 44 Jahre	2,7	(1,7 – 4,3)	–	–	–	–
45 bis 64 Jahre	11,2	(9,7 – 13,0)	6,4	(5,2 – 7,7)	2,4	(1,7 – 3,2)
65 bis 79 Jahre	20,0	(17,7 – 22,5)	16,5	(14,2 – 19,1)	6,2	(4,7 – 8,0)
≥ 80 Jahre	22,3	(18,1 – 27,2)	21,9	(17,7 – 26,8)	5,9	(3,9 – 8,8)
Bildungsstatus						
Untere Bildungsgruppe	8,8	(6,2 – 12,3)	6,5	(4,3 – 9,6)	2,1	(0,9 – 4,7)
Mittlere Bildungsgruppe	10,8	(9,7 – 12,2)	7,1	(6,1 – 8,2)	2,6	(2,1 – 3,3)
Obere Bildungsgruppe	7,6	(6,9 – 8,3)	5,8	(5,2 – 6,5)	1,8	(1,4 – 2,2)

KI: Konfidenzintervall

>> Tab. 68: 12-Monats-Prävalenz für Diabetes (ohne Schwangerschaftsdiabetes), koronare Herzkrankheit und Schlaganfall bzw. Beschwerden infolge eines Schlaganfalls nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsstatus im Jahr 2019/2020 (in %); Quelle: Heidemann u. a. 2021, S. 10; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenquelle GEDA 2019/2020-EHIS; Darstellung verändert.

Prävalenz depressiver Symptomatik (2019/2020)

	Frauen		Männer	
	(%)	(95 %-KI)	(%)	(95 %-KI)
Gesamt	8,8	(8,0 – 9,7)	7,5	(6,7 – 8,5)
Altersgruppe und Bildungsstatus				
18 bis 29 Jahre	11,6	(8,8 – 15,1)	7,3	(5,3 – 10,0)
Untere Bildungsgruppe	24,0	(15,2 – 35,6)	12,5	(7,4 – 20,4)
Mittlere Bildungsgruppe	10,3	(7,1 – 14,6)	6,6	(4,2 – 10,1)
Obere Bildungsgruppe	4,4	(2,2 – 8,5)	3,0	(1,6 – 5,3)
30 bis 44 Jahre	8,7	(6,8 – 10,9)	7,3	(5,5 – 9,5)
Untere Bildungsgruppe	13,6	(7,1 – 24,4)	11,9 ¹	(5,6 – 23,4)
Mittlere Bildungsgruppe	9,4	(6,9 – 12,7)	9,2	(6,6 – 12,6)
Obere Bildungsgruppe	5,4	(3,7 – 8,0)	2,9	(1,9 – 4,5)
45 bis 64 Jahre	10,2	(8,8 – 11,7)	9,6	(8,0 – 11,5)
Untere Bildungsgruppe	18,0	(12,8 – 24,7)	18,6	(11,5 – 28,6)
Mittlere Bildungsgruppe	9,5	(7,9 – 11,3)	11,3	(9,0 – 14,1)
Obere Bildungsgruppe	6,6	(5,4 – 8,1)	3,6	(2,7 – 4,6)
65 bis 79 Jahre	5,0	(3,9 – 6,3)	4,4	(3,1 – 6,3)
Untere Bildungsgruppe	6,0	(3,4 – 10,5)	11,9 ¹	(4,4 – 28,3)
Mittlere Bildungsgruppe	4,5	(3,4 – 5,9)	3,9	(2,6 – 5,8)
Obere Bildungsgruppe	5,3	(3,9 – 7,1)	2,7	(1,9 – 3,8)
≥ 80 Jahre	7,3	(4,9 – 10,7)	5,8	(3,8 – 8,7)
Untere Bildungsgruppe	7,9	(3,9 – 15,4)	5,0 ¹	(0,9 – 24,3)
Mittlere Bildungsgruppe	7,1	(4,8 – 10,4)	5,5	(3,0 – 9,7)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(3,4 – 10,1)	7,0	(4,5 – 10,8)

KI: Konfidenzintervall, PHQ-8-8 Item Patient Health Questionnaire; ¹ Fallzahl beträgt n < 10

>> Tab. 69: Prävalenz der depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen gemäß Patient Health Questionnaire (PHQ-8) nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsstatus; Quelle: Heidemann u. a. 2021, S. 26; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2019/2020-EHIS; Darstellung auszugsweise und verändert.

Sterbeziffern nach häufigen Diagnosen (2020)

Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner (Sterbeziffer)						
Todesursache	Männer			Frauen		
	80 bis 84 Jahre	85 bis 89 Jahre	90+ Jahre	80 bis 84 Jahre	85 bis 89 Jahre	90+ Jahre
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	2.472,4	5.333,5	11.866,4	1.710,5	4.341,2	11.511,2
Neubildungen (C00-D48)	1.790,3	2.554,5	3.334,0	1.082,3	1.481,6	1.850,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	356,5	857,2	1.998,7	341,1	909,7	2.619,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	544,4	966,3	1.787,6	279,8	504,1	1.028,8
Krankheiten mit unklarer Ätiologie und nicht belegte Schlüsselnummern (U00-U85) (COVID-19)	381,3	736,8	1.130,7	209,9	477,7	981,9

>> Tab. 70: Sterbeziffern nach häufigen Diagnosen, 2020, Männer und Frauen, Alter; Quelle: GBE 2021i; Datenbasis: Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.

Krankheitskosten der ab 85-Jährigen nach Diagnosegruppen (2015)

Diagnosen	Männer	Frauen	Insgesamt
Alle Diagnosen	11.193	31.881	43.073
A00-T98 Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	10.924	360	42.319
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	180	1.079	541
C00-D48 Neubildungen	846	173	1.925
D50-D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	91	952	263
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	395	7.555	1.347
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	1.767	1.148	9.322
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	523	596	1.671
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	195	169	791
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	78	5.281	247
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	2.312	846	7.593
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	554	1.241	1.401
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	626	243	1.867
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	96	3.184	339
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	652	609	3.835
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	440	20	1.048
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	10	5.540	30
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	1.509	2.398	7.049
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	652	486	3.050
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	268	31.394	755

>> Tab. 71: Krankheitskosten der ab 85-Jährigen nach Diagnosegruppen und Geschlecht in Millionen Euro im Jahr 2015 (absolut); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021k; Datenbasis: Krankheitskostenrechnung; eigene Darstellung.

Anzahl palliativmedizinischer Prozeduren in Krankenhäusern (2019)

Fallgruppe	Alle Altersgruppen	80+
1-773 Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment	2.136	651
1-774 Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	28.940	7.451
8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung	43.899	12.622
8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	51.914	14.664
8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	16.927	4.542
Insgesamt	143.816	39.930

>> Tab. 72: Palliativmedizinische Prozeduren bei vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern nach Fallgruppe und Altersgruppe im Jahr 2019 (absolut); Quelle: GBE 2021e; Datenbasis: DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes; eigene Berechnungen und Darstellung.

Soziodemografische Merkmale von Pflegebedürftigen (2019)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige			Pflegequote		Bevölkerung						
	Insgesamt	Veränderungen zu 2017	Davon Zu Hause versorgt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich				
									Anzahl	%	Anzahl	%
Unter 15	160.953	41,4	160.685	268	103.416	57.537	1,4	1,8	1,0	11.391.259	5.851.703	5.539.556
15 bis 60	490.008	24,7	454.886	35.122	254.170	235.838	1,0	1,0	1,0	48.036.999	24.478.746	23.558.253
60 bis 65	167.294	28,0	142.292	25.002	83.464	83.830	3,0	3,0	2,9	5.647.771	2.779.453	2.868.318
65 bis 70	225.533	25,8	190.507	35.026	109.960	115.573	4,6	4,8	4,5	4.859.032	2.312.527	2.546.505
70 bis 75	279.962	21,0	236.093	43.869	126.688	153.274	7,6	7,4	7,8	3.674.095	1.718.280	1.955.815
75 bis 80	532.476	9,7	438.499	93.977	211.426	321.050	13,7	12,2	15,0	3.876.420	1.733.030	2.143.390
80 bis 85	870.080	29,5	697.738	172.342	297.701	572.379	26,4	21,7	29,7	3.294.281	1.370.290	1.923.991
85 bis 90	773.091	16,3	582.798	190.293	225.949	547.142	49,4	39,6	55,1	1.563.807	570.366	993.441
90 und mehr	628.208	15,4	405.790	222.418	142.723	485.485	76,3	63,9	80,9	823.047	223.218	599.829
Insgesamt	4.127.605	20,9	3.309.288	818.317	1.555.497	2.572.108	5,0	3,8	6,1	83.166.711	41.037.603	42.129.098

>> Tab. 73: Pflegebedürftige nach Altersgruppen, Versorgungsform, Geschlecht und Pflegequote zum Jahresende 2019; Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b, S. 21–22; Datenbasis: Pflegestatistik 2019; Darstellung verändert.

Strukturmerkmale Pflegebedürftiger (2018)

	2010	2016	2018			
			Insgesamt	bis 59 Jahre	60 bis 79 Jahre	80+
Männlich	36 %	40 %	41 %	56 %	45 %	31 %
Weiblich	64 %	60 %	59 %	44 %	55 %	69 %
Verheiratet	36 %	35 %	36 %	17 %	54 %	33 %
Verwitwet	41 %	38 %	35 %	1 %	22 %	57 %
Geschieden	7 %	9 %	8 %	7 %	14 %	5 %
Ledig	16 %	18 %	21 %	75 %	10 %	5 %
Eingetragene Lebenspartnerschaft	–	0 %	0 %	–	0 %	–
Kinderlos	21 %	24 %	28 %	79 %	21 %	11 %
1 Kind	22 %	21 %	21 %	7 %	19 %	28 %
2 Kinder	29 %	30 %	25 %	10 %	34 %	26 %
3 und mehr Kinder	28 %	25 %	26 %	4 %	26 %	35 %
Alleinlebend	34 %	34 %	33 %	23 %	38 %	33 %
2-Personen-Haushalt	39 %	38 %	41 %	20 %	51 %	44 %
3-Personen-Haushalt	13 %	15 %	12 %	22 %	6 %	12 %
4- und mehr Personenhaushalt	14 %	13 %	14 %	35 %	4 %	11 %

>> Tab. 74: Strukturmerkmale Pflegebedürftiger in Privathaushalten nach Altersgruppen im Jahr 2018 (in %); Quelle: Geiss, Schneekloth und Pupeter 2019, S. 33; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019; Darstellung verändert.

Personen mit Unterstützungsbedarf (2018)

	Personen mit Unterstützungsbedarf, ohne Leistungsbezug		Pflegebedürftige mit Leistungsbezug
	Personen mit Unterstützungsbedarf, ohne Leistungsbezug	Pflegebedürftige mit Leistungsbezug	
Alter	Unter 60 Jahre	28 %	20 %
	60 bis unter 80 Jahre	34 %	32 %
	80+	38 %	48 %
Geschlecht	Männlich	50 %	40 %
	Weiblich	50 %	60 %
Lebensform	Alleinlebend	46 %	33 %
	Ehepaare	19 %	29 %
	Ehepaare mit Angehörigen	8 %	6 %
	Verwitwete mit Angehörigen	11 %	16 %
	Sonstige Alleinstehende mit Angehörigen	14 %	12 %
	Kinder unter 16 Jahren/Elternhaushalt	2 %	4 %

>> Tab. 75: Strukturmerkmale von Personen mit Unterstützungsbedarf mit und ohne Leistungsbezug im Jahr 2018 (in %); Quelle: Geiss, Schneekloth und Pupeter. 2019, S. 87; Datenbasis: Studie zur Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) – Kantar 2019, Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten; Darstellung verändert.

Familienstand ambulant versorgter Pflegebedürftiger (2003)

Alter	insgesamt		Familienstand			
			Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden
Insgesamt						
unter 25 Jahre	103.000	100 %	100 %	–	–	–
25 bis 60 Jahre	172.000	100 %	50,4 %	37,9 %	/	9,4 %
60 bis 70 Jahre	165.000	100 %	11,0 %	67,3 %	14,6 %	7,1 %
70 bis 75 Jahre	140.000	100 %	6,6 %	59,9 %	27,4 %	6,2 %
75 bis 80 Jahre	205.000	100 %	6,5 %	46,6 %	43,2 %	3,7 %
80 bis 85 Jahre	229.000	100 %	3,9 %	34,2 %	58,2 %	3,7 %
85 bis 90 Jahre	240.000	100 %	5,0 %	17,8 %	74,5 %	/
90+	181.000	100 %	–	11,1 %	82,4 %	/
insgesamt	1.435.000	100 %	18,0 %	34,6 %	43,0 %	4,5 %
Davon: Männlich						
unter 25 Jahre	57.000	100 %	100 %	–	–	–
25 bis 60 Jahre	91.000	100 %	55,3 %	34,2 %	/	9,4 %
60 bis 70 Jahre	85.000	100 %	9,7 %	78,9 %	/	/
70 bis 75 Jahre	64.000	100 %	/	79,7 %	11,5 %	/
75 bis 80 Jahre	68.000	100 %	/	74,3 %	18,4 %	/
80 bis 85 Jahre	61.000	100 %	/	71,4 %	25,1 %	/
85 bis 90 Jahre	52.000	100 %	/	48,9 %	45,4 %	/
90+	34.000	100 %	/	38,1 %	60,6 %	–
Zusammen	513.000	100 %	24,7 %	55,0 %	16,6 %	3,6 %
Weiblich						
unter 25 Jahre	46.000	100 %	100 %	–	–	–
25 bis 60 Jahre	80.000	100 %	44,9 %	42,0 %	/	9,4 %
60 bis 70 Jahre	80.000	100 %	12,5 %	54,9 %	24,0 %	/
70 bis 75 Jahre	76.000	100 %	/	43,2 %	40,7 %	/
75 bis 80 Jahre	137.000	100 %	7,5 %	32,9 %	55,5 %	/
80 bis 85 Jahre	168.000	100 %	4,6 %	20,7 %	70,2 %	4,5 %
85 bis 90 Jahre	188.000	100 %	5,0 %	9,1 %	82,6 %	/
90+	147.000	100 %	/	5,0 %	87,4 %	/
Zusammen	922.000	100 %	14,2 %	23,3 %	57,6 %	4,9 %

>> Tab. 76: Zu Hause (ambulant) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Familienstand und Geschlecht (absolut und in %); Quelle: Statistisches Bundesamt 2004, S. 9; Datenbasis: Mikrozensus 2003.

Haushaltsgröße ambulant versorgter Pflegebedürftiger (2003)

Alter	insgesamt		Davon lebten in einem Personenhaushalt mit ... Person(en)		
			1	2	3 und mehr
Pflegestufen					
Insgesamt					
unter 25 Jahre	103.000	100 %	/	7,8 %	91,7 %
25 bis 60 Jahre	172.000	100 %	19,5 %	35,3 %	45,2 %
60 bis 70 Jahre	165.000	100 %	24,1 %	61,1 %	14,9 %
70 bis 75 Jahre	140.000	100 %	31,5 %	60,1 %	8,4 %
75 bis 80 Jahre	205.000	100 %	41,7 %	48,3 %	10,0 %
80 bis 85 Jahre	229.000	100 %	51,4 %	37,3 %	11,4 %
85 bis 90 Jahre	240.000	100 %	60,8 %	22,0 %	17,3 %
90+	181.000	100 %	62,2 %	17,0 %	20,9 %
insgesamt	1.435.000	100 %	40,4 %	36,3 %	23,3 %
Davon					
Pflegestufe I	764.000	100 %	46,3 %	34,2 %	19,5 %
Pflegestufe II	500.000	100 %	36,7 %	38,5 %	24,8 %
Pflegestufe III	172.000	100 %	24,6 %	39,7 %	35,7 %
Davon: Männlich					
unter 25 Jahre	57.000	100 %	/	/	90,3 %
25 bis 60 Jahre	91.000	100 %	22,4 %	31,6 %	46,0 %
60 bis 70 Jahre	85.000	100 %	16,4 %	67,6 %	16,0 %
70 bis 75 Jahre	64.000	100 %	15,7 %	76,4 %	/
75 bis 80 Jahre	68.000	100 %	19,8 %	71,8 %	/
80 bis 85 Jahre	61.000	100 %	23,7 %	67,1 %	/
85 bis 90 Jahre	52.000	100 %	34,6 %	50,9 %	14,5 %
90+	34.000	100 %	49,0 %	40,1 %	/
Zusammen	513.000	100 %	21,0 %	52,7 %	26,3 %
Davon					
Pflegestufe I	250.000	100 %	24,3 %	52,1 %	23,6 %
Pflegestufe II	190.000	100 %	18,6 %	54,6 %	26,8 %
Pflegestufe III	73.000	100 %	15,8 %	50,2 %	34,0 %

Haushaltsgröße ambulant versorgter Pflegebedürftiger (2003)

Alter	insgesamt		Davon lebten in einem Personenhaushalt mit ... Person(en)		
			1	2	3 und mehr
Pflegestufen					
Weiblich					
unter 25 Jahre	46.000	100 %	–	/	93,6 %
25 bis 60 Jahre	80.000	100 %	16,2 %	39,5 %	44,3 %
60 bis 70 Jahre	80.000	100 %	32,3 %	54,1 %	13,6 %
70 bis 75 Jahre	76.000	100 %	44,8 %	46,4 %	/
75 bis 80 Jahre	137.000	100 %	52,5 %	36,6 %	10,8 %
80 bis 85 Jahre	168.000	100 %	61,4 %	26,4 %	12,2 %
85 bis 90 Jahre	188.000	100 %	68,1 %	13,9 %	18,0 %
90+	147.000	100 %	65,2 %	11,7 %	23,1 %
Zusammen	922.000	100 %	51,2 %	27,2 %	21,6 %
Davon					
Pflegestufe I	515.000	100 %	57,0 %	25,5 %	17,4 %
Pflegestufe II	309.000	100 %	47,8 %	28,6 %	23,6 %
Pflegestufe III	98.000	100 %	31,2 %	31,8 %	37,0 %

>> Tab. 77: Zu Hause (ambulant) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Haushaltsgröße und Geschlecht (absolut in Tausend und in %);
Quelle: Statistisches Bundesamt 2004, S. 10; Datenbasis: Mikrozensus 2003.

Familienstand im Heim versorgter Pflegebedürftiger (2003)

Alter	insgesamt		Familienstand			
			Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden
Insgesamt						
unter 25 Jahre	/	100 %	/	–	–	–
25 bis 60 Jahre	26.000	100 %	69,3 %	/	/	/
60 bis 70 Jahre	45.000	100 %	40,0 %	/	29,0 %	23,2 %
70 bis 80 Jahre	119.000	100 %	21,0 %	16,2 %	56,1 %	6,7 %
80 bis 90 Jahre	256.000	100 %	12,2 %	8,0 %	75,3 %	4,5 %
90+	147.000	100 %	12,5 %	/	79,8 %	–
insgesamt	594.000	100 %	18,9 %	8,7 %	65,7 %	6,6 %
Davon: Männlich						
unter 25 Jahre	/	100 %	/	–	–	–
25 bis 60 Jahre	15.000	100 %	81,2 %	/	/	/
60 bis 70 Jahre	24.000	100 %	41,3 %	/	/	30,8 %
70 bis 80 Jahre	32.000	100 %	26,4 %	29,3 %	36,1 %	/
80 bis 90 Jahre	37.000	100 %	/	31,5 %	54,1 %	/
90+	17.000	100 %	/	/	62,0 %	–
Zusammen	126.000	100 %	28,9 %	22,1 %	37,8 %	11,2 %
Weiblich						
unter 25 Jahre	/	100 %	/	–	–	–
25 bis 60 Jahre	11.000	100 %	/	/	/	/
60 bis 70 Jahre	22.000	100 %	38,5 %	/	38,8 %	/
70 bis 80 Jahre	86.000	100 %	19,0 %	11,3 %	63,5 %	/
80 bis 90 Jahre	219.000	100 %	13,1 %	4,1 %	78,9 %	4,0 %
90+	130.000	100 %	12,4 %	/	82,1 %	/
Zusammen	469.000	100 %	16,2 %	5,1 %	73,2 %	5,4 %

>> Tab. 78: Im Pflegeheim (stationär) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Haushaltsgröße und Geschlecht (absolut in Tausend und in %); Quelle: Statistisches Bundesamt 2004, S. 13; Datenbasis: Mikrozensus 2003.

Technologiespektren und Implikationen für Pflegearbeit (2020)

Technologiespektrum	Impuls auf die Pflegearbeit
Elektronische Dokumentationssysteme	Planung von Pflege und Erfassung notwendiger Informationen, Optimierung von Pflegeprozessen
Technische Assistenzsysteme	Intelligente Unterstützung von Pflegearbeit, Abbau von Belastungen
Telecare	Reduktion von Distanzen und Gewährleistung entörtlicher Sorgeangebote
Teil- und vollautonome Systeme (Robotik)	Veränderung der pflegerischen Arbeitsroutinen, Unterstützung von Pflegenden

>> Tab. 79: Technologiespektren und Zielsetzungen in der Pflegearbeit; Quelle: Zerth u. a. 2021, S. 160 in Anlehnung an Becker 2020, S. 175 und Schneider, Besser und Geithner 2020, S. 618; Lizenz CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Mindestens seltene Freizeitaktivitäten (2019 bis 2021)

Freizeitaktivitäten mindestens selten	80 bis 99 Jahre	Gesamt
Sport treiben	24,6 %	58,0 %
Reiten	0,3 %	4,1 %
Besuch von Wellness-Studios (z. B. Yoga), in die Sauna gehen	11,5 %	33,6 %
Golf spielen	0,7 %	3,3 %
Wassersport / Segeln / Surfen	1,4 %	9,6 %
Ski/Snowboard fahren	0,7 %	19,3 %
Besuch von Fitness-, Kraftstudios	4,4 %	23,9 %
Gymnastik	21,3 %	20,8 %
Tennis spielen	1,2 %	7,7 %
Walken/Nordic-Walken	5,3 %	15,5 %
Schwimmen	35,4 %	67,7 %
Wandern	27,9 %	44,6 %
Fahrrad fahren	29,6 %	67,5 %
Fußball spielen	1,2 %	14,9 %
Spazieren gehen	85,0 %	88,8 %

>> Tab. 80: Freizeitaktivitäten Sportarten (mindestens selten) (in %). Farbiger hinterlegte Felder: Die Darstellung beruht teilweise auf Zellen mit weniger als 80 Fällen; Quelle: VuMA Touchpoints 2021; Datenbasis: VuMA.

Anteil Einwohnerinnen und Einwohner im Alter nach Region und Bundesländern (2019)

Raumeinheit	Einwohner/innen 75 Jahre und älter, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung	Einwohner/innen 85 Jahre und älter, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung
Bund	11,5 %	2,9 %
Ostdeutschland	13,2 %	3,1 %
Westdeutschland	11,1 %	2,8 %
Sachsen	14,6 %	3,6 %
Sachsen-Anhalt	14,4 %	3,4 %
Thüringen	13,7 %	3,2 %
Brandenburg	13,5 %	3,1 %
Mecklenburg-Vorpommern	13,2 %	3,2 %
Saarland	12,4 %	3,2 %
Schleswig-Holstein	12,4 %	2,8 %
Niedersachsen	11,7 %	2,9 %
Rheinland-Pfalz	11,3 %	3,0 %
Bremen	11,3 %	2,8 %
Nordrhein-Westfalen	11,2 %	2,9 %
Hessen	10,8 %	2,7 %
Baden-Württemberg	10,8 %	2,8 %
Bayern	10,7 %	2,7 %
Berlin	10,3 %	2,3 %
Hamburg	10,0 %	2,5 %

>> Tab. 81: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 75 Jahren und mehr und 85 Jahren und mehr nach Region und Bundesländern im Jahr 2019 (in % der jeweiligen Gesamtbevölkerung); Quelle: BBSR 2021; Datenbasis: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Bundes und der Länder, Eurostat Regio Datenbank, Stichtag zum 01.01.2019; © 2021 Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn; Lizenz: Datenlizenz Deutschland – Namensnennung – Version 2.0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0); veränderte Darstellung.

Barrierereduzierte Wohnungen (2018)

	Insgesamt ¹	Errichtet von bis ...			
		Bis 1948	1949 bis 1990	1991 bis 2010	2011 bis 2018
Wohnungen insgesamt	36.927	9.103	20.190	6.229	1.089
Gebäude mit Merkmal der Barrierereduktion beim Zugang zur Wohnung – und zwar:					
Schwellenloser Zugang zur Wohnung	5.068	750	2.339	1.389	552
Ausreichend breite Haustür	27.104	6.113	14.813	5.026	956
Ausreichend breite Flure	24.043	5.308	13.106	4.563	896
Keines der aufgeführten Merkmale	7.167	2.299	3.912	809	69
Alle aufgeführten Merkmale	3.809	488	1.706	1.113	478
Wohnung mit Merkmal der Barrierereduktion – und zwar:					
Keine Schwellen/Bodenunebenheiten	6.119	1.230	3.230	1.204	407
Alle Räume stufenlos erreichbar	11.403	2.101	6.775	1.917	513
Ausreichend breite Wohnungstür	25.685	5.859	13.931	4.775	929
Ausreichend breite Raamtüren	21.507	4.913	11.522	4.072	831
Ausreichend breite Flure	23.430	5.175	12.707	4.485	894
Genügend Raum entlang der Küchenzeile	23.131	5.504	12.151	4.413	894
Genügend Raum im Bad/Sanitärbereich	18.086	4.103	9.214	3.818	826
Ebenerdiger Einstieg zur Dusche	5.337	1.092	2.349	1.161	707
Keines der aufgeführten Merkmale	6.571	2.012	3.696	742	54
Alle aufgeführten Merkmale	884	112	337	234	197

Mehrfachnennungen möglich.

¹ Einschließlich Wohnungen ohne Angabe zum Baujahr.

>> Tab. 82: Anzahl der nach Einschätzung der Befragten barrierereduzierten Wohnungen im Jahr 2018 (absolut); Quelle: Krieger u. a. 2021, S. 265; Datenbasis: Mikrozensus 2018, Zusatzhebung Wohnen; Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Seniorenhaushalte in barrierereduzierten Wohnungen (2018)

Haushalte mit...	Keine Schwellen/Bodenunebenheiten	Stufenlose Erreichbarkeit Räume	Ausreichende Durchgangsbreite		Ausreichend Bewegungsraum	Ebenerdiger Einstieg zur Dusche	Keines der Merkmale	Alle Merkmale
			Wohnungstür	Raamtüren				
... Personen 65 Jahre und älter	18,1 %	32,9 %	70,4 %	59,4 %	63,4 %	15,9 %	17,5 %	3,5 %
... Monatlichem Haushaltsnettoeinkommen von < 900 Euro	19,0 %	37,1 %	63,0 %	52,9 %	49,3 %	8,0 %	22,9 %	2,0 %
... Monatlichem Haushaltsnettoeinkommen von 6.000 Euro und mehr	15,7 %	20,0 %	76,2 %	63,0 %	73,3 %	27,3 %	12,8 %	3,0 %
Alle Haushalte	16,9 %	31,8 %	69,4 %	58,3 %	62,2 %	14,0 %	17,9 %	2,4 %

>> Tab. 83: Haushalte nach subjektiver Einschätzung von Aspekten der Barrierereduktion der Wohnung in Gebäuden mit Wohnraum im Jahr 2018 (in %); Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2019; korrigiert 2020), Tabelle 21; Datenbasis: Mikrozensus 2018, Zusatzhebung Wohnen; eigene Berechnungen und Darstellung.

Wohnsituation älterer Menschen (2017)

		Gesamt ab 65 Jahren	65 bis 79 Jahre	Ab 80 Jahren
Wohnen zur Miete	%	36	34	42
Bewohnter Haustyp				
Einfamilienhaus/Reihenhaus/Doppelhaushälfte	%	58	59	54
Mehrparteienhaus	%	32	32	32
Sonstiges	%	10	9	13
Kreistyp				
Kreisfreie Großstädte	%	25	26	23
Städtische Kreise	%	38	39	38
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansatz	%	21	22	19
Dünn besiedelte ländliche Kreise	%	15	14	19
Haushaltstyp				
Alleinstehende ¹	%	36	31	54
Paarhaushalte	%	64	69	46
Wohnungsausstattung				
Zimmer außer Küche, Bad, Flur (pro Person)	Anzahl	2,6	2,5	2,8
Garten oder Gartennutzung vorhanden	%	75	75	74
Balkon oder Terrasse vorhanden	%	84	85	84
Ohne Garten, aber mit Balkon oder Terrasse	%	21	20	22
Ohne Garten und ohne Balkon oder Terrasse	%	5	5	4
Durchschnittliche Wohndauer	Jahren	32,0	30,3	37,7
Anteil der Wohnkosten am Haushaltsnettoeinkommen (Durchschnitt)	%	23	22	26
Anteil der Wohnkosten am Haushaltsnettoeinkommen (Kategorien)				
0 bis 19,9 %	%	49	52	40
20 bis 29,9 %	%	23	23	23
30 bis 39,9 %	%	13	12	14
ab 40 %	%	16	14	23

¹ Personen, die ohne Partner leben.

>> Tab. 84: Wohnsituation älterer Menschen nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %); Quelle: Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 88; Datenbasis: DEAS 2017; Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

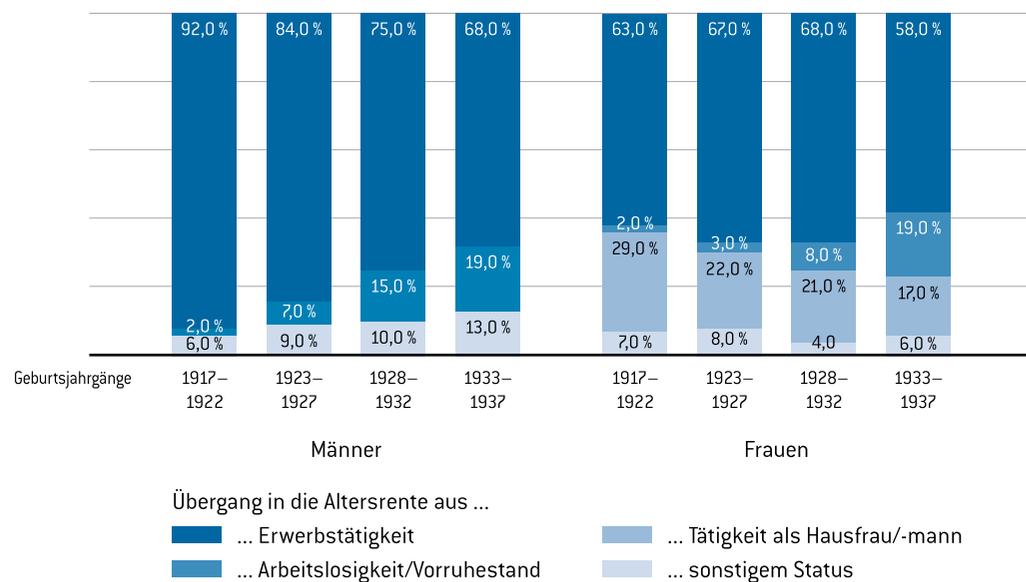
Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr (2017)

	Gesamt ab 65 Jahren	65 bis 79 Jahre	Ab 80 Jahren
»Meine Wohngegend ist gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen.«			
Trifft genau zu	38 %	38 %	41 %
Trifft eher zu	37 %	37 %	38 %
Trifft eher nicht zu	18 %	19 %	13 %
Trifft gar nicht zu	7 %	6 %	8 %

>> Tab. 85: Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %); Quelle: Hoffmann, Lozano Alcántara & Romeu Gordo 2021, S. 90; Datenbasis: DEAS 2017, gewichtete und gerundete Angaben; Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

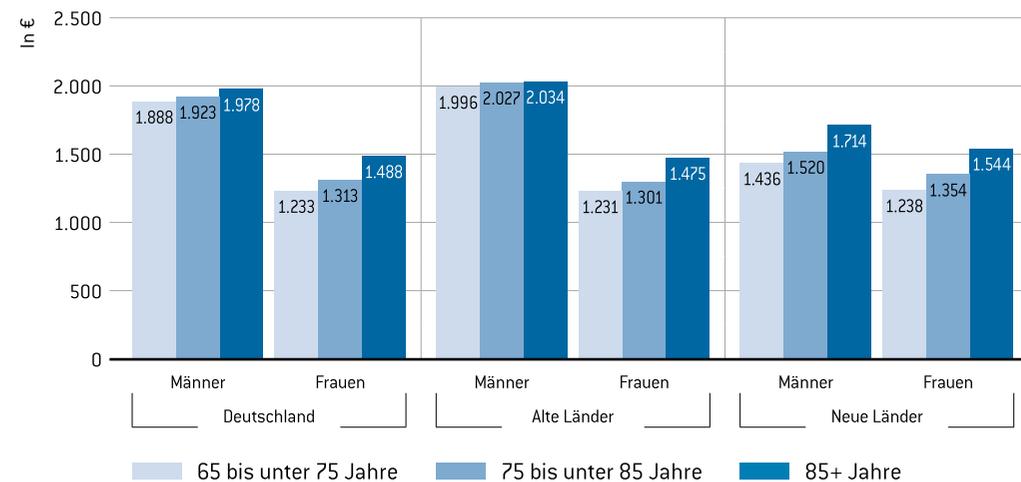
>> 09.2 Abbildungen

Erwerbsstatus vor Beginn der Altersrente (2002)



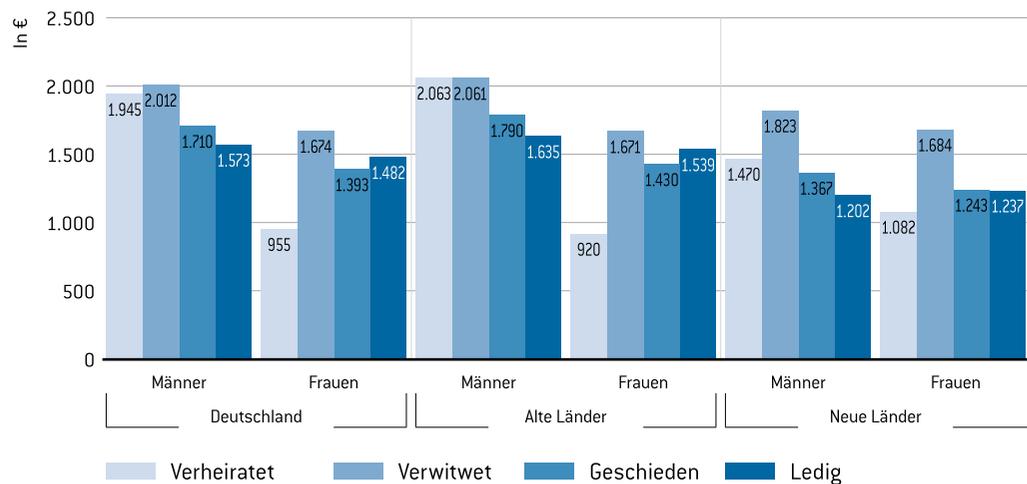
>> Abb. 68: Erwerbstatus vor Beginn der Altersrente im Kohortenvergleich (in %); Quelle: DZA 2005, S. 5; Datenbasis: DEAS 2002; Darstellung verändert.

Persönliche Nettoeinkommen (2019)



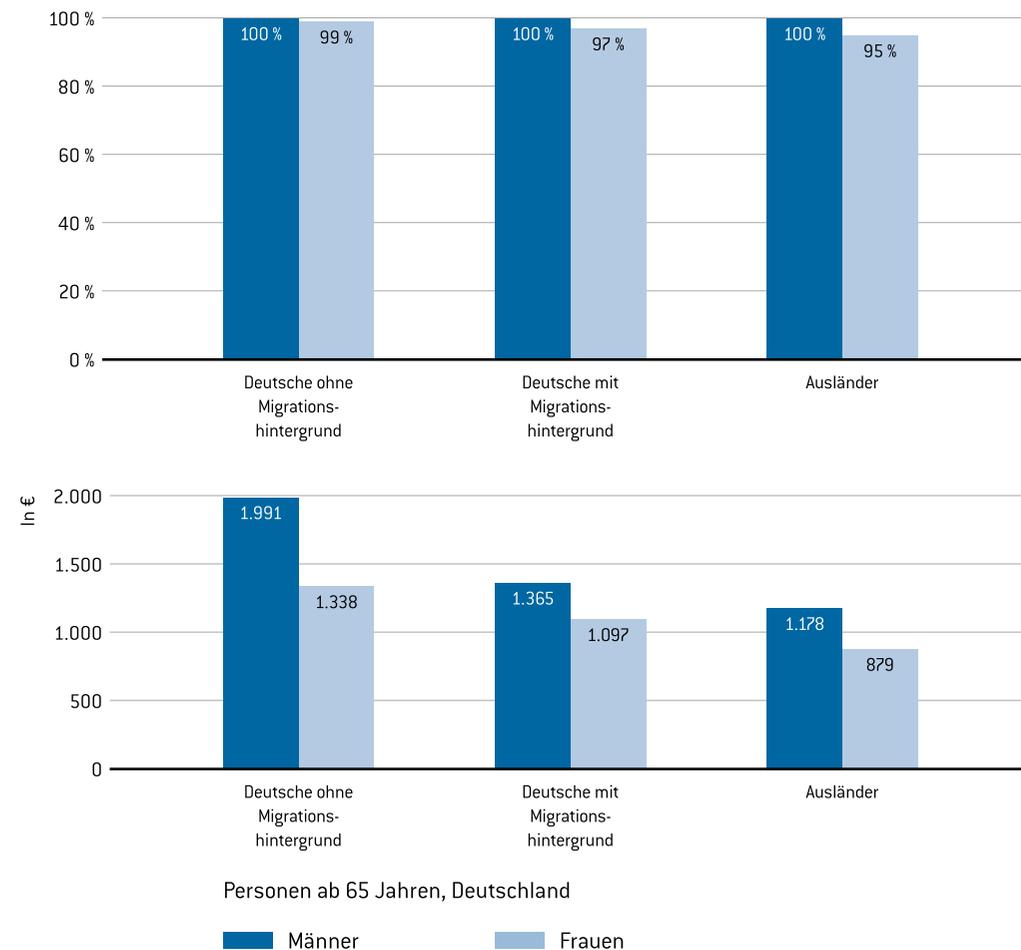
>> Abb. 69: Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Region, Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2019 (in €); Quelle: Heien und Krämer 2021a, S. 59 [Abb. 5-3]; Datenbasis: Kantar – Public Division: ASID 2019 – Tabellen 1236, 2236, 3236; Darstellung verändert.

Persönliche Nettoeinkommen nach Familienstand (2019)



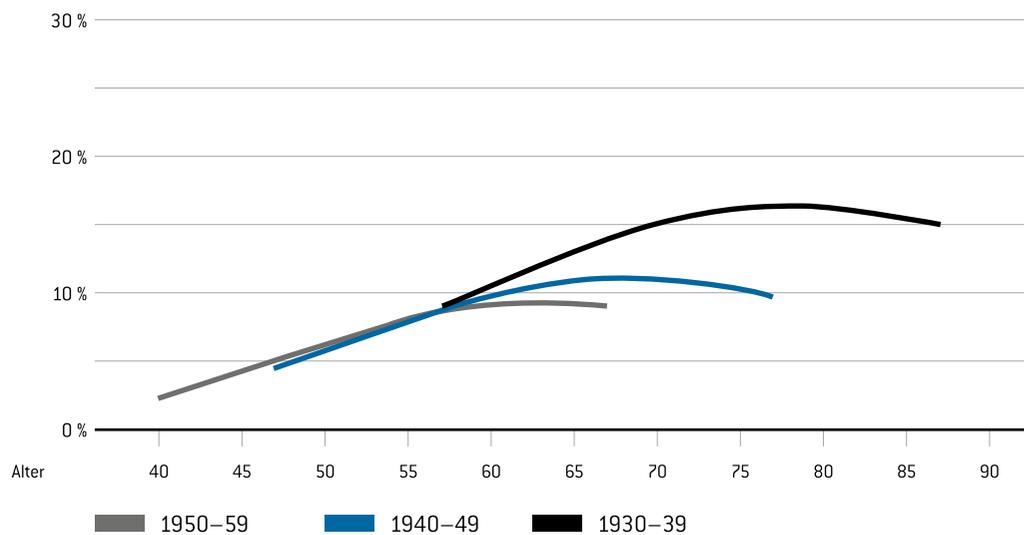
» Abb. 70: Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Region, Geschlecht und Familienstand der ab 65-Jährigen im Jahr 2019 (in €); Quelle: Heien und Krämer 2021a, S. 57 [Abb. 5-2]; Datenbasis: Kantar – Public Division: ASID 2019 – Tabellen 1237, 1238, 2237, 2238, 3237, 3238; Darstellung verändert.

Verbreitung und Höhe persönlicher Nettoeinkommen (2019)



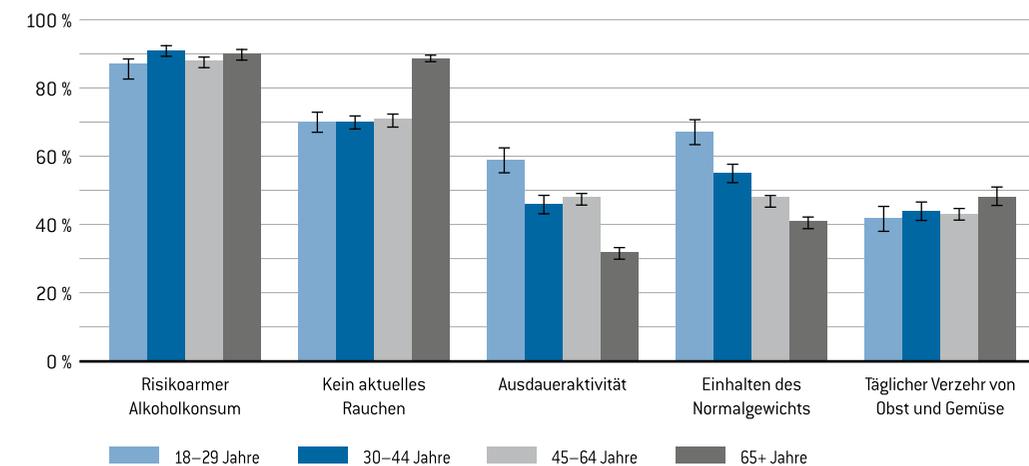
» Abb. 71: Verbreitung und Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Region, Geschlecht und Herkunft der ab 65-Jährigen im Jahr 2019 (in €); Quelle: Heien und Krämer 2021a, S. 88 [Abb. 7-3]; Datenbasis: Kantar – Public Division: ASID 2019; ergänzende Berechnungen von Heien und Krämer; Darstellung verändert.

Risiko sozialer Isolation bei verschiedenen Kohorten (1996 bis 2017)



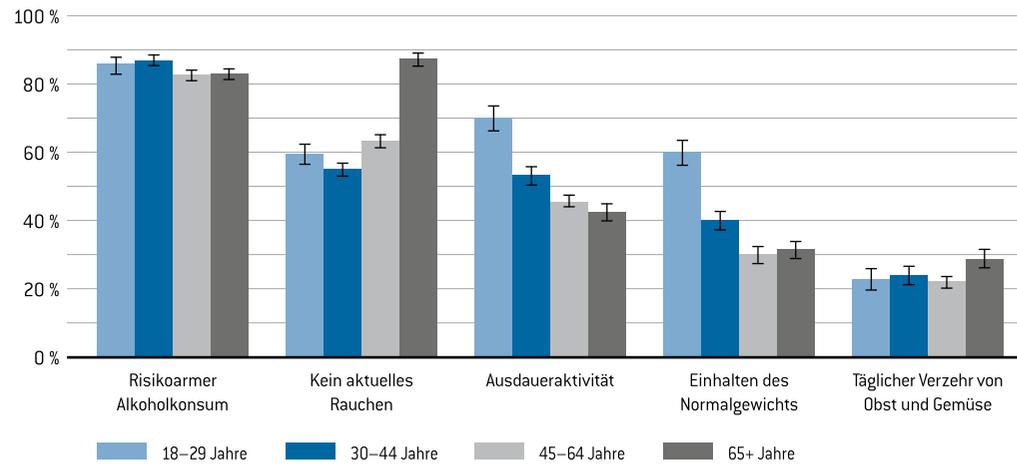
» Abb. 72: Risiko sozialer Isolation nach Kohorten im Altersverlauf (in %); Quelle: Huxhold und Engstler 2019, S. 78. Datenbasis: DEAS 1996-2017; Lizenz: CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Darstellung verändert.

Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Frauen (2019/2020)



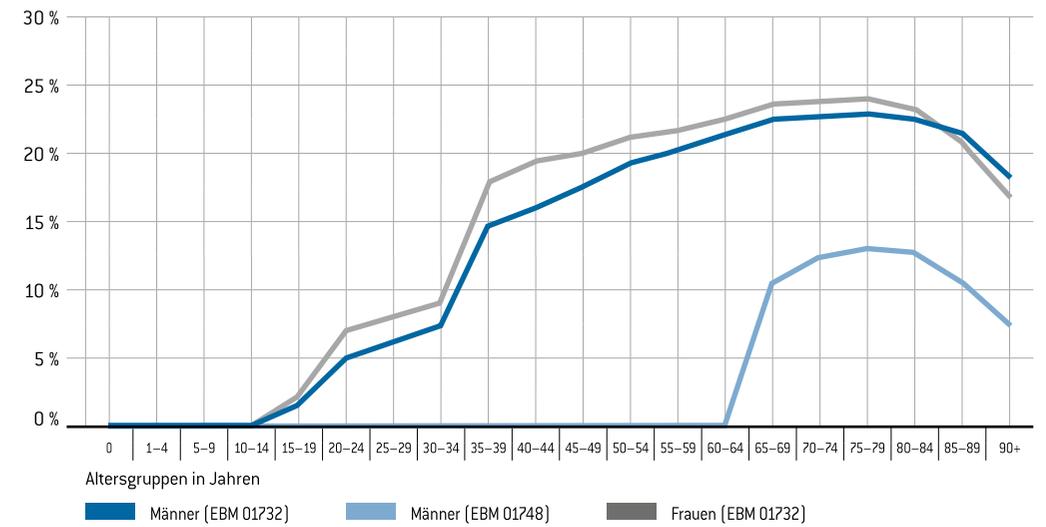
» Abb. 73: Anteil der Frauen, die den jeweiligen Indikator des Gesundheitsverhaltens umsetzen nach Altersgruppen mit 95 %-Konfidenzintervallen im Jahr 2019/2020 (in %); Quelle: Richter u. a. (2021), S. 35; Lizenz: CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2019/2020-EHIS (n=11.959); Darstellung verändert.

Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Männern (2019/2020)



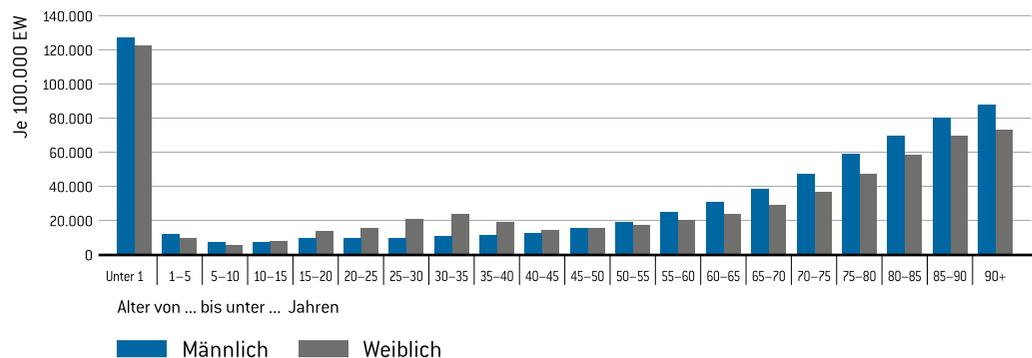
» Abb. 74: Anteil der Männer, die den jeweiligen Indikator des Gesundheitsverhaltens umsetzen nach Altersgruppen mit 95 %-Konfidenzintervallen im Jahr 2019/2020 (in %); Quelle: Richter u. a. (2021), S. 35; Lizenz: CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>); Datenbasis: GEDA 2019/2020-EHIS (n=10.687); Darstellung verändert.

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch BARMER-Versicherte (2019)



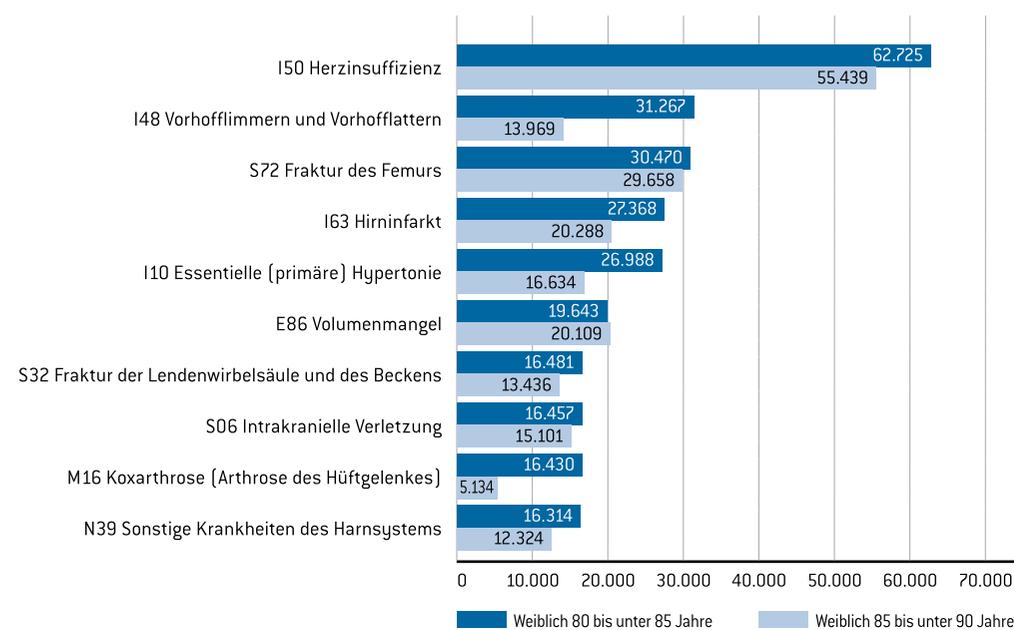
» Abb. 75: Anteil Versicherten der BARMER mit Abrechnung des »Check-Up« (EBM 01732) und des Ultraschallscreenings zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas für ab 65-jährige Männer (EBM 01748) im Jahr 2019 (n=8.970.268) (in %); Datenquelle: Grobe & Szecsenyi (2021), S. 114; Datenbasis: BARMER-Daten 2019; Darstellung verändert.

Krankenhauspatientinnen und -patienten (2019)



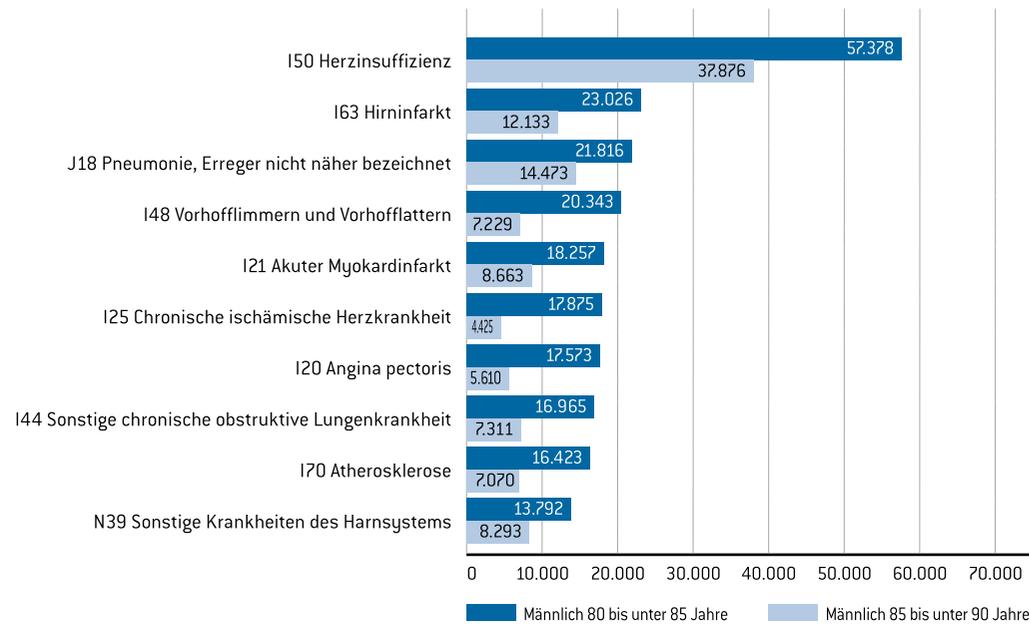
» Abb. 76: Krankenhauspatientinnen und -patienten in vollstationärer Behandlung nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2019 (je 100.000 EW); Quelle: GBE 2021a; Datenbasis: Krankenhausstatistik; Darstellung verändert.

Häufigste Diagnosen von Krankenhauspatientinnen (2019)



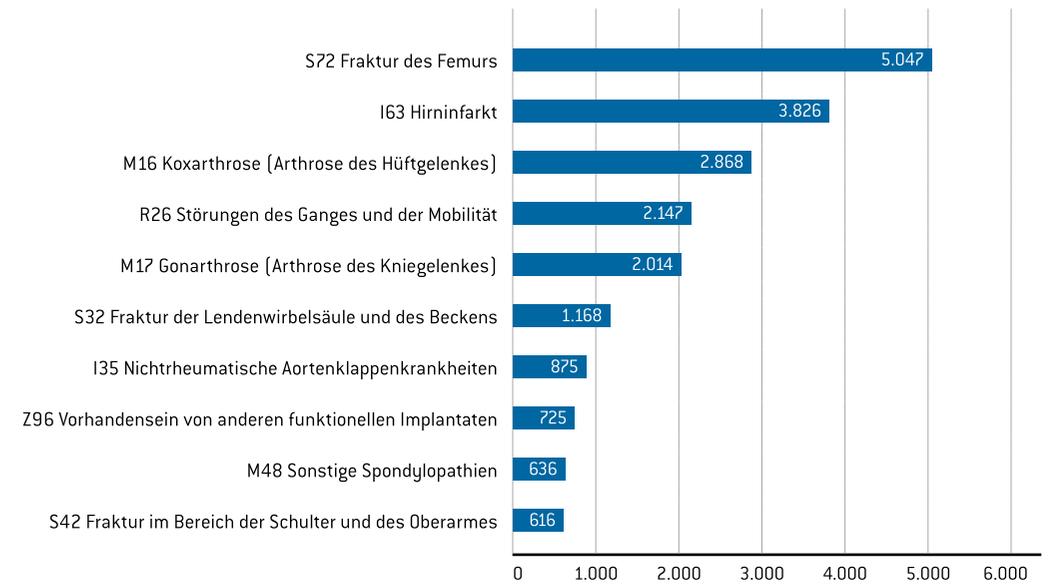
» Abb. 77: Häufigste Diagnosen der Krankenhauspatientinnen nach Altersgruppe im Jahr 2019 (absolute Anzahl aller Fälle nach ICD10); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021s, Tabelle 23131-0002; Datenbasis: Krankenhausstatistik 2019; eigene Darstellung.

Häufigste Diagnosen von Krankenhauspatienten (2019)



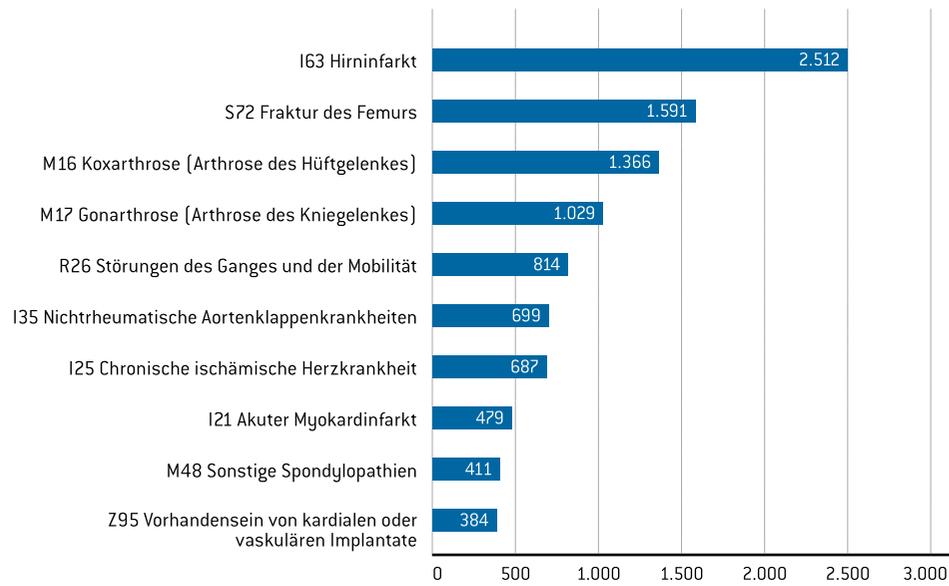
>> Abb. 78: Häufigste Diagnosen der Krankenhauspatienten nach Altersgruppe im Jahr 2019 (absolute Anzahl aller Fälle nach ICD10); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021s, Tabelle 23131-0002; Datenbasis: Krankenhausstatistik 2019; eigene Darstellung.

Häufigste Diagnosen ab 85-jähriger Frauen in Reha-Einrichtungen (2019)



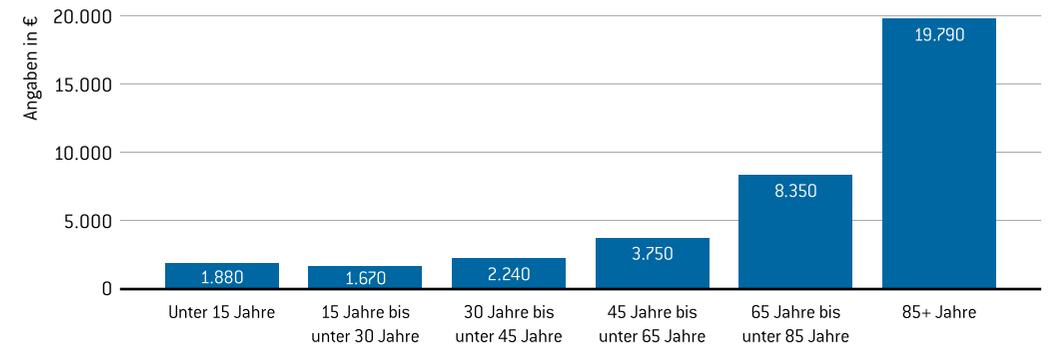
>> Abb. 79: Die 10 häufigsten behandlungsbegründenden Diagnosen nach ICD10 bei ab 85-jährigen Frauen in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2019 (absolut); Quelle: GBE 2021b; Datenbasis: Krankenhausstatistik; eigene Darstellung.

Häufigste Diagnosen ab 85-jähriger Männer in Reha-Einrichtungen (2019)



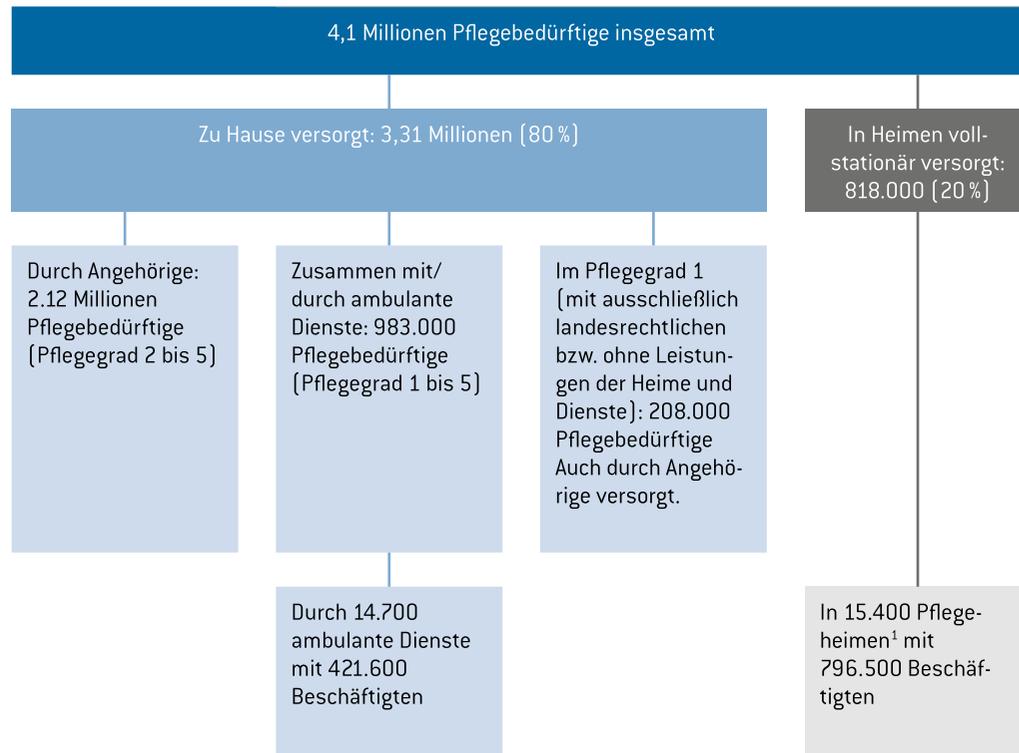
>> Abb. 80: Die 10 häufigsten behandlungsbegründenden Diagnosen nach ICD10 bei ab 85-jährigen Männern in Vorsorge- oder Reha-einrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2019 (absolut); Quelle: GBE 2021b; Datenbasis: Krankenhausstatistik 2019; eigene Darstellung.

Krankheitskosten in Euro je Einwohner nach Alter (2015)



>> Abb. 81: Krankheitskosten in € je Einwohner nach Altersgruppen im Jahr 2015; Quelle: GBE 2021d; Datenbasis: Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts; eigene Darstellung.

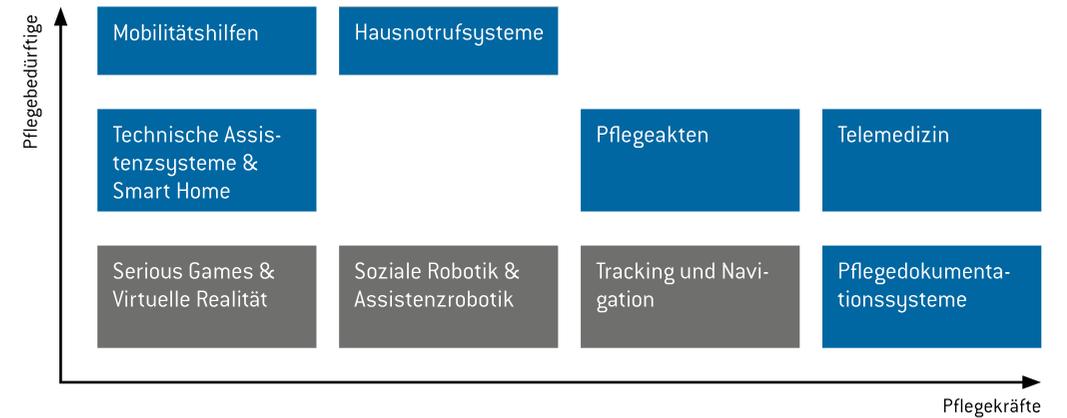
Pflegerische Versorgung in Deutschland (2019)



¹ Einschließlich teilstationärer Pflegeheime.

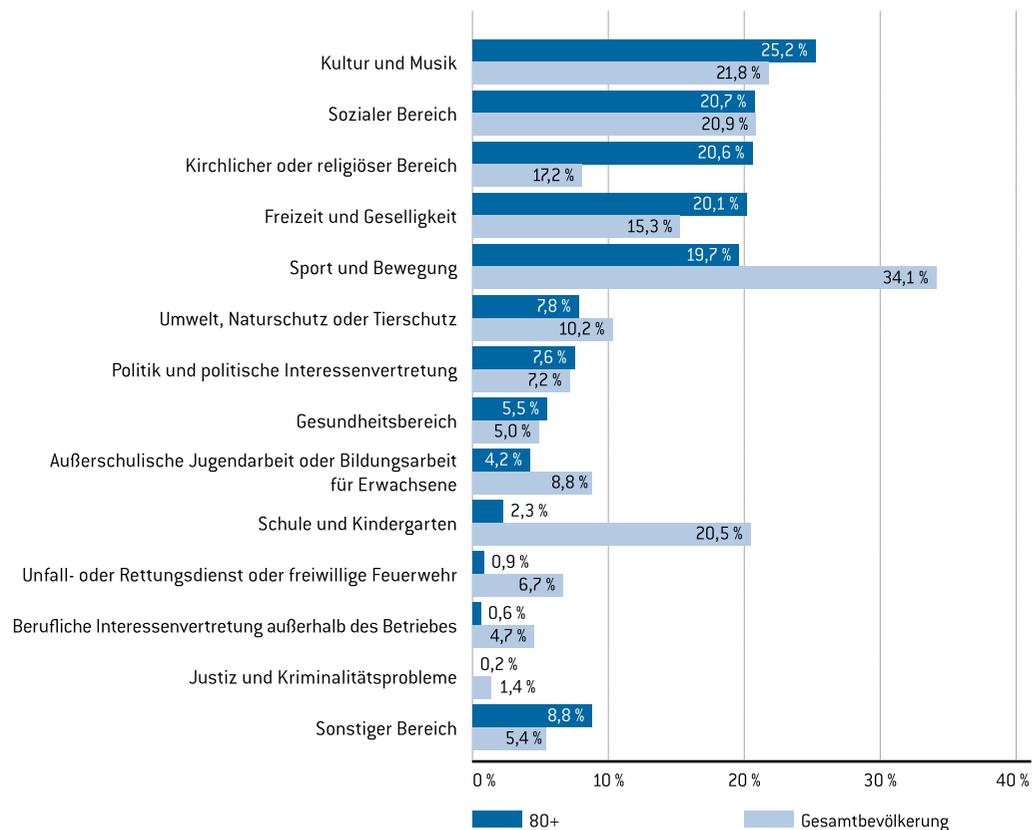
>> Abb. 82: Pflegerische Versorgung in Deutschland Ende 2019 (absolut und in %); Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b, S. 18; Datenbasis: Pflegestatistik 2019; Darstellung verändert.

Einsatzfelder digitaler Technologien in der professionellen Pflege (2021)



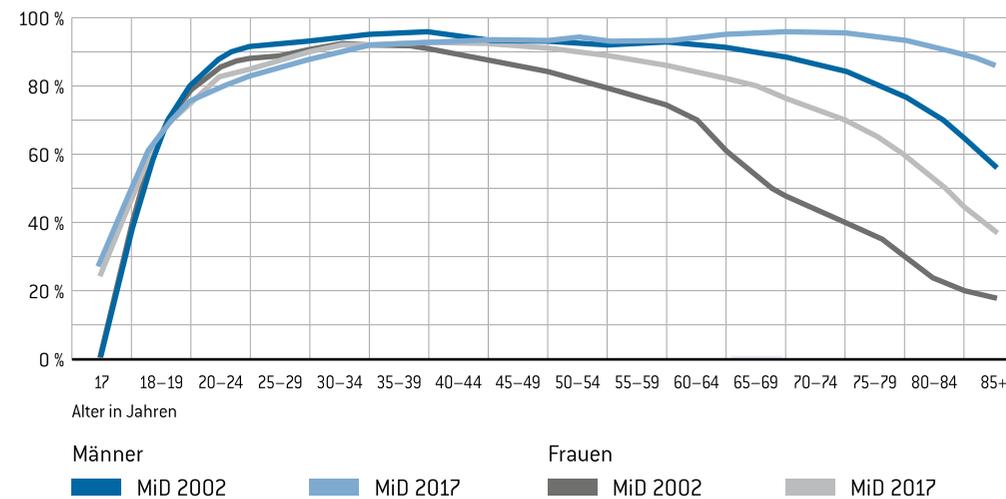
>> Abb. 83: Einsatzfelder digitaler Technologien in der professionellen Pflege; Quelle: Endter 2021, S. 11; Darstellung verändert. © C. Endter/Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit.

Bereiche, in denen sich ab 80-Jährige engagieren (2019)



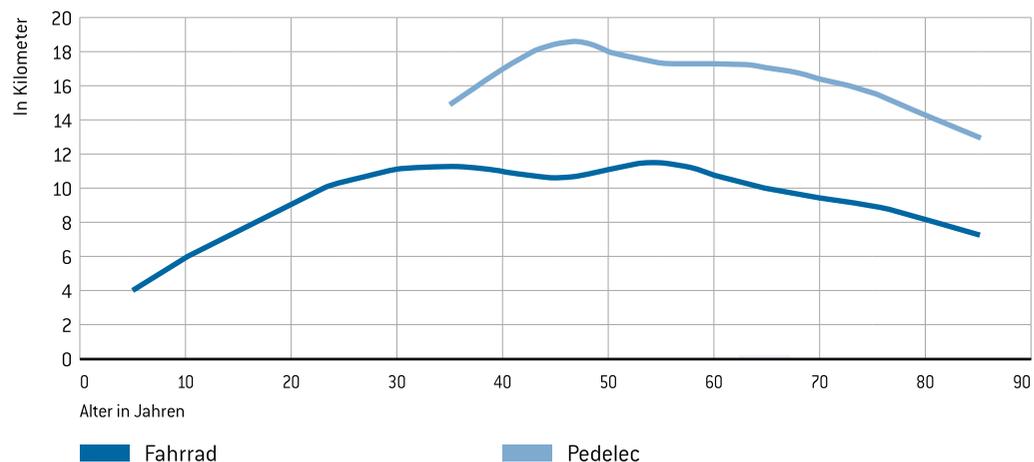
» Abb. 84: Engagementbereiche ab 80-Jähriger und der Gesamtbevölkerung im Jahr 2019 (in %); Quelle: Arriagada und Simonson 2021, S. 5; Datenbasis: FWS 2019; n=12.040; gewichtet; eigene Berechnungen des DZA; Darstellung verändert.

Führerscheinbesitz bei Frauen und Männern (2017)



» Abb. 85: Pkw-Führerschein bei Frauen und Männern in den Jahren 2002 und 2017 (in %); Quelle: Nobis u. a. 2019, S. 68; Datenbasis: MiD 2017; Darstellung verändert.

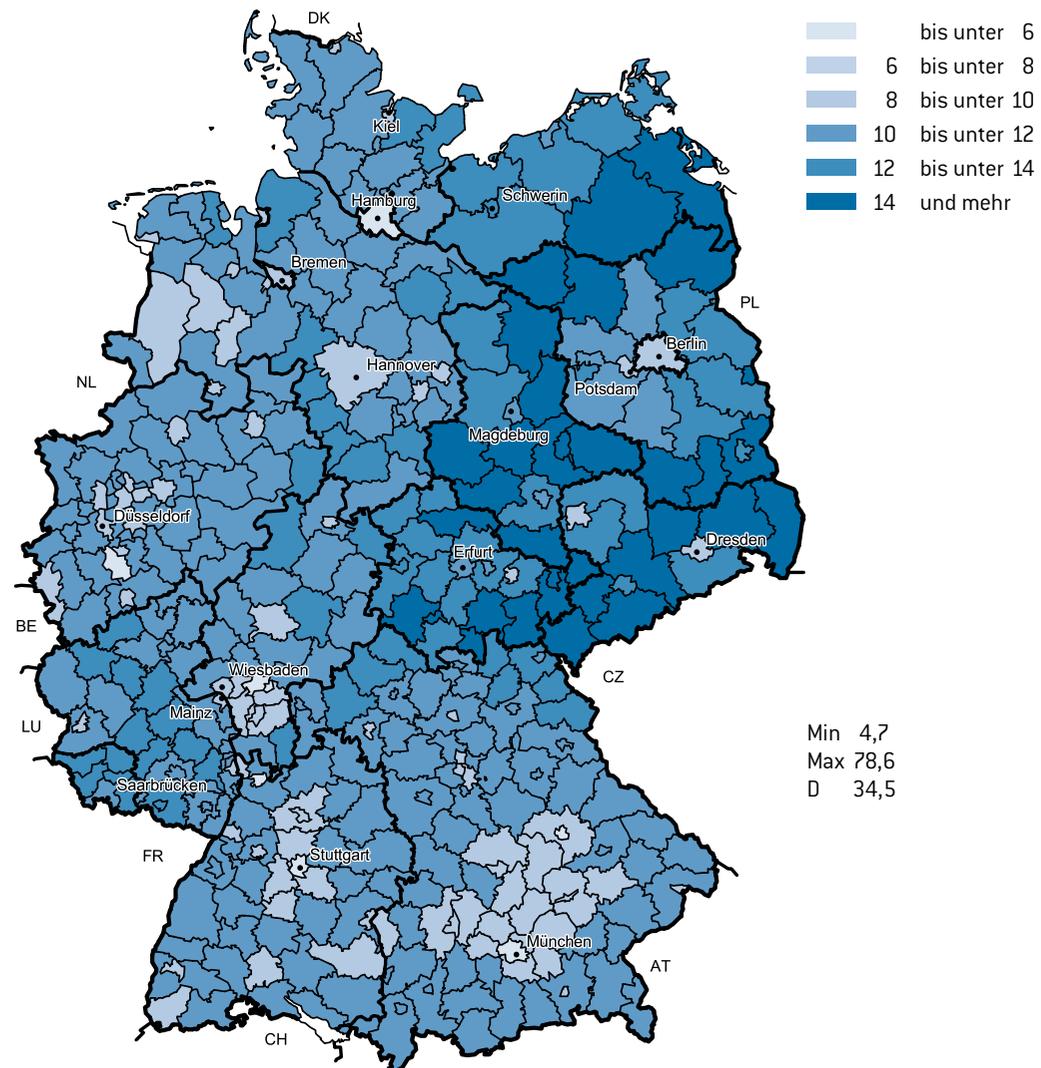
Tagesdistanzen von Fahrrädern und Pedelecs (2017)



Angaben in Kilometer, Personen mit Nutzung von Fahrrad und Pedelec am Stichtag. aufgrund geringer Fallzahlen können bei Personen unter 35 Jahren nicht alle Ergebnisse ausgewiesen werden.

» Abb. 86: Tagesdistanzen von Fahrrädern und Pedelecs nach Alter; Personen mit Nutzung von Fahrrad und Pedelec am Stichtag im Jahr 2017 (Entfernung mit Rad pro Person und Tag in Kilometer); Quelle: Nobis 2019, S. 61; Datenbasis: MiD 2017; Darstellung verändert.

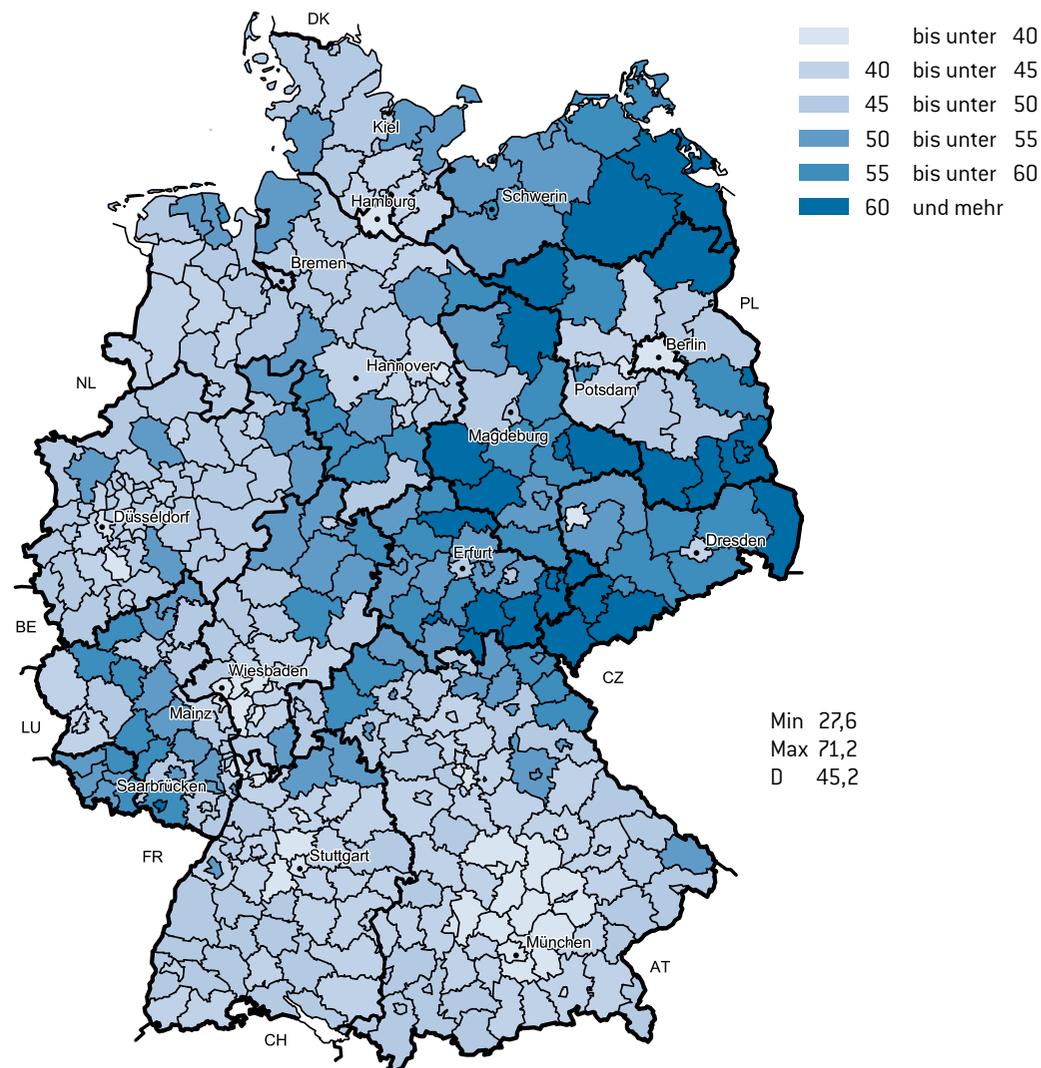
Prognose Anteil Hochaltriger an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2040 (2018)



100km

» Abb. 87: Prognose über die ab 80-jährige Bevölkerung im Jahr 2040 (je 100 Einwohner/innen); Quelle: Maretzke u. a. 2021, S. 15, BBSR Bonn 2021; Datenbasis: BBSR-Bevölkerungsprognose 2040/Raumordnungsprognose; Geometrische Grundlage: Kreise (generalisiert), 31.12.2018 © GeoBasis-DE/BKG; veränderte Darstellung.

Prognose Anteil Hochaltriger an 50- bis 65-jährigen Erwerbsfähigen im Jahr 2040 (2018)



» 09.3 Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände
ADL	Activities of Daily Living/Aktivitäten des täglichen Lebens
AGF	Arbeitsgemeinschaft Videoforschung
ALLBUS	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland
ASID	Alterssicherung in Deutschland
AUA	Angebote für Unterstützung im Alltag
BÄK	Bundesärztekammer
BAG MoRe	Bundesarbeitsgemeinschaft mobile Rehabilitation
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BFS	Bank für Sozialwirtschaft
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BMI	Bundesministerium des Innern
BMUB	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
CASMIN	Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations (Bildungsklassifikation)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Chronisch obstructive Lungenerkrankung
COVID-19	Coronavirus SARS-CoV-2
DDD	Defined daily dose – definierte Tagesdosis (eines Arzneimittels)
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DRG	Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen

» Abb. 88: Prognose über die ab 80-jährige Bevölkerung im Jahr 2040 (je 100 Erwerbsfähige der Altersgruppe 50 bis unter 65 Jahre); Quelle: Maretzke u. a. 2021, S. 15, BBSR Bonn 2021; Datenbasis: BBSR-Bevölkerungsprognose 2040/Raumordnungsprognose; Geometrische Grundlage: Kreise [generalisiert], 31.12.2018 © GeoBasis-DE/BKG; veränderte Darstellung.

E./km ²	Einwohner/Einwohnerinnen pro Quadratkilometer	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	MiD	Mobilität in Deutschland
EHIS	European Health Interview Survey – Europäische Gesundheitsumfrage	MIV	Motorisierter Individualverkehr
EU	Europäische Union	MH	Migrationshintergrund
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union	MuG	Studie »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung«
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe	NDR	Norddeutscher Rundfunk
EW	Einwohnerinnen und Einwohner	OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
FFP	Filtering face piece/filtrierende Halbmasken	ÖV	Öffentlicher Verkehr
FWS	Deutscher Freiwilligensurvey	PG	Pflegegrad
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	PHQ	Patient Health Questionnaire
GBD	Global Burden of Disease	PIM	Potentiell inadäquate Medikation
GBE	Gesundheitsberichtserstattung des Bundes	PKV	Private Krankenversicherung
GEDA	Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell«	PMV	Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung
GEK	Gmünder Ersatzkasse	PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland	PSG	Pflegestärkungsgesetz
GESIS	GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (vor 2008: Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen)	RKI	Robert Koch-Institut
GfK	Marktforschungsinstitut Growth from Knowledge	SAMS	Studie »Senioren, Alltag und Medien in Stuttgart«
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	SARS	Severe acute respiratory syndrome/Schweres akutes respiratorisches Syndrom
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung	SGB	Sozialgesetzbuch
h	Stunde	SHARE	Studie »Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe«
HPV	Humane Papillomviren	SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
IADL	Instrumental Activities of Daily Living	SP	Schwerpunkt
ICD	International Classification of Diseases – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme	STIKO	Ständige Impfkommission
IfSG	Infektionsschutzgesetz	vdek	Verband der Ersatzkassen
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung	VdK	Sozialverband (Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands)
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland	VuMA	Arbeitsgemeinschaft Verbrauchs- und Medienanalyse
ISCED	International Standard Classification of Education – Internationale Standarddefinition des Bildungswesens	WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation
KCG	Kompetenz-Centrum Geriatrie	WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe	ZDF	Rundfunkanstalt Zweites Deutsches Fernsehen
KHK	Koronare Herzkrankheit	ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
KI	Konfidenzintervall		
KLG	Kindererziehungsleistungs-Gesetz		
KORA	Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg		
KV	Kassenärztliche Vereinigung		
LV	Lebensversicherung		
LWR	Laufende Wirtschaftsrechnungen		

» 09.4 Glossar Datenquellen

ALLBUS – Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften

- Finanzierung: Gemeinsame Zuwendung des Bundes und der Länder an die durchführende Institution, das GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften.
- Leitung: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Ziel der Erhebung: Querschnittliche Daten zu Einstellungen und Verhaltensweisen der deutschen Bevölkerung sowie Möglichkeiten zu international vergleichenden Gesellschaftsanalysen.
- Erhebungszeitpunkte: Zweijährlich.
- Methoden: Computerunterstützte, persönlich mündlich geführte, vollstandardisierte Interviews; einwohnermelderegisterbasierte Meldeamtstichprobe (für jede Erhebung neue Ziehung) mit den Auswahlstufen Gemeinden – Personen.
- Wer befragt wird: Bis 1990 betrug die Stichprobengröße 3.000 Befragte und umfasste ausschließlich in Deutschland wahlberechtigte Personen. 1991 wurden je 1.500 Interviews in Ost- und Westdeutschland geführt und die Grundgesamtheit auf die erwachsene Wohnbevölkerung (d. h. Deutsche und Ausländer) in West- und Ostdeutschland ausgedehnt. Seit 1992 wird eine Nettofallzahl von 3.500 Privatpersonen (2.400 in Westdeutschland, 1.100 in Ostdeutschland) angestrebt; Ostdeutsche sind damit überrepräsentiert.
- Weitere Informationen: www.gesis.org/allbus

ASID – Alterssicherung in Deutschland

- Finanzierung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).

- Leitung: »Public Division« des Unternehmens KANTAR (früher »TNS Infratest Sozialforschung«).
- Ziel der Erhebung: Untersuchung zur Lebens- und Einkommenssituation älterer Menschen in Deutschland.
- Erhebungszeitpunkt: ca. alle vier Jahre, zuletzt 2019.
- Methoden: Repräsentative Adressstichprobe aus den Melderegistern der Einwohnermeldeämter sowie Neuerhebung der Daten von Personen im Alter von 60 bis unter 85 Jahren. Fortschreibung der Daten aus der Studie zur »Alterssicherung in Deutschland 2015« (ASID 2015) (Personen ab 80 Jahre). Für die Auswertung wurde die Stichprobe auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet.
- Wer befragt wird: Bevölkerung ab 60 Jahre: 30.431 Personen.
- Weitere Informationen: Heien und Krämer 2021a, S. 5–15.

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 2017f, 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 2017g, Hervorhebungen entfernt)

- Erhebungszeitpunkte: Monatlich.
- Methoden: Auswertung der Meldungen der Arbeitgeber zur Sozialversicherung.
- Was erfragt wird: Meldedaten.
- Weitere Informationen: <https://statistik.arbeitsagentur.de>.

DEAS – Deutscher Alterssurvey

- Förderung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).
- 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, 2017, 2020/2021 (nur telefonisch).
- Methoden: Quer- und Längsschnittbefragung, persönliche und telefonische Interviews, Tests und Fragebögen.
- Wer befragt wird: Insgesamt wurden bisher ca. 43.000 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: <https://www.dza.de>, 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 befragt wird: Rund 8.000 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren.
- Weitere Informationen: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/downloads_links.html.

FWS – Freiwilligensurvey

- Förderung: Bundesministerium 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 befragt wird: Im Jahr 2014 wurden 28.690 Personen in Privathaushalten ab 14 Jahren befragt, insgesamt ca. 78.000 (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: <https://www.dza.de>, Erhebung 2014: Open Access (frei zugänglich) unter: www.springer.com/de/book/9783658126438.

GEDA/GEDA-EHIS – 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-EHIS, 2019/2020-EHIS (April 2019 bis September).
- Methode: Telefonische Interviews.
- Wer befragt wird: 2012: 19.000 Personen ab 18 Jahren in Privathaushalten. 2014/2015: 24.824 Personen; ab 2014/2015 wurde in die GEDA-Erhebung der European Health Interview Survey (EHIS) integriert. 2019/2020: 23.000 Personen ab 15 Jahren.
- Weitere Informationen:
 - www.geda-studie.de/deutsch/home.html
 - www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_2019_inhalt.html.

Hohes Alter in Deutschland (D80+)

- Förderung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ.
- Leitung: Cologne center for ethics, rights, economics, and social sciences of health (CERES) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA).
- Ziel der Erhebung: Erkenntnisse über das Leben im hohen Alter.
- Erhebungszeitpunkte: 01/2019–12/2022.

- Methode: Repräsentative Querschnittsbefragung hochaltriger Menschen in Privathaushalten und Heimen. Schriftliche und telefonische Befragungen.
- Wer befragt wird: Ca. 10.000 Personen ab 80 Jahren (inklusive Heimbewohnerinnen und -Bewohner, inkl. Proxyinterviews (Interviews mit nahestehenden Personen, wenn Personen selbst nicht auskunftsfähig sind) gesamtes Bundesgebiet).
- Weitere Informationen: <https://ceres.uni-koeln.de/forschung/d80>.

- https://ceres.uni-koeln.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Dokumente/NRW80plus_D80plus/20211105_D80_Forschungsbericht_Nummer_1-November_2021.pdf.

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 befragt wird: 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 war 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 befragt wird: 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 Europäischen Union (EU)-Arbeitskräfteerhebung 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), selbstständig 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: »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 Mikrozensus 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), selbstständig 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 befragt wird: 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-oekonomisches 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 befragt wird: 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.
- **VuMA Touchpoints**
 - Leitung: IFAK Institut GmbH & Co., Markt- und Sozialforschung, Taunusstein. Forsa Marplan Markt- und Mediaforschungsgesellschaft mbH, Frankfurt. GIM Gesellschaft für Innovative Marktforschung mbH, Wiesbaden. KANTAR, München.
 - Ziel der Erhebung: Erhebung von Mediennutzungsdaten, Konsuminformationen, Alltagstätigkeiten. Zielgruppe: Mediaplaner in Agenturen und werbungstreibenden Unternehmen.
 - Erhebungszeitpunkte: 06.10.–24.11.2019; 02.02.–22.03.2020; 11.10.–10.12.2020; 07.02.–28.03.2021.
 - Methode: Persönlich-mündliche Interviews (CAPI): Radio- und Fernsehnutzung und Haushaltsbuch zum Selbstausfüllen: Konsumverhalten; Onlinebefragung: alle Fragen aus persönlich-mündlichem Interview und Haushaltsbuch.
 - Wer befragt wird: ca. 5.750 Personen pro Erhebungswelle; deutschsprachige Bevölkerung ab 14 Jahren. Der jeweils aktuelle Datensatz besteht aus den vier letzten Erhebungswellen (ca. 23.000 Interviews).
 - Weitere Informationen: https://rms.de/RMS_Deutschland/Downloads/Weitere/VuMA_Berichtsband.2021.pdf.
- **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 befragt wird: 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.

>> 09.5 Literaturverzeichnis

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (Hg.) (2021):** Die Apotheke. Zahlen, Daten, Fakten 2021. Zugriff am 26.04.2022 unter www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF21/ABDA_ZDF_2021_Broschuere.pdf.
- Amrhein, L. (2002):** Machtbeziehungen und soziale Konflikte in der stationären Altenpflege. In: G. M. Backes & W. Clemens (Hg.): Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen, S. 183–218.
- Amrhein, L. (2005):** Stationäre Altenpflege im Fokus von Machtbeziehungen und sozialen Konflikten. In: K. R. Schroeter & T. Rosenthal (Hg.): Soziologie der Pflege. Weinheim und München, S. 405–426.
- Amrhein, L., Heusinger, J., Ottovay, K. & Wolter, B. (Hg.) (2015):** Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 47. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zugriff am 21.11.2021 unter <https://shop.bzga.de/band-47-die-hochaltrigen-60640047>.
- Amrhein, L., Falk, K., Heusinger, J., Kammerer, K. & Wolter, B. (2018):** Die Jungen Alten II. Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 50. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zugriff am 21.11.2021 unter <https://shop.bzga.de/band-50-die-jungen-alten-ii-60640050>.
- An der Heiden, M., Buchholz, U. & Uphoff, H. (2019):** Schätzung der Zahl hitzebedingter Sterbefälle und Betrachtung der Exzess-Mortalität; Berlin und Hessen, Sommer 2018. In: Epidemiologisches Bulletin, [23], S. 193–197. <https://doi.org/10.25646/6178>.
- Arriagada C. & Simonson, J. (2021):** Freiwilliges Engagement hochaltriger Menschen: Beteiligung und Engagementbereiche. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 27.10.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Hochaltrige_im_Engagement_2021.pdf.
- Bäcker, G. & Kistler, E. (2020):** Grundsicherung und Altersarmut | bpb. Zugriff am 28.11.2021 unter www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/289545/grundsicherung-und-altersarmut.
- Backes, G. M., Amrhein, L. & Wolfinger, M. (2008):** Gender in der Pflege: Herausforderungen für die Politik. Bonn.
- BAG MoRe – BAG Mobile Rehabilitation e.V. (2021):** Standorte | BAG Mobile Rehabilitation e.V. Zugriff am 04.11.2021 unter <https://bag-more.de/standorte>.
- BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (2020):** Ältere Menschen und Digitalisierung. Zugriff am 03.12.2021 unter www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/BAGSO-Stellungnahme_Achter_Altersbericht_Digitalisierung.pdf.
- BÄK – Bundesärztekammer (2021):** Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2020. Bundesgebiet gesamt. Zugriff am 16.12.2021 unter www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf.

- Baresel, K., Eulitz, H., Fachinger, U., Grabka, M. M., Halbmeier, C., Künemund, H. u. a. (2021):** Hälfte aller Erbschaften und Schenkungen geht an die reichsten zehn Prozent aller Begünstigten. In: DIW Wochenbericht 5. Zugriff am 28.11.2021 unter https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2021-5-1.
- BARMER GEK (2013):** BARMER GEK Pflegereport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 23. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Autorinnen und Autoren: Rothgang, H., Müller R., Unger, R., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Siegburg.
- BARMER (2022):** BARMER Arztreport 2022. Interaktive Grafiken zum Arztreport. Fachärztliche Inanspruchnahme: HNO. Zugriff am 25.04.2022 unter www.bifg.de/publikationen/reporte/arztreport/arztreport-fachaerztliche-inanspruchnahme.
- Bartels, C. & Schröder, C. (2020):** Die Bedeutung von Mieteinkommen und Immobilien für die Ungleichheit in Deutschland. In: Wirtschaftsdienst, 2020(10), S. 741–746. <https://doi.org/10.1007/s10273-020-2756-6>.
- Baykara-Krumme, H. & Vogel, C. (2018):** Altern im Migrationskontext. In: K. R. Schroeter, C. Vogel & H. Künemund (Hg.): Handbuch Soziologie des Alter(n)s. Springer Reference Sozialwissenschaften, Living reference work, continuously updated edition, S. 1–32. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09630-4_30-1.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hg.) (2015):** Lebenslagen und Einkommenssituation älterer Menschen. Implikationen für Wohnungsvergung und Wohnungsmärkte (Stand August 2015). Zugriff am 28.11.2021 unter www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/sonderveroeffentlichungen/2015/lebenslagen-aelterer-menschen-dl.pdf?_blob=publicationFile&v=3.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2020):** Raumbearbeitung – Laufende Raumbearbeitung – Raumabgrenzungen. Stadt-Land-Regionen – Siedlungsstrukturtyp. Zugriff am 23.11.2021 unter www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/siedlungsstrukturtypen-stadt-land-regionen/StadtLandRegionen_Typen.html.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2021a):** Referenz Gemeinden, Kreise, NUTS. Zugriff am 23.11.2021 unter www.inkar.de.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2021b):** Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2021. Hg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2021. © 2021 Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn. Lizenz: Datenlizenz Deutschland Namensnennung 2.0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0). Zugriff am 22.11.2021 unter www.inkar.de.
- Becker, C., Auer, R., Rapp, K., Grund, S. & Bauer, J. M. (2020a):** Geriatrische Rehabilitation – Aktueller Stand und zukünftige Entwicklung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hg.): Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Pflege-Report, Band 2020, S. 135–148. Berlin: Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_9.

- Becker, C., Rapp, K., Rothenbacher, D., Schulz, C., König, H.-H. & Büchele, G. (2020b):** Acute care models for hip fracture treatment vs post-acute rehabilitation services in older adults after hip fracture: A comparative claims data analysis from Germany. In: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(2), jrm00024. <https://doi.org/10.2340/16501977-2630>.
- Becker, I. (2010):** Expertise zur Regelleistungsbemessung auf der Basis des »Hartz IV-Urteils« des Bundesverfassungsgerichts im Auftrag der Diakonie Mitteldeutschland. Diakonie Mitteldeutschland. Zugriff am 28.11.2021 unter www.diakonie-mitteldeutschland.de/viomatrix/imgs/download/projektbericht.pdf.
- Becker, I. (2012):** Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 58(2), S. 123–148. <https://doi.org/10.1515/zsr-2012-0203>.
- Becker, W. (2020):** Technik-Pflege-Mix: Vermittlung digitaler Kompetenzen in der professionellen Pflege. In: J. Zerth & H. François-Kettner (Hg.): *Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine »gute Praxis« der Pflege. Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis – Gesundheit und Pflege, Band 2, 1. Auflage, S. 171–183.* Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Beisch, N. Koch, W. (2021):** Aktuelle Aspekte der Internetnutzung in Deutschland. 25 Jahre ARD/ZDF-Onlinestudie: Unterwegsnutzung steigt wieder und Streaming/Mediatheken sind weiterhin Treiber des medialen Internets. In: *Media Perspektiven* (10), S. 486–503.
- Belkin, D. (2017):** Jüdische Kontingentflüchtlinge und Russlanddeutsche | bpb. (Hg.: Bundeszentrale für politische Bildung). Zugriff am 11.10.2021 unter www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurz dossiers/252561/juedische-kontingentfluechtlinge-und-russlanddeutsche?p=all.
- Bellani, L., Biewen, M., Bonin, H., Boockmann, B., Brändle, T., Helbig, A. u. a. (2019):** Aktuelle und vergangene Entwicklungen sozialer Mobilität im Lichte institutioneller und struktureller Rahmenbedingungen. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.: BMAS): Zugriff am 25.11.2021 unter www.iaw.edu/files/dokumente/ab_04_2021/3-studie-iaw-iza.pdf.
- 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 (2021):** Sechster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Zugriff am 25.11.2021 unter www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/sechster-armuts-reichtumsbericht.pdf?_blob=publicationFile&v=6.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009):** Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Berlin. Zugriff am 05.05.2022 unter www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/sicherer-hafen-oder-gefahrvolle-zone--77492.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2020):** Achter Altersbericht. Ältere Menschen und Digitalisierung. Zugriff am 05.05.2022 unter www.bmfsfj.de/resource/blob/159916/9f488c2a406ccc42cb1a694944230c96/achter-altersbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2011):** Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes«. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung. Autoren: M. Schmidt & U. Schneekloth. München, Berlin. Zugriff am 05.05.2022 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012):** Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Zugriff am 26.10.2021 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesund-aelter-werden.html>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021a):** Gesundheits-Check-up. Zugriff am 28.10.2021 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/checkup.html.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021b):** Siebter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin. Zugriff am 20.11.2021 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021c):** Soziale Pflegeversicherung. Erledigung der Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Zugriff am 20.11.2021 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Antragsstatistik/2020_Erledigung_der_Antraege_bf.pdf.
- BMI – Bundesministerium des Innern (2011):** Demografiebericht. Zugriff am 10.04.2022 unter <http://www.landkreistag.de/images/stories/themen/LaendlicherRaum/demografiebericht%20der%20breg.%202011.pdf>.
- BMUB – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hg.) (2017):** Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Zugriff am 12.11.2021 unter www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Download_PDF/Klimaschutz/hap_handlungsempfehlungen_bf.pdf.
- Bockenheimer-Lucius, G. (2007):** Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim – Eine interdisziplinäre Aufgabe mit medizinischen, pflegerischen, rechtlichen und ethischen Herausforderungen. In: *Ethik in der Medizin*, 19(4), S. 255–257. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00481-007-0538-y>.
- Böger A., Wetzel M. & Huxhold, O. (2017):** Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*, S. 273–285. Zugriff am 24.11.2021 unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-12502-8>.
- Borchert, L. & Rothgang, H. (2008):** Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: U. Bauer & A. Büscher (Hg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Gesundheit und Gesellschaft*, 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 215–237. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91014-7_8.

- Borchert, L. (2008):** Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Augsburg: Maro.
- Breheny, M. & Stephens, C. (2017):** Spending time: The discursive construction of leisure in later life. In: *Annals of Leisure Research*, 20(1), S. 39–54. <https://doi.org/10.1080/11745398.2016.1191360>.
- Bucksch, S., Hoffmann, N., Osterkamp, N. & Wittkop, C. (2019):** Heil- und Hilfsmittelreport 2019 (Hg.: BARMER). Berlin. Zugriff am 01.11.2021 unter <https://www.barmer.de/>.
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2020):** ICD-10-GM Version 2021. Zugriff am 27.04.2022 unter www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-u00-u49.htm#U07.
- Bünning, M., Ehrlich, U., Behaghel, F. & Huxhold, O. (2021):** Enkelbetreuung während der Corona-Pandemie. DZA Aktuell 07/2021. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 15.11.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZAAktuell/DZA-Aktuell_07_2021.Enkelbetreuung_final.pdf.
- Büscher, A., Peters, L., Stelzig, S. & Lübben, A. (2021):** Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Erster Zwischenbericht (Hg.: Sozialverband VdK Deutschland). Zugriff am 22.11.2021 unter www.vdk.de/deutschland/downloadglobalmime/312/VdK-Pflegestudie+Zwischenbericht.pdf.
- Carstensen, L. (2006):** The influence of a sense of time on human development. In: *Science*, 312(5782), S. 1913–1915. DOI: 10.1126/science.1127488.
- ceres – Cologne center for ethics, rights, economics, and social science of health (2021):** Hochaltrigenstudie NRW80+. Studienüberblick. Zugriff am 25.11.2021 unter <https://ceres.uni-koeln.de/forschung/nrw80/studienueberblick>.
- Dasch, B. & Lenz, P. (2021):** Der Sterbeort älterer Menschen mit einer Demenz: Epidemiologische Daten einer Beobachtungsstudie zu Sterbeorten in Deutschland (2001, 2011, 2017). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Place of death of older people with dementia: Epidemiological data from an observational study of places of death in Germany (2001, 2011, 2017)]. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01976-7>.
- Denninger, T., van Dyk, S., Lessenich, S. & Richter, A. (2014):** Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft. Bielefeld: transcript.
- Der Bundeswahlleiter und Statistisches Bundesamt (Hg.) (2018):** Bundestagswahl 2017: Wahlbeteiligung und Stimmabgabe der Frauen und Männer nach Altersgruppen (Heft 4). Zugriff am 22.10.2021 unter www.bundeswahlleiter.de/dam/jcr/e0d2b01f-32ff-40f0-ba9f-50b5f761bb22/btw17_heft4.pdf.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. & Selbsthilfe Demenz (2020):** Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen (Infoblatt 1, Stand 2020). Zugriff am 02.11.2021 unter www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf.
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2016):** Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Zugriff am 08.11.2021 unter www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf.
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021):** Hospiz- und Palliativversorgung im Überblick: Wer bietet was wo? Zugriff am 08.11.2021 unter www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013):** Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 2. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Zugriff am 27.10.2021 unter <https://www.dhs.de/infomaterial/tabababhaengigkeit>.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2020):** Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1 (9. Auflage). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Zugriff am 27.10.2021 unter <https://www.dhs.de/infomaterial/band-1-alkoholabhaengigkeit>.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.) (o. J.):** Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen]. Zugriff am 27.10.2021 unter www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme.im.Alter.pdf.
- Doblhammer, G. & Kreft, D. (2011):** Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54, Heft 8, S. 907–914.
- Doh, M. (2020):** Auswertung von empirischen Studien zur Nutzung von Internet, digitalen Medien und Informations- und Kommunikations-Technologie bei älteren Menschen. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung. Herausgegeben von C. Hagen, C. Endter und F. Berner. Berlin: DZA. Zugriff am 01.10.2021 unter www.achter-altersbericht.de/fileadmin/altersbericht/pdf/Expertisen/Expertise-Doh.pdf.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2013):** Rentenbestand am 31.12.2012 (Band 192). Zugriff am 25.11.2021 unter https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rentenbestand_2012.pdf.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2021):** Rente 2020. Statistik der Deutschen Rentenversicherung (Band 221). Würzburg. Zugriff am 27.11.2021 unter https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rente_2020.pdf.
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005):** Erwerbsbeteiligung und der Übergang in den Ruhestand. Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick. Ausgewählte Ergebnisse. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 25.11.2021 unter www.bmfsfj.de/resource/blob/79138/abc25c6330dade50e617b9527b0bf127/kapitel2-9-erwerbsbeteiligung-data.pdf.
- Egger, A. & van Eimeren, B. (2019):** Mediennutzung älterer Menschen zwischen Beständigkeit und digitalem Wandel (Media Perspektiven 6/2019). Zugriff am 21.09.2021 unter www.ard-media.de/fileadmin/user_upload/media-perspektiven/pdf/2019/0619_Egger_vanEimeren_2019-07-12.pdf.
- Eggert, S., Schnapp, P. & Sulmann, D. (2017):** Gewalt in der stationären Langzeitpflege. ZQP-Analyse. Zugriff am 09.05.2022 unter www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Gewalt-StationaerePflege.pdf.
- Ehlers, A., Heß, M., Frewer-Graumann, S., Olbermann, E. & Stiemke, P. (2020):** Digitale Teilhabe und (digitale) Exklusion im Alter. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung. Zugriff am 01.10.2021 unter www.achter-altersbericht.de/fileadmin/altersbericht/pdf/Expertisen/Expertise-FFG-Dortmund.pdf.

- Endter, C. (2021):** Der Einsatz digitaler Technologien und Assistenzsysteme in der Pflege. In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, (1), S. 4–16.
- Endter, C., Hagen, C. & Berner, F. (2020):** Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets. Folgerungen für die Corona-Krise. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 21.09.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Corona4_Digitalisierung.pdf.
- Engstler, H. & Klaus, D. (2017):** Auslaufmodell »traditionelle Ehe«? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 201–213. Zugriff am 29.11.2021 unter www.springer.com/de/book/9783658125011, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8>.
- Engstler, H. & Klaus, D. (2020):** Geschwisterbeziehungen im Alter. DZA-Fact Sheet August 2020. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 21.09.2021 unter www.dza.de/fileadmin/user.upload/Fact_Sheet_Geschwisterbeziehungen_end.pdf.
- Engstler, H. & Romeu Gordo, L. (2017):** Der Übergang in den Ruhestand: Alter, Pfade und Ausstiegspläne. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, S. 65–80. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_4.
- Falk, K. (2019):** Abschlussbericht »Angebots- und Bedarfsanalyse Mobile Geriatrie Rehabilitation in Berlin« im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung des Landes Berlin. Unveröffentlichter Projektbericht. Berlin: Institut für Gerontologische Forschung e.V.
- Falk, K., Heusinger, J., Kammerer, K. & Wolter, B. (2019):** Alte Menschen II. Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 51. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zugriff am 30.11.2021 unter <https://shop.bzga.de/band-51-alte-menschen-ii-60640051/>.
- Falk, K., Heusinger, J., Kammerer, K., Khan-Zvorničanin, M., Kümpers, S. & Zander, M. (2011):** Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin: edition sigma.
- Forsa (2021):** Methoden. Zugriff am 28.11.2021 unter www.forsa.de/methoden.
- Franke, A., Heusinger, J., Konopik, N. & Wolter, B. (2017):** Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zugriff am 29.11.2021 unter <https://shop.bzga.de/band-49-kritische-lebensereignisse-im-alter-uebergaenge-gestalten-60640049/>.
- Frick, J. R., Grabka, M. M., Groh-Samberg, O., Hertel, F. R., Tucci, I., Fries, A. u. a. (2009):** Forschungsstudie: Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund; Endbericht zum Auftrag des BMAS, Projektgruppe »Soziale Sicherheit und Migration« vom 02.01.2009. Zugriff am 26.11.2021 unter www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/48230/ssoar-2009-frick_et_al-Forschungsstudie_Alterssicherung_von_Personen_mit.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2009-frick_et_al-Forschungsstudie_Alterssicherung_von_Personen_mit.pdf.
- Fuchs J., Kuhnert R. & Scheidt-Nave C. (2017):** 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (3), S. 55–60. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-054.
- Fuchs, J., Scheidt-Nave, C. & Kuhnert, R. (2017):** 12-Monats-Prävalenz von Osteoporose in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring, 2(3), S. 61–65. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-055.
- Gaertner, B., Koschollek, C., Grube, M. M., Lüdtke, D., Fuchs, J., Scheidt-Nave, C. u. a. (2019):** Including nursing home residents in a general population health survey in Germany. Survey Methods: Insights from the Field (SMIF). Zugriff am 05.05.2022 unter <https://surveyinsights.org/?p=10807>.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2020a):** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL. Zugriff am 01.11.2021 unter www.g-ba.de/downloads/62-492-2238/KFE-RL_2020-06-18_iK-2020-08-28.pdf.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2021a):** Gesundheitsuntersuchungen (»Check-Up«): Zugriff am 28.10.2021 unter www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/erwachsene/gesundheitsuntersuchungen.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2021b):** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL. Zugriff am 01.11.2021 unter www.g-ba.de/downloads/62-492-2467/HilfsM-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2021c):** Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL. Zugriff am 01.11.2021 unter www.g-ba.de/downloads/62-492-2506/HeilM-RL_2021-03-18_iK-2021-07-01.pdf.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018):** Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. In: The Lancet, 392(10152), S. 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2).
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021a):** Diagnose-daten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10-3-Steller, Art der Standardisierung. Zugriff am 09.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021b):** Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten für die 10/20/50/100 häufigsten Diagnosen (Fälle, Verweildauer, Anteile). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer, Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Zugriff am 04.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021c):** Grundsicherung – Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII in Einrichtungen bzw. außerhalb von Einrichtungen. Thematische Recherche: Rahmenbedingungen > Soziale Lage > Sozialhilfe, Grundsicherung, Wohngeld > Tabelle. Zugriff am 28.11.2021 unter www.gbe-bund.de.

- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021d):** Krankheitskosten je Einwohner in Euro für Deutschland 2015. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD10, Einrichtungen. Zugriff am 08.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021e):** Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser (Wohnort/Behandlungsort). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht im Jahr 2019. Palliativmedizin. Zugriff am 08.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021f):** Pflegebedürftige. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Betreuung. Zugriff am 17.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021g):** Pflegebedürftige – Pflegebedürftige in Pflegeheimen 2019. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Träger, Pflegegrad. Zugriff am 19.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021h):** Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Durchschnittliche Lebenserwartung nach Alter und Jahren) (2018/2020). Zugriff am 03.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021i):** Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Zugriff am 19.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021j):** Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-Up. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht im Leistungszeitraum 2017–2018. Zugriff am 28.10.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021k):** Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Gliederungsmerkmal: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht 2019. Zugriff am 01.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- GBE – Statistisches Bundesamt (Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021l):** Rehabilitationseinrichtungen – Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Fachabteilungen ab 2018. Zugriff am 04.11.2021 unter www.gbe-bund.de.
- Geiss, S., Schneekloth, U. & Pupeter, M. (2019):** Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 2: Allgemeine Befragungen. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.: BMG) von Kantar Public Division. Zugriff am 18.11.2021 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf.
- GEKID – Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. & RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2019):** Krebs in Deutschland für 2015/2016. Korrigierte Fassung vom 17.08.2020. Berlin. Zugriff am 08.11.2021 unter https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6012.3/krebs_in_deutschland_2019.2.pdf?sequence=6&isAllowed=y.
- GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Berlin. DOI: 10.5156/GEROSTAT.**
- Geyer, J., Haan, P., Kröger, H. & Schaller, M. (2021):** Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. In: DIW Wochenbericht 44. Zugriff am 18.11.2021 unter https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2021-44-1.
- GKV-Spitzenverband – Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Hg.) (2020):** GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V. Januar bis Dezember. Berlin. Zugriff am 05.05.2022 unter www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2019_04/Bundesbericht-HIS.201904.pdf.
- GKV-Spitzenverband – Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Hg.) (2021a):** GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V. Januar bis Dezember 2020. Berlin. Zugriff am 05.05.2022 unter www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2020_04/Bundesbericht-HIS.202004.pdf.
- GKV-Spitzenverband – Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2021b):** Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation. Zugriff am 03.11.2021 unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2021_07_12_Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Reha_v02.pdf.
- Glaeske, G. (2020):** Demenzreport 2020. Bremen. Zugriff am 10.11.2021 unter www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/hkk_Demenzreport_2020_Web.pdf.
- Goebel, J. & Krause, P. (2021a):** Auswirkungen der Corona-Pandemie nach Einkommens- und Bevölkerungsschichtung – eine Momentaufnahme. In: Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 490–503. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 25.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf;jsessionid=7A4F88D2352AB28A92A83B0E5BB70D2F.live721?_blob=publicationFile.
- Goebel, J. & Krause, P. (2021b):** Einkommensentwicklung – Verteilung, Angleichung, Armut und Dynamik. In: Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 229–244. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 25.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf;jsessionid=7A4F88D2352AB28A92A83B0E5BB70D2F.live721?_blob=publicationFile.
- Görgen, T. (2009):** »Blicke über den Zaun«: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen. In: BMFSFJ (Hg.): Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen, S. 480–492, Berlin.
- Görgen, T., Herbst, S., Kotlenga, S., Nägele, B. & Rabold, S. (2009):** Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im Leben älterer Menschen – Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin. Zugriff am 15.12.2021 unter www.bmfsfj.de/resource/blob/94188/26fade4c1250f7888ef17b68f2437673/kriminalitaets-und-gewalterfahrungen-aelterer-data.pdf.
- Grabka, M. M. & Halbmeier, C. (2019):** Vermögensungleichheit in Deutschland bleibt trotz deutlich steigender Nettovermögen anhaltend hoch (DIW Wochenbericht 40). Zugriff am 27.11.2021 unter www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.679972.de/19-40-1.pdf.
- Grandt, D. & Schubert, I. (2017):** Arzneimittelreport 2017 der BARMER GEK. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 3. Siegburg.

- Grobe, T. G. & Szecsenyi, J. (2021):** BARMER Arztreport 2021. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 27. Wuppertal: BARMER. Zugriff am 28.10.2021 unter <https://www.barmer.de>.
- Grobe, T. G., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2020):** BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band. 21. Berlin. Zugriff am 16.11.2021 unter <https://www.barmer.de>.
- Günther, M. (2018):** Wohnen der Altersgruppe 65plus (Hg.: Bundesverband Deutscher Baustoff-Fachhandel e.V.). Pestel Institut. Zugriff am 24.11.2021 unter <https://www.bdb-bfh.de/downloads.html?>.
- Hach, I., Rentsch, A., Krappweis & Kirch, J. (2004):** Psychopharmakaverordnungen an älteren Menschen. Ein Vergleich zwischen Patienten aus Alten- und Pflegeheimen, ambulant behandelten Pflegefällen und ambulanten Patienten ohne Pflegebedarf. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37(3), S. 214–220. <https://doi.org/10.1007/s00391-004-0180-y>.
- Hahmann, J. (2018):** Gemeinschaft, Netzwerke und soziale Beziehungen im Alter. In: K. R. Schroeter, C. Vogel & H. Künemund (Hg.): Handbuch Soziologie des Alter(n)s. Springer Reference Sozialwissenschaften, Living reference work, continuously updated edition. Wiesbaden: Springer VS, S. 1–23. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09630-4_28-1.
- Hansen, S., Schäfer, N. & Kaspar, R. (2021):** Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen. D80+ Kurzberichte. (Hg.: Ceres). BMFSFJ. Zugriff am 27.11.2021 unter https://ceres.uni-koeln.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Dokumente/NRW80plus_D80plus/20211105_D80_Forschungsbericht_Nummer_1_November_2021.pdf.
- Hautzinger M. & Bailer M. (1993):** Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die deutsche Version des CES-D. Weinheim: Beltz.
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010):** Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. In: Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 40(2), S. 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A. K., Baumert, J., Thamm, R., Maier, B. u. a. (2021):** Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. In: Journal of Health Monitoring, 6(03), S. 3–27. <https://doi.org/10.25646/8456>.
- Heien, T. & Krämer, M. (2021a):** Alterssicherung in Deutschland 2019 (ASID 2019) – Zusammenfassender Bericht. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Hg.: BMAS). Kantar Public Division. Zugriff am 26.11.2021 unter https://bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-572-alterssicherung-in-deutschland-2019.pdf;jsessionid=2B879AF9A401FFCC1FEB692EFCFCBE97.delivery2-replication?_blob=publicationFile&v=2.
- Heien, T. & Krämer, M. (2021b):** Alterssicherung in Deutschland 2019 (ASID 2019) – Tabellenband 1/ Alte Länder. Forschungsbericht 572/AL. Zugriff am 26.11.2021 unter https://bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-572-alterssicherung-in-deutschland-2019-tabellenband-al.pdf;jsessionid=2B879AF9A401FFCC1FEB692EFCFCBE97.delivery2-replication?_blob=publicationFile&v=2.
- Heien, T. & Krämer, M. (2021c):** Alterssicherung in Deutschland 2019 (ASID 2019) – Tabellenband 2 – Neue Länder. Forschungsbericht 572/NL. Zugriff am 26.11.2021 unter https://bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-572-alterssicherung-in-deutschland-2019-tabellenband-nl.pdf;jsessionid=2B879AF9A401FFCC1FEB692EFCFCBE97.delivery2-replication?_blob=publicationFile&v=2.
- Heien, T. & Krämer, M. (2021d):** Alterssicherung in Deutschland 2019 (ASID 2019) – Tabellenband 3 – Deutschland. Forschungsbericht 572/D (Hg.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS]). Kantar Public Division. Zugriff am 26.11.2021 unter https://bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-572-alterssicherung-in-deutschland-2019-tabellenband-d.pdf;jsessionid=2B879AF9A401FFCC1FEB692EFCFCBE97.delivery2-replication?_blob=publicationFile&v=3.
- Heinen, I., van den Bussche, H., Koller, D., Wiese, B., Hansen, H., Schäfer, I., Scherer, M., Schön, G. & Kaduszkiewicz, H. (2015):** Morbiditätsunterschiede bei Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Pflegesektor und Pflegestufe. Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48(3), S. 237–245 DOI: 10.1007/s00391-013-0556-y.
- Hoffmann, E., Lozano Alcántara, A. & Romeu Gordo, L. (2021):** »My home is my castle«: Verbundenheit mit der eigenen Wohnung im Alter. In: Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 87–92. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 11.05.2022 unter www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf;jsessionid=7A4F88D2352AB28A92A83B0E5BB70D2F.live721?_blob=publicationFile.
- Holstiege, J., Akmatov, M. K., Steffen, A. & Bätzing, J. (2020):** Diagnoseprävalenz der Hypertonie in der vertragsärztlichen Versorgung – aktuelle deutschlandweite Kennzahlen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/01. Berlin. DOI: 10.20364/VA-20.01. Zugriff am 02.11.2021 unter www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/107/VA_20-01_Bericht_Hypertonie_2020-03-03_1.pdf.
- Holt, S., Schmiedl, S. & Thürmann, P. A. (2010):** Potentially inappropriate medications in the elderly: The PRISCUS list. In: Deutsches Ärzteblatt International, 107(31–32), S. 543–551. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0543>.
- Höpflinger, F. (2014):** Sozialbeziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder. Zugriff am 23.11.2021 unter www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf.
- Höpflinger, F. (2018):** Wohnen und Wohnmobilität im Alter. In: K. R. Schroeter, C. Vogel & H. Künemund (Hg.): Handbuch Soziologie des Alter(n)s. Springer Reference Sozialwissenschaften, Living reference work, continuously updated edition, Wiesbaden: Springer VS, S. 1–24. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09630-4_21-1.
- Huxhold, O., Engstler, H. & Klaus, D. (2020):** Risiken der Kontaktsperre für soziale Kontakte, soziale Unterstützung und ehrenamtliches Engagement von und für ältere Menschen. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 27.10.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Corona3_Kontaktsperre.pdf.

- Huxhold, O. & Engstler, H. (2019):** Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: C. Vogel, M. Wettstein & C. Tesch-Römer (Hg.): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älter werden im sozialen Wandel, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 71–89. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_5.
- Huxhold, O., Miche, M. & Schüz, B. (2014):** Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. In: The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 69(3), S. 366–375. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt029>.
- Huxhold, O. & Tesch-Römer, C. (2021):** Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. DZA Aktuell 04/2021. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 21.09.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZAAktuell.Einsamkeit_in_der_Corona-Pandemie.pdf.
- Kamin, S. T. (2020):** Digitalisierung und soziale Beziehungen älterer Menschen. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung (Hg.: C. Hagen, C. Endter & F. Berner). Zugriff am 25.11.2021 unter www.achter-altersbericht.de/fileadmin/altersbericht/pdf/Expertisen/Expertise-Kamin.pdf.
- Kammerer, K. & Falk, K. (2019):** Wege in die Psychotherapie. Barrieren und Zugänge für ältere Menschen mit Depression. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kammerer, K., Falk, K., Heintze, C., Döpfmer, J. & Heusinger, J. (2016):** Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. In: Gesundheitswesen, 81(01), S. 58–62. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116589>.
- Karl, U. & Kolland, F. (2020):** Freizeitorientierte Soziale Arbeit mit älteren und alten Menschen. In: K. Aner & U. Karl (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 109–118. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0>.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021):** EBM 03360 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment. Stand 2021/4. Zugriff am 05.05.2022 unter www.kbv.de/tools/ebm/html/03360_2900419522028173008864.html.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021):** Medikationsplan. Zugriff am 19.11.2021 unter www.kbv.de/html/medikationsplan.php.
- KCG – Kompetenz-Centrum Geriatrie (2022):** Info-Service Geriatrie: Versorgungsstrukturen. Geriatriische Versorgungsstrukturen in Deutschland. Zugriff am 22.04.2022 unter www.kcgeriatrie.de/versorgungsstrukturen.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (2018):** Intransparenter Markt Betreutes Seniorenwohnen: Studie bringt Licht ins Dunkel. Zugriff am 24.11.2021 unter <https://kda.de/intransparenter-markt-betreutes-seniorenwohnen-studie-bringt-licht-ins-dunkel>.
- Kießler, J. (2020, 3. Dezember):** Mitarbeiter von Bundestagsabgeordneten bekommen Corona-Bonus (Hg.: WDR). Zugriff am 28.11.2021 unter www1.wdr.de/nachrichten/themen/coronavirus/corona-bonus-bundestag-mitarbeiter-100.html.
- Kinzl, J. F. (2013):** Psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, Heft 6, S. 526–531.
- Klaus, D. & Mahne, K. (2017):** Zeit gegen Geld? Der Austausch von Unterstützung zwischen den Generationen. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 247–256. Zugriff am 30.11.2021 unter www.springer.com/de/book/9783658125011, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8>.
- Klaus, D. & Baykara-Krumme, H. (2017):** Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, S. 359–379. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_24.
- Klaus, D. & Engstler, H. (2017):** Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, S. 29–45. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_2.
- Klaus, D. & Mahne, K. (2019):** Partnerschaft und Familie im Alter. In: K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hg.): Alternforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 357–390. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-357>.
- Klaus, D. & Vogel, C. (2019):** Unbezahlte Sorgetätigkeiten von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: C. Vogel, M. Wettstein & C. Tesch-Römer (Hg.): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älter werden im sozialen Wandel, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 91–112. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9>.
- Knopf, H., Prütz, F. & Du, Y. (2017):** Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2(4), S. 109–116. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-119.
- Kohl, R., Jürchott, K., Hering, C., Gangnus, A., Kuhlmeiy, A. & Schwinger, A. (2021):** COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeiy, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Springer Nature, S. 3–20. Zugriff am 17.04.2022 unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_1.
- Kohls, M. (2012):** Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel – Forschungsbericht 12 (Hg.: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF]). Zugriff am 16.11.2021 unter www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?_blob=publicationFile&v=11.
- Kolland, F. & Gallistl, V. (2020):** Freizeit im Alter. In: K. Aner & U. Karl (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, S. 475–482. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kollewe, C. (2018):** TechnoCare – die Rolle assistiver Technologien in der Organisation von Care. In: GGP – Fachzeitschrift für Geriatrie und Gerontologische Pflege, 02(01), S. 29–33. <https://doi.org/10.1055/s-0043-123688>.
- Kortmann, K., Heien, T. & Heckmann, J. (2011):** Alterssicherung in Deutschland 2011 (ASID 2011): Zusammenfassender Bericht (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Band FB431/Z). München.

- Kortmann, K., Heien, T. & Heckmann, J. (2013):** Alterssicherung in Deutschland 2011 (ASID 2011): Lebens- und Einkommenssituation im Alter von Personen mit und ohne Migrationshintergrund (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Band FB431/MH). München. Zugriff am 11.05.22 unter www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/47320/ssoar-2013-kortmann_et_al-Alterssicherung_in_Deutschland_2011_ASID.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2013-kortmann_et_al-Alterssicherung_in_Deutschland_2011_ASID.pdf.
- Kortmann, L., Hagen, C., Endter, C., Riesch, J. & Tesch-Römer, C. (2021):** Internetnutzung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Corona-Pandemie: Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen. DZA Aktuell 05/2021. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 21.09.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZA-Aktuell.05.2021_Internetnutzung.pdf.
- Köster, I., Ihle, P. & Schubert, I. (2018):** Zusammenfassung des Abschlussberichtes für Sozialministerium Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg. Projekt: Geriatrische Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg (Hg.: PMV Forschungsgruppe, Universität zu Köln). Köln. Zugriff am 02.11.2021 unter <https://aok-bw-presse.de/fileadmin/mediathek/dokumente/Geriatrie-BaW%C3%BC.Bericht-Zusammenfassung-2018-fin.pdf>.
- Kott, K. (2021):** Armutsgefährdung und materielle Entbehrung. In: Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 222–228. Zugriff am 25.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf?jsessionid=7A4F88D2352AB28A92A83B0E5BB70D2F.live721?_blob=publicationFile.
- Kremer-Preiß, U. (2011):** Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hg.: BMVBS). Bonn. Zugriff am 24.11.2021 unter www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/ministerien/bmvbs/forschungen/2011/Heft147_DL.pdf?_blob=publicationFile&v=1.
- Kremer-Preiß, U., Maetzel, J. & Huschik, G. (2021):** Neue Wohnformen für Pflegebedürftige – Mehrwert oder bloß Mehraufwand? In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer eBook Collection, Band 2021, 1. Auflage 2021, Springer Nature, S. 117–129. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_8.
- Krieger, S., Kortmann, K., Kott, K. & Schöneich, C. (2021):** Wohnen. In: Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 259–269. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 25.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf
- Künemund, H. & Schroeter, K. R. (Hg.) (2008):** Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90815-1>.
- KV Hessen – Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2021):** Geriatrie abrechnen – so geht's. Zugriff am 02.11.2021 unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/geriatrie-abrechnen-so-gehts/#c3444.
- Lahmann, N. (2015):** Kurzbericht zu Inkontinenz, Mobilität und kognitiven Einschränkungen bei Klienten und Klientinnen ambulanter Pflegedienste. IMKE-Studie. Berlin: Charité Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften ZHGB; ZQP. Zugriff am 15.11.2021 unter www.zqp.de/wp-content/uploads/Kurzbericht-IMKE.pdf.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Fuchs J., Scheidt-Nave C. & Nowossadeck, E. (2016):** Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter, GBE kompakt 7 (1).
- Lampert, T. & Hoebel, J. (2019):** Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz [Socioeconomic differences in health and need for care among the elderly], 62 (3), S. 238–246. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02917-x>.
- Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L. E. (2019):** Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. In: Journal of Health Monitoring, 4 (1). <https://doi.org/10.25646/5868>.
- Lange, C. & Finger, J. D. (2017):** Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. In: Journal of Health Monitoring, 2 (2), S. 3–20. Zugriff am 26.10.2021 unter <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-024>.
- Lange, C. & Ziese, T. (2011):** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Berlin: Robert Koch-Institut. Zugriff am 27.10.2021 unter <https://edoc.rki.de>.
- Lange, C., Manz, K. & Kuntz, B. (2017):** Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken (Hg.: Robert Koch-Institut). Berlin. Zugriff am 27.10.2021 unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_2017_02_Rauschtrinken_Erwachsene.pdf?_blob=publicationFile <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-032>.
- Lederbogen, F. (2006):** Körperliche Komorbidität. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld & F. W. Schwartz (Hg.). Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven, Springer, S. 257–276.
- Leitliniengruppe Hessen & DEGAM (Hg.) (2021):** S3-Leitlinie Multimedikation, Langfassung, AWMF-Registernummer: 053-043, 2. Auflage. Zugriff am 10.11.2021 unter www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-043.html.
- Lejeune, C., Romeu Gordo, L. & Simonson, J. (2017):** Einkommen und Armut in Deutschland: Objektive Einkommenssituation und deren subjektive Bewertung. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, S. 97–110. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12502-8_6.
- Lippe, E., von der Krause, L., Prost, M., Wengler, A., Leddin, J., Müller, A. u. a. (2021):** Prävalenz von Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland. Ergebnisse der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. JoHM 6 (31). Zugriff am 02.11.2021 unter <https://doi.org/10.25646/7854>.
- Lüscher, K. & Liegle, L. (2003):** Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft. Konstanz.
- Maevskaya, E. (2015):** Demenz und Migration. In: Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz. Ausgabe 1/15, S. 1–3.

- Mahne, K. & Huxhold, O. (2017):** Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut? In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, S. 215–230. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_14.
- Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (Hg.) (2017a):** Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8>.
- Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (Hg.) (2017b):** Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Tabellenanhang: Springer. Zugriff am 08.02.2022 unter www.dza.de.
- Mangiapane, S., Zhu, L., Kretschmann, J., Czihal, T. & von Stillfried, D. (2021):** Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das Jahr 2020 (Hg.: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland [ZI]). Zugriff am 02.11.2021 unter <https://www.zi.de/>.
- Mardorf, S. & Böhm, K. (2009):** Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Berlin: Robert Koch-Institut, S. 247–266. Zugriff am 08.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/gesundheitskrankheit-im-alter-5230003099004.pdf?_blob=publicationFile.
- Maretzke, S., Hoymann, J., Schlömer, C. & Stelzer, A. (2021):** Raumordnungsprognose 2040. Bevölkerungsprognose: Entwicklung nach Altersgruppen (Hg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBS] im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung [BBR]). Bonn. Zugriff am 23.11.2021 unter www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/analysen-kompakt/2021/ak-04-2021-dl.pdf?_blob=publicationFile&v=2.
- Mauz, E., Eicher, S., Peitz, D., Junker, S., Hölling, H. & Thom, J. (2021):** Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. JoHM 6(7). <https://doi.org/10.25646/9178>.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2020):** Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 6. Qualitätsbericht des MDS nach §114A Abs. 6 SGB XI. Zugriff am 21.06.2022 unter https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/6_PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf.
- Meinck, M., Pippel, K. & Lübke, N. (2017):** Mobile geriatrische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 1). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Mobile geriatric rehabilitation in statutory health insurance: Conceptual strategy and results of a nationwide treatment documentation [Part 1]), 50(3), S. 226–232. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1032-2>.
- Menning, S. (2006):** Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. GeroStat Report Altersdaten, Heft 02/2006. Zugriff am 26.10.2021 unter www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/37019/ssoar-2006-menning-Gesundheitszustand_und_gesundheitsrelevantes_Verhalten_Alterer.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2006-menning-Gesundheitszustand_und_gesundheitsrelevantes_Verhalten_Alterer.pdf.
- Mensink, G. B. M., Schienkiewitz, A. & Lange, C. (2017):** Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring, 2(2), S. 45–51. Zugriff am 26.10.2021 unter <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-028>.
- Michaelis, K., Scholz, S., Buda, S., Garbe, E., Harder, T., Ledig, T. u. a. (2021):** Beschluss und Wissenschaftliche Begründung der Ständigen Impfkommision (STIKO) für die Aktualisierung der Influenza-Impfempfehlung für Personen im Alter von ≥ 60 Jahren. In: Epidemiologisches Bulletin, (1), S. 3–25. <https://doi.org/10.25646/7655>.
- Mika, T. (2007):** Aussiedler und Spätaussiedler im Rentenbestand – Konsequenzen der Reformen der Alterssicherung für »Fremdrentner«. Vortrag auf der Herbsttagung 2007 des AK »Migration – Integration – Migration« der Deutschen Gesellschaft für Demographie »Zuwanderung und Integration von Spätaussiedlern«.
- Mika, T. (2009):** Prozessproduzierte Daten und Sondererhebungen der gesetzlichen Rentenversicherung. 2. Jahrgangsspezifisches Rentengeschehen (Hg.: Forschungsverbund Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland: Arbeit und Lebensweisen). SOEB-Arbeitspapier 2009-2.
- Motel-Klingebiel, A. & Engstler, H. (2008):** Einkommensdynamiken beim Übergang in den Ruhestand. In: H. Künemund & K. R. Schroeter (Hg.): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen. SpringerLink, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 141–159. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90815-1_8.
- Nachtmann, J. (2016):** Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen in häuslichen Pflegebeziehungen. Dissertation. Universität Bremen, Bremen. Zugriff am 21.11.2021 unter <https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/1061/1/00105318-1.pdf>.
- Naumann, D. & Oswald, F. (2020):** Wohnen im Alter. In: K. Aner & U. Karl (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, Springer: Wiesbaden, S. 369–377. Zugriff am 25.11.2021 unter https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0_30.
- NDR – Norddeutscher Rundfunk (2020):** Ich weiß nicht mal, wie er starb. Dokus im Ersten. Verfügbar unter <https://www.ardmediathek.de/video/dokumentation-und-reportage/ich-weiss-nicht-mal-wie-er-starb/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RILmRIL3JlcG9ydGFnZSBfIGRva3VtZW50YXRpb24gaW0gZXJzdG-VuL2M0YTg2OWE4LTgxZDktNDBiNi04NGZhLTZiYjNkYjZjMzAyNQ>.
- Neise, M. & Zank, S. (2019):** Gewalterfahrungen älterer Menschen im sozialen Nahraum – Befunde und Herausforderungen. In: K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hg.): Alternsfor-schung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Baden-Baden: Nomos, S. 459–490. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-459>.
- Nobis, C. (2019):** Mobilität in Deutschland – MiD Analysen zum Radverkehr und Fußverkehr. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des BMVI (Hg.: BMVI – Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, infas, DLR, IVT Research GmbH & infas 360). Bonn. Zugriff am 05.10.2021 unter <https://www.mobilitaet-in-deutschland.de>.

- Nobis, C. & Kuhnimhof T. (2018):** Mobilität in Deutschland – MiD Ergebnisbericht. Studie von infas, DLR, IVT, infas 360 im Auftrag des BMVI. Bonn, Berlin. Zugriff am 22.10.2021 unter <https://www.mobilitaet-in-deutschland.de>.
- Nobis, C., Kuhnimhof, T., Follmer R. & Bäumer, M. (2019):** Mobilität in Deutschland – MiD. Zeitreihenbericht 2002 – 2008 – 2017. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des BMVI. Bonn, Berlin. Zugriff am 22.09.2021 unter www.mobilitaet-in-deutschland.de.
- Nolting, H. D., Ochmann, R. & Zich, K. (2021):** Gesundheitszentren für Deutschland (Hg.: Robert Bosch Stiftung GmbH). Stuttgart. Zugriff am 09.11.2021 unter www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf.
- Nöthen, M. & Böhm, K. (2009):** Gesundheit und Krankheit im Alter. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 228–246. Zugriff am 08.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/gesundheitszustand-krankheit-im-alter-5230003099004.pdf?_blob=publicationFile.
- Nowossadeck, S. & Nowossadeck, E. (2011):** Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter. Report Altersdaten 1–2/2011. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Nowossadeck, S. & Engstler, H. (2017):** Wohnung und Wohnkosten im Alter. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, S. 287–300. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_19.
- Nowossadeck, S., Wettstein, M. & Cengia, A. (2021):** Körperliche Aktivität in der Corona-Pandemie. dza aktuell; Deutscher Alterssurvey 03. Zugriff am 21.09.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZA_Aktuell_03_2021_Koerperliche_Aktivitaet_in_der_Corona-Pandemie.pdf.
- Oswald, F. (2012):** Umzug im Alter. In: H. W. Wahl, C. Tesch-Römer, J. P. Ziegelmann (Hg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 569–575.
- Özcan, V. & Seifert, W. (o. J.):** Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen zur Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Die Situation der türkischstämmigen Bevölkerung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Zugriff am 24.11.2021 unter www.bmfsfj.de/resource/blob/79186/c36d2a71974940b1750dcdd75f9b9d66/oezcan-lebenslage-aelterer-migrantinnen-migranten-data.pdf.
- Persau, V. (2021):** Regelmäßig zu wenig... (Hg.: AWO Bundesverband e.V.): Zugriff am 28.11.2021 unter www.awo.org/regelmaessig-zu-wenig.
- Peters, M. (2018):** Das Trauma von Flucht und Vertreibung. Psychotherapie älterer Menschen und der nachfolgenden Generationen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petschel, A. (2021):** Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 30–44. Zugriff am 25.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-1.pdf?_blob=publicationFile.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2019):** Zahlenbericht 2018. Zugriff am 22.11.2021 unter <https://www.pkv.de>.
- Rabenberg, M. & Mensink, G. B. M. (2011):** Obst- und Gemüsekonsum heute (Hg. vom Robert Koch-Institut). GBE kompakt 2(6). Zugriff am 01.11.2021 unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_6_Obst_gemuese.pdf?_blob=publicationFile.
- Radebold, H. (2015):** Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter. 5. Auflage, 2014, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rädel, M., Bohm, S., Priess, H. W., Reinacher, U. & Walter, M. (2021):** BARMER Zahnreport 2021. Kreidezähne – Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Berlin: BARMER. Zugriff am 02.11.2021 unter <https://www.barmer.de>.
- Rapp, K. & Becker, C. (2009):** Sturzprophylaxe. Vorsicht Stufe. In: Gesundheit und Gesellschaft 12. Jg. 6/09, S. 24–27.
- Reis, M. & Klaus, D. (2020):** Parteipräferenzen der 46- bis 85-Jährigen (DZA-Fact Sheet). Zugriff am 21.09.2021 unter <https://www.dza.de>.
- Richter, A., Schienkiwitz, A., Starker, A., Krug, S., Domanska, O., Kuhnert, R. u. a. (2021):** Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. In: Journal of Health Monitoring, 6(3), S. 28–48. <https://doi.org/10.25646/8460>.
- Rieck, T., Steffen, A., Schmid-Küpke, N., Feig, M., Wichmann, O. & Siedler, A. (2020):** Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance und der Onlinebefragung von Krankenhauspersonal OKaPII. In: Epidemiologisches Bulletin, (47), S. 3–26. <https://doi.org/10.25646/7658>.
- Rieck, T., Steffen, A., Feig, M. & Siedler, A. (2021):** Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance. In: Epidemiologisches Bulletin, (50), S. 3–22. <https://doi.org/10.25646/9436>.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2005):** Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 28. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2010):** Depressive Erkrankungen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Autorinnen: H.-U. Wittchen. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2011a):** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2011b):** Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. Autorin: E. Gaber. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2014):** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2015):** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Zugriff am 08.11.2021 unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheits_in_deutschland.2015.pdf?_blob=publicationFile.

- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2016a):** Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin. Zugriff am 29.04.2022 unter <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-014>.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2016b):** Sturzunfälle in Deutschland. Faktenblatt zu GEDA 2010: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Berlin. Zugriff am 15.11.2021 unter <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-019>.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2017a):** GBE-Themenheft Blindheit und Sehbehinderung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Zugriff am 01.11.2021 unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/blindheit.pdf?_blob=publicationFile.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2017b):** Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Autoren: T. Lampert, J. Hoebel, B. Kuntz, S. Müters & L. E. Kroll.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2020):** Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin. Zugriff am 01.11.2021 unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?_blob=publicationFile.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2021a):** Coronavirus SARS-CoV-2 – Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. 2021, 26. Oktober. Berlin. Zugriff am 26.10.2021 unter www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?jsessionid=F9CB82111931BB5C545706B0DDC42F2C.internet111?nn=13490888#doc13776792bodyText15.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2021b):** COVID-19-Todesfälle nach Sterbedatum. Datenstand 23.09.2021. Berlin. Zugriff am 28.10.2021 unter https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2021c):** »Gesundheit 65+«. Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland. Berlin. Zugriff am 22.11.2021 unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MonAge/MonAge_node.html.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2021d):** Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 28. Oktober 2021. Berlin. Zugriff am 01.11.2021 unter www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-10-28.pdf?_blob=publicationFile.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2022a):** COVID-19 Todesfälle nach Sterbedatum. Datenstand 21.04.22. Berlin. Zugriff am 27.04.22 unter www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.html.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2022b):** Infektionskrankheiten/Coronavirus SARS-CoV-2, Fallzahlen und Meldungen/Wie werden Todesfälle erfasst? Stand 02.12.2020. Berlin. Zugriff am 27.04.2022 unter www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Fallzahlen_Meldungen.html#FAQId13972158.
- RKI & GEKID – Robert Koch-Institut und Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hg.) (2019):** Krebs in Deutschland für 2015/2016. Korrigierte Fassung vom 17.08.2020. Berlin. Zugriff am 08.11.2021 unter https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6012.3/krebs.in.deutschland_2019_2.pdf?sequence=6&isAllowed=y.
- Romeu Gordo, L., Grabka, M. M., Lozano Alcántara, A., Engstler, H. & Vogel, C. (2019):** Immer mehr ältere Haushalte sind von steigenden Wohnkosten schwer belastet. DIW Wochenbericht 27. Berlin. Zugriff am 11.05.2022 unter www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.635080.de/19-27-1.pdf.
- Rommel A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F. & Thom, J. (2017):** Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. In: *Journal of Health Monitoring*, 2(4), S. 3–23. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-111.2>.
- Rommel, A., Kottner, J., Suhr, R. & Lahmann, N. (2019):** Häufigkeit von Stürzen unter Klienten ambulanter Pflegedienste. Die Bedeutung pflegerischer und sozialer Risikofaktoren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(1), S. 3–9. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1215-5>.
- Rommel, A., Treskova-Schwarzbach, M., Scholz, S. & Lippe, E. von der (2021):** Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für schwere COVID-19-Verläufe in Deutschland. Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. <https://doi.org/10.25646/7858.3>.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006):** Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Huber.
- Rothgang, H. & Müller, R. (Hg.) (2018):** Pflegereport 2018 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12). Zugriff am 21.11.2021 unter www.barmer.de/resource/blob/1028518/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/barmer-pflegereport-2018-band-12-data.pdf.
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020):** BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band. 26. Berlin: BARMER. Zugriff am 16.11.2021 unter www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/20201201_BARMER_Pflegereport_2020.pdf.
- Rothgang, H., Schmid, A., Maaß, L., Preuß, B. & Wagner, C. (2019):** Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Abschlussbericht: Statistische Untersuchung (Los 4). Zugriff am 18.11.2021 unter www.researchgate.net/publication/344773103_Wissenschaftliche_Evaluation_der_Umstellung_des_Verfahrens_zur_Feststellung_der_Pflegebedürftigkeit_18c_Abs.2_SGB_XI/link/5f8eea75299bf1b53e34b55e/download.
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Scheidt-Nave, C. (2010):** Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53, Heft 5, S. 404–416.
- Sauer, S., Müller, R. & Rothgang, H. (2015):** Institutionalisiertes Sterben in Deutschland. Trends in der Sterbeortverteilung: zu Hause, Krankenhaus und Pflegeheim. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Institutionalised dying in Germany. Trends in place of death distribution: home, hospitals and nursing homes)*, 48(2), S. 169–175. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0547-z>.
- Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A. & Steinke, S. (2018):** Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany – A survey. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>.
- Schäffgen, K. (1998):** Die Verdoppelung der Ungleichheit. Humboldt-Universität zu Berlin, Philosophische Fakultät III. <https://doi.org/10.18452/14430>.

- Schartow, U., Mandelkow, A., Hackmann, T., Hoch, M. & Hitschfeld, M. (2016):** Betreutes Wohnen in Deutschland auf regionaler Ebene. Bedarfsanalyse (Hg.: Prognos AG & BFS Immobilien-Service GmbH). Zugriff am 24.11.2021 unter www.prognos.com/sites/default/files/2021-01/20160121_prognos_bedarfsanalyse_betreutes_wohnen_broschuere_2016.pdf.
- Schäufele, M., Köhler, L., Hendlmeier, I., Hoell, A. & Weyerer, S. (2013):** Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (04), S. 200–206.
- Schaupp, A., Martini, S., Schmidmaier, R. & Drey, M. (2021):** Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei Sarkopenie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Diagnostic and therapeutic approach to sarcopenia], 54(7), S. 717–724. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01968-7>.
- 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.
- Scherer, M., Wagner, H. O., Lühmann, D. u. a. (2017):** Multimorbidität. S3-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053-047; DEGAM-Leitlinie Nr. 20 (Hg.: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM], Berlin) [AWMF online]. Zugriff am 01.11.2021 unter www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-047l_S3_Multimorbiditaet_2018-01.pdf.
- Schimany, P., Rühl, S. & Kohls, M. (2012):** Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven (Hg.: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF]). Forschungsbericht 18. Zugriff am 24.11.2021 unter www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf;jsessionid=AF4E8B89DB0B7509698A6E5318471418.intranet362?_blob=publicationFile&v=15.
- Schmidt, C., Reitzle, L., Paprott, R., Bätzing, J. & Holstiege, J. (2021):** Diabetes mellitus und Begleiterkrankungen – Querschnittsstudie mit Kontrollgruppe anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. In: *Journal of Health Monitoring*, 6(2). <https://doi.org/10.25646/8326>.
- Schneekloth, U. (2005):** Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: U. Schneekloth & H. W. Wahl (Hg.): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten* (MuG III). Integrierter Abschlussbericht. Berlin, S. 55–98.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017):** Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München. Zugriff am 15.12.2021 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf.
- Schneekloth, U. & v. Törne, I. (2008):** Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: U. Schneekloth & H. W. Wahl (Hg.): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen* (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht. Berlin, S. 53–168.
- Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (Hg.) (2005):** Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht. Berlin.
- Schneider, M., Besser, J. & Geithner, S. (2020):** Technologische Innovationen in der Pflege: von der routinebasierten zur anlassinduzierten Pflege. In: M. A. Pfannstiel, K. Kassel & C. Rasche (Hg.): *Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen*, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 615–632. https://doi.org/10.1007/978-3-658-28643-9_32.
- Schöne-Seifert, B. & van Aken, H. (2020):** Worauf es jetzt ankommt. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 2020, 14. April. Zugriff am 20.11.2021 unter www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/eine-lungenentzuehung-in-hohem-alter-muss-nicht-immer-bekaempft-werden-16723313.html?premium.
- Schroeter, K. R. & Künemund, H. (2008):** Einleitung. In: H. Künemund & K. R. Schroeter (Hg.): *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7–16. Zugriff am unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-90815-1>.
- Schulz, R.-J., Kurtal, H. & Steinhagen-Thiessen, E. (2009):** Rehabilitative Versorgung alter Menschen. In: K. Kochsiek (Hg.): *Altern und Gesundheit*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 193–224.
- Schütz, B. & Wurm, S. (2009):** Wie wichtig ist Prävention? In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*, S. 160–166. Berlin: Robert Koch-Institut. Zugriff am 26.10.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/gesundheitszustand-krankheit-im-alter-5230003099004.pdf?_blob=publicationFile.
- Schwenzer, S. (2017):** Der bundeseinheitliche Medikationsplan. Zugriff am 19.11.2021 unter www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201701/011.pdf.
- Seiger, W., Sittaro, N.-A., Lohse, R. & Rabba, J. (2013):** Vergleich von Pflegeverlauf und Sterblichkeit von Pflegebedürftigen mit und ohne medizinische Rehabilitation. *Hannover Morbiditäts- und Mortalitätsstudie*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46, Heft 8, S. 756–768.
- Seils, E. (2013):** Armut im Alter – aktuelle Daten und Entwicklungen. In: *WSI-Mitteilungen*, 66(5), S. 360–368. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2013-5-360>.
- Seizmair, N. (2011):** Bedingungen von Therapiemotivation bei Menschen im höheren Lebensalter am Beispiel professioneller Strategien gegen Inkontinenz. Bern: Huber.
- SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung.** Zugriff am 28.10.2021 unter www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/SGB_5.pdf.
- Siegel, M., Mazheika, Y., Mennicken, R., Ritz-Timme, S., Graß, H. & Gahr, B. (2018):** »Weil wir spüren, da müssen wir was tun« – Barrieren in der Gewaltprävention sowie zentrale Handlungserfordernisse: Eine qualitative Interviewstudie mit professionellen Pflegefachkräften und Führungskräften aus dem Bereich Altenpflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(3), S. 329–334. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1228-0>.

- Simonson, J., Karnick, N., Kelle, N. & Hameister, N. (2021):** Daten und Methoden des Deutschen Freiwilligensurveys. In: J. Simonson, N. Kelle, C. Kausmann & Tesch-Römer, Clemens (Hg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland – Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019*, Berlin, S. 32–49. Zugriff am 28.10.2021 unter <https://www.dza.de>.
- Sozialpolitik aktuell (2021):** Neuregelungen Rentenversicherung/Alterssicherung Beschlussfassung. Zugriff am 28.11.2021 unter www.sozialpolitik-aktuell.de/id-2014-700.html.
- Spuling, S. M., Cengia, A. & Wettstein, M. (2019):** Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: C. Vogel, M. Wettstein & C. Tesch-Römer (Hg.): *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Äter werden im sozialen Wandel*; Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 35–52. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_3.
- Spuling, S. M., Wettstein, M. & Tesch-Römer, C. (2020):** Altersdiskriminierung und Altersbilder in der Corona-Krise [DZA-Fact Sheet]. Berlin. Zugriff am 21.09.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Corona2_Altersbilder.pdf.
- Spuling, S. M., Ziegelmann, J. P. & Wünsche, J. (2017):** Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer VS, S. 139–156. Zugriff am 26.10.2021 unter https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_9.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2019, korrigiert 2020):** Wohnen in Deutschland – Zusatzprogramm des Mikrozensus 2018. Zugriff am 24.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Wohnen/Publikationen/Downloads-Wohnen/wohnen-in-deutschland-5122125189005.html.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2004):** Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013a):** Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2012 (Fachserie 12, Reihe 6.2.2). Zugriff am 04.11.2021 unter www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012204/2120622127004.pdf.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013b):** Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2 – 2012. Zugriff am 04.11.2021 unter www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00015733/2120612137004_ergaenz02122014.pdf.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013c):** Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Zugriff am 10.11.2021 unter www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012302/5224001119004.pdf.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016):** Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Zugriff am 14.04.2022 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Publikationen/Downloads-Bevoelkerungsstand/broschuere-aeltere-menschen-0010020169004.pdf;jsessionid=101BE89BE83692A99AAA4C73A638023D.live732?_blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a):** GENESIS-Online: Information zu Statistik: Krankheitskostenrechnung. Zugriff am 08.11.2021 unter <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online>.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b):** Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung – 2017. Zugriff am 27.10.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/rauchgewohnheiten-5239004179004.pdf?_blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019a):** Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Zugriff am 23.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf;jsessionid=2169B77D05F57B8EDB96176002106.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019b):** Statistik der Kriegsoferfürsorge – Ausgaben und Einnahmen Empfänger/-innen – Kurzbericht 2018. Zugriff am 28.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Publikationen/Kriegsoferfuersorge/kriegsoferfuersorge-5227301189004.pdf?_blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019c):** Statistisches Jahrbuch 2019. Zugriff am 06.10.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/statistisches-jahrbuch-2019-dl.pdf?_blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019d):** Wohnsituation privater Haushalte – Fachserie 15, Sonderheft 1 – 2018. Zugriff am 23.11.2021 unter www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00048672/2152591189004.pdf.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a):** Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2019 – Fachserie 1 Reihe 2.2 – 2019. Zugriff am 29.09.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf;jsessionid=19C160C8D526C1B52378ECA90EDA59CC.live711?_blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020b):** Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2019. Zugriff am 10.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?_blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020c):** Qualitätsbericht Pflegeeinrichtungsstatistik 2017. Zugriff am 10.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/pflegeeinrichtungen-ambulant-stationaer.pdf;jsessionid=F921500801086CF1AFDF9EEA345FAC8.live711?_blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020d):** Todesursachenstatistik. Todesursachen in Deutschland 2019 (Qualitätsbericht).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a):** Anzahl der Gestorbenen nach Unfallkategorien 2020. Zugriff am 19.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sterbefaelle-unfaelle.html.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b): Ausblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Bundesländern nach dem Corona-Jahr 2020. Zugriff am 16.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2035-5124202219004.html.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021c): Bevölkerung am 31.12.2019 nach Alters- und Geburtsjahren. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes vom 24.09.2021.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021d): Bevölkerung am 31.12.2020 nach Alters- und Geburtsjahren. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes vom 24.09.2021.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021e): Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 – Fachserie 1 Reihe 1.3 – 2019. Zugriff am 28.09.2021 unter www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods.00000017.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021f): Bis 2035 wird die Zahl der Menschen ab 67 Jahre um 22 % steigen. Pressemitteilung Nr. 459 vom 30. September 2021. Zugriff am 23.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_459_12411.html;jsessionid=9CB256A81CAF0106BBC5E4171B19358.live?32.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021g): Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS). Geld- und Immobilienvermögen sowie Schulden privater Haushalte nach dem Alter der Haupteinkommenspersonen – früheres Bundesgebiet und Berlin-West. Mail des Statistischen Bundesamtes vom 14.10.2021.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021h): Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS). Geld- und Immobilienvermögen sowie Schulden privater Haushalte nach dem Alter der Haupteinkommenspersonen – neue Bundesländer und Berlin. Mail des Statistischen Bundesamtes vom 14.10.2021.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021i): GENESIS-Online: Ergebnis 12421-0002. Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre – Variante 02 (Geburten, Lebenserwartung und Wanderungssaldo moderat). Zugriff am 23.11.2021 unter [www.genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 \(www.govdata.de/dl-de/by-2-0\)](http://www.genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0)).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021j): GENESIS-Online: Tabelle 22151-0012 – Quote der Empfänger von Grundsicherung: Deutschland, Berichtsmonat im Quartal, Nationalität, Geschlecht, Altersgruppen. Zugriff am 08.11.2021 unter [www.genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 \(www.govdata.de/dl-de/by-2-0\)](http://www.genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0)).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021k): GENESIS-Online: Tabelle 23631-0002 – Krankheitskostenrechnung. Zugriff am 08.11.2021 unter [www.genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 \(www.govdata.de/dl-de/by-2-0\)](http://www.genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0)).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021l): Lebenserwartung in Deutschland nahezu unverändert. Pressemitteilung vom 09.07.2021. Zugriff am 03.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_331_12621.html.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021m): Qualitätsbericht – Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Bevölkerungsfortschreibung) – 2020. Zugriff am 27.09.2021 unter www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/bevoelkerungsfortschreibung-2020.pdf?_blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021n): Quote der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter im Dezember 2020 unverändert bei 3,2 %. Zugriff am 28.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/grundsicherung.html.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021o): Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen 2020/2021. Stand 16.11.2021. Zugriff am 19.11.2021 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021p): Tabelle 12411-0008. Zugriff am 22.09.2021 unter [www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 \(www.govdata.de/dl-de/by-2-0\)](http://www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0)).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021q): Tabelle 22131-0005. Zugriff am 28.11.2021 unter [www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 \(www.govdata.de/dl-de/by-2-0\)](http://www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0)).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021r): Tabelle 22151-0013. Zugriff am 27.11.2021 unter [www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 \(www.govdata.de/dl-de/by-2-0\)](http://www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0)).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021s): Tabelle 23131-0002: Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie): Diagnosen der Krankenhauspatienten. Anzahl entlassener Patienten. Zugriff am 03.11.2021 unter [www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 \(www.govdata.de/dl-de/by-2-0\)](http://www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0)).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021t): Tabelle 23131-0004: Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Fachabteilungen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-Steller). Anzahl entlassener Patienten. Zugriff am 03.11.2021 unter [www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 \(www.govdata.de/dl-de/by-2-0\)](http://www-genesis.destatis.de/genesis/online; Datenlizenz by-2-0 (www.govdata.de/dl-de/by-2-0)).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021u): Pressekonferenz »COVID-19: Sterbefälle, Todesursachen und Krankenhausbehandlungen in Zeiten der Pandemie – eine Analyse aus der amtlichen Statistik« am 09.12.2021 in Wiesbaden. Statement von C. Unger, Dr. F. z. Nieden, K. Böhm und T. Schelhase. Zugriff am 27.04.2022 unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/corona/statement_Online-PK_COVID-19.pdf;jsessionid=65A4F3FEF50B2BD382558BDD30B1EBA6.live?32?_blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (Destatis) & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hg.) (2013): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Steffen, A., Holstiege, J., Akmatov, M. K. & Bätzing, J. (2019): Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zugriff am 22.11.2021 unter <https://doi.org/10.20364/VA-19.05>.

Steffen, A., Holstiege, J., Akmatov, M. K. & Bätzing, J. (2021): Trends in der Diagnoseprävalenz der Adipositas in der vertragsärztlichen Versorgung von 2009 bis 2018. Zugriff am 19.11.2021 unter <https://doi.org/10.20364/VA-21.10>.

- Steinbach, A. (2019):** Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hg.). *Altersforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 557–580. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-557>.
- Steppuhn, H., Kuhnert, R. & Scheidt-Nave, C. (2017):** 12-Monats-Prävalenz der bekannten chronisch obstructiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2(3), S. 46–54. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-053.
- STIKO – Ständige Impfkommision (2021a):** Beschluss der STIKO zur 12. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung. In: *Epidemiologisches Bulletin*, [43], S. 7–15. Zugriff am 01.11.2021 unter www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/43.21.pdf?_blob=publicationFile.
- STIKO – Ständige Impfkommision (2021b):** Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2021. In: *Epidemiologisches Bulletin*, [34], S. 3–63. Zugriff am 01.11.2021 unter <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/8683/EB-34-2021-Edoc-Server.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- STIKO – Ständige Impfkommision (2022):** Beschluss der STIKO zur 19. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung. In: *Epidemiologisches Bulletin*, [13], 3–4. Zugriff am 25.04.2022 unter www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/13.22.pdf?_blob=publicationFile.
- Stilling, G. (2020):** Regelsätze zu niedrig: Umfrage zu Kosten des täglichen Lebensunterhalts untermauert Notwendigkeit finanzieller Soforthilfen für die Ärmsten. (Hg.: Der Paritätische Gesamtverband). Zugriff am 28.11.2021 unter www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/regelsaetze-zu-niedrig-umfrage-zu-kosten-des-taeglichen-lebensunterhalts-untermauert-notwendigkeit-fi.
- Stolle, C., Schmidt, A., Domhoff, D., Friedrich, A. C., Heinze, F., Preuß, B. u. a. (2020):** Bedarfe der Langzeitpflege in der COVID-19-Pandemie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Needs of long-term nursing in the COVID-19 pandemic)*, 53(8), S. 788–795. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01801-7>.
- Strupp, J., Groebe, B., Eisenmann, Y., Schmidt, H. & VOLTZ, R. (2019):** Lebensende. In: K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hg.): *Altersforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden: Nomos. S. 313–338. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-313>.
- Tesch-Römer, C. & Engstler, H. (2020):** Wohnsituation der Menschen ab 65 Jahren: Mit Angehörigen, allein oder im Pflegeheim. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 21.09.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Wohnsituation_Aelterer.pdf.
- Teti, A., Grittner, U., Kuhlmei, A. & Blüher, S. (2014):** Wohnmobilität im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), S. 320–328. Zugriff am 28.04.2022 unter www.academia.edu/17267194/Wohnmobilit%C3%A4t_im_Alter.
- Tews, H. P. (1993):** Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: G. Naeyegele & H. P. Tews (Hg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen, S. 15–42.
- Tezcan-Güntekin, H. & Razum, O. (2017):** Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, A. Schwinger & J. Klauber (Hg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Pflege-Report, Band 2017. Stuttgart: Schattauer, S. 73–81. Zugriff am 16.11.2021 unter <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/2017>.
- van den Bussche, H., Heinen, I., Koller, D., Wiese, B., Hansen, H., Schäfer, I., Scherer, M., Glaeske, G. & Schön, G. (2013):** Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. DOI: 10.1007/s00391-013-0519-3.
- Van Orden, K. & Conwell, Y. (2011):** Suicides in late life. In: *Curr Psychiatry Rep*, 13(3), S. 234–241. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0193-3>.
- Verbraucherzentrale (2022):** Die neue Pflegereform und was Sie dazu wissen sollten. Zugriff am 29.04.2022 unter www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/die-neue-pflegereform-und-was-sie-dazu-wissen-sollten-63628.
- vdek – Verband der Ersatzkassen (2018):** vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2017/2018. Zugriff am 22.11.2021 unter www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2018/basisdaten/jcr_content/par/download_1767420978/file.res/VDEK_Basisdaten017-018_210x280.RZ-X3_ohneBeschnitt.rev.v1.pdf.
- Vogel, C. & Romeu Gordo, L. (2019):** Ehrenamtliches Engagement von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: C. Vogel, M. Wettstein & C. Tesch-Römer (Hg.): *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älter werden im sozialen Wandel*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 113–132. Zugriff am 27.10.2021 unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-25079-9.pdf>.
- Vogel, C., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (2017):** Teilhabe älterer Menschen. In: E. Diehl (Hg.): *Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation*, S. 44–76. Zugriff am 26.10.2021 unter www.bpb.de/system/files/dokument.pdf/10155_Teilhabe_fuer_alle_ba_171019.pdf.
- Voges, W., Zinke, M. (2010):** Wohnen im Alter. In: K. Aner, U. Karl (Hg.) *Handbuch soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden, S. 301–308.
- VuMA Touchpoints (2021):** Zielgruppe: Altersgruppe 80–99 Jahre/alle Altersgruppen. Weitere Merkmale: Freizeitverhalten. Zugriff am 26.10.2021 unter https://rms.de/RMS_Deutschland/Downloads/Weitere/VuMA_Berichtsband_2021.pdf.
- Vygen-Bonnet, S., Koch, J., Bogdan, C., Harder, T., Heining, U. u. a. (2021):** Beschluss und Wissenschaftliche Begründung der Ständigen Impfkommision (STIKO) für die COVID-19-Impfempfehlung. In: *Epidemiologisches Bulletin*, [2], S. 3–63. <https://doi.org/10.25646/7755>.
- Wahl, H.-W. & Oswald, F. (2012):** Wohnen, Wohnraumanpassung und Gesundheit. In: H.-W. Wahl & J. P. Ziegelmann (Hg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselergriffen*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 492–498.
- Wettstein, M. & Spuling, S. M. (2019):** Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: C. Vogel, M. Wettstein & C. Tesch-Römer (Hg.): *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älter werden im sozialen Wandel*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 53–70. Zugriff am 27.10.2021 unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-25079-9.pdf>.

- Wettstein, M., Vogel, C., Nowossadeck, S., Spuling, S. M. & Tesch-Römer, C. (2020):** Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise? dza aktuell; Deutscher Alterssurvey 01. Zugriff am 26.10.2021 unter www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZA_Aktuell_Einstellungen_Corona.pdf.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007):** Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2021):** Hypertonie, Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 16.11.2021 unter <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>.
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2021a):** Der GKV-Arzneimittelmarkt: Klassifikation, Methodik und Ergebnisse 2021. Zugriff am 10.11.2021 unter <https://doi.org/10.4126/FRL01-006429816>.
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2021b):** Pflege-Report 2021: Deutlicher Anstieg der Sterblichkeit in Pflegeheimen während der ersten und zweiten Pandemiewelle. Zugriff am 02.12.2021 unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-63107-2.pdf>.
- Wolff, J. K., Nowossadeck, S. & Spuling, S. M. (2017):** Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, S. 125–138. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_8.
- Wolter, B. & Bartkowski, J. (2018):** Soziales Umzugsmanagement in Lichtenberg (SUMLi): Eine Bedarfserhebung. Berlin: Institut für Gerontologische Forschung e.V.
- Zander, M. (2020):** Normalzustand. Michael Zander über Inklusion und Ausschluss vor und nach Corona. neues deutschland [15.08.2020]; Zugriff am 17.02.2021 unter <https://www.nd-aktuell.de/artikel/1140445.inklusion-und-corona-normalzustand.html?sstr=Normalzustand|Michael|Zander>.
- Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (2020):** Datensatz des ZfKD auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten, verfügbare Diagnosejahre bis 2017 (für die neuen Bundesländer nur bis Diagnosejahr 2016). Version: Epi2019_2. Zugriff am 09.11.2021 unter https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage_node.html.
- Zerth, J., Jaensch, P. & Müller, S. (2021):** Technik, Pflegeinnovation und Implementierungsbedingungen. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hg.). Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer eBook Collection, Band 2021, Springer Nature, S. 157–172. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_11.

>> 09.6 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Lebensalter unterschiedlicher Geburtsjahrgänge in den Jahren 1919 (Weimarer Republik), 1933 (nationalsozialistische Machtergreifung), 1939 (Beginn des Zweiten Weltkriegs), 1945 (Ende des Zweiten Weltkriegs), 1949 (Gründung der BRD und der DDR), 1961 (Mauerbau), 1968 (Studentenbewegung), 1989 (Mauerfall), 2008 (Wirtschaftskrise) und im Bezugsjahr 2020	9	Tab. 16: Anteil der armutsgefährdeten Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr nach Geschlecht und Migrationshintergrund 2019 (in %)	37
Tab. 2: Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr in Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht am 31.12.2020 (absolut und in %)	15	Tab. 17: Armutsquoten nach Altersgruppe und Region im Zeitraum 2005 bis 2018, Mittelwert nach Perioden (in %)	38
Tab. 3: Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr in Deutschland nach Altersgruppen, mit Migrationshintergrund und insgesamt (in Tausend) im Jahr 2019 sowie Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe (in %)	17	Tab. 18: Objektive Armutsquoten nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in %)	39
Tab. 4: Menschen mit Migrationshintergrund im Alter ab 80 Jahren nach ausgewählten Herkunftsländern bzw. -gebieten nach Geschlecht im Jahr 2019 (gerundet, absolut)	18	Tab. 19: Subjektive Armutsquoten nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in %)	41
Tab. 5: Bevölkerung im Alter ab 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund nach Schulabschluss und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	19	Tab. 20: Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter nach Ort der Leistungserbringung und insgesamt sowie Anteil derjenigen, die die Leistung empfangen und in Einrichtungen leben in den Jahren 2015 bis 2020 (absolut und in %)	42
Tab. 6: Bevölkerung im Alter ab 65 und ab 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund nach beruflichem Abschluss und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	20	Tab. 21: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung und Altersgruppe in den Jahren 2019 und 2020 (absolut)	44
Tab. 7: Bevölkerung im Alter ab 80 Jahren insgesamt sowie mit und ohne Migrationshintergrund nach überwiegendem Lebensunterhalt und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	22	Tab. 22: Bevölkerungsanteil, Verminderung des Haushaltseinkommens 2020 (erfasst im Zeitraum Januar bis Anfang Juli 2020) gegenüber 2019, erlittener/erwarteter finanzieller Verlust unter Befragungspersonen in Haushalten der SOEP-CoV-Stichproben im Jahr 2020 aus Erhebungen vom 31.03.2020–04.07.2020 (in %)	45
Tab. 8: Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre nach Geschlecht und Region im Jahr 2008 (in %)	24	Tab. 23: Familienstand, Frauen und Männer, deutsche/nicht-deutsche Staatsangehörigkeit, ab 80 Jahren (in %). Abweichungen zu 100 % sind rundungsbedingt	49
Tab. 9: Anzahl der Leistungen aus Alterssicherungssystemen der ab 65-Jährigen nach Region und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	25	Tab. 24: Anteil der in Privathaushalten lebenden Personen, die in Ein-Personen-Haushalten leben nach Alter, Frauen und Männern, im Jahr 2018 (in %)	50
Tab. 10: Höhe des Nettobetrages und Anteil eigener Leistungen nach Alterssicherungssystem, Geschlecht und Altersgruppe (ohne Heimbewohnerinnen und -bewohner) im Jahr 2019 (in Euro und in %)	26	Tab. 25: Anteil der in Privathaushalten lebenden Personen, die in Mehr-Personen-Haushalten und in Mehr-Generationen-Haushalten leben, nach Alter, im Jahr 2018 (in %)	51
Tab. 11: Anzahl der Bezieherinnen und Bezieher von Altersrenten und durchschnittliche Zahlbeträge nach Altersgruppe und Geschlecht am 31.12.2020 (absolut und in Euro)	27	Tab. 26: Beteiligung an der Hausarbeit nach Altersgruppen und Region im Jahr 2014 (in %)	52
Tab. 12: Immobilienbesitz nach Altersgruppen, Region und Geschlecht in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in %)	29	Tab. 27: Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut), Frauen und Männer nach Alters- und Bildungsgruppen im Jahr 2019/2020 (in %)	68
Tab. 13: Verbreitung und Höhe von Geld- und Sachvermögen in der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre nach Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in %)	32	Tab. 28: Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate), Frauen und Männer gesamt (alle Altersgruppen) und ab 80 Jahren nach Bildungsgruppen im Jahr 2019/2020 (in %)	70
Tab. 14: Anteile und Höhe erhaltener Erbschaften nach Altersgruppen, Region und Geschlecht im Jahr 2014 (in %)	33	Tab. 29: Chronische Krankheit oder gesundheitliche Probleme (mindestens sechs Monate) Frauen und Männer gesamt und ab 80 Jahren nach Bildungsstatus (in %)	71
Tab. 15: Durchschnittliches Nettoeinkommen der Person nach Altersgruppe, Region und Geschlecht im Jahr 2019 (in Euro)	35	Tab. 30: Erkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter und Geschlecht, ICD-10 C00-C97 ohne C44	81
		Tab. 31: 12-Monats-Prävalenz für Arthrose nach Geschlecht, Altersgruppen und Bildungsstatus im Jahr 2019/2020 (in %)	83
		Tab. 32: Sehen: schwere Einschränkungen oder unmöglich in den letzten 12 Monaten vor Befragung im Jahr 2009 (in %)	85
		Tab. 33: Hören: schwere Einschränkungen oder unmöglich in den letzten 12 Monaten vor Befragung im Jahr 2009 (in %)	86
		Tab. 34: Prävalenz von Demenzen nach Geschlecht und Altersgruppen (in %)	93
		Tab. 35: Sterbefälle im Jahr 2020 nach Unfallkategorien und Altersgruppen	94
		Tab. 36: Durchschnittliche Lebenserwartung nach Alter und Jahren (2018/2020)	97

Tab. 37: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht und Einkommen. Das Einkommen wird als jeweiliger Anteil des Nettoäquivalenzeinkommens dargestellt	98	Tab. 58: Haushalte nach subjektiver Einschätzung von Aspekten der Barrierereduktion des Gebäudes in Gebäuden mit Wohnraum im Jahr 2018 (in %)	198
Tab. 38: Sterbefälle und Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung: Standardbevölkerung »Deutschland 2011«, Jahr: 2020	99	Tab. 59: Pflegebedürftige nach Altersgruppen und Versorgungsform im Jahr 2019 (absolut und in %)	201
Tab. 39: Definierte Tagesdosen und Anzahl der Verordnungen im Durchschnitt im Jahr 2020	106	Tab. 60: Verbundenheit mit der Wohnung und Wohnumgebung nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %)	203
Tab. 40: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte ausgewählter Fachrichtungen und Gebietsbezeichnungen nach Versorgungssektor der Tätigkeit am 31.12.2020	119	Tab. 61: Nachbarschaftliche Beziehungen nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %)	204
Tab. 41: Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Altersgruppen in den Jahren 2012 und 2021 (absolut)	121	Tab. 62: Gesundheitliche Mobilitätseinschränkung und Wohnbedingungen der 65-Jährigen im Jahr 2017 (in %)	205
Tab. 42: Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Art der Versorgung zum Jahresende 2019 (absolut und in %)	132	Tab. 63: Höhe des Nettobetrages und Anteil abgeleiteter Leistungen von Verwitweten nach Alterssicherungssystem, Geschlecht und Altersgruppe (ohne Heimbewohnerinnen und -bewohner) im Jahr 2019 (in Euro und in %)	216
Tab. 43: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person in den Jahren 1998, 2010, 2016 und 2018 (in %)	142	Tab. 64: Anzahl lebender Geschwister der 60- bis 90-Jährigen im Jahr 2017 (in %)	217
Tab. 44: Situation Pflegebedürftiger in Privathaushalten mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 (in %)	145	Tab. 65: Wohnentfernung zum nächstwohnenden Geschwister im Netzwerk der 60- bis 90-Jährigen im Jahr 2017 (in %)	217
Tab. 45: Geschlecht und Alter der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2010, 2016 und 2018 (in %)	148	Tab. 66: Prävalenz einer als »sehr gut« oder »gut« eingeschätzten subjektiven Gesundheit, einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten nach Altersgruppen und Bildungsstatus bei Frauen im Jahr 2019/2020 (in %)	218
Tab. 46: Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen nach Art der belegten Zimmer im Jahr 2018 (in %)	149	Tab. 67: Prävalenz einer als »sehr gut« oder »gut« eingeschätzten subjektiven Gesundheit, einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten nach Altersgruppen und Bildungsstatus bei Männern im Jahr 2019/2020 (in %)	219
Tab. 47: Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Altersgruppen in den Jahren 1998, 2010, 2016 und 2018 (in %)	152	Tab. 68: 12-Monats-Prävalenz für Diabetes (ohne Schwangerschaftsdiabetes), koronare Herzkrankheit und Schlaganfall bzw. Beschwerden infolge eines Schlaganfalls nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsstatus im Jahr 2019/2020 (in %)	220
Tab. 48: Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt in den letzten 12 Monaten empfohlene Maßnahmen nach Pflegestufe (in %)	158	Tab. 69: Prävalenz der depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen gemäß Patient Health Questionnaire (PHQ-8) nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsstatus	221
Tab. 49: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2018 (absolut und in %)	161	Tab. 70: Sterbeziffern nach häufigen Diagnosen, 2020, Männer und Frauen, Alter	222
Tab. 50: Ausgaben für private Konsumausgaben, ab 80-jährige Haupteinkommenspersonen eines Haushalts und Durchschnitt aller Haushalte (je Monat in €) im Jahr 2017	170	Tab. 71: Krankheitskosten der ab 85-Jährigen nach Diagnosegruppen und Geschlecht in Millionen Euro im Jahr 2015 (absolut)	223
Tab. 51: Freizeitaktivitäten mehrmals die Woche (in %)	171	Tab. 72: Palliativmedizinische Prozeduren bei vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern nach Fallgruppe und Altersgruppe im Jahr 2019 (absolut)	224
Tab. 52: Freizeitaktivitäten mehrmals im Monat (in %)	172	Tab. 73: Pflegebedürftige nach Altersgruppen, Versorgungsform, Geschlecht und Pflegequote zum Jahresende 2019	225
Tab. 53: Tägliche Nutzungsdauer der Medien nach Altersgruppen 2018 in Minuten	174	Tab. 74: Strukturmerkmale Pflegebedürftiger in Privathaushalten nach Altersgruppen im Jahr 2018 (in %)	226
Tab. 54: Mobilitätsquote und Unterwegszeit nach Alter im Jahr 2017	181	Tab. 75: Strukturmerkmale von Personen mit Unterstützungsbedarf mit und ohne Leistungsbezug im Jahr 2018 (in %)	227
Tab. 55: Nutzerinnen und Nutzer von Fahrrädern und Pedelec am Stichtag mit zurückgelegten Entfernungen (2017) (in % und Kilometer)	186		
Tab. 56: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter ab 75 und ab 85 Jahren nach Siedlungsstrukturtyp und Ost- bzw. Westdeutschland im Jahr 2019 (in % der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung)	192		
Tab. 57: Wohneigentumsquote der 70- bis 85-Jährigen nach Geschlecht und Region im Jahr 2014 (in %)	195		

Tab. 76: Zu Hause (ambulant) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Familienstand und Geschlecht (absolut und in %)	228
Tab. 77: Zu Hause (ambulant) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Haushaltsgröße und Geschlecht (absolut in Tausend und in %)	231
Tab. 78: Im Pflegeheim (stationär) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Haushaltsgröße und Geschlecht (absolut in Tausend und in %)	232
Tab. 79: Technologiespektren und Zielsetzungen in der Pflegearbeit	233
Tab. 80: Freizeitaktivitäten Sportarten (mindestens selten) (in %). Farbig hinterlegte Felder: Die Darstellung beruht teilweise auf Zellen mit weniger als 80 Fällen	234
Tab. 81: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 75 Jahren und mehr und 85 Jahren und mehr nach Region und Bundesländern im Jahr 2019 (in % der jeweiligen Gesamtbevölkerung)	235
Tab. 82: Anzahl der nach Einschätzung der Befragten barriere reduzierten Wohnungen im Jahr 2018 (absolut)	236
Tab. 83: Haushalte nach subjektiver Einschätzung von Aspekten der Barrierereduktion der Wohnung in Gebäuden mit Wohnraum im Jahr 2018 (in %)	237
Tab. 84: Wohnsituation älterer Menschen nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %)	238
Tab. 85: Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %)	239

>> 09.7 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Durchschnittliches Erwerbsaustritts- und Renteneintrittsalter der 66- bis 71-Jährigen mit Rentenbezug in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Jahren)	23	Abb. 21: Erkrankungsrisiko Grauer Star (Katarakt) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005 (in %)	86
Abb. 2: Durchschnittliche individuelle Nettovermögen nach Geburtskohorten in den Jahren 2002, 2007, 2012 und 2017 (in Tausend €)	30	Abb. 22: Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen (in %, mit 95 %-Konfidenzintervall)	88
Abb. 3: Durchschnittliche individuelle Nettovermögen nach Region und Altersgruppen im Jahr 2017 (in Tausend €)	31	Abb. 23: Depressionsrisiko bei Frauen und Männern im Altersverlauf. Der Wertebereich des Depressionsrisikos reicht von 0–100 Prozent, in der Abbildung wird nur der Bereich von 0–50 % angezeigt	89
Abb. 4: Wohnentfernung zu den erwachsenen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts (gemittelt) nach Alter in den Jahren 1996, 2002, 2008, 2014 (in %)	53	Abb. 24: Diagnoseprävalenz depressiver Störungen nach Geschlecht und Altersgruppen in den Jahren 2009 und 2017	90
Abb. 5: Materielle und instrumentelle Unterstützung zwischen den Generationen der 70- bis 85-Jährigen in den Jahren 1996 und 2014	55	Abb. 25: Sterberaten durch Suizid (ICD-10 X60-84) nach Alter, Männer und Frauen je 100.000 EW im Jahr 2020	91
Abb. 6: Betreuungsquote (Personen, die Enkel im Alter unter 14 Jahren haben und diese betreuen) (in %) nach Erhebungsjahr und Altersgruppen in den Jahren 2017 und 2020/2021	56	Abb. 26: Personen mit ärztlich versorgten Sturzunfällen nach Altersgruppen innerhalb der vergangenen 12 Monate im Jahr 2010 (in %)	95
Abb. 7: Anteile der Personen zwischen 65 und 90 Jahren, die regelmäßig Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden unternehmen im Jahr 2017 (in %)	58	Abb. 27: Anteil älterer Frauen mit Sturzerfahrungen oder Sturzangst nach Alter im Jahr 2014 (in %)	96
Abb. 8: Risiko sozialer Isolation bei Frauen und Männern im Altersverlauf (in %)	59	Abb. 28: Sterbeziffern je 100.000 EW nach häufigen Diagnosen, 2020, Männer und Frauen, Alter	100
Abb. 9: Einsamkeitsrisiko bei Frauen und Männern im Altersverlauf (in %)	60	Abb. 29: Anteile der älteren Bevölkerung, die einer sportlichen Aktivität nachgehen, nach Altersgruppen und Häufigkeit der Aktivität in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in %)	102
Abb. 10: Einsamkeitsrisiko nach Erhebungsjahr nach Altersgruppen, Geschlecht und Bildungsstand in den Jahren 2014, 2017 und 2020 (in %)	62	Abb. 30: Mittlere Anzahl an Portionen Obst und Gemüse pro Tag, nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009	103
Abb. 11: Subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Altersverlauf	67	Abb. 31: Regelmäßiger Tabakkonsum nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %)	104
Abb. 12: Funktionale Gesundheit bei Frauen und Männern im Altersverlauf	69	Abb. 32: Arzneiverbrauch je versicherter Person in der GKV 2020 nach Alter und Tagesdosen (DDD= Defined Daily Dose)	105
Abb. 13: Anzahl selbstberichteter Erkrankungen nach Alter (in %)	72	Abb. 33: Teilnahme am Gesundheits-»Check-Up« nach Altersgruppen und Geschlecht im Leistungszeitraum 2017–2018 (in % der gesetzlich Versicherten)	107
Abb. 14: Anzahl selbstberichteter Erkrankungen bei älteren Frauen nach Alter im Jahr 2014 (in %)	73	Abb. 34: Teilnahme anspruchsberechtigter Versicherter der GKV an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	108
Abb. 15: Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Diagnoseprävalenz der Hypertonie im Jahr 2018 (in %)	75	Abb. 35: Teilnahme anspruchsberechtigter Versicherter der GKV an gesetzlichen Hautkrebsuntersuchungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	109
Abb. 16: Diagnoseprävalenz der Adipositas (ICD-10: E66, Zusatzkennzeichen gesichert, in mind. einem Quartal) in den Jahren 2009 und 2018 sowie relative Veränderung zwischen 2009 und 2018 bei 20- bis 109-Jährigen nach Altersgruppen und Geschlecht (in %)	76	Abb. 36: Impfquoten für die Influenza-Impfung nach Altersgruppe und Influenza-Saison bei Personen im Alter von mindestens 60 Jahren unabhängig vom Bestehen einer möglichen zusätzlichen Indikation aufgrund bestehender Grunderkrankungen bundesweit (in %)	111
Abb. 17: Dokumentierte Prävalenz des Diabetes mellitus nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	78	Abb. 37: Anteil der Versicherten mit Hilfsmittelverordnung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2018 (in %), standardisiert für die GKV-Versichertenstruktur 2018	113
Abb. 18: Krebsinzidenz (Neuerkrankungen) für Krebs gesamt (C99-C97 ohne C44 [sonstige Tumoren der Haut]) nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2017 (rohe Rate pro 100.000 EW)	79	Abb. 38: Anteil der Versicherten mit Heilmittelverordnung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2018 (in %), standardisiert für die GKV-Versichertenstruktur 2018	114
Abb. 19: Inzidenz häufiger Krebserkrankungen bei ab 80-Jährigen nach Geschlecht im Jahr 2017 (Fallzahlen je 100.000 EW)	80	Abb. 39: Änderungen des Bruttoumsatzes bei Heilmittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2019 und 2020 gegenüber dem jeweiligen Vorjahr nach Altersgruppen im Vergleich (in %)	114
Abb. 20: Mittlere Häufigkeit von Schmerzattacken in Rücken und Nacken bei betroffenen Personen (Tage) im Monat nach Frauen und Männern und Altersgruppen	82	Abb. 40: Anteil der BARMER-Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	116

Abb. 41: Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle von BARMER-Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019 (absolut)	117	Abb. 63: Tagesstrecke nach Verkehrsmittel im Alter 80+ nach Geschlecht im Jahr 2017 (in Kilometern)	183
Abb. 42: Geriatriische Versorgungsstrukturen in Deutschland am 31.12.2019 nach Bundesländern, Sektoren und Form der Leistungserbringung (Plätze je 10.000 Einwohner 65 Jahre und älter – geriatriische Versorgungsquote)	118	Abb. 64: Modal Split des Verkehrsaufkommens nach Altersgruppen im Jahr 2017 (in %, alle Wege)	184
Abb. 43: Krankenhauspatientinnen und -patienten im Alter von 80 Jahren und mehr nach Fachabteilungen und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2017 (absolut)	120	Abb. 65: Wegezwecke nach Alter und Geschlecht (in %, alle Wege); Abweichungen zu 100 % sind rundungsbedingt	185
Abb. 44: Anzahl der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2019 (absolut)	122	Abb. 66: Anteil Personen mit Mobilitätseinschränkungen nach Alter und Geschlecht (in %)	187
Abb. 45: Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2019 (in %)	136	Abb. 67: Altersspezifische Wohnmobilität in Deutschland 2009: Wanderungen über Kreisgrenzen je 1.000 Einwohner	207
Abb. 46: Verteilung der Pflegegrade pflegebedürftige Männer und Frauen nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2017 (in %)	137	Abb. 68: Erwerbstatus vor Beginn der Altersrente im Kohortenvergleich (in %)	240
Abb. 47: Versorgungsformen pflegebedürftiger Männer und Frauen nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017 (in %)	138	Abb. 69: Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Region, Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2019 (in €)	241
Abb. 48: Zahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Privatpersonen im Jahr 2019 (in %)	141	Abb. 70: Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Region, Geschlecht und Familienstand der ab 65-Jährigen im Jahr 2019 (in €)	242
Abb. 49: Pflegebedürftige in Pflegeheimen nach Pflegegrad und Altersgruppe Ende 2019 (absolut und in %)	147	Abb. 71: Verbreitung und Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Region, Geschlecht und Herkunft der ab 65-Jährigen im Jahr 2019 (in €)	243
Abb. 50: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die körperbezogene Pflegemaßnahmen und hauswirtschaftliche Hilfen durch weitere Personen erhalten, nach Art der weiteren Person und Häufigkeit (in %)	150	Abb. 72: Risiko sozialer Isolation nach Kohorten im Altersverlauf (in %)	244
Abb. 51: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die soziale Betreuung durch weitere Personen erhalten, nach Art der weiteren Person und Häufigkeit (in %)	151	Abb. 73: Anteil der Frauen, die den jeweiligen Indikator des Gesundheitsverhaltens umsetzen nach Altersgruppen mit 95 %-Konfidenzintervallen im Jahr 2019/2020 (in %)	245
Abb. 52: Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2017 (absolut in Tausend)	153	Abb. 74: Anteil der Männer, die den jeweiligen Indikator des Gesundheitsverhaltens umsetzen nach Altersgruppen mit 95 %-Konfidenzintervallen im Jahr 2019/2020 (in %)	246
Abb. 53: Sterblichkeit von vollstationär Pflegebedürftigen im Vergleich der Jahre 2015 bis 2020 (in %)	162	Abb. 75: Anteil Versicherter der BARMER mit Abrechnung des »Check-Up« (EBM 01732) und des Ultraschallscreenings zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas für ab 65-jährige Männer (EBM 01748) im Jahr 2019 (n=8.970.268) (in %)	247
Abb. 54: Anteil Verstorbener im Krankenhaus mit gesicherter COVID-19-Diagnose nach Altersgruppen und vollstationär versorgter Pflegebedürftigkeit im Jahr 2020 (in %)	163	Abb. 76: Krankenhauspatientinnen und -patienten in vollstationärer Behandlung nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2019 (je 100.000 EW)	248
Abb. 55: Mittlere Lebenszufriedenheit bei Männern und Frauen. Wertebereich zwischen 3 (weder noch) und 4 (zufrieden)	169	Abb. 77: Häufigste Diagnosen der Krankenhauspatientinnen nach Altersgruppe im Jahr 2019 (absolute Anzahl aller Fälle nach ICD10)	249
Abb. 56: Selbstberichtete Veränderung der körperlichen Aktivität (Sport und Spazierengehen) nach Altersgruppen im Jahr 2020 (in %)	173	Abb. 78: Häufigste Diagnosen der Krankenhauspatienten nach Altersgruppe im Jahr 2019 (absolute Anzahl aller Fälle nach ICD10)	250
Abb. 57: Zugang zum Internet nach Altersgruppen, in den Jahren 2002, 2008, 2011, 2014, 2017 (in %)	175	Abb. 79: Die 10 häufigsten behandlungsbegründenden Diagnosen nach ICD10 bei ab 85-jährigen Frauen in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2019 (absolut)	251
Abb. 58: Zugang zum Internet nach Altersgruppen in den Jahren 2017 und 2020 (in %)	176	Abb. 80: Die 10 häufigsten behandlungsbegründenden Diagnosen nach ICD10 bei ab 85-jährigen Männern in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2019 (absolut)	252
Abb. 59: Häufigkeit der Internetnutzung in verschiedenen Bereichen in der Altersgruppe 76 bis 90 Jahre in den Jahren 2017 und 2020 (in %)	177	Abb. 81: Krankheitskosten in € je Einwohner nach Altersgruppen im Jahr 2015	253
Abb. 60: Engagementquote 80+ und Gesamtbevölkerung; Frauen, Männer und Gesamt (in %)	179	Abb. 82: Pflegerische Versorgung in Deutschland Ende 2019 (absolut und in %)	254
Abb. 61: Parteipräferenzen jüngerer und älterer Altersgruppen im Jahr 2017 (in %); dargestellt wurden nur die Parteien, die mindestens in einer Altersgruppe von 5 % der Befragten genannt wurden	180	Abb. 83: Einsatzfelder digitaler Technologien in der professionellen Pflege	255
Abb. 62: Tagesstrecke nach Verkehrsmittel und Alter im Jahr 2017 (in Kilometern); Abweichungen von 100 % sind rundungsbedingt	182	Abb. 84: Engagementbereiche ab 80-Jähriger und der Gesamtbevölkerung im Jahr 2019 (in %)	256
		Abb. 85: Pkw-Führerschein bei Frauen und Männern in den Jahren 2002 und 2017 (in %)	257

Abb. 86: Tagesdistanzen von Fahrrädern und Pedelecs nach Alter; Personen mit Nutzung von Fahrrad und Pedelec am Stichtag im Jahr 2017 (Entfernung mit Rad pro Person und Tag in Kilometer)	258
Abb. 87: Prognose über die ab 80-jährige Bevölkerung im Jahr 2040 (je 100 Einwohner/innen)	259
Abb. 88: Prognose über die ab 80-jährige Bevölkerung im Jahr 2040 (je 100 Erwerbsfähige der Altersgruppe 50 bis unter 65 Jahre).	260

BZgA

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Die vorliegende Expertise stellt eine umfassende Aktualisierung und Erweiterung der gleichnamigen Publikation aus dem Jahr 2015 (Band 47) zur Lebenslage hochaltriger Menschen in Deutschland dar. Hierfür hat das Institut für Gerontologische Forschung e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Vielzahl öffentlich zugänglicher Daten ausgewertet und Befunde aus aktuellen Studien zusammengetragen.

Die vorliegende, vollständig überarbeitete Expertise »Die Hochaltrigen II« gibt Einblick in die sozioökonomische Situation, die sozialen Beziehungen und die gesundheitlichen Lagen der über 80-Jährigen in Deutschland. Betrachtet werden darüber hinaus die Bereiche Freizeit und Ehrenamt, Wohnformen und Pflege. Diese zweite Auflage berücksichtigt außerdem die aktuellen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie und deren Einfluss auf die Lebenslagen hochaltriger Menschen vor allem in Bezug auf familiäre und außerfamiliäre Beziehungen, jegliche Form von Aktivitäten und natürlich im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit. So ist ein umfassendes Bild der Lebenslagen hochaltriger Menschen entstanden.