
Die Hochaltrigen

Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 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.

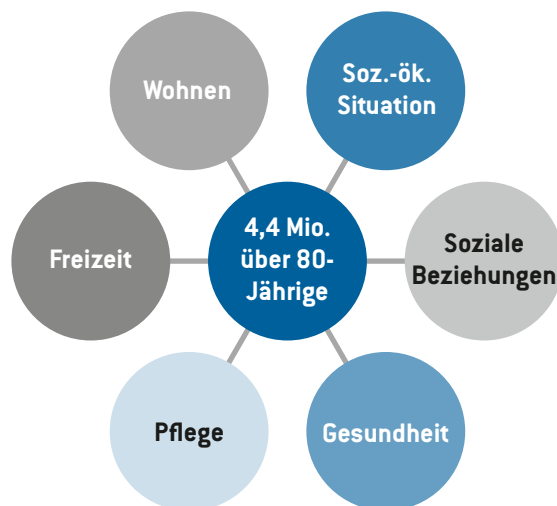
Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden zum Beispiel Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung 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

Expertise zur Lebenslage von Menschen
im Alter über 80 Jahren

Ludwig Amrhein, Josefine Heusinger,
Kathrin Ottovay 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://dnb.ddb.de> abrufbar.

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

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 47

Die Hochaltrigen – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 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

Dr. Monika Köster

E-Mail: poststelle@bzga.de

Lektorat und Satz: aHa-Texte, Köln

Druck: Welpdruck, Wiehl

Auflage: 1.3.02.15

ISBN 978-3-942816-61-8

Band 47 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 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 bzw. den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60640047

» Vorwort

Kaum eine Entwicklung wird Deutschland in den kommenden Jahren so prägen wie der demografische Wandel mit einem wachsenden Anteil älterer Menschen. Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland hat sich in den vergangenen rund 130 Jahren mehr als verdoppelt und wird auch zukünftig weiter ansteigen. Im Jahr 2009 lag die Lebenserwartung bei Geburt bei 77,7 Jahren für Männer und bei 82,7 Jahren bei Frauen. Für das Geburtsjahr 2060 wird männlichen Neugeborenen ein durchschnittliches Alter von 87,7 Jahren prognostiziert. Bei weiblichen Neugeborenen wird der Wert bei 91,2 Jahren liegen.

Ein wichtiges gesellschaftliches Ziel ist es, den Menschen zu ermöglichen, die gewonnenen Lebensjahre in möglichst hoher Lebensqualität zu erleben. Voraussetzung dafür ist es, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können und über ein hohes Maß an Selbstbestimmung verfügen. Nur so können sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpfen. Deshalb spielen in einer älter werdenden Bevölkerung Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Rolle, da Gesundheit die Voraussetzung für Selbstständigkeit und aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist. Sie ist daher von hoher individueller wie auch gesellschaftlicher Bedeutung.

Die Gruppe der älteren Menschen ist äußerst heterogen. Die individuellen Voraussetzungen und Biografien unterscheiden sich, ebenso 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. Frühzeitig beginnende, Lebensphasen begleitende Gesundheitsförderung und Prävention bilden eine unverzichtbare Grundlage, doch auch Präventionsangebote, die erst im Alter einsetzen, wirken sich (noch) positiv auf die Gesundheit und Selbstständigkeit aus.

Um einen Überblick über die vielfältigen Lebenslagen älterer Menschen in Deutschland zu erhalten, beauftragte die BZgA das Institut für Gerontologische Forschung e.V. mit der Erarbeitung von drei Expertisen. Bereits erschienen sind die Expertise »Die jungen Alten« mit Blick auf die Gruppe der 55- bis 65-Jährigen (BZgA 2011) sowie die Expertise »Alte Menschen«, die sich auf die 65- bis 80-Jährigen konzentriert (BZgA 2013). Die vorliegende Expertise bietet nun einen Überblick über die vielfältigen Lebenslagen von Menschen im Alter über 80 Jahren in Deutschland.

Auf der Grundlage einer gezielten Auswertung nationaler, öffentlich zugänglicher Daten bietet die vorliegende Expertise einen Einblick in die sozioökonomische Situation, das Ausmaß sozialer Beziehungen und die gesundheitliche Lage der über 80-Jährigen in Deutschland. Darüber hinaus werden die Bereiche Freizeit und Ehrenamt, Wohnen im Alter sowie das Thema Pflege beleuchtet. Die Expertise ermöglicht ein umfassendes Bild der Lebenslagen der über 80-Jährigen in Deutschland und vermittelt einen Eindruck von der Vielfalt der Hochaltrigkeit.

Mit der vorliegenden Fachpublikation stellt die BZgA den in der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Akteuren eine differenzierte Analyse der Ausgangsbedingungen hinsichtlich Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für ältere Menschen zur Verfügung.

Köln, im Januar 2015

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

» Vorwort	3
01 » Einleitung	10
02 » Demographie – über 80-Jährige auf einen Blick	13
02.1 Alter und Geschlecht	13
02.2 Hochaltrige mit Migrationshintergrund	14
02.3 Bildungsstand	16
02.4 Familienstand und haushaltbezogene Lebensformen	17

03 » Soziale Lage und materielle Ressourcen:

Einkommen, Vermögen und Armutsgefährdung	21
03.1 Quellen des Lebensunterhalts im Alter	22
03.2 Wege in den Ruhestand	22
03.3 Leistungen aus Alterssicherungssystemen	25
03.4 Besitz und Vermögen	30
03.5 Einkommenshöhe und Verbreitung niedriger Einkommen	32
03.6 Relative Einkommensarmut und Armutsgefährdung	33
03.7 Sozialhilfebezug	37
03.8 Fazit	39

04 » Soziale Beziehungen

04.1 Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen im Alter	41
04.2 Partnerschaft	43
04.3 Familienbeziehungen	44
04.4 Vielfältige familiäre Unterstützung	48
04.5 Freundschaften und Bekannte	51
04.6 Einsamkeit	54
04.7 Fazit	56

05 » Gesundheit

05.1 Gesundheitliche Lage im Überblick	59
05.2 Funktionale Einschränkungen, Hilfebedürftigkeit und Behinderungen	68
05.3 Körperliche Erkrankungen	74
05.4 Psychische Erkrankungen	86
05.6 Verletzungen	90
05.7 Lebenserwartung und Sterblichkeit	94
05.8 Prävention	97
05.9 Gesundheitsversorgung	106
05.10 Gesundheitskosten	111
05.11 Fazit	113

06 » Pflege und Pflegebeziehungen 115

06.1	Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Überblick	116
06.2	Pflegebedürftige in Privathaushalten	123
06.3	Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen	128
06.4	Pflegende Angehörige	132
06.5	Gewalt in der Pflege	139
06.6	Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen	142
06.7	Kosten der Pflege	143
06.8	Fazit	145

07 » Freizeit 148

07.1	Lebenszufriedenheit im hohen Alter	149
07.2	Freizeit- und Alltagsaktivitäten	151
07.3	Engagement und Ehrenamt	154
07.4	Mediennutzung	156
07.5	Mobilität	158
07.6	Fazit	163

08 » Wohnen 165

08.1	Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die alten Menschen?	166
08.2	Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten	169
08.3	Altersgerechtes Wohnen, Sonderwohnformen, Wohnraumanpassung	171
08.4	Wohnumfeld	174
08.5	Wohnmobilität und Umzüge	177
08.6	Fazit	178

09	»	Fazit	180
10	»	Anhang	184
10.1		Tabellen	184
10.2		Abbildungen	203
10.3		Literaturverzeichnis	218
10.4		Tabellenverzeichnis	232
10.5		Abbildungsverzeichnis	236

01

» Einleitung

Die Gruppe der Hochaltrigen, deren Lebenslagen in der vorliegenden Expertise vorgestellt werden, umfasst im Jahr 2011 rund 4,4 Millionen Menschen. Über die Hälfte von ihnen gehört zu der vergleichsweise jungen Gruppe der 80- bis 85-Jährigen, knapp ein Drittel ist zwischen 85 und 90 Jahre alt, und rund jede oder jeder Siebte wird älter als 90 Jahre. Das hohe Alter ist weiblich: Etwa zwei Drittel der über 80-Jährigen sind Frauen, die mehrheitlich verwitwet sind.

Der 80. Geburtstag stellt symbolisch für die meisten Menschen den Beginn der Hochaltrigkeit dar, eine Lebensphase, die mit dem Tod endet. Über 80-Jährige haben bereits von nahestehenden Menschen Abschied nehmen müssen, die eigenen Eltern, häufig den Ehemann oder die Ehefrau und manchmal auch die eigenen Kinder verloren. Gleichaltrige Freunde und Bekannte werden krank, gebrechlich und sterben. 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, sind gebrechlich und können ihren Alltag nur mit Einschränkungen bewältigen.

Die Menschen, die heute 80 Jahre alt und älter sind, blicken auf ein langes und wechselvolles Leben zurück. Diejenigen, die 2013 ihren 80. Geburtstag feierten, wurden 1933 geboren. Je nach der verwendeten Datenquelle und nach Altersgruppe betrachten wir in der Expertise Menschen, die im ersten Weltkrieg, in der Weltwirtschaftskrise, im Nationalsozialismus oder, die Jüngsten unter ihnen, im zweiten Weltkrieg ihre Kindheit verbracht haben. Ihnen wurden Bildung und Werte in fragilen, unsicheren und diktatorischen Systemen vermittelt, ihre Kindheit und Adoleszenz waren belastet von existenziellen Nöten, Tod und Gewalt. Sie haben in diesen Zeiten Familien gegründet und Angehörige betrauert, ihre Heimat verloren und Unrecht erlebt.

Kriegstraumata und Schweigen über das Erlebte prägten die Nachkriegsjahre dieser Generation über lange Zeit, teils bis in die Gegenwart.

Nach dem Zweiten Weltkrieg finden sie sich in den unterschiedlichen politischen Systemen der BRD und DDR wieder. Während manche voller Hoffnung und Enthusiasmus eine neue, bessere Gesellschaft aufbauen wollen, konzentrieren sich andere auf die Mehrung ihres Wohlstandes und den Konsum materieller Güter. Die überwiegende Mehrheit unserer Altersgruppe in beiden Systemen arrangiert sich, setzt unterbrochene Bildungswege fort, ergreift einen Beruf, gründet eine Familie oder stabilisiert den durch unruhige Zeiten geretteten Haushalt.

Der Mauerbau manifestiert die Teilung der deutschen Gesellschaft und die Zugehörigkeit zu dem jeweiligen politischen System. Über Jahrzehnte ist nicht absehbar, dass sich an der deutschen Teilung etwas ändern wird, der Alltag ist für die meisten Angehörigen der Generation von Kontinuität und stetem Fortschritt geprägt. Während unsere Altersgruppe in Westdeutschland überwiegend nach traditionellen Rollenmustern lebt, in denen der Mann die Familie ernährt und die Frau sich dem Haushalt und der Kindererziehung widmet, erprobt ihre Generation in Ostdeutschland eine stärkere Gleichberechtigung, die sich vor allem durch die Berufstätigkeit der Frauen (und weniger durch die Beteiligung der Männer an der Familienarbeit) ausdrückt. Politische und wirtschaftliche Ereignisse, wie die Studentenproteste in den 1960er Jahren, die Ölkrise oder die Frauenbewegung in Westdeutschland bzw. den Prager Frühling oder die Montagsdemonstrationen in Ostdeutschland erlebt diese Altersgruppe im fortgeschrittenen Erwachsenen- oder bereits im Rentenalter.

Die Wiedervereinigung stellt, fast dreißig Jahre nach dem Mauerbau, einen erneuten, tiefgreifenden gesellschaftlichen Umbruch dar, allerdings

vorwiegend für die Menschen in Ostdeutschland. Die jetzt über 80-Jährigen stehen zu diesem Zeitpunkt an der Schwelle zum Rentenalter oder sind bereits verrentet. Sie werden, im Gegensatz zu den nachfolgenden Generationen, kaum mehr mit Arbeitslosigkeit konfrontiert. Aber sie erleben erneut, zum zweiten oder gar zum dritten Mal in ihrem Leben einen kompletten Wechsel des politischen Systems, der grundlegende gesellschaftliche Werte und Normen in Frage stellt.

Die Generation der heute über 80-Jährigen blickt überwiegend auf ein von traditionellen Werten und kontinuierlicher Berufstätigkeit geprägtes Leben, in dem Emanzipation oder Selbstverwirklichung kaum eine Rolle gespielt haben. Sie wurde 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 und vielleicht gerade im Alter wieder virulent werden.

In der Expertise gehen wir zunächst auf den Umfang, die Zusammensetzung und die Lebensformen der Altersgruppe ein (Kapitel 02). Wir führen aus, wie viele Männer und Frauen über 80 Jahre alt sind, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund es in der Altersgruppe gibt und wie groß die Haushalte der über 80-Jährigen sind. Im nachfolgenden Kapitel 03 werden die soziale Lage und die materiellen Ressourcen der über 80-Jährigen betrachtet. Dabei werden Höhe und Verteilung von Renten und Pensionen, sowie von Besitz und Vermögen als Quellen, aus denen die sehr alten Menschen ihren Lebensunterhalt beziehen, ausführlich vorgestellt. Armut sowie Armutsgefährdung als existenzielle Bedrohung und gesundheitliches Risiko vor allem alter und alleinstehender Menschen werden am Ende des Kapitels in den Blick genommen. Die sozialen Beziehungen sind das Thema des 4. Kapitels, das sich nicht nur mit familiären und freundschaftlichen Netzwerken befasst, sondern auch Einsam-

keit als Risikofaktor besonders für verwitwete alte Menschen diskutiert.

Großen Raum nimmt das Kapitel 05 ein, das sich mit der gesundheitlichen Lage der über 80-Jährigen befasst und die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit, Krankheit und Sterben im Alter beschreibt. Pflegebedürftigkeit ist ein Thema, das viele über 80-Jährige betrifft. Deshalb setzt sich das Kapitel 06 ausführlich mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, pflegenden Angehörigen und Pflegearrangements auseinander. Trotz abnehmender Gesundheit lebt ein großer Teil der sehr alten Menschen ein aktives Leben, pflegt Hobbys oder engagiert sich in der Gesellschaft. Der Zugang zu Informationen und vor allem die individuelle Mobilität sind wichtige Voraussetzungen für Teilhabe im Alter. Mit diesen Themen befasst sich das folgende Kapitel über Freizeit (Kapitel 07). Das Altwerden in der eigenen Häuslichkeit ist von großer 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 wesentlich für Selbstbestimmung und Lebensqualität und werden in Kapitel 08 vorgestellt.

Das Ziel der Expertise besteht darin, die Lebenslage der über 80-Jährigen so differenziert wie möglich abzubilden und ein Bild von der Vielfalt der Hochaltrigkeit zu zeichnen. Ressourcen und Potentiale für ein gutes Leben im hohen Alter werden dargestellt, und Risikofaktoren, die zu Einsamkeit und Gebrechlichkeit führen können, werden benannt. Hierbei zeigen sich zahlreiche Anknüpfungspunkte

für die Gesundheitsförderung, die im hohen Alter bislang nur eine untergeordnete Rolle spielen.

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 uneinheitlich¹. Insbesondere zu alten Menschen über 85 Jahren und solchen, die in Pflegeheimen leben, sowie alten Menschen mit Migrationshintergrund finden sich nur wenige Daten. Während die Expertise erstellt wurde, veröffentlichte das Statistische Bundesamt die aktuellen Zahlen der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von 2011. Den jetzt vorliegenden Zahlen zufolge leben in Deutschland (Stichtag 31.12.2012) nicht, wie bisher angenommen, 4,4 Millionen, sondern nur ca. 4,3 Millionen über 80-Jährige, fast 100.000 Menschen weniger (Statistisches Bundesamt 2014a). Das Defizit verteilt sich fast gleich auf Männer (- 37.000 Personen) und Frauen (- 45.000 Personen) und erscheint relativ gering. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich die Aussagen für sehr kleine Stichproben, z. B. für Männer über 90 Jahren, unter Umständen deutlich verändern. Soweit sich Veränderungen schon jetzt abzeichnen, haben wir im Text darauf hingewiesen.

1 Die Datenlage erfordert es, Quellen aus verschiedenen Jahrgängen zu verwenden. Um ein umfassendes Bild der über 80-Jährigen zu vermitteln, werden Datenquellen aus den Jahren 2005 bis 2013 ausgewertet. Die Sichtung der wesentlichen Quellen zeigt, dass die Auswahl der Altersstufen zwischen den einzelnen Quellen, zum Teil aber 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 sind. Im Text wird die jeweils untersuchte Altersgruppe benannt. Das Ziel ist, ein möglichst umfassendes Bild zu vermitteln.

02

» Demographie – über 80-Jährige auf einen Blick

In diesem Kapitel geben wir zunächst einen Überblick über die Menschen, die im Alter von 80 Jahren und älter in Deutschland leben. Wir werfen Schlaglichter auf die Geschlechterverteilung, den Bildungsstand und auf den Anteil hochaltriger Menschen mit Migrationshintergrund. Anschließend fragen wir nach Familienstand und den haushaltsbezogenen Lebensformen der Hochaltrigen.

» 02.1 Alter und Geschlecht

4.401.224 Menschen sind zum Jahresende 2011 in Deutschland 80 Jahre alt und älter – damit stellt die Altersgruppe 80+ rund 5 % an der Gesamtbevölkerung². Über die Hälfte dieser alten Menschen ist unter 85 Jahre alt, insgesamt 3.740.395 Personen sind zwischen 80 und 90 Jahre alt. 660.829 Menschen erreichen ein höheres Alter und bilden die kleinere Gruppe der über 90-Jährigen. Während Männer an den 80- bis 85-Jährigen noch fast 40 % stellen, reduziert sich ihr Anteil an der folgenden

2 Zu den Ungenauigkeiten der Bevölkerungsfortschreibung und den durch den aktuellen Zensus ermittelten Abweichungen siehe Einleitung.

Bevölkerung in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppe

Geschlecht	Altersgruppe			
	80 und 85 Jahre	85 und 90 Jahre	80 und 90 Jahre	90 Jahre und älter
Insgesamt	2.367.684	1.372.711	3.740.395	660.829
Männlich	913.112	398.013	1.311.125	173.100
Weiblich	1.454.572	974.698	2.429.270	487.729

» Tab. 1: Bevölkerung in Deutschland, nach Geschlecht und Altersgruppen, 2011 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)

Gruppe der 85- bis 90-Jährigen auf rund 30 %. Nur 173.100 Männer sind 90 Jahre und älter (allerdings bleibt ihr prozentualer Anteil an den über 90-Jährigen mit 26 % fast stabil). In der Gesamtaltersgruppe 80+ stehen insgesamt 1.484.225 Männern etwa doppelt so viele, nämlich 2.916.999 Frauen gegenüber (vgl. Tabelle 1).

Frauen – und damit ihre spezifischen Lebenserfahrungen als Frauen – prägen demnach maßgeblich das Bild vom hohen Alter. Deswegen wird auch von der »Feminisierung des Alters« gesprochen (Tews 1993, S. 15–43), bedingt durch die rund 5 Jahre höhere durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen. Zusätzlich ist die Kohorte der gegenwärtig über 80-Jährigen auch ohnehin durch einen starken Frauenanteil geprägt, der Folge des zweiten Weltkrieges mit seiner hohen Zahl an Todesfällen unter Männern ist. Diese demografischen Auswirkungen des Krieges lassen allmählich nach, wodurch der Anteil der Männer an der Altersgruppe 80+ bereits von 27 % im Jahr 2000 auf 34 % im Jahr 2011 gestiegen ist (Statistisches Bundesamt u. a. 2013, S. 15).

» 02.2 Hochaltrige mit Migrationshintergrund

In den nächsten Jahrzehnten werden immer mehr Hochaltrige einen Migrationshintergrund aufweisen.³ Gegenwärtig ist der Anteil an Menschen im Alter von über 75 Jahren mit Migrationshintergrund – der in dieser Altersgruppe fast gleichzusetzen ist mit eigener Migrationserfahrung – mit 7,6 % vergleichsweise gering (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 55 f.).

Nach dem Mikrozensus 2012 weisen 609.000 über 75-Jährige einen Migrationshintergrund auf: In der Altersgruppe 75–85 Jahre sind es 496.000 Personen (228.000 Männer, 268.000 Frauen), in der Altersgruppe 85–95 Jahre noch 108.000 Personen (34.000 Männer, 74.000 Frauen), und in der Altersgruppe 95+ nur 5.000 (ebd.). Tabelle 2 weist ausgewählte wichtige Herkunftsländer aus.

3 Als Menschen mit Migrationshintergrund gelten der gängigen Definition des Statistischen Bundesamtes zufolge Personen, »die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer/-in in Deutschland geborenen Elternteil« (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 6).

Ausgewählte Herkunftsländer nach Alter

Derzeitige oder frühere Staatsangehörigkeit	Alter 75–85	Alter 85–95
Polen	57.000	13.000
Rumänien	35.000	11.000
Griechenland	15.000	–
Italien	20.000	–
Türkei	33.000	–
Ukraine	17.000	–
Russische Föderation	49.000	11.000
Naher und Mittlerer Osten	39.000	9.000
Davon Kasachstan	29.000	6.000

» Tab. 2: Migrationshintergrund nach Alter, ausgewählte Herkunftsländer, Basis: Fortschreibung des Zensus vor 2011 (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 55 f.)

Über die Hälfte der Hochaltrigen mit Migrationshintergrund, die 75 Jahre alt und älter sind, nämlich 317.000 Personen, sind (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 59 f.). Allerdings fehlen in den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes in vielen Fällen Angaben zu Herkunftsland und Zuzugsjahr. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler gelten als Deutsche im Sinne des Grundgesetzes nach Artikel 116, unabhängig davon, ob sie die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder nicht. Sie können, wie auch nicht-deutschstämmige Familienangehörige, bei Übersiedelung nach Deutschland 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 (Forschungsverbund 2009, S. 19). Spezifisch für die Migrationserfahrung der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ist, dass sie meist generationenübergreifend im Familienverband nach Deutschland migriert sind. Daraus

resultiert ein vergleichsweise hoher Anteil älterer Menschen in dieser Gruppe – zum erheblichen Teil waren sie bei Zuzug bereits im rentennahen Alter, d. h. 55 Jahre alt und älter. Auch hochaltrige Personen wanderten zu, darunter auch bereits verwitwete Frauen (Mika 2007). Dieser Umstand trägt zu dem in dieser Gruppe deutlichen Frauenüberhang bei, der sich nach Mika (2006, S. 72) mit der im Vergleich zu Deutschland nochmals niedrigeren Lebenserwartung der Männer gegenüber jener der Frauen erklären lässt.

Eine andere Migrationsgeschichte haben jene Migrantinnen und Migranten, die vor allem in den 1960/70er-Jahren im Zuge der Anwerbeabkommen und des Familiennachzugs aus südeuropäischen Ländern nach Deutschland kamen, hier arbeiteten, Familien gründeten und alt wurden (vgl. Özcan und Seifert 2004).

100.000 über 75-Jährige mit Migrationshintergrund sind Deutsche durch Einbürgerung (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 59 f.), 155.000 Personen in der Altersgruppe 75–85 und 22.000 in der

[Spät-]Aussiedler mit früherer Staatsangehörigkeit

[Spät-]Aussiedler (deutscher Staatsangehörigkeit) mit früherer Staatsangehörigkeit	Alter 75–85	Alter 85–95
Polen	45.000	8.000
Rumänien	27.000	8.000
Gebiet der ehemaligen Sowjetunion, davon	70.000	16.000
Kasachstan	25.000	–
Russische Föderation	30.000	7.000
Insgesamt	258.000	59.000
Davon Frauen	152.000	42.000

» Tab. 3: [Spät-]Aussiedler nach Herkunftsländern und Alter, Basis: Fortschreibung des Zensus vor 2011 (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 59 f.)

Altersgruppe 85–95 Jahre besitzen eine ausländische Staatsbürgerschaft – insgesamt 29.000 die türkische, 16.000 die italienische, 14.000 die griechische, 12.000 die der Russischen Föderation und 10.000 die der Ukraine (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 57 f.).

» 02.3 Bildungsstand

Der häufigste höchste allgemeine Schulabschluss der über 65-Jährigen ist der Hauptschulabschluss – rund 62 % der Männer und 70 % der Frauen weisen ihn auf. Gesonderte Daten über schulische und

Höchster allgemeiner Schulabschluss der über 65-Jährigen

Über 65-Jährige	Ohne Abschluss	Hauptschule	Realschule o. ä.	Abitur o. ä.
Männer (ohne Migrationshintergrund)	1,2 %	62,1 %	15,3 %	20,6 %
Frauen (ohne Migrationshintergrund)	2,0 %	69,9 %	18,5 %	8,2 %
Männer (mit Migrationshintergrund)	24,6 %	43,7 %	10,0 %	21,5 %
Frauen (mit Migrationshintergrund)	28,2 %	42,7 %	11,9 %	16,4 %

» Tab. 4: Höchster allgemeiner Schulabschluss der über 65-Jährigen, nach Geschlecht und Migrationshintergrund, Mikrozensus 2012 (BAMF 2014, Tab. 5.4)

berufliche Bildungsabschlüsse für die Altersgruppe 80+ liegen nicht vor.

» 02.4 Familienstand und haushaltbezogene Lebensformen

Wie leben die über 80-Jährigen? Mit wem teilen sie einen Haushalt (sofern sie in Privathaushalten und nicht in einer Pflegeeinrichtung leben)? Wie steht es um ihre Partnerschaften? Zunächst werfen wir einen Blick auf den Familienstand.

Über die Hälfte der über 80-Jährigen ist verwitwet, etwa ein Drittel der Altersgruppe ist verheiratet und nur eine geringe Anzahl ist geschieden oder ledig. Die Verwitwung ist ein Ereignis, das vorzugsweise Frauen erleben. Je älter verheiratete Frauen werden, desto unwahrscheinlicher wird es für sie, ihren letzten Lebensabschnitt gemeinsam mit dem Ehepartner zu verbringen. Verwitwung ist nicht nur ein individueller Schicksalsschlag, sondern gilt wegen der höheren Lebenserwartung von Frauen nicht nur als »kritisches«, sondern auch als »normatives Lebensereignis« für Frauen. Es ist erwart- und vorhersehbar, dass verheiratete Frauen im Alter Witwen sein werden (Tesch-Römer 2010, S. 132). Mehr als die Hälfte der Frauen, die ein Alter von 85 Jahren erreicht haben, musste den Tod des Ehepartners bereits erleben (850.659 Frauen).

Der in der Rentenversicherungsstatistik erfasste Beginn des Bezugs der Witwenrente erlaubt Rückschlüsse auf das ungefähre durchschnittliche Verwitwungsalter: »Frauen, denen im Jahr 2001 eine Witwenrente bewilligt wurde, waren bei Bezugsbeginn dieser Rente im Durchschnitt 67,4 Jahre alt (...). Im früheren Bundesgebiet stieg das Zugangs-

alter zur Witwenrente seit 1960 um rund acht Jahre.« (Engstler und Menning 2003, S.85). Seit 2001 dürfte das Verwitwungsalter weiter gestiegen sein. Die Berechnung des durchschnittlichen Verwitwungsalters wird durch Todesfälle in jüngerem Lebensalter verzerrt – als häufigstes Verwitwungsalter berechnete Insa Fooker (1999, S.226) 72 Jahre für Frauen und 77 Jahre für Männer.

Von den Frauen in der Altersgruppe 80+ sind 8 % ledig; hier wirken die Folgen des Krieges auf die Heiratschancen in den Nachkriegsjahren nach. 6 % sind geschieden und 22 % verheiratet. Der größte Teil von ihnen ist verwitwet: 64 % haben den Tod ihres Ehepartners erlebt. Hochaltrige Männer sind fast dreimal so oft wie gleichaltrige Frauen, nämlich zu 61 % verheiratet, während 5 % ledig, 4 % geschieden und 30 % verwitwet sind (Statistisches Bundesamt u. a. 2013, S. 213). Verwitwung ist ein weibliches Phänomen: Wegen der höheren Lebenserwartung der Frauen, aber auch, weil Männer dieser Kohorte zumeist jüngere Ehepartnerinnen haben: Im Jahr 2009 waren dies 77 % der Männer über 65 Jahre (Statistisches Bundesamt 2011a, S. 18). Damit stehen in der Altersgruppe 80+ in absoluten Zahlen 439.365 verwitwete Männer 1.864.759 verwitweten Frauen gegenüber.

Der Familienstand spiegelt sich auch in den haushaltsbezogenen Lebensformen der Hochaltrigen wider. Im Jahr 2011 leben von den Frauen der Altersgruppe 80+ (Statistisches Bundesamt u. a. 2013, S. 213; erfasst sind hierbei und im Folgenden nur jene Hochaltrigen, die in Privathaushalten leben) 22 % mit ihrem Ehepartner und 1 % mit ihrem nicht-ehelichen Lebenspartner zusammen. 11 % teilen mit anderen Personen einen Haushalt, insbesondere mit erwachsenen Kindern, aber auch mit Geschwistern, nichtverwandten Mitbewohnern oder mit gleichgeschlechtlichen Partnern, die nicht als Lebenspartner eingetragen sind⁴. Über zwei Drittel der über 80-jährigen Frauen (67 %) leben

Familienstand der über 80-Jährigen nach Geschlecht

Geschlecht	Familienstand				
	Insgesamt	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden
Männlich	1.484.225	76.407	903.066	439.365	65.387
Weiblich	2.916.999	243.662	644.137	1.864.759	164.441
Insgesamt	4.401.224	320.069	1.547.203	2.304.124	229.828

» Tab. 5: Familienstand der über 80-Jährigen nach Geschlecht, 2011 (Deutsches Zentrum für Altersfragen, DOI 10.5156/GEROSTAT)

alleinstehend in einem Einpersonenhaushalt – 61 % der 80-bis 84-Jährigen, 73 % der 85- bis 89-Jährigen und 78 % der Frauen ab 90 Jahre (Nowossadek und Engstler 2013, S. 16).

So unterscheidet sich die Lebenssituation der Frauen über 80 Jahre deutlich von der gleichaltriger Männer, denn diese leben wiederum zu 67 % mit ihrer Ehepartnerin zusammen, sowie zu 2 % in nicht-ehelicher Partnerschaft. Ein knappes Drittel der Männer (28 %) lebt alleine, 3 % leben mit anderen Personen (Statistisches Bundesamt u. a. 2013, S. 213). Die Tabellen 50 und 51 im Anhang geben detailliert Auskunft über die Haushaltsgrößen von Verwitweten und Ledigen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.

Was wissen wir über Mehrpersonenhaushalte, in denen Hochaltrige leben? Insbesondere interessiert uns die Haushaltssituation derer, die den Tod des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin erlebt haben – verbleiben sie nach diesem kritischen Ereignis alleine im Haushalt, oder werden sie möglicherweise in den eines Familienmitglieds (oder

– seltener – anderer Personen) integriert? Gibt es diesbezügliche Unterschiede zwischen verwitweten Frauen und Männern?

Der SHARE-Studie⁵ aus dem Jahr 2004 zufolge leben 5,8 % Männer und 10,6 % der Frauen über 80 Jahre in einem gemeinsamen Haushalt mit einem erwachsenen Kind, weitere 20,4 % der Männer und 24,1 % der Frauen im gleichen Gebäude (Börsch-Supan u. a. 2005, Tabelle 4A.11).

Nach dem Mikrozensus 2011 (Tabelle 51 im Anhang) teilen rund 6 % aller über 80-jährigen Frauen und Männer ihren Haushalt mit mehr als zwei Personen – 69.000 Männer (zu 13 % verwitwet) und 149.000 Frauen (zu 75 % verwitwet). Rund 14 % der 80- bis unter 90-jährigen verwitweten Männer und Frauen leben in Mehrpersonenhaushalten. Diese Daten lassen keine Aussagen darüber zu, ob verwitwete Personen erst nach dem Todesfall des Partners bzw. der Partnerin in einen Mehrpersonen- oder Mehrgenerationenhaushalt eingezogen sind, oder bereits vorher in einem solchen wohnten. Der Prozentsatz verwitweter Hochaltriger in Mehrpersonen-

4 Belastbare Daten zu gleichgeschlechtlichen Partnerschaften alter Menschen liegen, trotz eines angenommenen homosexuellen Bevölkerungsanteils von 5–8 %, nicht vor. Für diese Altersgruppe ist das Leben einer positiven homosexuellen Identität und ein offener Umgang mit Sexualität und Partnerschaft oftmals schwierig, da sie die massive Diskriminierung und Kriminalisierung nicht nur im Nationalsozialismus, sondern auch der Adenauer-Ära erlebt hat (vgl. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit 2009, S.4 f.).

5 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Repräsentative Befragung der Altersgruppe 50+, z. T. liegen Auswertungen für die Altersgruppe 80+ vor.

haushalten steigt mit deren höherem Alter leicht; über 90-jährige verwitwete Frauen und Männer leben etwas häufiger (18 % der Frauen und 14 % der Männer) mit mehreren Personen zusammen und werden in vielen Fällen auch in diesen Haushalten im Alltag unterstützt und/oder gepflegt.

Sofern Hochaltrige in den Haushalt eines erwachsenen Kindes integriert sind, bilden sie einen Haushalt mit zwei Generationen; Enkelkinder erweitern den Haushalt gegebenenfalls um eine weitere Generation. Die folgende Tabelle gibt über die Häufigkeit von Mehrgenerationenhaushalten mit über 80-Jährigen Auskunft. Rund 10 % der Frauen und 6 % der Männer wohnen mit zwei oder mehr Generationen in einem Haushalt. Der Wert für die verwitwertende Altersgruppe liegt allerdings höher: 13 % der verwitweten Frauen und 9 % der verwitweten Männer leben mit mehreren Generationen unter einem Dach (vgl. Tabelle 52 im Anhang). Der Wert erhöht sich für die Frauen weiterhin mit dem Alter: Für über 90-Jährige verwitwete Frauen beträgt er 17 %, für Männer ist er aufgrund der (zu) klein geworden Gruppe nicht zu ermitteln. Ledige über 80-jährige Frauen sind zu knapp 5 % in Mehrgenerationenhaushalte integriert. Die Zahlenwerte für ledige Männer sind auch hier nicht zu ermitteln.

Ein Altwerden in einem großen Haushalt findet häufiger in kleinen Gemeinden statt. Mit 23 % lebt

rund ein Viertel der Bevölkerung über 80 Jahre in einer Gemeinde mit unter 5.000 Einwohnern. 9 % dieser Hochaltrigen leben in Haushalten, die 3 und mehr Personen umfassen.

Bevölkerung nach Zahl der Generationen im privaten Haushalt

Geschlecht	Bevölkerung aller Haushalte	In Haushalten mit zwei Generationen	In Haushalten mit drei und mehr Generationen	In Einpersonenhaushalten
Männlich	1.365.000	69.000 = 5 %	14.000 = 1 %	385.000 = 28 %
Weiblich	2.478.000	207.000 = 8 %	54.000 = 2 %	1.661.000 = 67 %

» Tab. 6: Bevölkerung 80+ nach Zahl der Generationen im privaten Haushalt in absoluten Zahlen und in %, 2011 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)

Bevölkerung 80+ nach Haushalts- und Gemeindegröße

Gemeindegröße	Sämtliche Haushalte	Single-Haushalte	Zwei-Personen-Haushalte	Haushalte mit mehr als zwei Personen
< 5.000 EW	997.000	500.000	408.000	90.000
5.000–<10.000 EW	423.000	214.000	177.000	32.000
10.000–<20.000 EW	592.000	307.000	248.000	39.000
20.000–<50.000 EW	748.000	385.000	321.000	42.000
50.000–<100.000 EW	366.000	195.000	154.000	10.000
100.000–<200.000 EW	264.000	154.000	103.000	–
200.000–<500.000 EW	318.000	178.000	132.000	8.000
>500.000 EW	558.000	329.000	216.000	12.000

» Tab. 7: Bevölkerung 80+ nach Haushalts- und Gemeindegröße, 2011, absolute Zahlen (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)

03

» Soziale Lage und materielle Ressourcen: Einkommen, Vermögen und Armutsgefährdung

Aus welchen Quellen speist sich das Einkommen der Hochaltrigen? Wie steht es um Rentenbezug, um Besitz und Vermögen? Wie viele der Hochaltrigen sind arm, wie viele beziehen Sozialhilfe?

Grundsätzlich bilden die alten Menschen eine gesellschaftliche Gruppe, die ihren letzten Lebensabschnitt in guter materieller Absicherung verbringt und mit ihrem Lebensstandard zufrieden ist. In der Altersgruppe 70–85 bewerten 63,3 % ihren Lebensstandard als gut oder sehr gut, und nur 5,1 % als schlecht oder sehr schlecht (GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT). Auffallend sind allerdings per-

sistente Geschlechter- und Ost-West-Unterschiede. Dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) von 2008 zufolge⁶ empfinden rund 6 % der Frauen in Ost wie West ihren Lebensstandard als schlecht oder sehr schlecht, was wiederum auf 4,4 % der Männer im Westen zutrifft, jedoch nur auf 1,4 % der Männer im Osten (vgl. auch Tabelle 53 im Anhang).

Unterschiede begegnen uns nicht nur im hier abgefragten subjektiven Erleben, sondern auch bezüglich der Einkommenssituation in den Haushalten und deren Risiken für Armut, wie wir in diesem Kapitel darstellen werden. Während Hochaltrige überwiegend von in stabilen Erwerbslaufbahnen

6 Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) von 2008 erfasst die Altersgruppe 70–85 Jahre mit einer standardisierten Interviewbefragung auf Basis einer disproportional geschichteten Einwohnermeldeamtsstichprobe, repräsentativ für die Wohnbevölkerung in Privathaushalten.

erworbenen Alterssicherungsansprüchen, zum Teil auch von Besitz und Vermögen profitieren können, dürfen Durchschnittswerte nicht den Blick auf die Risikokonstellationen verstellen, in denen sich spezifische Gruppen von Älteren befinden.

» 03.1 Quellen des Lebensunterhalts im Alter

Wovon leben Hochaltrige? Arbeit als Einkommensquelle spielt im hohen Alter allenfalls eine marginale Rolle. 3 % der 80- bis 85-Jährigen geben in der Generali Altersstudie 2013⁷ an, noch zu arbeiten, ob als Hinzuverdienst oder im früheren Beruf, Vollzeit oder stundenweise (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 89). Der Abschluss der Erwerbslaufbahn liegt bei den hier betrachteten Hochaltrigen in der Regel bereits mindestens 20 Jahre zurück.

In der Erhebung des Mikrozensus werden die über 80-Jährigen gefragt, woraus sie gegenwärtig »überwiegend die Mittel für ihren Lebensunterhalt« beziehen (vgl. Tabelle 8). Der weitaus größte Teil alter Menschen bestreitet diesen aus Rentenbezügen (eigene Versichertenrenten wie auch Hinterbliebenenrenten) und – dies indes nur in den alten Bundesländern – Pensionen. 1,4 % greifen auf eigenes Vermögen, Zinsen, Mieterträge oder ihren Altenteil zurück. Für rund 7 % der Frauen ist der Unterhalt durch Angehörige zentral, für 1,3 % von ihnen sowie für ein Prozent der Männer ist es die Sozialhilfe (nach SGB XII, d. h. Grundsicherung im Alter und ggf. Hilfen in besonderen Lebenslagen).

» 03.2 Wege in den Ruhestand

Wie gestaltete sich für die über 80-Jährigen der Übergang in den Ruhestand? Das durchschnittliche Alter beim Erstbezug von Altersrenten lag in dieser Altersgruppe – deren Geburtsjahrgänge etwa 1913 bis 1934 umfassen – in den alten Bundesländern mit 62 Jahren am niedrigsten für Frauen der Kohorte von 1917 (Daten für die neuen Bundesländer liegen nicht vor). Am höchsten ist es in der Kohorte der 1925 geborenen Frauen (im Jahr 2013 also 88-Jährigen) mit 63,1 Jahren. Wer im Jahr 2013 80 Jahre alt war, d. h. 1933 geboren wurde, ist im Schnitt mit 63 Jahren im Jahr 1996 in Altersrente gegangen (vgl. Abbildung 49 im Anhang).

Die Erwerbsbeendigung liegt in der Regel länger zurück, da ein direkter Übergang aus Beschäftigung in Altersrente selten geworden ist. Auf Basis der DEAS-Stichprobe 2002 lässt sich zunächst für Gesamtdeutschland zeigen (Abb. 1), dass von den 1917 bis 1922 geborenen Deutschen 92 % der Männer und 63 % der Frauen direkt aus der Erwerbstätigkeit in den Altersrentenbezug gewechselt sind (DZA 2005). Dies traf nur noch auf 75 % der Männer der Jahrgänge 1928–1932 zu, während der Übergang aus Vorruhestand oder Arbeitslosigkeit auf 15 % zunahm. In der Kohorte 1933–1937 steigt dieser Anteil dann weiter auf 19 %. Bei den Frauen ist zunächst ein Anstieg des Übergangs aus der Erwerbstätigkeit – bei Rückgang der Hausfrauentätigkeit – zu beobachten. Diese Entwicklung bricht in der Kohorte 1933–1937 ein, in der dann 19 % aus

⁷ Die Generali Altersstudie 2013 stellt Daten dar für die Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen mit einer strukturierten, quantitativen Interviewbefragung, repräsentativ für die deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten.

Lebensunterhalt der Bevölkerung 80+ nach Region und Geschlecht

Region	Geschlecht	Quelle des überwiegenden Lebensunterhaltes					
		Bevölkerung gesamt	Erwerbs-/ Berufs- tätigkeit	Rente, Pension	Unterhalt durch Angehörige	Vermögen/ Verzinsung/ Vermietung	Sozialhilfe
Deutschland	gesamt	4.273 ⁸	9	3.933	197	60	51
	m	1.448	5	1.392	8	24	14
	w	2.825	–	2.541	189	36	37
West*	gesamt	3.403	8	3.072	195	59	47
	m	1.169	–	1.116	8	24	13
	w	2.234	–	1.957	188	35	35
Ost**	gesamt	870	–	860	–	–	–
	m	279	–	276	–	–	–
	w	591	–	584	–	–	–

– = keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug

* bis 2004 einschließlich Berlin-West, ab 2005 ohne Berlin

** bis 2004 einschließlich Berlin-Ost, ab 2005 einschließlich Berlin

» Tab. 8: Quelle des überwiegenden Lebensunterhaltes der Bevölkerung 80+ nach Region und Geschlecht, Personen in 1.000, 2011 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

Vorruhestand oder Arbeitslosigkeit in den Rentenbezug wechseln (ebd.).⁹

Beim Blick auf die ostdeutsche Situation wird deutlich, dass sich die Übergangswege in die Altersrente der ältesten und der jüngsten von uns betrachteten ostdeutschen Geburtsjahrgänge stark unterscheiden. Letztere waren von der hohen Arbeitslosigkeit der Nachwendejahre betroffen, die zu einem unfreiwillig frühen Ende der Erwerbsbe-

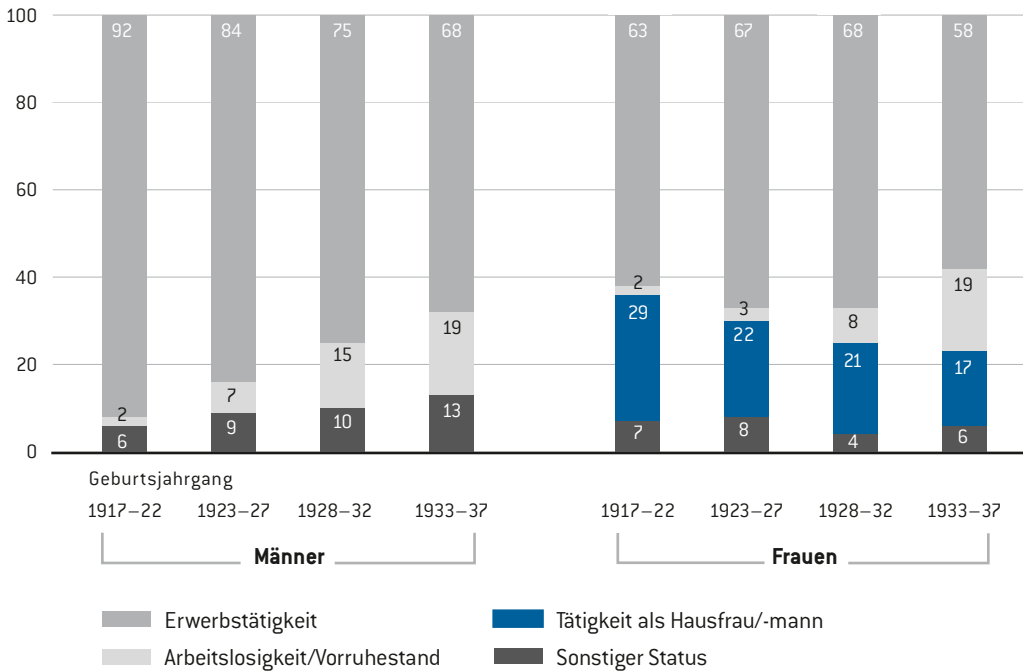
teiligung vieler Älterer geführt hatte, während für erstere noch das »nahezu universelle Muster des nahtlosen Wechsels aus der Erwerbstätigkeit in die Altersrente« galt (Motel-Klingebiel und Engstler 2008, S. 144).

In der DDR erlebten 87 % der 1923–27 geborenen Älteren einen direkten Übergang aus der Erwerbstätigkeit in die Rente, während es in der Geburtskohorte 1933–37 im östlichen Nachwende-Deutsch-

8 Die Zahl von 4.273.000 der Gesamtbevölkerung 80+ gemäß Mikrozensus 2011 weicht ab von den Daten, die seitens des Statistischen Bundesamtes auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung zur Beschreibung der Bevölkerung nach demographischen Merkmalen zugrunde gelegt werden. Zu dieser grundsätzlichen Problematik vgl. Kapitel 01 und die Einleitung.

9 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 beziehungbar) und parallel dazu die Möglichkeiten eines frühzeitigen Berufsaustritts (Altersteilzeit, »Vorruhestand« mit längerfristigem Bezug von Arbeitslosengeld) zu berücksichtigen (Bäcker 2012, S. 10).

Erwerbsstatus vor Beginn der Altersrente



» Abb. 1: Erwerbsstatus vor Beginn der Altersrente im Kohortenvergleich (DZA 2005, S. 5)

land nur noch 42 % waren. Hingegen waren 45 % dieser Kohorte vor dem Altersrentenbezug arbeitslos oder im Vorruhestand (ebd.). Diese Entwicklung wird auch in der nächsten Tabelle im Vergleich der DEAS-Befragungswellen der Jahre 2002 und 2008 unter 70- bis 85-Jährigen deutlich.¹⁰ 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 (DEAS 2008; vgl. Tabelle 9), im Vergleich zu 13 % bzw. 6,9 % in Westdeutschland, wechselten aus Arbeitslosigkeit oder Vorruhestand in den Rentenbezug.

¹⁰ Hier bietet sich ein Vergleich der DEAS-Befragungswellen von 2002 und 2008 an, um den Rentenübergang auch der älteren Kohorten in den Blick zu bekommen. Die Basisstichprobe 2002 umfasst die Geburtsjahrgänge ab 1917 (bis 1962), die Basisstichprobe 2008 jene ab 1923 (bis 1968). Im Jahr 1917 Geborene sind bzw. wären 2013 96 Jahre alt, im Erhebungsjahr 2002 waren sie 85 Jahre alt.

Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente

Region	Geschlecht	Jahr	Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente/Pension			
			Erwerbstätig inclusive Teilzeit	Arbeitslos	Hausfrau/ -mann	Arbeits- unfähig, Sonstiges
Deutschland	m	2002	81,4	9,3	0,5	8,9
	m	2008	72,5	17,6	0,1	9,8
	w	2002	66,3	4,6	23,3	5,9
	w	2008	57,6	11,8	22,3	8,3
West*	m	2002	84,2	7,3	0,6	7,9
	m	2008	77,1	13,0	0,1	9,7
	w	2002	61,6	4,1	28,8	5,5
	w	2008	57,2	6,9	28,1	7,8
Ost**	m	2002	68,0	18,6	0,0	13,5
	m	2008	52,8	37,4	0,0	9,9
	w	2002	83,6	6,6	2,6	7,2
	w	2008	59,0	28,6	2,4	10,0

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 9: Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente, Altersgruppe 70–85 Jahre nach Geschlecht und Region, 2002 und 2008 in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

» 03.3 Leistungen aus Alterssicherungssystemen

Der Bezug von Altersrenten sowie auch – insbesondere für Frauen – der von Hinterbliebenenrenten ist die zentrale Einkommensquelle Hochaltriger. In den neuen Bundesländern spielen dabei andere Einkommensquellen als die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) für diese Altersgruppe so gut wie keine Rolle, da andere Alterssicherungssysteme in Ostdeutschland erst nach der Wiedervereinigung aufgebaut wurden. In den alten Bundesländern

hingegen sind – neben Vermögenswerten und Unterhaltszahlungen – auch ergänzende erwerbsbasierte Alterssicherungen, wie die Betriebliche Altersvorsorge und die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes, sowie die Systeme der Beamtenversorgung und der Alterssicherung der Landwirte bedeutsam, wie der folgende Überblick zeigt. Die Tabelle 10 weist die durchschnittliche Höhe der jeweiligen Leistungen aus und zeigt, in welcher Höhe bzw. zu wie viel Prozent über 75-Jährige eigene Leistungen aus den verschiedenen Alterssicherungssystemen (gegebenenfalls kumuliert) beziehen. Hier werden nur aus eigenen Anwartschaften resultierende Leistungen betrachtet. Abgeleitete Leistungen aus den Anwartschaften

Höhe der eigenen Leistungen nach Alterssicherungssystem und Alter

Geschlecht/ Region	Alter	GRV	Betriebliche Alters- vorsorge	Beamten- versorgung	Zusatz- versorgung im öffent- lichen Dienst	Alters- sicherung der Landwirte
Männer/ West*	75–85	1.144 (90)	499 (31)	2.145 (10)	399 (9)	457 (6)
	85+	1.117 (89)	436 (29)	1.711 (14)	406 (11)	423 (8)
Männer/ Ost**	75–85	1.206 (99)	–	–	–	–
	85+	1.217 (99)	–	–	–	–
Frauen/ West	75–85	478 (86)	165 (7)	1.650 (1)	279 (8)	305 (2)
	85+	453 (83)	198 (5)	1.655 (1)	306 (7)	247 (1)
Frauen/ Ost	75–85	720 (99)	–	–	–	–
	85+	659 (99)	–	–	–	–

– keine Angabe; * Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 10: Höhe der eigenen Leistungen nach Alterssicherungssystem und Alter (ohne Heimbewohner) in Nettobetrag Euro und in %, 2011 (BMAS 2011, S. 52 f.)

verstorbener Ehepartner/innen (»Witwen-/Witwerrenten«), die für hochaltrige Frauen eine wichtige, bisweilen zentrale Einkommensquelle darstellen, nimmt schließlich die Tabelle 11 in den Blick.

Während Witwen in Westdeutschland deutlich höhere, aus unterschiedlichen Sicherungssystemen gespeiste Leistungen erhalten, beruhen auch die Witwenrenten der ostdeutschen Witwen ausschließlich auf der GRV. Nach der Studie »Alters-

Höhe der abgeleiteten Leistungen bei Witwen

Geschlecht/ Region	Alter	GRV	Betriebliche Altersvorsorge	Beamten- versorgung	Zusatz- versorgung im öffentlichen Dienst	Alters- sicherung der Landwirte
Frauen/ West*	75–85	650 (87)	341 (17)	1.139 (10)	259 (9)	352 (7)
	85+	645 (86)	234 (15)	1.108 (11)	225 (7)	307 (6)
Frauen/ Ost**	75–85	609 (99)	–	–	–	–
	85+	626 (100)	–	–	–	–

– keine Angabe; * Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 11: Höhe der abgeleiteten Leistungen nach Alterssicherungssystemen in den Altersgruppen 75–85 und 85+ bei Witwen (ohne Heimbewohnerinnen), in Nettobetrag Euro und in %, 2011 (BMAS 2011, S. 58 f.)

Durchschnittlicher Rentenzahlbetrag

Geschlecht/Altersgruppe	Rentner/innen gesamt	Durchschnittlicher Rentenzahlbetrag in Euro
Männer 80–84 Jahre	986.618	1.088,17
Männer 85–89 Jahre	458.928	1.098,23
Männer 90 Jahre und älter	164.138	1.103,99
Frauen 80–84 Jahre	1.545.144	826,24
Frauen 85–89 Jahre	1.100.197	863,73
Frauen 90 Jahre und älter	593.491	886,46

» Tab. 12: Rentnerinnen und Rentner nach Alter und Geschlecht (in absoluten Zahlen), durchschnittlicher Rentenzahlbetrag (in Euro) gesamt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013, S. 152 f.)

sicherung in Deutschland ASID 2011« (BMAS 2011, S. 65) gründen die niedrigeren Witwenrenten ostdeutscher Frauen weniger auf niedrigeren Renten der verstorbenen Ehemänner, sondern auf einem höheren Anteil anzurechnender eigener Einkommen (und demzufolge höhere Anrechnungs- bzw. Kürzungsbeträge zulasten der Witwenrenten).

Männliche Hinterbliebene beziehen in den alten Ländern zu 37 % (Altersgruppe 75–85 Jahre; Höhe 276 Euro) bzw. zu 28 % (Altersgruppe 85+, Höhe 241 Euro) GRV-Leistungen als Witwer-Renten. In den neuen Ländern sind es wegen der höheren Erwerbsquote der Frauen 72 % in der Altersgruppe 75–85 Jahre in Höhe von 240 Euro bzw. 50 % in der Altersgruppe 85+ in Höhe von 329 Euro (BMAS 2011, S. 59 und 67).

Bezug von GRV-Renten

Es wurde ersichtlich, dass die gesetzliche Altersrente für Versicherte, variierend nach Region und Geschlecht, die zentrale Säule der Alterssicherung der Älteren ab 75 Jahre stellt. Insofern liegt der

Schwerpunkt unserer Betrachtung auf dem Bezug gesetzlicher Versicherungsleistungen.

Insgesamt zahlt die Deutsche Rentenversicherung Bund an 4.848.416 Personen über 80 Jahre Renten (dabei sind alle eigenen sowie abgeleitete Renten umfasst); die Differenz von rund 400.000 Rentenbeziehenden zur Anzahl der über 80-Jährigen in Deutschland resultiert u. a. aus Renten, die an Deutsche wie Nicht-Deutsche überwiesen werden, die im Ausland wohnen.

Die nächste Tabelle 13 weist aus, wie viele Personen eine einzelne (Versicherten- oder Hinterbliebenen-) Rente beziehen, und auf welche Höhe sich deren durchschnittlicher Zahlbetrag beläuft. Rund 350.000 Frauen und 12.000 Männer beziehen ausschließlich eine Witwenrente, rund 1,1 Millionen Frauen (und 1,4 Millionen Männer) ausschließlich eine Versichertenrente.

Die nächste Tabelle 14 zeigt die Anzahl der Mehrfachrentnerinnen und -rentner und verdeutlicht insbesondere, dass 1,7 Millionen Frauen über 80 Jahre eine Hinterbliebenenrente zusätzlich zur eigenen Versichertenrente beziehen, wobei ihre Witwenrente im Schnitt um rund 150 Euro bis 200 Euro höher als die eigene Rente liegt.

Durchschnittlicher Rentenzahlbetrag mit einer Rente

Geschlecht/Altersgruppe	Versicherten- rentner/innen	Durchschnitt- licher Zahl- betrag in Euro	Witwen/ Witwer- rentner/innen	Durchschnittlicher Rentenzahlbetrag in Euro
Männer 80–84 Jahre	882.512	1.070,13	5.348	193,41
Männer 85–89 Jahre	393.194	1.078,45	4.178	180,57
Männer 90 Jahre und älter	133.889	1.085,21	2.189	178,62
Frauen 80–84 Jahre	650.468	542,74	135.703	435,60
Frauen 85–89 Jahre	357.123	544,22	111.892	462,62
Frauen 90 Jahre und älter	140.536	582,54	94.421	555,71

» Tab. 13: Einzelrentnerinnen und -rentner nach Alter und Geschlecht (in absoluten Zahlen), durchschnittlicher Rentenzahlbetrag (in Euro) (mit nur einer Versicherten- oder Hinterbliebenenrente), 2012 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013, S. 152 f.)

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 Versicherungslbens.¹¹ Wer lange versicherungspflichtig gearbeitet hat und ein hohes Einkommen zu erreichen vermochte, erzielt eine höhere Rente als Beschäftigte, die nur wenige Beschäftigungsjahre aufweisen und/oder wenig verdient haben. Soziale Ungleichheiten aus dem Erwerbsleben werden so auch in den Ruhestand übertragen (Künemund und Schroeter 2008, S. 12). Die große Spreizung bei den Rentenhöhen spiegelt sich nicht in der hier dargestellten Durchschnittsrente wider. Es ist zu beach-

ten, 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.

Grundsätzlich gilt also: Weder geringe noch hohe durchschnittliche individuelle Rentenzahlbeträge sagen, für sich betrachtet, etwas über die tatsächliche Einkommenssituation der Haushalte aus, da diese durch andere Einkommensquellen bestimmt sein kann. So liegen zwar im Osten Deutschlands die durchschnittlichen Rentenzahlbeträge deutlich höher¹² (BMAS 2011, S. 60 f.), doch die GRV-Renten sind hier, anders als im Westen, die überwiegende Quelle des Einkommens (vgl. auch Noll und Weick 2012, S. 3). Vor diesem Hintergrund erreichen

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

12 Dies ist insbesondere auf das »weitgehende Fehlen niedriger Renten zurückzuführen«, welche im Westen »u. a. aus geringeren Bezügen von Beamten und Selbstständigen 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.« (BMAS 2011, S. 63)

Kombination von Versichertenrente und Witwen-/Witwerrente

Geschlecht/Altersgruppe	Anzahl	Durchschnittlicher Zahlbetrag in Euro	Davon entfällt auf:	
			Versichertenrente in Euro	Witwen-/Witwerrente in Euro
Männer 80–84 Jahre	98.742	1.297,79	1.073,02	224,77
Männer 85–89 Jahre	61.548	1.286,85	1.080,46	206,40
Männer 90 Jahre und älter	28.057	1.265,78	1.074,12	101,66
Frauen 80–84 Jahre	758.110	1.139,07	496,12	642,96
Frauen 85–89 Jahre	630.297	1.115,63	465,33	650,30
Frauen 90 Jahre und älter	356.752	1.093,30	437,23	656,07

» Tab. 14: Mehrfachrentnerinnen und -rentner mit Kombination von Versichertenrente und Witwen-/Witwerrente, 2012 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013, S. 152 f.)

ostdeutsche Männer in der Altersgruppe 75 bis 85 Jahre nur 78 %, in der Altersgruppe ab 85 Jahre 81 % des durchschnittlichen individuellen Nettoeinkommens ihrer Altersgenossen im Westen (BMAS 2011, S. 81).

Zu der Einkommensdifferenz zwischen Ost und West trägt darüber hinaus der beachtliche Einkommensunterschied zwischen den Rentnerinnen/Rentnern und den – ausschließlich westdeutschen – Pensionärinnen/Pensionären bei: Die mittleren Haushaltseinkommen von Pensionärinnen und Pensionären sind Nolls und Weicks Auswertung der Mikrodatsätze der Einkommens- und Verbraucherstichprobe von 2008 zufolge fast doppelt so hoch wie die der Rentnerinnen und Rentner (Noll und Weick 2012, S. 4).

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. In westdeutschen Seniorenpaarhaushalten entfallen nur 27 % der Renten- und Pensions-einkünfte auf die Frau, in Ostdeutschland sind es immerhin 40 % (Engstler u. a. 2011, S. 78, nach Trischler und Kistler 2011). Die durchschnittlichen Zahlbeträge der eigenen Versichertenrenten der hier betrachteten Altersgruppe von westdeutschen Frauen liegen so niedrig, dass sich aus diesen allein kein Lebensunterhalt bestreiten ließe (vgl. Tabelle 10). Vor diesem Hintergrund sind die aus den Rentenanwartschaften verstorbener Ehepartner abgeleiteten Hinterbliebenenrenten die zentrale Einkommensquelle für verwitwete westdeutsche Frauen (vgl. Tabelle 11). Die eigenen GRV-Renten der ostdeutschen Frauen liegen deutlich über

denen der West-Frauen (vgl. Tabelle 10) – dies ist einer die bundesrepublikanische um rund 20 % übertreffenden Frauenerwerbsquote in der DDR ab den 70er-Jahren (Schäffgen 1998, S. 144) und der geringeren Lohnspreizung zwischen den Geschlechtern dort geschuldet.

Im Osten waren 2008 nur 2,4 % der 70- bis 85-jährigen Frauen aus dem Status Hausfrau in den Rentenbezug getreten – im Westen 28,1 % (Deutscher Alterssurvey, DOI 10.5156/GEROSTAT), denn in der hier betrachteten Kohorte dominierte in Westdeutschland das Modell einer »modifizierten Versorgerehe«. So waren zahlreiche westdeutsche Frauen zeitweise oder ausschließlich im Haushalt, der Kindererziehung und Angehörigenpflege tätig, wodurch sie im erwerbszentrierten Rentensystem kaum oder keine eigenen Ansprüche aufbauen konnten. Anders als in Ostdeutschland ist »ein deutlicher (negativer) Zusammenhang zwischen der Zahl der Kinder, die eine Frau erzogen hat, und ihrem eigenständigen Rentenanspruch zu konstatieren. Mit zunehmender Kinderzahl fällt das durchschnittliche Einkommen westdeutscher Rentnerinnen immer geringer aus.« (BMFSFJ 2011a, S. 203; vgl. auch Strauß und Ebert 2010)

Seit 1986 wird Kindererziehungszeit rentenrechtlich anerkannt. Für die über 80-jährigen Mütter greifen dabei zwei verschiedene Regelungen: Müttern der Geburtsjahrgänge vor 1921 stehen seit 1987 »Kindererziehungsleistungen« zu. Dabei handelt es sich um eine pauschalisierte Leistung (pro Kind von 100 % des aktuellen Rentenwerts, d. h. 28,07 Euro in den alten und 24,92 Euro in den neuen Bundesländern nach den Werten ab 1. Juli 2012), die nicht in die Rentenberechnung einbe-

zogen und auch nicht auf einkommensabhängige Sozialleistungen, wie die Grundsicherung und das Wohngeld, angerechnet wird. Ende 2010 gab es noch etwa 315.000 Empfängerinnen von Kindererziehungsleistungen; rund 100.000 von ihnen bezogen keine eigenen Versicherungsrenten, d. h. die Kindererziehungsleistungen stockten Witwenrenten auf oder waren die einzigen Leistungen der Rentenversicherung (Bäcker und Kistler 2012). Mütter der Geburtenjahrgänge nach 1921, die vor 1992 Kinder geboren haben, bekommen für maximal ein Jahr »Kindererziehungszeit« einen Rentenentgeltpunkt¹³ gut geschrieben.

» 03.4 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 08.2). Er ist unter Älteren in ländlichen Regionen stark verbreitet, doch fallen deutliche Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland auf. Während nahezu zwei Drittel der 70- bis 85-Jährigen in den alten Bundesländern über Wohneigentum verfügen, besitzt in den neuen Bundesländern nur die Hälfte dieser Altersgruppe eine Immobilie (gesonderte Zahlen für über 85-Jährige liegen nicht vor). Ostdeutsche Immobilien zeichnen sich dabei zudem durch ihren durchschnittlich geringeren Wert aus (Frick und Grabka 2009, S. 55).

¹³ 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.

Besitz von Immobilien nach Region und Geschlecht (in %)

Region	Geschlecht	Immobilienbesitz	Kein Immobilienbesitz
Deutschland	Männer	65,7	34,3
	Frauen	62,8	37,2
	Gesamt	64,0	36,0
West*	Männer	69,3	30,7
	Frauen	66,7	33,3
	Gesamt	67,8	32,2
Ost**	Männer	50,0	50,0
	Frauen	47,0	53,0
	Gesamt	48,2	51,8

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 15: Besitz von Immobilien nach Region und Geschlecht, Altersgruppe 70–85 Jahre in %, 2008 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

Nach dem SOEP 2007 verfügt die Hälfte der (nicht alters- oder regionsdifferenzierten) Berenteten ohne Migrationshintergrund über eine selbstgenutzte Immobilie (und 14 % über sonstigen Immobilienbesitz). Dies trifft nur auf weniger als ein Drittel der Berenteten ohne deutsche Staatsbürgerschaft und der (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler zu (auch sonstigen Immobilienbesitz weisen in dieser Gruppe nur 5 % auf). Zudem liegt der Wert der selbstgenutzten Immobilien in dieser Gruppe im Mittel deutlich niedriger (bei 39.000 Euro bzw. 25.000 Euro im Vergleich zu 69.000 Euro bei Berenteten ohne Migrationshintergrund (Frick u. a. 2009, S. 88 und S. 192; vgl. auch Kapitel 08.2).

Privates Vermögen ist in Deutschland höchst ungleich verteilt (Frick und Grabka 2009), dies gilt auch für Berentete. Hohe Geldvermögenswerte lassen sich fast ausschließlich im Westen finden – etwas mehr als jeder zehnte Mann im Alter von 70 bis 85 Jahre besitzt dort dem Deutschen Alterssurvey 2008 zufolge 100.000 Euro und mehr. Der

Unterschied zwischen Männern und Frauen und zwischen West und Ost ist in der Gruppe ohne oder mit geringem Geldvermögen nicht ganz so stark ausgeprägt. Die Hälfte der Frauen und ein Drittel der Männer im Alter von 70–85 Jahren in den neuen Bundesländern verfügt nur über eine Vermögensreserve von unter 5.000 Euro. Ihnen wird es in vielen Fällen nicht möglich sein, auf unvorhergesehene Kosten (z. B. bei Hilfebedürftigkeit) zu reagieren. In den alten Bundesländern trifft diese Situation auf rund 40 % der Frauen und 28 % der Männer zu.

Die Ungleichverteilung von Vermögen zeigt sich nicht nur zwischen den alten und den neuen Bundesländern und den Geschlechtern, sondern abermals auch am Migrationsstatus. Niedrige Vermögenswerte, aber auch Vermögenslosigkeit sind unter (nicht altersdifferenziert erfassten) Berenteten mit Migrationshintergrund deutlich verbreiteter: »Rund ein Viertel der Haushalte, in denen Migranten leben, besitzen kein Vermögen, aber

Verbreitung und Höhe des Geldvermögens

Region	Geschlecht	Höhe des Geldvermögens in Euro				
		Kein Geldvermögen vorhanden	Bis unter 5.000	5.000 bis unter 25.000	25.000 bis unter 100.000	100.000 und mehr
Deutschland	Männer	17,8	11,2	31,6	28,4	11,0
	Frauen	27,4	15,7	28,0	22,3	6,6
	Insgesamt	23,2	13,7	29,5	25,0	8,5
West*	Männer	16,9	11,0	30,7	28,7	12,8
	Frauen	27,3	13,8	26,3	24,3	8,2
	Insgesamt	22,7	12,6	28,2	26,2	10,2
Ost**	Männer	21,8	12,1	35,4	27,2	3,5
	Frauen	27,8	23,2	34,5	14,4	0,0
	Insgesamt	25,3	18,5	34,9	19,8	1,5

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 16: Verbreitung und Höhe des Geldvermögens, Altersgruppe 70–85 Jahre, 2008 in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

nur etwa 15 % der Haushalte von einheimischen Berenteten (...). Die Vermögen von Migranten sind somit nicht nur geringer, sie sind auch ungleicher verteilt.« (BAMF 2012, S. 185, nach Frick u. a. 2009, S. 187 f.) Insbesondere Berentete ohne deutsche Staatsangehörigkeit, aber auch (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler besitzen häufig kein oder nur ein sehr geringes Vermögen: Von Vermögenslosigkeit oder Verschuldung sind 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).

» 03.5 Einkommenshöhe und Verbreitung niedriger Einkommen

Das durchschnittliche persönliche Nettoeinkommen – unabhängig von dessen Quellen – liegt laut ASID 2011 (BMAS 2011, S. 81) am niedrigsten mit 1.047 Euro für Frauen in den alten Bundesländern in der Altersgruppe 75–85 Jahre und am höchsten mit 1.698 Euro für Männer in den alten Bundesländern in der Altersgruppe 85 Jahre und älter.

Bezüglich der Haushalte, in welchen zwei oder mehr Einkommensbeziehende gemeinsam wirt-

Durchschnittliches persönliches Nettoeinkommen

Geschlecht	Männer		Frauen	
	West*	Ost**	West*	Ost**
75 bis unter 85 Jahre	1.683 Euro	1.308 Euro	1.047 Euro	1.064 Euro
85 Jahre und älter	1.698 Euro	1.377 Euro	1.122 Euro	1.135 Euro

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 17: Durchschnittliches persönliches Nettoeinkommen, nach Alter und Geschlecht in Euro, 2011 (BMAS 2011, S. 81)

schaften, 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 hergeleitet, besonders unter Frauen im alten Bundesgebiet verbreitet (vgl. Tabelle 54 im Anhang). Sofern sie alleinstehend sind, werden sie damit auch zu einer Risikogruppe für Altersarmut, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird.

20 % der Einpersonenhaushalte von über 80-Jährigen beziehen ein Einkommen von unter 900 Euro im Monat, den höchsten Anteil stellen hier die 80- bis 85-Jährigen mit knapp 21 % (vgl. Tabelle 55 im Anhang). In absoluten Zahlen wirtschaften 409.000 über 80-Jährige in Einpersonenhaushalten, von ihnen 92 % Frauen, mit einem Einkommen von unter 900 Euro, und fallen so zum Teil unter die Armutsgefährdungsschwelle, die 2011 bei 848 Euro lag (vgl. den Abschnitt Einkommensarmut und Armutsgefährdung). Westdeutsche Frauen sind besonders betroffen: Dem Mikrozensus 2011 zufolge sind ca. 75 % aller Hochaltrigen in Einpersonenhaushalten mit einem Einkommen von unter 900 Euro Frauen in Westdeutschland. Auch ein kleiner Teil von Mehr-

personenhaushalten verfügt nur über ein geringes Haushaltsnettoeinkommen. 11.000 Mehrpersonenhaushalte mit zwei und mehr Einkommensbeziehern haben ein Haushaltnettoeinkommen von unter 900 Euro im Monat zur Verfügung, insgesamt 77.000 verfügen über weniger als 1.300 Euro.

» 03.6 Relative Einkommensarmut und Armutsgefährdung

Bei der Bestimmung von Altersarmut konkurrieren zwei Ansätze der Armutsdefinition (vgl. Seils 2013): Jener, der Personen als arm bezeichnet, die im Sinne des Sozialgesetzbuches Anspruch auf Sozialhilfe bzw. Grundsicherung haben, sowie jener, der nach der Definition der OECD eine »relative (Einkommens-)Armut« bzw. (je nach Sprachregelung) eine »Armutsgefährdung« solcher Personen konstatiert, welche ein Einkommen von weniger als 60 % des Medianeinkommens, d. h. des Durchschnittseinkommens gemessen am Median, beziehen. Die Messung relativer Armut anhand des Medianein-

Haushaltsnettoeinkommenn

Haushalte	Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro								
	Unter 500	500 – unter 900	900 – unter 1.300	1.300 – unter 1.500	1.500 – unter 1.700	1.700 – unter 2.000	2.000 – unter 2.300	2.300 – unter 2.600	2.600 und mehr
Einpersonen-Haushalt	37	372	724	279	172	138	82	41	74
Mehrpersonen-Haushalt, 1 Einkommensbezieher	–	–	15	10	8	9	7	–	11
Mehrpersonen-Haushalt, 2 und mehr Einkommensbezieher	–	13	70	79	108	158	136	90	198
Mehrpersonen-Rentner-Haushalt, 1 Einkommensbezieher	–	–	15	10	8	9	7	–	10
Mehrpersonen-Rentner-Haushalt, 2 und mehr Einkommensbezieher	–	11	66	78	107	156	134	89	187

» Tab. 18: Haushaltsnettoeinkommen in Ein- und Mehrpersonen (rentner)haushalten, 2011, 80 Jahre und älter (Haushalte in 1.000) [GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT]

kommens¹⁴ hat sich EU-weit durchgesetzt, weil das soziokulturelle Existenzminimum nur im Verhältnis zum allgemeinen Einkommens- und Wohlstandsniveau zu bestimmen ist. Bei diesem Verfahren wird das Haushaltseinkommen auf ein Pro-Kopf-Einkommen umgerechnet, d. h. der Kostenersparnis in größeren Haushalten Rechnung getragen und ein »Äquivalenzeinkommen« entsprechend »bedarfsgewichteter« Einkommen bestimmt.

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 führen. Allerdings gilt es zu beachten, dass die Wohneigentumsquote unter alten Menschen in Ostdeutschland rund ein Drittel unter jener der westdeutschen Älteren liegt, was

14 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.

Armutsgefährdung

Alter	Deutschland		Westdeutschland*		Ostdeutschland*	
	Personen	In %	Personen	In %	Personen	In %
75–84	861.000	14,6 %	700.000	16,8 %	161.000	14,8 %
85+	196.000	12,6 %	167.000	12,6 %	29.000	12,5 %

* Aus der Quelle geht nicht hervor, ob Berlin Ostdeutschland zugerechnet wird.

» Tab. 19: Armutsgefährdung, Personen mit einem Einkommen unter 60 % des äquivalenzgewichteten Medianeinkommens in absoluten Zahlen und % 2009 (Bundesregierung 2011, S. 10)

wiederum zu einer Unterschätzung der Ungleichheiten zwischen Ost und West führen kann.

Wie im vorangegangenen Abschnitt gezeigt, weisen 409.000 Einpersonenhaushalte der über 80-Jährigen ein Einkommen von unter 900 Euro auf. 2011 wird als am Median gemessene Armutsgefährdungsschwelle ein Einkommen von 848 Euro für einen Einpersonenhaushalt errechnet. Für einen Haushalt, in welchem zwei Erwachsene (und bis zu zwei Kinder) leben, liegt sie bei 1.781 Euro. Wer ein niedrigeres Einkommen hat, gilt somit als armutsgefährdet. Dies betrifft 14 % in der Altersgruppe 75+ im Jahr 2011 (Seils 2013, S. 364; Sonderauswertung des Mikrozensus).

Berechnet auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), das eine altersdifferenzierte Betrachtung ermöglicht, sind 2009 mit 861.000 75-bis 84-Jährigen 14,6 % dieser Altersgruppe von relativer Einkommensarmut betroffen bzw. gelten als armutsgefährdet, weil ihnen weniger als 60 % des Medianeinkommens zur Verfügung steht. Im alten Bundesgebiet sind es mit 700.000 Personen 16,8 % der Altersgruppe, im neuen mit 161.000 Personen 14,8 %. Für die 85-Jährigen und Älteren liegt die Quote deutschlandweit mit 12,6 % (196.000 Personen) etwas niedriger. Im Westen sind mit 167.000 Personen 12,6 % und im Osten mit

Betroffenheit von Armut in Deutschland

Alter Haushaltsvorstand	Deutschland gesamt		Ostdeutschland (inkl. Berlin)	
	Bevölkerungsanteil 2009–2011	Armutsquote 2009–2011	Bevölkerungsanteil 2009–2011	Armutsquote 2009–2011
Haushaltsvorstand 75 Jahre und älter	9,5 %	12,6 %	9,1 %	9,4 %
Haushaltsvorstand 75 Jahre und älter, Paar-Haushalt	4,8 %	9,1 %	5,0 %	6,4 %
Haushaltsvorstand 75 Jahre und älter, Single-Haushalt	4,0 %	16,6 %	3,7 %	14,4 %

» Tab. 20: Betroffenheit von Armut in Deutschland nach Haushaltsmerkmalen (Statistisches Bundesamt u. a. 2013, S. 176)

Armutsgefährdungsquoten nach Migrationsstatus

Altersgruppe 80+ nach Migrationsstatus	Armutsgefährdungsquote
Zugewanderte Ausländer/innen	41 %
Mit Migrationshintergrund insgesamt	23 %
Deutsche mit Migrationshintergrund, zugewandert	19 %
Ohne Migrationshintergrund	13 %

» Tab. 21: Armutsgefährdungsquoten in der Altersgruppe 80+ nach Migrationsstatus in % (Fuhr 2012, S. 552)

29.000 Personen 12,5 % der Altersgruppe betroffen (Bundesregierung 2011, S. 10).

Seit 2000 ist die Armutsquote unter den über 75-Jährigen (Alter des Haushaltsvorstands) leicht – um 2 % – angestiegen. Deutlicher ist der Anstieg – um 3 % – in den gesamtdeutschen Single-Haushalten und insbesondere in den ostdeutschen, wo er von 11,8 % im Erhebungsjahr 2000/2002 auf 8,8 % im Jahr 2005/2007 sank, aber im Jahr 2007/2009 um rund 5 % auf 14,4 % anstieg (Statistisches Bundesamt u. a. 2013, S. 176). Niedrige schulische und berufliche Bildungsabschlüsse erhöhen in der gesamten Altersgruppe 65+ das Risiko für Einkommensarmut (Bundesregierung 2011, S. 13 f.). Weiterhin liegt das Risiko in Gemeinden mit zwischen 20.000 und 100.000 Einwohnern mit 17,1 % am höchsten (ebd., S. 16).

Einkommensarmut bei Hochaltrigen mit Migrationshintergrund

Einkommensarmut trifft überproportional Hochaltrige mit Migrationshintergrund, insbesondere Zugewanderte ohne deutsche Staatsbürgerschaft (vgl. Tabelle 21). Viele der über 80-jährigen Migrantinnen und Migranten waren in den 1960er- und

1970er-Jahren im Zuge der Anwerbeabkommen und des Familiennachzugs aus südeuropäischen Ländern nach Deutschland zugewandert. Sie waren vor allem im Niedriglohnbereich der Industrie tätig und haben so nur geringe Rentenansprüche erwerben können. Nach Auswertungen des Mikrozensus 2010 (Fuhr 2012, S. 554) waren 52 % der über 65-Jährigen mit Migrationshintergrund in ihrem letzten Beruf als – oftmals un- oder angelernte – Arbeiterinnen oder Arbeiter am unteren Ende der Lohnhierarchie und ohne Aufstiegschancen tätig (wobei insbesondere Frauen aus den Anwerbeländern von Lohndiskriminierung betroffen waren, siehe Mattes 2005, S. 95 f.); im Vergleich zu 33 % ihrer Altersgenossen ohne Migrationshintergrund. Auch liegt unter ihnen der Anteil der ehemaligen Angestellten, Beamten und Selbstständigen deutlich unter jenem in der Gesamtbevölkerung (ebd.; Fuhr 2012, S. 554). Die niedrigen Alterseinkommen von Menschen mit Migrationserfahrung spiegeln so die niedrigen und hierarchisch strukturierten Verdienste während ihres Erwerbslebens wider (Frick u. a. 2009, S. 36 f.).

Für eine Spezifizierung der Herkunftsländer armutsgefährdeter Zugewandeter muss auf Erhebungen zur Armutsgefährdung von – nicht nach Alter differenzierten – Berenteten insgesamt ausgewichen werden. Auch sie weisen Rentnerin-

nen und Rentner mit Migrationshintergrund als besondere Risikogruppe aus – 21,1 % (im Vergleich zu 9,2 % der Berenteten ohne Migrationshintergrund) sind von relativer Einkommensarmut betroffen. 44,8 % der Rentnerinnen und Rentner aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien und 23,7 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler gelten demnach als arm (BAMF 2012a, S. 199, auf Basis des SOEP 2007).

» 03.7 Sozialhilfebezug

Grundsicherung im Alter

Der zweite Zugang zur Messung von Armut orientiert sich an der Höhe der Bedarfssätze für Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII/Sozialhilfe bzw. »Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung«, durch welche das soziokulturelle Existenzminimum politisch bestimmt wird. Damit beschreibt das Niveau der Grundsicherung eine absolute Armutsschwelle. Als von Altersarmut betroffen gelten demnach zum Jahresende 2012 jene 2,7 % der Bevölkerung in Deutschland über 65 Jahre (2,3 % der Männer und 3,1 % der Frauen), die Grundsicherung im Alter beziehen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2013). Die Grundsicherungsquote unter alten Menschen ausländischer Staatsbürgerschaft ist besonders hoch. 2011 lag sie bei 12,7 % für Nicht-Deutsche im Alter von 65 Jahre und älter, im Vergleich zu 2,1 % der Deutschen (Seils 2013, S. 366).

Nach Altersgruppen aufgeschlüsselt liegen Daten der Grundsicherungsstatistik vom Jahres-

ende 2009 vor (Bundesregierung 2011, S. 36). Demnach beziehen in der Altersgruppe 75–84 Jahre 110.512 Personen (2 %) Grundsicherung im Alter; unter den 85-Jährigen und Älteren sind es mit 36.981 Personen ebenfalls knapp 2 %. Laut Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamts lebten (zum Stichtag: 31. Dezember 2009) 59.184 der mindestens 65-jährigen Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in stationären Einrichtungen (Bundesregierung 2011, S. 60).

Anspruch auf Grundsicherungsleistungen besteht, wenn das Einkommen z. B. aus einer Rentenzahlung nicht ausreicht, um die Bedarfe des täglichen Lebens zu decken. Einkommen eines Lebenspartners in einer ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft werden bei der Berechnung berücksichtigt, Kinder indes nicht in die Unterhaltspflicht genommen. Expertisen von Becker (2010) und Martens (2008) kritisieren, die Höhe der Sätze sei nicht ausreichend zur Bedarfsdeckung und gewährleiste keine gesellschaftliche Teilhabe. Beim Bezug von Grundsicherung im Alter ist zudem von einer hohen Dunkelziffer auszugehen: Einer Auswertung von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) durch Becker (2012) zufolge haben 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

Dem Mikrozensus zufolge beziehen insgesamt 3,6 % der Frauen und 2 % der Männer über 80 Jahre im früheren Bundesgebiet, sowie 2 % der Frauen in den neuen Ländern (Wert der Männer unsicher) Sozialhilfe nach SGB XII (vgl. Tabelle 56 im Anhang).

Empfang von Hilfe zur Pflege

	Männer 80+	Frauen 80+
Außerhalb von Einrichtungen, davon u. a.	5.985	24.804
Pflegegeld bei erheblicher Pflegebedürftigkeit	1.477	5.746
Bei schwerer Pflegebedürftigkeit	877	4.058
Angemessene Beihilfen	10.050	4.249
Kostenübernahme für Heranziehung einer besonderen Pflegekraft	3.486	15.030
In Einrichtungen, davon u. a.	20.839	136.225
Teilstationäre Pflege	128	709
Kurzzeitpflege	516	2.394
Stationäre Pflege, darunter	20.456	134.470
Pflegestufe 0	1.352	5.064
Pflegestufe 1	6.542	40.892
Pflegestufe 2	9.371	62.323
Pflegestufe 3	5.247	40.937
Insgesamt	26.528	159.310

» Tab. 22: Empfang von Hilfe zur Pflege im Laufe des Berichtsjahres 2010 in absoluten Zahlen (Statistisches Bundesamt 2013b, S. 25)

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.¹⁵ Insgesamt beziehen (zum Stichtag 31.12.2010) 138.307 über 80-Jährige (bzw. im Laufe des Berichtsjahres 2010 185.838 über 80-Jährige¹⁶, siehe Tabelle 22), und damit 3,2 % der

Altersgruppe (Bevölkerung über 80 Jahre im Jahr 2010) diese Sozialleistung.

Kriegsopferfürsorge

Die hier betrachtete Kohorte ist die letzte, in der im Zweiten Weltkrieg erlittene gesundheitliche Beschädigungen eine Rolle spielen, welche mit Leistungen der Kriegsopferfürsorge kompensiert werden sollen. Die Statistik der Kriegsopferfürsorge

¹⁵ Anders als bei der »Grundsicherung im Alter« werden Kinder hier in die Unterhaltspflicht genommen.

¹⁶ Mehrfachnennungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie bei der Meldung erkennbar waren.

ist nicht altersdifferenziert, zudem ist der Zeitpunkt der Schädigung nicht ersichtlich. Es ist dennoch davon auszugehen, dass der weitaus größte Teil von Empfängern/innen von Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz hochaltrig sein dürfte und wegen kriegsbedingter Schädigungen aus dem Zweiten Weltkrieg versorgt wird. Deren Kreis dünnt sich immer weiter aus. Noch 29.441 Personen insgesamt beziehen zum 31.12.2012 laufende Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und dem Häftlingshilfegesetz, davon 12.389 Hilfe zur Pflege und 12.387 Hilfen in besonderen Lebenslagen [Statistisches Bundesamt 2013c, S. 11].

» 03.8 Fazit

Dieses Kapitel ermöglicht einen differenzierten Blick auf die materiellen Lebenslagen der über 80-Jährigen. Während für die weitaus meisten eine vergleichsweise gute materielle Absicherung vorherrscht und die Angehörigen der Altersgruppe gegenwärtig weniger von Armut betroffen sind als die folgenden Kohorten, zeigen sich bei genauerem Hinsehen auch in der Altersgruppe 80+ deutliche Ungleichheiten.

Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung stellen die zentrale Säule des Lebensunterhalts der über 80-Jährigen dar, nur 14 % der Altersgruppe können (außerdem) auf Vermögen zurückgreifen. Zwar liegen die durchschnittlich bezogenen Renten in den alten Bundesländern niedriger als in den neuen, doch nur in ersteren spielen Leistungen aus anderen Alterssicherungssystemen eine zusätzliche Rolle, insbesondere die im Schnitt doppelt so hohen Einkommen aus der Beamtenversorgung. Vor diesem Hintergrund liegt das durchschnittliche persönliche Netto-Einkommen von Männern in den

neuen Bundesländern rund 20 % unter dem ihrer westdeutschen Altersgenossen.

Ein anderes Bild ergibt sich im Vergleich der Situation der Frauen. Aufgrund der stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen in der DDR konnten diese eigene Anwartschaften aufbauen, viele beziehen heute Renten, aus denen sich ein Lebensunterhalt bestreiten lässt. Der überwiegende Teil der westdeutschen Altersgenossinnen hingegen war in dieser Kohorte zeitweise oder ausschließlich als Hausfrauen tätig und/oder mit niedrigem Gehalt beschäftigt, und ist heute zur Existenzsicherung [ergänzend] auf Witwenrenten aus den Anwartschaften verstorbener Ehemänner angewiesen.

Privates Vermögen ist auch unter den über 80-Jährigen höchst ungleich verteilt. Hohe Vermögenswerte lassen sich in den östlichen Bundesländern gar nicht finden, auch Immobilienbesitz ist seltener. Rentnerinnen und Rentner mit Migrationshintergrund, insbesondere jene mit ausländischer Staatsbürgerschaft, verfügen besonders häufig über kein oder nur ein geringes Vermögen.

Neben Hochaltrigen mit Migrationshintergrund sind es vor allem Alleinstehende, die ein niedriges Einkommen aufweisen und von Altersarmut bedroht sind. Mehr als 400.000 über 80-Jährige in Einpersonenhaushalten, 92 % von ihnen Frauen, müssen mit weniger als 900 Euro monatlich auskommen – die Armutsgefährdungsschwelle nach OECD lag 2011 bei 848 Euro. Hochaltrige Frauen in Einpersonenhaushalten fallen somit deutlich als Risikogruppe für Einkommensarmut auf. Die Anteile der Armutsgefährdeten sind unter den 80- bis 85-Jährigen höher als unter den Älteren, die Armutsgefährdung nimmt also zu.

Armut im Alter hat weitreichende Folgen: Kostensteigerungen beispielsweise bei Energie und Mieten lassen sich nicht mehr durch Einkommenszuwächse kompensieren; Einsparungen bei der Haushaltsführung, der Verzicht auf selbst zu finanzierende

Gesundheitsleistungen und Freizeitaktivitäten sind nur einige Beispiele dafür, welchen Einfluss Armut auf die soziale Teilhabe sowie ein gesundes und aktives Leben im Alter hat.

Rund 2 % der Hochaltrigen beziehen »Grundsicherung im Alter« und fallen so unter die absolute Armutsschwelle. Werden alle Sozialhilfen nach SGB XII einbezogen, so erhalten gemäß Mikrozensus 2011 insgesamt 3,6 % der Frauen und 2 % der Männer über 80 Jahre im früheren Bundesgebiet sowie 2 % der Frauen in den neuen Ländern (Wert der Männer unsicher) Sozialhilfe. Die Sozialleistung »Hilfe zur Pflege« erhielten im Jahr 2010 3,2 % der Bevölkerung über 80 Jahre.

04

» Soziale Beziehungen

Gemeinsame Unternehmungen, sich austauschen, beraten, trösten, einander vertrauen und helfen – bis in das hohe Alter ist für die meisten Menschen der Kontakt mit anderen eine wesentliche Quelle von Lebenszufriedenheit, ja von Lebenssinn. Zugleich stellen soziale Beziehungen eine wichtige Ressource zur Bewältigung emotionaler und gesundheitlicher Belastungen und zur Leistung praktischer Unterstützung im Alltag dar. Leider liegen, bedingt durch die sich nach oben hin ausdünnenden Altersgruppen, wenige repräsentative aktuelle Daten darüber vor, wie Hochaltrige ihre sozialen Beziehungen erleben. Wir müssen uns insofern mit Daten begnügen, die zum Teil im Rahmen altersgruppenübergreifender oder nicht repräsentativer Studien erhoben wurden. In der Zusammenschau der Befunde, sowie unter Bezugnahme auf lokal- oder gruppenspezifisch differenzierte Erhebungen, ist eine Annäherung an die Entwicklungstenden-

zen 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, insbesondere aufgrund dementieller Erkrankungen.

» 04.1 Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen im Alter

»Ich bin gerne unter Menschen« – dieser Aussage stimmen 70 % der 80- bis 85-Jährigen zu, während 22 % »nicht so viel Kontakt zu anderen brauchen«. 15 % sind sogar am liebsten allein (Generali

Zukunftsfonds u. a 2012, S. 168). Laut der Generali Hochaltrigenstudie¹⁷ (Generali Zukunftsfonds 2014, S. 15) empfinden 76 % der über 85-Jährigen »Freude und Erfüllung in einer emotional tieferen Begegnung mit anderen Menschen«, 72 % beschäftigen sich intensiv »mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen – vor allem in der eigenen Familie und in nachfolgenden Generationen«.

Wie in jüngeren Altersgruppen spielen für das soziale Leben Partnerschaft, Familie und der Freundes- bzw. Bekanntenkreis wichtige Rollen; dabei weisen diese verschiedenen sozialen Beziehungen auch jeweils eigene kulturelle, soziale und psychologische Merkmale auf. Freundschaften, (Ehe-)Partnerschaften, Beziehungen in der Nachbarschaft, Eltern-Kind-Beziehungen und solche unter Geschwistern unterscheiden sich selbstredend in ihrem Charakter, ihren Dynamiken und psychosozialen Wirkungen und verändern sich über den Lebenslauf (vgl. Tesch-Römer 2010). Mit dem Älterwerden sind all diese sozialen Netzwerke Umbrüchen unterworfen: Verwitwung, das Erleben der Pflegebedürftigkeit und des Todes langjähriger Bezugspersonen, das Gefühl des »Übrigbleibens«, schließlich eigene gesundheitliche Einschränkungen und die Verringerung des Mobilitätsradius machen es vielen Hochaltrigen schwer, ihre Bedürfnisse nach sozialem Miteinander angemessen zu erfüllen. Dabei, so ein wichtiger Befund der Generali Altersstudie (für die Erhebungsgruppe im Alter von 65 bis 85 Jahre), steht weniger das Lebensalter als der Gesundheitszustand in Abhängigkeit von der Zufriedenheit mit sozialen Kontakten (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 169): Je schlechter der

eigene Gesundheitszustand eingeschätzt wird, desto schlechter werden auch die eigenen sozialen Beziehungen bewertet. Es muss allerdings offen bleiben, in welcher Weise diese beiden Faktoren sich wechselseitig beeinflussen.

Im Durchschnitt etwas weniger zufrieden mit ihren sozialen Kontakten sind zudem ledige, geschiedene und kinderlose Ältere sowie, unabhängig vom Familienstand, auch jene, die in Großstädten wohnen (ebd., S. 170 f.). Auch Ältere mit einem niedrigen sozioökonomischen Status fallen als weniger zufrieden mit ihren sozialen Beziehungen auf (ebd., S. 169); ein Befund, der auch in Erhebungen im Rahmen der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 (GEDA)« (RKI 2011a, siehe Kapitel 05) bezüglich des Erlebens sozialer Unterstützung seitens 65-bis 80-Jähriger¹⁸ zutage tritt, und sich offenbar in das höhere Alter fortsetzt. Weniger zufrieden mit ihren sozialen Kontakten sind auch die 65- bis 85-Jährigen mit Migrationshintergrund (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 169). Dieser Befund deckt sich ebenfalls mit migrationspezifischen Erhebungen und korreliert mit dem in dieser Gruppe hohen Grad an niedrigem sozioökonomischen Status und gesundheitlicher Einschränkung (Fokkema und Naderi 2013 zum Einsamkeitsgefühl 50- bis 79-Jähriger mit türkischem Migrationshintergrund). Ein niedriger sozioökonomischer Status verbunden mit subjektiv schlechtem Gesundheitszustand muss so als Risikokonstellation für unbefriedigende soziale Beziehungen gelten.

Die Korrelation von subjektiver Gesundheit und allgemeiner Lebenszufriedenheit findet sich auch in der Zweiten Heidelberger Hundertjährigen-

17 Generali Hochaltrigen-Studie 2014 für die Altersgruppe der über 85-Jährigen: Nicht repräsentative qualitative Interviewstudie mit 400 Befragten, Anteil der Personen mit einem mittleren und höheren Bildungsstand über-, der der Heimbewohner/innen unterrepräsentiert (Generali Zukunftsfonds 2014).

18 Wegen der Stichprobengröße liegen hier keine repräsentativen Daten für Hochaltrige vor.

Studie¹⁹ [Jopp u. a. 2013, S. 44] wieder. Während bei Hundertjährigen eine positivere Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands mit höherer Lebenszufriedenheit verknüpft war, ließ sich hinsichtlich zahlreicher messbarer Gesundheitsaspekte, »wie beispielsweise die kognitive Leistungsfähigkeit, die Anzahl von Gesundheitsproblemen (etwa Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen), die Fähigkeit, die für ein selbständiges Leben notwendigen Alltagstätigkeiten ausführen zu können, oder auch gesundheitlich verursachte Aktivitätseinschränkungen« (ebd.) keine Beziehung zur Lebenszufriedenheit herstellen.

Überraschenderweise zeigt die Hundertjährigen-Studie, dass die in der Analyse berücksichtigten sozialen Ressourcen »wie beispielsweise die Anzahl von Kindern, das Vorhandensein eines Vertrauten oder wie häufig Zeit mit anderen, etwa der Familie, verbracht wird« (ebd.) bedeutungslos für die allgemeine Lebenszufriedenheit waren, obgleich bekannt ist, dass soziale Aspekte in der Regel die Lebensqualität wesentlich beeinflussen. Hier nehmen die Autor/innen in Übereinstimmung mit anderen Studien an, dass die erlebte Qualität der sozialen Beziehungen und nicht deren Quantität für das Wohlbefinden im Alter entscheidend sind (vgl. Pinquart und Soerensen 2000). Auch Perrig-Chiello (1997) arbeitet auf Basis ihrer Studien heraus, dass im Alter nicht ein großer Freundeskreis, sondern ein stabiles Verhältnis zu mindestens einer Vertrauensperson die Zufriedenheit bestimmt. Möglicherweise ist die Entkopplung von Lebenszufriedenheit und gegenwärtigen sozialen Kontakten im sehr hohen Alter auch ein Hinweis darauf, dass das Wohlbefinden der Hundertjährigen von sinnstiften-

dem sozialen Leben in der Vergangenheit zehrt bzw. »dass die psychologischen Stärken im Vergleich zur Gesundheit, den sozialen Ressourcen und objektiven Lebensumständen für die Lebenszufriedenheit am wichtigsten sind« (Jopp u. a. 2013, S. 45).

» 04.2 Partnerschaft

Wenn und solange alte Menschen in einer Partnerschaft leben, ist der Partner bzw. die Partnerin fast immer die wichtigste Bezugs- und Ansprechperson (Höpflinger 2014, S. 5). Doch 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.

Wie bereits dargestellt, sind in der Altersgruppe 80–85 Jahre nur noch ein Drittel der Frauen verheiratet, während Männer noch zu fast 70 % in einer Partnerschaft leben (siehe Kapitel 02). Eine nicht altersgruppen- und geschlechterspezifische Auswertung von Daten zum Erleben der Partnerschaft ist insofern wenig aussagekräftig. Zur Orientierung ist es dennoch zunächst wichtig, dass in der (in der Generali Altersstudie 2013 bezüglich dieser Frage getrennt ausgewiesenen) Altersgruppe 75–85 seitens der Verheirateten bzw. derer mit festem Partner eine positive Sicht auf die Partnerschaft vorherrscht: Für 59 % ist nach langer Ehe die Beziehung »stark von Routinen geprägt«, doch ebenfalls 59 % »genießen die Zeit richtig«, die sie miteinander verbringen (Generali Zukunftsfonds

19 Die zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie wurde von 2011 bis 2013 mit 100 Frauen und zwölf Männern im Alter von 100 Jahren durchgeführt. Die Kernstichprobe bestand aus 95 Hundertjährigen, die in der Rhein-Neckar-Region in Privathaushalten und Institutionen lebten. Die Studie soll für die Hundertjährigen in der Rhein-Neckar-Region und darüber hinaus für Gesamtdeutschland repräsentativ sein [Jopp u. a. 2013, S. 13 f.].

u. a. 2012, S. 192). Abermals hängt die erlebte Beziehungsqualität mit dem Gesundheitszustand zusammen: In der Gesamaltersgruppe 65–85 Jahre genießen 68 % derer mit {sehr} guter Gesundheit die gemeinsame Zeit, hingegen nur 42 % derer, die ihren Gesundheitszustand als »nicht besonders/schlecht« beschreiben. Auch hier bleibt allerdings die Frage offen, wie sich die beiden Faktoren wechselseitig beeinflussen. In der im DEAS 2008 erhobenen Altersgruppe 70–85 Jahre berichten 61 %, nur selten oder nie Meinungsverschiedenheiten mit der Partnerin/dem Partner zu haben, während diese bei 7 % häufig bis sehr oft auftreten (Nowossadek und Engstler 2013, S. 11).

Die Bindung an den Partner bzw. die Partnerin spielt nicht nur eine wichtige emotionale Rolle. Insbesondere in gemeinsamen Haushalten unterstützen sich Paare im Alltag auch instrumentell; dabei fällt insbesondere die gemeinsame Haushaltsführung in den Blick. Hier überwiegt in der von uns betrachteten Kohorte die traditionelle geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, durch welche die (Haus-)Frau dem Ehemann durch Haus- und Sorgearbeiten »den Rücken frei hält«, und welche auch beibehalten wird, wenn beide Partner nicht mehr erwerbstätig sind. Nach Auswertungen des DEAS 2008 sind in 56 % der Haushalte überwiegend die Frauen im Alter von 70 bis 85 Jahren für Hausarbeit zuständig, während in 35 % die Arbeitsverteilung als egalitär betrachtet wird und in 7 % der Mann zuständig ist (Nowossadek und Engstler 2013, S. 12; hier unterscheidet sich die Altersgruppe überraschenderweise nicht von der jüngeren Gruppe der 55- bis 69-Jährigen). Übergreifend für die 55- bis 85-Jährigen sind Frauen mit ihrer Zuständigkeit für die Haushaltsarbeit häufiger unzufrieden, während Männer dieses Arrangement überwiegend gutheißen (ebd., S. 13).

25 % der 75- bis 85-Jährigen geben in der Generali Altersstudie 2013 zu Protokoll, im Alltag

auf Hilfe des Partners/der Partnerin angewiesen zu sein (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 192). Aufmerksam machen muss – vor dem Hintergrund drohender Verwitwung insbesondere von Frauen – die hohe Zustimmung von 64 % der 75- bis 85-Jährigen zur Aussage »Ich wüsste nicht, was ich ohne meinen Partner/meine Partnerin tun würde«.

» 04.3 Familienbeziehungen

Eltern-Kind-Beziehungen

Übereinstimmend zeigen die zur Verfügung stehenden Erhebungen, dass (sofern vorhanden) die erwachsenen Kinder für Hochaltrige die zentralen Bezugs- und Unterstützungspersonen darstellen, insbesondere nach dem Verlust des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin. Während die Mehrheit andere Verwandte nur sporadisch trifft (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 172), ist die Beziehung zu den eigenen erwachsenen Kindern sowie den Enkelkindern eng. Dabei haben sich die Eltern-Kind-Beziehungen mit zunehmendem Lebensalter sukzessive verändert: Alte Eltern müssen sich mit Zunahme körperlicher Einschränkungen mit einer neuen Rolle als Empfangende von Unterstützungsleistungen (z. B. im Haushalt) arrangieren. Die neuen, »umgedrehten« Asymmetrien und Abhängigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung müssen gemeinsam gestaltet werden, Entscheidungen für – oder gegen – gegenwärtige oder zukünftige familiäre Pflegearrangements getroffen werden. Dadurch kann sich der Kontakt verdichten, es können aber auch neue oder alte Konflikte aufbrechen (vgl. Tesch-Römer 2010, S. 149 f.).

Eine Einbindung in ein intergenerationales Familiengeschehen wird als sinnstiftend wahrgenommen und ist oft über die Betreuung von Enkelkindern vermittelt. Sie wird weniger selbstverständlich, sobald die Enkelkinder aus dem Betreuungsalter herausgewachsen sind. Schließlich wird für die Älteren unter den Hochaltrigen auch bedeutsam, dass die eigenen Kinder zunehmend selbst »nicht mehr die Jüngsten sind« und ebenfalls mit altersbedingten Einschränkungen konfrontiert sein können, in wenigen Fällen gar ihre Eltern nicht überleben.

Aus der Erhebung des DEAS 2008 wissen wir, dass zumindest in der Gruppe der 70- bis 85-Jährigen mit 11,1 % nur ein kleiner Teil keine lebenden Kinder (mehr) hat. 21,8 % haben ein lebendes Kind, zwei Drittel haben zwei und mehr lebende Kinder (Gerostat 2014, DOI 10.5156/GEROSTAT). Einer Auswertung der SHARE-Studie zufolge haben über 80-Jährige zu 16,7 % kein und zu 29,1 % ein lebendes Kind (Börsch-Supan u. a. 2005, Tabelle 4A.15).

Fast alle 70- bis 85-Jährigen beschreiben dem DEAS 2008 zufolge ihr Verhältnis zu den Kindern als »eng« (90,7 %) bzw. »mittel« (6,9 %), nur 2,4 % bewerten es als »nicht eng« (Motel-Klingebiel, Wurm u. a. 2010, Tabellenanhang A 8-5). Mit höherem Alter und nach Verlust bzw. dem »Über-Leben« anderer Bezugspersonen wird die Bindung zu erwachsenen Kindern wichtiger: 74 % der Hundertjährigen, die Kinder haben, benennen ein Kind als Hauptbezugsperson; Hundertjährige ohne Kind geben zumeist andere Verwandte oder Freunde als wichtigste Bezugsperson – zu jeweils 30 % – an (Jopp u. a. 2013, S. 31).

Rund zwei Drittel der kinderlosen 75- bis 85-Jährigen bedauern es sehr oder etwas, keine Kinder zu

haben. 21 % bedauern dies gar nicht, während 10 % unentschieden sind oder keine Angabe machen (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 207).

Für persönlichen Kontakt und insbesondere die Möglichkeit zu Unterstützungsleistungen im Alltag – nicht aber für die emotionale Verbundenheit – ist die Wohnortnähe entscheidend. Der folgenden Tabelle 23 lässt sich entnehmen, dass rund die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen mit wenigstens einem erwachsenen Kind in der Nachbarschaft oder im gleichen Ort wohnt (rund 6 % aller über 80-jährigen Frauen und Männer leben in Haushalten mit mehr als zwei Personen, vgl. Tabelle 51 im Anhang). Der SHARE-Erhebung von 2004 zufolge leben 5,8 % der Männer und 10,6 % der Frauen über 80 Jahre in einem gemeinsamen Haushalt mit einem erwachsenen Kind, weitere 20,4 % der Männer und 24,1 % der Frauen im gleichen Gebäude (Börsch-Supan u. a. 2005, Tabelle 4A.11; vgl. auch Kapitel 02 zu Mehrgenerationenhaushalten). Die Auswertung des Deutschen Alterssurvey von 2008 zeigt, dass nur bei jeder bzw. jedem Zehnten die Wohnortentfernung zum nächsten Kind mehr als zwei Stunden beträgt (vgl. Tabelle 23).²⁰

In der SHARE-Studie wird in der Altersgruppe 80+ ein täglicher Kontakt zu den erwachsenen Kindern bei 42,3 % der Männer und 57,3 % der Frauen ermittelt, weitere 32,2 % bzw. 29,7 % haben mehrmals in der Woche Kontakt (Börsch-Supan u. a. 2005, Tabelle 4A.12).

Nach der Erhebung der Generali Altersstudie 2013 (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 174) sehen 43 % der 80- bis 85-jährigen Eltern ihre erwachsenen Kinder täglich oder fast täglich, und weitere 34 % mehrmals im Monat. Der tägliche Kontakt

20 Baykara-Krummes Auswertung des DEAS 2002 zeigt, dass 70- bis 85-Jährige mit Migrationshintergrund im Jahr 2002 etwas häufiger, nämlich zu 27,5 % im gleichen Haus(halt) mit bzw. in der Nachbarschaft zu ihren Familien lebten (im Vergleich zu 21,5 % bei Älteren ohne Migrationshintergrund in der Altersgruppe 70–85 Jahre), zugleich jedoch zu 7 % damit konfrontiert sind, dass ihre Kinder im Ausland leben (im Vergleich zu 1,6 % bei Älteren ohne Migrationshintergrund in der Altersgruppe 70–85 Jahre) (Menning und Hoffmann 2009a, S. 16, nach Berechnungen von Baykara-Krumme 2007 auf Basis von Daten des DEAS 2002).

Wohnortentfernung zum nächsten erwachsenen Kind

Region	Geschlecht	Das naheste erwachsene Kind wohnt			
		In der Nachbarschaft	Im gleichen Ort	In einem anderen, maximal zwei Stunden entfernten Ort	Weiter entfernt
Deutschland	Männer	18,0	33,7	37,7	10,7
	Frauen	21,2	33,9	35,7	9,2
	Insgesamt	19,8	33,8	36,6	9,8
West*	Männer	18,2	32,1	39,7	10,1
	Frauen	21,9	34,1	35,3	8,7
	Insgesamt	20,3	33,2	37,2	9,3
Ost**	Männer	17,0	40,8	28,9	13,3
	Frauen	18,3	32,9	37,4	11,4
	Insgesamt	17,8	36,2	33,9	12,2

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

>> Tab. 23: Wohnortentfernung zum nächsten erwachsenen Kind, 70 bis 85 Jahre, DEAS 2008 in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

liegt damit um rund 10 % über den entsprechenden Kontakten in den jüngeren Altersgruppen. Altersgruppenübergreifend (65–85 Jahre) betrachtet, haben westdeutsche Ältere häufiger täglichen persönlichen Kontakt zu ihren Kindern (37 %) als ostdeutsche (25 %). Ebenso unterscheidet sich die Kontakthäufigkeit der Älteren mit einfacher Schulbildung (46 % täglicher bzw. fast täglicher Kontakt) von jener der Älteren mit mittlerer (33 %) und hoher (23 %) Schulbildung. In Städten mit 100.000 und mehr Einwohnern ist der tägliche persönliche Kontakt mit 24 % am seltensten (ebd.). Verwitwete haben (hier für die Altersgruppe 65 bis 85 Jahre) mit 41 % häufiger (fast) täglichen Kontakt mit den Kindern als Verheiratete (33 %). Am wenigsten Kontakt haben Geschiedene: Die Hälfte von ihnen hat seltener als »mehrmals im Monat« Kontakt zu ihren Kindern (ebd.).

Wer oft mit den erwachsenen Kindern in Kontakt steht, nimmt häufiger an ausführlichen Gesprächen teil, so ein weiterer Befund (ebd., S. 184). Von den 80- bis 85-Jährigen insgesamt geben 14 % an, täglich oder fast täglich ein ausführliches Gespräch mit Familie, Freunden und Bekannten zu führen. Weitere 28 % haben diesen intensiven Austausch zumindest mehrmals im Monat. Diese Werte sind nahezu deckungsgleich mit denen in den jüngeren Altersgruppen ab 65 Jahren. Werden diese Ergebnisse weiter aufgeschlüsselt, nun allerdings für die Altersgruppe 65–85 Jahre, so zeigt sich, dass jene Älteren mit (fast) täglichem Kontakt zu den Kindern am häufigsten ausführliche Gespräche führen – zu 25 % (fast) täglich, zu 37 % mehrmals in der Woche. Diesen Wert erreichen selbst Personen mit einem großen Bekanntenkreis nicht (hier liegt er bei 17 % bzw. 34 %, unabhängig von der Kontakthäufigkeit

mit Kindern). Wer die Kinder nur mehrmals im Monat bzw. noch seltener sieht, führt noch zu 32 % bzw. 22 % zumindest mehrmals im Monat ein ausführliches Gespräch. Umgekehrt weisen diese Zahlen jedoch auch darauf hin, dass ein beachtlicher Teil der Älteren – und dies bereits ab 65 Jahre, also noch weit vor dem Erreichen eines hohen Lebensalters – nur selten ausführliche Gespräche führt: Selbst 40 % derer, die ihre Kinder (fast) täglich sehen, und 50 % derer, die einen großen Bekanntenkreis aufweisen, erleben einen solchen engen Austausch seltener als mehrmals im Monat. Bei denen, die ihre Kinder seltener als mehrmals im Monat sehen, und bei Kinderlosen, steigt ihre Zahl auf 80 % bzw. 66 % (ebd.).

Enkelkinder

Der SHARE-Studie zufolge haben nur 6,9 % der über 80-Jährigen keine Enkelkinder (Börsch-Supan u. a. 2005, Tabelle 4A.16). Enkelkinder können als ein Sinnbild für das Eingebundensein in eine Generationenfolge gelten – sie 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. 10 f.). Die erlebte Teilhabe an Prozessen der »Generativität« und eines wechselseitigen »Generationenlernens« (Lüscher und Liegle 2003) kann von großer sinnstiftender Bedeutung sein.

Auch die Kontaktfrequenz zu den erwachsenen Kindern steigt, wenn Enkelkinder im Spiel sind – als Großeltern treffen Ältere auch ihre Kinder häufiger. Allerdings wird der Kontakt der Großeltern zu den Enkeln mit steigendem Alter seltener, wohl vor

allem, weil diese dem Betreuungsalter ent wachsen sind. Dem DEAS 2008 zufolge sind rund 18 % der 70- bis 85-Jährigen – Männer wie Frauen gleichermaßen – in die Enkelbetreuung eingebunden, allerdings halbiert sich diese Zahl bei den Älteren in Ostdeutschland, wo institutionelle (Klein-)Kinderbetreuung etablierter ist (Motel-Klingebiel, Wurm u. a. 2010, Tabellenanhang A 8-12). Laut der Generali Altersstudie haben 22 % der 80- bis 85-Jährigen täglichen oder fast täglichen Kontakt mit ihren Enkelkindern, und 38 % sehen sie mehrmals im Monat (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 175). In der Generali Hochaltrigenstudie 2014 (Generali Zukunftsfonds 2014, S. 23) wird deutlich, dass eine anteilnehmende Beschäftigung mit dem Lebensweg nachfolgender Generationen der Familie ein wichtiges Daseinsthema (für 85 % der Stichprobe) für Hochaltrige ist. Ein Drittel gibt an, »existenzielle Gespräche vor allem mit jungen Familienangehörigen« zu führen.

Als Unterstützungspersonen für Hochaltrige, insbesondere bei Pflegebedarf, treten Enkelkinder, anders als die eigenen erwachsenen Kinder, indes seltener in Erscheinung (Künemund und Hollstein 2000, S. 252). Die die Eltern-Kind-Beziehung prägenden, normativen gegenseitigen Hilfserwartungen bestehen einer Schweizer Studie von Höpflinger u. a. zufolge allenfalls in abgeschwächter Weise: »In vielen Fällen wird die Beziehung zu den Enkelkindern gerade nicht als intergenerationelle Hilfe- und Unterstützungsbeziehung interpretiert, sondern als persönliche Beziehung zwischen Jung und Alt.« (Höpflinger u. a. 2006, S. 79 f.)

Andere Verwandte

Andere Verwandte spielen nur eine untergeordnete Rolle im Sozialleben der Älteren – die Mehrheit sieht sie nur mehrmals im Jahr oder seltener. Nur

6 % haben täglichen Kontakt mit ihnen (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 172). Allerdings weist Höpflinger (2014, S. 12) darauf hin, dass Geschwister in späteren Lebensjahren teilweise (erneut) eine besondere Stellung einnehmen: Durch Verbundenheit vermittelt der gemeinsamen familiären Herkunft und durch das Angehören zur gleichen Generation – und damit der parallelen Konfrontation mit dem Prozess des Alterns – vermitteln Geschwisterbeziehungen »zwischen familialer Vergangenheit und biographischer Gegenwart. Frühere Geschwisterivalitäten – so die Beobachtung – treten in späteren Lebensphasen meist in den Hintergrund.« Allerdings wirke die Tendenz fort, dass primär Frauen familiäre Beziehungen pflegen, wodurch der Kontakt zwischen Schwestern enger als zwischen Brüdern sei (ebd.).

>> 04.4 Vielfältige familiäre Unterstützung

Ein zentraler Befund sowohl des Deutschen Alterssurveys 2008 als auch der Generali Altersstudie 2013 ist das dichte Netz von Austauschbeziehungen, in dem sich Familien instrumentell (d. h. praktisch) wie finanziell unterstützen. Nicht verwandte Personen spielen als kognitiv, emotional und instrumentell Unterstützende der Hochaltrigen gegenwärtig eine untergeordnete Rolle (Künemund und Hollstein 2000, S. 253; vgl. Abschnitt 04.5). Hier unterscheidet sich die Situation in Deutschland (als konservativer Wohlfahrtsstaat) von den skandinavischen und Beneluxländern, in welchen nicht nur pflegerische, sondern auch hauswirtschaftliche Hilfeleistungen zu einem höheren Anteil professionell erbracht werden (Haberkern und Brandt

2010, S. 194, auf Basis von SHARE-Daten 2004). Bekannte und Freunde haben hierzulande zudem eine weniger gewichtige Rolle beim Erbringen informeller Hilfeleistungen inne (ebd., S. 191).

65 % der 65- bis 85-Jährigen insgesamt stimmen in der Generali Altersstudie der Aussage zu: »Die Familie ist mein ein und alles« (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 211). Allerdings sinkt die Zustimmungsrate mit der Häufigkeit, in der Eltern ihre Kinder sehen. Wer zwar von einem guten Kontakt zu den Kindern berichtet, diese aber selten sieht, stimmt dieser Aussage nur noch zu 43 % zu. 92 % derer, die ihre Kinder (fast) täglich sehen, können »auf ihre Familienangehörigen bauen«, wenn sie »in eine schwierige Lage geraten und auf Hilfe angewiesen« sind. Wer sie mehrmals im Monat sieht, stimmt hier zu 85 % zu, bei seltenerem Kontakt sinkt der Wert auf 59 %. Während insgesamt 80 % bzw. 79 % der Verheirateten und Verwitweten sich auf ihre Familie verlassen, sind es nur 65 % der Geschiedenen und 44 % der Ledigen (ebd., S. 212).

Insgesamt können sich 77 % der 65- bis 85-Jährigen nach eigener Aussage in einer schwierigen Lage auf Unterstützung von Familienangehörigen verlassen. 56 % »haben (auch) jemanden außerhalb der Familie«, auf dessen Hilfe sie bauen könnten. Insgesamt 87 % sind sich so einer Unterstützung im Notfall sicher (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 212 f.). Das heißt dennoch zugleich: Jede/r Zehnte hat das Gefühl, in einer Notlage auf niemanden zählen zu können.

Finanzielle Unterstützung

Können Ältere sich auch in finanziellen Notlagen auf ihre Familien verlassen? Diese Frage beantworten in der Generali Altersstudie 59 % der 65- bis 85-jährigen Eltern positiv (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 213). Allerdings sinkt, ebenso wie bei

Empfangene und geleistete materielle Unterstützung

Region	Ja, materielle Unterstützung empfangen	Ja, materielle Unterstützung geleistet
Deutschland	4,3	30,7
West*	4,3	30,9
Ost**	4,3	30,0

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 24: Materielle Unterstützung, Altersgruppe 70–85 Jahre, 2008 (in %), DEAS (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008)

der allgemeinen Bewertung der Familie in ihrer Funktion als Sicherheitsnetz, die Zustimmungsrate mit der Häufigkeit, in der Eltern ihre Kinder sehen. Wer diese täglich sieht, stimmt dieser Aussage zu 72 % zu, wer sie selten sieht, nur noch zu 43 % zu. Während insgesamt 57 % der Verheirateten bzw. 58 % der Verwitweten sich in finanziellen Schwierigkeiten auf die Familie verlassen, sind es nur 48 % der Geschiedenen und 34 % der Ledigen. Verbreiteter als der Empfang materieller Unterstützung ist allerdings das Leisten derselben, wie die folgende Tabelle verdeutlicht.

Die Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen unterstützt durch Geld- oder Sachtransfers vorrangig die Kinder (17,4 %) und Enkelkinder (18 %) (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 203). 14 % transferieren innerhalb eines Jahres Geld- oder Sachleistungen im Wert von 1.000 Euro und mehr (sowie weitere 15 % geringere Summen), während nur 2 % der Altersgruppe überhaupt selbst solche Privattransfers beziehen (Motel-Klingebiel u. a. 2010, S. 75).

Empfangen und Leisten von Unterstützung im Alltag

Laut DEAS 2008 leisten 4,6 % der 70- bis 85-Jährigen, die Kinder haben, ihnen instrumentelle Hilfe. Mehr noch erhält diese Altersgruppe indes selbst instrumentelle Hilfen: Zu 11,9 % von den Kindern und zu 3 % von den Enkelkindern (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 203 f.). Diese Unterstützungen erweisen sich im Zeitverlauf seit 1996 als stabil (Motel-Klingebiel u. a. 2010, Tabellenanhang A 8-9). In der Generali Altersstudie 2013 (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 209 f.) erfahren wir mehr darüber, wie solche familiäre Unterstützungsleistungen konkret aussehen. Gefragt wird danach, »was Ihre Kinder oder Enkelkinder für Sie tun oder in letzter Zeit getan haben«.

Die Tabelle 25 zeigt, dass mit zunehmendem Alter Eltern mehr Unterstützung durch ihre Kinder im Alltag erhalten. Am deutlichsten ist der Anstieg von Hilfestellung bei Tätigkeiten, die Mobilität (Fahrt zum Arzt, Besorgungen), aber auch uneingeschränkte kognitive und funktionale Fähigkeiten verlangen (zum Beispiel bei Behördenangelegenheiten, zu denken ist an das Ausfüllen von

Unterstützung durch Kinder im Alltag

Art der Hilfeleistung	75- bis 79-Jährige	80- bis 85-Jährige
Hilfe bei technischen Fragen und Problemen	58	59
Kleine Arbeiten und Reparaturen in Wohnung und Haus	41	50
Besorgungen erledigen	36	52
Mitarbeit in Haus/Garten	32	41
Hilfe bei Angelegenheiten mit Behörden	35	47
Fahrten zum Arzt oder anderen Terminen	35	50
Hilfe beim Kochen	7	16
Dauerhafte Betreuung und Pflege	5	12

» Tab. 25: Unterstützung durch Kinder im Alltag (in %) (Generali Altersstudie 2013, S. 211)

Anträgen, aber auch an Verhandlungssicherheit in Arztgesprächen etc.).

Tabelle 26 verdeutlicht, dass instrumentelle Hilfe mit höherem Lebensalter seltener geleistet wird bzw. geleistet werden kann, finanzielle Unterstützung jedoch häufiger. »Zuhören, für die Kinder da sein« spielt weiterhin für über die Hälfte der 80- bis 85-Jährigen eine wichtige Rolle. Befragt nach dem zeitlichen Umfang solcher Unterstützung, geben die

80- bis 85-Jährigen im Durchschnitt neun Stunden/ Monat – vier Stunden weniger als die 75- bis 79-Jährigen – an (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 218 und S. 222).

Die Generali Hochaltrigen-Studie (Generali Zukunftsfonds 2014, S. 21 f.) macht deutlich, dass »das Sorgemotiv im Erleben hochbetagter Menschen« von ungebrochen hoher Bedeutung bleibt, ausgedrückt in Anteilnahme und Unterstützung

Unterstützung gegenüber den Kindern durch alte Eltern

Art der Unterstützung	75- bis 79-Jährige	80- bis 85-Jährige
Zuhören, für die Kinder da sein	62	57
Betreuung, z. B. der Enkelkinder bzw. Urenkel	41	29
Regelmäßige finanzielle Unterstützung, z. B. Zuschuss an die Kinder, Beteiligung am Taschengeld der Enkelkinder	38	40
Einspringen im Krankheitsfall	35	18
Kleine Arbeiten und Reparaturen in Wohnung und Haus	22	12
Gemeinsame Ferien, Urlaubsreisen	18	16

» Tab. 26: Unterstützung gegenüber den Kindern durch alte Eltern in % (Generali Altersstudie 2013, S. 218)

der jüngeren Familienmitglieder in Gesprächen (78 %) oder im Alltag (65 %). Diese Ergebnisse bleiben indes vage und können zudem durch die »privilegierte« Stichprobe verzerrt sein. Die Studie legt weiterhin nahe, dass die Teilnahme an der Lebenssituation Nahestehender seitens der Männer, sowie seitens Hochaltriger mit als schlecht empfundenem Gesundheitszustand, weniger ausgeprägt ist (ebd., S. 20 f.).

Der Zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie zufolge ist für die Mehrzahl der Hundertjährigen, die (lebende) Kinder haben, ein Kind auch die Hauptbezugsperson (je 30 % gaben andere Verwandte und Freunde als wichtigste Bezugsperson an). Sofern Hundertjährige in der Nähe ihrer Kinder bzw. ihres Kindes leben, wird ein Großteil der Hilfe – ca. 60 % – von den Kindern geleistet: »33 % der Hundertjährigen berichteten Hilfeleistung durch Töchter und 25 % berichteten Hilfeleistung durch Söhne; nur sechs Hundertjährige berichteten von Hilfe durch Sohn und Tochter gleichzeitig.« (Jopp u. a. 2013, S. 31) Hier gilt es zu beachten, dass diese Kinder der Hundertjährigen bereits selbst in einem fortgeschrittenen Alter sind (d. h. zu 54 % über 70 Jahre alt sind) und eigene altersbedingte Einschränkungen die Unterstützung erschweren können (ebd., S. 30 f.). Hundertjährige ohne ein Kind in Wohnortnähe erleben nur geringe Unterstützung im Alltag (ebd., S. 31). Nur etwas über ein Drittel derer, deren Kind oder Kinder nicht in der Nähe oder gar nicht (mehr) leben, erhalten Hilfe von anderen Verwandten. Selbst wenn Freunde und Nachbarn als primäre Bezugspersonen angegeben werden (mit 30 % ebenso häufig wie Verwandte), treten diese nur geringfügig als instrumentell Unterstützende in Erscheinung.

Auswertungen der SHARE-Daten haben die Geschlechtsspezifität des Unterstützungsgeschehens verdeutlicht, welche in der Generali Altersstudie 2013 nicht abgebildet wird: »Müttern wird deutlich

mehr geholfen, und Töchter helfen etwas mehr als Söhne, sodass die Tochter-Mutter-Dyade auch in puncto Hilfe hervortritt. Darauf folgen Sohn-Mutter und Tochter-Vater-Beziehungen, das niedrigste Hilfeniveau findet sich bei Hilfe von Söhnen an ihre Väter.« (Brandt 2009, S. 80)

» 04.5 Freundschaften und Bekannte

Den Familien kommt die Rolle zu, den Kontakt zwischen den Generationen zu sichern, während Bekanntschaften und Freundschaften vorrangig mit Gleichaltrigen gepflegt werden (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 173). Ein Drittel der 80- bis 85-Jährigen hat seltener als mehrmals im Jahr und ein weiteres Drittel sogar nie Kontakt zu unter 30-Jährigen, die nicht zur eigenen Familie gehören (ebd., S. 237). Von allen 65- bis 85-Jährigen trifft sich die Hälfte regelmäßig mit einem festen Freundes- und Bekanntenkreis, 38 % weisen gar einen nach eigener Angabe »großen Bekanntenkreis« und 79 % langjährige Freundschaften auf (ebd., S. 173).

Doch um das 80. Lebensjahr verändern sich die sozialen Netzwerke: Langjährige Freunde werden pflegebedürftig oder sterben, der eigene Gesundheitszustand erschwert womöglich die Mobilität. Ein Gefühl des »Übrigbleibens« belastet häufig die Überlebenden. 66 % der 80- bis 85-Jährigen haben durch Todesfälle Freunde oder Bekannte verloren, während es unter den 75- bis 79-Jährigen erst 44 % waren (ebd., S. 177). Dadurch sinkt die Zahl derer, die sich im Alter von 80 bis 85 Jahren noch in einen »großen Bekanntenkreis« eingebunden fühlen, von 37 % (75- bis 79-Jährige) auf 28 %. Ebenso gibt weniger als ein Drittel der 80- bis 85-Jährigen

Größe des persönlichen Netzwerks (in %)

Region	Alter	Geschlecht	Persönlich wichtige Personen mit regelmäßigem Kontakt		
			Keine oder 1	2–4	> 5
Deutschland	70–85	Männer	22,2	40,3	37,6
	70–85	Frauen	21,2	43,5	35,3
	70–85	Insgesamt	21,6	42,1	36,3
West *	70–85	Männer	21,2	39,4	39,4
	70–85	Frauen	18,6	43,9	37,5
Ost **	70–85	Männer	26,3	44,0	29,7
	70–85	Frauen	31,8	41,8	26,4

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 27: Größe des persönlichen Netzwerks: Persönlich wichtige Personen mit regelmäßigem Kontakt, 70–85 Jahre, 2008 in %, GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008

{29 %} an, Freunde zu haben, mit denen sie »über alles sprechen können« – 11 % weniger als in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen (ebd.). Dennoch bleibt die Zahl derer, die sich mehr soziale Kontakte wünschen, überraschend konstant: Mit 13 % liegt sie um nur 2 % höher als in den jüngeren Altersgruppe.

Die 70-bis 85-Jährigen geben der Erhebung des DEAS 2008 zufolge im Schnitt vier Personen als ihr soziales Netzwerk an (Motel-Klingebiel u. a. 2010, Tabellenanhang A 9-1). Tabelle 27 zeigt aber auch, dass die ostdeutschen Älteren am häufigsten – namentlich ein Drittel der ostdeutschen Frauen – keine oder nur eine Person als »persönlich wichtig mit regelmäßigem Kontakt« bezeichnen.²¹

Soziale Unterstützung außerhalb der Familie

Haben Ältere jemanden außerhalb der Familie, auf dessen Unterstützung sie in einer schwierigen Lage bauen können? 56 % der 65- bis 85-Jährigen beantworten laut Generali Altersstudie 2013 diese Frage positiv. Die Zustimmung ist am größten bei Ledigen mit 71 % und Geschiedenen mit 68 %, gefolgt von Verwitweten mit 58 % und Verheirateten mit 53 % (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 214). Dies illustriert, dass Partnerlose sich tragfähige Netze geschaffen haben, denen sie auch in Notlagen vertrauen. Verheiratete hingegen sind stärker auf den Partner oder die Partnerin bzw. die Familie orientiert. 29 % der Verheirateten und 28 % der Ver-

21 Die Frage umfasst dabei auch beispielsweise Ehepartner und erwachsene Kinder: »Es geht nun um Personen, die Ihnen wichtig sind und mit denen Sie regelmäßig Kontakt haben. Dabei kann es sich sowohl um Arbeitskollegen, Nachbarn, Freunde und Bekannte als auch um Haushaltsmitglieder und Verwandte handeln. Welche Personen sind für Sie wichtig?« Vgl. Gerostat, Größe des persönlichen Netzwerkes, DEAS 2008.

witweten geben an, sich auf niemanden außerhalb der Familie verlassen zu können. Von den Geschiedenen und Ledigen sind es nur 22 % bzw. 17 %.

Im DEAS wird erfragt, ob außerfamiliäre Netzwerke Quelle von Rat und Trost sind. 2008 gaben 26,4 % der 70- bis 85-jährigen Frauen und 13,7 % der gleichaltrigen Männer an, sie fänden Trost bei Personen außerhalb der Familie (Motel-Klingebiel u. a. 2010, Tabellenanhang A 9-7). Im Vergleich zu älteren Erhebungen zeigt sich hier keine Veränderung – im Gegensatz zu den jüngeren Kohorten, die mehr außerfamiliären Trost erhalten als die Gleichaltrigen in den früheren Erhebungswellen. 12,6 % der 70- bis 85-jährigen Männer und 19,6 % der Frauen geben an, sie hätten Bedarf an mehr Rat und Trost (ebd., Tabellenanhang A 9-9).

Altersübergreifend zeigen die Erhebungen des European Social Surveys, dass verwitweten Menschen – unter denen, wie dargestellt, sich in großem Maß ältere Frauen befinden – zu 14 % (Westdeutschland) bzw. 10 % (Ostdeutschland) der persönliche Ansprechpartner bzw. die -partnerin fehlt (Statistisches Bundesamt u. a. 2008, S. 376 f., Berechnungen auf Basis des European Social Surveys von 2004/2005).

Aktuelle repräsentative Daten für Hochaltrige bezüglich des Austauschs an instrumentellen Hilfen im Alltag unter nicht verwandten Bezugspersonen liegen nicht vor. Abermals sei auf die Hundertjährigen-Studie verwiesen, die zeigt, dass diese eine wichtige Rolle für den sozialen Austausch und zur emotionalen Unterstützung innehaben, und ebenso häufig als primäre Bezugsperson angegeben werden wie Verwandte – gleichwohl scheinen sie

bezüglich der Hilfe im Alltag eine geringere Rolle zu spielen (Jopp u. a. 2013, S. 31).

Für die jüngere Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen liegen Befunde im Rahmen der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (RKI 2011a) vor, die deutliche Unterschiede im Erleben sozialer Unterstützung (innerhalb und außerhalb der Familie) zwischen den Bildungsgruppen und im Ost-West-Vergleich zutage treten lässt.²² Da für die Altersgruppe der über 80-Jährigen keine repräsentativen Daten zur Verfügung stehen, soll hier zumindest darauf hingewiesen werden, dass ältere Menschen unter 80 Jahren in den neuen Bundesländern und solche mit niedrigem Bildungsstand sich deutlich häufiger gering unterstützt fühlten als jene in den alten Bundesländern und mit höherem Bildungsstand. In der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen mit »einfacher Bildung« erleben in Westdeutschland ein gutes Fünftel der Frauen und Männer nur »geringe Unterstützung«, in Ostdeutschland ist es sogar ein knappes Drittel der Frauen und der Männer. Bei den mittleren und höheren Bildungsgruppen sind die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland bei den Männern weniger ausgeprägt, bei den Frauen etwas ausgeprägter. So erleben 17 % der Frauen mit höherer Bildung im Osten und 10 % im Westen nur geringe Unterstützung (ebd.).

22 Der Grad subjektiv erlebter »sozialer Unterstützung« wird gemäß der »Oslo 3 Social Support Scale« gemessen, welcher über drei Variablen definiert ist: Gefragt wird nach Anzahl enger Bezugspersonen, nach der Erfahrung von Anteilnahme durch andere Menschen und danach, wie einfach es ist, praktische Hilfe von den Nachbarinnen und Nachbarn zu erhalten.

» 04.6 Einsamkeit

Alt, isoliert, einsam – dieses Schreckensbild des Lebensabends prägt nicht selten den Blick auf das hohe Alter. Wie stark aber ist das Erleben von Einsamkeit tatsächlich? Als subjektives Gefühl ist Einsamkeit, anders als soziale Isolation, nicht mess- und bewertbar. Beide sind gleichwohl zu unterscheiden: Zurückgezogen, isoliert lebende alte Menschen müssen sich nicht zwangsläufig einsam fühlen, umgekehrt ist Einsamkeit auch in einer Partnerschaft denkbar.

Einsamkeit ist ein subjektiv wahrgenommenes Gefühl von Mangel an Nähe und Bindung. Mit Weiss (1973) lässt sich emotionale Einsamkeit als das unbefriedigte Bedürfnis nach enger Bindung, von sozialer Einsamkeit, als dem unbefriedigten Bedürfnis nach sozialer Integration, unterscheiden. Beide Formen von Einsamkeit werden durch einen Mangel an (potentiellen) Bezugspersonen, an Beziehungsqualität und an zur Verfügung stehenden Ressourcen begünstigt. Einsamkeit gilt gleichwohl als Makel und ist schambesetzt.

Insbesondere das kritische Lebensereignis der Verwitwung – das (meist) den Verlust einer bzw. der zentralen (oftmals fast lebenslangen) Vertrauensperson bedeutet und zugleich häufig den Kreis sozialer Kontakte verkleinert – kann bei der »überlebenden« Partnerin bzw. dem Partner Sinnzweifel hervorrufen, die in Einsamkeit und Isolation münden können (vgl. zum Anstieg des Einsamkeitserlebens bei Verlust des Partners Dykstra u. a. 2005). Dies gilt verstärkt, wenn die Trauerbewältigung mit weiteren, Einsamkeit begünstigenden Faktoren zusammenfällt, wie mit der Erfahrung eines schlechten Gesundheitszustands (ebd.), mit Ressourcenmangel (vgl. Pinqart und Sörensen 2000; Fokkema und Naderi 2013), mit Unzufrieden-

heit mit dem Wohnumfeld (vgl. Scharf und Gierveld 2008) und mit Mobilitätseinschränkungen (vgl. Drennan u. a. 2008).

Ein Gefühl von Einsamkeit kennen Hochaltrige häufiger als Jüngere. Jede bzw. jeder dritte 80- bis 85-Jährige fühlt sich manchmal einsam (26 %), weitere 7 % häufig. 27 % fühlen sich allerdings nur selten einsam und 36 % sogar nie (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 179). In der Generali Hochaltrigenstudie 2014 zeigt sich, dass das Erleben von Phasen der Einsamkeit in höherem Alter weiter zunimmt: Von 32 % in der Altersgruppe 85–89 Jahre auf 51 % in der Altersgruppe 90–94 Jahre und 56 % in der Altersgruppe 95–98 Jahre (Generali Zukunftsfonds 2014, S. 19 f.). Frauen sind mit 46 % häufiger betroffen als Männer mit 25 % (ebd., S. 20). Ein »eher geringer sozioökonomischer Status« korreliert ebenfalls mit stärkerem Einsamkeitserleben (49 % im Vergleich zu 39 % bei mittlerem und 33 % bei eher hohem sozioökonomischen Status) (ebd., S. 21). Bei eher schlechter Gesundheit sind Phasen von Einsamkeit ebenfalls häufiger (50 %) als bei eher guter Gesundheit (32 %) (ebd., S. 23).

Auch in der Generali Altersstudie 2013 zeigt sich, nun übergreifend für die Altersgruppe 65–85, dass das Gefühl von Einsamkeit mit dem subjektiven Gesundheitszustand korreliert – von den Älteren, die ihren Gesundheitszustand als »nicht besonders/schlecht« beschreiben, fühlt sich jeder Zehnte (11 %) häufig einsam und über ein Drittel (36 %) manchmal. Ebenfalls stärker betroffen sind partnerlose Ältere: Jeder Zehnte (10 %) der Älteren ohne Partner fühlt sich häufig und ein Drittel (32 %) manchmal einsam. Zwar sind kinderlose Ältere mit 7 % öfter »häufig einsam« als der Durchschnitt (4 %). Doch umgekehrt fehlt auch eine hohe Kontaktdichte mit Kindern nicht vor Einsamkeitsgefühlen: 4 % derer, die (fast) täglichen Kontakt mit ihren Kindern haben, empfinden sich dennoch als »häufig

Empfinden von Einsamkeit

Region	Altersgruppe	Geschlecht	Einsamkeit 2008 DEAS		
			Eher gering	Mittel	Eher hoch
Deutschland	70–85 Jahre	Männer	75,6	23,3	1,2
	70–85 Jahre	Frauen	78,1	19,8	2,1
West*	70–85 Jahre	Männer	74,2	24,6	1,3
	70–85 Jahre	Frauen	77,3	20,8	2,0
Ost**	70–85 Jahre	Männer	81,6	17,7	0,7
	70–85 Jahre	Frauen	81,4	15,9	2,7

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

» Tab. 28: Empfinden von Einsamkeit nach Alter, Geschlecht und Region, in % in der Altersgruppe. GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT, Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2008

einsam« und weitere 17 % als »manchmal einsam« (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 179).

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Generali Hochaltrigenstudie (siehe oben) berichten nur 40 % der in der Heidelberger Hundertjährigen-Studie Befragten von Einsamkeitsgefühlen (Jopp u. a. 2013, S. 33 f.). Die Studie stellt ein höheres Risiko für Einsamkeitserleben fest bei Hundertjährigen, »die weniger Enkelkinder, eine niedrigere Lebenszufriedenheit, schlechtere subjektive Gesundheit, mehr gesundheitsbedingte Einschränkungen, ausgeprägtere Höreinschränkungen, intensivere Schmerzen und eine deutlichere Depressionssymptomatik hatten.« (ebd., S. 35) Außerdem gaben diejenigen, die sich einsam fühlten, mit größerer Wahrscheinlichkeit an, ihre Familie nicht so häufig

sehen zu können, wie sie es sich wünschen (ebd.). Als zentraler Protektor gegen Einsamkeit der Hundertjährigen erweist sich das Leben mit anderen in einem Privathaushalt.

In der Zusammenschau zeigt sich ein Anstieg des Einsamkeitserlebens mit zunehmendem Alter, wobei es unter Hundertjährigen niedriger ist; allerdings können die Werte aufgrund unterschiedlicher Erhebungsinstrumente nur als Orientierungswerte gelten.

Geschlechterunterschiede wurden in den bislang zitierten Studien nicht dargestellt. Den Erhebungen des DEAS zufolge²³ sind es am ehesten Frauen, die sich als »hoch einsam« empfinden (und auch zu einem großen Teil im Alter verwitwet sind): Diese Gefühl erleben mit 2,7 % am häufigsten die

23 Einsamkeitserleben wird hier folgendermaßen ermittelt: »Konstruktvariable aus dem mittleren Grad der Zustimmung zu folgenden Aussagen: [1] Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle. [2] Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe. [3] Ich fühle mich häufig im Stich gelassen. [4] Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann. [5] Ich vermisse Geborgenheit und Wärme. [6] Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle. Die Werte der nach de Jong Gierveld und van Tilburg (2006) gebildeten Einsamkeitsskala wurden zu drei Kategorien zusammengefasst, indem der mögliche Wertebereich (von 1 bis 4) in drei gleiche Teile untergliedert wurde. Zusätzlich wird der Mittelwert dieser Skala von 1 (gar nicht einsam) bis 4 (sehr einsam) abgebildet.«

ostdeutschen 70- bis 85-jährigen Frauen (gefolgt von 2 % der westdeutschen). Männer sind seltener als Frauen »gering einsam« oder »hoch einsam«, beschreiben sich jedoch häufiger »mittel einsam«. Ein insgesamt knappes Viertel der 70- bis 85-jährigen Männer nimmt sich als »mittel« oder »hoch einsam« wahr.

Neben Unterschieden im Einsamkeitserleben zwischen den Geschlechtern und den alten und neuen Bundesländern sind solche zwischen Hochaltrigen mit und ohne Migrationshintergrund anzunehmen. Repräsentative Daten für die hier betrachtete Altersgruppe liegen nicht vor, allerdings macht die Untersuchung von Einsamkeit unter 50- bis 79-Jährigen mit türkischem Migrationshintergrund von Fokkema und Naderi (2013, auf Datenbasis des Generations and Gender Survey 2005–2006) auf ein starkes Einsamkeitsrisiko in dieser Gruppe aufmerksam. Ihre Studie kommt zum Ergebnis, dass Partnerschaft, der Kontakt zu den erwachsenen Kindern und Enkelkindern und der Austausch emotionaler Unterstützung nicht oder kaum vermag, die in der Türkei geborenen Älteren vor häufigem Einsamkeitserleben (um rund 10 % häufiger als unter deutschen Altersgenossen und -genossinnen) zu schützen. Als ursächlich betrachten die Autoren gesundheitliche Probleme verbunden mit sozio-ökonomischen (schlechtere Einkommenssituation, unbefriedigendes Wohnumfeld) Faktoren. Forschungsdesiderate bestehen bezüglich der Frage nach dem Wechselverhältnis dieser Faktoren und dem Einfluss gruppenspezifischer Erfahrungen im Lebenslauf, z. B. von Ausgrenzung und Stigmatisierung oder Rassismus (vgl. auch Hubert u. a. 2009 zum psychophysischen Befinden älter Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft).

» 04.7 Fazit

Erfüllende soziale Beziehungen bleiben bis in das hohe Alter von großer Bedeutung für die Lebensqualität, verändern sich aber auch maßgeblich. Die Auswertungen aktueller Erhebungen zeigen die starke familiäre Orientierung der heutigen Generation Hochaltriger: Mit zunehmendem Alter, und insbesondere nach dem Verlust des Lebenspartners bzw. – seltener – der Lebenspartnerin, werden – sofern vorhanden – die erwachsenen Kinder zu zentralen Bezugspersonen. Nur ein knappes Fünftel der Hochaltrigen hat kein lebendes Kind (mehr), noch weniger (7 %) haben keine Enkelkinder. Während sich die Größe der sozialen Netzwerke eher verringert, wird der tägliche Kontakt zu den Kindern häufiger. Mit ihm steigt auch die Wahrscheinlichkeit für ausführliche Gespräche. Ältere, die ihre Kinder nicht regelmäßig sehen, sowie Partner- und Kinderlose erleben solche Gespräche seltener. Enkelkinder stellen den – oftmals einzigen – generationenübergreifenden Kontakt zwischen Alt und Jung her und spielen eine wichtige Rolle für intergenerationale Einbindung. Zwei Drittel der Hochaltrigen haben höchstens mehrmals jährlich Kontakt zu unter 30-Jährigen, die nicht zu ihrer Familie gehören.

Der gegenseitige Austausch von Hilfen und Unterstützung ist in den Familien intensiv, während nicht-verwandte Personen hierbei nur eine untergeordnete Rolle spielen. Auch in Notfällen ist das Vertrauen in das familiäre Sicherheitsnetz deutlich größer als in Unterstützung von Personen außerhalb der Familie. Allerdings haben sich Ledige und Kinderlose häufiger auch außerfamiliäre Unterstützungsnetzwerke aufgebaut. Immerhin jede bzw. jeder Zehnte der 65- bis 85-Jährigen hat das Gefühl, sich in einer Notlage auf niemanden in- und außerhalb der Familie verlassen zu können.

Hochaltrige zeigen starke Anteilnahme gegenüber Familienangehörigen und unterstützen diese auch finanziell, während sie selbst umgekehrt mit höherem Alter mehr und mehr praktische Hilfen im Alltag erhalten, vorrangig von ihren erwachsenen Kindern. Wer keine Kinder oder wenig Kontakt zu diesen hat, erfährt weniger Unterstützung.

Die wahrgenommene Qualität der sozialen Netzwerke und auch das Risiko für Einsamkeitserleben hängen maßgeblich vom subjektiven Gesundheitszustand und dem sozioökonomischen Status ab. Es besteht weiterhin Forschungsbedarf, wie sich diese Faktoren wechselseitig beeinflussen. Die Ergebnisse der diversen Studien verweisen auf eine zwar kleine, nichtsdestoweniger besonders vulnerable Gruppe mit erhöhtem Risiko unbefriedigender sozialer Unterstützung; dazu zählen insbesondere hochaltrige Frauen in den neuen Bundesländern, Hochaltrige mit Migrationserfahrung und allgemein jene mit Armutsrisiken sowie mit gesundheitlichen Einschränkungen.

Das Erleben von Einsamkeit nimmt in der betrachteten Gruppe mit dem Alter zu, wiederum sind Verwitwung, eine als schlecht bewertete Gesundheit und ein niedriger sozioökonomischer Status Risikofaktoren. Außerdem bewerten Ledige, Geschiedene und Kinderlose ihre sozialen Beziehungen durchschnittlich etwas schlechter. Fast 40 % in der Altersgruppe genießen es jedoch auch, allein zu sein, und brauchen nach eigener Aussage nur wenig Kontakt zu anderen.

05

» Gesundheit

Der Übergang vom höheren Alter der 65- bis 80-Jährigen in das hohe Alter der über 80-jährigen Menschen ist gekennzeichnet durch eine teils exponentielle Zunahme an gesundheitlichen Beschwerden, funktionalen Einschränkungen und chronischen Erkrankungen. Der Rückgang der Sterblichkeit im hohen Alter und eine weiter zunehmende Lebenserwartung führen dazu, dass dennoch immer mehr Menschen diese Lebensphase erreichen können. Insbesondere das vermehrte Auftreten von Mehrfacherkrankungen und die Chronifizierung von Krankheitsbildern haben jedoch zur Folge, dass im hohen Alter für viele Menschen eine selbständige Lebensführung immer schwieriger wird und der Hilfe- und Pflegebedarf immer stärker zunimmt. Da bei hochaltrigen Menschen viele chronische Erkrankungen nicht mehr therapier- und heilbar sind, wird es immer wichtiger, durch geeignete therapeutische und rehabilitative Maßnahmen eine möglichst hohe Lebensqualität bei größtmöglicher

Selbständigkeit zu sichern. Gute Bewältigungsstrategien und positive Selbstüberzeugungen sind wichtige psychologische Stärken, die die negativen Folgen von Krankheiten und Einschränkungen auch im hohen Alter erträglicher machen können (Rott und Jopp 2012, S. 476).

Dieses Kapitel liefert zunächst einen allgemeinen Überblick über den Gesundheitszustand im hohen Alter. Anschließend werden spezifische Informationen zu funktionalen Einschränkungen und Behinderungen, zu körperlichen und psychischen Krankheiten sowie zu Gesundheitsrisiken vermittelt. Diese haben Auswirkungen auf Lebenserwartung und Sterblichkeit (Mortalität), worüber der nächste Abschnitt informiert. Die folgenden Teile sind der Frage gewidmet, wie diesen gesundheitlichen Beschwerden und Risiken hochaltriger Menschen präventiv, therapeutisch und rehabilitativ begegnet werden kann, wie entsprechende Versorgungsangebote

wahrgenommen werden und welche Kosten damit verbunden sind.

» 05.1 Gesundheitliche Lage im Überblick

Verlässliche und repräsentative Statistiken zur Häufigkeit von Erkrankungen (Prävalenz), zu Neuerkrankungen (Inzidenz) und zu Gesundheitsrisiken sind für die deutsche Bevölkerung ab 80 Jahren immer noch eine Ausnahme (Motel-Klingebl u. a. 2013, S. 8 f.; Rott und Jopp 2012, S. 475). Während zentrale Krankheitsregister (z. B. zu Krebserkrankungen und Schlaganfällen) und amtliche Statistiken zur Sterblichkeit (Todesursachenstatistik), zu stationären Behandlungsfällen (Krankenhausdiagnosestatistik), zur pflegerischen Versorgung (Pflegestatistik) sowie der Mikrozensus in der Regel Werte für Altersgruppen über 80 Jahren ausweisen, werden in repräsentativen Gesundheitsbefragungen hochaltrige Menschen wegen ihrer schwereren Erreichbarkeit oft nicht berücksichtigt oder nicht repräsentativ erfasst (in der Regel werden nur alte Menschen in Privathaushalten befragt, die geistig unbeeinträchtigt sind, nicht aber die im hohen Alter anteilmäßig zunehmenden Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner; vgl. Saß u. a. 2010, S. 404). Diese Einschränkungen gelten auch für den Deutschen Alterssurvey (DEAS) und den »Survey of health, ageing and retirement in Europe« (SHARE), die nur selten Ergebnisse zu Personen über 80 Jahren publizieren und dort ebenso die Heimbevölkerung ausschließen (Andersen-Ranberg u. a. 2005; Andersen-Ranberg u. a. 2008; BMFSFJ 2013).

Die Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts, vor allem die »Studie zur Gesundheit Erwach-

sener in Deutschland« (DEGS) und der telefonische Gesundheitssurvey »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA), sind aus den oben genannten Gründen für die Darstellung der gesundheitlichen Situation hochaltriger Menschen nicht bzw. kaum geeignet: Während die Basisstichprobe der ersten Welle des DEGS (vgl. Gößwald u. a. 2012) nur erwachsene Personen bis 79 Jahren umfasst, wird in den Hauptpublikationen zu den GEDA-Befragungen 2009 und 2010 (RKI 2011a, 2012a) die ältere Bevölkerung lediglich zu einer offenen Restkategorie 65+ zusammengefasst, obwohl die Befragten bis zu 100 Jahre alt waren. Eine Ausnahme stellt der GEDA-Bericht »Prevalence and morbidity among adults in Germany« (Fuchs u. a. 2012) dar, der Daten für die ab 75-Jährigen ausweist und für Kapitel 05.3 bis 05.5 genutzt werden konnte; allerdings fehlt auch hier die hochaltrige Heimbevölkerung, was bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden muss. Die Berliner Altersstudie (Mayer und Baltes 1996), die 516 Teilnehmer im Alter zwischen 70 und 103 Jahren umfasste (darunter auch in Heimen lebende), liefert daher weiterhin unverzichtbare Informationen zur gesundheitlichen Situation von hochaltrigen Menschen, auch wenn sie nur für Westberlin repräsentativ ist. Seit kurzem stellen vor allem die Barmer GEK und die AOK anonymisierte Versichertendaten für statistische Auswertungen zur Verfügung, womit (trotz eingeschränkter Repräsentativität wegen der jeweils spezifischen Versichertenstruktur) auch Längsschnittanalysen zur gesundheitlichen Situation von zu Hause und in Heimen lebenden Hochaltrigen möglich werden.

Das Risiko für funktionale Einschränkungen und Erkrankungen unterscheidet sich nicht nur zwischen Altersgruppen und Angehörigen unterschiedlicher Geburtsjahrgänge (Kohorten), es ist auch über den ganzen Lebenslauf hinweg sozial ungleich verteilt (vgl. Lampert 2009). Benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Menschen mit einem geringen

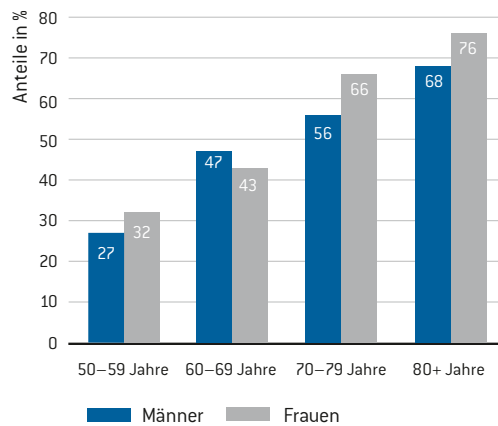
sozioökonomischen Status (also mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen) werden häufiger krank und sterben früher; gleichzeitig haben Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer (Lampert und Kroll 2014). Aus diesem Grund ist ein nach sozialen Merkmalen differenzierter Blick auf die gesundheitliche Situation der hochaltrigen Menschen nötig. Die unzureichende Datenlage erlaubt es allerdings meistens nur, Alters- und Geschlechterunterschiede darzustellen. Differenzierungen nach sozialem Status und Bildungsgrad, nach Ost- und Westdeutschen und nach Migrationshintergrund erfolgen daher nur dort, wo Daten vorliegen. 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.

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 körperlichen auch psychische und soziale Aspekte umfasst. 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).

Die Verschlechterung der subjektiven Gesundheit mit zunehmendem Alter zeigt sich in der SHARE-Befragung, die 2004 in elf europäischen Ländern zu den Themen soziale Lage, Gesundheit, soziale und familiale Netzwerke der über 50-Jährigen durch-

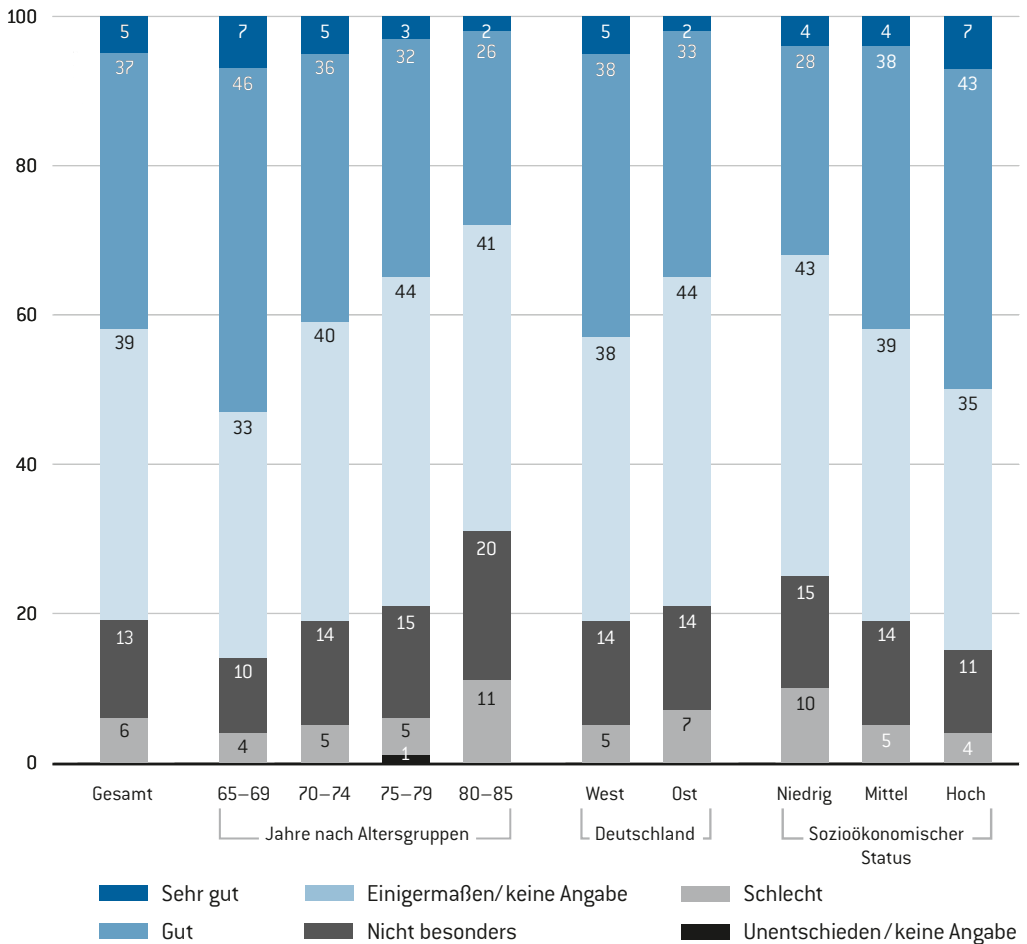
Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand



» Abb. 2: Selbst eingeschätzte Gesundheit (»mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«) nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 15), Frage: »Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist ... sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht?«

geführt wurde. In der deutschen Stichprobe (siehe Abbildung 2) gaben 27 % der Männer und 32 % der Frauen zwischen 50 und 59 Jahren an, dass ihr Gesundheitszustand »mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht« sei. Diese Werte stiegen in den höheren Altersgruppen stetig an und erreichten bei den über 80-Jährigen mit 68 % bei den Männern und 76 % bei den Frauen ihren Höhepunkt. Ältere Frauen ab 50 Jahren berichteten mit Ausnahme der Altersgruppe 60–69 über eine schlechtere subjektive Gesundheit als gleichaltrige Männer. Hier ist zu berücksichtigen, dass in der SHARE-Studie ca. zwei Drittel der über 80-Jährigen höchstens 84 Jahre alt waren und ausschließlich in Privathaushalten lebten (Andersen-Ranberg u. a. 2005, S. 35), sodass bei Einschluss der Hochaltrigen, die in Institutionen leben, noch schlechtere Werte für die subjektive

Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes



» Abb. 3: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands (Generali Altersstudie 2013, S. 258)

Frage: »Wie würden Sie alles in allem zurzeit Ihren Gesundheitszustand beschreiben? Würden Sie sagen ...« (Angaben in %, unentschieden, keine Angabe = Anteil unter 0,5 Prozent, Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-jährige Bevölkerung)

Gesundheit, insbesondere bei Frauen, zu erwarten gewesen wären.

Sehr ähnliche Ergebnisse liefert die entsprechende Frage in der Generali Altersstudie 2013: Hier

beschreiben 68 % der Männer und 75 % der Frauen zwischen 80 und 85 Jahren ihren Gesundheitszustand als »einigermassen«, »nicht besonders« oder »schlecht« (Generali Zukunftsfonds 2012, S.

259). Auch in den jüngeren Altersgruppen bewerten Männer ihren Gesundheitszustand geringfügig besser als Frauen (ebd.). Die subjektive Gesundheit verschlechtert sich stetig mit steigendem Alter (siehe Abbildung 3); dabei verdoppelt sich im Übergang in das hohe Alter der Anteil der Befragten mit einem schlechten subjektiven Gesundheitszustand von 5 % der 75- bis 79-Jährigen auf 11 % der 80- bis 85-Jährigen. Letztere berichteten auch zu 65 % davon, dass sich ihr Gesundheitszustand in den letzten drei Jahren etwas bzw. deutlich verschlechtert habe; von den 65- bis 69-Jährigen sagen dies nur 42 % (ebd., S. 260 f.).

Die subjektive Gesundheit der über 65-Jährigen folgt zudem einer sozialen Ungleichverteilung: Während die Ost-West-Unterschiede zugunsten der westdeutschen Bevölkerung noch moderat sind, bewerten mit 10 % doppelt so viele Befragte mit niedrigem sozioökonomischem Status ihre Gesundheit als »schlecht« als diejenigen Befragten mit einem mittleren (5 %) oder höheren (4 %) sozioökonomischen Status.²⁴ Damit wird die aus vielen Studien bekannte gesundheitliche Ungleichheit in der deutschen Bevölkerung (vgl. Lampert und Kröll 2014) auch für die subjektive Selbsteinschätzung bestätigt. Allerdings werden in der Generali Altersstudie die Daten nicht nach Altersgruppen differenziert, sodass keine spezifischen Aussagen über die sozialen Unterschiede bei den über 80-Jährigen möglich sind.

Gesundheitsprobleme

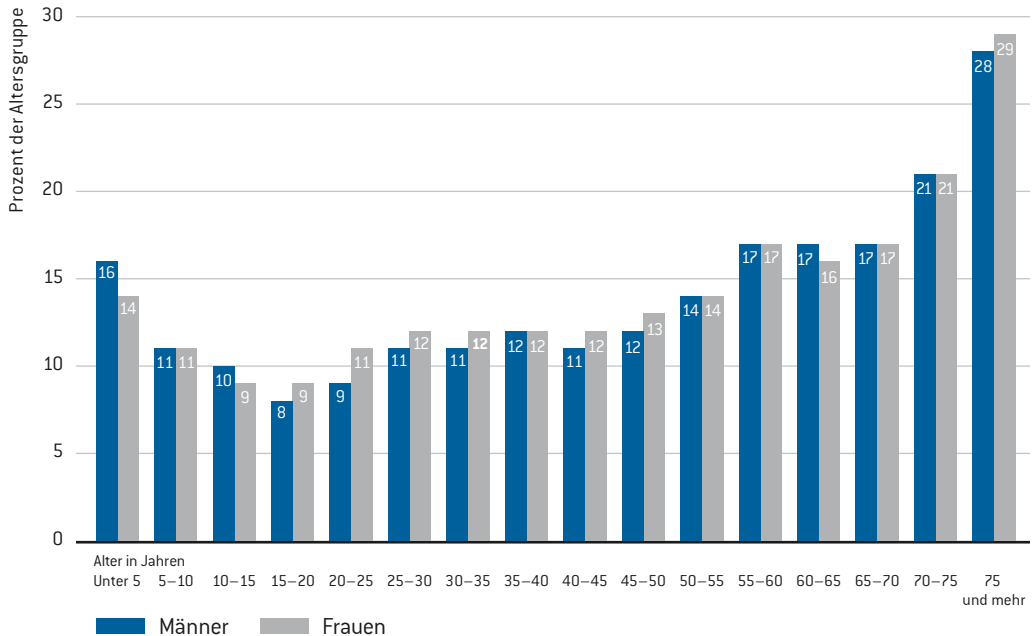
Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamts wurden zuletzt 2009 Fragen zur Gesundheit gestellt, unter anderem zu Krankheiten und Unfallverletzungen (Statistisches Bundesamt 2011b, S. 9).²⁵ Demnach gaben ältere Menschen ab 75 Jahren mit 29 % knapp doppelt so häufig an, in den letzten vier Wochen vor der Befragung krank oder unfallverletzt gewesen zu sein, als die Gesamtbevölkerung mit 15 %. Ab der zweiten Lebenshälfte nehmen die Altersgruppenanteile der Kranken oder Unfallverletzten kontinuierlich zu, zwischen Männern und Frauen gibt es hier kaum Unterschiede (siehe Abbildung 4).

In der SHARE-Befragung von 2004 gaben, möglicherweise aufgrund der offeneren Frageformulierung, weitaus mehr ältere Menschen langwierige Gesundheitsprobleme, Krankheiten oder Behinderungen an. Die Altersgruppenanteile stiegen dabei kontinuierlich an, von 44 % der Männer und 46 % der Frauen zwischen 50 und 60 Jahren auf 76 % der Männer und 84 % der Frauen über 80 Jahren. Damit litten 2004 mehr als drei Viertel der hochaltrigen Bevölkerung an chronischen Beschwerden, Frauen zu einem etwas höheren Anteil als Männer. (Mening 2006, S. 12; siehe Abbildung 5). Erklärungen zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden liegen nicht vor.

24 Der sozioökonomische Status wurde in der Generali Altersstudie 2013 als Indexwert gebildet, der sich aus Angaben zur Schulbildung, zum Beruf des Befragten bzw. des (früheren) Partners und zum monatlichen Netto-Äquivalenzeinkommen zusammensetzt (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 586).

25 Das Zusatzprogramm »Fragen zur Gesundheit« wird jeweils im Abstand von vier Jahren durchgeführt und richtete sich 2009 an 1 % der Bevölkerung (ca. 340.000 Haushalte mit ca. 700.000 Personen). Die Antworten auf Fragen zu den Themenkomplexen »Gesundheitszustand (Kranke und Unfallverletzte)«, »Krankheitsrisiken (Rauchgewohnheiten)« und »Körpermaße (Größe, Gewicht, Body-Mass-Index)« war freiwillig (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b, S. 3).

Kranke und Unfallverletzte



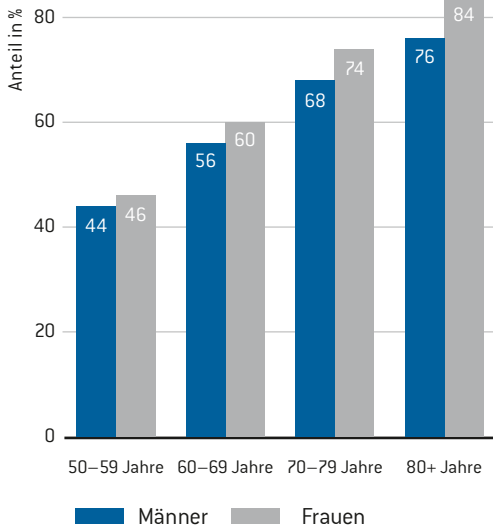
➤ Abb. 4: Kranke und Unfallverletzte in den letzten vier Wochen 2009 nach Alter und Geschlecht (bezogen auf die Bevölkerung mit Angaben über die Gesundheit) [Statistisches Bundesamt 2011b, S. 9]

Mehrfacherkrankungen

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Multimorbidität, d. h. es steigt die Wahrscheinlichkeit, an mehreren Erkrankungen gleichzeitig zu leiden. Die medizinische Versorgung von multimorbiden älteren und alten Menschen steht vor besonderen Herausforderungen, da bisherige Diagnose- und Behandlungsleitlinien nur auf einzelne chronische Erkrankungen fokussiert sind, womit Wechselwirkungen mit weiteren, die häufig veränderte bzw. unspezifische Symptombilder zur Folge haben, kaum erfasst werden können. Fortschreitende chronische

Erkrankungen und funktionale Einschränkungen bzw. Behinderungen vereinen sich mit altersbedingten Funktionsverlusten der Organe (z. B. Muskel- und Knochenabbau, Nachlassen der Sehkraft, Abnahme der Lungenfunktion) und verringern dadurch die Funktionsreserven des Organismus, der in der Folge auf große Belastungen (z. B. durch Infektionserkrankungen oder klimatische Extrembedingungen) nur noch eingeschränkt reagieren kann. Solcherart verletzliche und gebrechliche alte Menschen haben ein hohes Risiko für weitere gesundheitliche Verschlechterungen, die tödlich ausgehen oder in dauerhafte Hilfs- und Pflegebe-

Chronische Gesundheitsprobleme



» Abb. 5: Anteil der Befragten mit chronischen Gesundheitsproblemen nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 12)

Frage: »Manche Menschen haben chronische oder langwierige gesundheitliche Probleme. Unter langwierig verstehen wir, dass Sie damit schon seit längerer Zeit Probleme haben oder wahrscheinlich für längere Zeit Probleme haben werden. Haben Sie in diesem Sinn langwierige Gesundheitsprobleme, Krankheiten, oder Behinderungen?« (Anteil der Ja-Antworten)

dürftigkeit münden können. Das Ziel der ärztlichen Bemühungen ist daher oft nicht mehr die Heilung oder Therapie einzelner Erkrankungen, sondern die weitest mögliche Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Lebensqualität und Selbständigkeit (BMG 2012, S. 92; Scheidt-Nave u. a. 2010, S. 441).

Bislang existieren keine verbindlichen Definitionen zur Messung von Multimorbidität, sodass

vorliegende Schätzungen zum Auftreten in der älteren Bevölkerung untereinander kaum vergleichbar sind. Die in epidemiologischen²⁶ Studien angeführten Werte sind sehr unterschiedlich, je nachdem welche und wie viele Erkrankungen gezählt werden, wie sich die befragte bzw. untersuchte Stichprobe zusammensetzt, und ob Hochaltrige berücksichtigt werden (BMG 2012, S. 94; Scheidt-Nave u. a. 2010, S. 442). Alle Schätzungen stimmen darin überein, dass die Prävalenz (Häufigkeit) von Multimorbidität mit steigendem Lebensalter bei beiden Geschlechtern kontinuierlich zunimmt (Scheidt-Nave u. a. 2010, S. 441). Auswertungen der Alterssurveys von 1996, 2002 und 2008 zeigen zudem, dass im zeitlichen Verlauf die Prävalenzen in jeder Altersgruppe abnehmen, also die heutigen Alten gesünder sind als die Alten vor über einem Jahrzehnt (BMFSFJ 2009a, S. 22). Gesichert sind diese Ergebnisse jedoch meist nur bis zur Schwelle der Hochaltrigkeit: Für hochaltrige Menschen liegen entweder keine repräsentativen Daten vor (DEAS) oder es werden wie im GEDA (vgl. Fuchs u. a. 2012, S. 577) nur Personen befragt, die in Privathaushalten leben – in Heimen lebende ältere Menschen werden damit nicht berücksichtigt. Überdies bleibt in der Regel die Alterszusammensetzung von Hochaltrigenstichproben unklar, die als Altersgruppen 75+, 80+ oder 85+ ausgewiesen werden, ohne dass Angaben zur Streuung und zu Altersmittelwerten dieser nach oben offenen Kategorien erfolgen. Repräsentative Daten zur Multimorbidität älterer Menschen mit Migrationshintergrund liegen nicht vor (BAMF 2011; BAMF 2012a), der GEDA z. B. setzt fließende Deutschkenntnisse bei den Befragten voraus (Fuchs u. a. 2012, S. 577), sodass Menschen mit Migrationshintergrund darin unterrepräsentiert sein dürften.

26 Epidemiologisch: Die Verbreitung von Erkrankungen in der Bevölkerung betreffend.

Bis heute wertvolle Einsichten zu Mehrfacherkrankungen im sehr hohen Alter liefert die Berliner Altersstudie (Mayer und Baltes 1996).²⁷ Die beteiligten Projektärzte stellten bei Frauen häufiger fünf oder mehr medizinische Diagnosen fest als bei Männern. Die Gruppen der »jungen Alten« und der »alten Alten« unterschieden sich dabei deutlich: An mindestens fünf Erkrankungen litten 19 % der Männer und 27 % der Frauen von 70–84 Jahren, während es bei den über 85-Jährigen bereits 41 % der Männer und 54 % der Frauen waren. Interessanterweise unterschieden sich die Diagnosen der Hausärzte deutlich von denjenigen der Projektärzte: In beiden Altersgruppen erhielten jeweils nur ungefähr ein Viertel der Frauen und der Männer mindestens fünf hausärztliche Diagnosen (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996, S. 167). Möglicherweise wurden hochaltrige Menschen, insbesondere Frauen, hausärztlich weniger genau untersucht als jüngere Menschen.

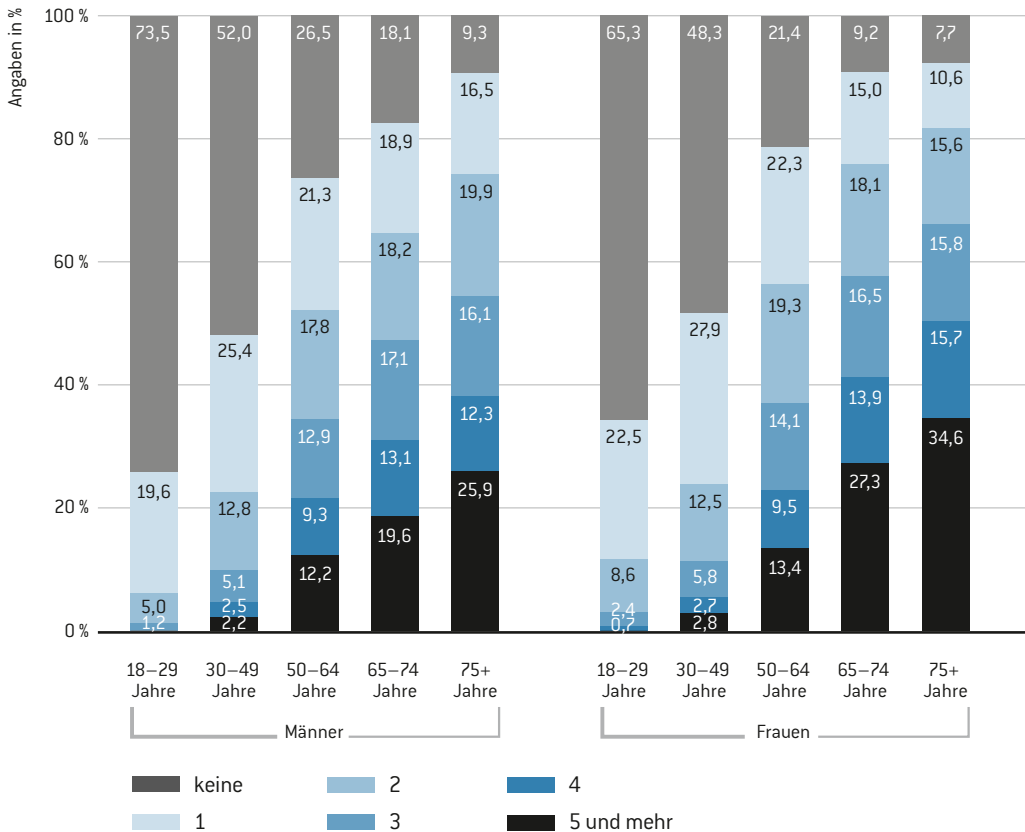
Ein kontinuierlicher Anstieg von Mehrfacherkrankungen im höheren und hohen Alter, mit jeweils leicht höheren Raten bei den Frauen, war auch in der deutschen SHARE-Stichprobe von 2004 zu beobachten (Menning 2006, S. 13): Während bei den 50- bis 59-Jährigen 21 % der Männer und 24 % der Frauen angaben, unter mindestens zwei ärztlich diagnostizierten Krankheiten zu leiden (ausgewählt aus einer Liste von 14 Krankheiten bzw. Risikofaktoren und einer offenen Kategorie), verdreifachte sich diese Rate bei den über 80-Jährigen bereits auf 63 % der Männer und 68 % der Frauen.

Aktuelle und nach einzelnen Krankheitsgruppen differenzierte Ergebnisse zur Multimorbidität der

über 75-jährigen Bevölkerung sind einer Sonderauswertung des telefonischen Gesundheitssurveys »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) mit Daten aus 2009 zu entnehmen (Fuchs u. a. 2012). Hierzu wurden 21.262 in Privathaushalten lebende Personen im Alter von 18 bis 100 Jahren telefonisch zu 22 chronischen Gesundheitsproblemen befragt; von den Befragten waren 738 Frauen und 482 Männer über 75 Jahre alt. Ermittelt wurden die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen für einzelne Gesundheitsprobleme und Krankheitsgruppen sowie ihre Kombinationen. Am häufigsten gaben Männer und Frauen Bluthochdruck, Hypercholesterinämie (zu hohe Cholesterinwerte), chronische Rückenschmerzen, Adipositas (Übergewicht) und Arthrose an. Diese Gesundheitsprobleme nahmen im Lebensverlauf zu und führten im höheren Alter zu wachsenden Raten von Personen mit Mehrfacherkrankungen; Frauen waren jeweils stärker von Multimorbidität betroffen als gleichaltrige Männer (siehe Abbildung 6). Die höchsten Werte lagen erwartungsgemäß bei den über 75-Jährigen vor: Von den Männern über 75 Jahren litten 74 % an zwei oder mehr gesundheitlichen Beschwerden bzw. Erkrankungen (65- bis 74-Jährige: 63 %), mindestens fünf Beschwerden bzw. Erkrankungen gaben 26 % der Männer aus dieser Altersgruppe an (65–74: 20 %). Die entsprechenden Werte der über 75-jährigen Frauen lagen für mindestens zwei Diagnosen bei 82 % (65–74: 76 %) und für mindestens fünf Diagnosen bei 35 % (65–74: 27 %).

²⁷ Die Hauptstichprobe der von 1990 bis 1993 durchgeführten Berliner Altersstudie (BASE) umfasste 516 zufällig ausgewählte Bürger(innen) aus West-Berlin zwischen 70 bis 103 Jahren. Die Altersgruppen 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90–94 und 95+ waren mit je 43 Männern und 43 Frauen gleichstark besetzt (Mayer und Baltes 1996, S. 25). Zwar war die BASE nur für West-Berlin repräsentativ, laut den Autorinnen und Autoren können aber die biomedizinischen Befunde auch auf die westdeutsche Gesamtbevölkerung übertragen werden (ebd., S. 44 f.).

Mehrere gleichzeitig vorliegende Erkrankungen / Beschwerden



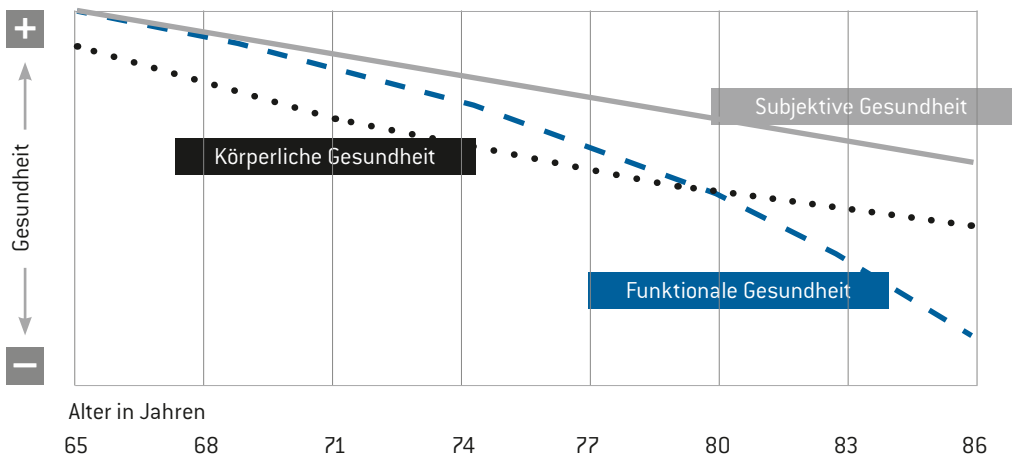
» Abb. 6: Anteil von Personen mit mehreren gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen/Beschwerden nach Geschlecht und Alter, GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, S. 579)

Veränderung der Gesundheit im Altersverlauf

In den Gesundheitswissenschaften werden drei Dimensionen von Gesundheit unterschieden: Die somatische und psychische Gesundheit, die funk-

tionale Gesundheit und die subjektive Gesundheit (Tesch-Römer und Wurm 2009a, S. 12–15). Die somatische und psychische Gesundheit (siehe Kapitel 05.3 und 05.4) bezieht sich darauf, ob jemand körperliche oder psychische Erkrankungen aufweist und wenn ja, wie viele. Die funktionale Gesundheit (siehe Kapitel 05.2) beschreibt die Fä-

Veränderungen körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter



» Abb. 7: Veränderungen körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter, Deutscher Alterssurvey 1996–2011 [BMFSFJ 2013, S. 31]

higkeit, selbständig die eigenen Grundbedürfnisse zu befriedigen und alltägliche Aufgaben auszuführen. Da im hohen Alter chronische Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) stark zunehmen, sind gerade in dieser Lebensphase Maßnahmen zum Erhalt der funktionalen Gesundheit zentral. Die subjektive Gesundheit schließlich stellt, wie beschrieben, die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes dar. Wenn Altersgruppenunterschiede bei diesen drei Dimensionen gefunden werden, dann können diese auf individuelle Altersprozesse (Alterseffekte), unterschiedliche Zeitumstände (Periodeneffekte) und/

oder Unterschiede zwischen Geburtsjahrgängen (Kohorteneffekte) zurückgeführt werden (Wurm u. a. 2009, S. 79).

Eine Auswertung von Längsschnittdaten des Deutschen Alterssurveys (BMFSFJ 2013, S. 30–35) belegt, wie sich diese Dimensionen mit zunehmendem Alter verändern (siehe Abbildung 7) und welche sozialen Unterschiede je nach Bildungsgrad dabei zu beobachten sind.²⁸

Mit steigendem Alter verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Befragten insgesamt; dabei befinden sich zu Beginn der Altersphase mit 65 Jahren die subjektive und die funktionale Gesund-

²⁸ Die Auswertung basiert auf Wiederholungsbefragungen im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Hierzu wurden Menschen ab 40 Jahren im Zeitraum von 1996 bis 2011 bis zu vier Mal zu ihrer Lebenssituation befragt. Aus diesen Paneldaten lassen sich Aussagen über individuelle Entwicklungsverläufe, unter anderem zu Gesundheitsverläufen, treffen [BMFSFJ 2013, S. 8]. Der Bildungsgrad wurde anhand des Schulabschlusses eingeteilt in hohe, mittlere und niedrige Bildung.

heit auf einem höheren Niveau als die körperliche Gesundheit. Während die körperliche und die subjektive Gesundheit in stetigem Tempo abnehmen, geht die funktionale Gesundheit beschleunigt zurück. Zu Beginn der Hochaltrigkeit fällt die funktionale Gesundheit dann unter das Niveau der beiden anderen Dimensionen, wobei der Abstand im weiteren Verlauf (bis zum höchsten beobachteten Alter von 86 Jahren) immer größer wird. Die Zunahme an chronischen und Mehrfacherkrankungen scheint im Übergang zum hohen Alter also immer weniger kompensiert werden zu können, sodass die Mobilität und die Selbständigkeit der Menschen ab 80 Jahren immer stärker eingeschränkt werden.

Der Bildungsgrad verliert mit dem Übergang in die Hochaltrigkeit für die körperliche Gesundheit etwas und für die subjektive Gesundheit stark seine vorher große Bedeutung, die Werte für Personen mit hoher Bildung und jene mit mittlerer und niedriger Bildung nähern sich hier beträchtlich an (BMFSFJ 2013, S. 32–35). Hierfür könnten sowohl eine soziale Angleichung der Lebensbedingungen nach Eintritt in den Ruhestand als auch die höhere Morbidität und Mortalität der sozial benachteiligten Bevölkerung, die zu einem selektiven Überleben der gesünderen Mitglieder führen, verantwortlich sein; beides bewirkt, dass im hohen Alter soziale Unterschiede der körperlichen Gesundheit geringer werden (vgl. Mayer u. a. 1996, S. 606; Lampert 2009, S. 131). Die funktionale Gesundheit bleibt jedoch über das ganze Alter hinweg sozial ungleich verteilt: Höhergebildete weisen auch im hohen Alter ein durchschnittlich höheres Niveau an Mobilität und Selbständigkeit auf als Personen mit einer geringeren Bildung (BMFSFJ 2013, S. 32–35). Dieser Unterschied kann damit erklärt werden, dass eine höhere Bildung mit besseren sozialen und finanziellen Ressourcen, einem gesünderen Lebensstil und einem kompetenteren Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden

ist (ebd.). Auch bei sozial benachteiligten Hochaltrigen sind somit noch Spielräume zur Verbesserung der funktionalen Gesundheit gegeben, wenn diese entsprechende soziale und finanzielle Unterstützungsangebote erhalten.

Da die nachfolgenden Geburtsjahrgänge besser ausgebildet und insgesamt gesünder sind als die jeweils vorhergehenden Jahrgänge, ist in Zukunft auch mit einer allgemeinen Verbesserung der körperlich-psychischen, funktionalen und subjektiven Gesundheit von Hochaltrigen zu rechnen. Darauf weisen Kohortenvergleiche hin, die mit den Basisstichproben der Alterssurveys von 1996, 2002 und 2008 durchgeführt wurden (Wurm u. a. 2010); Personen über 85 Jahren wurden dort allerdings nicht berücksichtigt.

» 05.2 Funktionale Einschränkungen, Hilfebedürftigkeit und Behinderungen

Funktionale Einschränkungen

Eine Person ist im Sinne der WHO funktional gesund, wenn sie die körperlichen und psychischen Funktionen eines gesunden Menschen aufweist, in ihrem Lebensumfeld alle Aktivitäten, die von einem Menschen ohne gesundheitliche Probleme erwartet werden, ausüben kann und sich dadurch in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, entfalten kann (Menning und Hoffmann 2009b, S. 63). Die mit steigendem Lebensalter zunehmenden gesundheitlichen Beschwerden und chronischen Erkrankungen führen dazu, dass diese funktio-

nale Gesundheit und damit auch die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung im Altersverlauf immer stärker zurückgeht. Dieses Risiko ist – wie im vorigen Abschnitt erläutert – besonders groß für alte Menschen mit niedriger Bildung, da diese geringere Ressourcen zur Kompensation von gesundheitlichen Einschränkungen haben als besser gebildete Gleichaltrige. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit tritt dann ein, wenn der Alltag aufgrund einer zu stark eingeschränkten funktionalen Gesundheit nicht mehr selbständig bewältigt werden kann (siehe dazu ausführlich das Kapitel 06 »Pflege und Pflegebeziehungen«).

Anhand einer eigenen Auswertung der deutschen SHARE-Daten von 2004 kann Menning (2006) zeigen, dass Aktivitätsbeschränkungen (gemessen durch den »Global Activity Limitation Indicator«) bis in das hohe Alter hinein stetig zunehmen. Während erst ein Drittel der 50- bis 59-jährigen Männer und Frauen im letzten halben Jahr durch gesundheitliche Probleme an der Ausübung ihrer Aktivitäten gehindert waren, traf dies bereits auf über 80 % der Befragten über 80 Jahren zu (Menning 2006, S. 4; siehe Abbildung 8).

Wie bei den gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen weisen Frauen hier jeweils höhere Anteile als Männer auf. Die Angleichung der Werte bei den über 80-Jährigen erklären Menning und Hoffmann (2009b, S. 63 f.) damit, dass die SHARE-Stichprobe nur Befragte in Privathaushalten umfasst – da weitaus mehr alte Frauen als alte Männer in Pflegeheimen leben (vgl. Kapitel 06 »Pflege und Pflegebeziehungen«), werden die tatsächlichen Anteilswerte für funktionale Einschränkungen für Frauen stärker unterschätzt als für Männer.

Der Altersanstieg an funktionalen Einbußen lässt sich mit Daten der Wiederholungsstichprobe des Alterssurveys 2002 auch für einzelne Funktionsbereiche nachweisen (Menning 2006, S. 5–7): Sowohl sensorische Beeinträchtigungen (Hören

Aktivitätsbeschränkungen

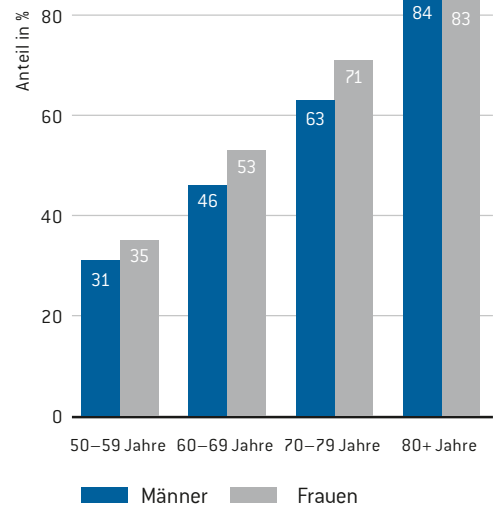


Abb. 8: Aktivitätsbeschränkungen (Global Activity Limitation Indicator) nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 4)

und Sehen) als auch Einschränkungen der Mobilität (Treppen steigen, längere Strecken zu Fuß gehen) sind deutlich altersabhängig. Die jeweils größten Anstiege waren beim Übergang in die Hochaltrigkeit zu verzeichnen, d. h. zwischen den Altersgruppen der 65- bis 74-Jährigen und 75- bis 84-Jährigen: Bei den 75- bis 84-Jährigen hatten 30 % Schwierigkeiten beim Lesen der Zeitung (65–74: 19 %) und 17 % hatten Schwierigkeiten damit, Personen auf der Straße zu erkennen (65–74: 8 %); diese Werte schlossen die Benutzung von Sehhilfen wie Brillen mit ein. Schwierigkeiten mit dem Hören hatten die 75- bis 84-Jährigen beim Telefonieren zu 20 % (65–74: 11 %) und bei Gruppentreffen zu 26 % (65–74: 16 %). Schließlich waren die 75- bis 84-Jährigen zu

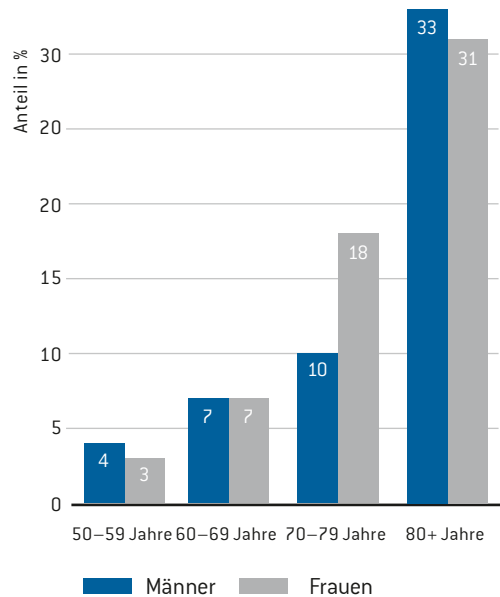
24 % beim Steigen von mehreren Treppenabsätzen (65–74: 10 %) und zu 25 % bei Strecken von mehr als einem Kilometer, die zu Fuß zurückgelegt werden, (65–74: 11 %) stark durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand eingeschränkt (ebd., S. 6 f.). Laut Generali Altersstudie 2013 steigen die Altersanteile derjenigen, die aufgrund solcher Probleme einen Stock, Rollator oder Ähnliches zum Gehen brauchen, exponentiell von 4 % der 65- bis 69-Jährigen auf 8 % der 70- bis 74-Jährigen, 15 % der 75- bis 79-Jährigen und 34 % der 80- bis 85-Jährigen an (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 305).

Abnehmende Sehkraft (Altersweitsichtigkeit, Linsentrübung), rückgängige Hörstärke und eine zunehmend eingeschränkte Mobilität können durch Seh-, Hör- und Gehhilfen sowie Operationen teilweise kompensiert werden, womit Lebensqualität und Selbständigkeit deutlich gefördert werden. Dies ist aus präventiver Sicht wichtig, da sensorische Einschränkungen große Risikofaktoren für Sturzunfälle und daraus folgende Hüft- und Oberschenkelhalsfrakturen sowie für Depressionen sind (Menning und Hoffmann 2009b, S. 64 f.).

Schwierigkeiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Die abnehmende funktionale Gesundheit hat einen großen Einfluss darauf, ob bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens ausgeführt werden können und Unterstützung bzw. Hilfe zu ihrer Ausführung benötigt werden. Die ADL (Activities of Daily Living) beziehen sich auf basale Aktivitäten der Sorge für sich selbst (z. B. Essen, Trinken, An-/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

ADL-Einschränkungen



» Abb. 9: Anteil der Befragten mit mindestens einer ADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 8)

Frage: »Haben Sie wegen gesundheitlicher Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten mit diesen Aktivitäten? Sich anziehen, einschließlich Socken und Schuhe; Quer durch einen Raum gehen; Baden oder Duschen; Essen, zum Beispiel beim Zerkleinern Ihrer Speisen; Sich ins Bett legen, aus dem Bett aufstehen; Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen?«

waschen, finanzielle Dinge regeln). Hilfe- bzw. Pflegebedarf ist dann gegeben, wenn eine Person einzelne ADL und IADL nicht mehr selbständig durchführen kann (vgl. Menning 2006, S. 8).

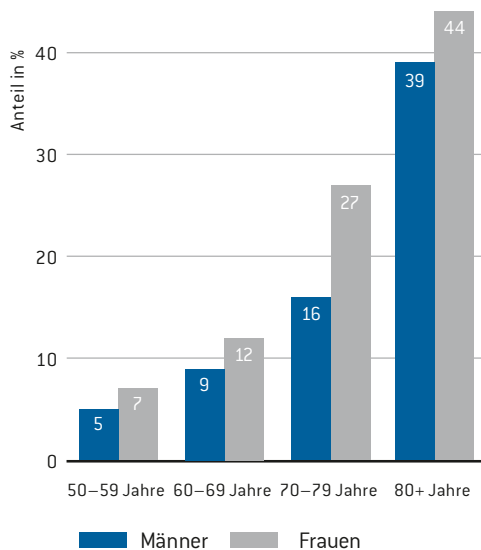
Die SHARE-Daten der deutschen Stichprobe belegen, dass die Anteile der Befragten in Privathaushalten mit ein oder mehr Beeinträchtigungen in den ADL bzw. IADL im hohen Alter immer weiter ansteigen. 10 % der Männer bzw. 18 % der Frauen

zwischen 70–79 Jahren, aber 33 % der Männer und 31 % der Frauen über 80 Jahren hatten Probleme bei basalen Aktivitäten der Selbstversorgung (Menning 2006, S. 8; siehe Abbildung 9). Ebenso stiegen die Anteile der Befragten, die wegen gesundheitlichen oder Gedächtnisproblemen Schwierigkeiten mit mindestens einer instrumentellen Aktivität des täglichen Lebens hatten – von 16 % der Männer und 27 % der Frauen zwischen 70 und 79 Jahren auf 39 % der Männer und 44 % der Frauen ab 80 Jahren (Menning 2006, S. 9; siehe Abbildung 10).

Menning und Hoffman (2009b, S. 75 f.) konnten darüber hinaus auf der Basis einer Auswertung von Längsschnittdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) nachweisen, dass zwischen 1992 und 2005 bei Hochaltrigen in Privathaushalten der Hilfebedarf für ADL-Aktivitäten eher stagnierte und er für IADL-Aktivitäten sogar rückläufig war. Hierfür machen sie die bessere Gesundheit jüngerer Geburtsjahrgänge und den erhöhten Gebrauch von alltagserleichternden technischen Hilfsmitteln verantwortlich.

Naturgemäß sind die überwiegend hochaltrigen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sehr viel stärker von Einschränkungen ihrer Alltagsaktivitäten betroffen als die übrige Bevölkerung. Daten hierzu lieferte die 2005 durchgeführte Studie »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen (MuG IV)« (Schneekloth 2006, zitiert nach Menning 2006, S. 11). Im Bereich der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) konnten die Bewohnerinnen und Bewohner diese Aktivitäten nach Einschätzung des Betreuungspersonals unmöglich alleine oder nur mit Schwierigkeiten ausüben: Duschen/Waschen (88 %), An-/Ausziehen (77 %), Wasser/Stuhl halten (68 %), alleine die Toilette benutzen (64 %), im Zimmer umhergehen (56 %), Essen/Trinken (39 %). Folgende instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) konnten die Heimbewohnerinnen

IADL-Einschränkungen



» Abb. 10: Anteil der Befragten mit mindestens einer IADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 9)

Frage: »Haben Sie wegen gesundheitlicher Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten mit diesen Aktivitäten? Benutzen einer Karte, um sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden; Zubereitung einer warmen Mahlzeit; Einkaufen von Lebensmitteln; Telefonieren; Medikamente einnehmen; Arbeiten im Haus oder im Garten; Mit Geld umgehen, zum Beispiel Rechnungen bezahlen oder Ausgaben kontrollieren.«

und -bewohner nicht oder nur mit Schwierigkeiten verrichten: Öffentliche Verkehrsmittel nutzen (91 %), Einkaufen (89 %), finanzielle Dinge regeln (85 %), Besuche machen (80 %), sich draußen zurechtfinden (78 %), Telefonieren (56 %). Gleichwohl verfügen auch pflegebedürftige Heimbewohner noch über viele Alltagskompetenzen, die gefördert und mobilisiert werden können (ebd.).

Einen seltenen Einblick in die gesundheitliche Situation der »Höchstaltrigen« bietet die zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie (Jopp u. a. 2013). Die Hundertjährigen bzw. deren Angehörige berichteten von durchschnittlich vier Gesundheitsproblemen, die deutliche Einschränkungen im Alltag zur Folge hatten; Hör- und Sehstörungen sowie Stürze wurden am häufigsten genannt. Im Vergleich zur ersten Heidelberger-Hundertjährigen-Studie von 2000/01 stieg die funktionale Gesundheit der Hundertjährigen. Heute kann ein größerer Anteil von ihnen grundlegende und erweiterte Tätigkeiten des alltäglichen Lebens selbständig ausführen. Zwischen diesen Aktivitäten gab es bei den Hundertjährigen bedeutende Unterschiede: Während 83 % essen, 52 % telefonieren und 53 % zu Bett gehen bzw. daraus aufstehen konnten, konnten nur 6 % die Hausarbeit verrichten, 13 % sich duschen und 22 % Mahlzeiten zubereiten (ebd., S. 22 f.). Auch die geistige Leistungsfähigkeit der Hundertjährigen verbesserte sich seit 2000/01, dennoch lagen weiterhin bei knapp der Hälfte mittlere oder starke kognitive Einschränkungen vor. Entsprechend überrascht es nicht, dass vier von fünf befragten Hundertjährigen Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen. Die Autorinnen und Autoren ziehen aus ihrer Studie den Schluss, dass die Zunahme der Lebenserwartung nicht dazu geführt habe, dass es mehr kranke und eingeschränkte Hundertjährige gibt. Die Befunde verdeutlichen ihrer Ansicht nach, dass auch im sehr hohen Alter präventive und medizinisch-rehabilitative Angebote sinnvoll und wirksam seien (ebd., S. 63 f.).

Behinderung

Im Gegensatz zu den gesundheitswissenschaftlichen Konzepten der funktionalen Gesundheit und der Aktivitäten des täglichen Lebens stellt

der Begriff der Behinderung (vergleichbar dem Pflegebedürftigkeitsbegriff) eine sozialrechtlich definierte Kategorie dar. Nach dem neunten Buch des Sozialgesetzbuchs zur »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« gelten Menschen als behindert, »wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist«, schwerbehinderte Menschen haben dabei einen »Grad der Behinderung von wenigstens 50.« (§ 2 SGB XI) Die Anerkennung als schwerbehindert setzt einen Antrag bei den Versorgungsämtern voraus, die nach positiver Begutachtung einen entsprechenden Ausweis ausstellen. Ende 2011 gingen 83 % der Schwerbehinderungen auf Krankheiten zurück und fast zwei Drittel (62 %) der Schwerbehinderten litten unter körperlichen Behinderungen (Statistisches Bundesamt 2013d, S. 5).

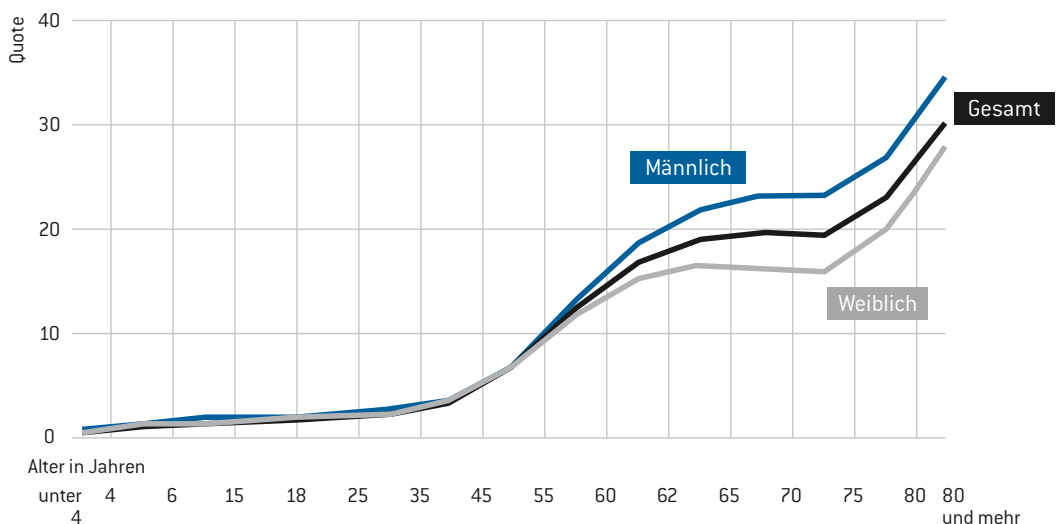
Da Krankheiten und körperliche Einschränkungen im höheren Alter stark zunehmen, verwundert es nicht, dass auch die Anteile der schwerbehinderten Menschen im Altersverlauf deutlich ansteigen (Statistisches Bundesamt 2013e, S. 121; siehe Abbildung 11). Während Ende 2011 die Altersgruppe von 60 bis unter 62 Jahren zu 17 % eine anerkannte Schwerbehinderung aufwies (Männer 19 %, Frauen 15 %), war diese Quote bei den über 80-Jährigen mit 30 % bereits fast doppelt so hoch. Auch hier unterscheiden sich beide Geschlechter, die hochaltrigen Männer waren zu 35 %, die hochaltrigen Frauen zu 28 % schwerbehindert. Diese Differenz wird darauf zurückgeführt, dass Männer häufiger als Frauen aus berufsbezogenen Gründen einen Schwerbehindertenausweis beantragen, um auf dem Arbeitsmarkt und im Falle einer Frühverrentung Vorteile erlangen zu können (Statistisches Bundesamt 2013d, S. 6). Die Anerkennung als

schwerbehindert ist nicht gleichbedeutend mit einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit: Bis in das höhere Alter sind die Bevölkerungsanteile der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen weitaus geringer als diejenigen der schwerbehinderten Menschen (vgl. Berlin-Institut 2009, S. 19). Erst im hohen Alter gleichen sich diese Anteile an: Ende 2011 waren die über 80-Jährigen zu 32 % pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9, eigene Berechnung).

Erstmalig erreicht ein größerer Anteil an Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen das höhere und hohe Alter. Vorherige Generationen wurden im Nationalsozialismus verfolgt und ermordet, und erst aufgrund einer verbesserten medizinischen Versorgung ist ihre Lebenserwartung inzwischen deutlich gestiegen.

Diese Menschen, ihre ebenfalls inzwischen oft alten Angehörigen sowie die Betreuungseinrichtungen für behinderte Menschen sind auf diese Situation noch ungenügend vorbereitet. Bestehende und neue Angebote von Altenhilfe, Behindertenhilfe und Pflegeversicherung müssen daher so aufeinander abgestimmt werden, dass auch hochaltrige Menschen mit geistigen Behinderungen möglichst selbständig und selbstbestimmt leben können (vgl. Berlin-Institut 2009, S. 6 und 20).

Schwerbehinderten Menschen am Jahresende 2011



➤ Abb. 11: Quote der schwerbehinderten Menschen am 31.12.2011 nach Alter und Geschlecht (Statistisches Bundesamt 2013d, S. 6)

» 05.3 Körperliche Erkrankungen

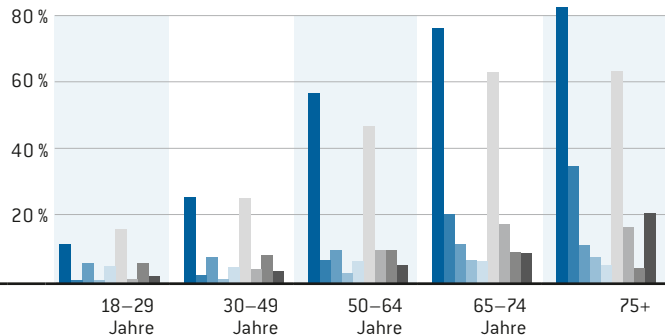
In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Beeinträchtigungen und Krankheiten der hochaltrigen Menschen vorgestellt. Bevor einzelne Krankheitsgruppen und -bilder genauer betrachtet werden, soll zunächst das Spektrum der häufigsten Erkrankungen skizziert werden.

Krankheitsspektrum

Bevölkerungsrepräsentative Daten zum Krankheitsspektrum der über 80-Jährigen liegen nur sehr unvollkommen vor, wie bereits in der Einleitung zu diesem Kapitel und im Abschnitt zu Mehrfacherkrankungen beschrieben wurde. Einen ersten Überblick über die häufigsten Erkrankungen im hohen Alter kann die oben vorgestellte Sonderauswertung des telefonischen Gesundheitssurveys »GEDA 2009« (Fuchs u. a. 2012) bieten. Je nach Art der Erkrankung wurde dort entweder nur die Lebenszeitprävalenz (»Wurde bei Ihnen jemals

Prävalenz von Krankheitsgruppen bei Frauen

Anmerkung: Die Balken rechts visualisieren die Tabellendaten in den Spalten, die sich senkrecht darunter befinden.



Erkrankungsgruppe	18–29 Jahre	30–49 Jahre	50–64 Jahre	65–74 Jahre	75+
Kardiometabolische Erkrankungen	11,7	25,6	57,0	76,7	82,9
Kardiovaskuläre Erkrankungen	0,7	2,2	6,9	20,5	35,1
Erkrankungen der unteren Atemwege	5,9	7,7	9,7	11,6	11,4
Leber- und Nierenerkrankungen	0,9	1,2	2,9	6,9	7,8
Magenerkrankungen	5	4,8	6,4	6,6	5,2
Muskuloskelettale Erkrankungen	16	25,4	47,1	63,3	63,7
Krebs	1,2	4,1	9,8	17,5	16,6
Depression	5,8	8,4	9,8	9,1	4,3
Schwere sensorische Einschränkungen	1,9	3,6	5,3	8,8	20,8

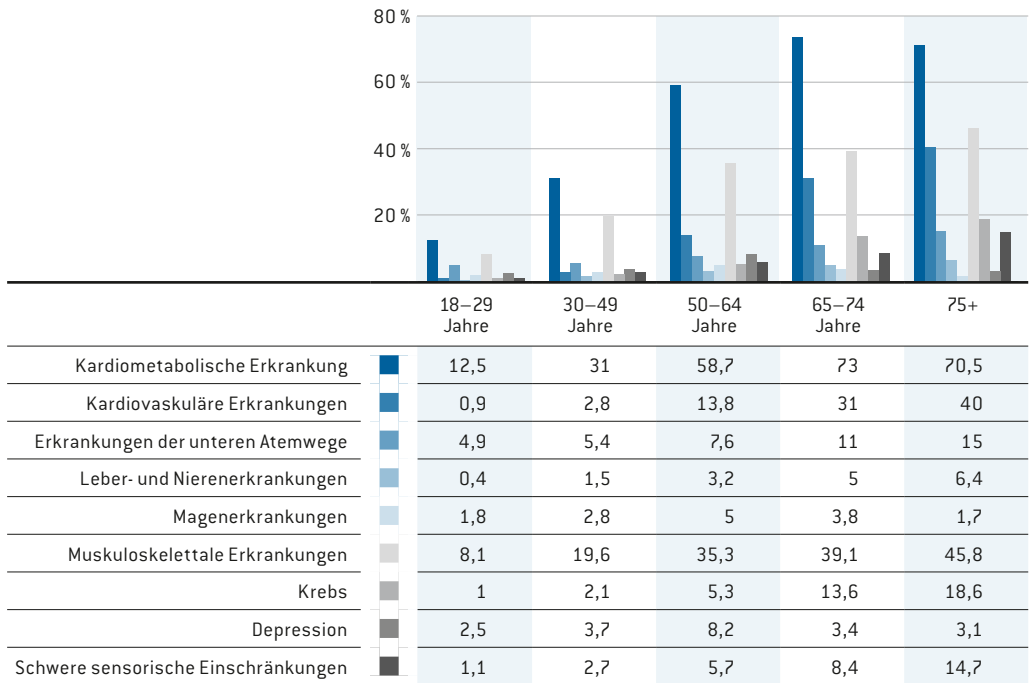
» Abb. 12: Prävalenz von Krankheitsgruppen nach Alter in % (Frauen), GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang)

diese Erkrankung von einem Arzt festgestellt?«) oder zusätzlich auch die 12-Monats-Prävalenz (»Bestand diese Erkrankung bei Ihnen auch in den letzten 12 Monaten?«) erfragt. Lebenszeitprävalenzen wurden festgestellt, wenn irreparable Organschädigungen oder chronisch sich verschlechternde Krankheiten vorlagen (Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, koronare Herzerkrankung). In allen anderen Fällen wurden 12-Monats-Prävalenzen bzw. Punkt-Prävalenzen (Zustände zum jetzigen Zeitpunkt) verwendet, um damit aktuelle Gesundheitsprobleme zu erfassen (ebd., S. 577 f.). Es ist zu beachten, dass die dort angegebene

Altersgruppe 75+ eher das Krankheitsspektrum zu Beginn der Hochaltrigkeit abbildet. Ebenso sind keine Aussagen über soziale Ungleichheiten sowie Unterschiede nach dem Migrationsstatus möglich; Geschlechterdifferenzen können jedoch aufgezeigt werden.

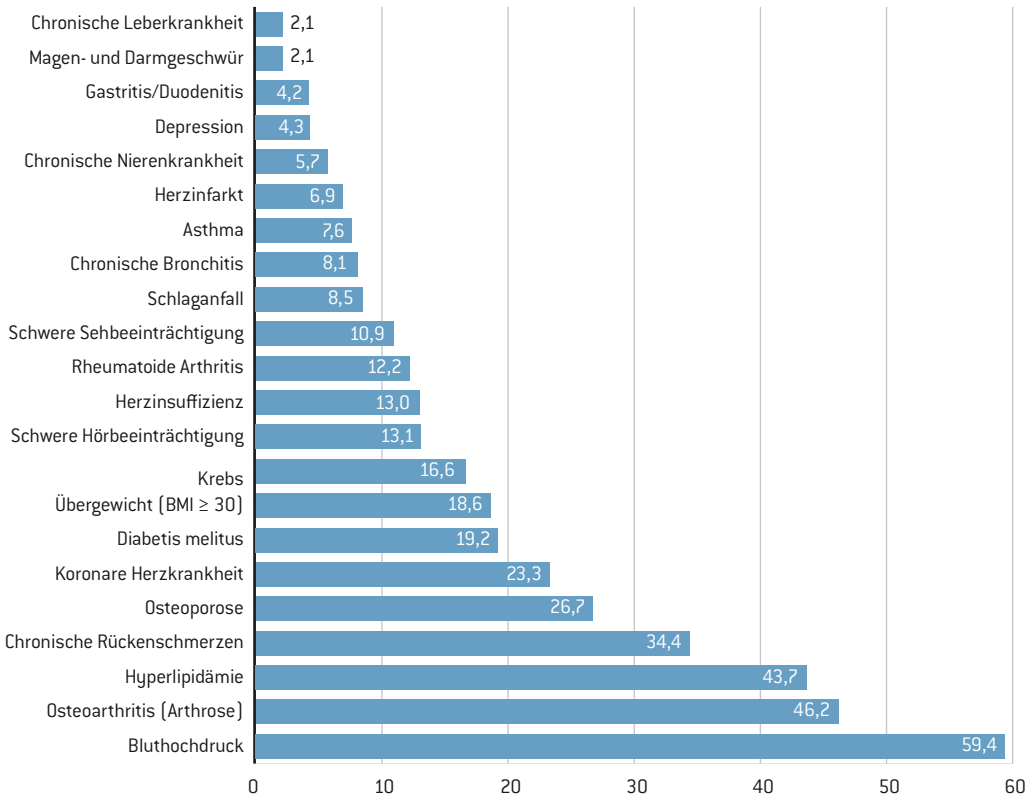
Die Abbildungen 12 und 13 veranschaulichen, wie sich die Prävalenzen von einzelnen Krankheitsgruppen (d. h. das Vorliegen von mindestens einer Erkrankung aus der jeweiligen Gruppe) nach Geschlecht und Alter unterscheiden. Bei Frauen und Männern über 75 Jahren stehen kardiometabolische Erkrankungen (Bluthochdruck, überhöhte

Prävalenz von Krankheitsgruppen bei Männern



» Abb. 13: Prävalenz von Krankheitsgruppen nach Alter in % (Männer), GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang)

Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Frauen ab 75 Jahren

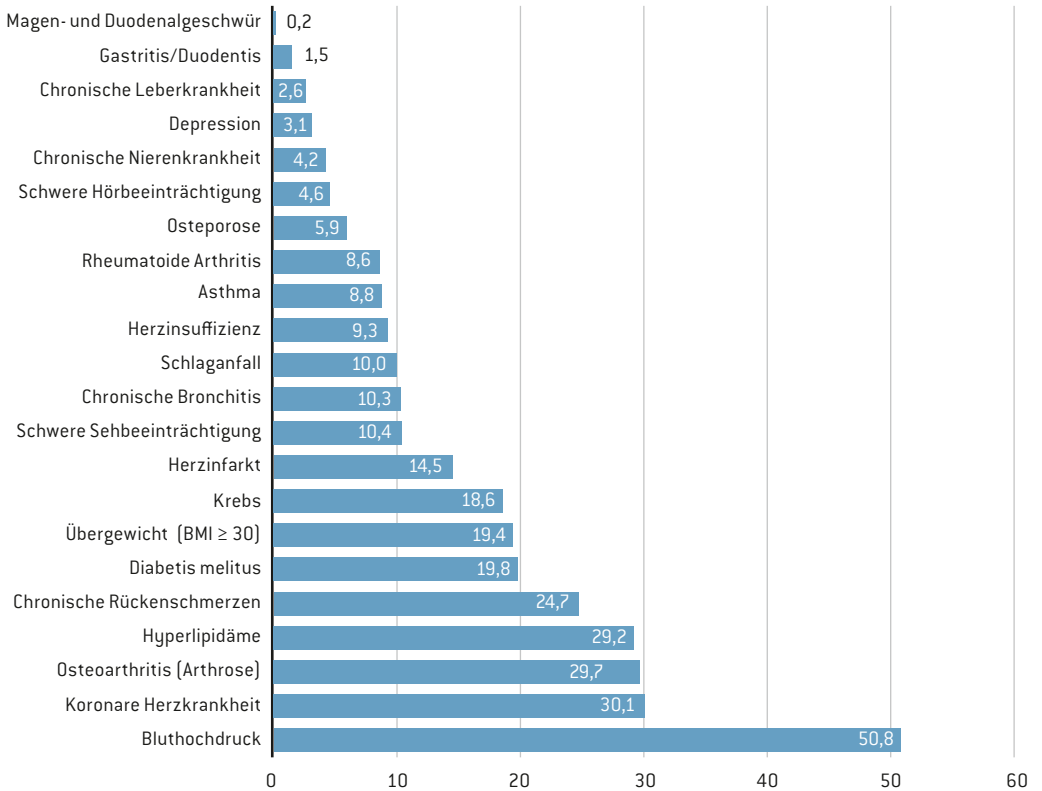


» Abb. 14: Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Frauen ab 75 Jahren in %, GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)

Blutfettwerte, Übergewicht, Diabetes mellitus), muskuloskeletale Erkrankungen (Arthrose, Arthritis, Osteoporose, chronische Rückenschmerzen) und kardiovaskuläre Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall) jeweils auf den Rängen eins bis drei. Weitere häufige Krankheitsgruppen bei den über 75-jährigen Frauen und Männern sind (in jeweils anderer Reihenfolge) schwere sensorische Beeinträchtigun-

gen (schwere Hör- oder Sehbeeinträchtigungen), Krebserkrankungen sowie Erkrankungen der unteren Atemwege (Asthma, chronische Bronchitis). Die Prävalenzen dieser sechs Krankheitsgruppen nehmen mit steigendem Alter deutlich zu, wobei im Übergang zur Altersgruppe 75+ teilweise wieder eine Stagnation einsetzt. Während über 75-jährige Frauen deutlich häufiger an kardiometabolischen und muskuloskeletalen Erkrankungen leiden als

Prävalenz von Erkrankungen bei Männern ab 75 Jahren



» Abb. 15: Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Männern ab 75 Jahren (in %), GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)

Männer dieser Altersgruppe, sind letztere etwas häufiger von kardiovaskulären und Atemwegs-erkrankungen betroffen.

Die Abbildungen 14 und 15 zeigen, wie häufig im GEDA 2009 die abgefragten 22 einzelnen chronischen Erkrankungen bzw. Gesundheitsprobleme bei Frauen und Männern ab 75 Jahren vorkamen (siehe auch Tabellen 57 und 58 im Anhang). Ein überhöhter Bluthochdruck stand bei beiden Geschlech-

tern an erster Stelle der Rangliste der häufigsten Beschwerden (Frauen 59 %, Männer: 51 %). Weitere, bei hochaltrigen Frauen und Männern häufige Erkrankungen bzw. Beschwerden waren Arthrosen (Frauen: 46 %, Männer: 30 %), Hyperlipidämien (zu hohe Blutfettwerte, Frauen: 44 %, Männer: 29 %), chronische Rückenschmerzen (Frauen: 34 %, Männer: 25 %) und koronare Herzkrankheiten (Frauen: 23 %, Männer: 30 %). Annähernd gleich hohe Anteile

bei Frauen und Männern ab 75 Jahren hatten die folgenden Erkrankungen Diabetes mellitus (Frauen: 19 %, Männer: 20 %), Übergewicht (Frauen: 19 %, Männer: 19 %) und Krebs (Frauen: 17 %, Männer: 19 %). Osteoporose schließlich ist eine typische Erkrankung von hochaltrigen Frauen, gleichaltrige Männer litten sehr viel weniger daran (Frauen: 27 %, Männer: 6 %).

Kardiometabolische Erkrankungen

Die kardiometabolischen Erkrankungen Bluthochdruck, Übergewicht, überhöhte Blutfettwerte und Diabetes gelten neben übermäßigem Alkohol- und Nikotinkonsum als zentrale Risikofaktoren für die chronisch fortschreitende Entwicklung einer Arteriosklerose (Verengung und Verhärtung der Arterienwände durch Ablagerungen), die wiederum hauptsächlich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (chronische Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall) ist (Saß u. a. 2010, S. 407). Kardiometabolische Erkrankungen nehmen mit zunehmendem Alter stetig zu, drei Viertel der Menschen im hohen Alter waren im GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang) von ihnen betroffen (Frauen 75+: 83 %, Männer 75+: 71 %).

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 (Nowossadeck

und Nowossadeck 2011, S. 24). Das Risiko einer Hypertonieerkrankung nimmt vor allem ab der Lebensmitte stetig zu: So gaben in der GEDA-Befragung von 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang) 34 % der Frauen und 37 % der Männer zwischen 50 und 64 Jahren an, in den letzten zwölf Monaten an Bluthochdruck gelitten zu haben; bei den ab 75-Jährigen waren dies bereits 60 % der Frauen und 51 % der Männer.

Übergewicht belastet das Herz-Kreislauf-System und das Muskel- und Skelettsystem stark und fördert die Entstehung eines Diabetes mellitus. Ob eine Person als unter-, normal- oder übergewichtig einzustufen ist, wird häufig über den Body-Mass-Index (BMI) bestimmt. 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 wegen des dann zu hohen Körperfettanteils als krankhaft eingestuft und als Adipositas bezeichnet (RKI 2011a, S. 100). Das Körpergewicht erhöht sich bei allen Menschen im Lebensverlauf, sodass ältere Menschen häufiger übergewichtig oder adipös sind, also einen BMI über 25 bzw. 30 aufweisen. Mit Beginn der Hochaltrigkeit sinken die BMI-Werte jedoch wieder, möglicherweise als Folge anderer Erkrankungen, der vorzeitigen Sterblichkeit stark übergewichtiger Personen oder auch eines veränderten Stoffwechsels im hohen Alter. Im Mikrozensus 2009 des Statistischen Bundesamts (2011c, S. 8) gaben 21 % der Männer und 22 % der Frauen zwischen 70 und 74 Jahren einen BMI von 30 und mehr an; dieser Wert sank bei der Bevölkerung ab 75 Jahren deutlich auf 16 % (Männer) bzw. 17 % (Frauen). Diese Entwicklung zeigt sich auch in der GEDA-Befragung von 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang) – hier stieg der Anteil von Frauen und Männern mit starkem Übergewicht

wicht (BMI ≥ 30) zunächst stetig bis zu den 65- bis 74-Jährigen (Frauen: 24 %, Männer: 22 %), um dann bei den ab 75-Jährigen wieder klar abzunehmen (Frauen: 19 %, Männer: 19 %).

Hyperlipidämie ist eine Fettstoffwechselstörung, die sich in zu hohen Cholesterin- oder Triglyzeridenwerten 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. Der Cholesterinwert kann durch körperliche Aktivität, Gewichtsabnahme, Ernährungsveränderung und die Einnahme von Medikamenten positiv beeinflusst werden (RKI 2011a, S. 85). Die Hyperlipidämie nimmt mit steigendem Alter zu und erreicht bei den 65- bis 74-Jährigen ihre höchste Prävalenz: Im GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang) gaben 44 % der Frauen und 38 % der Männer zwischen 65 und 74 Jahren an, dass in den letzten 12 Monaten erhöhte Blutfettwerte bei ihnen festgestellt wurden. Während bei den Frauen ab 75 Jahren dieser Anteil gleich blieb (ebenfalls rund 44 %), ging er bei den Männern dieser Altersgruppe deutlich auf 29 % zurück.

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 % aller Diabeteserkrankungen aus. Er tritt meistens erst ab dem 40. Lebensjahr auf (daher »Altersdiabetes«) und wird mit zunehmender Lebensdauer immer häufiger (RKI 2011a, S. 73; Nowossadeck und Nowossadeck 2011, S. 31). Im GEDA 2009 gaben 19 % der weiblichen und 20 % der männlichen Befragten ab 75 Jahren an, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine ärztlich dia-

gnostizierte Diabeteserkrankung vorlag (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang). Da der Typ 2-Diabetes oft unentdeckt bleibt, dürften die wahren Prävalenzwerte noch höher sein (RKI 2011a, S. 73). Therapeutisch zentral ist die Senkung und Stabilisierung des Blutzuckerspiegels, die beim Diabetes primär über eine Gewichtsreduktion durch körperliche Aktivitäten und eine Umstellung der Ernährung erfolgen sollte, eventuell unterstützt von einer Behandlung mit Tabletten und/oder Insulin. Damit sollen schwere Schädigungen der Gefäße und peripheren Nerven vermieden werden, die zu koronaren Herzerkrankungen, Erblindungen, Nierenversagen und Amputationen von Beinen und Füßen führen können (Heidemann u. a. 2011, S. 1 und 4).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen entwickeln sich infolge einer fortlaufenden Verhärtung und Verengung der Arterien (Arteriosklerose), die wesentlich durch die beschriebenen kardiometabolischen Risiken gefördert wird. In der GEDA-Befragung 2009 gaben 35 % der Frauen und 40 % der Männer ab 75 Jahren an, dass sie an einer oder mehreren kardiovaskulären Erkrankungen leiden (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang). Diese umfassen vor allem die beiden Hauptgruppen der ischämischen Herzerkrankungen (Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße) und der zerebrovaskulären Erkrankungen (Durchblutungsstörungen der Blutgefäße im Gehirn). Zu den ischämischen Herzerkrankungen zählen die koronare Herzkrankheit (KHK), deren Hauptsymptom die Angina pectoris (schmerzhafte Brustenge) ist, der Herz- bzw. Myokardinfarkt (Verschluss eines Herzkranzgefäßes) als akute Komplikation einer KHK sowie die chronische Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche), die überwiegend auf eine KHK zurückzuführen ist. Die wichtigste akute

Komplikation einer zerebrovaskulären Durchblutungsstörung ist der Schlaganfall, der meistens durch eine plötzliche Mangel durchblutung von wichtigen Gehirnarealen, oftmals aber auch durch eine Gehirnblutung verursacht wird [Nowossadeck und Nowossadeck 2011, S. 22–26; Saß u. a. 2010, S. 407]. Weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die hier nicht näher betrachtet werden, sind u. a. chronisch rheumatische Herzkrankheiten (Herzklappenerkrankungen), die periphere arterielle Verschlusskrankheit (Durchblutungsstörungen der Beine) und Venenerkrankungen (Thrombosen, Krampfadern). Kardiovaskuläre Erkrankungen sind für die Hälfte aller Todesfälle im hohen Alter verantwortlich [Statistisches Bundesamt 2013g, S. 13]: Im Jahr 2012 betrug der Anteil der Sterbefälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 I00-I99) an allen Sterbefällen für die 80- bis 84-Jährigen 42 % (Männer) bzw. 46 % (Frauen), für die 85- bis 89-Jährigen 47 % (Männer) bzw. 53 % (Frauen) und für die 90 Jahre und Älteren 53 % (Männer) bzw. 59 % (Frauen).

Die Lebenszeitprävalenzen der Frauen und Männer mit einer koronaren Herzkrankheit steigen im Alter stark an und erreichen nach den Ergebnissen des GEDA 2009 die höchsten Werte bei den über 75-Jährigen; Männer sind in allen Altersgruppen stärker von einer KHK betroffen als Frauen. So berichteten 14 % der Frauen und 24 % der Männer zwischen 65 und 74 Jahren, aber bereits 23 % der Frauen und 30 % der Männer ab 75 Jahren davon, dass bei ihnen jemals eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert wurde [Fuchs u. a. 2012].

Jemals einen Herzinfarkt erlitten hatten bei den 75-Jährigen und Älteren 15 % der Männer (65–74: 14 %) und 7 % der Frauen (65–74: 6 %). Hier weisen Männer wiederum höhere Prävalenzen als Frauen auf, jedoch unterscheiden sich die Werte zwischen den jungen Alten und alten Alten nicht mehr (ebd.). Dies dürfte vor allem dadurch bedingt sein,

dass mit zunehmendem Alter Herzinfarkte immer häufiger tödlich verlaufen. Das zeigen aktuelle Daten des KORA Herzinfarktregisters Augsburg, das Herzinfarkt vorkommnisse der 25- bis 84-jährigen Bevölkerung aus der Region Augsburg sammelt (Helmholtz Zentrum München 2013): Im Zeitraum 2009/11 führte bei 75 % der Männer und 72 % der Frauen zwischen 80 und 84 Jahren ein Herzinfarkt innerhalb der folgenden 28 Tage zum Tod. In der Altersgruppe 75–79 Jahre betrug die Letalität 58 % (Männer) bzw. 60 % (Frauen), bei den 70- bis 74-Jährigen 48 % (Männer) bzw. 50 % (Frauen). Da Daten zu den 80- bis 84-Jährigen erst seit 2009 gesammelt wurden, können hier keine Zeitvergleiche vorgenommen werden. Dennoch ist plausibel, dass auch die Hochaltrigen an der erheblichen Senkung des Letalitätsrisikos, wie dies für die unter 80-Jährigen im Verlauf der letzten 25 Jahre beobachtet wurde, partizipiert haben.

Die häufigste Diagnose für eine Krankenhausbehandlung ist für Frauen und Männer ab 85 Jahren die Herzinsuffizienz (vgl. Abbildungen 56 und 57 im Anhang). 13 % der Frauen und 9 % der Männer ab 75 Jahren gaben im GEDA 2009 an, dass sie aktuell an einer Herzinsuffizienz erkrankt sind; bei den 65- bis 74-Jährigen lagen die Anteile jeweils bei ca. 7 %.

Die Prävalenz für Schlaganfälle nimmt mit dem höheren Alter exponentiell zu, wobei Männer jeweils etwas höhere Raten aufweisen als Frauen: Während 2 % der Frauen und 3 % der Männer zwischen 50 und 64 Jahren bereits einen Schlaganfall erlitten hatten, stieg der Anteil bei den 65- bis 74-Jährigen auf 4 % der Frauen und 6 % der Männer und erreichte die höchsten Werte bei den 75-Jährigen und Älteren mit 9 % der Frauen und 10 % der Männer [Fuchs u. a. 2012]. Die Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen hat sich bei älteren Menschen ab 65 Jahren zwischen 1980 und 2009 ungefähr halbiert und sich weiter in das hohe Alter hinein verschoben: 1980 lag das durchschnittliche Sterbe-

alter bei 76 (Männer) bzw. 78 Jahren (Frauen), 2009 bereits bei 79 (Männer) bzw. 83 Jahren (Frauen) [Nowossadeck und Nowossadeck 2011, S. 25]. Eine rasche Krankenhausbehandlung und eine unmittelbar anschließende Rehabilitation sind entscheidend dafür, dass diese positive Entwicklung anhält und die Gefahr bleibender Hirnschäden bei Schlaganfällen weiter reduziert wird. In der Altersgruppe 85+ ist der Hirninfarkt bei Frauen und Männern die jeweils dritthäufigste Krankenhausdiagnose und stellt bei Männern den häufigsten, bei Frauen den zweithäufigsten Anlass für eine stationäre Rehabilitation dar [Statistisches Bundesamt 2013h und 2013i, siehe Kapitel 05.8].

Krankheiten des Bewegungsapparates

Muskuloskeletale Erkrankungen wiesen im GEDA 2009 knapp zwei Drittel der Frauen (64 %) und fast die Hälfte der Männer (46 %) ab 75 Jahren auf [Fuchs u. a. 2012]. Während im Vergleich zu den 65- bis 74-Jährigen dieser Anteil bei den Frauen gleich blieb, stieg er bei den Männern um weitere 6 % an. Erkrankungen des Bewegungsapparates sind bei alten Menschen eine wesentliche Ursache für funktionale Einschränkungen und Schwierigkeiten bei der selbständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe Kapitel 05.2).

Die Prävalenz von chronischen Rückenschmerzen nimmt mit steigendem Alter stetig zu, wobei bereits auch Erwachsene im mittleren Lebensalter häufig daran leiden und die Anteile der Frauen jeweils höher liegen als diejenigen der Männer. Die altersgruppenspezifischen Prävalenzen der Frauen beliefen sich auf 20 % (30–49), 27 % (50–64), 35 % (65–75) und 34 % (75+), die der Männer auf 14 % (30–49), 22 % (50–64), 23 % (65–75) und 25 % (75+). Ab dem jungen Alter findet keine größere Zunahme mehr statt, chronische Rückenschmerzen

sind daher keine spezifische Erkrankung des sehr hohen Alters (ebd.).

Die Gelenkerkrankungen werden von der Arthrose (bzw. Osteoarthritis) dominiert, die durch einen fortschreitenden Verschleiß und Abbau von Gelenksknorpeln und -gewebe charakterisiert ist. Weibliches Geschlecht, zunehmendes Alter und erbliche Veranlagung gelten als unveränderliche Risikofaktoren, zu denen sich als äußerer Faktor die Über- und Fehlbelastung von Gelenken aufgrund von Übergewicht, Deformationen oder Verletzungen hinzugesellt [RKI 2011a, S. 91]. In der Altersgruppe 85+ stellen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks) und die Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks) die dritt- und vierthäufigste Diagnose bei Frauen sowie die dritt- und fünfhäufigste Diagnose bei Männern dar [Statistisches Bundesamt 2013i, vgl. Abbildungen 58 und 59 im Anhang]. Die Prävalenz der Arthrose hat ein vergleichbares Muster zur Prävalenz chronischer Rückenschmerzen: Im GEDA 2009 [Fuchs u. a. 2012] gaben mehr Frauen als Männer an, aktuell an einer Arthrose zu leiden. Dabei unterschieden sich die 65- bis 74-Jährigen (Frauen: 46 %, Männer 26 %) nicht mehr wesentlich von den 75-Jährigen und Älteren (Frauen 46 %, Männer 30 %).

Die Arthritis ist eine chronische, meist in Schüben verlaufende Entzündungserkrankung der Gelenke, die durch Autoimmunprozesse verursacht wird; die häufigste Unterform stellt die rheumatoide Arthritis dar. Aus entzündlichen Gelenkerkrankungen resultieren häufig funktionale Beeinträchtigungen, chronische Schmerzen und eine verminderte Lebensqualität. Weibliches Geschlecht und ein höheres Alter steigern das Erkrankungsrisiko [RKI 2011a, S. 94], wie sich in den Ergebnissen der GEDA-Befragung 2009 [Fuchs u. a. 2012] zeigt: Hier berichteten 12 % der Frauen und 9 % der Männer ab 75 Jahren, in den letzten 12 Monaten an einer

rheumatoiden Arthritis erkrankt zu sein; bei den 65- bis 74-Jährigen war dies bei 11 % der Frauen und 5 % der Männer der Fall.

Unter einer Osteoporose wird das krankhafte Brüchigwerden der Knochen verstanden, das von einem raschen Abbau der Knochensubstanz und Veränderungen in der Mikrostruktur der Knochen verursacht wird. Die verringerte Knochendichte führt zu einer erhöhten Gefahr von sturzbedingten Knochenbrüchen, die sehr häufig kostenintensive Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen nach sich ziehen (RKI 2011a, S. 97). So stellt in der Altersgruppe 85+ der Bruch des Oberschenkelknochens (Fraktur des Femurs) bei Frauen die zweithäufigste und bei Männern die vierthäufigste Krankenhausdiagnose dar; in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen steht diese Diagnose bei den 85-Jährigen sogar an erster Stelle bei Frauen und an zweiter Stelle bei Männern (Statistisches Bundesamt 2013h und 2013i, siehe Kapitel 05.8). An Osteoporose leiden primär Frauen, und das mit zunehmendem Alter immer häufiger: Im GEDA 2009 gaben 27 % der Frauen ab 75 Jahren an, dass sie in den letzten 12 Monaten eine Osteoporose hatten (50–64: 8 %, 65–74: 18 %). Die Prävalenz bei Männern war viel niedriger und stieg von 4 % bei den 50- bis 64-Jährigen auf moderate 6 % bei den 75-Jährigen und Älteren an (Fuchs u. a. 2012). Neben dieser Alters- und Geschlechtsabhängigkeit erhöht sich das Osteoporoserisiko auch bei Bewegungsmangel, Fehlernährung, spezifischen Grunderkrankungen und der Einnahme bestimmter Medikamente. Diese Faktoren sind u. a. durch Verhaltensänderungen und körperliches Training positiv beeinflussbar (RKI 2011a, S. 97).

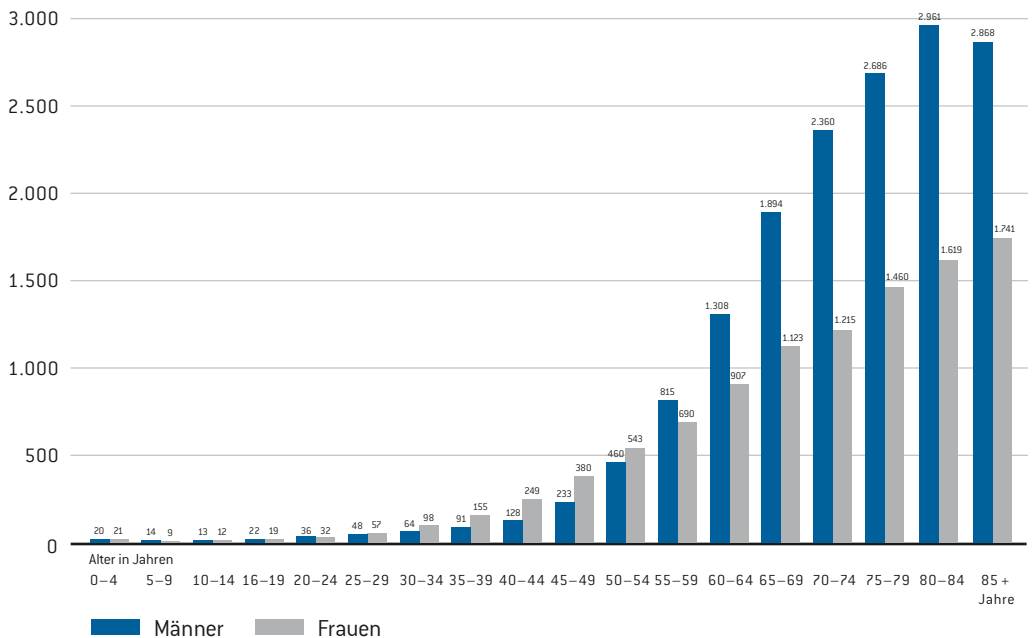
Krebserkrankungen

Die Häufigkeit, jemals an Krebs erkrankt zu sein, betrug im GEDA 2009 17 % für Frauen und 19 % für Männer ab jeweils 75 Jahren (Fuchs u. a. 2012). Diese Lebenszeitprävalenz stieg für beide Geschlechter über die Altersgruppen hinweg an, wobei nur bei den Männern ab 75 Jahren ein Zuwachs im Vergleich zu den 65- bis 74-Jährigen (14 %) zu verzeichnen war, nicht jedoch bei den gleichaltrigen Frauen (65–74: 18 %). Erst im hohen Alter waren Männer häufiger an Krebs erkrankt, vorher wiesen Frauen die jeweils höheren Prävalenzraten auf.

Geschlechterunterschiede zeigen sich auch in einer Schätzung der altersspezifischen Raten an Krebsneuerkrankungen, welche die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) zuletzt für 2011 vorgelegt hat (GEKID 2014; vgl. Abbildung 16). Die Inzidenzraten steigen bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter deutlich an, jedoch in unterschiedlicher Geschwindigkeit: Während vom 25. Lebensjahr an bis in die Altersgruppe 50–54 Jahre hinein Frauen ein höheres Neuerkrankungsrisiko haben als Männer (Frauen (50–54): 543 Fälle pro 100.000 Einwohner, Männer (50–54): 460 Fälle pro 100.000), ändert sich das mit der Altersgruppe 55–59 Jahre – von da an übersteigen die Inzidenzraten der Männer immer stärker diejenigen der Frauen. Ab dem 80. Lebensjahr sind keine wesentlichen Anstiege mehr zu beobachten; die leicht sinkende Rate bei den hochaltrigen Männern ist vor allem auf den deutlichen Rückgang der Neuerkrankungen an Lungenkrebs zurückzuführen (Abbildung 16).

Die häufigsten neu diagnostizierten Tumore bei hochaltrigen Frauen sind Brustkrebs und Darmkrebs, bei hochaltrigen Männern Prostata-, Darm-, Lungen- und Harnblasenkrebs (vgl. Abbildung 17). Diese Erkrankungen haben jeweils ein

Krebsneuerkrankungen



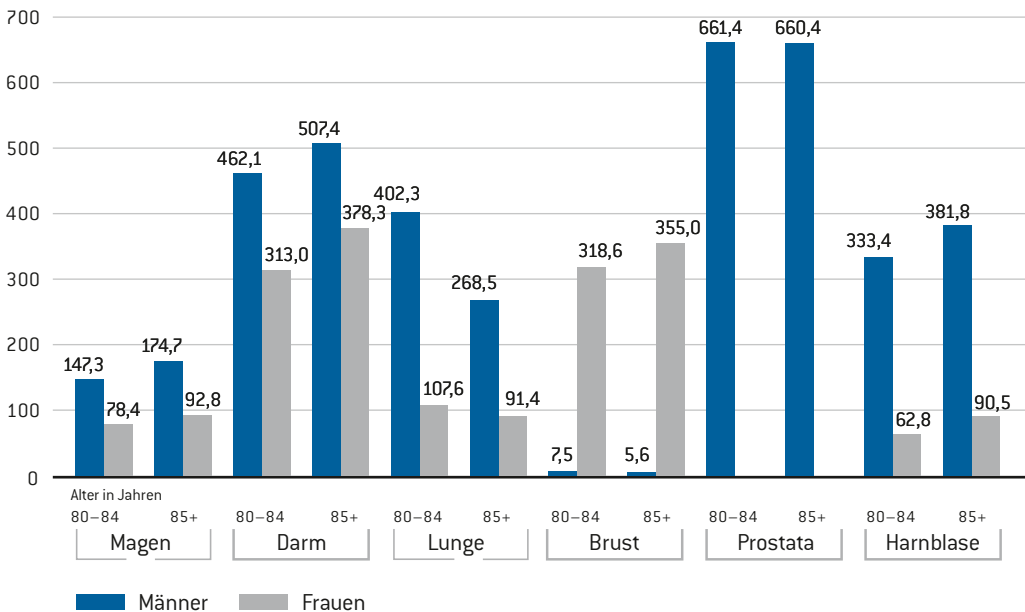
» Abb. 16: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz je 100.000 Einwohner, Krebs gesamt (ohne sonstige Tumore der Haut inkl. nicht-invasive Harnblasentumore, C00-C97 ohne C44 mit D09.0 und D41.4) (GEKID 2014)

spezifisches Risikoprofil und unterscheiden sich erheblich hinsichtlich Verlauf, Überlebenschancen und Therapiemöglichkeiten. Gesicherte Kenntnisse zu Ursachen für Krebserkrankungen liegen kaum vor, daher gibt es auch nur für wenige Tumorarten bewährte Präventionsstrategien. Die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren sind starkes Rauchen (das hauptverantwortlich für Lungen- und Harnblasenkrebs ist), hoher Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel, übermäßiger Verzehr von rotem Fleisch, zu geringer Obst- und Gemüsekonsum sowie eine zu hohe Belastung mit UV-Strahlung aus Sonnenlicht. Als weitere Ursa-

chen gelten u. a. Umweltgifte, Strahlenschäden, chronische Infekte und genetische Veranlagungen (RKI 2013, S. 19 f.). Zu vielen Krebsarten gibt es Früherkennungsprogramme, die in Kapitel 05.7 angesprochen werden.

Während Krebserkrankungen bei den jungen Alten von 60–75 Jahren noch die häufigste Todesursache sind, nehmen sie bei Menschen ab 75 Jahren den zweiten Rang hinter den immer häufiger werdenden Herz-Kreislauf-Sterbefällen ein. Die Anteile der tumorbedingten Todesfälle (Neubildungen) an allen Todesursachen werden im weiteren Altersverlauf immer geringer (Statistisches Bundes-

Krebsneuerkrankungen: häufigste Tumorlokalisationen



» Abb. 17: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz (Fallzahlen je 1000.000 Einwohner/-innen) für die häufigsten Tumorgruppen der hochaltrigen Bevölkerung 2011 (GEKID 2014)

amt 2013g, S. 12 f.; Abbildungen 21 und 22): Bei Männern fallen die Raten von 32 % [75–79] über 25 % [80–84] und 20 % [85–89] auf 13 % [90+], bei Frauen sinken sie von 31 % [75–79] über 21 % [80–84] und 14 % [85–89] auf 8 % [90+].

Chronische Atemwegserkrankungen

Krankheiten des Atmungssystems stellen bei hochaltrigen Menschen die dritthäufigste Todesursache dar. Ihr Anteil an allen Todesursachen bleibt im weiteren Verlauf ab 80 Jahren nahezu konstant und beträgt ca. 10 % für Männer sowie ca. 7 % für

Frauen [Statistisches Bundesamt 2013g, S. 12 f.; Abbildungen 21 und 22]. Die beiden wichtigsten Formen sind das Asthma bronchiale und die chronisch-obstruktive Bronchitis, die häufig in ein Lungenemphysem mündet. Die Prävalenz für das aktuelle Vorliegen von mindestens einer dieser beiden Erkrankungen lag in der GEDA-Befragung 2009 (Fuchs u. a. 2012) für Frauen ab 75 Jahren bei 11 % [50–64: 11 %, 65–74: 12 %], für Männer ab 75 Jahren bei 15 % [50–64: 8 %, 65–74: 11 %]. Bei Männern steigt die Prävalenz für eine Erkrankung der unteren Atemwege also weiter bis zur Hochaltrigkeit an, während sie bei Frauen auf dem Niveau der jungen Alten verharret.

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 und/oder einem chronisch-trockenen Reizhusten. Es werden allergische und nicht-allergische Ursachen für die Entstehung von Asthma unterschieden (RKI 2011a, S. 70). Die Prävalenzen steigen mit zunehmendem Alter stetig an: Frauen und Männer ab 75 Jahren gaben im GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012) mit jeweils 8 % eine doppelt so hohe 12-Monats-Prävalenz an als Frauen und Männer zwischen 18 und 29 Jahren (je 4 %).

Die schwerwiegendere chronische Atemwegserkrankung ist die chronische Bronchitis, die durch einen mindestens drei Monate lang andauernden Husten mit Auswurf definiert ist und sich bei Verengung der Lungenwege zu einer chronisch-obstruktiven Bronchitis weiter entwickeln kann (RKI 2011a, S. 88). Die 12-Monats-Prävalenz für eine chronische Bronchitis steigt mit dem Alter stark an, im GEDA 2009 waren 8 % der Frauen und 10 % der Männer ab 75 Jahren von dieser Erkrankung betroffen. Der Krankheitsverlauf mündet häufig in ein irreversibles Lungenemphysem (krankhafte Überblähung der Lungenbläschen). Chronisch-obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem werden als »chronisch obstruktive Lungenerkrankung« (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) zusammengefasst; diese ist die weitaus häufigste Todesursache innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen. Der Hauptrisikofaktor für eine COPD ist starkes Rauchen (»Raucherlunge«), gefolgt von einer stark mit Schadstoffen (Staub, Gase) belasteten Atemluft. Die COPD kann nicht geheilt, sondern nur in ihrem Verlauf verzögert werden, insbesondere durch eine medikamentöse Behandlung (Nowossadeck und Nowossadeck 2011, S. 33).

Seh- und Hörbeeinträchtigungen

Schwere sensorische Einschränkungen nehmen besonders stark im Übergang vom höheren Alter in das hohe Alter zu (siehe auch Kapitel 05.2): So gaben in der GEDA-Befragung 2009 (Fuchs u. a. 2012) 21 % der Frauen und 15 % der Männer über 75 Jahren an, aktuell an schweren Seh- und/oder Hörbeeinträchtigungen zu leiden; in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen traf das erst auf 9 % der Frauen und 8 % der Männer zu. Diese Differenz ist vor allem auf die unterschiedliche Prävalenz von Hörbeeinträchtigungen zurückzuführen: 13 % der Frauen ab 75 Jahren, aber nur 5 % der gleichaltrigen Männer gaben schwere Hörbeeinträchtigungen an. Dagegen sind in der Altersgruppe 75+ die Anteile von schweren Sehbeeinträchtigungen annähernd gleich, mit 11 % bei Frauen und 10 % bei Männern.

Schwere Sehbeeinträchtigungen werden zum einen durch Erkrankungen oder Anomalien der Augen hervorgerufen, wie bei Kurz- bzw. Weitsichtigkeit, Katarakt (Linsentrübung, Grauer Star), Makuladegeneration (Erkrankung der Augennetzhaut) oder Glaukom (Grüner Star); zum anderen können sie auch die Folge einer anderen Grunderkrankung wie dem Diabetes mellitus sein. Viele dieser Augenkrankheiten sind auch im hohen Alter gut durch Sehhilfen oder Operationen zu behandeln (RKI 2011a, S. 63). Schwere Hörbeeinträchtigungen, die altersbedingt oder als Folge von Lärmschädigungen oder Infektionen auftreten, können durch Hörhilfen ebenfalls zumindest teilweise kompensiert werden (ebd., S. 66).

» 05.4 Psychische Erkrankungen

Neben funktionalen Einschränkungen und körperlichen Erkrankungen tragen auch psychische Krankheiten erheblich zur Minderung der Lebensqualität von alten Menschen bei. Depressionen, Demenzen und Angststörungen sind typisch für das höhere und hohe Alter, während schizophrene und psychosomatische Erkrankungen in jüngeren Lebensjahren häufiger sind (Kinzl 2013, S. 526 und 530). Auf der Grundlage regionaler Studien schätzen Weyerer und Bickel (2007, S. 55), dass in Deutschland ungefähr ein Viertel der über 65-Jährigen an einer psychischen Erkrankung leidet; in der Berliner Altersstudie wurde ein Wert von 40 % für die Bevölkerung ab 70 Jahren ermittelt (Mayer u. a. 1996, S. 610). Oft stehen im höheren und hohen Alter körperliche Erkrankungen und damit verbundene funktionale Einbußen so sehr im Vordergrund, dass begleitende psychische Beeinträchtigungen nicht erkannt werden, obwohl diese einen negativen Einfluss auf den Verlauf der körperlichen Erkrankungen und die Bereitschaft zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen haben (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. Das trifft insbesondere für ältere Männer zu – ihre im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen generell niedrigeren Häufigkeitswerte drücken möglicherweise auch weiter bestehende gesellschaftliche Männlichkeitsideale aus, die zu einer Verharmlosung oder Leugnung von psychischen Beschwerden führen können, und zwar sowohl bei den betroffenen Männern als auch

bei den sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten (ebd., S. 526).

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 zunehmende Wegsterben von nahen Angehörigen und anderen Altersgenossen entstehen (vgl. Weyerer und Bickel 2007, S. 115). 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.).

Eine ärztlich bzw. psychotherapeutisch diagnostizierte Depression oder depressive Verstimmung wiesen innerhalb der letzten 12 Monate 4 % der Frauen und 3 % der Männer ab 75 Jahren auf (Fuchs u. a. 2012). Die Werte der Männer bewegten sich über fast alle Altersgruppen hinweg zwischen 3 % und 4 %, mit Ausnahme der 50- bis 64-Jährigen, die eine Prävalenzrate von 8 % aufwiesen (möglicherweise wurden bei diesen Männern Depressionen häufiger im Zusammenhang mit ärztlichen Untersuchungen bei Frühverrentungen diagnostiziert). Bei Frauen dagegen lagen die Werte zwischen 30

und 74 Jahren stabil bei 8–10 %, um im hohen Alter dann abzufallen [Fuchs u. a. 2012]. In der Berliner Altersstudie, die auch die in Pflegeheimen lebende Bevölkerung einschloss, wurden 9 % der untersuchten Personen ab 70 Jahren als depressiv eingestuft, davon hatten 25 % eine leichte, 68 % eine mittlere und 7 % eine schwere Ausprägung. Eine Veränderung der Depressionsprävalenz im Altersverlauf von 70 bis 100 Jahren konnte nicht festgestellt werden [Mayer u. a. 1996, S. 610 f.]. Besonders häufig sind Depressionen bei in der Regel hochaltrigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern anzutreffen, hier wurden Prävalenzen von bis zu 50 % für depressive Symptome und bis zu 20 % für schwere Depressionen ermittelt [Weyerer und Bickel 2007, S. 120].

Da depressive Symptome wie Schlafstörungen oder Freudlosigkeit häufig als normale Alterserscheinungen fehlgedeutet werden, werden Depressionen bei alten Menschen oft entweder nicht erkannt oder als nicht behandlungsbedürftig angesehen. Entsprechend gelten depressive ältere Menschen als psychotherapeutisch und medikamentös unterversorgt [RKI 2010, S. 24]. Dies ist auch deshalb bedenklich, weil Depressionen der wichtigste Risikofaktor für Suizide sind (siehe Kapitel 05.5): Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der Patienten mit schweren depressiven Störungen sich selbst töten und umgekehrt ungefähr die Hälfte aller Selbsttötungen auf eine Depression zurückgeht [RKI 2011a, S. 76].

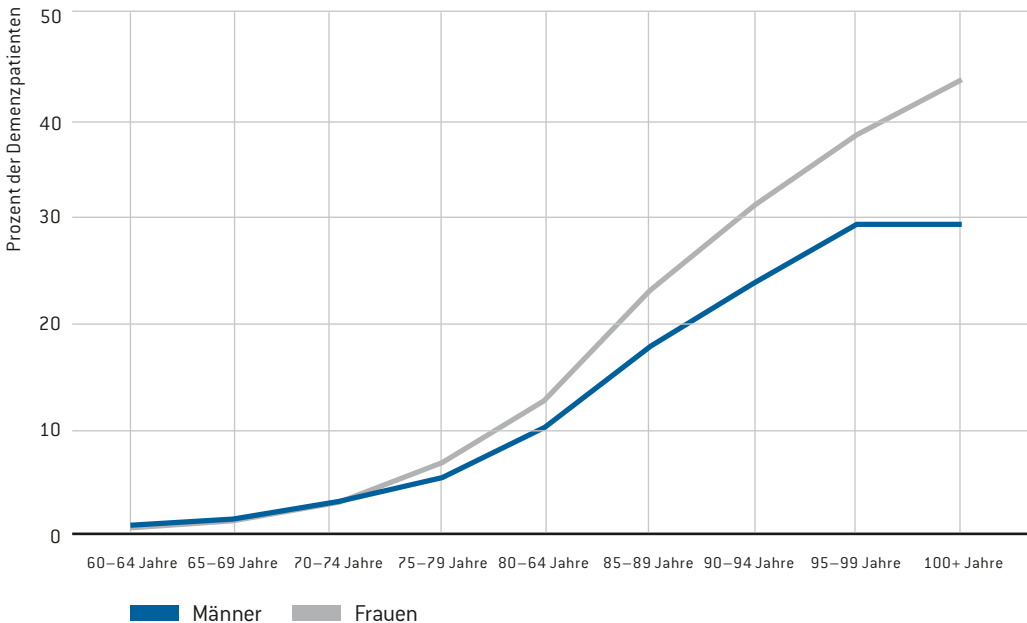
Demenz

Demenzen zählen neben Depressionen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Da sie anders als Depressionen im weiteren Altersverlauf immer stärker zunehmen, sind sie besonders typisch für das hohe und ganz hohe Alter. Eine De-

menz stellt eine meist chronische, fortschreitende Erkrankung des Gehirns dar, die durch zunehmenden Gedächtnisverlust und den Abbau von höheren geistigen Fähigkeiten (Denk-, Sprach- und Urteilsvermögen, Orientierung, Planen und Ausführen von Handlungen) gekennzeichnet ist; für eine Diagnose müssen diese Defizite mindesten sechs Monate andauern [Kinzl 2013, S. 527; RKI 2005a, S. 7]. Da mit zunehmenden Alter die Informationsverarbeitung im Gehirn meist langsamer und störungsanfälliger wird (mit Auswirkungen auf das Kurzzeitgedächtnis und die Reaktionsschnelligkeit), ist eine diagnostische Abgrenzung dieser normalen Altersveränderungen zu leichten kognitiven Defiziten, die häufig frühe Anzeichen von beginnenden Demenzen sind, schwierig. Ebenso von Demenzen zu unterscheiden sind kurzzeitige Verwirrheitszustände (z. B. durch Flüssigkeitsmangel, Alkoholmissbrauch oder Medikamente), depressive Störungen und Intelligenzdefizite [RKI 2005a, S. 8]. Ungefähr zwei Drittel aller demenziellen Erkrankungen entfallen auf den Alzheimer Typus, weitere 15–20 % auf vaskuläre Demenzen, die auf Durchblutungsstörungen des Gehirns und dadurch verursachten kleinen Schlaganfällen beruhen [Multiinfarkt demenz]. Mischformen aus vaskulärer und Alzheimer-Demenz sowie andere Entstehungsformen machen den Rest aller Demenzerkrankungen aus [ebd., S. 8 f.].

Der wichtigste Risikofaktor für die Ausbildung eines Demenzsyndroms, insbesondere vom Alzheimerstyp, ist das Alter. Eine geringe Schulbildung erhöht ebenfalls das Risiko, später an einer Demenz zu erkranken; der Mechanismus dahinter ist jedoch noch unklar. Bis auf wenige genetisch bestimmte Formen sind die Ursachen für eine Alzheimerdemenz weiterhin unbekannt [ebd., S. 10], sodass zurzeit auch keine Heilungsmöglichkeiten und spezifischen Präventionsansätze zur Verfügung stehen [BMG 2012, S. 86]. Verschiedene Bevölkerungsstudien weisen aber darauf hin, dass eine gesunde Lebens-

Verteilung der Demenzpatienten in Deutschland im Jahr 2002

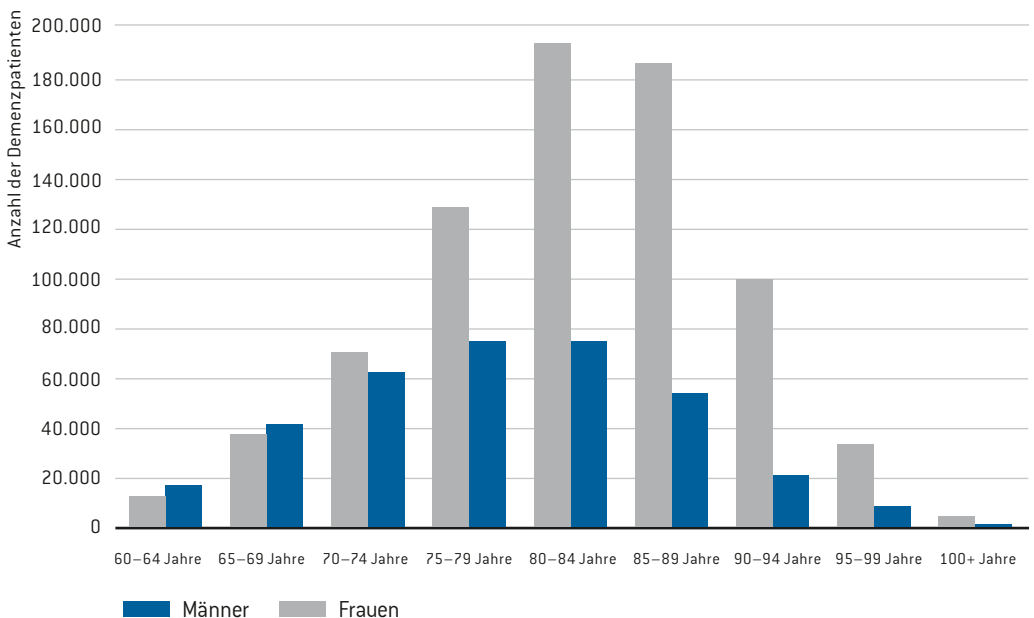


» Abb. 18: Prozentuale Verteilung der Demenzpatienten in Deutschland im Jahr 2002 nach Alter und Geschlecht (Ziegler und Doblhammer 2008, S. 4, eigene Darstellung)

weise, geistige Aktivitäten und soziale Teilhabe das Erkrankungsrisiko vermindern können (BMG 2012, S. 87). Für die Entstehung einer vaskulären Demenz stellen in abnehmender Rangfolge Vorhofflimmern, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronischer Alkoholmissbrauch, starkes Rauchen und Fettstoffwechselstörung die wichtigsten Risikofaktoren dar. Wie in der Herzinfarkt- und Schlaganfallprävention auch haben eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Bewegung, die Reduzierung von Alkohol- und Nikotinkonsum sowie blutdrucksenkende Medikamente eine vorbeugende Wirkung (RKI 2005a, S. 11).

Gegenwärtig wird die Anzahl der Demenzerkrankten in Deutschland auf ca. 1,2 Millionen geschätzt, das sind 1,5 % der Gesamtbevölkerung. Unter der Annahme gleichbleibender altersspezifischer Erkrankungsdaten schätzen Rothgang u. a., dass der erwartbare Anstieg des Bevölkerungsanteils älterer Menschen zu einer starken Zunahme der Demenzerkrankten auf ca. 2,5 Millionen bzw. fast vier Prozent der Bevölkerung im Jahr 2060 führen werde (Barmer GEK 2010, S. 12). Ziegler und Doblhammer (2008; 2009) haben auf der Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002 die geschlechts- und altersspezifische Prävalenz der Demenz berechnet (siehe Abbildung 18 und Tabel-

Geschätzte Anzahl Demenzpatienten für die Bevölkerung 2007



➤ Abb. 19: Geschätzte Anzahl Betroffener für die Bevölkerung 2007 (Ziegler und Doblhammer 2008, S. 4, eigene Darstellung)

le 59 im Anhang]: Es zeigt sich, dass das Demenzrisiko mit dem Alter stark ansteigt. Während weniger als ein Prozent der 60- bis 64-Jährigen an einer Demenz leidet, sind bereits mehr als zehn Prozent der 80- bis 84-Jährigen und über ein Drittel der über 100-Jährigen davon betroffen. Dabei haben ab dem 75. Lebensjahr Frauen ein höheres Demenzrisiko als Männer und stellen dort den weitaus größten Anteil an den Demenzerkrankten, was vor allem an ihrem viel höheren Bevölkerungsanteil liegt (ebd.).

Demenzen führen zu erheblichen Einbußen bei der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens, sodass sie sehr häufig in eine Hilfe- und Pflegebedürftigkeit münden. Hierzu haben Rothgang u. a.

Berechnungen mit Daten der GEK-Versicherten aus 2009 durchgeführt (Barmer GEK 2012b, S. 12 f.). Auch wenn Demenz eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit ist, lag der Anteil der Demenzerkrankten bei den 85- bis 89-jährigen Pflegebedürftigen noch bei unter 40 %. Darüber hinaus waren 40 % der pflegebedürftigen Frauen und 54 % der pflegebedürftigen Männer bis zu ihrem Tod frei von einer Demenzerkrankung. Umgekehrt führt eine Demenzerkrankung mittel- und langfristig fast immer in die Pflegebedürftigkeit: So waren 86 % der Männer und 94 % der Frauen, die 2009 mit einer Demenzdiagnose verstarben, gleichzeitig auch pflegebedürftig (ebd.).

» 05.6 Verletzungen

Neben körperlichen und psychischen Erkrankungen können auch die Folgen von Verletzungen die Gesundheit und die Lebensqualität alter Menschen sehr beeinträchtigen. Im Alter ab 80 Jahren häufen sich schwerwiegende Verletzungen durch Unfälle im häuslichen Bereich und in der Freizeit. Besonders wichtig sind hier Sturzverletzungen, die nicht selten tödliche Folgen haben. Darüber hinaus gewinnen auch Suizide als absichtliche Form der Selbstverletzung mit Todesfolge im hohen Alter an Bedeutung.

Unfälle

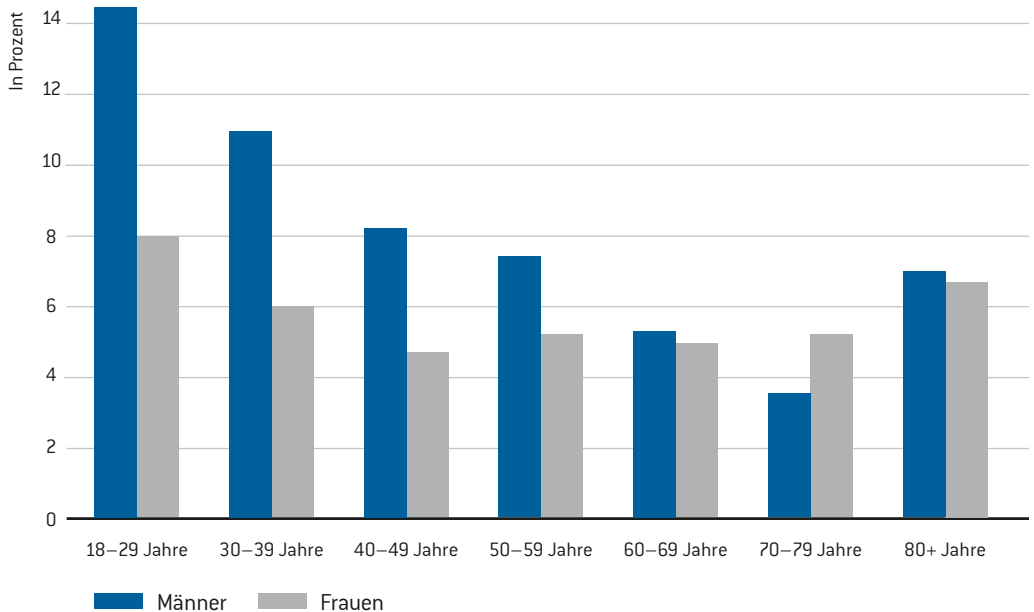
In der GEDA-Befragung 2009 gaben Männer insgesamt häufiger als Frauen an, dass sie in den letzten 12 Monaten von einer ärztlich versorgten Unfallverletzung betroffen waren (Saß 2010, S. 2; vgl. Abbildung 20). Nicht-tödlich verlaufende Unfälle waren bei jungen Erwachsenen am häufigsten und wurden bis zur Altersgruppe 60–69 immer seltener. Die Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen war die einzige, in der Frauen eine höhere Unfallrate aufwiesen als Männer (möglicherweise aufgrund von Sturzverletzungen). Bei den Hochaltrigen ab 80 Jahren erhöhte sich die Unfallrate wieder leicht, mit ungefähr gleichen Anteilen für Frauen und Männer. Zu Hause und in der Freizeit außerhalb des Hauses passierten zwei Drittel aller Unfälle; spezifische Werte für die über 80-Jährigen wurden nicht angegeben (ebd., S. 4).

Im Jahr 2011 wurden 36.214 Männer und 98.165 Frauen zwischen 80 und 84 Jahren sowie 34.465 Männer und 152.949 Frauen ab 85 Jahren in einem Krankenhaus an Verletzungen und Vergiftungen (ohne Komplikationen bei medizinischen Eingriffen) behandelt.²⁹ Für hochaltrige Frauen sind diese Zahlen höher als in allen anderen Altersgruppen (Statistisches Bundesamt 2013j, Tabelle 14.1.2). Das Risiko, in einem Krankenhaus an einer Unfall- oder Vergiftungsverletzung behandelt zu werden, war 2011 bei den Hochaltrigen am größten: In der Altersgruppe 80–84 waren 4.023 Männer und 6.721 Frauen je 100.000 Einwohner derselben Alters- und Geschlechtsgruppe davon betroffen, im Alter ab 85 Jahren bereits 6.254 Männer und 10.614 Frauen je 100.000 Einwohner (ebd., Tabelle 14.3.2). Brüche der Extremitäten (vor allem Oberschenkelbrüche), Kopfverletzungen (vor allem innerhalb des Schädels) sowie Wirbelsäulenverletzungen waren für Männer und Frauen ab 80 Jahren die häufigsten verletzungsbedingten Behandlungsursachen (ebd., Tabelle 14.1.2).

Vor allem Sturzunfälle bergen ein erhebliches Sterblichkeitsrisiko für hochaltrige Frauen und Männer. In der Todesursachenstatistik 2012 stellten in den Altersgruppen 80–84, 85–89 und 90+ Sturzunfälle die häufigste »äußere Ursache von Morbidität und Mortalität« (ICD-Kapitel XX) dar, in weitem Abstand gefolgt von vorsätzlichen Selbstbeschädigungen (Suizid) und Unfällen im Straßenverkehr (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 8). Das altersspezifische Risiko, im Jahr 2012 an einer Sturzverletzung zu sterben, stieg von 85 Fällen je 100.000 Einwohner bei den 80- bis 84-Jährigen auf 176 Fälle je 100.000 Einwohner bei den 85- bis 89-Jährigen und 328 Fälle je 100.000 Einwohner

²⁹ In der Krankenhausdiagnosestatistik werden Behandlungsfälle und keine Personen gezählt, sodass eine Person auch mehrfach erfasst werden kann, wenn sie innerhalb eines Jahres mehr als einmal behandelt wurde.

Ärztlich versorgte Unfallverletzte



» Abb. 20: Anteil der Frauen und Männer mit mindestens einer ärztlich versorgten Unfallverletzung in den letzten zwölf Monaten nach Alter, GEDA 2009 (Saß 2010, S. 2)

bei den ab 90-Jährigen; Männer wiesen jeweils ein etwas höheres Risiko auf als Frauen (ebd., S. 11). Für tödliche Unfälle im Straßenverkehr beliefen sich die entsprechenden Werte auf weitaus geringere 10 (80–84), 12 (85–89) bzw. 6 (90+) Fälle je 100.000 Einwohner; Männer wiesen hier ein zwei- bis dreifach höheres Risiko auf als Frauen (ebd.). Im Jahr 2011 fanden 99 % aller tödlichen Unfälle der Altersgruppe 80+ im Heim- und Freizeitbereich statt (Statistisches Bundesamt 2013j, Erläuterungen und allgemeiner Überblick).

Stürze

Sturzverletzungen, die im Krankenhaus behandelt werden müssen oder tödlich enden, nehmen mit steigendem Alter immer mehr zu (siehe oben). Im hohen Alter führen Stürze häufig zu Knochenbrüchen, darunter vor allem Oberschenkelbrüche (siehe Abschnitt 05.3, Krankheiten des Bewegungsapparats). Bleibende Funktionseinschränkungen und die Angst vor erneuten Stürzen vermindern in der Folge die Lebensqualität der betroffenen Personen. In zwei regional repräsentativen Befragungen wurde die Häufigkeit von Sturzereignissen bei

älteren, in Privathaushalten lebenden Menschen ermittelt. Im Jahr 2006 haben Gaßmann, Rupprecht und Freiburger (2009) 622 Personen aus dem Großraum Erlangen-Nürnberg-Fürth befragt, die 65 Jahre und älter waren. Sie konnten einen stetigen Anstieg der Sturzhäufigkeit mit zunehmendem Alter nachweisen: Mindestens einen Sturz innerhalb der letzten sechs Monate erlitten 15 % der 65- bis 69-Jährigen, 16 % der 70- bis 79-Jährigen, 23 % der 80- bis 89-Jährigen und 46 % derjenigen, die 90 Jahre alt und älter waren. Dabei zeigten Frauen ab 65 Jahren mit 27 % eine doppelt so hohe Sturzprävalenz wie Männer ab 65 Jahren mit 13 % (ebd., S. 5). Vergleichbare Werte ergab eine telefonische Befragung von Schumacher (2013) aus dem Jahr 2006, an der 862 Einwohner der Stadt Herne im Alter von 40 Jahren und darüber teilnahmen. Hier nahmen die Anteile der Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal stürzten, ebenfalls deutlich mit dem Alter zu, von 10 % (65–69) auf 16 % (70–74), 20 % (75–79), 20 % (80–84), 31 % (85–89) und 44 % (90+); auch hier waren Frauen häufiger von Stürzen betroffen als Männer (ebd., S. 2). Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen haben aufgrund ihrer höheren Gebrechlichkeit ein größeres Sturzrisiko als die zu Hause lebende Bevölkerung gleichen Alters (Rapp und Becker 2009).

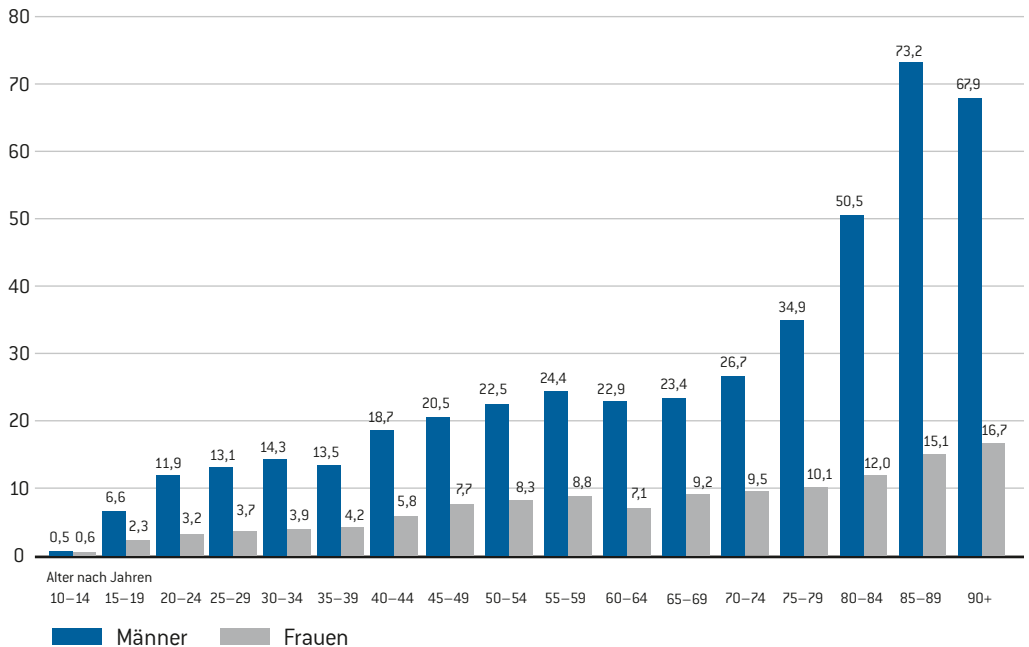
Stürze im Alter können viele medizinische Ursachen haben, u. a. Bewegungsschmerzen, Muskelschwäche, Herzerkrankungen, Seh- und Hörstörungen, Schwindelanfälle (Blutdruckabfall, Übermedikation), Depressionen oder Mehrfacherkrankungen (vgl. Gaßmann u. a. 2009; Schumacher 2013; Rapp und Becker 2009). Auch allein lebende Menschen weisen ein höheres Sturzrisiko auf (Gaßmann u. a. 2009). Eine besondere Risikogruppe stellen ältere Frauen mit Osteoporose dar, die bei Stürzen besonders von Knochenbrüchen bedroht sind (Schumacher 2013). Äußere Sturzrisiken

lassen sich vermindern, indem in der Wohnung und im Haus für ausreichende Beleuchtung und sichere Treppengänge gesorgt wird und Stolperfallen (z. B. zu hohe Schwellen) beseitigt werden (Rapp und Becker 2009). Nach Granacher u. a. (2013) erhöhen Muskelschwäche, Gleichgewichtsdefizite und Gangunsicherheiten das Sturzrisiko um das Drei- bis Vierfache. Das frühzeitige Erkennen von sturzgefährdeten Personen und ein auf das spezifische Risikoprofil zugeschnittenes Gleichgewichts- und Krafttraining sind daher wichtige Maßnahmen, um die Mobilität und Lebensqualität im Alter sichern zu können (ebd.).

Suizid

In der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts werden Suizide im Kapitel »Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität« unter der Bezeichnung »vorsätzliche Selbstbeschädigung« geführt. Die dort aufgeführte Suizidrate (Selbsttötungen je 100.000 Einwohner) steigt zu Beginn der Altersphase deutlich an, insbesondere bei den Männern – im Jahr 2012 nahmen sich vier bis fünf Mal so viele Männer ab 80 Jahren das Leben wie die gleichaltrigen Frauen (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 11; vgl. Abbildung 21). Dennoch ist der Anteil der Suizide an allen anderen Todesursachen im hohen Alter relativ gering und nimmt dort sogar ab: 2012 betrug er bei hochaltrigen Männern 0,6 % (80–84), 0,5 % (85–89) und 0,4 % (90+), bei hochaltrigen Frauen 0,2 % (80–84), 0,1 % (85–89) und 0,1 % (90+). In der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen lag dagegen der Anteil von Suiziden an allen Todesursachen bei sehr hohen 22 %. Suizide sind damit trotz der mit dem Alter ansteigenden Häufigkeit keine typische Todesursache von hochaltrigen Personen, hier dominieren andere Ursachen (vgl. Kapitel 05.6). Dies gilt auch dann,

Vorsätzliche Selbstbeschädigungen



» Abb. 21: Vorsätzliche Selbstbeschädigung pro 100.000 Einwohner (Suizidrate) nach Alter und Geschlecht 2012 (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 11)

wenn einbezogen wird, dass die tatsächliche Anzahl von Suiziden im höheren und hohen Alter deutlich unterschätzt wird, insofern »weiche« Methoden (z. B. Vergiftungen mit Psychopharmaka) oft nicht erkannt werden und eher in die Rubrik »unklare Todesursachen« eingeordnet werden (Schmidtke u. a. 2008, S. 5).³⁰

Häufige Ursachen und Motive von Suiziden und Suizidversuchen im Alter sind psychische Erkran-

kungen (Depressionen), Partnerverlust, soziale Isolation, Angst vor den Folgen physischer Erkrankungen und der Verlust von Handlungsspielräumen (Schmidtke u. a. 2008, S. 3). Eine Auswertung von Versichertendaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) des Jahres 2006 zeigt, dass der Anstieg der Suizidraten im Alter vor allem durch die ebenfalls mit dem Alter zunehmende Häufigkeit von psychiatrischen und chronischen Erkrankungen erklärt

30 Die statistische Erfassung von Todesursachen basiert auf ärztlichen Totenbescheinigungen, die im Rahmen von Leichenschauen ausgestellt werden, und nicht auf Obduktionen, die wissenschaftlich zuverlässiger sind.

werden kann. Vor allem das Leiden an Krankheiten und ihren Folgen motiviert ältere und alte Menschen dazu, das eigene Leben vorzeitig zu beenden (Voges 2008, S. 1396 f.)

» 05.7 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Lebenserwartung

In der Periode 2009/2011 betrug in Deutschland die durchschnittliche Lebenserwartung für einen neugeborenen Jungen 78 Jahre und für ein neugeborenes Mädchen 83 Jahre (Statistisches Bundesamt 2013e, S. 37).³¹ Diese Unterschiede verschwinden nahezu, wenn die fernere Lebenserwartung von hochaltrigen Menschen betrachtet wird (siehe Tabelle 29): 80-Jährige Männer können im Mittel auf weitere acht Lebensjahre hoffen, 80-Jährige Frauen auf weitere neun Jahre. Diese Differenz wird in den höheren Altersgruppen immer niedriger, bis sie bei den 100-Jährigen so gut wie nicht mehr existiert. Weder bei der Lebenserwartung ab Geburt noch bei der ferneren Lebenserwartung gibt es heute noch nennenswerte Unterschiede zwischen der Bevölkerung der alten und der neuen Bundesländer (vgl. Statistisches Bundesamt 2013e, S. 38).

Als Ursachen für die seit langem zu beobachtende höhere Gesamtlebenserwartung von Frauen

werden 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 und Kreft 2011, S. 910 f.; RKI 2011b, S. 15). Nach heutigem Wissen sind vor allem die verhaltens- und umweltbezogenen Faktoren für diese Geschlechterunterschiede verantwortlich. Da sich die Lebensstile und Lebensbedingungen von Frauen und Männern immer stärker annähern, wird in Zukunft auch eine Angleichung der Lebenserwartung von Frauen und Männern erwartet (ebd.).

Dies gilt nicht für sozioökonomische Ungleichheiten der Lebenserwartung: In Deutschland haben Menschen mit einem niedrigeren Einkommen, einer niedrigeren Bildung und einem niedrigeren beruflichen Status auch eine deutlich niedrigere Lebenserwartung; es deutet sich sogar an, dass diese Unterschiede weiter zunehmen (Lampert und Kroll 2014, S. 9). Ob diese sozialen Ungleichheiten auch im hohen Alter ab 80 Jahren fortbestehen, also sozial benachteiligte Hochaltrige ein höheres Sterberisiko haben als sozial privilegierte Hochaltrige, kann allerdings aufgrund der fehlenden Datenlage nicht beantwortet werden. Wenn Personen aus sozial benachteiligten Verhältnissen ein sehr hohes Alter erreichen, dann stellen sie bereits eine positive Auswahl aus ihrer Herkunftsgruppe dar,

31 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 2009/2011.

Durchschnittliche fernere Lebenserwartung

Alter im Jahr 2009/2011	Lebenserwartung Männer	Lebenserwartung Frauen
80 Jahre	7,8	9,1
85 Jahre	5,5	6,3
90 Jahre	3,8	4,2
95 Jahre	2,7	3,0
100 Jahre	2,0	2,1

» Tab. 29: Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in Jahren, Sterbetafel 2009/2011 (Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 11.5.2014)

da sie mit besseren gesundheitlichen Ressourcen ausgestattet waren bzw. sind als die bereits Verstorbenen. Soziale Ungleichheiten der Lebenserwartung und Sterblichkeit könnten daher im ganz hohen Alter eingeebnet werden (Motel-Klingebiel u. a. 2013, S. 6).

Die Lebenserwartung ab Geburt steigt seit über einem Jahrhundert stetig an (innerhalb des letzten Jahrhunderts um ungefähr das Doppelte), und ein natürliches Ende dieser Entwicklung ist nicht absehbar. Nachdem zuerst die Säuglings- und Kindersterblichkeit erfolgreich zurückgedrängt wurde, ist seit einigen Jahrzehnten vor allem der Rückgang der Sterblichkeit im höheren und hohen Alter dafür verantwortlich (Doblhammer und Kreft 2011, S. 907; Scholz 2013, S. 26 f.). Diese Abnahme ist eine Folge der fortschreitend besseren Prävention, Therapie und Rehabilitation von chronischen Erkrankungen, die zu höheren Überlebenszeiten geführt haben. In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung wird intensiv diskutiert, ob dieser medizinische Fortschritt zu einer Expansion oder einer Kompression der Morbidität führt, d. h. ob die gewonnenen Lebensjahre vor allem mit starken gesundheitlichen Beschwerden bzw. in Pflegebedürftigkeit verbracht werden, oder ob sie überwiegend aus gesunden bzw. beschwerdefreien Lebensjahren

bestehen. Die Befundlage ist nicht eindeutig, aber es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass trotz zunehmender Multimorbidität funktionale Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens weiter rückläufig sind. Je nach Studie blieb der Anteil der gesunden bzw. pflegefreien Lebensjahre an der zusätzlichen Lebenserwartung gleich oder hatte sich sogar erhöht, womit die Expansionsthese für Deutschland als widerlegt gelten könne (so Doblhammer und Kreft 2011, Kroll und Ziese 2009 sowie Trachte u. a. 2014). Allerdings basieren viele dieser Studien auf Repräsentativbefragungen der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung – die geringere Teilnahmebereitschaft von gesundheitlich stark eingeschränkten Personen und die Nichtbefragung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern kann zu einem positiv überzeichneten Bild der Morbiditätsentwicklung führen (Trachte u. a. 2014, S. 6 f.). Eine aktuelle Studie der Barmer GEK (2013a), die nicht diesen Einschränkungen unterliegt, zeigt anhand von Versichertendaten der Gmünder Ersatzkasse, dass der Anteil der weiteren Lebenszeit ab 60 Jahren, der in Pflegebedürftigkeit verbracht wurde, zwischen den Zeiträumen 1999–2003 und 2007–2011 sogar leicht anstieg (ebd., S. 10).

Gestorbene je 100.000 Einwohner

Altersgruppe	Sterbeziffer Männer	Sterbeziffer Frauen
75–79 Jahre	4.413	2.652
80–84 Jahre	8.093	5.513
85–89 Jahre	13.517	10.876
90 Jahre und älter	18.454	21.763

» Tab. 30: Gestorbene 2012 je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 9)

Sterblichkeit

Das Sterblichkeitsrisiko konzentriert sich heute auf das hohe und ganz hohe Alter und steigt dort im weiteren Verlauf, insbesondere bei den Frauen, nahezu exponentiell an. Die Sterbeziffer (Anzahl der Gestorbenen pro 100.000 Einwohner) ist im Geschlechtervergleich bis zum 90. Lebensjahr bei den Männern höher, erst danach weisen Frauen ein leicht höheres Sterberisiko auf. Im Jahr 2012 verstarben pro 100.000 Personen derselben Alters- und Geschlechtsgruppe 4.413 Männer und 2.652 Frauen zwischen 75 und 79 Jahren, 8.093 Männer und 5.513 Frauen zwischen 80 und 84 Jahren, 13.517 Männer und 10.876 Frauen zwischen 85 und 89 Jahren sowie 18.454 Männer und 21.763 Frauen ab 90 Jahren (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 9; vgl. Tabelle 30).

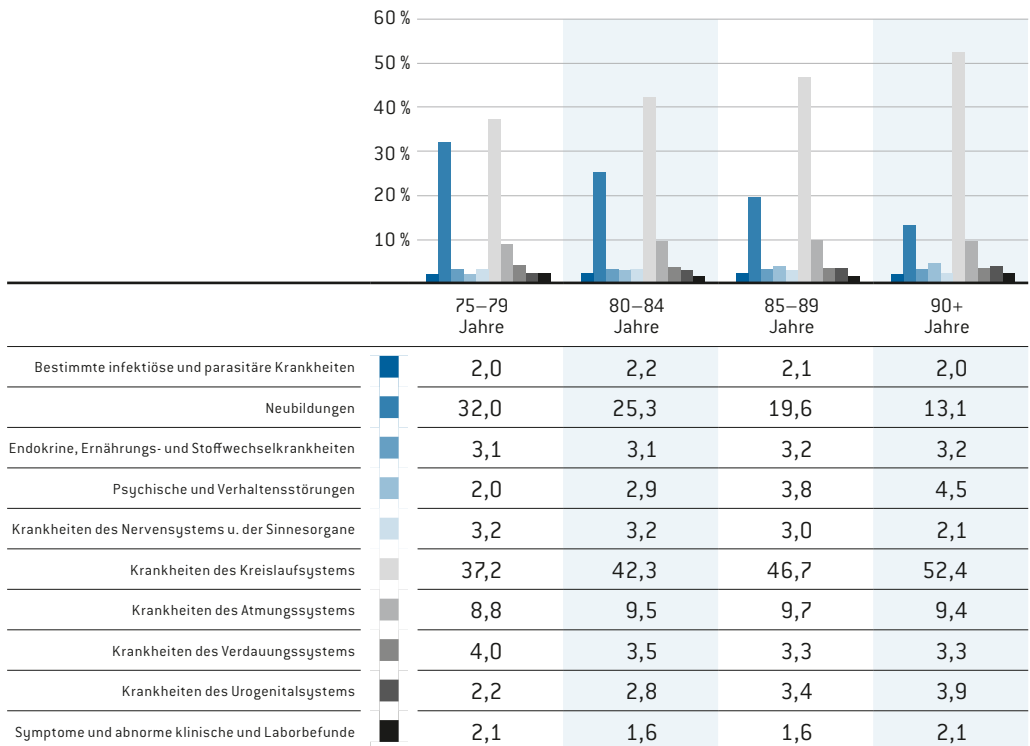
Todesursachen

Die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts gibt Auskunft darüber, an welchen Krankheiten oder äußeren Ursachen Menschen gestorben sind. Diese Statistik kann nur eine grobe Annäherung an das tatsächliche Sterbe geschehen liefern, da nur die jeweils wichtigste Todesursache erfasst

und Multimorbidität nicht berücksichtigt wird (RKI 2011b, S. 27). Die Abbildungen 21 und 22 zeigen auf, welche Erkrankungsgruppen bei Männern und Frauen ab 75 Jahren im Jahr 2012 am häufigsten zum Tod geführt haben (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 12 f.; siehe auch Kapitel 05.3 bis 05.5). Die meisten Todesfälle waren bei hochaltrigen Männern und Frauen auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen, gefolgt von Krebserkrankungen (Neubildungen). Beide Erkrankungsgruppen waren für ca. zwei Drittel aller Sterbefälle bei Menschen ab 80 Jahren verantwortlich.

Der Anteil der Kreislaufkrankungen an allen Todesursachen erhöhte sich dabei mit zunehmendem Alter stetig, von 37 % (75- bis 79-Jährige) auf 52 % (90-Jährige und ältere) bei den Männern und von 37 % (75–79) auf 59 % (90+) bei den Frauen. In absoluten Zahlen waren das in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen 31.432 Männer und 36.459 Frauen, in der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen 25.958 Männer und 55.809 Frauen sowie in der Gruppe ab 90 Jahren 17.517 Männer und 64.744 Frauen, die im Jahr 2012 an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstarben (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 7). Der Anteil der Krebserkrankungen an allen Todesursachen fiel dagegen mit zunehmendem Alter ab, von 32 % (75- bis 79-Jährige) auf 13 % (90-Jährige und ältere) bei den Männern und von 31 % (75–79) auf

Häufigste Todesursachen bei Männern



» Abb. 22: Anteile der häufigsten Todesursachen 2012 (in % von allen Todesursachen, ICD-10 Kapitel A00-T98) bei Männern nach Altersgruppen (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 12 f.)

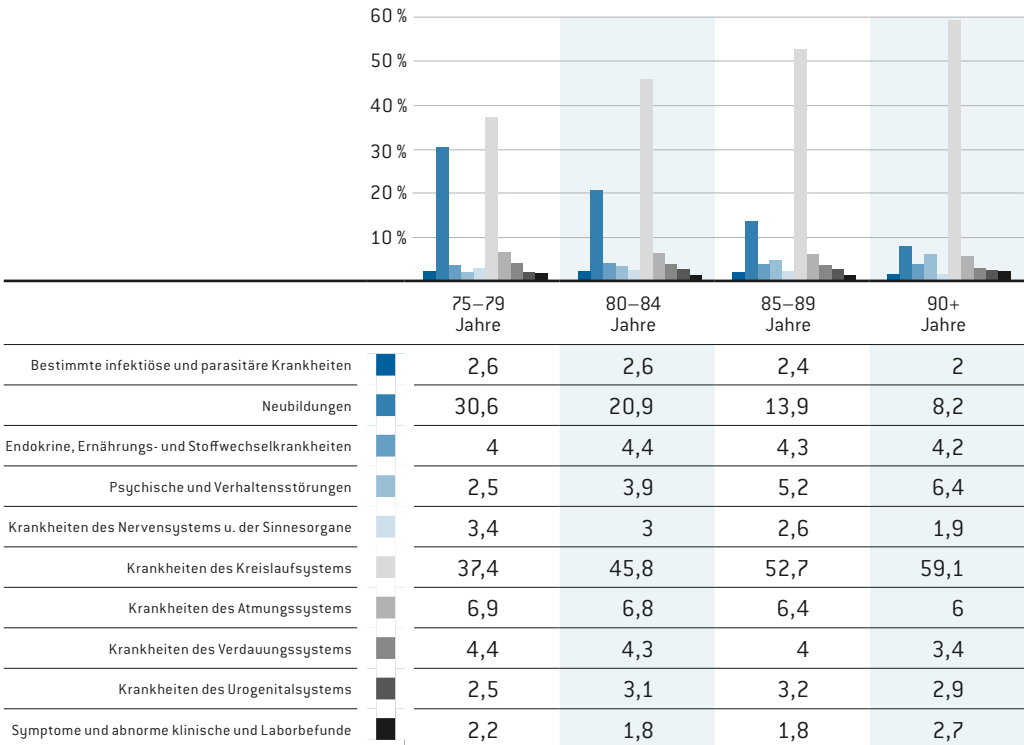
8 % (90+) bei den Frauen. Im Jahr 2012 starben an Krebserkrankungen (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 6) 18.805 Männer und 16.676 Frauen zwischen 80 und 84 Jahren, 10.914 Männer und 14.726 Frauen zwischen 85 und 89 Jahren sowie 4.376 Männer und 9.003 Frauen ab 90 Jahren. Alle anderen Todesursachen hatten einen Anteil von jeweils unter 10 % an allen Todesursachen. Die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen konnte aufgrund der zunehmenden Demenzsterbefälle einen deutlichen Anstieg verzeichnen, und

zwar von 2–3 % bei den 75- bis 79-Jährigen auf 5–6 % bei den ab 90-Jährigen.

» 05.8 Prävention

Viele Risikofaktoren für chronische Erkrankungen, Verletzungen und funktionale Beeinträchtigungen können auch im hohen Alter durch präventive Maß-

Häufigste Todesursachen bei Frauen



» Abb. 23: Anteile der häufigsten Todesursachen 2012 (in % von allen Todesursachen, ICD-10 Kapitel A00-T98) bei Frauen nach Altersgruppen (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 12 f.)

nahmen positiv beeinflusst werden. Diese sollen nicht nur das Auftreten bestimmter Erkrankungen verhindern bzw. aufschieben oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorbeugen, sondern auch dazu beitragen, dass trotz gesundheitlicher Beschwerden Lebensqualität aufrecht erhalten bzw. wiedergewonnen werden kann (Schütz und Wurm 2009, S. 162). Neben einer gesunden Lebensführung tragen Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsprogramme und Schutzimpfungen dazu bei, Krankheitsrisiken zu vermindern bzw.

beginnende Erkrankungen frühzeitig behandeln zu können. Eine gute Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und ein angemessener Umgang mit Medikamenten ermöglichen den Betroffenen eine möglichst selbständige Lebensführung.

Gesundheitsverhalten

Gesundheitsrelevantes Verhalten (Gesundheitsverhalten) bezieht sich auf »Verhaltensweisen, die vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnisse als förderlich, riskant oder schädlich für die Gesundheit bewertet werden können« (Menning 2006, S. 17). Hierzu zählen körperliche bzw. sportliche Aktivitäten, Ernährung und der Konsum von Tabak und Alkohol.

Im Nationalen Gesundheitsziel »Gesund älter werden« wird im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« das Ziel formuliert, dass die körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen gestärkt bzw. erhalten wird (BMG 2012, S. 44). Körperliche Bewegung und sportliche Aktivitäten beugen kardiovaskulären Risiken und Erkrankungen vor, vermindern das Sturz- und Frakturrisiko durch die Kräftigung von Bändern und Gelenken, haben einen positiven Einfluss auf geistige Denkleistungen und verringern depressive Verstimmungen (ebd.). Im Alter ab 80 Jahren nimmt der Anteil der Menschen deutlich zu, die kaum oder gar nicht mehr körperlich bzw. sportlich aktiv sind; dabei neigen Frauen stärker zur Inaktivität als Männer. In der SHARE-Studie 2004 wurde danach gefragt, wie häufig bestimmte anstrengende bzw. weniger anstrengende Aktivitäten ausgeübt werden (Menning 2006, S. 21; vgl. Abbildung 50 im Anhang). Mit »So gut wie nie« oder »nie« antworteten in Deutschland 8 % der Männer und 14 % der Frauen zwischen 70 und 79 Jahren, bei den Befragten ab 80 Jahren belief sich der Anteil der körperlich Inaktiven bereits bei einem Drittel der Frauen (34 %) und einen Fünftel der Männer (20 %). Dieser Altersunterschied zeigte sich in der Generali Altersstudie 2013 hinsichtlich der sportlichen Aktivität: Hier gaben 34 % der 70- bis 74-Jährigen, 44 % der 75- bis 79-Jährigen und 60 % der 80- bis

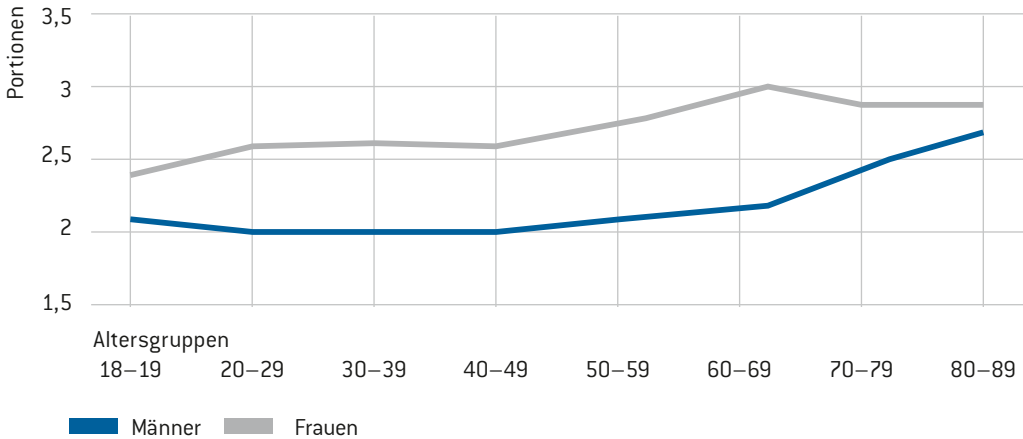
85-Jährigen an, keinen Sport zu treiben (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 272).

Eine gesunde Ernährung trägt ebenso wie körperliche Betätigung dazu bei, Übergewicht zu vermeiden und vorbeugend auf viele chronische Krankheiten zu wirken. Insbesondere der Verzehr von Obst und Gemüse hat eine schützende Wirkung hinsichtlich Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall. Auch hinsichtlich verschiedener Krebsarten (z. B. in Mundhöhle, Rachen, Magen, Dickdarm) gilt ein vorbeugender Effekt als wahrscheinlich (Rabenberg und Mensink 2011, S. 1 f.). Wie in Abbildung 24 auf der Basis von Daten des GEDA 2009 zu sehen ist, verzehren ältere und alte Menschen mehr Portionen Obst und Gemüse als junge Menschen. Der größte Anstieg ist bei den Männern von der mittleren Lebensphase ab zu beobachten, hier weisen hochaltrige Männer von 80 bis 89 Jahren mit über 2,5 Portionen täglich den höchsten Konsum innerhalb ihrer Geschlechtsgruppe auf.

Rauchen gilt als zentraler Risikofaktor für sehr viele Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (siehe Kapitel 05.3). In dieser Hinsicht verhalten sich hochaltrige Menschen weitaus gesundheitsbewusster als Menschen im mittleren Lebensalter. Der Anteil der regelmäßigen Raucher sinkt ab der Altersgruppe 50–55 stetig, nur noch 7 % der Männer und 3 % der Frauen ab 75 Jahren greifen regelmäßig zur Zigarette (Statistisches Bundesamt 2011d, S. 8, eigene Berechnungen; vgl. Abbildung 51 im Anhang). Wahrscheinlich motivieren chronische, durch Rauchen mitverursachte Erkrankungen dazu, gänzlich auf Tabakkonsum zu verzichten. Zudem sterben starke Raucherinnen und Raucher früher und erreichen damit seltener ein hohes Alter als Nichtraucher (DHS 2011, S. 60).

Ebenfalls sehr schädlich im höheren und hohen Alter ist ein missbräuchlicher Alkoholkonsum – auch er verursacht oder begünstigt eine Reihe

Anzahl an Portionen Obst und Gemüse pro Tag



» Abb. 24: Mittlere Anzahl an Portionen Obst und Gemüse pro Tag, nach Alter und Geschlecht, GEDA 2009 (Rabenberg und Mensink 2011, S. 5)

degenerativer chronischer Erkrankungen, darunter Leberzirrhose, Herzmuskelerkrankungen, hirnorganische Schäden und zahlreiche Krebserkrankungen. Darüber hinaus führt Alkoholmissbrauch häufig zu gefährlichen Stürzen und Unfällen und stellt eine hohe Belastung für soziale Beziehungen dar (RKI 2011a, S. 121; DHS 2011, S. 22 f.). Repräsentative Daten zur Häufigkeit und sozialen Verteilung von Alkoholkonsum in der hochaltrigen Bevölkerung Deutschlands sind sehr selten. Eine Ausnahme machte die SHARE-Studie 2004, in der gefragt wurde, wie häufig in den letzten sechs Monaten »an einem Tag mehr als zwei Gläser oder Dosen Bier/Wein/Cocktails/hochprozentige Getränke getrunken« wurden (Menning 2006, S. 24; Abbildung 52 im Anhang). Einen Risikokonsum an alkoholischen Getränken (Antworten: »fast täglich« und »an fünf oder sechs Tagen der Woche«) wiesen 10 % der Männer und 3 % der Frauen ab 80 Jahren auf. Für

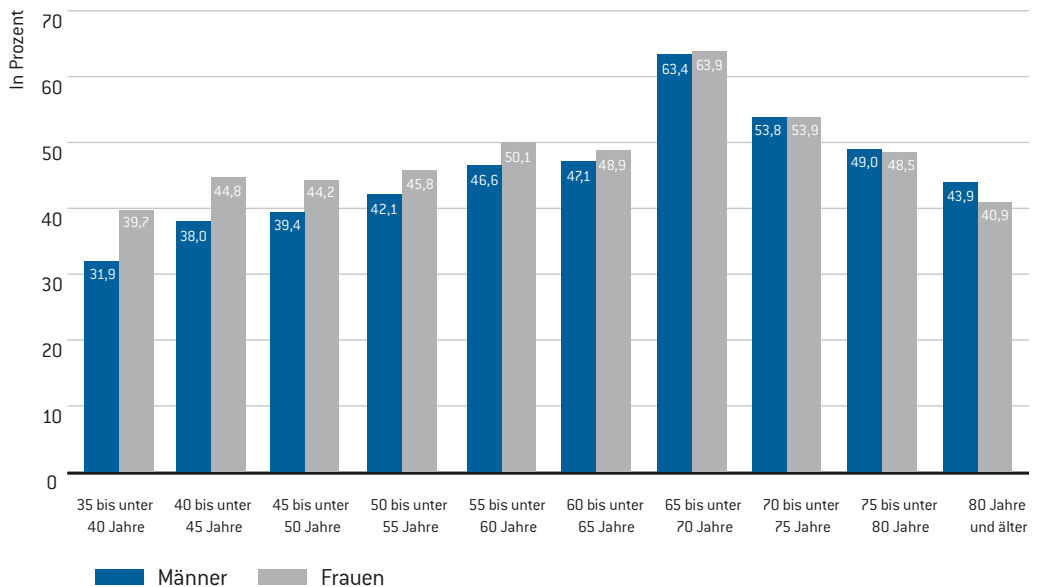
Frauen hat sich dieser Wert seit dem 60. Lebensjahr nicht mehr verändert, während der Wert für Männer mit zunehmendem Alter stark sinkt – in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen lag er noch bei 18 %. Dieser Rückgang ist zum einen dadurch bedingt, dass die Alkoholverträglichkeit mit zunehmendem Alter abnimmt, wodurch der Verzicht auf Alkohol erleichtert wird; zum anderen aber auch durch das stark erhöhte Sterblichkeitsrisiko von alkoholkranken Menschen, die seltener ein höheres oder gar hohes Alter erreichen (DHS 2011, S. 23).

Vorsorgeuntersuchungen und Krebsfrüherkennung

Gesetzlich Versicherte im Alter über 35 Jahren haben »jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit« (§ 25 SGB V Absatz 1). Dieser Gesundheits-Check-up umfasst eine Ganzkörperuntersuchung, eine Blutdruckmessung und eine Untersuchung des Blutzuckerspiegels, des

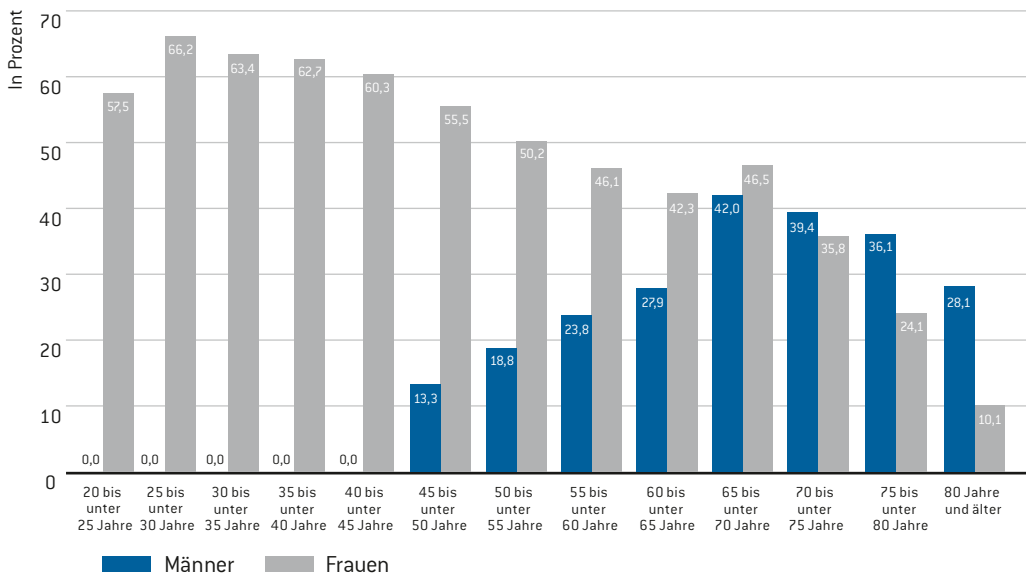
Cholesterins und des Urins. In den Altersgruppen unter 65 Jahren gehen Frauen häufiger zu Vorsorgeuntersuchungen, während bei den ab 80-jährigen Männern etwas häufiger als Frauen daran teilnehmen. Die Beteiligung innerhalb des Zweijahresintervalls 2010–2011 war mit fast zwei Dritteln aller Versicherten am höchsten in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen. Mit zunehmendem Alter sank die Teilnahme wieder; von den 80-Jährigen und Älteren beteiligten sich 44 % aller männlichen und 41 % aller weiblichen Versicherten an einem Gesundheits-Check-up [Zentralinstitut für die

Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen



» Abb. 25: Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up der anspruchsberechtigten Versicherten nach Alter und Geschlecht in Prozent, 2010–2011, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2013 (zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff 29.4.2014)

Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen



» Abb. 26: Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent der anspruchsberechtigten Versicherten nach Alter und Geschlecht, 2011, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2013 [zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 29.4.2014]

kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2013; Abbildung 25).

Ab dem 18. Lebensjahr haben gesetzlich Versicherte ebenso Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 Absatz 2 SGB V). Näheres wird gemäß § 92 SGB V in der aktuellen Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2010) 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, sowie zusätzlich der Früherkennung von

Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres;

- bei Männern der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren;
- bei Frauen und Männern der Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut ab dem Alter von 35 Jahren sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren.«

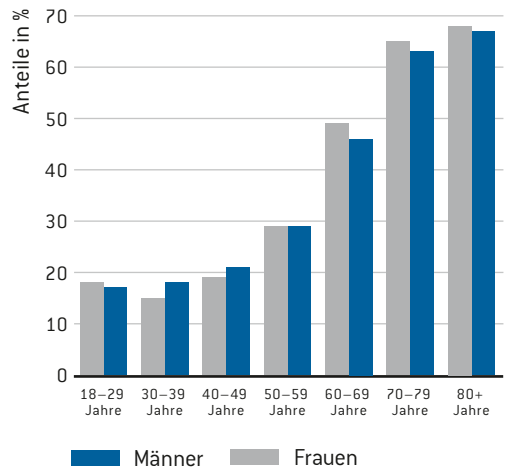
Diese für Frauen und Männer verschiedenen Anspruchsvoraussetzungen spiegeln sich auch in einer unterschiedlichen Teilnahme an Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung wider (Zentralinstitut

für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2013; Abbildung 26). Die hohen Werte für Frauen bereits ab dem zwanzigsten Lebensjahr ergeben sich aus dem gesetzlichen Anspruch, sich ab diesem Zeitpunkt jährlich auf Brustkrebs und Gebärmutterhals-, Gebärmutterkörper- und Eierstockkrebs untersuchen zu lassen; später kommt noch die Früherkennung von Darm- und Hautkrebs dazu. Die Werte für Männer steigen ab der Lebensmitte kontinuierlich bis zu den 65- bis 69-Jährigen an; hier steht neben der Untersuchung auf Hautkrebs vor allem die Früherkennung von Prostata- und Darmkrebs im Mittelpunkt. Ab dem 70. Lebensjahr geht die Teilnahme insbesondere bei Frauen deutlich zurück; Männer ab 80 Jahren nahmen 2011 zu 28 %, Frauen ab 80 Jahren zu 10 % teil, obwohl das Neuerkrankungsrisiko im hohen Alter weiter ansteigt (vgl. Abbildungen 16 und 17).

Gripeschutzimpfung

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt älteren Menschen ab 60 Jahren, sich gegen die saisonale Grippe (Influenza) impfen zu lassen. Damit sollen schwere, teils auch tödliche Krankheitsverläufe vermieden werden, für die ältere Menschen ein erhöhtes Risiko haben (Böhmer und Walter 2011, S. 1 f.), insbesondere in Kombination mit bestehenden Grunderkrankungen (ebd., S. 4). Der Anteil der Bevölkerung, der sich gegen Grippe impfen lässt, steigt ab dem mittleren Erwachsenenalter deutlich an. In der Saison 2007/08 erreichte er mit jeweils ca. zwei Dritteln bei Männern und Frauen ab 80 Jahren den höchsten Wert (GEDA 2009; Böhmer und Walter 2011, S. 2). Damit wurde der von der WHO empfohlene Wert von 75 % fast erreicht. In Ostdeutschland lag die Impfquote von Menschen über 60 Jahren

Gripeschutzimpfungen



» Abb. 27: Gripeschutzimpfung in der Saison 2007/2008 nach Alter und Geschlecht, GEDA 2009 (Böhmer und Walter 2011, S. 2)

deutlich höher als in Westdeutschland (ebd., S. 2), Zahlen für die über 80-Jährigen wurden nicht berichtet.

Heil- und Hilfsmittel

Heil- und Hilfsmittel unterstützen die Betroffenen bei der selbständigen Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten, tragen dazu bei, dass sie besser am sozialen Leben teilnehmen können und helfen ihnen so, einen Teil ihrer verlorengegangenen funktionalen Gesundheit wiederzugewinnen (siehe Kapitel 05.2). Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen, die durch eine Krankheit entstehen, abzumildern, eine Krankheit ausheilen zu lassen oder ein Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten. Sie umfassen vor allem Maßnahmen der Physiothera-

pie (Krankengymnastik und Massage), Ergotherapie (Training von Handlungen und Tätigkeiten), Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und Podologie (medizinische Fußpflege). Hilfsmittel dienen dazu, funktionale Einschränkungen, die durch Erkrankungen, Verletzungen und ihre Folgen entstehen, auszugleichen. Hierzu gehören u. a. orthopädische Produkte wie Rollstühle, Rollatoren, Prothesen, Orthesen, Bandagen und orthopädische Schuhe, aber auch Inhalationsgeräte, Inkontinenzhilfen, Hörgeräte und Sehhilfen.

Da bevölkerungsrepräsentative Angaben fehlen, muss die nach Alter und Geschlecht unterschiedliche Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ersatzweise mit Routinedaten von einzelnen Krankenkassen geschätzt werden (auch wenn solche Angaben aufgrund der kassenspezifischen Versichertenstrukturen nicht repräsentativ für alle Versicherten sein können). Im Folgenden werden exemplarisch die Ergebnisse des BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreports (2013b) vorgestellt. Dort war 2012 der Anteil der Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen am größten in der Gruppe der Hochaltrigen: Knapp über die Hälfte (52 %) der 80- bis 89-Jährigen und über zwei Drittel (70 %) der 90-Jährigen und Älteren bekamen Hilfsmittel verordnet. Der Anteil der Versicherten mit Heilmittelverordnungen 2012 stieg ebenfalls mit dem Alter an, aber nur bis zur Gruppe der 70- bis 79-Jährigen: Dort betrug der Anteil ca. ein Drittel (34 %), blieb dann bei den 80- bis 89-Jährigen relativ konstant (33 %) und fiel bei den 90-Jährigen und Älteren mit 28 % wieder etwas ab (Barmer GEK 2013b, S. 23; vgl. Abbildung 54 im Anhang). Frauen erhielten häufiger Hilfsmittelverordnungen als Männer, und zwar

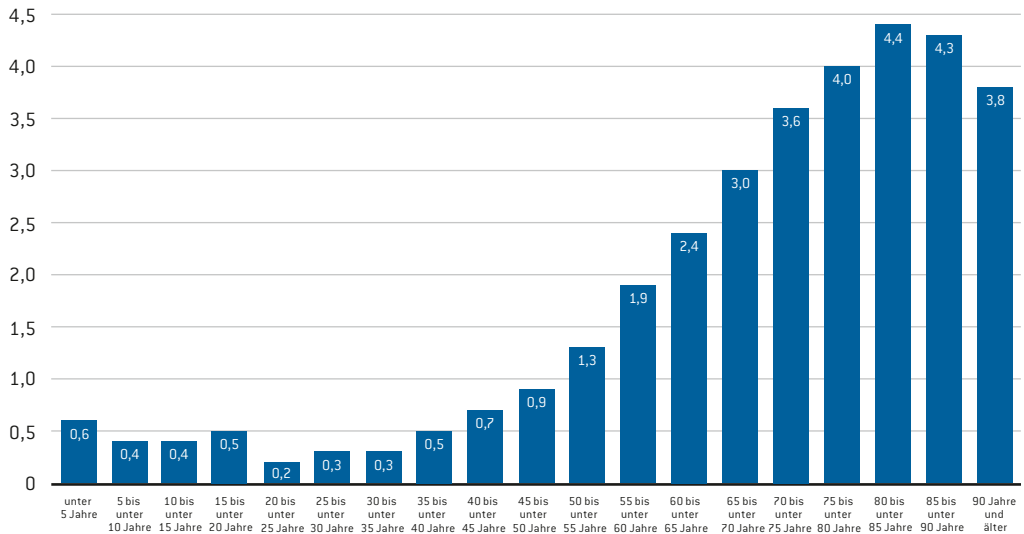
zu 55 % bei den 80- bis 89-Jährigen (Männer 46 %) und zu 72 % bei den ab 90-Jährigen (Männer 61 %) (ebd., S. 57). Dies gilt auch für Heilmittelverordnungen, hier waren die Unterschiede aber nicht ganz so stark (ebd., S. 178). Die Heilmittelverordnungen wurden von der Physiotherapie dominiert. Diese erhielten ungefähr ein Viertel der ab 80-Jährigen, während ergotherapeutische, logopädische und podologische Verordnungen nur an 1–3 % der ab 80-Jährigen ergingen (ebd.).

Medikamentenverordnung

Der Verbrauch von Arzneimitteln steigt mit zunehmendem Alter stark an. Die 80- bis 84-jährigen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen erhielten 2012 mit durchschnittlich 4,4 definierten Tagesdosen (DDD)³² pro Tag (das sind 1.609 definierte Tagesdosen jährlich) die meisten Medikamente verschrieben (in der Altersgruppe 20–24 Jahre waren es nur 0,3 DDD). Danach sank die verordnete Menge wieder leicht, auf 4,3 DDD pro Tag bei den 85- bis 89-Jährigen und 3,8 DDD pro Tag bei den ab 95-Jährigen (GKV-Arzneimittelindex, Wissenschaftliches Institut der AOK 2013; vgl. Abbildung 28). Frauen bekamen über die Hälfte mehr Psychopharmaka und Schmerzmittel verschrieben als Männer; diesen wurden dagegen ca. ein Fünftel mehr antithrombotische Mittel und Lipidsenker verordnet (Schaufler und Telschow 2013, S. 967). Generell erhalten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner deutlich mehr Medikamente als Personen in Privathaushalten (DHS 2011, S. 38 f.). Der höhere Medikamentenverbrauch im

32 »Die definierte Tagesdosis (defined daily dose, DDD) wird als Maß für die verordnete Arzneimittelmenge verwendet. Die DDD basiert auf der Menge eines Wirkstoffes bzw. eines Arzneimittels, die typischerweise auf die Hauptindikation bei Erwachsenen pro Tag angewendet wird.« (www.gbe-bund.de/glossar/DDD_Tagesdosen.html; Zugriff am 13.5.2014)

Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen



» Abb. 28: Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) pro Tag je Versichertem in der GKV 2012 nach Alter, GKV-Arzneimittelindex, Wissenschaftliches Institut der AOK 2013 [zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 29.4.2014, eigene Berechnung]

Alter birgt eine Reihe von Gefahren. Mit einer hohen Zahl an verschiedenen eingenommenen Wirkstoffen (Polypharmazie) erhöht sich das Risiko an Fehlmedikationen (ungeeignete Mittel, Dosierungsfehler, fehlerhafte Einnahme) und unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen, und die Bereitschaft älterer Menschen zur regelmäßigen Einnahme ihrer Medikamente kann spürbar nachlassen (»Non-Compliance«). Ältere Menschen ab 65 Jahren werden in den meisten Medikamentenstudien nicht berücksichtigt, sodass fundierte Behandlungsempfehlungen für sie kaum möglich sind (Eckardt u. a. 2013, S. 1).

Schmiemann und Hoffmann (2013) haben mit Hilfe von Versichertendaten der Barmer GEK aus dem 2. Quartal 2012 analysiert, wie stark Polyphar-

mazie bei älteren Menschen ab 65 Jahren verbreitet ist. Sie definierten Polypharmazie als die Verschreibung von mindestens fünf verschiedenen Wirkstoffen in einem Zeitraum von drei Monaten. Der Anteil der Versicherten mit polypharmazeutischen Verordnungen verdoppelte sich von 24 % der Männer und 22 % der Frauen zwischen 65 und 69 Jahren auf jeweils 47 % bei den 85- bis 89-jährigen Männer und Frauen; ab dem 95. Lebensjahr sinken die Werte wieder. Bis zum 84. Lebensjahr war der Anteil bei den Männern höher, danach bei den Frauen (ebd., S. 78).

In einer repräsentativen Befragung von 1.000 gesetzlich Krankenversicherten ab 65 Jahren wurde 2012 unter anderem ermittelt, wie häufig ungeeignete Medikamente gemäß der Priscus-

Liste³³ verordnet wurden [Zok 2012]. Es zeigte sich, dass in den letzten drei Monaten vor der Befragung deutlich mehr Frauen (10 %) als Männern (5 %) ungeeignete Medikamente für Menschen ab 65 Jahren verschrieben wurden. Bei Frauen waren dies vor allem bestimmte Beruhigungs- und Schlafmittel, bei Männern bestimmte Herz-, Kreislauf- und Venenmittel [ebd., S. 3]. In derselben Befragung wurde schließlich auch nach der Bereitschaft zur Mitwirkung gefragt: Hier gaben 20 % der Befragten ab 85 Jahren an, dass sie manchmal vergessen, ihre Medikamente einzunehmen, und 19 % der ab 85-Jährigen bekannten sich dazu, manchmal sorglos beim Einnehmen der Medikamente zu sein [ebd., S. 3].

>> 05.9 Gesundheitsversorgung

Arztbesuche

Hausärztinnen und Hausärzte haben neben der Therapie und Versorgung von Erkrankungen und der Lotsenfunktion hinsichtlich der Überweisung an Fachärzte auch die wichtige Aufgabe, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs- und anderen Erkrankungen anzubieten (siehe Kapitel 05.7) und ältere Menschen über Präventionsmöglichkeiten für ein gesundes Altern zu beraten [BMG 2012, S. 18]. Zu diesem Zweck können sie ein hausärztlich-

geriatrisches Basisassessment anbieten, das seit 2005 von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt wird. Damit sollen Funktions-, Fähigkeits- und Hirnleistungsstörungen sowie Sturzgefährdungen systematisch erfasst werden, damit auf dieser Grundlage geeignete Maßnahmen zur Behandlung, Beratung und Unterstützung geplant werden können. Allerdings sind Ziele, Zielgruppen und Leistungen dieses Assessments bislang nicht spezifiziert [ebd.].

Wie häufig haben hochaltrige Menschen einen Haus- oder Facharzt bzw. eine Haus- oder Fachärztin aufgesucht? Da hierzu keine bevölkerungsrepräsentativen Daten für Personen ab 80 Jahren vorliegen, soll wieder auf eine Auswertung von Versichertendaten der Barmer GEK zurückgegriffen werden [Barmer GEK 2014]. Frauen und Männer ab 80 Jahren, die in der Barmer GEK versichert waren, wurden 2012 fast ausnahmslos mindestens einmal ambulant-ärztlich behandelt (zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlungen wurden hier nicht berücksichtigt) – Frauen ab 80 Jahren zu 98 %, 80- bis 89-Jährige Männer ebenfalls zu 98 % und Männer ab 90 Jahren zu 95 %. Auch andere Altersgruppen wiesen hier sehr hohe Werte auf, Frauen wurden mindestens zu 92 %, Männer mindestens zu 82 % im Jahr 2012 ambulant-ärztlich behandelt [ebd., S. 233]. Einen eindeutigen Anstieg gibt es, wenn die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr betrachtet wird: Hier wiesen Männer der Altersgruppe 80–84 Jahre mit 14,2 Behandlungsfällen (Männer gesamt: 6,7) und Frauen der Altersgruppe 75–79 Jahre mit 13,7 Behandlungsfällen (Frauen gesamt: 9,6) die jeweils höchsten Durchschnittswerte auf [ebd., S.

33 In der von Experten entwickelten Priscus-Liste werden Arzneimittel aufgeführt, »die für die Altersgruppe ab 65 Jahren nicht geeignet sind, weil sie mangelhaft wirken, ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen haben oder weil es alternative Präparate gibt, die sicherer sind.« [Zok 2012, S. 2] Die Liste findet sich auf der Webseite des PRISCUS-Verbunds (priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf, Zugriff 02.12.2014).

234). Bei hochaltrigen Barmer GEK-Versicherten ab 80 Jahren wurden 2012 fast ausnahmslos chronische Erkrankungen diagnostiziert: Essentielle Hypertonie (zu hoher Blutdruck) wurde bei jeweils drei Vierteln der behandelten Frauen und Männer festgestellt. Zu den weiteren häufigsten Diagnosen zählten die ischämische Herzkrankheit (Männer: 43 %; Frauen: 27 %) und die Herzinsuffizienz (Männer: 22 %; Frauen 23 %). Bei 45 % der hochaltrigen Männer wurde eine Prostatavergrößerung festgestellt, bei 29 % der hochaltrigen Frauen eine Osteoporose. Ein Katarakt (Grauer Star) wurde bei jeweils einem Viertel der Frauen und Männer ab 80 Jahren dokumentiert (ebd., S. 114 f.).

Auch zur Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen liegen nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselte Versichertendaten der Barmer GEK (2013c) vor: Unter den älteren Menschen nahmen 2011 die 70- bis 74-Jährigen zu 78 % (Männer) bzw. 81 % (Frauen) am häufigsten eine zahnärztliche Behandlung in Anspruch. Diese Raten fallen bei hochaltrigen Menschen stark ab: Nur noch ca. die Hälfte der 85- bis 89-Jährigen (Männer: 54 %, Frauen: 48 %) und fast nur noch ein Drittel der 90-Jährigen und Älteren (Männer: 42 %, Frauen 34 %) suchten 2011 mindestens einmal einen Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin auf (Barmer GEK 2013c, S. 183).

Krankenhausbehandlung

Ältere Menschen werden auch heute noch überwiegend in Krankenhäusern der Regelversorgung stationär behandelt und nicht in geriatrischen Fachabteilungen bzw. Fachkliniken für Geriatrie, die fachlich qualifizierter auf ihre längeren Krankheits-

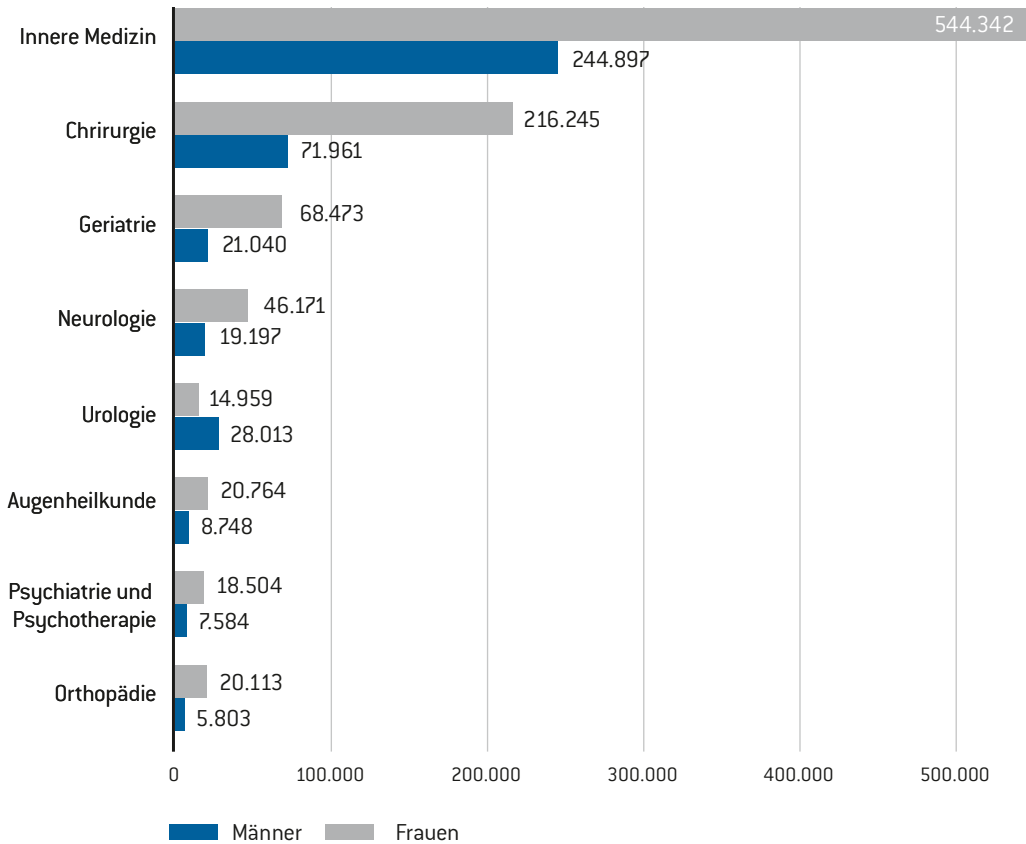
verläufe und veränderten Arzneimittelreaktionen eingehen könnten, wie Abbildung 29 zeigt.³⁴ Selbst bei Männern und Frauen ab 85 Jahren steht die Versorgung in einer geriatrischen Abteilung erst an dritter Stelle, weit hinter den Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie. Insbesondere hochaltrige und/oder multimorbide Patientinnen und Patienten benötigen eine akutmedizinische Behandlung, die gleichzeitig auch mit rehabilitativen Maßnahmen verbunden ist. Wenn solche langfristigen rehabilitativen Ziele nicht schon von Beginn an mit berücksichtigt werden, hat das oft einen »Drehtüreffekt«, also häufige Wiedereinweisungen zur Folge (BMG 2012, S. 62).

Im Jahr 2012 wurden insgesamt über 19 Millionen Behandlungsfälle in Krankenhäusern gezählt, davon 1.482.162 bei den 80- bis 84-Jährigen, 974.433 bei den 85- bis 89-Jährigen, 379.179 bei den 90- bis 94-Jährigen und 71.836 bei den 95-Jährigen und Älteren (Statistisches Bundesamt 2013h, S. 11). Das Risiko eines Krankenhausaufenthalts steigt ab der Lebensmitte kontinuierlich an und ist – abgesehen von Neugeborenen – bei hochaltrigen Menschen ab 80 Jahren am größten. Der höchste Wert mit ca. 70.000 Behandlungsfällen pro 100.000 Einwohner wurde 2012 in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen erreicht (ebd., S. 6; vgl. Abbildung 55 im Anhang).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und sturzbedingte Knochenfrakturen sind bei den über 85-jährigen Männern und Frauen die häufigsten Anlässe für eine Krankenhausbehandlung. Die häufigsten Einzeldiagnosen für Frauen und Männer stellen dabei die Herzinsuffizienz, der Bruch des Oberschenkelknochens und der Hirninfarkt dar (vgl. Abbildungen

34 Hier ist zu beachten, dass in den Diagnosedaten der Krankenhausstatistik vor-, nach- und teilstationäre Behandlungen in Krankenhäusern (und damit auch in geriatrischen Abteilungen) nicht berücksichtigt werden.

Behandlungsfälle in Krankenhäusern



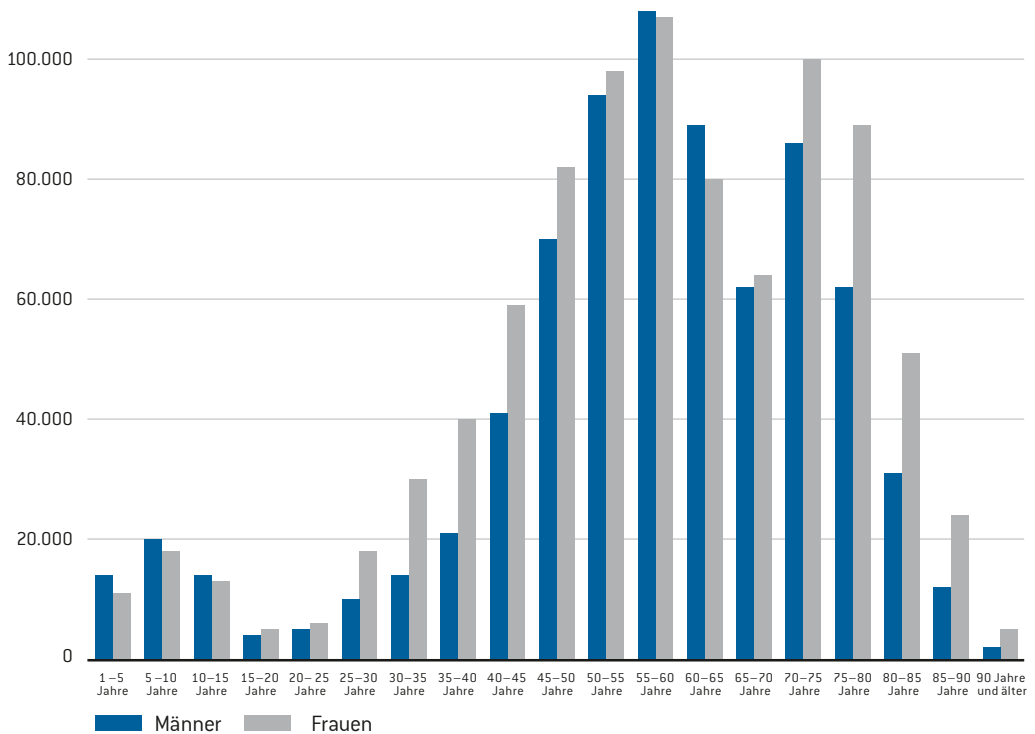
» Abb. 29: Behandlungsfälle in Krankenhäusern 2012 nach Fachabteilungen, Frauen und Männer ab 85 Jahren [Statistisches Bundesamt 2013h, Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 30.4.2014]

56 und 57 im Anhang; zu einzelnen Erkrankungen vgl. ausführlich Kapitel 05.3).

Rehabilitation

Neben der geriatrischen Akutbehandlung bzw. Frührehabilitation, die in Krankenhäusern durchgeführt wird, findet die stationäre geriatrische Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 SGB V statt [Schulz u. a. 2009, S. 194]. Wenn

Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen



» Abb. 30: Patienten und Patientinnen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten nach Alter und Geschlecht je 100.000 Einwohner 2012 (Statistisches Bundesamt 2013i, S. 7)

eine stationäre Unterbringung nicht oder nicht mehr nötig ist, kann die Rehabilitation auch teilstationär oder ambulant erfolgen (ebd., S. 212 f.). Geriatrische Rehabilitation ist für ältere Patientinnen und Patienten gedacht, die von behandlungsbedürftigen chronischen Mehrfacherkrankungen (Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Diabetes etc.) und ihren Folgen betroffen sind (ebd., S. 195; vgl. Kapitel 05.1). Eine von verschiedenen Fachdisziplinen im Team durchgeführte geriatrische Rehabilitation

soll bewirken, dass die Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen dauerhaft wiedergewonnen, verbessert oder erhalten wird, um so ein langfristiges Verbleiben in der gewünschten Umgebung zu sichern (ebd., S. 203). Ende 2012 gab es in den 1.212 bundesdeutschen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 148 geriatrische Fachabteilungen mit insgesamt 7.429 Betten. Im Jahr 2012 wurden dort 106.658 Personen behandelt, von denen die größte Zahl (85.782) aus

Krankenhäusern überwiesen wurde (Statistisches Bundesamt 2013k, S. 15).

Die Statistik der Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2013i) erfasst die vollstationären Behandlungsfälle in Einrichtungen mit über 100 Betten. Von den 1.648.952 Patienten und Patientinnen im Jahr 2012 waren 83.923 im Alter von 80–84, 34.596 im Alter von 85–89, 7.310 im Alter von 90–94 und 667 im Alter ab 95 Jahren (ebd., S. 10). Abbildung 30 zeigt, dass hochaltrige Menschen ab 80 Jahren längst nicht mehr so häufig rehabilitativ behandelt werden wie es noch in der Gruppe der 70- bis 80-Jährigen der Fall ist; dabei erhalten hochaltrige Frauen teils doppelt so häufig eine stationäre Rehabilitation als hochaltrige Männer. Bei den 85-Jährigen und Älteren finden sich in den stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen teilweise die gleichen Diagnosen am häufigsten wieder wie in den Krankenhäusern: Oberschenkelbrüche (Frakturen des Femurs) und Hirninfarkte gehören auch in Rehabilitationseinrichtungen zu den häufigsten einzelnen Behandlungsanlässen. Das ist auch plausibel, da es sich in den meisten Fällen um eine Anschlussrehabilitation nach einer Akutbehandlung handeln dürfte. Weitere sehr häufige stationäre Rehabilitationsanlässe für Männer und Frauen ab 85 Jahren sind Hüft- und Kniegelenksarthrosen (Statistisches Bundesamt 2013i; vgl. Abbildungen 58 und 59 im Anhang).

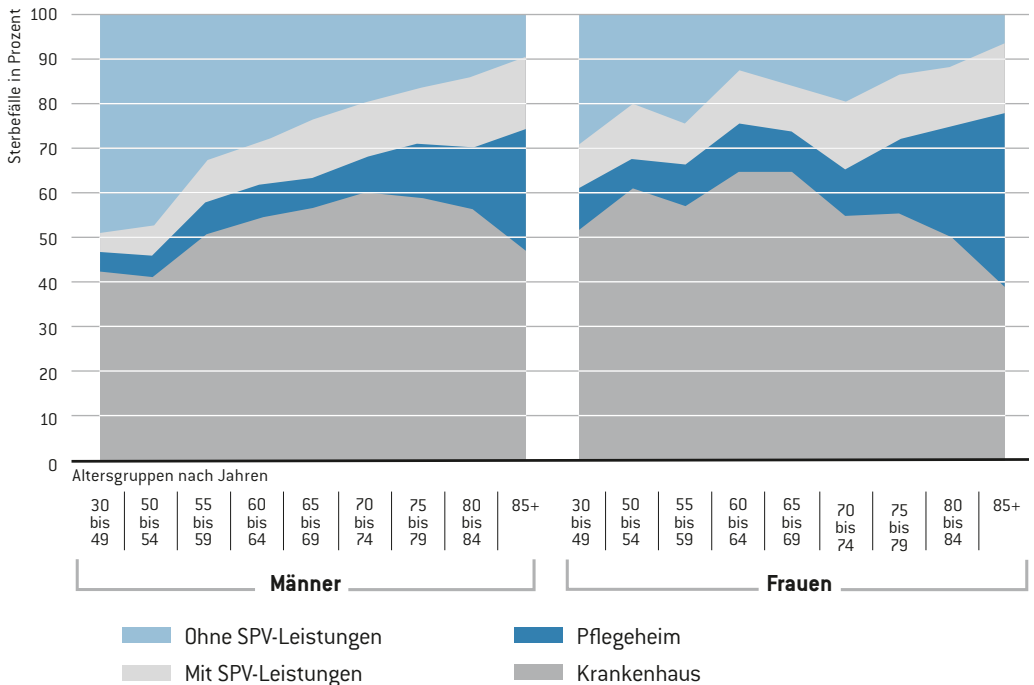
Versorgung von Sterbenden

440.813 der insgesamt 852.328 Verstorbenen des Jahres 2011 waren 80 Jahre und älter. Hochaltrige Menschen machten damit 52 % aller Sterbefälle im Jahr 2011 aus (Statistisches Bundesamt 2013e, S. 38, eigene Berechnungen). Für diese Altersgrup-

pe ist die Frage besonders zentral, wo sie an ihrem Lebensende sterben und ob sie dort gut versorgt werden. Eine aktuelle Studie auf der Basis von Versichertendaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) ermöglicht zum ersten Mal eine gute Schätzung, zu welchen Anteilen Menschen in Pflegeheimen, Krankenhäusern oder zu Hause sterben und welche Unterschiede es dabei nach Alter und Geschlecht gibt (Sauer u. a. 2013). Hierzu wurde ermittelt, welche Versicherungsleistungen Verstorbene unmittelbar an ihrem Todestag bezogen hatten (Pflegeversicherungsleistungen, Krankenhausbehandlungen, medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen) und daraus auf den wahrscheinlichen Sterbeort geschlossen. Hospizleistungen und damit Hospize als Sterbeort konnten nicht erfasst werden; die Autoren gehen hier für Deutschland von einem Anteil von 1–2 % an allen Sterbeorten aus (ebd., S. 2). Nach ihren Berechnungen starben im Jahr 2009 29 % der Menschen zu Hause und 71 % von ihnen in Institutionen (ebd., S. 3). Mit steigendem Alter sterben immer mehr Menschen in Institutionen, wobei sich das Sterben immer mehr vom Krankenhaus in das Pflegeheim hinein verlagert. Abbildung 31 zeigt diesen Altersanstieg des Sterbens in Institutionen für Frauen und Männer (der Sterbeort »zu Hause« setzt sich aus den Teilkategorien »zu Hause mit Bezug von Pflegeversicherungsleistungen« und »zu Hause ohne Bezug von Pflegeversicherungsleistungen« zusammen). Demnach sterben Hochaltrige ab 85 Jahren zu ungefähr drei Vierteln in Institutionen (Männer: 74 %, Frauen: 78 %). Der Anteil der Pflegeheime machte bei Frauen ca. 40 %, bei Männern ca. ein Viertel aus (ebd., S. 4 f.).

Damit wird eine angemessene palliative Versorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen, aber auch im ambulanten Bereich, immer wichtiger (Zahlen zur Inanspruchnahme liegen keine vor). Dabei geht es in der Palliativversorgung darum,

Altersspezifische Sterbeorte



» Abb. 31: Altersspezifische Sterbeorte der über 30-jährigen Verstorbenen in Deutschland im Jahr 2009 nach Geschlecht und Alter in %, Sterbefallzahlen der GEK-Mitglieder nach Alter und Geschlecht, hochgerechnet auf die Sterbefallzahlen in Deutschland (Sauer u. a. 2013, S. 5)

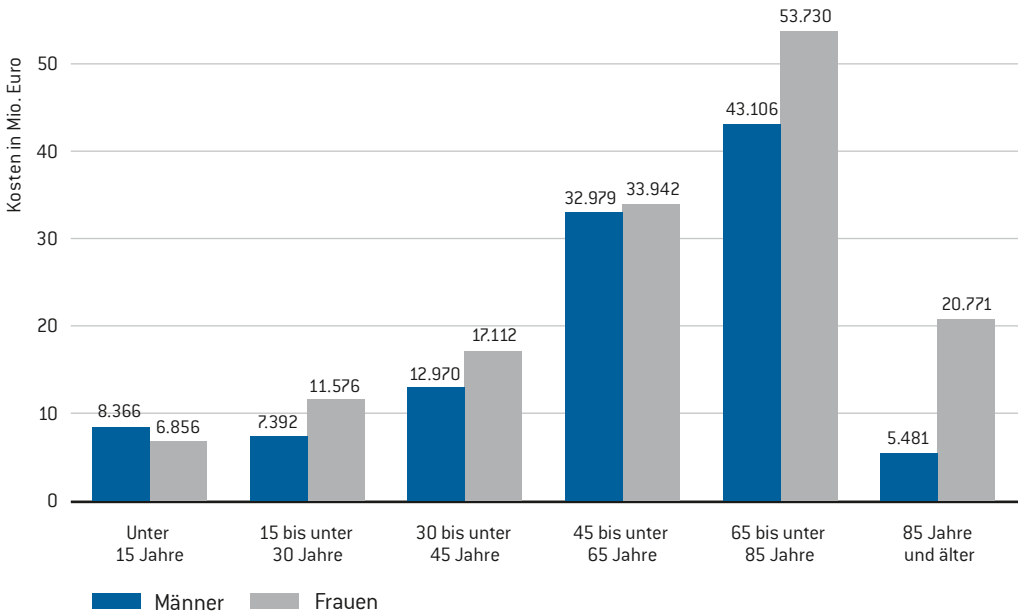
unheilbar kranke und sterbende Menschen sozial und spirituell zu begleiten und ihre Schmerzen und Symptome zu lindern, damit sie auch in ihrer letzten Lebensphase würdevoll, selbstbestimmt und noch möglichst gut leben können (Au und Sowarka 2011; Weihrauch 2011).

» 05.10 Gesundheitskosten

Menschen ab 85 Jahren haben im Jahr 2008 (neuere Daten liegen nicht vor) Krankheitskosten³⁵ von über 26 Milliarden Euro verursacht (Statistisches

35 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 (vgl. Statistisches Bundesamt 2014b).

Krankheitskosten



» Abb. 32: Krankheitskosten in Mio. Euro nach Altersgruppen und Geschlecht 2008, Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts (zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 30.4.2014)

Bundesamt 2014b; Abbildung 32). Davon entfielen ca. 5,5 Milliarden Euro auf hochaltrige Männer und fast 21 Milliarden Euro auf hochaltrige Frauen. Weit höhere Kosten von fast 97 Milliarden Euro fielen in der Altersgruppe 65–84 Jahre an, die zahlenmäßig viel stärker besetzt ist. Bei Betrachtung der Krankheitskosten, die pro Person durchschnittlich anfallen, ändert sich hingegen das Bild. Mit 14.840 Euro weisen die 85-Jährigen und Älteren die höchsten Pro-Kopf-Kosten aller Altersgruppen auf, gefolgt von den 65- bis 84-Jährigen mit durchschnittlich 6.520 Euro pro Person (Nöthen 2011, S. 666; vgl. Abbildung 60 im Anhang). Die meisten Krankheitskosten entfallen bei hochaltrigen Frauen

ab 85 Jahren auf psychische und Verhaltensstörungen mit insgesamt über 4,8 Milliarden Euro (hier sind vor allem Kosten der Demenz enthalten), danach folgen Krankheiten des Kreislaufsystems mit fast 3,8 Milliarden Euro und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit fast 2,2 Milliarden Euro.

Auf »Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind« entfallen sogar fast 3,7 Milliarden Euro; hierunter dürften vor allem Symptome und Befunde fallen, die bei Vorliegen von Multimorbidität keiner einzelnen Erkrankung eindeutig zugeordnet werden können. Bei Männern ab 85 Jahren verursachen

mit fast 1,2 Milliarden Euro Krankheiten des Kreislaufsystems die meisten Kosten, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen mit 815 Millionen Euro, Neubildungen mit 416 Millionen Euro und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit 366 Millionen Euro. Auch hier enthält die Restkategorie der Symptome und abnormen Befunde mit 774 Millionen einen hohen Kostenanteil (Statistisches Bundesamt 2014b; vgl. Tabelle 61 im Anhang).

Auch wenn die Pro-Kopf-Krankheitskosten mit zunehmendem Alter stetig ansteigen, sind nach Ansicht vieler Expertinnen und Experten nicht das höhere Alter und die zunehmende Lebenserwartung mit den damit einhergehenden chronischen Erkrankungen primär dafür verantwortlich, sondern das ebenfalls mit dem Alter zunehmende Sterblichkeitsrisiko. Danach entfallen die meisten Krankheitskosten unabhängig vom Alter auf die letzten Monate vor dem Tod – nicht das Alter an sich ist demnach so teuer, sondern der Sterbeprozess (Nöthen und Böhm 2009, S. 228; Nöthen 2011, S. 665). Entsprechend kann Nöthen (2011, S. 771) anhand von Daten der Krankheitskostenstatistik, der Krankenhausstatistik und der Krankheitsdiagnosenstatistik zeigen, dass bei einem Sterbefall die Behandlungskosten im Krankenhaus mehr als doppelt so hoch sind wie bei Patientinnen und Patienten, die das Krankenhaus nach Behandlungsende wieder verlassen können. Darüber hinaus liegen nach den Berechnungen von Nöthen bei Sterbefällen die Behandlungskosten von älteren Menschen um ein Vielfaches unter den Kosten, die bei jüngeren Menschen anfallen (ebd.).

» 05.11 Fazit

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig zu leiden: Ungefähr drei Viertel der hochaltrigen Menschen leiden an zwei oder mehr Erkrankungen gleichzeitig, Frauen etwas häufiger als Männer. Mit dieser Multimorbidität nehmen auch funktionale Einbußen zu, die im hohen Alter oft zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens führen. Davon ist auch das subjektive Gesundheitsgefühl betroffen, das sich ebenfalls mit Eintritt in die Hochaltrigkeit verschlechtert. Ab ungefähr 80 Jahren nimmt die funktionale Gesundheit sehr viel rascher ab als die körperliche und subjektive Gesundheit. Der gesundheitliche Abbau kann anscheinend ab einer gewissen Schwelle nicht mehr so einfach kompensiert werden. Hochaltrigen Menschen, die über eine bessere Bildung und damit meist auch über bessere soziale und ökonomische Ressourcen verfügen, fällt es allerdings leichter, ihre Mobilität und Selbstständigkeit weiter aufrechtzuerhalten. Ihre funktionale Gesundheit bleibt auch im hohen Alter noch überdurchschnittlich, selbst wenn sich ihre körperliche Gesundheit nicht mehr von derjenigen anderer Gleichaltriger unterscheiden sollte.

Es gibt Anzeichen dafür, dass sich der subjektive, funktionale und körperlich-geistige Gesundheitszustand von hochaltrigen Frauen und Männern im historischen Zeitvergleich immer weiter verbessert hat. Viele Gesundheitswissenschaftler sind auch der begründeten Ansicht, dass die langfristige Zunahme der Lebenserwartung und die Verschiebung der Sterblichkeit in das ganz hohe Alter nicht zu einer Ausdehnung der in Krankheit verbrachten Lebensjahre geführt haben. Vielmehr scheint die

gewonnene Lebenszeit mindestens zur Hälfte aus »gesunden« Lebensjahren zu bestehen. Auch die gesundheitsökonomischen Belastungen, die als Folge der demographischen Alterung und der Zunahme an hochaltrigen Menschen befürchtet werden, sind möglicherweise unbegründet. Es gibt gute Argumente dafür, dass nicht das hohe Alter die Krankheitskosten in die Höhe treibt, sondern dass unabhängig vom Alter die Behandlungskosten, die in den letzten Monaten vor dem Tod anfallen, sehr kostspielig sind.

Ab dem 75. Lebensjahr leiden Frauen und Männer am häufigsten unter kardiometabolischen (Bluthochdruck, überhöhte Blutfettwerte, Übergewicht, Diabetes mellitus), muskuloskelettalen (Arthrose, Arthritis, Osteoporose, chronische Rückenschmerzen) und kardiovaskulären Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall). Hochaltrige Frauen sind deutlich häufiger von kardiometabolischen und muskuloskelettalen Erkrankungen betroffen als Männer gleichen Alters, diese leiden umgekehrt etwas häufiger an kardiovaskulären und Atemwegserkrankungen. Demenzerkrankungen nehmen mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern fast exponentiell zu, dagegen erkranken sehr alte Menschen nicht häufiger an schweren Depressionen als jüngere Menschen. Sturzbedingte Brüche (insbesondere des Oberschenkelknochens), Herz-Kreislauf-Krankheiten (Herzinsuffizienz, Schlaganfall) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (vor allem Hüft- und Kniegelenksarthrosen) sind bei hochaltrigen Menschen die häufigsten Anlässe für Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen. Ungefähr zwei Drittel aller Todesfälle gehen bei ihnen auf Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebserkrankungen zurück. Hochaltrige Menschen sterben am häufigsten in Krankenhäusern und in Pflegeheimen, nur ein Viertel dagegen zu Hause.

Aus Sicht der Gesundheitsprävention stellen hochaltrige Menschen eine ambivalente Gruppe dar: Einerseits sind sie weniger körperlich und sportlich aktiv als jüngere Altersgruppen, gehen seltener zu Vorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, suchen weniger oft einen Zahnarzt auf und sind anfälliger für die Einnahme von Medikamenten, die für sie ungeeignet sind. Dagegen leben sie in vielerlei Hinsicht auch gesünder als relativ jüngere Menschen: Sie rauchen viel weniger und trinken viel weniger Alkohol, sie essen häufiger Obst und Gemüse und achten besser auf ihr Gewicht, und sie lassen sich von allen Altersgruppen am häufigsten vor der Wintersaison gegen Grippe impfen.

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von hochaltrigen Menschen ab 80 Jahren bleibt weiterhin sehr unbefriedigend. In vielen Gesundheitsbefragungen gehören Hochaltrige entweder gar nicht mehr zur Gruppe der Befragten oder ihre faktische Anzahl ist zu gering, um aus ihren Antworten repräsentative Schlüsse ziehen und Zusammenhänge mit anderen sozialen Kategorien berechnen zu können. Außer zu Geschlechterungleichheiten sind daher weitere Aussagen zu sozialen Ungleichheiten hinsichtlich des sozialen Status, der Bildung, der Einkommenssituation und des Migrationsstatus so gut wie nicht möglich. Darüber hinaus wird der Beginn der Hochaltrigkeit, auch in den amtlichen Datenbanken und Publikationen des Bundesamts für Statistik, willkürlich definiert. Daher konnte in diesem Kapitel die untere Altersgrenze nicht immer bei 80 Jahren liegen, sondern musste öfters auch auf 85 Jahre angehoben oder auf 75 Jahre abgesenkt werden.

06

» Pflege und Pflegebeziehungen

Im Alter ab 80 Jahren werden chronische Krankheiten und funktionale Einschränkungen immer häufiger und schränken zunehmend die Fähigkeit der Betroffenen ein, ihren Alltag selbständig zu gestalten. Damit nimmt in dieser Lebensphase auch die Zahl derjenigen stark zu, die pflegerische Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen (vgl. Kapitel 05.2). Ende 2011 war mehr als die Hälfte (56 %) aller Pflegebedürftigen mit anerkannter Pflegestufe mindestens 80 Jahre alt, das sind knapp 1,39 Millionen Personen (1.059.020 Frauen und 329.710 Männer). Dabei lag der Hochaltrigenanteil unter den weiblichen Pflegebedürftigen bei knapp zwei Dritteln (65 %), unter den männlichen Pflegebedürftigen bei 38 % (Statistisches Bundesamt 2014c; eigene Berechnungen). Pflegebedürftigkeit ist damit ein typisches Phänomen der hochaltrigen Bevölkerung und überwiegend 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. Hier gestattet es die Datenlage, jeweils auch Informationen zur Situation von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund zu vermitteln. Danach werden drei spezifische Problembereiche diskutiert, die aus der Perspektive von Gesundheitsförderung und Prävention besonders bedeutend sind: Wer sind die pflegenden Angehörigen, und welchen besonderen Belastungen sind sie ausgesetzt? Welche Gewalterfahrungen machen Pflegebedürftige in der häuslichen und stationären Versorgung, und welche rehabilitativen Leistungen erhalten Pflegebedürftige und mit welchem Erfolg? Abschließend werden die Kosten der pflegerischen Versorgung thematisiert.

» 06.1 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 wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße [...] der Hilfe bedürfen« (§ 14 SGB XI). Diese sozialrechtliche Definition liegt auch der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts zugrunde. Damit werden all jene Menschen als pflegebedürftig erfasst, die nach einer auf Grundlage der gesetzlichen Kriterien durchgeführten positiven Begutachtung durch den

Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. einen unabhängigen Gutachter Leistungen der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erhalten. Menschen mit weniger ausgeprägten oder nach diesen Kriterien nicht erfassten Unterstützungsbedarfen sind jedoch nicht berücksichtigt.³⁶ Die gewährten Leistungen sind in ihrer Höhe nach dem ermittelten Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt – je nach Häufigkeit und Dauer der Unterstützung, die eine Person in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung benötigt, erfolgt eine Einstufung in Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige), Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) oder Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige). Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008 werden auch Leistungen für Personen mit einer dauerhaft erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gewährt, d. h. für demenziell erkrankte, geistig behinderte oder psychisch kranke Personen (§ 45a SGB XI).³⁷ Die Pflegebedürftigen können von Angehörigen und/oder einem ambulanten Pflegedienst zu Hause oder stationär in einer Pflegeeinrichtung betreut werden. In der häuslichen Versorgung werden Pflegegeld als Aufwandsentschädigung für pflegende Angehörige bzw. nicht-verwandte Bezugspersonen sowie Pflegesachleistungen zur Finanzierung von ambulanten Diensten gewährt; beide Leistungen können

36 Daten zur Pflegebedürftigkeit werden auch von der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) erhoben. Die amtliche Pflegestatistik weist für das Jahresende 2011 knapp 2 % mehr Pflegebedürftige aus als die addierten Werte der SPV und der PPV. Hierfür sind methodische Unterschiede der Berechnung verantwortlich, die sich aus einer jeweils unterschiedlichen Berichtssystematik ergeben (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 26).

37 Die geschilderte Gesetzeslage (Stand Sommer 2014) ist ein Zwischenschritt zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der den derzeitigen, einseitig auf körperliche Verrichtungen orientierten Begriff ablösen soll und die gleichberechtigte Betreuung und Teilhabe von körperlich, geistig und psychisch beeinträchtigten bzw. behinderten Personen in den Mittelpunkt stellt. Die bisherigen drei Pflegestufen (siehe BMG 2014) sollen durch fünf Pflegegrade abgelöst werden, die Selbständigkeitseinschränkungen in acht Lebens- und Aktivitätsbereichen abbilden. Diese Bereiche sind Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten sowie Haushaltsführung (BMG 2013, S. 3 und S. 20 f.). Dazu hat ein Expertengremium unter Federführung des Gesundheitsministeriums ein Begutachtungsverfahren entwickelt (BMG 2013), das sich aktuell in der Erprobungsphase befindet. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll noch in der laufenden Legislaturperiode verabschiedet werden.

miteinander kombiniert werden. Für die stationäre Versorgung wird ein monatlicher Pauschalbetrag für Pflegeaufwendungen bewilligt, die Kosten für Unterbringung und Verpflegung (sogenannte »Hotelkosten«) müssen aber 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 vor einer Verschlimmerung bewahrt wird (vgl. Kapitel 05.5 und 05.8).

Eckdaten der Pflegestatistik

Ende 2011 gab es in Deutschland rund 2,5 Millionen Pflegebedürftige gemäß SGB XI, davon wurden 1,76 Millionen (70 %) zu Hause und 743.000 (30 %) vollstationär in Heimen versorgt.³⁸ Von den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen wurden 1,18 Millionen (67 %) ausschließlich durch Angehörige versorgt, 576.000 (33 %) durch ambulante Pflegedienste mit oder ohne Beteiligung von Angehörigen (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 5; vgl. Abbildung 61 im Anhang). Das bedeutet, dass fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen (47 %) nur von Angehörigen betreut wurde (Pflegestatistik 2011, siehe Tabelle 31). Zwei Drittel (66 %) aller Pflegebe-

dürftigen waren 2011 weiblich; der Frauenanteil in der häuslichen Pflege lag mit 62 % etwas darunter, in der stationären Pflege mit drei Vierteln (74 %) deutlich darüber (Statistisches Bundesamt 2013f; vgl. Tabelle 31). Pflegebedürftige in der vollstationären Pflege waren älter als die häuslich Versorgten. Der Anteil der ab 85-Jährigen betrug 2011 in Pflegeheimen 50 %, in der häuslichen Pflege 30 %. Der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen (Stufe III) belief sich in der vollstationären Pflege auf 20 % und in der häuslichen Pflege auf 9 % (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 8 f.; vgl. Tabelle 31). In einer Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge wurde für 2009 die Gesamtzahl der ausländischen Personen mit Pflegebedürftigkeit auf 56.607 Frauen und 45.256 Männer, die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund auf 117.646 Frauen und 83.153 Männer geschätzt; Werte für die 80-Jährigen und Älteren wurden nicht angegeben (BAMF 2012b, S. 77).

Von 1999 bis 2011 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,0 Millionen auf 2,5 Millionen stetig an (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 23). Dieser aktuelle Zuwachs ist allein auf die demographische Alterung zurückzuführen, d. h. auf die wachsenden Anteile von alten und hochaltrigen Menschen in der Bevölkerung (Barmer GEK 2013a, S. 10). Bleibt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, weiterhin relativ konstant (Status-Quo-Szenario), dann wird nach Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2010, S. 30) die Zahl der Pflegebedürftigen auf 2,9 Millionen im Jahr 2020, auf 3,4 Millionen im Jahr 2030 und auf 4,5 Millionen im Jahr 2050 ansteigen.

38 Seit 2009 werden die teilstationär durch Heime Versorgten nicht mehr zusätzlich addiert, da sie in der Regel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen erhalten und bereits in der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen enthalten sind (Statistisches Bundesamt 2011e, S. 27). Für 2011 wird der Anstieg der Pflegebedürftigen, der allein durch Angehörige versorgt wird, im bundesweiten Mittel zu hoch ausgewiesen; als Ursache wird eine veränderte Erfassung durch die Pflegekassen vermutet (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 25). Beides führt dazu, dass die Zahl der Pflegebedürftigen nur eingeschränkt mit früheren Erhebungen vergleichbar ist.

Pflegebedürftige nach Art der Versorgung

	Pflegebedürftige			Pflegestufe			Bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt	Jeweiliger Anteil der Pflegestufe III
	Insgesamt	Veränderungen zu 2009	Darunter weiblich	I	II	III ¹			
	Anzahl	%		Anzahl				%	
Pflegebedürftige zu Hause versorgt	1.758.321	8,5	61,9	1.086.751	518.786	152.784	–	70,3	8,7
Davon:									
Allein durch Angehörige ²	1.182.057	10,9	59,0	762.366	329.912	89.779	–	47,3	7,6
Zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste	576.264	3,8	67,9	324.385	188.874	63.005	–	23,0	10,9
Pflegebedürftige vollstationär in Heimen	743.120	3,6	74,0	283.266	299.404	151.952	8.498	29,7	20,4
Insgesamt	2.501.441	7,0	65,5	1.370.017	818.190	304.736	8.498	100,0	12,2
Ausgewählte Veränderungen zu 2009 in %				9,8	4,0	4,0	– 19,6		

1 Einschließlich Härtefälle.

2 Entspricht den Empfängern/Empfängerinnen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfängerinnen und Empfänger nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

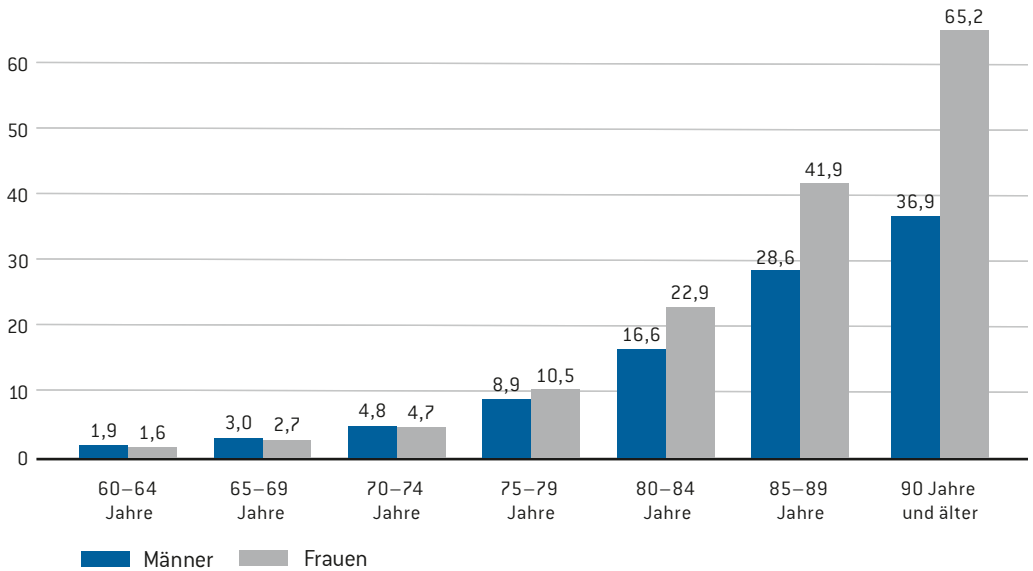
>> Tab. 31: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung zum Jahresende 2011, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9)

Hilfebedürftigkeit

Die Pflegestatistik erfasst nur Personen mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit. Viele ältere Menschen sind jedoch schon im Alltag auf Hilfe angewiesen, bevor oder ohne dass sie jemals pflegebedürftig werden. Die Anzahl der hilfebedürftigen Personen in der deutschen Bevölkerung in Privathaushalten wurde zum letzten Mal für

das Jahr 2002 in der Studie »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)« repräsentativ ermittelt (Schneekloth und Wahl 2005). Als hilfebedürftig galten 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 Millio-

Pflegebedürftige in Bevölkerungsgruppen



» Abb. 33: Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe 2011 nach Alter und Geschlecht in %, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9)

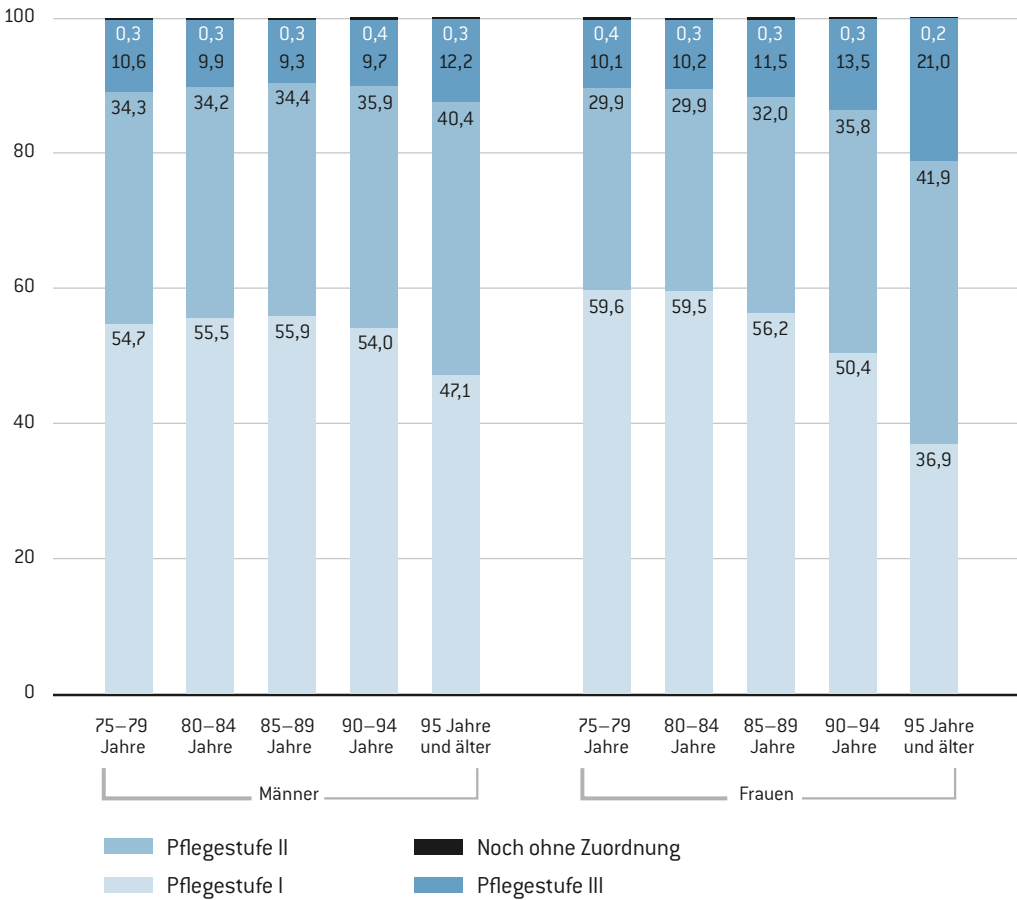
nen Pflegebedürftigen kamen 2002 noch einmal rund 3 Millionen hilfebedürftige Menschen hinzu. Es ist anzunehmen, dass das Gesamtverhältnis von einem Pflegebedürftigen auf zwei Hilfebedürftige seitdem relativ unverändert geblieben ist. Im Jahr 2002 waren die 75- bis 84-Jährigen zu 18 % hilfebedürftig und zu 9 % pflegebedürftig, während von den 85-Jährigen und Älteren bereits 35 % hilfebedürftig und 29 % pflegebedürftig waren (Schneekloth 2005, S. 61 f.).

Verteilung nach Alter und Geschlecht

Der Anteil der Pflegebedürftigen wächst mit zunehmendem Alter nahezu exponentiell: Nach der Pflegestatistik 2011 (vgl. Abbildung 33 und Tabelle 62 im Anhang) waren 17 % der Männer und 23 % der Frauen zwischen 80 und 84 Jahren, 29 % der Männer und 42 % der Frauen zwischen 85 und 89 Jahren, sowie 37 % der Männer und 65 % der Frauen ab 90 Jahren pflegebedürftig.³⁹ Die Pflegequoten

39 Der Geschlechterunterschied bei den 90-Jährigen und Älteren dürfte allerdings nicht so gravierend sein, wie er in der Pflegestatistik 2011 ausgewiesen wurde. Nach den neuesten Ergebnissen des Zensus 2011 (Statistisches Bundesamt 2014d, S. 17) gab es Ende 2011 nicht 173.100 Männer ab 90 Jahren (alte Bevölkerungsfortschreibung), sondern nur 123.019 (vorläufiger Wert auf der Basis des Zensus 2011). Bei der Berechnung der Pflegequote auf dieser neuen Basis liegt der Wert für Männer ab 90 Jahren bei 52 %. Der Fortschreibungsfehler für Frauen ab 90 Jahren war nicht ganz so hoch, hier liegt die Neuberechnete Pflegequote 2011 bei 69 %.

Pflegebedürftige nach Pflegestufen



>> Abb. 34: Pflegebedürftige Männer und Frauen 2011 nach Pflegestufen und Alter in % aller Pflegestufen. Pflegestatistik 2011 [Statistisches Bundesamt 2014c, www.gbe-bund.de]

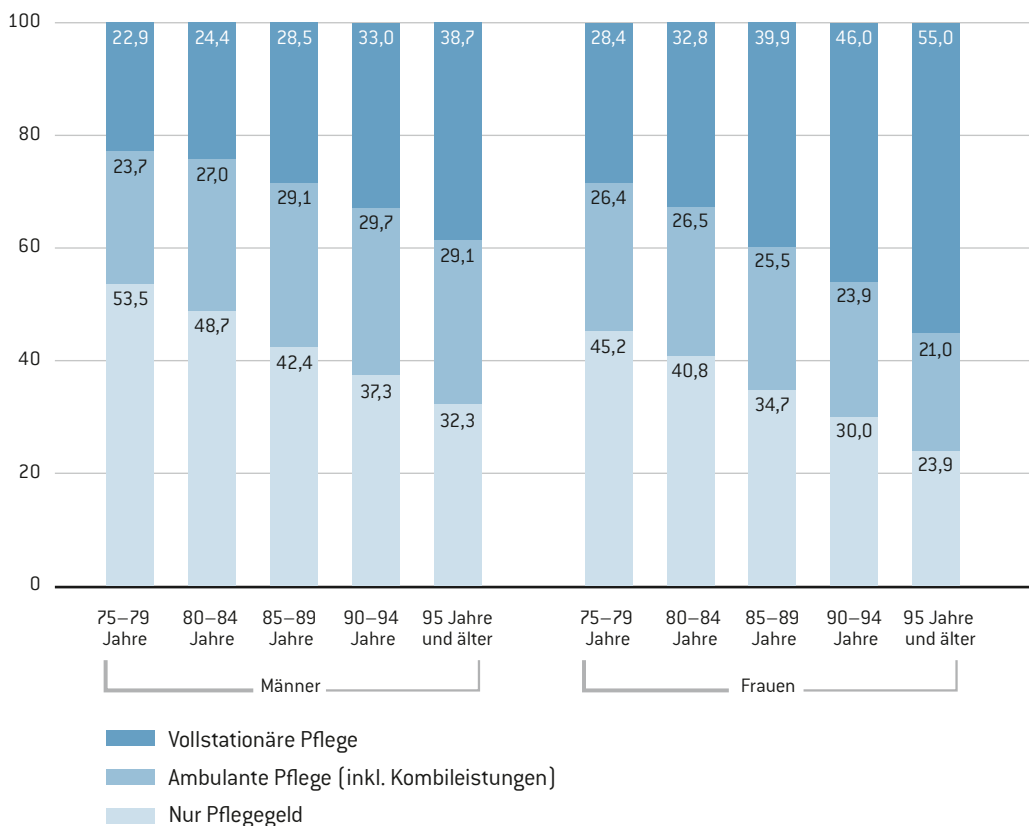
sind seit der ersten Pflegestatistik 1999 relativ stabil – d. h. die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein, ist seitdem weder gestiegen noch gesunken (Barmer GEK 2013a, S. 10).

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 05) möglicherweise auch auf

ein abweichendes Antragsverhalten zurück. Frauen leben in diesem Alter häufiger alleine, sodass sie bei eintretender Pflegebedürftigkeit in der Regel einen sofortigen Unterstützungsbedarf haben, während pflegebedürftige Männer meist von einer Partnerin versorgt werden und erst später einen Antrag auf Leistungen stellen [Statistisches Bundesamt 2013f, S. 8].

Mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen (55 %) befindet sich in Pflegestufe I (ebd.; siehe Tabelle 31, eigene Berechnungen). Für diese Zuordnung ist ein erheblicher Pflegebedarf von mindestens 90 Minuten täglich notwendig, von denen 45 Minuten auf die Grundpflege (v.a. Körperpflege und Ernährung) entfallen müssen. Bis in die Altersgruppe der 90- bis 94-Jährigen hinein haben pflegebedürftige

Pflegebedürftige nach Leistungsart und Alter



➤ Abb. 35: Betreuung von pflegebedürftigen Männern und Frauen 2011 nach Leistungsart und Alter, in % aller Leistungsarten, Pflegestatistik 2011 [Statistisches Bundesamt 2014c]

Männer mehrheitlich einen Pflegebedarf der Stufe I. Erst bei den 95-Jährigen und Älteren sinkt dieser Anteil auf 47 % (Männer) bzw. 37 % (Frauen). Die relativen Anteile der schwerstpflegebedürftigen Männer (Stufe III) bewegen sich in den Altersgruppen ab 75 Jahren zwischen 9 und 12 %. Frauen haben bis zur Altersgruppe 85–89 Jahre ähnliche Anteilswerte (10 bis 12 %), danach steigt der Anteil der schwerstpflegebedürftigen Frauen stärker – auf 14 % bei den 90- bis 94-Jährigen und 21 % bei den 95-Jährigen und Älteren (ebd.; vgl. Abbildung 34). Hierfür dürfte vor allem die im sehr hohen Alter höhere Demenzerkrankungsrate von Frauen verantwortlich sein.

Im Altersverlauf ab 75 Jahren sinken die Anteile der pflegebedürftigen Männer und Frauen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen; umgekehrt steigen die Anteile der männlichen und weiblichen Pflegeheimbewohner stetig an. Allerdings weisen pflegebedürftige Frauen ein konstant höheres Niveau an vollstationärer Versorgung auf als Männer: Ihr Anteil wächst von einem Drittel (33 %) bei den 80- bis 84-Jährigen auf über die Hälfte (55 %) bei den 95-jährigen und älteren pflegebedürftigen Frauen, während pflegebedürftige Männer bei den 80- bis 84-Jährigen zu knapp einem Viertel (24 %) und bei den 95-Jährigen und Älteren zu mehr als einem Drittel (39 %) vollstationär versorgt werden (Statistisches Bundesamt 2013f; vgl. Abbildung 35). Da hochaltrige Frauen häufiger verwitwet sind und alleine leben als hochaltrige Männer, können sie auch seltener durch einen Partner gepflegt werden (Barmer GEK 2013a, 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, selbständig für sich zu sorgen, stark ein und führen häufig zur Pflegebedürftigkeit. Van den Bussche u. a. (2013) und Heinen u. a. (2013) haben mit Daten von älteren pflegebedürftigen Versicherten der Gmünder Ersatzkasse aus dem Jahr 2006 untersucht, welche chronischen Krankheiten das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit erhöhen und welche Unterschiede es dabei nach Versorgungsart und Pflegestufe gibt. Am bedeutendsten 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 Pflegebedürftigen relativ häufig auf (mindestens zu 20 %) und waren gleichzeitig bei Nichtpflegebedürftigen viel seltener anzutreffen. Auch Parkinson erhöhte deutlich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, trat jedoch viel seltener auf (van den Bussche 2013, S. 3 und 5). Demenz, Harninkontinenz und Herzinsuffizienz waren in der stationären Versorgung häufiger anzutreffen als in der ambulanten Pflege; nur die Demenzerkrankung übte einen eigenständigen Einfluss auf das Risiko aus, stationär versorgt zu werden. Die Forschergruppe schließt aus diesem Ergebnis, dass mit Ausnahme von Demenz die Erkrankungen, die ein hohes Pflegerisiko aufweisen, so versorgt und behandelt werden könnten, dass eine stationäre Versorgung verhindert oder hinausgeschoben wird (Heinen u. a. 2013, S. 3).

» 06.2 Pflegebedürftige in Privathaushalten

Obwohl die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen sowohl faktisch (Anteil 70 %) 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 u. a. 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 pflegerischen 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 Teilnahmeverweigerungen 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-amt-

lichen Datenquellen zur Pflege in Deutschland sind die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums unregelmäßig durchgeführten TNS-Infratest-Studien zur Pflege in Privathaushalten (vgl. BMG 2011 sowie 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 GEK.

Soziodemographische Merkmale

Im Jahr 2011 waren 62 % der Personen, die zu Hause gepflegt wurden, Frauen. In den höheren Altersgruppen nahm dieser Anteil immer mehr zu, von 66 % (80- bis 84-Jährige) auf 75 % (85- bis 89-Jährige), 79 % (90- bis 94-Jährige) und 82 % (95+). Hier spiegelt sich vor allem der im Alter steigende allgemeine Frauenanteil wider. 50 % aller häuslich versorgten Pflegebedürftigen waren 80 Jahre und älter; der Hochaltrigenanteil bei den zu Hause gepflegten Frauen betrug 58 %, derjenige der Männer 36 % (Statistisches Bundesamt 2014c, eigene Berechnungen).

Die aktuellsten Daten zur Familien- und Haushaltssituation der Pflegebedürftigen in Privathaushalten bietet die TNS-Infratest-Erhebung, die 2010 durchgeführt wurde (BMG 2011). Hierfür wurden 1.500 Pflegebedürftige bzw. Personen, die sich mit der Pflegesituation im Haushalt auskennen, telefonisch befragt. Die gewonnenen Daten wurden anschließend so gewichtet, dass sie der Alters-, Geschlechts- und Pflegestufenverteilung der Pflegestatistik 2007 entsprachen (BMG 2011, S. 5 f.).⁴⁰

⁴⁰ 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 1.136 der 1.500 befragten pflegebedürftigen Personen; in den übrigen Fällen wurde der Antrag entweder abgelehnt, war noch in Bearbeitung oder wurde noch gar nicht gestellt (BMG 2011, S. 5).

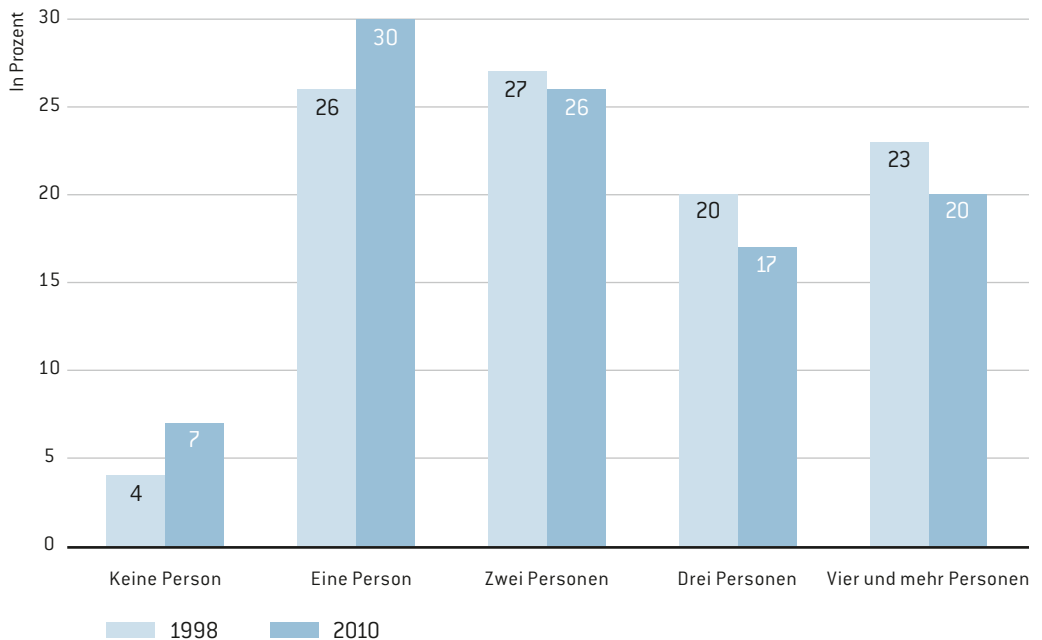
Hochaltrige Pflegebedürftige ab 80 Jahren sind demnach zu zwei Dritteln (64 %) bereits verwitwet und leben zu 39 % alleine (BMG 2011, S. 17; vgl. Tabelle 63 im Anhang). Damit verfügen Hochaltrige über ein geringeres häusliches Unterstützungspotenzial als jüngere Altersgruppen. Leider wurden diese Ergebnisse nicht nach dem Geschlecht unterteilt, sodass auf die Mikrozensusdaten von 2003 zurückgegriffen werden muss, die in einem Sonderbericht zu den Lebenslagen der Pflegebedürftigen veröffentlicht wurden (Statistisches Bundesamt 2004). Hier zeigte sich, dass zu Hause versorgte pflegebedürftige Frauen in jeder Altersklasse häufiger verwitwet waren als männliche Pflegebedürftige: In der Altersgruppe 80–84 waren 25 % der Männer, aber bereits 70 % der Frauen verwitwet. Erst im Alter ab 90 Jahren war auch die Mehrheit (61 %) der zu Hause gepflegten Männer verwitwet, gegenüber sehr hohen 87 % bei den Frauen (ebd., S. 9, vgl. Tabelle 64 im Anhang). Ab der Altersgruppe 75–79 lebten im Jahr 2003 die zu Hause pflegerisch versorgten Frauen mehrheitlich allein (53 %), in der Altersgruppe 90+ waren es bereits zwei Drittel (65 %). Dagegen lebten pflegebedürftige Männer im Haushalt überwiegend mit ein oder mehreren Personen zusammen – in der Altersgruppe 75–79 waren nur 20 % der Männer alleine, in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren immer noch nicht ganz die Hälfte (49 %) (ebd., S. 10; vgl. Tabelle 65 im Anhang). In der Altersgruppe der Hochaltrigen sind es daher vor allem die Frauen, die bei vorliegender Pflegebedürftigkeit auf ein geringeres häusliches Unterstützungspotenzial zurückgreifen können.

Pflegearrangements in der häuslichen Versorgung

In der TNS-Infratest-Studie von 2010 wurde untersucht, welche Personen an der häuslichen Pflege mitwirken (die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Gesamtheit der Pflegebedürftigen, eine Aufteilung nach Altersgruppen wurde dort nicht vorgenommen). Die weitaus meisten Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, wurden durch mindestens eine private Pflegeperson versorgt; zu fast zwei Dritteln (63 %) waren sogar zwei oder mehr Personen an der häuslichen Pflege beteiligt. Die Betreuung erfolgte entweder ausschließlich durch die Angehörigen bzw. Bekannten oder in Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten. Lediglich sieben Prozent der häuslich versorgten Pflegebedürftigen wurden 2010 ausschließlich durch ambulante Pflegedienste versorgt, innerhalb der Pflegestufe III war dies sogar nur ein Prozent (BMG 2011, S. 26; siehe Abbildung 36). Aus der Pflegestatistik 2011 ist zudem 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) überwiegt (vgl. Abbildung 35). Die häusliche Pflege in Deutschland ist 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 2010 vor allem enge Familienangehörige die Hauptverantwortung in der häuslichen Pflege, die (Ehe-)Partnerinnen bzw. (Ehe-)Partner zu 34 % und die eigenen Kinder zu 36 %. Bemerkenswert ist der gestiegene Anteil

An der häuslichen Pflege beteiligte Privatpersonen



➤ Abb. 36: Zahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Privatpersonen 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 26)

an Söhnen als Hauptpflegepersonen – von 5 % im Jahr 1998 auf 10 % im Jahr 2010 (BMG 2011, S. 27, Tabelle 32). In der Regel tragen bei verheirateten Pflegebedürftigen die Partner die Hauptpflegeverantwortung, während hochaltrige verwitwete Pflegebedürftige primär von ihren Kindern versorgt werden (Schneekloth 2005, S. 76).

Bislang werden auch Pflegebedürftige ab 80 Jahren noch mehrheitlich zu Hause von Familienangehörigen versorgt, Männer dabei häufiger als Frauen (vgl. Abbildung 35). Allerdings ist fraglich, ob dieses konservative 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 (siehe Kapitel 06.4). Auch wenn das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 diese Belastungen mindern und eine bessere Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege herbeiführen soll, bleibt dort der gesetzliche Vorrang der familiären (und damit faktisch vor allem der weiblichen) Pflegeverantwortung weiter unangetastet (vgl. zusammenfassend Backes,

Verwandschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson

	1998	2010
Verwandschaftsverhältnis		
(Ehe-)Partnerin	20	19
(Ehe-)Partner	12	15
Tochter	23	26
Sohn	5	10
Schwiegertochter	10	8
Schwiegersohn	0	1
Mutter	11	10
Vater	2	1
Sonstige Verwandte	10	4
Nachbar/innen, Bekannte	7	6
Wohnort		
Gleicher Haushalt	73	66
Getrennter Haushalt	27	34

>> Tab. 32: Verwandschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 27)

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 weiter zunehmende Vollzeitberufstätigkeit von Frauen (hier erschweren die gegenwärtigen betrieblichen Rahmenbedingungen eine Vereinbarkeit mit pflegerischen Tätigkeiten) sowie die höhere berufliche Mobilität der Kindergeneration, die immer seltener in der Nähe der Eltern wohnen

kann (Barmer GEK 2013a, S. 101). Verstärkt wird diese Abnahme des Familienpflegepotenzials durch den langfristigen Schwund traditionell orientierter Sozialmilieus, die eine hohe Pflegebereitschaft aufweisen (Blinkert und Klie 2008; vgl. Kapitel 06.4 und Abbildung 41).

Ein Zeichen für den zunehmenden Bedarf an professionellen Unterstützungsleistungen ist der langsam sinkende Anteil an Leistungsempfängerinnen und -empfängern, der ausschließlich Pflegegeld zur Finanzierung von Angehörigenpflege in Anspruch nimmt – der Anteil an allen Pflegebedürftigen sank von 51 % Ende 1999 auf 47 % Ende 2011 (Pfleigestatistik 1999–2011; zitiert nach Barmer GEK 2013a, S. 71). Seit Einführung der Pflegeversicherung sind

Pflegebedürftige in Privathaushalten mit und ohne Migrationshintergrund

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Alter		
Unter 60 Jahre	29	17
60 bis unter 80 Jahre	42	34
80 Jahre und älter	29	49
Lebensform		
Alleinlebend	21	35
Ehepaare	29	28
Ehepaare mit Angehörigen	14	6
Verwitwet mit Angehörigen	15	18
Sonstige Alleinstehende mit Angehörigen	10	9
Kinder unter 16 Jahren, Elternhaushalt	11	4
Pflegestufe		
Stufe I	54	59
Stufe II	31	32
Stufe III	15	9

» Tab. 33: Pflegebedürftige in Privathaushalten 2010 – Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 60)

damit umgekehrt die Anteile derjenigen Pflegebedürftigen stetig 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 zugenommen haben, steigen seit 2007 nur noch die Anteile für Kombinationsleistungen. Der Trend zur stationären Unterbringung ist damit unterbrochen, stattdessen nehmen häusliche Pflegear-

rangements mit Unterstützung durch ambulante Dienste zu (Barmer GEK 2013a, S. 71 f.)⁴¹. Entsprechend sind auch die Kapazitäten in der ambulanten Pflege schneller angewachsen als in der stationären Pflege – im Vergleich zu 1999 gab es 2011 in der ambulanten Pflege zwei Drittel (64 %) mehr Beschäftigte (gemessen in Vollzeitäquivalenten), wogegen die Bettenzahl in stationären Einrichtun-

41 Die Tabelle weist zwar einen leichten Anstieg zwischen den Jahren 2009 und 2011 aus, jedoch kann hier nicht von einer Trendumkehr gesprochen werden, da die Werte der reinen Pflegegeldempfänger im Jahr 2011 sehr wahrscheinlich überschätzt wurden (siehe die methodischen Anmerkungen zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Zahlen aus 2011 im Rahmen der Pflegestatistik 2013 in Statistisches Bundesamt 2013f, S. 25).

gen im gleichen Zeitraum nur um über ein Drittel (36 %) zugelegt hat (ebd., S. 11).

Migrationshintergrund und häusliche Pflege

In der TNS-Infratest-Studie 2010 wurde die soziale Situation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten nach dem Migrationshintergrund unterschieden.⁴² Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund wiesen eine deutlich jüngere Altersstruktur auf als Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund – der Anteil der Hochaltrigen an allen Pflegebedürftigen war bei ihnen mit 29 % niedriger (ohne Migrationshintergrund 49 %) und sie lebten mit 21 % auch seltener alleine (ohne Migrationshintergrund 35 %). Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund waren durchschnittlich 62 Jahre alt, Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund 73 Jahre (BMG 2011, S.60; vgl. Tabelle 33). Diese Unterschiede dürften in erster Linie auf die unterschiedliche Altersstruktur dieser beiden Bevölkerungsgruppen zurückgehen.

In Privathaushalten lebende Menschen mit Migrationshintergrund, die nach eigener Auskunft pflegebedürftig sind, empfangen laut dieser Studie zu einem hohen Anteil (17 %) keine Leistungen aus der Pflegeversicherung (ebd., S. 62). Sie beziehen häufiger ausschließlich Pflegegeld und nutzen seltener ambulante Hilfen (ebd., S. 61).

» 06.3 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen

Soziodemographische Merkmale

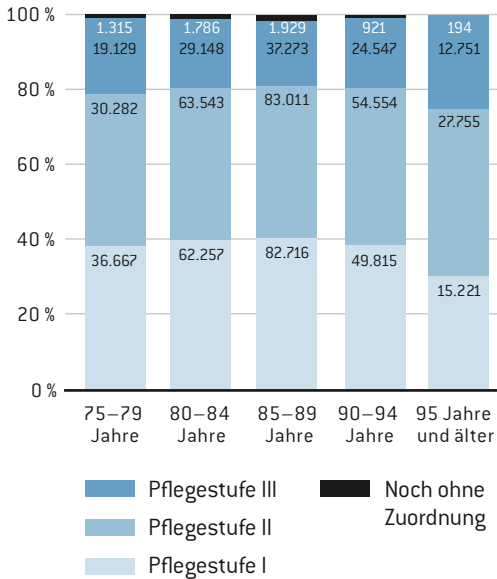
Mit steigendem Alter erhöht sich der Anteil der weiblichen und männlichen Pflegebedürftigen, die stationär in Pflegeheimen versorgt werden (siehe Abbildung 35). Innerhalb der Pflegeeinrichtungen bleibt vom 75. bis in das 94. Lebensjahr hinein die Verteilung nach Pflegestufen relativ konstant: Ende 2011 waren ca. 40 % der Bewohnerinnen und Bewohner in Stufe I, weitere 40 % in Stufe II und ca. 20 % in Stufe III. Ab dem 95. Lebensjahr befinden sich weniger Bewohnerinnen und Bewohner in Stufe I und entsprechend mehr in den Stufen II und III (Statistisches Bundesamt 2013f; Abbildung 37).

Gemäß der aktuellen TNS-Infratest-Erhebung (BMG 2011, S. 121, Tabelle 34)⁴³ wurden 2010 ca. dreimal mehr Frauen (76 %) in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt als Männer (24 %). 80 % der Bewohnerinnen und Bewohner waren 75 Jahre und älter, das Durchschnittsalter lag für Frauen bei 84 Jahren, für Männer bei 76 Jahren (ebd., S. 121). Diese Werte haben sich gegenüber der Befragung von 1999 kaum geändert (die Unterschiede dürften im Bereich der statistischen Zufälligkeit liegen).

42 Bedauerlicherweise fehlen im Bericht zu dieser Studie methodische Hinweise darüber, wie viele pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund befragt wurden und welche deutschen Sprachkenntnisse notwendig waren, um an der Befragung teilnehmen zu können. Für eine sehr hohe Selektivität spricht, dass von den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund 68 Prozent Deutsch als Muttersprache angaben (BMG 2011, S. 61). Damit könnten z. B. deutschstämmige Spätaussiedler stark überrepräsentiert sein. Es kann daher bezweifelt werden, ob die Erhebung tatsächlich repräsentativ für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund sein kann.

43 Die Informationen zu den repräsentativ ausgewählten 2.470 Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen wurden aus Interviews mit Hauptpflegekräften gewonnen. Ergänzend wurden 422 Interviews mit Einrichtungsleitungen geführt. Die Daten wurden wie in der Haushaltsbefragung nach regionalen Gesichtspunkten und anhand der Pflegestatistik 2007 gewichtet und auf alle Pflegebedürftige in Deutschland hochgerechnet (BMG 2011, S. 5).

Pflegebedürftige in Pflegeheimen



» Abb. 37: Pflegebedürftige in Pflegeheimen nach Pflegestufe und Alter, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2014c, www.gbe-bund.de)

Für eine weitere Differenzierung nach Geschlecht und Alter bietet die Auswertung des Mikrozensus von 2003 weiterhin eine gute Datengrundlage. Auch wenn die Daten schon älter sind, können sie einen guten Überblick über grobe Alters- und Geschlechterstrukturen geben, die der Tendenz nach auch heute noch gültig sein dürften. Zwei Drittel (66 %) aller Pflegebedürftigen in Heimen waren verwitwet, Frauen zu knapp drei Vierteln (73 %), Männer zu über einem Drittel (38 %). Im Alter von 80 bis unter 90 Jahren war dann auch über die Hälfte aller Männer (54 %) verwitwet. 29 % der Männer und 16 % der Frauen waren ledig (Statistisches Bundesamt 2004, S. 13; vgl. Tabelle 66 im

Anhang). Über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Heimen waren 80 Jahre oder älter. Bei den Frauen war die Hochaltrigenquote mit fast drei Vierteln (74 %) wesentlich höher, während bei den Männern die Hochaltrigen mit 43 % dagegen eine Minderheit darstellten (ebd., eigene Berechnungen).

Im Barmer GEK Report 2013 wurde die Behauptung geprüft, ob sich Pflegeheime zu »Siechenheimen« entwickeln, also Pflegebedürftige immer älter und kränker bei Heimeintritt sind und dort immer schneller sterben. Hierzu wurden die Daten von älteren Versicherten der Gmünder Ersatzkasse und die Pflegestatistiken seit 1999 ausgewertet. Die Autoren stellten fest, dass sich das Heimeintrittsalter zwischen den Perioden 2000–2002 und 2009–2011 nur geringfügig erhöht hat, 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 ist – auch bedingt

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen

	1999	2010
Geschlecht		
Männlich	21	24
Weiblich	79	76
Altersgruppen		
Unter 60 Jahre	6	5
60 bis unter 75 Jahre	16	14
75 bis unter 90 Jahre	58	57
90 Jahre und älter	20	23
Durchschnittsalter	81	82

» Tab. 34: Strukturmerkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1999 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 121)

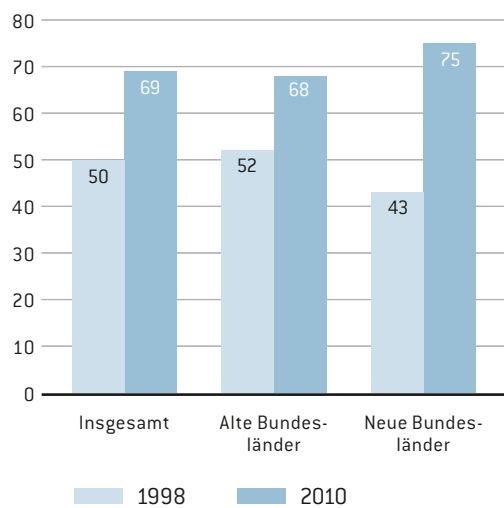
durch eine steigende Lebenserwartung – im selben Zeitraum bei Frauen von 84,3 auf 84,9 Jahre und bei Männern von 78,7 auf 79,4 Jahre gestiegen. Der Heimeintritt beginnt immer häufiger mit der Pflegestufe I, d. h. mit einer relativ besseren Gesundheit im Vergleich zu den Pflegestufen II und III. Auch die Aufenthaltsdauer in Heimen ist seitdem nicht kürzer geworden, sondern bei Männern sogar länger. Aus diesen Ergebnissen schließen die Autoren, dass Pflegeheime nicht zu »Institutionen des Sterbens« werden (Barmer GEK 2013a, S. 11 f.).

Wohn- und Unterstützungssituation in stationären Einrichtungen

In der TNS-Infratest-Erhebung wurde untersucht, ob sich die Wohnsituation von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern seit der Erhebung von 1998 verbessert hat. Als Indikator dafür wurde der Anteil an Ein-Bett-Zimmern und Einzelappartements genommen. Abbildung 38 zeigt, dass sich die Wohnsituation in diesem Zeitraum deutlich verbessert hat: Während 1998 nur die Hälfte aller Wohnräume für eine Person ausgelegt war, waren es 2010 bereits über zwei Drittel (69 %). In dieser Hinsicht haben Einrichtungen in den neuen Bundesländern diejenigen in den alten Ländern sogar überholt. Hier lag der Anteil an Ein-Bett-Zimmern und Einzelappartements 2010 sogar bei drei Vierteln (75 %). Dies wird in der Studie als Auswirkung des Investitionsprogramms zur Modernisierung der Heime in den neuen Bundesländern gewertet, das von 1995 bis 2002 aufgelegt wurde (BMG 2011, S. 126 f.)

Tabelle 35 verdeutlicht, dass Familienangehörige, Freunde und Bekannte nicht nur in der häuslichen Pflege, sondern auch innerhalb stationärer Einrichtungen viele Unterstützungs- und Betreuungsleistungen für pflegebedürftige Personen leisten.

Wohnsituation in vollstationären Pflegeeinrichtungen



» Abb. 38: Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen in Ein-Bett-Zimmern und Appartements 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 127)

Genau die Hälfte aller Pflegebedürftigen in Heimen wurde 2010 mindestens ab und an in der Woche von Familienangehörigen sozial betreut, über ein Drittel (37 %) wurde sogar pflegerisch und hauswirtschaftlich von ihnen unterstützt (BMG 2011, S. 131). Umgekehrt darf aber nicht übersehen werden, dass sehr viele Heimbewohnerinnen und -bewohner auf solche Hilfen verzichten müssen, entweder weil sie keine Angehörigen mehr haben oder diese keine Unterstützung leisten bzw. leisten können. In der TNS-Infratest-Erhebung 2010 wurde immerhin ein Viertel (25 %) der Pflegebedürftigen nie von Familienangehörigen und ungefähr die Hälfte nie von Freunden, Bekannten, anderen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern oder ehrenamtlichen Helfern

Unterstützung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Regelmäßig am Tag	Ab und an in der Woche	Seltener	Nie/trifft nicht zu
Pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung				
Familienangehörige	8	29	21	40
Freunde oder Bekannte von außerhalb der Einrichtung	1	11	19	65
Bewohner und Bewohnerinnen von innerhalb der Einrichtung	11	8	11	66
Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer	4	16	16	60
Hilfen zur sozialen Betreuung				
Familienangehörige	10	40	24	25
Freunde oder Bekannte von außerhalb der Einrichtung	1	14	25	56
Bewohner und Bewohnerinnen von innerhalb der Einrichtung	16	11	15	52
Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer	5	22	19	49

» Tab. 35: Unterstützung der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch weitere Personen in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 131)

sozial betreut. Werden hier auch die Werte für eine nur seltene soziale Betreuung dazugezählt, wird ein hoher Anteil an Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sichtbar, der von sozialer Isolation und Einsamkeit bedroht ist.

Migrationshintergrund und stationäre Pflege

Der TNS-Infratest-Studie zufolge haben ca. 9 % aller Pflegebedürftigen in Heimen einen Migrationshintergrund, die Pflegekräfte sogar zu 15 %. Diese Anteile sind in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten jeweils deutlich niedriger.

Ungefähr zwei Drittel aller Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund haben in der Einrichtung eine professionelle Bezugsperson mit demselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund (BMG 2011, S. 132 f.). Allerdings gibt es auch Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, die über nicht ausreichende Deutschkenntnisse verfügen und auch keinen Kontakt zu mindestens einer Pflegekraft haben, die ihre Sprache spricht (ebd., S. 162 f.).

» 06.4 Pflegende Angehörige

Soziodemographische Merkmale

Nach der TNS-Infratest-Studie lag im Jahr 2010 die Hauptverantwortung für die private häusliche Pflege mehrheitlich bei Frauen: Ihr Anteil an allen Hauptpflegepersonen betrug knapp drei Viertel (72 %). Dabei stieg jedoch im Vergleich der letzten zwölf Jahre der Anteil an hauptverantwortlich pflegenden Männern von 20 % (1998) auf 28 % an (BMG 2011, S. 27; vgl. Tabelle 36). In der Befragung wird dieser Anstieg als Effekt der Pflegeversicherung diskutiert, die es Männern aufgrund der Unterstützung durch ambulante Pflegedienste leichter gemacht habe, die Rolle als private Hauptpflegeperson zu übernehmen (ebd., S. 27). Im zeitlichen Vergleich hat sich der Anteil der hochaltrigen Hauptpflegepersonen von 5 % (1998) auf 9 % (2010) nahezu verdoppelt (ebd.). Das bedeutet, dass Personen ab 80 Jahren nicht nur Empfänger von pflegerischen Unterstützungsleistungen sind, sondern diese zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auch selbst geben. Der größte Teil der Hauptpflegepersonen befindet sich jedoch im »dritten« Alter – genau die Hälfte aller Hauptpflegepersonen war zwischen 55 und 79 Jahre alt (ebd.).

Im Rahmen des Barmer GEK Pflegereports 2013 wurde das Ausmaß der privaten Pflegetätigkeit mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von

Merkmale der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010

	1998	2010
Geschlecht		
Männlich	20	28
Weiblich	80	72
Alter		
Unter 20 Jahre	0 ¹	–
20–39 Jahre	15	8
40–54 Jahre	28	33
55–64 Jahre	25	26
65–79 Jahre	27	24
80 Jahre und älter	5	9

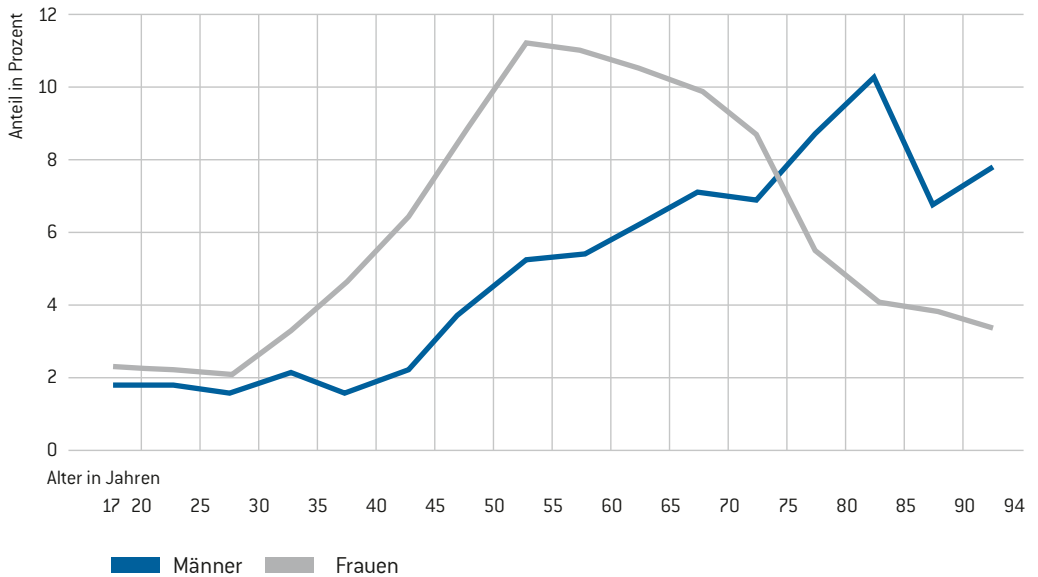
» Tab. 36: Soziodemografische Merkmale der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010 in%, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 27)

1 = 0 – < 0,5%

2011 berechnet.⁴⁴ Als Pflegeperson wurde definiert, wer sich mindestens eine Stunde pro Tag um eine pflegebedürftige Person kümmerte (Barmer GEK 2013a, S. 107). Demnach gab es im Jahr 2011 über 3,5 Millionen Pflegepersonen in Deutschland, womit einem bzw. einer Pflegebedürftigen zwei Pflegepersonen gegenüberstanden (ebd., S. 108). Knapp zwei Drittel (65 %) der privaten Pflegepersonen waren Frauen. Dieses Verhältnis von zwei pflegenden Frauen auf einen pflegenden Mann blieb im Zeitraum von 2001 bis 2011 nahezu konstant. Dieses Ergebnis widerspricht nur scheinbar der TNS-Infratest-Erhebung (siehe oben), da im SOEP

44 Das Sozio-oekonomischen Panel ist eine gesamtdeutsche Wiederholungsbefragung, die seit 1984 jährlich durchgeführt wird. Die Stichprobe umfasste 2011 mehr als 11.000 Haushalte mit über 25.000 Personen einschließlich Ausländern und Personen mit Migrationshintergrund. Die Frage zu privaten Pflegetätigkeiten lautete: »Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?« (Barmer GEK 2013a, S. 60 und S. 107)

Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SOEP v28, gewichtet

» Abb. 39: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht 2011, SOEP v28 (Barmer GEK 2013a, S. 109)

nicht nur die Hauptpflegepersonen gezählt wurden, sondern alle an der Pflege beteiligten Personen (ebd.).

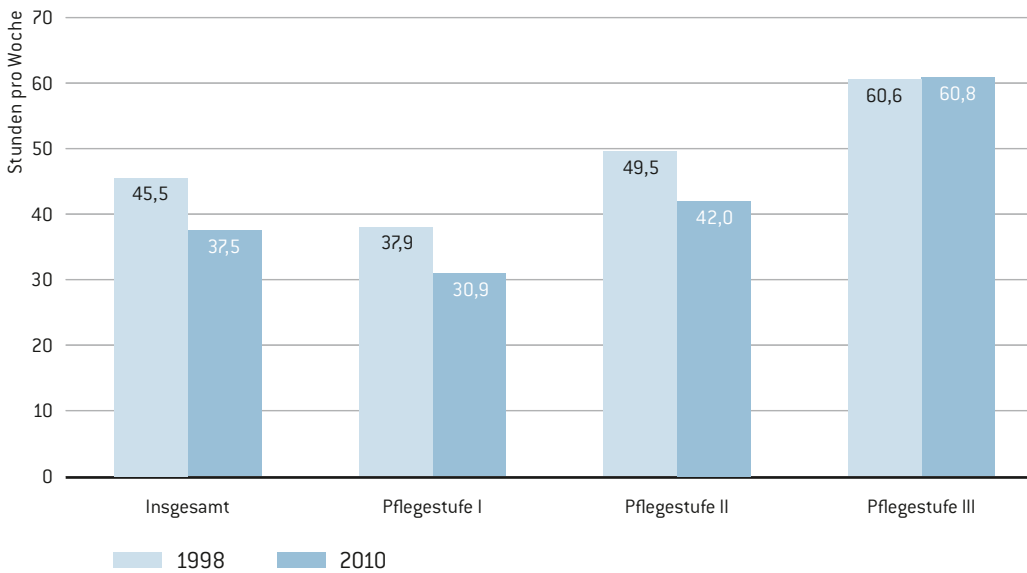
Interessant sind auch die Anteile der pflegenden Frauen und Männer an ihrer jeweiligen Altersgruppe: Hier zeigt sich, dass hochaltrige Männer mit einem Altersanteil von bis zu 10 % am häufigsten an häuslichen Pflegearbeiten beteiligt sind (und dort auch häufiger als Frauen), während Frauen am häufigsten im Alter zwischen 50 und 69 Jahren pflegen, mit einem Anteil von bis zu 12 % ihrer Altersgruppe (ebd., S. 109, Abbildung 39). Frauen pflegen damit im »dritten« Alter am häufigsten, Männer dagegen im »vierten« Alter. Da hochaltrige Frauen meistens verwitwet sind, werden sie vermutlich primär von

ihren Kindern (und hier vor allem von den Töchtern) gepflegt. Hochaltrige Männer sind seltener verwitwet und können daher dann auch häufiger ihre Partnerin pflegen – was die höhere Pflegebeteiligung von Männern im hohen Alter erklärt (ebd., S. 109).

Belastungen der pflegenden Angehörigen

Die Pflege von Angehörigen kann als erfüllend und bereichernd erlebt werden, jedoch ist sie oft auch mit hohen Belastungen verbunden, die zu gesund-

Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege

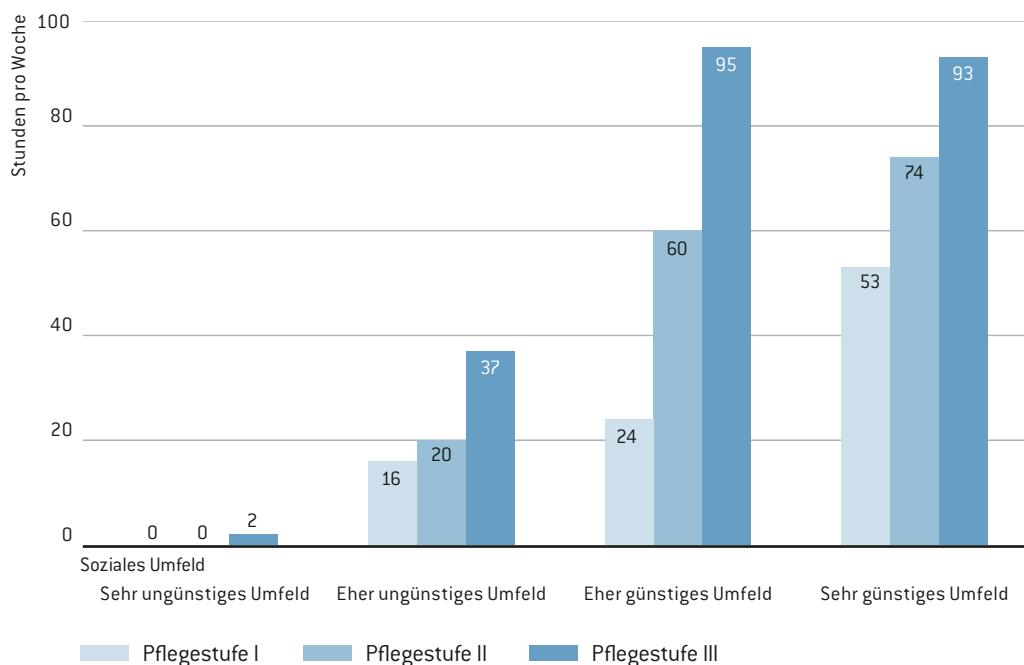


» Abb. 40: Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege 1998 und 2010 (Stunden pro Woche), TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 29)

heitlichen 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 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, sodass spezifische Aussagen zu Belastungssituationen in der häuslichen Pflege für gepflegte und pflegende hochaltrige Männer und Frauen nicht möglich sind.

Ein Vergleich der Infratest-Erhebungen 1998 und 2010 zeigt, dass der durchschnittliche Zeitaufwand für die Hauptpflegeperson zwar deutlich von 46 Wochenstunden (1998) auf 38 Wochenstunden (2010) gesunken ist, damit aber weiterhin einer Vollzeitberufstätigkeit entspricht (BMG 2011, S. 29, Abbildung 40). Der Rückgang der durchschnittlich aufgewendeten Zeit fand ausschließlich in der Pflege von Angehörigen mit Pflegestufen I und II statt, während die zeitliche Belastung der Hauptpflegepersonen für Pflegedürftige der Stufe III mit 61 Wochenstunden einen unverändert extrem hohen Wert annahm. Diese Pflegepersonen konnten anscheinend in der Zwischenzeit noch nicht nennenswert entlastet werden; sie stellen weiter

Soziales Umfeld und investierte Zeit in die Pflege



» Abb. 41: »Soziales Umfeld«, Pflegebedürftigkeit und von Angehörigen in die Versorgung investierte Zeit (Stunden pro Woche) (Blinkert und Klie 2008, S. 29)

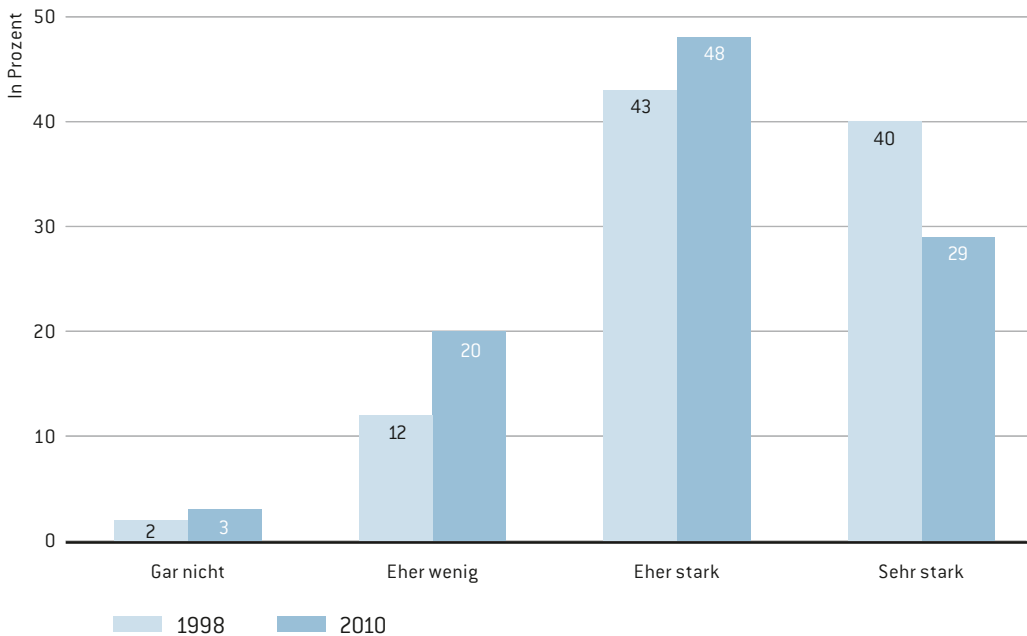
eine Hauptrisikogruppe für gesundheitliche und soziale Beeinträchtigungen dar.

Blinkert und Klie (2008) haben in einer Studie zu häuslichen Pflegearrangements untersucht, nach welchen sozialen Ungleichheitsmerkmalen der zeitliche Aufwand variiert, den Angehörige für die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen aufwenden. Demnach engagieren sich traditionale Milieus am intensivsten in der Angehörigenpflege: Der zeitliche Aufwand von Hauptpflegepersonen ist am höchsten, wenn ihr sozialer Status niedrig ist, sie aus einer ländlichen Region kommen, einen vor-

modernen Lebensentwurf verfolgen und über ein stabiles Unterstützungsnetzwerk verfügen (ebd., S. 29, vgl. Abbildung 41).

Entsprechend zum Rückgang des zeitlichen Aufwands nahmen auch die Anteile der Pflegepersonen ab, die über sehr starke Belastungen berichteten – von 40 % im Jahr 1998 auf 29 % im Jahr 2010. Allerdings blieben die Belastungswerte damit weiter auf einem hohen Stand, insofern über drei Viertel (77 %) der Hauptpflegepersonen sich als »eher stark« oder »sehr stark« belastet bezeichneten (BMG 2011, S. 29; vgl. Abbildung 42).

Belastung der Hauptpflegepersonen



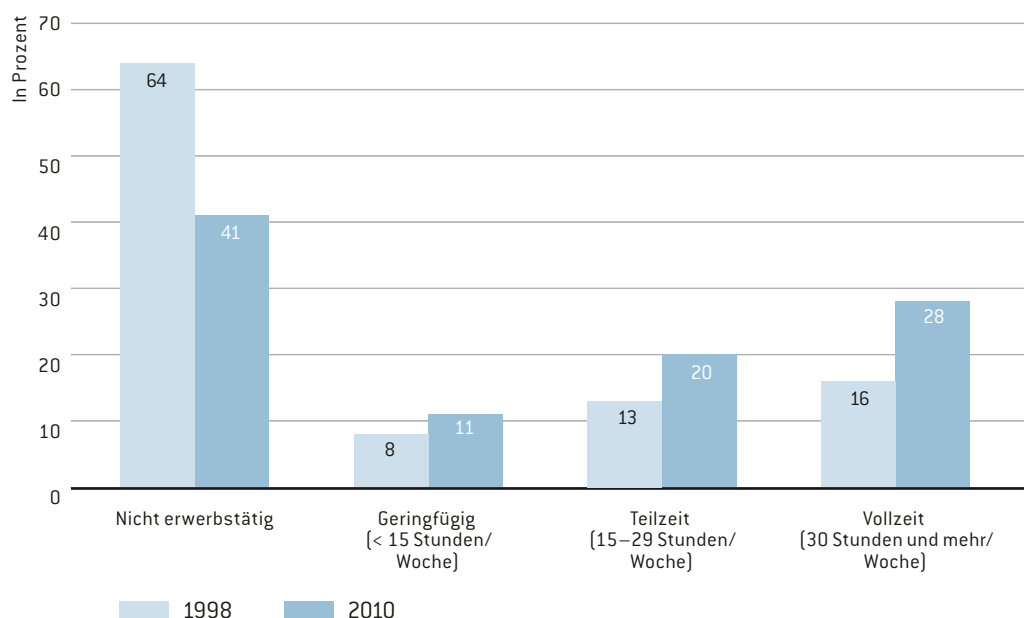
>> Abb. 42: Belastung der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 [BMG 2011, S. 29]

Der Grad der Belastung steigt naturgemäß mit dem nötigen zeitlichen Aufwand an: Im Jahr 2010 waren Hauptpflegepersonen, die sich als »gar nicht« oder »eher wenig« belastet betrachten, durchschnittlich 35 Stunden pro Woche mit ihrer Tätigkeit beschäftigt; bei Hauptpflegepersonen mit einer »eher starken« Belastung waren es bereits 38 Stunden pro Woche, und bei solchen mit einer »sehr starken« Belastung stieg der Zeitaufwand auf sehr hohe 60 Wochenstunden [BMG 2011, S. 64]. Der Zeitaufwand der sehr stark belasteten Pflegepersonen ist damit genau so hoch wie derjenige der Pflegeper-

sonen, die einen Angehörigen mit Pflegestufe III versorgen.

Mit Daten der Infratest-Befragung von 2002 berechnete Schneekloth (2005, S. 87), welche Bedingungen den stärksten Einfluss auf das subjektive Belastungserleben haben. Statistisch sehr bedeutsam war alleine die Pflegesituation: Die Pflege von Demenzzkranken und Pflegebedürftigen der Stufe III, die Verfügbarkeit »rund um die Uhr«, Defizite in der Versorgung mit Hilfsmitteln und die Fortsetzung der Berufstätigkeit führten dazu, dass sich Hauptpflegepersonen als sehr belastet empfanden. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren

Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen



» Abb. 43: Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren, 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 31)

übten dagegen weder Alter und Geschlecht (der Hauptpflegeperson und der pflegebedürftigen Person) noch Statusmerkmale (Haushaltseinkommen, Sozialschicht, Bildungsmilieu) und regionale Faktoren (Stadt-Land- und Ost-West-Unterschiede) einen eigenständigen Einfluss auf das Belastungsempfinden aus (ebd.). Allerdings dürften viele dieser Faktoren bereits in die unterschiedliche Pflegesituation mit eingegangen sein. Gerade sozial benachteiligte Angehörige, die in Regionen bzw. Quartieren mit einer schlechteren Versorgungssituation leben, dürften über weniger finanzielle und sachliche Unterstützungsressourcen verfügen und daher schon aus Kostengründen relativ häufiger zu einer »Rund

um die Uhr«-Pflege und einer ausschließlich durch Pflegegeld finanzierten (und nicht durch ambulante Dienste unterstützten) Versorgung von Angehörigen neigen (vgl. Heusinger 2006); darauf deuten ebenso die Ergebnisse der oben zitierten Studie von Blinkert und Klie (2008) hin. Diese Vermutung wird indirekt auch durch die TNS-Infratest-Erhebung 2010 gestützt – so wurde mit 83 % aller Nennungen als häufigster Grund für den ausschließlichen Bezug von Pflegegeld angegeben, dass das Geld für die laufenden Pflegeausgaben benötigt werde (BMG 2011, S. 40).

Pflegende Angehörige von hochaltrigen Menschen, die sich noch im Erwerbsalter bis unter

65 Jahren befinden, und darunter vor allem die mit der Pflege am häufigsten betrauten Frauen, werden mit der Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf konfrontiert. Dieses Problem nimmt immer weiter zu, da der Anteil der erwerbstätigen Hauptpflegepersonen – unabhängig von der Dauer der wöchentlichen Erwerbsarbeitszeit – gestiegen ist. Insgesamt war 1998 nur über ein Drittel (36 %) der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter erwerbstätig, während 2010 mit 59 % schon die Mehrheit von ihnen einer Erwerbsarbeit nachging (BMG 2011, S. 31; Abbildung 43). Diese Zunahme ist auch eine Folge des im betrachteten Zeitraum gestiegenen Anteils der Männer an allen Hauptpflegepersonen – diese sind häufiger erwerbstätig als weibliche Hauptpflegepersonen und üben ihre Arbeit zu 72 % überwiegend in Vollzeit (30 Stunden und mehr) aus (Frauen: 40 %) (ebd., S. 30). Wie schwierig die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf tatsächlich ist, wird daran deutlich, dass nur ungefähr die Hälfte (51 %) aller Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortsetzen konnten, während ein Drittel (34 %) sie einschränken und fast ein Siebtel (15 %) sie sogar ganz aufgeben musste. Die Bereitschaft zur Reduzierung bzw. Aufgabe der Berufstätigkeit war in den alten Bundesländern höher als in den neuen; im Osten wurde die Berufstätigkeit mit 59 % häufiger fortgesetzt als im Westen mit 49 % (ebd., S. 32).

Unterstützungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung

Das Pflegezeitgesetz von 2008 soll erwerbstätige Pflegepersonen dadurch entlasten, dass sie zum einen bei akut auftretenden Pflegesituationen kurzfristig bis zu 10 Tage der Arbeit fernbleiben können, um die pflegerische Versorgung zu orga-

nisieren, und zum anderen sich in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten bis zu sechs Monate teilweise oder ganz von der Arbeit freistellen lassen können. Eine Lohnfortzahlung für eine kurzfristige Freistellung erfolgt nur bei tariflicher Regelung, für die langfristige Freistellung ist ein Lohnersatz gar nicht vorgesehen (vgl. Barmer GEK 2013a, S. 20 f.). Mit dem Familienpflegezeitgesetz von 2011 wurde die Möglichkeit geschaffen, einen Teil der Einkommenseinbußen in die Zukunft zu verlagern, damit die gegenwärtigen finanziellen Ausfälle nicht zu groß werden; genutzt wurde diese Maßnahme seitdem aber so gut wie nie (ebd., S. 22 f.). In der TNS-Infratest-Erhebung 2010 wird deutlich, dass die Entlastungsmöglichkeiten des Pflegezeitgesetzes von 2008 nur sehr zögerlich genutzt werden: Nur sechs Prozent der befragten erwerbstätigen Hauptpflegepersonen, die die Voraussetzung für eine kurzfristige Freistellung von zehn Arbeitstagen erfüllt hatten, nahmen diese auch in Anspruch. Als häufigster Grund für die fehlende Nutzung wurde genannt, dass der Rechtsanspruch nicht bekannt war (64 % der Antworten), als zweithäufigster Grund (53 % der Antworten), dass eine Freistellung nicht erforderlich war (BMG 2011, S. 31 und 33). Auch die Pflegezeit von bis zu sechs Monaten wurde mit einem Anteil von 4 % der Anspruchsberechtigten nur sehr selten wahrgenommen (ebd., S. 32). Auch hier wurden für die Nichtinanspruchnahme am häufigsten fehlende Kenntnis (51 %) und fehlende Notwendigkeit (51 %) angegeben, darüber hinaus aber auch finanzielle Gründe (37 %) und berufliche Nachteile bei Inanspruchnahme (32 %) (ebd., S. 33).

Nur 10 % der Pflegehaushalte haben die 2009 eingeführte individuelle Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) genutzt, obwohl hier für den Einzelfall umfassend und spezifisch geprüft werden kann, wie die häusliche Pflegesituation organisiert und die Hauptpflegepersonen bestmöglich dabei

unterstützt werden kann. Die Zufriedenheit mit der Beratung war groß (85 %), in der Hälfte aller Fälle hatte sie auch geholfen, die Pflegesituation zu verbessern. Der wichtigste Grund für Nichtnutzung des Angebots war auch hier wieder die fehlende Kenntnis des Rechtsanspruchs (ebd., S. 56 und 67). Eine weitere Unterstützung für pflegende Angehörige stellen Pflegekurse nach § 45 SGB XI dar, die unentgeltlich von den Pflegekassen angeboten bzw. vermittelt werden: Hier können Hauptpflegepersonen praktische Techniken erlernen und sich mit anderen pflegenden Angehörigen austauschen. Allerdings gaben 2010 nur 12 % der Hauptpflegepersonen an, an einem solchen Kurs teilgenommen zu haben, obwohl bei der großen Mehrheit der Teilnehmenden (88 %) das Ziel, die Pflege zu erleichtern, erreicht wurde (ebd., S. 29 f.). Wie bei den anderen gesetzlichen Unterstützungsmöglichkeiten auch, scheint entweder die Existenz oder der Nutzen des Angebots zu wenig bekannt zu sein. Insgesamt sollten daher Beratungs- und Unterstützungsangebote weiter ausgebaut werden, und es sollte besser über ihre Existenz und ihren (erwiesenen) Nutzen informiert werden. Dabei sind auch persönliche Hemmschwellen zu beachten, die pflegende Angehörige daran hindern, ihre Schwierigkeiten oder ihre Überforderung mit der Pflegesituation anderen Menschen außerhalb der Familie zu offenbaren (vgl. BMG 2011, S. 66).

» 06.5 Gewalt in der Pflege

Pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte sind häufig hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die nicht immer adäquat bewältigt werden können und in einigen Fällen zur psychischen und/oder körperlichen Ver-

nachlässigung bzw. Misshandlung der anvertrauten pflegebedürftigen Personen motivieren. Demenzerkrankte und schwer- bzw. schwerstpflegebedürftige 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; welchen Anteil daran ihre Erkrankung hat, ist in der Praxis nicht immer einfach zu bestimmen. Im Folgenden sollen Art und Ausmaß von sowie Risikofaktoren für Gewalthandlungen in der häuslich-ambulanten und der stationären Pflege betrachtet werden. Die wichtigste Quelle hierfür sind mehrere Einzelstudien, die Görgen und andere zu Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter und pflegebedürftiger Menschen durchgeführt haben (BMFSFJ 2009b; Görgen u. a. 2009). Ergänzend werden Ergebnisse einer Befragung von Amrhein (2002, 2005) zu Macht- und Konfliktsituationen in der stationären Altenpflege vorgestellt.

Gewalt in der häuslichen Pflege

Zu Gewalterfahrungen in der häuslichen Pflege haben 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, sodass 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.

In zwei schriftlich-postalischen Befragungen von pflegenden Angehörigen und ambulanten Pflegekräften ermittelten Görge 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 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 »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 der pflegende Angehörige eine schlechte Beziehung zu ihnen hatte und häufig Alkohol zur Stressbewältigung konsumierte, und wenn die Pflegebedürftigen schwerstpflegebedürftig 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 Angehörigen (ebd., S. 28). Gewaltfördernd 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 Pflegedienst-

tes. Wirksame Interventionsstrategien sollten an diesen Risikofaktoren ansetzen [ebd., S. 30].

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 dauerhaft in der Einrichtung untergebracht und vollziehen dort ihre sämtlichen Alltagsaktivitäten. Wenn Pflegeheime schwere Qualitätsmängel aufweisen, also keine gute pflegerische Versorgung und soziale Betreuung garantieren können, dann ist die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, die aufgrund ihrer Fragilität über keine nennenswerten Ausweich- und Kompensationsmöglichkeiten verfügen, massiv gefährdet. Besonders schwerwiegend sind in diesem Kontext gewalttätige Übergriffe durch Pflegekräfte. Görden (2009) berichtet über Ergebnisse einer Studie zur Misshandlung und Vernachlässigung in stationären Altenhilfeeinrichtungen, die in den Jahren 2000 und 2001 in Hessen durchgeführt wurde.

Hierzu fanden u. a. qualitative Befragungen mit unterschiedlichen Personengruppen und eine quantitative Befragung mit 361 stationär beschäftigten Pflegekräften statt. Auch wenn Pflegeheime keineswegs an sich »Orte des Leidens« seien, zeigten sich dort doch viele Formen von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen. Schwere körperliche Misshandlungen waren selten, jedoch wurden die Pflegebedürftigen häufiger psychosozial und pflegerisch vernachlässigt und verbal aggressiv behandelt. Ein Teil der Pflegekräfte neigte dazu, die Bewohnerinnen und Bewohner erzieherisch zu bevormunden und in ihrer Autonomie einzu-

schränken; dies geschah häufig aus einem falsch verstandenen Sicherheitsverständnis heraus [ebd., S. 491]. Die Risikofaktoren für Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen sind vergleichbar zur ambulanten Pflege: Aggressionen der (häufig demenzkranken) Pflegebedürftigen, übermäßiger Alkoholkonsum zum Stressabbau und die Unterstellung, dass sich Pflegebedürftige absichtlich problematisch verhalten [ebd. S. 492].

Amrhein (2002; 2005) hat im Jahr 2000 insgesamt 116 Schülerinnen und Schüler aus drei oberfränkischen Altenpflegeschulen schriftlich mit einem teilstandardisierten Fragebogen zu Macht- und Konfliktsituationen befragt, die sie während ihres letzten Praktikums in einer Einrichtung der Altenpflege beobachteten konnten; 94 Schülerinnen bzw. Schüler berichteten dabei über Erfahrungen aus stationären Einrichtungen. Die Antworten haben vergleichbar zu den Studien von Görden gezeigt, dass in Pflegeheimen vor allem subtile und niederschwellige Formen der Gewalt und des aggressiven Verhaltens alltäglich sind. So gab jeweils knapp die Hälfte der Befragten an, dass »einige Mitarbeiter manchmal sehr grob mit den Bewohnern umgingen« und diese »manchmal richtig ausgeschimpft« hätten. In den freien Antworten wurde deutlich, dass kritische Pflegebedürftige im Pflegealltag eher unerwünscht sind. Nach den Beobachtungen der Schülerinnen und Schüler wurden vielmehr anspruchslöse und pflegeleichte Bewohnerinnen und Bewohner bevorzugt. Physisch grobes und verbal aggressives Verhalten der Pflegekräfte stand vor allem in einem Zusammenhang mit unbewältigten Stressgefühlen und Frustrationen als Folge hoher Arbeitsbelastungen sowie einem negativen Arbeits- und Betriebsklima. Gewaltprävention hat daher nicht nur individuell bei den Pflegekräften anzusetzen, sondern ebenso bei den strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit.

» 06.6 Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen

Nach § 5 SGB XI sollen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation dafür sorgen, dass Pflegebedürftigkeit nicht eintritt bzw. überwunden oder eine Verschlechterung vermieden wird. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft bei der Erst- oder Nachbegutachtung, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation notwendig und dem Pflegebedürftigen zumutbar sind. Wird ein Bedarf festgestellt, leiten die Pflegekassen alle weiteren Schritte ein. Die Rehabilitationsmaßnahmen sollen vorrangig ambulant erfolgen; erst wenn dies nicht genügt, übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine stationäre Rehabilitation (vgl. BMG 2011, S. 48 f.). Neben diesen Rehabilitationsmaß-

nahmen trägt auch die Versorgung mit Heilmitteln nach § 32 SGB V dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (ebd., S. 49; vgl. auch Kapitel 05.7).

In der TNS-Infratest-Erhebung 2010 wurde gefragt, ob und welche Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen der MDK bei der Begutachtung empfohlen hat und ob diese in Anspruch genommen wurden. Bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten hatte der MDK in vier Prozent der Fälle ambulante und in fünf Prozent der Fälle stationäre Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen; die Unterschiede nach Pflegestufen waren gering. 22 % der befragten häuslich Pflegebedürftigen erhielten Empfehlungen für Heilmittel, in den allermeisten Fällen Krankengymnastik oder Bewegungstherapie. Die große Mehrheit der häuslich Pflegebedürftigen ist diesen Empfehlungen auch gefolgt (BMG 2011, S. 50 und 68). Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen erhielten in den vergangenen

Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt empfohlene Heilmittel

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	35	32	39	35
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	4	5	3	3
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	17	18	18	12
Logopädie (Stimm- und Sprachtherapie)	4	2	5	6
Ergotherapie	14	10	14	18
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	7	4	8	9
Kontinenz- bzw. Toilettentraining	22	19	28	18
Gedächtnis- oder Orientierungstraining	25	22	30	22
Basale Stimulation, Validation oder ähnliche therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke	14	6	15	25

» Tab. 37: Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt in den letzten 12 Monaten empfohlene Heilmittel nach Pflegestufe in %, Basis: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 135).

12 Monaten nur selten eine Rehabilitationsempfehlung vom MDK bzw. einem Arzt oder einer Ärztin, 1 % für eine ambulante und 2 % für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Tatsächlich bekamen jedoch in den letzten zwölf Monaten auch unabhängig von einer solchen Empfehlung 2 % der stationär versorgten Pflegebedürftigen eine ambulante und 5 % eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Dagegen wurde über der Hälfte der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen (55 %) mindestens ein Heilmittel empfohlen, darunter vor allem Krankengymnastik und Bewegungstherapie, häufig auch Gedächtnistraining, Kontinenztraining, Kraft- und Balancetraining, Ergotherapie und Maßnahmen für Demenzerkrankte (ebd., S. 134 f.; vgl. Tabelle 37). Im Vergleich zu 2005 erhielten im Jahr 2010 mehr als dreimal soviel Pflegebedürftige in Pflegeheimen ein Kraft- und Balancetraining; auch die Inanspruchnahme von Gedächtnis- und Orientierungstraining sowie von basaler Stimulation, Validation und anderen Maßnahmen für Demenzerkrankte stieg im selben Zeitraum stark an (ebd., S. 137).

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 weisen 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 2013a, S. 15 f.); hierfür machen die Autoren u. a. methodische Grenzen der Forschung mit Routinedaten verantwortlich.

» 06.7 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. Zusätzlich zu den gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung muss jeder Versicherte einen finanziellen Eigenanteil erbringen. 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 (Barmer GEK 2013a, S. 125).

Pflegebedürftige in Privathaushalten gaben gemäß der TNS-Infratest-Befragung im Jahr 2010 durchschnittlich 247 Euro im Monat zusätzlich für pflegebedingte Kosten auf; je höher die Pflegestufe war, desto größer war auch der finanzielle Eigenbeitrag (BMG 2011, S. 46). 17 % aller Pflegebedürftigen gaben eigenes Geld für zusätzliche professionelle Dienstleistungen aus – über die Hälfte von ihnen (56 %) für Grundpflege, jeweils fast ein Drittel für Haushaltsführung (29 %) und für Betreuung (28 %) (BMG 2011, S. 48 f.). In der stationären Pflege müssen die sogenannten Hotelkosten für Verpflegung und Unterbringung selbst getragen werden. Nach Auskunft von Rothgang und anderen fielen aber auch bei den rein pflegebedingten Kosten Ende 2011 Eigenanteile in Höhe von 346 Euro monatlich für Pflegestufe I, 532 Euro für Pflegestufe II und 760 Euro für Pflegestufe III an (Barmer GEK 2013a, S. 12).

Werden alle öffentlichen und privaten (d. h. selbst finanzierten) Ausgaben für Pflegebedürftigkeit zusammengerechnet, dann ergibt sich für 2011 ein Gesamtwert von fast 42 Milliarden Euro

Öffentliche und private Ausgaben für Pflegebedürftigkeit

Ausgabequelle	In Milliarden Euro	Als % der öffentlichen/ privaten Ausgaben	Als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben	25,95	100	61,9
Soziale Pflegeversicherung	21,92	84,5	52,3
Private Pflegeversicherung	0,72	2,8	1,7
Sozialhilfe	3,10	11,9	7,4
Kriegsopferfürsorge ²	0,21	0,8	0,5
Private Ausgaben*	15,97	100	38,1
Pflegeheim ¹	10,76	67,4	25,7
Häusliche Pflege	5,21	32,6	12,4
Insgesamt	41,92	–	100

* Schätzungen

1 Die verwendeten Heimentgelte stammen aus der Pflegestatistik 2011.

2 Durchschnittswerte der Jahre 2010 und 2012.

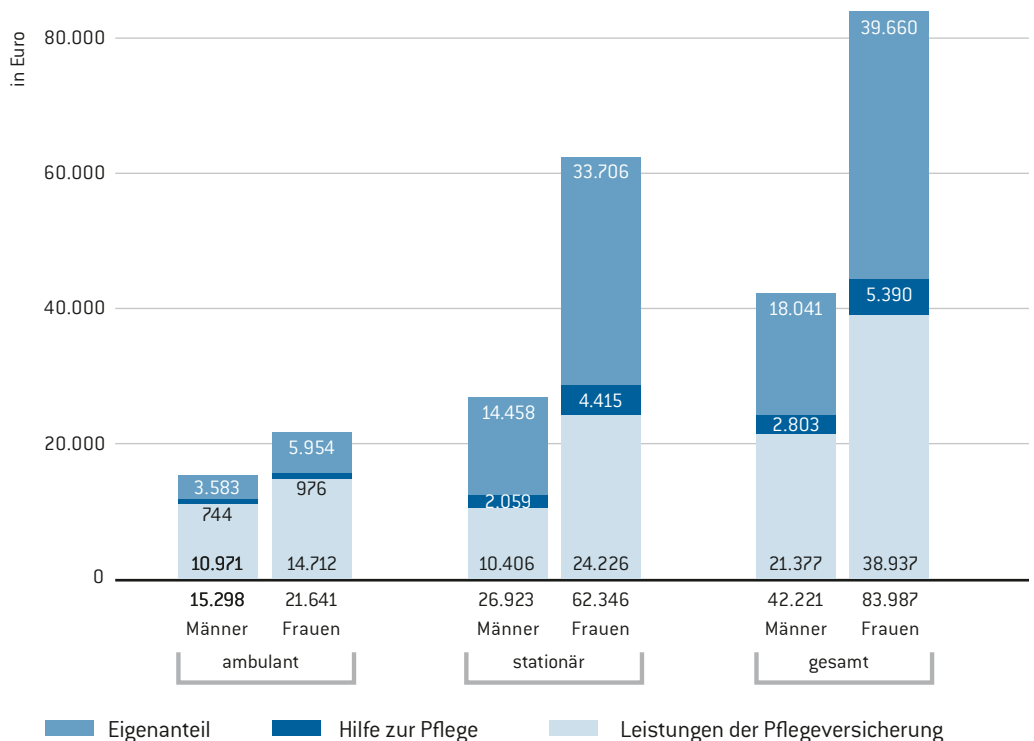
>> Tab. 38: Öffentliche und private Ausgaben für Pflegebedürftigkeit (Barmer GEK 2013a, S. 141)

(vgl. Tabelle 38).⁴⁵ Beide Zweige der Pflegeversicherung deckten nur über die Hälfte (54 %) aller pflegebedingten Kosten ab, was den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung deutlich macht. Der private Eigenanteil lag bei über einem Drittel (38 %), davon entfielen genau zwei Drittel auf die stationäre Pflege und ein Drittel auf die häusliche Pflege (Barmer GEK 2013a, S. 140 f.). Welche Gesamtkosten insgesamt pro Person vom Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bis zum Tod anfallen, haben Rothgang u. a. (Barmer GEK 2012b, S. 18–20) für Versicherte der ehemaligen Gmünder Ersatzkasse berechnet, die im Jahr 2000 pflegebedürftig wurden (es wurden Verläufe bis zum Jahr 2011

berücksichtigt). Für pflegebedürftige Frauen betragen die durchschnittlichen Gesamtausgaben fast 84.000 Euro, für pflegebedürftige Männer mit über 42.000 Euro nur die Hälfte. Die höheren Aufwendungen für Frauen ergeben sich aus ihrer längeren Lebenserwartung und der längeren Zeit, die sie in vollstationärer Pflege verbringen. Wie aus Abbildung 44 ersichtlich wird, sind die durchschnittlichen finanziellen Eigenanteile in der stationären Pflege weitaus höher als in der ambulant-häuslichen Versorgung.

⁴⁵ 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.

Gesamtkosten der Pflegebedürftigkeit



» Abb. 44: Gesamtkosten der Pflegebedürftigkeit vom Pflegeeintritt bis zum Tod nach Kostenträger, Versorgungsart und Geschlecht, Barmer GEK 2012b (Infografiken, www.barmer-gek.de)

» 06.8 Fazit

Pflegebedürftigkeit ist primär eine Herausforderung des hohen Alters: Mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen ist über 80 Jahre alt, drei Viertel davon sind Frauen. Dennoch ist noch bis zum 90. Lebensjahr die Mehrheit der Älteren frei von einem Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung:

In der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen ist erst ein Fünftel pflegebedürftig, in der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen sind es immer noch weniger als vierzig Prozent. Erst die Bevölkerung ab 90 Jahren ist mehrheitlich von Pflegebedürftigkeit betroffen; der größte Anteil von ihnen befindet sich aber immer noch in der niedrigsten Pflegestufe I. Daneben gibt es unter den Hochaltrigen eine beträchtliche Zahl an Menschen, die zwar nicht pflegebedürftig sind, aber dennoch einen regelmäßigen Hilfebedarf

haben; ihr Anteil unter den 85-Jährigen und Älteren wird auf über ein Drittel geschätzt.

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. Auch hier unterscheidet sich die Situation von Männern und Frauen erheblich: Während pflegebedürftige Männer ab 80 Jahren mehrheitlich mit mindestens einer weiteren Person im Haushalt zusammenleben, sind hochaltrige pflegebedürftige Frauen in der Regel alleinstehend. Männer können häufig noch von der eigenen Partnerin gepflegt werden, wogegen Frauen stärker auf die Versorgung durch die eigenen Kinder angewiesen sind, die aber meistens nicht im selben Haushalt wohnen. Besonders von sozialer Isolation und mangelnder Betreuung durch Angehörige bedroht sind hochaltrige Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Zwar werden auch diese häufig von Angehörigen, Bekannten und Freunden besucht und erhalten von ihnen auch pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung; ungefähr die Hälfte von ihnen muss jedoch ganz oder überwiegend auf soziale Kontakte mit vertrauten Personen verzichten.

Die häusliche Angehörigenpflege wird überwiegend von Frauen geleistet, fast drei Viertel aller

Hauptpflegepersonen sind weiblich. Werden auch die weiteren privaten Unterstützungspersonen dazu gezählt, kommen immer noch zwei pflegende Frauen auf einen pflegenden Mann. 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 meistens schon verwitwet. Erreichen Männer jedoch ein hohes Alter, dann sind sie sogar häufiger als Frauen mit Pflegeaufgaben betraut. Während Frauen am häufigsten in der Altersgruppe der 50- bis 70-Jährigen pflegen, ist die Wahrscheinlichkeit der Pflegeübernahme für Männer im Alter von ungefähr 80 Jahren am größten. Immerhin sind etwa neun Prozent aller Hauptpflegepersonen über 80 Jahre alt.

Aussagen zur Pflegebedürftigkeit und pflegerischen Versorgung von Ausländern, Ausländerinnen und Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund der schlechten Datenlage nur begrenzt möglich (dies gilt auch für weitere ungleichheitsrelevante Kategorien). Ihr Anteil an allen Pflegebedürftigen entspricht ungefähr ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung. In der häuslich-ambulanten Versorgung sind Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund vergleichsweise jünger und leben seltener alleine, was auf ihre jeweils unterschiedliche Bevölkerungsstruktur zurückgeführt werden kann. Zudem nehmen sie seltener ambulante Hilfen in Anspruch.

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 das Pflegezeitgesetz von 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 können. Allerdings werden diese Angebote noch unzureichend genutzt, sei es aus Unkenntnis über den Anspruch oder weil durch die Freistellung berufliche Nachteile befürchtet werden.

Solche Entlastungsmöglichkeiten sind auch deshalb wichtig, damit die Überforderung nicht in gewalttätiges Verhalten gegenüber der pflegebedürftigen Person umschlägt. 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 an den Persönlichkeitsproblemen der Pflegenden ansetzen, sondern muss auch für eine Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen sorgen, die vor allem in der stationären Pflege gewalttätige Handlungen des Personals oft noch begünstigen.

In vielen Fällen kann eine stationäre Unterbringung vermieden oder hinausgeschoben werden, wenn alle Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation ausgeschöpft werden. Abgesehen von Demenzerkrankungen können die meisten Krankheiten und Zustände, die mit einem hohen Pflegebedürftigkeitsrisiko verbunden sind, damit

positiv beeinflusst werden. Das gilt vor allem für Harninkontinenz, Zustand nach Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Parkinson. Damit können auch die hohen volkswirtschaftlichen Kosten der Pflege reduziert werden, die in der stationären Pflege doppelt so hoch sind wie in der ambulanten häuslichen Pflege. Da Pflegebedürftige einen beträchtlichen Teil an den anfallenden Kosten selbst übernehmen müssen und dieser Eigenanteil bei einer Unterbringung im Pflegeheim zu besonders hohen Beträgen führt, kann mit einer gelungenen Rehabilitation auch die Notwendigkeit verringert werden, Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen zu müssen. Insgesamt erhält jedoch nur eine kleine Minderheit aller Pflegebedürftigen Rehabilitationsmaßnahmen.

07

» Freizeit

In diesem Kapitel betrachten wir das Alltagsleben der sehr alten Menschen: Wie verbringen sie ihre freie Zeit, also die Zeit, die nicht durch notwendige Erledigungen belegt ist? Gestalten sie diese aktiv, zum Beispiel in einem Verein, reisen sie oder engagieren sie sich zivilgesellschaftlich? Welche Rolle spielen Kultur und Medien im hohen Alter? Wie körperlich aktiv und mobil sind die über 80-Jährigen? Mobilität, soziale und gesellschaftliche Teilhabe sind wesentliche Bestandteile eines selbstbestimmten und aktiven Lebens im Alter. In Kapitel 05 haben wir beschrieben, in welchem Ausmaß die funktionale Gesundheit im hohen Alter abnimmt, wie sehr die Bewältigung der Alltagsaktivitäten mit zunehmendem Alter erschwert ist. Allerdings wurde auch deutlich, dass Bildung und bessere soziale und ökonomische Ressourcen die funktionale Gesundheit positiv beeinflussen. Vor diesem Hintergrund ist es von besonderem Inter-

se, welchen Zugang sozial benachteiligte Menschen zu Aktivitäts- und Teilhabeangeboten haben.

Unabhängig von dem sozialen Status ist die Hochaltrigkeit die letzte Phase des Lebens; die alten Menschen sehen sich mit dem eigenen Sterben und dem Tod als unausweichliche Ereignisse in der nahen Zukunft konfrontiert. Häufig haben sie den Partner oder die Partnerin bereits verloren und mussten den biografischen Bruch der Verwitwung bewältigen. Welche Bedeutung gewinnen Religion und Glaube in dieser Situation? Lassen der Rückblick auf ein langes Leben oder auch die Verklärung vergangener Zeiten die Gegenwart in den Hintergrund treten, wird die Gegenwart besonders bewusst erlebt oder werden Zukunftspläne geschmiedet? Woran macht sich die Lebensqualität im hohen Alter fest, was erleichtert und verschönert das Leben?

Die Datenlage zu den Themen, die in diesem Kapitel beschrieben werden, ist ausgesprochen dünn. Der überwiegende Teil der vorliegenden Studien

trifft lediglich Aussagen zu der Altersgruppe 65+ oder 70+. Untersuchungen, die sich wie die Generali Hochaltrigenstudie 2014 explizit den Hochaltrigen widmen, sind meist nicht repräsentativ für die gesamte Altersgruppe (Generali Zukunftsfonds 2014). Die Überrepräsentanz von mittleren und oberen Bildungsschichten, z. B. in der Hochaltrigenstudie, und der weitgehende Verzicht auf die Befragung von alten Menschen, die im Pflegeheim wohnen, z. B. in der Generali Altersstudie 2013, schränken die Aussagekraft vieler Daten ein (Generali Zukunftsfonds 2012). Trotzdem versuchen wir im Folgenden ein Bild des Alltags der über 80-Jährigen zu skizzieren und Datenlücken zu benennen.

» 07.1 Lebenszufriedenheit im hohen Alter

Unsere Gesellschaft ist zunehmend durch das Paradigma des »aktiven Alterns« geprägt (Denninger u. a. 2014). Das aktive, dritte Lebensalter wird von dem vierten Lebensalter abgegrenzt, welches als von Defiziten und Einschränkungen betroffen wahrgenommen wird. Wie nehmen die hochaltrigen Menschen selbst ihren Alltag wahr, wie bewerten sie ihre Lebensqualität? Sind sie mit ihrer Lebenssituation zufrieden? Der Deutsche Alterssurvey unterscheidet in seinen Erhebungen zum subjektiven Wohlbefinden der Älteren leider nicht zwischen dem dritten und vierten Lebensalter, sondern veröffentlicht nur Daten zur Gesamtheit der Altersgruppe zwischen 70 und 85 Jahren (Tesch-Römer u. a. 2010). Aussagen wie »Ich bin zufrieden mit meinem Leben« oder »Meine Lebensbedingungen sind hervorragend« bewertete zum Zeitpunkt der Befragung 2008 der über-

wiegende Teil der Altersgruppe, nämlich 62 % der Befragten, zustimmend (ebd., S. 271 f.). Allerdings bilden sich bildungs-, geschlechts- und regionsabhängige Unterschiede ab: Frauen, alte Menschen aus den neuen Bundesländern und Menschen mit geringer formaler Bildung sind tendenziell weniger zufrieden mit ihrem Leben. Geringe ökonomische Ressourcen, eine schlechte regionale Infrastruktur, Einsamkeit nach Verwitwung und ein schwieriger Zugang zu Unterstützungsangeboten sind Einflussfaktoren, die hierbei in Betracht gezogen werden müssen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass berufliche und gesellschaftliche Degradierungserfahrungen im Zuge der Wiedervereinigung die Zufriedenheit und Selbstwahrnehmung vieler Angehöriger der hier betrachteten Altersgruppe in den neuen Bundesländern negativ beeinflusst haben. Detaillierte und regional differenzierte Daten hierzu wären auch deshalb wünschenswert, weil das Niveau und die Verteilung der Lebensqualität im Alter »ein Kriterium zur Bewertung von Erfolg und Misserfolg gesellschaftlicher Wohlfahrtsproduktion und sozialpolitischer Interventionen« ist (Motel-Klingebiel u. a. 2010, S. 20). Die Generali Altersstudie 2013 beschreibt die Lebenszufriedenheit der alten Menschen zwischen 65 und 85 Jahren, die in Privathaushalten wohnen (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 53 f.). Die Zufriedenheit wird allgemein und für verschiedene Lebensbereiche mit Hilfe einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (völlig zufrieden) ermittelt.

Der Vergleich der Altersgruppen zeigt einen leichten, sukzessiven Rückgang in der Bewertung der Lebenszufriedenheit, die von den 80- bis 85-Jährigen im Durchschnitt mit einem Wert von 7,2 Punkten bewertet wird. Verglichen mit den jüngeren Altersgruppen äußern sie in fast allen Lebensbereichen eine etwas geringere Lebenszufriedenheit, vor allem die Zufriedenheit mit der Gesundheit nimmt mit dem Alter deutlich ab. Hingegen ist die Zufrie-

Lebenszufriedenheit in Lebensbereichen nach Altersgruppen

Lebensbereich	65– 69 Jahre	70–74 Jahre	75–79 Jahre	80–85 Jahre
Lebenszufriedenheit insgesamt	7,5	7,5	7,3	7,2
Finanzielle Situation	6,8	7,0	7,0	7,2
Gesundheitszustand	6,6	6,2	6,0	5,6
Wohnsituation (Wohnung, Haus)	8,4	8,4	8,4	8,3
Wohnumfeld (Ort, Stadtteil)	8,1	8,1	8,1	8,2
Soziale Kontakte	8,1	8,0	8,0	7,7

» Tab. 39: Lebenszufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen nach Altersgruppen, Skala 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (völlig zufrieden) (Generali Altersstudie 2013, S. 61)

denheit mit der finanziellen Situation in der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen am höchsten und wird mit abnehmendem Alter erkennbar geringer. Dieser Verlauf deutet darauf hin, dass die materielle Lage der jüngeren Alten schlechter ist als die der Hochaltrigen, die eher auf kontinuierliche Erwerbsbiografien zurückblicken können. Die Zufriedenheit mit der Wohnung und dem Wohnumfeld ist über sämtliche Altersgruppen relativ gleichbleibend. Dieser Befund erstaunt angesichts von gesundheitlichen Einschränkungen, deren Zahl mit dem Alter zunimmt und die in Folge die Barrieren in der räumlichen Umwelt zunehmend als problematisch erscheinen lassen müssten.

Einen Eindruck von der Lebenszufriedenheit sehr alter Menschen vermittelt die Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie (Jopp u. a. 2013, S. 39 f.). Während ein Drittel der befragten Hundertjährigen angeben, mit ihrem Leben im mittleren Maße zufrieden zu sein, sind deutlich mehr, nämlich 46 % der Befragten, mit ihrem Leben »sehr« zufrieden. In der Studie werden vor allem psychische Indikatoren (»psychische Stärken«) als relevante Einflussfaktoren für die Lebenszufriedenheit identifiziert: Selbstwirksamkeit, ein optimistischer Ausblick (»das Glas ist nicht halbleer, sondern halbvoll«),

Lebenssinn (d. h. das Dasein wird als sinnhaft und bedeutsam erlebt) und Lebenswille. Eine höhere Lebenszufriedenheit wird geäußert, wenn die Befragten mit anderen Familienmitgliedern zusammenwohnen. Bewohnerinnen und Bewohner von institutionalisierten Wohnformen bewerten die Lebensqualität hingegen durchschnittlich als geringer, was wiederum auf den Einfluss von Wohnsituation, sozialer Einbindung, Autonomie und Gesundheit auf die Lebenszufriedenheit hinweist. Während die Hundertjährigen-Studie keine Korrelation zwischen Lebensqualität und Bildung bzw. Einkommen feststellen kann, verweist Kruse in der Generali Altersstudie 2013 darauf, dass sich »Schulbildung, Haushaltsnettoeinkommen und familiäre Beziehungen als bedeutsame Vorhersagefaktoren der Lebenszufriedenheit« erweisen (Kruse 2012, S. 70). Es bleibt unklar, ob die geringe Stichprobengröße, die früher einsetzende Morbidität sozial benachteiligter alter Menschen oder das Erreichen der Höchstaltigkeit an sich dazu führen, dass sich sozial benachteiligende Faktoren in der Heidelberger Hundertjährigen-Studie nicht abbilden.

Die subjektive Bewertung der Lebensqualität wird im hohen Alter nicht nur von den sozialen und materiellen Gegebenheiten beeinflusst. Auch der

Vergleich mit den Altersgenossen, der Rückblick auf das eigene Leben und die Wahrnehmung der eigenen Rolle und Stellung in der Gesellschaft sind von großer Bedeutung. Aspekte wie erfolgreiches Über-Leben vs. Übrig-Bleiben, Zuschreibungen von Altersweisheit vs. Gebrechlichkeit und Altersstarrsinn sowie von Stereotypen bestimmter gesellschaftlicher Altersbilder beeinflussen das Selbstbild, die Wahrnehmung von Wertschätzung und die Zufriedenheit mit dem Erreichten.

Führt das nahende Ende des Lebens zu einer verstärkten Hinwendung der alten Menschen zu Religion und Spiritualität? Eine repräsentative Studie zur Religiosität alter Menschen, die Albani u. a. im Jahr 2001 durchführten, zeigt für die Gruppe der über 75-Jährigen nur eine etwas stärker ausgeprägte Religiosität als für die jüngeren Altersgruppen ab 60 Jahren (Albani u. a. 2004). Allerdings berücksichtigt diese Untersuchung ausschließlich deutschsprachige Personen, die in Privathaushalten leben. Offen bleibt daher die religiöse Einstellung bzw. die Entwicklung der Religiosität von Menschen, die in Pflegeeinrichtungen oder Hospizen leben, oder von Menschen ohne deutsche Sprachkenntnisse und mit einem anderen kulturellen Hintergrund.

» 07.2 Freizeit- und Alltagsaktivitäten

Der überwiegende Teil der Menschen über 80 Jahre hat bereits 15 und mehr Jahre im Ruhestand verbracht. Die Berufstätigkeit liegt lange zurück und nur eine verschwindend kleine Gruppe ist auch in dem hohen Alter noch im Berufsleben aktiv (vgl. Kapitel 03). Wie verbringen die alten Menschen ihre pflicht-freie Zeit? Pflegen sie Freizeitbeschäftigun-

gen und Hobbies, reisen sie oder unternehmen Ausflüge? Auch für diese Fragestellung ist die unsere Altersgruppe betreffende Datenlage ausgesprochen überschaubar. Einige Zahlen liefern die Generali Altersstudie 2013, mit den bereits erwähnten methodischen Einschränkungen, sowie der Datenreport 2013 des Statistischen Bundesamtes. Außerdem greifen wir auf Daten der Berliner Altersstudie von 1996 zurück, die zwar relativ alt sind, aber gleichwohl die aktuelleren Zahlen ergänzen können.

Freizeitaktivitäten sind zu einem großen Teil alterskorreliert, das heißt mit zunehmendem Alter nehmen die Anzahl und Vielfalt der Aktivitäten deutlich und kontinuierlich ab (Kolland 2010, S. 357). Diese Aussage stützt auch die Generali Altersstudie 2013. Ihr zufolge ist das 80. Lebensjahr für viele Aktivitäten eine »bedeutende Schwelle (...), nach der vieles weniger intensiv ausgeübt wird als in den Jahren zuvor.« (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 137) Zugleich wird allerdings dargelegt, dass das Aktivitätsniveau sich zwar mit zunehmendem Alter deutlich verringert, aber noch stärker mit abnehmender Gesundheit und einem niedrigen sozioökonomischen Status korreliert (ebd., S. 151). Kolland verweist in seinem Artikel unter Bezugnahme auf Arbeiten aus den 1990er-Jahren auf den Einfluss von Fremd- und Selbstwahrnehmung auf die Ausübung und Auswahl von Freizeitaktivitäten und insbesondere auf geschlechtsspezifische Unterschiede, die das Freizeitverhalten im Alter prägen. Rollenvorstellungen führten dazu, dass »Frauen eher das Gefühl haben, kein Recht auf Freizeit zu haben.« (Kolland 2010, S. 358) Eine geringe Varianz von möglichen Altersbildern und tradierte Vorstellungen davon, was ein dem Alter und Geschlecht angemessenes Verhalten darstellt, beeinflussen das Freizeitverhalten gerade in traditionell verankerten Milieus.

Mit welchen Aktivitäten verbringen die alten Menschen häufig ihren Alltag? Die überwiegende

Häufig betriebene Alltagsgestaltung

	75- bis 79-Jährige	80- bis 85-Jährige
Fernsehen	77 %	78 %
Zeitung/Zeitschrift lesen	68 %	67 %
Einkaufen gehen	57 %	44 %
Kochen	55 %	52 %
Um Balkon/Garten kümmern	50 %	37 %
Zeit mit der Familie verbringen	47 %	41 %
Freunde, Bekannte treffen	33 %	24 %
Bücher lesen	29 %	27 %
Ausruhen, nichts tun	28 %	42 %
Sport treiben	19 %	12 %
Aktiv in einem Verein, Kirche, Partei o. ä. sein	21 %	12 %
Basteln, Heimwerken	21 %	14 %

» Tab. 40: Alltagsgestaltung nach Alter in % (Generali Altersstudie 2013, S. 140)

Mehrheit der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen nennt als »häufig verrichtete Alltagsaktivität« der Generali Altersstudie zufolge Fernsehen (78 %). Etwa zwei Drittel lesen Zeitungen oder Zeitschriften, ein knappes Drittel liest Bücher. Neben Tätigkeiten der Haushaltsführung wie Kochen oder Einkaufen kümmern sich 37 % der über 80-Jährigen um den Balkon oder den Garten, eine Form der Aktivität, die neben der Freude am Gärtnern auch eine bedeutende gesundheitsförderliche Tätigkeit darstellt. Mit der Familie verbringen etwa 41 % der Befragten ihre Zeit, ein Viertel trifft Freunde und Bekannte. Sich Ruhe gönnen, müßig sein, die Hände in den Schoß legen stellt für 42 % der alten Menschen zwischen 80 und 85 Jahren eine »häufig betriebene Alltagsaktivität« dar, eine deutlich höhere Zahl als in der jüngeren Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen.

Die Darstellung der häufig durchgeführten Alltagsaktivitäten zeigt, dass die mit Bewegung

und Mobilität verbundenen Aktivitäten von den über 80-Jährigen deutlich seltener ausgeführt werden als von den 75- bis 79-Jährigen, während ruhigere, aber auch einsamere Aktivitäten wie Fernsehen oder Lesen sich in der Häufigkeit kaum unterscheiden (vgl. Tabelle 40). Trotzdem gibt immer noch knapp ein Viertel der 80- bis 85-Jährigen (24 %) an, innerhalb der letzten 12 Monate eine Urlaubsreise unternommen zu haben, also fünf oder mehr Tage am Stück unterwegs gewesen zu sein (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 149).

Der Blick auf die wesentlich ältere Berliner Altersstudie zeigt einen vergleichbaren, alterskorrelierten Rückgang der Aktivitäten bei den Berliner Älteren: Der Anteil der sportlich Aktiven geht von 43 % der Befragten (70–84 Jahre) auf 12 % (85 Jahre und älter) zurück; Ausflüge unternehmen 60 % der 70- bis 84-Jährigen, aber nur noch 33 % der 85-Jährigen und Älteren; und an kulturellen Ereignissen

nehmen 56 % (70–84) gegenüber 25 % (85+) teil (Baltes u. a. 1996, S. 532). Die Aktivitätsquoten der über 85-Jährigen in der Berliner Altersstudie ähneln denen der in der Generali Altersstudie befragten jüngeren Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen. Dieses Ergebnis erstaunt, da von einem besseren Gesundheitszustand der jüngeren Altersgruppe ausgegangen werden muss und die Berliner Altersstudie zudem auch alte Menschen in Pflegeheimen erfasst. Möglicherweise erklärt die Tatsache, dass das Angebot an gut erreichbaren Aktivitäten in Berlin deutlich höher ist als in vielen anderen bundesdeutschen Regionen, die relativ hohe Aktivitätsquote der älteren Berliner und Berlinerinnen. Ein regionaler Bias sollte daher bei diesen Erhebungen mit berücksichtigt werden.

Wir sind bereits im Kapitel 05 auf Bewegung und Sport als zentrale Elemente des Gesundheitsverhaltens eingegangen. Sportliche Aktivitäten treten im hohen Alter erwartungsgemäß in den Hintergrund, aber noch 12 % der 80- bis 85-Jährigen treiben der Generali Altersstudie zufolge Sport als »häufige Alltagsaktivität« (vgl. Tabelle 40). Auf die konkretere Frage, ob »hin und wieder oder regelmäßig Sport« getrieben werde, geben sogar 22 % der Altersgruppe 80–85 Jahre an, ein- oder mehrmals pro Woche Sport zu treiben, 60 % sind nicht sportlich aktiv (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 272). Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes von 2003 zufolge sind ca. 16 % der Männer und 18 % der Frauen im Alter über 80 Jahre zwei und mehr Stunden pro Woche sportlich aktiv (RKI 2005b).

Diese unterschiedlichen Zahlen weisen auf die Schwierigkeit bei der Erhebung von Daten zu Freizeitaktivitäten hin. Die Zuordnung von Aktivitäten wird oft den Befragten überlassen. Zum Beispiel werten manche Spazierengehen als Freizeitbeschäftigung, andere als Alltagsaktivität, dritte wiederum als sportliche Betätigung. Auch die Bewertung einer Tätigkeit als mehr oder weniger

»häufig verrichtet« kann nur eine Tendenz abbilden, nicht aber eine statistisch belastbare Aussage darstellen.

Die meisten 80- bis 85-Jährigen (92 %) bezeichnen ihren Tagesablauf als »weitgehend regelmäßig« (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 136 f.). Trotzdem empfinden viele Ältere ihren Alltag als abwechslungsreich, eine Angabe, die allerdings mit dem Gesundheitszustand korreliert: Während alte Menschen mit einer selbst als »gut oder sehr gut« eingeschätzten Gesundheit ihren Alltag auf einer Skala von 0 (sehr eintönig, monoton) bis 10 (sehr abwechslungsreich) im Durchschnitt mit 7,8 bewerteten, geben alte Menschen mit schlechter oder mäßiger Gesundheit nur einen Durchschnittswert von 4,9 an.

Mit dem Rückgang der Freizeitaktivitäten im Alter gehen auch die Ausgaben für Freizeit, Unterhaltung und Kultur zurück: Die Altersgruppe der über 80-Jährigen gibt unter sämtlichen Altersgruppen ab 18 Jahren den geringsten monatlichen Betrag, nämlich im Schnitt 163 Euro, in diesem Bereich aus; das sind ca. 9,6 % ihres durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommens (Statistisches Bundesamt u. a. 2013, S. 344 f.).

Die Teilnahme an Freizeitaktivitäten stellt ein wichtiges Element zur Stärkung von physischer und psychischer Gesundheit dar. Kolland verweist auf eine schwedische Längsschnittstudie unter hochaltrigen Menschen, deren Ergebnisse darauf schließen lassen, »dass eine Verstärkung von Freizeitaktivitäten als adaptive Strategie gesehen werden kann, um soziale und physische Defizite zu kompensieren.« (Kolland 2010, S. 357) Gut zugängliche, zielgruppenspezifische und wohnortnahe Angebote für alte Menschen stellen damit eine zentrale Dimension der Gesundheitsförderung im Alter dar. Hierbei rückt auch das Pflegeheim als Ort zur Anbindung präventiver und gesundheitsför-

derlicher Angebote zunehmend in den Blick (Horn u. a. 2013).

» 07.3 Engagement und Ehrenamt

Freiwilliges Engagement, ehrenamtliche Betätigung und lebenslanges Lernen sind Erwartungen, die im wachsenden Maße auch an alte Menschen herangetragen werden. Engagement und Bildung gelten zunehmend als Voraussetzungen für ein gelingendes Altern: »Die Ehre des Amtes weicht dem >Erklärungsnotstand< der Nichtaktiven, und Bildungsteilnahme gerät zunehmend zur Pflichtaufgabe Älterer.« (Simonson u. a. 2013, S. 410) Allerdings werden Ehrenamt, Engagement und lebenslanges Lernen heute noch weitgehend mit Blick auf das dritte Lebensalter gedacht.

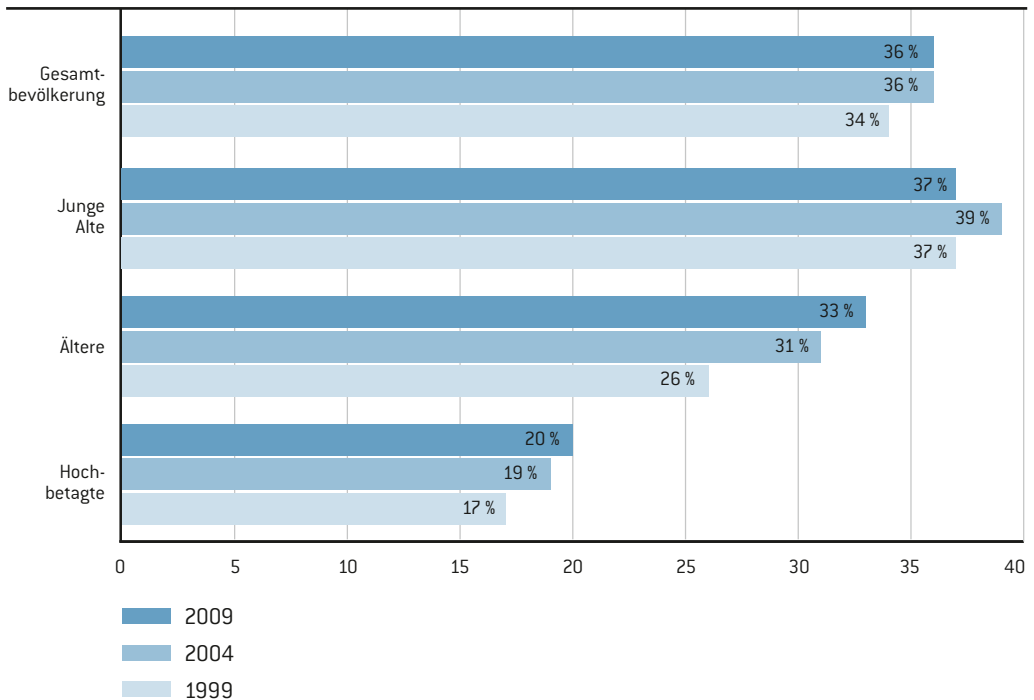
Im höheren Alter nimmt das Engagement ab, wie die Erhebungen des Deutschen Freiwilligen-survey zeigen (BMFSFJ 2011b; BMFSFJ 2010a). Der Freiwilligen-survey definiert Engagement als individuelles, freiwilliges und nicht gewinnorientiertes Handeln in zivilgesellschaftlichen Organisationen oder informellen Kontexten. Der Vergleich der »Engagementquoten«, das heißt des prozentualen Anteils der solcherart Engagierten in einer Altersgruppe, zeigt, dass mit zunehmendem Alter das Engagement sinkt. Die Gruppe der Hochbetagten (im Freiwilligen-survey: die über 75-Jährigen) weist 2009 mit 20 % die geringste Quote auf, dabei gelten die Männer dieser Altersgruppe zu 24 % als engagiert, während die gleichalten Frauen sich zu 18 % engagieren (BMFSFJ 2010b, S. 37 und S. 39). Den Grund für den Rückgang des Engagements unter den Hochbetagten sieht der Survey

in gesundheitlichen Einschränkungen, die sich zunehmend hemmend auf Engagementbereitschaft und Leistungsfähigkeit auswirken (BMFSFJ 2011b, S. 7). Trotzdem zeigt sich im Zeitverlauf von 1999, 2004 und 2009 in dieser Altersgruppe gegenwärtig ein kontinuierlicher Anstieg des Engagements (vgl. Abbildung 45), eine Tendenz, die auf weiteres Engagementpotential hindeutet. Allerdings geht das Engagement der jungen Alten im Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 2004 zurück. Insofern bleibt zu prüfen, ob sich der Rückgang künftig auch für die Hochbetagten abbildet und inwieweit die Zunahme des Engagements lediglich einen Kohorteneffekt darstellt.

Die Generali Altersstudie fragt in ihren Erhebungen nach dem bürgerschaftlichen Engagement der Älteren, im Sinne eines Engagements für die Gesellschaft, z. B. in Vereinen, Parteien, Initiativen oder Organisationen. Auch diesen Ergebnissen zufolge geht das Engagement mit zunehmendem Alter kontinuierlich zurück: Während noch 50 % der 65- bis 69-Jährigen angeben, sich bürgerschaftlich zu engagieren, sind es unter den 80- bis 85-Jährigen nur noch 29 % (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 341 f.). Die höhere Engagementquote im Vergleich zum Freiwilligen-survey kann vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass in den beiden Erhebungen unterschiedliche Engagementbereiche abgefragt wurden. Die uneinheitliche Definition von Engagement stellt ein prinzipielles Problem in den Studien zum Thema dar.

Die Ergebnisse der Altersstudie bestätigen die starke Korrelation zwischen Engagement und Gesundheit, von der auch der Freiwilligen-survey ausgeht. 80- bis 85-Jährige mit eingeschränkter Gesundheit engagieren sich zu 14 % bürgerschaftlich. Diejenigen, die über eine gute oder sehr gute Gesundheit verfügen, sind hingegen zu 43 % engagiert. Damit ist die Gruppe der gesunden 80- bis 85-Jährigen stärker bürgerschaftlich engagiert als

Engagementquoten 1999, 2004 und 2009



» Abb. 45: Engagementquoten 1999, 2004 und 2009 nach Altersgruppen in % (BMFSFJ 2011b, S. 8)

Es wird nach »freiwillig übernommenen Aufgaben« in vorgegebenen Bereichen (Sport, Bewegung, Schule, Kindergarten etc.) gefragt, »die man unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung ausübt«. Datenbasis: Freiwilligensurvey 1999, 2004 und 2009

die der 65- bis 69-Jährigen mit schlechter Gesundheit. Die Studie folgert daher, dass »... gesundheitliche Konstitution als Schlüsselfaktor für ein aktives Leben und die gesellschaftliche Teilhabe« gelten müsse (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 350). Es stellt sich jedoch die Frage, wie Gelegenheiten für Engagement beschaffen sein müssen, um auch alten Menschen mit Einschränkungen Beteiligung und Engagement zu ermöglichen.

In welchen Bereichen engagieren sich die alten Menschen? Unter den bürgerschaftlich Engagierten der Altersgruppe 75–85 Jahre ist die größte

Gruppe, nämlich 39 %, im kirchlichen oder religiösen Bereich engagiert. 36 % engagieren sich im Bereich »Freizeit und Geselligkeit«, 26 % im Bereich »Musik und Kultur«, 23 % im Bereich »Sport« und 22 % im »sozialen oder Gesundheitsbereich«. Für 6 % der in der Altersstudie befragten 80- bis 85-Jährigen käme ein stärkeres ehrenamtliches Engagement in Frage. Damit liegt die zusätzliche Engagementbereitschaft aber deutlich unter dem Durchschnitt von 19 % aller 65- bis 85-Jährigen (ebd., S. 365).

Der Deutsche Alterssurvey von 2008 (Naumann und Romeu-Gordo 2010, S. 118 f.) beschreibt, wie

ehrenamtliche Betätigung und Weiterbildung, die hier als »außerberufliche Partizipation« zusammengefasst werden, von den individuellen und regionalen Ressourcen abhängen. In der im Alterssurvey betrachteten Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen sind 41 % der hoch Gebildeten, 20 % derjenigen mit mittlerer Bildung und nur 8 % der gering Gebildeten ehrenamtlich engagiert (ebd., S. 137). Die Wahrscheinlichkeit eines ehrenamtlichen Engagements sinkt zudem, wie schon in den anderen Studien dargestellt, kontinuierlich mit abnehmender Gesundheit und ist außerdem in den neuen Bundesländern deutlich geringer als in der ehemaligen Bundesrepublik. Die Auswertung von Ergebnissen des Deutschen Alterssurveys 2008 durch Simonson u. a. (2013) verdeutlicht den Zusammenhang zwischen sozialräumlich benachteiligten Rahmenbedingungen und der Teilhabe an Bildungs- oder ehrenamtlichen Aktivitäten. So partizipieren alte Menschen mit geringen individuellen Ressourcen in Regionen mit schlechten ökonomischen Rahmenbedingungen deutlich seltener an Bildungsaktivitäten oder Ehrenämtern als in ökonomisch gut aufgestellten Regionen.

Vor diesem Hintergrund ist es interessant, in wie weit das Engagement alter Menschen aktiv gefördert wird. In der Hochaltrigenstudie 85+ (Generali Zukunftsfonds 2014, S. 28 f.) werden soziale Einrichtungen in öffentlicher und privater Trägerschaft danach befragt, in welchem Umfang und wie sie das Engagement der über 85-Jährigen fördern. 77 % der Einrichtungen geben an, das Engagement von Menschen dieser Altersgruppe nicht besonders zu fördern, 14 % der Einrichtungen fördern allgemein das Engagement älterer Menschen und schließen über 85-Jährige nicht aus. Nur 6 % der Einrichtungen planen konkrete Projekte zur Förderung des Engagements dieser Altersgruppe. In ca. einem Drittel der Einrichtungen sind Menschen im Alter über 85 Jahren tätig, z. B. in Besuchsdiens-

ten und in sozialen oder kirchlichen Projekten. 12 % der Einrichtungen haben schon Anfragen von über 85-Jährigen erhalten, die sich engagieren möchten, vor allem für andere ältere Menschen. Auf die Frage, wo die größten Hindernisse für ein Engagement im Alter vermutet werden, wird mit 52 % die Gesundheit der alten Menschen angegeben, gefolgt von dem Lebensalter an sich (40 %) und der Erreichbarkeit der zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten (32 %). Die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass sich die institutionellen Rahmenbedingungen ändern müssten, wenn alte Menschen stärker zu einem »mitverantwortlichen Leben« motiviert werden sollen (Generali Zukunftsfonds 2014, S. 39).

» 07.4 Mediennutzung

In welchem Umfang nutzen alte Menschen welche Medien? Wie informieren sie sich über das Weltgeschehen und wo suchen sie nach hilfreichen Tipps im Alltag? Eine Untersuchung des Medien- und Informationsverhaltens in der Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse von 2012, die in der Altersstudie zitiert wird (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 159), zeigt, dass es der Mehrheit der 65- bis 85-Jährigen (66 %) wichtig ist, über das Zeitgeschehen informiert zu sein. 91 % der Befragten aus der Altersgruppe haben sich am Vortag der Befragung über das aktuelle Geschehen informiert, dieser Wert liegt über dem sämtlicher anderer Altersgruppen ab 14 Jahren. Als Informationsmedium wird an erster Stelle das Fernsehen (82 %), gefolgt von Zeitungen (67 %) und dem Radio (37 %) genannt. Das Internet spielt für die Altersgruppe als Informationsmedium mit lediglich 6 % der Nennungen nur eine untergeordnete Rolle. Allgemein zur Internetnutzung befragt geben 27 % der 65- bis

Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 70+

Mehrmals in der Woche	2011	2013
Fernsehen	96 %	95 %
Zeitungen lesen	87 %	88 %
Radio hören	80 %	82 %
PC, Laptop nutzen	18 %	21 %

» Tab. 41: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung der Altersgruppe 70+, im Zeitverlauf 2011 und 2013 in % (ARD Medien Basisdaten 2013)

Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 60–69 Jahre und 70+

Mehrmals in der Woche	60–69	70+
Fernsehen	92 %	95 %
Zeitungen lesen	87 %	88 %
Radio hören	86 %	82 %
PC, Laptop nutzen	48 %	21 %

» Tab. 42: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung der Altersgruppen 60–69 Jahre und 70+, 2013 in % (ARD Medien Basisdaten 2013)

85-Jährigen in der Generali Altersstudie an, das Internet zu benutzen – eine relativ geringe Quote im Gegensatz zu einem Anteil von 70 % Internetnutzerinnen und -nutzern in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 162). Angesichts der kontinuierlich mit dem Alter zurückgehenden Internetnutzung ist davon auszugehen, dass innerhalb der Altersgruppe 65 bis 85 Jahre die 80- bis 85-Jährigen das Internet nur noch in geringem Umfang nutzen.

Zu Beginn dieses Kapitels haben wir bereits dargestellt, dass zu der am häufigsten ausgeführten Alltagsaktivität der 80- bis 85-Jährigen laut Generali Altersstudie das Fernsehen zählt, gefolgt vom Zeitungs- bzw. Zeitschriftenlesen. Die Ergebnisse der jährlichen, repräsentativen Erhebung zur Mediennutzung, die im Auftrag der ARD durchgeführt wird, belegen diese Befunde (ARD Medien

Basisdaten 2013). Allerdings stellt die Erhebung lediglich Daten für die gesamte Altersgruppe 70+ dar, sodass mögliche altersbedingte Abweichungen innerhalb der Altersgruppe nicht erkannt werden können. Im Jahr 2013 haben demzufolge 95 % der über 70-Jährigen mehrmals in der Woche ferngesehen, 88 % haben Zeitungen gelesen und 82 % haben Radio gehört (vgl. Tabelle 41). Im Vergleich zu den Zahlen aus 2011 hat der Radiokonsum leicht zugenommen und der Fernsehkonsum geringfügig abgenommen. Die deutlich höhere allgemeine Radio-Nutzungsquote im Vergleich zur Nutzung des Radios als Informationsmedium lässt darauf schließen, dass das Radio in erster Linie als Unterhaltungsmedium genutzt wird. Die Computernutzung steigt in der Altersgruppe von 18 % im Jahr 2011 auf 21 % im Jahr 2013.

Der Vergleich der Mediennutzung in der Altersgruppe 70+ mit dem der jüngeren Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen zeigt, dass der Fernsehkonsum mit zunehmendem Alter ansteigt, während die Radionutzung zurückgeht. Dieser Umstand ist möglicherweise einer zunehmenden Schwerhörigkeit geschuldet, während das Fernsehen durch das Zwei-Sinne-Prinzip (hören und sehen) länger möglich und komfortabler ist. Die Nutzung von PC und Laptop ist in den jüngeren Altersgruppen wesentlich verbreiteter als unter den älteren. Es ist daher zu erwarten, dass künftige Generationen Älterer und Hochaltriger deutlich intensiver die neuen Medien und das Internet nutzen.

Ein vergleichbarer Altersunterschied bildet sich auch bei der Nutzung von Mobiltelefonen ab. Die Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse 2012 erfragt, in welchem Umfang Handys bzw. Smartphones den älteren Menschen zur Verfügung stehen (nach Generali Zukunftsfonds 2012, S. 166). Während in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen bereits die Hälfte der Befragten über ein Mobiltelefon verfügt, sind es unter den 80- bis 85-Jährigen 36 % und unter den über 85-Jährigen nur noch 22 % der Befragten. Allerdings bedeutet die Verfügbarkeit eines mobilen Telefons noch nicht, dass dieses auch genutzt wird. Die in der Altersstudie zitierten Aussagen zur Handynutzung weisen darauf hin, dass ein Gerät zwar häufig vorhanden ist, aber nicht bzw. nur im »Bedarfsfall« eingeschaltet wird und damit nur eingeschränkt zur Verfügung steht.

» 07.5 Mobilität

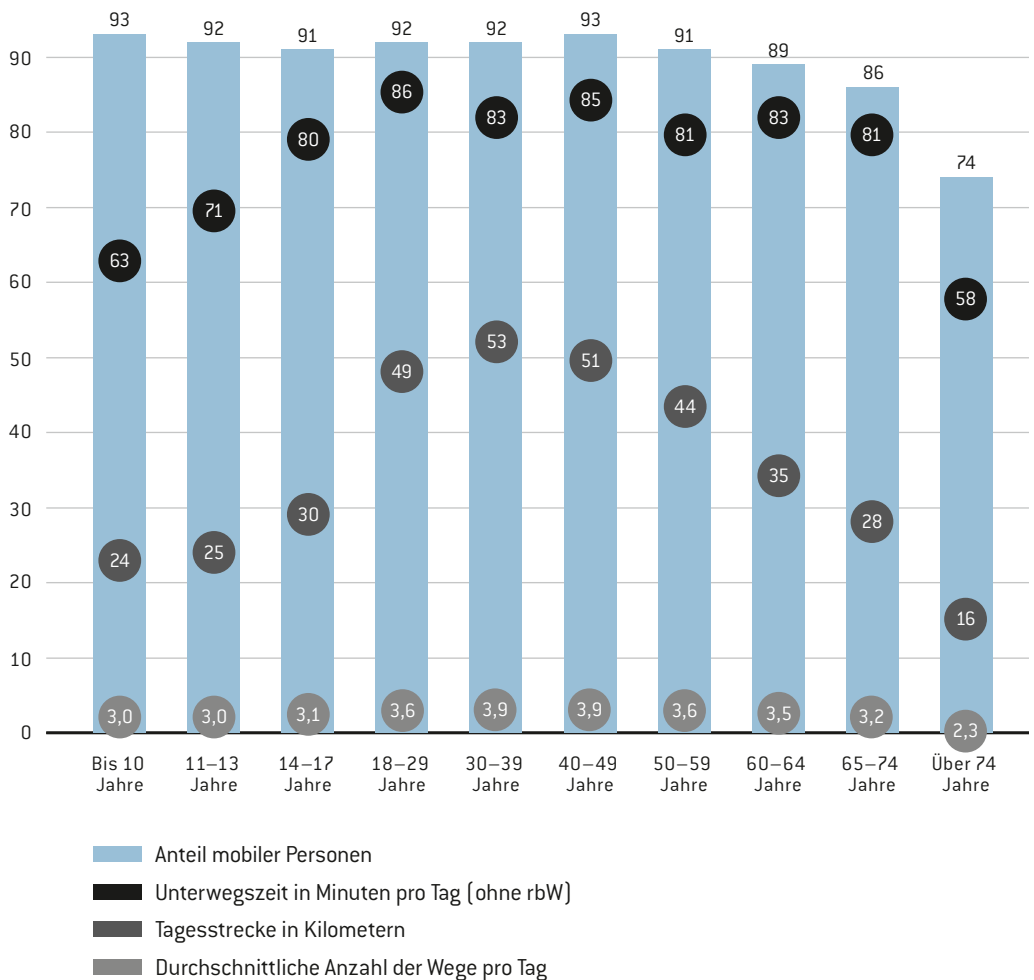
Mobilität ist eine Grundvoraussetzung für Selbstständigkeit und soziale Teilhabe bis ins hohe Alter. Im Alter wird die individuelle Mobilität durch zahlrei-

che gesundheitliche, aber häufig auch ökonomische und/oder soziale Einflussfaktoren eingeschränkt. Körperliche Erkrankungen, z. B. des Bewegungsapparates oder Herz-Kreislaufkrankungen, Beschwerden, z. B. Inkontinenz, Wahrnehmungseinschränkungen und kognitive Beeinträchtigungen, aber auch geringe finanzielle Mittel, mangelnde Sprachkenntnisse oder fehlende soziale Kontakte können die Mobilität negativ beeinflussen, zum Rückzug in die private Häuslichkeit und schließlich in die Einsamkeit und Isolation führen. Eine geringe Mobilität verstärkt außerdem die beeinträchtigenden Einflussfaktoren zusätzlich. Bewegung und die Bewältigung von außerhäuslichen Situationen müssen regelmäßig trainiert und soziale Kontakte gepflegt werden, um einem Rückgang der Mobilität nicht noch Vorschub zu leisten.

Wie mobil sind die über 80-Jährigen? Über Bewegung und Sport sowie mobilitätsbeeinträchtigende Erkrankungen haben wir bereits in den Kapiteln 05.7 und 07.2 berichtet. In diesem Abschnitt interessiert uns, wie und mit welchen Mitteln die alten Menschen in ihrem Alltag unterwegs sind. Für diese Fragen ist nach wie vor die Studie »Mobilität in Deutschland 2008« (MiD) eine wertvolle Grundlage (DLR und infas 2010).

Ein zentrales Ergebnis der Mobilitätsstudie lautet, dass ältere Menschen (hier: Altersgruppe 60+) im Jahr 2008 deutlich mobiler als 2002 (dem Vergleichsjahr der Studie) waren (ebd., S. 168). In der Studie werden die Mobilitätskenngrößen nach Altersgruppen differenziert erfasst. Die Darstellung der zentralen Kenngrößen, nämlich der durchschnittlichen Dauer, Anzahl und Länge von Wegen, in Abhängigkeit vom Alter zeigt einen sukzessiven Rückgang der Mobilität ab der Altersgruppe 50–59 Jahre und einen starken Abfall ab 75 Jahren (vgl. Abbildung 46). Unter den über 74-Jährigen waren am Stichtag der Erhebung nur 74 % unterwegs, ihre durchschnittliche Unterwegszeit betrug 58 Mi-

Zentrale Mobilitätskenngrößen nach Alter



» Abb. 46: Tagesstrecke, Unterwegszeit und Anzahl der Wege/Tag nach Alter, 2008 (DLR und infas 2010, S. 75)

nuten, und sie legen im Mittel 2,3 Wege mit einer Gesamtlänge von 16 Kilometern zurück.

Eine Sonderauswertung der Mobilitätskenngrößen des MiD 2008 mit einer anderen Einteilung der Altersgruppen zeigt, dass der große Rückgang der

Mobilität im hohen Alter liegt. Während die 70- bis 79-Jährigen noch zu 83 % am Stichtag mobil waren, sind es unter den über 80-Jährigen nur noch 71 % – etwa ein Drittel der Altersgruppe hat den Tag zu Hause verbracht (vgl. Tabelle 43).

Anteil mobiler Personen

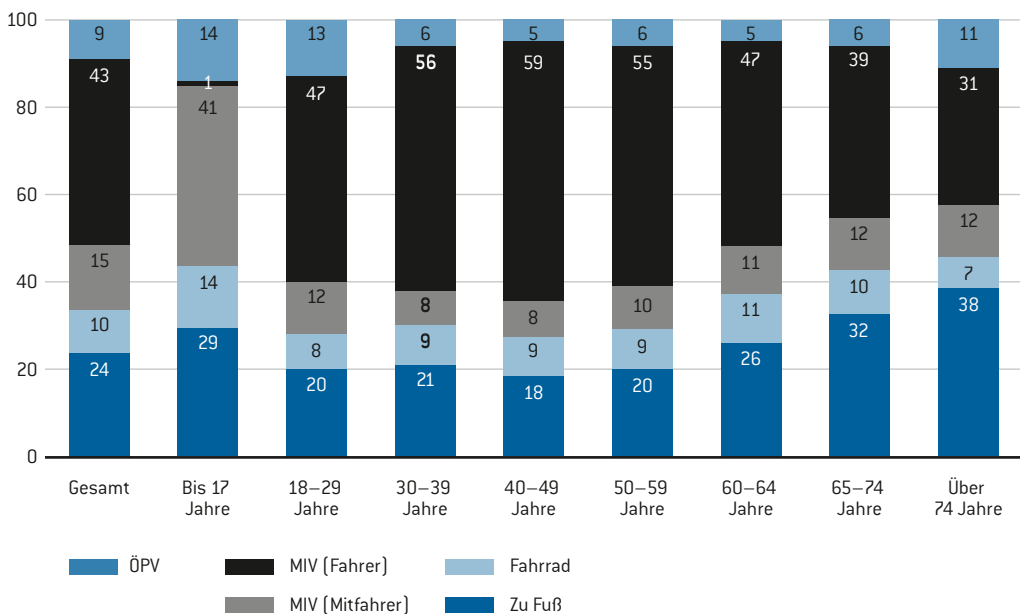
Mobilität am Stichtag	60–69	70–79	80 und älter
Nicht mobil	12 %	18 %	29 %
Mobil	88 %	83 %	71 %

>> Tab. 43: Anteil mobiler Personen am Stichtag nach Alter, in % (DLR und infas 2010, eigene Berechnung)

Auch die Wahl der Verkehrsmittel wird in der MiD 2008-Studie abgebildet. Der »Modal Split« bezeichnet die Verteilung des Verkehrsaufkommens auf die unterschiedlichen Verkehrsmittel. Abbildung 47 zeigt, wie der motorisierte Indi-

vidualverkehr (MIV) ab der Altersgruppe 50–59 Jahre kontinuierlich abnimmt, während das Zufußgehen und die Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs (ÖPV) zunehmen. Die geringste PKW-Nutzung der über 18-Jährigen weist mit 31 %

Verkehrsaufkommen in % nach Alter



>> Abb. 47: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmittel in % nach Alter, 2008, Studie »Mobilität in Deutschland 2008« (DLR und infas 2010, S. 77)

Nutzungshäufigkeit unterschiedlicher Verkehrsmittel

Verkehrsmittel	PKW	Fahrrad*	ÖPV
Täglich bzw. fast täglich	19 %	7 %	7 %
An 1–3 Tagen pro Woche	39 %	7 %	21 %
An 1–3 Tagen pro Monat	16 %	3 %	16 %
Seltener als monatlich	8 %	3 %	13 %
Nie bzw. fast nie	17 %	30 %	43 %

* 50 % der Befragten gab an, kein Fahrrad zu besitzen. Die Summe der Fahrradnutzerinnen und -nutzer ergibt daher nicht 100 %, sondern nur 50 %.

» Tab. 44: Nutzungshäufigkeit unterschiedlicher Verkehrsmittel der Altersgruppe 80 Jahre und älter in % (DLR und infas, eigene Berechnung)

die Gruppe der über 74-Jährigen auf, die zudem mit 38 % den größten Anteil an Fußgängern stellt (vgl. Abbildung 47).

Auch hier können wir auf die Sonderauswertung der MiD 2008 zurückgreifen und die Verkehrsmittelnutzung für die Altersgruppe 80 Jahre und älter gesondert darstellen. Im Vergleich zwischen PKW, Fahrrad und ÖPV ist der PKW das am häufigsten genutzte Verkehrsmittel. Auffällig ist, dass nahezu die Hälfte der Altersgruppe, nämlich 43 %, nie oder fast nie den ÖPV, also Bus und Bahn, nutzt. Hier wäre eine tiefergehende Untersuchung der Gründe für die Nicht-Nutzung sicherlich interessant, vor allem da im Alter im wachsenden Maße auf den PKW und das Fahrrad verzichtet wird und der ÖPV eigentlich eine sinnvolle Alternative zur Bewältigung längerer Strecken darstellen könnte.

Eine geschlechtssensible Darstellung der Mobilitätsmuster zeigt, dass vor allem die PKW-Nutzung in unserer Altersgruppe männlich geprägt ist. Der Generali Altersstudie zufolge steht ein PKW etwa 43 % der 80- bis 85-Jährigen zur Verfügung. Während 56 % der Männer in dieser Altersgruppe über einen PKW in ihrem Haushalt verfügen und selbst

Auto fahren, sind es unter den Frauen lediglich 15 % (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 146 f.).

Eine weitere, interessante Darstellung der Alltagsmobilität findet sich in dem Deutschen Mobilitätspanel (MOP), mit dem durch das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) seit 1994 regelmäßig das Mobilitätsverhalten in Deutschland untersucht wird. In einer Teilauswertung des Panels durch das Karlsruher Institut für Technologie und das Institut für Verkehrswesen (2013) wurden die Wegetagebücher von 65-Jährigen und Älteren des Erhebungszeitraums 2008 bis 2012 analysiert. Dabei wurde unter anderem die Verkehrsmittelwahl bezogen auf die Versorgungs- und Freizeitmobilität sowie nach Raumtyp differenziert für die Altersgruppe 75+ dargestellt. Zwar haben wir in der MiD-Studie gesehen, dass sich die Mobilität im hohen Alter stark verändert, sodass eine weitere Unterteilung der Altersgruppe 75+ wünschenswert wäre. Trotzdem liefert die Auswertung einen Eindruck davon, wie abhängig die Verkehrsmittelwahl von den regionalen Gegebenheiten ist.

Vor allem der Anteil der ÖPV-Nutzerinnen und -Nutzer unterscheidet sich stark nach Raumtyp: Er ist in den Kernlagen der Großstädte wesentlich

Verkehrsmittelwahl der Altersgruppe 75+

	Mindestens 100.000 Ein- wohner, Kernlage	Mindestens 100.000 Ein- wohner, Randlage	20.000 bis unter 100.000 Ein- wohner	Unter 20.000 Ein- wohner
Versorgungsmobilität: Einkauf, Besorgungen, Servicewege				
Zu Fuß	32 %	22 %	24 %	31 %
Fahrrad	9 %	13 %	11 %	6 %
MIV-Fahrer	32 %	50 %	37 %	47 %
MIV-Mitfahrer	11 %	11 %	21 %	13 %
ÖPV	16 %	4 %	8 %	2 %
Freizeitmobilität: Freizeit, Touren				
Zu Fuß	40 %	37 %	40 %	42 %
Fahrrad	7 %	10 %	7 %	3 %
MIV-Fahrer	24 %	33 %	27 %	35 %
MIV-Mitfahrer	15 %	15 %	18 %	17 %
ÖPV	14 %	5 %	7 %	2 %

>> Tab. 45: Verkehrsmittelwahl der Altersgruppe 75+ nach Verkehrsaufkommen für verschiedene Zwecke nach Raumtypen (2008–2012) in % [Karlsruher Institut für Technologie und Institut für Verkehrswesen 2013, S. 88]

größer als in deren Randlagen oder in kleineren Städten. Ältere Menschen in kleineren Städten und den Randlagen der größeren Städte nutzen den ÖPV kaum. Ob das an mangelnden Angeboten oder anderen Gründen liegt, geht aus der Auswertung nicht hervor. Es sollte aber ein kritischer Blick darauf geworfen werden, ob die ÖPV-Anbindung für die älteren Menschen, die in kleineren Städten oder städtischen Randlagen leben und nicht über einen PKW verfügen (also vor allem die älteren Verkehrsteilnehmerinnen), eine angemessene Mobilität im Alltag ermöglicht.

Auch die Ergebnisse des Mobilitätspanels zeigen, dass ein Großteil der Wege im Alter zu Fuß zurückgelegt wird – eher die »Freizeit-Wege« als die »Versorgungs-Wege«. Das Gehen dient zum

einen als Mittel zur Bewältigung von Alltagswegen, zum anderen spielen Spaziergänge aber auch als Freizeitbeschäftigung (und als Form der sozialen Teilhabe) eine große Rolle: Laut Generali Altersstudie gehen 62 % der 80- bis 85-Jährigen ein oder mehrmals in der Woche spazieren, nur 9 % geben an, nie spazieren zu gehen (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 271). Hier besteht möglicherweise noch weiteres Potential für die Gesundheitsförderung. Das Spazierengehen stellt eine unkomplizierte, (fast) überall mögliche Form einer Bewegungsaktivität dar, die zudem, gemeinsam mit anderen ausgeführt, einen wichtigen Beitrag für die soziale Teilhabe leisten kann.

» 07.6 Fazit

Die meisten alten Menschen sind mit ihrem Leben relativ zufrieden, vor allem mit der Wohnsituation und der finanziellen Lage. Allerdings zeigen sich sozialogenbedingte Unterschiede: Frauen, alte Menschen aus den neuen Bundesländern und Menschen mit geringer formaler Bildung sind tendenziell weniger zufrieden als der Durchschnitt der Altersgruppe. Geringe ökonomische Ressourcen, eine schlechte regionale Infrastruktur, Einsamkeit und ein schwieriger Zugang zu Unterstützungsangeboten sind Einflussfaktoren, die hierbei in Betracht gezogen werden müssen. Die Zweite Heidelberger Hundertjährigen Studie zeigt, dass sehr alte Menschen, die in institutionellen Wohnformen leben, weniger mit ihrem Leben zufrieden sind als Menschen, die in privaten Wohnformen leben.

Die Freizeitaktivitäten verändern sich mit zunehmendem Alter. Aktivitäten, die Mobilität und Beweglichkeit erfordern, wie sportliche Betätigung, Vereinsarbeit, Gartenarbeit oder Heimwerken, werden weniger intensiv ausgeübt. Ruhige, oft zu Hause und allein stattfindende Aktivitäten wie Fernsehen oder Lesen dominieren den Alltag, und das Ausruhen gewinnt an Bedeutung. Die Teilnahme an Freizeitaktivitäten stärkt die physische und psychische Gesundheit, niedrigschwellige, zielgruppenspezifische und im jeweiligen Setting verankerte Angebote für alte Menschen sollten daher eine zentrale Dimension der Gesundheitsförderung im Alter darstellen.

Mit zunehmendem Alter geht auch das ehrenamtliche, zivilgesellschaftliche oder bürgerschaftliche Engagement zurück. Zwar engagieren sich seit 1999 kontinuierlich mehr sehr alte Menschen, insgesamt liegt ihre Engagementquote aber deutlich unter der von jüngeren Altersgruppen. Dieser

Befund erklärt sich vor allem aus der deutlichen Korrelation von Gesundheitszustand und Engagement. Zudem sind nach der Einschätzung der in der Hochaltrigenstudie befragten Einrichtungen die institutionellen Bedingungen für eine stärkere Förderung des Engagements hochaltriger Menschen gegenwärtig nicht gegeben. Die Entwicklung passender Voraussetzungen für Engagement und Mitbestimmung sowie die Ermutigung zu stärkerer Beteiligung in zivilgesellschaftlichen Prozessen auch bei geringen individuellen Ressourcen sind Handlungsfelder künftiger Gesundheitsförderung.

Über das Tagesgeschehen informiert zu sein ist von hoher Bedeutung für die von uns betrachtete Altersgruppe. Die zentralen Medien sind das Fernsehen, Zeitungen und das Radio. Die Nutzung neuer Medien ist im höchsten Alter noch wenig verbreitet, das Internet spielt kaum eine Rolle für die heute über 80-Jährigen. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich diese Nutzungsmuster in den nachfolgenden Generationen grundlegend verändern.

Die Mobilität nimmt mit dem Alter ab, ebenso die Anzahl der außerhäuslichen Aktivitäten. Ein großer Teil der Wege wird zu Fuß zurückgelegt. Aber auch unter den über 80-Jährigen ist die PKW-Nutzung noch relativ hoch, ein Umstand der angesichts zunehmender Wahrnehmungseinschränkungen im Alter durchaus kritisch zu diskutieren ist. Die PKW-Nutzung ist vorwiegend männlich geprägt, unter den Frauen verfügt nur eine kleine Gruppe über einen eigenen PKW – ein Effekt, der durch die Kohorte bedingt ist und in den jüngeren Altersgruppen abnimmt. Der ÖPV wird hingegen wenig genutzt, vor allem in weniger dicht besiedelten Regionen. Dort bildet er offenbar für viele alte Menschen keine Alternative zum eigenen Auto.

Mit abnehmender Mobilität setzt häufig ein Rückzug in das Private ein, der sich auch auf die Lebenszufriedenheit, die Aktivität, das Engagement und die gesellschaftliche Teilhabe der alten Men-

schen auswirkt. Diese Phase beginnt Künemund und Kaiser zufolge bereits mit dem Übergang in den Ruhestand und setzt sich vor allem im hohen Alter fort, wenn auf Grund eingeschränkter Mobilität Aktivitäten nicht oder kaum mehr außerhalb der Wohnung erfolgen (Künemund und Kaiser 2011). Vor diesem Hintergrund erscheint die Förderung der Mobilität von zentraler Bedeutung für sämtliche Bereiche der Alltagsbewältigung und der Gestaltung der freien Zeit.

08

» 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. Wir haben im Kapitel 07 dargelegt, wie der Alltag im hohen Alter zunehmend zu einem Wohn-Alltag wird und Aktivitäten in wachsendem Maße in der eigenen Wohnung stattfinden. Die räumliche Umwelt stellt eine der wesentlichen Voraussetzungen dafür dar, wie selbständig 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, belasten sehr alte Menschen noch stärker als jüngere, meist mobilere und weniger an die Häuslichkeit gebundene Personen.

In Kapitel 05.2 wurde deutlich, in welchem Umfang sich die funktionale Gesundheit in der Hochaltrigkeit verändert. Die Möglichkeit, die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL)⁴⁶ selbständig 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, die Wohnbedingungen für alte Menschen in Deutschland einer sorgfältigen und kritischen Ana-

⁴⁶ 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).

lyse zu unterziehen, 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.

» 08.1 Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die alten Menschen?

Die zweijährlich veröffentlichte Raubeobachtung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) stellt die räumliche Verteilung der deutschen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht dar (INKAR 2013). 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 2011 den INKAR-Daten zufolge 9,6 % der Bevölkerung über 75 Jahre alt, 2,5 % der Bevölkerung waren 85 Jahre alt und

älter.⁴⁷ Werfen wir einen Blick auf die einzelnen Bundesländer, so lassen sich hier Unterschiede feststellen. Während in Sachsen mit 11,5 % und in Sachsen-Anhalt mit 11,0 % rund ein Zehntel der Bevölkerung 75 Jahre alt und älter ist, liegt der Anteil in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin mit 8,6 % bzw. 8,0 % deutlich niedriger. In der Altersgruppe der über 84-Jährigen sind die regionalen Unterschiede wesentlich geringer. Den höchsten Anteil von Angehörigen dieser Altersgruppe weist erneut Sachsen, zusammen mit Bremen, mit 2,9 % der Bevölkerung auf. Den mit 2,1 % geringsten Anteil an Menschen im Alter von über 85 Jahren verzeichnen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin. Der höhere Anteil von jetzt über 74-Jährigen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und dem Saarland 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 überwiegt der Anteil der alten Frauen deutlich den der alten Männer. Während beispielsweise in Hessen ca. 70 % der über 84-Jährigen weiblich sind, sind es in Mecklenburg Vorpommern ca. 77 %.

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 die Siedlungstypen. Dabei werden vier Siedlungstypen unterschieden:

47 Diese Daten berücksichtigen noch nicht die aktuelle Bevölkerungsfortschreibung auf der Basis des Zensus von 2011. Nach den vorläufigen Ergebnissen der Bevölkerungsfortschreibung (Stand 10.04.2014) verändern sich die relativen Anteile und absoluten Zahlen der von uns betrachteten Altersgruppe 80+ (bzw. hier: 75+ und 85+) nur leicht. Der Anteil der über 75-Jährigen an der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung beträgt dann 9,5 %, der Anteil der über 85-Jährigen 2,4 % (Statistisches Bundesamt 2014d). Allerdings liegen uns noch keine Angaben dazu vor, wie sich die Daten auf der regionalen Ebene, für die einzelnen Altersgruppen ab 80 Jahren, für den Anteil von Männern und Frauen in diesen Altersgruppen und für Hochaltrige mit und ohne Migrationshintergrund verändern.

Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesländern

Raumeinheit	Einwohner/innen, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung (in Prozent)	
	75 Jahre und älter	85 Jahre und älter
Bund	9,6	2,5
Ostdeutschland	10,1	2,4
Westdeutschland	9,4	2,5
Sachsen	11,5	2,9
Sachsen-Anhalt	11,0	2,5
Saarland	10,7	2,7
Thüringen	10,4	2,5
Bremen	10,0	2,9
Rheinland-Pfalz	10,0	2,7
Mecklenburg-Vorpommern	10,0	2,1
Brandenburg	9,9	2,1
Niedersachsen	9,7	2,6
Nordrhein-Westfalen	9,6	2,4
Schleswig-Holstein	9,6	2,6
Hessen	9,4	2,6
Baden-Württemberg	9,2	2,5
Bayern	9,1	2,4
Hamburg	8,6	2,5
Berlin	8,0	2,1

» Tab. 46: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter 75+ und 85+ nach Bundesländern, in Prozent der jeweiligen Gesamtbevölkerung im Jahr 2011 (INKAR 2013)

- Kreisfreie Großstädte mit einer Bevölkerung von mehr als 100.000 Einwohnern,
 - städtische Kreise, in denen über 50 % der Einwohner in kreisfreien Großstädten wohnen und die Einwohnerdichte über 150 EW/km² liegt,
 - ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, in denen ebenfalls über 50 % der Einwohner in kreisfreien Großstädten wohnen, aber die Einwohnerdichte unter 150 EW/km² liegt,
 - dünn besiedelte, ländliche Kreise, in denen unter 50 % der Einwohner in kreisfreien Großstädten wohnen und die Einwohnerdichte unter 100 EW/km² liegt.
- Die in der Tabelle 47 dargestellten Zahlen zeigen, dass der Anteil der alten Menschen an der Gesamt-

Einwohnerinnen und Einwohner nach Siedlungsstruktur

Raumeinheit	Einwohner/innen, Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung (in Prozent)	
	75 Jahre und älter	85 Jahre und älter
Städtische Kreise Ost	11,9	2,9
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen Ost	11,1	2,7
Dünn besiedelte ländliche Kreise Ost	10,5	2,3
Dünn besiedelte ländliche Kreise West	9,8	2,6
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen West	9,5	2,5
Städtische Kreise West	9,4	2,4
Kreisfreie Großstädte West	9,2	2,5
Kreisfreie Großstädte Ost	8,8	2,2

>> Tab. 47: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter 75+ und 85+ nach Siedlungsstruktur und Ost-/Westdeutschland, in Prozent der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung im Jahr 2011 (INKAR 2013)

bevölkerung in den Großstädten am geringsten ist. Er nimmt allerdings nicht kontinuierlich mit einer abnehmenden Einwohnerdichte zu, sondern ist in den städtischen Kreisen in Ostdeutschland⁴⁸ am höchsten. Über die Gründe hierfür können wir nur spekulieren. Möglicherweise liegen sie darin, dass eine mangelhafte Infrastruktur in den dünn besiedelten und ländlichen Kreisen Ostdeutschlands dazu führt, dass alte Menschen hier in die nächstgrößeren Kreisstädte ziehen, während in den westdeutschen ländlichen Regionen ein Altwerden in der gewohnten Umgebung möglich ist. Hierzu liegen allerdings keine belastbaren Daten vor.

Zugleich zeigen die Daten des Deutschen Alterssurvey von 2008, dass ein großer Teil der über

80-Jährigen, nämlich ca. ein Viertel, in Kommunen mit unter 5.000 Einwohnern lebt (vgl. Kapitel 02.4). An dieser Stelle zeigt sich, dass sich je nach räumlicher Maßstabsebene ein anderes Bild von der Verteilung der Altersgruppe ergibt und eine passgenaue Planung der Infrastruktur und Versorgungslandschaft einen sozialraumorientierten Blick unter der Beteiligung der jeweiligen Kommunen und Kreise erfordert.

Der Anteil der über 80-Jährigen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung ist in den meisten östlichen Bundesländern, Kreisen und Kommunen, die zum Teil von starker Abwanderung junger Menschen betroffen waren bzw. sind, bereits heute hoch. Hier wird der relative Anstieg des Anteils älterer

48 Städtische ostdeutsche Kreise sind beispielsweise Weimar Stadt, Zwickau, Dessau-Roßlau oder Erzgebirgskreis.

Menschen in den kommenden Jahren zudem am deutlichsten zu spüren sein. Zwar werden im Jahr 2030 voraussichtlich 8,1 % der Bevölkerung in Deutschland 80 Jahre und älter sein, bedingt durch eine längere Lebenserwartung einerseits und einen Rückgang der Geburten andererseits. Doch wird für den Süden und Nordwesten Deutschlands aufgrund vergleichsweise hoher Geburtenraten und vieler Zuzüge von Jüngeren ein im Vergleich zu Ostdeutschland geringerer Anstieg des Anteils Hochaltriger erwartet – mit Ausnahme einiger ausgewählter Regionen (vgl. Abbildung 62 im Anhang). Die Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes (2014a) für das Jahr 2030 sagt, basierend auf einer Fortschreibung der Daten von 2009, dass die Zahl der 80- bis unter 85-Jährigen von 2.311.800 Personen in 2009 auf 3.012.600 Personen (entspricht einem Wachstum um 30,3 %) in 2030 anwachsen wird. Die Gruppe der über 84-Jährigen wird in diesem Zeitraum von 1.868.900 auf 3.419.600 Personen, und damit um ca. 83 %, wachsen. Die Altersgruppe der über 80-Jährigen wird 2030 nach dieser Annahme 6.432.200 Personen umfassen.⁴⁹ Nach 2030 ist aus heutiger Perspektive ein weiterer Anstieg des Anteils der Altersgruppe 80+ zu erwarten, wenn die Babyboomer-Kohorten der 1950er und 1960er Jahre die Hochaltrigkeit erreichen.

» 08.2 Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten

Wie wohnen die alten Menschen? Sind sie die Eigentümerinnen oder Eigentümer ihrer Wohnungen oder Häuser? Wie viele der über 80-Jährigen wohnen in ihrer privaten Wohnung und welche Ausstattungsmerkmale weisen ihre Wohnungen auf?

Der weitaus überwiegende Teil der alten Menschen wohnt selbständig, alleine oder in Partnerschaft, in herkömmlichen Wohnungen oder Häusern, die sie oft vor langer Zeit gemietet oder gekauft haben. Der letzte Umzug liegt für etwa 77 % der über 60-Jährigen über zehn Jahre zurück, mehr als ein Zehntel von ihnen lebt sogar seit über 50 Jahren in der gleichen Wohnung bzw. dem gleichen Haus (BMVBS 2011, S. 33). Den Angaben des Bundesverbandes der Freien Immobilien- und Wohnungsunternehmen (BFW) von 2008 zufolge wohnen ca. 93 % der Menschen über 65 Jahre im »normalen Wohnungsbestand«, das heißt in Wohnungen oder Häusern, die nicht durch spezifische Versorgungsarrangements gekennzeichnet sind oder sich in Trägerschaft von sozialen Einrichtungen befinden (ebd., S. 27). Auch die hier betrachtete Altersgruppe der über 80-Jährigen lebt zum größten Teil in normalen Wohnungen, und selbst Pflegebedürftige werden in ihrer Mehrzahl in der eigenen Wohnung versorgt, wie die Zahlen im nächsten Abschnitt zeigen.

Unter den über 80-Jährigen, die im Jahr 2009 nicht in Sonderwohnformen leben, wohnt ein gutes

49 Auch diese Prognosen müssen unter dem Vorbehalt eine Überarbeitung auf Basis der Ergebnisse der aktuellen Bevölkerungsfortschreibung gelesen werden.

Drittel, nämlich 36,4 %, in ihrer Eigentumswohnung oder ihrem Eigenheim, etwa 60 % wohnen in einer Mietimmobilie, etwa zur Hälfte bei Wohnungsunternehmen und bei Privateigentümern (ebd., S. 29). Diese Zahlen unterscheiden sich von denen der jüngeren Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen, die bereits zu einem Anteil von über 50 % in der eigenen Immobilie leben. Dieser Unterschied wird unter anderem damit begründet, dass frühere Geburtsjahrgänge durch die Weltkriege und deren Folgen geringere Chancen zur Eigentumsbildung hatten als nachfolgende Generationen (Voges und Zinke 2010, S. 302).

Dem Statistischen Bundesamt zufolge leben zum Stichtag 1.1.2013 rund 48 % der privaten Haushalte mit einem Haupteinkommensbezieher bzw. -bezieherin im Alter von 80 Jahren und älter in einem Mehrfamilienhaus, ca. 35 % in einem Ein- und ca. 14 % in einem Zweifamilienhaus. Etwa jeder fünfte, private Altershaushalt lebt in einem Gebäude, das vor 1949 errichtet wurde, wobei eher die Privateigentümer (22,3 %) als die Mieter (19,8 %) in Vorkriegsbauten leben. Pro Haushalt stehen dieser Altersgruppe im bundesweiten Durchschnitt 3,4 Wohn- und Schlafräume auf knapp 90 m² Wohnfläche zur Verfügung, eine Fläche, die in den jüngeren Altersgruppen kontinuierlich größer wird (Statistisches Bundesamt 2013, S. 25 f.). Die Größe der Wohnung ist von besonderer Bedeutung, wenn eine Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit bewältigt werden soll und beispielsweise pflegende Angehörige vorübergehend in der Wohnung untergebracht oder Anpassungsmaßnahmen der Wohnung geplant werden.

Allerdings gibt es erhebliche regionale und schichtspezifische Unterschiede in Wohnstatus, Größe, Standard und Ausstattung des Wohnraumes von alten Menschen. So besitzen ältere Menschen aus Ostdeutschland ebenso wie ältere Menschen mit Migrationshintergrund wesentlich seltener

eine Wohnimmobilie als ältere Westdeutsche ohne Migrationshintergrund. Während 67,8 % der westdeutschen 70- bis 85-Jährigen im Deutschen Alterssurvey 2008 angeben, dass sie eine Immobilie besitzen, sind es nur 48,2 % der Ostdeutschen in dieser Altersgruppe (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT; Beetz u. a. 2009, S. 47 f.; siehe auch Kapitel 03.4). Unter den älteren Migrantinnen und Migranten unterscheidet sich der Wohnstatus sehr nach Migrationshintergrund. Vor allem Personen, die aus den früheren Anwerbeländern wie der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien stammen und Spätaussiedlerinnen und -aussiedler wohnen relativ selten, nämlich zu unter 30 %, in ihrer eigenen Immobilie (BAMF 2012a, S. 176 f.). Auch verfügen ältere Menschen mit Migrationshintergrund über eine erheblich geringere Wohnfläche bei höherer Wohndichte. Allerdings gelten diese Aussagen im Forschungsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge allgemein für berentete Migranten und Migrantinnen, ohne die Gruppe der hochaltrigen Personen explizit zu erfassen.

Eigentumsverhältnisse, Wohndauer und Wohnungsgröße sind die wesentlichen Einflussfaktoren für die Höhe der Wohnkosten, die durch die alten Menschen geleistet werden müssen. Beetz u. a. beschreiben auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 2006, dass sich die Wohnkostenbelastung im selbstgenutzten Eigentum von jener in einer Mietwohnung deutlich unterscheidet (Beetz u. a. 2009, S. 48). Während die eigene Immobilie im Allgemeinen im hohen Alter abgezahlt ist und die Wohnkosten das Haushaltsbudget nur noch gering belasten, steigt die Belastung durch die Mietkosten unter Umständen sogar kontinuierlich an. Bezogen auf das Jahr 2006, belastet eine Mietwohnung das Haushaltsnettoeinkommen der über 75-Jährigen im bundesweiten Durchschnitt mit ca. 26 %, während eine selbstgenutzte Immobilie

nur mit ca. 5,5 % zu Buche schlägt. Die Wohnkosten stellen insbesondere für einkommensarme Altershaushalte, bei denen es sich, wie in Kapitel 03 dargestellt, oft um weibliche Einpersonenhaushalte handelt, eine große Belastung dar.

» 08.3 Altersgerechtes Wohnen, Sonderwohnformen, Wohnraumanpassung

Altersgerechtes Wohnen

Wie eingangs geschildert wohnen 2009 etwa 93 % der über 65-Jährigen in »normalen« Wohnungen, und etwa 7 % der Altersgruppe in betreuten, institutionellen oder gemeinschaftlichen Wohnformen. Selbst unter den Pflegebedürftigen der Altersgruppe 80+ wohnen, bezogen auf das Jahr 2011, ca. 63 % nicht in einer Pflegeeinrichtung oder einer betreuten Wohnform, sondern in der eigenen Häuslichkeit (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9). Der Zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie zufolge leben 59 % der über Hundertjährigen in einem Privathaushalt, davon wohnen 30 % alleine und weitere 20 % zwar alleine in einer Wohnung, diese grenzt aber an die Wohnung eines Familienmitglieds (Jopp u. a. 2013, S. 29).

Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach der alter(n)sgerechten Beschaffenheit des Wohnungsbestandes in Deutschland von erheblicher Bedeutung. In der Studie des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) »Wohnen im Alter« von 2011 wird der Begriff »al-

tersgerechte 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.« (BMVBS 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 selbständige Mobilität in der Wohnung mit körperlichen Einschränkungen (und ggfs. mit Hilfe eines Rollstuhls oder Rollators) sowie gemindertem Hör- oder Sehvermögen ermöglichen. Allerdings obliegt es der Länderhoheit, 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 geregelt und unterliegen damit, ebenso wie öffentliche Gebäude, anderen Vorgaben.

Wohnraumanpassung

Der Anteil von altersgerechten oder barrierefreien Wohnungen in Deutschland ist, soweit bekannt, außerordentlich niedrig. Wahl und Oswald weisen darauf hin, dass die Datenlage zum Thema »Wohnraumanpassung in Deutschland« unbefriedigend sei (Wahl und Oswald 2012, S. 497). Wir beziehen uns daher erneut auf die Ergebnisse der Studie »Wohnen im Alter«, in der alte Menschen nach den Barrieren in ihrer Wohnung befragt wurden (BMVBS 2011, S. 34 f.). Etwa 48 % der Seniorenhaushalte (mindestens eine Person im Alter 65+) wohnen in einer Wohnung, in der Treppenstufen zur Wohnungstür führen, in 27,5 % der Haushalte gibt es auch innerhalb der Wohnung Stufen. 14,6 %

der Wohnungen verfügen über eine bodengleiche Dusche, und die Breite der Badezimmertür wird von ca. einem Viertel der Haushalte als nicht ausreichend breit für einen Rollator eingeschätzt. Insgesamt leben nur ca. 5 % der in der Studie befragten alten Menschen in einer barrierearmen oder -freien Wohnung (ebd., S. 40). In der gleichen Studie wird der Anteil derjenigen Seniorenhaushalte ermittelt, in denen mindestens eine Person auf eine Mobilitätshilfe angewiesen ist. Danach wird in ca. jedem fünften Haushalt, in dem mindestens eine über 80-jährige Person lebt, ein Rollator genutzt und in 38,7 % dieser Haushalte eine Gehhilfe (ebd., S. 49 f.).

Demzufolge ist anzunehmen, dass alte Menschen mit Mobilitätseinschränkungen vor enormen Problemen bei der Alltagsbewältigung in einer nicht angepassten Wohnung stehen sollten. In der Generali Altersstudie 2013 geben jedoch nur 14 % der 80- bis 85-Jährigen an, dass sie Probleme mit ihrer nicht oder nur wenig altersgerechten Wohnung haben (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 304). Die Gewöhnung an die »Stolperstellen« der vertrauten Umgebung einerseits und die Angst vor einem drohenden Umbau oder Auszug andererseits sind die wahrscheinlichsten Gründe dafür, dass das Thema der Barrierefreiheit vermeintlich nicht von großer Bedeutung für die alten Menschen ist. Gleichzeitig zeigen aber die in Kapitel 05.5 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.

Wahl und Oswald (2012, S. 493 f.) beschreiben unter Verweis auf die Ergebnisse der Studie ENABLE-AGE die 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 und fehlende Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum, welche die Mobilität von alten Menschen beeinträchtigen und ihre Gesundheit gefährden können. Die Autoren betonen die Bedeutung förderlicher Wohnbedingungen für Lebensqualität und Gesundheit und weisen 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).

Wie groß ist vor diesem Hintergrund in unserer Altersgruppe die Bereitschaft zum altersgerechten Umbau der Wohnung? Unter den Haushalten mit über 80-jährigen Mitgliedern sind der Studie »Wohnen im Alter« zufolge nur 6,3 % bereit, ihre Wohnung umzubauen, während es unter den 65- bis 79-Jährigen noch 16,9 % der befragten Haushalte sind (BMVBS 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 überwiegt oder die Einschätzung besteht, ein Umbau »lohne« sich nicht mehr. Möglicherweise sind auch die Kenntnisse über Förderbedingungen und technische Lösungen in der Zielgruppe nicht vorhanden.

Gemeinschaftliches und betreutes Wohnen

Wie zu Beginn dieses Kapitels dargestellt, zeigt die Studie »Wohnen im Alter«, dass nur ein sehr geringer Anteil der alten Menschen in betreuten oder gemeinschaftlichen Wohnformen bzw. in institutionellen Einrichtungen lebt. Unter »gemeinschaftlichen Wohnformen« fasst die Studie Wohnformen, in denen ältere Menschen oder ältere und jüngere Menschen zusammen leben, ihr Zusammenleben 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 steht nicht das Zusammenleben als Gruppe im Zentrum (wie bei den gemeinschaftlichen Wohnformen), 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. Diese Projekte liegen im Allgemeinen in der Verantwortung eines Trägers, der das gemeinschaftliche Zusammenleben und den Haushalt organisiert. Das Pflegeheim bietet schließlich für die alten Menschen, die keinen eigenen Haushalt mehr führen können, die Möglichkeit einer 24-Stunden-Betreuung und -Pflege in Ein- bzw. Mehrbettzimmern oder kleinen Appartements.

Im Rahmen der Generali Altersstudie 2013 wurden 65- bis 85-Jährige danach gefragt, welche Art zu leben sie sich vorstellen könnten, wenn sie einmal nicht mehr alleine leben könnten (Mehr-

fachnennungen waren möglich). Die bevorzugte Option der 80- bis 85-Jährigen ist mit 60 % der Nennungen der Verbleib in der eigenen Wohnung mit der Unterstützung eines Pflegedienstes. Ein Viertel der Befragten dieser Altersgruppe kann sich eine eigene Wohnung in einem Seniorenwohnheim vorstellen, und für 21 % bzw. 23 % ist ein Zimmer in einem Seniorenheim oder der Umzug zu Kindern oder Enkelkindern vorstellbar. Nur 9 % bzw. 8 % der über 80-Jährigen würden gerne in einer Wohnung in einem Mehrgenerationenhaus oder in einer Wohngemeinschaft mit anderen älteren Menschen leben. Je höher das Einkommen und der Bildungsstatus der Befragten sind, desto stärker gewinnen die alternativen Wohnformen an Attraktivität (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 310).

Zur Anzahl, Ausstattung und Qualität der gemeinschaftlichen und betreuten Wohnformen in Deutschland finden sich keine repräsentativen und belastbaren Zahlen. Die Daten des Bundesverbandes der Freien Immobilien- und Wohnungsunternehmen von 2008, die in der Studie »Wohnen im Alter« dargestellt werden, zeigen lediglich, dass nur jeweils unter 1 % der älteren Menschen (65 Jahre alt und älter) in diesen Wohnformen leben (BMVBS 2011, S. 27). Warum der Anteil so gering ist, welche Vor- und Nachteile innovative Wohnformen den Älteren bieten und wie hoch der Anteil der über 80-Jährigen in solchen Wohnprojekten ist, ist bislang nicht systematisch erfasst worden. Oswald beschreibt lediglich unter Bezug auf eine Veröffentlichung von Saup aus dem Jahr 2001, dass zum Zeitpunkt ihres Umzugs in ein Projekt des betreuten Wohnens ca. 96 % der älteren Menschen davon ausgingen, dass sie in ihrem Leben nicht mehr umziehen müssten. Nach drei Jahren waren nur noch 79 % der Befragten dieser Meinung (Oswald 2012, S. 572). Hier stellt sich die Frage, was sich in den drei Jahren zwischen den Befragungen ereignet hat. Weshalb schätzen ungefähr 20 % der Befragten nach drei

Pflegebedürftige zu Hause und vollstationär im Heim

Alter	Anzahl Personen in Altersgruppe	Anzahl Pflegebedürftige	Anteil Pflegebedürftige an Altersgruppe	Pflege zu Hause (Anzahl)	Vollstationär im Heim (Anzahl)
80 – unter 85	2.367.684	484.818	20,5 %	338.705	146.113
85 – unter 90	1.372.711	522.001	38,0 %	326.791	195.201
90+	660.929	381.911	57,8 %	206.318	175.593
Summe	4.401.324	1.388.730	28,2 %	871.814	516.916

» Tab. 48: Pflegebedürftige in absoluten Zahlen und % der Altersgruppe, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, Tab. 1.2, S. 9)

Jahren das betreute Wohnen negativer ein und befürchten doch einen weiteren Umzug? Was können betreute, innovative oder gemeinschaftliche Wohnformen leisten und was nicht, welche Erwartungen sind realistisch? In diesem Bereich steckt noch erheblicher Forschungsbedarf, um ältere Menschen vor einem Umzug in eine neue Wohnform richtig zu beraten bzw. um neue Wohnkonzepte für betreutes Wohnen auf die tatsächlich vorhandenen Bedarfe zuschneiden zu können.

Laut Pflegestatistik 2011 sind ca. 32 % der Menschen über 80 Jahren pflegebedürftig, und ca. 37 % der Pflegebedürftigen dieser Altersgruppe leben in einem Pflegeheim (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9; vgl. Tabelle 48). 2011 gab es in Deutschland 12.354 Pflegeheime mit insgesamt 875.549 Plätzen. Bei ca. 517.000 Personen im Alter von 80 Jahren und älter, die vollstationär in Heimen gepflegt werden, beansprucht diese Altersgruppe demnach ca. zwei Drittel der verfügbaren Plätze. 60 % der Heimplätze befinden sich in Einzelzimmern und 40 % in Zwei- oder Mehrbettzimmern. Jedem fünften Pflegeheim ist eine Einrichtung für betreutes Wohnen oder ein Altenheim angeschlossen. Die Heime liegen überwiegend in freigemeinnütziger (54 %) oder privater (40 %) Trägerschaft.

Nur 5 % der Heime sind im Besitz der öffentlichen Hand (ebd., S. 18 f.; vgl. auch Kapitel 06).

Der Anteil der Pflegeheimplätze im Verhältnis zur Bevölkerung ist regional sehr unterschiedlich. So kommen auf 10.000 Einwohner in Hessen beispielsweise 92,4 Pflegeplätze (bei einer Pflegequote von 3,3 %), während in Schleswig-Holstein mit 142,7 Pflegeplätzen für 10.000 Einwohner über 50 % mehr Plätze vorgehalten werden, obwohl die Pflegequote mit 2,8 % niedriger liegt. Gleichzeitig unterscheidet sich in diesen Ländern der Anteil der Pflegebedürftigen, die ambulant betreut werden mit 20,8 % (Hessen) bzw. 19,9 % (Schleswig-Holstein) an allen Pflegebedürftigen jedoch nur marginal (INKAR 2013; Statistisches Bundesamt 2013f nach www.gbe-bund.de).

» 08.4 Wohnumfeld

Gerade angesichts der Tatsache, dass der größte Teil der älteren Menschen in einer »normalen« Wohnung lebt und den Alltag selbständig organisieren möchte bzw. muss, sind die Voraussetzun-

Bewertung des Wohnumfeldes

	»Aussage trifft nicht zu/eher nicht zu«	
	Alte Bundesländer (mit Westberlin)	Neue Bundesländer (mit Ostberlin)
»Einkaufsmöglichkeiten sind vorhanden«	18,7 %	33,8 %
»Ärzte und Apotheken sind vorhanden«	16,2 %	35,7 %
»ÖPNV-Anschluss ist vorhanden«	21,9 %	24,6 %
»Fühle mich sicher im Dunkeln«	38,5 % (weiblich Befragte: 51,7 %)	54,4 % (weiblich Befragte: 65,7 %)

» Tab. 49: Bewertung des Wohnumfeldes, Altersgruppe 70–85 Jahre, nach Ost-/Westdeutschland, Anteil der Antworten »Aussage trifft nicht/eher nicht zu«, in % (Deutscher Alterssurvey 2008) (Motel-Klingebiel 2010, Tabellenanhang A 6-1 f.)

gen in Wohnumfeld und Quartier von besonderer Bedeutung. Da wir wissen, dass 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. Vor allem gut erreichbare therapeutische und medizinische Einrichtungen, wie Haus- und Zahnärzte, Physiotherapie und Medizinische Fußpflege, eine Apotheke und ein Sanitätsfachhandel sind Einrichtungen, die regelmäßig aufgesucht werden.

Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf, Mittagstisch-Angebote, ein Geldinstitut oder eine Postfiliale bilden eine grundlegende Infrastruktur in einem Quartier, das eine selbständige Lebensführung unterstützt. In der Hundertjährigen-Studie wird zudem darauf hingewiesen, dass Begegnungsorte im Quartier, Besuchsdienste und eine Vernetzung von professioneller Hilfe und Nachbarschaftshilfe der Vermeidung von Einsamkeit im Alter dienen können (Jopp u. a. 2013, S. 29 f.).

Damit auch im fortgeschrittenen Alter die Mobilität unterstützt und damit die Gesundheit gefördert wird, muss der öffentliche Raum den Anforderungen der alten Menschen entsprechen. Straßen, Plätze und Grünanlagen müssen barrierearm, sicher und anregend gestaltet sein, sodass nicht nur keine Sturzgefahr besteht, sondern der Aufenthalt außerdem 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 die Orientierung auch bei leichten kognitiven Beeinträchtigungen.

Wie beurteilen alte Menschen ihr Wohnumfeld? Der Generali Altersstudie 2013 zufolge bewerten die 80 bis 85-Jährigen ihr Wohnumfeld auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (völlig zufrieden) mit dem durchschnittlichen Wert von 8,2 und damit etwas besser als jüngere alte Menschen, die auf einen Wert von 8,1 kommen (Generali Zukunftsfonds 2012, S. 61 und S. 115 f.). Die Studie führt die hohe Zufriedenheit darauf zurück, dass

der überwiegenden Mehrzahl der alten Menschen eine umfassende Infrastruktur in der unmittelbaren Umgebung ihrer Wohnung zur Verfügung steht: Über 80 % der Befragten finden demzufolge in erreichbarer Nähe eine Apotheke, einen Hausarzt und einen Supermarkt. Versorgungsdefizite stellt die Studie vor allem bei Fachärzten und Freizeit- bzw. Kulturangeboten fest. Hier berichten ca. 60 % der älteren Menschen in kleineren Gemeinden, dass es die gewünschten Angebote nicht in ihrer Umgebung gibt.

Die Daten des Deutschen Alterssurvey von 2010 zeigen, dass in den ostdeutschen Gemeinden (bezogen auf das Erhebungsjahr 2008) das Angebot an Ärzten und Einkaufsmöglichkeiten aus Sicht von ca. einem Drittel der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen nicht ausreichend ist, während in den westdeutschen Regionen lediglich 16 bzw. 19 % der Befragten entsprechende Defizite sehen (Motel-Klingebl u. a. 2010, Tabellenanhang A6-1 f.; vgl. Tabelle 49). In Ost- und Westdeutschland berichtet ca. ein Viertel der Befragten von unzureichender Anbindung an den ÖPV. Überwiegend negativ bewertet wird, vor allem in Ostdeutschland, die Sicherheit im öffentlichen Raum: Über die Hälfte (54,4 %) der 70- bis 85-Jährigen in Ostdeutschland und sogar nahezu zwei Drittel der dort lebenden Frauen dieser Altersgruppe (65,7 %) fühlen sich in ihrem Wohnumfeld im Dunkeln nicht sicher.

Trotz dieser Ergebnisse ist, wie oben ausgeführt, mit zunehmendem Alter eine wenn auch geringfügig höhere subjektive Zufriedenheit mit dem jeweiligen Wohnumfeld zu beobachten. Auch wenn Barrieren und eine mangelhafte Infrastruktur im Quartier bestehen, »leiden« Menschen im höheren Alter scheinbar weniger an diesen (Wahl und Oswald 2012). Dieser Befund sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die objektiven Gefahren, die von einem unzureichenden Wohnumfeld ausgehen (keine Möglichkeit, gesunde Lebensmittel zu

kaufen, keine Angebote für soziale Teilhabe, kein die Mobilität förderndes Umfeld etc.), trotzdem bestehen und die Gesundheit von alten Menschen beeinträchtigen können (Fehlernährung, Einsamkeit, Bewegungsmangel etc.), auch wenn diese Defizite von den älteren Menschen nicht wahrgenommen oder nicht benannt werden. Gerade Menschen mit geringen ökonomischen Ressourcen wohnen häufig in benachteiligenden Quartieren, sind in ihrer Alltagsbewältigung auf ihr unmittelbares Wohnumfeld angewiesen und daher den aus einer mangelhaften Infrastruktur resultierenden Belastungen und Defiziten besonders stark ausgesetzt (Falk u. a. 2011).

Die Ergebnisse der Frankfurter »BEWOHNT«-Studie zum Wohnen im hohen Alter, in der in zwei Erhebungsstufen 595 bzw. 463 Personen im Alter zwischen 70 und 89 Jahren aus Frankfurt teilnahmen, sind zwar nicht überregional repräsentativ, liefern aber zusätzliche Erkenntnisse zur Bedeutung des Wohnumfeldes und der Nachbarschaft im Alter (Oswald u. a. 2013). So wurden positive Effekte von nachbarschaftlicher Zusammengehörigkeit und Stadtteilverbundenheit auf das Wohlbefinden bei den 80- bis 89-Jährigen identifiziert. Diese Effekte zeigen sich in der Studie als »Interaktionseffekte«, d. h. sie mildern den negativen Einfluss schlechter Gesundheit auf das Wohlbefinden ab. Dieser Befund weist darauf hin, dass das Quartier nicht nur als räumliche Umwelt oder Teil einer Versorgungslandschaft, sondern auch als soziale Umwelt und Heimat für die Lebensqualität und Gesundheit alter Menschen wichtig ist.

Die Ergebnisse der Generali Altersstudie und des Alterssurvey zeigen zudem, dass sich ein differenzierter und kleinräumlicher Blick auf die Wohnbedingungen lohnt. Je kleiner die Gemeinde ist, in der die älteren Menschen leben, desto eingeschränkter und unzureichender ist oft die lokale Infrastruktur. Da gerade die über 80-Jährigen aber häufig in kleineren Gemeinden leben, wie die INKAR-

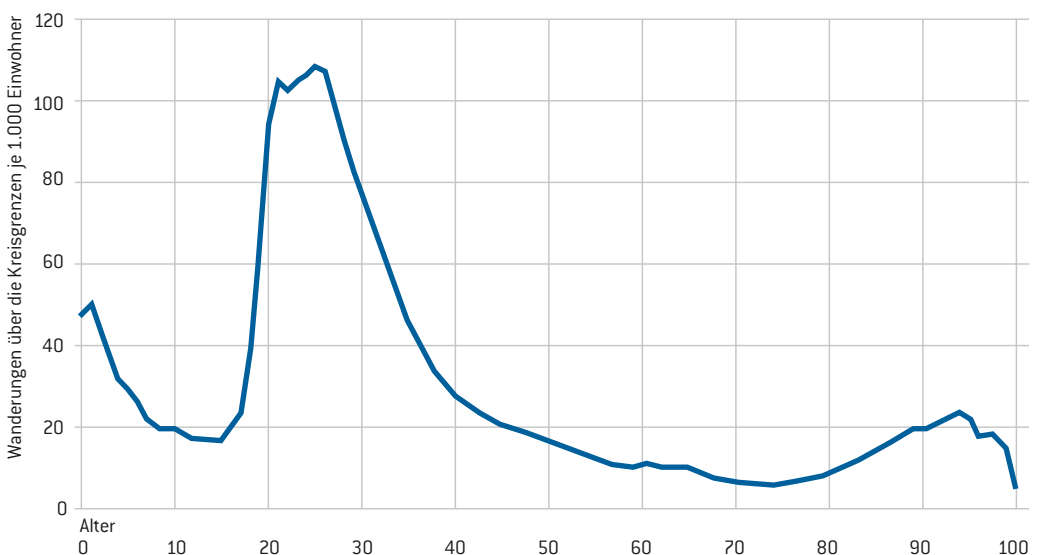
Daten zeigen, sollte der Versorgungslandschaft in diesen Siedlungstypen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

» 08.5 Wohnmobilität und Umzüge

Wir haben zu Beginn des Kapitels gesehen, dass ein großer Teil der alten Menschen in nicht altersgerechten Wohnungen lebt. Führt dieser Umstand dazu, dass die über 80-Jährigen einen Umzug in Erwägung ziehen? Für die Studie »Wohnen im Alter«

wurde die Umzugsbereitschaft in eine altersgerechte Wohnung erfragt. 81,4 % der über 80-Jährigen sind nicht zu einem Umzug bereit, nur 14,7 % dieser Altersgruppe können sich einen Umzug vorstellen (BMVBS 2011, S. 56). Damit ist die Umzugsbereitschaft niedriger als bei den 65–79-Jährigen, die immerhin zu 29,6 % umzugsbereit sind. In der Studie werden keine Angaben zu den Gründen für die geringe Umzugsbereitschaft gemacht. Es bleibt daher unklar, ob die alten Menschen sich mit ihrer Wohnsituation soweit arrangiert haben, dass sie einen Umzug für nicht (mehr) erforderlich halten, ob sie sich den Belastungen eines Umzuges nicht aussetzen möchten, ob sie die finanziellen Belastungen nicht tragen können oder ob sie schlicht keine Alternative zu ihrer aktuellen Wohnsituation

Altersspezifische Wohnmobilität in Deutschland



» Abb. 48: Altersspezifische Wohnmobilität in Deutschland 2009, je 1.000 Einwohner (BMI 2011, S. 41)

sehen. Nach Voges und Zinke wird die Umzugsbereitschaft im Alter von der Wohndauer und dem Wohnstatus beeinflusst: Eine lange Wohndauer und der Besitz der eigenen Wohnung senken nach ihren Angaben die Umzugsbereitschaft deutlich (Voges und Zinke 2010, S. 302).

Das tatsächliche Umzugsgeschehen im hohen Alter wird nicht systematisch erfasst. Abbildung 48 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 Heimeintrittsalter von 78,9 (Männer) bzw. 82,5 Jahren (Frauen) (Barmer GEK 2013a) kann davon ausgegangen werden, dass ein nicht unerheblicher Teil dieser Umzüge in eine Pflegeeinrichtung erfolgt.

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, Oswald zufolge, negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden aus (Oswald 2012, S. 570). 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, S. 570 mit Verweis auf Krout und Wethington 2003).

Eine frühe Information, geeignete Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Umzugsgestaltung und eine Eingewöhnungsunterstützung sollten daher den Umzug im Alter begleiten und die negativen

Folgen für Gesundheit und Selbstwirksamkeitserfahrung mildern.

>> 08.6 Fazit

Dieses Kapitel beschreibt die regionale Verteilung, die Wohnsituation und die 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. Dafür sollten Kommunen und Kreise größere Handlungsspielräume bei Planung und Steuerung erhalten.

Die meisten Menschen im Alter über 80 Jahre leben, ob pflegebedürftig oder nicht, in einer »normalen« Wohnung bzw. einem Haus. Dabei handelt es sich zu etwa einem Drittel um eine selbstgenutzte Immobilie. Nur ein geringer Teil der von alten Menschen bewohnten Wohnungen ist altersgerecht. Die Wohnmobilität steigt ab einem Alter von etwa 75 Jahren leicht an, trotzdem ist die Umzugsbereitschaft in der von uns betrachteten Altersgruppe ebenso gering wie die Bereitschaft zu altersgerechten Umbaumaßnahmen. Förderliche und barrierearme Wohnbedingungen bilden aber eine wesentliche Voraussetzung, damit alte Menschen trotz abnehmender Ressourcen selbständig

wohnen können und gesundheitliche Risiken, beispielsweise für Stürze, vermindert werden.

Abhängig von der Region findet bis zu ein Drittel der alten Menschen die benötigten Einrichtungen des täglichen Bedarfs nicht in ihrem Wohnumfeld vor. Trotzdem werden sowohl die Wohnungen selbst als auch die Quartiere überwiegend positiv und Barrieren als nicht einschränkend bewertet. Dieser Befund ist jedoch kritisch zu lesen, da hierbei objektiv bestehende Gefährdungen der physischen und psychischen Gesundheit ignoriert werden und somit auch nicht beseitigt werden können.

Strategischer Handlungsbedarf besteht nach Auswertung der vorliegenden Daten offensichtlich in der altersgerechten Anpassung sowohl des Wohnungsbestandes als auch der Quartiere. Die 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.

09

» Fazit

Die in der Expertise zusammengestellten Erkenntnisse über die Lebenslagen von über 80-Jährigen zeigen ein überaus facettenreiches Bild. Hinter den Zahlen zu dieser im Jahr 2011 rund 4,4 Millionen Menschen umfassenden und in den kommenden Jahren weiter wachsenden Bevölkerungsgruppe verbergen sich zahlreiche Unterschiede. 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 die Gesundheitsförderung relevante Ressourcen- und Risikokonstellationen beschreiben sowie Forschungsbedarfe identifizieren.

Zunächst zeigt der Überblick über die Altersgruppe einen rund doppelt so großen Frauen- wie Männeranteil, wobei die Frauen zu rund zwei Dritteln bereits verwitwet, die Männer hingegen noch zu nahezu zwei Dritteln verheiratet sind. Damit im Zusammenhang steht der Befund, dass die weitaus

meisten Frauen im Alter über 80 Jahren allein in ihrem eigenen Haushalt leben, während dies nur auf rund ein Drittel ihrer männlichen Altersgenossen zutrifft. 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. Denn auch im höchsten Alter sind den Menschen ihre sozialen Beziehungen sehr wichtig, wobei enge Beziehungen zu wenigen, vertrauten Menschen bedeutsamer werden als der Kontakt zu einer großen Zahl von Personen. Auf Familienangehörige entfallen die häufigsten Kontakte. Sie haben den höchsten Stellenwert für Unterstützungsleistungen aller Art und gehören zu den wichtigsten Bezugspersonen. Vier Fünftel der Hochaltrigen haben (noch) mindestens ein lebendes Kind, mehr als 90 % haben Enkelkinder. Ledige und Kinderlose verfügen zwar über ein geringeres familiäres Unterstützungspotenzial, haben sich jedoch häufiger ein

verlässliches außerfamiliäres Netzwerk aufgebaut. Insgesamt geben von den 65- bis 85-Jährigen rund 10 % an, überhaupt niemand zu haben, auf den sie sich im Notfall verlassen können. Angesichts der sich im höheren Alter meist weiter verkleinernden sozialen Netzwerke dürfte dieser Anteil bei den Hochaltrigen eher noch größer ausfallen. Unzufriedenheit mit den eigenen sozialen Beziehungen und vermehrtes Einsamkeitserleben korrelieren übergreifend mit einem als eher schlecht eingeschätzten Gesundheitszustand und einem niedrigeren sozioökonomischen Status sowie mit einer schlechteren Bewertung des Wohnumfeldes. Das wiederum zeigt, wie wichtig wohnortnahe, niedrighschwellige Angebote für die Teilhabe sind.

Bei Betrachtung der insgesamt guten materiellen Situation der weitaus meisten Menschen in der Altersgruppe 80+ fallen dennoch Ungleichheiten auf: Hochaltrige mit Migrationshintergrund und jene alten Frauen, die in den alten Bundesländern nur geringe eigene Rentenanwartschaften erwerben konnten, haben oft sehr geringe Einkommen. Besondere Armutsrisiken kumulieren bei den über 80-Jährigen, die alleine in einem Haushalt leben: Mehr als 400.000 von ihnen – zu 92 % weiblich – müssen mit höchstens 900 Euro monatlich wirtschaften, viele haben noch weniger Geld zur Verfügung. Zwar liegt die Armutsgefährdungsschwelle bei 848 Euro, steigende Mieten und Energiekosten, Zuzahlungen bei Gesundheitsleistungen oder Kosten für notwendig werdende Hilfen im Haushalt lassen die minimalen finanziellen Spielräume dieser Hochaltrigen jedoch schnell zusammenschrumpfen. Für gesellschaftliche Teilhabe, Mobilität oder andere Wünsche zur selbstbestimmten Alltagsgestaltung bleibt dann kaum mehr etwas übrig.

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität kennzeichnen den Gesundheitszustand der großen Mehrheit in der Altersgruppe, dabei sind Frauen etwas stärker betroffen als Männer. An Demenz er-

kranken während der zunehmenden Hochaltrigkeit immer mehr Menschen beiderlei Geschlechts, während schwere Depressionen nicht häufiger als in jüngeren Jahren auftreten. Für Krankenhauseinweisungen sind insbesondere (sturzbedingte) Brüche, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Herzinsuffizienz und Schlaganfall, sowie muskuloskeletale Erkrankungen ursächlich. Die subjektive Einschätzung der Gesundheit verschlechtert sich mit Eintritt in die Hochaltrigkeit rund um das 80. Lebensjahr bei den meisten deutlich. Offenbar erreichen sehr viele Menschen in diesem Alter eine Schwelle, an der die Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr ohne Weiteres kompensiert werden können, denn die funktionalen Beeinträchtigungen nehmen stark zu, sodass die Aktivitäten des täglichen Lebens zunehmend zu Herausforderungen werden. Besser gestellten Hochaltrigen fällt es jedoch leichter, diesen Herausforderungen zu begegnen, jedenfalls schätzen sie ihre funktionale Gesundheit besser ein. Insgesamt gestatten die vorliegenden Gesundheitsdaten nur wenige, nach sozialen Kategorien differenzierte Aussagen. Hier besteht großer Forschungsbedarf, um den Hinweisen auf Zusammenhänge nachzugehen und konkrete Risiken und Präventionspotenziale aufzudecken. Obwohl die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen für den Erhalt der funktionalen Fähigkeiten bei alten Menschen insgesamt, aber auch bei Pflegebedürftigen, als erwiesen gelten kann, erhält diese nur eine kleine Minderheit.

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nehmen auch bei den über 80-Jährigen mit dem Alter weiter zu, wobei der Anteil der Pflegebedürftigen je Altersgruppe seit Jahren stabil ist. Eine Pflegestufe hat bis zum 90. Lebensjahr – anders als oft vermutet – jedoch nur eine Minderheit. Über den Anteil derjenigen, die zur Alltagsbewältigung auf mehr oder weniger große Unterstützung angewiesen sind, ohne pflegebedürftig gemäß Pflegeversicherung zu sein,

liegen keine aktuellen und verlässlichen Daten vor. Schätzungen gehen von einem Verhältnis von zwei hilfebedürftigen zu einem pflegebedürftigen Menschen aus. Frauen sind häufiger und schwerer von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer. Dies dürfte mit ihrer insgesamt größeren Krankheitslast, der höheren Lebenserwartung und nicht zuletzt damit zusammen hängen, dass sie viel häufiger alleine leben und deshalb früher Unterstützung von außerhalb mobilisieren müssen.

Ganz überwiegend werden die Hochaltrigen von ihren Nachkommen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt, vielfach unterstützt von Pflegediensten. Aber auch unter den Hochaltrigen selbst gibt es viele Pflegenden, vor allem wenn es um den eigenen Partner oder die Partnerin geht. Während die meisten Frauen über 80 bereits verwitwet sind und die Pflege von Eltern und Partnern hinter ihnen liegt, pflegen rund 10 % der hochaltrigen Männer, zumeist ihre Partnerin. Sie sind, wie alle Pflegenden, hohen Belastungen und damit Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Die Alternative zur häuslichen Pflege ist die Versorgung im Pflegeheim. Das Heimeintrittsalter liegt bei rund 80 Jahren. Überproportional viele Frauen und Verwitwete beiderlei Geschlechts leben in Pflegeheimen. Über den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf den Heimeintritt liegen keine Daten vor. Rund die Hälfte der hochaltrigen Heimbewohnerinnen und -bewohner hat keine oder kaum soziale Kontakte zu vertrauten Personen und somit ein hohes Einsamkeitsrisiko. Die Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege bieten nur wenige Möglichkeiten, diesen Einsamkeitsrisiken wirksam zu begegnen. Die Belastungen durch die Pflege betreffen neben den pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit auch die Pflegekräfte in den stationären Einrichtungen. Sie können hier wie dort zu gewalttätigen Übergriffen beitragen. Rund um das Thema Gewalt in der Pflege besteht noch großer Forschungsbedarf.

Der Alltag im hohen Alter ist meist geprägt von eher ruhigen Aktivitäten, die zu Hause und oft auch allein ausgeführt werden, wie Fernsehen oder Lesen. Das Interesse am Tagesgeschehen ist bei den Hochaltrigen anhaltend ausgeprägt und wird durch Medienkonsum, allerdings nur selten durch das Internet, befriedigt. Tätigkeiten, die körperlichen Einsatz und Mobilität erfordern, wie Sport, Gartenarbeit oder freiwilliges Engagement z. B. im Verein, nehmen ab, ganz besonders bei sich verschlechternder Gesundheit. Allerdings ist nicht untersucht, inwieweit dieser Rückzug erwünscht ist. Vielmehr fehlt es aus Sicht zivilgesellschaftlicher Institutionen oft an geeigneten Rahmenbedingungen, die fortgesetzte Teilhabe auch bei Gebrechlichkeit ermöglichen oder zumindest erleichtern.

Die Teilhabechancen von sehr alten Menschen hängen eng zusammen mit ihrem Wohnumfeld und den Möglichkeiten, die sich ihnen dort bieten, und zwar umso stärker, je geringer ihr sozioökonomischer Status und ihre Mobilität sind und je schlechter ihr Gesundheitszustand ist. Die meisten alten Menschen bewerten ihr Wohnumfeld positiv – unabhängig von objektiv vorhandenen Barrieren oder Lücken in der Infrastruktur. Rund ein Drittel beklagt jedoch fehlende Einrichtungen für den täglichen Bedarf in der Wohnumgebung. Die weitaus meisten Hochaltrigen leben in nicht altersgerechten oder gar barrierefreien Wohnungen oder Häusern. Dennoch sind die Umzugsbereitschaft und die Bereitschaft zu Wohnungsanpassungen sehr gering. Die ab dem 75. Lebensjahr leicht zunehmenden Umzüge dürften angesichts dieser Einstellung häufig erzwungen oder zumindest unerwünscht sein. In der Zusammenschau verweisen diese Befunde auf die Notwendigkeit lokaler und regionaler Analysen von Wohnungsbeständen und Wohnumwelten sowie auf Handlungsbedarfe bezüglich der Infrastrukturgegestaltung bei Kommunen und Kreisen.

Die vorliegende Expertise gibt einen Überblick über die Lebenslagen der ältesten in Deutschland lebenden Menschen, der trotz bestehender Datenlücken eine große Vielfalt aufzeigt. Bestmögliche Gesundheit, soziale und gesellschaftliche Teilhabe sowie eine selbstbestimmte Alltagsgestaltung sind die wichtigsten Bausteine für die Lebensqualität (nicht nur) in diesem Alter. Die Herausforderung liegt nun darin, die in den verschiedenen Kapiteln herausgearbeiteten, hilfreichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen.

10

» Anhang

» 10.1 Tabellen

Haushalte der über 80-Jährigen nach Alter, Geschlecht und Familienstand

Altersgruppe	Geschlecht	Familienstand	Haushaltsgröße	
			Bevölkerung aller Haushalte	In Einperson- haushalten
80 – unter 85 Jahre	Insgesamt	Insgesamt	2.271	1.051
		Ledig	97	81
		Verwitwet	1.033	886
	Männlich	Insgesamt	902	217
		Ledig	22	18
		Verwitwet	205	173
	Weiblich	Insgesamt	1.369	835
		Ledig	75	63
		Verwitwet	828	713
85 – unter 90 Jahre	Insgesamt	Insgesamt	1.172	715
		Ledig	66	54
		Verwitwet	720	620
	Männlich	Insgesamt	361	123
		Ledig	6	5
		Verwitwet	122	107
	Weiblich	Insgesamt	811	593
		Ledig	60	50
		Verwitwet	599	514
90 Jahre und älter	Insgesamt	Insgesamt	401	280
		Ledig	20	16
		Verwitwet	303	250
	Männlich	Insgesamt	102	47
		Ledig	/	/
		Verwitwet	50	43
	Weiblich	Insgesamt	299	234
		Ledig	18	15
		Verwitwet	253	207

» Tab. 50: Haushalte der über 80-Jährigen nach Alter, Geschlecht, Familienstand, 2011, Personen in 1.000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

Verwitwete über 80 Jahre

Geschlecht	Familienstand	Haushaltsgröße						
		Bevölkerung aller Haushalte	In 1 Personen-Haushalt	Alle Mehrpersonen-Haushalt	In 2 Personen-Haushalt	In 3 Personen-Haushalt	In 4 Personen-Haushalt	In 5 Personen-Haushalt
Gesamt	Insgesamt	3.842	2.045	1.797	1.581	139	40	38
	Verwitwet	2.055	1.755	301	174	73	29	26
Männlich	Insgesamt	1.365	385	980	912	48	10	11
	Verwitwet	377	322	55	38	9	/	/
Weiblich	Insgesamt	2.478	1.661	818	669	91	30	28
	Verwitwet	1.679	1.433	246	136	64	25	22

>> Tab. 51: Verwitwete, über 80 Jahre, nach Haushaltsgröße, Geschlecht und Familienstand, 2011, Personen in 1.000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

Bevölkerung 80+ nach Zahl der Generationen in Haushalten

Region	Geschlecht	Familienstand	Bevölkerung nach Zahl der Generationen			
			Bevölkerung aller Haushalte (HH)	In Haushalt mit 1 Generation	In Haushalt mit 2 Generationen	In Haushalt mit 3+ Generationen
Deutschland	Insgesamt	Insgesamt	3.842	1.371	276	68
		Verwitwet	2.055	/	194	54
	Männlich	Insgesamt	1.365	862	69	14
		Verwitwet	377	/	25	8
	Weiblich	Insgesamt	2.478	510	207	54
		Verwitwet	1.679	/	169	47
West*	Insgesamt	Insgesamt	3.067	1.093	227	60
		Verwitwet	1.650	/	159	48
	Männlich	Insgesamt	1.103	691	59	12
		Verwitwet	305	–	20	7
	Weiblich	Insgesamt	1.965	402	169	48
		Verwitwet	1.346	/	139	41
Ost**	Insgesamt	Insgesamt	776	279	49	8
		Verwitwet	405	/	35	6
	Männlich	Insgesamt	262	171	11	/
		Verwitwet	72	–	5	/
	Weiblich	Insgesamt	514	108	38	6
		Verwitwet	333	/	31	6

* Bis 2004 einschließlich Berlin-West, ab 2005 ohne Berlin. ** Bis 2004 einschließlich Berlin-Ost, ab 2005 einschließlich Berlin.

» Tab. 52: Bevölkerung 80+, nach Zahl der Generationen im privaten Haushalt, Region, Geschlecht, Familienstand, 2011, Personen in 1000 [GeroStat –Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT]

Subjektive Bewertung des Lebensstandards

Region	Geschlecht	Bewertung des Lebensstandards				
		Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
Deutschland	Männer	9,7	58,0	28,5	3,1	0,8
	Frauen	8,4	51,8	33,9	4,3	1,7
	Insgesamt	8,9	54,4	31,6	3,8	1,3
West*	Männer	10,6	58,1	26,9	3,5	0,9
	Frauen	9,7	51,8	32,5	4,0	2,1
	Insgesamt	10,1	54,5	30,1	3,8	1,6
Ost**	Männer	5,4	57,3	35,8	1,4	0,0
	Frauen	3,0	51,5	39,5	5,7	0,3
	Insgesamt	4,0	53,9	38,0	4,0	0,2

* Alte Bundesländer + Berlin-West; ** Neue Bundesländer + Berlin-Ost

>> Tab. 53: Subjektive Bewertung des Lebensstandards, 70–85-Jährige, nach Region, Geschlecht, 2008 in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

Nettoeinkommen nach Region und Geschlecht

Region	Geschlecht	Individuelles monatliches Nettoeinkommen			
		Bevölkerung Insgesamt	Unter 900 Euro	Unter 1.300 Euro	Unter 1.700 Euro
Deutschland	Insgesamt	4.273	1.065	2.247	3.040
	Männlich	1.448	151	535	914
	Weiblich	2.825	914	1.712	2.126
Früheres Bundesgebiet ¹	Insgesamt	3.403	854	1.705	2.306
	Männlich	1.169	119	388	683
	Weiblich	2.234	736	1.318	1.624
Neue Länder ²	Insgesamt	870	211	543	733
	Männlich	279	33	148	231
	Weiblich	591	179	395	502

¹ Bis 2004 einschließlich Berlin-West, ab 2005 ohne Berlin. ² Bis 2004 einschließlich Berlin-Ost, ab 2005 einschließlich Berlin

» Tab. 54: Individuelles Nettoeinkommen und Erwerbsstatus, Altergruppe 80+, nach Region, Geschlecht, 2011, Personen in 1.000
(GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

Nettoeinkommen und Haushaltsgröße nach Altersgruppen

Altersgruppe	Haushaltsgröße der Bevölkerung	Individuelles monatliches Nettoeinkommen	
		Bevölkerung aller Haushalte ¹	Unter 900 Euro
80 Jahre und älter	Bevölkerung aller Haushalte	3.842	1.018
	Bevölkerung in Einpersonenhaushalten	2.045	409
	Bevölkerung in Mehrpersonenhaushalten	1.797	609
80–unter 85 Jahre	Bevölkerung aller Haushalte	2.271	643
	Bevölkerung in Einpersonenhaushalten	1.051	218
	Bevölkerung in Mehrpersonenhaushalten	1.220	426
85–unter 90 Jahre	Bevölkerung aller Haushalte	1.172	288
	Bevölkerung in Einpersonenhaushalten	715	139
	Bevölkerung in Mehrpersonenhaushalten	457	149
90 Jahre und älter	Bevölkerung aller Haushalte	401	87
	Bevölkerung in Einpersonenhaushalten	280	52
	Bevölkerung in Mehrpersonenhaushalten	121	35

¹ Bis 2004 Haushaltsmitglieder am Haupt- und Nebenwohnsitz. Ab 2005 nur Haushaltsmitglieder am Hauptwohnsitz.

» Tab. 55: Individuelles Nettoeinkommen und Haushaltsgröße, Deutschland, 2011, nach Altersgruppen, Personen in 1.000
 [GeroStat–Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT]

Bezieher öffentlicher Zahlungen und sonstiger Einkommen

Region	Geschlecht	Bezieher von						
		Bevölkerung Insgesamt	Bezieher öffentlicher Zahlungen zusammen	Wohn- geld	Sozialhilfe nach SGB XII { ab 2007 }	Pflegegeld	Sonstige öffentliche Zahlungen	Bezieher sonstiger Einkommen zusammen
Deutschland	Insgesamt	4.273	842	42	118	701	53	1.016
	Männlich	1.448	206	8	27 = 1,9 %	169 = 12 %	12	470
	Weiblich	2.825	636	34	92 = 3,3 %	532 = 19 %	41	546
Früheres Bundesgebiet ¹	Insgesamt	3.403	634	31	103 = 3 %	518	43	953
	Männlich	1.169	160	7	23 = 2 %	128	11	447
	Weiblich	2.234	474	24	80 = 3,6 %	390	32	506
Neue Länder ²	Insgesamt	870	208	11	15	182	11	64
	Männlich	279	46	–	–	41	–	24
	Weiblich	591	162	10	12 = 2 %	141	9	40

1 Bis 2004 einschließlich Berlin-West, ab 2005 ohne Berlin.

2 Bis 2004 einschließlich Berlin-Ost, ab 2005 einschließlich Berlin.

– keine Angabe

» Tab. 56: Bezieher öffentlicher Zahlungen und sonstiger Einkommen, nach Regionen, 2011, nach Geschlecht, 80 Jahre und älter in 1000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, DOI 10.5156/GEROSTAT)

Prävalenz von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen bei Frauen

	18–29	30–49	50–64	65–74	75+	Gesamt
Bluthochdruck	2,5	9,9	34,3	52,2	59,4	26,3
Hyperlipidämie	4,1	8,2	29,2	44,3	43,7	21,8
Übergewicht (BMI \geq 30)	5,4	12,3	20,9	23,9	18,6	15,7
Diabetes mellitus	1,1	2,0	8,5	16,3	19,2	7,5
Koronare Herzkrankheit	0,5	0,8	3,9	13,7	23,3	5,9
Herzinfarkt	0,0	0,3	1,3	5,7	6,9	2,1
Herzinsuffizienz	0,1	0,8	2,0	6,5	13,0	3,1
Schlaganfall	0,1	0,6	1,8	4,1	8,5	2,2
Asthma	4,5	5,1	6,2	7,2	7,6	5,9
Chronische Bronchitis	2,1	4,3	6,3	9,4	8,1	5,7
Chronische Nierenkrankheit	0,5	0,6	1,1	3,7	5,7	1,8
Chronische Leberkrankheit	0,4	0,7	2,0	3,5	2,1	1,5
Gastritis/Duodenitis	4,8	4,6	6,0	6,0	4,2	5,2
Magen- und Duodenalgeschwür	0,3	0,3	0,9	1,0	2,1	0,7
Osteoarthritis (Arthrose)	1,9	9,1	32,6	46,3	46,2	23,1
Rheumatoide Arthritis	0,6	2,5	9,0	11,0	12,2	6,0
Osteoporose *	–	–	7,7	17,9	26,7	15,1
Chronische Rückenschmerzen	14,5	19,6	27,0	34,7	34,4	24,5
Krebs	1,2	4,1	9,8	17,5	16,6	8,4
Depression	5,8	8,4	9,8	9,1	4,3	8,0
Schwere Hörbeeinträchtigung	1,6	2,5	3,5	4,9	13,1	4,0
Schwere Sehbeeinträchtigung	0,6	1,3	2,5	4,2	10,9	2,9

* 18–49-jährige Frauen wurden nicht zu dieser Erkrankung befragt.

» Tab. 57: Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Frauen nach Altersgruppen in %, GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)

Prävalenz von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen bei Männern

	18–29	30–49	50–64	65–74	75+	Gesamt
Bluthochdruck	4,9	13,3	36,9	54,9	50,8	25,6
Hyperlipidämie	2,1	13,6	29,9	38,1	29,2	19,8
Übergewicht (BMI ≥ 30)	7,1	13,7	23,4	21,9	19,4	16,3
Diabetes mellitus	0,7	2,5	9,6	18,2	19,8	7,2
Koronare Herzkrankheit	0,5	1,4	9,4	23,4	30,1	8,0
Herzinfarkt	0,0	1,1	5,1	13,9	14,5	4,5
Herzinsuffizienz	0,0	0,4	3,4	7,5	9,3	2,6
Schlaganfall	0,4	0,9	2,6	5,8	10,0	2,5
Asthma	4,0	4,1	4,7	6,0	8,8	4,8
Chronische Bronchitis	1,3	2,3	5,5	8,6	10,3	4,3
Chronische Nierenkrankheit	0,1	0,5	1,3	2,8	4,2	1,2
Chronische Leberkrankheit	0,3	1,0	1,9	2,3	2,6	1,3
Gastritis/Duodenitis	1,6	2,7	4,8	3,2	1,5	3,0
Magen- und Duodenalgeschwür	0,2	0,3	0,6	0,7	0,2	0,4
Osteoarthritis (Arthrose)	0,9	7,6	22,0	25,8	29,7	13,7
Rheumatoide Arthritis	0,1	1,3	5,1	5,3	8,6	3,1
Osteoporose *	–	–	4,1	4,3	5,9	4,4
Chronische Rückenschmerzen	7,7	14,2	21,6	22,8	24,7	16,6
Krebs	1,0	2,1	5,3	13,6	18,6	5,3
Depression	2,5	3,7	8,2	3,4	3,1	4,5
Schwere Hörbeeinträchtigung	1,0	1,7	2,3	1,7	4,6	1,9
Schwere Sehbeeinträchtigung	0,2	1,2	3,9	6,9	10,4	3,0

* 18–49-jährige Männer wurden nicht zu dieser Erkrankung befragt.

» Tab. 58: Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Männern nach Altersgruppen in %, GEDA 2009 [Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung]

Demenzprävalenz nach Alter, Geschlecht und Region

Alter	Westdeutschland		Ostdeutschland		Gesamtdeutschland	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
60–64 Jahre	0,6	0,8	0,6	0,8	0,6	0,8
65–69 Jahre	1,3	1,5	1,4	1,6	1,3	1,5
70–74 Jahre	3,0	3,2	3,1	3,0	3,1	3,2
75–79 Jahre	6,9	5,6	6,8	5,5	6,8	5,6
80–84 Jahre	12,6	10,3	13,2	10,4	12,8	10,3
85–89 Jahre	22,9	18,0	23,9	17,3	23,1	17,9
90–94 Jahre	30,7	24,0	34,1	25,0	31,3	24,2
Über 95 Jahre	37,7	28,3	42,6	35,3	38,0	29,7

>> Tab. 59: Demenzprävalenz nach Alter, Geschlecht und Region in Prozent (Ziegler und Doblhammer 2009)

Prävalenz von Stürzen

Alter Jahre	Gesamt N	Mindestens ein Sturz		Zwei Stürze oder mehr	
		N	Prozent	N	Prozent
40–44	35	1	2,9	1	2,9
45–49	64	5	7,8	2	3,1
50–54	84	7	8,3	2	2,4
55–59	87	8	9,2	3	3,4
60–64	110	11	10,0	5	4,5
65–69	127	13	10,2	4	3,1
70–74	128	20	15,6	6	4,7
75–79	112	22	19,6	9	8,0
80–84	70	14	20,0	4	5,7
85–89	36	11	30,6	4	11,1
> 90	9	4	44,4	2	22,2
Total	862	116	13,5	42	4,9

» Tab. 60: Prävalenz von Stürzen bei Erwachsenen im Alter von 40 Jahren oder älter in einer deutschen städtischen Population; Ergebnisse einer telefonischen Befragung [Schumacher 2013, S. 2]

Krankheitskosten der Altersgruppe 85+ nach Diagnosegruppen

		Männlich	Weiblich	Insgesamt
	Alle Diagnosen	5.481	20.771	26.252
A00-T98	Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	5.393	20.571	25.963
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	66	174	240
C00-D48	Neubildungen	416	723	1.139
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	32	87	118
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	201	675	876
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	815	4.817	5.632
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	291	903	1.195
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	112	369	481
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	41	101	142
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	1.183	3.757	4.940
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	261	448	708
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	310	830	1.140
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	46	149	196
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	366	2.165	2.531
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	189	295	484
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	8	17	26
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	774	3.686	4.460
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	282	1.375	1.656
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	89	200	288

» Tab. 61: Krankheitskosten der Altersgruppe 85+ nach Diagnosegruppen in Mio. Euro, Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts [zitiert nach www.gbe-bund.de]

Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote

Altersgruppen in Jahren	Pflegebedürftige					Pflegequote		Bevölkerung		
	Insgesamt	Veränderung zu 2009	Davon		Darunter weiblich	Insgesamt	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
			Zu Hause versorgt	Vollstationär in Heimen						
	Anzahl	%	Anzahl			%	Anzahl			
Unter 15	67.734	1,9	67.594	140	26.926	0,6	0,7	10.832.088	5.555.569	5.276.519
15–60	268.672	4,8	234.444	34.228	125.351	0,5	0,6	49.232.864	24.999.993	24.232.871
60–65	85.761	20,2	66.984	18.777	40.949	1,8	1,9	4.898.241	2.403.404	2.494.837
65–70	114.504	-11,7	88.192	26.312	55.856	2,8	3,0	4.039.543	1.943.797	2.095.746
70–75	238.982	6,3	180.531	58.451	126.417	4,8	4,8	5.001.255	2.322.171	2.679.084
75–80	337.058	9,8	248.762	88.296	203.759	9,8	8,9	3.438.528	1.497.504	1.941.024
80–85	484.818	5,4	338.705	146.113	332.860	20,5	16,6	2.367.684	913.112	1.454.572
85–90	522.001	2,5	326.791	195.210	408.045	36,0	28,6	1.372.711	398.013	974.698
90 Jahre und mehr	381.911	22,0	206.318	175.593	318.115	57,8	36,9	660.829	173.100	487.729
Insgesamt	2.501.441	7,0	1.758.321	743.120	1.638.278	3,1	2,1	81.843.743	40.206.663	41.637.080

» Tab. 62: Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote zum Jahresende 2011, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9)

Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Bis 59 Jahre	60–79 Jahre	80 Jahre und älter
Männlich	36	52	45	24
Weiblich	64	48	55	76
Verheiratet ¹	36	26	54	27
Verwitwet	41	3	30	64
Geschieden	7	8	10	5
Ledig	16	63	6	4
Kinderlos	21	68	14	8
1 Kind	22	15	18	29
2 Kinder	29	10	35	32
3 und mehr Kinder	28	7	33	31
Alleinlebend	34	15	36	39
2-Personenhaushalt	39	27	51	35
3-Personenhaushalt	13	26	6	14
4 und mehr Personenhaushalt	14	32	7	12

¹ Einschließlich eingetragener Lebenspartnerschaften.

>> Tab. 63: Pflegebedürftige in Privathaushalten 2010 – Strukturmerkmale nach Alter in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 17)

Zu Hause versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Familienstand und Geschlecht

Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt		Familienstand			
	1.000		Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden
			%			
Insgesamt						
Unter 25 Jahre	103	100	100	–	–	–
25–60 Jahre	172	100	50,4	37,9	/	9,4
60–70 Jahre	165	100	11,0	67,3	14,6	7,1
70–75 Jahre	140	100	6,6	59,9	27,4	6,2
75–80 Jahre	205	100	6,5	46,6	43,2	3,7
80–85 Jahre	229	100	3,9	34,2	58,2	3,7
85–90 Jahre	240	100	5,0	17,8	74,5	/
90 Jahre und mehr	181	100	/	11,1	82,4	/
Insgesamt	1.435	100	18,0	34,6	43,0	4,5
Davon: männlich						
Unter 25 Jahre	57	100	100	–	–	–
25–60 Jahre	91	100	55,3	34,2	/	9,4
60–70 Jahre	85	100	9,7	78,9	/	/
70–75 Jahre	64	100	/	79,7	11,5	/
75–80 Jahre	68	100	/	74,3	18,4	/
80–85 Jahre	61	100	/	71,4	25,1	/
85–90 Jahre	52	100	/	48,9	45,4	/
90 Jahre und mehr	34	100	/	38,1	60,6	–
Insgesamt	513	100	24,7	55,0	16,6	3,6
Davon: weiblich						
Unter 25 Jahre	46	100	100	–	–	–
25–60 Jahre	80	100	44,9	42,0	/	9,4
60–70 Jahre	80	100	12,5	54,9	24,0	/
70–75 Jahre	76	100	/	43,2	40,7	/
75–80 Jahre	137	100	7,5	32,9	55,5	/
80–85 Jahre	168	100	4,6	20,7	70,2	4,5
85–90 Jahre	188	100	5,0	9,1	82,6	/
90 Jahre und mehr	147	100	/	5,0	87,4	/
Insgesamt	922	100	14,2	23,3	57,6	4,9

– = nicht vorhanden; / = keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug (hier unter 7.000 Pflegebedürftige)

Zu Hause versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Haushaltsgröße und Geschlecht

Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt		Davon lebten in einem Personenhaushalt mit ... Person(en)		
	1.000		1	2	3 und mehr
			%		
Insgesamt					
Unter 25 Jahre	103	100	/	7,8	91,7
25–60 Jahre	172	100	19,5	35,3	45,2
60–70 Jahre	165	100	24,1	61,1	14,9
70–75 Jahre	140	100	31,5	60,1	8,4
75–80 Jahre	205	100	41,7	48,3	10,0
80–85 Jahre	229	100	51,4	37,3	11,4
85–90 Jahre	240	100	60,8	22,0	17,3
90 Jahre und mehr	181	100	62,2	17,0	20,9
Insgesamt	1.435	100	40,4	36,3	23,3
Davon					
Pflegestufe I	764	100	46,3	34,2	19,5
Pflegestufe II	500	100	36,7	38,5	24,8
Pflegestufe III	172	100	24,6	39,7	35,7
Davon: männlich					
Unter 25 Jahre	57	100	/	/	90,3
25–60 Jahre	91	100	22,4	31,6	46,0
60–70 Jahre	85	100	16,4	67,6	16,0
70–75 Jahre	64	100	15,7	76,4	/
75–80 Jahre	68	100	19,8	71,8	/
80–85 Jahre	61	100	23,7	67,1	/
85–90 Jahre	52	100	34,6	50,9	14,5
90 Jahre und mehr	34	100	49,0	40,1	/
Zusammen	513	100	21,0	52,7	26,3
Davon					
Pflegestufe I	250	100	24,3	52,1	23,6
Pflegestufe II	190	100	18,6	54,6	26,8
Pflegestufe III	73	100	15,8	50,2	34,0

Fortsetzung der Tabelle auf nächster Seite

Zu Hause versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Haushaltsgröße und Geschlecht

Fortsetzung der Tabelle von Seite 200

Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt		Davon lebten in einem Personenhaushalt mit ... Person(en)		
			1	2	3 und mehr
	1.000		%		
Davon: weiblich					
Unter 25 Jahre	46	100	–	/	93,6
25–60 Jahre	80	100	16,2	39,5	44,3
60–70 Jahre	80	100	32,3	54,1	13,6
70–75 Jahre	76	100	44,8	46,4	/
75–80 Jahre	137	100	52,5	36,6	10,8
80–85 Jahre	168	100	61,4	26,4	12,2
85–90 Jahre	188	100	68,1	13,9	18,0
90 Jahre und mehr	147	100	65,2	11,7	23,1
Zusammen	922	100	51,2	27,2	21,6
Davon					
Pflegestufe I	515	100	57,0	25,5	17,4
Pflegestufe II	309	100	47,8	28,6	23,6
Pflegestufe III	98	100	31,2	31,8	37,0

» Tab. 65: Zu Hause (ambulant) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Haushaltsgröße und Geschlecht, Mikrozensus 2003
(Statistisches Bundesamt 2004, S. 10)

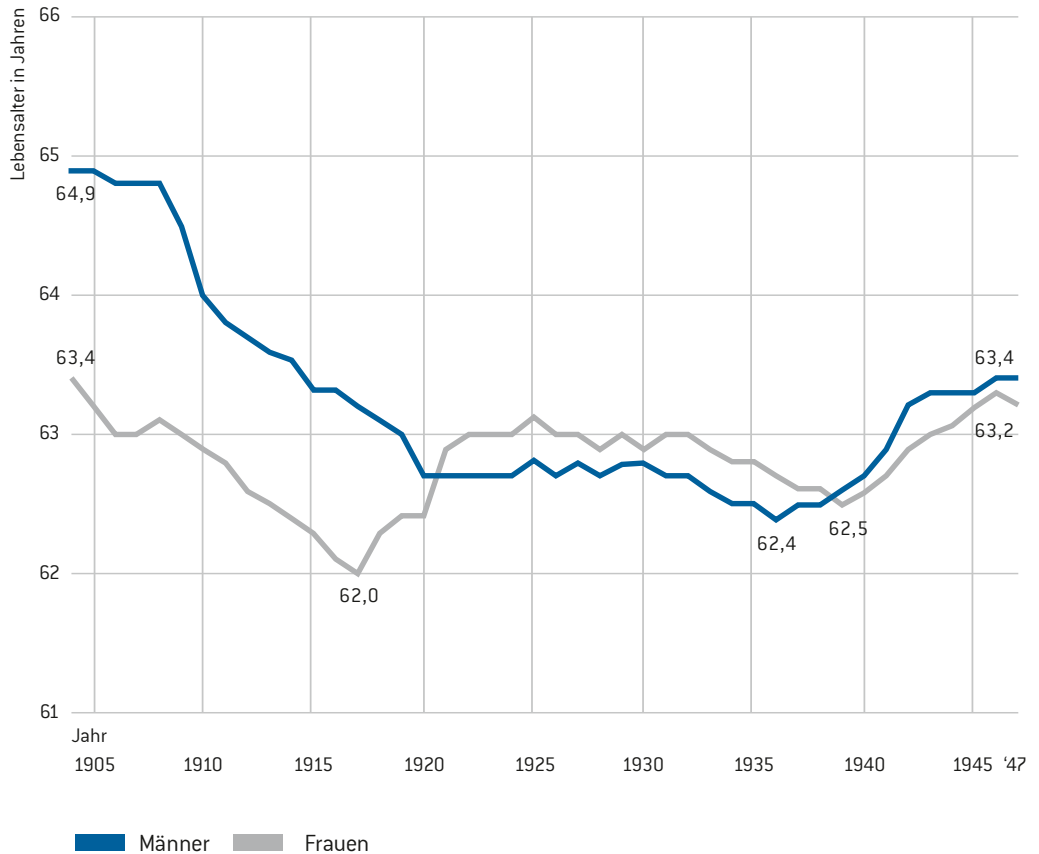
Im Pflegeheim versorgte Pflegebedürftige

Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt		Familienstand			
			Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden
	1.000	%				
Insgesamt						
Unter 25 Jahre	/	100	/	–	–	–
25–60 Jahre	26	100	69,3	/	/	/
60–70 Jahre	45	100	40,0	/	29,0	23,2
70–80 Jahre	119	100	21,0	16,2	56,1	6,7
80–90 Jahre	256	100	12,2	8,0	75,3	4,5
90 Jahre und mehr	147	100	12,5	/	79,8	/
Insgesamt	594	100	18,9	8,7	65,7	6,6
Davon: männlich						
Unter 25 Jahre	/	100	/	–	–	–
25–60 Jahre	15	100	81,2	/	/	/
60–70 Jahre	24	100	41,3	/	/	30,8
70–80 Jahre	32	100	26,4	29,3	36,1	/
80–90 Jahre	37	100	/	31,5	54,1	/
90 Jahre und mehr	17	100	/	/	62,0	–
Zusammen	126	100	28,9	22,1	37,8	11,2
Davon: weiblich						
Unter 25 Jahre	/	100	/	–	–	–
25–60 Jahre	11	100	/	/	/	/
60–70 Jahre	22	100	38,5	/	38,8	/
70–80 Jahre	86	100	19,0	11,3	63,5	/
80–90 Jahre	219	100	13,1	4,1	78,9	4,0
90 Jahre und mehr	130	100	12,4	/	82,1	/
Zusammen	469	100	16,2	5,1	73,2	5,4

>> Tab. 66: Im Pflegeheim (stationär) versorgte Pflegebedürftige nach Familienstand, Alter und Geschlecht, Mikrozensus 2003
[Statistisches Bundesamt 2004, S. 13]

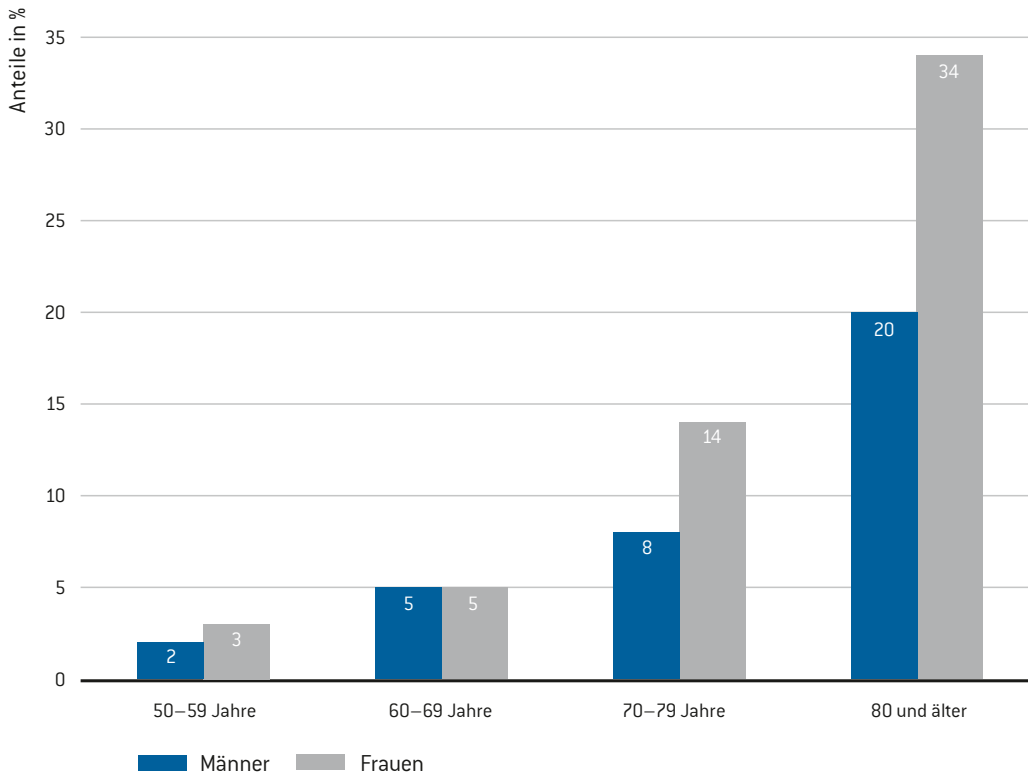
» 10.2 Abbildungen

Durchschnittliches Alter beim Erstbezug von Altersrenten



» Abb. 49: Durchschnittliches Alter beim Erstbezug von Altersrenten im Kohortenvergleich, Geburtsjahrgänge 1904–1947, nach Geschlecht, alte Bundesländer (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013)

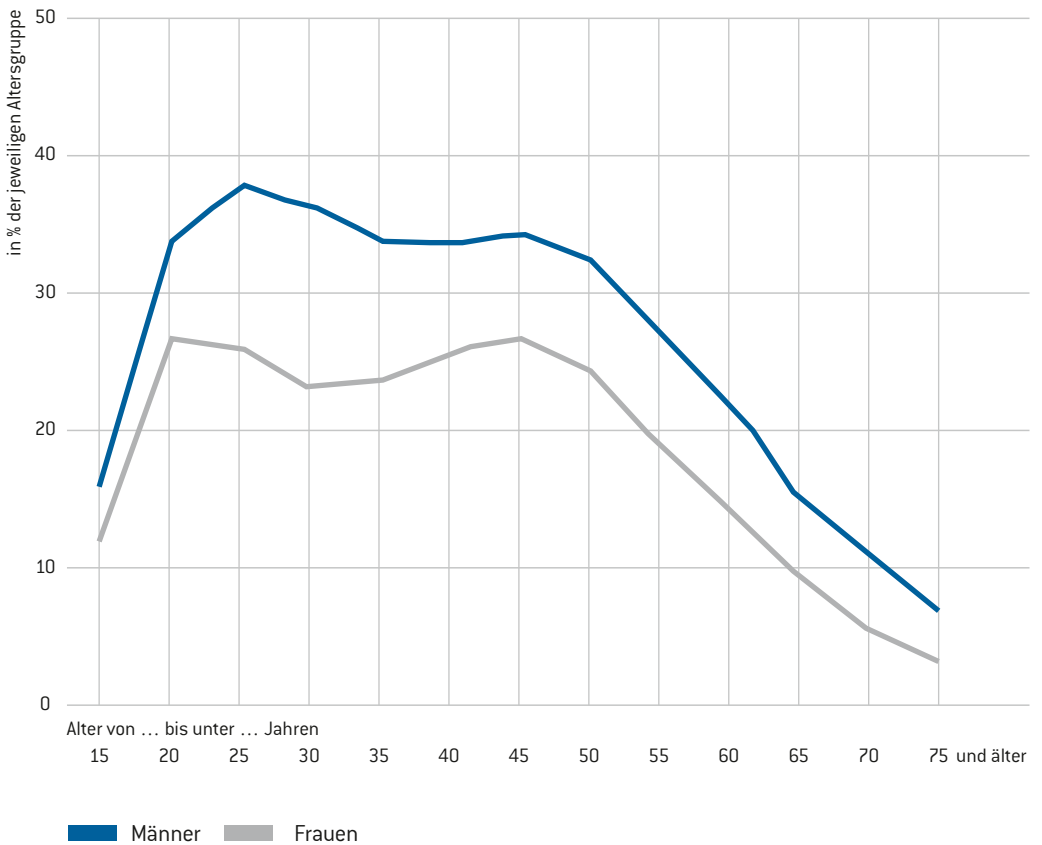
Anteil körperlich inaktiver Befragter



>> Abb. 50: Anteil körperlich inaktiver Befragter, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 21)

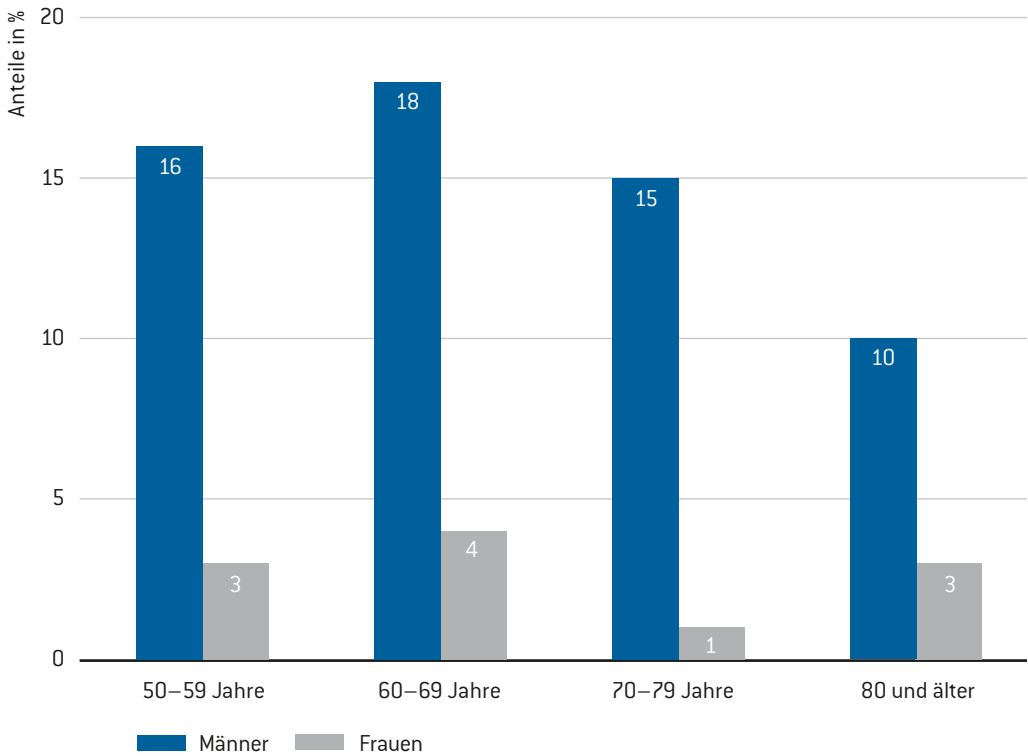
Fragen: »Wie oft üben Sie im Alltag eine anstrengende körperliche Tätigkeit aus, zum Beispiel beim Sport, bei schweren Arbeiten im Haus oder im Beruf?«, »Wie häufig machen Sie Dinge, die wenig oder mäßig anstrengend sind, zum Beispiel leichte Gartenarbeit, das Auto waschen oder spazieren gehen?« (Anteil der Befragten, die beide Fragen mit »So gut wie nie oder nie« beantworteten)

Regelmäßige Raucherinnen und Raucher



» Abb. 51: Regelmäßige Raucherinnen und Raucher nach Alter und Geschlecht in %, Mikrozensus 2009 [Statistisches Bundesamt 2012, S. 2]

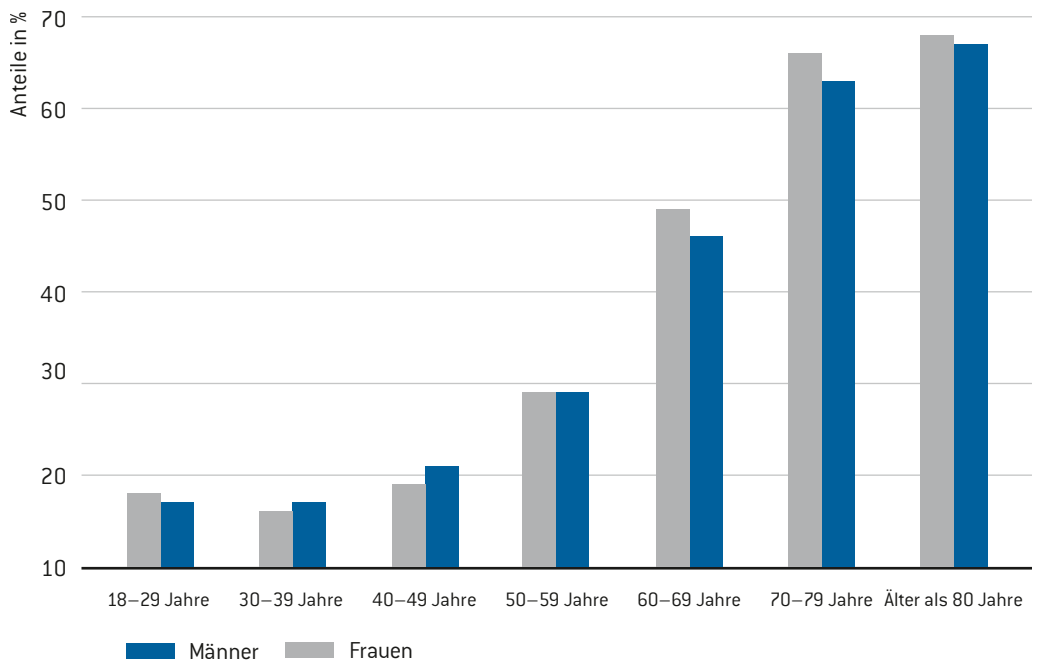
Erhöhter Alkoholkonsum



» Abb. 52: Erhöhter Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 24)

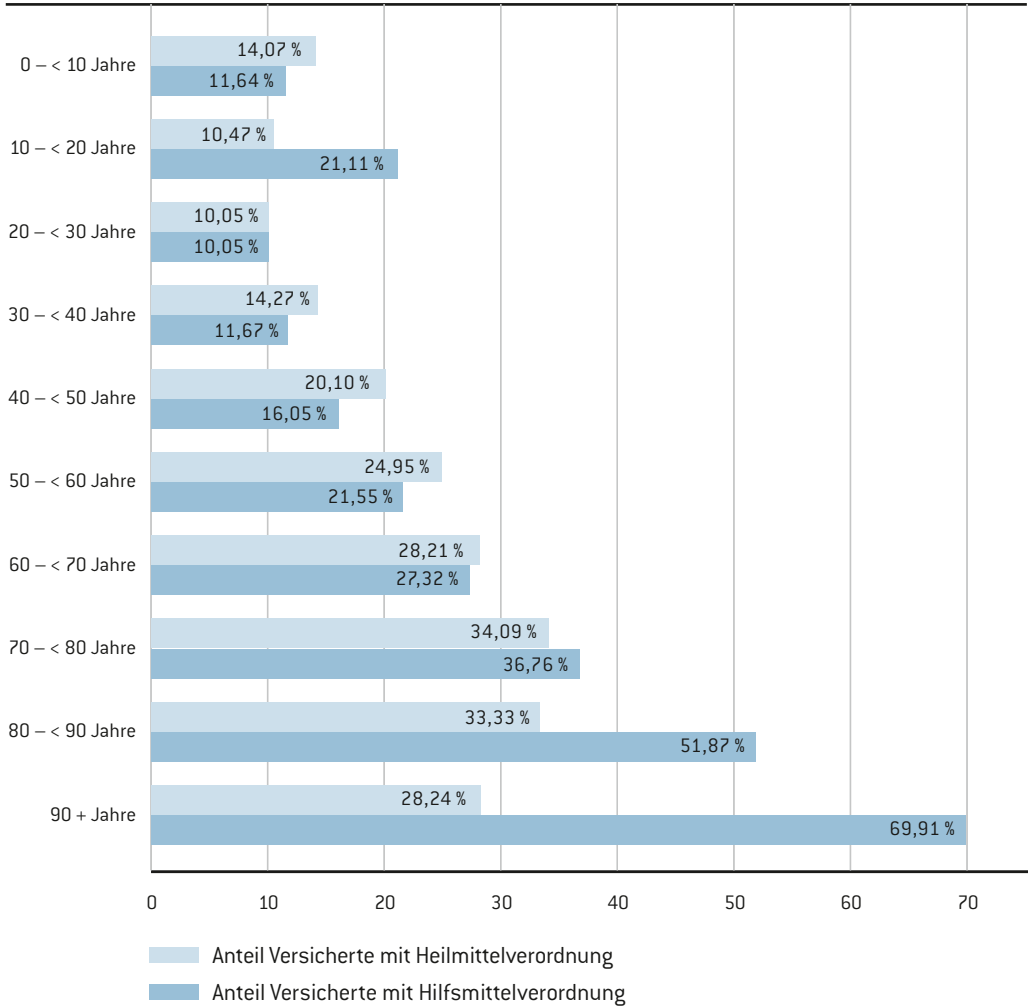
Frage: »Während der letzten sechs Monate – wie häufig haben Sie an einem Tag mehr als zwei Gläser oder Dosen Bier/Wein/Cocktails/hochprozentige Getränke getrunken?« (Anteil der Antworten: »fast täglich« und »an fünf oder sechs Tagen der Woche«)

Gripeschutzimpfungen



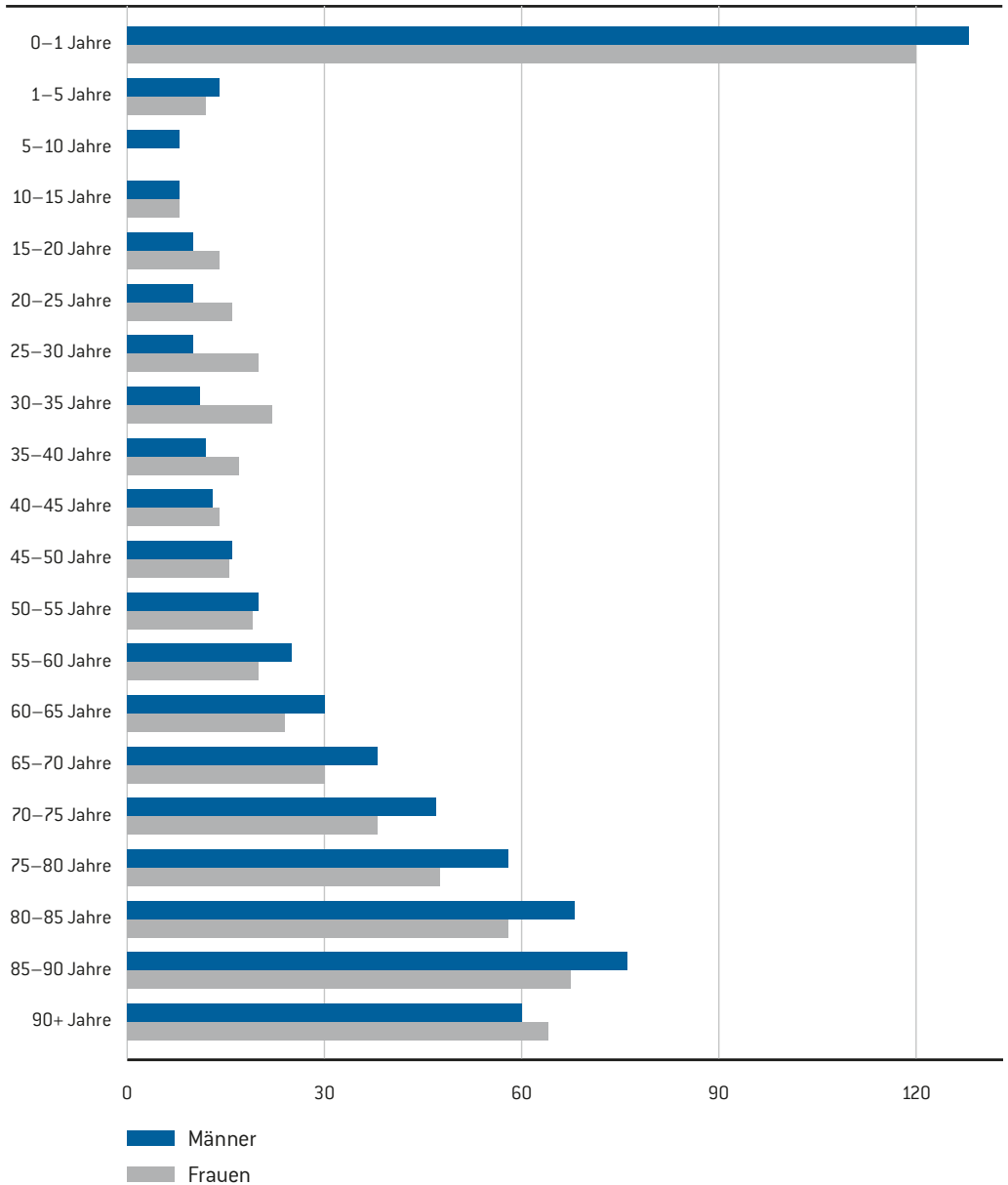
» Abb. 53: Gripeschutzimpfung in der Saison 2007/2008 nach Alter und Geschlecht, GEDA 2009 (Böhmer und Walter 2011, S. 2)

Versicherte mit Heil- und Hilfsmittelverordnung



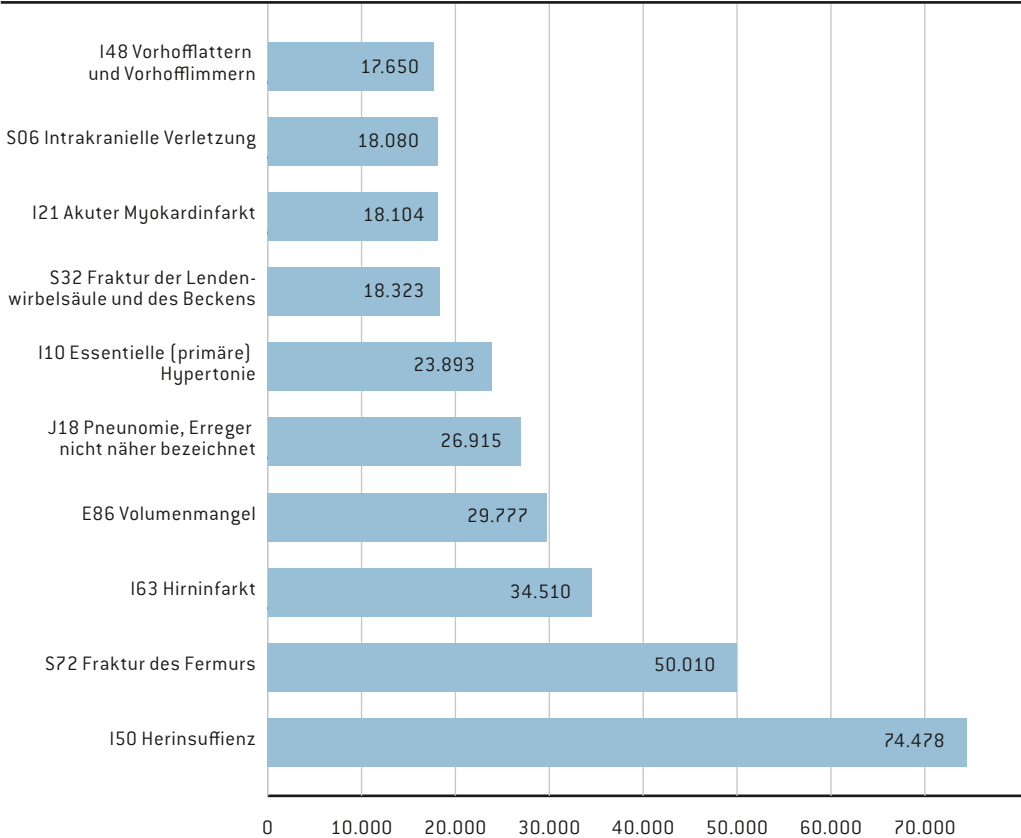
>> Abb. 54: Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen im Jahr 2012 nach Alter
 [Barmer GEK 2013b, S. 23]

Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern



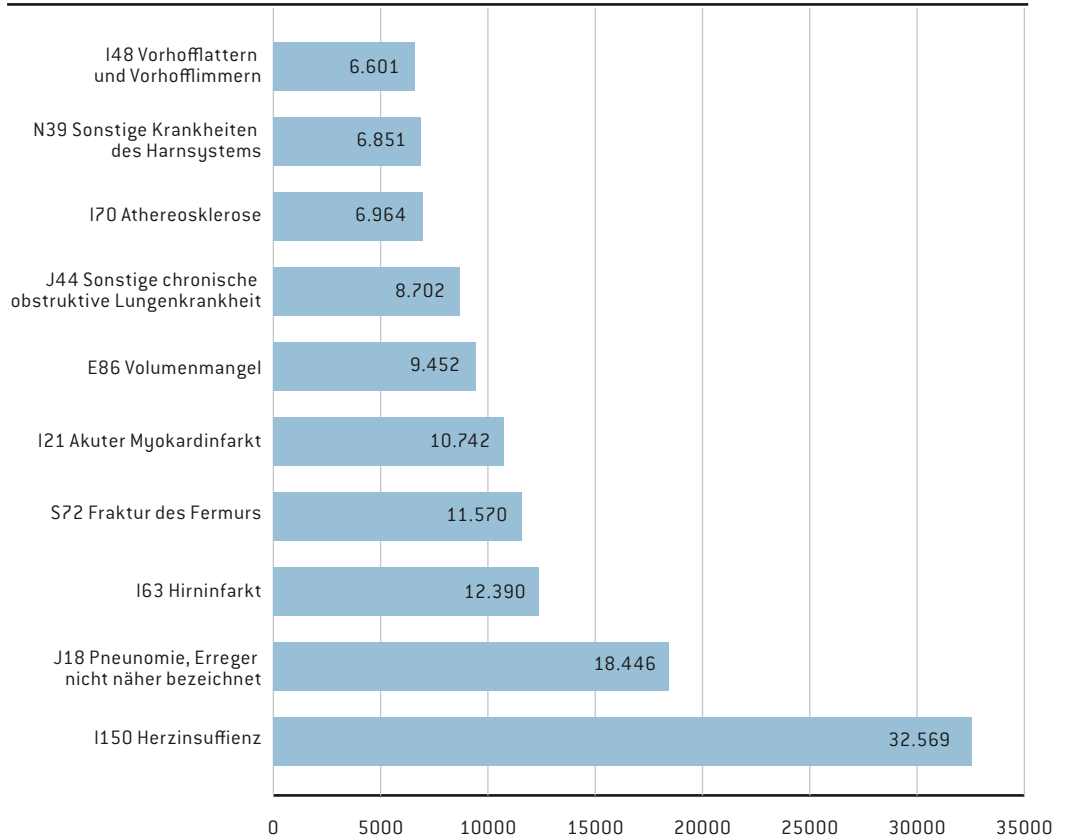
» Abb. 55: Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern nach Alter und Geschlecht je 100.000 Einwohner 2012
 (Statistisches Bundesamt 2013h, S. 6)

Diagnosen der Krankenhäuser für Frauen



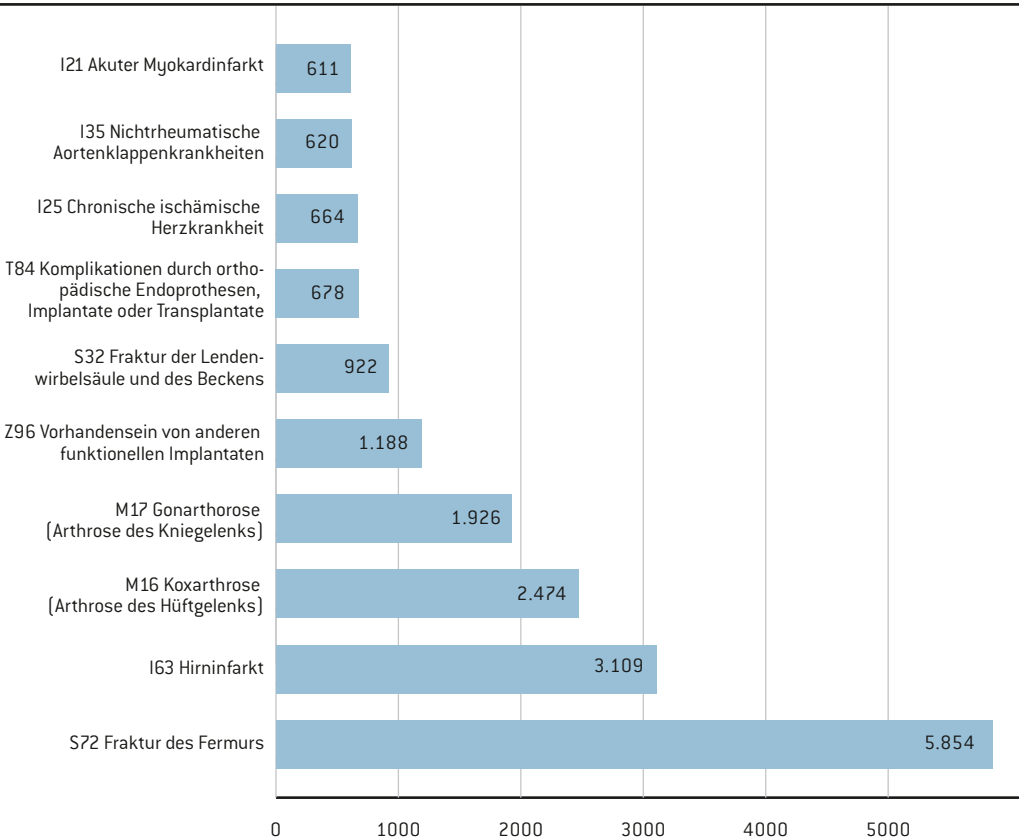
>> Abb. 56: Die 10 häufigsten Diagnosen der Krankenhäuser 2012, Anzahl aller Fälle nach ICD 10, Frauen ab 85 Jahren
 (Statistisches Bundesamt 2013i, Krankenhausstatistik, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 30.4.2014)

Diagnosen der Krankenhäuser für Männer



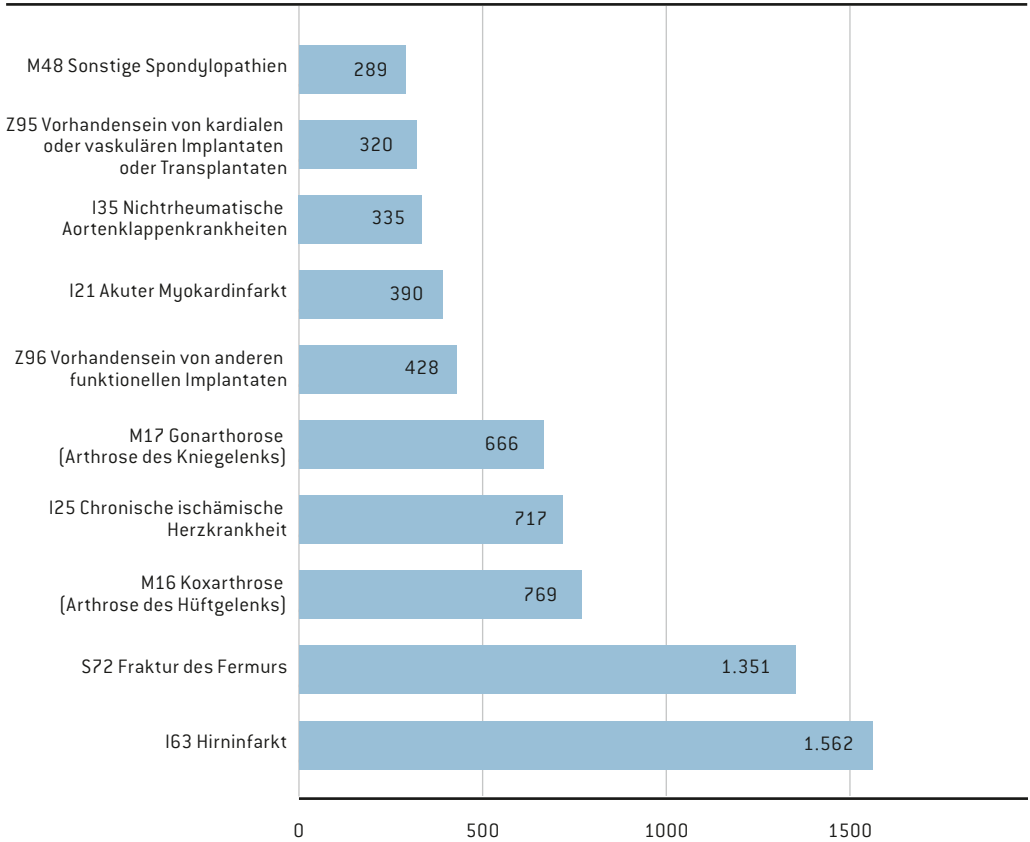
» Abb. 57: Die 10 häufigsten Diagnosen der Krankenhäuser 2012, Anzahl aller Fälle nach ICD 10, Männer ab 85 Jahren (Statistisches Bundesamt 2013i, Krankenhausstatistik, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 30.4.2014)

Diagnosen in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen für Frauen



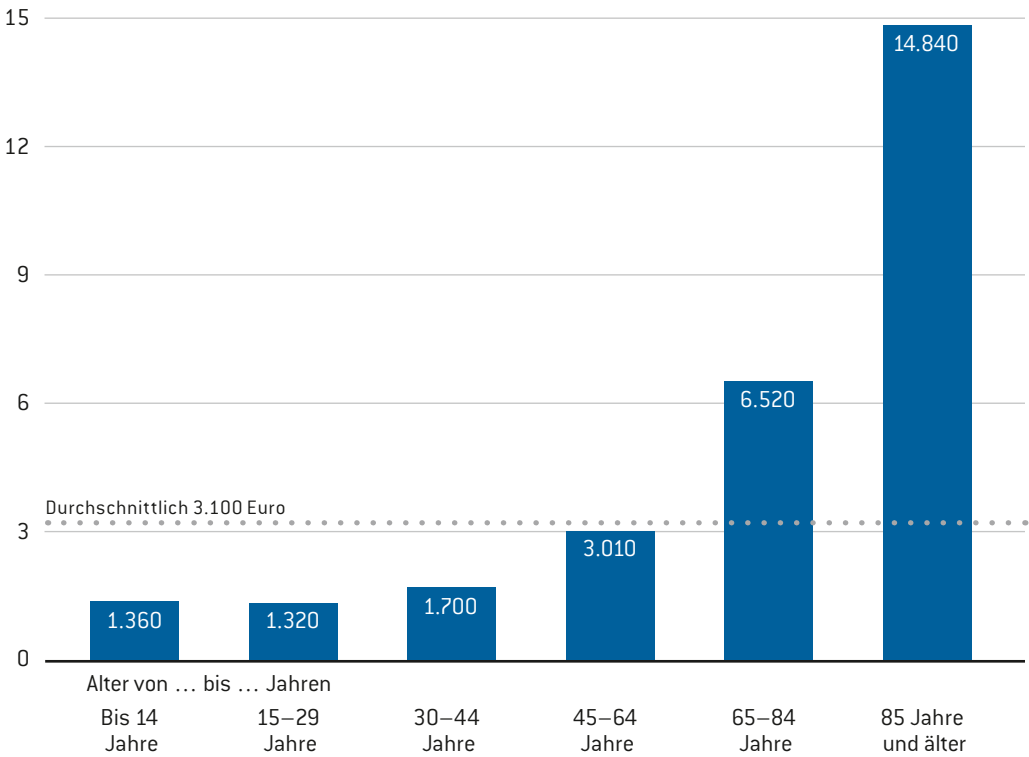
» Abb. 58: Die 10 häufigsten Diagnosen in Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten 2012, Anzahl aller Fälle nach ICD 10, Frauen ab 85 Jahren. (Statistisches Bundesamt 2013i, Krankenhausstatistik, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 30.4.2014)

Diagnosen in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen für Männer



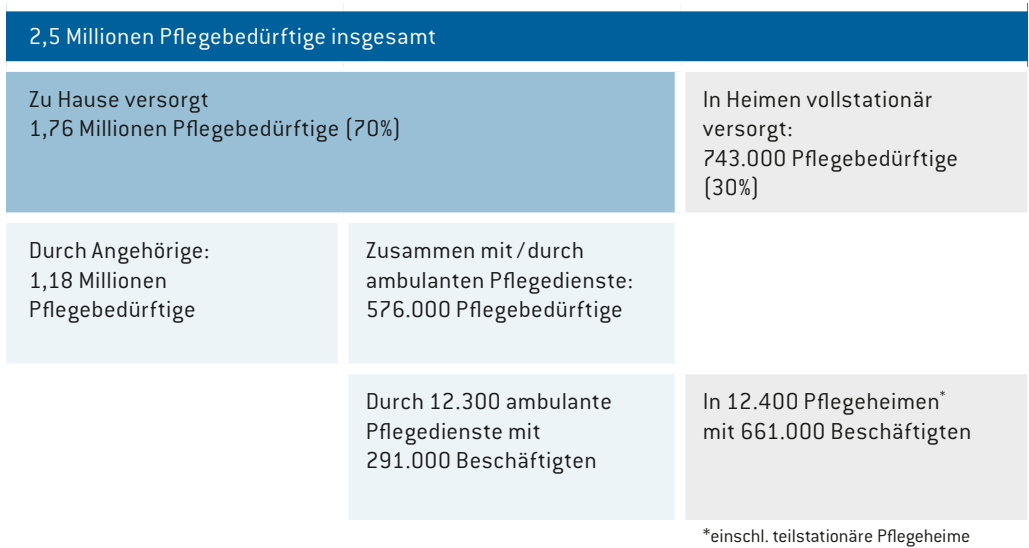
» Abb. 59: Die 10 häufigsten Diagnosen in Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten 2012, Anzahl aller Fälle nach ICD 10, Männer ab 85 Jahren (Statistisches Bundesamt 2013i, Krankenhausstatistik, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 30.4.2014)

Krankheitskosten in EUR je Einwohner



>> Abb. 60: Krankheitskosten 2008 in Euro je Einwohner, Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts [Nöthen 2011, S. 666]

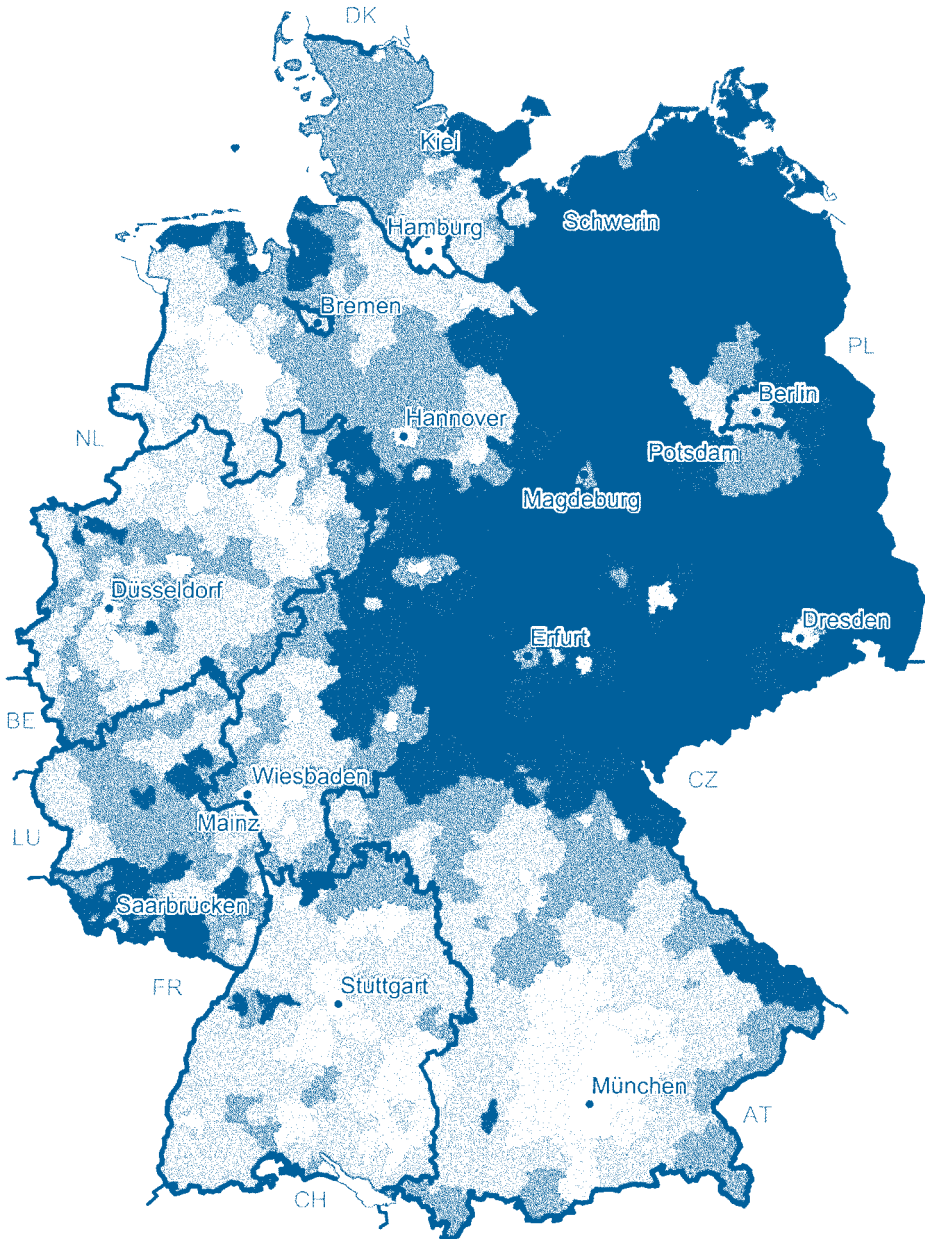
Eckdaten der Pflegestatistik



*einschl. teilstationäre Pflegeheime







» Abb. 61: Eckdaten der Pflegestatistik – Pflegebedürftige 2011 nach Versorgungsart, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 5)

Bevölkerungsprognose für 2030



>> Abb. 62: Bevölkerungsprognose für 2030, Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und älter, nach Kreisen (BBSR 2014)

Durchschnittsalter 2030 (Anteile in %)

	bis unter	44,5
	44,5 bis unter	46,0
	46,0 bis unter	47,5
	47,5 bis unter	49,0
	49,0 bis unter	50,5
	50,5	und mehr

» 10.3 Literaturverzeichnis

- Albani, C. u. a. (2004):** Religiosität und Spiritualität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Heft 37, S. 43–50.
- Amrhein, L. (2002):** Machtbeziehungen und soziale Konflikte in der stationären Altenpflege. In: Backes, G. M.; Clemens, W. (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: Schroeter, K. R.; Rosenthal, T. (Hg.): Soziologie der Pflege. Weinheim und München, S. 405–426.
- Andersen-Ranberg, K.; Petersen, I.; Robine, J.-M.; Christensen, K. (2005):** Who Are the Oldest-Old? In: Börsch-Supan, A. u. a. (Hg.): Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. Mannheim, S. 35–40.
- Andersen-Ranberg, K.; Robine, J.-M.; Thinggaard, M.; Christensen, K. (2008):** What Has Happened to the Oldest Old SHARE Participants After Two Years? In: Börsch-Supan, A. u. a. (Hg.): Starting the Longitudinal Dimension. Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007) Mannheim, S. 66–73.
- ARD Medien Basisdaten (2013):** Online verfügbar: www.ard.de/home/intern/fakten/ard-mediendaten/Mediennutzung_und_Freizeitbeschaeftigung/408808/index.html [letzter Zugriff am 19.06.2014].
- Au, C., Sowarka, D. (2011):** Palliative Versorgung Älterer – Versorgungsstrukturen am Lebensende. In: Informationsdienst Altersfragen, Heft 06, 38. Jg., S. 3.
- Backes, G. M.; Amrhein, L.; Wolfinger, M. (2008):** Gender in der Pflege: Herausforderungen für die Politik. Bonn.
- Bäcker, G. (2012):** Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme. Altersübergangsreport 2012–03. Duisburg.
- Bäcker, G.; Kistler, E. (2012):** Zahl der Kindererziehungszeiten/-leistungen und Ausgaben. Dossier Rentenpolitik. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar: www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/142733/kindererziehungszeiten-leistungen [letzter Zugriff am 19.06.2014].
- Baltes, M. M.; Maas, I.; Wilms, H.-U.; Borchelt, M. (1996):** Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 525–542.
- Baltes, M. M.; Maas, I.; Wilms, H.-U.; Borchelt, M. (1996):** Alltagskompetenz im Alter. In: Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 543–572.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2011):** Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Autor: Kohls, M. Nürnberg.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2012a):** Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Autoren: Schimany, P. u. a. Nürnberg.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2012b):** Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Autor: Kohls, M. Nürnberg.

- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014):** Tabelle 5.4: Höchster allgemeiner Schulabschluss nach Migrationshintergrund, Altersgruppen und Geschlecht. Mikrozensus 2012. Online verfügbar: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Forschung/Integrationsreport/Schulbildung/schulbildung-tabelle-5-4-pdf.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 02.04.2014].
- Barmer GEK (Hg.) (2010):** Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Autoren: Rothgang, H. u. a., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. St. Augustin.
- Barmer GEK (Hg.) (2012a):** Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012. Autoren: Kempfer, C. u. a., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Siegburg.
- Barmer GEK (Hg.) (2012b):** Barmer GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Autoren: Rothgang, H. u. a., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Siegburg.
- Barmer GEK (Hg.) (2013a):** Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Autoren: Rothgang, H. u. a., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Siegburg.
- Barmer GEK (Hg.) (2013b):** Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013. Autoren: Sauer, K. u. a., Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Siegburg.
- Barmer GEK (Hg.) (2013c):** Barmer GEK Zahnreport 2013. Autoren: Schäfer, T. u. a., Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsförderung Hannover (ISEG). Siegburg.
- Barmer GEK (Hg.) (2014):** Barmer GEK Arztreport 2014. Autoren: Grobe, T. G. u. a., AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Siegburg.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2014):** Länder, Bund – Bevölkerung insgesamt. Online verfügbar: www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumebeobachtung/UeberRaumebeobachtung/Komponenten/Raumordnungsprognose/Downloads/DL_uebersicht.html?nn=443262 [letzter Zugriff am 02.05.2014].
- Becker, I. (2010):** Regelleistungsbemessung auf der Basis des »Hartz IV-Urteils« des Bundesverfassungsgerichts und der normativen Vorgaben im Positionspapier der Diakonie. Projektbericht an das Diakonische Werk Evangelischer Kirchen in Mitteldeutschland e. V. Riedstadt.
- Becker, I. (2012):** Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter. In: Zeitschrift für Sozialreform 58(2), S. 123–148.
- Betz, S.; Müller, B.; Beckmann, K. J.; Hüttl, R. F. (2009):** Altern in Deutschland. Altern in Gemeinde und Region. Band 5. Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. Halle.
- Berlin-Institut (Hg.) (2009):** Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Autorin: Köhncke, Y. Berlin.
- 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 (2011):** Alterssicherung in Deutschland 2011 (ASID 2011). Zusammenfassender Bericht. Durchgeführt von TNS Infratest Sozialforschung. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009a):** Altern im Wandel – Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009b):** Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Berlin.

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010a):** Hauptbericht Freiwilligensurvey 2009. München.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010b):** Monitor Engagement, Ausgabe 2. Kurzbericht des 3. Freiwilligensurveys. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011a):** Erster Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2011b):** Monitor Engagement, Ausgabe 4. Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen? Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2013):** Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) – Eine Langzeitstudie über die zweite Lebenshälfte in Deutschland. Kurzfassung. Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011):** Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes«. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung. Autoren: Schmidt, M.; Schneekloth, U. München, Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012):** Nationales Gesundheitsziel »Gesund älter werden«. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Autoren: Blüher, S. u. a. Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2013):** Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014):** Pflegeversicherung im Überblick. Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2014 an die Pflegeversicherung im Überblick. Online verfügbar: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Pflegeversicherung_im_Uebersicht_2014.pdf [letzter Zugriff am 16.05.2014].
- BMI – Bundesministerium des Innern (2011):** Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes. Berlin.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Wohnen (Hg.) (2011):** Wohnen im Alter. Forschungen, Heft 47. Autoren: Kremer-Preiß, U.; Mehnert, T.; Stolarz, H. Bonn.
- Böhmer, M.; Walter, D. (2011):** Gripeschutzimpfung in Deutschland: Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys GEDA 2009. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut. Berlin. GBE kompakt 2 (1), www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_1_Gripeschutzimpfung.pdf?_blob=publicationFile [Stand: 03.02.2011].
- Börsch-Supan, A; Brugiavini, A.; Jürges, H. (Hg.) (2005):** Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA). Mannheim.
- Brandt, M. (2009):** Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich. Wiesbaden.
- Bundesregierung (2011):** Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Fritz Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 17/6317 vom 29. 06. 2011: Altersarmut in Deutschland. Berlin.

- van den Bussche, H.; Heinen, I. u. a. (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.
- Denninger, T.; Dyk, S. van; Lessenich, S.; Richter, A. (2014):** Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft. Bielefeld.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013):** Rentenbestand am 31.12. 2012. Bd. 192. Berlin.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hg.) (2011):** Substanzbezogene Störungen im Alter. Hamm.
- DLR – Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V.; infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2010):** MiD 2008 – Mobilität in Deutschland 2008. Ergebnisbericht. Im Auftrag des BMVBS. Bonn und Berlin.
- 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.
- Drennan, J.; Treacy, M.; Butler, M.; Byrne, A.; Fealy, G.; Frazer, K. (2008):** The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. In: Ageing and Society, 28, S. 1113–1132.
- Dykstra, P. A.; van Tilburg, T. G.; Gierveld, J. d. J. (2005):** Changes in older adult loneliness – Results from a seven-year longitudinal study. In: Research on Aging, 27 (6), S. 725–747.
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005):** Erwerbsbeteiligung und Übergang in den Ruhestand. In: Der Alterssurvey. Aktuelles auf einen Blick. Ausgewählte Ergebnisse. Online verfügbar: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/kapitel2.9-erwerbsbeteiligung,property=pdf.pdf [letzter Zugriff am 16.05.2014].
- Eckardt, R.; Steinhagen-Thiessen, E.; Kämpfe, S.; Buchmann, N. (2013):** Polypharmazie und Arzneimitteltherapiesicherheit im Alter. Strategien zur Verbesserung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, DOI 10.1007/s00391-013-0562-0.
- Engstler, H.; Menning, S. (2003):** Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemografische Entwicklung in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Engstler, H.; Wolf, T.; Motel-Klingebiel, A. (2011):** Die Einkommenssituation und -entwicklung Verwitweter in Deutschland. In: DIW – Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, S. 77–102.
- Falk, K.; Heusinger, J.; Kammerer, K.; Khan-Zvorničanin, M.; Kümpers, S.; Zander, M. (2011):** Alt, arm, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin.
- Fokkema, T.; Naderi, R. (2013):** Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. In: European Journal of Ageing (Online First).
- Fooken, I. (1999):** Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: Niederfranke, A.; Naegele, G.; Frahm, E. (Hg.): Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen und Wiesbaden, S. 209–242.

Forschungsverbund Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung der Bundesrepublik

- Deutschland: Arbeit und Lebensweisen (Hg.) (2009):** Prozessproduzierte Daten und Sondererhebungen der gesetzlichen Rentenversicherung. Jahrgangsspezifisches Rentengeschehen. SOEB-Arbeitspapier 2009-2. Autorin: Mika, T. Göttingen.
- Frick, J.; Grabka, M. (2009):** Gestiegene Vermögensungleichheit in Deutschland. In: DIW-Wochenbericht. 76(4), S. 54–67.
- Frick, J.; Grabka, M.; Groh-Samberg, O.; Hertel, F.; Tucci, I. (2009):** Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Forschungsstudie. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Fuchs, J.; Busch, M.; Lange, C.; Scheidt-Nave, C. (2012):** Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany – results of the German Telephone Health Interview Survey »German Health Update (GEDA) 2009-2. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55, Heft 4, S. 576–586.
- Fuhr, G. (2012):** Armutsgefährdung von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Wirtschaft und Statistik (7), S. 549–563.
- Gaßmann, K.-G.; Rupprecht R.; Freiberger, E. (2009):** Predictors for occasional and recurrent falls in community-dwelling older people. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, Heft 1, S. 3–10.
- GEKID – Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (2014):** Geschätzte altersspezifische Raten und Fallzahlen für Deutschland [Inzidenz]. Online verfügbar: www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/Help/Altersspezifische%20Angaben_2014.xlsx [letzter Zugriff am 08.03.2014].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2010):** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, in Kraft getreten am 3. März 2011. Online verfügbar: www.g-ba.de/downloads/62-492-510/RL_KFU_2010-12-16.pdf [letzter Zugriff am 13.05.2014].
- Generali Zukunftsfonds (Hg.) und Institut für Demoskopie Allensbach (2012):** Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Autoren: Köcher, R., Brutell, O. Frankfurt a. M.
- Generali Zukunftsfonds (Hg.) und Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg (2014):** Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds. Köln.
- GeroStat (2014):** Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin DOI 10.5156/GEROSTAT.
- Görgen, T. (2009):** »Blicke über den Zaun«: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [Hg.]: Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Berlin, S. 480–492.
- 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. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Gößwald, A.; Lange M.; Kamtsiuris, P.; Kurth B.-M. (2012):** DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55, Heft 6/7, S. 775–780.

- Granacher, U. u. a. (2013):** Diagnostik und Training von Kraft und Gleichgewicht zur Sturzprävention im Alter. Empfehlungen eines interdisziplinären Expertengremiums. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. DOI 10.1007/s00391-013-0509-5.
- Haberkern, K.; Brandt, M. (2010):** Intergenerationale und professionelle Unterstützung älterer Personen in Europa. WSI-Mitteilungen 04/2010, S. 188–195.
- Heidemann, C.; Du, Y.; Scheidt-Nave C. (2011):** Diabetes mellitus in Deutschland. Herausgegeben vom Robert-Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 3/2011. Online verfügbar: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_3_diabetes.pdf?_blob=publicationFile [Stand: 06.05.2011].
- Heinen, I. u. a. (2013):** 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. DOI 10.1007/s00391-013-0556-y.
- Helmholtz Zentrum München (2013):** KORA Herzinfarktregister Augsburg. Herzinfarkt-Raten je 100.000 Einwohner und Letalität in Augsburg nach Alter und Geschlecht. Online verfügbar: www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 04.05.2014].
- Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (2009):** Homosexualität und Alter – Informationen für Beschäftigte in der Altenpflege. Wiesbaden.
- Heusinger, J. (2006):** Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (6), S. 418–422.
- Höpflinger, F. (2014):** Sozialbeziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder. Online verfügbar: www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf [letzter Zugriff am 20.04.2014].
- Höpflinger, F.; Hummel, C.; Hugentobler, V. (2006):** Enkelkinder und ihre Großeltern. Intergenerationelle Beziehungen im Wandel. Zürich.
- Höpflinger, F.; Spahni, S.; Perrig-Chiello, P. (2013):** Persönliche Bilanzierung der Herausforderungen einer Verwitwung im Zeit- und Geschlechtervergleich. In: Zeitschrift für Familienforschung 25, 3, S. 267–285.
- Horn, A. u. a. (2013):** Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Literaturrecherche. Veröffentlichung des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld.
- Hubert, S.; Althammer, J.; Korucu-Rieger, C. (2009):** Soziodemographische Merkmale und psychophysisches Befinden älterer türkischer Migrantinnen und Migranten in Deutschland: Eine Untersuchung auf Basis der Haupt- und Zusatzbefragung des Generations and Gender Survey der ersten Welle. Berlin.
- INKAR (2013):** Indikatoren und Karten zur Stadt- und Raumentwicklung (Elektronische Ressource). Herausgegeben vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). CD-Rom. Bonn.
- Jopp, D.; Rott, C.; Boerner, K.; Boch, K.; Kruse, A.: (2013):** Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie. Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Studie in der Reihe »Alter und Demographie«. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.
- Karlsruher Institut für Technologie/Institut für Verkehrswesen (2013):** Deutsches Mobilitätspanel (MOP). Bericht 2012/2013: Alltagsmobilität und Fahrleistungen. Bericht zum FE-Projekt 70.0864/2011 im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur. Karlsruhe.

- Kinzi, J. F. (2013):** Psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, Heft 6, S. 526–531.
- Kolland, F. (2010):** Freizeit im Alter. In: Aner, K.; Karl, U. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden, S. 355–360.
- Kroll, L. E.; Ziese, T. (2009):** Kompression oder Expansion der Morbidität? In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin, S. 105–112.
- Kruse, A. (2012):** Lebenszufriedenheit aus psychologischer und gerontologischer Perspektive. In: Generali Zukunftsfonds (Hg.) und Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013. Bonn, S. 62–72.
- Künemund, H.; Hollstein, B. (2000):** Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: Kohli, M.; Künemund, H. (Hg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, S. 212–276.
- Künemund, H.; Kaiser, C. (2011):** Das verborgene Verschwinden des Privaten in der zweiten Lebenshälfte. In: Hahn, K.; Koppetsch, C. (Hg.): Soziologie des Privaten. Wiesbaden, S. 303–311.
- Künemund, H.; Schroeter, K. R. (2008):** Einleitung. In: Künemund, H.; Schroeter, K. (Hg.): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen. Wiesbaden, S. 7–16.
- Lampert, T. (2009):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin, S. 121–133.
- Lampert, T.; Kroll L. E. (2014):** Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 5 {2}. Online verfügbar: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?_blob=publicationFile (Stand: 17.03.2014).
- Lüscher, K.; Liegler, L. (2003):** Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft. Konstanz.
- Mahne, K.; Motel-Klingebiel, A. (2010):** Familiäre Generationenbeziehungen. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys 1996–2008 (DEAS). Stuttgart, S. 188–214.
- Martens, R. (2008):** Hartz-IV-Regelsatz und Preisentwicklung: Vorschlag für einen spezifischen Preisindex zur Anpassung der Regelsätze. In: Soziale Sicherheit 57 {2}, S. 68–73.
- Mattes, M. (2005):** »Gastarbeiterinnen« in der Bundesrepublik. Anwerbspolitik, Migration und Geschlecht in den 50er- bis 70er-Jahren. Frankfurt und New York.
- Mayer, K. U. u. a. (1996):** Wissen über das Alter (n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 599–634.
- Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hg.) (1996):** Die Berliner Altersstudie. Berlin.
- Menning, S. (2006):** Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. GeroStat Report Altersdaten 02/2006. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Menning, S.; Hoffmann, E. (2009a):** Ältere Migrantinnen und Migranten. GeroStat Report Altersdaten. 01/2009. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.

- Menning, S.; Hoffmann, E. (2009b):** Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin, S. 62–78.
- 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«. Online verfügbar: www.dgd-online.de/fileadmin/ak_migration/2007/AK0714.pdf [letzter Zugriff am 01.07.2014].
- Mika, T. (2006):** Potenziale der Migrationsforschung mit dem Rentenbestand und dem Rentenzugang. DRV-Schriften, Band 55/2006.
- Motel-Klingebiel, A.; Engstler, H. (2008):** Einkommensdynamiken beim Übergang in den Ruhestand. In: Kühnemann, H.; Schroeter, K. R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter – Fakten, Prognosen und Visionen. Wiesbaden.
- Motel-Klingebiel, A.; Simonson, J.; Romeu Gordo, L. (2010):** Materielle Sicherung. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2010). Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys 1996-2008 (DEAS). Stuttgart, S. 61–89.
- Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2010):** Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys 1996-2008 (DEAS). Stuttgart.
- Motel-Klingebiel, A.; Ziegelmann, J. P.; Wiest, M. (2013):** Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens. Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, Heft 1, S. 5–9.
- Naumann, D.; Romeu-Gordo, L. (2010):** Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Stuttgart, S. 118–141.
- Nöthen, M. (2011):** Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Wirtschaft und Statistik 7/2011, S. 665–675.
- Nöthen, M.; Böhm, K. (2009):** Krankheitskosten in Deutschland. Welchen Preis hat die Gesundheit im Alter? In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin, S. 228–246.
- Noll, H.-H.; Weick, S. (2012):** Altersarmut: Tendenz steigend. Analysen zu Lebensstandard und Armut im Alter. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren ISI 47, Januar 2012, S. 1–6.
- Nowossadeck, S.; Engstler, H. (2013):** Familie und Partnerschaft im Alter. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Report Altersdaten 3/2013. Berlin.
- Nowossadeck, S.; Nowossadeck, E. (2011):** Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter. Report Altersdaten 1-2/2011. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Özcan, V. I.; Seifert, W. (2004):** Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen zur Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Berlin.
- Oswald, F. (2012):** Umzug im Alter. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J. P. (Hg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart, S. 569–575.

- Oswald, F.; Kaspar, R.; Frenzel-Erkert, U.; Konopik, N. (2013):** »Hier will ich wohnen bleiben!« Ergebnisse eines Frankfurter Forschungsprojektes zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern. BHF-Bank Stiftung. Frankfurt am Main.
- Perrig-Chiello, P. (1997):** Wohlbefinden im Alter: Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Weinheim.
- Pinquart, M.; Soerensen, S. (2000):** Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. In: *Psychology and Aging* 15, S. 187–224.
- Rabenberg, M.; Mensink, G. B. M. (2011):** Obst- und Gemüsekonsum heute. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 2(6). Online verfügbar: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_6_Obst_gemuese.pdf?_blob=publicationFile (Stand: 01.09.2011).
- Rapp, K.; Becker, C. (2009):** Sturzprophylaxe. Vorsicht Stufe. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 12, Heft 6, S. 24–27.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2005a):** Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Autor: Weyerer. S. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2005b):** Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2010):** Depressive Erkrankungen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Autorinnen: Wittchen, H.-U. u. a. 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: Gaber, E. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2012a):** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2013):** Krebs in Deutschland 2009/2010. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. 9. Ausgabe. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Autoren: Kaatsch, P. u. a. Berlin.
- Rott, C.; Jopp, D. S. (2012):** Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55, Heft 4, S. 474–480.
- Saß, A.-C. (2010):** Unfälle in Deutschland. Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) 2009. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 2/2010. Online verfügbar: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010_2_Unfaelle.pdf?_blob=publicationFile (Stand: 29.04.2010).
- Saß, A.-C.; Wurm, S.; Scheidt-Nave, C. (2010):** Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53, Heft 5, S. 404–416.

- Sauer, S.; Müller, R.; Rothgang, H. (2013):** Institutionalisiertes Sterben in Deutschland. Trends in der Sterbeortverteilung: Zu Hause, Krankenhaus und Pflegeheim. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. DOI 10.1007/s00391-013-0547-z.
- Schäffgen, K. (1998):** Die Verdopplung der Ungleichheit. Sozialstruktur und Geschlechterverhältnisse in der Bundesrepublik und in der DDR. Dissertation an der Humboldt Universität zu Berlin. Internetdokument: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/phil/schaeffgen-katrin/PDF/Schaeffgen.pdf> [letzter Zugriff am 12.08.2013].
- Scharf, T.; Gierveld, J. d. J. (2008):** Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. In: European Journal of Ageing, 5(2), S. 103–115.
- Schaufler, J.; Telschow, C. (2013):** Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2013. Berlin und Heidelberg, S. 967–981.
- Scheidt-Nave, C.; Richter, S.; Fuchs, J.; Kuhlmeier, A. (2010):** Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel »Multimorbidität«. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53, Heft 5, S. 441–450.
- Schmidtke, A.; Sell, R.; Löhr, C. (2008):** Epidemiologie von Suizidalität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, Heft 3, S. 3–13.
- Schmiemann, G.; Hoffmann, F. (2013):** Polypharmazie und kardiovaskuläre Wirkstoffgruppen bei Älteren – Eine Einsatzmöglichkeit der Polypill? In: Barmer GEK (Hg.): Barmer GEK Arzneimittelreport 2013. Siegburg, S. 74–89.
- Schneekloth, U. (2005):** Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlußbericht. Berlin, S. 55–98.
- Schneekloth, U. (2006):** Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen« (MuG IV), im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Schneekloth, U.; Törne, I. v. (2008):** Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (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, U. (2006):** Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht. In: Zeitschrift für Sozialreform 52 (4), S. 493–520.
- Scholz, R. (2013):** Demografischer Wandel: Sterblichkeit und Hochaltrigkeit. In: Statistisches Bundesamt (destatis) und Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) (Hg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, S. 26–33.

- Schütz, B.; Wurm, S. (2009):** Wie wichtig ist Prävention? In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, S. 160–166.
- Schulz, R.-J.; Kurtal, H.; Steinhagen-Thiessen, E. (2009):** Rehabilitative Versorgung alter Menschen. In: Kochsiek, K. (Hg.): Altern und Gesundheit. Reihe Altern in Deutschland, Band 7. Halle, S. 193–224.
- Schumacher, J. (2013):** The prevalence of falls in adults aged 40 years or older in an urban, German population. Results from a telephone survey. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. DOI 10.1007/s00391-013-0503-y.
- Seger, W.; Sittaro, N.-A.; Lohse, R.; Rabba, J. (2013):** Vergleich von Pflegeverlauf und Sterblichkeit von Pflegebedürftigen mit und ohne medizinische Rehabilitation. Hannover Morbiditäts- und Mortalitäts-pflegestudie. 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 5/2013, S. 360–368.
- Simonson, J.; Hagen, C.; Vogel, C.; Motel-Klingebiel, A. (2013):** Ungleichheit sozialer Teilhabe im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 5, S. 410–416.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010):** Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013):** Empfänger/innen von Grundsicherung im Alter nach dem 4. Kapitel des SGB XII. Online verfügbar: www.amtliche-sozialberichterstattung.de/B3quote_grundsicherung_im_alter.html [letzter Zugriff am 12.04.2014].
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2004):** Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011a):** Im Blickpunkt – Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011b):** Mikrozensus 2009 – Fragen zur Gesundheit – Kranke und Unfallverletzte 2009. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011c):** Mikrozensus 2009 – Fragen zur Gesundheit – Körpermaße der Bevölkerung 2009. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011d):** Mikrozensus 2009 – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2009. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2011e):** Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2012):** Gesundheit im Alter. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013a):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013b):** Sozialleistungen. Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII 2010. Fachserie 13, Reihe 2.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013c):** Statistik der Kriegsopferfürsorge 2012. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013d):** Kurzbericht. Statistik der schwerbehinderten Menschen 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013e):** Statistisches Jahrbuch 2013. Deutschland und Internationales. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013f):** Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013g):** Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12, Reihe 4. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013h):** Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2012. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013i):** Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012. Fachserie 12, Reihe 6.2.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013j):** Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2011. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/UnfaelleGewaltKinderTabellenband5230001117005.xls?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 12.03.2014].
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013k):** Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013l):** Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Wohnverhältnisse privater Haushalte. Fachserie 15, Sonderheft 1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2014a):** Bevölkerungsstand nach dem Zensus 2011. Vereinfachte Fortschreibung auf Grundlage des Zensus. Vorläufige Jahresergebnisse. Online verfügbar: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/AktuellZensus.html [letzter Zugriff am 01.07.2014].
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2014b):** Krankheitskosten in Millionen Euro für Deutschland. www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 30.04.2014].
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2014c):** Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 16.05.2014].
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2014d):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 (Zensusdaten mit dem Stand vom 10.04.2014). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis); Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GE-SIS-ZUMA); Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); Zentrales Datenmanagement (Hg.) (2008):** Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (destatis); Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); Zentrales Datenmanagement (Hg.) (2013):** Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
- Steinhagen-Thiessen, E.; Borchelt, M. (1996):** Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 151–183.

- Strauß, S.; Ebert, A. (2010):** Langfristige Konsequenzen von Erwerbsunterbrechungen auf das Lebens-einkommen – bildungs- und geschlechtsspezifische Unterschiede. DRV-Schriften Band 55/2010, S. 209–231.
- Tesch-Römer, C. (2010):** Soziale Beziehungen alter Menschen. Stuttgart.
- Tesch-Römer, C.; Wurm, S. (2009a):** Theoretische Positionen zu Gesundheit und Altern. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichts-erstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin, S. 7–20.
- Tesch-Römer, C.; Wiest, M.; Wurm, S. (2010):** Subjektives Wohlbefinden. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Stuttgart, S. 263–283.
- Tews, H. P. (1993):** Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, G.; Tews, H. P. (Hg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen, S. 15–42.
- Trachte, F.; Sperlich, S.; Geyer, S. (2014):** Kompression oder Expansion der Morbidität? Entwicklung der Gesundheit in der älteren Bevölkerung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, DOI 10.1007/s00391-014-0644-7.
- Trischler, F.; Kistler, E. (2011):** Erwerbsverläufe und Alterseinkünfte im Paar- und Haushaltskontext. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.
- Voges, W. (2008):** Soziale Unterschiede der Suizidalität im Alter. In: Rehberg, K.-S. (Hg.): Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Frankfurt und New York, S. 1384–1397.
- Voges, W.; Zinke, M. (2010):** Wohnen im Alter. In: Aner, K.; Karl, U. (Hg.): Handbuch soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden, S. 301–308.
- Wahl, H.-W.; Oswald, F. (2012):** Wohnen, Wohnraumanpassung und Gesundheit. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J. P. (Hg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in Schlüsselbegriffen. Stuttgart, S. 492–498.
- Weihrauch, B. (2011):** Leben bis zuletzt – Hospizbewegung und Palliativmedizin in Deutschland. In: Informationsdienst Altersfragen, Heft 06, 38. Jg., S. 18–23.
- Weiss, R. S. (1973):** Loneliness: the experience of emotional and social isolation. Cambridge.
- Weyerer, S.; Bickel, H. (2007):** Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie, Band 14. Stuttgart.
- Wurm, S.; Lampert, T.; Menning, S. (2009):** Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin, S. 79–91.
- Wurm, S.; Schöllgen, I.; Tesch-Römer, C. (2010):** Gesundheit. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 90–117.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2013):** Dokumen-tation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Stand 25.01.2013). Online verfügbar: www.gbe-bund.de [letzter Zugriff am 12.05.2014].

- Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2009):** Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002. In: Gesundheitswesen, Jg. 71, S. 281–290.
- Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2008):** Bereits 1,2 Millionen Demenzerkrankte in Deutschland. Hoffnung auf langsameren Zuwachs durch gesunden Lebensstil und medizinischen Fortschritt. In: Demographische Forschung aus erster Hand, Jahrgang 5, Nr. 4, S. 4.
- Zok, K. (2012):** Einstellungen älterer Menschen zur Arzneimitteltherapie. Ergebnisse einer Umfrage unter 1.000 GKV-Versicherten ab 65 Jahren. In: WIdO-monitor 9, Heft 1, S. 1–8.

» 10.4 Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Bevölkerung in Deutschland, nach Geschlecht und Altersgruppen, 2011 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	14
Tab. 2:	Migrationshintergrund nach Alter, ausgewählte Herkunftsländer, Basis: Fortschreibung des Zensus vor 2011 (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 55 f.)	15
Tab. 3:	(Spät-)Aussiedler nach Herkunftsländern und Alter, Basis: Fortschreibung des Zensus vor 2011 (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 59 f.)	16
Tab. 4:	Höchster allgemeiner Schulabschluss der über 65-Jährigen, nach Geschlecht und Migrationshintergrund (BAMF 2014, Tab. 5.4)	16
Tab. 5:	Familienstand der über 80-Jährigen nach Geschlecht (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen. DOI 10.5156/GEROSTAT)	18
Tab. 6:	Bevölkerung 80+ nach Zahl der Generationen im privaten Haushalt in absoluten Zahlen und in %, 2011 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	19
Tab. 7:	Bevölkerung 80+ nach Haushalts- und Gemeindegröße, 2011, absolute Zahlen (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	20
Tab. 8:	Quelle des überwiegenden Lebensunterhaltes der Bevölkerung 80+ nach Region und Geschlecht, Personen in 1.000, 2011 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	23
Tab. 9:	Erwerbsstatus vor Bezug der Altersrente, Altersgruppe 70–85 Jahre nach Geschlecht und Region, 2002 und 2008, in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	25
Tab. 10:	Höhe der eigenen Leistungen nach Alterssicherungssystem und Alter (ohne Heimbewohner) in Nettobetrag Euro und in %, 2011 (BMAS 2011, S. 52 f.)	26
Tab. 11:	Höhe der abgeleiteten Leistungen nach Alterssicherungssystemen in den Altersgruppen 75–85 und 85+ bei Witwen (ohne Heimbewohnerinnen), in Nettobetrag Euro und in %, 2011 (BMAS 2011, S. 58 f.)	26
Tab. 12:	Rentnerinnen und Rentner nach Alter und Geschlecht (in absoluten Zahlen), durchschnittlicher Rentenzahlbetrag in Euro gesamt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013, S. 152 f.)	27
Tab. 13:	Einzelrentnerinnen und -rentner nach Alter und Geschlecht (in absoluten Zahlen), durchschnittlicher Rentenzahlbetrag in Euro mit nur einer Versicherten- oder Hinterbliebenenrente), 2012 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013, S. 152 f.)	28
Tab. 14:	Mehrfachrentnerinnen und -rentner mit Kombination von Versichertenrente und Witwen-/Witwerrente, 2012 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013, S. 152 f.)	29
Tab. 15:	Besitz von Immobilien nach Region und Geschlecht, Altersgruppe 70–85 Jahre, in %, 2008 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	31
Tab. 16:	Verbreitung und Höhe des Geldvermögens, Altersgruppe 70–85 Jahre, 2008, in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	32

Tab. 17:	Durchschnittliches persönliches Nettoeinkommen, nach Alter und Geschlecht, in Euro, 2011 (BMAS 2011, S. 81)	33
Tab. 18:	Haushaltsnettoeinkommen in Ein- und Mehrpersonen(rentner)haushalten, 2011, 80 Jahre und älter (Haushalte in 1.000) (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	34
Tab. 19:	Armutsgefährdung, Personen mit einem Einkommen unter 60 % des äquivalenzgewichteten Medianeinkommens in absoluten Zahlen und % (Bundesregierung 2011, S. 10)	35
Tab. 20:	Betroffenheit von Armut in Deutschland nach Haushaltsmerkmalen (Statistisches Bundesamt u. a. 2013, S. 174)	35
Tab. 21:	Armutsgefährdungsquoten in der Altersgruppe 80+ nach Migrationsstatus, in % (Fuhr 2012, S. 552)	36
Tab. 22:	Empfang von Hilfe zur Pflege im Laufe des Berichtsjahres 2010 in absoluten Zahlen (Statistisches Bundesamt 2013b, S. 25)	38
Tab. 23:	Wohnortentfernung zum nächsten erwachsenen Kind, 70 bis 85 Jahre, DEAS 2008 in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	46
Tab. 24:	Materielle Unterstützung, Altersgruppe 70–85 Jahre, 2008 (in %), DEAS (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT Deutscher Alterssurvey (DEAS) – 2008)	49
Tab. 25:	Unterstützung durch Kinder im Alltag (in %) (Generali Altersstudie 2013, S. 211)	50
Tab. 26:	Unterstützung gegenüber den Kindern durch alte Eltern (in %) (Generali Altersstudie 2013, S. 218)	50
Tab. 27:	Größe des persönlichen Netzwerks: Persönlich wichtige Personen mit regelmäßigem Kontakt, 70–85 Jahre, 2008 in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT Deutscher Alterssurvey (DEAS) – 2008)	52
Tab. 28:	Empfinden von Einsamkeit, nach Alter, Geschlecht und Region, in % der Altersgruppe (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT Deutscher Alterssurvey (DEAS) – 2008)	55
Tab. 29:	Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in Jahren, Sterbetafel 2009/2011 (Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de, Zugriff am 11.5.2014)	95
Tab. 30:	Gestorbene 2012 je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 9)	96
Tab. 31:	Pflegebedürftige nach Art der Versorgung zum Jahresende 2011, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9)	118
Tab. 32:	Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person 1998 und 2010 (%), TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 26)	126
Tab. 33:	Pflegebedürftige in Privathaushalten 2010 – Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 60)	127
Tab. 34:	Strukturmerkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1999 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 121)	129

Tab. 35:	Unterstützung der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch weitere Personen in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 131)	131
Tab. 36:	Soziodemografische Merkmale der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 27)	132
Tab. 37:	Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt in den letzten 12 Monaten empfohlene Heilmittel nach Pflegestufe in %, Basis: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 135).	142
Tab. 38:	Öffentliche und private Ausgaben für Pflegebedürftigkeit (Barmer GEK 2013a, S. 141)	144
Tab. 39:	Lebenszufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen nach Altersgruppen, Skala 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (völlig zufrieden) (Generali Altersstudie 2013, S. 61)	150
Tab. 40:	Alltagsaktivitäten nach Alter in % (Generali Altersstudie 2013, S. 140)	152
Tab. 41:	Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung der Altersgruppe 70+, im Zeitverlauf 2011 und 2013 in % (ARD Medien Basisdaten 2013)	157
Tab. 42:	Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung der Altersgruppen 60–69 Jahre und 70+, 2013, in % (ARD Medien Basisdaten 2013)	157
Tab. 43:	Anteil mobiler Personen am Stichtag nach Alter in % (DLR und infas 2010, eigene Berechnung)	160
Tab. 44:	Nutzungshäufigkeit unterschiedlicher Verkehrsmittel der Altersgruppe 80 Jahre und älter, in % (DLR und infas, eigene Berechnung)	161
Tab. 45:	Verkehrsmittelwahl der Altersgruppe 75+ nach Verkehrsaufkommen für verschiedene Zwecke nach Raumtypen (2008–2012) in % (Karlsruher Institut für Technologie und Institut für Verkehrswesen 2013)	162
Tab. 46:	Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter 75+ und 85+ nach Bundesländern, in % der jeweiligen Gesamtbevölkerung im Jahr 2011 (INKAR 2013)	167
Tab. 47:	Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter 75+ und 85+ nach Siedlungsstruktur und Ost-/Westdeutschland in % der jeweiligen regionalen Gesamtbevölkerung im Jahr 2011 (INKAR 2013)	168
Tab. 48:	Pflegebedürftige in absoluten Zahlen und % der Altersgruppe, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, Tab. 1.2, S. 9)	174
Tab. 49:	Bewertung des Wohnumfeldes, Altersgruppe 70–85 Jahre, nach Ost-/Westdeutschland, Anteil der Antworten »Aussage trifft nicht/eher nicht zu«, in % (Deutscher Alterssurvey 2008). (Motel-Klingebiel 2010, Tabellenanhang A 6–7)	175
Tab. 50:	Haushalte der über 80-Jährigen nach Alter, Geschlecht, Familienstand, 2011, Personen in 1.000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	185
Tab. 51:	Verwitwete, über 80 Jahre, nach Haushaltsgröße, Geschlecht und Familienstand, 2011, Personen in 1.000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	186
Tab. 52:	Bevölkerung 80 +, nach Zahl der Generationen im privaten Haushalt, Region, Geschlecht, Familienstand, 2011, Personen in 1000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	187

Tab. 53:	Subjektive Bewertung des Lebensstandards, 70–85 Jährige, nach Region, Geschlecht, 2008 in % (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	188
Tab. 54:	Individuelles Nettoeinkommen und Erwerbsstatuts, Altersgruppe 80+, nach Region, Geschlecht, 2011, Personen in 1.000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	189
Tab. 55:	Individuelles Nettoeinkommen und Haushaltsgröße, Deutschland, 2011, nach Altersgruppen, Personen in 1.000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	190
Tab. 56:	Bezieher öffentlicher Zahlungen und sonstiger Einkommen, nach Regionen, 2011, nach Geschlecht, 80 Jahre und älter in 1000 (GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT)	191
Tab. 57:	Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Frauen nach Altersgruppen in %, GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)	192
Tab. 58:	Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Männern nach Altersgruppen in %, GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)	193
Tab. 59:	Demenzprävalenz nach Alter, Geschlecht und Region in % (Ziegler und Doblhammer 2009)	194
Tab. 60:	Prävalenz von Stürzen bei Erwachsenen im Alter von 40 Jahren oder älter in einer deutschen städtischen Population. Ergebnisse einer telefonischen Befragung (Schumacher 2013, S. 2)	195
Tab. 61:	Krankheitskosten der Altersgruppe 85+ nach Diagnosegruppen in Mio. Euro, Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts (zitiert nach www.gbe-bund.de)	196
Tab. 62:	Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote zum Jahresende 2011, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9)	197
Tab. 63:	Pflegebedürftige in Privathaushalten 2010 – Strukturmerkmale nach Alter (%), TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 17)	198
Tab. 64:	Zu Hause (ambulant) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Familienstand und Geschlecht, Mikrozensus 2003 (Statistisches Bundesamt 2004, S. 9)	199
Tab. 65:	Zu Hause (ambulant) versorgte Pflegebedürftige nach Alter, Haushaltsgröße und Geschlecht, Mikrozensus 2003 (Statistisches Bundesamt 2004, S. 10)	201
Tab. 66:	Im Pflegeheim (stationär) versorgte Pflegebedürftige nach Familienstand, Alter und Geschlecht, Mikrozensus 2003 (Statistisches Bundesamt 2004, S. 13)	202

» 10.5 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Erwerbstatus vor Beginn der Altersrente im Kohortenvergleich (DZA 2005, S. 5)	24
Abb. 2:	Selbst eingeschätzte Gesundheit (»mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«) nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 15)	60
Abb. 3:	Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands (Generali Altersstudie 2013, S. 258)	61
Abb. 4:	Kranke und Unfallverletzte in den letzten vier Wochen 2009 nach Alter und Geschlecht (bezogen auf die Bevölkerung mit Angaben über die Gesundheit) (Statistisches Bundesamt 2011b, S. 9)	63
Abb. 5:	Anteil der Befragten mit chronischen Gesundheitsproblemen nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 12)	64
Abb. 6:	Anteil von Personen mit mehreren gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen/Beschwerden nach Geschlecht und Alter, GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, S. 579)	66
Abb. 7:	Veränderungen körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter, Deutscher Alterssurvey 1996–2011 (BMFSFJ 2013, S. 31)	67
Abb. 8:	Aktivitätsbeschränkungen (Global Activity Limitation Indicator) nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 4)	69
Abb. 9:	Anteil der Befragten mit mindestens einer ADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 8)	70
Abb. 10:	Anteil der Befragten mit mindestens einer IADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 9)	71
Abb. 11:	Quote der schwerbehinderten Menschen am 31.12.2011 nach Alter und Geschlecht (Statistisches Bundesamt 2013d, S. 6)	73
Abb. 12:	Prävalenz von Krankheitsgruppen nach Alter in % (Frauen), GEDA 2009 (Fuchs u.a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)	74
Abb. 13:	Prävalenz von Krankheitsgruppen nach Alter in % (Männer), GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)	75
Abb. 14:	Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Frauen ab 75 Jahren (in %), GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)	76
Abb. 15:	Prävalenz von Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei Männern ab 75 Jahren (in %), GEDA 2009 (Fuchs u. a. 2012, Tabellenanhang, eigene Übersetzung)	77
Abb. 16:	Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz je 100.000 Einwohner. Krebs gesamt (ohne sonstige Tumoren der Haut inkl. nicht-invasive Harnblasentumoren, C00-C97 ohne C44 mit D09.0 und D41.4) (GEKID 2014)	83
Abb. 17:	Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz (Fallzahlen je 1000.000 Einwohner/-innen) für die häufigsten Tumorgruppen der hochaltrigen Bevölkerung 2011 (GEKID 2014)	84
Abb. 18:	Prozentuale Verteilung der Demenzpatienten in Deutschland im Jahr 2002 nach Alter und Geschlecht (Ziegler und Doblhammer 2008, S. 4)	88

Abb. 19: Geschätzte Anzahl der Demenzpatienten für die Bevölkerung 2007 (Ziegler und Doblhammer 2008, S. 4)	89
Abb. 20: Anteil der Frauen und Männer mit mindestens einer ärztlich versorgten Unfallverletzung in den letzten zwölf Monaten nach Alter, GEDA 2009 (Saß 2010, S. 2)	91
Abb. 21: Vorsätzliche Selbstbeschädigung pro 100.000 Einwohner (Suizidrate) nach Alter und Geschlecht 2012 (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 11)	93
Abb. 22: Anteile der häufigsten Todesursachen 2012 (in % von allen Todesursachen, ICD-10 Kapitel A00-T98) bei Männern nach Altersgruppen (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 12 f.)	97
Abb. 23: Anteile der häufigsten Todesursachen 2012 (in % von allen Todesursachen, ICD-10 Kapitel A00-T98) bei Frauen nach Altersgruppen (Statistisches Bundesamt 2013g, S. 12 f.)	98
Abb. 24: Mittlere Anzahl an Portionen Obst und Gemüse pro Tag, nach Alter und Geschlecht, GEDA 2009 (Rabenberg und Mensink 2011, S. 5)	100
Abb. 25: Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up der anspruchsberechtigten Versicherten nach Alter und Geschlecht in Prozent, 2010–2011. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2013 (zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff 29.4.2014)	101
Abb. 26: Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent der anspruchsberechtigten Versicherten nach Alter und Geschlecht, 2011. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2013 (zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff am 29.4.2014)	102
Abb. 27: Gripeschutzimpfung in der Saison 2007/2008 nach Alter und Geschlecht, GEDA 2009 (Böhmer und Walter 2011, S. 2)	103
Abb. 28: Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) pro Tag je Versichertem in der GKV 2012 nach Alter. GKV-Arzneimittelindex, Wissenschaftliches Institut der AOK 2013 (zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff am 29.4.2014, eigene Berechnung)	105
Abb. 29: Behandlungsfälle in Krankenhäusern 2012 nach Fachabteilungen, Frauen und Männer ab 85 Jahren (Statistisches Bundesamt 2013h, Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff am 30.4.2014)	108
Abb. 30: Patienten und Patientinnen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten nach Alter und Geschlecht je 100.000 Einwohner 2012 (Statistisches Bundes- amt 2013i, S. 7)	109
Abb. 31: Altersspezifische Sterbeorte der über 30-jährigen Verstorbenen in Deutschland im Jahr 2009 nach Geschlecht und Alter in %, Sterbefallzahlen der GEK-Mitglieder nach Alter und Geschlecht, hochgerechnet auf die Sterbefallzahlen in Deutschland (Sauer u. a. 2013, S. 5)	111
Abb. 32: Krankheitskosten in Mio. Euro nach Altersgruppen und Geschlecht 2008, Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts (zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff am 30.4.2014)	112
Abb. 33: Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe 2011 nach Alter und Geschlecht in %, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 9)	119

Abb. 34: Pflegebedürftige Männer und Frauen 2011 nach Pflegestufen und Alter in % aller Pflegestufen, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2014c, www.gbe-bund.de , eigene Berechnung)	120
Abb. 35: Betreuung von pflegebedürftigen Männern und Frauen 2011 nach Leistungsart und Alter in % aller Leistungsarten, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2014c, eigene Berechnung)	121
Abb. 36: Zahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Privatpersonen 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 26)	125
Abb. 37: Pflegebedürftige in Pflegeheimen nach Pflegestufe und Alter, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2014c, www.gbe-bund.de)	129
Abb. 38: Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen in Ein-Bett-Zimmern und Appartements 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 127)	130
Abb. 39: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht 2011, SOEP v28 (Barmer GEK 2013a, S. 109).	133
Abb. 40: Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege 1998 und 2010 (Stunden pro Woche), TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 29)	134
Abb. 41: »Soziales Umfeld«, Pflegebedürftigkeit und von Angehörigen in die Versorgung investierte Zeit (Stunden pro Woche) (Blinkert und Klie 2008, S. 29)	135
Abb. 42: Belastung der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010 (%), TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 29)	136
Abb. 43: Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren, 1998 und 2010 in %, TNS Infratest Sozialforschung 2010 (BMG 2011, S. 31)	137
Abb. 44: Gesamtkosten der Pflegebedürftigkeit vom Pflegeeintritt bis zum Tod nach Kostenträger, Versorgungsart und Geschlecht, Barmer GEK (2012b) (Infografiken, www.barmer-gek.de)	145
Abb. 45: Engagementquoten 1999, 2004 und 2009 nach Altersgruppen in % (BMFSFJ 2011b, S. 8)	155
Abb. 46: Tagesstrecke, Unterwegszeit und Anzahl der Wege/Tag nach Alter, 2008, (DLR und infas 2010: S. 75)	159
Abb. 47: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmittel in % nach Alter, 2008, Studie: »Mobilität in Deutschland 2008« (DLR und infas 2010, S. 77)	160
Abb. 48: Altersspezifische Wohnmobilität in Deutschland 2009 je 1.000 Einwohner (BMI 2011, S. 41)	177
Abb. 49: Durchschnittliches Alter beim Erstbezug von Altersrenten im Kohortenvergleich, Geburtsjahrgänge 1904–1947, nach Geschlecht, alte Bundesländer (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013)	203
Abb. 50: Anteil körperlich inaktiver Befragter, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 21)	204
Abb. 51: Regelmäßige Raucherinnen und Raucher nach Alter und Geschlecht in %, Mikrozensus 2009 (Statistisches Bundesamt 2012, S. 2)	205
Abb. 52: Erhöhter Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Menning 2006, S. 24)	206
Abb. 53: Gripeschutzimpfung in der Saison 2007/2008 nach Alter und Geschlecht, GEDA 2009 (Böhmer und Walter 2011, S. 2)	207

Abb. 54: Anteil Versicherte der Barmer GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen im Jahr 2012 nach Alter (Barmer GEK 2013b, S. 23)	208
Abb. 55: Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern nach Alter und Geschlecht je 100.000 Einwohner 2012 (Statistisches Bundesamt 2013i, S. 6)	209
Abb. 56: Die 10 häufigsten Diagnosen der Krankenhäuser 2012. Anzahl aller Fälle nach ICD 10, Frauen ab 85 Jahren (Statistisches Bundesamt 2013i, Krankenhausstatistik, zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff am 30.4.2014)	210
Abb. 57: Die 10 häufigsten Diagnosen der Krankenhäuser 2012. Anzahl aller Fälle nach ICD 10, Männer ab 85 Jahren (Statistisches Bundesamt 2013i, Krankenhausstatistik, zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff am 30.4.2014)	211
Abb. 58: Die 10 häufigsten Diagnosen in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten 2012. Anzahl aller Fälle nach ICD 10, Frauen ab 85 Jahren. (Statistisches Bundesamt 2013i, Krankenhausstatistik, zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff am 30.4.2014)	212
Abb. 59: Die 10 häufigsten Diagnosen in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten 2012. Anzahl aller Fälle nach ICD 10, Männer ab 85 Jahren (Statistisches Bundesamt 2013i, Krankenhausstatistik, zitiert nach www.gbe-bund.de , Zugriff am 30.4.2014)	213
Abb. 60: Krankheitskosten 2008 in Euro je Einwohner, Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts (Nöthen 2011, S. 666).	214
Abb. 61: Eckdaten der Pflegestatistik – Pflegebedürftige 2011 nach Versorgungsart, Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013f, S. 5)	215
Abb. 62: Bevölkerungsprognose für 2030, Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und älter, nach Kreisen (BBSR 2014)	216

BZgA

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Aufbauend auf der Publikation »Alte Menschen – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren« (Band 44 der Reihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung«, BZgA 2013) gibt die vorliegende Expertise einen Überblick über die Lebenssituation der Männer und Frauen im Alter von über 80 Jahren in Deutschland.

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat das Institut für Gerontologische Forschung e.V. in Berlin nationale, öffentlich zugängliche Daten und aktuelle Informationen zu verschiedenen Themenschwerpunkten gezielt ausgewertet, um einen Überblick über die vielfältigen Lebensmodelle und Lebenslagen von Menschen im Alter von über 80 Jahren zu erhalten. Betrachtet werden die sozialökonomische Situation, das Ausmaß sozialer Beziehungen, die gesundheitliche Lage sowie das Gesundheitsverhalten der Älteren. Darüber hinaus werden die Bereiche Freizeit, zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt, Wohnen im Alter sowie das Thema Pflegebedürftigkeit beleuchtet.