
Februar 2016

Altern im Wandel:
Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)

*Katharina Mahne, Julia K. Wolff, Julia Simonson &
Clemens Tesch-Römer (Hrsg.)*

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Telefon +49 (0)30 – 26 07 40-0
Telefax +49 (0)30 – 78 54 350
E-Mail dza-berlin@dza.de

Inhaltsverzeichnis

1	Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey 5 <i>Katharina Mahne, Julia K. Wolff, Julia Simonson & Clemens Tesch-Römer</i>
2	Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys 25 <i>Daniela Klaus & Heribert Engstler</i>
3	Länger zufrieden arbeiten? Qualität und Ausgestaltung von Erwerbstätigkeit in der zweiten Lebenshälfte 43 <i>Janna Franke & Martin Wetzel</i>
4	Der Übergang in den Ruhestand: Alter, Pfade und Ausstiegspläne 61 <i>Heribert Engstler & Laura Romeu Gordo</i>
5	Engagiert bis ins hohe Alter? Organisationsgebundenes ehrenamtliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte 79 <i>Martin Wetzel & Julia Simonson</i>
6	Einkommen und Armut in Deutschland: Objektive Einkommenssituation und deren subjektive Bewertung 95 <i>Constanze Lejeune, Laura Romeu Gordo & Julia Simonson</i>
7	Vermögen und Erbschaften: Sicherung des Lebensstandards und Ungleichheit im Alter 111 <i>Constanze Lejeune & Laura Romeu Gordo</i>
8	Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich 127 <i>Julia K. Wolff, Sonja Nowossadeck & Svenja M. Spuling</i>
9	Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte 141 <i>Svenja M. Spuling, Jochen P. Ziegelmann & Jenna Wünsche</i>
10	Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen 161 <i>Svenja M. Spuling, Susanne Wurm, Julia K. Wolff & Jenna Wünsche</i>
11	Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte 175 <i>Julia K. Wolff & Clemens Tesch-Römer</i>
12	Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? 191 <i>Daniela Klaus & Clemens Tesch-Römer</i>
13	Auslaufmodell ‚traditionelle Ehe‘? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte 209 <i>Heribert Engstler & Daniela Klaus</i>
14	Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut? 223 <i>Katharina Mahne & Oliver Huxhold</i>

15	Zwischen Enkelglück und (Groß-)Elternpflicht – die Bedeutung und Ausgestaltung von Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern.....	241
	<i>Katharina Mahne & Daniela Klaus</i>	
16	Zeit gegen Geld? Der Austausch von Unterstützung zwischen den Generationen	257
	<i>Daniela Klaus & Katharina Mahne</i>	
17	Wahlverwandtschaften: Sind Freunde für die soziale Integration wichtiger geworden?	269
	<i>Anne Böger, Oliver Huxhold & Julia K. Wolff</i>	
18	Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte	285
	<i>Anne Böger, Martin Wetzel & Oliver Huxhold</i>	
19	Wohnung und Wohnkosten im Alter	299
	<i>Sonja Nowossadeck & Heribert Engstler</i>	
20	Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte	315
	<i>Sonja Nowossadeck & Katharina Mahne</i>	
21	Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft.....	329
	<i>Sonja Nowossadeck & Katharina Mahne</i>	
22	Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung.....	345
	<i>Ann-Kristin Beyer, Susanne Wurm & Julia K. Wolff</i>	
23	Also, als wir jung waren... Die Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung	361
	<i>Janna Franke & Julia Simonson</i>	
24	Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund	377
	<i>Daniela Klaus & Helen Baykara-Krumme</i>	
25	Wandel von Teilhabe und Integration älterer Menschen – ein politikorientiertes Fazit	399
	<i>Frank Berner, Katharina Mahne, Julia K. Wolff & Clemens Tesch-Römer</i>	
	Abkürzungen	413
	Autorinnen und Autoren	415

1 Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey

Katharina Mahne, Julia K. Wolff, Julia Simonson & Clemens Tesch-Römer

Der demografische und soziale Wandel führt zu weitreichenden Veränderungen in Deutschland. Eine ‚Gesellschaft des langen Lebens‘, wie sie sich in Deutschland in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat, ist ein großer Erfolg. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts erleben immer mehr Menschen ein höheres und sogar sehr hohes Lebensalter. Dieser Wandel bringt eine Vielzahl von Chancen für Individuen und Gesellschaft mit sich. Durch eine verbesserte Gesundheit und durch die länger werdende nachberufliche Lebensphase ist es vielen Menschen in Deutschland möglich, ein gutes Leben im Alter zu führen und dabei ihre Lebensumstände bis ins hohe Alter aktiv mitzugestalten.

Allerdings sind neben diesen Chancen auch individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen zu nennen: Das veränderte Verhältnis von Alten zu Jungen – mehr älteren Menschen stehen weniger junge Menschen gegenüber – wirft neue Fragen hinsichtlich der Finanzierung von Renten-, Gesundheits- und Pflegeversicherung auf. Weil immer mehr Menschen das hohe und sehr hohe Alter erleben, sind auch mehr Menschen von Mehrfacherkrankungen oder Pflegebedürftigkeit betroffen. Dies stellt Politik und Gesellschaft in Deutschland vor die Herausforderung, soziale Teilhabe und Integration für die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen zu gewährleisten.

Im vorliegenden Bericht werden Befunde des Deutschen Alterssurveys aus dem Jahr 2014 vorgestellt, einer seit 1996 durchgeführten repräsentativen Befragung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte in Deutschland. Im vorliegenden Einführungskapitel stellen wir zunächst den Deutschen Alterssurvey vor, diskutieren Integration und Teilhabe als übergeordnete Ziele der Alternspolitik. Wir beschreiben den sozialen Wandel, der Lebenssituationen in der zweiten Lebenshälfte mitbestimmt und stellen abschließend Faktoren dar, anhand derer sich Vielfalt und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte beschreiben und verstehen lassen.

1.1 Der Deutsche Alterssurvey (DEAS)

Um die Chancen des demografischen Wandels nutzen und die mit diesem Wandel verbundenen Herausforderungen gezielt angehen zu können, sind umfassende und gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zu Alter und Altern notwendig. Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) bietet diese Erkenntnisgrundlage. Seit nunmehr fast zwei Jahrzehnten lassen sich die Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte mit Hilfe der DEAS-Daten beschreiben. Der DEAS ist die bedeutendste Langzeitstudie zum Thema Alter und Altern in Deutschland und wird seit Mitte der 1990er Jahre aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert. Er stellt die zentrale Informationsgrundlage für politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, aber auch für die interessierte Öffentlichkeit und für die wissenschaftliche Forschung dar.

Der DEAS ist eine bundesweit repräsentative Langzeitbefragung von Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren. Insgesamt werden die Befragten zu folgenden Themenbereichen um Auskunft

gebeten: Arbeit und Ruhestand; Generationen, Familie und soziale Netzwerke; außerberufliche Tätigkeiten und ehrenamtliches Engagement; Wohnen und Mobilität; wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Verhalten; Lebensqualität und Wohlbefinden; Gesundheit und Gesundheitsverhalten, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie Einstellungen, Normen, Werte und Altersbilder.

Das breite thematische Spektrum und die Kombination von Quer- und Längsschnittbefragung (kohortensequenzielles Design) machen den DEAS zur idealen Datenbasis, um Fragen zu Alter und Altern zu beantworten. Dabei werden grundsätzlich zwei zeitliche Perspektiven berücksichtigt: der soziale Wandel einerseits und individuelle Entwicklungsverläufe andererseits. Im vorliegenden Bericht wird die Perspektive des sozialen Wandels fokussiert. Es geht also um die Frage, ob und in welchen Bereichen sich die Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte über zwei Jahrzehnte verändert haben. Im Jahr 1996 wurde die erste Erhebung des DEAS durchgeführt, es folgten in Abständen von sechs Jahren weitere Erhebungen mit repräsentativen Stichproben der Bevölkerung in Deutschland (2002, 2008, 2014). Mit der aktuellen Datenerhebung des Jahres 2014 können gesellschaftliche Veränderungen in den Lebenssituationen Älterer über einen Zeitraum von bis zu 18 Jahren untersucht werden. Insgesamt gehen die Informationen von über 20.000 Befragten in die Analysen dieses Berichtes ein (vgl. Kapitel 2).

Der vorliegende Bericht soll gesellschaftliche und politische Akteure dabei unterstützen, die Chancen und Herausforderungen des demografischen und sozialen Wandels zu ergreifen und zu bewältigen. Dabei steht der soziale Wandel der Lebenssituationen in der zweiten Lebenshälfte mit der Perspektive auf Teilhabe und Integration im Mittelpunkt des Berichts. Der Bericht richtet sich an den folgenden übergreifenden Fragen aus:

- *Aktuelle Lage*
Wie stellen sich im Jahr 2014 die Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte dar? Wie unterscheiden sich verschiedene gesellschaftliche Gruppen?
- *Trends und sozialer Wandel*
Wie haben sich die Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte zwischen 1996 und 2014 gewandelt? Zeichnen sich unterschiedliche Trends für verschiedene gesellschaftliche Gruppen ab?

1.2 Übergreifende Ziele der Alternspolitik: Teilhabe und Integration älterer Menschen

Die Bundesregierung hat im September 2015 die Weiterentwicklung der Demografiestrategie beschlossen. Neben der Sicherung des gesellschaftlichen Wohlstandes, der regionalen Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse sowie der Sicherung staatlicher Handlungsfähigkeit steht der gesellschaftliche Zusammenhang im Mittelpunkt politischer Maßnahmen der Demografiestrategie. Teilhabe und Integration sind dabei zentrale politische Ziele und erstrecken sich im Wesentlichen auf die Lebensbereiche von Arbeitswelt, Familie, sowie Wohnen und Nachbarschaft.

Der Begriff der Teilhabe beschreibt einerseits die Zugänglichkeit gesellschaftlicher Güter und Rechte und andererseits das Mitmachen, Mitgestalten und Mitentscheiden in Gemeinschaft und Gesellschaft. Integration bedeutet den Einbezug von Menschen in Gruppen, Gemeinschaften und

Organisationen und ist damit das Gegenteil von Exklusion beziehungsweise Ausschluss. Teilhabe und Integration in der zweiten Lebenshälfte haben viele Facetten. Der längere Verbleib älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Erwerbsleben, die Einbettung in Unterstützungsnetzwerke aus Familienmitgliedern, Freundinnen, Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn sowie die Wohnbedingungen sind in diesem Zusammenhang wichtige Komponenten. Integration ist dabei nicht allein eine Zustandsbeschreibung, sondern ein fortwährender Prozess der Vergemeinschaftung und Vergesellschaftung. Es ist also von hoher Bedeutung, die Integration älterer Menschen in Arbeitswelt, Familie, Nachbarschaft und Gesellschaft über die Zeit hinweg zu betrachten.

Mit der übergreifenden Aufgabe, die Teilhabe und Integration älterer Menschen zu sichern, haben sich in den letzten Jahrzehnten politische Handlungsfelder herausgebildet, die für die Bewältigung der demografischen und sozialen Veränderungen zentral sind. Dabei geht es zum einen um die *Verlängerung des Erwerbslebens*. Eine abnehmende Anzahl von Erwerbstätigen steht einer größer werdenden Anzahl von Personen im Ruhestand gegenüber – mit daraus erwachsenden Herausforderungen für das Erwerbs- und Rentensystem. Diesen aktuellen Herausforderungen versucht die Politik beispielsweise mit einer schrittweisen Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters zu begegnen. Die *Vereinbarkeit von Beruf und Sorgetätigkeiten* als politische Aufgabe geht damit ebenso einher: Die Zahl Älterer mit Unterstützungs- und Pflegebedarf wird weiter ansteigen – gleichzeitig nehmen insbesondere die familialen Ressourcen für Unterstützung und Pflege ab. Neben veränderten Familienstrukturen beeinflusst auch die gestiegene und längerfristige Erwerbstätigkeit die Bedingungen informeller Pflege und Unterstützung: Immer mehr Pflege- und Hilfeleistende sind erwerbstätig. Informelle Unterstützung wird weiterhin häufiger durch Frauen als Männer geleistet. Und dies bei sich zwischen den Geschlechtern angleichenden Erwerbsquoten. Die *Gleichstellung* der Geschlechter in allen gesellschaftlichen Bereichen ist daher ein weiteres wichtiges Handlungsfeld, um Teilhabe und Integration zu erreichen. Die meisten Menschen wollen bis ins hohe Alter in ihrem gewohnten Umfeld bleiben, selbst bei starken gesundheitlichen Einschränkungen. *Selbstständiges Wohnen im Alter* zu gewährleisten, ist daher eine weitere zentrale Aufgabe. Dabei geht es darum, die eigene Wohnung oder das unmittelbare Wohnumfeld so zu gestalten, dass die Gegebenheiten Handlungsmöglichkeiten bieten und keine Barrieren darstellen.

1.3 Sozialer Wandel von Teilhabe und Integration in der zweiten Lebenshälfte

Unter sozialem Wandel werden Veränderungen der Sozialstruktur einer Gesellschaft oder einzelner ihrer Bereiche verstanden (Schäfers 2012). Neben Veränderungen der gesellschaftlichen Makrostruktur (z. B. Wirtschaftssystem) betrifft der soziale Wandel auch Prozesse auf der gesellschaftlichen Mesoebene (z. B. Institutionen und Organisationen), sowie Veränderungen auf der Ebene von Personen (Mikroebene, z. B. Werthaltungen oder Handlungen). Sozialer Wandel betrifft also die Strukturen einer Gesellschaft. Diesen gesellschaftlichen Strukturen widmet sich die Sozialstrukturanalyse, bei der es darum geht, die Wechselbeziehungen und Wirkungszusammenhänge einzelner gesellschaftlicher Teilbereiche zu untersuchen. Dabei liegt der Fokus je nach Theorietradition oder Forschungsagenda zum Beispiel auf dem sozialen Rollengefüge innerhalb einer Gesellschaft, auf der Verteilung der Bevölkerung nach Merkmalen wie Alter, Bildung und Einkommen, oder auf der Analyse sozialer Ungleichheit.

Theorien des sozialen Wandels fragen nach den Ursachen, Mechanismen und Auswirkungen der Veränderung von Sozialstruktur. Fortschritte in Technik und Wissenschaft gelten als Hauptmotoren des sozialen Wandels, aber auch politische Ideologien oder religiöse Überzeugungen können ein Faktor sozialer und kultureller Veränderungen sein. Sozialer Wandel ist eine ‚Grundkonstante‘ der Moderne (Schimank 2012: 19). Für Alter und Altern in Deutschland ist der soziale Wandel in den folgenden Bereichen von Bedeutung: Bevölkerungsstruktur, private Lebensformen, Formen der Erwerbstätigkeit und sozialer Sicherung, Wohn- und Siedlungsformen sowie Bildung und Kultur. Im Folgenden werden diese Teilbereiche des sozialen Wandels, die auch in den Kapiteln dieses Berichts aufgegriffen werden, näher erläutert.

1.3.1 Wandel der Bevölkerungsstruktur

Die Bevölkerungsentwicklung eines Landes ist unter anderem durch Geburten, Sterbefälle, Ein- und Auswanderung bestimmt. In Deutschland sinkt die Sterblichkeit seit etwa zweieinhalb Jahrhunderten (Hradil 2012). Durch bessere hygienische Verhältnisse, bessere Ernährung und medizinischen Fortschritt sank zunächst die Kindersterblichkeit. Verbesserte allgemeine Lebens- und Arbeitsbedingungen trugen dann zu einer Reduzierung der Sterblichkeit im mittleren Lebensalter bei. Seit dem Zweiten Weltkrieg sinkt auch die Sterblichkeit im hohen Alter. Die Lebensphase ‚Alter‘ umfasst inzwischen mehrere Jahrzehnte. Heute 60-jährige Frauen haben eine fernere Lebenserwartung von 25 Jahren, bei heute 60-jährigen Männern beträgt sie 22 Jahre (Statistisches Bundesamt 2012) – und sie wird sich absehbar weiter verlängern.

Erst weit nach dem Rückgang der Sterblichkeit sanken in Deutschland auch die Geburtenzahlen. In der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen betrug die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau 1,8 und unterschritt damit bereits die notwendige Zahl von 2,1 Kindern pro Frau zum Erhalt der Bevölkerungszahl (Hradil 2012). Auf den Zweiten Weltkrieg folgte seit Mitte der 1950er bis in die Mitte der 1960er Jahre insbesondere in Westdeutschland ein Geburtenanstieg, der ‚Babyboom‘. Auf den Babyboom folgte für ein Jahrzehnt bis Mitte der 1970er ein dramatischer Geburtenrückgang, der sogenannte ‚Pillenknicke‘. In Westdeutschland sind die Geburtenraten seit Mitte der 1970er Jahre bis heute stabil. Der Geburtenrückgang war in der DDR nicht so stark ausgeprägt und zudem abgefedert durch bevölkerungs- und familienpolitische Maßnahmen. Allerdings kam es in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung zu einem schlagartigen Absinken der Geburtenzahlen, die sich mittlerweile wieder auf dem Niveau der alten Bundesländer eingependelt haben. Verursacht durch den Babyboom und die abfallenden Geburtenzahlen schiebt sich in der Bundesrepublik ein ‚Geburtenberg‘ durch die Bevölkerungsstruktur (Geißler & Meyer 2014). Dieser Geburtenberg ist heute ein ‚Berg von Erwerbstätigen‘ und in den nächsten Jahrzehnten wird aus ihm schließlich ein ‚Rentnerberg‘ werden – mit gravierenden Auswirkungen auf die Systeme der sozialen Sicherung und die privaten Lebensbedingungen der Betroffenen.

Deutschland hat sich seit dem Zweiten Weltkrieg vom Auswanderungs- zum Einwanderungsland entwickelt. In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg sind etwa zwölf Millionen Vertriebene und Flüchtlinge aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten nach Deutschland gekommen – etwa zwei Drittel nach West- und ein Drittel nach Ostdeutschland. Seit Mitte der 1950er Jahre wanderten im Zuge der Anwerbung von Arbeitskräften etwa vier Millionen ‚Gastarbeiter‘ vor allem aus Mittelmeerländern nach Westdeutschland ein. In den 1980er bis in die frühen 1990er Jahre

zogen verstärkt Asylsuchende nach Deutschland – mit Einführung der ‚Drittstaatenregelung‘ ebnete der Zuzug von Geflüchteten jedoch abrupt ab. Zur gleichen Zeit wanderten aus Osteuropa und der damaligen Sowjetunion wieder verstärkt ‚Spätaussiedler‘ ein. Da Wanderungen über die Grenzen von Nationalstaaten hinweg – anders als das Geburtengeschehen und die Sterblichkeit – viel stärker von nationalen gesetzlichen Regelungen und der politisch-ökonomischen Weltlage abhängen, kommt es hier zu stärkeren Schwankungen über die Zeit. In den letzten Jahren zeichnet sich Deutschland jedoch durch ein rückläufiges positives Wanderungssaldo aus – in manchen Jahren wandern sogar mehr Menschen aus als ein. Allerdings kann im vorliegenden Bericht nicht auf die aktuelle Zuwanderung durch Flüchtlinge eingegangen werden. Die Datenerhebung des Deutschen Alterssurveys fand im Jahr 2014 statt, also vor dem Beginn der Zuwanderung von Flüchtlingen ab dem Sommer 2015.

Für Deutschland gilt daher: Wir werden weniger, älter und bunter. Das anstehende massive Geburtendefizit – selbst bei gleichbleibender relativer Kinderzahl pro Frau werden von den geburtenschwachen Jahrgängen der 1970er Jahre absolut weniger Kinder geboren werden – lässt die Bevölkerung trotz positiver Wanderungssalden und steigender Lebenserwartung schrumpfen. Die Bevölkerungsentwicklung der Zukunft wird daher entscheidend von der Entwicklung der Zuwanderung bestimmt sein. Die steigende Lebenserwartung in Verbindung mit geringen Geburtenzahlen führt zudem zu einer Alterung der Bevölkerung, das heißt der Großteil der Bevölkerung entfällt auf ältere Jahrgänge. Dieser Alterungsprozess wird erst wieder merklich gebremst, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer verstorben sind, also etwa ab dem Jahr 2050.

Die Schrumpfung und Alterung bringt verschiedene Probleme mit sich. Die wachsende Zahl älterer Erwerbstätiger bringt einerseits reiche Erfahrungsschätze mit sich, gleichzeitig wird der Weiterbildungsbedarf steigen. Zudem wird die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter insgesamt zurückgehen. Hierdurch kann es zu einem zunehmenden Fachkräftemangel in spezifischen Berufsfeldern kommen. Lösungen für die Behebung dieses Mangels werden in einer allgemeinen oder berufsspezifischen Höherqualifizierung sowie in einer Erhöhung der Erwerbstätigenquote gesehen. Diese kann zum Beispiel durch das Heraufsetzen des Renteneintrittsalters, einer Verkürzung der Erstausbildungszeiten oder einer Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit gelingen. Zudem können Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten den Bedarf an Fachkräften puffern. Die umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme geraten durch den schrumpfenden Pool an Beitragszahlerinnen und -zahlern, dem eine wachsende Zahl von Anspruchsberechtigten gegenüber steht, in Bedrängnis. Die oben beschriebenen Gegenmaßnahmen können auch hier greifen – außerdem werden Leistungskürzungen, verstärkte private finanzielle Vorsorge und verlässliche Unterstützungsstrukturen in Familie und Nachbarschaft als Lösungen diskutiert. Schließlich wird der wachsende Anteil von Hochaltrigen und Pflegebedürftigen zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen und ganz neue Aufgaben an Arbeitsmärkte, Dienstleistungen und familiale Unterstützungsnetzwerke stellen.

Die Alterung der Bevölkerung ist aber keineswegs ausschließlich problembehaftet. Ein langes Leben gilt als hohes Gut: Es ist immer mehr Menschen in Deutschland möglich, ihre gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit zu verbringen und ihre Lebensumstände bis ins hohe Alter aktiv mitzugestalten. Dies setzt auch Potenziale für den Arbeitsmarkt und für bürgerschaftliches Engagement frei. Genauso wenig wie die Alterung nur problematisch ist, ist der demografische Wandel nicht ausschließlich als ein Zusammenwirken von Bevölkerungsprozessen zu verstehen. Veränderungen der Bevölkerungszusammensetzung sind Teil des sozialen Wandels, sie sind

Ausdruck von Veränderungen des Wertesystems und damit verbundenen veränderten Präferenzen und Möglichkeiten.

Das Modell des ‚Zweiten Demografischen Übergangs‘ (z. B. Lesthaeghe 1983) beschreibt für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg einen Wertewandel hin zu postmaterialistischen und individualistischen Werten und macht die jüngeren Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur vor allem an veränderten Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Ehe und Elternschaft fest. Im Zuge einer allgemeinen Modernisierung werden mit ‚Individualisierung‘ Prozesse beschrieben, die ganz generell den Wandel von einer Fremd- zu einer Selbstbestimmung des Individuums beschreiben und insbesondere auf die privaten Lebensformen wirken. Zum einen geht es dabei um die Veränderung von traditionellen Rollen und Identitäten. Zum anderen ist damit die freie Wahl von Bindungen und Beziehungen gemeint und schließlich geht mit Individualisierung eine autonome Lebensführung, sprich eine Selbstverwirklichung der Persönlichkeit einher. Veränderungen in Bezug auf Ehe, Elternschaft und Haushaltsstrukturen machen dies besonders deutlich.

1.3.2 Wandel der privaten Lebensformen, Familien- und Haushaltsstrukturen

Private Lebensformen, Familien- und Haushaltsstrukturen sind ein weiteres gesellschaftliches Feld, das für die Sozialstrukturanalyse und damit für die Beschreibung und Analyse des Wandels von Lebenssituationen im Alter zentral ist. Da unter dem Begriff ‚Familie‘ nicht mehr alle Formen des Zusammenlebens zu fassen sind, wird die Familie heute im Rahmen einer Differenzierung und Pluralisierung als eine Variante privater Lebensformen verstanden. Mit dem Ende der 1960er Jahre kommt es zu einem Rückgang der Eheschließungen. Heute bleibt etwa ein Drittel aller Erwachsenen – Männer etwas häufiger als Frauen – dauerhaft unverheiratet. Zudem wird nicht nur seltener geheiratet, sondern auch später. So hat sich das Alter bei Erstheirat in den letzten fünfzig Jahren von Mitte 20 auf Anfang 30 verlagert. Ein wesentlicher Grund für die Abkehr von der Ehe ist die voranschreitende Entkopplung von Elternschaft und Ehe. Heute ist es sozial anerkannt, auch unverheiratet Kinder zu bekommen. Außerdem passen relativ starre Verbindlichkeiten der Ehe nicht mehr zum heutigen Verständnis von Partnerschaft, welches auf Zuneigung, individueller Selbstverwirklichung und Kommunikation basiert – eine Partnerschaft wird damit auch nur so lange aufrechterhalten, solange die Beteiligten dies als sinnvoll erachten. Neben einer sinkenden Heiratsneigung sind steigende Scheidungsraten ein weiterer Indikator für eine Individualisierung. 2011 lag der Anteil der Ehen, die geschieden wurden, bei etwa 40 Prozent – und damit fast dreimal so hoch wie noch in der Mitte der 1960er Jahre (zwölf Prozent) (Meyer 2014: 424). Am häufigsten werden Ehen nach etwa fünf bis sechs Jahren geschieden, sie dauern im Schnitt etwa 15 Jahre. Aber auch Ehescheidungen in späteren Lebensphasen nehmen zu, das Scheidungsrisiko liegt zwischen dem 20. und 30. Ehejahr mittlerweile bei etwa 27 Prozent. Kinder haben nur in jungen Jahren einen ehestabilisierenden Effekt, Scheidungen sind unter anderem in Städten, bei niedriggebildeten Paaren sowie in Beziehungen, in denen beide erwerbstätig sind, besonders häufig.

Kinder werden nicht nur häufiger unehelich geboren, sie werden auch später im Lebenslauf einer Frau geboren und wachsen mit weniger Geschwistern auf. Seit den 1980er Jahren treten zudem kinderlose Lebensformen häufiger auf. Dabei ist der Verzicht auf Elternschaft immer häufiger freiwillig – Kinder werden nicht mehr als Voraussetzung für ein erfülltes, glückliches Leben gesehen. Neben dem Fehlen eines geeigneten Partners oder einer geeigneten Partnerin lässt

sich dauerhafte Kinderlosigkeit auch durch materielle Aspekte und steigende Opportunitätskosten erklären.

Dass soziale Normen weniger verbindlich werden, ist insbesondere bei Frauen entscheidend für die beschriebenen Veränderungen. Wachsende Bildungsbeteiligung und Erwerbstätigkeit der Frauen führen dazu, dass sie ökonomisch zunehmend unabhängiger von Mann und Ehe werden. Die Entscheidung zur Mutterschaft ist zur selbstbestimmten Option geworden und unterliegt der Vereinbarkeit mit anderen Lebensbereichen wie Beruf und Karriere.

Zu den bedeutendsten ‚neuen‘ Lebensformen zählt zunächst das nichteheliche Zusammenleben eines Paares. Diese Lebensform ist mittlerweile so verbreitet, dass sie nicht mehr länger nur als Vorform der Ehe angesehen werden kann. Sie ist auch immer häufiger ein Phänomen der zweiten Lebenshälfte – etwa dann, wenn Menschen nach einer Scheidung mit einem neuen Partner oder einer neuen Partnerin zusammenleben ohne erneut zu heiraten. Zu den neuen Lebensformen gehören auch gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften. Wenn auch schwer in ihrer Verbreitung zu beziffern, ist eine fortschreitende gesellschaftliche Akzeptanz homosexueller Partner- und Elternschaft zu verzeichnen, die sich auch in gesetzlichen Regelungen wie der zur Eingetragenen Lebenspartnerschaft und den davon abgeleiteten Rechten (z. B. steuerrechtliches Splittingverfahren, Erbrecht, Stiefkind-Adoption) zeigt.

In Deutschland lebten im Jahr 2010 etwa 1,6 Millionen Alleinerziehende; aus der Perspektive der in dieser Lebensform aufwachsenden Kinder macht das einen Anteil von etwa 17 Prozent aus. Es handelt sich dabei in aller Regel um alleinerziehende Mütter; alleinerziehende Väter sind nur zu etwa zehn Prozent vertreten (Meyer 2014: 432). Stigmatisierungen sind mit dieser Lebensform nur noch selten verbunden, allerdings zeichnen sich Einelternfamilien durch eine überproportional häufige Betroffenheit von Armutslagen aus. Durch Trennung beziehungsweise Scheidung und neu gestiftete Partnerschaften kommt es beim Vorhandensein von Kindern immer häufiger zu ‚Patchwork-Familien‘, sodass Eltern und Kinder mit einem Stiefelternteil und möglicherweise weiteren Stiefkindern oder -geschwistern zusammenleben – die Beziehungsgefüge zwischen leiblichen und sozialen Familienmitgliedern können daher äußerst komplex werden.

Ein weiterer Aspekt der privaten Lebensformen betrifft die Haushaltsform. Nicht selten wird der wachsende Anteil von ‚Single-Haushalten‘ – Alleinlebenden – als Ausdruck von Vereinzelung verstanden. Es gibt vielfältige Gründe für ein Alleinleben: Im jüngeren und mittleren Lebensalter sind es vor allem verlängerte Ausbildungszeiten, eine zeitliche Entkopplung von Verlassen des Elternhauses und eigener Familiengründung, Paare mit getrennten Haushalten und die steigenden Trennungs- und Scheidungsraten, die ein Alleinleben bedingen. Im höheren Alter hat sich die Anzahl von Einpersonenhaushalten stark erhöht – von etwa 1,5 Millionen zu Beginn der 1960er Jahre (Westdeutschland) auf etwa 5,5 Millionen im Jahr 2011 (Meyer 2014: 436). Verantwortlich hierfür ist unter anderem die gestiegene Lebenserwartung und es sind vor allem ältere (verwitwete) Frauen, die alleine leben.

Soziale Beziehungen sind eine wesentliche Quelle für soziale Integration, Lebensqualität und Wohlbefinden über den gesamten Lebenslauf hinweg. Partnerschaften und die Bindungen zu den eigenen Kindern und Enkelkindern gehören dabei zu den engsten sozialen Beziehungen älter werdender Menschen. Diese Beziehungen vermitteln Gefühle von Zugehörigkeit, Intimität und Sinnhaftigkeit. Sie sind ein wesentlicher Bestandteil der Alltagsgestaltung und häufig durch gegenseitige Hilfe und Unterstützung gekennzeichnet. Veränderungen in den Strukturen und Funktionen privater Lebensformen sind für Integration und Teilhabe also von zentraler Bedeutung. Noch ist die Pluralisierung und Dynamisierung der Lebensformen vorrangig in den

jüngeren Kohorten zu finden, sie betrifft aber immer häufiger auch Menschen in der zweiten Lebenshälfte – zunächst eher in der Form der ‚betroffenen‘ älteren Eltern oder Großeltern. Komplexer werdende private Lebenssituationen im Alter bringen es mit sich, dass Verbindlichkeiten und Verantwortlichkeiten weniger verlässlich und planbar werden und (immer wieder) neu verhandelt werden müssen. Während zentrale familiäre Ereignisse der zweiten Lebenshälfte wie zum Beispiel der Übergang zu Großelternschaft unsicherer werden, sind die Lebenssituationen in vielen Fällen vom gleichzeitigen Vorhandensein mehrerer familialer Generationen gekennzeichnet. Während sich die Beziehungsnetzwerke in bestimmten privaten Lebensformen also einerseits vervielfältigen und möglicherweise verkomplizieren, werden sie für andere wiederum durch die Abwesenheit von Partner/in, Kindern und Enkelkindern geprägt sein.

1.3.3 Wandel von Erwerbstätigkeit, Ruhestand und sozialer Sicherung

Erwerbstätigkeit und materielle Lagen sind von hoher Bedeutung für die Lebensqualität älterer Menschen. Die Erwerbstätigkeit ist eine zentrale Form der gesellschaftlichen Partizipation. Zugleich ist die Erwerbsarbeit für eine große Zahl von Personen die vornehmliche Quelle des Einkommens und für die darauf aufbauende soziale Absicherung im Alter. Seit den 1950er Jahren haben sich Erwerbsverläufe in Deutschland deutlich verändert und sind bunter geworden. Der sogenannte Normalerwerbsverlauf mit durchgängiger Vollzeitbeschäftigung, den Männer früherer Erwerbskohorten sowohl in West- als auch in Ostdeutschland häufig aufwiesen, hat an Allgemeingültigkeit verloren. Phasen mit nicht regulärer Beschäftigung und Arbeitslosigkeit haben an Bedeutung gewonnen und Erwerbsverläufe sind insgesamt diskontinuierlicher geworden. (Simonson, Romeu Gordo, & Kelle 2015; Trischler 2014). Diese Entwicklung zeigt sich besonders ausgeprägt in den neuen Bundesländern und in besonderem Maße für die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer. Bei Frauen hat die Erwerbsbeteiligung insbesondere in den alten Bundesländern zugenommen, während die bereits zu DDR-Zeiten hohe Erwerbsbeteiligung von Frauen in den neuen Bundesländern seit der Wiedervereinigung insgesamt stagniert, jedoch mit einem deutlichen Bedeutungszuwachs der Teilzeitbeschäftigung und sinkenden Vollzeitbeschäftigungsraten (Simonson, Romeu Gordo, & Titova 2011).

Vor dem Hintergrund weitreichender Veränderungen der Arbeitswelt wie dem technologischen Fortschritt, dem Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft und der Globalisierung haben sich auch Arbeitsbedingungen und -belastungen verändert. Diskutiert werden neben (im Zeitverlauf eher abnehmenden) physischen Belastungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zunehmend auch psychische Belastungen, z. B. durch einen gestiegenen Leistungs- und Termindruck (Lohmann-Haislah 2012). Hinzu können Belastungen durch die Sorge um den Arbeitsplatz kommen. Auch wenn die Arbeitslosenquoten seit 2005 insgesamt rückläufig sind und sich derzeit auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau befinden, haben befristete Beschäftigungsformen und Arbeitsplatzwechsel in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Außerdem ist seit Umsetzung der Hartz-Reformen mit höheren finanziellen Einbußen bei längerer Arbeitslosigkeit zu rechnen und durch die mit den Reformen verknüpfte Politik des ‚Förderns und Forderns‘ besteht möglicherweise die Befürchtung, im Falle eines Arbeitsplatzverlustes auch nicht angemessene Arbeitsangebote annehmen zu müssen.

Während die Erwerbsbeteiligung Älterer in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich gestiegen ist (Naumann & Romeu Gordo 2010), sank das durchschnittliche Renteneintrittsalter bis Ende der 1990er Jahre zunächst, ist seitdem aber wieder deutlich angestiegen. Zurückzuführen ist dies

insbesondere auf die Abkehr der arbeitsmarkt- und rentenpolitischen Orientierung auf die Frühverrentung und die Einschränkung von Möglichkeiten eines vorzeitigen Altersrentenbezugs. Durch die Einführung von Rentenabschlägen wurde der vorgezogene Renteneintritt zunehmend unattraktiver. Seit 2012 wurde zudem mit der schrittweisen Heraufsetzung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre begonnen. Dieser Politik der Verlängerung des Erwerbslebens steht die 2014 eingeführte Möglichkeit eines vorzeitigen Ruhestandseintritts nach 45 Beitragsjahren bereits mit 63 Jahren entgegen.

Mit Blick auf den demografischen Wandel wurden in den letzten Jahren weitreichende Rentenreformen umgesetzt. Das Ziel der Lebensstandardsicherung im Alter durch die gesetzliche Rentenversicherung wurde im Zuge der Rentenreformen ab 2001 weitgehend aufgegeben, um die aufgrund der demografischen Veränderungen zu erwartende Erhöhung der Beitragssätze abzufedern. Zentrale Merkmale der Reformen sind die sinkenden Sicherungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung und die stärkere Betonung der betrieblichen und privaten Alterssicherung. Für Personen, die derzeit und zukünftig in den Ruhestand gehen, hat dies in der Regel negative Auswirkungen auf ihre Renteneinkommen. Nach einer langjährigen Phase der Verbesserung materieller Lagen im Alter zeichnet sich somit ab, dass die Einkommen Älterer – aufgrund der Reformen des Rentensystems, aber auch aufgrund sich verändernder Erwerbsverläufe – zukünftig geringer ausfallen werden als in vorangegangenen Kohorten. Dies trifft zunächst die geburtenstarke Kohorte der Babyboomer, wird voraussichtlich aber auch nachfolgende Geburtskohorten betreffen.

Neben den Renteneinkünften sind insbesondere Vermögen und Erbschaften von Bedeutung für die finanzielle Lebenssituation im Alter. Diese sind in hohem Maße ungleich verteilt. Sowohl der Besitz von Geldvermögen, als auch der Erhalt oder die Erwartung von Erbschaften sind in den neuen Bundesländern seltener als in den alten Bundesländern, und Personen mit höherem Einkommen erben häufiger als Personen mit niedrigen Einkünften (Motel-Klingebiel, Simonson, & Romeu Gordo 2010; Vogel, Künemund, & Kohli 2011). Insgesamt ist die Wahrscheinlichkeit zu erben, in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen, und es ist davon auszugehen, dass sich die zu erwartenden Erbschaften in Anzahl und Höhe weiter erhöhen werden.

Die sozialen Ungleichheiten haben sich in den letzten Jahren sowohl in Bezug auf Vermögen als auch hinsichtlich der Einkommen erhöht. So haben sich zwar die Haushaltseinkommen zwischen neuen und alten Bundesländern seit der Wiedervereinigung angenähert, sowohl innerhalb der alten als auch der neuen Länder hat die Einkommensspreizung aber deutlich zugenommen (Goebel, Habich, & Krause 2013). Darüber hinaus ist die Armutsgefährdung insgesamt und für einzelne Bevölkerungsgruppen, insbesondere auch für Ältere, gestiegen.

Vor dem Hintergrund der sich verändernden materiellen Lebenssituation im Alter bekommt auch das Thema der Erwerbstätigkeit nach dem Ruhestandseintritt eine neue Bedeutung. Die Erwerbsbeteiligung im Ruhestand hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, allerdings werden finanzielle Gründe dabei wesentlich seltener als Motiv genannt als beispielweise der Spaß an der Arbeit oder der Wunsch nach einer Aufgabe (Engstler & Romeu Gordo 2014). Die Erwerbstätigkeit nach dem Ruhestandseintritt ist also nicht nur ein Ausdruck finanzieller Notwendigkeiten, sondern kann vor dem Hintergrund sich wandelnder Altersbilder, verbesserter Gesundheit und gestiegener Bildungsniveaus auch als eine Möglichkeit der gesellschaftlichen Teilhabe und des aktiven Alterns gesehen werden.

1.3.4 Wandel der Wohnverhältnisse und regionalen Kontexte

Für die Mehrheit der Bevölkerung ist die eigene Wohnung der zentrale Lebensort, der mit zunehmendem Lebensalter an Bedeutung gewinnt (Claßen, Oswald, Doh, Kleinemas, & Wahl 2014). Die Nachbarschaft oder das Quartier sind jene räumlichen Einheiten, in denen sich das alltägliche Leben abspielt und die eine besondere Bedeutung für gutes Altern haben (Oswald, Kaspar, Frenzel-Erkert, & Konopik 2013; Wahl, Iwarsson, & Oswald 2012). Gespräche mit Nachbarn, das Einkaufen beim Bäcker oder dem Lebensmittelladen, der Arztbesuch in der Hausarztpraxis finden häufig in der Nähe der eigenen Wohnung statt. Diese räumlichen Kontexte stellen wesentliche Rahmenbedingungen für individuelle Alternsprozesse und ihre Bewältigung dar (Kawachi & Berkman 2003). Erst mit der Berücksichtigung dieses Kontextes lassen sich Ressourcen, Hindernisse und Gestaltungsmöglichkeiten für ein gutes Alter beschreiben und verstehen (Wahl, Iwarsson, & Oswald 2012).

Die Gemeinde ist der Bezugspunkt für das alltägliche Leben, wie z. B. Aktivitäten oder die Versorgung mit Lebensmitteln. Allerdings sind Einrichtungen der fachlichen Versorgung, wie etwa Facharztpraxen und Pflegeeinrichtungen, insbesondere in ländlichen Gebieten häufig nicht vor Ort, sondern auf der Ebene des (Land-)Kreises oder der nächsten kreisfreien Stadt zu erreichen. Für den Lebensalltag älter werdender Menschen hat also das kommunale Umfeld eine besondere Bedeutung: Die Kommune ist als die kleinste räumlich-politische Verwaltungseinheit im Wesentlichen für die Daseinsvorsorge der Bürgerinnen und Bürger zuständig; die lokale Infrastruktur und sozialen Netzwerke in der örtlichen Gemeinschaft bestimmen maßgeblich die Qualität des Lebens im Alter mit. Je nach finanziellem Spielraum, Siedlungsstruktur (Ballungsräume, verstädterte Räume, ländliche Räume) oder anderen Merkmalen, bestehen also deutliche regionale Unterschiede, die Voraussetzung für Teilhabe und Partizipation von den dort lebenden Menschen sind.

Diese regionalen Unterschiede unterliegen einem Wandel über die Zeit hinweg. So vollziehen sich demografische Prozesse in den verschiedenen Regionen sehr unterschiedlich. Der Bevölkerungsrückgang wird regional unterschiedlich stark ausfallen: Die neuen Bundesländer werden insgesamt stärker betroffen sein. In beiden Landesteilen werden insbesondere ländliche Räume einen stärkeren Bevölkerungsrückgang erleben. Durch mangelnde Nachfrage etwa nach Dienstleistungen, Arztpraxen, Schulen oder Öffentlichem Nahverkehr werden diese Einrichtungen in gering besiedelten Gebieten vermutlich verstärkt ihre Dienste einstellen – was wiederum weitere Abwanderungen in Richtung der Ballungsräume zur Folge haben kann. In der Raumordnungspolitik wird eine „sich selbst verstärkende [...] Abwärtsspirale peripherer ländlicher Räume infolge ungünstiger ökonomischer, demographischer und infrastruktureller Entwicklungen“ diskutiert (BBSR 2012). Die Beachtung und Analyse regionaler Unterschiede und ihres Wandels sind von erheblicher Bedeutung, wenn es darum geht die Kontexte der Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte angemessen zu beschreiben (Wiest, Novossadeck, & Tesch-Römer 2015).

1.3.5 Wandel von Bildung und Kultur

Bildung stellt in modernen Gesellschaften eine zentrale Ressource für Lebenschancen dar. Neben der Funktion der Platzierung eines Individuums innerhalb der gesellschaftlichen Hierarchie hat Bildung auch eine Auslese- und Selektionsfunktion. Allerdings wirkt diese nicht nur über Leistung, sondern auch nach sozialen Merkmalen. Insofern beeinflusst Bildung die vertikale

soziale Mobilität, den Zugang zu Lebenschancen und verursacht Ungleichheiten über den gesamten Lebensverlauf hinweg (z. B. Ferraro, Shippee, & Schafer 2009). Veränderungen im Zugang zu Bildung und in der Qualifikationsstruktur einer Gesellschaft sind also von besonderer Bedeutung, wenn es um die Voraussetzungen für Integration und Teilhabe Älterer geht.

Die in beiden deutschen Staaten seit den 1950er Jahren stattfindende Bildungsexpansion ist eines der deutlichsten Phänomene des sozialen Wandels. Im Zuge der Bildungsexpansion kam es zu einem massiven Ausbau der sekundären und tertiären Bildungsbereiche – mit der Folge, dass Personen länger im Bildungssystem verweilen und ein größerer Anteil der Bevölkerung über mittlere oder höhere Bildungsabschlüsse verfügt. Mit der Bildungsexpansion ging also eine allgemeine Höherqualifizierung einher. Zum Beispiel haben 1960 nur sechs Prozent aller Schülerinnen und Schüler die Schule mit einer Studienberechtigung verlassen, im Jahr 2011 waren es 60 Prozent (Geißler 2014: 336).

Die Bildungsexpansion hat insofern auch eine Veränderung der gesellschaftlichen Qualifikationsstruktur hervorgerufen, weil den noch eher schlecht ausgebildeten Kohorten besser gebildete nachfolgen. Die Höherqualifizierung der Bevölkerung hat das Verhältnis der Bildungsschichten zueinander verändert – es kam zu einer ‚Umschichtung nach oben‘ (Geißler 2014: 342). Insgesamt verlief die Bildungsexpansion in beiden deutschen Staaten sehr ähnlich, mit dem Unterschied dass sie in der DDR früher begann und dort ein größerer Personenkreis davon profitieren konnte.

Als Ursachen für die Bildungsexpansion werden einerseits wachsende Bildungsbedarfe genannt: Fortschritte in Wissenschaft und Technik erfordern entsprechend qualifizierte Arbeitskräfte. Andererseits wird das menschliche Streben nach Statussicherheit und Aufstieg als Triebfeder der Bildungsexpansion angesehen. In der Folge der Bildungsexpansion kommt es zu einem Wachstum von Wirtschaft und Wohlstand. Die mit der Bildungsexpansion einhergehende Demokratisierung im Sinne einer wachsenden kritischen Reflexion politischer und gesellschaftlicher Vorgänge führt zu stärkerer politischer Partizipation und Teilhabe. Dies zeigt sich zum Beispiel am Entstehen einer Demonstrationskultur oder der Organisation von Bürgerinitiativen. Soziale Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern verringern sich, indem Frauen zunehmend ökonomisch eigenständig und unabhängig werden. Mit der Bildungsexpansion geht auch ein Wertewandel einher: Höhere Bildung führt zu höherer Individualisierung, einer Freisetzung aus traditionellen Normen und zu einer Pluralisierung im Wertebereich. Postmaterielle Werte wie Selbstverwirklichung, Lebensqualität und Autonomie sind handlungsleitend und führen zu einer Differenzierung der Formen des privaten Zusammenlebens.

Die Bildungsexpansion hat aber auch eine paradoxe Situation hervorgebracht: Von ihr haben zwar Kinder aus allen Bevölkerungsschichten profitiert, allerdings sind die Bildungschancen weiterhin schichtspezifisch ungleich verteilt. Zwar erreichen benachteiligte Schichten inzwischen häufiger ein mittleres Bildungsniveau. Die Chancen auf eine höhere Bildung sind jedoch verstärkt schichtspezifisch.

Der sozial strukturierte Zugang zu Bildung sorgt nicht nur in frühen Lebensphasen für ungleich verteilte Lebenschancen, sondern er wirkt auf unterschiedliche Weise bis ins Alter in verschiedenen Lebensbereichen nach. Zunächst eröffnet eine gute Ausbildung Zugang zu Berufen mit höherem Einkommen und schließlich besseren materiellen Lagen im Rentenalter sowie der Möglichkeiten zu privater Vorsorge (Motel-Klingebiel et al. 2010). Vermittelt über das Wissen über vorteilhafte Gesundheitsverhaltensweisen oder allgemeine Arbeits- und Lebensbedingungen wirkt Bildung auch auf die gesundheitliche Situation im Alter (Wurm,

Schöllgen, & Tesch-Römer 2010). Ehrenamtliches Engagement und unterstützende soziale Netzwerke sind in höheren Bildungsschichten häufiger zu finden (Fiori, Smith, & Antonucci 2007; Naumann & Romeu Gordo 2010). Niedrigere Bildung geht mit brüchigeren privaten Biografien einher – z. B. Scheidungen sind hier häufiger. Andererseits sind insbesondere höher Gebildete häufiger kinderlos und können daher auf andere Weise mit reduzierten familialen Lebenssituationen im Alter konfrontiert sein.

Auch die Kultur und Werte einer Gesellschaft sind vom sozialen Wandel betroffen. Gerade die wachsende Zahl an älteren Menschen mit guter Gesundheit prägt durch ihre Partizipation individuelle und gesellschaftliche Werthaltungen sowie die Wahrnehmung von älteren Menschen mit. Ältere Menschen und Themen rund um das Alter sind zunehmend medial präsent, beispielsweise in Filmen, Dokumentationen oder in der Werbung. Selbst wenn eher angstbesetzte Themen – wie Krankheit, Pflege und Demenz – ebenfalls thematisiert werden, wird zunehmend ein Bild eines aktiven und fitten Alters transportiert. Individuelle Altersbilder, das heißt Sichtweisen auf das eigene Älterwerden, sind somit auch dem sozialen Wandel ausgesetzt. Durch eine steigende Zahl von aktiven und fitten älteren Aktionsträgern in der Gesellschaft ist bereits ein Wandel hin zu positiveren Altersbildern zu verzeichnen (Wurm & Huxhold 2012).

Die Förderung eines positiven Altersbilds ist nicht nur für individuelle Lebensläufe sondern auch für die Prävention von Altersdiskriminierung ein wichtiges Handlungsfeld. Gerade wenn die Potenziale einer alternden Gesellschaft genutzt werden sollen, ist es wichtig, Altersdiskriminierung entschieden entgegenzuwirken. Eine aktive Lebensphase nach dem Ruhestandsübergang und eine damit verbundene postmaterialistische Werteentwicklung hin zu Selbstverwirklichung bis ins hohe Alter können jedoch auch mit Konflikten zwischen den Generationen verbunden sein. Während ein Generationenkonflikt in den 1960er Jahren eher in unterschiedlichen Werthaltungen begründet war, ist heute eher eine Auseinandersetzung um verteilungspolitische Fragen bis hin zur Ablehnung des ‚Generationenvertrags‘ zu erwarten (z. B. Hollfelder 2012). Damit verbindet sich möglicherweise auch ein Wandel von Einstellungen zur privaten beziehungsweise staatlichen Alterssicherung. Aufgrund der zu erwartenden zahlenmäßig kleineren Kindergeneration und politischer Maßnahmen hin zu mehr privater Vorsorge ist ein Wandel hin zur Befürwortung von privater Alterssicherung zu erwarten. Gleichzeitig sollten diese Einstellungen von familiären Hintergründen und finanziellen Ressourcen der Personen abhängen.

1.4 Vielfalt und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte

Ältere Menschen sind keineswegs eine homogene Gruppe. Die Lebenssituationen und Lebensumstände in der zweiten Lebenshälfte sind vielfältig und unterschiedlich – das Alter hat viele verschiedene Gesichter. Vielfalt betrifft zunächst nur die Feststellung, dass es Unterschiede zwischen Menschen gibt, ohne diese Unterschiede zu bewerten. Im Gegensatz dazu liegt soziale Ungleichheit vor, wenn Unterschiede mit Benachteiligungen bzw. Bevorzugungen verknüpft sind. Im Fall der sozialen Ungleichheit gibt es also eine Bewertung der Vielfalt: Unterschiede können als Benachteiligung oder Bevorzugung gewertet werden. Wird etwa eine gesellschaftliche Gruppe beim Zugang zu erstrebenswerten Gütern oder Positionen benachteiligt, eine andere gesellschaftliche Gruppe aber bevorzugt, so wird von sozialer Ungleichheit gesprochen. Allgemein gesprochen entsteht soziale Ungleichheit, wenn bestimmte soziale Positionen mit Vor- oder Nachteilen verknüpft sind (Solga, Berger, & Powell 2009). Zum Beispiel kann der Zugang

zum Arbeitsmarkt sozial ungleich verteilt sein: Ältere Menschen, Frauen, Menschen mit geringer Bildung und Menschen aus ländlichen Regionen sind beim Zugang zum Arbeitsmarkt benachteiligt (im Vergleich zu jüngeren Menschen, Männern, Menschen mit höherer Bildung sowie Menschen aus städtischen Regionen). Mit der Position auf dem Arbeitsmarkt wiederum sind zum Beispiel Einkommenshöhe, Ansehen und Integration in soziale Netzwerke verbunden. Daher können das Alter, das Geschlecht, die Bildung oder der Wohnort einer Person Determinanten von sozialer Ungleichheit sein.

Bei einer Betrachtung der unterschiedlichen und möglicherweise ungleichen Lebenssituationen ist es wichtig zu berücksichtigen, dass Menschen in der zweiten Lebenshälfte bereits ein erhebliches Stück ihres Lebens gelebt haben und mit entsprechend unterschiedlichen Voraussetzungen ins Alter kommen. Soziale Ungleichheit beginnt nicht erst in der Lebensphase Alter, sondern ist in der Regel schon früh im Leben wirksam. Allerdings ist fraglich, wie stabil soziale Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte ist.

- Die These der ‚*Kontinuität*‘ geht davon aus, dass soziale Ungleichheiten im Laufe des Lebens bestehen bleiben. Menschen starten von unterschiedlichen Ausgangspositionen und die früh im Leben festgelegten Unterschiede verändern sich bis ins hohe Alter nicht.
- Die These der ‚*Angleichung*‘ besagt, dass bestehende Ungleichheiten in späteren Lebensphasen abgemildert werden können – beispielsweise durch sozialstaatliche Regelungen, die in späteren Lebensphasen stärker greifen als in früheren Lebensabschnitten.
- Die These der ‚*Differenzierung*‘ geht dagegen von einer weiteren Verstärkung der sozialen Ungleichheit im späteren Lebenslauf aus. Risiken und Ressourcen kumulieren im Laufe des Lebens. Personen mit guten Ausgangsbedingungen (etwa einer guten Bildung) werden mit hoher Wahrscheinlichkeit anregende Berufe ergreifen und ein auskömmliches Einkommen haben, während Personen mit schlechten Ausgangsbedingungen im weiteren Lebensverlauf mit Belastungen und Risiken konfrontiert sind.
- Die These der ‚*Altersbedingtheit*‘ geht davon aus, dass sich die Determinanten für soziale Ungleichheit über den Lebenslauf verändern. Im Alter werden dieser These nach bestimmte Gruppenzugehörigkeiten bedeutsam für eine bessere oder schlechtere Position im sozialen Gefüge.

Für die Analyse von sozialer Ungleichheit in späteren Lebensphasen ist zudem zu beachten, dass unterschiedliche Ungleichheitsmerkmale zusammenwirken können. Bereits länger bestehende Ungleichheiten können im Alter von neuen Ungleichheitsfaktoren möglicherweise überlagert oder verstärkt (‚Intersektionalität‘) werden. So sind einerseits Kumulationseffekte denkbar, die zu einer weiteren Verstärkung von sozialer Ungleichheit im Alter führen können, andererseits kann es zu einer Verlagerung weg von materiellen hin zu gesundheitlichen oder sozialen Dimensionen von Ungleichheit kommen (Backes & Clemens 2013).

Der vorliegende Bericht soll auch die Frage beantworten, wie die Chancen für soziale Teilhabe und Integration in der zweiten Lebenshälfte nach individuellen, sozialstrukturellen und räumlichen Voraussetzungen verteilt sind. Zentral sind dabei Unterschiedlichkeiten und Ungleichheiten zwischen gesellschaftlichen Gruppen, die sich an den Kategorien Alter, Geschlecht, Bildung und Region festmachen.

1.4.1 Alter

Die zweite Lebenshälfte wird im DEAS als die Altersspanne zwischen 40 und 85 Jahren konzeptualisiert. Im Rahmen dieses Berichtes werden somit sowohl die Lebenssituationen von Personen mittleren Alters, von Menschen rund um das Ruhestandsalter und von Personen an der Schwelle zur Hochaltrigkeit gleichermaßen betrachtet. Insofern dient die Zuordnung zu bestimmten Altersgruppen einer Differenzierung von Lebensphasen, die jeweils mit spezifischen Rollenanforderungen (z. B. Erwerbstätigkeit) versehen sind. In der querschnittlichen Betrachtung eines historischen Zeitpunktes zeigen sich anhand der Altersgruppe also zunächst die über altersspezifische Rollenerwartungen verteilten gesellschaftlichen Güter und die daran geknüpften Ungleichheiten (z. B. Zugang zu Arbeitsmarkt, Einkommen).

Eine weitere Perspektive ergibt sich, wenn über das Alter beziehungsweise den Geburtszeitpunkt Altersgruppen im Sinne von zusammengefassten Geburtsjahrgängen („Kohorten“) gebildet werden. Die jeweils vorherrschenden historischen Gegebenheiten (z. B. Verhältnis der Geschlechter) und Ereignisse (z. B. Krieg, Wiedervereinigung), die den Lebenslauf einer Kohorte prägen, werden dann als Erklärungsmuster für soziale Ungleichheiten (z. B. Zugang zu Bildung, Gesundheitszustand) herangezogen. Die für diesen Bericht zentrale Perspektive des sozialen Wandels lässt sich anhand von Altersgruppenunterschieden im Kohortenvergleich einnehmen. Ein Beispiel hierfür: Erleben später geborene Kohorten erst in einem höheren Lebensalter funktionale Einschränkungen, so könnte dies auf die Kompression der Morbidität hinweisen, also das Auftreten von Erkrankungen in einem sich verkürzenden Abschnitt am Lebensende. Ein weiteres Beispiel ist der Übergang in die Großelternschaft: Wenn Menschen im Jahr 2014 die Großelternschaft in einem höheren Alter erleben als dies im Jahr 1996 der Fall war, so deuten sich hier Folgen von sich wandelnden Familiengründungsmustern an. Die Kinder der (werdenden) Großeltern entschließen sich später, selbst eine Familie zu gründen und Kinder zu haben.

1.4.2 Geschlecht

Das Geschlecht ist über den gesamten Lebenslauf zentral für soziale Ungleichheit (Backes 2007; Geißler 2014). Unabhängig von den individuellen Entscheidungen, die Frauen und Männer im Verlauf ihres Lebens treffen, gibt ihre Geschlechtszugehörigkeit „strukturierte Wege durch die Sozialstruktur“ vor (Krüger 2009: 448). Auch Veränderungen und Entwicklungsverläufe in der Lebensphase Alter werden von der Geschlechtszugehörigkeit geprägt („ageing as a gendered process“, Arber & Ginn 1991).

Soziale Ungleichheiten zwischen älteren Männern und Frauen sind wesentlich durch die ungleiche Verteilung von bezahlter Erwerbs- und unbezahlter Sorgearbeit in früheren Lebensphasen verursacht (Simonson, Romeu Gordo, & Kelle 2014). Aufstiegsbarrieren für Frauen lassen sich an der geschlechtsspezifischen Sozialisation, an patriarchalen Strukturen innerhalb der Arbeitswelt und an der geschlechtsspezifischen innerfamilialen Arbeitsteilung festmachen (Geißler 2014). Ältere Frauen sind im Ergebnis finanziell schlechter abgesichert als Männer, da sie im Erwerbsleben geringere Einkommen erzielen (durch Unterbrechungen, Teilzeit, etc.), eher prekär über die Ehe abgesichert sind und schließlich auch in allen drei Säulen der Rentenversicherung benachteiligt sind.

Allerdings verfügen Frauen, auch im Alter, in der Regel über größere und vielfältigere soziale Netzwerke als Männer und stehen auch häufiger in Kontakt zu Menschen in ihrem Netzwerk (Antonucci & Akiyama 1987). Zudem haben Frauen mehr Unterstützungspotenzial, beispielsweise mit Blick auf Rat oder Trost geht (Huxhold, Mahne, & Naumann 2010). Frauen verfügen somit über mehr soziale Ressourcen, um andere Benachteiligungen auszugleichen oder zu puffern. Schließlich haben Frauen zwar eine höhere Lebenserwartung, sind aber häufiger von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit betroffen (Backes 2007).

Im vorliegenden Bericht wird daher auch der Frage nachgegangen, in welchen Lebensbereichen es in den letzten beiden Jahrzehnten zu einer Veränderung von Geschlechterunterschieden gekommen ist. Die gestiegene Erwerbspartizipation und Bildungsbeteiligung von Frauen spielt dabei für verschiedene Lebensbereiche eine zentrale Rolle. Dabei kann auch deutlich werden, ob sich, bei einer Verringerung von Geschlechtsunterschieden, die Frauen eher den Männern angleichen oder ob – umgekehrt – die Lebenssituationen von Männern denen von Frauen ähnlicher werden.

1.4.3 Bildung

Neben Alter und Geschlecht ist Bildung eine zentrale Determinante sozialer Ungleichheit, in modernen Gesellschaften stellt der erreichte Bildungsgrad sogar die wichtigste Dimension dar. Chancenungleichheiten machen sich ganz wesentlich am Bildungsniveau fest: Mit höherer Bildung ist ein leichter Zugang zu gesellschaftlichen Positionen, zu Mitgestaltungsmöglichkeiten, guten Arbeits- und Wohnverhältnissen sowie hilfreichen sozialen Netzwerken verbunden.

In Deutschland ist die soziale Herkunft entscheidend für den Bildungserfolg in Kindheit, Jugend und jungem Erwachsenenalter und damit für den Bildungsstatus, der im weiteren Lebensverlauf Möglichkeiten erschließen kann (oder nicht). Zusätzlich zu primären Effekten wie schichtspezifischer Sozialisation und kognitiven Kompetenzen wirken sekundäre Effekte wie elterliche Wünsche und Entscheidungen schon früh im Lebensverlauf (Stocké, Blossfeld, Hoenig, & Sixt 2011). Insofern gelten Bildungsungleichheiten als besonders stabil über die Zeit und über den Lebenslauf.

Ungleiche Lebenssituationen in der zweiten Lebenshälfte können auf Bildungsunterschiede als eine wichtige Ursachenkette über den Lebenslauf zurückgeführt werden – keine andere Variable kann Unterschiede beim Einkommen und subjektivem Wohlbefinden im Alter besser vorhersagen als die Bildung (Farkas 2003). Dabei besteht der Zusammenhang zwischen (früh im Lebenslauf erworbener) Bildung und sozialer Ungleichheit in späteren Lebensphasen nicht allein über den Zugang zu Berufen, Einkommen und Prestige. Mit Bildung („Humankapital“) gehen weitere günstige Ressourcen einher, wie kulturelles (z. B. Umgangsformen) und soziales (z. B. hilfreiche soziale Netzwerke) Kapital, die nicht nur Einkommenschancen sondern auch interpersonale Kompetenzen (z. B. Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit) und einen gesunden Lebensstil begünstigen. So zeigt sich beispielsweise, dass mit höherer Bildung die Beteiligung am Erwerbsleben auch in späteren Lebensphasen steigt (Büttner 2005) – damit zentral verbunden ist die finanzielle Situation. Zudem belegen zahlreiche Studien, dass bei Personen mit niedrigerer Bildung bestimmte Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren häufiger vorkommen (Lampert & Kroll 2014; von dem Knesebeck & Mielck 2009) und dass sie zudem höhere Sterblichkeitsraten

aufweisen (Becker 1998). Schließlich gehen mit höherer Bildung auch größere und heterogenere soziale Unterstützungsnetzwerke einher (Fiori et al. 2007).

1.4.4 Region

In Deutschland gibt es erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich Wohlstand, Infrastrukturausstattung und Bevölkerungszusammensetzung (BBSR 2012). Allerdings stehen für die Erfassung räumlicher Disparitäten wenige gut ausgearbeitete Konzepte zur Verfügung, wie sie etwa in der Analyse von Sozialstruktur Verwendung finden (z. B. Schicht oder Milieu). Insofern sind angemessene Indikatoren oder Erhebungsinstrumente für die Erfassung von Raum als Ungleichheitsdimension noch nicht vorhanden (Barlösius & Neu 2008).

Eine wichtige Unterscheidung bei der Beschreibung regionaler Vielfalt ist die Differenzierung von städtischem und ländlichem Raum beziehungsweise verschiedener siedlungsstruktureller Gebietstypen (Ballungsräume, verstädterte Räume, ländliche Räume). In Ballungsräumen kommt es zu räumlichen Konzentrationen von Menschen und damit auch zu einer Konzentration sozialer und wirtschaftlicher Aktivitäten. Den verdichteten Kerngebieten und suburbanisierten Räumen stehen dünn besiedelte und häufig strukturschwache Regionen gegenüber. Diese Gebiete werden oft als ländlicher Raum bezeichnet. Über Unterschiede in der Siedlungsdichte weisen unterschiedliche Regionen in Deutschland ungleiche Ausstattungen mit Arbeitsplätzen, Dienstleistungen, Infrastruktur sowie sozioökonomischen und demografischen Merkmalen auf.

Obwohl mittlerweile 25 Jahre seit der deutsch-deutschen Wiedervereinigung vergangen sind, ist die regionale Differenzierung zwischen alten und neuen Bundesländern immer noch relevant. Insbesondere mit Blick auf die wirtschaftliche Entwicklung zeigt sich, dass es zwischen Ost- und West-Deutschland erhebliche regionale Unterschiede gibt (Maretzke 2006). Mit Blick auf die materielle Lage können Geschlechtsunterschiede durch regionale Disparitäten verstärkt werden: Frauen in den alten Bundesländern haben wesentlich häufiger diskontinuierliche Erwerbsbiografien und arbeiten häufiger Teilzeit als in den neuen Bundesländern. Die in den neuen Bundesländern zwischen Männern und Frauen deutlich ähnlicheren Erwerbsbiografien führen dazu, dass weibliche Altersarmut in Westdeutschland ein viel stärker ausgeprägtes Phänomen ist. Auch die Lebensverläufe von Menschen in Ost- und West-Deutschland, beispielsweise mit Blick auf den Zeitpunkt familialer Übergänge, auf Bildungsunterschiede, auf Werthaltungen sowie auf die Erfahrung von Arbeitslosigkeit. Zudem vollziehen sich die demografische Alterung, Prozesse der Zu- und Abwanderung und der wirtschaftlichen Prosperität regional sehr unterschiedlich.

1.5 Ausblick auf den Bericht

Im vorliegenden Bericht wird der Wandel von Teilhabe und Integration in der zweiten Lebenshälfte in verschiedenen Lebensbereichen dargestellt. Betrachtet wird der Zeitraum von 1996 bis 2014, also beinahe zwei Jahrzehnte des Wandels. Dabei werden nicht allein allgemeine Trends betrachtet, sondern auch gefragt, ob sich Unterschiede und Ungleichheiten aufgrund von Alter, Geschlecht, Bildung oder Region im sozialen Wandel verändert haben. Dies bedeutet, dass im vorliegenden Bericht nicht allein Unterschiede berichtet werden, sondern auch Ähnlichkeiten und Annäherungen zwischen Gruppen dargestellt werden. Mit einer geschärften Wahrnehmung für soziale Differenzierungen und Ungleichheiten lassen sich Grenzen von Teilhabe und Integration erkennen und politische Handlungsbedarfe ableiten.

Der Bericht nutzt die thematische Vielfalt des DEAS und umfasst sieben Oberthemen: Erwerbstätigkeit und Ruhestand, Materielle Lage, Gesundheit und Wohlbefinden, Partnerschaft und Generationenbeziehungen, Unterstützung und soziale Integration, Wohnung und Wohnumfeld, Einstellungen und Diskriminierung, sowie Migrationshintergrund. Insgesamt umfasst der Bericht zum DEAS 2014 neben diesem Einleitungskapitel und einem Kapitel zu Daten und Methoden 22 inhaltliche Kapitel. Der Bericht schließt mit einem politikorientierten Fazit.

Literatur

- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17(11/12), 737-749.
- Arber, S., & Ginn, J. (1991). *Gender and later life : a sociological analysis of resources and constraints*. London: Sage.
- Backes, G. M. (2007). Geschlechter - Lebenslagen - Altern. In: U. Pasero, G. M. Backes & K. R. Schroeter (Hrsg.) *Altern in Gesellschaft. Ageing - Diversity - Inclusion* (S. 151-183). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Backes, G. M. (2005). Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 49-50, 31-38.
- Backes, G. M., & Clemens, W. (2013). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Barlösius, E., & Neu, C. (2008). *Peripherisierung – eine neue Form sozialer Ungleichheit?* Berlin: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften
- BBSR (2012). *Raumordnungsbericht 2011*. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung.
- Becker, R. (1998). Bildung und Lebenserwartung in Deutschland. Eine empirische Längsschnittuntersuchung aus der Lebensverlaufperspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 27(2), 133-150.
- Büttner, R. (2005). *Höhere Erwerbsbeteiligung in Westdeutschland – Mehr Arbeitslosigkeit und Frühverrentungen in Ostdeutschland [Altersübergangs-Report 05]*. Duisburg-Essen: Institut Arbeit und Qualifikation.
- Claßen, K., Oswald, F., Doh, M., Kleinemas, U., & Wahl, H.-W. (2014). *Umwelten des Alterns*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Engstler, H., & Romeu Gordo, L. (2014). Arbeiten im Ruhestand - Entwicklung, Faktoren und Motive der Erwerbstätigkeit von Altersrentenbeziehern. In: E. Kistler & F. Trischler (Hrsg.) *Reformen auf dem Arbeitsmarkt und in der Alterssicherung - Folgen für die Einkunftsfrage im Alter* (S. 115-147). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Farkas, G. (2003). Human Capital and the Long-Term Effects of Education on Late-Life Inequality. In: S. Crystal & D. Shea (Hrsg.) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (S. 138-154). New York: Springer.
- Ferraro, K. F., Shippee, T. P., & Schafer, M. H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In: V. L. Bengtson, M. Silverstein, N. M. Putney & D. Gans (Hrsg.) *Handbook of theories of aging* (Bd. 22, S. 413-433). New York: Springer Publishing Company.
- Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(6), P322-P330.
- Geißler, R. (2014). Bildungsexpansion und Wandel der Bildungschancen: Veränderungen im Zusammenhang von Bildungssystem und Sozialstruktur. In: R. Geißler (Hrsg.) *Die Sozialstruktur Deutschlands* (Bd. 7, S. 333-372). Wiesbaden: Springer VS.
- Geißler, R., & Meyer, T. (2014). Struktur und Entwicklung der Bevölkerung. In: R. Geißler (Hrsg.) *Die Sozialstruktur Deutschlands* (Bd. 7, S. 27-58). Wiesbaden: Springer VS.

- Goebel, J., Habich, R., & Krause, P. (2013). Einkommensentwicklung: Verteilung, Angleichung, Armut und Dynamik. . In: Statistisches Bundesamt & W. B. f. Sozialforschung (Hrsg.) *Datenreport 2013* (S. 168-180). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Hollfelder, T. (2012). Konfliktpotenziale zwischen Alt und Jung im deutschen Wohlfahrtsstaat: eine quantitative Analyse des European Social Survey (EES). *Journal für Generationengerechtigkeit*, 12, 17-30.
- Hradil, S. (2012). Bevölkerung. Die Angst vor der demografischen Zukunft. In: S. Hradil (Hrsg.) *Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde*. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Huxhold, O., Mahne, K., & Naumann, D. (2010). Soziale Integration. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 215-233). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kawachi, I., & Berkman, L. (2003). Introduction. In: I. Kawachi & L. Berkman (Hrsg.) *Neighborhoods and health* (S. 1-19). New York: Oxford University Press.
- Krüger, H. (2009). Prozessuale Ungleichheit. Geschlecht und Institutionenverknüpfungen im Lebenslauf. In: H. Solga, P. J. & P. A. Berger (Hrsg.) *Soziale Ungleichheit. Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse* (S. 447-462). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Lampert, T., & Kroll, L. E. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE Kompakt*, 5(2), 1-13.
- Lesthaeghe, R. (1983). A Century of Demographic and Cultural Change in Western Europe: An Exploration of Underlying Dimensions. *Population and Development Review*, 9(3), 411-435. doi: 10.2307/1973316.
- Lohmann-Haislah. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. . Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Maretzke, S. (2006). Siedlungsstrukturelle Gebietstypen - eine bleibende Herausforderung. . *Informationen zur Raumentwicklung*, 2006(9), 473-484.
- Meyer, T. (2014). Der Wandel der Familie und anderer privater Lebensformen. In: R. Geißler (Hrsg.) *Die Sozialstruktur Deutschlands* (Bd. 7, S. 413-454). Wiesbaden: Springer VS.
- Motel-Klingebiel, A., Simonson, J., & Romeu Gordo, L. (2010). Materielle Sicherung. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys* (S. 61-89). Stuttgart: Kohlhammer.
- Naumann, D., & Romeu Gordo, L. (2010). Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Oswald, F., Kaspar, R., Frenzel-Erkert, U., & Konopik, N. (2013). *Hier will ich wohnen bleiben! Ergebnisse eines Frankfurter Forschungsprojekts zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern*: Goethe-Universität Frankfurt am Main und BHF-BANK-Stiftung: Eigenverlag.
- Schäfers, B. (2012). *Sozialstruktur und sozialer Wandel in Deutschland*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Schimank, U. (2012). Sozialer Wandel. Wohin geht die Entwicklung? In: S. Hradil (Hrsg.) *Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde*. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Simonson, J., Romeu Gordo, L., & Kelle, N. (2015). Separate paths, same direction? Destandardization of male employment biographies in East and West Germany. *Current Sociology*, 63(3), 387-710. doi: 10.1177/0011392115572380.
- Simonson, J., Romeu Gordo, L., & Kelle, N. (2014). Parenthood and Subsequent Employment: Changes in the Labor Participation of Fathers across Cohorts as Compared to Mothers. *Fathering: A Journal of Theory, Research and Practice about Men as Fathers*, 12(3), 320-336.
- Simonson, J., Romeu Gordo, L., & Titova, N. (2011). Changing employment patterns of women in Germany: How do baby boomers differ from older cohorts? A comparison using sequence analysis. *Advances in Life Course Research*, 16(2), 65-82.
- Solga, H., Berger, P. A., & Powell, J. (2009). Soziale Ungleichheit - Kein Schnee von gestern! Eine Einführung. In: H. P. J. B. SOLGA, P. (Hrsg.) (Hrsg.) *Soziale Ungleichheit. Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse* (S. 11-45). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2012). Lebenserwartung in Deutschland erneut gestiegen. Pressemitteilung vom 02. Oktober 2012. Online: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/10/PD12_344

- _12621pdf.pdf;jsessionid=7B69B8F36CBF77C4FD0DB0A92A30D305.cae3?__blob=publicationFile (zuletzt abgerufen 08.02.2016).
- Stocké, V., Blossfeld, H.-P., Hoenig, K., & Sixt, M. (2011). Social inequality and educational decisions in the life course. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 14, 103-119. doi: 10.1007/s11618-011-0193-4.
- Trischler, F. (2014). *Erwerbsverlauf, Altersübergang, Alterssicherung. Zunehmende soziale Ungleichheit im Alter*. . Wiesbaden: Springer VS.
- Vogel, C., Künemund, H., & Kohli, M. (2011). Familiäre Transmission in der zweiten Lebenshälfte. Erbschaften und Vermögensungleichheit. In: P. A. Berger, K. Hank & A. Tölke (Hrsg.) *Reproduktion von Ungleichheit durch Arbeit und Familie* (S. 73-92). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von dem Knesebeck, O., & Mielck, A. (2009). Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. In: A. Börsch-Supan, K. Hank, H. Jürges & M. Schröder (Hrsg.) *50plus in Deutschland und Europa. Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (S. 135-147). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52(3), 306-316.
- Wiest, M., Novossadeck, S., & Tesch-Römer, C. (2015). Regionale Unterschiede in den Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland. *DZA-Diskussionspapier*, 57, 1-62.
- Wurm, S., & Huxhold, O. (2012). Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung von Altersbildern. In: F. Berner, J. Rossow & K.-P. Schwitzer (Hrsg.) *Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung* (S. 27-69). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wurm, S., Schöllgen, I., & Tesch-Römer, C. (2010). Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 90-117). Stuttgart: Kohlhammer.

2 Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys

Daniela Klaus & Heribert Engstler

Kernaussagen

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) untersucht die Lebenssituationen und Altersverläufe der Menschen in der zweiten Lebenshälfte über einen Zeitraum von bislang 18 Jahren: Zwischen 1996 und 2014 wurden fünf Erhebungen durchgeführt (1996, 2002, 2008, 2011, 2014). Befragt werden Personen ab ihrem 40. Lebensjahr.

Der DEAS kombiniert Quer- und Längsschnitterhebungen: Bisher haben 20.715 Personen an der Befragung teilgenommen. Sie haben insgesamt 33.410 mündliche Interviews gegeben. Bereits 6.623 Personen wurden zweimal oder öfter befragt.

Trotz einer rückläufigen Teilnahmebereitschaft weist der DEAS eine hohe Datenqualität auf: Die Teilnahmequote bei der Erstbefragung liegt zwischen 50,3 Prozent (1996) und 27,1 Prozent (2014). Dennoch bestehen nur geringe Selektivitäten hinsichtlich der Teilnahmewahrscheinlichkeit, die denen aus vergleichbaren Studien ähneln.

Die Studie deckt eine große Breite alter(n)srelevanter Themen ab: Informationen zu zentralen Lebensbereichen und Dimensionen von Lebensqualität werden über ein standardisiertes mündliches Interview sowie einen schriftlichen Fragebogen erhoben. Neben den Individualdaten stehen Kontextdaten auf Kreisebene und zu Merkmalen des Wohnumfelds zur Verfügung

2.1 Einleitung

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine seit 1996 durchgeführte Befragung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte in Deutschland. Mit der jüngsten DEAS-Erhebung im Jahr 2014 hat sich der Beobachtungszeitraum der Studie auf nunmehr 18 Jahre und fünf Erhebungen erweitert (1996, 2002, 2008, 2011, 2014). In Verbindung mit den kombinierten Quer- und Längsschnittstichproben und der großen thematischen Breite des DEAS steht damit ein Datensatz zur Verfügung, der eine fundierte Sozialberichterstattung über einen langen Zeitraum hinweg und zu einer Vielzahl alter(n)srelevanter Themen und Fragen ermöglicht. Zugleich erlaubt er wissenschaftlich hochwertige Forschung.

Die erste Erhebung im Jahr 1996 wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unter der Federführung der Freien Universität Berlin (Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf, Leitung Prof. Martin Kohli) und der Universität Nijmegen (Forschungsgruppe Psychogerontologie, Leitung Prof. Freya Dittmann-Kohli) realisiert. Seit der zweiten Erhebung im Jahr 2002 ist das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) mit der Weiterentwicklung, Durchführung und Auswertung des DEAS beauftragt. Die Stichprobenziehung und -pflege sowie die Feldarbeit erfolgen von Studienbeginn an durch das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn. Die Daten sowie die dazugehörigen Datendokumentationen (wie Fragebögen und Codebücher) werden durch das Forschungsdatenzentrum des DZA als *scientific use files* zu Verfügung gestellt.

Auch die jüngste Befragung 2014 folgt dem bisherigen Grundsatz der Wahrung größtmöglicher Konsistenz über die Erhebungsjahre hinweg – sowohl in den Inhalten als auch im Zugang zu den Befragten. Nur auf diese Weise kann eine Vergleichbarkeit über die Zeit sichergestellt werden. Dennoch bedarf es im Rahmen dieser Vorgabe einer gewissen Flexibilität, um aktuell diskutierte Themen aus Öffentlichkeit, Politik sowie Wissenschaft aufzugreifen und vertiefen zu können und – sofern nötig – neueste methodologische Erkenntnisse und Praktiken zur Verbesserung der Datenerhebung und -qualität einfließen zu lassen.

2.2 Das Stichprobendesign des DEAS

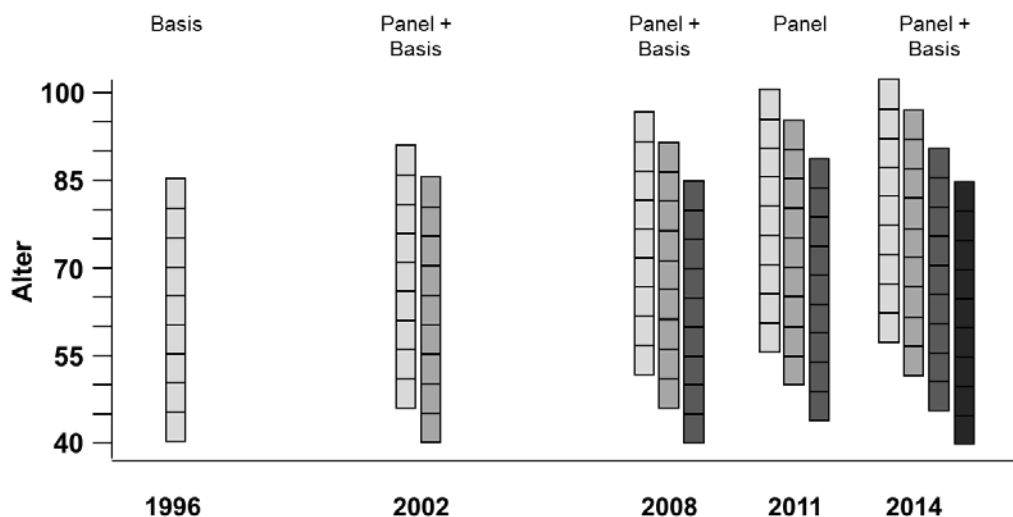
Der DEAS folgt einem kohortensequenziellen Design (Abbildung 2-1). Durch die Kombination von quer- und längsschnittlichen Stichproben ergeben sich drei Auswertungsmöglichkeiten: Neben der Betrachtung von (1) sozialem Wandel (Vergleich unabhängiger Querschnittsdaten) und (2) individueller Entwicklungsverläufe (Paneldaten) können auch (3) individuelle Entwicklungen im Wandel der Zeit (Kohortenvergleich von Verläufen) untersucht werden. Im vorliegenden Bericht werden Fragen des sozialen Wandels behandelt.

Seit 1996 werden im Abstand von sechs Jahren repräsentative Querschnitterhebungen an neuen Stichproben durchgeführt. Dies ermöglicht einen Zeitvergleich auf der Grundlage voneinander unabhängiger Querschnittstichproben. Zielgruppe der Querschnitterhebungen ist jeweils die Wohnbevölkerung in Privathaushalten im Alter von 40 bis 85 Jahren.¹ Während im Jahr 1996 nur deutsche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger einbezogen wurden, wurde 2002 zudem eine

¹ In den Querschnitterhebungen werden Personen in Gemeinschaftsunterkünften ausgeschlossen, was bezogen auf die im DEAS untersuchte Altersgruppe hauptsächlich ältere Menschen in Pflege- oder Altersheimen betrifft. Laut Mikrozensus 2014 lebt in der Altersgruppe der 40- bis 85-Jährigen nur ein Prozent der Bevölkerung in Gemeinschaftsunterkünften; zu einem substantziellen Anstieg kommt es erst ab dem 80. Lebensjahr (Statistisches Bundesamt 2015a). Somit erlauben die DEAS Querschnittstichproben trotz Beschränkung auf Privathaushalte für 99 Prozent der Personen in der zweiten Lebenshälfte valide Aussagen.

separate Stichprobe der in Deutschland lebenden ausländischen Bevölkerung realisiert. Seit 2008 sind beide Gruppen in einer Bevölkerungsstichprobe zusammengeführt, das heißt unabhängig von der Staatsangehörigkeit stellt seither die in Privathaushalten lebende *Wohnbevölkerung Deutschlands* die Grundgesamtheit dar. Die Befragung erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache. Ergänzend zu diesen Querschnitterhebungen werden seit 2002 jeweils alle Personen, die hierfür schriftlich ihr Einverständnis gegeben haben, für Wiederholungsbefragungen kontaktiert. Wie die Abbildung 2-1 zeigt, wurde nach 2008 die Taktung der Panelerhebungen von sechs auf drei Jahre verkürzt, unter anderem um auf diese Weise Dynamiken individueller Lebensverläufe in der zweiten Lebenshälfte besser abbilden zu können.

Abbildung 2-1: DEAS Stichprobendesign 1996-2014



Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Deutscher Alterssurvey (DEAS).

Nach Abschluss der fünften Erhebung im Jahr 2014 verzeichnet der DEAS 20.715 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, mit denen zwischen 1996 und 2014 insgesamt 33.410 mündliche Interviews geführt wurden.² Zwar hat ein Großteil bislang nur an der jeweiligen Erstbefragung teilgenommen, (n = 14.091, darunter 6.002 Teilnehmende an der Erstbefragung im Jahr 2014), doch viele konnten inzwischen auch für wiederholte Befragungen gewonnen werden (zweimal: 2.265; dreimal: 3.041; viermal: 922; fünfmal: 395) – und die Bereitschaft zur mehrfachen Interviewteilnahme steigt. Als Dankeschön für ihre Teilnahme haben die Befragten in den ersten Erhebungen Telefonkarten (1996, 2002) und Briefmarkenhefte (2008) erhalten. Seit 2011 werden Aufwandsentschädigungen (Incentives) im Wert von zehn Euro in bar eingesetzt, um die Teilnahmemotivation zu erhöhen (Pforr, Blohm, Blom, Erdel, Felderer, Fräßdorf, Hajek, Helmschrott, Kleinert, Koch, Krieger, Kroh, Martin, Saßenroth, Schmiedeberg, Trüdinger, & Rammstedt 2015). Gleichzeitig sollen hierüber Ausfälle in den Wiederholungsbefragungen reduziert werden (Laurie & Lynn 2009) und solche Zielpersonen motiviert werden, die in

² Die Angaben beziehen sich auf die gültigen Fälle nach Abschluss der Datenbereinigung im Frühjahr 2015.

Umfragen typischerweise unterrepräsentiert sind wie beispielsweise Niedriggebildete oder Alleinstehende (Ryu, Couper, & Marans 2006).

2.3 Inhalte

2.3.1 Themenschwerpunkte

Eine Besonderheit des DEAS besteht darin, dass er über einen großen Zeitraum eine sehr große Breite an Themen und Inhalten zu zentralen Lebensbereichen erhebt – und zwar anhand von weitgehend vergleichbaren Instrumenten. Folgende Themenschwerpunkte werden seit 1996 abgedeckt:

- Soziodemografische Grunddaten
- Arbeit und Ruhestand
- Wirtschaftliche Lage, Altersvorsorge und finanzielle Unterstützung
- Soziale Beziehungen (Partnerschaft, Familien- und Generationenbeziehungen, soziale Netzwerke)
- Freizeitaktivitäten, ehrenamtliches Engagement, soziale Unterstützung
- Wohnen und Wohnumfeld
- Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Hilfe- und Pflegebedarf
- Einstellungen und Altersbilder
- Lebenszufriedenheit und psychisches Wohlbefinden

Im DEAS wird der Erfassung von biografischen und objektiven Fakten eine ganze Reihe subjektiver Bewertungen und Einstellungen zur Seite gestellt. Dieser Reichtum an Informationen ermöglicht nicht nur eine umfassende Darstellung der Lebenssituation von Menschen in der zweiten Lebenshälfte, sondern kann diese durch deren individuelle Einschätzung ergänzen. Zudem können Wechselwirkungen zwischen Lebensbereichen untersucht werden. Trotz weitgehender inhaltlicher Stabilität über die Befragungsjahre hinweg, finden sich auch Themenbereiche und Fragen, die nur einmalig erhoben wurden oder im Verlauf der Studie hinzugekommen sind. Damit sollen aktuelle Diskurse und Inhalte aufgegriffen werden. So wurden 2014 die Themen soziale Exklusion (vgl. Kapitel 18), nachbarschaftliche Kontakte und lokale Serviceangebote für Ältere (vgl. Kapitel 20 und 21) durch die Aufnahme neuer Erhebungsinstrumente ausgebaut. Der Informationsreichtum des DEAS wird regelmäßig für die Erstellung öffentlichkeitswirksamer Beiträge genutzt, die sich beispielsweise in den Altenberichten der Bundesregierung finden.

Für wiederholt befragte Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ergibt sich ab der Zweitbefragung insofern ein reduziertes Fragenprogramm, als darauf verzichtet wird, stabile Merkmale – wie zum Beispiel das erreichte Bildungsniveau – erneut abzufragen. Zudem werden bereits bekannte Informationen aus vorangegangenen Befragungen als Referenz genutzt, um daran anknüpfend biografische Ereignisse fortzuschreiben (beispielsweise Partnerschaftsbiografie). Dieser Zuschnitt der Befragung auf die individuelle Situation wird durch den umfassenden Einsatz von bekannten Befragteninformationen aus den vorherigen Erhebungen (sogenannte ‚Preload-Daten‘) für die Panelbefragungen möglich.

2.3.2 Erhebungsmethoden und Befragungsmodule

Die Datenerhebung im DEAS erfolgt über unterschiedliche Erhebungsverfahren und Befragungsmodule. Mit allen Befragten wird vor Ort ein *persönliches mündliches Interview* anhand eines standardisierten Fragebogens durchgeführt – in den frühen Erhebungen (1996 und 2002) als paper-pencil-Interview (PAPI) und seit 2008 als Computer unterstütztes Interview (CAPI). Die durchschnittliche Befragungszeit für die Erstbefragungen hat sich über die Befragungsjahre hinweg erhöht und liegt 2014 bei 100 Minuten für Erstbefragte (Median = 96 Minuten) und 86 Minuten für wiederholt Befragte (Median = 82 Minuten). Inbegriffen sind hier Pausen im Verlauf des Interviews, die im Durchschnitt zwischen einer und zwei Minuten betragen. Die durchschnittliche Interviewdauer variiert systematisch mit dem Alter: So liegt sie bei den jüngsten Erstbefragten bei 94 Minuten (40 bis 54 Jahre), in der mittleren Altersgruppe bei 100 Minuten (55 bis 69 Jahre) und bei den Ältesten bei 107 Minuten (70 bis 85 Jahre). Trotz der langen Befragungsdauer finden sich auch unter den Älteren keine Hinweise für einen Qualitätsverlust der Daten. So schätzen beispielsweise die Interviewerinnen und Interviewer die Zuverlässigkeit der von den Befragten gemachten Angaben als hoch ein – unabhängig vom Alter der Befragten und der Befragungsdauer. Auch Befragungsabbrüche finden vernachlässigbar selten statt (Schiel, Kerr, Dickmann, & Aust 2015).

Im Verlauf des mündlichen Interviews werden verschiedene *Tests* durchgeführt: Seit 2002 wird ein Zahlen-Zeichen-Test zur Messung der psychomotorischen Geschwindigkeit als Teilaspekt der kognitiven Leistungsfähigkeit eingesetzt (Hoyer, Stawski, Wasylyshyn, & Verhaeghen 2004; Tewes 1994) und ab 2008 ein Lungenfunktionstest als Indikator für die körperliche Gesundheit (Vaz Fragoso, Gahbauer, Van Ness, Concato, & Gill 2008). Etwa 90 Prozent der Befragten nehmen am Lungenfunktionstest teil; die Teilnahmequote beim Zahlen-Zeichen-Test bewegt sich zwischen 76 und 91 Prozent (vgl. Tabellen 2-1 und 2-3).

Nach dem mündlichen Interview werden die Befragten gebeten, einen *schriftlichen Fragebogen* auszufüllen (Drop-Off). Hier werden vor allem Einstellungen und subjektive Einschätzungen erhoben, sensible Fragen wie zum Einkommen und der Gesundheit gestellt und Merkmale erfragt, die keine differenzierte Filterführung benötigen. Auch verschiedene psychologische Skalen werden im Drop-Off erhoben. Während die Teilnahmequote in den ersten beiden Basiserhebungen über 80 Prozent lag, sank sie ab 2008 auf 72 Prozent (vgl. Tabelle 2-1). Bei den Panelbefragten liegt die Ausfüllquote mit jeweils mindestens 80 Prozent deutlich darüber (vgl. Tabelle 2-3), vermutlich aufgrund deren generell größerer Studienbindung und Motivation. Analysen belegen zudem, dass vor allem Frauen, ältere Befragte und Befragte mit einem höheren sozio-ökonomischen Status (Bildung und Einkommen) mit höherer Wahrscheinlichkeit an der schriftlichen Befragung teilnehmen (Schiel et al. 2015). Allerdings ist die Stärke dieser Selektionseffekte recht gering.

Bei Zielpersonen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht teilnehmen, wird seit 2008 nach Möglichkeit ein *Kurzfragebogen* eingesetzt, den entweder die Zielperson selbst beantwortet oder stellvertretend eine Kontaktperson. Ziel ist die Erfassung einiger Basisinformationen wie Wohnform, Gesundheitszustand, Staatsangehörigkeit, Bildung oder Lebenszufriedenheit, um auf diese Weise die (temporären) Ausfälle besser beschreiben zu können. Im Jahr 2014 konnte für 2.198 Zielpersonen der Erstbefragung ein Kurzinterview durchgeführt werden sowie für 308 Personen der Panelstichprobe (Schiel et al. 2015). Das entspricht 14 Prozent beziehungsweise zwölf Prozent der nicht am Hauptinterview teilnehmenden Zielpersonen der bereinigten

Bruttoeinsatzstichproben in der Erst- beziehungsweise Wiederholungsbefragung. In den meisten Fällen wurde das Kurzinterview direkt mit der Zielperson geführt. Die geringe Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kurzinterview ist auch aus anderen Altersstudien bekannt (beispielsweise aus dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Börsch-Supan, Brandt, Hunkler, Kneip, Korbmacher, Malter, Schaan, Stuck, & Zuber 2013).

Ergänzend zu den Befragungsdaten bietet der DEAS weitere Daten, die das *Wohnumfeld* der Befragungspersonen auf unterschiedlichen räumlichen Ebenen beschreiben. Für alle Erhebungsjahre liegen Einschätzungen der Interviewenden zur Wohnung und zum Wohnumfeld der Befragten vor. Für die Befragten der Jahre 2002, 2008 und 2014 stehen quartiersbezogene Daten zur sozialstrukturellen Zusammensetzung der Wohngegend, zu Sozialmilieus, Kaufkraft oder zur Arbeitslosigkeit zur Verfügung.³ Auf Kreisebene können für alle Befragten und alle Erhebungsjahre ausgewählte Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR-Daten) vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung genutzt werden wie beispielsweise zu Arbeitsmarkt, Bevölkerung, medizinischer Versorgung, Verkehr oder Wirtschaft.

2.4 Die Querschnittstichproben

2.4.1 Stichprobenziehung

Die Querschnittstichproben des DEAS (Basisstichproben) sind Personenstichproben aus Einwohnermelderegistern. Dabei ist die Stichprobenziehung zweistufig angelegt (Schiel et al. 2015; Smid, Hess, & Gilberg 1997): In der ersten Befragung 1996 wurden entsprechend des ‚probability proportional to size‘-Ansatzes 290 Gemeinden gezogen. Innerhalb dieser Gebietseinheiten erfolgt seither eine zufällige Ziehung von Zielpersonen aus den Einwohnermelderegistern. Bereits 1996 kam es auf dieser ersten Stufe zu Ausfällen, da fünf Prozent der ausgewählten Gemeinden die Ziehung einer Personenstichprobe verweigert haben (Smid et al. 1997). Im Jahr 2014 fielen aus diesem Grund zwölf Gemeinden aus – allerdings regional zufällig verteilt, weshalb von keinem Qualitätsverlust der Stichprobe auszugehen ist (Schiel et al. 2015). Seit 2008 werden im Zuge der Aufbereitung der Einwohnermeldeamtsstichproben durch infas diejenigen Personen ausgeschlossen, die bereits in einer der vorangegangenen Erhebungen an der Studie teilgenommen haben. Solche Überschneidungen finden vor allem in kleineren Gemeinden statt: 2008 waren es 278 Personen und 2014 wurden 473 Personen ausgeschlossen (Schiel et al. 2015).

³ Die Strukturdaten zum Wohnumfeld der Befragten (im Jahr 2002 nur für panelbereite Befragte) wurden von der Firma microm Micromarketing-Systeme und Consult GmbH, Neuss, zur Verfügung gestellt. Für die Befragung des Jahres 2014 liegen auch Wohnumfeldmerkmale der Firma infas 360° GmbH, Bonn, vor.

Tabelle 2-1: Merkmale der DEAS-Querschnittstichproben 1996, 2002, 2008, 2014

Befragungsjahr	1996	2002		2008	2014
	Deutsche	Deutsche	Ausländer	Wohnbevölkerung Deutschland	
Absolute Zahlen					
Unbereinigte Bruttoeinsatzstichprobe ¹⁾	10.608	8.826	3.225	18.822	23.984
Bereinigte Bruttoeinsatzstichprobe ²⁾	9.613	8.164	2.343	17.366	22.139
Gültige mündliche Interviews	4.838	3.084	586	6.205	6.002
Gültige schriftliche Fragebögen	4.034	2.787	484	4.442	4.295
Teilnahmen am Zahlen-Zeichen-Test	-	2.474	446	5.249	4.961
Durchgeführte Lungenfunktionstests	-	-	-	5.449	5.449
Erklärte Panelbereitschaft	2.873	1.964	286	4.417	4.575
Quoten					
Teilnahmequote ³⁾	50,3	37,8	25,0	35,7	27,1
Schriftlicher Drop Off ⁴⁾	83,4	90,4	82,6	71,6	71,6
Zahlen-Zeichen-Test ⁴⁾	-	80,2	76,1	84,6	82,7
Lungenfunktionstest ⁴⁾	-	-	-	87,8	90,8
Panelbereitschaftsquote ⁴⁾	59,4	63,7	48,8	71,2	76,2
Sonstiges					
Erhobene Geburtsjahrgänge	1911-56	1917-62	1917-62	1923-68	1929-74
Alter bei Befragung	40-85	40-85	40-85	40-85	40-85
Durchschnittliche Interviewdauer	67	82	82	83	100
Seitenzahl Drop Off	28	32	32	36	36
Erhebungszeitraum (Monate/Jahr)	1-7/1996	2-11/2002	2-11/2002	4-11/2008	4-11/2014

Quellen: Eigene Zusammenstellung bzw. Berechnung basierend auf den DEAS-scientific use files (Stand: Frühjahr 2015) sowie Engstler & Motel-Klingebiel (2010); Engstler & Wurm (2006); Klaus & Engstler (2012); Künemund (2000); Schiel, Hess & Gilberg (2003); Schiel & Smid (2009); Schiel, Dickmann & Aust (2011); Schiel, Kerr, Dickmann & Aust (2015).

Anmerkungen: 1) Zufallsstichprobe aus dem von den Einwohnermeldeämtern gelieferten Adressdatensatz; 2) Unbereinigte Bruttoeinsatzstichprobe abzüglich neutraler Ausfälle, das heißt Personen, die bereits verstorben sind, im Heim leben, ins Ausland oder unbekannt verzogen sind, nicht ausreichend deutsch sprechen oder aus anderen Gründen nicht zur Zielgruppe gehören; 3) Anteil gültiger mündlicher Interviews an bereinigter Bruttoeinsatzstichprobe; 4) Anteil an gültigen mündlichen Interviews.

Die Querschnittstichproben sind seit der ersten Erhebung disproportional nach Alter, Geschlecht und Landesteil geschichtet: Die Ziehung der Bruttostichprobe erfolgt so, dass sich erwarten lässt, dass sich die realisierten Interviews zu etwa gleichen Teilen auf drei Altersgruppen (40 bis 54, 55 bis 69, 70 bis 85 Jahre) sowie auf Männer und Frauen verteilen. Zwei Drittel der Befragten sollen in den alten und ein Drittel in den neuen Bundesländern wohnen. Demzufolge sind Ältere, Männer und Befragte in Ostdeutschland in den geschichteten Zufallsstichproben überproportional vertreten. Diese Schichtung verfolgt das Ziel, auch in Wiederholungsbefragungen noch ausreichend große Fallzahlen für Personengruppen mit relativ geringen Bevölkerungsanteilen sicherzustellen (wie beispielsweise hochaltrige Männer in Ostdeutschland). Aus diesem Grund wird seit 2008 eine Gesamtfallzahl von etwa 6.000 Personen pro Querschnittstichprobe angestrebt, während die realisierten Stichprobenumfänge in den Vorjahren geringer ausfielen (vgl. die Anzahl gültiger Interviews in Tabelle 2-1).

2.4.2 Teilnahmebereitschaft

Während die Teilnahmequote – der Anteil realisierter gültiger Interviews an der bereinigten Bruttoeinsatzstichprobe⁴ – zu Beginn der Studie 1996 bei 50 Prozent lag, ist sie auf 27 Prozent bei der Querschnittsstichprobe im Jahr 2014 zurückgegangen. Die sinkende Teilnahmebereitschaft im DEAS ist eingebettet in einen generell rückläufigen Trend zur Teilnahme an sozialwissenschaftlichen Studien in westlichen Industrienationen (Aust & Schröder 2009; Brick & Williams 2013; de Leeuw & de Heer 2002), der in Deutschland besonders stark ausgeprägt ist (Stoop, Billiet, Koch, & Fitzgerald 2010). Maßnahmen, wie eine umfassende postalische Vorabinformation der Zielpersonen (Anschreiben von infas, Begleitschreiben des BMFSFJ und des DZA) sowie die Erhöhung des finanziellen Wertes des Incentives zwischen 2008 und 2014 haben diese negative Entwicklung möglicherweise abschwächen, aber nicht aufhalten können. Folglich war die Ziehung und Bearbeitung immer größerer Einsatzstichproben notwendig (vgl. Tabelle 2-1) – ein Trend, der sich zukünftig fortsetzen könnte.

Entsprechend der in Deutschland generell geringeren Teilnahmequote an freiwilligen Befragungen ist auch die Teilnahmequote am DEAS niedriger als in ähnlich gelagerten Alterssurveys anderer europäischer Länder: So lag die Erstteilnahmequote in der niederländischen LASA-Studie (Altersspanne 55 bis 85 Jahre) im Jahr 2002 bei 55 Prozent (Huisman, Poppelaars, van der Horst, Beekman, Brug, van Tilburg, & Deeg 2011), in der europäisch-vergleichenden SHARE-Studie (Alter 50+) 2004/2005 über alle Länder hinweg bei 62 Prozent (Börsch-Supan et al. 2013) und in der irischen Studie TILDA (Alter 50+) im Jahr 2010 bei 62 Prozent (Nolan, O'Regan, Dooley, Wallace, Hever, Cronin, Hudson, & Kenny 2014). Gleichzeitig ähnelt die DEAS-Teilnahmequote anderen deutschlandweiten Studien mit durchschnittlich jüngerer Zielgruppe: Die Erstteilnahmequote unter 25- bis 27-Jährigen beziehungsweise 35- bis 37-Jährigen in der pairfam-Studie 2008 lag bei 33 beziehungsweise 32 Prozent (Brüderl, Josef Schmiedeberg, Castiglioni, Arránz Becker, Buhr, Fuß, Ludwig, Schröder, & Schumann 2015), im ALLBUS 2012 für vergleichbare Altersgruppen bei 38 Prozent (Wasmer, Blohm, Walter, Scholz, & Jutz 2014) und in der SOEP-Aufstockungsstichprobe 2012 bei den über 16-Jährigen bei 35 Prozent (TNS infratest Sozialforschung 2013).

2.4.3 Stichprobenselektivität

Wie gut sich die Ergebnisse basierend auf den Querschnittstichproben für die Gesamtbevölkerung generalisieren lassen, hängt weniger von der allgemeinen Teilnahmebereitschaft ab, sondern vielmehr davon, ob und wie selektiv die Teilnahme für bestimmte Bevölkerungsgruppen ausfällt. Für die drei Schichtungsvariablen (Alter, Geschlecht und Landesteil) sowie die Größe des Wohnortes der Zielperson lässt sich prüfen, ob sich Teilnehmerinnen und -teilnehmer signifikant von denjenigen unterscheiden, die nicht teilgenommen haben. Für die drei Querschnittserhebungen 2002, 2008 und 2014 zeigen sich hierbei geringfügige Selektivitäten (Schiel et al. 2015; Schiel et al. 2003; Schiel & Smid 2009): (1) Frauen haben eine etwas geringere Teilnahmewahrscheinlichkeit als Männer – ein Effekt entgegengesetzt zu Umfragen innerhalb der jüngeren Bevölkerung, in der Frauen tendenziell besser erreichbar sind als Männer (Schnell 1997). Möglicherweise sind sie im höheren und

⁴ Zufallsstichprobe aus dem von den Einwohnermeldeämtern gelieferten Adressdatensatz abzüglich neutraler Ausfälle. Um neutrale Ausfälle handelt es sich, wenn Personen bereits verstorben sind, im Heim leben, ins Ausland oder unbekannt verzogen sind, nicht ausreichend deutsch sprechen oder aus anderen Gründen nicht zur Zielgruppe gehören.

hohen Alter etwas misstrauischer, insbesondere wenn sie alleine leben. (2) Mit zunehmender Einwohnerzahl des Wohnortes der Zielperson sinkt die Teilnahmebereitschaft. Vor allem die geringere Teilnahmequote in Großstädten ist ein aus anderen Umfragen bekannter Befund, der unter anderem mit höherer Mobilität und damit einhergehender schlechterer Erreichbarkeit begründet wird. (3) Im DEAS 2008 fällt die Teilnahmewahrscheinlichkeit in den neuen Bundesländern etwas geringer aus als in den alten Bundesländern, in den anderen Erhebungsjahren zeigen sich keine Unterschiede. (4) Im Vergleich der Altersgruppen ist die Teilnahmewahrscheinlichkeit unter den 55- bis 69-Jährigen am höchsten. Es ist davon auszugehen, dass Personen im (jüngeren) mittleren Erwachsenenalter (Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen) aufgrund oft gleichzeitiger familiärer und beruflicher Verpflichtungen zeitlich sehr eingeschränkt sind und zudem recht mobil, was ihre Verfügbarkeit reduziert. Hingegen ist die etwas geringere Teilnahmequote unter den ältesten Zielpersonen (70- bis 85-Jährige) vor allem durch eine gesundheitsbedingt reduzierte Befragbarkeit zu erklären (Motel-Klingebiel, Klaus, & Simonson 2014). Insgesamt erweisen sich jedoch die Selektivitäten hinsichtlich der diskutierten demografischen Merkmale als recht gering: Die durch sie aufgeklärte Varianz in der Teilnahmebereitschaft bewegt sich lediglich zwischen zwei und vier Prozent (Schiel et al. 2015; Schiel et al. 2003; Schiel & Smid 2009).

2.4.4 Datengewichtung

Zum Ausgleich der disproportionalen Stichprobenziehung wurde für jede Basisstichprobe eine Datengewichtung vorgenommen. Diese erfolgt als Randanpassung der Stichprobe an die relative Häufigkeit der zwölf Merkmalskombinationen der Stichprobenschichtung aus Altersgruppe, Geschlecht und Landesteil in der amtlichen Bevölkerungsstatistik. Referenz hierfür ist jeweils der Mikrozensus.⁵ Die Gewichtung wurde getrennt für die mündlichen Interviews und die schriftliche Befragung vorgenommen. Sie gleicht zudem Selektivitäten in der Befragungsteilnahme nach diesen drei Merkmalen aus. Im vorliegenden Bericht kommen diese Querschnittsgewichte für deskriptive Darstellungen zum Einsatz.

2.4.5 Repräsentativität

Für Hinweise auf weitere Selektionsmechanismen jenseits der betrachteten Schichtungsvariablen sowie zur Bewertung der Stichprobenqualität unter Verwendung der Querschnittsgewichtung werden beispielhaft für 2014 die ungewichteten und gewichteten Anteile weiterer Merkmale des DEAS den entsprechenden Anteilen aus der amtlichen Statistik gegenübergestellt. Auf diese Weise wird geprüft, ob nach der Gewichtung bestimmte Bevölkerungsgruppen im DEAS systematisch unter- oder überrepräsentiert sind. In Tabelle 2-2 sind diese Zahlen zusammengestellt.

Im Allgemeinen zeigt sich, dass die Verteilungen im DEAS unter Verwendung der Gewichtung nahe an den Verteilungen in der amtlichen Statistik liegen (vgl. Tabelle 2-2). Lediglich leichte Abweichungen bleiben bestehen. So zeigt sich – wie auch aus vorangegangenen Befragungen

⁵ Für frühere Versionen der Querschnittstichproben der DEAS-Erhebungen 1996 bis 2008 wurde die Bevölkerungsfortschreibungsstatistik als Gewichtungsreferenz verwendet. Diese wird nun für alle Querschnittstichproben durch den Mikrozensus ersetzt, der zielgenauer die für den DEAS relevante Grundgesamtheit der am Ort der Hauptwohnung lebenden Bevölkerung in Privathaushalten repräsentiert. Wir danken dem Statistischen Bundesamt für die Bereitstellung der Mikrozensus-Referenztabellen.

bekannt (Engstler & Motel-Klingebiel, 2010) – eine Tendenz zur Überrepräsentation von Familienhaushalten und Befragten aus der Mittelschicht: Die gewichteten Anteile von Verheirateten und Personen in Haushalten mit vier oder mehr Mitgliedern liegen im DEAS geringfügig über den Werten aus dem Mikrozensus. Ebenso fallen die Anteile von Personen mit höherer Schulbildung, Angestellten und Beamten etwas höher aus. Darüber hinaus besteht ein für die Befragung von älteren und alten Bevölkerungsgruppen kaum zu vermeidender Gesundheitsbias, der aber erst im höheren Alter auftritt. So zeigt sich bei den unter 65-Jährigen noch keine Untererfassung von Schwerbehinderten im DEAS (Tabelle 2-2) – und auch der geringere Anteil Pflegebedürftiger mit Pflegestufe geht weitgehend auf Differenzen bei den über 80-Jährigen zwischen DEAS und Pflegestatistik zurück (ohne Abbildung).

Personen mit Migrationshintergrund stellen inzwischen einen wesentlichen Teil der Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte dar. Ihr Anteil unter den 40- bis 85-Jährigen beträgt laut Mikrozensus knapp 15 Prozent (Tabelle 2-2). Der gewichtete DEAS liegt mit zehn Prozent etwas darunter. Diese Unterschätzung gilt für Männer gleichermaßen wie für Frauen und sie fällt in den beiden jüngsten Altersgruppen größer aus als in der ältesten DEAS-Befragtengruppe der 70- bis 85-Jährigen (nicht in Tabelle 2-2 gezeigt). Für das bekannte Phänomen der geringeren Teilnahmequote von Personen mit Migrationshintergrund werden in der Literatur verschiedene Gründe genannt, die von Sprachschwierigkeiten bis zum kulturellen Hintergrund und spezifischen Migrationserfahrungen reichen (Deding, Fridberg, & Jakobsen 2008; Stadler 2009; Blohm & Diehl 2001; Baykara-Krumme 2013). So setzen beispielsweise konservative Werthaltungen, kulturelle Distanz zum Interviewenden oder auch unsicherer rechtlicher oder wirtschaftlicher Status die Kooperationsbereitschaft herab. Entsprechend ist davon auszugehen, dass vor allem (rechtlich, sprachlich, wirtschaftlich und sozial) schlechter integrierte Migrantinnen und Migranten im DEAS unterdurchschnittlich vertreten sind.

Trotz der genannten Abweichungen weist die Verteilung zentraler sozio-demografischer Merkmale im DEAS eine große Ähnlichkeit mit der Verteilung der amtlichen Statistik auf. Entsprechend stellen die gewichteten Querschnittsstichproben eine sehr gute Datengrundlage zur Untersuchung der Lebenssituation der Menschen in der zweiten Lebenshälfte dar.

Tabelle 2-2: Verteilung ausgewählter Merkmale in der DEAS-Basisstichprobe 2014 und der amtlichen Statistik

Merkmal	Basisstichprobe 2014		Amtliche Statistik	Quelle der amtlichen Statistik
	Ungewichtet	Gewichtet		
Familienstand				
ledig	8,9	10,1	12,5	Statistisches Bundesamt (2015), Mikrozensus 2014
verheiratet ¹	70,1	69,8	66,6	
geschieden ²	10,9	11,2	11,0	
verwitwet ³	10,1	8,9	9,9	
Haushaltsgröße				
1	19,9	19,4	23,0	Statistisches Bundesamt (2015), Mikrozensus 2014
2	54,5	48,6	46,6	
3	13,4	15,4	15,0	
4+	12,2	16,6	15,5	
Höchster Schulabschluss				
ohne oder unbekannt	2,0	2,1	4,1	Statistisches Bundesamt (2015), Mikrozensus 2014
Volks-/Hauptschule	30,8	31,9	40,6	
Polytechnische Oberschule	19,6	12,4	10,7	
Realschule, Mittlere Reife	20,4	24,6 ⁴	20,1	
Abitur, Fachhochschulreife	27,2	29,0	24,6	
Berufliche Stellung der 40- bis 64-jährigen Erwerbstätigen				
Arbeiter	18,6	17,7	22,2	Statistisches Bundesamt (2015), Mikrozensus 2014
Angestellte	61,7	62,4	59,2	
Beamte	8,3	8,8	5,5	
Selbstständige ⁵	11,4	11,1	13,0	
Erwerbsbeteiligung				
erwerbstätig	46,5	53,8	54,0	Statistisches Bundesamt (2015), Mikrozensus 2014
nicht erwerbstätig	53,5	46,2	46,0	
Äquivalenzeinkommen (Median, Euro/Monat)				
50- bis 64-Jährige	1.750	1.867	1.718 ⁶	Statistisches Bundesamt (2015a), EU-SILC 2013
65-Jährige und Ältere	1.417	1.500	1.492 ⁶	
Anteil Schwerbehinderter				
45- bis 54-Jährige	8,2	8,1	6,8	Statistisches Bundesamt (2014), Statistik schwerbehinderter Menschen
55- bis 64-Jährige	15,8	16,0	15,2	
65-Jährige und Ältere	19,3	19,4	24,3	
Pflegebedürftigkeit der 60- bis unter 85-Jährigen				
ohne	97,9	97,9	93,8	Statistisches Bundesamt (2015b), Pflegerstatistik 2013
mit	2,1	2,1	6,2	
Staatsangehörigkeit				
deutsch	96,6	95,8	92,3	Statistisches Bundesamt (2015), Mikrozensus 2014
nicht-deutsch	3,4	4,2	7,7	
Migrationshintergrund				
ohne	91,9	90,2	85,0	Statistisches Bundesamt (2015), Mikrozensus 2014
mit	8,1	9,8	15,0	

Quellen: DEAS Basisstichprobe 2014 (n = 2.244–6.002), Statistisches Bundesamt; wenn nicht anders angegeben: 40- bis 85-Jährige.

Anmerkungen: 1) einschließlich eingetragener Lebenspartnerschaft; 2) einschließlich aufgehobener Lebenspartnerschaft; 3) einschließlich verstorbener eingetragener Lebenspartnerinnen und -partner; 4) einschließlich weiterführender Schulabschluss im Ausland; 5) einschließlich mithelfende Familienangehörige; 6) ein Zwölftel des Jahreseinkommens.

2.5 Die Panelstichproben

2.5.1 Realisierung von Wiederholungsbefragungen

Im Rahmen jeder querschnittlichen Erstbefragung werden die Befragten um ihr schriftliches Einverständnis gebeten, Namen und Adresse speichern zu dürfen. Diese sogenannte Panelbereitschaft – die datenschutzrechtlich die Grundlage für eine erneute Kontaktaufnahme zwecks Durchführung von Wiederholungsbefragungen ist – ist zwischen 1996 und 2014 stetig angestiegen: von 59 Prozent auf 76 Prozent (vgl. Tabelle 2-1).

Wiederholungsbefragungen der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer werden seit der zweiten Erhebung im Jahr 2002 – parallel zu den Erstbefragungen – durchgeführt. Um die mit dem Alter steigende Dynamik biografischer Ereignisse in zentralen Bereichen wie der Gesundheit besser abbilden zu können, wurde nach 2008 die Taktung zwischen den Wiederholungsbefragungen von sechs Jahren auf drei Jahre verkürzt. Weiterhin wurden – um die Panelbereitschaft und Wiederteilnahmequoten zu erhöhen – zwischen den Befragungen Panelpflegen durchgeführt: Zu Beginn der Studie unregelmäßig, ab 2012 in jährlichem Abstand. Darüber wird einerseits der Adressbestand aktualisiert, was die Erreichbarkeit der Befragten verbessert. Andererseits sollen die Befragten durch das regelmäßige Versenden von Grußkarten, Ergebnis- und Informationsbroschüren stärker an die Studie gebunden werden, um auf diese Weise deren Motivation zur weiteren Teilnahme zu erhöhen.

In jeder Wiederholungsbefragung werden als Panelstichprobe alle Befragten angeschrieben, die nach der jeweils letzten Panelpflege als noch lebend bekannt sind, nicht ins Ausland verzogen sind und für die weiterhin die Panelbereitschaft vorliegt (unbereinigte Bruttoeinsatzstichprobe, vgl. Tabelle 2-3). Kontaktiert werden auch diejenigen, die einmal oder mehrfach nicht an Wiederholungsbefragungen teilgenommen haben, solange ihre Panelbereitschaft nicht widerrufen wurde. Erfahrungen verschiedener (Alters-)Studien haben gezeigt, dass sich die Zulassung mehrfachen Aussetzens positiv auf die Qualität der Stichprobe auswirkt (Michaud, Kapteyn, Smith, & van Soest 2011; Weir, Faul, & Langa 2011): Es wird erstens die Panelmortalität herabgesetzt und zweitens können Selektionseffekte gemindert werden, die durch den überproportionalen Ausfall von Personen verursacht werden, die lediglich vorübergehend nicht erreichbar oder befragbar sind, etwa weil sie sich temporär im Ausland aufhalten oder im Krankenhaus sind.

Tabelle 2-3: Merkmale der DEAS-Panelstichproben 2002, 2008, 2011, 2014

Befragungsjahr	2002		2008		2011				2014			
	1996	1996	2002	1996-02	1996	2002	2008	1996-08	1996	2002	2008	1996-14
<i>Erstbefragung</i>												
Absolute Zahlen												
Unbereinigte Bruttoeinsatzstichprobe ¹⁾	2.972	2.534	2.059	4.593	2.217	1.874	4.530	8.621	1.715	1.519	3.881	7.115
Bereinigte Bruttoeinsatzstichprobe ²⁾	2.487	2.186	1.870	4.056	2.102	1.806	4.435	8.343	1.614	1.470	3.787	6.871
Gültige mündliche Interviews	1.524	991	1.000	1.991	1.039	957	2.858	4.854	888	866	2.569	4.323
Gültige schriftliche Fragebögen	1.437	818	829	1.647	876	791	2.338	4.005	750	729	2.179	3.658
Teilnahmen am Zahlen-Zeichen-Test	1.324	870	883	1.753	899	855	2.602	4.356	787	759	2.302	3.848
Durchgeführte Lungenfunktionstests	-	891	898	1.789	943	888	2.680	4.511	805	808	2.361	3.974
Quoten												
Wiederbefragungsquote ³⁾	31,5	20,5	32,4	25,1	21,5	31,0	46,1	34,4	18,4	28,1	41,4	38,4
Schriftlicher Drop Off ⁴⁾	94,3	82,5	82,9	82,7	84,3	82,7	81,8	82,5	84,5	84,2	84,8	85,4
Zahlen-Zeichen-Test ⁴⁾	86,9	87,8	88,3	88,0	86,5	89,3	91,0	89,7	88,6	87,6	89,6	89,0
Lungenfunktionstest ⁴⁾	-	89,9	89,8	89,9	90,8	92,8	93,8	92,9	90,7	93,3	91,9	91,9
Sonstiges												
Geburtsjahrgänge ⁵⁾	1911-56	1911-56	1917-62	1911-62	1911-56	1917-62	1923-68	1911-68	1911-56	1917-62	1923-68	1911-68
Alter bei Befragung ⁵⁾	46-91	52-97	46-91	46-97	55-100	49-94	43-88	43-100	58-103	52-97	46-91	46-103

Quellen: Eigene Zusammenstellung bzw. Berechnung basierend auf den DEAS-scientific use files (Stand: Frühjahr 2015) sowie Engstler & Motel-Klingebiel (2010); Engstler & Wurm (2006); Klaus & Engstler (2012); Künemund (2000); Schiel, Hess & Gilberg (2003); Schiel & Smid (2009); Schiel, Dickmann & Aust (2011); Schiel, Kerr, Dickmann & Aust (2015).
 Anmerkungen: 1) Alle Befragten, die nach der letzten Panelpflege noch panelbereit sind, leben und nicht ins Ausland verzogen sind; 2) Unbereinigte Bruttoeinsatzstichprobe abzüglich aller Personen, die zwischen der letzten Panelpflege und der Datenerhebung verstorben sind oder ins Ausland verzogen sind; 3) Anteil gültiger mündlicher Wiederholungsbefragungen an Anzahl gültiger Interviews im Erstbefragungsjahr (ungeachtet der Befragungsfähigkeit, zwischenzeitlicher Todesfälle oder Umzüge ins Ausland); 4) Anteil an gültigen mündlichen Interviews; 5) Geburtsjahrgang und Alter entsprechend der Einwohnermeldeamtsinformation.

2.5.2 Panelmortalität

Die in Tabelle 2-3 berichteten Teilnahmequoten in den Längsschnittstichproben belegen hohe Ausfälle in der jeweils ersten Wiederholungsbefragung, die sich in den weiteren Befragungsjahren abschwächen – ein Muster, das auch aus anderen Studien bekannt ist (SHARE: Blom & Schröder 2011). Die Verkürzung der Paneltaktung im DEAS nach 2008 auf drei Jahre hat sich positiv auf die Wiederteilnahme ausgewirkt: So liegt die Wiederbefragungsquote der Basisstichprobe 2008 im Jahr 2011 mit 46,1 Prozent über der Quote der deutschen SHARE-Stichprobe (41 Prozent), die eine vergleichbare Altersgruppe (50-Jährige und älter) sogar alle zwei Jahre befragt (Schröder 2008).

Eine Reihe von Analysen belegen eine gewisse Selektivität der Ausfälle (Schiel et al. 2015; Engstler & Motel-Klingebiel 2010; Schiel & Smid 2009): Während sich Geschlecht, Wohnort (Verstädterungsgrad und Landesteil) sowie Familien- und Haushaltskonstellation nicht oder nicht durchweg konsistent auf die erneute Teilnahme auswirken, findet sich ein über die Panelerhebungen und Teilnahmekonstellationen hinweg stabiler negativer Alterseffekt: Je älter die Befragten zur Erstbefragung sind, desto unwahrscheinlicher ist ihre erneute Teilnahme. Dahinter steht eine mit dem Alter zunehmende Verschlechterung der Erreichbarkeit oder Befragbarkeit aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, temporärer Krankenhausaufenthalte, Umzüge in Betreuungs- oder Pflegeeinrichtungen oder auch das Versterben der Befragten. Weiterhin beeinflussen hohe Bildung, hohes Einkommen, gute Gesundheit und ein großes Netzwerk den Verbleib in der Längsschnittstichprobe positiv – Selektionseffekte, die sich auch in anderen Studien finden (Banks, Muriel, & Smith 2011; Schröder 2008). Für den DEAS zeigt sich, dass Alters-, Gesundheits- und Bildungseffekte bei dreijährigem gegenüber sechsjährigem Befragungsabstand an Stärke verlieren (Klaus & Engstler 2012; Engstler & Motel-Klingebiel 2010). Damit reduziert die verkürzte Taktung zwischen den Befragungen nicht nur die Ausfallwahrscheinlichkeit, sondern auch die sozialstrukturell und gesundheitsbedingte Teilnahmeselektivität, was insgesamt eine Verbesserung der Qualität der Panelstichproben mit sich bringt.

2.6 Auswertungen im vorliegenden Bericht

Der vorliegende Bericht liefert eine umfassende Beschreibung des Wandels der Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte zwischen 1996 und 2014. Es wird Fragen des sozialen Wandels nachgegangen. Datengrundlage bilden die Querschnitterhebungen der Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014, das heißt die jeweils neu gezogenen Basisstichproben der 40- bis 85-Jährigen. Neben Veränderungen über die Zeit wird auch Zusammenhängen zwischen inhaltlich interessierenden Indikatoren und folgenden Gruppierungsvariablen nachgegangen.

2.6.1 Gruppierungsvariablen

In allen Kapiteln wird der Zusammenhang der untersuchten Indikatoren mit Geschlecht und Altersgruppen geprüft. Je nach spezifischer Fragestellung werden in einzelnen Kapiteln weitere Gruppenvergleiche in den Mittelpunkt gerückt, vorrangig Vergleiche nach Landesteil und nach Bildungsgruppen.

Geschlecht. Das Geschlecht der Befragungsperson wird – beruhend auf der Einwohnermeldeamtsinformation oder der Interviewerangabe – dichotom als männlich oder weiblich ausgewiesen.

Altersgruppen. In manchen Kapiteln werden ergänzend oder alternativ zu den drei Altersgruppen, die jeweils 15 Jahre abdecken und der Schichtung der Basisstichprobe entsprechen (40- bis 54-Jährige, 55- bis 69-Jährige, 70- bis 85-Jährige) folgende Sechsjahres-Altersgruppen verwendet: 42- bis 47-Jährige, 48- bis 53-Jährige, 54- bis 59-Jährige, 60- bis 65-Jährige, 66- bis 71-Jährige, 72- bis 77-Jährige, 78- bis 83-Jährige. Dieses Vorgehen ermöglicht in Verbindung mit den Sechsjahres-Abständen zwischen den Querschnittstichproben einen Kohortenvergleich, da auf diese Weise Gruppen nicht überlappender Geburtsjahrgänge definiert und miteinander verglichen werden können.

Landesteil/Region. Hier wird zwischen den alten Bundesländern (inklusive dem früheren Westteil von Berlin) und den neuen Bundesländern (inklusive dem früheren Ostteil Berlins) unterschieden.

Bildungsgruppen. Basierend auf der international vergleichbaren ISCED-Klassifizierung (UNESCO 2006) werden drei Bildungsgruppen unterschieden: In der Gruppe der Niedriggebildeten sind Befragte ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung zu finden (ISCED 0-2). Befragte mit mittlerem Bildungsniveau sind diejenigen mit Abschluss einer betrieblichen oder berufsbildend-schulischen Ausbildung. Eingeschlossen sind hier auch Befragte mit höherem allgemeinbildenden Schulabschluss ohne abgeschlossene Berufsausbildung (ISCED 3-4). Als hochgebildet gelten Befragte mit abgeschlossenem Studium einer Fachhochschule, Universität oder Hochschule oder mit abgeschlossener Aufstiegsfortbildung (Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie (ISCED 5-6)).

2.6.2 Analysestrategie

Die statistische Auswertung der Daten erfolgt in allen Kapiteln mittels multivariater Analyseverfahren. Unterschiede zwischen Erhebungsjahren und zwischen Befragtengruppen werden so auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin überprüft. Für dichotome und dichotomisierte Indikatoren kommt die binäre logistische Regression zum Einsatz. Multinomiale logistische Regressionen werden für kategoriale Indikatoren verwendet, während Ordered-Logit-Regressionen für ordinal-skalierte Indikatoren genutzt werden. Bei intervall-skalierten Indikatoren werden lineare Regressionen oder Varianzanalysen angewandt. In allen Regressionsmodellen werden die Schichtungsmerkmale der Stichprobe – Altersgruppe, Geschlecht und Landesteil – kontrolliert. Weitere Gruppierungsvariablen, wie beispielsweise Bildung oder weitere regionale Differenzierungen, werden aufgenommen, sofern deren Signifikanz geprüft werden soll. Weiterhin werden Interaktionsterme auf Signifikanz getestet, wenn entsprechende Fragestellungen beantwortet werden sollen – zum Beispiel, ob sich Geschlechtsunterschiede in den drei Altersgruppen unterscheiden. Geht es um die Frage, ob sich der Wandel über die Erhebungsjahre nach Altersgruppe unterscheidet, wird eine Interaktion aus Erhebungsjahr und den Sechsjahres-Altersgruppen (42- bis 47-Jährige, 48- bis 53-Jährige, 54- bis 59-Jährige, 60- bis 65-Jährige, 66- bis 71-Jährige, 72- bis 77-Jährige, 78- bis 83-Jährige) geprüft. Dadurch wird erreicht, dass sich die Geburtsjahrgänge zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten nicht überlappen.

Zur Ergebnisdarstellung im Text und in den Abbildungen werden gewichtete, erhebungs- und gruppenspezifische Maße genutzt. Je nach Skalenniveau der Indikatoren werden prozentuale

Häufigkeiten oder Mittelwerte berichtet. Zur Gewichtung der deskriptiven Häufigkeitsverteilungen oder Mittelwerte werden in den meisten Kapiteln die Querschnittsgewichte – je nach Indikator für die Daten des Interviews oder des schriftlichen Fragebogens – genutzt (vgl. Abschnitt 2.4.4). In einem Tabellenanhang (www.deutscher-alterssurvey.de) werden ergänzend hierzu die auf diese Weise gewichteten Befunde für alle verwendeten Indikatoren zusammengestellt – getrennt für jedes Erhebungsjahr sowie für die zwölf Zellen, die sich aus der Kombination der Schichtungsvariablen ergeben: Landesteil (alte versus neue Bundesländer), Frauen und Männer sowie drei Altersgruppen (40- bis 54-Jährige, 55- bis 69-Jährige, 70- bis 85-Jährige). Ob in den Abbildungen dargestellte Unterschiede signifikant sind oder nicht, wird unter den jeweiligen Abbildungen beschrieben.

In manchen Kapiteln stehen neben dem sozialen Wandel und den Gruppenunterschieden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Indikatoren im Mittelpunkt (vgl. Kapitel 8, 9, 10, 18, 24). Ob entsprechende Zusammenhänge signifikant sind, wird (wie oben beschrieben) über multivariate Analyseverfahren geprüft. Gleichzeitig werden in diesen Kapiteln die in den Abbildungen berichteten Werte aus den Regressionen selbst berechnet. Auch in diesen Analysen wird für die Stratifizierungsvariablen kontrolliert, die allerdings an den Verteilungen des Mikrozensus zentriert wurden. Auf diese Weise können die berechneten Maße als gewichtet interpretiert werden. Zugleich sind sie um mögliche Einflüsse von Alter, Geschlecht und Landesteil bereinigt.

Welches statistische Verfahren zur Signifikanzprüfung und zur Darstellung der Ergebnisse zum Einsatz kommt, wird in den jeweiligen Kapiteln berichtet. Grundsätzlich wird bei allen Analysen ein Signifikanzniveau von fünf Prozent veranschlagt.

Literatur

- Aust, F., & Schröder, H. (2009). Sinkende Stichprobenausschöpfung in der Umfrageforschung – Ein Bericht aus der Praxis. In: M. Weichbold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.) *Umfrageforschung. Herausforderungen und Grenzen* (S. 195-212). Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Banks, J., Muriel, A., & Smith, J. P. (2011). Attrition and health in ageing studies: evidence from ELSA and HRS. *Longitudinal and Life Course Studies*, 2(2), 101-126.
- Baykara-Krumme, H. (2013). Sind bilinguale Interviewer erfolgreicher? Interviewereffekte in Migrantenbefragungen. In: H.-G. Soeffner (Hrsg.) *Transnationale Vergesellschaftungen* (S. 259-273). Wiesbaden: Springer VS.
- Blohm, M., & Diehl, C. (2001). Wenn Migranten Migranten befragen: Zum Teilnahmeverhalten von Einwanderern bei Bevölkerungsbefragungen. *Zeitschrift für Soziologie*, 223-242.
- Blom, A. G., & Schröder, M. (2011). Sample composition 4 years on: Retention in Share Wave 3. In: M. Schröder (Hrsg.) *Retrospective data collection in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (S. 55-61). Mannheim: MEA.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. (2013). Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992-1001.
- Brick, J. M., & Williams, D. (2013). Explaining rising nonresponse rates in cross-sectional surveys. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 645(1), 36-59.
- Brüderl, J., Josef Schmiedeberg, J., Castiglioni, L., Arránz Becker, O., Buhr, P., Fuß, D., Ludwig, V., Schröder, J., & Schumann, N. (2015). *The German Family Panel: Study Design and Cumulated Field Report (Waves 1 to 6)*.

- de Leeuw, E. D., & de Heer, W. (2002). Trends in household survey nonresponse: A longitudinal and international comparison. In: M. R. Groves, D. A. Dillman, J. L. Eltinge & R. J. A. Little (Hrsg.) *Survey nonresponse* (S. 41-54). New York: Wiley.
- Deding, M., Fridberg, T., & Jakobsen, V. (2008). Non-response in a survey among immigrants in Denmark. *Survey Research Methods*, 2(3), 107-121.
- Engstler, H., & Motel-Klingebiel, A. (2010). Datengrundlagen und Methoden des Deutschen Alterssurveys (DEAS). In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 34-60). Stuttgart: Kohlhammer.
- Engstler, H., & Wurm, S. (2006). Datengrundlagen und Methodik. In: C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.) *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 47-83). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoyer, W. J., Stawski, R. S., Wasylshyn, C., & Verhaeghen, P. (2004). Adult age and digit symbol substitution performance: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 19(1), 211-214.
- Huisman, M., Poppelaars, J., van der Horst, M., Beekman, A. T. F., Brug, J., van Tilburg, T. G., & Deeg, D. J. H. (2011). Cohort profile: the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Epidemiology*, 40(4), 868-876.
- Klaus, D., & Engstler, H. (2012). Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys (DEAS). In A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Kontexte des Alterns. Längsschnittliche Befunde des DEAS 2011* (S. 13-27). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Künemund, H. (2000). Datengrundlage und Methoden. In: M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.) *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (S. 33-40). Opladen: Leske + Budrich.
- Laurie, H., & Lynn, P. (2009). The use of respondent incentives on longitudinal surveys. In: P. Lynn (Hrsg.) *Methodology of longitudinal surveys* (S. 205-233). Chichester: Wiley.
- Michaud, P. C., Kapteyn, A., Smith, J. P., & van Soest, A. (2011). Temporary and permanent unit non-response in follow-up interviews of the Health and Retirement Study. *Longitudinal and Life Course Studies*, 2(2), 145-169.
- Motel-Klingebiel, A., Klaus, D., & Simonson, J. (2014). Befragungen von älteren und alten Menschen. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 781-786): Springer.
- Nolan, A., O'Regan, C., Dooley, C., Wallace, D., Hever, A., Cronin, H., Hudson, E., & Kenny, R. A. (Hrsg.). (2014). *The over 50s in a changing Ireland. Economic Circumstances, Health and Well-Being*. Dublin.
- Pffor, K., Blohm, M., Blom, A. G., Erdel, B., Felderer, B., Fräßdorf, M., Hajek, K., Helmschrott, S., Kleinert, C., Koch, A., Krieger, U., Kroh, M., Martin, S., Saßenroth, D., Schmiedeberg, C., Trüding, E.-M., & Rammstedt, B. (2015). Are incentive effects on response rates and nonresponse bias in large-scale, face-to-face surveys generalizable to Germany? Evidence from ten experiments. *Public Opinion Quarterly, Online first*(June), 1-29. doi: 10.1093/poq/nfv014.
- Ryu, E., Couper, M. P., & Marans, R. W. (2006). Survey incentives: Cash vs. in-kind; face-to-face vs. mail; response rate vs. nonresponse error. *International Journal of Public Opinion Research*, 18(1), 89-106.
- Schiel, S., Dickmann, C., & Aust, F. (2011). *Methodenbericht Deutscher Alterssurvey (DEAS): 4. Befragungswelle. Panelbefragung 2011*. Bonn: Infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH.
- Schiel, S., Hess, D., & Gilberg, R. (2003). *Alterssurvey - Die zweite Lebenshälfte. Methodenbericht zur Erhebung der zweiten Welle 2002*. Bonn: infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH.
- Schiel, S., Kerr, P., Dickmann, C., & Aust, F. (2015). *Deutscher Alterssurvey (DEAS): Methodenbericht zur Durchführung der fünften Erhebungswelle 2014*. Bonn: infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH.
- Schiel, S., & Smid, M. (2009). *Alterssurvey 2008 - Die zweite Lebenshälfte. Durchführung der 3. Befragungswelle. Methodenbericht*. Bonn: Infas Institut für angewandte Sozialforschung GmbH.
- Schnell, R. (1997). *Nonresponse in Bevölkerungsumfragen*. Opladen: Leske + Budrich.

- Schröder, M. (2008). Attrition. In: A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist & G. Weber (Hrsg.) *Health, Aging and Retirement in Europe (2004-2007) – Starting the longitudinal dimension* (S. 327-332). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Smid, M., Hess, D., & Gilberg, R. (1997). *Alterssurvey - Lebensentwürfe, Einstellungen, Bedürfnislagen und Sinnstrukturen älter werdender Menschen. Methodenbericht zur Erhebung der ersten Welle*. Bonn: Infas Institut für angewandte Sozialforschung GmbH.
- Stadler, B. (2009). Die Befragung von MigrantInnen in Stichprobenerhebungen. In: M. Weichold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.) *Umfrageforschung. Herausforderungen und Grenzen* (S. 275-291). Wiesbaden: Springer.
- Statistisches Bundesamt (2015b). *Pflegestatistik 2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2015a). *EU-SILC - Nettoäquivalenzeinkommen 2013 nach Altersgruppen. Abruf aus der Genesis Online-Datenbank des Statistischen Bundesamts, Stand: 28.05.2015*.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Mikrozensus 2014 - Sonderauswertungen für das Deutsche Zentrum für Altersfragen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2014). *Statistik der schwerbehinderten Menschen 2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stoop, I., Billiet, J., Koch, A., & Fitzgerald, R. (2010). *Improving survey response: Lessons learned from the European Social Survey*. John Wiley & Sons.
- Tewes, U. (1994). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, Revision 1991*. Bern: Huber.
- TNS infratest Sozialforschung (2013). *SOEP 2012 - Methodenbericht zum Befragungsjahr 2012 (Welle 29) des Sozio-oekonomischen Panels*. Berlin: DIW Berlin.
- UNESCO (2006). *International Standard Classification of Education ISCED 1997*. Paris.
- Vaz Fragoso, C. A., Gahbauer, E. A., Van Ness, P. H., Concato, J., & Gill, T. M. (2008). Peak expiratory flow as a predictor of subsequent disability and death in community living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1014-1020.
- Wasmer, M., Blohm, M., Walter, J., Scholz, E., & Jutz, R. (2014). *Konzeption und Durchführung der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (ALLBUS) 2012*. Mannheim. Online: https://dbk.gesis.org/dbksearch/file.asp?file=ZA4614_mb.pdf.
- Weir, D. R., Faul, J. D., & Langa, K. M. (2011). Proxy interviews and bias in cognition measures due to non-response in longitudinal studies: a comparison of HRS and ELSA. *Longitudinal and Life Course Studies*, 2(2), 170-184.

3 Länger zufrieden arbeiten? Qualität und Ausgestaltung von Erwerbstätigkeit in der zweiten Lebenshälfte

Janna Franke & Martin Wetzel

Kernaussagen

Im Jahr 2014 sind mehr Menschen in der Lebensphase vor dem Ruhestand erwerbstätig als 1996: Im Jahr 2014 waren 74,1 Prozent der 40- bis 65-Jährigen erwerbstätig, während es 1996 noch 60,2 Prozent waren. Die Anteile der Erwerbstätigen im Alter von 54 bis 59 Jahren sowie von 60 bis 65 Jahren haben sich von 1996 zu 2014 sogar um je 20 Prozentpunkte erhöht (1996: 56,6 Prozent, 2014: 76,1 Prozent für 54- bis 59-Jährige; 1996: 18,2 Prozent, 2014: 38,8 Prozent für 60- bis 65-Jährige). Der Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 60 bis 65 Jahren liegt jedoch auch 2014 deutlich unter dem Durchschnitt der erwerbstätigen Personen im Alter von 40 bis 65 Jahren (74,1 Prozent).

Belastungen im Rahmen der Erwerbstätigkeit unterscheiden sich zwischen den Bildungsgruppen: Fast die Hälfte (47,4 Prozent) aller Erwerbstätigen im Alter von 40 bis 65 Jahren berichtet im Jahr 2014 zeitliche und nervliche Belastungen. Knapp ein Drittel (31,2 Prozent) der Erwerbstätigen berichtet von körperlichen Belastungen bei der eigenen Tätigkeit. Während zeitliche und nervliche Belastungen vor allem von Personen mit einem hohen Bildungsniveau berichtet werden, werden körperliche Belastungen bei der Arbeit eher bei Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau angegeben.

Im Jahr 2014 berichten mehr Erwerbstätige von Belastungen als 2002: Zeitliche und nervliche Belastungen haben zwischen 2002 und 2014 von 43,3 Prozent auf 47,4 Prozent zugenommen. Körperliche Belastungen haben im gleichen Zeitraum von etwa einem Viertel (25,3 Prozent) auf ein knappes Drittel (31,2 Prozent) zugenommen.

Der Großteil der Erwerbstätigen ist im Jahr 2014 zufrieden mit ihrer Arbeit und fühlt sich weder über- noch unterfordert: Mehr als vier Fünftel (85,2 Prozent) der Erwerbstätigen sind im Jahr 2014 zufrieden mit ihrer eigenen Arbeit. Nur 2,8 Prozent fühlen sich über- und 16,1 Prozent unterfordert. Der Großteil der Erwerbstätigen empfindet ihre Arbeitsanforderungen als genau richtig (81,2 Prozent).

Ein zunehmender Anteil an Menschen ist auch nach dem Eintritt in den Ruhestand erwerbstätig: Der Anteil der Erwerbstätigen im Ruhestand nimmt von 5,1 Prozent im Jahr 1996 auf 11,6 Prozent im Jahr 2014 zu. Erwerbstätig sind im Jahr 2014 vor allem Männer zwischen 60 und 71 Jahren sowie Personen mit einem hohen Bildungsniveau.

3.1 Einleitung

Der Arbeitsmarkt wird derzeit nachhaltig durch den demografischen Wandel verändert. So steht eine abnehmende Anzahl von Erwerbstätigen einer größer werdenden Anzahl an Personen im Ruhestand gegenüber (Büsch, Dittrich, & Lieberum 2010). Daraus erwachsen neue Herausforderungen sowohl für das Erwerbssystem (zum Beispiel Fachkräftemangel) als auch für das Rentensystem (zum Beispiel Finanzierbarkeit). Diesen aktuellen Herausforderungen versucht die Politik zum einen mit einer schrittweisen Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters und zum anderen durch die Verringerung von vorzeitigen Ruhestandsregelungen zu begegnen (Brussig 2009). Auch wenn die Einführung der ‚Rente mit 63‘ für Personen mit 45 Beitragsjahren einen vorzeitigen Eintritt in den Ruhestand ermöglicht¹, zielt die derzeitige Arbeitsmarktpolitik auf eine längere Integration älterer Erwerbstätiger in den Arbeitsmarkt ab. In diesem Kapitel soll daher untersucht werden, was diejenigen Personen ausmacht, die eine längere Erwerbsbeteiligung sowohl vor als auch im Ruhestand aufweisen und mit welchen Herausforderungen diese Personen in der Arbeitswelt konfrontiert sind.

Aktuelle Studien zeigen, dass ältere Erwerbspersonen häufig länger im Berufsleben verbleiben. Eine steigende Erwerbsbeteiligung konnte in den letzten Jahren vor allem im Alter vor dem offiziellen Ruhestandseintritt beobachtet werden (Bundesagentur für Arbeit 2013; vgl. dazu Kapitel 4). Es zeigen sich jedoch auch deutliche Unterschiede zwischen Personengruppen. So ist die Erwerbsbeteiligung älterer Menschen sehr unterschiedlich in den Niveaus und Trends nach Geschlecht, Bildung und Region verteilt. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Männer immer noch häufiger im Alter zwischen 60 und 64 Jahren erwerbstätig sind als Frauen, auch wenn der Anteil berufstätiger Frauen in dieser Altersgruppe wächst (Mümken & Brussig 2012). Weiterhin wurde gezeigt, dass über 75 Prozent der Personen mit Hochschulabschluss im Alter von 55 bis 64 Jahren noch erwerbstätig sind, während dies in der gleichen Altersgruppe der Personen ohne Berufsabschluss auf weniger als 40 Prozent zutrifft (Asef & Wingerter 2011; Brussig 2010). Zwischen Ost- und Westdeutschland hat sich die Erwerbsbeteiligung in späteren Lebensphasen in den letzten beiden Jahrzehnten angeglichen, jedoch sind die regionalen Unterschiede (vor allem für Frauen) noch deutlich zu erkennen (Asef & Wingerter 2011).

Durch die aktuelle Erhöhung der gesetzlichen Regelaltersgrenze verschieben sich die Erwerbsteilnahmechancen älterer Erwerbspersonen. Vor allem Alters- und Bildungsunterschiede könnten einen Einfluss auf den Erwerbsaustrittszeitpunkt haben (vgl. Kapitel 4). In diesem Kapitel soll beleuchtet werden, wo Handlungsbedarf zur Verbesserung der Arbeitsmarktintegration und der Arbeitsbedingungen besteht. Gibt es die sogenannten älteren Erwerbstätigen? Oder wählen gerade Personen mit niedrigem Bildungsniveau besonders häufig einen vorzeitigen Ruhestandseintritt aufgrund von hohen Belastungen? Wenn ja, dann würde ein nach Bildung unterschiedlicher Austritt auch ungleiche Einbußen bei der finanziellen Sicherung im Alter nach sich ziehen (vgl. Kapitel 4).

Die Möglichkeiten einer verlängerten Erwerbstätigkeit werden jedoch nicht nur von gesetzlichen und gesundheitlichen Faktoren (vgl. Kapitel 8) beeinflusst. Für den Verbleib in der Erwerbstätigkeit spielen neben der Arbeitszufriedenheit auch Belastungssituationen im Erwerbsalltag sowie Über- und Unterforderung durch die Arbeit eine wichtige Rolle (Bäcker,

¹ Da die Rente mit 63 erst seit dem 01. Juli 2014 bezogen werden kann, sollte der Einfluss dieser Reform auf die Erwerbstätigenzahlen der DEAS-2014-Befragung recht gering sein. Für die zukünftigen Jahre ist zu vermuten, dass die Einführung der Rente mit 63 zu einem leichten Aufhalten des allgemeinen Prozesses der längeren Erwerbsbeteiligung führt, aber den allgemeinen Prozess aufgrund ihres besonderen Zuschnittes auf Personen mit hochstabilen Erwerbsbiografien und kurzen Ausbildungszeiten nicht deutlich verändert.

Brussig, Jansen, Knuth, & Nordhause-Janzen 2009). Nachteilige Arbeitsbedingungen können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Fehlzeiten oder Arbeitsunfähigkeit und dadurch zum vorzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben führen (Bödeker, Friedel, Friedrichs, & Röttger 2008; Wurm 2004). Zudem beeinflussen (Un-)Zufriedenheit und Belastungen im Erwerbsleben auch die Wahrscheinlichkeit, im Ruhestand weiterhin erwerbstätig zu sein (Büsch et al. 2010). Um ein besseres Bild möglicher Einflussfaktoren auf die Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer zu erhalten, werden in diesem Kapitel zusätzlich zu den Erwerbsquoten vor und nach dem Ruhestandsübergang Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastungen durch zeitliche und nervliche sowie körperliche Belastungen, ebenso wie die Bewertung der Passung zwischen Arbeitsanforderung und eigener Fähigkeit in den Blick genommen.

Bisherige Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit von einem Großteil der Erwerbstätigen als hoch bewertet wird (von Rosenstiel 2009; Wurm 2004). Dabei wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachtet. Uneinheitlicher ist die Befundlage, wenn die Arbeitszufriedenheit nach Bildung differenziert betrachtet wird. Einige Studien argumentieren, dass die Tätigkeiten von Personen mit hohem Bildungsniveau häufiger anregende und fordernde Inhalte aufweisen als die Tätigkeiten von Personen mit niedrigem Bildungsniveau und daher Bildung positiv mit Arbeitszufriedenheit zusammenhängt (von Rosenstiel 2009). Andere Studien zeigen jedoch, dass weder die Arbeitsbedingungen noch sozio-ökonomische Merkmale die Arbeitszufriedenheit bestimmen, sondern primär Persönlichkeitsmerkmale (Brenke 2015).

Belastungssituationen im Erwerbsleben können durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden. Häufig wird zwischen gesundheitlichen Belastungen und Stress unterschieden. Stress ist die Arbeitsbelastung, unter der Erwerbstätige am häufigsten leiden und die in den letzten Jahren am stärksten zugenommen hat (Wurm 2004; Bäcker et al. 2009). Von Stress als Belastung berichten vor allem Männer mit hohem Bildungsniveau (Wurm 2004). Auch körperliche Belastungen scheinen zuzunehmen (Bäcker et al. 2009). Das ist insofern bemerkenswert, da durch die fortschreitende Technisierung ein Rückgang körperlicher Belastung zu vermuten wäre. Eine mögliche Erklärung ist, dass auch Bürotätigkeiten als einseitige körperliche Belastungen wahrgenommen werden können. Besonders ‚langes Sitzen‘ wird als Belastung empfunden. Trotzdem berichten Personen mit hohem Bildungsniveau durchschnittlich seltener körperlich belastet zu sein als Personen mit niedrigem Bildungsniveau (Bäcker et al. 2009).

Die subjektive Bewertung der Arbeitsbelastung wird zudem wesentlich durch die Passung zwischen individueller Leistungsfähigkeit und Anforderungen der Tätigkeit beeinflusst. Stimmen die Arbeitsanforderungen und die Fähigkeiten der Erwerbstätigen nicht überein, kann es zu Unter- beziehungsweise Überforderung kommen. Ein häufig geäußertes Vorurteil geht von einer Abnahme der Leistungsfähigkeit älterer Erwerbstätiger aus (Bal, Reiss, Rudolph, & Baltes 2011; vgl. dazu Kapitel 22), wodurch vermeintlich für ältere Erwerbstätige eine steigende Überforderung trotz konstantem Anforderungsprofil der Tätigkeit entstehen würde. Einer solchen Abnahme der Leistungsfähigkeit mit dem Alter widersprechen jedoch bisherige Studien (Ng & Feldman 2008; Lohmann-Haislah 2012; Behrend 2002; von Rosenstiel 2009). Diese im Berufsalltag verbreiteten Vorurteile zur Leistungsfähigkeit Älterer könnten aber dazu führen, dass ältere Erwerbstätige stärker einseitige Tätigkeiten ausüben sollen und sich dadurch unterfordert fühlen (Behrend 2002).

Das vorliegende Kapitel legt den Fokus darauf, wie sich die Erwerbspartizipation und Arbeitsbedingungen älterer Erwerbstätiger über die Zeit entwickelt haben. Dafür werden zuerst die Erwerbsquoten für verschiedene Personengruppen über die Zeit betrachtet. Daraufhin wird

die Erwerbssituation von Personen unterschiedlicher Alters- und Bildungsniveaus in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit, Belastung und Passung berücksichtigt.

Nicht nur die Erwerbspartizipation vor dem Ruhestand steigt, auch Personen im Ruhestand sind immer häufiger erwerbstätig. Im Jahr 2008 arbeiteten überwiegend westdeutsche Männer, Personen mit einem hohen Bildungsabschluss und Selbstständige nach dem Übergang in den Ruhestand (Brussig 2010; Engstler & Romeu Gordo 2014). Ein Anliegen dieses Kapitels ist es zu untersuchen, ob sich dieser Trend im Allgemeinen und für verschiedene Personengruppen weiter fortgesetzt hat.

Im vorliegenden Kapitel werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie hat sich die Erwerbsbeteiligung älterer Erwerbspersonen seit 1996 verändert?
2. Wie bewerten verschiedene Gruppen von Erwerbstätigen ihre Arbeit? Wie haben sich diese Indikatoren über die Zeit verändert?
3. Hat die Erwerbsbeteiligung im Ruhestand seit 2008 weiter zugenommen? Wer arbeitet im Ruhestand und wie wird Erwerbstätigkeit im Ruhestand gestaltet?

3.2 Datengrundlage

Daten. Zur Beantwortung der Fragen wurden die Querschnittsstichproben der 40- bis 85-Jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys (DEAS) der Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014 verwendet (vgl. Kapitel 2). Für die meisten berichteten Indikatoren liegen Informationen zu allen Messzeitpunkten vor, vereinzelt aber auch erst ab 2002 oder 2008. Die Stichproben wurden, je nach Fragestellung, auf Erwerbstätige beziehungsweise Personen im Ruhestand beschränkt. Die abhängigen Variablen stammen aus dem mündlichen Interview.

Aktueller Erwerbsstatus. Der aktuelle Erwerbsstatus wird im DEAS seit 1996 erfasst. Für die Analysen in diesem Kapitel wird er in drei Gruppen unterteilt: Erwerbstätige, darunter fallen alle Personen, die in Teil- oder Vollzeit erwerbstätig sind, oder unregelmäßig, geringfügig erwerbstätig oder nebenerwerbstätig sind; Personen in Altersrente, Pension, sowie Personen in Frührente, -pension, Vorruhestand und Personen in der Freistellungsphase der Altersteilzeit; und sonstige Nichterwerbstätige (Arbeitslose sowie alle Personen ohne Erwerbseinkommen und ohne Rente wie Hausfrauen/-männer und aus anderen Gründen nicht Erwerbstätige).

Arbeitszufriedenheit. Die aktuelle Arbeitszufriedenheit wird seit 2002 durch folgende Frage erfasst: „Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrer Arbeitssituation insgesamt?“ Für die Analysen wird nur zwischen den Zufriedenen („sehr zufrieden“, „eher zufrieden“) und den Nichtzufriedenen („teils, teils“, „eher unzufrieden“, „sehr unzufrieden“) unterschieden.

Zeitliche und nervliche sowie körperliche Belastungen. Neben der Arbeitszufriedenheit werden verschiedene Belastungen bei der eigenen beruflichen Tätigkeit erfasst. In diesem Kapitel werden zwei besonders wichtige Aspekte der Belastungen bei der eigenen Tätigkeit dargestellt: Die Belastungen durch Stress, im Folgenden als zeitliche und nervliche Belastungen bezeichnet („Inwieweit sind Sie belastet durch Stress, das heißt starken Arbeits- oder Termindruck, nervliche Anspannungen?“); sowie Belastungen durch körperliche Aktivitäten („Inwieweit sind Sie belastet durch anstrengende oder einseitige körperliche Aktivitäten, wie zum Beispiel Tragen schwerer Gegenstände, langes Stehen oder Sitzen“). Die Belastungen wurden im DEAS in den Jahren 2002, 2008 und 2014 abgefragt. Für die Analysen wird zwischen stark belasteten („sehr

belastet‘/„ziemlich belastet‘) und wenig belasteten Personen („kaum belastet‘/„etwas belastet‘/„nicht belastet‘) unterschieden. Bei der Erfassung von Belastungen wird häufig zwischen einer quantitativen und einer qualitativen Dimension unterschieden (Lohmann-Haislah, 2012). Die quantitativen Belastungen erfassen dabei die Häufigkeit des Auftretens einer belastenden Situation oder Aktivität, wohingegen sich die qualitative Belastung auf die Wahrnehmung der Situation oder Aktivität als belastend bezieht. Aus anderen Studien ist bekannt, dass die quantitative Belastung generell höher ist als die qualitative. Da die Personen im DEAS angeben sollen, wie stark sie diese Anforderungen belasten, zielen die Analysen in diesem Kapitel auf die qualitative Dimension der Belastungen.

Unter- und Überforderung. Nicht nur anstrengende, sondern auch unterfordernde Tätigkeiten können Personen belasten. Daher wird im DEAS seit 2008 erfasst, inwieweit Erwerbstätige ihre eigene Arbeitspassung bewerten („Fühlen Sie sich angesichts Ihrer Qualifikation auf dieser Stelle eher unterfordert, genau richtig gefordert, oder eher überfordert?“). Für die Analysen wird zwischen den Kategorien ‚eher unterfordert‘, ‚genau richtig gefordert‘ und ‚eher überfordert‘ unterschieden.

Erwerbstätigkeit im Ruhestand. Im DEAS wird ebenfalls die Erwerbstätigkeit im Ruhestand erfasst. Es wurde in jeder Befragung von 1996 bis 2014 abgefragt, ob eine Person im Ruhestand erwerbstätig ist. Daneben liegen für das Jahr 2014 noch Informationen zur derzeitigen beruflichen Stellung vor („als Arbeiter/in oder Angestellte/r beschäftigt“ oder „selbstständig erwerbstätig“), ob es sich um den gleichen Arbeitgeber wie vor dem Ruhestand handelt, und wie der Umfang der beruflichen Tätigkeit ist (Stunden pro Woche).

Gruppierungsvariablen. Altersunterschiede wurden anhand von Sechs-Jahres-Altersgruppen untersucht. Dadurch konnten Überschneidungen zwischen Erhebungszeitpunkten und Altersgruppen vermieden werden (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre). Personen, die beispielweise 2008 54 bis 59 Jahre alt waren, sind 2014 zwischen 60 bis 65 Jahre alt. Weiterhin wurden Geschlechtsunterschiede und Regionsunterschiede (Ost-/Westdeutschland) untersucht. Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung – drei Gruppen betrachtet: Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Bildungsabschluss (vgl. Kapitel 2).

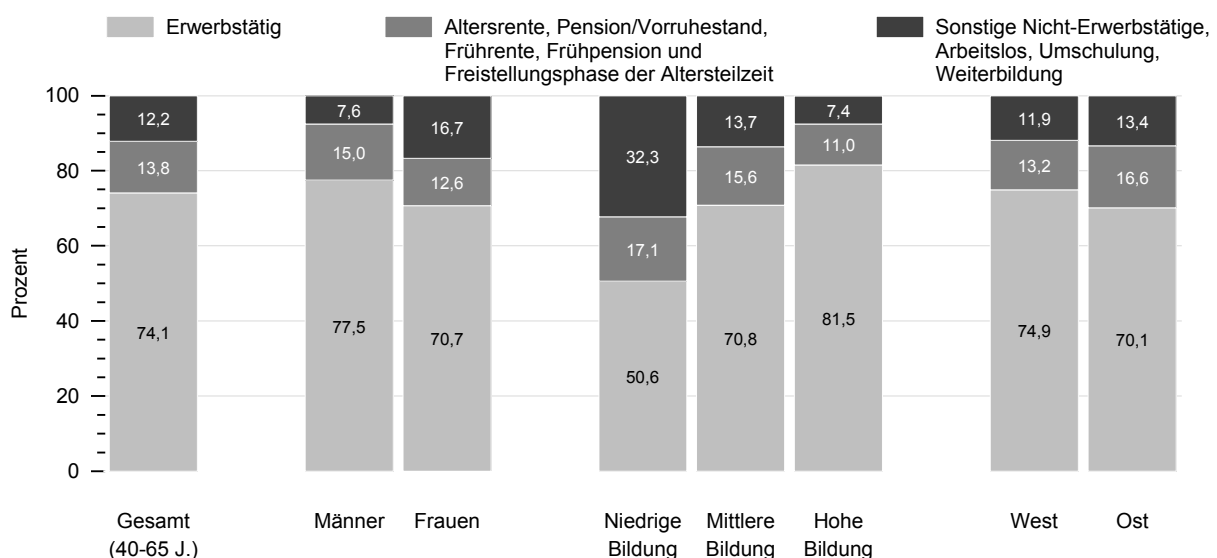
Analysen. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete (gruppenspezifische) Mittelwerte oder prozentuale Verteilungen angegeben. Um Gruppenunterschiede auf Signifikanz zu testen, wurden logistische oder multinomiale Regressionen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

3.3 Wandel der Erwerbsbeteiligung älterer Erwerbspersonen zwischen 1996 und 2014

Im folgenden Abschnitt wird die Veränderung der Erwerbsbeteiligung in der zweiten Lebenshälfte zwischen 1996 und 2014 betrachtet. Zunächst soll aber die Frage beantwortet werden, wer im Jahr 2014 erwerbstätig ist. Abbildung 3-1 zeigt, dass im Jahr 2014 74,1 Prozent der 40- bis 65-Jährigen erwerbstätig sind. 13,8 Prozent befinden sich in bereits im Altersrentenbezug vor dem gesetzlichen Ruhestandsalter und weitere 12,2 Prozent gehören zu der Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen.

Für das Jahr 2014 gibt es signifikante Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung nach Altersgruppen. Die Anteile der Erwerbstätigen liegen bei den 42- bis 47-Jährigen sowie den 48- bis 53-Jährigen über dem Durchschnitt (86,3 Prozent beziehungsweise 87,2 Prozent) und unterscheiden sich nicht signifikant zwischen diesen beiden Altersgruppen (Abbildung 3-2). Der Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 54 bis 59 Jahren liegt bei 76,1 Prozent und damit signifikant unter dem der 42- bis 47-Jährigen sowie der 48- bis 53-Jährigen. In der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen ist der Anteil der Erwerbstätigen mit 38,8 Prozent am geringsten.

Abbildung 3-1: Anteile der Personen im Alter von 40 bis 65 Jahren nach Erwerbsstatus, gesamt, nach Geschlecht, Bildung und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 3.531); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Signifikante Unterschiede für alle Kategorien zwischen Männern und Frauen, zwischen allen Bildungsgruppen sowie zwischen den Landesteilen.

Die Erwerbsbeteiligung unterscheidet sich im Jahr 2014 bei den 40- bis 65-Jährigen weiterhin nach Geschlecht, Bildung und Region. In Abbildung 3-1 sind die Anteile für verschiedene Gruppen im Jahr 2014 dargestellt. Wie vermutet, sind Männer mit 77,5 Prozent eher erwerbstätig als Frauen mit 70,7 Prozent. Für Bildung zeigt sich, dass im Jahr 2014 50,6 Prozent der Personen mit niedrigem Bildungsniveau erwerbstätig sind, jedoch 70,8 Prozent der Personen mit mittlerem Bildungsniveau und 81,5 Prozent der Personen mit hohem Bildungsniveau. Auch zwischen den Landesteilen unterscheidet sich die Erwerbsquote. Im Jahr 2014 sind 74,9 Prozent der Westdeutschen erwerbstätig, während es bei den Ostdeutschen 70,1 Prozent sind.

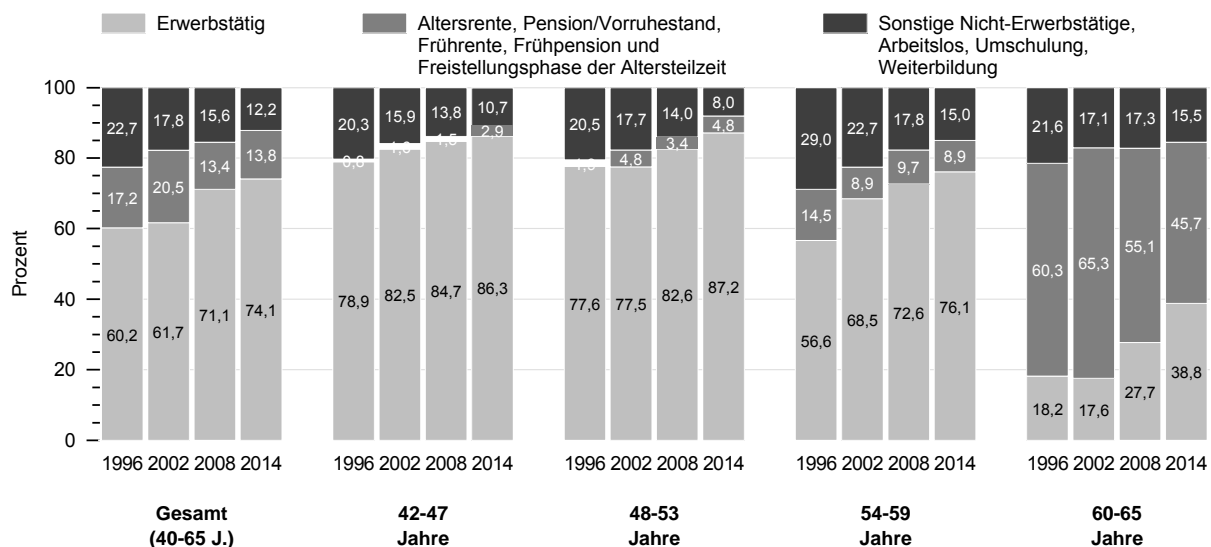
Im Jahr 2014 sind mehr Menschen in der Lebensphase vor dem Ruhestand erwerbstätig als 1996.

In Abbildung 3-2 ist zu sehen, dass sich das Niveau der Erwerbsbeteiligung über die Zeit erhöht hat. Wie erwartet, ist der Anteil der erwerbstätigen Personen an der Bevölkerung im Alter von 40 bis 65 Jahren seit 1996 von 60,2 Prozent auf 74,1 Prozent im Jahr 2014 gestiegen. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Personen mit Rentenbezug von 17,2 Prozent im Jahr 1996 auf 13,8 Prozent im Jahr 2014 und der Anteil der Nichterwerbstätigen (unter anderem

Arbeitslosigkeit, Weiterbildung, Hausfrauen/-männer) an der Bevölkerung im Alter von 40 bis 65 Jahren von 22,7 Prozent im Jahr 1996 auf 12,2 Prozent im Jahr 2014 geschrumpft.

Die Erwerbsbeteiligung unterscheidet sich auch zwischen den Altersgruppen. Zu allen Befragungszeitpunkten ist zu erkennen, dass der Anteil von Personen, die erwerbstätig sind, mit höherem Alter geringer ist. Weiterhin zeigt sich, dass über die Befragungszeitpunkte die Erwerbsbeteiligung in allen Altersgruppen der 40- bis 65-Jährigen zugenommen hat. Zudem verläuft diese Entwicklung über die Zeit in den Altersgruppen unterschiedlich. In den Altersgruppen der 42- bis 47-Jährigen sowie der 48- bis 53-Jährigen hat sich der Anteil der Erwerbstätigen von 1996 zu 2014 um 7,4 beziehungsweise 9,6 Prozentpunkte erhöht, sodass der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung 2014 für beide Altersgruppen bei 86,3 beziehungsweise 87,2 Prozent liegt. Dagegen hat sich bei den 54- bis 59-Jährigen und den 60- bis 65-Jährigen im gleichen Zeitraum der Anteil der Erwerbstätigen um knapp 20 Prozentpunkte erhöht. In der ältesten Altersgruppe ist der Anteil von 1996 zu 2002 zunächst nicht angestiegen. Von 2002 zu 2014 hat sich anschließend der Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 60 bis 65 Jahren von 17,6 Prozent auf 38,8 Prozent verdoppelt. Insgesamt sind die Anteile der älteren Erwerbstätigen seit 1996 gestiegen, die Erwerbsbeteiligung der 54- bis 59-Jährigen und der 60- bis 65-Jährigen ist im Jahr 2014 weiterhin signifikant niedriger als die der 42- bis 47-Jährigen und der 48- bis 53-Jährigen.

Abbildung 3-2: Anteile der 40- bis 65-jährigen Personen nach Erwerbsstatus, gesamt, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.134), 2002 (n = 1.844), 2008 (n = 3.572), 2014 (n = 3.531); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Zunahme der Kategorie ‚Erwerbstätig‘ im Alter 40 bis 65 Jahre zwischen 1996 und 2014. Signifikante Abnahme der Kategorie ‚Altersrente‘ sowie ‚sonstige Nicht-Erwerbstätige‘ zwischen 1996 und 2014. In allen Altersgruppen steigt der Anteil der Erwerbstätigen von 1996 bis 2014 an. Signifikante Zunahme des Anteils der Altersrentnerinnen und Altersrentner bei den 42- bis 53-Jährigen, aber signifikante Abnahme bei den 54- bis 65-Jährigen. In allen Altersgruppen (außer bei den 60- bis 65-Jährigen) sinkt der Anteil der sonstigen Nicht-Erwerbstätigen von 1996 bis 2014.

Unterschiede zeigen sich ebenfalls bei der Entwicklung der Anteile der Personen mit Altersrentenbezug vor dem gesetzlichen Ruhestandsalter. Während in den beiden jüngeren Altersgruppen (42- bis 47-Jährigen und 48- bis 53-Jährigen) die Anteile der Personen mit

Altersrentenbezug im Gesamttrend geringfügig angestiegen sind, ist deren Anteil bei den 54- bis 65-Jährigen signifikant gesunken: Die Anteile der 54- bis 59-Jährigen mit Altersrentenbezug betragen 1996 noch 14,5 Prozent. Im Jahr 2014 sind es nur noch 8,9 Prozent. Auch bei den 60- bis 65-Jährigen waren es im Jahr 1996 60,3 Prozent und im Jahr 2014 lediglich 45,7 Prozent. Der gleiche Trend zeigt sich für sonstige Nichterwerbstätige. Ihr Anteil an den Erwerbspersonen hat im Gesamttrend abgenommen (zur Veränderung der Renteneintrittsmuster über die Zeit (vgl. Kapitel 4).

Im Jahr 2014 bestehen weiterhin signifikante Unterschiede in den Anteilen der Erwerbsbeteiligung zwischen Männern und Frauen. Trotz des immer noch bestehenden Unterschiedes, haben sich die Anteile zwischen Männern und Frauen jedoch seit 1996 Schritt für Schritt einander angeglichen (vgl. Tabelle A 3-1 im Anhang). Das zeigt, dass die schrittweise Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters gleichermaßen auf den Zeitpunkt des Ruhestandsüberganges von Männern als auch von Frauen wirkt. Die Differenzen in der Erwerbsbeteiligung zwischen den Bildungsgruppen sind über die Zeit stabil geblieben (ohne Abbildung). Der Ost- und Westunterschied in den Anteilen der Erwerbsbeteiligung besteht konstant seit 1996 (vgl. Tabelle A 3-1 im Anhang).

3.4 Bewertung und Wandel der eigenen Arbeit von Erwerbstätigen

Angesichts der steigenden Erwerbsbeteiligung vor allem der älteren Erwerbstätigen, wird im Folgenden untersucht, wie sich die Bewertung der Arbeitssituation für Erwerbstätige in der zweiten Lebenshälfte verändert hat. Dabei wird auf die Arbeitszufriedenheit, die Qualität der Belastungen sowie die subjektiv wahrgenommene Passung der Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen mit ihrer Arbeit eingegangen.

Die berichtete allgemeine Arbeitszufriedenheit ist sehr hoch. Im Jahr 2014 berichten 85,2 Prozent der Erwerbstätigen im Alter von 40 bis 65 Jahren, dass sie insgesamt eher oder sehr zufrieden mit ihrer Arbeit sind (vgl. Tabelle A 3-2 im Anhang). Ein Vergleich zwischen den Altersgruppen zeigt für das Jahr 2014 keinen Unterschied bei der berichteten Arbeitszufriedenheit. Der Anteil der zufriedenen Erwerbstätigen ist in allen Altersgruppen gleich hoch. Ebenso gibt es 2014 weder signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen noch zwischen Bildungsgruppen.

Die Arbeitszufriedenheit hat sich seit 2002 nicht verändert (vgl. Tabelle A 3-2 im Anhang). Das ist bemerkenswert, denn obwohl Personen die Austrittswege aus der Erwerbsarbeit erschwert wurden und damit insgesamt mehr Personen erwerbstätig sind, sind diese nicht unzufriedener. Der hohe Anteil der Arbeitszufriedenheit hat sich seit 1996 auch in keiner der Altersgruppen, zwischen Männern und Frauen oder den Bildungsgruppen signifikant verändert. Diese Befunde passen zu der Argumentation, dass die Arbeitszufriedenheit einer Person im Lebenslauf relativ konstant ist, wobei sich Personen in ihrer Arbeitszufriedenheit vor allem durch psychologische Merkmale und nicht durch sozio-ökonomische Merkmale unterscheiden.

Der DEAS erfasst neben der Zufriedenheit mit der eigenen beruflichen Tätigkeit auch die qualitative Dimension von Arbeitsbelastungen, welche auf die Einschätzung abzielt, ob die Anforderungen der Arbeit für die Person belastend sind. Im Folgenden wird zuerst auf die zeitlichen und nervlichen Belastungen eingegangen und danach auf die Belastungen durch körperliche Aktivitäten. Im Jahr 2014 liegt der Anteil der Erwerbstätigen, die sich zeitlich und nervlich belastet fühlen, bei 47,4 Prozent (Abbildung 3-3a).

Im Jahr 2014 gibt es zwar keinen linearen Trend in den Altersunterschieden (Abbildung 3-3a), aber die zeitlichen und nervlichen Belastungen unterscheiden sich dennoch zwischen den einzelnen Altersgruppen. Der Anteil der 42- bis 47-Jährigen, die sich zeitlich und nervlich belastet fühlen, liegt bei 44,7 Prozent. Von dieser Gruppe unterscheiden sich die 48- bis 53-Jährigen nicht, jedoch fühlt sich ein signifikant größerer Anteil der 54- bis 59-Jährigen mit 51,4 Prozent signifikant zeitlich und nervlich belastet. Bei den 60- bis 65-Jährigen liegt der Anteil der Personen mit zeitlichen und nervlichen Belastungen mit 43,9 Prozent wieder niedriger als bei den 54- bis 59-Jährigen und sogar den 42- bis 47-Jährigen.

Belastungen im Rahmen der Erwerbstätigkeit unterscheiden sich zwischen den Bildungsgruppen.

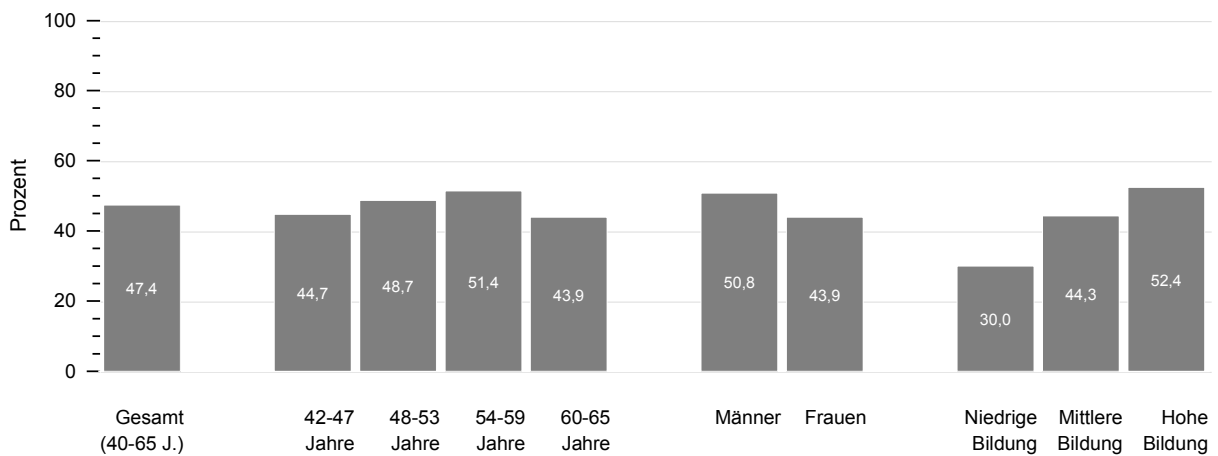
Es zeigen sich außerdem Geschlechtsunterschiede: Männer fühlen sich eher zeitlich und nervlich belastet (50,8 Prozent) als Frauen (43,9 Prozent);

Abbildung 3-3a). Deutliche Unterschiede zeigen sich im Jahr 2014 auch nach dem Bildungsniveau. Wie erwartet, sind die Anteile der zeitlich und nervlich belasteten Personen bei den Personen mit hohem Bildungsniveau mit 52,4 Prozent höher als bei Personen mit mittlerem und niedrigem Bildungsniveau (44,3 Prozent beziehungsweise 30,0 Prozent).

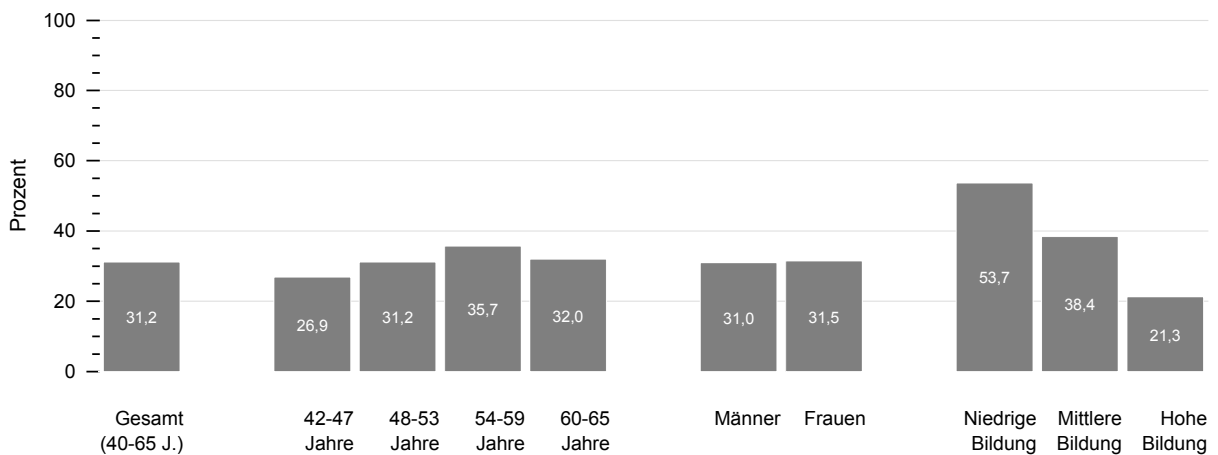
Seit 2008 ist der Anteil der berichteten zeitlichen und nervlichen Belastungen von 44,0 Prozent auf 47,4 Prozent gestiegen (Abbildung 3-4a). Im Zeitvergleich haben sich die Anteile der berichteten zeitlichen und nervlichen Belastungen lediglich bei den 48- bis 53-Jährigen signifikant erhöht. In dieser Altersgruppe ist eine Zunahme von 40,9 Prozent im Jahr 2002 zu 48,7 Prozent im Jahr 2014 zu verzeichnen. Für das Jahr 2014 sind demnach insgesamt nicht mehr ältere Erwerbstätige zeitlich und nervlich belastet als 2002. Der Anteil der Personen, die von zeitlichen und nervlichen Belastungen berichten, hat sich zwischen Männern und Frauen seit 2002 nicht verändert (vgl. Tabelle A 3-3 im Anhang). Die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen haben sich im Zeitvergleich unterschiedlich verändert. Für Personen mit niedrigem und hohem Bildungsniveau sind die Anteile der zeitlich und nervlich belasteten Personen zwischen 2002 und 2014 stabil geblieben (Abbildung 3-4a). Zwischen 2008 und 2014 hat sich der Anteil der von zeitlichen und nervlichen Belastungen berichtenden Personen mit mittlerem Bildungsniveau von 39,2 Prozent auf 44,3 Prozent erhöht.

Abbildung 3-3: Anteile der ziemlich oder sehr belasteten Erwerbstätigen (zeitliche und nervliche Belastungen, körperliche Belastungen), gesamt, nach Alter, Geschlecht und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)

a) Zeitliche und nervliche Belastungen



b) Körperliche Belastungen



Quelle: DEAS 2014 (n = 2.446 für a); n = 2.444 für b)); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Altersunterschiede nur zwischen 42- bis 47-Jährigen und 54- bis 59-Jährigen. Signifikante Geschlechts- und Bildungsunterschiede. b) Signifikante Unterschiede nur zwischen 54- bis 59-Jährigen und 42- bis 47-Jährigen sowie 60- bis 65-Jährigen. Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Signifikante Unterschiede zwischen allen Bildungsgruppen.

Die Anteile der Personen, die 2014 von körperlichen Belastungen berichten, ist mit 31,2 Prozent niedriger als die berichteten zeitlichen und nervlichen Belastungen (Abbildung 3-3b). Wie bei zeitlichen und nervlichen Belastungen, zeigt sich im Jahr 2014 kein linearer Verlauf über die Altersgruppen. Die 42- bis 47-Jährigen berichten seltener von körperlichen Belastungen als die 54- bis 59-Jährigen.

Auch wenn sich bezüglich der körperlichen Arbeitsbelastungen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden lassen, zeigen sich Unterschiede nach Bildung um so deutlicher (Abbildung 3-3b): Der Anteil der Personen mit hohem Bildungsniveau, welche körperliche Belastungen berichten, ist mit 21,3 Prozent geringer als der von Personen mit einem mittleren (38,4 Prozent) oder niedrigem Bildungsniveau (53,7 Prozent).

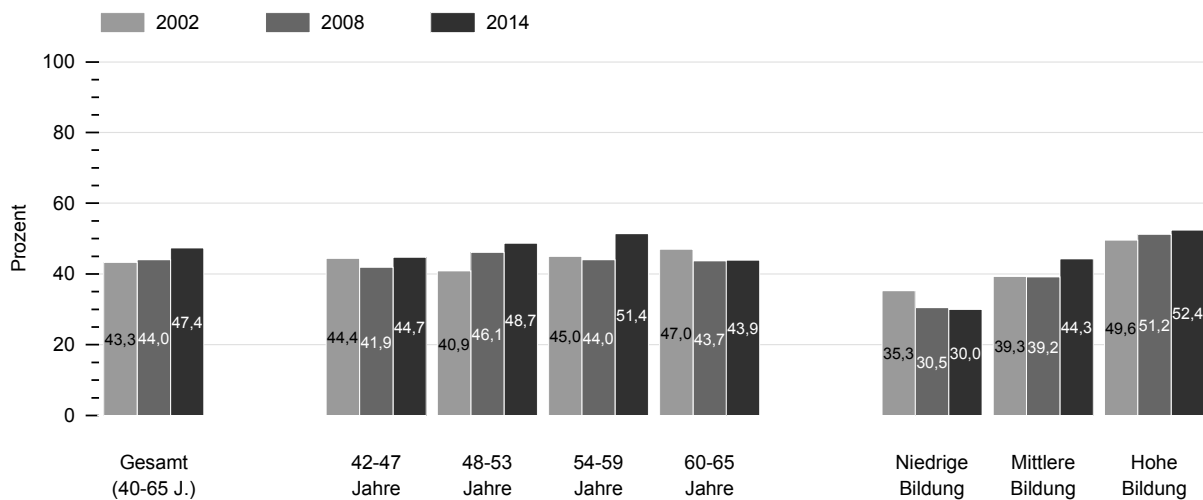
Im Jahr 2014 berichten mehr Erwerbstätige von Belastungen als 2002.

Die Annahme, dass auch die Bewertung der körperlichen Belastungen im historischen Wandel aufgrund der fortschreitenden Technisierung abgenommen habe, kann nicht bestätigt werden (Abbildung 3-4b). Im Gegenteil: Der Anteil von Personen, die körperliche Belastungen berichten, ist von 25,3 Prozent im Jahr 2002 auf 31,2 Prozent im Jahr 2008 deutlich angestiegen, um zwischen 2008 und 2014 das Niveau zu halten. Werden die Veränderungen der berichteten Belastungen über die Befragungszeitpunkte 2002, 2008 und 2014 nach Altersgruppen unterschieden, zeigt sich kein einheitlicher Trend. Auch zwischen Männern und Frauen gibt es keine signifikanten Unterschiede im Zeitvergleich bei den berichteten körperlichen Belastungen (vgl. Tabelle A 3-4 im Anhang).

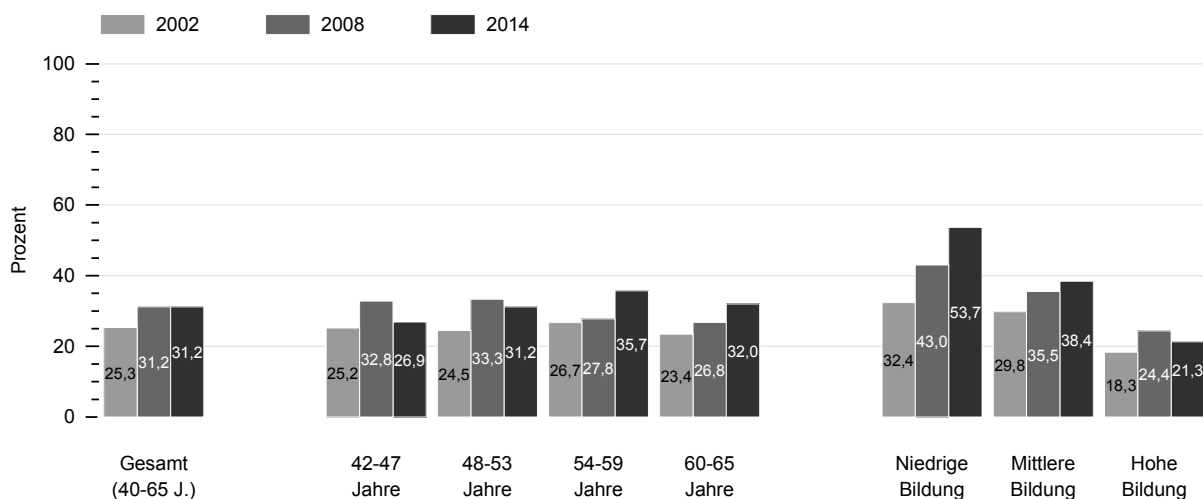
Die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen variieren im Zeitvergleich. Es ergibt sich jedoch ein anderes Bild als bei den zeitlichen und nervlichen Belastungen. Der Anteil der Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau stieg im Gesamttrend bei den berichteten körperlichen Belastungen bei der eigenen Arbeit von 32,4 Prozent im Jahr 2002 auf 53,7 Prozent im Jahr 2014 (Abbildung 3-4b). Der gleiche Trend lässt sich bei Personen mit einem mittleren Bildungsniveau finden. Hier ist der Anteil von 29,8 Prozent im Jahr 2002 auf 38,4 Prozent im Jahr 2014 gestiegen. Bei Personen mit einem hohen Bildungsniveau ist der Anteil der berichteten körperlichen Belastungen nur in dem Zeitraum von 2002 (18,3 Prozent) zu 2008 (24,4 Prozent) gestiegen. Im Gesamtzeitraum von 2002 bis 2014 haben sich die Anteile aber nicht signifikant verändert.

Abbildung 3-4: Anteile der ziemlich oder sehr belasteten Erwerbstätigen (zeitliche und nervliche Belastungen, körperliche Belastungen), gesamt, nach Alter und Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

a) Zeitliche und nervliche Belastungen



b) Körperliche Belastungen



Quelle: DEAS 2002 (n = 1.098 für a); n = 1.056 für b)), 2008 n = (2.337 für a); n = 2.234 für b)), 2014 (n = 2.466 für a); n = 2.444 für b)); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Stabilität zwischen 2002 und 2008, signifikante Zunahme zwischen 2008 und 2014 für gesamt. Stabilität zwischen 2002 und 2008 in allen Altersgruppen. Zwischen 2008 und 2014 signifikante Zunahme nur bei 54- bis 59-Jährigen. Signifikante Zunahme zwischen 2002 und 2014 nur bei 48- bis 53-Jährigen. Stabilität zwischen 2002 und 2008 in allen Bildungsgruppen. Signifikante Zunahme zwischen 2008 und 2014 nur bei mittlerer Bildung. b) Signifikante Zunahme zwischen 2002 und 2008, Stabilität zwischen 2008 und 2014 für gesamt. Signifikante Zunahme zwischen 2002 und 2008 nur bei 42- bis 53-Jährigen. Zwischen 2008 und 2014 signifikante Unterschiede nur bei 42- bis 47-Jährigen und 54- bis 59-Jährigen. Zwischen 2002 und 2014 signifikante Zunahme bei niedriger und mittlerer Bildung. Bei hoher Bildung signifikante Zunahme zwischen 2002 und 2008 und Stabilität zwischen 2008 und 2014 .

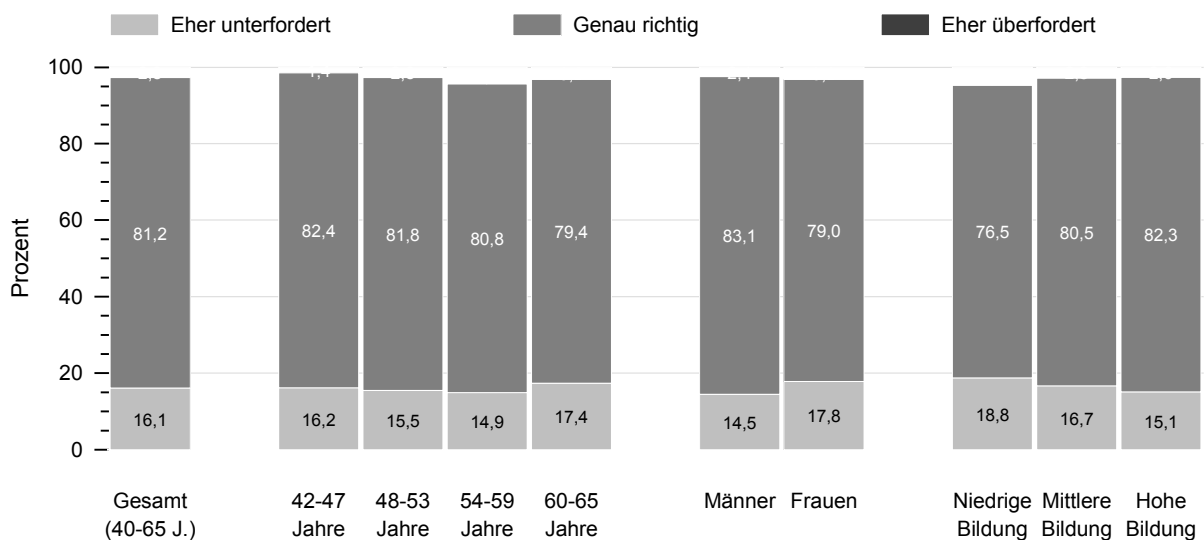
Zusammenfassend zeigt sich, dass seit 2008 zeitliche und nervliche Belastungen und seit 2002 körperliche Belastungen bei den 40- bis 65-Jährigen im allgemeinen Trend zugenommen haben. Auch wenn die Erwerbsquote besonders für höhere Altersgruppen gestiegen ist, zeigt sich für diese Personen keine spezifische Zunahme der Bewertung ihrer Arbeitsbelastungen über die Befragungszeitpunkte.

Der Großteil der Erwerbstätigen ist im Jahr 2014 zufrieden mit ihrer Arbeit und fühlt sich weder über- noch unterfordert.

Auch wenn jede zweite erwerbstätige Person im Alter von 40 bis 65 Jahren von zeitlichen und nervlichen Belastungen und jede dritte von körperlichen Belastungen berichtet, fühlt sich im Jahr 2014 ein Großteil der Erwerbstätigen (81,2 Prozent) durch ihre Tätigkeit genau richtig gefordert, 16,1 Prozent fühlen sich eher unterfordert und 2,8 Prozent eher überfordert (Abbildung 3-5). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Die Anforderungspassung unterscheidet sich auch nicht signifikant zwischen Männern und Frauen. Obwohl Männer sich eher durch zeitlich und nervlich belastende Arbeitsbedingungen belastet fühlen, geben sie nicht eher als Frauen an, dass sie sich durch ihre Tätigkeit überfordert fühlen. Weiterhin konnte kein Zusammenhang der Über- oder Unterforderung zwischen den Bildungsgruppen gefunden werden.

Im Vergleich zum Jahr 2008 haben sich die Anteile der über-, unter- oder genau richtig geforderten Personen nicht signifikant verändert (vgl. Tabelle A 3-5 im Anhang). Der Anstieg der zeitlichen und nervlichen sowie körperlichen Belastungen über die Befragungszeitpunkte scheint somit nicht mit einem ansteigenden Anteil an überforderten Personen einherzugehen.

Abbildung 3-5: Anteile der Erwerbspersonen bis 65 Jahre, die berichten sich von ihrer Erwerbsarbeit unter-, über- oder genau richtig gefordert zu fühlen, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2008 (n = 2.385), 2014 (n = 2.463); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen Altersgruppen, Geschlechtern, sowie Bildungsgruppen. Nur bei der Kategorie ‚genau richtig‘ signifikanter Geschlechtsunterschied.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Erwerbstätige in der zweiten Lebenshälfte eine hohe Arbeitszufriedenheit aufweisen und sich trotz zeitlichen und nervlichen Belastungen oder körperlichen Aktivitäten kaum überfordert fühlen. Die Belastungen scheinen über die Altersgruppen erst zuzunehmen, um dann in den letzten Jahren vor dem Ruhestandsübergang wieder abzunehmen. Trotzdem zeigt sich, dass sich ältere Erwerbstätige im Alter von 54 bis 65 Jahren nicht von den Erwerbstätigen im mittleren Erwachsenenalter von 42 bis 53 Jahre

bezüglich der Arbeitszufriedenheit sowie einer Unter- beziehungsweise Überforderung unterscheiden.

Bei der Untersuchung der verschiedenen Bildungsgruppen zeigt sich ein anderes Bild. Das Bildungsniveau wirkt sich zwar nicht auf die Arbeitszufriedenheit und die Anforderungspassung aus. Stattdessen zeigen sich in Bezug auf die Belastungen deutliche Unterschiede zwischen Personen mit einem hohen Bildungsniveau und Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau. Während Personen mit niedrigem Bildungsniveau eher von körperlichen Belastungen berichten, sind Personen mit hohem Bildungsniveau eher von zeitlichen und nervlichen Belastungen betroffen.

3.5 Wandel und Ausgestaltung der Erwerbsbeteiligung im Ruhestand

Wie im letzten Abschnitt gezeigt werden konnte, bleibt die berichtete Arbeitszufriedenheit bei den 40- bis 65-Jährigen konstant auf einem hohen Niveau, sowohl über die Altersgruppen als auch über die letzten Befragungszeitpunkte hinweg. Da ein immer größer werdender Anteil der älteren Menschen vor dem Ruhestand erwerbstätig ist, lässt sich vermuten, dass der Anteil der Personen steigt, die auch im Ruhestand noch erwerbstätig sind. In diesem Abschnitt wird betrachtet, wer im Jahr 2014 im Ruhestand erwerbstätig gewesen ist und ob sich der Trend zu einem längeren Arbeiten auch im Ruhestand fortsetzt.

Im Jahr 2014 sind 11,6 Prozent der Personen im Ruhestand erwerbstätig (Abbildung 3-6b). Es gibt aber eindeutige Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung im Ruhestand nach Altersgruppen. Die Anteile der im Ruhestand Erwerbstätigen liegen bei den 60- bis 65-Jährigen sowie den 66- bis 71-Jährigen bei 18,8 Prozent beziehungsweise 17,2 Prozent und unterscheiden sich nicht signifikant zwischen diesen beiden Altersgruppen (Abbildung 3-6a). Der Anteil der im Ruhestand erwerbstätigen Personen ist bei den 72- bis 77-Jährigen signifikant geringer und liegt bei 8,9 Prozent. Bei den 78- bis 83-Jährigen sind lediglich 3,0 Prozent im Ruhestand noch erwerbstätig.

Für das Jahr 2014 zeigen sich außerdem signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, West- und Ostdeutschland, sowie nach Bildungsabschluss (Abbildung 3-6a): Während bei den Männern 14,7 Prozent im Ruhestand erwerbstätig sind, sind es bei den Frauen lediglich 8,6 Prozent. Ebenso sind mehr Personen mit hoher Bildung im Ruhestand erwerbstätig als Personen mit einem mittleren und niedrigen Bildungsniveau. Wie bereits vor dem Ruhestand, ist auch nach dem Ruhestandsübergang der Anteil der Erwerbstätigen in Westdeutschland mit 12,2 Prozent höher als der der Ostdeutschen (9,0 Prozent).

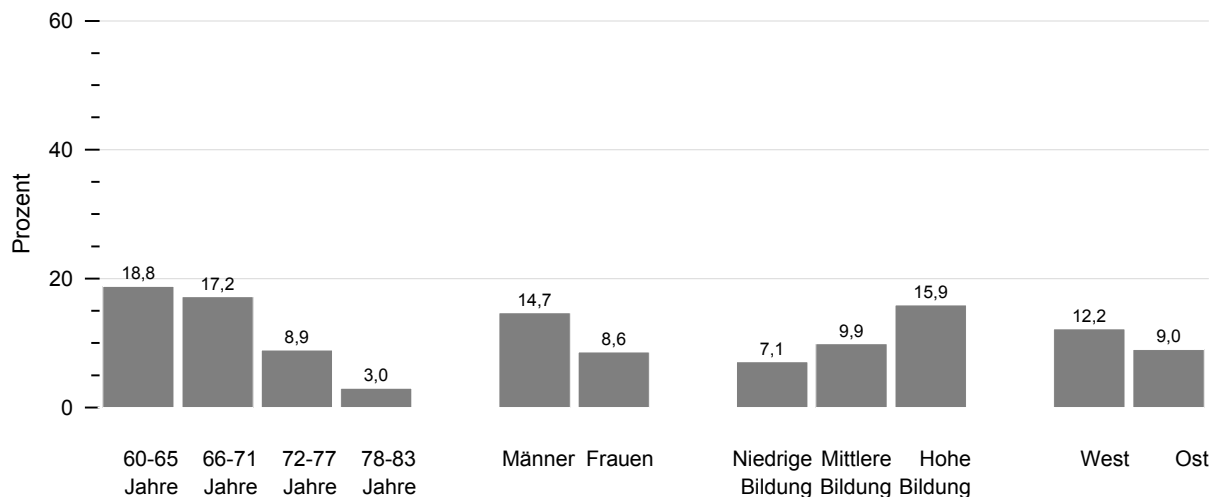
Ein zunehmender Anteil an Menschen ist auch nach dem Eintritt in den Ruhestand erwerbstätig.

Seit 1996 ist der Anteil der erwerbstätigen Personen im Ruhestand kontinuierlich gestiegen. Lag der Anteil der Erwerbstätigen im Ruhestand im Jahr 1996 noch bei 5,1 Prozent, hat sich dieser im Jahr 2014 auf 11,6 Prozent erhöht (Abbildung 3-6b). Am markantesten ist dieser Trend bei den 66- bis 71-Jährigen zu erkennen, bei denen der Anteil von 4,2 Prozent im Jahr 1996 auf 17,2 Prozent im Jahr 2014 gestiegen ist. Die Altersgruppen unterscheiden sich im Jahr 2014 signifikant. Ältere weisen dabei den geringsten Anteil der Erwerbstätigen im Ruhestand auf. Während im Jahr 2014 18,8 Prozent der 60- bis 65-Jährigen beziehungsweise 17,2 Prozent der 66- bis 71-Jährigen im Ruhestand erwerbstätig sind, betragen die Anteile bei den 72- bis 77-

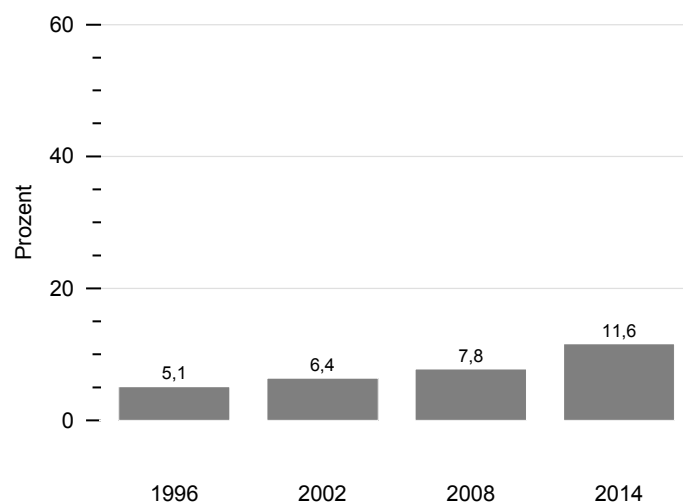
Jährigen 8,9 Prozent und bei den 78- bis 83-Jährigen nur noch 3,0 Prozent. Das bedeutet, dass ältere Personen eine geringere Erwerbsbeteiligung im Ruhestand aufweisen.

Abbildung 3-6: Anteile der Erwerbstätigen im Ruhestand im Alter von 60 bis 85 Jahren, nach Alter, Geschlecht, Bildung und Landesteil, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

a) Nach Alter, Geschlecht, Bildung und nach Landesteil, 2014



b) Zeitvergleich, 1996, 2002, 2008 und 2014



Quelle: DEAS 1996 (n = 1.845), 2002 (n = 1.439), 2008 (n = 2.819), 2014 (n = 2.711); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
a) Signifikanter Unterschied zwischen 60- bis 71-Jährigen und Älteren. Signifikante Geschlechtsunterschiede. Signifikanter Unterschied nur zwischen hoher Bildung und mittlerer beziehungsweise niedriger Bildung. Signifikante Regionsunterschiede.
b) Signifikante Zunahme zwischen 2008 und 2014, vorher Stabilität.

Im Folgenden wird die Arbeitssituation der Personen betrachtet, die im Ruhestand erwerbstätig sind. 41,5 Prozent der im Ruhestand erwerbstätigen Personen sind 2014 selbstständig tätig, wobei dies stärker für Männer zutrifft (48,2 Prozent) als für Frauen (31,0 Prozent) (ohne Abbildung). Der Anteil der Selbstständigen ist unter den Älteren größer (60- bis 65-Jährige: 24,7 Prozent; 66- bis 71-Jährige: 38,2 Prozent; 72- bis 77-Jährige: 57,3 Prozent beziehungsweise 78- bis 83-Jährige: 66,9 Prozent) (ohne Abbildung). Lediglich 26,4 Prozent der im Ruhestand

Erwerbstätigen arbeiten bei ihrem früheren Arbeitgeber. Die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche liegt im Jahr 2014 bei 15,5 Stunden (vgl. Tabelle A 3-7 im Anhang). Nur knapp fünf Prozent arbeitet 40 Stunden oder mehr pro Woche. Überraschenderweise unterscheidet sich die Arbeitszeit zwischen den Altersgruppen nicht. Das heißt, dass ältere Personen seltener im Ruhestand erwerbstätig sind, diese aber im Durchschnitt genauso lange arbeiten. Es bleibt unklar, ob dies daran liegt, dass Personen unabhängig davon, wie viele Stunden sie zuvor gearbeitet haben, ihre Erwerbstätigkeit im Ruhestand beenden (zufällige Selektion) oder aber, ob Personen die Arbeitszeit mit dem Alter reduzieren und gleichzeitig gerade die Erwerbstätigen ihre Arbeit beenden, die wenige Stunden gearbeitet haben (kompensatorische Selektion). In beiden Fällen bleibt das durchschnittliche Niveau der wöchentlichen Stundenzahl bestehen. Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Arbeitszeit zwischen Männern und Frauen.

In diesem Abschnitt konnte gezeigt werden, dass immer mehr Personen auch im Ruhestand erwerbstätig sind. Gerade in der Altersgruppe der 60- bis 71-Jährigen ist ein starker Anstieg zwischen 1996 und 2014 zu verzeichnen. Die meisten dieser Erwerbstätigen im Ruhestand arbeiten deutlich weniger als 40 Stunden pro Woche. Deutlich wird auch, dass vor allem Personen mit hohem Bildungsniveau im Ruhestand weiter erwerbstätig sind.

3.6 Diskussion und Implikationen

Um den strukturellen Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt zu begegnen, wurden Wege in die vorzeitige Verrentung geschlossen und das Renteneintrittsalter Schritt für Schritt erhöht. Die Ergebnisse dieses Kapitels zeigen für die Jahre 1996 bis 2014, dass Erwerbstätige länger im Arbeitsmarkt bleiben und dabei gerade der Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 54 bis 65 Jahren deutlich angestiegen ist (zu Gestaltung und Wandel der Ruhestandsübergänge vgl. Kapitel 4). Damit decken sich die Ergebnisse aus dem DEAS mit denen der Bundesagentur für Arbeit (2013).

Die meisten Erwerbstätigen im Alter von 40 bis 65 Jahren sind zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Arbeit. Parallel zu dem gestiegenen Anteil der Erwerbstätigen gibt es aber auch einen etwas größeren Anteil an Personen im Alter von 40 bis 65 Jahren, die von zeitlichen und nervlichen sowie von körperlichen Belastungen bei der Arbeit berichten. Seit 2008 haben die berichteten zeitlichen und nervlichen Belastungen und seit 2002 die berichteten körperlichen Belastungen bei den 40- bis 65-Jährigen im allgemeinen Trend zugenommen. Es ist zu vermuten, dass trotz fortschreitender Technisierung die Belastungen durch einseitige körperliche Aktivitäten gerade durch vermehrtes langes Sitzen gestiegen sind.

Zwar ist die Erwerbsquote vor allem bei den höheren Altersgruppen gestiegen, jedoch zeigt sich für diese Personen keine spezifische Zunahme der Bewertung ihrer Arbeitsbelastungen über die Befragungszeitpunkte. Die Anzahl von Personen, die von Belastungen berichten, scheint über die Altersgruppen erst zuzunehmen, um dann in den letzten Jahren vor dem Ruhestandsübergang wieder abzunehmen. Die von den Arbeitsmarktreflexen ausgehenden Schließungsprozesse für den vorzeitigen Ruhestand wirken sich wie bei der Arbeitszufriedenheit nicht auf die Bewertungen der Belastungen aus. Auch wenn es für belastete Erwerbstätige schwerer geworden ist, den Arbeitsmarkt vorzeitig zu verlassen als es noch zu einem früheren Zeitpunkt der Fall war, ist der Anteil der belasteten älteren Erwerbstätigen nicht gestiegen.

Bei der Untersuchung der verschiedenen Bildungsgruppen zeigt sich ein anderes Bild. Das Bildungsniveau wirkt sich zwar nicht auf die Arbeitszufriedenheit und die Anforderungspassung

aus. Stattdessen zeigen sich in Bezug auf die Belastungen deutliche Unterschiede zwischen Personen mit einem hohen Bildungsniveau und Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau. Während Personen mit niedrigem Bildungsniveau eher von körperlichen Belastungen berichten, sind Personen mit hohem Bildungsniveau eher von zeitlichen und nervlichen Belastungen betroffen.

Neben einem stabilen Anteil an erwerbstätigen Personen, haben sich auch die Anteile der über-, unter- oder genau richtig geforderten Personen zwischen 2008 und 2014 nicht verändert. Der Anstieg der psychischen und körperlichen Belastungen scheint demnach nicht mit einer größeren Anzahl an überforderten Personen einherzugehen.

Die größere Anzahl an Personen, die von Belastungen berichtet, könnte zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein, dass es für Personen mit hoher Belastung schwieriger geworden ist, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszutreten. Trotzdem bleiben die Arbeitszufriedenheit und die Bewertung der Anforderungspassung auf gleichem, hohem Niveau. Diese Befunde könnten für die Fähigkeit der Erwerbstätigen sprechen mit steigenden körperlichen und psychischen Belastungen umzugehen und sich daran anzupassen. Dies ist für alle Altersgruppen der 40- bis 65-Jährigen in gleichem Maße der Fall. Der Einfluss von nachteiligen Arbeitsbedingungen auf die Erwerbsaustrittswahrscheinlichkeit wird in diesem Kapitel zwar nicht untersucht, jedoch zeigen diese Folgen, weshalb es wichtig und notwendig ist, sich mit diesen Themen zu beschäftigen.

Nicht nur der Anteil der erwerbstätigen Personen vor dem Ruhestand steigt. Auch im Ruhestand sind immer mehr Menschen erwerbstätig. Vor allem der Anteil der im Ruhestand erwerbstätigen 60- bis 71-Jährigen hat zwischen 1996 und 2014 zugenommen, wenn auch mit deutlich weniger als 40 Stunden pro Woche. Erwerbstätige Personen im Ruhestand sind dabei vor allem Männer, Personen mit einem höheren Bildungsniveau und Westdeutsche.

Es ist nicht das Alter, welches ein längeres und zufriedenes Arbeiten bestimmt, sondern die Bildung. Besonders ausgeprägt erscheinen Bildungsunterschiede der 40- bis 65-Jährigen im Bereich von körperlichen und psychischen Belastungen, für die spezifische politische Programme und präventive Maßnahmen gefunden werden könnten. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass älter werdende Belegschaften vor differenzierten Herausforderungen stehen. Der seit 2002 steigende Anteil von Personen, der von körperlichen oder psychischen Belastungen berichtet, kann in den jeweiligen Bildungsgruppen nicht mehr durch vorzeitige Erwerbsaustritte kompensiert werden, sodass Präventionsmaßnahmen und spezifische Förderung notwendig und sinnvoll erscheinen. Dabei ist jedoch nicht eine allgemeine Reduktion von Anforderungen das Mittel der Wahl, da dies die Gefahr einer Unterforderung birgt. Vielmehr bedarf es flexibler Maßnahmen nah an den Bedürfnissen einzelner Erwerbstätiger. Wie sich an dem seit 1996 kontinuierlich steigenden Anteil von Erwerbstätigen im Ruhestand zeigt, ist ein Teil der Personen in der zweiten Lebenshälfte, unabhängig von ihrem Alter und gesetzlichen Altersgrenzen, willens und fähig, sich aktiv am Arbeitsmarkt einzubringen.

Literatur

Asef, D., & Wingerter, C. (2011). Arbeitsmarkt und Erwerbstätigkeit. In: Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.) *Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (S. 97-129). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

- Bäcker, G., Brussig, M., Jansen, A., Knuth, M., & Nordhause-Jan, J. (2009). Einführung: Beschäftigungsmöglichkeiten für ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Altersübergang. In: G. Bäcker, M. Brussig, A. Jansen, M. Knuth & J. Nordhause-Jan (Hrsg.) *Ältere Arbeitnehmer. Erwerbstätigkeit und soziale Sicherung im Alter*. (S. 15-45). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bal, A. C., Reiss, A. E. B., Rudolph, C. W., & Baltes, B. B. (2011). Examining Positive and Negative Perceptions of Older Workers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(6), 687-698. doi: 10.1093/geronb/gbr056.
- Behrend, C. (2002). Erwerbsarbeit Älterer im Wandel – demographische Herausforderungen und Veränderungen der Arbeitsgesellschaft. In: C. Behrend (Hrsg.) *Chancen für die Erwerbsarbeit im Alter. Betriebliche Personalpolitik und ältere Erwerbstätige* (S. 11-30). Opladen: Leske + Budrich.
- Bödeker, W., Friedel, H., Friedrichs, M., & Röttger, C. (2008). The impact of work on morbidity-related early retirement. *Journal of public health*, 16(2), 97-105.
- Brenke, K. (2015). Die große Mehrzahl der Beschäftigten in Deutschland ist mit ihrer Arbeit zufrieden. *DIW-Wochenbericht*, 32/33, 715-722.
- Brussig, M. (2010). *Anhaltende Ungleichheiten in der Erwerbsbeteiligung Älterer - Zunahme an Teilzeitbeschäftigung*. Duisburg/Essen: Institut Arbeit und Qualifikation.
- Brussig, M. (2009). Die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer/-innen in Deutschland im Wandel: Perspektiven der Arbeitsmarktforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(4), 281-286.
- Bundesagentur für Arbeit (2013). *Arbeitsmarktberichterstattung: Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Ältere am Arbeitsmarkt*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Büsch, V., Dittrich, D., & Lieberum, U. (2010). Determinants of Work Motivation and Work Ability among Older Workers and Implications for the Desire for Continued Employment. *Comparative Population Studies*, 35(4), 931-958.
- Engstler, H., & Romeu Gordo, L. (2014). Arbeiten im Ruhestand - Entwicklung, Faktoren und Motive der Erwerbstätigkeit von Altersrentenbeziehern. In: E. Kistler & F. Trischler (Hrsg.) *Reformen auf dem Arbeitsmarkt und in der Alterssicherung - Folgen für die Einkunftsfrage im Alter* (S. 115-147). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Online: http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.html;jsessionid=1261DAC4F895DE632750004DBEFF63FA.1_cid353.
- Mümken, S., & Brussig, M. (2012). *Alterserwerbsbeteiligung in Europa. Deutschland im internationalen Vergleich*. Duisburg/Essen: Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ).
- Ng, T. W. H., & Feldman, D. C. (2008). The relationship of age to ten dimensions of job performance. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 392-423. doi: 10.1037/0021-9010.93.2.392.
- von Rosenstiel, L. (2009). Unerkannte Potenziale – ältere Beschäftigte aus der Sicht der Arbeits- und Organisationspsychologie. In: K. Brauer & K. Gabriele (Hrsg.) *Perspektive 50plus? Theorie und Evaluation der Arbeitsmarktintegration Älterer* (S. 41-53). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wurm, S. (2004). *Gesundheitliche Potenziale und Grenzen älterer Erwerbspersonen. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Fünfter Altenbericht der Bundesregierung“*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

4 Der Übergang in den Ruhestand: Alter, Pfade und Ausstiegspläne

Heribert Engstler & Laura Romeu Gordo

Kernaussagen

Trotz eines längeren Verbleibs im Erwerbsleben arbeiten immer weniger ältere Erwerbstätige bis zum Beginn ihrer Altersrente: Der Anteil der 66- bis 71-Jährigen, die bis zum Renteneintritt erwerbstätig waren, ist zwischen 1996 und 2014 von 62,0 auf 46,6 Prozent gesunken. Zugenommen hat dagegen der Anteil der Personen, die vor dem Rentenbeginn arbeitslos waren oder in der Freistellungsphase der Altersteilzeit.

Die Ost-West-Unterschiede in den Übergangspfaden haben sich bei Männern verringert, bei Frauen nicht: Bei ostdeutschen Frauen hat Arbeitslosigkeit vor dem Rentenbeginn stärker zugenommen (1996: 1,0 Prozent; 2014: 39,7 Prozent) als bei westdeutschen Frauen (2014: 13,4 Prozent). Westdeutsche Frauen sind vor Beginn der Altersrente immer noch häufiger Hausfrauen (27,2 Prozent) als ostdeutsche Frauen (2014: 0,8 Prozent).

Nach der Abschaffung der staatlichen Förderung sinkt die Inanspruchnahme von Altersteilzeit wieder: Im Jahr 2014 befinden sich nur 6,9 Prozent der 55- bis 65-jährigen abhängig Beschäftigten in der Altersteilzeit (2008: 16,9 Prozent). Auch planen weniger Beschäftigte, diese in Anspruch zu nehmen. Altersteilzeit wird überdurchschnittlich oft von qualifizierten Beschäftigten in großen Industriebetrieben und meist im Blockmodell für einen frühzeitigen Ausstieg genutzt.

Immer mehr Erwerbstätige planen, bis zum Alter von 65 Jahren oder länger zu arbeiten: Von den 40- bis 59-Jährigen des Jahres 2014 planen 39,5 Prozent, mit 65 Jahren oder später mit der Erwerbstätigkeit aufzuhören (1996: 18,2 Prozent), nur noch 15,9 Prozent mit 60 Jahren oder früher. Einen späten Ausstieg planen insbesondere Hochgebildete, Selbstständige und Angestellte mit Vorgesetztenfunktion.

4.1 Einleitung

In der Diskussion über die Bewältigung der Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Arbeitsmarkt und die Alterssicherung wird der Verlängerung des Arbeitslebens und der Flexibilisierung des Übergangs in den Ruhestand eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Besonderen politischen Ausdruck fand dies in den Rentenreformen zur schrittweisen Anhebung des Anspruchsalters beziehungsweise der weitgehenden Abschaffung vorgezogener Altersrenten und der Anhebung der Regelaltersgrenze. Allerdings wurden entgegen dieser allgemeinen Ausrichtung mit der vorzeitigen abschlagsfreien Rente für besonders langjährig Versicherte nach 45 Versicherungsjahren auch Regelungen eingeführt, die dem Ziel des längeren Verbleibs im Erwerbsleben zuwider laufen. Kritiker der Altersgrenzenanhebungen befürchteten, dass ein wachsender Teil älterer Arbeitskräfte aus gesundheitlichen und Arbeitsmarktgründen nicht bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze arbeiten kann und daher die Zeit bis zum Rentenbeginn überbrücken muss oder vorzeitig mit Abschlägen in den Rentenbezug geht. Andererseits wächst auch die Kritik am unflexiblen automatischen Ende des Arbeitsverhältnisses mit Erreichen der Regelaltersgrenze. Die Bundesregierung hat sich daher zum Ziel gesetzt, die Rahmenbedingungen für flexiblere Übergänge in den Ruhestand zu verbessern (CDU, CSU, & SPD 2013: 52).

Die Förderung der Altersteilzeit sollte einen längeren Verbleib im Erwerbsleben unterstützen und einen gleitenden Übergang in den Ruhestand ermöglichen. Die Altersteilzeit ist eine besondere Form der Teilzeitbeschäftigung in den Jahren vor dem Renteneintritt. Der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin vereinbaren mit dem Arbeitgeber – meist gestützt auf tarifvertragliche Regelungen oder Betriebsvereinbarungen – entweder eine gleichmäßige Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit bis zum Rentenbeginn (Gleichverteilungsmodell) oder die hälftige Aufteilung der verbleibenden Arbeitsjahre in eine Arbeitsphase mit ungekürzter Wochenarbeitszeit und die anschließende Phase der Freistellung von der Arbeitsleistung (Blockmodell). Wesentliches Merkmal der Altersteilzeit ist die Aufstockung des Regelarbeitsentgelts und der Beiträge zur Rentenversicherung durch den Arbeitgeber. Nach einer Reform des Altersteilzeitgesetzes im Jahr 1996 förderte die Bundesagentur für Arbeit unter bestimmten Voraussetzungen (Ersatzeinstellung von Arbeitslosen, Übernahme von Ausbildungsabsolventen) Altersteilzeitarbeitsplätze durch eine weitgehende Kompensation des Mehraufwands. Allerdings wurde diese Regelung wieder abgeschafft und die staatliche Förderung der Altersteilzeit läuft aus. Sie betrifft nur noch Fälle, in denen die Altersteilzeit vor dem 01.01.2010 angetreten wurde und die Beschäftigten zu diesem Zeitpunkt ihr 55. Lebensjahr vollendet hatten. Der Wegfall der staatlichen Förderung hat es für Unternehmen finanziell weniger attraktiv werden lassen, ihren älteren Beschäftigten die Altersteilzeit anzubieten, wenn auch nach Schätzungen von Brussig, Knuth, and Wojtkowski (2009) nur für weniger als die Hälfte der Altersteilzeitfälle eine staatliche Förderung in Anspruch genommen wurde. Aber viele Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen zur Altersteilzeit waren an die Option der staatlichen Förderung gebunden (ebd.). Zudem wurde die Möglichkeit der vorgezogenen gesetzlichen Altersrente nach Altersteilzeit für alle nach 1951 Geborenen abgeschafft. Für diese gelten daher wieder die normalen Voraussetzungen des Rentenübergangs. Andererseits gibt es immer noch viele Altersteilzeitregelungen in den Tarifverträgen (Fröhler, Fehmel, & Klammer 2013: 690ff). Daher stellt sich die Frage, ob die veränderten Rahmenbedingungen in den letzten Jahren zu einem Rückgang der Inanspruchnahme von Altersteilzeit und Veränderungen der Modelle geführt haben. Bislang wurde die Altersteilzeit hauptsächlich als Blockmodell und damit faktisch als

Vorruhestandslösung genutzt (Brussig et al. 2009; Wanger 2009; Naumann & Romeu Gordo 2010).

Vor diesem Hintergrund widmet sich der vorliegende Beitrag zunächst der Entwicklung des Alters und der Pfade des Übergangs in den Ruhestand bis zu den Geburtsjahrgängen, die erst vor kurzem in den Ruhestand eingetreten sind. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob der Aufschub des Rentenbeginns auch mit einem entsprechend längeren Verbleib in der Erwerbstätigkeit einhergeht. Hält der Anstieg des Alters, in dem die berufliche Tätigkeit beendet wird, Schritt mit dem steigenden Renteneintrittsalter oder verlängert sich die Wartezeit zwischen Erwerbsausstieg und Rentenbeginn?

Vermutet wird, dass sich in der Kohortenabfolge zwar beide Ereignisse in ein höheres Alter verlagert haben, aber das Renteneintrittsalter schneller gestiegen ist als das Erwerbsaustrittsalter. Dies müsste sich auch in den Übergangspfaden zeigen, die mit der Erwartung betrachtet werden, dass immer weniger ältere Arbeitskräfte nahtlos aus der Erwerbstätigkeit in den Rentenbezug übergehen. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsmarktentwicklungen und Erwerbsbeteiligungsmuster zwischen Ost- und Westdeutschland und zwischen Männern und Frauen werden im Hinblick auf das Alter und die Pfade des Übergangs in den Ruhestand auch Ost-West- und geschlechtsspezifische Unterschiede erwartet. Für Ostdeutschland erwarten wir relativ mehr Übergänge aus der Arbeitslosigkeit. Für Frauen erwarten wir häufiger als für Männer einen Rentenbeginn nach längerer erwerbsfreier Haushaltstätigkeit. Aufgrund der steigenden Erwerbsbeteiligung westdeutscher Frauen (Simonson, Romeu Gordo, & Titova 2011) nehmen wir allerdings an, dass der Rentenzugang aus vorheriger Hausfrauentätigkeit in der Kohortenabfolge seltener geworden ist. Zusätzlich werden bildungsspezifische Unterschiede betrachtet, da wir davon ausgehen, dass es höhergebildeten Personen leichter möglich ist, bis direkt zum Rentenbeginn im Arbeitsprozess zu bleiben. Von der Einführung der Altersrente für besonders langjährig Versicherte erwarten wir für unsere Analysen zum erfolgten Übergang in den Ruhestand noch keine Auswirkungen, da die von uns betrachteten Geburtskohorten aufgrund ihres Alters nicht mehr in den Genuss der zum Juli 2014 eingeführten ‚Rente mit 63‘ gekommen sind.

Anschließend wird untersucht, ob das Auslaufen der staatlichen Förderung der Altersteilzeit einhergeht mit einem Rückgang der realisierten und geplanten Inanspruchnahme der Altersteilzeit bei älteren Beschäftigten. Geprüft wird auch, ob die Dominanz des Blockmodells nachlässt oder ob der Altersteilzeit ungebrochen die Funktion eines frühzeitigen Ausscheidens aus der aktiven Arbeit zukommt.

Um Hinweise auf die zukünftige Entwicklung zu erhalten, werden schließlich noch die Übergangspläne der im Erwerbsleben stehenden älteren Arbeitskräfte betrachtet, zu denen aktuell bereits die geburtenstarken Jahrgänge zählen. Die Untersuchung des geplanten Ausstiegsalters gibt Hinweise, inwieweit die Betroffenen sich darauf einstellen, länger erwerbstätig zu bleiben. In einer früheren Studie mit Daten des Deutschen Alterssurveys konnte gezeigt werden, dass die Ausstiegspläne ein guter Indikator für das spätere tatsächliche Ausstiegsverhalten sind (Engstler 2006).

Zusammenfassend werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Steigt das Renteneintrittsalter schneller als das Berufsaustrittsalter und nehmen die direkten Übergänge aus der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand ab? Gilt dies für Männer und Frauen, für Ost- und Westdeutsche und für die unterschiedlichen Bildungsgruppen gleichermaßen?

2. Verringert sich nach Abschaffung der staatlichen Förderung der Anteil derer, die vor dem Wechsel in den Ruhestand eine Altersteilzeitbeschäftigung planen oder ausüben? Wer hat geringere Chancen auf die Inanspruchnahme von Altersteilzeit?
3. Haben die Vorstellungen von einem frühen Ruhestand ausgedient? Planen die geburtenstarken Jahrgänge, bis zum Alter 65 oder länger zu arbeiten? Unterscheiden sich die Ausstiegspläne nach dem Qualifikations- und Belastungsniveau der Erwerbstätigen?

4.2 Datengrundlage

Daten. Die Untersuchung des Übergangsalters und der Pfade in den Ruhestand stützt sich auf die Retrospektivangaben der jeweils 66- bis 71-jährigen Befragten der Basisstichproben 1996, 2002, 2008 und 2014 des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Einbezogen sind alle Personen dieses Alters knapp oberhalb der Regelaltersgrenze, die angeben, eine Altersrente oder Pension aus eigener Erwerbstätigkeit zu beziehen. Die Auswahl dieser Sechs-Jahres-Altersgruppe ermöglicht – passend zum Sechs-Jahres-Abstand der Ziehung neuer DEAS-Basisstichproben – einen trennscharfen Kohortenvergleich des Übergangsverhaltens der vier Geburtsjahrganggruppen 1925/30, 1931/36, 1937/42 und 1943/48. Auswahlgrundlage für die Untersuchung des Wandels des geplanten Ausstiegsalters aus der Erwerbstätigkeit sind alle noch nicht im Ruhestand befindlichen Erwerbstätigen unter 60 Jahren aller vier Basisstichproben. Die Beschränkung auf die unter 60-Jährigen erfolgt, um allen in die Analyse Einbezogenen gleichermaßen eine Nennungsbreite von 60 und mehr Jahren für das geplante Ausstiegsalter zu ermöglichen. Die Darstellung zur Entwicklung der ausgeübten oder beabsichtigten Altersteilzeitbeschäftigung beruht auf den Auskünften aller abhängigen Beschäftigten im vollendeten Alter von 55 bis 65 Jahren, da dies die üblichen Unter- und Obergrenzen der Altersteilzeitbeschäftigung sind. Alle Variablen beruhen auf Angaben des persönlichen mündlichen Interviews.

Realisiertes Erwerbsausstiegs- und Renteneintrittsalter. Betrachtet wird das Ausstiegsalter aus der hauptberuflichen Erwerbstätigkeit (ungeachtet einer möglichen Erwerbstätigkeit im Ruhestand) und das Alter beim Beginn des Bezugs der Altersrente oder Pension der 66- bis 71-Jährigen.

Übergangspfade. Die Pfade in den Ruhestand werden anhand der Angaben der Befragten zum Status unmittelbar vor dem Beginn der Altersrente oder Pension unterschieden. Es werden sechs Kategorien gebildet: (1) Übergang aus aktiver Erwerbstätigkeit, das heißt die Person hat bis zum Rentenbeginn gearbeitet, (2) aus der Freistellungsphase der Altersteilzeit, (3) aus der Arbeitslosigkeit, (4) aus dem Vorruhestand, (5) aus der Erwerbsunfähigkeit oder längerer Krankheit (mit Krankengeldbezug), (6) aus der Haushaltstätigkeit oder sonstigem Status.

Geplantes Ausstiegsalter. Der Indikator beruht auf den Antworten der Erwerbstätigen auf die Frage, mit welchem Alter sie planen, ihre Erwerbstätigkeit zu beenden. Es kann ein konkretes Altersjahr genannt werden oder die Angabe ‚weiß noch nicht‘. Die Altersangaben werden zu den vier Kategorien ‚mit 60 Jahren oder früher‘, ‚mit 61-64 Jahren‘, ‚mit 65 Jahren‘ und ‚mit 66 Jahren oder später‘ zusammengefasst, die Angabe ‚weiß noch nicht‘ bildet eine zusätzliche Kategorie.

Altersteilzeit. Die Darstellung zur Entwicklung der ausgeübten oder beabsichtigten Altersteilzeitbeschäftigung beruht auf den Auskünften aller abhängigen Beschäftigten im vollendeten Alter von 55 bis 65 Jahren. Da erst ab der Erhebung des Jahres 2002 Fragen zur

Altersteilzeit im DEAS enthalten sind, kann die Entwicklung von 2002 bis 2014 untersucht werden.

Gruppierungsvariablen. Es werden Geschlechtsunterschiede (männlich/weiblich) und regionale Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland untersucht. Westdeutschland umfasst die alten Bundesländer einschließlich dem früheren Westteil Berlins, Ostdeutschland die neuen Bundesländer inklusive dem früheren Ostteil Berlins. Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden werden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifikation – drei Bildungsgruppen verglichen: Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Bildungsniveau (vgl. Kapitel 2). Bei den Darstellungen zur Altersteilzeit und/oder dem geplanten Ausstiegsalter werden bivariat auch Unterschiede hinsichtlich folgender Aspekte berücksichtigt: Betriebsgröße (gemessen an der Beschäftigtenzahl: unter 20, 20 bis unter 200, 200 bis unter 2000, 2000 und mehr), Wirtschaftszweig des Betriebs (Landwirtschaft/Handwerk, Industrie, Handel/Dienstleistung, Öffentlicher Dienst) und berufliche Stellung der Beschäftigten (un-/angelernte Arbeiter, Facharbeiter/Meister, einfache/qualifizierte Angestellte, hochqualifizierte/vorgesetzte Angestellte, Beamte, Selbstständige (inkl. mithelfende Angehörige)). Untersucht wird auch, welchen Einfluss die empfundene Arbeitsbelastung auf die Ausstiegspläne hat. Verglichen werden hierfür Erwerbstätige, die sich in mindestens einem von vier Belastungsbereichen ziemlich oder sehr belastet fühlen (auf einer fünf-stufigen Skala), mit Erwerbstätigen, die sich in keinem Bereich ziemlich oder sehr belastet fühlen. Die Bereiche sind: anstrengende oder einseitige körperliche Aktivitäten, erschwerte Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (Lärm, Hitze, Staub etc.), Stress, viele neue Anforderungen.

Analyse. Im Text und in den Abbildungen werden jahres- und gruppenspezifische gewichtete Mittelwerte oder prozentuale Verteilungen angegeben. Um Unterschiede zwischen Gruppen und/oder Jahren auf statistische Signifikanz ($p < ,05$) zu testen, wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau logistische Regressionen oder Kovarianzanalysen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde.

4.3 Entwicklung des Übergangsalters und der Pfade in den Ruhestand

Wie Abbildung 4-1 zeigt, ist das durchschnittliche Erwerbsaustrittsalter noch bis Ende des vergangenen Jahrzehnts gesunken, während das Renteneintrittsalter schon zu Beginn der 2000er Jahre seine Talsohle erreicht hatte. Die 66- bis 71-Jährigen des Jahres 2008 sind mit durchschnittlich 56,5 Jahren aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und mit 61,4 Jahren in Rente gegangen. Im Vergleich zu 1996 bedeutete dies eine Absenkung des Erwerbsaustrittsalters um 1,2 Jahre, das des Rentenbeginns um 0,7 Jahre. In den sechs Jahren nach 2008 verlagerte sich dann sowohl der Berufsausstieg als auch der Renteneintritt in ein höheres Alter. Die 66- bis 71-Jährigen des Jahres 2014 (Geburtsjahrgänge 1943/48) gingen mit durchschnittlich 62,3 Jahren in Rente, nachdem sie ihre Berufstätigkeit im Mittel mit 57,8 Jahren beendet haben. Entgegen unserer Erwartung verringerte sich die durchschnittliche Dauer zwischen Erwerbsende und Rentenbeginn nach 2008 wieder, weil das Ausstiegsalter etwas stärker gestiegen ist als das Renteneintrittsalter.

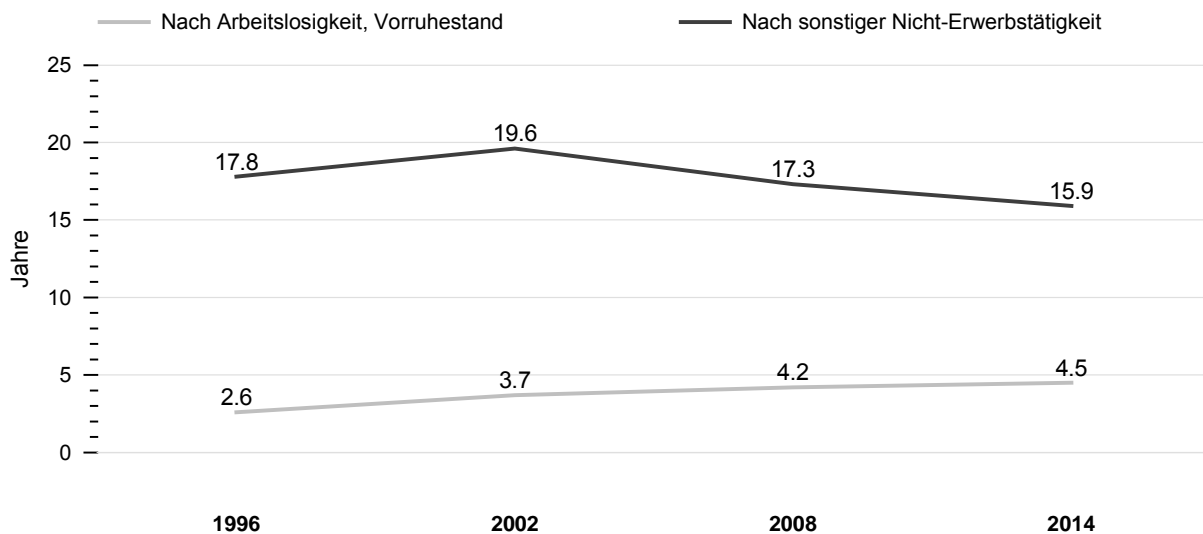
Abbildung 4-1: Durchschnittliches Erwerbsaustritts- und Renteneintrittsalter der 66- bis 71-Jährigen mit Rentenbezug, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Jahren)



Quelle: DEAS 1996 (n = 521 für Erwerbsaustrittsalter; 509 für Renteneintrittsalter), 2002 (n = 346 für Erwerbsaustrittsalter; 347 für Renteneintrittsalter), 2008 (n = 1.058 für Erwerbsaustrittsalter; 1.060 für Renteneintrittsalter), 2014 (n = 827 für Erwerbsaustrittsalter; 830 für Renteneintrittsalter), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Altersrückgänge zwischen 1996 und 2008 und Altersanstiege zwischen 2008 und 2014 sind signifikant.

Hinter dieser durchschnittlichen Entwicklung stehen unterschiedliche Veränderungen der nachberuflichen Dauer bis zum Renteneintritt bei den einzelnen Übergangspfaden in den Ruhestand. Bei denjenigen, die als Hausfrau/-mann oder aus anderen Gründen bereits lange vor dem Rentenbeginn aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, hat sich die Nichterwerbsphase vor der Rente verkürzt. Bei Personen, die vor dem Renteneintritt arbeitslos wurden oder im Vorruhestand waren, hat sich die Dauer zwischen Erwerbsausstieg und Rentenbeginn hingegen – wie erwartet – verlängert. Im Durchschnitt scheiden diese nun bereits 4,5 Jahre vor dem Renteneintritt aus dem Erwerbsleben aus (Abbildung 4-2).

Abbildung 4-2: Dauer zwischen Erwerbsaustritt und Rentenbeginn der 66- bis 71-Jährigen ohne direkten Wechsel in die Altersrente, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Jahren)



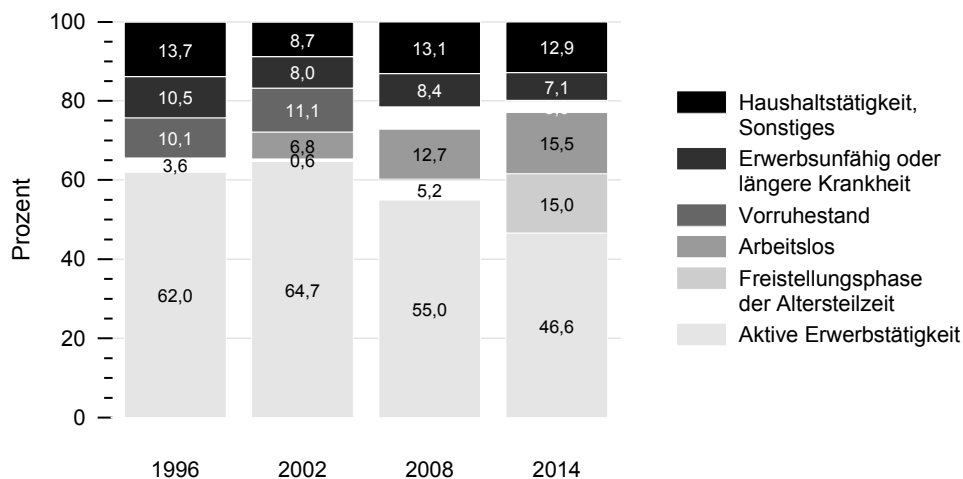
Quelle: DEAS 1996 (n = 168), 2002 (n = 128), 2008 (n = 429), 2014 (n = 311), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Zunahme der Dauer bis Rentenbeginn nach Arbeitslosigkeit, Vorruhestand zwischen 1996 und 2014. Signifikanter Rückgang der Dauer bis Rentenbeginn nach sonstiger Nicht-Erwerbstätigkeit zwischen 2002 und 2014.

Trotz eines längeren Verbleibs im Erwerbsleben arbeiten immer weniger ältere Erwerbstätige bis zum Beginn ihrer Altersrente.

Zudem wächst der Anteil derer, die vor dem Ruhestand arbeitslos werden. Zwischen 1996 und 2014 hat sich dieser Übergangspfad auf 15,5 Prozent vervierfacht (Abbildung 4-3). Die Entlassung in die Arbeitslosigkeit am Ende des Erwerbslebens löst damit teilweise die Ausgliederung über Vorruhestandsregelungen ab. Über den Vorruhestand wechseln im Jahr 2014 nur noch 3,0 Prozent in die Altersrente, 1996 waren es noch 10,1 Prozent gewesen. Neben der Arbeitslosigkeit hat auch der vorzeitige Ausstieg über die geblockte Altersteilzeit an Bedeutung gewonnen. Von den 66- bis 71-Jährigen des Jahres 2014 sind 15,0 Prozent aus der Freistellungsphase in die Altersrente gewechselt, 2002 waren es erst 0,6 Prozent gewesen.¹ Es ist aber unwahrscheinlich, dass sich dieser Aufwärtstrend der Altersteilzeit nach der erfolgten Abschaffung der staatlichen Förderung fortsetzen wird (siehe hierzu Abschnitt 4.4). Stagnierend bis rückläufig sind die Anteile der Personen, die vor Beginn der Altersrente Hausfrau oder Hausmann, länger krank oder erwerbsunfähig oder aus anderen Gründen nicht erwerbstätig sind. Insgesamt zeigt sich für den untersuchten Zeitraum eine sehr klare Entwicklung: Immer weniger Menschen sind bis zum Rentenbeginn aktiv erwerbstätig geblieben. Waren von den 66- bis 71-Jährigen des Jahres 1996 noch 62,0 Prozent bis unmittelbar vor dem Renteneintritt erwerbstätig gewesen, trifft dies im Jahr 2014 nur noch auf 46,6 Prozent dieser Altersgruppe zu.

¹ Bei den im Ruhestand Befindlichen des Jahres 1996 wurde der Übergang aus Altersteilzeit wegen fehlender Verfügbarkeit nicht erhoben.

Abbildung 4-3: Situation der 66- bis 71-Jährigen vor Beginn der Altersrente, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



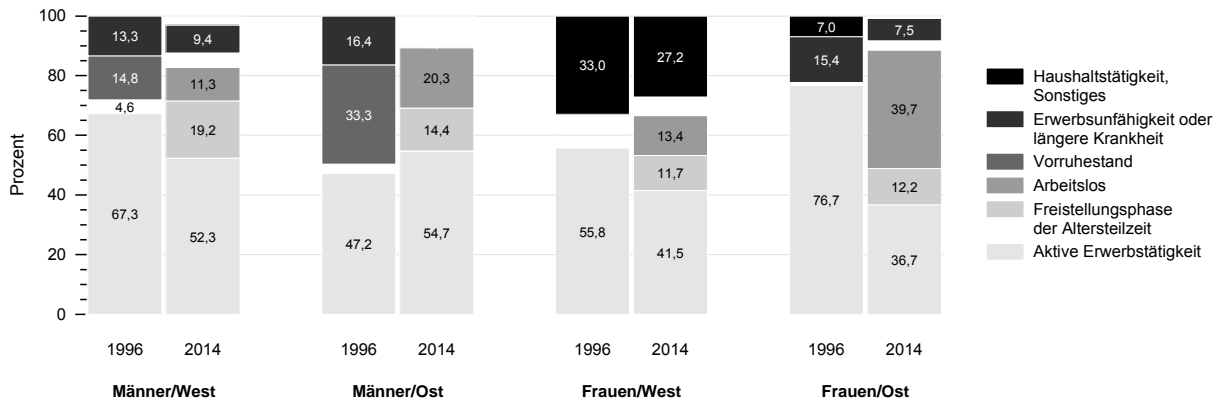
Quelle: DEAS 1996 (n = 527), 2002 (n = 347), 2008 (n = 1.060), 2014 (n = 831), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Veränderungen in allen Kategorien außer Haushaltstätigkeit, Sonstiges zwischen 1996 und 2014 .

Hinter dieser Gesamtveränderung verbergen sich unterschiedliche Entwicklungen in den alten und neuen Bundesländern und zwischen den Geschlechtern. Einen besonders starken Einbruch beim direkten Rentenübergang aus der Erwerbstätigkeit erlebten ostdeutsche Frauen: Von den 66- bis 71-Jährigen des Jahres 1996 hatten noch 76,7 Prozent bis direkt zum Rentenbeginn gearbeitet, im Jahr 2014 nur noch 36,7 Prozent (Abbildung 4-4). Vom Spitzenreiter wurden sie damit zum Schlusslicht. Im Gegenzug hat bei ihnen der Renteneintritt aus der Arbeitslosigkeit in diesen 18 Jahren von 1,0 auf 39,7 Prozent zugenommen. Bei den Männern in den neuen Bundesländern verlief die Entwicklung positiver. Zwar waren auch sie anfangs von der starken Zunahme der Arbeitslosigkeit und des Vorruhestands am Ende des Erwerbslebens betroffen, nach 2002 gelang es ihnen aber wieder in steigendem Maße, bis unmittelbar vor dem Rentenzugang erwerbstätig zu bleiben (vgl. Tabelle A 4-3 im Anhang). Zuletzt überholten sie damit sogar die westdeutschen Männer, wenn auch in erster Linie durch ihre geringere Inanspruchnahme der Altersteilzeit (Abbildung 4-4).

Die Ost-West-Unterschiede bei den Übergangspfaden haben sich nur bei Männern verringert, bei Frauen nicht.

Die geblockte Altersteilzeit wird am häufigsten von westdeutschen Männern für den vorzeitigen Abschied aus der aktiven Erwerbstätigkeit genutzt. Entgegen unseren Erwartungen zeigt sich bei den Frauen in den alten Bundesländern keine kontinuierliche Zunahme des Arbeitens bis zum Rentenbeginn. Zwar erhöhte sich bei ihnen zunächst zwischen 1996 und 2002 der Anteil direkter Rentenübergänge aus der Erwerbstätigkeit, seither hat er sich jedoch wieder unter das Ausgangsniveau verringert (1996: 55,8 Prozent; 2014: 41,5 Prozent). Anteilig häufiger geworden sind bei westdeutschen Frauen in erster Linie die Rentenübergänge nach vorheriger Arbeitslosigkeit, Vorruhestand und geblockter Altersteilzeit. Und trotz Rückgangs gelangt immer noch mehr als ein Viertel der westdeutschen Frauen als Hausfrau oder sonstige Nichterwerbsperson in die Ruhestandsphase.

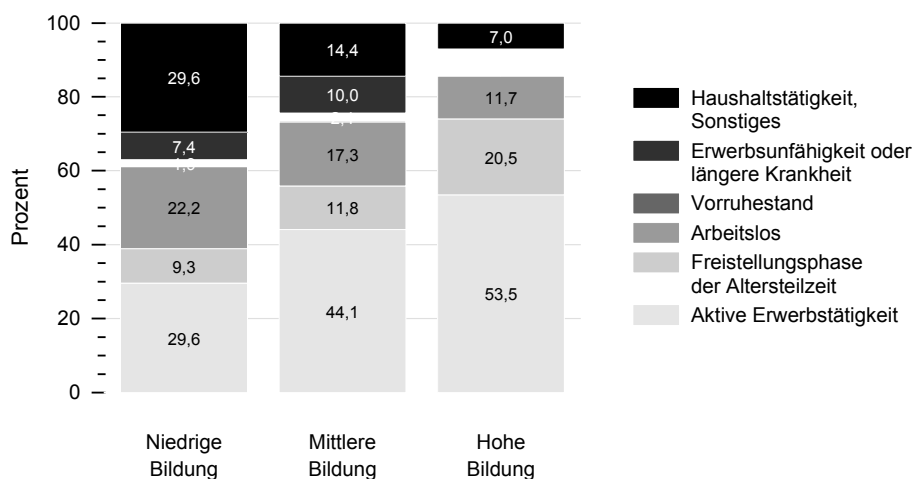
Abbildung 4-4: Situation der 66- bis 71-Jährigen vor Beginn der Altersrente, nach Geschlecht und Landesteil, in den Jahren 1996 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 527), 2014 (n = 831), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Für alle Kategorien signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014. Signifikante Regions- und Geschlechtsunterschiede für alle Kategorien in den Jahren 1996 und 2014.

Ob Menschen bis zum Rentenbeginn erwerbstätig bleiben und ein Arbeitsverhältnis aufrechterhalten, hängt auch von ihrem Bildungsniveau ab. Dies zeigt sich deutlich an den Übergangspfaden in den Ruhestand der 66- bis 71-Jährigen des Jahres 2014. Je höher ihr Bildungsniveau ist, desto häufiger sind sie bis zum Rentenbeginn aktiv erwerbstätig geblieben oder konnten aus der gut abgesicherten Position der Altersteilzeit in den Ruhestand wechseln (Abbildung 4-5). Niedriggebildete (Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung) haben ein erhöhtes Risiko, bereits vor dem Wechsel in die Altersrente aufgrund von Arbeitslosigkeit, Krankheit oder Erwerbsunfähigkeit aus dem Erwerbsprozess auszuschneiden oder nach der Familienphase keine dauerhafte Rückkehr in die Berufstätigkeit zu schaffen. Letzteres betrifft vor allem Frauen.

Abbildung 4-5: Situation der 66- bis 71-Jährigen vor Beginn der Altersrente, nach Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 831), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Bildungsunterschiede bei allen Kategorien außer bei Erwerbsunfähigkeit, längerer Krankheit und Haushaltstätigkeit, Sonstiges.

Insgesamt zeigt sich, dass das steigende Erwerbsausstiegs- und Renteneintrittsalter begleitet wird von einem abnehmenden Anteil derer, die bis zum Rentenbeginn aktiv erwerbstätig bleiben, und dass sich die Übergangspfade in den Ruhestand immer noch zwischen den alten und neuen Bundesländern unterscheiden und soziale Unterschiede aufweisen. Die Arbeitslosigkeit vor dem Wechsel in den Ruhestand ist häufiger und länger andauernd geworden und mehr ältere Beschäftigte nehmen Altersteilzeit und nutzen diese für einen vorzeitigen Abschied. Die geblockte Altersteilzeit hat – zusammen mit der Altersarbeitslosigkeit – den klassischen Vorruhestand ersetzt.

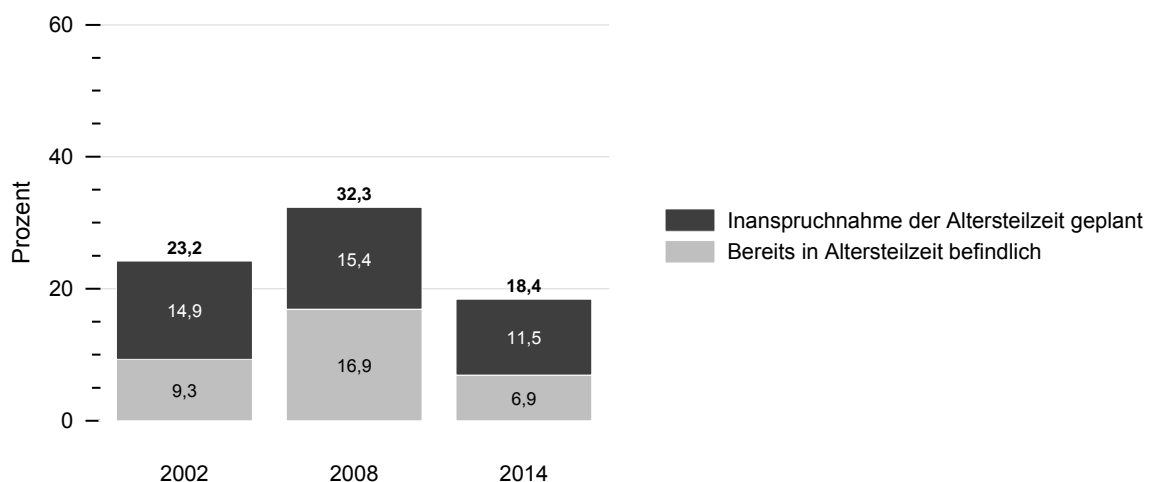
4.4 Verbreitung der Altersteilzeit

Im DEAS werden seit dem Jahr 2002 alle abhängig Beschäftigten ab 55 Jahren gefragt, ob sie eine Altersteilzeitbeschäftigung ausüben. Wenn sie dies nicht machen (oder noch jünger als 55 Jahre sind), sollen sie angeben ob sie beabsichtigen, vor dem Ruhestand in die Altersteilzeit zu gehen. Wie die Ergebnisse für die älteren Beschäftigten ab 55 Jahren zeigen, ist es zwischen 2002 und 2008 zu einer deutlichen Zunahme der ausgeübten oder geplanten gekommen. Im Jahr 2008 befanden sich 16,9 Prozent der 55- bis 65-jährigen Beschäftigten in der Altersteilzeit, weitere 15,4 Prozent beabsichtigten eine Inanspruchnahme (Abbildung 4-6).

Nach Abschaffung der staatlichen Förderung sinkt die Inanspruchnahme von Altersteilzeit wieder.

Dieser Trend hat sich allerdings nicht fortgesetzt. Denn sechs Jahre später, im Jahr 2014, befinden sich nur noch 6,9 Prozent der über 55-jährigen Beschäftigten in der Altersteilzeit und nur noch 11,5 Prozent rechnen damit, sie in Anspruch zu nehmen. Dieser starke Rückgang stützt die Vermutung, dass das Auslaufen der staatlichen Förderung der Arbeitgeber dazu geführt hat, dass weniger ältere Beschäftigte die Möglichkeit zur Altersteilzeit erhalten bzw. damit rechnen.

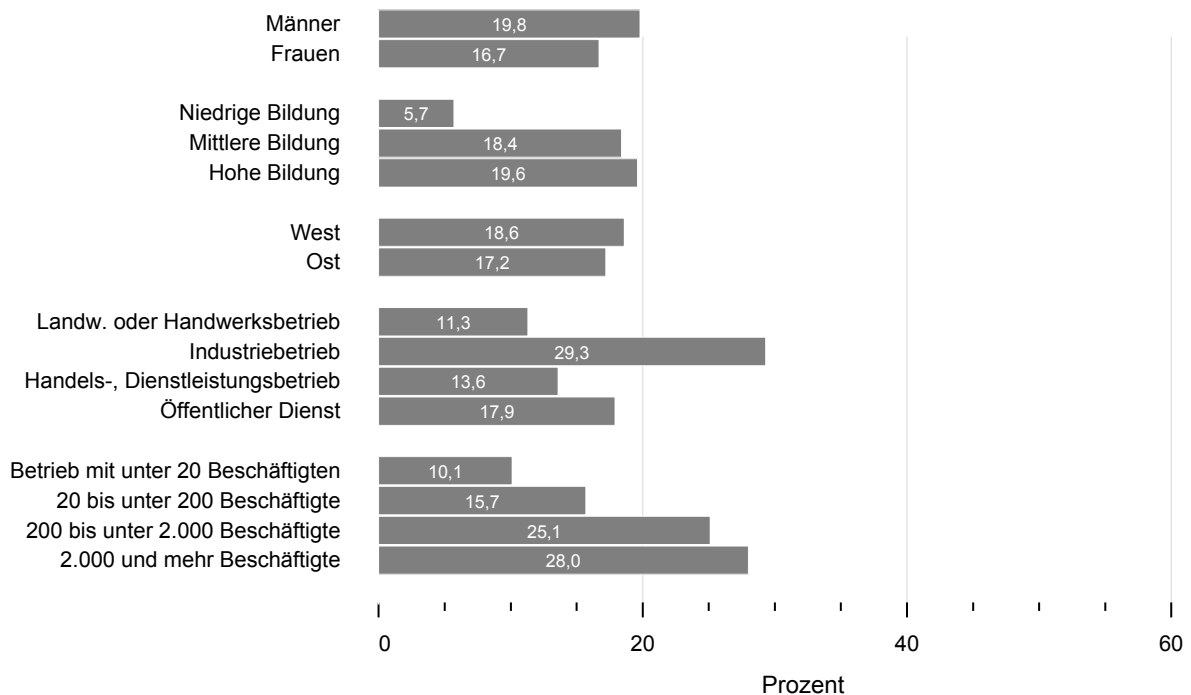
Abbildung 4-6: Praktizierte und geplante Altersteilzeit der abhängig Beschäftigten im Alter von 55 bis 65 Jahren, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2002 (n = 221), 2008 (n = 609), 2014 (n = 838), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Unterschiede zwischen 2002 und 2008 sowie zwischen 2008 und 2014 für alle Kategorien signifikant.

Ein genauerer Blick auf die aktuelle Ausübung oder Planung von Altersteilzeit zeigt, dass deren Inanspruchnahme in hohem Maße mit dem Bildungsniveau der Beschäftigten, dem Wirtschaftszweig und der Größe des Betriebs assoziiert ist. Vergleichsweise geringe Quoten der praktizierten und geplanten Inanspruchnahme haben ältere Beschäftigte mit niedriger Bildung (ohne abgeschlossene Berufsausbildung) sowie Beschäftigte in kleinen Betrieben und außerhalb des Industriesektors (Abbildung 4-7). Eine relativ hohe Inanspruchnahme findet sich bei Beschäftigten mit mittlerer und höherer Bildung (abgeschlossene Berufsausbildung, Aufstiegsfortbildung oder Studienabschluss) und in Industrie- und Großbetrieben. Zudem kommen Männer und Beschäftigte in den alten Bundesländern etwas häufiger als Frauen und Beschäftigte in den neuen Bundesländern in den Genuss von Altersteilzeit; diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Zusammengefasst nutzen demnach überdurchschnittlich oft qualifizierte Beschäftigte in großen Industriebetrieben die Altersteilzeit als einen finanziell gut abgesicherten Übergangspfad in den Ruhestand.

Abbildung 4-7: Praktizierte oder geplante Altersteilzeit der 55- bis 65-jährigen Beschäftigten nach verschiedenen Merkmalen, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 838 für Geschlecht, Bildung, Region, n = 829 für Branche, n = 747 für Betriebsgröße), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Unterschied zwischen niedrigster und höchster Bildungsgruppe signifikant. Anteil Industriebetrieb signifikant höher als für andere Branchen. Anteil Betriebe unter 200 Beschäftigten signifikant niedriger als der Betriebe ab 200 Beschäftigten. Geschlechts- und Regionsunterschied nicht signifikant.

Dabei wird die Altersteilzeit eher selten dafür verwendet, durch eine reduzierte Wochenarbeitszeit länger am Arbeitsprozess teilzuhaben und einen gleitenden Übergang in den Ruhestand vollziehen zu können. Im Jahr 2014 plant oder praktiziert mit 76,1 Prozent immer noch die große Mehrheit das Blockmodell, das einen frühzeitigen Abschied aus der aktiven Berufstätigkeit durch den Wechsel in die Freistellungsphase ermöglicht. Dennoch ist eine allmähliche Zunahme des Interesses am Weiterarbeiten mit halber Stundenzahl bis zum Rentenbeginn zu beobachten. Der

Anteil des echten Teilzeitmodells an allen praktizierten und beabsichtigten Regelungen hat sich zwischen 2002 und 2014 von 13,6 auf 21,0 Prozent erhöht (ohne Abbildung). Im Jahr 2014 sind 2,9 Prozent noch unentschieden, welches Modell sie ausüben möchten.

Diejenigen, die in Altersteilzeit mit reduzierter Wochenstundenzahl bis zum Rentenbeginn berufstätig sind oder bleiben möchten, planen mit durchschnittlich 63,2 Jahren ihre Berufstätigkeit zu beenden. Dies ist rund ein Jahr später als bei älteren Arbeitskräften, die das Blockmodell der Altersteilzeit praktizieren oder beabsichtigen (62,3 Jahre). Einen noch späteren Ausstieg aus dem Erwerbsleben planen allerdings mit durchschnittlich 63,8 Jahren die über 55-Jährigen, die gar keine Altersteilzeit praktizieren oder beabsichtigen. In der bisherigen Form und bei den gegenwärtigen Anwendern trägt die Altersteilzeit daher offensichtlich noch nicht zu einem längeren Verbleib im Erwerbsleben bei.

Wie wird es weitergehen? Wird das Ausstiegsalter weiter steigen, auch wenn die Altersteilzeit rückläufig ist und meistens für einen frühzeitigen Abschied aus der aktiven Beschäftigung genutzt wird? Hinweise darauf lassen sich aus den Plänen der heute und zukünftig älteren Beschäftigten gewinnen. Sie geben Auskunft, inwieweit die Betroffenen sich darauf einstellen, länger erwerbstätig zu bleiben.

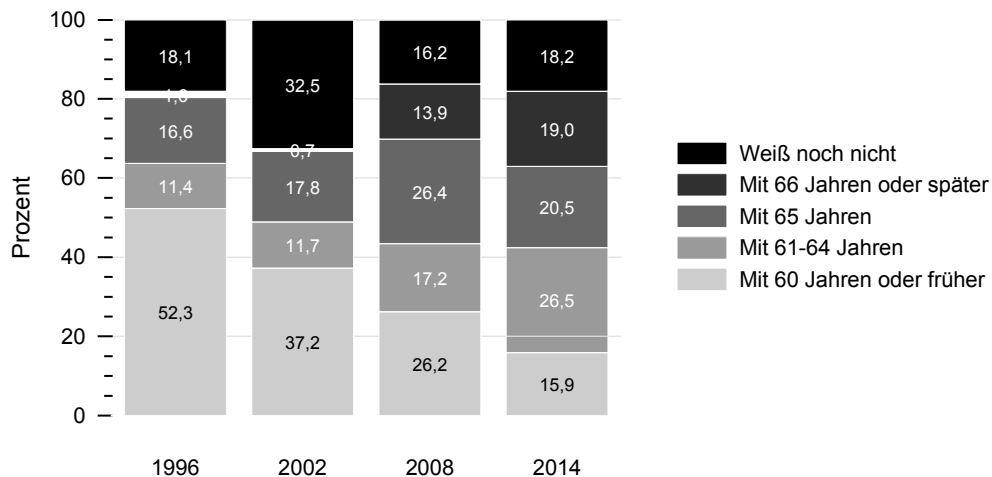
4.5 Ausstiegspläne der Erwerbstätigen

In jeder Erhebungswelle des DEAS werden die noch nicht im Ruhestand befindlichen Erwerbstätigen (Personen ohne Bezug einer eigenen Altersrente oder Pension) gefragt, in welchem Alter sie planen, ihre Erwerbstätigkeit zu beenden. Abbildung 4-8 enthält die zu Kategorien zusammengefassten Antworten der unter 60-Jährigen. Es wird deutlich, dass ein immer kleiner werdender Anteil einen Frühausstieg mit 60 Jahren oder jünger plant. Anfangs war die zunehmende Abkehr vom Plan eines frühen Ruhestands noch nicht verbunden mit konkreten neuen Altersvorstellungen für den eigenen Abschied. Dies zeigt sich in der hohen Quote der Kategorie „weiß noch nicht“ im Jahr 2002. In den darauffolgenden Jahren ist die Ungewissheit konkreten Vorstellungen zum Erwerbsausstieg in einem höheren Alter gewichen. Zugenommen hat sowohl der Anteil derer die planen, mit 61 bis 64 Jahren aufzuhören, als auch derjenigen die davon ausgehen, erst mit 65 Jahren oder später ihre Erwerbstätigkeit zu beenden. Mittlerweile beabsichtigt ein Fünftel der 40- bis 59-Jährigen, mit 65 Jahren in den Ruhestand zu gehen und ein weiteres Fünftel plant einen noch späteren Erwerbsausstieg (Abbildung 4-8).

Immer mehr Erwerbstätige planen, bis zum Alter von 65 Jahren oder länger zu arbeiten.

Der in der Politik und dem öffentlichen Diskurs propagierte und durch Reformmaßnahmen verfolgte Paradigmenwechsel von der Frühverrentung zum längeren Verbleib im Erwerbsleben findet ganz offensichtlich auch seinen Niederschlag in den Ausstiegsplänen der Erwerbstätigen. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass immer noch mehr als 40 Prozent der 40- bis 59-Jährigen für sich persönlich einen Erwerbsausstieg vor Vollendung des 65. Lebensjahrs planen. Nicht alle wollen und können so lange erwerbstätig bleiben.

Abbildung 4-8: Geplantes Ausstiegsalter der 40- bis 59-jährigen Erwerbstätigen, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

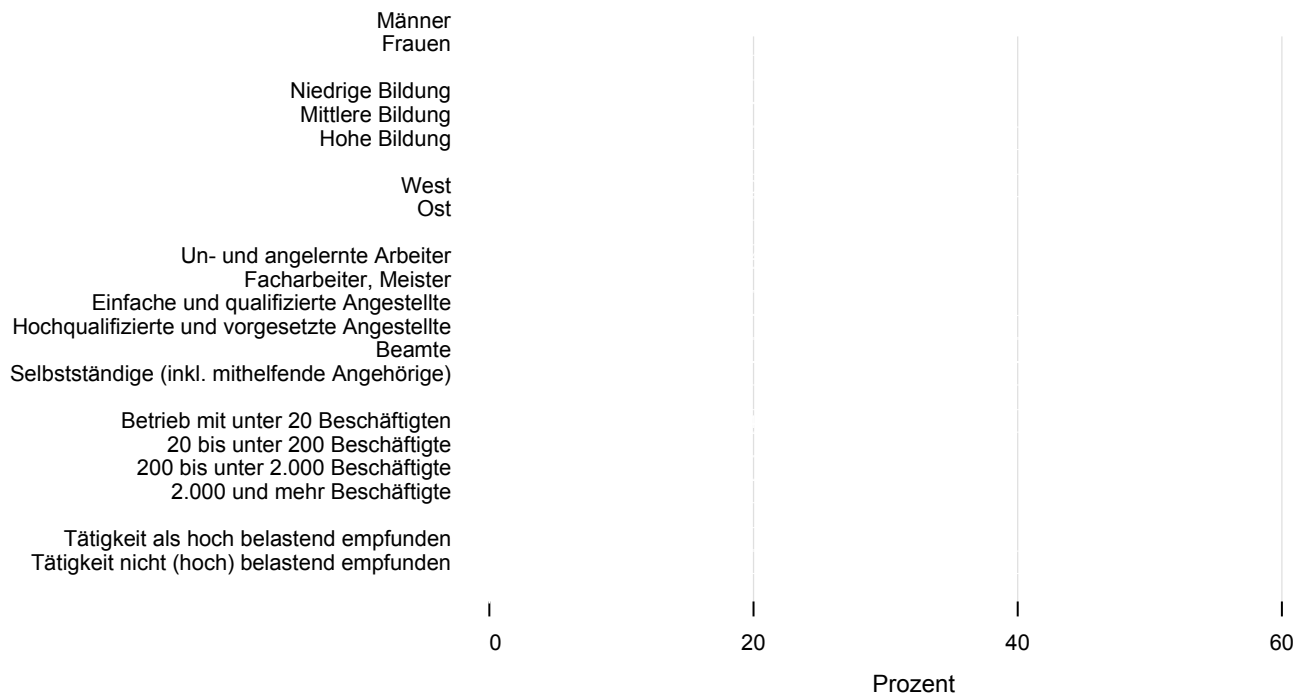


Quelle: DEAS 1996 (n = 1.756), 2002 (n = 1.019), 2008 (n = 2.187), 2014 (n = 2.119), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Veränderung aller Kategorien über die Erhebungsjahre. Anteil der Kategorie ‚weiß noch nicht‘ im Jahr 2002 signifikant höher als in den anderen Jahren.

So gibt es deutliche Geschlechts- und Bildungsunterschiede im geplanten Ausstiegsalter (Abbildung 4-9). Männer beabsichtigen häufiger als Frauen, erst mit 65 Jahren oder später aus dem Beruf auszusteigen. Überdurchschnittlich häufig planen Personen mit höherem beruflichem Bildungsabschluss, hochqualifizierte Angestellte, solche mit Vorgesetztenfunktion sowie Beamte und Beamtinnen und Selbstständige einen späten Ausstieg. Bei den Verbeamteten dürfte die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes, bei Selbstständigen die freien Entscheidungsmöglichkeiten solche Pläne begünstigen. Etwas überraschend planen Personen mit Facharbeiter- und Meisterstatus (neun von zehn davon sind Männer) vergleichsweise selten, bis zum Alter von 65 Jahren zu arbeiten. Dies kann damit zusammenhängen, dass diese häufiger in Großbetrieben beschäftigt sind, deren Belegschaft leichter in den Genuss von Angeboten zum vorzeitigen Ausstieg über Vorruhestandsregelungen und geblockter Altersteilzeit kommt (siehe Abschnitt 4.4). Da diese Beschäftigtengruppe zum Befragungszeitpunkt im Durchschnitt zudem die meisten Erwerbsjahre aufweist (31 Jahre), kalkulieren Facharbeiter und Meister möglicherweise auch häufiger mit der Option, frühzeitig mit oder ohne Abschläge in die Altersrente für langjährig oder besonders langjährig Versicherte (nach 35 oder 45 Versicherungsjahren) zu gehen.

Die Ausstiegspläne unterscheiden sich auch nach der Arbeitsbelastung der Tätigkeit. Im DEAS geben die Erwerbstätigen Auskunft dazu, ob und gegebenenfalls wie sehr sie sich belastet fühlen durch körperlich anstrengende oder einseitige Tätigkeiten, erschwerte Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (Lärm, Hitze, Staub etc.), Stress oder viele neue Anforderungen (siehe Abschnitt 4.2). Beschäftigte, die sich in mindestens einem dieser Bereiche ziemlich oder sehr belastet fühlen, planen deutlich seltener, bis zum Alter von 65 Jahren erwerbstätig zu bleiben als Beschäftigte, die sich durch keinen dieser Aspekte hoch belastet fühlen. Belastende Arbeitsbedingungen verringern die Neigung länger erwerbstätig zu bleiben beziehungsweise die subjektive Erwartung, die Tätigkeit bis zum 65. Lebensjahr ausüben zu können.

Abbildung 4-9: Geplanter Ausstieg mit 65 und mehr Jahren der 40- bis 59-jährigen Erwerbstätigen nach verschiedenen Merkmalen, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 2.119 für Geschlecht, Bildung, Region, Arbeitsbelastung, n = 2.105 für berufliche Stellung, n = 1.936 für Betriebsgröße), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Signifikante Unterschiede zwischen Geschlechtern und nach Arbeitsbelastung. Signifikant höherer Anteil bei Hochgebildeten im Vergleich zu anderen Bildungsgruppen. Signifikant niedrigerer Anteil bei Facharbeitern, Meistern im Vergleich zu jeder anderen beruflichen Stellung und in Betrieben mit 2000 und mehr Beschäftigten im Vergleich zu jeder anderen Betriebsgrößekategorie.

Insgesamt gibt es bei den noch im Erwerbsleben Stehenden zwar einen deutlichen Trend zur geplanten längeren Ausübung der Berufstätigkeit, allerdings begleitet von markanten Unterschieden nach beruflichen und betrieblichen Merkmalen. Dies lässt erwarten, dass das tatsächliche Übergangsalter zwar weiter ansteigen, es aber nicht allen möglich sein wird, bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze durchzuarbeiten.

4.6 Diskussion und Implikationen

Die aufgezeigte Entwicklung des Übergangsalters in den Ruhestand entspricht insgesamt der von Politik und Wirtschaft propagierten Richtung des längeren Verbleibs im Erwerbsleben und des späteren Rentenbeginns. Der in den Retrospektivangaben des DEAS erkennbare Anstieg des Rentenalters ab den Anfang der 1940er Jahre Geborenen zeigt sich auch in den Zahlen der Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung 2015). Allerdings hat es etwas gedauert, bis nach dem Renteneintrittsalter auch das Erwerbsaustrittsalter zu steigen begann. Noch bis Ende des letzten Jahrzehnts vergrößerte sich die zeitliche Lücke nach der Aufgabe der Berufstätigkeit bis zum Rentenbeginn, verringert sich aber seit einigen Jahren wieder. Dennoch hat bei den betrachteten Kohorten der Anteil derer abgenommen, die bis unmittelbar vor dem Renteneintritt erwerbstätig waren. Ein wachsender Anteil älterer Arbeitskräfte wurde vor dem Rentenbeginn arbeitslos und die Dauer der Arbeitslosigkeit bis zum Wechsel in die Altersrente hat sich verlängert. Besonders betroffen davon waren ostdeutsche Frauen, bei denen es im Beobachtungszeitraum zwischen 1996 und 2014 zu einem massiven Umbruch der

Übergangspfade in den Ruhestand weg vom Arbeiten bis zur Rente hin zur mehrjährigen Arbeitslosigkeit vor dem Renteneintritt kam. Auch Beschäftigte mit niedrigerem Bildungs- und Qualifikationsniveau beenden ihr Erwerbsleben vergleichsweise häufig mit Arbeitslosigkeit. Personen mit hohem Bildungsniveau gelingt es hingegen überdurchschnittlich oft, entweder bis zum Rentenbeginn aktiv erwerbstätig zu bleiben oder aus der gut abgesicherten Position der Altersteilzeit in den Ruhestand wechseln. Ähnliche Befunde zum Wandel und der sozialen Ausdifferenzierung der Übergangspfade und des Übergangsalters in den Ruhestand zeigen sich auch in anderen Kohortenstudien (vgl. Rasner & Etgeton 2014; Buchholz, Rinklake, & Blossfeld 2014; Schröber, Micheel, & Cihlar 2015; Brussig 2015). Die Ergebnisse sind noch weitgehend unbeeinflusst von der neu geschaffenen Möglichkeit des vorgezogenen Rentenzugangs ohne Abschläge in die Altersrente für besonders langjährig Versicherte. Nach Informationen der Rentenversicherung haben davon im Jahr 2014 mehr als 150.000 Personen Gebrauch gemacht (Deutsche Rentenversicherung 2015). Es ist davon auszugehen, dass diese Rentenzugangsoption einerseits die Zahl der direkten – jedoch vorzeitigen – Ruhestandsübergänge aus der Erwerbstätigkeit erhöht, andererseits die sozialen Unterschiede in den Übergangspfaden erhöht. Denn die Zugangsvoraussetzungen von mindestens 45 Beitragsjahren erfüllen in erster Linie Beschäftigtengruppen ohne längere Erwerbsunterbrechungen aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Sorgetätigkeiten in der Familie.

Eine weitere Reformmaßnahme, die die Optionen des Übergangs in den Ruhestand tangiert, war die Abschaffung der Förderung der Altersteilzeitbeschäftigung durch die Bundesagentur für Arbeit. Dies führte zur Frage, ob dies einen Rückgang der Inanspruchnahme von Altersteilzeit durch ältere Beschäftigte zur Folge hat. Die Befunde zeigen deutlich, dass der Trend gestoppt wurde, vor dem Ruhestand in die Altersteilzeitbeschäftigung zu wechseln. Denn die tatsächliche Inanspruchnahme bei den 55- bis 65-jährigen abhängig Beschäftigten hat sich – nach vorheriger Zunahme – in den sechs Jahren zwischen 2008 und 2014 mehr als halbiert; auch der Anteil derer, die eine Altersteilzeit beabsichtigen ging zurück. Offenbar hat die Abschaffung der staatlichen Förderung zu einer Verringerung des Angebots und der Nachfrage nach Altersteilzeit geführt.

Es zeigt sich außerdem, dass insbesondere qualifizierte Beschäftigte in Großbetrieben des industriellen Sektors in den Genuss der Altersteilzeit kommen. Die Mehrzahl der älteren Arbeitskräfte, die eine Altersteilzeitbeschäftigung ausüben oder beabsichtigen, wählt das Blockmodell, das ihnen einen frühzeitigen Abschied aus der aktiven Berufstätigkeit ermöglicht. Zwar hat das Gleichverteilungsmodell der Altersteilzeit, das ein Weiterarbeiten mit halber Stundenzahl bis zum Rentenbeginn vorsieht, an Bedeutung gewonnen, mehr als drei Viertel praktizieren oder planen jedoch immer noch das Blockmodell. Große Betriebe haben diese Beschäftigungsform in der Vergangenheit häufig als eine kostengünstige Möglichkeit zur Personalanpassung durch frühzeitige Ausgliederung genutzt. Es bleibt abzuwarten, ob der Rückgang der Altersteilzeitangebote in Zukunft zu einem längeren Weiterarbeiten älterer Arbeitskräfte oder zu anderen Formen des vorzeitigen Ausstiegs führt, zum Beispiel über Arbeitslosigkeit, längere Krankheit oder Erwerbsminderung.

In welchem Maße sich die Entwicklung zu einem längeren Verbleib im Erwerbsleben fortsetzen wird, hängt auch von den Wünschen und Plänen der Beschäftigten ab. Inwieweit stellen sie sich darauf ein, länger erwerbstätig zu bleiben? Zu diesem Zweck wurde die Entwicklung des geplanten Ausstiegsalters der Erwerbstätigen untersucht. Insgesamt lässt sich ein deutlicher Trend zur geplanten längeren Ausübung der Erwerbsarbeit feststellen, allerdings begleitet von Unterschieden nach beruflichen und betrieblichen Merkmalen. Nicht alle Arbeitskräfte wollen und

können bis zum Alter von 65 Jahren oder darüber hinaus erwerbstätig bleiben. Beispielsweise glaubt nur eine Minderheit derjenigen, die ihre Tätigkeit als hoch belastend empfinden, bis zur Regelaltersgrenze im Arbeitsprozess zu bleiben.

Der Abbau von Frühverrentungsmöglichkeiten hat zwar insgesamt dazu beigetragen, dass mehr ältere Arbeitskräfte länger berufstätig bleiben und die Abkehr von der Frühverrentungsmentalität forciert. Für diejenigen, die es jedoch nicht schaffen, bis zur Regelaltersgrenze zu arbeiten, birgt es jedoch die Gefahr, am Ende ihres Arbeitslebens jahrelang arbeitslos zu sein und dann vorzeitig mit hohen Abschlägen verrentet zu werden. In den vergangenen Jahren zeigte sich bereits eine Zunahme der Altersarbeitslosigkeit. Eine weiter steigende Altersarbeitslosigkeit und eine sich verlängernde Dauer der Arbeitslosigkeit vor dem Übergang in den Ruhestand wären problematisch. Denn während der Arbeitslosigkeit werden im Allgemeinen nur noch geringe oder gar keine Rentenanwartschaften mehr erworben und der oft vorzeitige Rentenbeginn führt zu lebenslangen Abschlägen bei der Rentenhöhe. Dies erhöht das Risiko der Altersarmut. Die Tarifparteien und die Politik sind gefordert, Lösungen für eine Flexibilisierung des Übergangs in den Ruhestand zu finden. Einerseits sollte denjenigen, die länger arbeiten können und möchten, es möglichst einfach gemacht werden, dies zu realisieren. Andererseits sollte denjenigen, die aus gesundheitlichen oder Arbeitsmarktgründen dazu nicht in der Lage sind, flexible Möglichkeiten des vorzeitigen Übergangs in den Ruhestand eröffnet werden. Diese sollten finanziell zumindest soweit abgesichert sein, dass das kaum vermeidbare vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nicht zu einem dauerhaften Abrutschen in die Armutszone führt.

Literatur

- Brussig, M. (2015). *Alter beim Übergang aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung ist gestiegen* (Altersübergangs-Report Nr. 2015-01). Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.
- Brussig, M., Knuth, M., & Wojtkowski, S. (2009). *Altersteilzeit: Zunehmend Beschäftigungsbrücke zum späteren Renteneintritt* (Altersübergangs-Report Nr. 2009-02). Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.
- Buchholz, S., Rinklake, A., & Blossfeld, H.-P. (2014). Reversing Early Retirement in Germany A Longitudinal Analysis of the Effects of Recent Pension Reforms on the Timing of the Transition to Retirement and on Pension Incomes. *Comparative population studies*, 38(4), 881-906.
- CDU, CSU, & SPD (2013). *Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2015). *Rentenversicherung in Zeitreihen*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Engstler, H. (2006). Erwerbsbeteiligung in der zweiten Lebenshälfte und der Übergang in den Ruhestand. In: C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.) *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 85-154). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fröhler, N., Fehmel, T., & Klammer, U. (2013). *Flexibel in die Rente. Gesetzliche, tarifliche und betriebliche Perspektiven*. Berlin: edition sigma.
- Naumann, D., & Romeu Gordo, L. (2010). Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 118-141). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rasner, A., & Etgeton, S. (2014). Rentenübergangspfade: Reformen haben großen Einfluss. *DIW Wochenbericht*, 81(19), 431-441.

- Schröder, J., Micheel, F., & Cihlar, V. (2015). Übergangskonstellationen in die Altersrente - Welche Rolle spielen Humankapital und betrieblicher Kontext? In: N. F. Schneider, A. Mergenthaler, U. M. Staudinger & I. Sackreuther (Hrsg.) *Mittendrin? Lebenspläne und Potenziale älterer Menschen beim Übergang in den Ruhestand* (S. 195-216). Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Simonson, J., Romeo Gordo, L., & Titova, N. (2011). Changing employment patterns of women in Germany: How do baby boomers differ from older cohorts? A comparison using sequence analysis. *Advances in Life Course Research*, 16(2), 65-82.
- Wanger, S. (2009). *Altersteilzeit: Beliebt, aber nicht zukunftsgerecht*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

5 Engagiert bis ins hohe Alter?

Organisationsgebundenes ehrenamtliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte

Martin Wetzel & Julia Simonson

Kernaussagen

Der Anteil von Personen, die ein ehrenamtliches Engagement ausüben, hat sich unter den 40- bis 85-Jährigen zwischen den Jahren 1996 und 2014 verdoppelt:

Während im Jahr 1996 etwa jede zehnte Person (11,7 Prozent) im Rahmen einer Organisation ehrenamtlich engagiert war, ist es im Jahr 2014 schon fast jede vierte (22,2 Prozent). Dieser Zuwachs ist unter Personen im höheren Lebensalter besonders deutlich.

Im Jahr 2014 zeigen sich deutliche Unterschiede im ehrenamtlichen Engagement nach Geschlecht, Bildung, Landesteil und Erwerbsstatus: Männer sind 1,3 Mal häufiger engagiert als Frauen. Dieser Geschlechtsunterschied war 1996 noch größer. Hochgebildete sind im Jahr 2014 3,6 Mal häufiger ehrenamtlich engagiert als Niedriggebildete, was sich seit 1996 nicht verändert hat. Westdeutsche engagieren sich 1,7 Mal häufiger ehrenamtlich als Ostdeutsche. Der Unterschied zwischen den Landesteilen ist seit 1996 stabil. Erwerbstätige und Personen im Ruhestand engagieren sich häufiger als Nicht-Erwerbstätige.

Im Jahr 2014 ist jede vierte ehrenamtlich engagierte Person im Alter von 50 bis 85 Jahren in einer Seniorengruppe aktiv: Jüngere engagieren sich seltener in seniorenspezifischen Gruppen als Ältere. Zwischen den Jahren 1996 und 2014 ist der Anteil von Engagierten in Seniorengruppen an der Bevölkerung von 2,1 Prozent auf 5,6 Prozent gestiegen. Das Verhältnis zwischen seniorenspezifischem und allgemeinem Engagement hat sich dabei jedoch nicht verändert.

Ein Drittel der im Jahr 2014 ehrenamtlich Engagierten hat in den letzten sechs Jahren ein neues Engagement aufgenommen und zwei Drittel üben ihr Engagement schon länger als sechs Jahre aus: Im Jahr 2014 haben 7,1 Prozent der Bevölkerung im Alter von 40 bis 85 Jahren ein Engagement ausgeübt, welches sie frühestens 2009 begonnen hatten. Ältere nehmen zu einem geringeren Anteil ein Engagement neu auf als Jüngere. Zudem üben Ältere ihr Engagement zu einem größeren Teil bereits über einen längeren Zeitraum aus als Jüngere. Zwischen 1996 und 2014 hat sich der Anteil der neu Engagierten an allen Engagierten nicht bedeutsam verändert.

5.1 Einleitung

Freiwilliges und ehrenamtliches Engagement kann zum Zusammenhalt der Gesellschaft beitragen und sozialintegrativ wirken (Zimmer & Rauschenbach 2011). Personen in der zweiten Lebenshälfte können über ehrenamtliches Engagement ihre Erfahrungen und Kompetenzen einbringen und somit einen positiven Beitrag für die Gesellschaft leisten. Das freiwillige und ehrenamtliche Engagement von Älteren wird daher sowohl in Deutschland (zum Beispiel Fünfter Altenbericht 2006), als auch auf europäischer Ebene (zum Beispiel EU 2012) sowie im internationalen Kontext (zum Beispiel World Health Organization 2002) als gesellschaftliches Potenzial thematisiert. Personen, die sich ehrenamtlich engagieren, können davon aber auch persönlich profitieren. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Engagement zu mehr individuellem Wohlbefinden beiträgt (für Gesundheit: Everard, Lach et al. 2000; für Lebenszufriedenheit: van Willigen 2000). Darüber hinaus ist ehrenamtliches Engagement eine zentrale Form gesellschaftlicher Teilhabe. Allerdings kann sich ehrenamtliches Engagement in einigen Fällen auch nachteilig auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken, nämlich dann, wenn damit Stress und Überforderung einhergehen (Windsor, Anstey et al. 2008), aber auch, wenn damit eine gesellschaftliche Norm zum ‚aktiven Altern‘ verbunden wird, an der nicht alle Menschen gleichermaßen teilhaben können (van Dyk 2009).

Ehrenamtliches Engagement kann also Auswirkungen auf die Lebenssituation und auf das Wohlbefinden der engagierten Personen, auf die Situation der Zielgruppen des Engagements sowie auf die Gesellschaft insgesamt haben. Engagement ist aber auch an Voraussetzungen geknüpft (Simonson, Hagen et al. 2013). Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und individuelle Merkmale haben einen Einfluss auf Ressourcen und Gelegenheitsstrukturen, welche ehrenamtliches Engagement begünstigen oder hemmen (vgl. Gesthuizen & Scheepers 2012). So besitzen Personen mit einem höheren Bildungsniveau auch mehr individuelle Ressourcen als Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau, wie zum Beispiel mehr Einkommen, höhere Lebenszufriedenheit, bessere Gesundheit und höhere Selbstwirksamkeit (Ross & Wu 1995; Laubach, Schumacher et al. 2000) sowie vorteilhaftere soziale Netzwerke, welche sich wiederum positiv auf die Wahrscheinlichkeit auswirken, ein ehrenamtliches Engagement auszuüben (zum Beispiel Wilson & Musick 1997; Wilson 2000; Hank & Stuck 2008; Alscher, Dathe et al. 2009; Lancee & Radl 2014). Ebenfalls können unterschiedliche Gelegenheitsstrukturen relevant sein. So üben beispielsweise Erwerbstätige häufiger ein ehrenamtliches Engagement aus als Arbeitslose (Alscher, Dathe et al. 2009; Gesthuizen & Scheepers 2012). Wenn ehrenamtliches Engagement sich positiv auf die Lebensqualität von Personen auswirkt, dann führt ein ungleicher Zugang zu ehrenamtlichem Engagement folglich zu ungleichen Lebenschancen. Die genannten Mechanismen können somit soziale Ungleichheiten verstärken. Dieses Kapitel widmet sich der Frage, inwieweit das ehrenamtliche Engagement Älterer in den letzten Jahren zugenommen hat, wer in der zweiten Lebenshälfte einem ehrenamtlichen Engagement nachgeht und welche Gruppen besonders starke Veränderungen aufweisen.

Empirische Studien zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Engagementquoten unterschiedlicher Gruppen. Beispielsweise engagieren sich Personen in Ostdeutschland seltener als in Westdeutschland (Naumann & Romeu Gordo 2010), was meist mit unterschiedlichen Gelegenheitsstrukturen begründet wird. So bestehen beispielsweise noch deutliche Unterschiede in der Erwerbsstruktur zwischen den beiden Landesteilen (vgl. Kapitel 3). Unterschiede im ehrenamtlichen Engagement scheinen auch zwischen den Geschlechtern zu bestehen. Dass Frauen sich seltener als Männer (Alscher, Dathe et al. 2009) engagieren, könnte daran liegen, dass Frauen durch ihre geringere Arbeitsmarktintegration seltener in Kontakt mit Möglichkeiten

für ehrenamtliches Engagement kommen (von Rosenblatt 2000; Naumann & Romeu Gordo 2010; Lancee & Radl 2014; Quaranta 2015). Darüber hinaus führt die immer noch verbreitete geschlechtsspezifische innerfamiliäre Arbeitsteilung dazu, dass Frauen durch Haushalts- und Sorgetätigkeiten, zusätzlich zur Erwerbstätigkeit, häufig unter einer Doppelbelastung stehen (vgl. Kapitel 12 und 13), die ihnen weniger Zeit für ehrenamtliches Engagement lässt als Männern.

Trotz der positiven Befunde hinsichtlich des Zusammenhangs von Erwerbstätigkeit und Ehrenamt scheint der Übergang in den Ruhestand ehrenamtliches Engagement quantitativ nur wenig (Mutchler, Burr et al. 2003; Erlinghagen 2010) oder gar nicht zu beeinflussen (Scherger, Nazroo et al. 2011; Lancee & Radl 2014). Selbst wenn sich mit dem Ruhestandsübergang nicht die Engagementquoten verändern, könnte es jedoch sein, dass es zu einer inhaltlichen Verschiebung kommt – zum Beispiel von allgemein ausgerichteten zu seniorenspezifischen Organisationen. Auswertungen des Deutschen Freiwilligensurveys (FWS) haben gezeigt, dass sich ältere Personen eher für Ältere engagieren und jüngere Personen eher für Jüngere (Hagen & Vogel 2012). Eine strukturelle Verschiebung zum Engagement in seniorenspezifischen Gruppen ist besonders dann interessant, wenn die Teilnahme an seniorenspezifischen Gruppen anderen Mustern unterworfen ist, als dies allgemein beim Ehrenamt der Fall ist, oder sich diese Form des Engagements in ihren Auswirkungen auf die engagierten Personen unterscheidet.

In diesem Kapitel wird das ehrenamtliche Engagement unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen betrachtet. Im Zentrum stehen dabei Unterschiede zwischen Altersgruppen, Geschlechtern, Bildung und Landesteilen (Ost- beziehungsweise Westdeutschland) sowie der Erwerbsstatus, da mit ihnen spezifische Ressourcen und Gelegenheitsstrukturen einhergehen. Weiterhin werden die Veränderungen zwischen den Jahren 1996 und 2014 betrachtet, sodass allgemeine Trends, aber auch Annäherungs- und Distanzierungstrends zwischen verschiedenen Gruppen untersucht werden können.

Von 1996 bis 2008 kam es bereits zu einer Zunahme von ehrenamtlichem Engagement (vgl. Naumann & Romeu Gordo 2010). Diese Zunahme könnte erstens mit einem politisch intendierten Wandel zu einer verbesserten ‚Engagementkultur‘ zusammenhängen. Seit Ende der 1990er Jahre, beginnend mit der Einsetzung einer Enquete-Kommission ‚Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements‘ hat sich die Engagementpolitik als eigenständiges Politikfeld herausgebildet (vgl. Hartnuß, Olk et al. 2011). Freiwillige und ehrenamtliche, unentgeltlich ausgeübte Tätigkeiten wurden zunehmend als gesellschaftliche Ressource entdeckt und Engagement sollte durch politische Maßnahmen gefördert werden. Bisher wurden zur Förderung des Engagements beispielsweise im Jahr 2005 der unfallversicherungsrechtliche Schutz Engagierter verbessert sowie im Jahr 2011 der Bundesfreiwilligendienst eingeführt, der allen Altersgruppen offen steht. Weitere Initiativen richteten sich speziell an Ältere, wie beispielsweise das Programm ‚Aktiv im Alter‘. Diese Maßnahmen verändern die Rahmenbedingungen für Engagement und können zu einer zunehmenden Beteiligung von Menschen im Engagement beitragen.

Außerdem hat sich die Arbeitsmarktpolitik zwischen 1996 und 2014 grundsätzlich gewandelt, von einer Periode des frühen Vorruhestands zu einer Zeit der längeren Arbeitsmarktintegration von älteren Erwerbspersonen (vgl. Kapitel 3). Damit steigt der Anteil von Erwerbstätigen unter den älteren Erwerbspersonen und es kommt möglicherweise zu einer Erweiterung der Gelegenheitsstrukturen für Engagement.

Als dritte Entwicklung in der Zeit von 1996 bis 2014 lässt sich feststellen, dass Personen gesundheitsbezogene Ressourcen besser bis ins hohe Alter aufrechterhalten können (vgl. Kapitel 8 und 9). Die Lebensjahre, in denen sich eine Person bei guter Gesundheit befindet,

haben sich seit dem Jahr 1996 vor allem nach dem Ruhestandsübergang deutlich erhöht. Diese Gesundheitsressourcen können dazu beitragen, dass gerade Personen im hohen Alter häufiger noch ein Engagement ausüben können. Schließlich haben sich in den letzten Jahren die Sichtweisen auf das eigene Älterwerden verändert (vgl. Kapitel 22). Mit dem höheren Lebensalter sind heute durchaus auch Erwartungen an künftige Entwicklungsmöglichkeiten verknüpft. Freiwilliges und ehrenamtliches Engagement gilt zunehmend als Handlungsoption auch im höheren Alter.

Im Folgenden wird zunächst betrachtet, wie sich die Quoten ehrenamtlichen Engagements in verschiedenen Altersgruppen von 1996 bis 2014 verändert haben. Dabei wird untersucht, ob sich nach Bevölkerungsgruppen (Geschlecht, Bildung, Landesteil, Erwerbsstatus) unterschiedliche Trends zeigen und ob einige Gruppen stärkere Veränderungen aufweisen als andere. In einem zweiten Schritt wird untersucht, ob sich in seniorenspezifischen Organisationen andere Personengruppen ehrenamtlich engagieren als in allgemeinen Organisationen. Es ist zu vermuten, dass sich Personen im höheren Alter häufiger auch in seniorenspezifischen Gruppen engagieren. Jedoch ist derzeit noch unklar, ob sich diese Gruppen in ihrer Zusammensetzung nach Bildung, Geschlecht und Landesteil vom allgemeinen Engagement unterscheiden. Schließlich wird der Engagementbeginn betrachtet. Damit steht im Zentrum, ob eine Person in den letzten sechs Kalenderjahren ein ehrenamtliches Engagement aufgenommen hat. Dadurch können Rückschlüsse gezogen werden, in welchen Lebensphasen Personen ein Engagement aufnehmen, ob sich die Zeiten des Neubeginns von Engagement über die Jahre gewandelt haben und ob sich der Anteil der eher neuen gegenüber den eher dauerhaft Engagierten verändert hat. Diese Unterscheidung hilft dabei mögliche Veränderungen der Engagementquote von 1996 bis 2014 besser zu verstehen. Sie verdeutlicht, ob eine Veränderung in der Engagementquote stärker damit zu begründen ist, dass Personen häufiger beziehungsweise seltener ein ehrenamtliches Engagement aus einer früheren Lebensphase fortsetzen. Sie zeigt aber auch auf ob Personengruppen wie beispielsweise gerade ältere Personen häufiger beziehungsweise seltener ein neues Engagement beginnen.

Im vorliegenden Kapitel werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie wandelt sich der Anteil von Personen, die ein ehrenamtliches Engagement ausüben, über die Zeit? Zeigen sich für unterschiedliche Altersgruppen unterschiedliche Trends von 1996 bis 2014?
2. Engagieren sich verschiedene Bevölkerungsgruppen (nach Bildung, Geschlecht, Landesteil, Erwerbsstatus) unterschiedlich häufig und zeichnen sich diesbezüglich Veränderungen über die Zeit ab?
3. Wie unterscheiden sich Personen in seniorenspezifischen Gruppen von Personen mit einem allgemeinen ehrenamtlichen Engagement?
4. Verändern sich die Anteile der ehrenamtlich Engagierten, die innerhalb der letzten sechs Kalenderjahre ein Ehrenamt begonnen haben, über die Zeit und über die Altersgruppen?

5.2 Datengrundlage

Daten. Ehrenamtliches Engagement wurde im mündlichen Interview (CAPI) des Deutschen Alterssurveys (DEAS) in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 erhoben. Da nicht in allen Erhebungsjahren Informationen zu Engagement außerhalb von Organisationen erhoben wurde,

beschränken sich die Analysen in diesem Kapitel auf das organisationsgebundene Engagement. Das heißt, dass sonstige Engagementfelder, wie beispielsweise eine Schöffentätigkeit oder Elternvertretung, nicht betrachtet werden. Da in den letzten Jahrzehnten besonders nicht-organisationsgebundenes Engagement (beispielsweise in Initiativen oder Projekten) häufiger geworden ist (Sachße 2011), verfolgt dieses Kapitel also eher einen konservativen Ansatz bei der Betrachtung der aktuellen Engagementniveaus und der Veränderungen zwischen 1996 und 2014. Die Frage nach dem allgemeinen organisationsgebundenen ehrenamtlichen Engagement wurde an alle DEAS-Befragte gestellt und liegt somit für die Altersspanne 40 bis 85 Jahre vor. Ob Personen ein seniorenspezifisches Engagement ausüben, wurde jedoch erst ab einem Alter von 50 Jahren erfragt.

Engagementausübung. Um das organisationsgebundene Engagement zu erfassen, werden Personen zunächst gefragt, ob sie in einer Gruppe Mitglied sind, „die sich besonders an ältere Menschen im Ruhestand oder im Übergang in den Ruhestand“ richtet (im Folgenden als Seniorengruppe bezeichnet) oder ob sie Mitglied in einer „ganz allgemein(en) Gruppe oder Organisation (sind), in der man Mitglied sein kann“ (im Folgenden als allgemeine Gruppen bezeichnet). Die Befragten können jeweils maximal fünf solcher Gruppen nennen, in denen sie Mitglied sind. Als ehrenamtliches Engagement wird es hier gewertet, wenn die Person weiterhin angibt „eine Funktion oder [...] ein Ehrenamt“ in der Gruppe inne zu haben. Falls Personen sowohl eine Funktion in einer allgemeinen als auch einer Seniorengruppe ausüben, dann werden sie als engagiert in einer Seniorengruppe betrachtet. Um Aussagen über ehrenamtliches Engagement insgesamt treffen zu können, wird betrachtet, ob sich Personen entweder in einer seniorenspezifischen oder in einer allgemeinen Gruppe engagieren.

Engagementbeginn. Personen, die eine Funktion in einer Gruppe oder Organisation ausüben, wurden zudem gefragt, seit wann sie diese Funktion ausüben. Dies ermöglicht die Bildung eines Indikators, der angibt, ob die Person innerhalb der letzten sechs Kalenderjahre ein neues Ehrenamt aufgenommen hat. Dafür wird die Distanz zwischen Interviewjahr und Jahr des Beginns des Ehrenamtes berechnet. Übt eine Person mehrere Ehrenämter aus, zählt das zuletzt aufgenommene Ehrenamt. Im DEAS wird nicht gefragt, ob eine Person ein Engagement beendet hat. Deshalb können keine Ergebnisse hierzu berichtet werden. Jedoch haben Hank & Erlinghagen (2010) gezeigt, dass die Beendigung eines Engagements durch ähnliche Prozesse bestimmt wird wie die Aufnahme eines Engagements.

Gruppierungsvariablen. Um Unterschiede im Bildungsniveau abzubilden, wird auf eine Unterscheidung zwischen Personen mit niedriger, mittlerer und höherer Bildung zurückgegriffen, die auf der ISCED-Skala beruht. Um das ehrenamtliche Engagement zwischen Personen unterschiedlichen Alters möglichst präzise vergleichen zu können, werden Sechs-Jahres-Altersgruppen genutzt (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre). In Kombination mit dem Sechs-Jahres-Abstand zwischen den Befragungszeitpunkten hat dies weiterhin den Vorteil, dass sich die Altersgruppen und die Erhebungszeitpunkte nicht überschneiden. Da die Frage nach Seniorengruppen erst ab einem Alter von 50 Jahren gestellt wird und in der Altersgruppe ‚84 und 85 Jahre‘ nur wenige Personen engagiert sind, werden die Ergebnisse teilweise nur für die 54- bis 83-jährigen Befragten dargestellt (vgl. Kapitel 2).

Erwerbsstatus. Auch der aktuelle Erwerbsstatus wurde im DEAS zu jedem Befragungszeitpunkt erfasst. Für die Analysen wird dieser in drei Gruppen unterteilt: Erwerbstätige (darunter fallen alle Personen, die in Teil- oder Vollzeit erwerbstätig sind, aber auch Personen, die unregelmäßig, geringfügig oder nebenerwerbstätig sind); Personen im Ruhestand, die Altersrente, Pension,

sowie Frührente, -pension beziehen oder sich noch im Vorruhestand oder in der Freistellungsphase der Altersteilzeit befinden; und sonstige Nicht-Erwerbstätige (Arbeitslose sowie alle Personen ohne Erwerbseinkommen und ohne Rente wie Hausfrauen/-männer und aus anderen Gründen nicht Erwerbstätige).

Analysen. Die Abbildungen und Kennzahlen wurden mittels gewichteter Häufigkeiten berechnet. Die Analysen der Gruppenunterschiede beruhen auf Signifikanztests mittels logistischer Regression, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Landesteil (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

5.3 Veränderung des Anteils von Personen, die ein ehrenamtliches Engagement ausüben, zwischen den Jahren 1996 und 2014

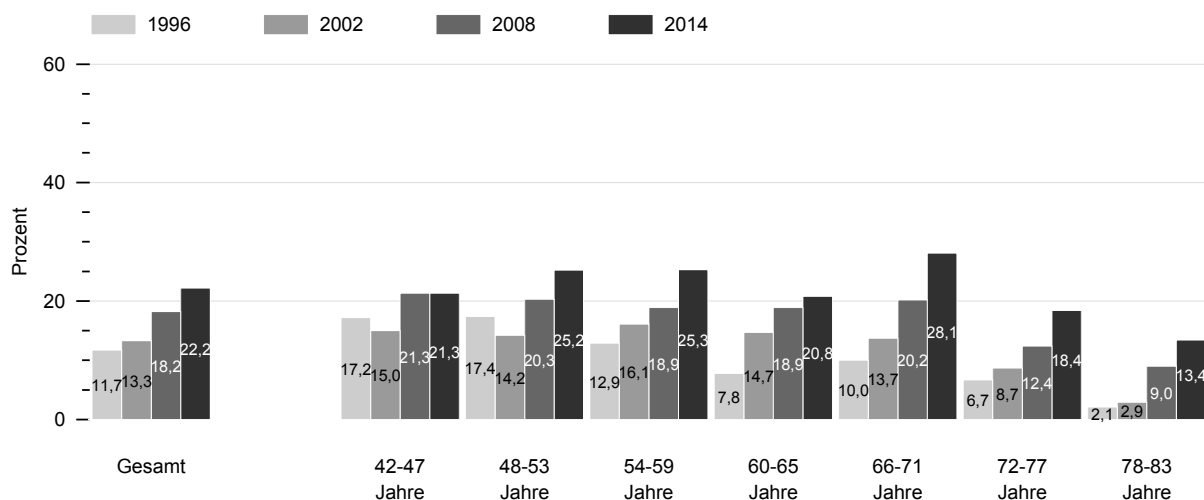
Zunächst wird auf die Veränderung von ehrenamtlichem Engagement über die Zeit eingegangen. Dabei werden neben dem allgemeinen Trend auch unterschiedliche Veränderungen nach Altersgruppen betrachtet.

Der Anteil von Personen, die in der zweiten Lebenshälfte ein ehrenamtliches Engagement ausüben, hat sich zwischen 1996 und 2014 verdoppelt.

Ehrenamtliches Engagement hat zwischen 1996 und 2014, wie erwartet, an Bedeutung gewonnen. Im Jahr 1996 haben 11,7 Prozent der 40- bis 85-Jährigen ein ehrenamtliches Engagement ausgeübt. Dieser Anteil unterschied sich nicht zu dem des Jahres 2002. Im Jahr 2008 lag er jedoch mit 18,2 Prozent deutlich höher. Der Anteil der Engagierten an den Personen dieser Altersgruppe erhöhte sich vom Jahr 2008 zum Jahr 2014 noch einmal auf 22,2 Prozent (Abbildung 5-1).

Im Folgenden wird betrachtet, ob diese Zunahme über die Zeit für alle Altersgruppen in gleichem Maße erfolgt ist (Abbildung 5-1). Für alle Altersgruppen zeigt sich zwischen 1996 und 2014 eine Zunahme des Anteils von Engagierten. Der Anstieg ist jedoch für die höheren Altersgruppen besonders stark ausgeprägt: auch wenn bereits bei den 42- bis 47-Jährigen das ehrenamtliche Engagement zugenommen hat, steigt gerade in den Altersgruppen der 66- bis 71-Jährigen, der 72- bis 77-Jährigen und der 78- bis 83-Jährigen der Anteil der Engagierten über die Befragungszeitpunkte deutlich an. Das bedeutet, dass im Vergleich zum Jahr 1996 ein ehrenamtliches Engagement im Jahr 2014 vermehrt auch in höheren Altersgruppen ausgeübt wird. Dies lässt sich auch an den Veränderungen des Anteils der Engagierten über die Altersgruppen – getrennt nach Erhebungsjahren – ablesen. Im Jahr 1996 zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden jüngsten Altersgruppen der 42- bis 47-Jährigen und der 48- bis 53-Jährigen, jedoch wiesen die älteren Altersgruppen deutlich geringere Anteile an ehrenamtlich Engagierten auf. Im Jahr 2014 unterscheiden sich die Altersgruppen zwischen den 42- bis 65-Jährigen nicht. Die 66- bis 71-Jährigen üben sogar häufiger als die jüngeren Altersgruppen ein Engagement aus, die 72- bis 77-Jährigen weisen wieder das Niveau der 42- bis 65-Jährigen auf. Erst in der ältesten Altersgruppe der 78- bis 83-Jährigen ist der Anteil der Engagierten deutlich geringer. Damit zeigt sich, dass im Jahr 2014 ein ehrenamtliches Engagement bis ins Alter von 70 Jahren etwa gleich häufig ausgeübt wird. Die relativ stabilen Anteile von Personen mit ehrenamtlichem Engagement von den mittleren zu den höheren Altersgruppen sind somit ein relativ junges Phänomen.

Abbildung 5-1: Anteile der ehrenamtlich Engagierten, gesamt und nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008, 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.808), 2002 (n = 3.039), 2008 (n = 6.194), 2014 (n = 5.993) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Nur zwischen 1996 und 2002 kein signifikanter Unterschied über alle Altersgruppen insgesamt. Signifikante Unterschiede zwischen folgenden Altersgruppen: 42 bis 47 Jahre bzw. 60 bis 65 Jahre zu 66 bis 71 Jahre und 48 bis 59 Jahre zu 72 bis 83 Jahre sowie 42 bis 77 Jahre zu 78 bis 83 Jahre. Signifikante Interaktion zwischen Erhebungsjahr und Alter.

5.4 Wandel vom Anteil von ehrenamtlichem Engagement nach Bevölkerungsgruppen zwischen 1996 und 2014

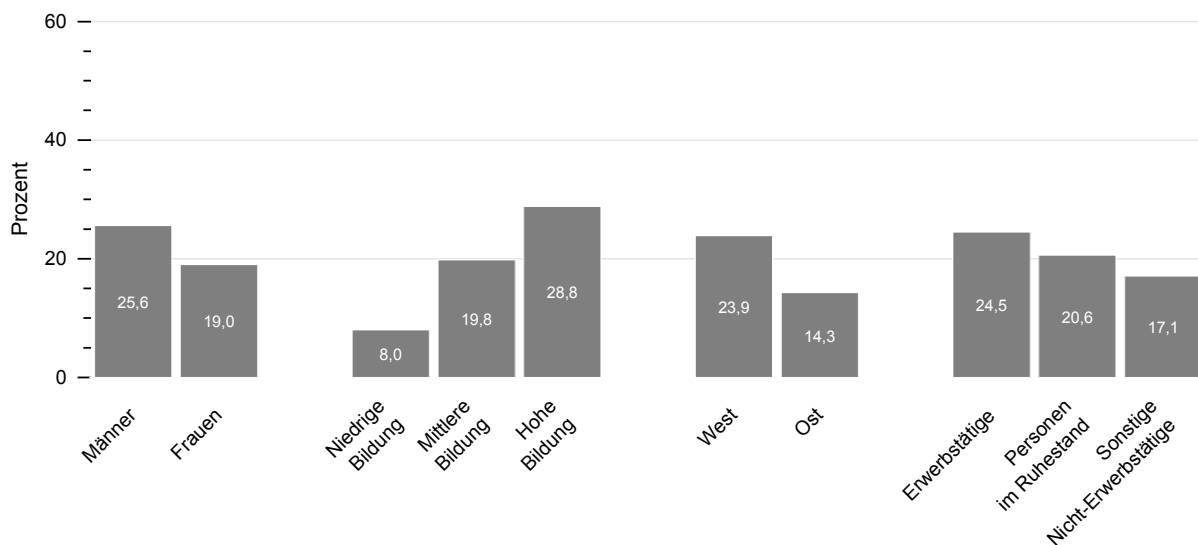
Im Folgenden wird betrachtet, ob sich die Anteile der Personen, die sich ehrenamtlich engagieren, nach Bevölkerungsgruppen unterscheiden. Dabei werden vor allem Unterschiede nach Geschlecht, Bildungsgruppen, Landesteil und Erwerbsstatus betrachtet.

Im Jahr 2014 zeigen sich deutliche Unterschiede im ehrenamtlichen Engagement nach Geschlecht, Bildung, Landesteil und Erwerbsstatus.

Für das Jahr 2014 zeigen sich deutliche Unterschiede nach Geschlecht (Abbildung 5-2). So engagieren sich 25,6 Prozent der Männer und nur 19,0 Prozent der Frauen in einem organisationsgebundenen Ehrenamt. Von den Personen mit niedrigerem Bildungsniveau üben 8,0 Prozent ein ehrenamtliches Engagement aus, während von den Personen mit hohem Bildungsniveau 28,8 Prozent ein Ehrenamt ausüben. Damit ist der Anteil der Engagierten mit hoher Bildung um ein 3,6-faches höher als der Anteil von Personen mit niedrigerer Bildung. Schließlich bestehen Unterschiede nach Landesteil: 23,9 Prozent der Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren, die in Westdeutschland leben, üben ein ehrenamtliches Engagement aus. In Ostdeutschland sind es 14,3 Prozent.

Weiterhin sind im Jahr 2014 24,5 Prozent der Erwerbstätigen, aber nur 17,2 Prozent der Nicht-Erwerbstätigen im Alter von 40 bis 85 Jahren, ehrenamtlich engagiert (Abbildung 5-2). Die Erwerbstätigen liegen auf gleichem Niveau wie Personen im Ruhestand, sodass auch die Personen im Ruhestand häufiger ehrenamtlich engagiert sind als die nicht-erwerbstätigen Personen. An den gezeigten Niveauunterschieden im Anteil an ehrenamtlich Engagierten zeigt sich, dass Personen mit mehr Ressourcen und besseren Gelegenheitsstrukturen häufiger einem ehrenamtlichen Engagement nachgehen.

Abbildung 5-2: Anteile der ehrenamtlich Engagierten, nach Geschlecht, Bildung, Landesteil und Erwerbsstatus, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 5.993) gewichtet, gerundete Angaben. ($p < .05$).
Signifikante Unterschiede nach Geschlecht, Bildung und Landesteil. Erwerbstätige und Personen unterscheiden sich nicht bedeutsam, jedoch weisen die Sonstigen Nicht-Erwerbstätigen einen geringeren Anteil auf.

Die Unterschiede im ehrenamtlichen Engagement zwischen Männern und Frauen haben zwischen den Jahren 1996 und 2014 abgenommen, jedoch sind die Unterschiede nach Bildungshintergrund und Landesteil gleichgeblieben.

Um zu analysieren, ob sie sich die Teilhabe am ehrenamtlichen Engagement zwischen 1996 und 2014 für einige Gruppen besonders stark verändert hat, können Veränderungen über die Zeit auch getrennt für verschiedene Bevölkerungsgruppen betrachtet werden. Es zeigt sich, dass sowohl Männer als auch Frauen im Jahr 2014 deutlich häufiger ein ehrenamtliches Engagement als noch im Jahr 1996 ausüben. Gleichzeitig verringern sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen, denn betrug der Abstand im Jahr 1996 noch 9,1 Prozentpunkte lag der Unterschied im Jahr 2014 nur noch bei 6,6 Prozentpunkten. Diese Abnahme lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass der Anteil der engagierten Frauen (1996: 7,6 Prozent; 2014: 19,0 Prozent) von einem niedrigeren Niveau aus stärker gewachsen ist als der der Männer (1996: 16,6 Prozent; 2014: 25,6 Prozent).

Zwischen Bildungsgruppen und Landesteilen haben sich die Unterschiede im ehrenamtlichen Engagement zwischen 1996 und 2014 nicht verändert (ohne Abbildung). Alle Gruppen zeigen eine ähnlich starke Zunahme.

Der Anteil der Engagierten wächst zwischen 1996 und 2014 ebenfalls über alle Erwerbsstatusgruppen. Während jedoch der Anteil der Engagierten unter den Nicht-Erwerbstätigen nur von 10,5 Prozent im Jahr 1996 auf 17,1 Prozent im Jahr 2014 gestiegen ist, verbuchen Erwerbstätige (1996: 15,8 Prozent; 2014: 24,5 Prozent) und insbesondere Personen im Ruhestand (1996: 7,7 Prozent; 2014: 20,5 Prozent) stärkere Zuwächse (ohne Abbildung). Damit sinkt der Unterschied im Anteil der Engagierten zwischen den Erwerbstätigen und den Personen im Ruhestand deutlich von 8,0 Prozentpunkten im Jahr 1996 auf 4,0 Prozentpunkte im Jahr 2014, wobei der Unterschied zwischen den Erwerbstätigen und den sonstigen Nicht-Erwerbstätigen im gleichen Zeitraum von 5,3 auf 7,4 Prozentpunkte zunimmt.

5.5 Unterschiede von seniorenpezifischem Engagement zu ehrenamtlichem Engagement insgesamt im Jahr 2014

Im Folgenden soll nun betrachtet werden, ob sich diejenigen, die sich in einer seniorenpezifischen Gruppe engagieren von den bis hierher berichteten Engagierten insgesamt unterscheiden. Da Personen nur dann gefragt wurden, ob sie sich in einer Gruppe engagieren, die sich speziell an Seniorinnen und Senioren richtet, wenn sie älter als 50 Jahre waren, beziehen sich die kommenden Ergebnisse auf diese Altersgruppe. Die Engagementquote insgesamt beträgt im Jahr 2014 auch in der Altersgruppe der 50 bis 85-Jährigen 22,2 Prozent.

In einer Seniorengruppe engagieren sich im Jahr 2014 5,6 Prozent der Personen im Alter von 50 bis 85 Jahren. Die Übernahme einer Funktion in einer Seniorengruppe ist ungleich über die Altersgruppen verteilt (Abbildung 5-3). In den Altersgruppen der 54- bis 59- und 60- bis 65-Jährigen sind ehrenamtliche Engagements in Seniorengruppen gleichhäufig. Davon unterscheiden sich die Altersgruppen ab 66 Jahre. In diesen gehen Personen häufiger einem seniorenpezifischen Engagement nach.

Im Jahr 2014 ist jede vierte ehrenamtlich engagierte Person im Alter von 50 bis 85 Jahren in einer Seniorengruppe aktiv.

Von den Engagierten insgesamt in dieser Altersgruppe übt mit 25,4 Prozent circa jede vierte Person ein seniorenpezifisches Engagement aus (nicht abgebildet). Es zeigt sich, dass der Anteil der Engagierten in Seniorengruppen an allen Engagierten mit höherem Alter höher ist. Bei den Personen zwischen 54 und 59 Jahren sind 15,8 Prozent der Engagierten in einer Seniorengruppe aktiv, wohingegen dies in der Altersgruppe der 78- bis 83-Jährigen sogar 51,4 Prozent der Engagierten sind.

Weiterhin zeigt sich, dass sich im Jahr 2014 Männer und Frauen gleichhäufig in seniorenpezifischen Gruppe engagieren (Abbildung 5-3). Dies steht im Gegensatz zum Engagement insgesamt, bei dem sich Männer zu einem höheren Anteil engagieren als Frauen. Unterschiede im seniorenpezifischen Engagement zeigen sich jedoch nach Bildungsniveau und Landesteil. Ebenso wie beim Engagement insgesamt sind Personen mit hohem Bildungsniveau zu einem größeren Anteil in Seniorengruppen engagiert als Personen mit mittlerem oder niedrigerem Bildungsniveau. Ebenfalls üben mehr Personen in Westdeutschland ein seniorenpezifisches Engagement aus als in Ostdeutschland. Diese Unterschiede bestehen über alle Altersgruppen. Somit folgt seniorenpezifisches Engagement in Bezug auf Bildungsniveau und Landesteil den gleichen Verteilungsmustern wie das ehrenamtliche Engagement insgesamt, jedoch trägt es zwischen Männern und Frauen zu einer Reduktion der Unterschiede im Engagement insgesamt bei.

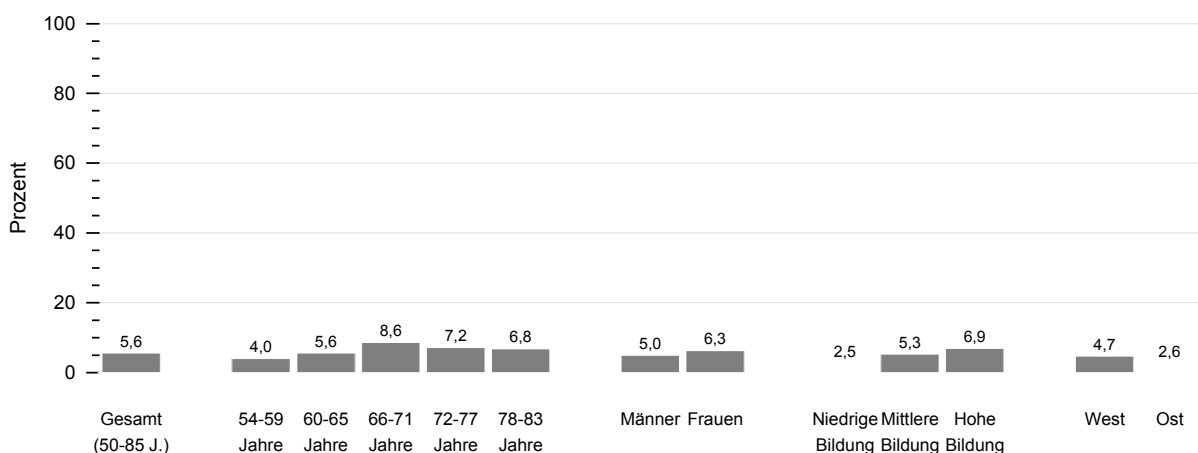
Der Unterschied im seniorenpezifischen Engagement zwischen den Altersgruppen spiegelt sich auch im Erwerbsstatus wider: Personen im Ruhestand engagieren sich im Jahr 2014 mit einem Anteil von 7,9 Prozent deutlich häufiger in Seniorengruppen als Erwerbstätige (2,9 Prozent) und sonstige Nicht-Erwerbstätige (4,5 Prozent). Letztere unterscheiden sich statistisch nicht voneinander (nicht abgebildet).

Engagement in Seniorengruppen ist zwischen den Jahren 1996 und 2014 – analog zum Gesamttrend – häufiger geworden.

Der Anteil der Engagierten in Seniorengruppen ist von 2,1 Prozent im Jahr 1996 auf 5,6 Prozent im Jahr 2014 häufiger geworden. Dieser Trend verläuft proportional zum allgemeinen

Engagement. Somit werden Seniorengruppen zwar über die Erhebungsjahre immer häufiger ausgeübt, jedoch sind sie innerhalb des ehrenamtlichen Engagements insgesamt zwischen 1996 und 2014 nicht bedeutsamer geworden. Dies zeigt sich auch für die Altersgruppen nach dem Ruhestandsübergang, in denen der Anstieg von seniorenspezifischem Engagement sowie im Engagement insgesamt besonders stark war. Ebenfalls zeigen sich nach Geschlecht, Bildung, Landesteil und Erwerbsstatus keine Verschiebungen im Anteil des seniorenspezifischen Engagements am ehrenamtlichen Engagement insgesamt. Auch wenn sich alle Bevölkerungsgruppen häufiger in einer seniorenspezifischen Gruppe engagieren, hat sich der Anteil der Seniorengruppen am Engagement insgesamt zwischen 1996 und 2014 nicht verändert.

Abbildung 5-3: Anteile der ehrenamtlich Engagierten in Seniorengruppen, nach Alter, Geschlecht, Bildung und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 5.993) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Signifikante Unterschiede nur zwischen den Altersgruppen 54 bis 59 Jahre bzw. 60 bis 65 Jahre zu 66 bis 71 Jahren und 54 bis 59 Jahre zu 72 bis 77 Jahre bzw. 78-83 Jahren. Kein Geschlechtsunterschied. Signifikante Unterschiede nach Bildung und Landesteil.

5.6 Veränderung von Neuaufnahmen von ehrenamtlichem Engagement zwischen den Jahren 1996 und 2014

Im Folgenden wird betrachtet, wie sich die Neuaufnahme des organisationsgebundenen ehrenamtlichen Engagements über die Zeit verändert hat. Dafür wird betrachtet, wer in den letzten sechs Kalenderjahren ein ehrenamtliches Engagement begonnen hat, welches zum Befragungszeitpunkt noch ausgeübt wird. Die Befunde werden in einem zweiten Schritt ins Verhältnis zum insgesamt ausgeübten Engagement gesetzt, sodass auch Aussagen über den Anteil des neu-ausgeübten am gesamten ehrenamtlichen Engagement und damit über die Stabilität des Engagements möglich werden.

Ein Drittel der im Jahr 2014 ehrenamtlich Engagierten hat in den letzten sechs Jahren ein neues Engagement aufgenommen und zwei Drittel üben ihr Engagement schon länger als sechs Jahre aus.

Für das Jahr 2014 zeigt sich, dass 7,1 Prozent der Personen in der zweiten Lebenshälfte seit 2009 (mindestens) ein ehrenamtliches Engagement aufgenommen haben, welches sie noch immer ausüben. Das heißt, dass von den 22,2 Prozent der im Jahr 2014 ehrenamtlich

engagierten Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren ein Drittel seit 2009 ein (zusätzliches) Engagement begonnen hat. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass mindestens zwei Drittel der im Jahr 2014 Engagierten ihr Engagement bereits länger als sechs Jahre ausüben. Der Anteil von Personen mit einem neuen Engagement am Engagement insgesamt könnte sogar noch geringer sein, da hier nur das zuletzt begonnene Engagement betrachtet wird. Personen mit einem neu begonnenen Engagement können jedoch bereits ein anderes Engagement ausüben. Im Jahr 2014 traf dies auf circa ein Drittel der seit dem Jahr 2009 Neuengagierten zu.

Der Anteil der Männer, die seit dem Jahr 2009 ein Ehrenamt aufgenommen haben, das sie 2014 noch ausüben, ist ebenso hoch wie der Anteil von Frauen (Abbildung 5-4). Von den niedriger Gebildeten üben im Jahr 2014 nur 1,5 Prozent ein Engagement aus, welches sie seit 2009 begonnen haben. Für Personen mit mittlerem Bildungsniveau liegt der Anteil deutlich höher bei 5,5 Prozent und bei Hochgebildeten sogar bei 10,4 Prozent. Auch zwischen den Landesteilen zeigt sich ein bedeutsamer Unterschied: Von den Personen in Westdeutschland in der zweiten Lebenshälfte üben noch 7,7 Prozent eines der organisationsgebundenen ehrenamtlichen Engagements aus, die sie in den letzten sechs Kalenderjahren begonnen haben, wohingegen dieser Anteil unter den Personen aus Ostdeutschland nur 4,1 Prozent beträgt. Der Anteil der Neuengagierten an den Engagierten, das heißt ob Personengruppen anteilig häufiger einem neuen Engagement aus den letzten sechs Jahren nachgehen als andere Personen, unterscheidet sich – analog zum Gesamttrend – nicht nach Geschlecht, Bildung und Landesteil.

Personen höheren Alters nehmen zu geringeren Anteilen ein Engagement auf als jüngere Personen, scheinen dies jedoch dafür länger auszuüben.

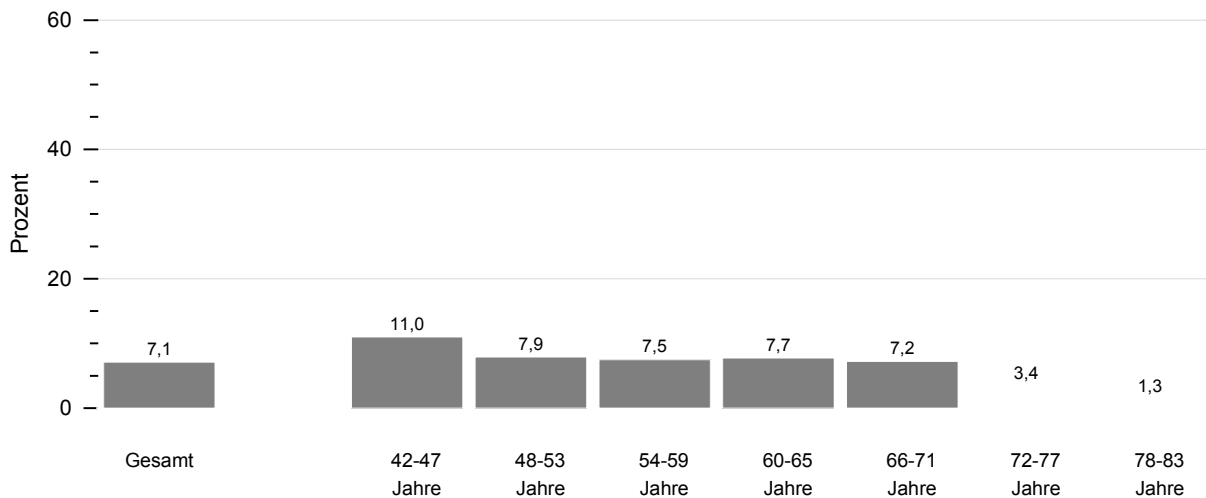
Im Jahr 2014 liegt der Anteil der 42- bis 70-Jährigen, die in den letzten sechs Kalenderjahren ein organisationsgebundenes Engagement begonnen haben bei über 7 Prozent. Für die 72- bis 77-Jährigen liegen die Neuaufnahmen bei 3,4 Prozent und für die 78- bis 83-Jährigen bei 1,3 Prozent. Da die neu aufgenommenen Engagements mit höherem Alter geringer sind als die ehrenamtlichen Engagements insgesamt, ist der Anteil der Neuengagierten an allen Engagierten im höheren Alter geringer als im mittleren Alter: Unter den 42- bis 47-Jährigen, die im Jahr 2014 mindestens ein ehrenamtliches Engagement ausüben, haben 51,5 Prozent mindestens ein Engagement erst in den letzten sechs Jahren begonnen (ohne Abbildung). Bei den 72- bis 77-Jährigen (und 78- bis 83-Jährigen) beträgt dieser Anteil nur noch 18,6 Prozent (und 9,4 Prozent). Das bedeutet, dass ältere Personen stabiler einem einmal bestehenden Engagement nachgehen als jüngere Personen.

Zwischen 1996 und 2014 hat sich der Anteil der Neuengagierten an allen Engagierten nicht bedeutsam verändert.

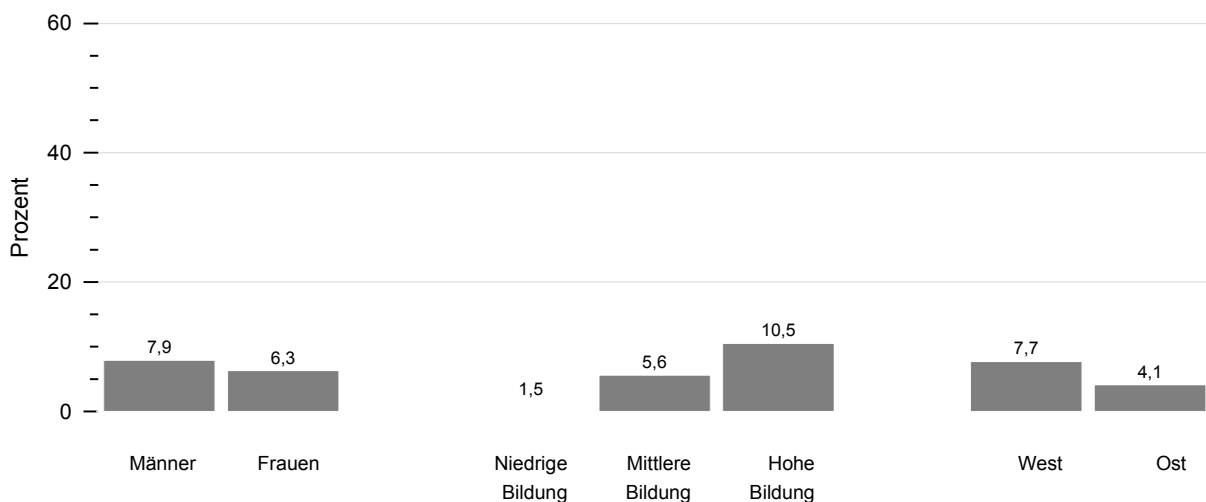
Der Anteil der Neuengagierten an allen Personen in der zweiten Lebenshälfte kann auch über die Zeit betrachtet werden. Im Vergleich zu 2014, in dem 7,1 Prozent der Personen in den letzten sechs Kalenderjahren ein neues Engagement aufgenommen, haben im Jahr 1996 nur 3,6 Prozent der Personen ein Engagement ausgeübt, welches sie frühestens 1991 begonnen hatten. Für eine Veränderung der Stabilität des gesellschaftlichen Engagements zwischen 1996 und 2014 gibt es jedoch keinen Hinweis, da über den Zeitraum der Anteil der Neuengagierten an den Gesamtengagierten bei circa 31 Prozent konstant geblieben ist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass mit dem Anstieg des ehrenamtlichen Engagements zwischen 1996 und 2014 es nicht primär zu einer Ausdehnung des eher kurzfristigen oder des eher langfristigen Engagements gekommen ist, sondern das Verhältnis (auch über unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen) relativ stabil geblieben ist.

Abbildung 5-4: Anteile der Personen, die in den letzten sechs Kalenderjahren ein Engagement aufgenommen haben, gesamt, nach Alter, Geschlecht, Bildung und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)

a) Gesamt und nach Alter



b) Nach Geschlecht, Bildung und Landesteil



Quelle: DEAS 2014 (n = 5.993) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Altersunterschiede für alle Gruppen außer zwischen den Gruppen der 48- bis 71-Jährigen. b) Kein Geschlechtsunterschied. Signifikante Unterschiede nach Bildung und Landesteil.

5.7 Diskussion und Implikationen

Zwischen den Jahren 1996 und 2014 haben die Anteile derer, die in der zweiten Lebenshälfte ein ehrenamtliches Engagement ausüben, deutlich zugenommen. Da in diesem Kapitel das organisationsgebundene Engagement betrachtet wurde und gerade nicht-organisationsgebundenes Engagement in den letzten Jahren stark gestiegen ist (vgl. Sachße 2011), können die beschriebenen Trends sogar als konservativ betrachtet werden.

Der Anstieg der Engagementquote zwischen den Jahren 1996 und 2014 kann durch drei Trends charakterisiert werden. Erstens konnte eine allgemeine Erhöhung des Anteils der Engagierten an der Bevölkerung im Alter von 40 bis 85 Jahre gezeigt werden, der über alle betrachteten Alters- und Bildungsgruppen sowohl für West- und Ostdeutschland als auch für Männer und Frauen

zutritt. Zweitens steigt speziell der Anteil der Engagierten in höheren Altersgruppen. Davon profitieren besonders Personen im Ruhestand und das seniorenpezifische Engagement. Und drittens ist zwischen 1996 und 2014 der Anteil von älteren Erwerbstätigen gestiegen (vgl. Kapitel 3), die überproportional häufig zusätzlich ein ehrenamtliches Engagement ausüben. Dafür, dass sich die Stabilität von ehrenamtlichen Engagement geändert hat, konnten keine Hinweise gefunden werden.

Diese drei Trends lassen sich unterschiedlichen Zugangsstrukturen zu ehrenamtlichem Engagement zuordnen. Der allgemeine Anstieg in Form eines ‚Fahrstuhl-Effektes‘ lässt sich auf gesamtgesellschaftliche Veränderungen zurückführen, da alle Subgruppen der Bevölkerung in einem ähnlichen Maße davon betroffen sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies durch eine Normenverschiebung zu einer breiteren Akzeptanz von ehrenamtlichem Engagement zustande gekommen ist, die auch ein Resultat gezielter ‚aktivierungspolitischer‘ Anstrengungen in den letzten Jahrzehnten sein kann. Der Anstieg ehrenamtlichen Engagements gerade im höheren Lebensalter wird vermutlich besonders durch einen Gewinn an Gesundheitsressourcen über die letzten Jahre vorangetrieben. In Kapitel 8 wird gezeigt, dass Personen im höheren Lebensalter im Jahr 2014 seltener als 1996 gesundheitliche Einschränkungen aufweisen. Das verlängerte Aufrechterhalten von wichtigen Ressourcen für ein ehrenamtliches Engagement könnte bewirkt haben, dass im Jahr 2014 der Anteil des ausgeübten, aber auch des neu aufgenommenen Engagements erst in den Altersgruppen 70 Jahre und älter sinkt. Davon profitieren besonders auch Seniorengruppen, deren Bedeutung im selben Zeitraum absolut (jedoch nicht überproportional) gewachsen ist. Ebenfalls wirken aktuelle Trends des Arbeitsmarktes positiv auf die Ausübung von ehrenamtlichem Engagement. Erwerbstätige haben bereits 1996 überproportional häufig ein ehrenamtliches Engagement ausgeübt. Der Anteil der Engagierten ist unter den Erwerbstätigen jedoch noch einmal deutlich gestiegen. Dies wirkt sich zweifach auf die allgemeine Engagementquote aus, da nicht nur der Anteil der Engagierten in dieser Gruppe steigt, sondern auch mehr ältere Personen sich noch in Erwerbstätigkeit befinden (vgl. Kapitel 3).

Besonders interessant sind die Parallelen in der Entwicklung der Erwerbsbeteiligung, wie in Kapitel 3 dargestellt, und der Entwicklung des ehrenamtlichen Engagements zwischen den Jahren 1996 und 2014. Männer sind nicht nur häufiger ehrenamtlich engagiert, sondern gehen auch häufiger einer Erwerbstätigkeit nach als Frauen. Diese Geschlechtsunterschiede haben sowohl für Engagement als auch für Erwerbstätigkeit seit dem Jahr 1996 abgenommen. Die Unterschiede nach Bildungsniveau- und Landesteil, die bereits 1996 sowohl in der Erwerbs- als auch in der Engagementbeteiligung bestanden, haben sich jedoch bis ins Jahr 2014 nicht verändert. Die Parallelen im Wandel über die Zeit lassen sich durch zwei Argumentationslinien erklären: Einerseits bildet die Erwerbstätigkeit eine Gelegenheitsstruktur für ehrenamtliches Engagement. Daraus könnte folgen, dass ein Anstieg von Erwerbstätigen auch eine steigende Engagementquote nach sich zieht. Andererseits können beide Teilhabeformen aber auch die gleichen Voraussetzungen haben, sodass eine Suche nach gemeinsamen Mechanismen der Partizipation, wie zum Beispiel Gesundheit, Ressourcen, Fähigkeiten und Interessen, sowohl die Einbindung in das eine als auch in das andere vorhersagen könnten.

Da ehrenamtliches Engagement in der richtigen Häufigkeit positive Auswirkungen auf die Lebensqualität haben kann (vgl. Windsor, Anstey et al. 2008), wirkt sich eine systematische Nichtteilhabe von Gruppen, die bereits sozial benachteiligt sind, vermutlich weiter verstärkend auf bestehende soziale Unterschiede aus. So werden beispielsweise Personen, die nicht erwerbstätig sind, sowohl mit den nachteiligen Folgen der Erwerbs- als auch der

Engagementlosigkeit konfrontiert. Strukturelle Unterschiede (zum Beispiel in der Infrastruktur oder im Arbeitsmarkt) zwischen den Landesteilen, die ebenfalls die Gelegenheitsstrukturen für ehrenamtliches Engagement bilden, können die bestehenden Unterschiede zwischen Personen in Ost- und Westdeutschland weiter vergrößern. Ähnliche Unterschiede im ehrenamtlichen Engagement zeigen sich auch zwischen Männern und Frauen, jedoch reduzieren sie sich zwischen den Jahren 1996 und 2014.

Bestehende Unterschiede nach Gruppen sollten weiter abgebaut werden, da daraus systematische Nachteile in den Lebenschancen entstehen können. Auch aus einer gesellschaftlichen Perspektive sind ungenutzte Potenziale nachteilig. Eine Angleichung der Lebensbedingungen und damit der Gelegenheitsstrukturen zwischen den beiden deutschen Landesteilen genauso wie ein Abbau von Bildungs- und Geschlechtsunterschieden könnten daher primäre Ziele kommender Engagementpolitik sein. Die Förderung von seniorenspezifischem Engagement kann dabei nur ein Aspekt sein, da dieses zwar leicht die Engagementunterschiede zwischen den Geschlechtern reduziert, ansonsten jedoch durch die gleichen Merkmale wie Engagement insgesamt vorhergesagt wird. Das bedeutet, dass eine Förderung von seniorenspezifischem Engagement Unterschiede zwischen den Landesteilen und zwischen Bildungsgruppen nicht verringern würde.

Ein Abbau von Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt könnte sich in doppelter Weise positiv auswirken, da die Gelegenheitsstrukturen, die die Erwerbsarbeit bietet, sich auch positiv auf ehrenamtliches Engagement auszuwirken scheinen. Da die Gruppenunterschiede im ehrenamtlichen Engagement bereits zu Beginn der zweiten Lebenshälfte bestehen und über diese konstant bleiben, sollte an einem früheren Zeitpunkt im Lebenslauf angesetzt werden (Warner, Wolff et al. 2014). Wird das Entstehen von sozialen Unterschieden bereits zu einem biografisch früheren Zeitpunkt reduziert, könnte von den positiven Auswirkungen des Engagements ein größerer Teil der Bevölkerung langfristig profitieren.

Literatur

- Alscher, M., Dathe, D., Eckhard, P., & Speth, R. (2009). *Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland*. Berlin.
- Erlinghagen, M. (2010). Volunteering after retirement: Evidence from German panel data. *European Societies*, 12(5), 603-625.
- Europäische Union (2012). Europäisches Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen Retrieved from <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1002&langId=de>
- Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B., & Baum, M. C. (2000). Relationship of Activity and Social Support to the Functional Health of Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(4), S208-S212. doi: 10.1093/geronb/55.4.S208.
- Fünfter Altenbericht (2006). Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*.
- Gesthuizen, M., & Scheepers, P. (2012). Educational differences in volunteering in cross-national perspective: Individual and contextual explanations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(1), 58-81.
- Hagen, C., & Vogel, C. (2012). Freiwilliges und generationenübergreifendes Engagement von Frauen und Männern - Analysepotenziale und Weiterentwicklung des Deutschen Freiwilligensurveys. *Informationsdienst Altersfragen*, 39(3), 3-9.
- Hank, K., & Erlinghagen, M. (2010). Dynamics of Volunteering in Older Europeans. *The Gerontologist*, 50(2), 170-178. doi: 10.1093/geront/gnp122.

- Hank, K., & Stuck, S. (2008). Volunteer Work, Informal Help, and Care among the 50+ in Europe: Further Evidence for 'Linked' Productive Activities at Older Ages. *Social Science Research, 37*, 1280-1291.
- Hartnuß, B., Olk, T., & Klein, A. (2011). Engagementpolitik. In: T. Olk & B. Hartnuß (Hrsg.) *Handbuch Bürgerschaftliches Engagement* (S. 761-776). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lancee, B., & Radl, J. (2014). Volunteering over the life course. *Social Forces, 93*(2), 833-862.
- Laubach, W., Schumacher, J., Mundt, A., & Brähler, E. (2000). Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine, 45*(1), 2-12. doi: 10.1007/bf01358994.
- Mutchler, J. E., Burr, J. A., & Caro, F. G. (2003). From paid worker to volunteer: Leaving the paid workforce and volunteering in later life. *Social Forces, 81*(4), 1267-1293.
- Naumann, D., & Romeu Gordo, L. (2010). Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 118-141). Stuttgart: Kohlhammer.
- Quaranta, M. (2015). Life Course, Gender, and Participation in Voluntary Organizations in Italy. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, online first*.
- Ross, C. E., & Wu, C.-I. (1995). The Links Between Education and Health. *American Sociological Review, 60*(5), 719-745. doi: 10.2307/2096319.
- Sachße, C. (2011). Traditionslinien bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. In: T. Olk & B. Hartnuß (Hrsg.) *Handbuch Bürgerschaftliches Engagement*. Weinheim: Juventa.
- Scherger, S., Nazroo, J., & Higgs, P. (2011). Leisure activities and retirement: do structures of inequality change in old age? *Ageing & Society, 31*, 146-172. doi: 10.1017/S0144686X10000577
- Simonson, J., Hagen, C., Vogel, C., & Motel-Klingebiel, A. (2013). Ungleichheit sozialer Teilhabe im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46*(5), 410-416.
- van Dyk, S. (2009). Das Alter: adressiert, aktiviert, diskriminiert. *Berliner Journal für Soziologie, 19*(4), 601-625. doi: 10.1007/s11609-009-0114-z.
- van Willigen, M. (2000). Differential Benefits of Volunteering Across the Life Course. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55*(5), S308-S318. doi: 10.1093/geronb/55.5.S308.
- von Rosenblatt, B. (2000). *Volunteering in Germany: Results of the 1999 representative survey on volunteering and civic engagement.*: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Robert Bosch Stiftung.
- Warner, L. M., Wolff, J. K., Ziegelmann, J. P., & Wurm, S. (2014). A randomized controlled trial to promote volunteering in older adults. *Psychology and aging, 29*(4), 757.
- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology, 26*, 215-240.
- Wilson, J., & Musick, M. (1997). Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. *American Sociological Review, 62*(5), 694-713.
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., & Rodgers, B. (2008). Volunteering and Psychological Well-Being Among Young-Old Adults: How Much Is Too Much? *The Gerontologist, 48*, 59-70.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Genf: World Health Organization.
- Zimmer, A., & Rauschenbach, T. (2011). Bürgerschaftliches Engagement unter Druck? Eine Einleitung. In: A. Zimmer & T. Rauschenbach (Hrsg.) *Bürgerschaftliches Engagement unter Druck? Analysen und Befunde aus den Bereichen Soziales, Kultur und Sport* (S. 11-28). Opladen: Budrich.

6 Einkommen und Armut in Deutschland: Objektive Einkommenssituation und deren subjektive Bewertung

Constanze Lejeune, Laura Romeu Gordo & Julia Simonson

Kernaussagen

Das durchschnittliche Einkommen ist zwischen 1996 und 2014 stetig gestiegen, es bestehen aber weiterhin deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland:

Das reale Einkommen ist unter Berücksichtigung der Preisentwicklung allerdings relativ stabil geblieben. Die Einkommensentwicklung ist seit 1996 für Ost- und Westdeutschland ähnlich. Allerdings liegt das Einkommen in Ostdeutschland in allen Befragungsjahren unter dem Niveau Westdeutschlands.

Das durchschnittliche Einkommen ist zwischen 1996 und 2014 am stärksten für die 60- bis 65-Jährigen gestiegen: Das durchschnittliche Einkommen steigt für alle Altersgruppen. Allerdings ist der Anstieg für die 60- bis 65-Jährigen am deutlichsten. So, steigt das durchschnittliche Einkommen für diese Altersgruppe um 77 Prozent und für die anderen Altersgruppen um deutlich weniger als 60 Prozent. Ursache ist vermutlich der Anstieg der Erwerbsbeteiligung in dieser Altersgruppe im gleichen Zeitraum.

Die Bildungsungleichheit bei den Einkommen nimmt zwischen 1996 und 2014 zu: Da die Einkommen der Hochgebildeten stärker gestiegen sind als die der Niedriggebildeten, kommt es zu einer Zunahme der Bildungsungleichheit. Auch die Armutsquote unterscheidet sich zwischen den Bildungsgruppen: Ein Drittel der Personen zwischen 40 und 85 Jahren mit niedrigem Bildungsniveau ist im Jahr 2014 armutsgefährdet. Diese Quote ist seit 1996 stark gestiegen (von 22,2 Prozent auf 34,8 Prozent), während sie für die Hochgebildeten stabil geblieben ist.

Ältere Menschen sind im Vergleich zu anderen Altersgruppen nicht überdurchschnittlich von Armut gefährdet: In Ostdeutschland sind die Armutsquoten der Personen zwischen 70 und 85 (mit 13 Prozent) sogar signifikant niedriger als die Armutsquoten der jüngeren Altersgruppen.

Die Einschätzung der eigenen finanziellen Situation unterscheidet sich zwischen den Bildungsgruppen: Menschen mit niedriger Bildung empfinden sich häufiger auch dann nicht als arm, wenn sie unter die objektive Armutsgrenze fallen. Hochgebildete hingegen empfinden ihr Einkommen häufiger auch dann nicht als ausreichend, wenn es über der objektiven Armutsgrenze liegt.

6.1 Einleitung

Die materielle Lage ist von entscheidender Bedeutung für die Lebenssituation im Alter. Ein ausreichendes Einkommen ist eine grundlegende Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und Integration aller – und damit auch älterer – Menschen. Aus wirtschaftlicher und sozialpolitischer Sicht ist es von hoher Bedeutung, wie die materielle Lage in der Population älterer Menschen verteilt ist und wie sich diese Verteilung entwickelt hat. Hat sich die materielle Lage älterer Menschen in den letzten Jahren verbessert oder verschlechtert? Gibt es bestimmte gesellschaftliche Gruppen, bei denen ein besonderer materieller Bedarf festzustellen ist? Im vorliegenden Kapitel steht das Einkommen älterer Menschen im Mittelpunkt (das darauffolgende Kapitel 7 ist dem Thema Vermögen gewidmet). Von besonderer Bedeutung bei der Betrachtung der materiellen Lage ist das Vorliegen von Armut im Alter: Lebt ein älterer Mensch in Armut, ist es wenig wahrscheinlich, dass er sich aus eigener Kraft aus dieser Situation befreien kann. Daher wird die Verteilung und Entwicklung von Altersarmut in diesem Kapitel eingehend betrachtet. Zudem ist die Frage, ob die materielle Lage in unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen unterschiedlich verteilt ist, für die Sozialpolitik von besonderer Bedeutung, weil Maßnahmen zur Überwindung dieser Ungleichheit und Armut für unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen verschieden ausfallen müssen. Daher werden im Folgenden Frauen und Männer, Menschen in Ost- und Westdeutschland sowie Menschen, die unterschiedlichen Bildungsgruppen angehören, im Vergleich betrachtet.

Das Einkommen setzt sich aus den Einnahmen zusammen, die eine Person in regelmäßigen Abständen erhält, etwa in Form der Entlohnung einer Arbeit oder in Form von Rentenbezügen. Die Quellen (und die Höhe) des Einkommens verändern sich im Lebensverlauf. Im Erwerbsalter ist die Hauptquelle des regelmäßigen Einkommens das Erwerbseinkommen. Dagegen setzt sich das Einkommen im Ruhestandsalter überwiegend aus Renteneinkünften (insbesondere der Gesetzlichen Rentenversicherung) zusammen und liegt meist unter dem vormaligen Einkommensniveau aus Erwerbseinkünften. Es ist für verschiedene Seiten von Interesse, wie hoch das Einkommensniveau der Personen im Rentenbezug ist und wie es sich im Zeitvergleich gewandelt hat. Auf der wirtschaftlichen Seite ist das Einkommen ein wichtiger Konsumdeterminant. Schließlich ist die Kenntnis der Einkommensverteilung zwischen den verschiedenen Gruppen als Basis für die Sozialpolitik von besonderer Bedeutung. Das verfügbare Einkommen ist in Deutschland insgesamt seit Anfang der 2000er Jahre stetig gestiegen. Allerdings erfolgt dieser Anstieg nicht für alle Einkommensgruppen gleichermaßen. Am meisten haben höhere Einkommensgruppen von der Steigerung profitiert, sodass die Ungleichheit in der Gesamtbevölkerung in dieser Periode angestiegen ist (Goebel, Grabka, & Schröder 2015).

Ein in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion zunehmend relevantes Thema ist das der Altersarmut. Während absolute Armut die mangelnde Befriedigung von Grundbedürfnissen ist, wird ‚relative Armut‘ als Mangel im Vergleich zu gesellschaftlich festgelegten Einkommensgrenzen definiert. Die (relative) Armutsgrenze liegt in Deutschland bei 60 Prozent des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens. Obwohl ältere Menschen im Vergleich zu anderen gesellschaftlichen Gruppen auch heute noch nicht überdurchschnittlich von Armut gefährdet sind (Vogel & Künemund 2014), ist mit einem Anstieg der Armutsgefährdung für Personen im Rentenbezug zu rechnen. Das zeigt sich vor allem daran, dass die geburtenstarken Jahrgänge (Babyboomer) erst noch in den Rentenbezug kommen und sich bei ihnen durch diskontinuierliche Erwerbsverläufe bereits jetzt ein erhöhtes Risiko zukünftiger Altersarmut abzeichnet (Simonson 2013; Simonson, Kelle, Romeu Gordo, Grabka, Rasner, & Westermeier 2012). Besonders stark davon betroffen sind alleinlebende Frauen im Rentenalter, da sich ihre Lebensverläufe durch

brüchige Erwerbsverläufe und niedrige Einkommensniveaus auszeichnen und ihre niedrigen Renteneinkommen im Fall der Verwitwung im Alter nicht mehr durch einen Partner aufgefangen werden können (Groh-Samberg 2009). Insbesondere bei der Betrachtung von Altersarmut ist daher der Vergleich zwischen Geschlechtern wichtig, da sich unterschiedliche typische Erwerbsverläufe in einem erhöhten Armutsrisiko für Frauen kumulieren. Allerdings zeichnet sich ab, dass zukünftig auch Männer aufgrund von diskontinuierlichen Erwerbsverläufen ein erhöhtes Risiko der Altersarmut aufweisen werden (Simonson et al. 2012). Dieser Befund gilt insbesondere für Ostdeutschland. Dort ist die Armutsquote in der Gesamtbevölkerung fast doppelt so hoch wie in Westdeutschland (Grabka, Goebel, & Schupp 2012). Auch in Rentnerhaushalten liegt die Armutsquote in Ostdeutschland, je nach Berechnungsgrundlage, deutlich über dem Niveau in Westdeutschland (Noll & Weick 2013; Zhu, Weißenborn, & Buscher 2011).

Neben objektiven Armutsindikatoren sind in der Diskussion über Altersarmut auch subjektive Indikatoren von Relevanz. Die subjektive Bewertung der eigenen Einkommensposition kann manchmal sogar wichtiger sein als der Sachverhalt an sich. Denn die Wahrnehmung von sozialer Ungleichheit und eingeschränkten Handlungsoptionen bestimmt das Verhalten von Menschen häufig stärker als der universelle Vergleich mit allen anderen Gesellschaftsmitgliedern, dem objektive Messungen relativer Armut zugrunde liegen. Dabei kann es zu bedeutsamen Abweichungen zwischen objektiv und subjektiv gemessener Armut kommen: Wenn sich Menschen, die objektiv als arm zu bezeichnen sind, sich selbst nicht als arm einschätzen, liegt eine subjektive Unterschätzung der eigenen Bedürftigkeit vor. Schröder (2013) zeigt, dass der Anteil der Bevölkerung, der einschätzt, dass ihr Haushaltseinkommen deutlich unter dem nach eigenem Maßstab, notwendigen Mindestniveau liegt, niedriger ist als der Anteil der Personen, die als ‚relativ arm‘ gelten, da ihr Haushaltseinkommen weniger als 60 Prozent des Medians der Gesamtbevölkerung beträgt. Die subjektiv empfundene Armut ist in Deutschland demnach weniger ausgeprägt als die (relative) objektive Armut. Das nach eigener Einschätzung zum Leben mindestens notwendige Einkommen kann nach der jeweiligen Lebenslage variieren. Von besonderem Interesse ist daher, diese subjektive Bedarfswahrnehmung nach Lebenssituation differenziert zu untersuchen.

Im vorliegenden Kapitel wird die Entwicklung der Einkommen sowie der objektiven und subjektiven Armut von Personen im Alter ab 40 Jahren im Hinblick auf Alters-, Regions- und Bildungsunterschiede betrachtet.

Es werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie verteilt sich das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen und wie hat sich diese Verteilung seit 1996 gewandelt? Welche Unterschiede zwischen gesellschaftlichen Gruppen sind zu finden?
2. Wie verteilt sich Armut in der zweiten Lebenshälfte und wie hat sich diese Verteilung seit 1996 gewandelt? Welche Unterschiede zwischen gesellschaftlichen Gruppen sind zu finden?
3. Unterscheiden sich objektive von subjektiven Armutsquoten? Welche Unterschiede zwischen gesellschaftlichen Gruppen sind zu finden?

6.2 Datengrundlage

Daten. Als Datengrundlage dienen die Informationen von allen 40- bis 85-jährigen Befragten der Basisstichproben 1996, 2002, 2008 und 2014 des Deutschen Alterssurveys (DEAS), die am mündlichen Interview teilgenommen haben.

Einkommen. Die hauptsächlich genutzte Haushaltseinkommen-Variable setzt sich aus der Summe der von allen Mitgliedern eines Haushaltes erzielten persönlichen Nettoeinkommen und der nicht differenziert einzelnen Mitgliedern zuzurechnenden Einkommenskomponenten zusammen. Das Einkommen der Befragten wird im mündlichen Interview erfasst. In der schriftlichen Erhebung des DEAS wird auch die Zusammensetzung des Haushaltseinkommens erfragt. Diese Information wird verwendet, um fehlende Angaben aus dem mündlichen Interview zu ergänzen. Es erfolgt eine Äquivalenzgewichtung des Einkommens auf Basis der Angaben zur Haushaltszusammensetzung um die Bedarfe unterschiedlicher Haushaltstypen zu berücksichtigen. Die Summe aller Einkünfte wird nicht durch die einfache Anzahl der Mitglieder eines Haushalts, sondern durch eine gewichtete Summe der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft geteilt (Statistisches Bundesamt 2015b). Für die Berechnung der Äquivalenzeinkommen wird die neue OECD-Skala verwendet, bei welcher der Hauptbezieher beziehungsweise die Hauptbezieherin des Einkommens mit dem Faktor 1,0 in die Gewichtung eingeht, Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft im Alter von 14 und mehr Jahren mit 0,5 und die restlichen Mitglieder mit 0,3. Für die Angaben zum preisbereinigten Einkommen dient das Jahr 1996 als Referenz, das heißt, die Ergebnisse werden in Preisen von 1996 ausgedrückt. Damit kann die Entwicklung des Einkommens unter Berücksichtigung der Preisentwicklung zwischen den Erhebungsjahren beobachtet werden.

Objektive Armut. Als objektiver Armutsindikator wird die relative Einkommensarmut verwendet. Armut liegt nach dieser Definition dann vor, wenn eine Person weniger als 60 Prozent des gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung hat. Wir berichten über den Anteil der Population, der sich unter diese Grenze befindet¹. Die Ermittlung der Armutsgrenze erfolgt auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), das auf einer repräsentativen Stichprobe der Gesamtbevölkerung basiert.

Ungleichheit. Als Ungleichheitsmaß werden Gini-Koeffizienten berechnet. Der Gini-Koeffizient ist ein Maß zur Quantifizierung der relativen Konzentration einer Einkommensverteilung. Im Falle der maximalen Gleichverteilung der Einkommen (d. h. jede Person bezieht exakt das Durchschnittseinkommen der betrachteten Grundgesamtheit) nimmt der Gini-Koeffizient den Wert Null an, während er bei einer maximal ungleichen Einkommensverteilung (d.h. eine einzige Person bezieht das komplette Einkommen der betrachteten Grundgesamtheit für sich alleine) den Wert Eins annimmt.

Subjektive Armut. Neben der objektiven Armutsgrenze gibt es das Konzept der subjektiven Armutsgrenzen („social subjective poverty line“). Diese subjektive Armutsgrenze wird ermittelt, indem der Betrag abgefragt wird, den die Befragten als niedrigstes Nettoeinkommen angeben, mit dem ihr Haushalt finanziell zurechtkäme. Diese subjektive Armutsgrenze wird genutzt, um eine Betroffenheit von Armut anhand der objektiven Armutsgrenze mit der subjektiven Wahrnehmung zu vergleichen (Ravallion 2012).

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85

¹ In der amtlichen Statistik wird diese Quote in der Regel als *Armutgefährdungsquote* bezeichnet.

Jahre. Altersunterschiede im Wandel wurden anhand von Sechs-Jahres-Altersgruppen untersucht, um Überschneidungen zwischen Erhebungszeitpunkten und Altersgruppen zu vermeiden (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre).

Weiterhin wurden Geschlechterunterschiede und Regionsunterschiede (Ost-/Westdeutschland) untersucht.

Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung – drei Bildungsgruppen unterschieden: Personen mit niedriger, mittlere und hoher Bildung (vgl. Kapitel 2).

Analyse. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete prozentuale Verteilungen angegeben. Um Unterschiede zwischen Gruppen und/oder Jahren auf statistische Signifikanz ($p < ,05$) zu testen, wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau logistische Regressionen oder Kovarianzanalysen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

6.3 Entwicklung der monatlichen Haushaltseinkommen im Zeitvergleich

Einkommen zusammen mit Vermögen (vgl. Kapitel 7) sind ein wesentlicher Aspekt der materiellen Ressourcen im Alter. Im Folgenden wird untersucht, wie sich das verfügbare Einkommen für Menschen zwischen 40 und 85 Jahren seit 1996 entwickelt hat und ob es dabei Unterschiede zwischen verschiedenen Personengruppen gibt.

Das durchschnittliche Einkommen ist zwischen 1996 und 2014 stetig gestiegen, es bestehen aber weiterhin deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland.

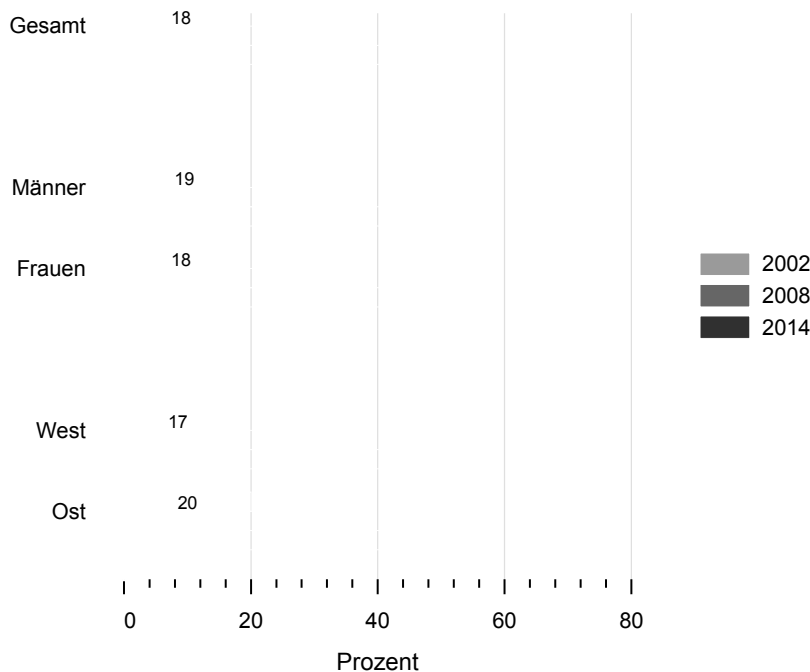
Das durchschnittliche Nettoäquivalenzeinkommen der Menschen ab 40 Jahren in Deutschland im Jahr 2014 beträgt 1.922 Euro (vgl. Tabelle A 6-1 im Anhang). Dieser Wert ist leicht höher als der Gesamtpopulationsdurchschnitt von 1.872 Euro (Statistisches Bundesamt 2015b; Wert für 2013). Darüber hinaus ist dieser Betrag seit 1996 stetig gestiegen: Im Jahr 1996 lag das durchschnittliche Nettoäquivalenzeinkommen bei 1.283 Euro, 2002 bei 1.527 Euro und 2008 bei 1.684 Euro. Bei Berücksichtigung der Preisentwicklung relativiert sich die steigende Tendenz. Besonders zwischen 2002 und 2014 ist das durchschnittliche reale Einkommen kaum, das heißt um lediglich circa fünf Prozent (von 1.407 Euro auf 1.471 Euro), gestiegen (vgl. Tabelle A 6-2 im Anhang). Auch Goebel et al. (2015) berichten einen Anstieg von fünf Prozent für die gesamte Population zwischen 2000 und 2012. Das heißt, obwohl das Einkommen seit 1996 gestiegen ist, ist die Kaufkraft aufgrund der Preisentwicklung relativ stabil geblieben.

Um die Entwicklungen für verschiedene Gruppen zu verdeutlichen, werden im Folgenden die Veränderungen der Einkommen in Relation zum gruppenspezifischen durchschnittlichen Einkommen des Jahres 1996 dargestellt.

In Abbildung 6-1 ist dargestellt, wie die Nettoäquivalenzeinkommen über die Erhebungsjahre steigen. Diese Entwicklung ist sowohl für Frauen als auch für Männer zu beobachten, für die das Nettoäquivalenzeinkommen seit 1996 jeweils signifikant steigt. Allerdings ist die Steigerung bei Männern etwas ausgeprägter als bei Frauen. Das durchschnittliche Nettoäquivalenzeinkommen für Männer im Jahr 2014 beträgt 2.015 Euro und für Frauen 1.831 Euro.

Zudem lässt sich eine ähnliche Einkommensentwicklung für Ost und Westdeutschland beobachten. Allerdings liegt das Einkommen in Ostdeutschland in allen Befragungsjahren unter dem Niveau Westdeutschlands. Im Jahr 2014 liegt das durchschnittliche Einkommen in Westdeutschland bei 2.013 Euro, in Ostdeutschland bei 1.525 Euro.

Abbildung 6-1: Prozentuale Zunahme der mittleren Äquivalenzeinkommen seit 1996 gesamt, nach Geschlecht und Landesteil, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

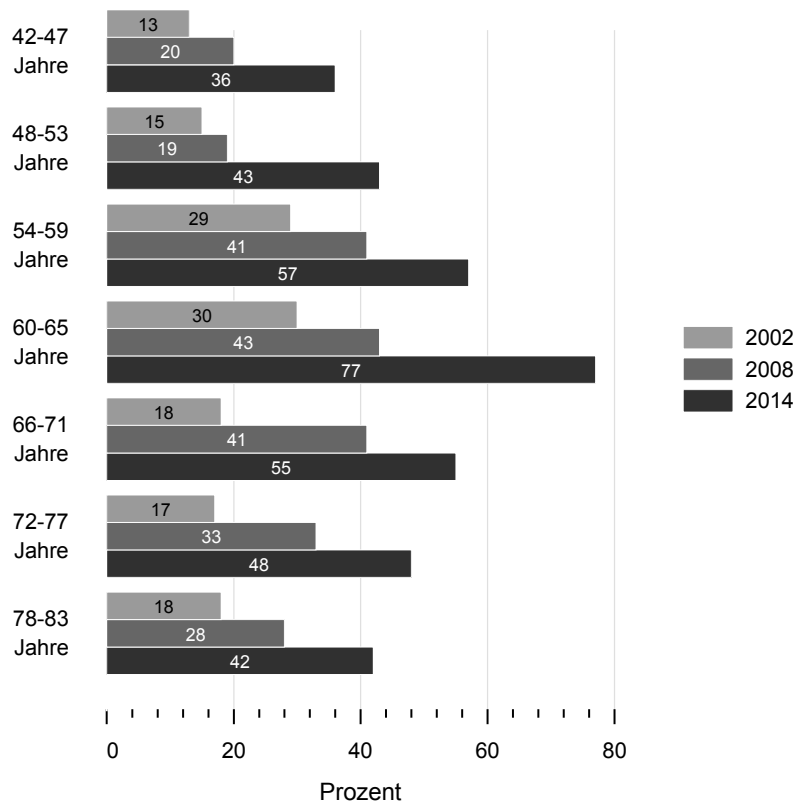


Quelle: DEAS 1996 (n = 4.275), 2002 (n = 2.686), 2008 (n = 5.445), 2014 (n = 5.400), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < .05$). Referenzjahr ist 1996 (=0). Zuwächse zwischen 1996 und 2014 für Gesamt, beide Geschlechter und Landesteile signifikant.

Das durchschnittliche Einkommen ist zwischen 1996 und 2014 am stärksten für die 60- bis 65-Jährigen gestiegen.

Betrachtet man die Einkommensentwicklung nach Altersgruppen (Abbildung 6-2), erkennt man den gleichen Trend für alle Altersgruppen: Das Nettoäquivalenzeinkommen steigt über die Erhebungsjahre an. Allerdings sind Unterschiede bei dieser Entwicklung zwischen den Altersgruppen zu beobachten. So ist der Anstieg des Einkommens in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen höher als in allen anderen Altersgruppen (jünger und älter). Eine mögliche Erklärung könnte der starke Anstieg der Erwerbspartizipation von Personen zwischen 60 und 65 Jahren seit 1996 sein (vgl. Kapitel 3), sodass diese Gruppe öfter ein Erwerbseinkommen als Hauptverdienstquelle angibt, das in der Regel höher ausfällt als die Rente. Allgemein ist zu beobachten, dass das durchschnittliche Einkommen für Personen im Erwerbsalter höher ist, als für Personen im Rentenalter. So beträgt das durchschnittliche Einkommen im Jahr 2014 für Personen, die jünger als 65 Jahre sind, 2.022 Euro und für Personen im Alter von 65 Jahren alt oder älter 1.738 Euro (ohne Abbildung).

Abbildung 6-2: Entwicklung der mittleren Äquivalenzeinkommen seit 1996 (=0), nach Alter, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

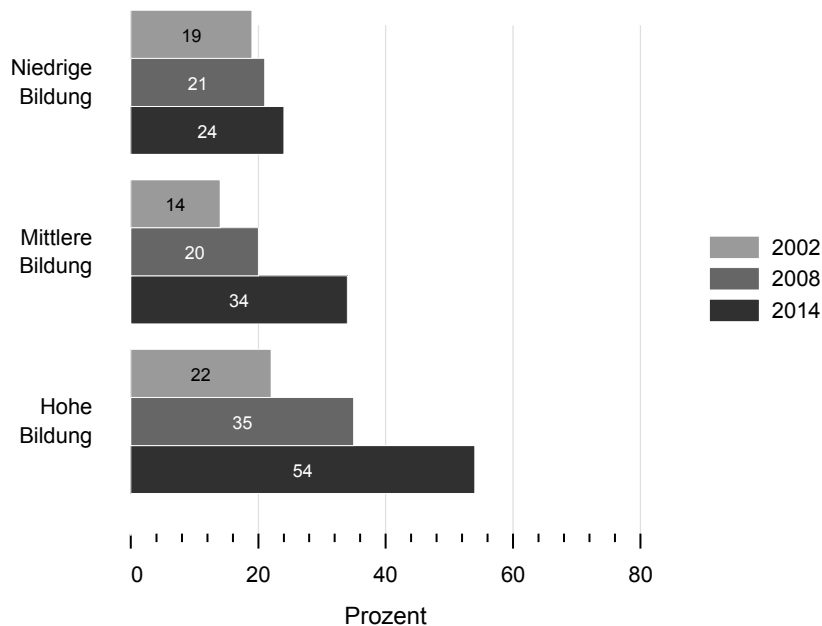


Quelle: DEAS 1996 (n = 4.009), 2002 (n = 2.546), 2008 (n = 5.184), 2014 (n = 5.179), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < .05$). Signifikante Zuwächse zwischen 1996 und 2014 für alle Altersgruppen. Interaktion zwischen Erhebungswelle und Altersgruppe signifikant. Deutlichere Zuwächse zwischen 1996 und 2014 für die Altersgruppe 60 bis 65 Jahre.

Die Bildungsungleichheit bei den Einkommen nimmt zwischen 1996 und 2014 zu.

Die steigende Entwicklung der Einkommen seit 1996 ist für alle Bildungsgruppen zu beobachten (Abbildung 6-3). Allerdings ist der Anstieg bei Personen mit höherer Bildung am stärksten. Für Personen mit hoher Bildung hat sich das durchschnittliche Einkommen von 1.597 Euro im Jahr 1996 auf 2.427 Euro im Jahr 2014 erhöht. Die Einkommen von Personen mit niedriger Bildung sind am wenigsten gestiegen (von 959 Euro im Jahr 1996 auf 1.169 Euro im Jahr 2014). Bei Berücksichtigung der Preisentwicklung kann festgestellt werden, dass die Realeinkommen für Personen mit niedriger Bildung seit 2002 sogar gesunken sind. Dies bedeutet, dass Einkommensunterschiede zwischen den Bildungsgruppen seit 1996 steigen und dadurch 2014 mehr Ungleichheit zwischen den Gruppen zu beobachten ist.

Abbildung 6-3: Entwicklung der mittleren Äquivalenzeinkommen seit 1996 (=0), nach Bildung, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.275), 2002 (n = 2.686), 2008 (n = 5.445), 2014 (n = 5.400), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Zuwächse zwischen 1996 und 2014 für alle Bildungsgruppen. Interaktion zwischen Erhebungsjahr und Bildung signifikant. Deutlichere Zuwächse zwischen 1996 und 2014 für hohe Bildung.

Um die steigende Ungleichheit genauer zu analysieren, wurde der sogenannte Gini-Koeffizient berechnet. Zu beobachten ist ein leichter Anstieg des Gini-Koeffizienten zwischen 1996 und 2014 (von 0,27 auf 0,30). Der stärkste Anstieg findet zwischen 2002 und 2008 statt. Zwischen 2008 und 2014 bleibt er unverändert. Dies bedeutet, dass die Ungleichheit der Einkommen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte in Deutschland seit 1996 zugenommen hat, auch wenn sie in den letzten Jahren relativ stabil geblieben ist. Diese Entwicklung wird auch in anderen Studien beschrieben (zum Beispiel Goebel et al. 2015).

Insgesamt zeigt sich bei der Betrachtung der Einkommen, dass weiterhin starke Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie zwischen Ost- und Westdeutschland bestehen. Betrachtet man die Einkommen nach verschiedenen Altersgruppen, lässt sich eine relative Verbesserung der Personen zwischen 60 und 65 beobachten, vermutlich durch die steigende Erwerbspartizipation der Personen in dieser Altersgruppe.

Des Weiteren zeigt sich bei Personen mit hoher Bildung ein höherer Anstieg in den Einkommen als bei Personen mit niedrigerer Bildung. Dadurch werden die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen größer. Diese Zunahme der Ungleichheit spiegelt sich auch im Gini-Koeffizienten wider, der zwischen 1996 und 2014 leicht gestiegen ist.

6.4 Entwicklung der objektiven Armutsquoten

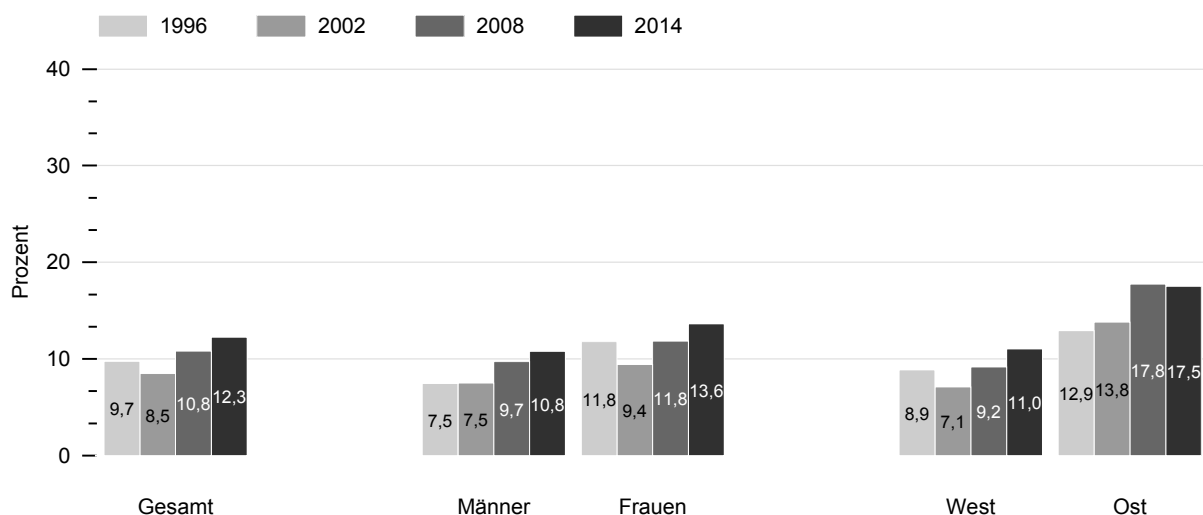
Um die Ungleichheit von Einkommen bewerten zu können, ist die zusätzliche Betrachtung von Armut notwendig. Diese zeigt an, ob Haushalte unter einem bestimmten Einkommensniveau im Vergleich zur Gesamtbevölkerung leben. Bei der Betrachtung von Armut wird deutlich, dass eine ausreichende finanzielle Ausstattung zur sozialen Teilhabe in der Gesellschaft notwendig ist und ein zu geringes Einkommen diese Teilhabe verhindert oder zumindest erschwert.

Die Armutsquote der Menschen in der zweiten Lebenshälfte ist seit 1996 signifikant von 9,7 Prozent auf 12,3 Prozent gestiegen (Abbildung 6-4). Diese Anteile liegen leicht unter den Armutsquoten der amtlichen Statistik, die auf Mikrozensus-Basis berechnet werden: Hier liegen die Quoten im Jahr 2014 für die 50- bis unter 65-Jährigen bei 13,0 Prozent und für die Personen ab 65 Jahren bei 14,4 Prozent (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015). Werden die Armutsquoten für diese Altersgruppen mit DEAS-Daten berechnen, liegen die Quoten für die 50- bis unter 65-Jährigen bei 12,5 und für Personen ab 65 Jahren bei 12,7 Prozent. Das heißt, die Abweichung zur amtlichen Statistik ist bei höheren Altersgruppen größer. Das könnte an Selektionseffekten bei älteren Befragten im DEAS liegen. Der bedeutsame Anstieg der Armutsquoten findet zwischen 1996 und 2008 statt, zwischen 2008 und 2014 ist der Anstieg nicht signifikant.

Für Frauen und Männer ist im Blick auf Armut eine ähnliche Entwicklung zu beobachten, wobei die Armutsquoten der Frauen höher sind als die der Männer. Im Jahr 2014 verfügen 13,6 Prozent der Frauen ab 40 Jahren über weniger als 60 Prozent des gesellschaftlichen Medianeinkommens. Für Männer ist dies für nur 10,8 Prozent der Fall.

Auch bei der Armutsquote gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen West- und Ostdeutschland: Die ostdeutsche Armutsquote liegt in allen Jahren über der Westdeutschlands. Bei 17,5 Prozent der Ostdeutschen ab 40 Jahren liegt das Einkommen im Jahr 2014 unter der Armutsgrenze, während dies nur für 11,0 Prozent der Westdeutschen der Fall ist. In beiden Regionen sind die Armutsquoten seit 1996 gestiegen. In Ostdeutschland ist ein starker Anstieg zwischen 1996 und 2008 zu beobachten. Zwischen 2008 und 2014 stagniert die Armutsquote für Ostdeutschland auf hohem Niveau. In Westdeutschland ist der Anstieg zwischen 1996 und 2008 nicht signifikant. Zwischen 2008 und 2014 ist hier jedoch ein signifikanter Anstieg von 9,2 Prozent auf 11,0 Prozent festzustellen.

Abbildung 6-4: Entwicklung der Armutsquoten, gesamt, nach Geschlecht und Landesteil, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



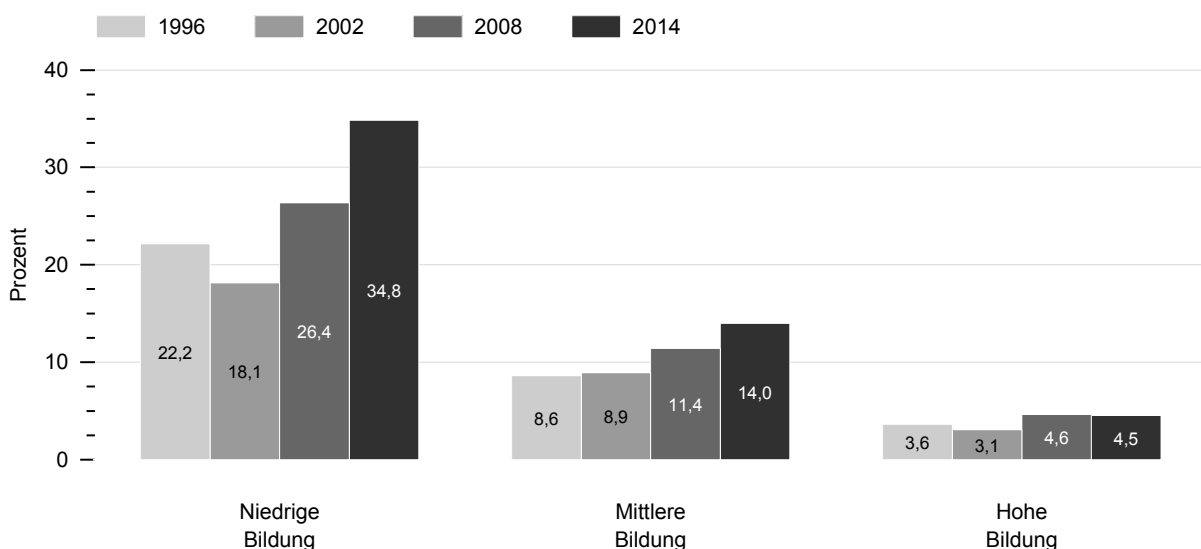
Quelle: DEAS 1996 (n = 4.275), 2002 (n = 2.686), 2008 (n = 5.445), 2014 (n = 5.400), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Zuwächse zwischen 1996 und 2014 für Gesamt, beide Geschlechter und Landesteile signifikant.

Ältere Menschen sind im Vergleich zu anderen Altersgruppen nicht überdurchschnittlich von Armut gefährdet.

Betrachtet man die Armutsquoten nach Altersgruppen, ist zu erkennen, dass ältere Menschen (ab 70 Jahren) im Vergleich zu anderen Altersgruppen nicht überdurchschnittlich von Armut betroffen sind. In Ostdeutschland sind die Armutsquoten der Personen zwischen 70 und 85 Jahren sogar signifikant niedriger als die Armutsquoten der jüngeren Altersgruppen (vgl. Tabelle A 6-3 im Anhang). Diese Befunde stehen in Einklang mit Ergebnissen auf Mikrozensus-Basis, in denen die Armutsquote für die Gesamtbevölkerung bei 15,4 Prozent liegt und für Personen über 65 Jahren 14,4 Prozent beträgt (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015). Darüber hinaus ist die Entwicklung der Armutsquoten innerhalb der Altersgruppen ähnlich, sodass sich die relative Position Älterer mit der Zeit nicht verschlechtert hat.

Größere Differenzen in der Entwicklung der Armutsquoten sind zwischen verschiedenen Bildungsgruppen zu beobachten (Abbildung 6-5). Die Armutsquote für Personen mit hoher Bildung ist im Jahr 2014 mit 4,5 Prozent im Vergleich zu niedriggebildeten Personen sehr niedrig. Bei den Niedriggebildeten liegen 34,8 Prozent unter der Armutsgrenze. Darüber hinaus hat sich die Armutsquote für Personen mit hoher Bildung seit 1996 nicht signifikant verändert. Demgegenüber ist die Armutsquote der niedriggebildeten Personen in dieser Periode sehr stark, um 12,6 Prozentpunkte (von 22,2 auf 34,8 Prozent), angestiegen. Dieses Ergebnis bestätigt die steigende Ungleichheit zwischen den Bildungsgruppen, die bereits in der Analyse der Entwicklung der durchschnittlichen Einkommen zu sehen war.

Abbildung 6-5: Entwicklung der Armutsquoten, nach Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.270), 2002 (n = 2.686), 2008 (n = 5.445) und 2014 (n = 5.399), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 nur für niedrige und mittlere Bildung.

6.5 Subjektive Armut und ihr Zusammenhang mit objektiver Armut

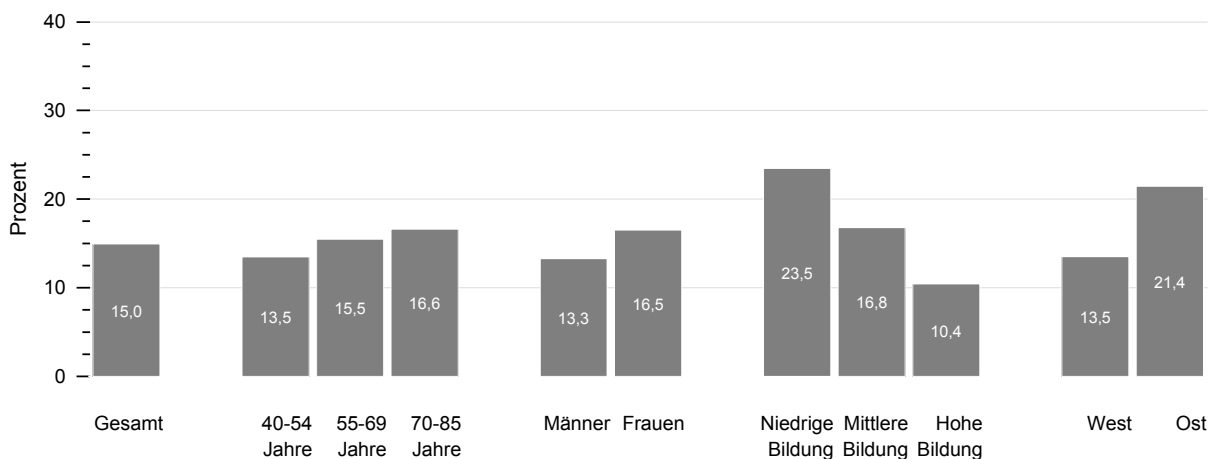
Seit 2014 wird im DEAS durch einen weiteren Indikator Armut gemessen. Dabei wird nach einem Mindesteinkommen gefragt, um finanziell zurecht zu kommen. Es wird also eine subjektive

Einkommengrenze erhoben, unter der man finanziell zu schlecht gestellt ist, um in Deutschland gesellschaftlich teilhaben zu können. Die subjektive Armutsquote umfasst diejenigen, deren Einkommen unterhalb dem liegt, was sie laut eigener Angabe benötigen.

Im Folgenden werden die subjektiven Armutsquoten für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen betrachtet und mit den objektiven Armutsquoten verglichen. Auf diese Weise kann geprüft werden, ob es mehr Personen gibt, die sich subjektiv arm fühlen, weil sie nicht genug Geld haben, um finanziell ‚über die Runden zu kommen‘, als Personen, die nach dem Standard der objektiven Armutsdefinition als arm klassifiziert werden. Darüber hinaus wird untersucht, ob es diesbezüglich einen Effekt im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Bildung oder Region gibt.

In Abbildung 6-6 werden die subjektiven Armutsquoten für 2014 dargestellt. Die subjektive Armutsquote aller Menschen in der zweiten Lebenshälfte beträgt 15,0 Prozent. Das bedeutet, dass 15,0 Prozent der Menschen ab 40 Jahren einschätzen, dass ihre Einkommen nicht ausreichen, um finanziell ‚über die Runden zu kommen‘. Diese Quote ist um fast drei Prozentpunkte höher als die objektive Armutsquote von 12,3 Prozent.

Abbildung 6-6: Subjektive Armutsquoten, gesamt, nach Alter, Geschlecht, Bildung und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 6.002), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Altersunterschiede nur signifikant zwischen jüngster und ältester Altersgruppe. Signifikante Unterschiede für Geschlecht, Bildung und Landesteil.

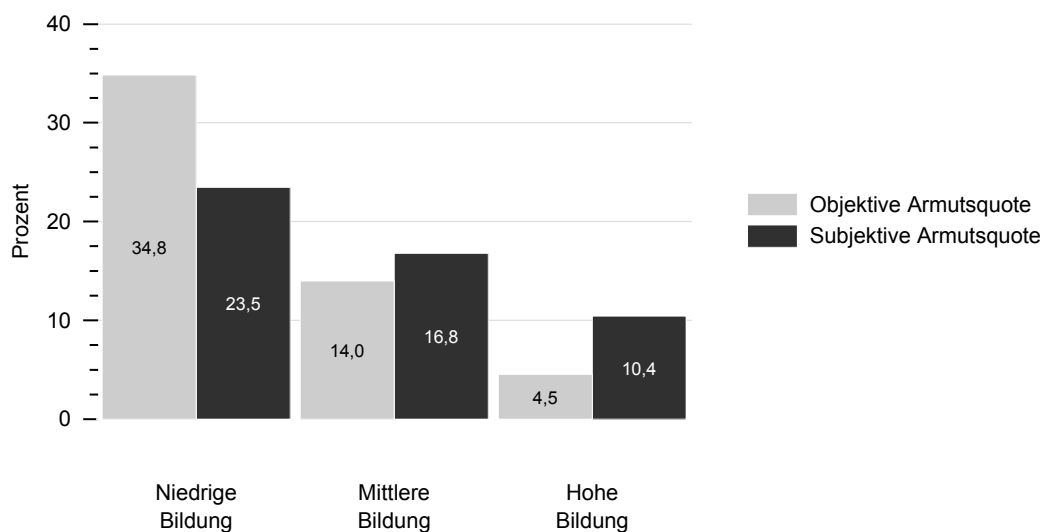
Bei den höheren Altersgruppen sind die subjektiven Armutsquoten höher als in den jüngeren Altersgruppen, sodass ein signifikanter Unterschied zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe zu finden ist. Im Vergleich dazu sind bei den objektiven Armutsquoten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu beobachten. Dieses Ergebnis zeigt, dass die subjektive Wahrnehmung von Armut, das heißt, die Einschätzung, nicht ausreichend finanziell ausgestattet zu sein, mit dem Alter variiert. Obwohl nach den objektiven Armutsindikatoren die Ältesten (70 bis 85 Jahre) nicht schlechter gestellt sind als die Jüngsten (40 bis 54 Jahre), entspricht ihr Einkommen häufiger nicht dem, was sie subjektiv benötigen, um finanziell zurecht zu kommen. Das kann an Differenzen in der Ausgabenhöhe oder auch an der Erwartung einer Ausgabensteigerung aufgrund von (zukünftiger) Pflegebedürftigkeit liegen.

Wir beobachten die gleichen Geschlechtereffekte bei der subjektiven Armut wie bei der objektiven Armut. Frauen fühlen sich öfter arm als Männer und für beide Gruppen ist der Anteil derer, die sich subjektiv arm fühlen, höher als die objektive Armutsquote. Im Hinblick auf regionale Unterschiede sind, analog zur objektiven Armut, die subjektiven Armutsquoten höher in Ost- als in Westdeutschland.

Die Einschätzung der eigenen finanziellen Situation unterscheidet sich zwischen Bildungsgruppen.

Besonders interessant ist das Ergebnis für die Bildungsgruppen. Ähnlich wie bei den objektiven Armutsquoten berichten niedriggebildete Personen häufiger als hochgebildete Personen, subjektive Armut, das heißt, dass sie nicht genug Geld haben, um finanziell zurecht zu kommen (Abbildung 6-7). Allerdings variieren die Differenzen zwischen objektiven und subjektiven Armutsquoten zwischen den Bildungsgruppen. Während nach der objektiven Armutsdefinition nur 4,5 Prozent der hochgebildeten Personen arm sind, berichten 10,4 Prozent dieser Bildungsgruppe, dass sie weniger Geld haben als sie für ihren Haushalt für erforderlich halten. Bei den niedriggebildeten Personen ist das Gegenteil zu beobachten. So ist die subjektive Armutsquote mit 23,5 Prozent niedriger als die objektive Armutsquote (34,8 Prozent). Dies bedeutet, dass ein großer Teil der Personen, die objektiv als arm bezeichnet werden, sich selbst nicht als arm einschätzt. Dies kann möglicherweise mit einer erheblichen Bewältigungsfähigkeit und Resilienz dieser Gruppe erklärt werden, kann aber auch dazu führen, dass notwendige Hilfen nicht in Anspruch genommen werden. Der gegenteilige Befund bei den höher gebildeten Personen – die subjektive Armutsquote ist deutlich höher als die objektive – könnte damit erklärt werden, dass sich die Erwartungen daran, was finanziell notwendig ist, um 'über die Runden zu kommen', zwischen den Bildungsgruppen unterscheidet. So können sich Personen mit höherer Bildung und Einkommen öfter arm fühlen, wenn bestimmte Konsumerwartungen nicht erfüllt sind, die von anderen Bildungsgruppen nicht als relevant betrachtet werden.

Abbildung 6-7: Subjektive und objektive Armutsquoten, nach Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 6.002), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Unterschiede signifikant zwischen die Bildungsgruppen.

6.6 Diskussion und Implikationen

In den letzten Dekaden hat sich der Blick auf die Lebensphase ‚Alter‘ deutlich geändert. Das Alter wird zunehmend auch als Chance und nicht mehr nur als Phase des Verlustes begriffen. In der soziologischen und psychologischen Forschung dominieren Begriffe wie das ‚gelingende‘ und ‚glückliche‘ Alter oder auch die ‚gebenden‘, ‚produktiven‘ und ‚integrierten‘ Alten (Motel-Klingebiel & Vogel 2013). Ein Grund für diese positiven Veränderungen der Sichtweise auf das Leben im Alter sind auch die langfristigen Verbesserungen der materiellen Lage Älterer.

Im dritten Altenbericht der Bundesregierung im Jahr 2001 werden ausreichende materielle Ressourcen als Voraussetzung für eine aktive Teilhabe und eine Erweiterung des Interessenspektrums identifiziert (Deutscher Bundestag 2001). Die materiellen Voraussetzungen für die gesellschaftliche Teilhabe sind allerdings nicht für alle Personengruppen gleichermaßen gegeben. Insgesamt ist die Einkommensungleichheit in der zweiten Lebenshälfte im hier beobachteten Zeitraum gestiegen, das heißt, die Voraussetzungen für ein aktives und integriertes Leben im Alter sind zunehmend ungleich verteilt. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass sich hinsichtlich der Einkommen, aber auch hinsichtlich der Armutsquoten im Zeitraum zwischen 1996 und 2014 keine Angleichung zwischen Ost- und Westdeutschland erkennen lässt.

In den hier untersuchten Perioden sind ältere Menschen nicht überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen, jedoch ist zukünftig mit einem Anstieg der Armutsgefährdung für Personen im Rentenbezug zu rechnen. Die sozialen Sicherungssysteme wurden seit Ende der 1990er Jahre zurückgebaut. Im Gegenzug wird die private Vorsorge zunehmend wichtiger bei der Sicherung des Lebensstandards im Alter. Darüber hinaus sind Erwerbsverläufe heute oft diskontinuierlicher als früher, was sich voraussichtlich ebenfalls in zukünftig niedrigeren Alterseinkommen niederschlagen wird.

Darüber hinaus gibt es Gruppen, die jetzt schon häufiger armutsgefährdet sind als andere. Insbesondere Frauen sind stark von Altersarmut betroffen. Sie haben häufig zu geringe Rentenanwartschaften aus eigener Erwerbstätigkeit erworben und können damit ihren Lebensstandard im Alter nicht sichern. Fällt das Einkommen des Mannes weg oder hat dieser auch selbst keine ausreichende Rente, leben sie vergleichsweise häufig in Armut. Durch die steigende Erwerbspartizipation von Frauen werden sich ihre Rentenanwartschaften in der Zukunft verbessern. Allerdings werden durch die steigende geringfügige und Teilzeit-Beschäftigung besonders bei Frauen diese Zuwächse nur gering ausfallen und Unterschiede zwischen den Geschlechtern weiterhin existieren.

Des Weiteren sind Personen in Ostdeutschland öfter armutsgefährdet als Personen in Westdeutschland. Ungefähr ein Drittel der Personen mit niedriger Bildung ist ebenfalls armutsgefährdet und der Abstand zwischen hoch- und niedriggebildeten Personen ist seit 2002 stark gestiegen.

Individuell betrachtet ist Altersarmut häufig eine Lebenssituation, die nicht aus eigener Kraft verändert werden kann, da es keinen oder nur einen sehr eingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt gibt. Dies gilt in besonderem Maße für Personen, die sich bereits im Ruhestandsalter befinden. Die subjektive Bewertung der eigenen Lebenssituation ergänzt die Interpretation der Betroffenheit von Armut und erweitert das Verständnis für diese Lebenslage. Die objektiven Befunde werden im Lichte der subjektiven Bewertung greifbarer und spiegeln die Auswirkungen von Armut wider. Unsere Ergebnisse zeigen, dass wir in den Gruppen, die objektiv

häufiger von Armut gefährdet sind, auch höhere Anteile subjektiver Armut finden. Das trifft für Frauen, Menschen in Ostdeutschland sowie für Personen mit niedriger Bildung zu. Dabei sind die subjektiven Armutsquoten höher als die objektiven Armutsquoten (mit der Ausnahme von niedriggebildeten Personen). Schließlich unterscheidet sich die Einschätzung der eigenen finanziellen Situation deutlich zwischen Bildungsgruppen. Bei den unteren Bildungsgruppen gibt es einen hohen Anteil von Menschen, die sich unter der Armutsgrenze befinden, aber sich nicht selbst als arm einschätzen. Diese Gruppe ist für die Sozialpolitik von besonderem Interesse, da die Gefahr besteht, dass notwendige politische Maßnahmen aufgrund der nicht sichtbaren negativen Position nicht durchgeführt werden (Zapf 1984).

Das Wissen um die materielle Situation und ihre subjektive Bewertung kann helfen, Bedürftigkeit besser zu verstehen und dementsprechend gegenzusteuern. Nur mit dem Wissen um Risikogruppen und spezifische Probleme einzelner Bevölkerungsgruppen können politische Entscheidungen getroffen werden. Vor dem Hintergrund der berichteten Befunde scheint es sinnvoll, armutsvermeidende Maßnahmen insbesondere mit Blick auf Frauen, Personen mit niedriger Bildung sowie Menschen in Ostdeutschland in der zweiten Lebenshälfte zu verstärken.

Literatur

- Deutscher Bundestag. (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung* [Bundestags-Drucksache14/5130]. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Goebel, J., Grabka, M. M., & Schröder, C. (2015). Einkommensungleichheit in Deutschland bleibt weiterhin hoch - junge Alleinlebende und Berufseinsteiger sind zunehmend von Armut bedroht. *DIW Wochenbericht*, 25, 571-586.
- Grabka, M. M., Goebel, J., & Schupp, J. (2012). *Höhepunkt der Einkommensungleichheit in Deutschland überschritten? DIW Wochenbericht*, 43, 3-15.
- Groh-Samberg, O. (2009). *Armut, soziale Ausgrenzung und Klassenstruktur. Zur Integration multidimensionaler und längsschnittlicher Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS.
- Motel-Klingebiel, A., & Vogel, C. (2013). Altersarmut und die Lebensphase Alter. In: C. Vogel & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.) *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* . Wiesbaden: Springer VS.
- Noll, H.-H., & Weick, S. (2013). Materieller Lebensstandard im Alter. In: C. Vogel & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.) *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* (S. 113-140). Wiesbaden: Springer VS.
- Ravallion, M. (2012). Poor, or Just Feeling Poor? On Using Subjective Data in Measuring Poverty (im Druck).
- Schröder, C. (2013). *Armut in Europa [IW-Trends 1/2013]*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- Simonson, J. (2013). Erwerbsverläufe im Wandel - Konsequenzen und Risiken für die Alterssicherung der Babyboomer. In: C. Vogel & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.) *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* (S. 273-290). Wiesbaden: Springer VS.
- Simonson, J., Kelle, N., Romeu Gordo, L., Grabka, M. M., Rasner, A., & Westermeier, C. (2012). Ostdeutsche Männer um 50 müssen mit geringeren Renten rechnen. *DIW Wochenbericht*, 23, 3-13.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2015). *Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik*. Online: http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/Tabellen_Excel/A1.1.0%20DE_Bund.xlsx (zuletzt abgerufen 07.05.2015).
- Statistisches Bundesamt. (2015a). *Mikrozensus 2014 - Sonderauswertungen für das Deutsche Zentrum für Altersfragen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt. (2015b). *OECD-Skala*. Online:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialberichterstattung/Glossar/OECDskala.html> (zuletzt abgerufen (21.12.2015)).
- Vogel, C., & Künemund, H. (2014). Armut im Alter. In: S. Frech & O. Groh-Samberg (Hrsg.) *Armut in Wohlstandsgesellschaften* (S. 123-136). Schwalbach im Taunus: Wochenschau Verlag.
- Wetzstein, M., Rommel, A., & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE Kompakt*, 6(3), 3-11.
- Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: W. Glatzer & W. Zapf (Hrsg.) *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden* (S. 13-26). Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.
- Zhu, L. Y., Weißenborn, A., & Buscher, H. S. (2011). Im Fokus: Altersarmut und soziales Befinden in Ost- und Westdeutschland, 1995 und 2009. *Wirtschaft im Wandel*, 17(7-8), 240-244.

7 Vermögen und Erbschaften: Sicherung des Lebensstandards und Ungleichheit im Alter

Constanze Lejeune & Laura Romeu Gordo

Kernaussagen

Der Anteil von Personen mit Vermögen sowie die Vermögenshöhe nehmen zwischen 1996 und 2014 zu: Im Jahr 2014 besitzen 62,5 Prozent der 40- bis 85-Jährigen selbstgenutzte Immobilien, im Jahr 1996 waren es 56,6 Prozent. Der Anteil von Personen mit Geld- und Sachvermögen ist im gleichen Zeitraum von 76,4 auf 84,5 Prozent gestiegen. Zudem hat sich der Anteil derjenigen, die große Geld- und Sachvermögen (mehr als 100.000 Euro) besitzen, zwischen 1996 und 2014 von 6,6 auf 14,5 Prozent mehr als verdoppelt.

Vermögensbesitz zwischen Jüngeren und Älteren gleicht sich an, regionale Unterschiede bleiben bestehen: Der Anteil der Personen, die Immobilien oder Geld- und Sachvermögen besitzen, gleicht sich zwischen 1996 und 2014 zwischen Jüngeren und Älteren an. In Ostdeutschland kommen im Jahr 2014, wie auch schon 1996, Vermögen seltener vor, zudem sind sie vergleichsweise geringer. Zum Beispiel haben im Jahr 2014 16,3 Prozent in Westdeutschland ein Geld- und Sachvermögen von mehr als 100.000 Euro, in Ostdeutschland sind es nur 6,5 Prozent. Der Immobilienbesitz steigt zwischen 1996 und 2014 in Ostdeutschland stärker als in Westdeutschland, liegt im Jahr 2014 mit 50,4 Prozent aber noch immer deutlich unter dem in Westdeutschland (65,2 Prozent).

Vermögensbesitz steigt zwischen 1996 und 2014 vor allem in höheren sozialen Schichten: Sowohl beim Immobilienbesitz als auch beim Geld- und Sachvermögen steigen die Ungleichheiten zwischen den Sozialschichten. Im Immobilienbesitz betrug im Jahr 1996 die Differenz zwischen Unterschicht und oberer Mittelschicht noch etwa 27 Prozentpunkte, im Jahr 2014 sind es etwa 40 Prozentpunkte. Ein ähnliches Verhältnis zeigt sich für die Differenzen im Geld- und Sachvermögen (1996: 26 Prozentpunkte, 2014: 38 Prozentpunkte).

Erbschaften verschärfen die bestehende soziale Ungleichheit der Vermögensverteilung zusätzlich: Personen in höheren sozialen Schichten, die ohnehin häufiger über höhere Vermögen verfügen, erben auch häufiger und zudem höhere Werte. So haben im Jahr 2014 etwa ein Drittel (31,1, Prozent) der 40- bis 85-Jährigen, die der Unterschicht zuzurechnen sind, eine Erbschaft erhalten. Personen aus der oberen Mittelschicht berichten zu etwa zwei Dritteln (64,5 Prozent) von einer Erbschaft. Während in der Unterschicht nur etwa jede zehnte Erbschaft (11,8 Prozent) mindestens 12.500 Euro beträgt, sind es in der oberen Mittelschicht 43,5 Prozent.

7.1 Einleitung

Um den Lebensstandard älterer Personen umfassend beschreiben zu können, müssen neben dem aktuellen Einkommen (vgl. Kapitel 6) auch Vermögenswerte in die Gesamtbetrachtung einbezogen werden. Zum Vermögen zählen Güter (zum Beispiel Immobilien, Wertsachen) sowie Geld und Wertpapiere (zum Beispiel Aktien, Anleihen), die zum Eigentum einer Person gehören. Da gerade das Wohnen in der Lebensphase Alter an Bedeutung zunimmt (vgl. Kapitel 20), werden im vorliegenden Kapitel zwei Aspekte des Vermögens untersucht: Immobilienbesitz sowie Geld- und weiteres Sachvermögen. Zusätzlich werden in diesem Kapitel Erbschaften betrachtet, da diese beim Aufbau oder der Wahrung des Vermögens eine wichtige Rolle spielen.

Der Aufbau eines Vermögens im Verlauf des Erwerbslebens ist in den vergangenen Jahren immer wichtiger geworden, um das nötige Einkommensniveau im Alter zu halten: Mit dem Paradigmenwechsel der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2001 wurden Elemente der kapitalgedeckten Altersvorsorge zur Schließung der zu erwartenden Rentenlücke im Rentenmix gestärkt. Ausreichendes eigenes Vermögen kann demnach das Risiko verringern, im Alter in Armut zu leben oder den Lebensstandard nicht halten zu können.

Laut den Vorhersagen der Lebenszyklushypothese des Sparens und Konsums (Friedman 1957; Modigliani & Brumberg 1954) versuchen Menschen ihren Lebensstandard über die gesamte Lebenszeit stabil zu halten. Dem entsprechend planen Menschen ihr Sparverhalten langfristig, um den Konsum relativ stabil über die Lebenszeit zu halten. Nach dieser Theorie sollten die Haushalte in der Zeit sparen, in der das Einkommen am höchsten ist, und in der Ruhestandsphase entsparen.

Doch diese Möglichkeit zur Sicherung des Lebensstandards im Alter besteht nicht für alle Personen und Haushalte gleichermaßen: Aus der Literatur ist bekannt, dass sich Vermögen in Deutschland sehr ungleich verteilen, viel stärker als dies beim Einkommen der Fall ist (Grabka & Westermeier 2014). Unterschiede der Vermögenshöhe zeigen sich vor allem im Ost-Westvergleich, sowie nach Einkommen, Geschlecht und Alter (Krause & Schäfer 2005).

Vor allem die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind sehr deutlich: In Ostdeutschland war das individuelle Gesamtvermögen im Jahr 2012 durchschnittlich um die Hälfte niedriger als im Westen (Grabka & Westermeier 2014). Auch gibt es historisch gewachsen einen Unterschied im Vermögensportfolio: In Westdeutschland dominiert vor allem der hoch bewertete Immobilienbesitz, in Ostdeutschland liegt dieser deutlich niedriger.

Es gibt zudem einen engen Zusammenhang zwischen Vermögen und Sozialschicht. Während Haushalte im unteren Einkommensbereich negatives oder kein Vermögen besitzen, steigt dieses bei Haushalten mit höherem Einkommen rasch an (Hauser, Becker, Grabka, & Westerheide 2007). Insbesondere (selbstgenutztes) Wohneigentum ist hoch bewertet und macht daher einen großen Anteil der Vermögensungleichheit aus (Grabka & Westermeier 2014). Zwar stehen Immobilien relativ gesehen hohe Hypotheken gegenüber, diese sind aber zumeist bei Eintritt in das Rentenalter abgegolten (Hauser et al. 2007).

Zudem zeigen Studien, dass vor allem diejenigen Haushalte Wohneigentum besitzen, die auch über ein hohes Geldvermögen und ein relativ hohes Einkommen verfügen (Frick & Grabka 2009). Grund dafür sind zu einem großen Teil hohe Erbschaften und Schenkungen, die nur einem kleinen Teil der Bevölkerung zu Gute kommen (Vogel & Künemund 2014). Es erfolgt somit eine Vererbung sozialer Ungleichheit im Rahmen der Vermögensverteilung. Dies wird sich in den kommenden Jahren noch verstärken, da die erwarteten Erbschaften in Anzahl und Höhe steigen

werden. Dabei werden aber wenige Haushalte hohe Erbschaften erhalten, eine große Anzahl an Haushalten erhält keine Erbschaften oder eine Erbschaft von weniger als 25.000 Euro (Braun, Pfeiffer, & Thomschke 2011). Dabei werden Haushalte mit hohem Einkommen und hohem Vermögenswerten auch hohe Erbschaften erhalten. Dies führt dazu, dass sich eine ungleiche Verteilung materieller Ressourcen verstärkt.

Über die Zeit zeigen sich leichte prozentuale Veränderungen der Vermögenswerte: Auffällig ist der prozentuale Rückgang von Wertsachen und die Zunahme von Schulden vor allem in Ostdeutschland (Grabka & Westermeier 2014). Das Bruttovermögen insgesamt stieg über den Zeitraum von 2002 bis 2012 in Deutschland leicht an, wobei vor allem in Ostdeutschland größere Vermögenszuwächse zu verzeichnen sind. Insgesamt liegt das Niveau aber weit unter dem in Westdeutschland.

Die meisten Vermögensstudien (wie die oben zitierten Befunde) beziehen sich allgemein auf die deutsche Bevölkerung. Wenige Studien konzentrieren sich auf die Vermögenssituation in der zweiten Lebenshälfte. Im vorliegenden Kapitel wird deshalb unter Berücksichtigung von Alters-, Regional- und Sozialschichtunterschieden untersucht, wie sich die Vermögensverteilung von Haushalten, in denen Personen im Alter von 40 und mehr Jahren leben, entwickelt.

Es werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie wandelt sich der Anteil von Personen in der zweiten Lebenshälfte, die über Vermögensbesitz (Immobilien sowie Geld- und Sachwerte) verfügen?
2. Unterscheidet sich der Wandel im Vermögensbesitz zwischen Altersgruppen, Landesteilen (Ost-/Westdeutschland) sowie zwischen sozialen Schichten?
3. Wie wandelt sich der Anteil der Personen, die Erbschaften erhalten? Gibt es eine Parallelität zwischen dem Wandel im Vermögensbesitz und dem Wandel bei den erhaltenen Erbschaften?

7.2 Datengrundlage

Daten. Als Datengrundlage für die Vermögensbetrachtung dienen die Informationen von allen 40- bis 85-jährigen Befragten der Basisstichproben 1996, 2002, 2008 und 2014 des Deutschen Alterssurveys (DEAS), die auch den sogenannten Selbstaussfüllerfragebogen beantwortet haben. Bis auf die Frage nach selbstgenutztem Eigentum werden alle Vermögens- und Erbschaftsfragen in diesem schriftlichen Fragebogen gestellt.

Vermögensbesitz. Hier wird allgemein zwischen Immobilienvermögen und Geld- und Sachvermögen unterschieden. Unter Immobilienbesitz wird das selbstgenutzte Eigentum (Wohnung, Reihen-, Ein- oder Mehrfamilienhaus) verstanden. Es wird nur selbstgenutztes Eigentum als relevant für die Alterssicherung betrachtet, da bei diesem sichergestellt ist, dass Mietkosten wegfallen. Das Geld- und Sachvermögen umfasst alle Arten von Spargbüchern, Bausparverträgen, Lebensversicherungen, Wertpapieren und Wertgegenständen, ausgenommen Immobilienbesitz. Zum Geld- und Sachvermögen wird außerdem die Vermögenshöhe kategorial erfasst. Es wurde zwischen drei Kategorien unterschieden: bis unter 12.500 Euro, zwischen 12.500 Euro und 100.000 Euro sowie 100.000 Euro und darüber. Die höchste Kategorie wurde zusätzlich in Vermögenswerte von 100.000 Euro bis 250.000 Euro und 250.000 Euro und mehr unterteilt. In den Analysen werden Immobilienbesitz und Geld- und Sachvermögen immer zusammen dargestellt, da beide Vermögensbesitzformen komplementär sind.

Erbschaften. Die Befragten geben auch Informationen über erhaltene Erbschaften im Haushalt sowie den geschätzten Wert dieser Erbschaften an. Es wurde zwischen zwei Kategorien unterschieden: bis unter 12.500 Euro sowie 12.500 Euro und darüber. Des Weiteren wurde eine zusätzliche Differenzierung der hohen und höchsten Erbschaften vorgenommen und zwischen 12.500 Euro und 50.000 Euro, zwischen 50.000 Euro und 250.000 Euro und 250.000 Euro und mehr unterschieden.

Gruppierungsvariablen. Allgemein können hier keine Ergebnisse für Männer und Frauen getrennt vorgestellt werden, da die Fragen jeweils den Befragten selbst und die Partnerin oder den Partner betreffen. Die Befragten gaben an, ob sie selbst oder die Partnerin beziehungsweise der Partner eine bestimmte Vermögensart besitzen oder eine Erbschaft erhalten haben. Aus diesem Grund wird der Einfluss individueller Bildungsunterschiede ebenfalls nicht analysiert. Stattdessen wird die paarbezogene soziale Schicht als weiteres Differenzierungskriterium herangezogen.

Die Variable der paarbezogenen sozialen Schicht wurde aus den Angaben zur aktuellen oder letzten beruflichen Stellung der Befragten und ihrer gegenwärtigen Partnerin oder ihres Partners beziehungsweise bei Partnerlosen) der früheren Ehegattin oder des Ehegatten gebildet (Mayer & Wagner 1999; Kohli, Künemund, Motel-Klingebiel, & Szydlík 2000). Wie bei Mayer und Wagner (1999) wurde vermieden, die höchste Kategorie als Oberschicht zu bezeichnen, da die gesellschaftliche Elite (zum Beispiel Großunternehmer, Top-Manager, Spitzenpolitiker) in der Stichprobe nur eingeschränkt vertreten ist.

Bei der Analyse der Altersgruppen wurde das Alter der Befragten genutzt, auch wenn die Antworten paarbezogen sind, da es eine hohe Korrelation zwischen dem Alter der Befragten und dem der Partnerin beziehungsweise des Partners gibt. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Altersunterschiede im Wandel wurden anhand von Sechsjahres-Altersgruppen untersucht, um Überschneidungen zwischen Erhebungszeitpunkten und Altersgruppen zu vermeiden (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre).

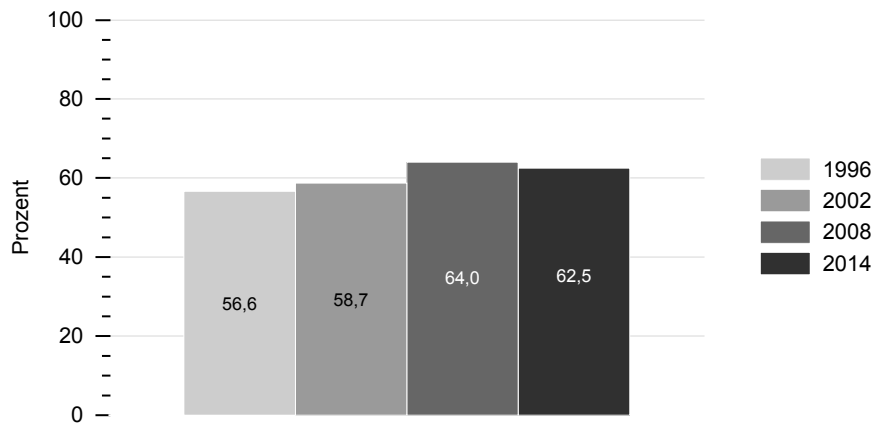
Weiterhin wurden Regionsunterschiede (Ost-/Westdeutschland) untersucht.

Analyse. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete prozentuale Verteilungen angegeben. Zur Testung von signifikanten Gruppenunterschieden wurden binäre und ordinale logistische Regressionen berechnet. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

7.3 Entwicklung des Vermögensbesitzes

In allen Erhebungsjahren verfügten 56,6 Prozent (1996) bis maximal 64,0 Prozent (2008) der Bevölkerung ab 40 Jahren über Immobilienbesitz. Über die Jahre hat diese Vermögensart etwas zugenommen, um dann 2014 leicht abzusinken (Abbildung 7-1). Der Anteil der Personen, die berichten, über Geld- und Sachvermögen zu verfügen, ist höher (84,5 Prozent im Jahr 2014) und seit 1996 stärker gestiegen als der Anteil der Personen, der über Immobilienbesitz verfügt (um 8,1 Prozentpunkte) (Abbildung 7-2).

Abbildung 7-1: Immobilienbesitzanteile, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

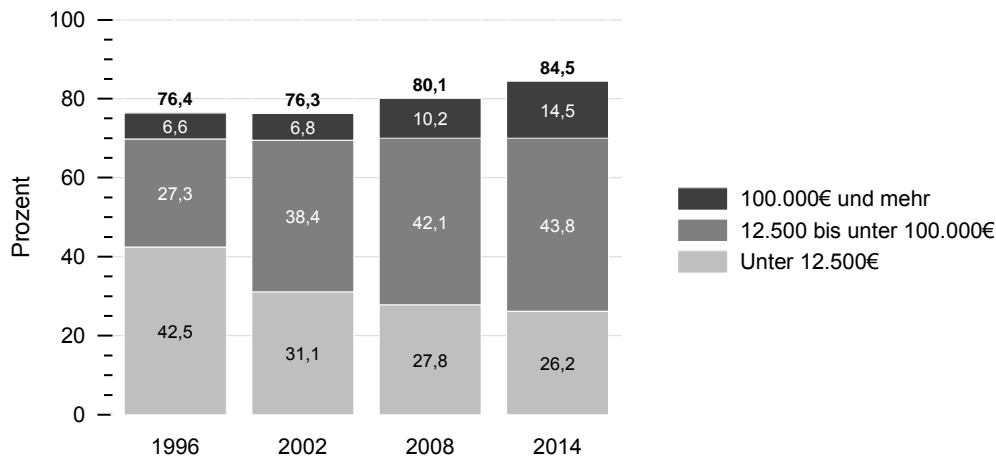


Quelle: DEAS 1996 (n = 4.000), 2002 (n = 2.751), 2008 (n = 4.333), 2014 (n = 4.235), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014.

Der Anteil von Personen mit Vermögen sowie die Vermögenshöhe nehmen zwischen 1996 und 2014 zu.

Betrachtet man die verschiedenen Wertkategorien der Geld- und Sachvermögen, beobachtet man einen besonderen Anstieg des Anteils von Personen, die einen höheren Vermögenswert nennen (Abbildung 7-2). Der Anteil der Personen, die ein Vermögen von bis zu 12.500 Euro besitzen, nimmt mit der Zeit von 42,5 Prozent im Jahr 1996 auf 26,2 im Jahr 2014 ab. Andererseits ist der Anteil von Personen mit einem Vermögenswert – zwischen 12.500 und 100.000 Euro um 16,5 Prozentpunkte gestiegen. Der Anteil von Personen mit einer Vermögenshöhe von über 100.000 Euro hat seit 1996 um 7,9 Prozent zugenommen. Somit steigt die Höhe der Vermögen seit 1996 an. Bei der Splittung der höchsten Vermögenkategorie zeigt sich, dass der stärkste Anstieg zwischen 2008 und 2014 bei den Vermögen von 100.000 Euro bis unter 250.000 Euro stattgefunden hat. Im Jahr 2008 berichteten 8,8 Prozent der Personen ab 40 Jahren von Geld- und Sachvermögen in dieser Höhe. Im Jahr 2014 sind es 11,9 Prozent (ohne Abbildung).

Abbildung 7-2: Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.110), 2002 (n = 2.557), 2008 (n = 3.947), 2014 (n = 3.770), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede in allen Kategorien zwischen 1996 und 2014.

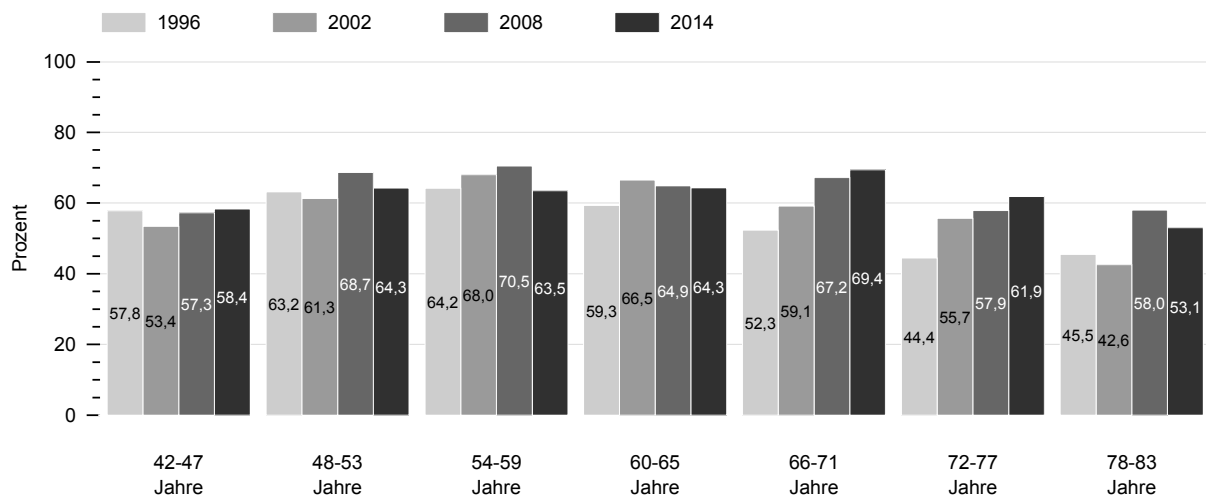
Im Folgenden wird untersucht, ob und gegebenenfalls wie sich die Zunahme von Vermögensbesitz zwischen Altersgruppen, Ost- und Westdeutschland sowie sozialen Schichten unterscheidet.

Vermögensbesitz zwischen Jüngeren und Älteren gleicht sich an, regionale Unterschiede bleiben bestehen.

Immobilienbesitz ist auch unter jüngeren Altersgruppen üblich (Abbildung 7-3). Im Jahr 2014 liegt der Anteil von Immobilienbesitz bei der jüngsten Altersgruppe unter 60 Prozent, für den Rest der Altersgruppen liegt er jedoch darüber (mit der Ausnahme der Altersgruppe der 78- bis 83-Jährigen). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Immobilienerwerb in relativ jungem Alter stattfindet.

Im Zeitvergleich wird deutlich, dass die höchste Zunahme an Immobilienbesitz in den älteren Altersgruppen stattfindet. Im Jahr 1996 war Immobilienbesitz bei der jüngsten Altersgruppe häufiger als bei der ältesten Altersgruppe. So besaßen 1996 57,8 Prozent der Personen zwischen 42 und 47 Jahren Immobilien, während das nur für 45,5 Prozent der Personen über 78 Jahren der Fall war. In den folgenden Erhebungsjahren beobachten wir eine kontinuierliche Zunahme der Anteile von Immobilienbesitz von Personen, die 66 Jahre und älter sind, sodass 2014 ähnliche Anteile bei jüngeren und älteren Personen zu finden sind.

Abbildung 7-3: Immobilienbesitzanteile, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 bis 2014 (in Prozent)

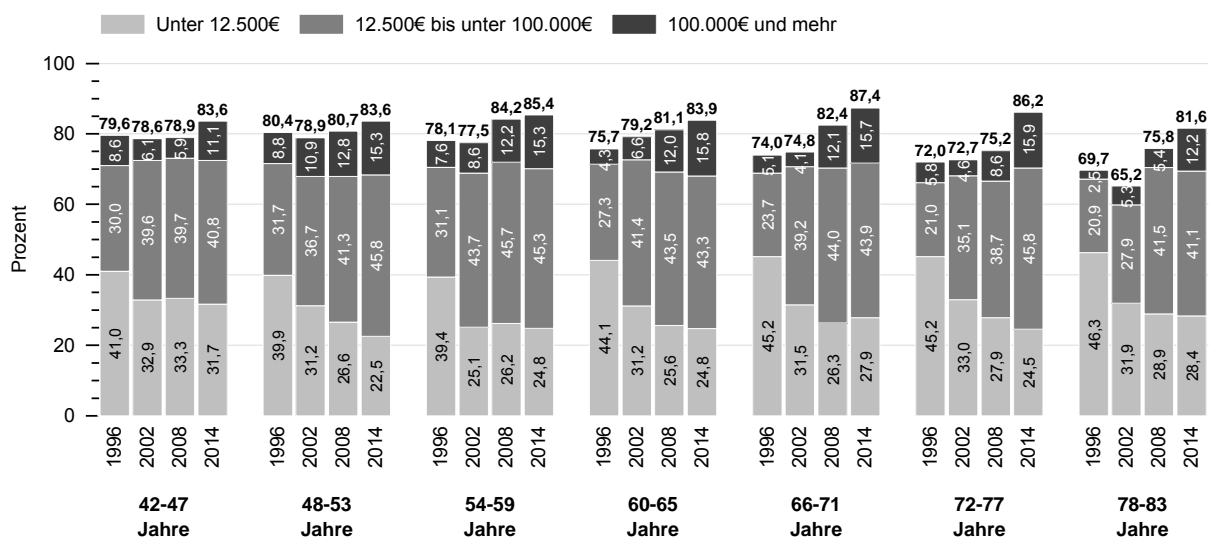


Quelle: DEAS 1996 (n = 3.753), 2002 (n = 2.604), 2008 (n = 4.143), 2014 (n = 4.084), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 in allen Altersgruppen außer 42 bis 47 Jahre sowie 48 bis 53 Jahre.

Im Jahr 1996 war Geld- und Sachvermögensbesitz bei Jüngeren häufiger als bei Älteren (Abbildung 7-4). Dieses Ergebnis passt zu den Vorhersagen der Lebenszyklushypothese des Sparens und Konsums (Friedman 1957; Modigliani & Brumberg 1954).

Wie beim Immobilienbesitz gleichen sich im Zeitvergleich aber die Anteile zwischen jüngeren und älteren Personen an. Zudem zeigt sich beim Immobilienbesitz die stärkste Zunahme über die Zeit bei Älteren.

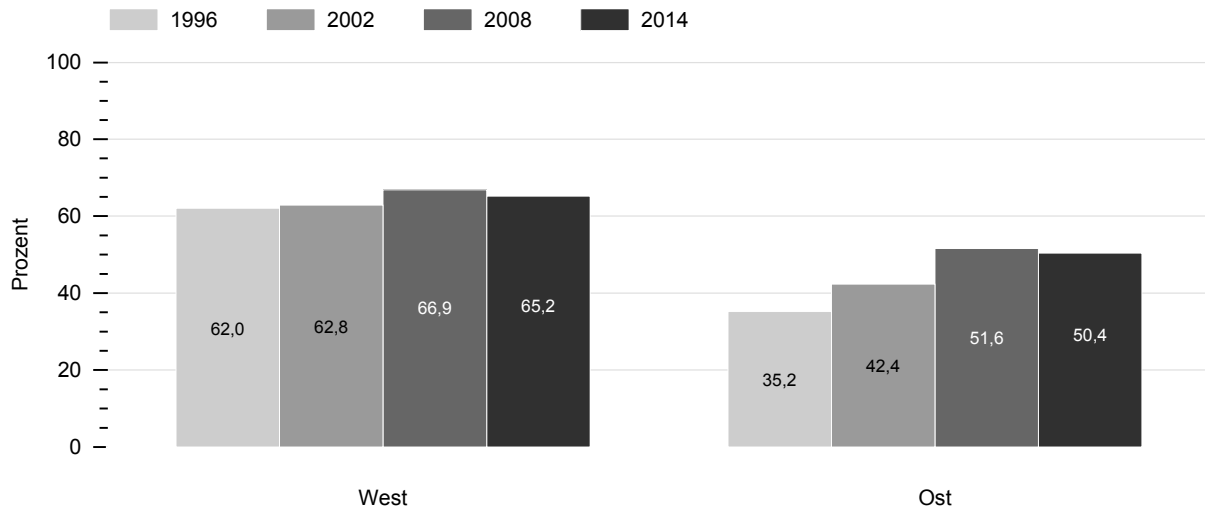
Abbildung 7-4: Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 2.924), 2002 (n = 2.416), 2008 (n = 3.768), 2014 (n = 3.639), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede in allen Kategorien zwischen 1996 und 2014 in allen Altersgruppen.

Bei der Betrachtung der Einkommensverteilung (vgl. Kapitel 6) wird deutlich, dass es auch fast 25 Jahre nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Landesteile einen signifikanten Unterschied bei der Einkommensverteilung gibt.

Abbildung 7-5: Immobilienbesitzanteile, nach Landesteil, in den Jahren 1996 bis 2014 (in Prozent)

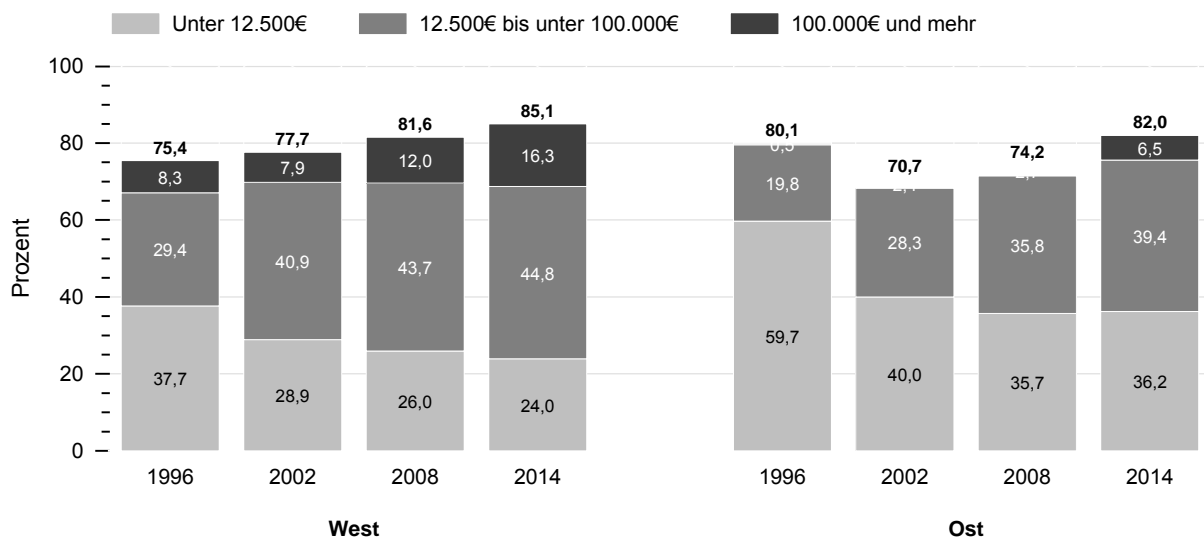


Quelle: DEAS 1996 (n = 4.000), 2002 (n = 2.751), 2008 (n = 4.333), 2014 (n = 4.235), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Westdeutschland: Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014. Ostdeutschland: Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014.

Ebenso lassen sich bei der Betrachtung der Vermögensbesitzanteile und deren Höhe Unterschiede zwischen den Regionen erkennen (Abbildung 7-5 und 7-6). Insgesamt zeigt sich, dass auch wenn der Immobilienbesitz in Ostdeutschland stärker zugenommen hat, die Struktur über die Erhebungsjahre hinweg ähnlich bleibt: In Ostdeutschland gibt es weniger Personen mit Immobilienvermögen (2014 sind es 50,4 zu 65,2 Prozent). Der Anteil des Geld- und Sachvermögens ist mit über 80 Prozent in beiden Landesteilen ähnlich hoch.

Entscheidend bei der Beurteilung von Vermögensbesitzanteilen ist neben der Verteilung auch deren Höhe. Obwohl ein ähnlich hoher Anteil von Personen in Ost- und Westdeutschland angeben, über Geld- oder Sachvermögen zu verfügen, ist die Höhe unterschiedlich, die Struktur über die Erhebungsjahre aber ähnlich. In beiden Landesteilen ist das Vermögen bis zu einem Wert von 100.000 Euro stabil geblieben. Allerdings ist der Anteil von Personen in Westdeutschland mit Geldvermögen im Wert von über 100.000 Euro höher und seit 1996 stärker als in Ostdeutschland gestiegen. Während im Jahr 2014 16,3 Prozent der Westdeutschen zwischen 40 und 85 Jahren ein Vermögen über 100.000 Euro angeben, ist dies in Ostdeutschland nur für 6,5 Prozent der Fall. Die soziale Ungleichheit zwischen Ost- und Westdeutschland im finanziellen Bereich zeigt sich somit nicht nur im Einkommen (vgl. Kapitel 6). Auch die Vermögen sind zwischen den Landesteilen ungleich verteilt, was daran liegt, dass Vermögensaufbau ein höheres Einkommen benötigt und somit Konsequenz einer Einkommenshöhe ist, die es erlaubt, Geld zu sparen oder anzulegen.

Abbildung 7-6: Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen, nach Landesteil, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.110), 2002 (n = 2.557), 2008 (n = 3.947), 2014 (n = 3.770), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Westdeutschland: Signifikante Unterschiede bei allen Kategorien zwischen 1996 und 2014. Ostdeutschland: Signifikante Unterschiede in allen Kategorien zwischen 1996 und 2014.

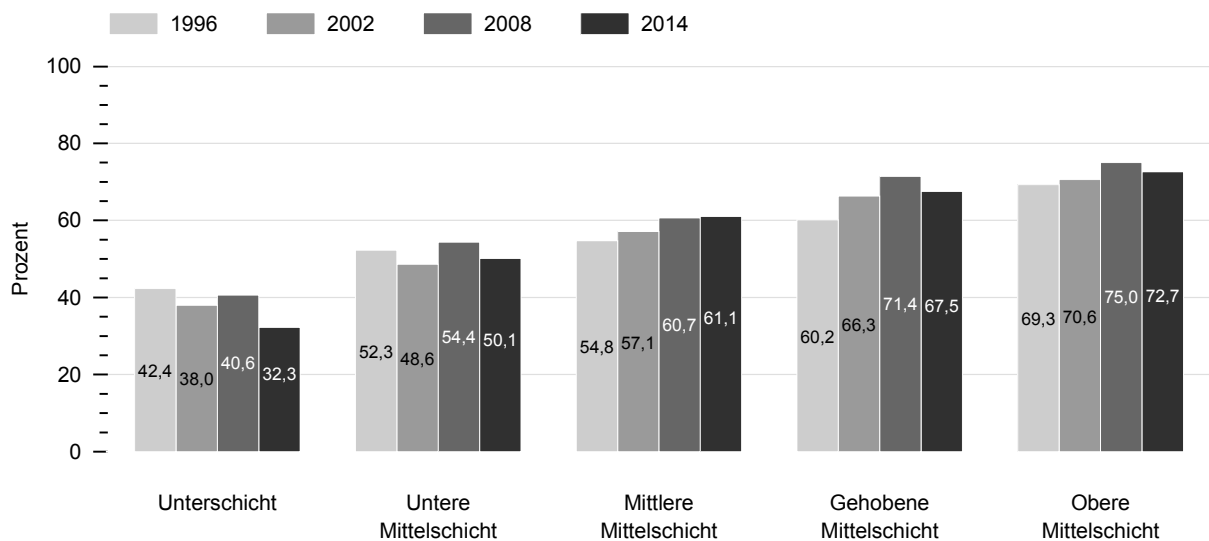
Vermögensbesitz steigt zwischen 1996 und 2014 vor allem in höheren sozialen Schichten.

Die soziale Schicht hat einen großen Einfluss auf die Struktur sowie die Höhe des Vermögens. Personen mit höherer beruflicher Stellung verfügen in der Regel über höhere Einkommen und können dadurch öfter (und in größerem Umfang) über Vermögen verfügen. Höheres Einkommen während des Erwerbslebens ermöglicht durch Vermögensaufbau auch ein höheres Einkommensniveau im Alter. Die Aufrechterhaltung des Einkommensniveaus durch eigenes Vermögen ist mit dem Paradigmenwechsel der Gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2001 relevanter geworden, da Elemente der kapitalgedeckten Altersvorsorge zur Schließung der zu erwartenden Rentenlücke im Rentenmix gestärkt werden.

Der Anteil von Personen mit Immobilienbesitz ist wie erwartet bei den höheren sozialen Schichten größer als bei den unteren sozialen Schichten (Abbildung 7-7). So beträgt der Anteil im Jahr 2014 für die Unterschicht 32,3 Prozent und erreicht bei der oberen Mittelschicht 72,7 Prozent.

Im Zeitvergleich können wir von einer zunehmenden Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten sprechen. Denn die Immobilienbesitzanteile für die Unterschicht und die untere Mittelschicht nehmen im Gegensatz zu den anderen sozialen Schichten nicht signifikant zu. Der größte Anstieg findet nicht bei der oberen Mittelschicht statt (die schon im Jahr 1996 höhere Anteile an Immobilien hatte), sondern bei der mittleren und gehobenen Mittelschicht. Diese Entwicklungen verstärken die Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten; im Jahr 2014 sind Anteilsunterschiede von 40,4 Prozentpunkten zwischen der oberen Mittelschicht und der Unterschicht zu beobachten, während es im Jahr 1996 noch knapp 27 Prozentpunkte waren.

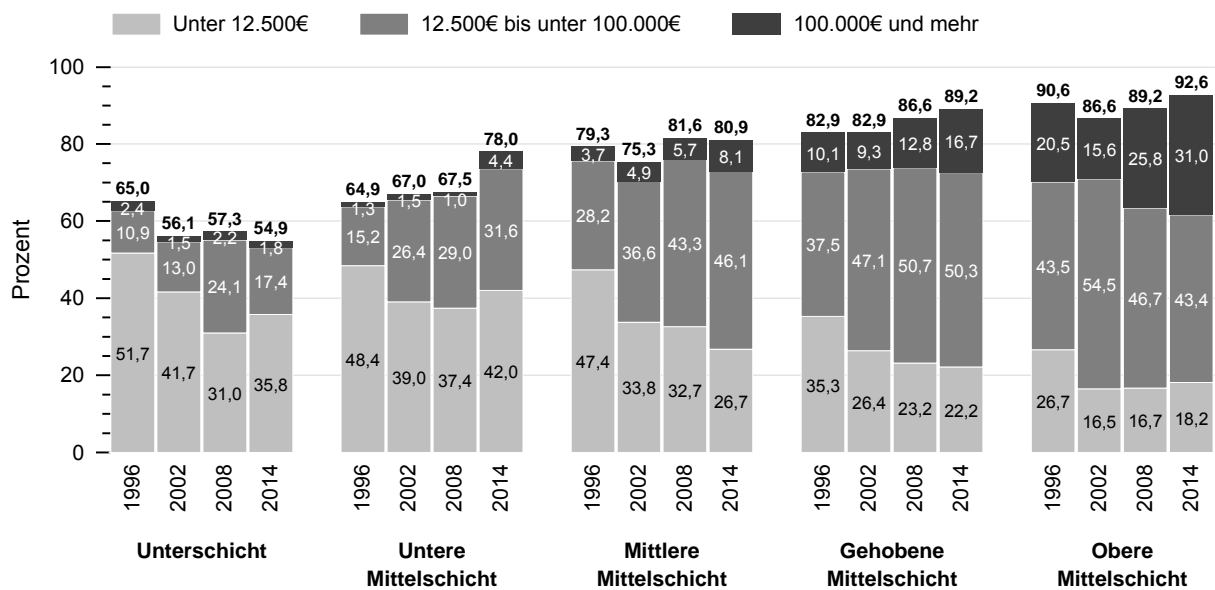
Abbildung 7-7: Immobilienbesitz nach sozialer Schicht, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.827), 2002 (n = 2.651), 2008 (n = 4.321), 2014 (n = 4.196), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für alle Schichten außer für die Unterschicht und die untere Mittelschicht.

Auch Geld- und Sachvermögen sind ungleich zwischen den verschiedenen sozialen Schichten verteilt (Abbildung 7-8). Personen in den unteren sozialen Schichten geben seltener an überhaupt über Geldvermögen zu verfügen. Diese Struktur bleibt über die Zeit bestehen, aber es gibt unterschiedliche Entwicklungen für die verschiedenen sozialen Schichten. Für die Unterschicht ist der Anteil an Geld- und Sachvermögensbesitz zwischen 1996 und 2014 gesunken. Bei der unteren Mittelschicht ist eine starke Zunahme zwischen 2008 und 2014 bei Gelvermögen im Wert bis 100.000 Euro zu beobachten. Die Zunahme von Geldvermögen ab 100.000 Euro zwischen 1996 und 2014 ist bei der gehobenen und oberen Mittelschicht am stärksten (6,6 und 10,5 Prozentpunkte). Das zeigt, dass die Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten nicht nur bei Immobilienbesitz zugenommen hat, sondern auch bei Geld- und Sachvermögensbesitz.

Abbildung 7-8: Anteile und Höhe von Geld- und Sachvermögen nach sozialer Schicht, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 2.977), 2002 (n = 2.465), 2008 (n = 3.935), 2014 (n = 3.732), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede in allen Kategorien zwischen 1996 und 2014 für alle Schichten außer für die Unterschicht.

7.4 Entwicklung der Erbschaften

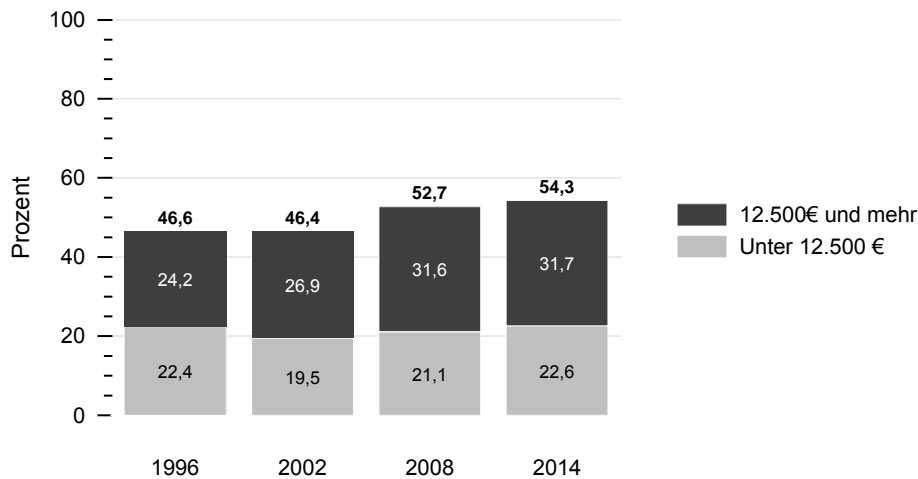
Durch den Erhalt von Erbschaften können Vermögenswerte deutlich erhöht werden beziehungsweise führt eine Erbschaft in vielen Fällen überhaupt erst zu einem Vermögensaufbau, der aus eigenem Einkommen alleine nicht möglich wäre. Daher stellt sich die Frage, welche Rolle Erbschaften in der Entwicklung des Vermögensbesitzes spielen. In diesem Abschnitt wird untersucht, ob es Parallelitäten zwischen der Entwicklung der Erbschaften und der Entwicklung des Vermögensbesitzes gibt.

Erbschaften verschärfen die bestehende soziale Ungleichheit der Vermögensverteilung zusätzlich.

Erbschaften sind sehr ungleich verteilt: Nicht alle Personen erben etwas und die Höhe variiert deutlich nach soziodemografischen Merkmalen. In diesem Abschnitt wird die Entwicklung der Erbschaften nach Region und sozialer Schicht untersucht.

Insgesamt erhielten seit 1996 bei jedem Erhebungszeitpunkt mehr Menschen eine Erbschaft (Abbildung 7-9). Im Jahr 2014 geben 54,3 Prozent der Personen an, dass sie oder ihr Partner beziehungsweise ihre Partnerin jemals in ihrem Leben geerbt haben. Darüber hinaus gibt es eine positive Entwicklung des Anteils von Personen, die ein Erbe von über 12.500 Euro erhalten. Bei der Splittung der höchsten Kategorie wird deutlich, dass der stärkste Anstieg zwischen 2008 und 2014 bei den Erbschaften von 50.000 bis unter 250.000 Euro stattgefunden hat. Im Jahr 2008 berichten 23,2 Prozent der Personen ab 40 Jahren über erhaltene Erbschaften in dieser Höhe. Im Jahr 2014 sind es 26,6 Prozent (ohne Abbildung).

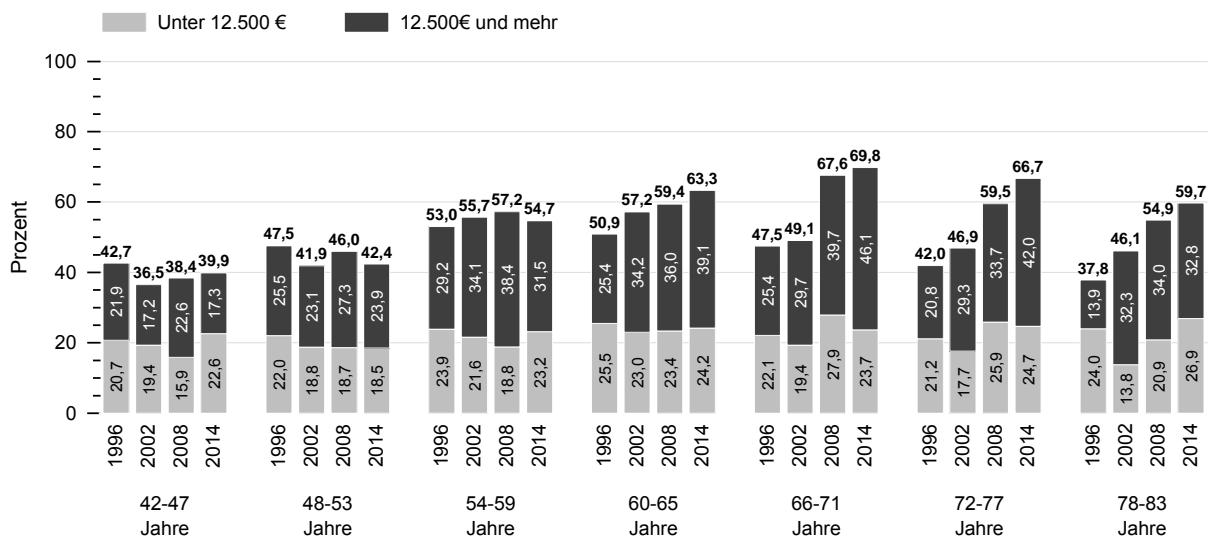
Abbildung 7-9: Anteile und Höhe von erhaltenen Erbschaften, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.882), 2002 (n = 2.648), 2008 (n = 4.188), 2014 (n = 4.047), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede in allen Kategorien zwischen 1996 und 2014.

Aus der nach Altersgruppen differenzierten Betrachtung dieser Entwicklung geht hervor, dass eine gewisse Verschiebung hinsichtlich des Alters beim Erhalt von Erbschaften stattgefunden hat (Abbildung 7-10). Im Jahr 1996 erfolgte der Erhalt von Erbschaften in jüngerem Alter als 2014 (meistens zwischen 54 und 59 Jahren). Im Jahr 2014 berichten am häufigsten die Personen im Alter zwischen 66 und 71 Jahren über Erbschaften (69,8 Prozent). Der Anteil der Personen, die ein Erbe erhalten, ist am stärksten in den älteren Altersgruppen gestiegen. Auch nimmt bei den Älteren der Anteil von Erbschaften von über 12.500 Euro am stärksten zu. Wie oben gezeigt, stellen die Älteren auch die Altersgruppe, bei welcher der Vermögensbesitz insgesamt am stärksten zugenommen hat.

Abbildung 7-10: Anteile und Höhe von erhaltenen Erbschaften, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

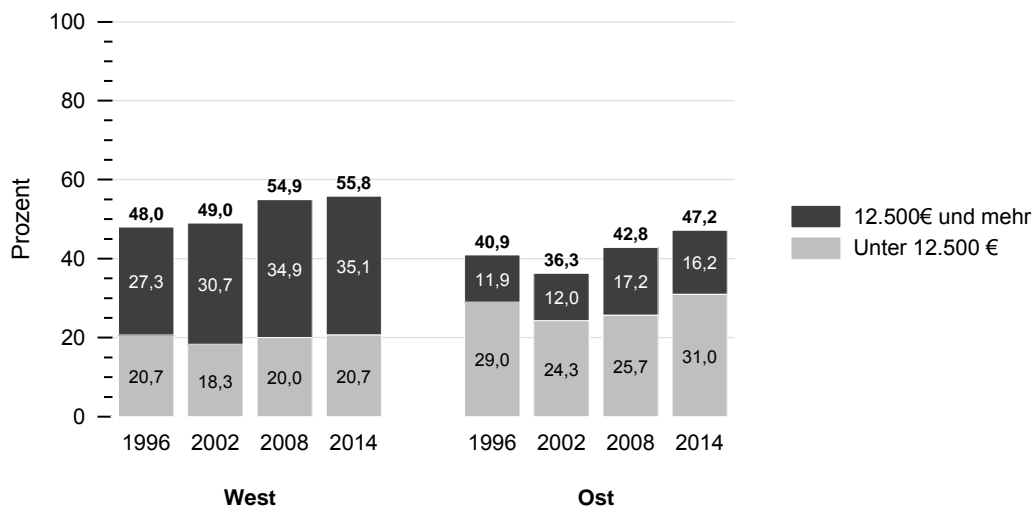


Quelle: DEAS 1996 (n = 3.644), 2002 (n = 2.505), 2008 (n = 4.001), 2014 (n = 3.899), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede in allen Kategorien zwischen 1996 und 2014 für alle Altersgruppen außer für 42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre sowie 54 bis 59 Jahre.

In Ost- und Westdeutschland wird unterschiedlich geerbt (Abbildung 7-11): Während im Jahr 2014 in Ostdeutschland 31,0 Prozent der Personen weniger als 12.500 Euro erben und nur 16,2 Prozent über 12.500 Euro, ist das in Westdeutschland umgekehrt. Dort erben 20,7 Prozent bis 12.500 Euro, und 35,1 Prozent erhalten eine Erbschaft über 12.500 Euro.

Dieses Phänomen kann sicherlich einen Teil der Unterschiede der Vermögenshöhe zwischen den Landesteilen erklären. Wenn man bedenkt, dass hohe Vermögenswerte entweder durch ein hohes Einkommen selbst angespart werden können oder durch hohe Erbschaften bedingt sind, wird erklärbar, warum in Ostdeutschland die Vermögen kleiner sind.

Abbildung 7-11: Erhaltene Erbschaften, nach Landesteil, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.882), 2002 (n = 2.648), 2008 (n = 4.188), 2014 (n = 4.047), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Westdeutschland: Signifikante Unterschiede bei allen Kategorien zwischen 1996 und 2014. Ostdeutschland: Signifikante Unterschiede bei allen Kategorien zwischen 1996 und 2014.

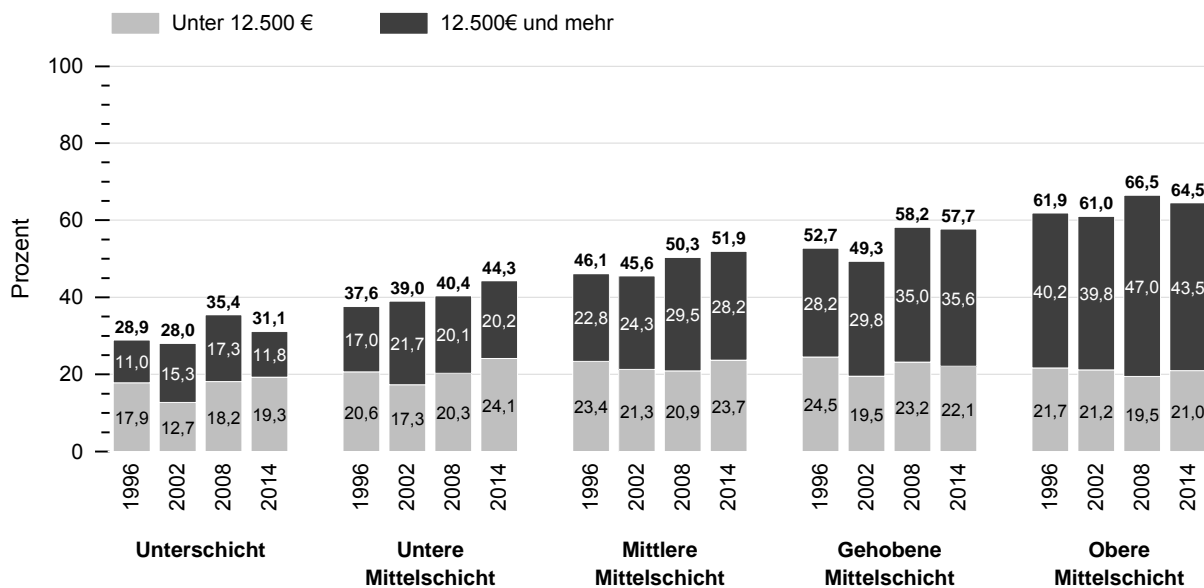
Personen höherer sozialer Schichten erhalten öfter ein Erbe (Abbildung 7-12). Das heißt, Personen mit einer besseren beruflichen Stellung, die oft mit einem höheren Einkommen verknüpft ist, erhalten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ein Erbe, welches wiederum zu einem größeren Vermögensbesitz beiträgt. Diese ungleiche Verteilung der Erbschaften verstärkt die soziale Ungleichheit.

Die Entwicklung zwischen 1996 und 2014 ist bei allen sozialen Schichten ähnlich. Es gibt einen geringen Anstieg für alle sozialen Schichten, sodass das Muster über die ganze Periode hinweg stabil bleibt. Das bedeutet, dass die Personen höherer sozialer Schichten häufiger erben, aber die Differenzen zwischen den sozialen Schichten nicht bedeutsam über die Periode gestiegen sind.

Allerdings hat bei höheren sozialen Schichten der Anteil der Personen mit höheren Erbschaften stärker zugenommen. So ist der Anteil der Personen der gehobenen Mittelschicht mit einem Erbe über 12.500 Euro um 7,4 Prozentpunkte und um 5,4 Prozentpunkte in der mittleren Mittelschicht gestiegen, während wir kaum einen Anstieg in dieser Kategorie für die Unterschicht beobachten.

Zusammenfassend haben die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten hinsichtlich des Anteils der Personen, die ein Erbe bekommen, nicht zugenommen, aber die Differenz bei der Höhe des Erbes ist gestiegen und trägt zu den sozialen Ungleichheiten im Vermögensbesitz bei.

Abbildung 7-12: Erhaltene Erbschaften nach sozialer Schicht, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.715), 2002 (n = 2.550), 2008 (n = 4.176), 2014 (n = 4.009), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede in allen Kategorien zwischen 1996 und 2014 für alle Schichten außer für die Unterschicht und die obere Mittelschicht.

7.5 Diskussion und Implikationen

In Kapitel 6 wurde diskutiert, wie wichtig die materiellen Voraussetzungen für die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen sind. Im vorliegenden Kapitel wurde gezeigt, wie ungleich Einkommen und Armut zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen verteilt sind. Die Berücksichtigung von Vermögen und Erbschaften als eine Form des Vermögensaufbaus ergänzen und erweitern das Verständnis über die materiellen Lebensumstände älterer Menschen in Deutschland. Vermögen kann Einkommensarmut abfedern. Aber es zeigt sich, dass Vermögen ungleich verteilt ist und sich hohe Vermögenswerte bei Haushalten der höheren sozialen Schichten und in Westdeutschland konzentrieren. Die Struktur der ungleichen Vermögensverteilung zwischen Ost- und Westdeutschland bleibt über die Jahre bestehen. Sowohl die Vermögensanteile als auch die Bewertung der Vermögen sind in Ostdeutschland durchgehend geringer. Der Anstieg von selbstgenutztem Immobilienbesitz zwischen 1996 und 2014 fällt in Ostdeutschland zwar stärker aus als in Westdeutschland, bleibt aber dennoch unter dem westdeutschen Niveau. Zudem und als Folge des ungleich höheren Vermögens in Westdeutschland wird dort häufiger Vermögen vererbt und die Erbschaften sind höher bewertet als in Ostdeutschland.

An diesen Unterschieden zwischen West- zu Ostdeutschland auch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung wird deutlich, dass Vermögensaufbau Zeit benötigt. Viele Menschen erben einen Teil ihres Vermögens, was durch einen geringeren Kapitalaufbau in Ostdeutschland auch heute noch die nachfolgenden Generationen betrifft. Zudem sind die Einkommen in Ostdeutschland geringer, was ebenfalls zu einem geringeren eigenen Kapitalaufbau führt.

Sozialpolitisch müssen Menschen in Ostdeutschland und Personen aus einer niedrigen sozialen Schicht in den Fokus gerückt werden. Sie sind nicht nur in der Einkommenshöhe, sondern auch in der Bewertung von Vermögen und Erbschaften schlechter gestellt. Somit wird sich mittelfristig wenig an der ungleichen Verteilung von finanziellen Ressourcen im Alter verändern.

Wenn davon auszugehen ist, dass finanzielle Ressourcen eine Grundlage für die soziale Teilhabe in der Gesellschaft darstellen, muss Sorge getragen werden, dass keine Personengruppen von der finanziellen Entwicklung abgehängt werden und im Alter keine Möglichkeiten zur Veränderung ihrer individuellen Situation haben. Altersarmut geht häufig Hand in Hand mit geringen oder keinen Vermögenswerten, was wiederum zu geringen Erbschaften an nachwachsende Generationen führt und finanzielle Ungleichheit in bestimmten Personengruppen verfestigt.

Damit Menschen im frühen und mittleren Erwachsenenalter angemessene Entscheidungen über ihre finanzielle Altersvorsorge treffen können, ist eine hohe Transparenz über die zukünftige soziale Sicherung und die zu erwartenden Renten aus der gesetzlichen Alterssicherung unerlässlich. Zum einen ist es nötig, tragfähige Lösungen zur Verhinderung von Altersarmut bei Personen mit geringeren Ressourcen zum Vermögensaufbau zu finden. Andererseits ist die Transparenz notwendig, um nicht in die ‚Sparfalle‘ zu tappen, die sich aus zu geringer eigener Spartätigkeit, unerwartet niedriger Erbschaften und unerwartet hohen Abgaben und damit verbundener Sparfähigkeit zusammensetzt.

Literatur

- Braun, R., Pfeiffer, U., & Thomschke, L. (2011). *Erben in Deutschland: Volumen, Verteilung und Verwendung*. Köln: Deutsches Institut für Altersvorsorge: Eigenverlag.
- Frick, J., & Grabka, M. (2009). Gestiegene Vermögensungleichheit in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, 4, 54-67.
- Friedman, M. (1957). *A theory of the consumption function*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Grabka, M., & Westermeier, C. (2014). Anhaltend hohe Vermögensungleichheit in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, 09, 151-165.
- Hauser, R., Becker, I., Grabka, M., & Westerheide, P. (2007). *Integrierte Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung. Abschlussbericht zur Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales*. Bonn.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel-Klingebiel, A., & Szydlik, M. (2000). Soziale Ungleichheit. In: M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.) *Die zweite Lebenshälfte: Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (S. 318-336). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Krause, P., & Schäfer, A. (2005). Verteilung von Vermögen und Einkommen in Deutschland: Große Unterschiede nach Geschlecht und Alter. *DIW Wochenbericht* 11, 199-207.
- Mayer, K.-U., & Wagner, M. (1999). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: K.-U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie* (S. 251-275). Berlin: Akademie Verlag.
- Modigliani, F., & Brumberg, R. (1954). Utility Analysis and the Consumption Function: An Attempt at Integration. In: K. Kurihara (Hrsg.) *Post-Keynesian Economics*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Vogel, C., & Künemund, H. (2014). Armut im Alter. In: S. Frech & O. Groh-Samberg (Hrsg.) *Armut in Wohlstandsgesellschaften* (S. 123-136). Schwalbach im Taunus: Wochenschau Verlag.

8 Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich

Julia K. Wolff, Sonja Nowossadeck & Svenja M. Spuling

Kernaussagen

Trotz eines hohen Anteils von Personen mit Mehrfacherkrankungen berichten viele der 40- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 von einer guten funktionalen Gesundheit: Bereits die 40- bis 54-Jährigen sind 2014 etwa zur Hälfte (47,1 Prozent) von mehr als zwei Erkrankungen betroffen. Bei den 55- bis 69-Jährigen und 70- bis 85-Jährigen sind es mit 65,5 und 82,1 Prozent deutlich mehr. Gleichzeitig berichtet die Mehrheit der 40- bis 85-Jährigen von einer guten funktionalen Gesundheit (68,9 Prozent). Selbst Personen mit fünf und mehr Erkrankungen geben zu 39,2 Prozent noch eine gute funktionale Gesundheit an.

Bei der Gesundheit bestehen im Jahr 2014 große Bildungsunterschiede: Niedriggebildete berichten im Jahr 2014 seltener von höchstens einer Erkrankung (23,0 Prozent) sowie seltener von einer guten funktionalen Gesundheit (45,8 Prozent) als Personen mit mittlerer Bildung (37,1 Prozent höchstens eine Erkrankung; 65,4 Prozent gute funktionale Gesundheit) oder Hochgebildete (41,6 Prozent höchstens eine Erkrankung; 79,1 Prozent gute funktionale Gesundheit).

Der Wandel hin zu weniger selbstberichteten Erkrankungen von 1996 zu 2008 setzt sich im Jahr 2014 nicht fort: Von 1996 bis 2002 nannte ein größer werdender Anteil der 40- bis 85-Jährigen keine oder nur eine Erkrankung. Während der Anteil von Personen mit höchstens einer Erkrankung von 2002 bis 2008 bei circa 44 Prozent stabil blieb, ist er zwischen 2008 und 2014 um sechs Prozentpunkte gesunken – liegt allerdings noch zwei Prozentpunkte über dem Niveau von 1996. Dieser Wandel betrifft alle Altersgruppen gleichermaßen.

Der Anteil an Personen mit guter funktionaler Gesundheit hat zwischen 2008 und 2014 zugenommen, allerdings nur bei den über 65-Jährigen: Personen im Alter von 66 bis 83 Jahren berichten 2014 häufiger von einer guten funktionalen Gesundheit als noch im Jahr 2008. Dagegen hat der Anteil an Personen mit guter funktionaler Gesundheit unter den unter 66-Jährigen zwischen 2008 und 2014 abgenommen.

8.1 Einleitung

Mit zunehmendem Alter spielt die Aufrechterhaltung einer guten Gesundheit nicht nur für das Wohlbefinden oder für persönliche Aktivitäten (vgl. Kapitel 11 und 17) eine bedeutende Rolle, sondern auch für die gesellschaftliche Teilhabe, wie das ehrenamtliche Engagement oder die Erwerbstätigkeit (vgl. Kapitel 3 und 5). Gute Gesundheit umfasst dabei nicht nur die Abwesenheit von Krankheit sondern mehrere Dimensionen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit zum Beispiel „als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946: 1). Häufig werden in der Erforschung der Gesundheit vier Facetten unterschieden: subjektive, psychische, körperliche und funktionale Gesundheit.

Die *subjektive Gesundheit* ist die individuelle Bewertung des Gesundheitszustands einer Person und ein bedeutender Prädiktor für Lebensqualität. Sie wird normalerweise mit einer einzelnen Frage „Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?“ von ‚sehr schlecht‘ bis ‚sehr gut‘ erfasst. Die subjektive Gesundheit wird in Kapitel 10 genauer thematisiert. Die *psychische Gesundheit* umfasst verschiedene psychische Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen. Depressive Symptome als Ausdruck der negativen Befindlichkeit werden in Kapitel 11 untersucht. Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich dagegen näher mit der körperlichen und funktionalen Gesundheit und verfolgt dabei zwei zentrale Fragen: Wie ist die Gesundheit im Jahr 2014 und wie hat sich die Gesundheit seit 1996 gewandelt?

Die *körperliche Gesundheit* wird durch die Erkrankungen einer Person beschrieben und auch unter dem Begriff der Morbidität gefasst. Je nach Definition gilt die Kombination mehrerer (mindestens zwei) chronischer Erkrankungen als Multimorbidität. Häufig, wie auch im Deutschen Alterssurvey (DEAS), werden dazu selbstberichtete Erkrankungen herangezogen, die ein ähnlich gutes Maß für die körperliche Gesundheit sind wie von Ärzten diagnostizierte Erkrankungen (Katz, Chang, Sangha, Fossel, & Bates 1996). Zudem wird im DEAS als ein medizinisch objektiver Indikator die Lungenfunktion als zusätzliches Maß der körperlichen Gesundheit und Fitness erhoben.

Die *funktionale Gesundheit* bezieht sich auf Einschränkungen in der Mobilität oder den Alltagskompetenzen. Diese funktionalen Einschränkungen sind neben der Anzahl der körperlichen Erkrankungen von zentraler Bedeutung. Denn körperlich krank zu sein heißt nicht unbedingt auch funktional eingeschränkt zu sein. Viele Menschen mit einer oder mehreren Erkrankungen meistern ihren Alltag ohne jegliche Einschränkungen.

Durch altersphysiologische Prozesse nimmt mit steigendem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit zu, an chronischen Erkrankungen zu leiden (Barnett, Mercer, Norbury, Watt, Wyke, & Guthrie 2012). Zum Beispiel erhöht die Abnahme der Knochendichte und der Muskelkraft das Risiko für Muskelskeletterkrankungen wie Osteoporose oder einen Bandscheibenvorfall. Auch erhöht die Abnahme von Arterienelastizität und Herzschlagvolumen die Wahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-erkrankungen. Gleichzeitig kumulieren Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht über das Lebensalter hinweg und können zu einer erhöhten Prävalenz von Erkrankungen wie Krebs und Bluthochdruck beitragen. Es ist demnach davon auszugehen, dass im hohen Lebensalter mehr Menschen von Multimorbidität betroffen sind als in jüngeren Jahren. Aber auch im mittleren Erwachsenenalter werden bereits vermehrt chronische Erkrankungen berichtet (Barnett, Mercer et al. 2012). Diagnostizierte Erkrankungen müssen aber nicht bedeuten, dass man im Alltag gesundheitlich eingeschränkt ist. Häufig stellen die chronischen Erkrankungen zunächst aufgrund guter medikamentöser Einstellung sowie präventiver

Maßnahmen (zum Beispiel Bewegung) keine Einschränkungen im Leben der Betroffenen dar. Erst später im Lebenslauf kommt es durch altersphysiologische Prozesse und durch das kumulierte Auftreten von Multimorbidität sowie von Risikofaktoren (zum Beispiel Rauchen, Feinstaubbelastung) zu funktionalen Einschränkungen (Aarts, den Akker, Bosma, Tan, Verhey, Metsemakers, & van Boxtel 2012).

Frauen sind häufiger von Multimorbidität betroffen als Männer (Fuchs, Busch, Lange, & Scheidt-Nave 2012) und berichten auch mehr funktionale Einschränkungen als Männer (Menning & Hoffmann 2009). Gründe dafür liegen zum einen in den gesundheitlichen Nachteilen eines geringeren Bildungs- und Einkommensniveaus von Frauen (vgl. Kapitel 6). Zum anderen erleben Frauen in ihrem Lebenslauf größere physiologische und hormonelle Veränderungen (Schwangerschaft, Menopause) als Männer. Frauen haben unter anderem dadurch ein anderes Krankheitsspektrum als Männer, sie sind zum Beispiel häufiger von Krankheiten, die die Mobilität beeinträchtigen (muskuloskelettale Erkrankungen wie Arthrose und Osteoporose), betroffen (Menning & Hoffmann 2009; Pietschmann, Rauner, Sipos, & Kersch-Schindl 2008), die unter anderem eine Ursache für funktionale Einschränkungen sein können.

Auch unterscheidet sich die Gesundheit nach dem Bildungsniveau einer Person. Menschen mit niedriger Bildung besitzen weniger Ressourcen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit, wie finanzielle Mittel, soziale Beziehungen oder Wissen über Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Hinzu kommen möglicherweise auch stärkere körperliche Belastungen im Erwerbsleben. Aufgrund von geringerem gesundheitlichem Vorwissen und weniger umfassenden Krankenversicherungen (zum Beispiel weniger private Zusatzversicherungen, weniger finanzielle Möglichkeiten für Hilfsmittel) kann es auch zu einer schlechteren medizinischen Versorgung Niedriggebildeter kommen. Dementsprechend haben Niedriggebildete ein größeres Risiko für mehrere Krankheiten (Nagel, Peter, Braig, Hermann, Rohrmann, & Linseisen 2008; Robert Koch-Institut 2015). Außerdem haben Personen mit geringer Bildung auch eine schlechtere Lungenfunktion als Menschen mit höherer Bildung (Hegewald & Crapo 2007). Es ist zudem auch von stärkeren funktionalen Einschränkungen bei Niedriggebildeten auszugehen (Huisman, Kunst, Deeg, Grigoletto, Nusselder, & Mackenbach 2005; Robert Koch-Institut 2015).

Mit der steigenden Lebenserwartung stellt sich die Frage, ob die gewonnene Lebenszeit in Krankheit oder in guter Gesundheit verbracht wird. Dazu gibt es in der Forschung unterschiedliche Thesen. *Morbiditätsexpansion* bedeutet, dass die Anzahl an Jahren mit Erkrankungen schneller zunimmt als die Lebenserwartung insgesamt (Gruenberg 1977): Wir leben zwar länger, müssen dafür aber einen überproportionalen Zuwachs an Jahren in Krankheit in Kauf nehmen. *Morbiditätskompression* heißt, dass der Zuwachs an gesunden Lebensjahren im Alter größer ist als der Zuwachs an Lebenserwartung (Fries 1980). Das bedeutet, dass wir länger leben und gleichzeitig auch einen größeren Anteil unseres Lebens in Gesundheit verbringen. Beim *dynamischen Äquilibrium* wiederum geht man davon aus, dass zwar die Anzahl der Erkrankungen steigt, diese aber besser behandelbar sind und damit weniger Leid und weniger funktionale Einschränkungen verursachen. Es entsteht ein dynamisches Gleichgewicht zwischen dem Zuwachs an Gesamtlebenszeit und dem Zuwachs an Lebensjahren mit leichteren Gesundheitsbeeinträchtigungen (Manton 1982). Im vorliegenden Kapitel werden mit den DEAS-Daten in diesem Zusammenhang sowohl Aspekte der Morbidität als auch der Funktionalität ohne Berücksichtigung der Lebenserwartung analysiert. Es wird also untersucht, ob es zwischen den Kohorten Unterschiede in der Krankheitslast gibt. Zudem wird analysiert, ob sich die Veränderungen bei den selbstberichteten Krankheiten und Einschränkungen auch in einem medizinisch objektiven Maß, der Lungenfunktion, spiegeln.

Insbesondere für das Gesundheitssystem, die Pflegeversicherung und die Rentenpolitik ist es wichtig zu wissen, ob nachfolgende Kohorten eine bessere Gesundheit berichten, das heißt weniger selbstberichtete Erkrankungen und weniger funktionale Einschränkungen, als ältere Kohorten. Aufgrund des medizinischen Fortschritts, des höheren Bildungsgrades und eines gesünderen Lebensstils nachfolgender Kohorten ist mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes von 1996 zu 2014 zu rechnen. In der Literatur finden sich mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) weniger funktionale Einschränkungen bei jüngeren Kohorten von 1997 bis 2010 (Trachte, Sperlich, & Geyer 2015). Von 2006 zu 2012 dagegen zeigte sich ebenfalls mit den Daten des SOEP ein altersdifferenziertes Bild (Steiber 2015): Während bei den 50- bis 64-Jährigen die funktionale Gesundheit abnahm, blieb sie bei den 65- bis 90-Jährigen stabil. In anderen Studien in Deutschland deutet sich eine Zunahme der gesunden Lebenserwartung unabhängig vom Alter an (Kroll & Ziese 2009). Ältere Befunde weisen zudem darauf hin, dass sich auch die Lungenfunktion von 1965 zu 1990 in nachfolgenden Kohorten verbessert hat (Xu, Laird, Dockery, Schouten, Rijcken, & Weiss 1995). In Statistiken aus verschiedenen europäischen Ländern, den USA und Japan, zeigt sich häufig eine erhöhte Morbidität bei gleichzeitiger Abnahme von funktionalen Einschränkungen in nachfolgenden Kohorten, was für ein dynamisches Gleichgewicht spricht (Klijs, Mackenbach, & Kunst 2011; Doblhammer & Kreft 2011). Es gibt aber auch Studien, die zeigen, dass die gesunde Lebenserwartung in vielen Ländern weniger schnell steigt als die generelle Lebenserwartung, was auf eine Zunahme der Morbidität hindeutet (Salomon, Wang, Freeman, Vos, Flaxman, Lopez, & Murray 2013).

Neben dem allgemeinen Trend ist es wichtig zu wissen, ob alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von diesem Wandel betroffen sind. Zum Beispiel könnte sich die Gesundheit von Erwachsenen im mittleren Alter durch weniger körperliche Belastungen in der Arbeitswelt über die Kohorten verbessern, während höhere Altersgruppen von diesem Wandel (noch) nicht profitieren. Für Männer und Frauen könnte der Wandel durch eine Angleichung der Lebensbedingungen in nachfolgenden Kohorten geprägt sein: Frauen, die ohnehin von mehr Erkrankungen und Einschränkungen betroffen sind, könnten durch eine steigende Erwerbsbeteiligung und die damit verbundenen Belastungen in jüngeren Kohorten eine schlechtere Gesundheit aufweisen. Von besonderer gesellschaftlicher Bedeutung sind Bildungsunterschiede: Es gilt die Frage zu klären, ob sich Bildungsunterschiede in nachfolgenden Kohorten eher verschärfen oder verringern. So finden sich beispielsweise Hinweise auf eine Morbiditätskompression bei Hochgebildeten und eine Morbiditätsexpansion bei Personen mit niedrigerer Bildung in den USA (Meara, Richards, & Cutler 2008).

Das vorliegende Kapitel wird sich entsprechend mit den zwei folgenden Fragen auseinandersetzen:

- Wie ist die Gesundheit (selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit) für verschiedene Bevölkerungsgruppen im Jahr 2014?
- Wie hat sich die Gesundheit über den Erhebungszeitraum gewandelt? Sind alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen vom Wandel betroffen?

8.2 Datengrundlage

Daten. Für die Beantwortung der Fragestellungen werden die Daten der 40- bis 85-Jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des DEAS aus den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 genutzt.

Die selbstberichteten Erkrankungen werden seit 1996 im schriftlichen Fragebogen erfasst, der Lungenfunktionstest wird seit 2008 als Teil des mündlichen Interviews durchgeführt und die funktionale Gesundheit wird im mündlichen Interview seit dem Jahr 2002 erfasst.

Selbstberichtete Erkrankungen. Die Anzahl der Erkrankungen wird im DEAS mit elf Krankheitsgruppen erfasst (Eigenentwicklung für den DEAS 1996; Wurm, Tesch-Römer, & Tomasik 2007). Die Befragten wurden gebeten anzugeben, welche der folgenden Erkrankungen sie haben: Herzkreislauferkrankung; Durchblutungsstörung; Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben- oder Rückenleiden; Atemwegserkrankung, Asthma oder Atemnot; Magen- oder Darmerkrankung; Krebserkrankung; Zucker/Diabetes; Gallen-, Leber- oder Nierenleiden; Blasenleiden; Augenleiden/Sehstörungen; Ohrenleiden/Schwerhörigkeit. Zur Datenanalyse für das vorliegende Kapitel wurde die Anzahl der körperlichen Erkrankungen in einen Multimorbiditätsindex überführt. Das heißt, es wird bei jeder Fragestellung der Anteil an Personen, die *keine oder eine Erkrankung* haben, der Anteil an Personen, die eine mittlere Krankheitslast aufweisen – also *zwei bis vier Erkrankungen* haben – und der Anteil an Personen, die eine hohe Krankheitslast haben – also *fünf und mehr Erkrankungen* angeben – berichtet.

Lungenfunktion. Die Lungenfunktion wurde mittels des Mini-Wright Peak-Flow-Meters gemessen (Teilnahmequote 87,8 Prozent im Jahr 2008 und 90,8 Prozent im Jahr 2014; vgl. Kapitel 2). Dazu werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten so schnell und kräftig wie möglich in ein Spirometer auszuatmen. Gemessen wird dabei die Höchstgeschwindigkeit mit der eine Person ausatmen kann. Die berichteten Werte entsprechen Liter pro Minute. Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer liegen mit ihren Werten im Normbereich der Lungenfunktion. Im Jahr 2008 haben nur 3,3 Prozent, im Jahr 2014 nur 1,9 Prozent auffällig niedrige Werte gezeigt.

Funktionale Gesundheit. Die funktionale Gesundheit wird im DEAS mit zehn Fragen zu Einschränkungen in täglichen Aktivitäten erfasst (Subskala körperliche Funktionsfähigkeit der SF-36; Bullinger & Kirchberger 1998; Ware & Sherbourne 1992). Die zehn Tätigkeiten sind bei der Abfrage nach absteigender Schwierigkeit geordnet. Dabei handelt es sich um: anstrengende Tätigkeiten (zum Beispiel schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben); mittelschwere Tätigkeiten (zum Beispiel einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen); Einkaufstaschen heben oder tragen; mehrere Treppenabsätze steigen; einen Treppenabsatz steigen; sich beugen, knien, bücken; mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen; mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen; eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen; sich baden oder anziehen. Die Befragten schätzten ein, inwiefern sie bei den genannten Tätigkeiten ‚überhaupt nicht‘ (1), ‚etwas‘ (2) oder ‚stark‘ (3) eingeschränkt sind. Die Antworten wurden für jede Person gemittelt. Bei den folgenden Ergebnissen wird jeweils der Anteil an Personen berichtet, die keine oder geringe Einschränkungen angeben (Mittelwert < 1,3) und damit eine *gute funktionale Gesundheit* berichten.

Gruppierungsvariablen. Altersunterschiede werden mit drei Altersgruppen (40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre) veranschaulicht. Weiterhin werden für Gruppenunterschiede das Geschlecht der Befragten und der Bildungsgrad in drei Stufen (niedrige, mittlere und hohe Bildung) genutzt, gemessen mit einer reduzierten ISCED-Klassifizierung. Altersunterschiede im Wandel werden, falls vorhanden, mit Sechs-Jahres-Altersgruppen beschrieben, damit es nicht zu Überschneidungen zwischen den Erhebungszeitpunkten und den Altersgruppen kommt (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre). Weitere Informationen zu den Gruppierungsvariablen finden sich in Kapitel 2.

Analysen. Signifikanztestungen erfolgten über lineare, logistische und ordinale Regressionsmodelle unter Kontrolle der Stratifizierungsvariablen Altersgruppe (40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre), Geschlecht und Region (West-/Ostdeutschland). Für die Regressionen zur Überprüfung der Unterschiede bei der Lungenfunktion wurde zusätzlich zu den Stratifizierungsvariablen die Größe der Befragten kontrolliert, da die Körpergröße einen starken Einflussfaktor auf die Lungenfunktion darstellt (Pellegrino, Viegi, Brusasco, Crapo, Burgos, Casaburi, Coates, van der Grinten, Gustafsson, Hankinson, Jensen, Johnson, MacIntyre, McKay, Miller, Navajas, Pedersen, & Wanger 2005). In den meisten Abbildungen werden gewichtete Ergebnisse dargestellt. Abbildung 8-2 stellt die aus den am Mikrozensus gewichteten logistischen Regressionen errechneten Prozentwerte dar.

8.3 Gesundheit im Jahr 2014

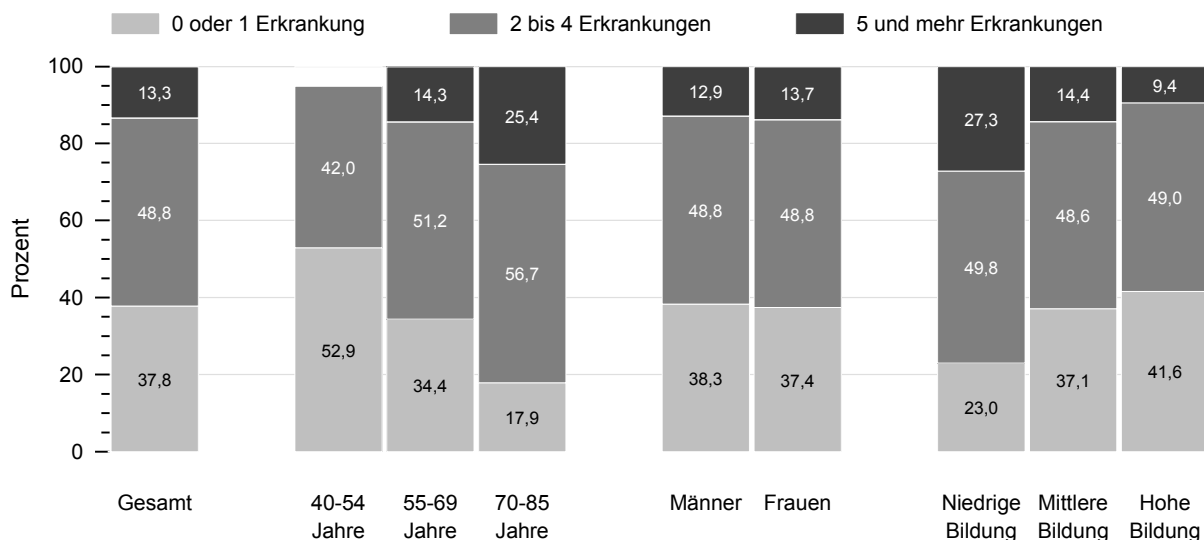
Im Jahr 2014 beträgt über alle Altersgruppen hinweg der Anteil an Personen, die keine oder eine Erkrankung berichten, 37,8 Prozent. Der Anteil an Personen mit zwei bis vier Erkrankungen beträgt 48,8 Prozent und der Anteil von Personen mit fünf oder mehr Erkrankungen 13,3 Prozent (Abbildung 8-1a). Es zeigen sich im Jahr 2014 deutliche Altersunterschiede bei der Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen. Während bei den 40- bis 54-Jährigen noch gut die Hälfte (52,9 Prozent) null oder eine Erkrankung angeben, sind es bei den 70- bis 85-Jährigen nur noch 17,9 Prozent. Betrachtet man nur die Personen, die keine Erkrankung berichten (ohne Abbildung), nimmt der Anteil noch einmal deutlich ab: In der jüngsten Altersgruppe berichten 22,2 Prozent, bei den 55- bis 69-Jährigen 12,8 Prozent und bei den 70- bis 85-Jährigen immerhin noch 4,8 Prozent gar keine Erkrankung. Dagegen ist der Anteil an Personen, die zwei bis vier sowie fünf und mehr Erkrankungen haben, in höheren Altersgruppen größer. Unter den 40- bis 54-Jährigen berichten nur 5,1 Prozent fünf und mehr Erkrankungen, bei den 55- bis 69-Jährigen sind es immerhin 14,3 Prozent und unter den 70- bis 85-Jährigen berichtet ein Viertel der Personen (25,4 Prozent) fünf und mehr Erkrankungen. Aufgrund von altersphysiologischen Prozessen bestehen auch deutliche Unterschiede bei der Lungenfunktion. Die 40- bis 54-Jährigen erreichen im Durchschnitt einen Wert von 457,7 l/min, die 55- bis 69-Jährigen einen Wert von 405,9 l/min und die 70- bis 85-Jährigen haben im Schnitt einen Wert von 323,5 l/min (vgl. Tabelle A 8-3 im Anhang).

Ähnlich wie bei den Erkrankungen und der Lungenfunktion besteht auch beim Anteil an Personen mit guter funktionaler Gesundheit, wie erwartet, ein Altersunterschied (Abbildung 8-1b). Von den 40- bis 54-Jährigen berichten 83,5 Prozent eine gute funktionale Gesundheit. Dieser Anteil liegt bei den 55- bis 69-Jährigen bei 66,8 Prozent. Immerhin knapp die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen berichtet noch eine gute funktionale Gesundheit (48,4 Prozent).

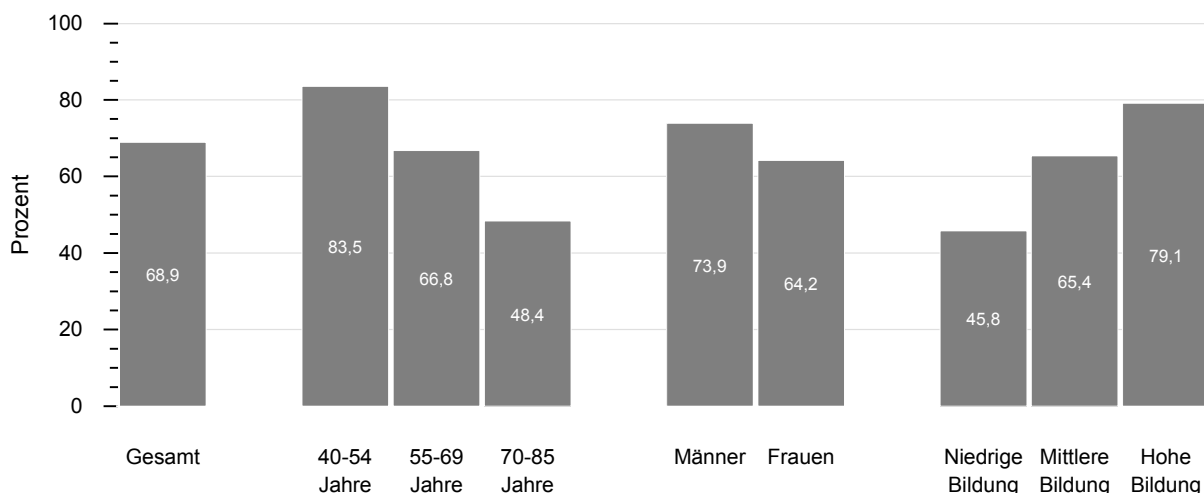
Der Anteil an Personen mit null oder einer, zwei bis vier sowie fünf und mehr Erkrankungen unterscheidet sich nicht zwischen Männern und Frauen (Abbildung 8-1a). Der erwartete Geschlechtsunterschied zeigt sich also nicht für die selbstberichteten Erkrankungen. Die Lungenfunktion dagegen unterscheidet sich wegen biologischer Voraussetzungen zwischen Männern und Frauen (486,7 l/min versus 330,0 l/min; vgl. Tabelle A 8-3 im Anhang). Männer berichten zu einem größeren Anteil (73,9 Prozent) eine gute funktionale Gesundheit als Frauen (64,2 Prozent; Abbildung 8-1b). Es sind also wie erwartet mehr Frauen von funktionalen Einschränkungen betroffen als Männer.

Abbildung 8-1: Anzahl selbstberichteter Erkrankungen und Anteile der Personen mit guter funktionaler Gesundheit, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)

a) Anzahl selbstberichteter Erkrankungen



b) Anteile der Personen mit guter funktionaler Gesundheit



Quelle: DEAS 2014 (Selbstberichtete Erkrankungen: n = 4.219 ; funktionale Gesundheit: n = 5.997) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Altersgruppenunterschiede. Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Signifikante Bildungsgruppenunterschiede in allen Kategorien außer im Anteil an Personen mit zwei bis vier Erkrankungen zwischen Personen mit mittlerer und hoher Bildung. b) Altersgruppen-, Geschlechts- und Bildungsgruppenunterschiede signifikant.

Bei der Gesundheit bestehen im Jahr 2014 große Bildungsunterschiede.

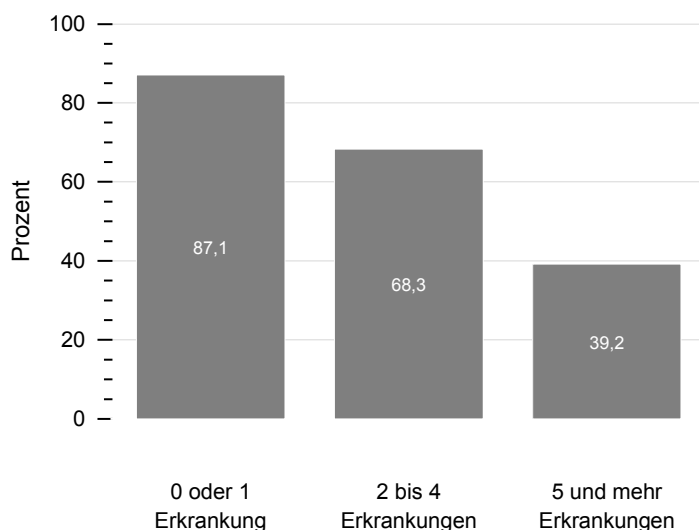
Auch die Bildungsunterschiede entsprechen 2014 den Erwartungen (Abbildung 8-1a und 8-1b). Der Anteil an Personen mit keiner oder einer Erkrankung ist geringer bei Niedriggebildeten (23,0 Prozent) im Vergleich zu Personen mit mittlerer oder hoher Bildung (37,1 beziehungsweise 41,6 Prozent; Abbildung 8-1a). Auch Personen mit mittlerer und hoher Bildung unterscheiden sich hier bedeutsam. Der Anteil an Personen mit zwei bis vier Erkrankungen ist bei Personen mit niedriger Bildung im Vergleich zu Personen mit mittlerer beziehungsweise hoher Bildung etwas höher, während sich Menschen mit mittlerer und hoher Bildung hier nicht signifikant unterscheiden. Der Anteil von Personen mit fünf und mehr Erkrankungen ist in höheren Bildungsgruppen geringer.

Alle Bildungsgruppen unterscheiden sich dabei signifikant voneinander. Das bedeutet, dass Niedriggebildete häufiger mehrere Krankheiten berichten als Personen mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau. Auch die Lungenfunktion von Personen mit höherer Bildung ist besser als die von Personen mit niedrigerer Bildung. Im Durchschnitt erreichen Personen mit niedriger Bildung einen Wert von 299,3 l/min, Personen mit mittlerer Bildung einen Wert von 393,8 l/min und Personen mit hoher Bildung haben im Schnitt einen Wert von 448,4 l/min (ohne Abbildung). Mit höherer Bildung steigt auch der Anteil an Menschen, die eine gute funktionale Gesundheit berichten (Abbildung 8-1b). Während die Niedriggebildeten nur zu 45,8 Prozent eine gute funktionale Gesundheit berichten, sind es bei den Personen mit mittlerer Bildung 65,4 Prozent und bei den Hochgebildeten 79,1 Prozent. Das heißt, dass Niedriggebildete häufiger funktionale Einschränkungen berichten als Personen mit mittlerer oder höherer Bildung.

Trotz eines hohen Anteils von Personen mit Mehrfacherkrankungen berichten viele der 40- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 eine gute funktionale Gesundheit.

Auch wenn gut 60 Prozent der 40- bis 85-Jährigen mehr als eine Erkrankung berichten, heißt dies nicht unbedingt, dass diese Personen auch funktional in ihrem Alltag eingeschränkt sind. Um zu überprüfen, inwiefern sich der Anteil an Personen mit guter funktionaler Gesundheit unter den Menschen mit null oder einer, zwei bis vier oder fünf und mehr Erkrankungen unterscheidet, wurde der Zusammenhang der beiden Gesundheitsdimensionen untersucht. Dieser Zusammenhang erwies sich als statistisch signifikant: Personen, die mehr Erkrankungen berichten, geben seltener eine gute funktionale Gesundheit an. Allerdings berichten unter den Personen mit zwei bis vier Erkrankungen noch gut zwei Drittel eine gute funktionale Gesundheit (68,3 Prozent) und selbst die Personen mit fünf und mehr Erkrankungen geben noch zu 39,2 Prozent eine gute funktionale Gesundheit an (Abbildung 8-2).

Abbildung 8-2: Anteile der Personen mit guter funktionaler Gesundheit nach der Anzahl an selbstberichteten Erkrankungen, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.219) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Signifikanter Zusammenhang zwischen selbstberichteten Erkrankungen und guter funktionaler Gesundheit. Signifikante Unterschiede in der funktionalen Gesundheit zwischen allen Kategorien der selbstberichteten Erkrankungen.

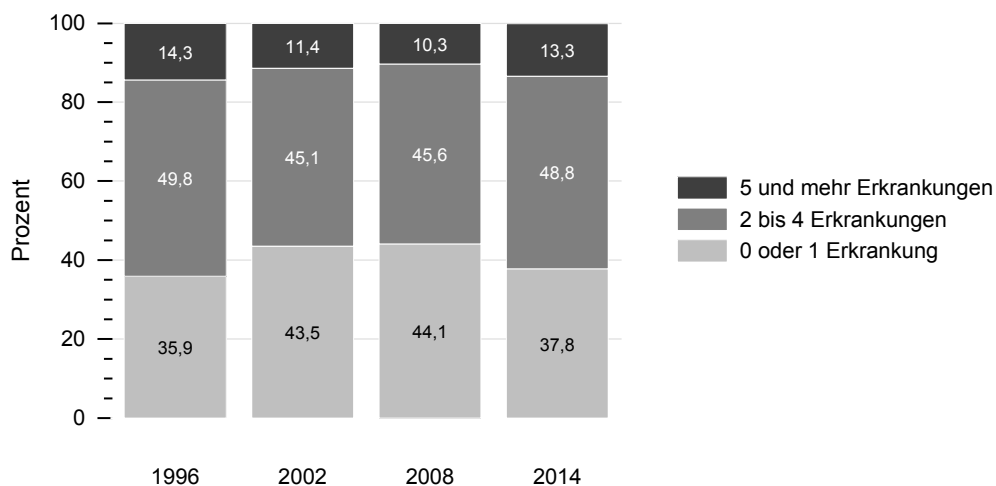
8.4 Der Wandel der Gesundheit über die Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014

Bisher hatten sich in den Daten des DEAS von 1996 bis 2008 positive Ergebnisse im Wandel der Gesundheit gezeigt. Jüngere Kohorten hatten weniger Erkrankungen (1996 bis 2008) und eine bessere funktionale Gesundheit berichtet als ältere Kohorten (2002 bis 2008; Wurm, Schöllgen, & Tesch-Römer 2010).

Der Wandel hin zu weniger selbstberichteten Erkrankungen von 1996 zu 2008 setzt sich im Jahr 2014 nicht fort.

Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren 1996 bis 2014 in dem Anteil an Personen mit null oder einer, zwei bis vier sowie fünf und mehr Erkrankungen sind in Abbildung 8-3 dargestellt. Im Mittel hat der Anteil an Personen, die keine oder eine Erkrankung berichten, von 1996 (35,9 Prozent) zu 2014 (37,8 Prozent) zugenommen. Allerdings zeigt sich von 2002 zu 2008 ein Plateau auf hohem Niveau (circa 44 Prozent), gefolgt von einer Abnahme zum Jahr 2014. Der Anteil an Personen mit zwei bis vier Erkrankungen und der an Personen mit fünf und mehr Erkrankungen hat sich über die Erhebungsjahre gleichermaßen verändert. Damit setzt sich der positive Trend zu weniger selbstberichteten Erkrankungen, der sich bis 2008 gezeigt hatte, im Jahr 2014 nicht fort. Der Wandel unterscheidet sich nicht bezüglich der Altersgruppen, des Bildungsniveaus oder des Geschlechts. Das heißt, die Veränderungen über die Erhebungsjahre betreffen alle untersuchten gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen und die Gruppen unterscheiden sich nur in der Höhe der prozentualen Anteile in den drei Krankheitsgruppen.

Abbildung 8-3: Anzahl an selbstberichteten Erkrankungen, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.003), 2002 (n = 2.775), 2008 (n = 4.352), 2014 (n = 4.219) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und allen anderen Erhebungsjahren (2002, 2008 bzw. 2014) in allen Krankheitskategorien. Stabilität von 2002 zu 2008 und signifikante Unterschiede von 2008 zu 2014 in allen Krankheitskategorien.

Die Lungenfunktion hat sich im Gegensatz zu den selbstberichteten Erkrankungen von 2008 zu 2014 leicht von 401,0 l/min auf 406,8 l/min verbessert (vgl. Tabelle A 8-3 im Anhang). Das entspricht einem prozentualen Anstieg von 1,5 Prozent. Die Veränderung unterscheidet sich nicht

nach den Altersgruppen und betrifft alle Bildungsgruppen sowie beide Geschlechter gleichermaßen.

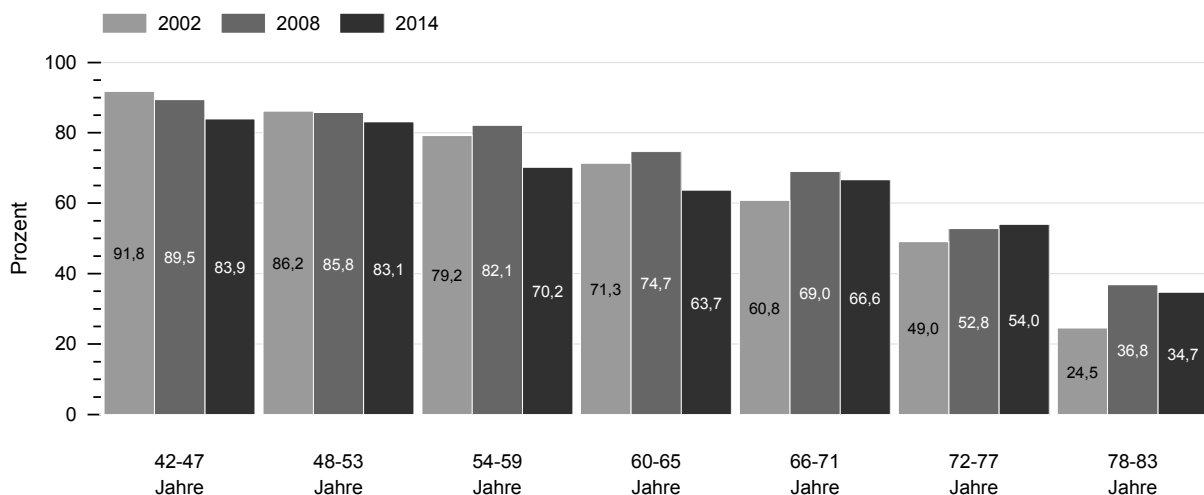
Für die funktionale Gesundheit ergibt sich im Wandel von 2002 zu 2014 für die Alters- und Bildungsgruppen ein differenzierteres Bild. Der Wandel unterscheidet sich jedoch nicht für Männer und Frauen. Für fast alle Altersgruppen unter 65 Jahren (42 bis 47 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre) ist der Anteil an Personen, die eine gute funktionale Gesundheit berichten, von 2002 zu 2008 stabil geblieben, hat jedoch entsprechend der Entwicklung der körperlichen Erkrankungen von 2008 zu 2014 abgenommen (Abbildung 8-4).

Dabei zeigt sich zusätzlich zum Altersunterschied auch ein Unterschied zwischen den Bildungsgruppen (ohne Abbildung): Der Anteil an Personen mit guter funktionaler Gesundheit ist bei Personen mit mittlerer Bildung von 2008 zu 2014 stärker gesunken als in den anderen beiden Bildungsgruppen, sodass sie sich im Jahr 2014 eher dem Niveau von Niedriggebildeten annähern als dem von Hochgebildeten. Somit haben sich die Bildungsunterschiede zwischen Personen mit mittlerer und hoher Bildung von 2008 zu 2014 vergrößert.

Der Anteil an Personen mit guter funktionaler Gesundheit hat zwischen 2008 und 2014 zugenommen, allerdings nur bei den über 65-Jährigen.

In den Altersgruppen ab 65 Jahren zeichnet sich hingegen konsistent über die Bildungsgruppen ein positives Bild ab. Es hat sich eine Zunahme des Anteils an Personen mit guter funktionaler Gesundheit von 2002 zu 2014 (66 bis 71 Jahre und 78 bis 83 Jahre) gezeigt, wobei der Anteil von 2008 zu 2014 stabil geblieben ist. Bei den übrigen Altersgruppen (48 bis 53 Jahre und 72 bis 77 Jahre) ist der Anteil an Personen, die eine gute funktionale Gesundheit berichten, seit 2002 stabil geblieben.

Abbildung 8-4: Anteile der Personen mit guter funktionaler Gesundheit, nach Alter, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2002 (n = 3.074), 2008 (n = 6.202), 2014 (n = 5.997) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Stabilität von 2002 zu 2008 und signifikante Abnahme von 2008 zu 2014 für die Altersgruppen 42 bis 47 Jahre, 54 bis 59 Jahre und 60 bis 65 Jahre. Signifikante Zunahme von 2002 zu 2008 bzw. 2014 und Stabilität von 2008 zu 2014 bei den 66- bis 71-Jährigen und 78- bis 83-Jährigen. Keine Veränderung von 2002 zu 2008 und von 2008 zu 2014 bei den 48- bis 53-Jährigen und 72- bis 77-Jährigen.

8.5 Diskussion und Implikationen

Im Jahr 2014 zeigen sich wie erwartet deutliche Altersunterschiede bei der Gesundheit. Während das Vorhandensein mehrerer Erkrankungen bereits im mittleren Erwachsenenalter weit verbreitet ist, kommen funktionale Einschränkungen erst im hohen Alter gehäuft vor. Auch wenn mehr als eine Erkrankung vorliegt, berichten die Menschen nicht unbedingt von gesundheitlichen Einschränkungen in ihrem Alltag. Einerseits kann dies widerspiegeln, dass einige Erkrankungen gar nicht oder erst nach langen chronischen Verläufen Einschränkungen im Alltag verursachen. Andererseits spricht dieses Ergebnis für die gute medizinische Versorgung und Medikation von chronischen Erkrankungen und für ein gesundheitsbewusstes Vorsorgeverhalten (zum Beispiel Gesundheitsverhalten, Vorsorgeuntersuchungen) von Betroffenen. Wichtig ist es, hier auch zukünftig über Präventionsmaßnahmen aufzuklären und eine gute Versorgung sicherzustellen, sodass sich funktionale Einschränkungen weiter in höhere Lebensjahre verschieben und ein längeres Leben ohne Einschränkungen möglich ist. Insbesondere eine niedrige Bildung stellt hier jedoch einen Risikofaktor dar. Im Jahr 2014 zeigen sich weiterhin deutliche Bildungsunterschiede sowohl in der Morbidität und der Lungenfunktion als auch in der funktionalen Gesundheit. Es ist Aufgabe der Politik, hier für Aufklärung in allen Bevölkerungsgruppen zu sorgen und den Zugang zu guter medizinischer Versorgung und Prävention auch für Personen mit niedriger Bildung und einem damit einhergehenden geringen finanziellen Spielraum sicherzustellen. Besorgniserregend ist auch, dass sich im Wandel die unter 66-Jährigen mit mittlerer Bildung in ihrer funktionalen Gesundheit eher denen mit niedriger Bildung angenähert haben als denen mit hoher Bildung. Damit ist der Vorsprung in der Gesundheit von Hochgebildeten gegenüber den anderen Bildungsgruppen zusehends größer geworden.

Betrachtet man die Gesundheit für alle Bevölkerungsgruppen im Wandel zeigt sich womöglich eine Trendwende. Der Anteil an Personen mit keiner oder einer Erkrankung, der von 1996 bis 2008 deutlich zugenommen hat, ist 2014 wieder gesunken. Für die Menschen im mittleren Alter (bis 65 Jahre) hat sich diese Wende auch in den funktionalen Einschränkungen gezeigt. Das Ergebnis entspricht nicht den Erwartungen über eine weiterhin positive Entwicklung der Gesundheit aufgrund des kontinuierlichen medizinischen Fortschritts. Nur bei den über 65-Jährigen ist entsprechend dieser Annahme der Anteil an Personen, die eine gute funktionale Gesundheit berichten, gestiegen. Auch wenn die Gesundheit nicht unter das Niveau von 1996 gesunken ist und abzuwarten ist, wie sich der Trend nach 2014 fortsetzt, kann dieses Ergebnis als Alarmsignal verstanden werden. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den Befunden des SOEP über einen ähnlichen Zeitraum von 2006 zu 2012 (Steiber 2015). Auch in Frankreich kam eine Studie zu dem Schluss, dass im mittleren, nicht aber im höheren Erwachsenenalter die funktionalen Einschränkungen zugenommen haben (Cambois, Audrey, & Robine 2012). Ein Erklärungshinweis könnte der gestiegene Anteil von Raucherinnen und Rauchern im Jahr 2014 im Vergleich zu 2008 sein (vgl. Kapitel 9). Weiterhin zeigt sich in Kapitel 12, dass der Anteil an Personen, die eine andere Person wegen gesundheitlichen Einschränkungen unterstützen, von 2008 zu 2014 zugenommen hat. Einerseits stellt dies eine gesundheitliche Belastung für die Unterstützenden dar, andererseits weist es auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen Älterer hin. Durch die gestiegene Erwerbsbeteiligung seit 2008 (vgl. Kapitel 3) und den gleichzeitigen Anstieg der Betreuung von Enkelkindern (vgl. Kapitel 15) sowie der Unterstützung von Personen mit gesundheitlichen Problemen (vgl. Kapitel 12) kann zudem eine Mehrfachbelastung entstehen, die insbesondere Menschen im mittleren Alter betrifft und deren Gesundheit beeinträchtigen könnte.

Die genutzte Krankheitsliste ist nicht erschöpfend und ermöglicht keine präzisen Prävalenzraten von Multimorbidität (zum Beispiel fehlen psychische und neurologische Erkrankungen). Dennoch stellt sie einen Indikator für die Krankheitslast und Beschwerdelast der Menschen im Alter von 40 bis 85 Jahren dar. Die Zunahme an selbstberichteten Erkrankungen kann aber auch ein Indiz für ein höheres Wissen über Erkrankungen, ein häufigeres Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen oder für regelmäßige Arztbesuche sein. Die Praxisgebühr, die 2004 in Kraft trat, hielt vor allem Geringverdiener und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand von Arztbesuchen ab (Böcken, Braun, Schnee, & Amhof 2005). Durch die Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 könnte es daher wieder zu vermehrten Arztbesuchen und damit Diagnosen gekommen sein, sodass der Anstieg in der Anzahl der Erkrankungen auch ein Periodeneffekt sein könnte. Auch könnte eine erhöhte Diagnostizierung von Erkrankungen durch bessere diagnostische Verfahren zu einer Erhöhung der Anzahl an selbstberichteten Krankheiten geführt haben (vgl. Moynihan, Doust, & Henry 2012). Diese Entwicklungen können allerdings nicht die Veränderungen bei den funktionalen Einschränkungen erklären.

Trotz der höheren Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen und in der funktionalen Gesundheit, hat sich eine leichte Verbesserung der Lungenfunktion von 2008 zu 2014 gezeigt. Da die Lungenfunktion ein wichtiger Fitnessindikator ist, deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass nicht alle Bereiche der Gesundheit von einer Verschlechterung betroffen sind. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass genau die Personen, deren Lungenfunktion schlecht und eingeschränkt ist, nicht an dem Test teilgenommen haben. Zudem liegen dazu im DEAS bisher nur Daten seit 2008 vor. Aber auch in anderen Lebensbereichen, mit denen die Gesundheit in Wechselwirkung steht, sind im DEAS positive Veränderungen über die Erhebungsjahre zu verzeichnen. So hat beispielsweise das Engagement bei älteren Erwachsenen weiterhin zugenommen (vgl. Kapitel 5). Auch zeigt sich, dass nachfolgende Kohorten häufiger sportlich aktiv sind (vgl. Kapitel 9). Das heißt, dass sich die Verschlechterung der Gesundheit, insbesondere im mittleren Erwachsenenalter, von 2008 zu 2014 nicht unbedingt in der gesellschaftlichen Teilhabe der Menschen in der zweiten Lebenshälfte widerspiegelt. Wissenschaftliche Befunde weisen allerdings daraufhin, dass insbesondere Niedriggebildete in ihren Aktivitäten im Ruhestand durch Multimorbidität eingeschränkt werden (Wetzel & Huxhold 2014). Auch kann die erhöhte Multimorbidität langfristig zu mehr funktionalen Einschränkungen im Alltag und damit in der Aktivität der Menschen führen (Aarts, den Akker et al. 2012). Daher gilt es weiterhin zu beobachten, wie sich die Gesundheit entwickelt und ob das hohe Aktivitätsniveau auch zukünftig in allen gesellschaftlichen Gruppen aufrechterhalten werden kann.

Die Veränderung der Gesundheit über die Kohorten ist ein wichtiger Indikator für die Chancen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. Auch mit einer Zunahme der Krankheitslast im Jahr 2014 ist die gesundheitliche Situation der heutigen Älteren besser als die Situation derer im Jahr 1996. Die gesundheitlichen Voraussetzungen für eine längere Lebensarbeitszeit in jüngeren Geburtsjahrgängen sind damit gegeben. Gleichzeitig sollte durch geeignete Präventionsmaßnahmen einer weiteren Verschlechterung der Gesundheit entgegengewirkt werden. Speziell den funktionalen Einschränkungen im Alltag kann durch bessere Gesundheitsverhaltensweisen vorgebeugt werden (vgl. auch Kapitel 9). Wenn die Gesellschaft langfristig die Gesundheit und Fitness Älterer erhalten möchte, sollte die Politik Prävention und eine gute medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung gewährleisten. Dabei gilt es insbesondere sozial Benachteiligte stärker zu integrieren.

Literatur

- Aarts, S., den Akker, M. v., Bosma, H., Tan, F., Verhey, F., Metsemakers, J., & van Boxtel, M. (2012). The effect of multimorbidity on health related functioning: Temporary or persistent? Results from a longitudinal cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(3), 211-217. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.05.014.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836). doi: 10.1016/S0140-6736(12)60482-6.
- Böcken, J., Braun, B., Schnee, M., & Amhof, R. (2005). *Gesundheitsmonitor 2005: Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh: Verlag BertelsmannStiftung.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Cambois, E., Audrey, B., & Robine, J.-M. (2012). Aging and health in France: An unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. *European Journal of Public Health*, 23(4), 575-581. doi: 10.1093/eurpub/cks136.
- Doblhammer, G., & Kreft, D. (2011). Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 907-914. doi: 10.1007/s00103-011-1315-0.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130-135. doi: 10.1056/NEJM198007173030304.
- Fuchs, J., Busch, M., Lange, C., & Scheidt-Nave, C. (2012). Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(4), 576-586. doi: 10.1007/s00103-012-1464-9.
- Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 55(1), 3-24. doi: 10.2307/3349592.
- Hegewald, M. J., & Crapo, R. O. (2007). Socioeconomic Status and Lung Function. *Chest*, 132(5), 1608-1614. doi: 10.1378/chest.07-1405.
- Huisman, M., Kunst, A., Deeg, D., Grigoletto, F., Nusselder, W., & Mackenbach, J. (2005). Educational inequalities in the prevalence and incidence of disability in Italy and the Netherlands were observed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(10), 1058.e1051-1058.e1010. doi: 10.1016/j.jclinepi.2004.12.011.
- Katz, J. N., Chang, L. C., Sangha, O., Fossel, A. H., & Bates, D. W. (1996). Can comorbidity be measured by questionnaire rather than medical record review? *Medical Care*, 34(1), 73-84. doi: 10.2307/3766388.
- Klijs, B., Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (2011). Future disability projections could be improved by connecting to the theory of a dynamic equilibrium. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 436-443. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.018.
- Kroll, L. E., & Ziese, T. (2009). Kompression oder Expansion der Morbidität? In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Manton, K. G. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 60(2), 183-244. doi: 10.2307/3349767.
- Meara, E. R., Richards, S., & Cutler, D. M. (2008). The gap gets bigger: Changes in mortality and life expectancy, by education, 1981-2000. *Health Affairs*, 27(2), 350-360. doi: 10.1377/hlthaff.27.2.350.
- Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Moynihan, R., Doust, J., & Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *British Medical Journal*, 344, 1-6. doi: 10.1136/bmj.e3502.
- Nagel, G., Peter, R., Braig, S., Hermann, S., Rohrmann, S., & Linseisen, J. (2008). The impact of education on risk factors and the occurrence of multimorbidity in the EPIC-Heidelberg cohort. *BioMed Central Public Health*, 8(1), 384-394. doi: 10.1186/1471-2458-8-384.
- Pellegrino, R., Viegi, G., Brusasco, V., Crapo, R. O., Burgos, F., Casaburi, R., Coates, A., van der Grinten, C. P. M., Gustafsson, P., Hankinson, J., Jensen, R., Johnson, D. C., MacIntyre, N., McKay, R., Miller, M. R., Navajas, D., Pedersen, O. F., & Wanger, J. (2005).

- Interpretative strategies for lung function tests. *European Respiratory Journal*, 26, 948-968. doi: 10.1183/09031936.05.00035205.
- Pietschmann, P., Rauner, M., Sipos, W., & Kerschlan-Schindl, K. (2008). Osteoporosis: An age-related and gender-specific disease – A mini-review. *Gerontology*, 55(1), 3-12. doi: 10.1159/000166209.
- Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland 2015*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T., Flaxman, A. D., Lopez, A. D., & Murray, C. J. (2013). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2144-2162. doi: 10.1016/s0140-6736(12)61690-0.
- Steiber, N. (2015). Population aging at cross-roads: Diverging secular trends in average cognitive functioning and physical health in the older population of Germany. *PlosOne*, 10(8), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0136583.
- Trachte, F., Sperlich, S., & Geyer, S. (2015). Kompression oder Expansion der Morbidität: Entwicklung der Gesundheit in der älteren Bevölkerung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, 255-262. doi: 10.1007/s00391-014-0644-7.
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. doi: 10.2307/3765916.
- Wetzel, M., & Huxhold, O. (2014). Are leisure activities and health interconnected after retirement transition? Educational differences. *Advances in Life Course Research, Manuscript submitted for publication*.
- WHO (1946). *Constitution*. Genf: WHO.
- Wurm, S., Schöllgen, I., & Tesch-Römer, C. (2010). Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 90-117). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 62B(3), 156-164. doi: 10.1093/geronb/62.3.p156
- Xu, X., Laird, N., Dockery, D. W., Schouten, J. P., Rijcken, B., & Weiss, S. T. (1995). Age, Period, and Cohort Effects on Pulmonary Function in a 24-Year Longitudinal Study. *American Journal of Epidemiology*, 141(6), 554-566.

9 Was tun wir für unsere Gesundheit?

Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte

Svenja M. Spuling, Jochen P. Ziegelmann & Jenna Wünsche

Kernaussagen

Im Jahr 2014 bestehen deutliche Alters- und Bildungsunterschiede hinsichtlich der sportlichen Aktivität: Ältere sind in geringerem Umfang aktiv als Jüngere. Trotzdem geben noch 29,8 Prozent der 70- bis 85-Jährigen an, mehrmals wöchentlich sportlich aktiv zu sein. Der Anteil mehrmals wöchentlich sportlich aktiver Personen ist bei Hochgebildeten im Vergleich zu Niedriggebildeten doppelt so hoch.

Die sportliche Aktivität hat zwischen 1996 und 2014 kontinuierlich zugenommen: Zwischen 2008 und 2014 konnten jedoch nur in den Altersgruppen ab 60 Jahren weitere Verbesserungen beobachtet werden. Waren beispielsweise im Jahr 2008 noch 13,1 Prozent der 78- bis 83-Jährigen mehrmals wöchentlich sportlich aktiv, so liegt dieser Anteil im Jahr 2014 bereits bei 23,8 Prozent. Demnach haben Altersunterschiede beim Anteil sportlich aktiver Personen zwischen 2008 und 2014 abgenommen.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ist zwischen 2008 und 2014 angestiegen: Dies ist vor allem auf Veränderungen im Rauchverhalten von Frauen zurückzuführen. Der Anteil der Raucherinnen ist zwischen 2008 und 2014 um 3,2 Prozentpunkte angestiegen, während der Anteil der Raucher im gleichen Zeitraum stabil geblieben ist.

Personen, die im Jahr 2014 Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen und Personen, die nicht rauchen, sind auch häufiger regelmäßig sportlich aktiv: Raucherinnen und Raucher sind im Jahr 2014 zu 23,4 Prozent sportlich aktiv, während dieser Anteil bei den Nicht-Raucherinnen und Nicht-Rauchern bei 40,9 Prozent liegt. Personen, die regelmäßig Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen, treiben häufiger mehrmals wöchentlich Sport als Personen, die diese nicht in Anspruch nehmen (Differenz: 9,1 Prozentpunkte). Täglicher Alkoholkonsum hängt dagegen nicht mit regelmäßiger sportlicher Aktivität zusammen.

Personen, die im Jahr 2014 nicht rauchen, sind deutlich häufiger regelmäßig sportlich aktiv als es Nicht-Raucherinnen und Nicht-Raucher im Jahr 2002 waren: Während im Jahr 2002 ein Viertel der Nicht-Raucherinnen beziehungsweise Nicht-Raucher mehrmals wöchentlich sportlich aktiv war, lag dieser Anteil im Jahr 2008 bei knapp einem Drittel und im Jahr 2014 bei 41,2 Prozent. Im Gegensatz dazu beträgt der Anteil sportlich Aktiver unter den Raucherinnen und Rauchern in den Jahren 2002, 2008 und 2014 jeweils etwa 22 Prozent.

9.1 Einleitung

Bis ins hohe Alter hinein ist das eigene Verhalten für die Gesundheit wichtig und stellt damit ein hohes Präventionspotenzial dar (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Hinsichtlich der Prävalenz der einzelnen Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen bestehen jedoch erhebliche Alters-, Geschlechts- und Bildungsunterschiede, die es in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen gilt und deren Herausarbeitung zu einer zielgerichteten Planung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen beiträgt. Vor diesem Hintergrund werden im Deutschen Alterssurvey (DEAS) 2014 sowohl Gesundheitsverhaltensweisen wie die sportliche Aktivität und die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen als auch Risikoverhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholkonsum untersucht.

Im Hinblick auf die sportliche Aktivität konnten frühere Untersuchungen zeigen, dass das Alltagsleben schon im jungen Erwachsenenalter häufig von Inaktivität geprägt ist und dass der Anteil sportlich inaktiver Personen mit dem Alter noch weiter zunimmt (Krug, Jordan, Mensink, Müters, Finger, & Lampert 2013; Wurm, Schöllgen, & Tesch-Römer 2010; Robert Koch-Institut 2015). Zahllose Studien haben zudem einen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und verschiedenen Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen aufzeigen können (zum Beispiel Lampert, von der Lippe, & Müters 2013b). Die Bildung ist dabei ein wesentliches Merkmal der sozialen Lage und soll in diesem Kapitel als Unterscheidungsmerkmal Berücksichtigung finden. Dabei zeigt sich, dass Personen mit einem höheren Bildungsabschluss häufiger regelmäßig Sport treiben als niedriggebildete Personen (Lampert, Kroll, von der Lippe, Müters, & Stolzenberg 2013a; Wurm et al. 2010; Robert Koch-Institut 2015). Die Befundlage zu Geschlechtsunterschieden ist dagegen eher uneinheitlich. Es gibt sowohl Hinweise darauf, dass Frauen sportlich aktiver sind als Männer (Wurm et al. 2010) als auch andersherum, dass Männer eher aktiv sind als Frauen (Krug et al. 2013; Robert Koch-Institut 2015).

Die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zählt ebenfalls zu den Gesundheitsverhaltensweisen. Für Ältere ist insbesondere die Gripeschutzimpfung eine wichtige primärpräventive Maßnahme, da für diese Bevölkerungsgruppe ein erhöhtes Risiko besteht, überhaupt beziehungsweise besonders schwer am Influenzavirus zu erkranken. Aus diesem Grund empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) die Teilnahme an der jährlichen Gripeschutzimpfung für alle über 60-Jährigen. Es sieht so aus, als würden den Empfehlungen entsprechend insbesondere ältere Erwachsene an einer solchen Impfung regelmäßig teilnehmen, wohingegen Geschlechts- und Bildungsunterschiede eine untergeordnete Rolle spielen (Saß, Wurm, & Ziese 2009; Robert Koch-Institut 2015). In Deutschland beträgt die jährliche Grippe-Impfquote bei den über 65-jährigen Frauen und Männern ungefähr 60 Prozent und liegt damit deutlich unter der für 2015 von der EU-Kommission angestrebten Impfrate von 75 Prozent für ältere beziehungsweise chronisch kranke Menschen (Robert Koch-Institut 2015).

Im Gegensatz zu primärpräventiven Maßnahmen, die darauf abzielen, dass bestimmte Krankheiten gar nicht erst entstehen, tragen sekundärpräventive Maßnahmen dazu bei, dass bereits bestehende Erkrankungen rechtzeitig erkannt werden. Hierzu zählen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie der Gesundheits-Check-Up. Während Frauen, insgesamt betrachtet, häufiger an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, ist eine altersabhängige Zunahme der Inanspruchnahme vor allem ab dem mittleren Erwachsenenalter zu beobachten (Saß et al. 2009; Starker & Saß 2013). Mit Blick auf den Gesundheits-Check-Up fallen die Teilnahmequoten in höheren Altersgruppen ebenfalls größer aus (Saß et al. 2009). So nahmen laut der GEDA-Studie rund 58 Prozent der Personen ab einem Alter von 65 Jahren an

einem Gesundheits-Check-Up teil, während es in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen nur rund 49 Prozent waren (Hoebel, Richter, & Lampert 2013). Für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zeichnet sich darüber hinaus ab, dass Personen mit niedriger Bildung diese seltener in Anspruch nehmen – vermutlich weil sie auch seltener Kenntnis über die Empfehlung der Krankenkassen zur Teilnahme an einer solchen Untersuchung haben (Starker & Saß 2013). Im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen deutet demnach einiges darauf hin, dass diese häufiger von Personen im höheren Alter in Anspruch genommen werden, wobei Bildungs- und Geschlechtsunterschiede nur in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu erwarten sind.

Präventions- und Interventionsprogramme sind jedoch nicht nur auf die Förderung günstiger Gesundheitsverhaltensweisen, sondern auch auf die Vermeidung von Risikoverhaltensweisen ausgerichtet. Tabak- und Alkoholkonsum stellen hierbei eine besondere Gefahr dar, weil sie noch immer zu den Hauptrisikofaktoren für vorzeitige Mortalität in Europa zählen (WHO 2015). In Bezug auf das Rauchen haben frühere Untersuchungen gezeigt, dass vor allem Personen im jungen und mittleren Erwachsenenalter gefährdet sind, während der Tabakkonsum in älteren Altersgruppen deutlich zurückgeht (Lampert et al. 2013a; Robert Koch-Institut 2015).

Verschiedene Studien sind außerdem zu dem übereinstimmenden Ergebnis gekommen, dass Männer sowie Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss häufiger der Gruppe der Raucher angehören als Frauen und Höhergebildete (Lampert et al. 2013b; Wurm et al. 2010; Robert Koch-Institut 2015). Es deutet somit einiges darauf hin, dass Personen mit niedriger Bildung mehrfach gefährdet sind, da sie sowohl seltener sportlich aktiv sind als auch seltener an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen und häufiger rauchen (Lampert et al. 2013a; Wurm et al. 2010; Robert Koch-Institut 2015).

Als ein weiteres Risikoverhalten, wurde im DEAS 2014 zum ersten Mal eine Frage zur Häufigkeit des Alkoholkonsums aufgenommen. Es ist bekannt, dass übermäßiger Alkoholkonsum mit Krebs, kardiovaskulären und neuropsychiatrischen Erkrankungen sowie einem erhöhten Mortalitätsrisiko zusammenhängt (Rehm, Mathers, Popova, Thavarncharoensap, Teerawattananon, & Patra 2009). Da die WHO mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche empfiehlt (International Center for Alcohol Policies 2003), wird im vorliegenden Kapitel der tägliche Alkoholkonsum als Risikoverhalten ausgewertet. Bisherige Untersuchungen deuten darauf hin, dass sich der häufig beobachtete Zusammenhang zwischen niedriger Bildung und einem ungünstigen Gesundheitsverhalten für den Alkoholkonsum in umgekehrter Weise darstellt. Es scheint, dass eher Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status (Bildung) die gesundheitlich verträgliche Alkoholzufuhrmenge besonders häufig überschreiten. Zudem zählen eher die Jüngeren und eher Männer zur Risikogruppe (Burger & Mensink 2003; Hapke, von der Lippe, & Gaertner 2013; Robert Koch-Institut 2015).

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für Interventionen besteht neben der Identifikation von Risikogruppen in der Untersuchung von Zusammenhängen verschiedener gesundheitsbezogener Verhaltensweisen untereinander. Sollten zum Beispiel unterschiedliche Verhaltensweisen miteinander positiv zusammenhängen, könnte dies bedeuten, dass die Verstärkung eines Gesundheitsverhaltens eventuell auch die Verstärkung eines anderen Gesundheitsverhaltens nach sich ziehen könnte. Die Befundlage ist jedoch nicht eindeutig: Es ist unklar, ob einzelne gesundheitsbezogene Verhaltensweisen miteinander eher positiv (zum Beispiel Personen, die nicht rauchen, gehören vermehrt in die Gruppe der sportlich Aktiven, da für sie die Aufnahme beziehungsweise Aufrechterhaltung eines sportlich anstrengenden Sportverhaltens mit weniger körperlicher Beanspruchung verbunden ist) oder eher negativ (zum Beispiel sportlich Aktive

nehmen weniger Vorsorgeleistungen in Anspruch, da sie sich weniger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt fühlen) in Verbindung stehen (Prochaska & Prochaska 2011). Beide Richtungen sind dabei vorstellbar; ebenso ist es möglich, dass bestimmte Verhaltensweisen unabhängig voneinander sind. Mit den Daten aus dem Jahr 2014 soll deswegen untersucht werden, ob und inwiefern verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen miteinander in Verbindung stehen.

Es deutet außerdem einiges darauf hin, dass sich in den letzten Jahren verschiedene Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen jeweils zum Positiven gewandelt haben. Besonders erfreulich sind die altersunabhängigen Befunde zum Wandel in der sportlichen Aktivität, die sich bisher in den DEAS-Daten gezeigt haben (Wurm et al. 2010): Immer mehr Menschen in der zweiten Lebenshälfte treiben regelmäßig Sport. Auch bezüglich des Rauchens gibt es Hinweise darauf, dass der Anteil der Raucherinnen und Raucher seit einigen Jahren zurückgeht (Robert Koch-Institut 2015) oder zumindest stabil bleibt (Wurm et al. 2010). Mit der neuen Erhebung aus dem Jahr 2014 soll nun untersucht werden, ob sich dieser günstige Trend fortsetzt und ob er, mit Blick auf die sportliche Aktivität, weiterhin für alle Altersgruppen zu beobachten ist. Außerdem soll der noch unbeantworteten Frage nachgegangen werden, ob sich der Wandel hin zu einem gesundheitsbewussteren Lebensstil auch im Wandel des Zusammenhanges zwischen sportlicher Aktivität und Rauchen widerspiegelt. Das heißt, erhöht sich der Anteil sportlich aktiver Personen in der Gruppe der Raucher beziehungsweise der Nicht-Raucher gleichermaßen oder gibt es hier differenzielle Entwicklungen?

Zusammenfassend werden im vorliegenden Kapitel die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie verbreitet sind sportliche Aktivität, die regelmäßige Inanspruchnahme von verschiedenen Vorsorgeleistungen sowie Rauchen und täglicher Alkoholkonsum in der zweiten Lebenshälfte?
2. Wie hängt sportliche Aktivität mit anderen Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen zusammen?
3. Wie haben sich sportliche Aktivität und Rauchen über die Zeit gewandelt und zeigt sich dieser Wandel auch im Zusammenhang der beiden Gesundheitsverhaltensweisen?

9.2 Datengrundlage

Daten. Der Themenbereich Gesundheitsverhalten wurde seit der ersten Erhebung des DEAS im Jahr 1996 sukzessive erweitert und die Abfrage einzelner Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen über die Erhebungen hinweg teils angepasst und verändert. Daher können nicht alle Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen über alle Erhebungsjahre verglichen werden: Sportliche Aktivität wird in dieser Art und Weise seit 1996 erhoben und Rauchen seit 2002. Die verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen sind seit 2008 Bestandteil des DEAS – allerdings wurde die Art der Abfrage zwischen 2008 und 2014 angepasst, weswegen für die Vorsorgeuntersuchungen nur eine Auswertung der aktuellen Erhebung aus dem Jahr 2014 in diesem Kapitel erfolgt. Gleiches gilt für die Abfrage des täglichen Alkoholkonsums, welche erst seit 2014 Bestandteil des DEAS ist. Die sportliche Aktivität wird im Rahmen des persönlichen Interviews erhoben, während die Fragen zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie zum Rauchen und zum Alkoholkonsum innerhalb des schriftlichen Fragebogens beantwortet werden.

Sportliche Aktivität. Jede Person wird danach gefragt, ob und wie häufig sie sportlich aktiv ist, „zum Beispiel Wanderungen unternimmt, Fußball spielt, Gymnastik macht oder schwimmen geht“. Die Antwortmöglichkeiten sind dabei: ‚täglich‘, ‚mehrmals wöchentlich‘, ‚einmal wöchentlich‘, ‚1- bis 3-mal im Monat‘, ‚seltener‘ und ‚nie‘. Für Gruppenunterschiede im Jahr 2014 sowie den Wandel in der sportlichen Aktivität über die Erhebungsjahre werden die Antwortoptionen zu drei Kategorien zusammengefasst: ‚mehrmals wöchentlich‘, ‚einmal wöchentlich‘ und ‚seltener/nie sportlich aktiv‘. Bei Fragestellungen, die sich dem Zusammenhang von sportlicher Aktivität mit anderen Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen widmen, wird der Anteil an Personen dargestellt, der mindestens mehrmals wöchentlich sportlich aktiv ist, da empfohlen wird, mehrmals wöchentlich sportlich aktiv zu sein (Jeschke & Zeilberger 2004). Hierfür wurden die Kategorien ‚täglich‘ und ‚mehrmals wöchentlich‘ sportlich aktiv zusammengefasst.

Inanspruchnahme von verschiedenen Vorsorgeleistungen. Das zweite Gesundheitsverhalten, das im vorliegenden Kapitel betrachtet wird, ist die Inanspruchnahme von verschiedenen Vorsorgeleistungen. Im DEAS wird jede Person danach gefragt, ob sie in den letzten Jahren regelmäßig an einer Gripeschutzimpfung, einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung oder einem Gesundheits-Check-Up teilgenommen hat. Für Gruppenunterschiede im Jahr 2014 wird für die drei Vorsorgeleistungen jeweils separat der Anteil an Personen berichtet, der daran teilgenommen hat. Zur Beantwortung der Fragestellung nach dem Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von verschiedenen Vorsorgeleistungen mit sportlicher Aktivität wird der Anteil an Personen dargestellt, der mindestens eine der drei untersuchten Vorsorgeleistungen in Anspruch genommen hat.

Rauchen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden darum gebeten, Auskunft über ihren aktuellen Tabakkonsum zu geben. Bei den Ergebnissen zu Gruppenunterschieden im Jahr 2014 sowie bei der Betrachtung des Wandels im Tabakkonsum über die Erhebungsjahre wird der Anteil an Personen, die rauchen, nie geraucht haben und die früher einmal geraucht haben, berichtet. Für die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Rauchen und sportlicher Aktivität, wird der Anteil an Raucherinnen und Rauchern mit dem Anteil an Personen, die nicht rauchen, verglichen, wobei Personen, die nie geraucht haben, sowie ehemalige Raucherinnen und Raucher in einer Gruppe zusammengefasst wurden.

Alkoholkonsum. Als weiteres Risikoverhalten wurde der tägliche Alkoholkonsum ausgewertet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden danach gefragt, wie häufig sie alkoholische Getränke („zum Beispiel Bier, Wein, Sekt, Spirituosen und Mischgetränke“) zu sich nehmen. Da die WHO mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche empfiehlt (International Center for Alcohol Policies 2003), wird im vorliegenden Kapitel der tägliche Alkoholkonsum als Risikoverhalten ausgewertet. Andere alkoholbezogene Risikoverhaltensweisen (wie beispielsweise eine zu hohe Alkoholmenge pro Woche) können mit den Daten des DEAS nicht abgebildet werden.

Gruppierungsvariablen. Um Altersgruppenunterschiede im Jahr 2014 zu veranschaulichen, werden drei Altersgruppen abgebildet (40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre). Altersunterschiede im Wandel wurden anhand von Sechs-Jahres-Altersgruppen untersucht, um Überschneidungen zwischen Erhebungszeitpunkten und Altersgruppen zu vermeiden (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre und 78 bis 83 Jahre). Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung (International Standard Classification of Education, UNESCO 2012) – drei Bildungsgruppen unterschieden: Niedrig-, Mittel- und Hochgebildete (vgl. Kapitel 2).

Analysen. Um Gruppenunterschiede auf Signifikanz zu testen, wurden logistische Regressionen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/ Westdeutschland) kontrolliert wurde. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben. In den Abbildungen zu Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen sowie zum Wandel von sportlicher Aktivität und Tabakkonsum werden gewichtete Häufigkeiten dargestellt. Prozentangaben in den Abbildungen zum Zusammenhang verschiedener Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen sowie zum Wandel im Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Tabakkonsum stammen dagegen direkt aus den logistischen Regressionen.

9.3 Verbreitung verschiedener Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen im Jahr 2014

Im Folgenden wird die Verbreitung der sportlichen Aktivität, des Tabakkonsums sowie der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen in verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen dargestellt.

Im Jahr 2014 bestehen deutliche Alters- und Bildungsunterschiede hinsichtlich der sportlichen Aktivität.

Im Jahr 2014 sind 35,2 Prozent der 40- bis 85-Jährigen mehrmals wöchentlich sportlich aktiv, weitere 17,4 Prozent treiben immerhin einmal wöchentlich Sport. Allerdings geben 47,4 Prozent an, seltener oder sogar nie sportlich aktiv zu sein (Abbildung 9-1).

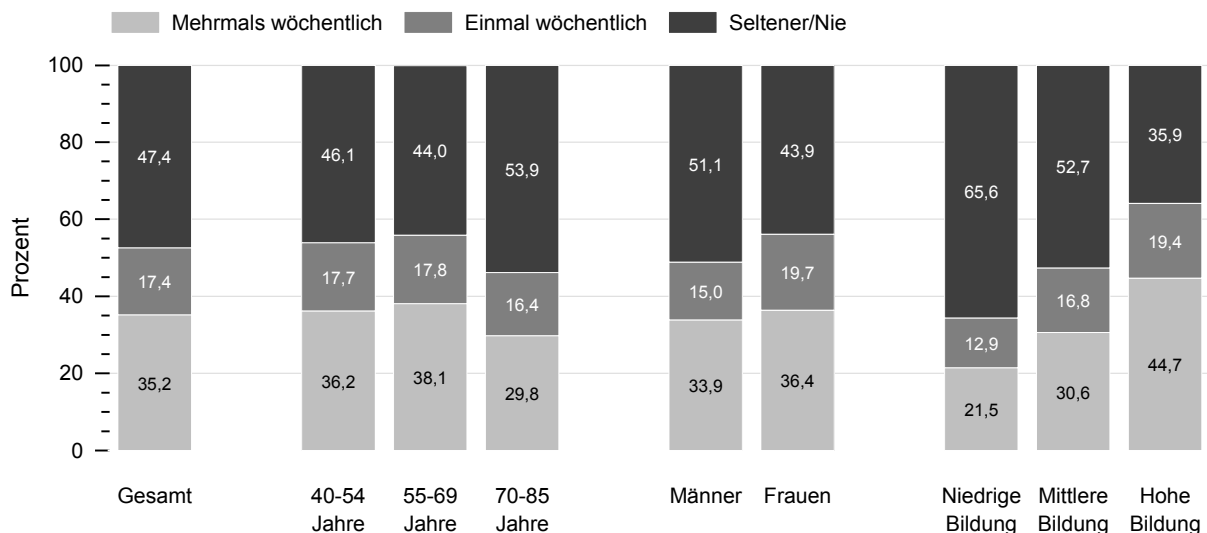
Während der Anteil mehrmals wöchentlich sportlich aktiver Personen bei den 55- bis 69-Jährigen etwas größer ausfällt als bei den 40- bis 54-Jährigen, lässt sich in der ältesten Altersgruppe der kleinste Anteil regelmäßig aktiver Personen beobachten. Trotzdem geben noch 29,8 Prozent der 70- bis 85-Jährigen an, mehrmals wöchentlich Sport zu treiben. Dementsprechend gestaltet sich der Trend für die sportliche Inaktivität. Der Anteil an Personen, der seltener als einmal pro Woche oder sogar nie sportlich aktiv ist, liegt bei den 40- bis 54-Jährigen auf einem etwas höheren Niveau als bei den 55- bis 69-Jährigen. Innerhalb der ältesten Altersgruppe fällt dieser Anteil jedoch am größten aus: Hier sind über die Hälfte der Personen inaktiv. Innerhalb der mittleren Kategorie (einmal wöchentlich sportlich aktiv) finden sich keine signifikanten Altersgruppenunterschiede.

Weiterhin geben 36,4 Prozent der Frauen und 33,9 Prozent der Männer an, mehrmals in der Woche Sport zu treiben. Dagegen ist jeder zweite Mann (51,1 Prozent), aber nur 43,9 Prozent der Frauen sportlich inaktiv. Beide Unterschiede sind statistisch signifikant. Das heißt, Frauen treiben im Durchschnitt häufiger Sport und sind seltener inaktiv als es Männer sind. Es gibt jedoch keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede im Anteil der Personen, die sich lediglich einmal wöchentlich sportlich betätigen.

Erwartungsgemäß zeigt sich auch ein deutlicher Bildungseffekt zugunsten höhergebildeter Personen. Während in der niedrigen Bildungsgruppe nur 21,5 Prozent der Personen mehrmals wöchentlich sportlich aktiv sind, steigt dieser Anteil auf 30,6 Prozent in der mittleren Bildungsgruppe an und beträgt in der höchsten Bildungsgruppe 44,7 Prozent. Einmal wöchentlich Sport zu treiben ist in der mittleren und hohen Bildungsgruppe mit 16,8 beziehungsweise 19,4 Prozent ebenfalls verbreiteter als in der niedrigen Bildungsgruppe (12,9 Prozent). Der Unterschied zwischen den beiden oberen Bildungsgruppen ist in dieser Kategorie jedoch nicht signifikant. Dementsprechend nimmt der Anteil an inaktiven Personen mit steigender Bildung ab:

Während in der niedrigen Bildungsgruppe fast zwei Drittel der Personen selten oder nie sportlich aktiv sind (65,6 Prozent), trifft dies auf nur noch gut die Hälfte der Personen mit mittlerer Bildung (52,7 Prozent) und etwas mehr als ein Drittel der Personen mit hoher Bildung zu (35,9 Prozent).

Abbildung 9-1: Sportliche Aktivität, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 5.998), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Altersgruppen- und Geschlechtsunterschiede sind mit Ausnahme der Kategorie ‚einmal wöchentlich‘ signifikant, Bildungsunterschiede sind mit Ausnahme des Unterschiedes zwischen mittlerer und hoher Bildung bei der Kategorie ‚einmal wöchentlich‘ signifikant.

Auch in der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen bestehen im Jahr 2014 deutliche Unterschiede zwischen den gesellschaftlichen Gruppen.

33,9 Prozent der 40- bis 85-Jährigen geben 2014 an, in den letzten Jahren regelmäßig eine Gripeschutzimpfung in Anspruch genommen zu haben, 62,9 Prozent haben regelmäßig an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen und 61,9 Prozent haben sich einem Gesundheits-Check-Up unterzogen (Abbildung 9-2).

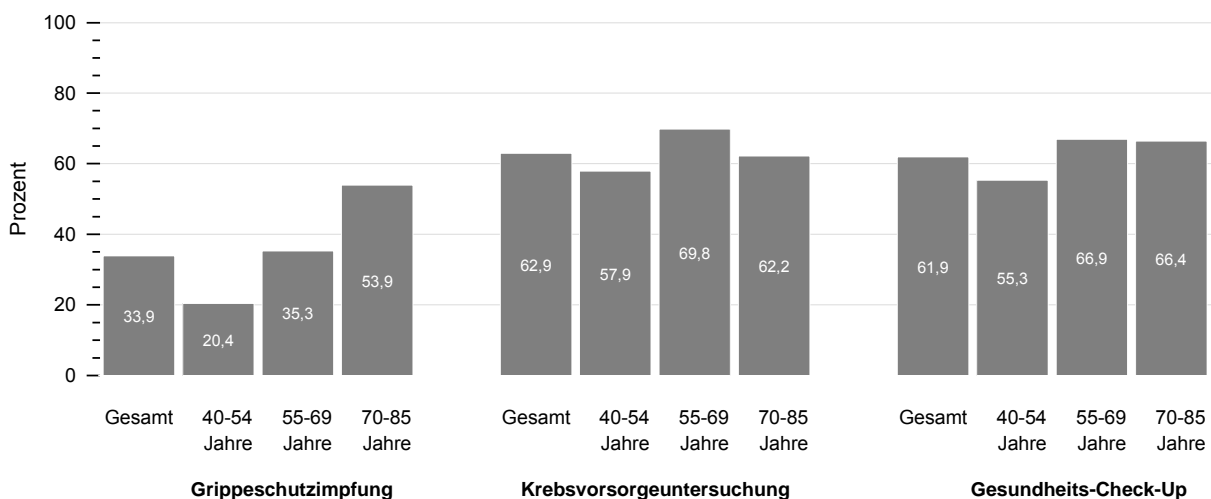
Abbildung 9-2 veranschaulicht zudem Altersgruppenunterschiede in der Inanspruchnahme der verschiedenen Vorsorgeleistungen. Es wird deutlich, dass in höheren Altersgruppen mehr Personen regelmäßig an einer Gripeschutzimpfung teilnehmen. Während bei den 40- bis 54-Jährigen 20,4 Prozent regelmäßig eine Gripeschutzimpfung in Anspruch nehmen, ist dieser Anteil bei den 70- bis 85-Jährigen mehr als doppelt so groß (53,9 Prozent). Insgesamt liegen die geschätzten Impfquoten im DEAS 2014 deutlich unter denen des Robert Koch-Instituts. Dies könnte unter anderem darin liegen, dass im DEAS nach einer regelmäßigen Teilnahme an Gripeschutzimpfungen in den letzten Jahren gefragt wird, während sich das Robert Koch-Institut nur auf die letzte Wintersaison bezieht.

Auch hinsichtlich der Krebsfrüherkennungsuntersuchung und des Gesundheits-Check-Ups finden sich Altersunterschiede. Bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung zeigt sich eine stärkere Inanspruchnahme bei den 55-bis 69-Jährigen (69,8 Prozent) im Vergleich zu den 40- bis 54-Jährigen (57,9 Prozent). In der Gruppe der 70- bis 85-Jährigen liegt die Beteiligung nur bei 62,2 Prozent, befindet sich damit aber immer noch auf einem signifikant höheren Niveau als in der jüngsten Altersgruppe. Die Teilnahmequote beim Gesundheits-Check-Up liegt sowohl in der

mittleren als auch in der höchsten Altersgruppe bei ungefähr 66 Prozent. In der jüngsten Altersgruppe geben hingegen nur 55,3 Prozent an, regelmäßig an einem Gesundheits-Check-Up teilgenommen zu haben.

Geschlechtsunterschiede konnten nur für die Krebsvorsorgeuntersuchung und zugunsten der Frauen festgestellt werden: 72,6 Prozent der Frauen und nur 52,6 Prozent der Männer nehmen diese Untersuchungen in Anspruch. Der Anteil an Personen, der an einer Gripeschutzimpfung oder einem Gesundheits-Check-Up teilnimmt, verteilt sich dagegen gleichermaßen über die Geschlechter (vgl. Tabelle 9-2 im Anhang). Bildungsunterschiede zeigten sich ebenfalls nur bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung: Während Personen mit hoher Bildung häufiger an einer solchen Untersuchung teilnehmen (65,9 Prozent) als Personen mit mittlerer und niedriger Bildung (61,5 Prozent beziehungsweise 56,9 Prozent), spielt der Bildungshintergrund für die Teilnahme an einer Gripeschutzimpfung oder einem Gesundheits-Check-Up keine Rolle (ohne Abbildung).

Abbildung 9-2: Anteile der Personen, die regelmäßig an einer Gripeschutzimpfung, einer Krebsvorsorgeuntersuchung und einem Gesundheits-Check-Up teilgenommen haben, gesamt und nach Alter, im Jahr 2014 (in Prozent)



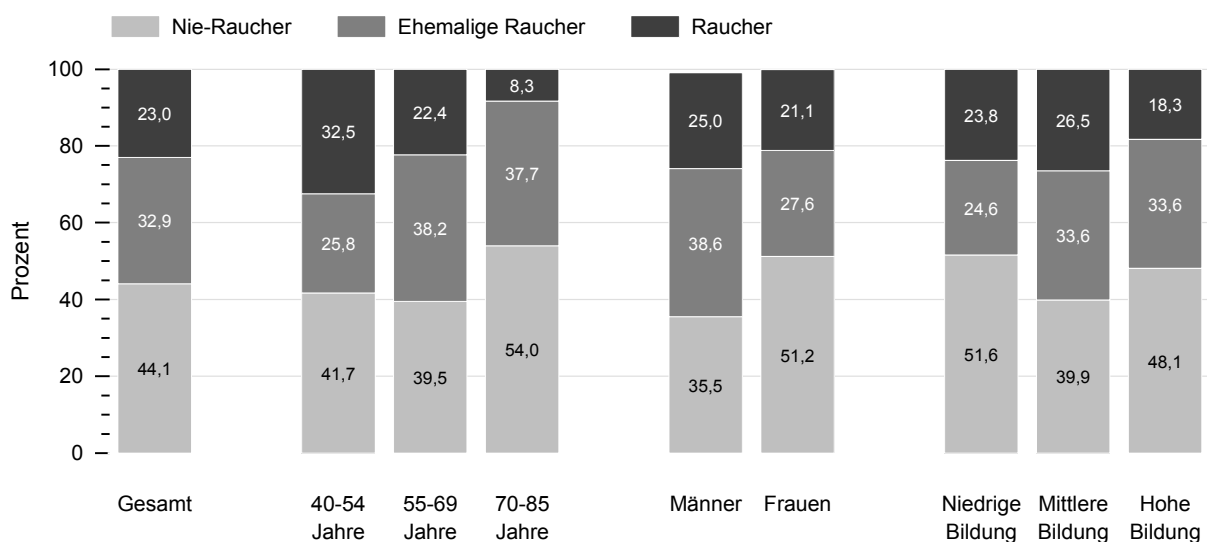
Quelle: DEAS 2014 (n = 4.181 für Gripeschutzimpfung; n = 4.144 für Krebsfrüherkennungsuntersuchung; n = 4.158 für Gesundheits-Check-Up), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen sind mit Ausnahme des Unterschiedes zwischen den 55- bis 69-Jährigen und den 70- bis 85-Jährigen beim Gesundheits-Check-Up signifikant.

Männer sowie Personen im mittleren Erwachsenenalter und Personen mit niedriger bis mittlerer Bildung rauchen am häufigsten.

Während 23,0 Prozent der 40- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 zur Gruppe der Raucherinnen und Raucher gehören, haben 44,1 Prozent nie geraucht, und 32,9 Prozent zählen zu den ehemaligen Raucherinnen und Rauchern (Abbildung 9-3). Abbildung 9-3 gibt weiterhin Auskunft über die Verteilung des Tabakkonsums nach Alter, Geschlecht und Bildung. Erwartungsgemäß zeichnen sich Altersunterschiede für den Tabakkonsum ab: Während von den 40- bis 54-Jährigen etwa jede dritte Person raucht (32,5 Prozent), liegt dieser Anteil bei den 70- bis 85-Jährigen nur bei 8,3 Prozent. Zudem ist der Anteil an Personen, der niemals geraucht hat, in der höchsten Altersgruppe am größten (54,0 Prozent). Frauen rauchen erwartungsgemäß seltener als Männer und gehören häufiger zu denen, die nie geraucht haben beziehungsweise seltener zur Gruppe

der ehemaligen Raucherinnen und Raucher. Der erwartete Bildungseffekt zeigt sich bei den aktuellen Raucherinnen und Rauchern nur im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe. Während sich die niedrige Bildungsgruppe (23,8 Prozent) und die mittlere Bildungsgruppe (26,5 Prozent) nicht signifikant voneinander unterscheiden, rauchen in der hohen Bildungsgruppe nur 18,3 Prozent. Der Anteil der ehemaligen Raucherinnen und Raucher liegt jedoch bei Personen mit mittlerer und hoher Bildung um fast zehn Prozentpunkte höher als bei den Niedriggebildeten. Niemals geraucht zu haben ist in der niedrigen (51,6 Prozent) und der hohen Bildungsgruppe (48,1 Prozent) am verbreitetsten. In der mittleren Bildungsgruppe (39,9 Prozent) findet sich dagegen der geringste Anteil an Nie-Rauchern.

Abbildung 9-3: Tabakkonsum, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.250), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

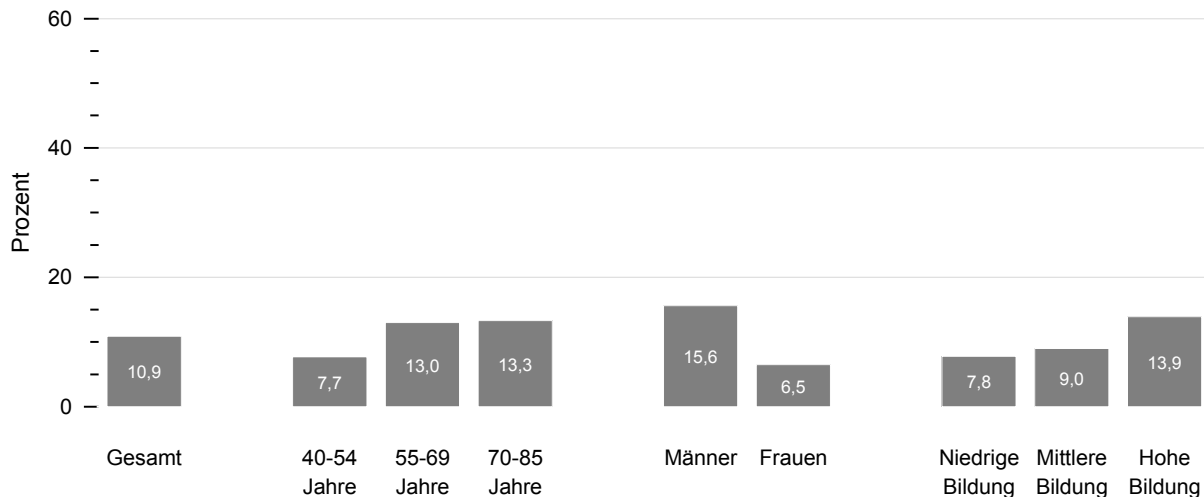
Nie Raucher: Signifikante Altersunterschiede nur zwischen den 70- bis 85-Jährigen und den anderen Altersgruppen. Signifikante Geschlechtsunterschiede. Signifikante Bildungsunterschiede nur zwischen niedriger und hoher Bildung im Vergleich zu mittlerer Bildung. Ehemalige Raucher: Signifikante Altersunterschiede nur zwischen den 40- bis 54-Jährigen und den beiden anderen Altersgruppen. Signifikante Geschlechtsunterschiede. Signifikante Bildungsunterschiede nur zwischen mittlerer und hoher Bildung im Vergleich zu niedriger Bildung. Raucher: Signifikante Altersunterschiede. Signifikante Geschlechtsunterschiede. Signifikante Bildungsunterschiede nur zwischen niedriger und mittlerer Bildung im Vergleich zu hoher Bildung.

Männer sowie Personen ab 55 Jahren und Personen mit hoher Bildung konsumieren am häufigsten täglich Alkohol.

Im Jahr 2014 geben 10,9 Prozent der 40- bis 85-Jährigen an, täglich Alkohol zu sich zu nehmen. Dieses Risikoverhalten lässt sich in den höheren Altersgruppen in stärkerem Maße beobachten als in jüngeren Altersgruppen: So liegt der Anteil an Personen, die täglich Alkohol konsumieren in der Gruppe der 40- bis 54-Jährigen bei 7,7 Prozent, während in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen und der 70- bis 85-Jährigen ungefähr 13 Prozent von einem täglichen Alkoholkonsum berichten (Abbildung 9-4). Abbildung 9-4 gibt weiterhin Auskunft über die Verteilung des täglichen Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bildung. Dabei wird deutlich, dass vor allem Männer (15,6 Prozent) und nur 6,5 Prozent der Frauen täglich Alkohol zu sich nehmen. Der tägliche Alkoholkonsum unterscheidet sich zwar nicht zwischen der niedrigen und mittleren Bildungsgruppe, aber im Vergleich zur hohen Bildungsgruppe lassen sich statistisch bedeutsame

Unterschiede verzeichnen. In der hohen Bildungsgruppe ist der Anteil an Personen, die täglich Alkohol zu sich nehmen, am größten (13,9 Prozent).

Abbildung 9-4: Anteile der Personen, die täglich Alkohol konsumieren, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.221), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Signifikante Altersunterschiede nur zwischen den 40- bis 54-Jährigen und den anderen Altersgruppen. Signifikante Bildungsunterschiede nur zwischen niedriger und mittlerer Bildung im Vergleich zu hoher Bildung.

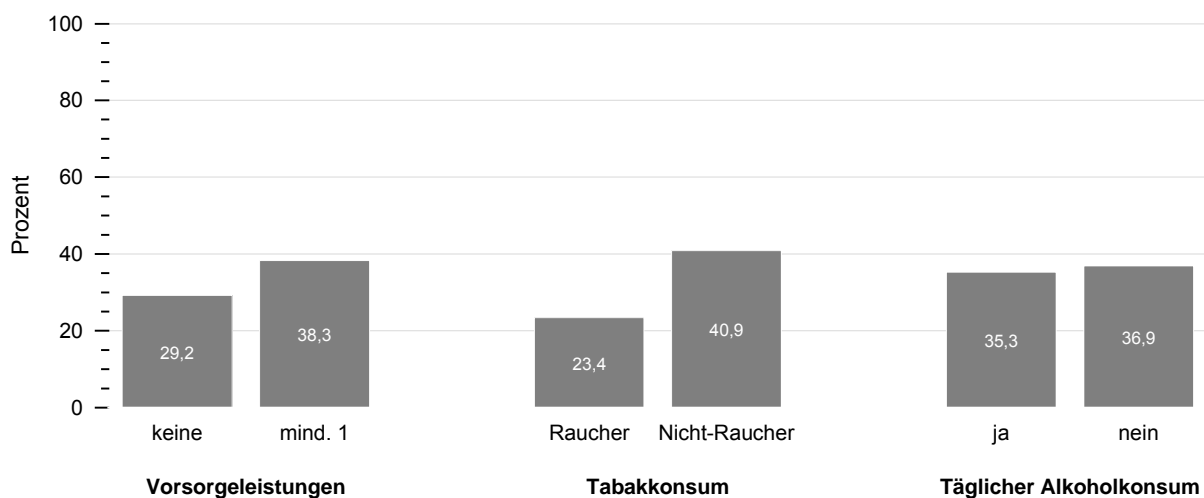
9.4 Zusammenhang der sportlichen Aktivität mit anderen Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen

Es wurde der Frage nachgegangen, ob in den Daten von 2014 eine Art übergreifender gesunder Lebensstil beobachtet werden kann, bei dem sportlich aktive Personen beispielsweise vermehrt zur Gruppe der Nicht-Raucherinnen und Nicht-Raucher gehören, regelmäßiger Gesundheitsvorsorgeleistungen in Anspruch nehmen oder seltener täglich Alkohol konsumieren.

Personen, die im Jahr 2014 Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen, und Personen, die nicht rauchen, sind auch häufiger regelmäßig sportlich aktiv.

Die Ergebnisse, dargestellt in Abbildung 9-5, unterstützen die Annahme eines solchen Lebensstiles weitestgehend. Der Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und der regelmäßigen Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen sowie zwischen sportlicher Aktivität und Tabakkonsum ist signifikant. Während lediglich 29,2 Prozent der Personen, die keine Gesundheitsvorsorgeleistung in Anspruch nehmen, mehrmals wöchentlich sportlich aktiv sind, liegt dieser Anteil in der Gruppe der Personen, die regelmäßig mindestens eine Vorsorgeleistung in Anspruch nehmen bei immerhin 38,3 Prozent. Gleichmaßen sind nur 23,4 Prozent der Raucherinnen und Raucher, aber 40,9 Prozent der Nicht-Raucherinnen und Nicht-Raucher mehrmals wöchentlich sportlich aktiv. Dagegen ist der Zusammenhang zwischen regelmäßiger sportlicher Aktivität und täglichem Alkoholkonsum nicht signifikant.

Abbildung 9-5: Anteile der Personen, die mehrmals wöchentlich sportlich aktiv sind, nach regelmäßiger Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, Tabakkonsum und täglichem Alkoholkonsum, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.217 für Vorsorgeleistungen; n = 4.249 für Tabakkonsum; n = 4.220 für Alkoholkonsum), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Für Vorsorgeleistung und Tabakkonsum signifikante Unterschiede. Für Alkoholkonsum kein signifikanter Unterschied.

9.5 Wandel in der sportlichen Aktivität und im Tabakkonsum über die Zeit und Wandel des Zusammenhangs dieser beiden Verhaltensweisen

Es wurde untersucht, ob sich die günstige Entwicklung in der sportlichen Aktivität auch im Jahr 2014 fortgesetzt hat und ob dieser Trend weiterhin für alle Altersgruppen gleichermaßen zu beobachten ist.

Die sportliche Aktivität hat zwischen 1996 und 2014 kontinuierlich zugenommen.

Bisher war in den Daten des DEAS von 1996 bis 2008 ein positiver Wandel in der sportlichen Aktivität zu beobachten – und das unabhängig vom Alter (Wurm et al. 2010). Mit der neuen Erhebung im Jahr 2014 zeigt sich zunächst, dass sich der Trend in Richtung einer Zunahme sportlicher Aktivität auch zwischen 2008 und 2014 fortgesetzt hat (vgl. Tabelle A 9-1 im Anhang). Während im Jahr 2008 im Durchschnitt noch 29,4 Prozent der 40- bis 85-Jährigen berichteten, mehrmals wöchentlich Sport zu treiben, liegt dieser Anteil im Jahr 2014 bei 35,2 Prozent. Auch die sportliche Inaktivität hat seit 2008 im Durchschnitt weiter abgenommen (von 52,7 Prozent auf 47,4 Prozent). Diese positive Entwicklung zeichnet sich jedoch seit 2008 nicht mehr für alle Altersgruppen in gleicher Weise ab (Abbildung 9-6).

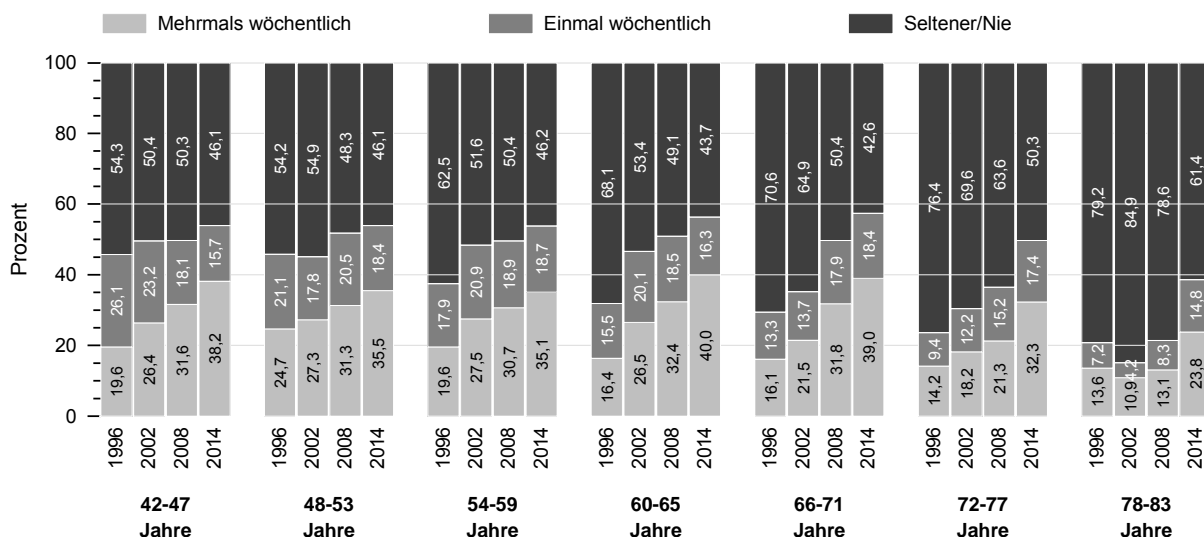
Seit der letzten Befragung im Jahr 2008 konnten weitere Verbesserungen in der sportlichen Aktivität nur in den Altersgruppen ab 60 Jahren beobachtet werden.

Der Anteil an Personen, der mehrmals wöchentlich sportlich aktiv ist, liegt zwar innerhalb aller Altersgruppen im Jahr 2014 auf einem statistisch bedeutsam höheren Niveau als in der ersten Erhebung im Jahr 1996, es konnten jedoch nur für die Altersgruppen ab 60 Jahren statistisch bedeutsame zusätzliche Verbesserungen im sportlichen Aktivitätsverhalten seit 2008 festgestellt werden. In der höchsten Altersgruppe ist der Anteil mehrmals wöchentlich sportlich aktiver Personen seit 2008 sogar um mehr als zehn Prozentpunkte angestiegen (von 13,1 Prozent auf

23,8 Prozent). In den jüngeren Altersgruppen (das heißt 42 bis 47, 48 bis 53 und 54 bis 59 Jahre) ist das Niveau zwischen 2008 und 2014 auf einem stabilen Niveau geblieben, sowohl im Hinblick auf die sportliche Inaktivität als auch in Bezug auf die mehrmals wöchentliche Ausübung sportlicher Aktivität. Zum einen bedeutet dies, dass der positive Wandel hin zu mehr regelmäßiger sportlicher Aktivität und weniger Inaktivität seit 2008 nur noch innerhalb der älteren Altersgruppen ab 60 Jahren zu beobachten ist und zum anderen weist dieser Trend darauf hin, dass sich die Altersunterschiede in der sportlichen Aktivität zwischen 2008 und 2014 zugunsten höherer Altersgruppen verkleinert haben.

Zudem haben sich signifikante Geschlechtsunterschiede im Wandel der sportlichen Aktivität gezeigt. Zwar lässt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern ein kontinuierlicher, signifikanter Anstieg in der Ausübung mehrmals wöchentlicher sportlicher Aktivität beziehungsweise eine durchgängige Abnahme in der sportlichen Inaktivität beobachten, bei den Frauen findet diese günstige Entwicklung jedoch in stärkerem Maße statt (ohne Abbildung). Statistisch bedeutsame Bildungsunterschiede ließen sich für den Wandel in der sportlichen Aktivität nicht beobachten.

Abbildung 9-6: Sportliche Aktivität, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS1996 (n = 4.832), 2002 (n = 3.076), 2008 (n = 6.202), 2014 (n = 5.998), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Interaktion zwischen Alter und Erhebungsjahr ist signifikant. Zunahme bei ‚mehrmals wöchentlich‘ zwischen 1996 und 2014 in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 78- bis 83-Jährigen, dort erst seit 2002. Abnahme bei ‚selten/nie‘ zwischen 1996 und 2014 in allen Altersgruppen. Für ‚einmal wöchentlich‘ zwischen 2002 und 2014 Abnahme bei den Altersgruppen unter 66 Jahren (außer 48 bis 53 Jahre) und Zunahme bei den Altersgruppen ab 66 Jahren. Nur für die Altersgruppen ab 60 Jahren signifikanter Anstieg bei ‚mehrmals wöchentlich‘ bzw. signifikante Abnahme bei ‚selten/nie‘ zwischen 2008 und 2014.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ist zwischen 2008 und 2014 angestiegen.

Für den Tabakkonsum ergibt sich eine eher ungünstige Entwicklung seit 2008. Während zwischen 2002 und 2008 der Anteil der 40- bis 85-Jährigen, die rauchen oder früher geraucht haben, insgesamt nicht größer, aber eben auch nicht kleiner geworden ist, hat der Anteil an Raucherinnen und Raucher über die letzten sechs Jahre, das heißt seit 2008, von 21,2 Prozent auf 23,0 Prozent zugenommen. Im gleichen Zeitraum ist auch der Anteil der ehemaligen Raucherinnen und Raucher von 30,1 Prozent auf 32,9 Prozent angestiegen, während das Nie-

Rauchen um 4,5 Prozent (von 48,6 Prozent auf 44,1 Prozent) zurückgegangen ist (vgl. Tabelle 9-3 im Anhang).

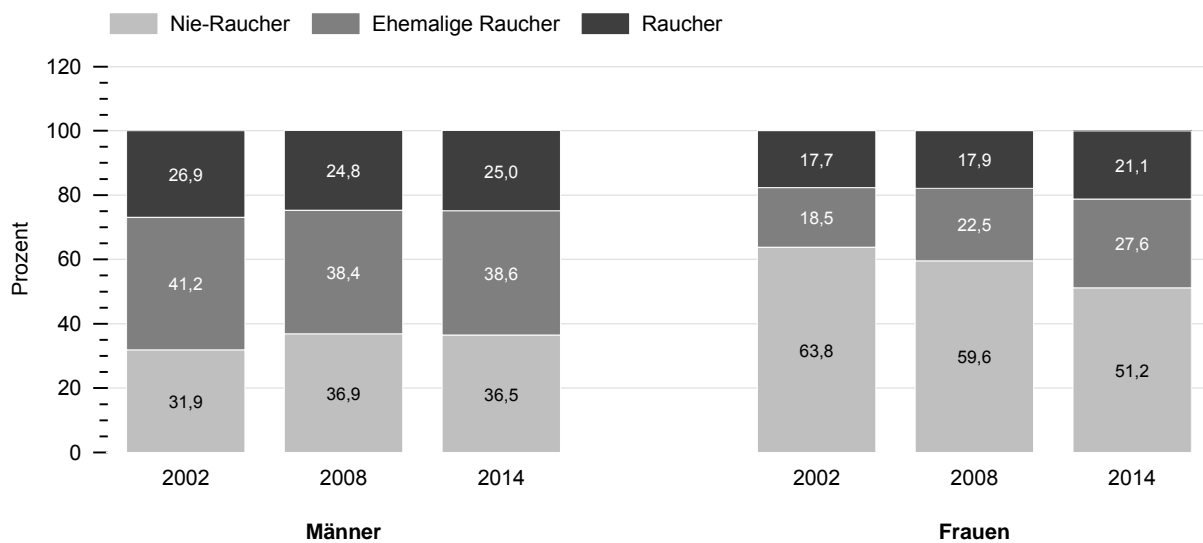
Dieser ungünstige Wandel im Rauchverhalten ist unter anderem auf Veränderungen im Rauchverhalten von Frauen zurückzuführen.

Abbildung 9-7 zeigt den Wandel im Rauchen nach Geschlecht, wobei deutlich wird, dass die ungünstige Entwicklung hin zu mehr Tabakkonsum und weniger Personen, die nie geraucht haben, ausschließlich bei Frauen zu beobachten ist. Im Vergleich zu 2008 ist der Anteil der Raucherinnen um 3,2 Prozent angestiegen (von 17,9 Prozent auf 21,1 Prozent im Jahr 2014), während der Anteil der Frauen, die niemals regelmäßig geraucht haben schon seit 2002 kontinuierlich zurückgegangen ist (von 63,8 Prozent auf 51,2 Prozent im Jahr 2014).

Dementsprechend gibt es seit 2002 immer mehr ehemalige Raucherinnen. Dieser Anteil hat sich zwischen 2002 und 2014 um insgesamt 9,1 Prozentpunkte vergrößert. Für die Männer zeigt sich ein anderes Bild. Die Anteile der aktuellen und ehemaligen Raucher sind seit 2008 auf einem stabilen Niveau bei ungefährr 25 beziehungsweise 38 Prozent geblieben. Im Vergleich zu 2002 lässt sich sogar eine günstige Entwicklung beobachten: Der Anteil der ehemaligen Raucher ist von 41,2 Prozent auf 38,6 Prozent im Jahr 2014 zurückgegangen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Frauen sich seit 2002 beziehungsweise 2008 immer mehr dem Tabakkonsum der Männer angleichen, während das Rauchverhalten der Männer eher durch Stabilität oder teilweise sogar durch eine günstige Entwicklung geprägt ist.

Altersgruppenunterschiede konnten für den zeitlichen Wandel im Rauchen nicht beobachtet werden, allerdings zeichnete sich eine differenzielle Entwicklung in Abhängigkeit von der Bildung ab. In der Gruppe der Personen mit niedriger und mittlerer Bildung zeigte sich beispielsweise ein Anstieg im Anteil der Raucherinnen und Raucher zwischen 2002 und 2014, während der Tabakkonsum bei den Hochgebildeten zwischen 2002 und 2008 zurückgegangen und dann stabil geblieben ist (ohne Abbildung).

Abbildung 9-7: Tabakkonsum, nach Geschlecht, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

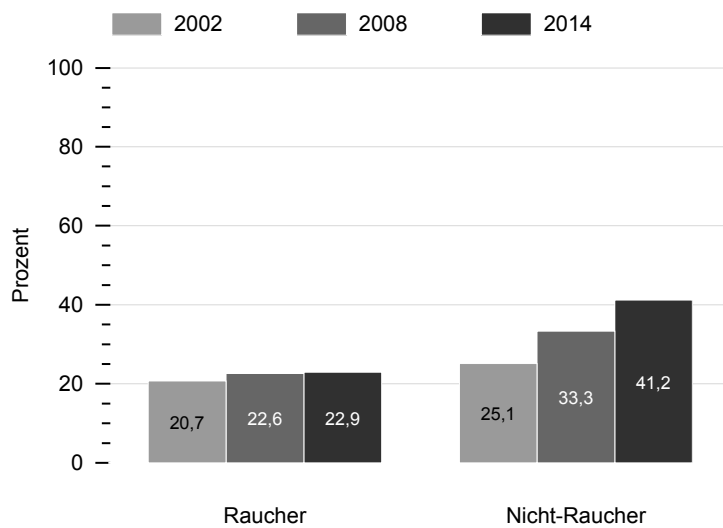


Quelle: DEAS 2002 (n = 2.743), 2008 (n = 4.350), 2014 (n = 4.250), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Interaktion zwischen Geschlecht und Erhebungsjahr ist signifikant. Männer: Signifikante Zunahme bei Nie-Rauchern zwischen 2002 und 2008 und Stabilität von 2008 zu 2014, Signifikante Abnahme bei ehemaligen Rauchern zwischen 2002 und 2008 und Stabilität von 2008 zu 2014. Stabilität bei Rauchern. Frauen: Signifikante Abnahme bei den Nie-Raucherinnen von 2002 zu 2008 und 2008 zu 2014. Signifikante Zunahme der ehemaligen Raucherinnen von 2002 zu 2008 und von 2008 zu 2014. Stabilität der Raucherinnen von 2002 zu 2008 und signifikante Zunahme von 2008 zu 2014.

Personen, die im Jahr 2014 nicht rauchen, sind deutlich häufiger regelmäßig sportlich aktiv als es Nicht-Raucherinnen und Nicht-Raucher im Jahr 2002 waren.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Rauchen über die Erhebungen hinweg, zeigt sich, dass nur innerhalb der Gruppe der Nicht-Raucherinnen und Nicht-Raucher der Anteil an Personen, die mehrmals wöchentlich sportlich aktiv ist, zugenommen hat (Abbildung 9-8). Während 2002 nur ein Viertel der Personen, die nicht rauchen, angab, mehrmals wöchentlich sportlich aktiv zu sein (25,1 Prozent), ist dieser Anteil auf 33,3 Prozent im Jahr 2008 und sogar auf 41,2 Prozent im Jahr 2014 angestiegen. Innerhalb der Gruppe der Rauchenden hat sich dagegen der Anteil an Personen, die angeben mehrmals wöchentlich sportlich aktiv zu sein, nicht über den Zeitraum von 2002 bis 2014 verändert.

Abbildung 9-8: Anteile der Personen, die mehrmals wöchentlich sportlich aktiv sind, nach Tabakkonsum, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2002 (n = 2.743), 2008 (n = 4.350), 2014 (n = 4.250), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Interaktion zwischen Tabakkonsum und Erhebungsjahr ist signifikant. Raucher: Stabilität über alle Erhebungsjahre. Nicht-Raucher: Signifikante Zunahme von 2002 zu 2008 und 2008 zu 2014.

9.6 Diskussion und Implikationen

Bis ins hohe Alter hinein ist das eigene Verhalten für das Auftreten beziehungsweise den Schweregrad von verschiedenen Erkrankungen, für die körperliche Funktionsfähigkeit sowie die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit wichtig und stellt damit ein hohes Präventionspotenzial dar. Das heißt, wie wir altern hängt nicht nur von der Gesundheitsversorgung ab, sondern vor allem auch davon, inwieweit wir uns gesundheitsbewusst verhalten und Vorsorgeangebote wahrnehmen und nutzen. Die Politik ist in diesem Zusammenhang angesprochen, nicht nur für Aufklärung über die positiven Auswirkungen von Gesundheitsverhaltensweisen zu sorgen, sondern vor allem auch das Vorhandensein von entsprechenden zielgruppenspezifischen Angeboten weiterhin sicherzustellen beziehungsweise auszuweiten.

Vorliegende Alters-, Bildungs- und Geschlechtsunterschiede entsprechen größtenteils den Erwartungen und lassen darauf schließen, dass vor allem bei Älteren, Niedriggebildeten und Männern Präventionspotenziale beziehungsweise Interventionsbedarf bestehen. Weniger als 30 Prozent der Personen innerhalb der ältesten untersuchten Altersgruppe treiben regelmäßig Sport und noch dazu findet sich bei ihnen der größte Anteil an Personen, der täglich Alkohol trinkt.

Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss zählen ebenfalls mit Blick auf die sportliche Aktivität zur Risikogruppe. Hinzu kommt, dass Niedriggebildete im Vergleich zu Personen mit einem hohen Bildungsabschluss seltener Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen und zudem den höchsten Anteil an Raucherinnen und Rauchern stellen. Männer zeigen im Vergleich zu Frauen das riskantere Gesundheitsverhalten: Sie sind seltener sportlich aktiv, rauchen häufiger, konsumieren häufiger täglich Alkohol und nehmen seltener an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil.

Für die genannten Gruppen ist es daher nicht nur wichtig, dass sie ausreichend über das Vorhandensein bestehender Präventionsangebote informiert werden. Es ist vor allem entscheidend, dass der Zugang zu besagten Maßnahmen möglichst niedrigschwellig hergestellt wird und diese Angebote von den entsprechenden Risikogruppen angenommen und genutzt

werden. Zu beachten ist jedoch, dass sich je nach Kriterium, das innerhalb eines Gesundheits- oder Risikoverhaltens betrachtet wird (zum Beispiel Frequenz versus Dauer der sportlichen Aktivität), unterschiedliche Risikogruppen ergeben können. Beispielsweise gibt es auch Befunde, nach denen Männer eher sportlich aktiv sind als Frauen (Krug et al. 2013; Robert Koch-Institut 2015). Daraus ergäbe sich dann ein besonderer Interventionsbedarf bei den Frauen. Auch der im Rahmen des DEAS 2014 festgestellte Geschlechtsunterschied in der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollte vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass dieses Verhalten sehr allgemein erfragt wurde. Da es einige geschlechtsspezifische Vorsorgeuntersuchungen gibt (zum Beispiel Brust- und Prostatakrebsvorsorge), lohnt sich auch ein Blick auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen, welche für beide Geschlechter gleichermaßen empfohlen werden. So nahmen beispielsweise laut Daten des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2010 Frauen und Männer ungefähr gleichhäufig (32,9 Prozent der Frauen und 33,9 Prozent der Männer) an Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie an einer Darmspiegelung (rund 58 Prozent der über 55-Jährigen Männer und Frauen) teil. Es könnte vermutet werden, dass sich Geschlechtsunterschiede in diesem Vorsorgeverhalten vor allem auf geschlechtsspezifische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen beziehen und dass beispielsweise gezielte Kampagnen zur Förderung der Prostatakrebsvorsorge besonders sinnvoll sein könnten. Innerhalb solcher Kampagnen ist es jedoch wichtig, in anschaulicher und nachvollziehbarer Weise über die Kosten-Nutzen-Beziehung entsprechender Vorsorgemaßnahmen aufzuklären, da nicht alle Kontrolluntersuchungen in gleichem Maße von Vorteil sind. Im Hinblick auf die Ultraschall-Diagnostik zur Früherkennung von Eierstockkrebs konnte beispielsweise gezeigt werden, dass diese Untersuchungen eher schädlich als nützlich sind: Die Sterberate an Eierstockkrebs wird durch den Ultraschall nicht verringert, stattdessen kommt es häufig zu Fehlalarmen, die mit unnötigen medizinischen Eingriffen und weiteren Nebenwirkungen einhergehen (Gigerenzer 2015).

Für den Wandel im Gesundheitsverhalten findet sich im DEAS 2014 erfreulicherweise eine Fortsetzung der Zunahme sportlicher Aktivität. Es ist jedoch hervorzuheben, dass dieser Trend seit 2008 in erster Linie die Altersgruppen ab 60 Jahren betrifft. Vorstellbar wäre, dass diese differenzielle Entwicklung dadurch zustande gekommen ist, dass ältere Personen in den letzten Jahren mehr und mehr in den Fokus der Gesundheitsförderung gerückt sind, oder dass der verbesserte gesundheitliche Zustand dieser Gruppe die vermehrte Ausübung von sportlicher Aktivität begünstigt. Trotzdem sind hier auch weiterhin große Präventionspotenziale festzustellen, da immer noch deutlich mehr als die Hälfte der Bevölkerung nicht ausreichend aktiv ist.

Mit Blick auf die Entwicklung des Tabakkonsums berichteten das Robert Koch-Institut und der Mikrozensus einheitlich von einer leicht sinkenden Raucherquote seit 2003 (Fleitmann, Dohnke, Balke, Rustler, & Sonntag 2010; Robert Koch-Institut 2015). Dieser günstige Trend kann anhand der DEAS-Daten aus dem Jahr 2014 nicht unterstützt werden: Während sich zwischen 2002 und 2008 keine Veränderungen gezeigt haben, hat der Tabakkonsum seit 2008 zugenommen. Dieser Befund lässt sich unter anderem auf ein verändertes Rauchverhalten bei Frauen zurückführen. Im Vergleich zu den beiden früheren Erhebungen geben Frauen im Jahr 2014 beispielsweise häufiger an zu rauchen, während der Raucheranteil bei den Männern seit 2002 stabil bei etwa einem Viertel liegt. In anderen Worten: Frauen nähern sich dem Tabakkonsum der Männer an. Im Hinblick darauf, dass sie besonders sensibel auf die schädlichen Wirkungen des Tabakrauchs reagieren und sich bereits ein Anstieg in der Lungenkrebsprävalenz bei Frauen abzeichnet (Neubauer, Welte, Beiche, Koenig, Buesch, & Leidl

2006), ist dieser Trend besonders alarmierend. Zukünftige Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums sollten daher ein besonderes Augenmerk auf rauchende Frauen legen.

Besorgniserregend ist zudem, dass sich bei Raucherinnen und Rauchern kein positiver Wandel in der sportlichen Aktivität zeigt. Personen, die nicht rauchen, werden dagegen immer aktiver. Diese Befunde deuten darauf hin, dass bei Nicht-Raucherinnen und Nicht-Rauchern das Gesundheitsbewusstsein über die Zeit hinweg steigt, während sich bei Raucherinnen und Rauchern diesbezüglich kein Wandel abzeichnet.

Zudem zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen sowie ein negativer Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Rauchen. Damit liefern die Befunde einen weiteren Hinweis auf den synergetischen Zusammenhang verschiedener Gesundheitsverhaltensweisen, sie lassen jedoch aufgrund ihrer querschnittlichen Natur keine Aussagen über kausale Wirkbeziehungen zu. Erklären kann man solche synergistischen Zusammenhänge, wie zum Beispiel den zwischen sportlicher Aktivität und Rauchen (Nagaya, Yoshida, Takahashi, & Kawai 2007), damit, dass sportliche Aktivität bei Rauchern das Verlangen nach Nikotin verringert (Taylor, Ussher, & Faulkner 2007). Auf solchen synergistischen Zusammenhängen baut die ‚Gateway-Hypothese‘ auf, nach der Veränderungen des Verhaltens (zum Beispiel sportliche Aktivität) auch Veränderungen bei anderen Verhaltensweisen (zum Beispiel Ernährung) nach sich ziehen. Statt bei mehreren Verhaltensweisen zu intervenieren, konzentriert man sich auf ein Verhalten und erhofft dadurch die Chance zu erhöhen, dass auch ein damit zusammenhängendes Verhalten positiv verändert wird. Entsprechende Interventionsstudien sind jedoch noch sehr selten und liefern bisher keine eindeutigen Befunde (siehe zum Beispiel Dutton, Napolitano, Whiteley, & Marcus 2008). Möglicherweise lassen sich weitere Nachweise für die ‚Gateway-Hypothese‘ erbringen, wenn man nicht nur Synergien zwischen den klassischen beziehungsweise proximalen Gesundheitsverhaltensweisen (zum Beispiel sportliche Aktivität) in Betracht zieht, sondern auch distalere Gesundheitsverhaltensweisen, wie zum Beispiel soziale Partizipation (Ziegelmann & Knoll 2015), in solche Analysen miteinbezieht. In diesem Sinne könnte die soziale Partizipation in Form von freiwilligem Engagement in Interventionen angegangen werden, um damit als positiven Nebeneffekt auch die sportliche Aktivität zu steigern (z.B. Baltimore Experience Corps Trial: Tan, Rebok, Yu, Frangakis, Carlson, Wang, Ricks, Tanner, Mc-Gill, & Fried 2009). Gerade für ältere Erwachsene werden derartige Interventionsansätze mit Erfolg genutzt, da reine Gesundheitsverhaltensinterventionen nicht von allen älteren Menschen als attraktiv angesehen werden.

Zwischen sportlicher Aktivität und Alkoholkonsum konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Immerhin ist aber festzuhalten, dass kein positiver Zusammenhang besteht, wie er von anderen Autoren in einem systematischen Review für alle Altersgruppen dokumentiert wurde (Piazza-Gardner & Barry 2012). Interessant ist außerdem, dass innerhalb des DEAS 2014 die Personengruppe mit dem höchsten Bildungsstand zwar die niedrigste Raucher-, jedoch die höchste Alkoholquote aufweist, was wiederum einen Hinweis dafür liefert, dass Risikoverhaltensweisen nicht unbedingt in positiver Weise miteinander zusammenhängen müssen.

Für die erfolgreiche Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels ‚Gesund älter werden‘ (Bundesministerium für Gesundheit 2012) sollten somit nicht nur Risikogruppen, sondern auch synergistische Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gesundheitsverhaltensweisen im Blick behalten werden, da sie einen weiteren wichtigen Ansatzpunkt für die Gestaltung von Präventions- und Interventionsprogrammen liefern.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Burger, M., & Mensink, G. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Dutton, G. R., Napolitano, M. A., Whiteley, J. A., & Marcus, B. H. (2008). Is physical activity a gateway behavior for diet? Findings from a physical activity trial. *Preventive Medicine, 46*, 216-221.
- Fleitmann, S., Dohnke, B., Balke, K., Rustler, C., & Sonntag, U. (2010). Frauen und Rauchen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53*(2), 117-124. doi: 10.1007/s00103-009-1005-3.
- Gigerenzer, G. (2015). *Statement zu "Faktenboxen"*. Pressekonferenz "Faktenboxen" des AOK-Bundesverbandes. Berlin: AOK.
- Hapke, U., von der Lippe, E., & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 809-813. doi: 10.1007/s00103-013-1699-0.
- Hoebel, J., Richter, M., & Lampert, T. (2013). Social status and participation in health checks in men and women in Germany: Results from the German Health Update (GEDA), 2009 and 2010. *Deutsches Ärzteblatt International, 110*(41), 679-685. doi: 10.3238/arztebl.2013.0679.
- International Center for Alcohol Policies (2003). *International Drinking Guidelines (ICAP Report No. 14)*. Washington DC: ICAP.
- Jeschke, D., & Zeilberger, K. (2004). Altern und körperliche Aktivität. *Deutsches Ärzteblatt, 101*(12), A 789 - A 798.
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B. M., Müters, S., Finger, J. D., & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 765-771. doi: 10.1007/s00103-012-1661-6.
- Lampert, T., Kroll, L. E., von der Lippe, E., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013a). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 814-821. doi: 10.1007/s00103-013-1695-4.
- Lampert, T., von der Lippe, E., & Müters, S. (2013b). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 802-808. doi: 10.1007/s00103-013-1698-1.
- Nagaya, T., Yoshida, H., Takahashi, H., & Kawai, M. (2007). Cigarette smoking weakens exercise habits in healthy men. *Nicotine & Tobacco Research, 9*, 1027-1032.
- Neubauer, S., Welte, R., Beiche, A., Koenig, H. H., Buesch, K., & Leidl, R. (2006). Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tobacco Control, 15*(6), 464-471. doi: 10.1136/tc.2006.016030.
- Piazza-Gardner, A. K., & Barry, A. E. (2012). Examining physical activity levels and alcohol consumption: are people who drink more active? *American Journal of Health Promotion, 26*, e95-104. doi: 10.4278/ajhp.100929-LIT-328.
- Prochaska, J. J., & Prochaska, J. O. (2011). A review of multiple health behavior change interventions for primary prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine, 5*.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavarancharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet, 373*, 2223-2233.
- Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland 2015*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Saß, A.-C., Wurm, S., & Ziese, T. (2009). Inanspruchnahmeverhalten. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.) *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 134-159). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Starker, A., & Saß, A.-C. (2013). Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 858-867. doi: 10.1007/s00103-012-1655-4.
- Tan, E. J., Rebok, G. W., Yu, Q., Frangakis, C. E., Carlson, M. C., Wang, T., Ricks, M., Tanner, E. K., Mc-Gill, S., & Fried, L. P. (2009). *The long-term relationship between high-intensity volunteering and physical activity in older African American women*. Oxford: University Press.

- Taylor, A. H., Ussher, M. H., & Faulkner, G. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction, 102*, 534-543.
- UNESCO (2012). *International Standard Classification of Education ISCED 2011*. Montreal: UNESCO Institute for Statistics.
- WHO (2015). *Europäischer Gesundheitsbericht 2015*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa.
- Wurm, S., Schöllgen, I., & Tesch-Römer, C. (2010). Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 90-117). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ziegelmann, J. P., & Knoll, N. (2015). Future directions in the study of health behavior among older adults. *Gerontology, 61*, 469-476. doi: 10.1159/000369857.

10 Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen

Svenja M. Spuling, Susanne Wurm, Julia K. Wolff & Jenna Wünsche

Kernaussagen

Ein Großteil der 40- bis 85-Jährigen bewertet die eigene Gesundheit im Jahr 2014 als gut, wobei jedoch deutliche Alters- und Bildungsunterschiede bestehen: Der Anteil an Personen, die zu einer guten Gesundheitsbewertung kommen, ist unter den 70- bis 85-Jährigen mit 44,6 Prozent im Vergleich zu den 55- bis 69-Jährigen (53,6 Prozent) und den 40- bis 54-Jährigen (64,5 Prozent) am geringsten. Hochgebildete bewerten mit 63,4 Prozent im Vergleich zur mittleren (53,6 Prozent) und niedrigen Bildungsgruppe (36,3 Prozent) am häufigsten ihre Gesundheit als gut.

Nur bei den über 65-Jährigen zeigt sich zwischen 1996 und 2014 ein positiver Wandel der subjektiven Gesundheitsbewertung: Der Anteil von Personen mit guter subjektiver Gesundheitsbewertung ist beispielsweise bei den 66- bis 71-Jährigen zwischen 1996 und 2014 um mehr als zwölf Prozentpunkte angestiegen. Bei den unter 66-Jährigen zeichnet sich dagegen kein vergleichbarer Trend ab.

Die subjektive Gesundheitsbewertung hängt im Jahr 2014 eng mit Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen zusammen: Personen mit guter subjektiver Gesundheitsbewertung geben weniger Erkrankungen, funktionale Einschränkungen und depressive Symptome an. Trotzdem bewertet auch fast die Hälfte der mehrfach erkrankten Personen ihre Gesundheit als gut – gleiches gilt für über 20 Prozent der Personen mit funktionalen Einschränkungen und für etwa jede dritte Person mit mindestens leichten depressiven Symptomen.

Im Jahr 2014 zeigen sich deutliche Bildungsunterschiede in der subjektiven Gesundheitsbewertung bei mehrfach Erkrankten und Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen: Nur ein Viertel der mehrfach erkrankten Personen mit niedriger Bildung berichtet im Jahr 2014 von einer guten subjektive Gesundheit, in der höchsten Bildungsgruppe sind es hingegen mehr als doppelt so viele. Zudem bewerten 17,0 Prozent der niedriggebildeten Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen ihre Gesundheit als gut, wohingegen 37,9 Prozent der hochgebildeten Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen zu einer guten Gesundheitsbewertung kommen.

10.1 Einleitung

Gesundheit ist ein mehrdimensionales Konzept (vgl. Kapitel 8), das nicht nur die körperliche, funktionale und psychische Gesundheit umfasst, sondern auch die subjektive Gesundheitsbewertung berücksichtigt (WHO 2002). Die subjektive Gesundheitsbewertung, das heißt, wie Menschen sich gesundheitlich fühlen und ihre Krankheit(en) und Einschränkungen einschätzen, stellt ein zentrales Maß gesundheitsbezogener Lebensqualität dar und kann eine Reihe anderer Gesundheitsaspekte (zum Beispiel Genesung nach Krankheit) vorhersagen. In besonderem Maße gilt dies für die Sterblichkeits-Vorhersage: Menschen mit einer guten subjektiven Gesundheit leben länger und dies zeigt sich interessanter Weise auch unabhängig von ihrer objektiven Gesundheit (Idler & Benyamini 1997; Benyamini & Idler 1999). Darüber hinaus ist bei Menschen mit guter subjektiver Gesundheit die Motivation höher, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auszuführen oder Risikoverhaltensweisen zu verändern (Benyamini 2011).

Bewerten Menschen ihre eigene Gesundheit, so berücksichtigen sie dabei ihren körperlichen Gesundheitszustand und mögliche, damit einhergehende funktionale Einschränkungen. Zusätzlich fließen in die Bewertung aber auch zahlreiche andere Faktoren mit ein, die über das Wissen über den körperlichen Gesundheitszustand hinausgehen – wie zum Beispiel die psychische Gesundheit, das Gesundheitsverhalten oder das Wohlbefinden. Die eigene Einschätzung der Gesundheit spiegelt demnach den individuellen Gesundheitszustand umfassender wider als einzelne Gesundheitsdimensionen oder Diagnosen, da die eigene Lebenssituation und der eigene Lebensstil in die Bewertung einfließen. Es ist daher wichtig, sowohl bei der Gesundheitsberichterstattung als auch in der Gesundheitsversorgung diese Selbsteinschätzung zusätzlich zu den objektiven Gesundheitsmaßen zu berücksichtigen. Gesundheitsscreenings sollten sich deshalb nicht nur auf Laborwerte und diagnostizierte Erkrankungen beziehen, sondern auch die subjektive Gesundheit der Patienten in den Blick nehmen. Da die subjektive Einschätzung der Gesundheit nicht nur den aktuellen Gesundheitszustand, sondern auch mögliche gesundheitliche Veränderungen in der Zukunft miteinbezieht (Benyamini 2011), kann eine als schlecht eingeschätzte Gesundheit ein Hinweis auf Risiken sein, die sich (noch) nicht in objektiven gesundheitsbezogenen Maßen widerspiegeln. Insbesondere Personen, die keine diagnostizierte Krankheit haben, ihren Gesundheitszustand aber als schlecht einschätzen, stellen eine Risikogruppe dar: zum einen, da sie möglicherweise medizinisch unterversorgt sind, zum anderen, da sie eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität haben, die Folgeprobleme (zum Beispiel Fehlzeiten am Arbeitsplatz, psychische Erkrankungen, funktionale Einschränkungen) nach sich ziehen kann.

Im höheren Alter ist es besonders wichtig, verschiedene Gesundheitsdimensionen im Zusammenspiel zu betrachten. Gerade der subjektiven Gesundheit kommt mit steigendem Alter eine wachsende Bedeutung zu. Ein Grund hierfür ist, dass mehreren Studien zufolge die subjektive Gesundheit bis ins hohe Alter im Mittel vergleichsweise stabil bleibt – das heißt, sie nimmt nicht im gleichen Ausmaß ab, wie es die altersbedingte Zunahme an Erkrankungen und funktionalen Einschränkungen (vgl. Kapitel 8) erwarten lassen würde (Leinonen, Heikkinen, & Jylhä 2001; Spuling, Wiest, Huxhold, & Wurm 2013). In jüngeren Altersgruppen kommen zwar mehr Menschen zu einer guten subjektiven Gesundheitsbewertung als in älteren Altersgruppen, dennoch ist in bisherigen Studien zu beobachten, dass auch ein großer Teil der älteren Menschen ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut bewertet.

Auch sind Unterschiede zwischen verschiedenen Bildungsgruppen zu erwarten: Der in früheren Studien konsistent aufgezeigte Befund, dass Bildungsunterschiede zuungunsten Niedriggebildeter hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes bestehen (Ellert & Kurth 2013; Wurm, Schöllgen, & Tesch-Römer 2010; Robert Koch-Institut 2015) sollte sich demnach auch in der subjektiven Gesundheitsbewertung widerspiegeln.

Unterschiede bei der subjektiven Gesundheitsbewertung von Frauen und Männern waren in den bisherigen Erhebungen des Deutschen Alterssurvey (DEAS) nicht festzustellen (Wurm et al. 2010). Frauen berichten zwar in vielen Studien mehr körperliche Erkrankungen und funktionale Einschränkungen (Robert Koch-Institut 2014), bei der Einschätzung der subjektiven Gesundheit werden jedoch Vergleichsprozesse wirksam, die diese Unterschiede wieder ausgleichen könnten. Es ist anzunehmen, dass sich Frauen bei der Beurteilung ihrer Gesundheit mit anderen Frauen ihres Alters vergleichen. Wenn es nun innerhalb dieser Vergleichsgruppe ‚normal‘ ist, ein bestimmtes Maß an Erkrankungen beziehungsweise Einschränkungen zu haben, dann verlieren diese Kriterien an Wichtigkeit und fließen demnach mit einer geringeren Gewichtung in die subjektive Gesundheitsbewertung hinein.

Neben möglichen Alters-, Bildungs- und Geschlechtsunterschieden soll zudem der Frage nachgegangen werden, inwiefern sich die subjektive Gesundheit über die Erhebungen hinweg gewandelt hat und ob sich dieser Wandel für Personen unterschiedlichen Alters in gleicher Weise gestaltet. Bisherige Befunde zum Wandel der subjektiven Gesundheit sind gemischter Natur. Im Vergleich früherer und späterer Geburtsjahrgänge werden sowohl Verbesserungs- als auch Verschlechterungstrends sowie Kontinuität über die Zeit berichtet (Parker & Thorslund 2007).

Ein zentraler Teil des vorliegenden Kapitels behandelt den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Gesundheitsdimensionen mit der subjektiven Gesundheit. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie eng ein ‚sich gesund fühlen‘ mit objektiveren Gesundheitsmaßen verbunden ist, also einer geringen Zahl von selbstberichteten Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen – und umgekehrt, wie viele Menschen, die von Krankheiten, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen berichten, sich dennoch subjektiv gesund fühlen.

Der Zusammenhang von Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen mit der subjektiven Gesundheit kann sich dabei für Personen mit verschiedener wirtschaftlicher, sozialer oder psychologischer Ressourcenausstattung unterscheiden. Die Bildung spielt dabei eine wichtige Rolle: zum einen, weil sie selbst eine relevante Gesundheitsressource darstellt, zum anderen, weil sie mit der Aktivierung weiterer Ressourcen, wie beispielsweise sozialer Unterstützung, einer optimistischen und hoffnungsvollen Zukunftsperspektive sowie günstigen Gesundheitsverhaltensweisen, in Verbindung steht (Gallo & Matthews 2003; Schöllgen, Huxhold, Schüz, & Tesch-Römer 2011). Demnach müssten sich Höhergebildete aufgrund ihres doppelten Ressourcenvorteils besser an die negativen Auswirkungen einer schlechten Gesundheit anpassen können als niedriger gebildete Personen. Dies sollte dazu führen, dass der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Gesundheitsdimensionen mit der subjektiven Gesundheit in höheren Bildungsgruppen schwächer ausfällt. In anderen Worten: Bei einem gleichermaßen schlechten körperlichen Gesundheitszustand sollten Personen mit einer höheren Bildung häufiger zu einer guten Gesundheitsbewertung kommen als niedriggebildete Personen.

Zusammenfassend werden im vorliegenden Kapitel die folgenden Forschungsfragen untersucht:

1. Wie ist die subjektive Gesundheit im Jahr 2014 und wie hat sie sich seit 1996 gewandelt?

2. Wie hängt die subjektive Gesundheit mit anderen Gesundheitsdimensionen zusammen?
3. Unterscheidet sich der Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und anderen Gesundheitsdimensionen für Personen aus unterschiedlichen Bildungsgruppen?

10.2 Datengrundlage

Daten. Im vorliegenden Kapitel werden die Daten der 40- bis 85-Jährigen aller vier Erhebungen des DEAS (1996, 2002, 2008 und 2014) verwendet. Der Schwerpunkt der Analysen nutzt jedoch ausschließlich die Daten von 2014, um Zusammenhänge der Gesundheitsdimensionen untereinander zu untersuchen. Subjektive und funktionale Gesundheit sowie depressive Symptome wurden im Rahmen des persönlichen Interviews erfasst. Selbstberichtete Erkrankungen wurden im schriftlichen Fragebogen erhoben.

Subjektive Gesundheit. Alle Befragten gaben an, wie sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand bewerten. Die möglichen Antwortalternativen lauteten dabei: ‚sehr gut‘, ‚gut‘, ‚mittel‘, ‚schlecht‘ und ‚sehr schlecht‘. Die Antworten zu sehr guter oder guter Gesundheit wurden in eine Gruppe zusammengefasst, die im Folgenden als Personen mit *guter subjektiver Gesundheit* bezeichnet wird, und die Antworten zu schlechter und sehr schlechter Gesundheit wurden in eine Gruppe zusammengefasst, die im Folgenden als Personen mit *schlechter subjektiver Gesundheit* bezeichnet wird. Für die deskriptiven Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit nach den Gruppierungsvariablen werden alle drei Gruppen der subjektiven Gesundheit (gut, mittel, schlecht) berichtet. Gleiches gilt für die Betrachtung des Wandels in der subjektiven Gesundheit. Bei den Zusammenhangsanalysen mit den anderen Gesundheitsdimensionen werden nur die beiden Gruppen mit guter sowie schlechter Gesundheitsbewertung betrachtet.

Selbstberichtete Erkrankungen. Für die selbstberichteten Erkrankungen wird derselbe Indikator wie in Kapitel 8 verwendet. Es wird der Anteil der Personen dargestellt, die *keine oder eine Erkrankung* angeben und mit jenen verglichen, die *zwei und mehr Erkrankungen* haben.

Funktionale Gesundheit. Analog zu Kapitel 8, werden Personen, die *keine bis geringe funktionale Einschränkungen* nennen und damit von einer guten funktionale Gesundheit berichten (Mittelwert kleiner gleich 1,3 auf der Subskala körperliche Funktionsfähigkeit des SF-36) mit Personen verglichen, bei denen *mittlere bis schwere funktionale Einschränkungen* vorhanden sind (Mittelwert größer als 1,3).

Depressive Symptome. Das verwendete Maß für die depressiven Symptome wird in Kapitel 11 ausführlicher beschrieben. Der Anteil an Personen, die *keine depressiven Symptome* berichten (Summenwert kleiner gleich 8 auf der Kurzform der ADS-K-Skala – Kurzfassung der Allgemeinen Depressionsskala) wird mit denen verglichen, die *mindestens leichte depressive Symptome* berichten (Summenwert größer als 8).

Gruppierungsvariablen. Um Altersgruppenunterschiede zu veranschaulichen, werden drei Altersgruppen abgebildet (40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre). Zur Untersuchung des Wandels in der subjektiven Gesundheit wird eine feinere Altersgruppierungsvariable mit sieben Kategorien verwendet (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre). Dies soll sicherstellen, dass es bei der Untersuchung von Geburtskohorteneffekten zu keinen Überschneidungen zwischen Erhebungszeitpunkten und Altersgruppen kommt (vgl. Kapitel 2). Zur Beschreibung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-

Klassifizierung (International Standard Classification of Education, UNESCO 2012) – drei Bildungsgruppen unterschieden: Niedrig-, Mittel- und Hochgebildete (vgl. Kapitel 2). Weiterhin wird die subjektive Gesundheit von Männern und Frauen betrachtet.

Analysen. Signifikanztestungen zur statistischen Absicherung der Gruppenunterschiede erfolgten mit Hilfe von (ordinalen) logistischen Regressionen, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde. In den Abbildungen unter Abschnitt 10.2.1 werden gewichtete Häufigkeiten dargestellt, wohingegen die Prozentzahlen in den Zusammenhangsanalysen unter 10.2.2 und 10.2.3 direkt aus den am Mikrozensus gewichteten logistischen Regressionen errechnet wurden. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

10.3 Subjektive Gesundheit im Jahr 2014 und im Wandel

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Unterschieden in der subjektiven Gesundheit zwischen den gesellschaftlichen Gruppen dargestellt. Im Anschluss werden die Befunde zum Wandel in der subjektiven Gesundheitsbewertung zwischen 1996 und 2014 beschrieben.

Ein Großteil der 40- bis 85-Jährigen bewertet die eigene Gesundheit im Jahr 2014 als gut, wobei jedoch deutliche Alters- und Bildungsunterschiede bestehen.

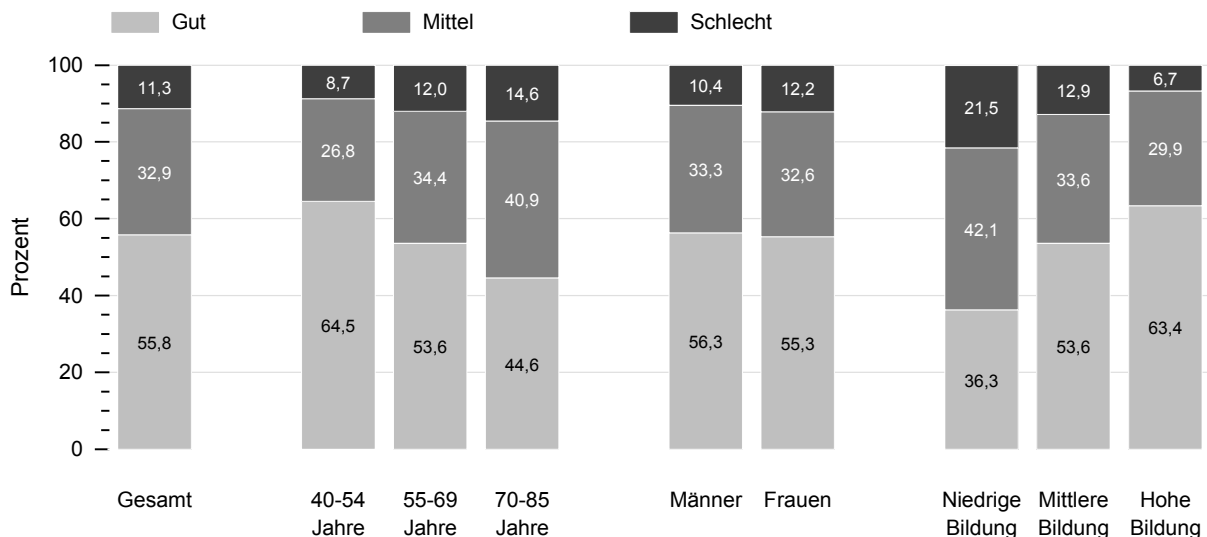
Über die Hälfte der 40- bis 85-Jährigen schätzt die eigene Gesundheit als gut ein (55,8 Prozent). Nur 11,3 Prozent bewerten ihre Gesundheit als schlecht und 32,9 Prozent als mittel (Abbildung 10-1). Wie erwartet, zeigen sich hinsichtlich der subjektiven Gesundheit keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern, jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Alters- und Bildungsgruppen (Abbildung 10-1).

In der jüngsten untersuchten Altersgruppe, den 40- bis 54-Jährigen, schätzen knapp zwei Drittel (64,5 Prozent) ihre Gesundheit als gut ein. Dieser Anteil ist bei den 55- bis 69-Jährigen (um 10,9 Prozentpunkte) und bei den 70- bis 85-Jährigen (um 19,9 Prozentpunkte) geringer, das heißt die subjektive Gesundheit wird in höheren Altersgruppen als schlechter eingeschätzt. Trotzdem bewerten auch in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen noch 44,6 Prozent ihre Gesundheit als gut. Dementsprechend liegt der Anteil an Personen mit einer schlechten Gesundheitsbewertung bei 8,7 Prozent unter den 40- bis 54-Jährigen, bei 12,0 Prozent unter den 55- bis 69-Jährigen und bei 14,6 Prozent unter den 70- bis 85-Jährigen. Doch auch in der höchsten Altersgruppe bewerten noch über 85 Prozent ihren Gesundheitszustand als gut oder mittel, wobei der Anteil an Personen mit einer mittleren subjektiven Gesundheit bei den 70- bis 85-Jährigen im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen auf dem höchsten Niveau liegt (40,9 Prozent). Folglich kommen ältere Personen zwar im Vergleich zu jüngeren zu einer weniger positiven Bewertung ihrer Gesundheit, ein großer Teil schätzt seine Gesundheit aber selbst im hohen Alter noch als gut ein.

Es finden sich auch die erwarteten Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. Personen mit höherer Bildung bewerten demnach ihre Gesundheit besser als Personen mit niedriger Bildung. Nur etwas mehr als ein Drittel der Personen mit niedriger Bildung (33,3 Prozent), aber knapp zwei Drittel der Personen mit höherer Bildung (63,4 Prozent) kommen zu einer guten Gesundheitsbewertung. Der Anteil an Personen mit schlechter subjektiver Gesundheit liegt in der niedrigen Bildungsgruppe bei 21,5 Prozent, während er nur 6,7 Prozent in der höchsten Bildungsgruppe beträgt. Eine mittlere Gesundheitsbewertung ist zudem innerhalb der niedrigen

Bildungsgruppe (42,1 Prozent) am meisten verbreitet und am seltensten bei den Hochgebildeten (29,9 Prozent).

Abbildung 10-1: Subjektive Gesundheit, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 5.994), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Alters- und Bildungsunterschiede in allen drei Kategorien der subjektiven Gesundheit signifikant. Geschlechtsunterschiede in allen drei Kategorien der subjektiven Gesundheit nicht signifikant.

Nur bei den über 65-Jährigen zeigt sich zwischen 1996 und 2014 ein positiver Wandel der subjektiven Gesundheitsbewertung.

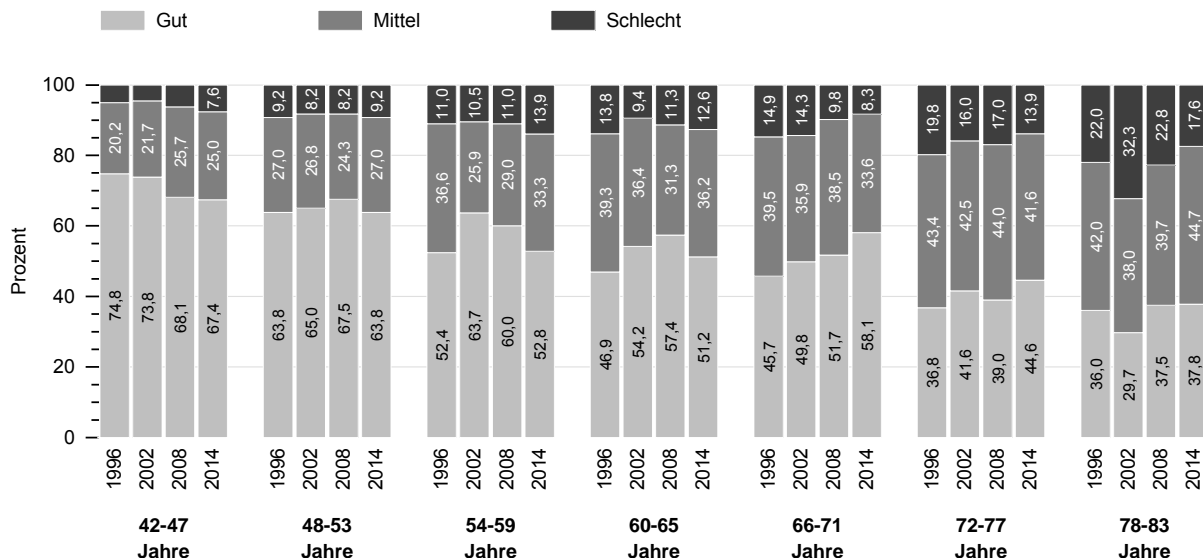
Ein Vergleich der subjektiven Gesundheit über die Erhebungsjahre hinweg macht deutlich, dass die 40- bis 85-Jährigen ihre Gesundheit in den Jahren 2002, 2008 und 2014 häufiger als gut und seltener als schlecht bewertet haben als im ersten Erhebungsjahr 1996 (vgl. Tabelle A 10-1 im Anhang).

Ein separater Blick auf die Entwicklung innerhalb der verschiedenen Altersgruppen (Abbildung 10-2) zeigt jedoch, dass sich der positive Wandel in der subjektiven Gesundheit auf die höheren Altersgruppen (ab 66 Jahren) begrenzt: Die 66- bis 71-Jährigen haben einen kontinuierlichen Anstieg im Anteil der Personen verzeichnet, die ihre Gesundheit als gut bewerten. Im Jahr 2014 liegt dieser Anteil mit 58,1 Prozent auf einem signifikant höheren Niveau als in den Jahren 2008 (51,7 Prozent), 2002 (49,8 Prozent) und 1996 (45,7 Prozent). Auch die 72- bis 77-Jährigen geben im Jahr 2014 häufiger einen guten beziehungsweise seltener einen schlechten Gesundheitszustand an als gleichaltrige Personen im Jahr 1996. In der ältesten Altersgruppe (78- bis 83-Jährige) lässt sich die positive Entwicklung erst seit 2002 beobachten: Der Anteil an Personen, die ihre Gesundheit als gut bewerten, ist innerhalb dieser Altersgruppe zwischen 2002 und 2014 um 9,1 Prozentpunkte (von 29,7 Prozent auf 37,8 Prozent) gestiegen, während der Anteil an Personen, die ihre Gesundheit als schlecht bewerten um 14,7 Prozentpunkte (von 32,3 Prozent auf 17,6 Prozent) gesunken ist.

Bei den jüngeren Personen ergibt sich dagegen ein weniger eindeutiges Bild für den Wandel der subjektiven Gesundheit. Dieses reicht von einer Stabilität in der Gesundheitseinschätzung bei

den 48- bis 53-Jährigen und 60- bis 65-Jährigen, über eine wechselhafte Entwicklung bei den 54- bis 59-Jährigen, bis hin zu einer durchgängigen Umkehrung des positiven Trends in der jüngsten Altersgruppe: Die 42- bis 47-Jährigen im Jahr 2014 fühlen sich weniger gesund als Personen, die 1996 im gleichen Alter waren. Die Ergebnisse zeigen also, dass sich die subjektive Gesundheit zwischen 1996 und 2014 uneinheitlich, aber zugunsten älterer Altersgruppen entwickelt hat.

Abbildung 10-2: Subjektive Gesundheit, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.833), 2002 (n = 3.081), 2008 (n = 6.195), 2014 (n = 5.994), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Interaktion zwischen Alter und Erhebungsjahr ist signifikant. Signifikante Zunahme in der Kategorie ‚gut‘ und signifikante Abnahme in der Kategorie ‚schlecht‘ zwischen 1996 und 2002 bei den 78- bis 83-Jährigen beziehungsweise zwischen 1996 und 2014 bei den 66- bis 77-Jährigen. Signifikante Abnahme in der Kategorie ‚gut‘ und signifikante Zunahme in der Kategorie ‚schlecht‘ von 1996 bis 2014 bei den 42- bis 47-Jährigen. Signifikante Zunahme zwischen 1996 und 2002 und signifikante Abnahme zwischen 2002 und 2014 in der Kategorie ‚gut‘ bei den 54- bis 59-Jährigen. Stabilität zwischen 1996 und 2014 in allen Kategorien bei den 48- bis 53-Jährigen und 60- bis 65-Jährigen.

10.4 Zusammenhang zwischen Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen mit der subjektiven Gesundheitsbewertung

Die subjektive Gesundheit sollte allerdings nicht nur allein betrachtet werden. Auch der Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes und anderen Gesundheitsindikatoren ist von Interesse.

Die subjektive Gesundheitsbewertung hängt im Jahr 2014 eng mit Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen zusammen.

Personen, die kaum Erkrankungen, funktionale Einschränkungen beziehungsweise depressive Symptome berichten, bewerten auch ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser.

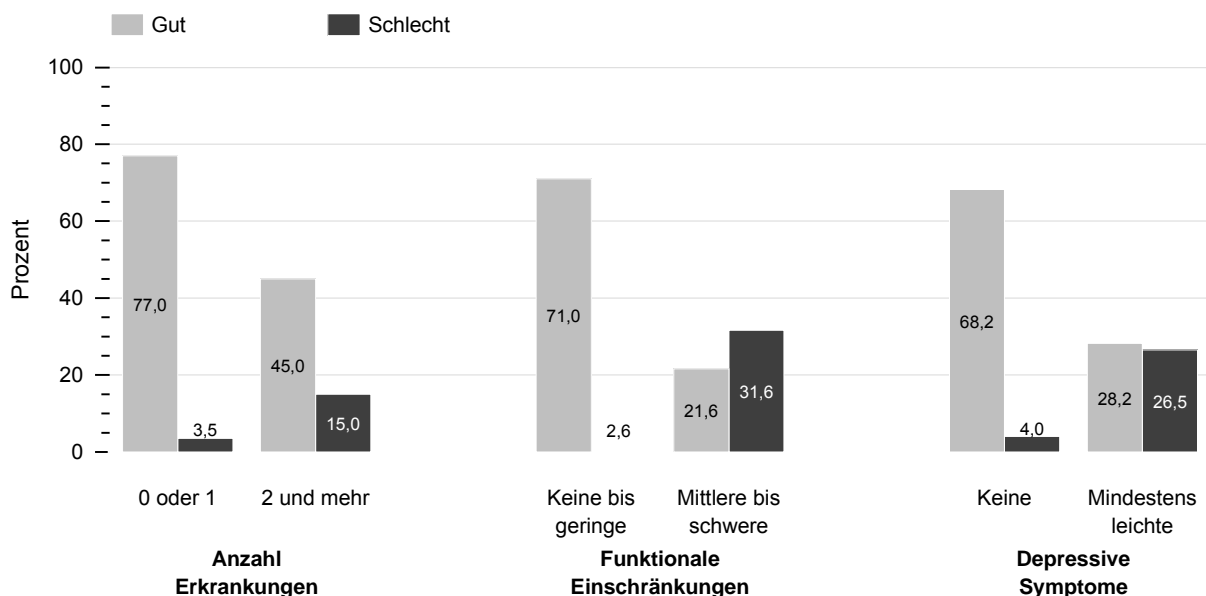
Abbildung 10-3 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Gesundheitsdimensionen und der subjektiven Gesundheit. Dabei fällt auf, dass zwar eine deutliche Mehrheit der Personen, die keine oder nur eine Erkrankung berichtet, auch zu einer guten Gesundheitseinschätzung kommt, dass aber auch fast die Hälfte der mehrfach erkrankten Personen ihre Gesundheit als gut bewertet. Während nur 3,5 Prozent der 40- bis 85-Jährigen mit

keiner oder einer Erkrankung ihre Gesundheit als schlecht bewerten, steigt dieser Anteil auf 15,0 Prozent in der Gruppe der Personen mit zwei oder mehr Erkrankungen. Trotzdem ist bei mehrfach erkrankten Personen der Anteil mit einer guten Gesundheitsbewertung immer noch dreimal so groß wie der Anteil mit einer schlechten Gesundheitsbewertung.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für den Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und dem Vorhandensein funktionaler Einschränkungen beziehungsweise depressiver Symptome. Ein großer Anteil der Personen, der keine bis geringe Einschränkungen oder keine depressiven Symptome berichtet, schätzt auch die subjektive Gesundheit erwartungsgemäß als gut ein. Bemerkenswert ist, dass auch ein nennenswerter Anteil an Personen mit einer eingeschränkten funktionalen Gesundheit zu einer guten subjektiven Gesundheitseinschätzung kommt. So bewerten auch 21,6 Prozent der Personen, die mittlere bis schwere funktionale Einschränkungen berichten, und 28,2 Prozent der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen ihre Gesundheit als gut.

Es lassen sich also bedeutsame Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheitsbewertung und anderen Gesundheitsdimensionen beobachten, wobei viele Personen selbst bei Vorhandensein von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu einer positiven Gesundheitsbewertung kommen.

Abbildung 10-3: Anteile der Personen mit guter und schlechter subjektiver Gesundheit nach selbstberichteten Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.216 für selbstberichtete Erkrankungen; n = 5.991 für funktionale Einschränkungen; n = 5.852 für depressive Symptome), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und selbstberichteten Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen sowie depressiven Symptomen ist signifikant. Signifikante Unterschiede zwischen den Ausprägungen von Erkrankungen, Einschränkungen bzw. depressiven Symptomen sowohl in der Kategorie ‚gut‘ als auch in der Kategorie ‚schlecht‘.

10.5 Bildungsunterschiede im Zusammenhang zwischen Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen mit der subjektiven Gesundheitsbewertung

Die subjektive Gesundheit hängt also mit anderen Dimensionen der Gesundheit zusammen. Darüber hinaus scheint das Bildungsniveau Einfluss darauf zu haben, wie sich diese Zusammenhänge gestalten.

Im Jahr 2014 zeigen sich deutliche Bildungsunterschiede in der subjektiven Gesundheitsbewertung bei mehrfach Erkrankten und Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen.

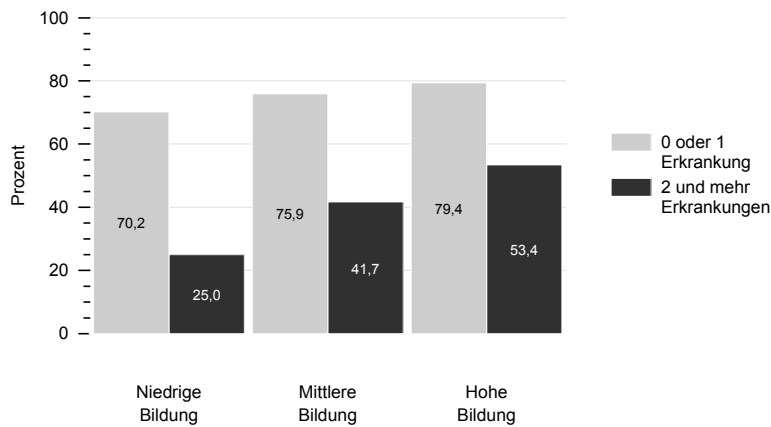
Der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und selbstberichteten Erkrankungen ist bei hoher Bildung am geringsten (Abbildung 10-4 a). Zwischen Personen, die null oder eine Erkrankung angeben, lassen sich zwar keine Bildungsunterschiede im Hinblick auf eine gute Gesundheitsbewertung beobachten, doch bei Vorhandensein von Mehrfacherkrankungen wird der Bildungsgradient sichtbar: Im Jahr 2014 ist der Anteil multimorbider Personen mit einer guten subjektiven Gesundheitsbewertung innerhalb der höchsten Bildungsgruppe mit 53,4 Prozent mehr als doppelt so groß wie in der niedrigsten Bildungsgruppe (25,0 Prozent). Demnach gelingt es Hochgebildeten im Vergleich zu Personen mit mittlerer und niedriger Bildung am ehesten trotz Mehrfacherkrankungen eine gute subjektive Gesundheit aufrechtzuerhalten.

Ein ähnliches Bild ist für den bildungsabhängigen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein depressiver Symptome und der subjektiven Gesundheit zu erkennen (Abbildung 10-4 c). Auch hier zeigt sich in der höchsten Bildungsgruppe der schwächste Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und subjektiver Gesundheit. Anhand von Abbildung 10-4 c wird erkenntlich, dass höhere Bildungsgruppen generell eine bessere Gesundheitsbewertung haben. Besonders deutlich zeigen sich die Bildungsunterschiede aber für jene, die mindestens leichte depressive Symptome berichten. Hier fallen die Bildungsunterschiede stärker und zuungunsten niedriggebildeter Personen aus.

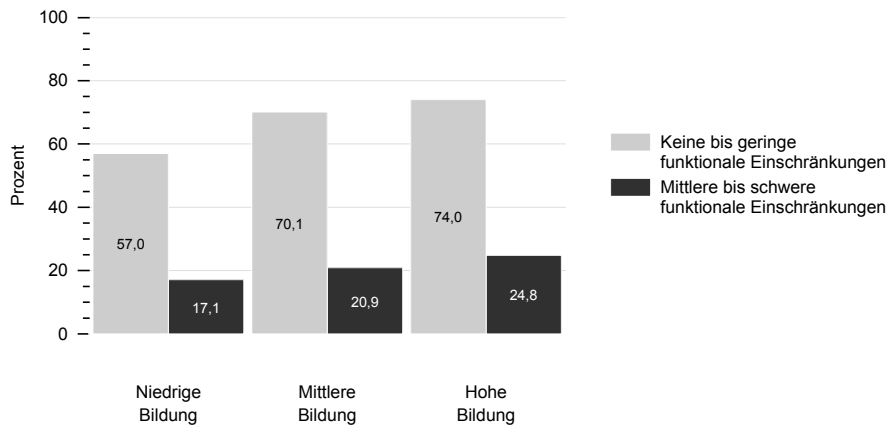
Für den Zusammenhang zwischen funktionalen Einschränkungen und der subjektiven Gesundheitsbewertung finden sich hingegen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen (Abbildung 10-4 b). Bei Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Bildungsabschluss spiegeln sich Unterschiede im funktionalen Gesundheitsstatus gleichermaßen in der subjektiven Gesundheitsbewertung wider.

Abbildung 10-4: Anteile der Personen mit guter subjektiver Gesundheit nach selbstberichteten Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen, nach Bildung, 2014 (in Prozent)

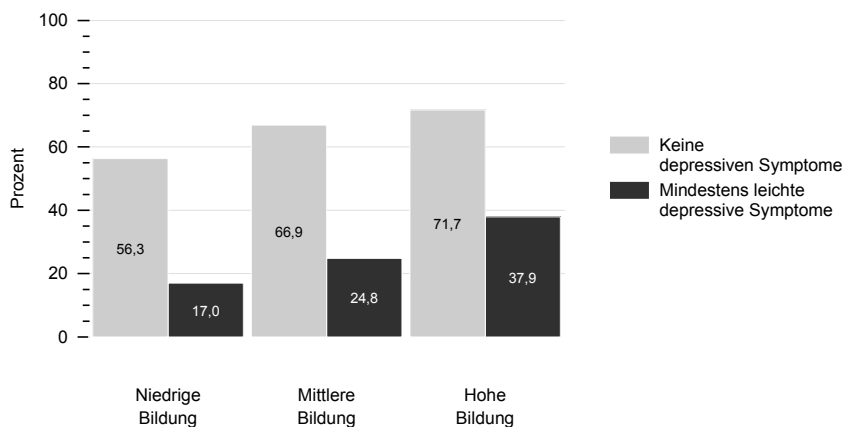
a) Selbstberichtete Erkrankungen



b) Funktionale Einschränkungen



c) Depressive Symptome



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.215 für selbstberichtete Erkrankungen; n = 5.990 für funktionale Einschränkungen; n = 5.851 für depressive Symptome), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Signifikante Interaktion zwischen selbstberichteten Erkrankungen und Bildung sowie zwischen depressiven Symptomen und Bildung. Für Personen mit höherer Bildung ist der Zusammenhang schwächer (geringere Unterschiede zwischen den beiden Ausprägungen von Erkrankungen bzw. depressiven Symptomen bei höher Gebildeten). Der Zusammenhang zwischen funktionalen Einschränkungen und subjektiver Gesundheit unterscheidet sich nicht nach Bildungsgruppe; die Interaktion ist nicht signifikant.

10.6 Diskussion und Implikationen

Die subjektive Gesundheit ist ein zentrales Maß gesundheitsbezogener Lebensqualität und ein bedeutsamer Indikator für Langlebigkeit. Die Werte subjektiver Gesundheit reflektieren demnach, wie gut es Menschen gesundheitlich geht und liefern zugleich Anhaltspunkte dafür, wie gut es einer Gesellschaft geht (vgl. Kapitel 11). Da die subjektive Gesundheit nicht allein von objektiven Gesundheitsindikatoren abhängig ist, sondern auch durch die individuelle Lebenssituation, den eigenen Lebensstil und durch Erwartungen im Hinblick auf zukünftige gesundheitliche Veränderungen geprägt ist, müssen objektive und subjektive Gesundheitseinschätzungen nicht zwangsläufig übereinstimmen. Einige Menschen bewerten ihre Gesundheit trotz eines objektiv guten Gesundheitszustandes als schlecht (z. B. Hong, Zarit, & Malmberg 2004). Solche Inkongruenzen deuten darauf hin, dass manche gesundheitliche Beeinträchtigungen und Risiken durch die bloße Diagnostik von Erkrankungen nicht greifbar werden. Um einer Unterschätzung der gesundheitlichen Belastung von Personen vorzubeugen, sollte die subjektive Gesundheitsbewertung deshalb nicht nur in der Gesundheitsberichterstattung, sondern auch bei der gesundheitlichen Vorsorge und im Rahmen von medizinischen Behandlungen Beachtung finden.

Erfreulicherweise bewertet ein großer Teil der Menschen im Alter zwischen 40 und 85 Jahren die eigene Gesundheit im Jahr 2014 positiv. Diese subjektive Gesundheitsbewertung wird unter anderem von den Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen einer Person beeinflusst. Doch selbst bei Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen, gibt noch jede fünfte bis fast jede zweite Person an, eine gute Gesundheit zu haben. Daher ist ein zentrales Ergebnis dieses Kapitels, dass eine gute subjektive Bewertung der Gesundheit auch angesichts von Beeinträchtigungen möglich ist. Dies ist auf Anpassungsprozesse zurückzuführen (Leinonen, Heikkinen, & Jylhä 2002), die jedoch in manchen gesellschaftlichen Gruppen aufgrund von größeren Ressourcen besser gelingen als in anderen.

Dieser Einfluss der Ressourcenausstattung zeigt sich in einem klaren Bildungsgradienten: Niedriger Gebildete bewerten ihre Gesundheit deutlich seltener als gut als Höhergebildete. Neben dem schlechteren Gesundheitszustand (vgl. Kapitel 8) bringen Niedriggebildete weniger soziale Ressourcen mit (vgl. Kapitel 17), um gesundheitliche Einschränkungen zu bewältigen. Hinzu kommt, dass sich bei Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss in vielerlei Hinsicht ein weniger vorteilhaftes Gesundheitsverhalten beobachten lässt (vgl. Kapitel 9). Diese Faktoren können sich in einer schlechteren Bewertung der Gesundheit niederschlagen. Die Bildungsunterschiede zeigen sich aber auch im Zusammenhang der subjektiven Gesundheit mit den anderen Gesundheitsindikatoren, zumindest im Hinblick auf Erkrankungen und depressive Symptome. Höher Gebildete geben trotz mehrerer Erkrankungen und mindestens leichter depressiver Symptome eher eine gute subjektive Gesundheit an als niedriggebildete Personen. Bildung spielte jedoch keine bedeutsame Rolle für den Zusammenhang zwischen funktionalen Einschränkungen und subjektiver Gesundheit, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass mit Blick auf die funktionale Gesundheit eher das Einkommen ausschlaggebend ist (vgl. auch Schöllgen et al. 2011): Bildung kann funktionale Einschränkungen nicht direkt kompensieren, das Einkommen kann dies eher leisten, etwa in der Form, dass Unterstützungen, wie zum Beispiel durch eine Haushaltshilfe, technische Hilfsmittel oder Wohnraumanpassungen, eher in Anspruch genommen werden können.

Auch im späteren Lebensverlauf scheint die Anpassung an eine altersbedingte Verschlechterung der Gesundheit irgendwann an ihre Grenzen stoßen: So kommt es in älteren Altersgruppen zu

einer Abnahme des Anteils an Personen, die ihre Gesundheit als gut bewerten, und gleichzeitig zu einer Zunahme des Anteils an Personen, die ihre Gesundheit als schlecht bewerten.

Im Wandel zeigt sich allerdings ein positiver Trend für die Menschen im Ruhestandsalter: Innerhalb der höheren Altersgruppen ab 66 Jahren zeichnet sich seit 1996, beziehungsweise seit 2002 für die Gruppe der 78- bis 83-Jährigen, eine positive Entwicklung in Richtung einer besseren Gesundheitsbewertung ab. Diese Entwicklung steht in Einklang mit den Ergebnissen des Robert Koch-Instituts von 2010 (Robert Koch-Institut 2010) und weist außerdem Parallelen zu den DEAS-Befunden in Bezug auf den Wandel der funktionalen Gesundheit (vgl. Kapitel 8) und der Depressivität (vgl. Kapitel 11) auf. Da die subjektive Gesundheit sowohl mit funktionalen Einschränkungen als auch mit depressiven Symptomen zusammenhängt, deutet einiges darauf hin, dass diese Entwicklungen in Bezug zueinander stehen. Der Trend hin zu einer besseren subjektiven Gesundheitsbewertung bei den über 65-Jährigen ist besonders vor dem Hintergrund bemerkenswert, dass sich im DEAS zwischen 2008 und 2014 eine Zunahme im Anteil der Personen mit Mehrfacherkrankungen abgezeichnet hat, von der alle Altersgruppen gleichermaßen betroffen sind (vgl. Kapitel 8).

Im mittleren Erwachsenenalter kann dieser positive Wandel dagegen nicht beobachtet werden. Die Verschlechterung der subjektiven Gesundheit in der jüngsten Altersgruppe könnte nicht nur einen objektiv schlechteren Gesundheitszustand widerspiegeln, sondern auch dadurch zustande gekommen sein, dass nachrückende Generationen ein anderes Verständnis von Gesundheit haben beziehungsweise höhere Ansprüche an sie stellen. Deshalb fallen möglicherweise bereits geringe Beeinträchtigungen bei der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes stärker ins Gewicht (Parker & Thorslund 2007). Das Ausbleiben einer Verbesserung der subjektiven Gesundheit bei den unter 66-Jährigen könnte jedoch ebenfalls mit den ungünstigen Entwicklungen in den selbstberichteten Erkrankungen, der funktionalen Gesundheit und der Depressivität innerhalb dieser Altersgruppen zusammenhängen (vgl. Kapitel 8 und 11). Alles in allem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich die gesundheitliche Belastung für Personen im Erwerbsalter über die Zeit eher vergrößert hat. Da aber neben den objektiven Aspekten des Gesundheitszustandes auch die Ressourcenausstattung einer Person sowie sich wandelnde Vergleichsstandards und Umweltfaktoren in die subjektive Gesundheitsbewertung mit einfließen, kann man vom Wandel der subjektiven Gesundheit nicht ausschließlich auf einen Wandel des Gesundheitszustandes schließen.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass vor allem bei einer subjektiv als schlecht bewerteten Gesundheit Handlungsbedarf besteht. Demnach sollte niedriggebildeten und älteren Personen besondere Aufmerksamkeit bei der Gesundheitsförderung geschenkt werden. Weiterhin ist es sinnvoll, Ressourcen (zum Beispiel Gesundheitsverhaltensweisen und Gesundheitswissen) zu fördern, die die negativen Auswirkungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen abschwächen. Auf diesem Weg könnte die Lebensqualität von Personen – auch bei dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen – entschieden verbessert werden. Die Werte der subjektiven Gesundheit liefern in diesem Zusammenhang einen hilfreichen Indikator dafür, wie wirksam ressourcenfördernde Präventionsmaßnahmen zur Bewältigung von Erkrankungen und Beeinträchtigungen sind.

Literatur

- Benyamini, Y. (2011). Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychology and Health, 26*(11), 1407-1413. doi: 10.1080/08870446.2011.621703.
- Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality. *Research on Aging, 21*(3), 392-401. doi: 10.1177/0164027599213002.
- Ellert, J., & Kurth, B. M. (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 643-649. doi: 10.1007/s00103-013-1700-y.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin, 129*(1), 10-51. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.10.
- Hong, T. B., Zarit, S. H., & Malmberg, B. (2004). The role of health congruence in functional status and depression. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59*(4), P151-P157. doi: 10.1093/geronb/59.4.P151.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior, 38*, 21-37. doi: 10.2307/2955359.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: A 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 35*(1), 79-92. doi: 10.1016/S0167-4943(02)00017-1.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people - a 5-year longitudinal study. *Social Science & Medicine, 52*, 1329-1341. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00249-5.
- Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: Getting better and getting worse. *The Gerontologist, 47*(2), 150-158. doi: 10.1093/geront/47.2.150.
- Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland 2015*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2014). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2010). *Allgemeiner Gesundheitszustand: Subjektive Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schöllgen, I., Huxhold, O., Schüz, B., & Tesch-Römer, C. (2011). Resources for health: Differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status. *Health Psychology, 30*(3), 326-335. doi: 10.1037/a0022514.
- Spuling, S. M., Wiest, M., Huxhold, O., & Wurm, S. (2013). Bildungsabhängige Verläufe verschiedener Dimensionen der Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Kontexte des Alterns - Längsschnittliche Befunde des DEAS 2011. Unveröffentlichter Arbeitsbericht*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA).
- UNESCO (2012). *International Standard Classification of Education ISCED 2011*. Montreal: UNESCO Institute for Statistics.
- WHO (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health - The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf: World Health Organization (WHO).
- Wurm, S., Schöllgen, I., & Tesch-Römer, C. (2010). Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 90-117). Stuttgart: Kohlhammer.

11 Glücklich bis ins hohe Alter?

Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte

Julia K. Wolff & Clemens Tesch-Römer

Kernaussagen

Im Jahr 2014 sind die meisten der 40- bis 85-Jährigen mit ihrem Leben zufrieden:

Mehr als drei Viertel aller 40- bis 85-Jährigen geben an, dass sie mit ihrem Leben zufrieden sind – dieser Anteil ist in den höheren Altersgruppen sogar etwas größer. Der Anteil an Personen mit hoher Lebenszufriedenheit ist zwischen 1996 und 2002 um sechs Prozentpunkte angestiegen und von da an bis 2014 auf einem hohen Niveau (circa 78 Prozent) stabil geblieben.

Im höheren Alter sind mehr Menschen von zumindest leichten depressiven Symptomen betroffen als Jüngere: Menschen im höheren Alter berichten im Jahr 2014 häufiger von zumindest leichten depressiven Symptomen. Unter den 40- bis 54-Jährigen sind es 28,6 Prozent, bei den 55- bis 69-Jährigen 29,1 Prozent und unter den 70- bis 85-Jährigen ist dieser Anteil mit 33,1 Prozent etwas höher. Klinisch auffällige depressive Symptome sind dagegen mit circa sieben Prozent weniger weit verbreitet und unterscheiden sich nicht zwischen den Altersgruppen.

Der Wandel der depressiven Symptome unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen – nur Ältere berichten 2014 weniger Symptome als 2002: Unter den 66- bis 83-Jährigen haben im Jahr 2014 weniger Menschen zumindest leichte depressive Symptome als noch 2002. Bei den Jüngeren (42 bis 65 Jahre) ist dieser Anteil nur zwischen 2002 und 2008 kleiner geworden, von 2008 zu 2014 hat er jedoch wieder zugenommen.

Mehr Frauen als Männer berichten von zumindest leichten depressiven Symptomen: Frauen leiden im Jahr 2014 häufiger unter zumindest leichten depressiven Symptomen als Männer (33,6 Prozent versus 25,9 Prozent). Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen. In dieser Altersgruppe sind Frauen zudem seltener zufrieden (76,7 Prozent) mit ihrem Leben als Männer (84,3 Prozent).

Niedriggebildete haben häufiger eine geringere Lebenszufriedenheit und häufiger zumindest leichte depressive Symptome als Höhergebildete: Bildungsunterschiede in der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symptomatik zeigen sich in allen Altersgruppen der zweiten Lebenshälfte. Die Bildungsungleichheit in der depressiven Symptomatik hat sich zwischen 2002 und 2014 nicht verändert. Bildungsunterschiede bei der Lebenszufriedenheit hatten zwischen den Jahren 1996 und 2002 zunächst zugenommen, sind von 2002 zu 2014 aber stabil geblieben.

11.1 Einleitung

Ein gutes Leben im Alter wird durch viele Faktoren, wie Gesundheit, materielle Lage oder Wohnsituation bestimmt. Ein wichtiger Bestandteil eines guten Lebens ist auch das subjektive Wohlbefinden, also wie es einer Person geht und wie sie sich fühlt. In der Altersforschung wird unter anderem die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben als ein Indikator für ein hohes subjektives Wohlbefinden angesehen. Die allgemeine Lebenszufriedenheit betrifft die Lebenssituation einer Person im Allgemeinen: Wer im Alter eine hohe Lebenszufriedenheit äußert, der – so die Annahme – lebt ein gutes Leben im Alter.

In vielen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass die Lebenszufriedenheit im Verlauf des Älterwerdens in der Regel sehr stabil ist, obwohl man annehmen könnte, dass (chronische) Erkrankungen, Beeinträchtigungen der körperlichen Beweglichkeit oder der Verlust von Partnerin beziehungsweise Partner oder befreundeten Personen die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben einschränken müssten (Staudinger 2000). Dieser Befund – hohe Zufriedenheit im Alter trotz vieler Verlustereignisse – ist als ‚Paradox der Lebenszufriedenheit im Alter‘ bezeichnet worden. Erst im sehr hohen Alter und insbesondere in der Phase vor dem Lebensende nimmt die Lebenszufriedenheit ab (Gerstorf, Ram, Estabrook, Schupp, Wagner, & Lindenberger 2008), sodass man argumentieren könnte, dass weniger das Alter als vielmehr der zeitliche Abstand zum Lebensende bedeutsam für die Lebenszufriedenheit einer Person ist. Als Erklärung für die hohe Stabilität der Lebenszufriedenheit im Alter wird häufig auf sich verändernde Vergleichsstandards verwiesen: Bei der Beurteilung der Zufriedenheit verändern sich mit dem Alter bei den meisten Menschen die Kriterien dafür, was sie als zufriedenstellend bezeichnen. Durch die Anpassung dieser Kriterien bleibt die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben auch angesichts von gesundheitlichen oder sozialen Verlusten weiterhin hoch. Auch mit Blick auf Frauen und Männer ist zu konstatieren: Geschlechtsunterschiede bei der Lebenszufriedenheit sind meist klein oder nicht zu finden (Tesch-Römer, Motel-Klingebiel, & Tomasik 2008).

Allerdings finden sich durchaus Unterschiede in der Lebenszufriedenheit zwischen anderen gesellschaftlichen Gruppen. Am bedeutsamsten sind hierbei Unterschiede zwischen Bildungsgruppen: Aus der Literatur ist bekannt, dass Höhergebildete eine höhere Lebenszufriedenheit als niedriger Gebildete berichten (Laubach, Schumacher, Mundt, & Brähler 2000; Pinquart & Sörensen 2000). Bildungsunterschiede sind auch ein Indikator für sozioökonomische Unterschiede. Höhergebildete Personen haben neben besseren Kenntnissen und Kompetenzen häufig auch ein höheres Einkommen und berufliches Ansehen und damit mehr Ressourcen für eine hohe Lebenszufriedenheit als Personen mit niedrigerem Bildungsniveau. Zudem gibt es in Deutschland auch regionale Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit. Auch ein Vierteljahrhundert nach der Wiedervereinigung sind Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland in der Lebenszufriedenheit zu finden (Schupp, Goebel, Kroh, & Wagner 2013).

Bei der bisherigen Argumentation ist zu berücksichtigen, dass die Lebenszufriedenheit nur einer von mehreren Indikatoren für das subjektive Wohlbefinden im Alter ist. Lebenszufriedenheit ist das Resultat von individuellen Überlegungen und Vergleichen: Die eigene Lebenssituation wird mit der von der Person angestrebten Lebenssituation verglichen. Dies ist eine kognitive Facette des subjektiven Wohlbefindens. Davon zu unterscheiden ist die emotionale Facette des subjektiven Wohlbefindens. Dabei geht es um den Gefühlszustand einer Person, also um die Frage, ob sich ein Mensch glücklich oder niedergeschlagen, fröhlich oder traurig, motiviert oder antriebslos fühlt. In diesem Kapitel untersuchen wir in diesem Zusammenhang depressive Symptome, also Gefühle der Niedergeschlagenheit, der Antriebslosigkeit und der Verstimmung.

Auch wenn emotionale und kognitive Komponenten des subjektiven Wohlbefindens miteinander verknüpft sind (in der Regel zeigen Menschen, die mit ihrem Leben zufrieden sind, eine nur geringe depressive Symptomatik), sind doch Unterschiede zu beobachten. Gefühle sind im Vergleich mit Zufriedenheitsurteilen weniger stark vermittelt und geprüft – sie bilden Unterschiede im Wohlbefinden und die Reaktion auf Veränderungen der Lebenssituation möglicherweise besser ab als eine rationale Bewertung.

Dies zeigt sich insbesondere bei Altersunterschieden. Während bei der Lebenszufriedenheit bis ins höhere Erwachsenenalter nur geringe Altersunterschiede feststellbar sind, stellt sich dies mit Blick auf depressive Symptome anders dar. Im hohen Alter zeigen sich insbesondere bei Menschen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen verstärkt depressive Symptome (Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, & Qing-Xiu 2010; Rothermund & Brandtstädter 2003).

Zudem sind im Gegensatz zur Lebenszufriedenheit deutliche Geschlechtsunterschiede bei der depressiven Symptomatik zu finden: Frauen äußern in der Regel mehr und stärkere depressive Symptome als Männer (Buber & Engelhardt 2011; Tesch-Römer et al. 2008). Dies kann einerseits daran liegen, dass Frauen häufiger insbesondere über negative Gefühle berichten (vgl. Schienle 2007). Andererseits können sich darin auch geschlechtsspezifische Ungleichheiten hinsichtlich der Ressourcen, zum Beispiel Einkommen oder berufliche Aufstiegschancen, widerspiegeln. Auch Belastungen, von denen Frauen stärker betroffen sind als Männer, wie die Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Unterstützung von gesundheitlich eingeschränkten Personen oder Kinderbetreuung, können sich in vermehrten negativen Gefühlen ausdrücken (vgl. Kapitel 12 und 15). Ähnlich zur Lebenszufriedenheit zeigt sich ein deutlicher Bildungsgradient in der Häufigkeit von depressiven Symptomen (Bjelland, Krokstad, Mykletun, Dahl, Tell, & Tambs 2008; Fryers, Melzer, & Jenkins 2003).

Mit Blick auf regionale Unterschiede in Deutschland zeigt sich in der Literatur ein gemischtes Bild: Entgegen der Erwartungen sind depressive Erkrankungen in Westdeutschland häufiger als in Ostdeutschland (Müters, Hoebel, & Lange 2013). Allerdings belegen Studien, die eher die psychische Befindlichkeit beziehungsweise negative Emotionen und nicht manifeste Diagnosen untersuchen, höhere oder gleich hohe psychische Beschwerden in Ostdeutschland im Vergleich zu Westdeutschland (Albani, Gunzelmann, Schmutzer, Grulke, Bailer, Blaser, Greyer, & Brähler 2005). Zudem ist mit Blick auf die zweite Lebenshälfte die Frage zu stellen, ob sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern, zwischen Bildungsgruppen und zwischen Ost- und Westdeutschland in allen Altersgruppen in ähnlicher Weise zeigen oder möglicherweise mit dem Alter stärker (oder schwächer) werden (vgl. Altersunterschiede in Bildungseffekten; Schöllgen, Huxhold, & Tesch-Römer 2010).

Eine zentrale Aufgabe des Deutschen Alterssurveys (DEAS) ist es auch, der Frage nachzugehen, ob sich die Lebenssituationen von älteren Menschen seit 1996 geändert haben. Mit Blick auf Lebenszufriedenheit und depressive Symptome kann man also fragen, ob Menschen in der zweiten Lebenshälfte zufriedener (oder unzufriedener) sowie weniger niedergeschlagen (oder niedergeschlagener) geworden sind. Für die Lebenszufriedenheit zeigt sich in den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) bis 2013 ein positiver Wandel (Schupp et al. 2013) – allerdings differenziert für Ost- und Westdeutschland. Laut Daten des SOEP bestehen auch 2013 trotz einer Annäherung an Westdeutschland noch Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit zwischen den beiden Landesteilen (Priem & Schupp 2014). Wenn man mit Veenhoven (2008) argumentiert, dass die Lebenszufriedenheit zeigt, wie gut die Gesellschaft die Bedürfnisse ihrer Bürger befriedigt, könnte die mittlerweile ein Vierteljahrhundert

zurückliegende Wiedervereinigung Deutschlands als natürliches Experiment angesehen werden. Es gilt demnach zu untersuchen, ob es auch in der zweiten Lebenshälfte zu einer weiteren Angleichung zwischen Ost- und Westdeutschland bezüglich der Lebenszufriedenheit gekommen ist.

Für den Wandel der depressiven Symptome zeigt sich möglicherweise ein anderes Bild. Laut Ergebnissen der Panelstudie belgischer Haushalte, die Personen bis 75 Jahren umfasst, ist die depressive Symptomatik im Zeitraum von 1992 bis 2002 in jüngeren Kohorten höher als in älteren Kohorten (Brault, Meuleman, & Bracke 2012). Diese Zunahme wird begründet mit einer steigenden Pathologisierung von negativen Emotionen. In repräsentativen amerikanischen und kanadischen Stichproben wurden ähnliche Befunde zu einer steigenden negativen Befindlichkeit in der zweiten Lebenshälfte über die Kohorten gefunden (Keyes, Nicholson, Kinley, Raposo, Stein, Goldner, & Sareen 2014). Dies spiegelt sich auch in einem Anstieg von Depressionsprävalenzen von 2009 zu 2012 in Deutschland wider (Robert Koch-Institut 2014). Es ist eine offene Frage, ob sich dieser Wandel der depressiven Symptomatik auch im DEAS zeigt und ob er alle Altersgruppen gleichermaßen betrifft.

Angesichts der großen Bildungsunterschiede bei der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symptomatik, stellt sich zudem die Frage, ob sich diese sozialen Ungleichheiten seit 1996 verändert haben. Zwischen 1996 und 2008 haben im DEAS die Bildungsunterschiede bei der Lebenszufriedenheit über die Kohorten zugenommen (Tesch-Römer, Wiest, & Wurm 2010). Daher soll in diesem Kapitel auch der Frage nachgegangen werden, ob sich die Bildungsunterschiede seit 1996 in der Lebenszufriedenheit und seit 2002 in den depressiven Symptomen (weiter) verändert haben.

Zusammenfassend werden im vorliegenden Kapitel zwei Themenkomplexe untersucht:

1. Welche Altersunterschiede zeigen sich im Jahr 2014 hinsichtlich Lebenszufriedenheit und depressiver Symptome? Bestehen zusätzlich oder zudem auch Unterschiede zwischen anderen gesellschaftlichen Gruppen?
2. Wie haben sich die Lebenszufriedenheit (1996 bis 2014) und die depressiven Symptome (2002 bis 2014) gewandelt?

11.2 Datengrundlage

Daten. Zur Beantwortung der Fragestellungen werden die Daten der 40- bis 85-Jährigen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 genutzt. Für die Lebenszufriedenheit, die im schriftlichen Fragebogen erfasst wird, liegen Daten zu allen vier Zeitpunkten vor. Die depressiven Symptome werden seit 2002 im mündlichen Interview erhoben.

Lebenszufriedenheit. Die Lebenszufriedenheit wurde mit fünf Aussagen erfasst (Glaesmer, Grande, Braehler, & Roth 2011; Pavot & Diener 1993), wie etwa „In den meisten Dingen ist mein Leben ideal.“, „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“ und „Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas anders machen.“. Den Befragten wurde eine fünfstufige Skala vorgelegt mit den Abstufungen ‚trifft genau zu‘ (5), ‚trifft eher zu‘ (4), ‚weder noch‘ (3), ‚trifft eher nicht zu‘ (2), ‚trifft gar nicht zu‘ (1). Anhand dieser Antwortmöglichkeiten schätzten die Befragten ein, inwiefern die Aussagen auf sie selbst zutreffen. Aus den Antworten auf alle fünf Fragen wurde ein Mittelwert gebildet. Wenn eine Person einen Mittelwert größer als 3,3 aufweist, bedeutet dies, dass die Person im Durchschnitt den Aussagen (eher) zugestimmt hat. Berichtet

wird der Anteil der Personen, die nach dieser Definition eine *hohe Lebenszufriedenheit* aufweisen.

Depressive Symptome. Die depressiven Symptome wurden mit der 15 Items umfassenden Kurzfassung der Allgemeinen Depressivitätsskala gemessen (ADS-K; Hautzinger & Bailer 1993). Die allgemeine Depressionsskala ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem emotionale, motivationale, kognitive, somatische und interaktionale Beschwerden erfragt werden, zum Beispiel „In der letzten Woche war ich deprimiert/niedergeschlagen.“, „In der letzten Woche war alles anstrengend für mich.“, „In der letzten Woche hatte ich das Gefühl, dass mich Leute nicht leiden können.“. Den Befragten wurde eine vierstufige Skala vorgelegt mit den Abstufungen ‚selten/überhaupt nicht; weniger als ein Tag lang‘ (0), ‚manchmal; ein bis zwei Tage lang‘ (1), ‚öfters; drei bis vier Tage lang‘ (2) und ‚meistens, die ganze Zeit; fünf bis sieben Tage lang‘ (3). Um Gruppenunterschiede und Veränderungen im Wandel darzustellen, wird in diesem Kapitel ein ADS-K-Summenwert größer als acht verwendet. Eine Person, die mehr als acht Punkte im ADS-K aufweist, gibt entweder für mehr als die Hälfte der Items an, unter den Symptomen mindestens ‚manchmal; ein bis zwei Tage lang‘ zu leiden oder ist zwar nur von einzelnen Symptomen, aber dafür häufiger im Alltag betroffen. Berichtet wird demnach der Anteil an Personen, die *mindestens leichte depressive Symptome* aufweisen. Bei Untersuchungen größerer Bevölkerungsgruppen wie dem DEAS weist ein ADS-K-Summenwert von größer als 18 Punkten auf die Möglichkeit einer ernsthaften depressiven Störung hin. Daher wird zusätzlich der Anteil an Personen mit *klinisch auffälligen depressiven Symptomen* für das Jahr 2014 berichtet.

Gruppierungsvariablen. Als Gruppierungsvariablen werden im vorliegenden Kapitel die drei großen Altersgruppen, welche die Stratifizierung der Stichprobe widerspiegeln (40- bis 54-Jährige, 55- bis 69-Jährige und 70- bis 85-Jährige), die drei Bildungsgruppen (niedrige, mittlere und hohe Bildung) basierend auf der reduzierten ISCED-Klassifikation, das Geschlecht der Befragten und die Regionseinteilung Ostdeutschland versus Westdeutschland verwendet (vgl. Kapitel 2). Bei den Fragestellungen zum Wandel in der Lebenszufriedenheit und in den depressiven Symptomen, die im DEAS seit 1996 (beziehungsweise 2002) alle sechs Jahre wiederholt erfragt werden, ist es sinnvoll, Altersunterschiede im Wandel anhand von Sechsjahres-Altersgruppen zu untersuchen. Diese Aufteilung ermöglicht es, über die Erhebungszeitpunkte hinweg Personen gleichen Alters miteinander zu vergleichen, die aus nicht überlappenden Geburtsjahrgängen stammen (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre).

Analysen. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete (gruppenspezifische) prozentuale Verteilungen angegeben. Um Gruppenunterschiede auf Signifikanz zu testen, wurden logistische Regressionen unter Kontrolle der Stratifizierungsvariablen Altersgruppe (40- bis 54-Jährige, 55- bis 69-Jährige und 70- bis 85-Jährige), Geschlecht und Region (West-/Ostdeutschland) berechnet. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

11.3 Lebenszufriedenheit und depressive Symptome im Jahr 2014

Abbildung 11-1 stellt den Anteil an Personen mit hoher Lebenszufriedenheit, zumindest leichten depressiven Symptomen und klinisch auffälligen depressiven Symptomen nach den drei Altersgruppen dar.

Im Jahr 2014 sind die meisten der 40- bis 85-Jährigen mit ihrem Leben zufrieden.

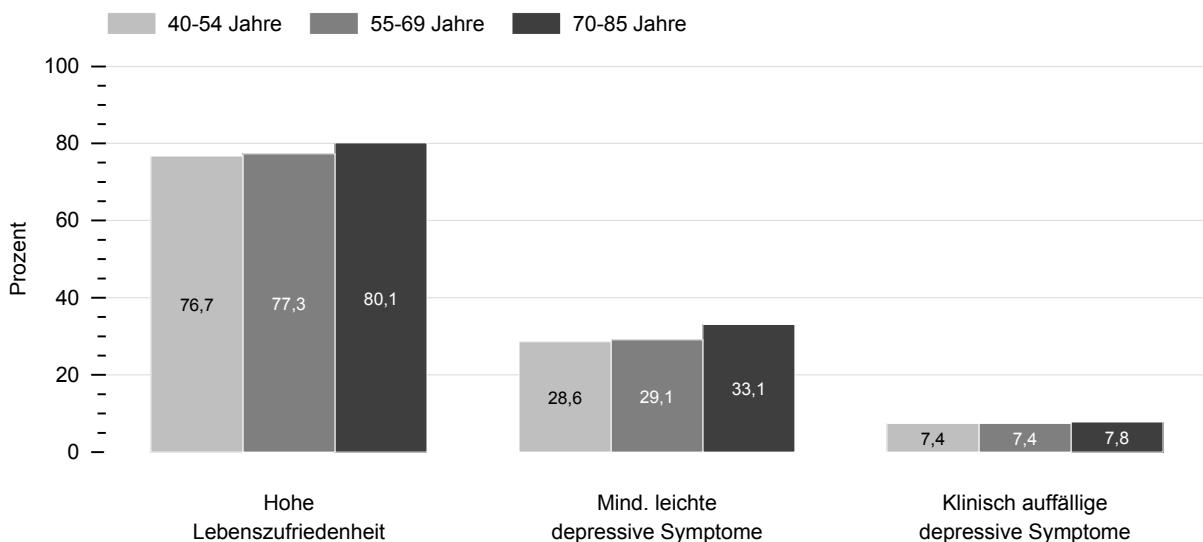
Mehr als drei Viertel der Menschen zwischen 40 und 85 Jahren geben an, mit dem Leben eher oder sehr zufrieden zu sein (77,8 Prozent). Dabei gibt es, wie erwartet, geringe Altersunterschiede. Die 70- bis 85-Jährigen sind zu einem etwas größeren Prozentsatz zufrieden mit ihrem Leben als die beiden jüngeren Altersgruppen (Abbildung 11-1).

Eine hohe Lebenszufriedenheit schützt offensichtlich nicht alle Personen davor, zumindest bisweilen niedergeschlagen, traurig oder lustlos zu sein. Der Anteil der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen, liegt in allen Altersgruppen um die 30 Prozent (Abbildung 11-1).

Im höheren Alter sind mehr Menschen von zumindest leichten depressiven Symptomen betroffen als Jüngere.

Trotz einer höheren Lebenszufriedenheit unter den 70- bis 85-Jährigen berichtet diese Altersgruppe auch häufiger zumindest leichte depressive Symptome. Der Anteil von Personen mit klinisch auffälliger depressiver Symptomatik ist dagegen über die drei Altersgruppen stabil. Frauen berichten häufiger als Männer (9,8 Prozent versus 5,1 Prozent) klinisch auffällige depressive Symptome (vgl. Tabelle A 11-3 im Anhang). Diese Werte liegen in etwa bei den Prozentsätzen, die auch das Robert Koch-Institut berichtet, wonach zehn Prozent der Frauen und sechs Prozent der Männer angaben, im letzten Jahr von einer Ärztin oder einem Arzt eine Depression diagnostiziert bekommen zu haben (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke 2013).

Abbildung 11-1: Anteile der Personen mit hoher Lebenszufriedenheit, mindestens leichten depressiven Symptomen und klinisch auffälligen depressiven Symptomen, nach Alter, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.258 für Lebenszufriedenheit und n = 5.858 für depressive Symptome), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Die 70- bis 85-Jährigen unterscheiden sich signifikant von den anderen Altersgruppen für Lebenszufriedenheit und für leichte depressive Symptome. Keine signifikanten Altersgruppenunterschiede für klinisch auffällige depressive Symptome.

Die Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit zwischen Männern und Frauen sind, wie erwartet, gering (Abbildung 11-2a). In der Gesamtstichprobe unterscheiden sich Männer und Frauen

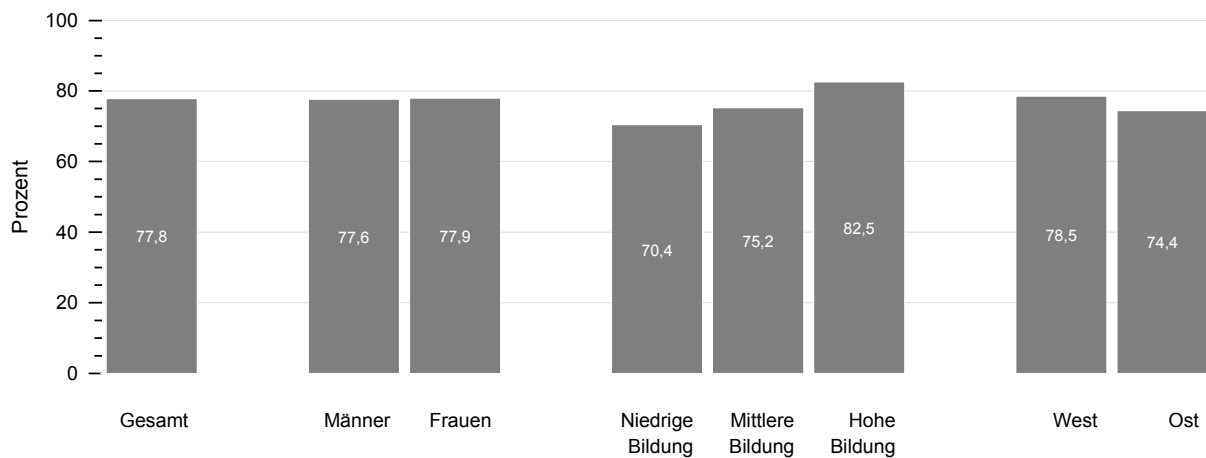
statistisch nicht bedeutsam. Betrachtet man die drei Altersgruppen separat, so zeigt sich nur für die älteste Altersgruppe (70- bis 85-Jährige) ein anderes Bild: In diesem Alter geben etwas weniger Frauen eine hohe Lebenszufriedenheit an als Männer (76,7 Prozent versus 84,3 Prozent; vgl. Tabelle A 11-1 im Anhang).

Mehr Frauen als Männer berichten von zumindest leichten depressiven Symptomen.

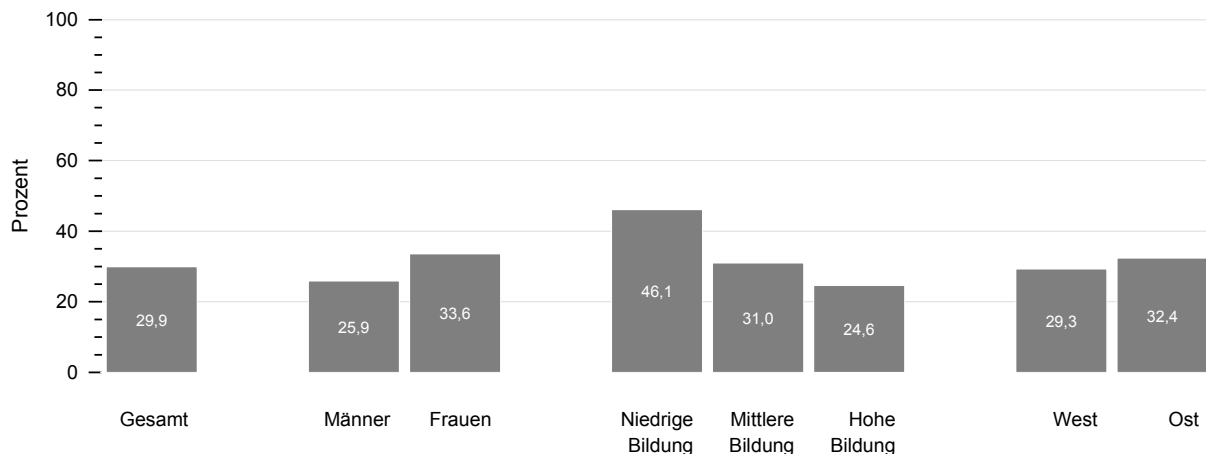
Deutlicher ist der Geschlechtsunterschied beim Anteil an Menschen mit zumindest leichten depressiven Symptomen. Frauen sind insgesamt häufiger von depressiven Symptomen betroffen (Abbildung 11-2b). Dieser Unterschied findet sich in allen drei Altersgruppen und ist in höheren Altersgruppen sogar größer (vgl. Tabelle A 11-2 im Anhang). Bei den 40- bis 54-Jährigen beträgt der Geschlechtsunterschied 5,1 Prozentpunkte, bei den 55- bis 69-Jährigen 7,3 Prozentpunkte und bei den 70- bis 85-Jährigen 12,2 Prozentpunkte. Wir sehen also vor allem in der depressiven Symptomatik und bei der ältesten Altersgruppe, dass Frauen ein schlechteres Wohlbefinden berichten als Männer.

Abbildung 11-2: Anteile der Personen mit hoher Lebenszufriedenheit und mindestens leicht depressiven Symptomen, gesamt, nach Geschlecht, Bildung und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)

a) Anteile der Personen mit hoher Lebenszufriedenheit



b) Anteile der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.258 für Lebenszufriedenheit und n = 5.858 für depressive Symptome), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Signifikante Bildungsgruppen- und Regionsunterschiede. b) Signifikante Unterschiede nach Geschlecht, Bildungsgruppe und Region.

Niedriggebildete haben häufiger eine geringere Lebenszufriedenheit und häufiger zumindest leichte depressive Symptome als Höhergebildete.

Sehr deutliche Unterschiede sowohl in der Lebenszufriedenheit als auch in depressiven Symptomen sind zwischen den Bildungsgruppen zu erkennen (Abbildung 11-2a und 11-2b). In der Gruppe der Personen mit niedriger Bildung ist der Anteil der Personen mit hoher Lebenszufriedenheit geringer (70,4 Prozent) und der Anteil der Personen mit zumindest leichten depressiven Symptomen deutlich höher (46,1 Prozent) als in der Gruppe der Personen mit mittlerer (75,2 Prozent und 31,0 Prozent) und höherer Bildung (82,5 Prozent und 24,6 Prozent). Aber auch die beiden Gruppen der Personen mit mittlerer und höherer Bildung unterscheiden sich. Diese deutlichen Bildungsunterschiede finden sich in allen Altersgruppen gleichermaßen.

Auch 25 Jahre nach der Wende berichten Ostdeutsche seltener eine hohe Zufriedenheit und häufiger depressive Symptome als Westdeutsche.

Auch im Jahr 2014 finden sich regionale Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland in der Lebenszufriedenheit und den depressiven Symptomen (Abbildung 11-2a und 11-2b). Der Anteil von zufriedenen Personen ist in Westdeutschland um circa vier Prozentpunkte höher als in Ostdeutschland. Zugleich liegt der Anteil von Personen mit zumindest geringen depressiven Symptomen in Westdeutschland um circa drei Prozentpunkte über dem Anteil dieser Personengruppe in Ostdeutschland. Diese regionalen Unterschiede finden sich in allen Altersgruppen gleichermaßen.

11.4 Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014

Wie hat sich die Lebenszufriedenheit in der zweiten Lebenshälfte seit 1996 gewandelt? Sind Menschen im Jahr 2014 in der zweiten Lebenshälfte zufriedener (oder unzufriedener) mit ihrem Leben? Und wie sieht es mit dem Auftreten depressiver Symptome aus? Hat der Anteil von Menschen, die über depressive Symptome berichten, seit 2002 zugenommen (oder abgenommen)?

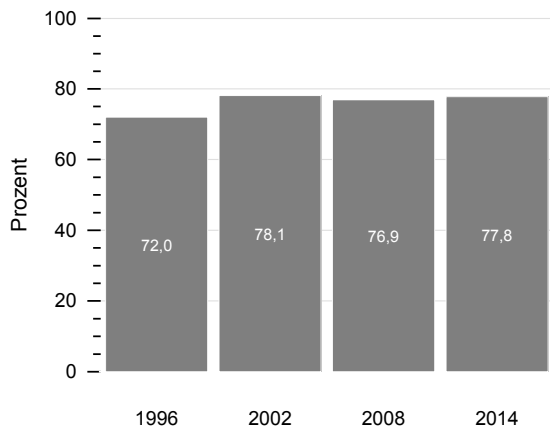
Der Anteil an Personen mit hoher Lebenszufriedenheit ist von 1996 zu 2002 angestiegen und bleibt seitdem stabil hoch.

Ein Blick auf die Befunde verrät eine hohe Stabilität des subjektiven Wohlbefindens in der zweiten Lebenshälfte. In allen Jahren hat der Anteil der Menschen, die angeben mit ihrem Leben eher oder sehr zufrieden zu sein, bei über 70 Prozent gelegen (Abbildung 11-3a). Zwischen 1996 und 2002 ist der Anteil der mit ihrem Leben zufriedenen Menschen um circa sechs Prozentpunkte angestiegen. Seither ist dieser Anteil bemerkenswert stabil und hoch bei circa 78 Prozent geblieben. Dieser Wandel betrifft alle Altersgruppen gleichermaßen.

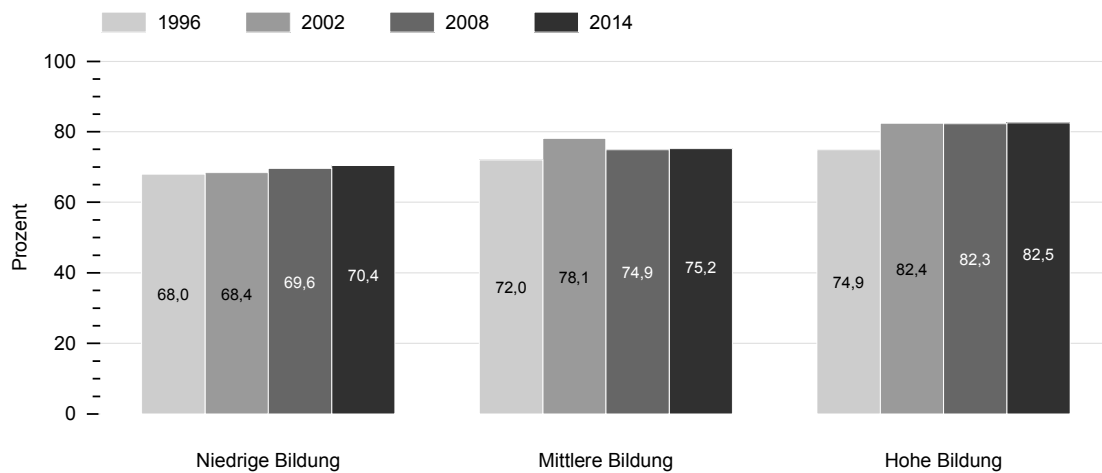
Betrachtet man den Wandel getrennt nach Bildungsgruppen, hat sich von 1996 bis 2002 nur für Personen mit mittlerer und hoher Bildung eine Zunahme des Anteils an Personen mit hoher Lebenszufriedenheit gezeigt. Von 2002 bis 2014 sind die Werte in beiden Bildungsgruppen stabil geblieben (Abbildung 11-3b). Für Personen mit niedriger Bildung ist der Anteil an Personen mit hoher Lebenszufriedenheit dagegen über den gesamten Zeitraum stabil geblieben. Im Vergleich zu 1996 haben sich die Bildungsunterschiede also im Jahr 2014 verschärft. Der positive Wandel der Lebenszufriedenheit zeigt sich zudem stärker in Ostdeutschland, sodass die regionalen Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit 2014 im Vergleich zu den vorherigen Erhebungsjahren kleiner geworden sind (Abbildung 11-3c).

Abbildung 11-3: Anteile der Personen mit hoher Lebenszufriedenheit, nach Bildung und Landesteil, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

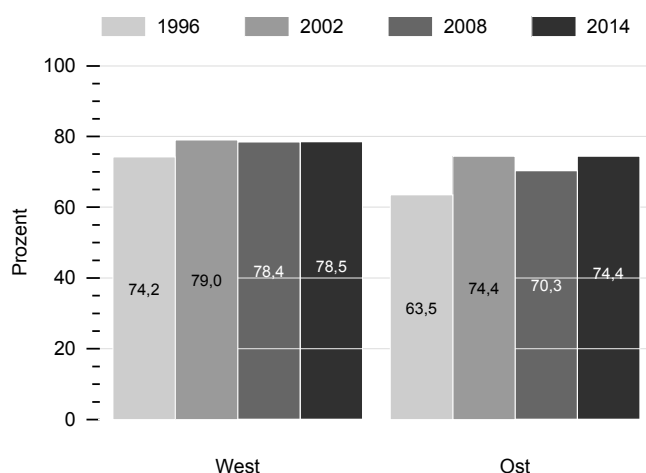
a) Nach Erhebungsjahr



b) Nach Erhebungsjahr und Bildung



c) Nach Erhebungsjahr und Region



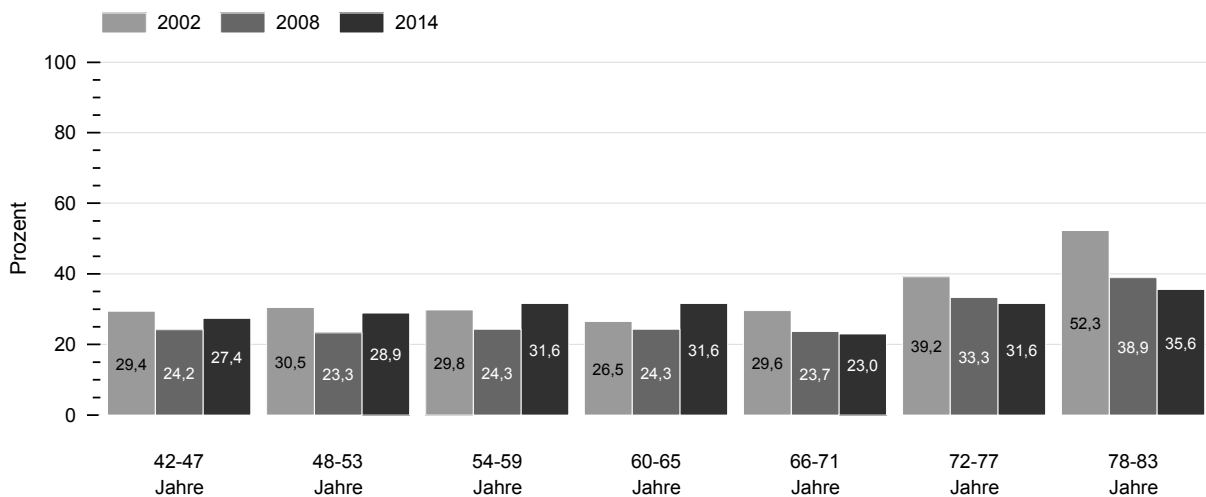
Quelle: DEAS 1996 (n = 4.004), 2002 (n = 2.775), 2008 (n = 4.396) und 2014 (n = 4.258), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Zunahme von 1996 zu 2002, Stabilität von 2002 bis 2014. b) Interaktion von Bildung und Erhebungsjahr signifikant. Signifikante Zunahme von 1996 zu 2002 und Stabilität von 2002 bis 2014 bei Personen mit mittlerer und hoher Bildung, keine signifikante Veränderung bei Niedriggebildeten. c) Interaktion von Region und Erhebungsjahr signifikant. Signifikant stärkere Zunahme von 1996 zu 2002 in Ostdeutschland als in Westdeutschland. Stabilität von 2002 zu 2014 in Westdeutschland. Für Ostdeutschland signifikante Unterschiede zwischen 2008 zu 2002 und zu 2014, kein signifikanter Unterschied zwischen 2002 und 2014.

Der Wandel der depressiven Symptome unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen – nur Ältere berichten 2014 weniger Symptome als 2002.

Dagegen unterscheidet sich der Wandel hinsichtlich des Anteils von Personen mit zumindest leichten depressiven Symptomen nicht nach Bildungsgruppe oder Region; allerdings zeigt sich ein deutlicher Altersunterschied (Abbildung 11-4). In den jüngeren Altersgruppen, den 42- bis 65-Jährigen, ist der Anteil der Personen mit geringer depressiver Symptomatik zwischen 2002 und 2008 gesunken – danach jedoch wieder auf das Niveau von 2002 angestiegen. Gute Nachrichten gibt es dagegen von den älteren Altersgruppen, den 66-Jährigen und Älteren: Hier ist der Anteil der Personen mit zumindest geringer depressiver Symptomatik zwischen 2002 und 2008 gesunken und bis zum Jahr 2014 stabil geblieben.

Abbildung 11-4: Anteile der Personen mit mindestens leichten depressiven Symptomen, nach Alter, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2002 (n = 2.873), 2008 (n = 6.072) und 2014 (n = 5.858), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). In allen Altersgruppen signifikante Abnahme von 2002 zu 2008. Für die 42- bis 65-Jährigen signifikante Zunahme von 2008 zu 2014 und kein signifikanter Unterschied zwischen 2002 und 2014. Bei den über 65-Jährigen Stabilität von 2008 zu 2014.

11.5 Diskussion und Implikationen

Die Gesellschaft profitiert von einem hohen psychischem Wohlbefinden aller Bevölkerungsgruppen. Ein hohes Wohlbefinden ist eine Voraussetzung für gesellschaftliche Partizipation und Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger. Ein Großteil der Menschen zwischen 40 und 85 Jahren berichtet auch 2014 von einer hohen Lebenszufriedenheit und einer geringen depressiven Symptomatik; nur eine Minderheit leidet unter klinisch auffälligen depressiven Symptomen. Aus der Forschung zum Zufriedenheitsparadox (Staudinger 2000) wissen wir, dass es im Alter durchaus möglich ist, trotz gesundheitlicher Einschränkungen eine hohe Lebenszufriedenheit zu bewahren. Die 70- bis 85-Jährigen berichten sogar eine höhere Lebenszufriedenheit als die Personen im mittleren Erwachsenenalter. Zufriedenheit ist das Ergebnis von Wahrnehmungen, Beurteilungen und Entscheidungen: Wenn eine Person danach gefragt wird, ob sie mit ihrem Leben zufrieden ist, dann erfolgt die Antwort nach einer gedanklichen Prüfung der eigenen Lebenssituation, dem Vergleich mit Beurteilungsmaßstäben

und der Entscheidung für ein Zufriedenheitsurteil. Damit handelt es sich bei der Lebenszufriedenheit um die kognitive Komponente des Wohlbefindens.

Im Unterschied dazu spiegelt die Frage nach depressiven Symptomen die Befindlichkeit einer Person wider. Dabei werden nicht allein die Gefühle einer Person erfragt, sondern auch ihre Motivation, ihre Gedanken sowie Probleme in der Beziehung mit anderen Menschen. Dies kann der Grund dafür sein, dass die Ergebnisse zu depressiven Symptomen weniger optimistisch ausfallen als zur Lebenszufriedenheit. Menschen zwischen 70 und 85 Jahren leiden häufiger unter zumindest leichten depressiven Symptomen als Jüngere, was stärkere Einschränkungen im Gesundheitszustand widerspiegeln könnte (vgl. Kapitel 8; Chang-Quan et al. 2010). Es gibt also für die 70- bis 85-Jährigen eine Doppelbelastung von körperlichen und seelischen Beschwerden, die sich auch gegenseitig beeinflussen können.

Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit und bei depressiven Symptomen spiegeln häufig eine Ungleichverteilung von Ressourcen wider. So berichten Frauen mehr depressive Symptome als Männer, was zum Beispiel an Ungleichheiten im Einkommen sowie in der beruflichen Situation oder an stärkeren Belastungen durch Vereinbarung von Erwerbstätigkeit mit Sorgetätigkeiten liegen könnte (vgl. Kapitel 12 und 15). Zudem haben diese Geschlechtsunterschiede über die Altersgruppen zugenommen und in der ältesten Altersgruppe berichten Frauen auch seltener eine hohe Lebenszufriedenheit als Männer. Dieser geschlechtsspezifische Altersgradient könnte in dem höheren Anteil verwitweter Frauen im Vergleich zu verwitweten Männern im hohen Alter begründet sein (Statistisches Bundesamt 2014). Der Verlust des Partners oder der Partnerin kann das Wohlbefinden in hohem Maße beeinträchtigen (Lucas, Clark, Georgellis, & Diner 2003). Frauen stellen hier somit vor allem im hohen und sehr hohen Alter eine Risikogruppe dar. Besondere Aufmerksamkeit sollte zudem die Gruppe der Niedriggebildeten erfahren. Sowohl in der Lebenszufriedenheit als auch in den depressiven Symptomen zeigt sich eine deutliche Benachteiligung niedriger Bildungsgruppen, die in der Lebenszufriedenheit im Vergleich zu 1996 sogar zugenommen hat. Eine Ungleichverteilung von Ressourcen und Chancen kann also zu schlechteren Lebensbedingungen führen und so zu einem geringeren Wohlbefinden (vgl. Morgan, Robinson, & Thompson 2015).

Von 2002 zu 2008 ist in allen Altersgruppen der Anteil an Personen mit zumindest leichten depressiven Symptomen zurückgegangen – bei den 42- bis 65-Jährigen steigt dieser Anteil jedoch im Jahr 2014 wieder auf das Niveau von 2002. Dagegen stabilisierte sich der niedrigere Anteil an Menschen mit zumindest leichten depressiven Symptomen bei den älteren Altersgruppen (66 bis 83 Jahre). Dies entspricht nicht der Befundlage zum Wandel hin zu mehr depressiven Symptomen, der in anderen Ländern zu beobachten ist (Brault et al. 2012; Keyes et al. 2014). Vielmehr zeigt sich im DEAS bei den älteren Altersgruppen eher eine positive Veränderung. Hier könnte der Wandel der depressiven Symptome mit dem Wandel der gesundheitlichen Einschränkungen von 2002 zu 2014 zusammenhängen (vgl. Kapitel 8). Es zeigt sich eine ähnliche Entwicklung: Für die über 65-Jährigen hat sich hier ein positiver Wandel gezeigt, während unter den 42- bis 65-Jährigen der Anteil an Personen mit Einschränkungen zugenommen hat. Auch die subjektive Gesundheit hat sich von 1996 zu 2014 bei den über 65-Jährigen verbessert (vgl. Kapitel 10). Eine gute medizinische Versorgung sollte demnach sowohl körperliche Erkrankungen und Einschränkungen als auch psychische Beschwerden in den Blick nehmen. Auch präventive Maßnahmen können dabei neben körperlichen Einschränkungen auch psychische Beschwerden thematisieren. Bewegungsprogramme können zum Beispiel nicht nur körperliche Erkrankungen und funktionale Einschränkungen verhindern oder abschwächen, sondern wirken sich auch positiv auf das Wohlbefinden aus.

Auch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung zeigen sich noch Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland, obwohl sich zumindest die Lebenszufriedenheit beider Landesteile seit 1996 weiter angeglichen hat. Dies entspricht auch den Befunden des SOEP (Priem & Schupp 2014). Die Annäherung in der Lebenszufriedenheit reflektiert in vielen Bereichen die sich angleichenden Lebensbedingungen in Ost- und Westdeutschland. Trotz dieser Angleichung zeigen sich aber weiterhin deutliche Unterschiede zwischen beiden Landesteilen zum Beispiel in der materiellen Lage oder in der Einschätzung der Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten (vgl. Kapitel 6 und 20). Ein Weg um Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland im Wohlbefinden weiter zu verringern, ist daher eine Angleichung der Lebensbedingungen. Neben den Lebensbedingungen sollten auch andere Bedingungen für Regionsunterschiede im psychischen Wohlbefinden, wie beispielsweise unterschiedliche Sozialisationserfahrungen und kulturelle Werthaltungen nicht außer Acht gelassen werden.

Zusammenfassend ist die Lebenszufriedenheit in der zweiten Lebenshälfte bei den allermeisten Menschen hoch. Anhaltende Niedergeschlagenheit und depressive Verstimmungen sind nicht die Regel, leichte depressive Symptome sind aber im höheren Alter häufiger. Begreift man subjektives Wohlbefinden als ein Potenzial und eine Ressource zur gesellschaftlichen Teilhabe, so könnte dies über Beteiligungs- und Engagement-Angebote gesellschaftlich fruchtbar gemacht werden. Kann die Politik zu einem guten subjektiven Wohlbefinden – hoher Lebenszufriedenheit und geringer depressiver Symptomatik – überhaupt etwas beitragen? Welche Handlungsmöglichkeiten stehen der Politik offen? Die Voraussetzungen für ein hohes Wohlbefinden sind eine gute Gesundheit und eine gesicherte Lebenssituation, wozu nicht nur die private Ausgestaltung des Lebens sondern auch das Umfeld, die Infrastruktur, die medizinische Versorgung zählen – gesellschaftliche Bedingungen für ein gutes Leben im Alter. Dies gilt insbesondere für die Prävention, Erkennung und Behandlung depressiver Symptome im Alter. Es sind also nicht allein individuelle, sondern auch gesellschaftliche Maßnahmen erforderlich, um ein hohes Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte aufrechtzuerhalten.

Literatur

- Albani, C., Gunzelmann, T., Schmutzer, G., Grulke, N., Bailer, H., Blaser, G., Greyer, M., & Brähler, E. (2005). Die emotionale Befindlichkeit älterer Menschen: Normierung des Profile of Mood States für über 60-Jährige. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(6), 431-440. doi: 10.1007/s00391-005-0314-x.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1334-1345. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.019.
- Brault, M.-C., Meuleman, B., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms in the Belgian population: Disentangling age and cohort effects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 903-915. doi: 10.1007/s00127-011-0398-0.
- Buber, I., & Engelhardt, H. (2011). Der Zusammenhang zwischen Alter und depressiven Symptomen bei Männern und Frauen höheren Lebensalters in Europa. Erkenntnisse aus dem SHARE-Projekt. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 36(1), 77-102. doi: 10.4232/10.CPoS-20.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739. doi: 10.1007/s00103-013-1688-3.

- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*, 9(2), 131-141. doi: 10.1016/j.arr.2009.05.005.
- Fryers, T., Melzer, D., & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 229-237. doi: 10.1007/s00127-003-0627-2.
- Gerstorf, D., Ram, N., Estabrook, R., Schupp, J., Wagner, G. G., & Lindenberger, U. (2008). Life satisfaction shows terminal decline in old age: Longitudinal evidence from the German Socio-Economic Panel Study (SOEP). *Developmental Psychology*, 44(4), 1148-1159. doi: 10.1037/0012-1649.44.4.1148.
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties, validity, and population-based norms. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 127-132. doi: 10.1027/1015-5759/a000058.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions-Skala (ADS). Manual*. Weinheim: Beltz.
- Keyes, K. M., Nicholson, R., Kinley, J., Raposo, S., Stein, M. B., Goldner, E. M., & Sareen, J. (2014). Age, period, and cohort effects in psychological distress in the United States and Canada. *American Journal of Epidemiology*, 179(10), 1216-1227. doi: 10.1093/aje/kwu029.
- Laubach, W., Schumacher, J., Mundt, A., & Brähler, E. (2000). Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 45(1), 2-12. doi: 10.1007/bf01358994.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527-539. doi: 10.1037/0022-3514.84.3.527.
- Morgan, J., Robinson, O., & Thompson, T. (2015). Happiness and age in European adults: The moderating role of gross domestic product per capita. *Psychology and Aging*, Advance online publication. doi: 10.1037/pag0000034.
- Mütters, S., Hoebel, J., & Lange, C. (2013). Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. *GBE kompakt*, 4(2).
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. doi: 0.1037/1040-3590.5.2.164.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. doi: 10.1037/0882-7974.15.2.187.
- Priem, M., & Schupp, J. (2014). Alle zufrieden: Lebensverhältnisse in Deutschland. *DIW-Wochenbericht*, 81(40), 1001-1008.
- Robert Koch-Institut (2014). *Depression. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, 18(1), 80. doi: 10.1037/0882-7974.18.1.80
- Schienze, A. (2007). Geschlechterdifferenzen in der Emotionalität aus der Sicht des Neuroimaging. In: S. Lautenbacher, O. Güntürkün & M. Hausmann (Hrsg.) *Gehirn und Geschlecht – Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Mann und Frau* (S. 143-159). Heidelberg: Springer.
- Schöllgen, I., Huxhold, O., & Tesch-Römer, C. (2010). Socioeconomic status and health in the second half of life: Findings from the German Ageing Survey. *European Journal of Ageing*, 7(1), 17-28. doi: 10.1007/s10433-010-0140-x.
- Schupp, J., Goebel, J., Kroh, M., & Wagner, G. G. (2013). Zufriedenheit in Deutschland so hoch wie nie nach der Wiedervereinigung: Ostdeutsche signifikant unzufriedener als Westdeutsche. *DIW-Wochenbericht*, 80(47), 34-43.
- Statistisches Bundesamt (2014). *Haushalte und Familien - Ergebnisse des Mikrozensus: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51(4), 185-197. doi: 10.1026//0033-3042.51.4.185.

- Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., & Tomasik, M. J. (2008). Gender differences in subjective well-being: Comparing societies with respect to gender equality. *Social Indicator Research, 85*(2), 329-349. doi: 10.1007/s11205-007-9133-3.
- Tesch-Römer, C., Wiest, M., & Wurm, S. (2010). Subjektives Wohlbefinden. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 263-283). Stuttgart: Kohlhammer.
- Veenhoven, R. (2008). Sociological theories of subjective well-being. In: M. Eid & R. J. Larsen (Hrsg.) *Subjective Well-being*. New York: Guilford.

12 Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere?

Daniela Klaus & Clemens Tesch-Römer

Kernaussagen

Personen zwischen 40 und 85 Jahren unterstützen im Jahr 2014 häufiger und eine größere Anzahl gesundheitlich eingeschränkter Menschen als im Jahr 1996:

Der Anteil derer, die andere unterstützen, ist von 12,3 Prozent auf 16,2 Prozent angestiegen. In demselben Zeitraum hat sich der Anteil derer, die mehr als eine Person unterstützen von 13,1 Prozent auf 23,8 Prozent erhöht.

Die für die am meisten unterstützte Person aufgewendete Zeit ist von 1996 zu 2014 zurückgegangen: Die aufgebrauchte Zeit pro Woche hat sich von 19,8 Stunden (1996) auf 10,7 Stunden (2014) fast halbiert. Der Fokus der Unterstützung liegt zunehmend auf weniger aufwändigen Tätigkeiten wie Hilfe im Haushalt und seltener auf Pflegeaufgaben.

Der Großteil der Unterstützung wird im Jahr 2014 weiterhin innerhalb der Kernfamilie erbracht: Im Jahr 2014 unterstützen 17,0 Prozent ihre (Ehe-)Partnerin beziehungsweise ihren (Ehe-)Partner, 36,2 Prozent unterstützen ihre Mutter und 13,2 Prozent ihren Vater. Etwa ein Fünftel (21,1 Prozent) unterstützt nicht verwandte Personen.

Frauen vereinbaren häufiger Erwerbstätigkeit und Unterstützungsaufgaben als Männer und Hochgebildete häufiger als niedriger Gebildete. Im Jahr 2014 sind 13,9 Prozent der Frauen im Alter zwischen 40 und 65 Jahren erwerbstätig und übernehmen gleichzeitig Unterstützungsaufgaben (Männer: 9,6 Prozent). Unter Hochgebildeten beträgt der entsprechende Anteil 12,8 Prozent (niedrige Bildung: 5,1 Prozent).

12.1 Einleitung

In Deutschland leben derzeit etwa acht Millionen Menschen, die in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens auf Dauer erheblich eingeschränkt sind. Laut der jüngsten Pflegestatistik (2013) sind davon 2,6 Millionen im Sinne der 1995 eingeführten sozialen Pflegeversicherung (SPV) leistungsberechtigt (Statistisches Bundesamt 2015b). Hierauf haben kranke oder behinderte Personen Anspruch, die bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie Körperpflege, Nahrungsaufnahme, in ihrer Mobilität oder ihrer hauswirtschaftlichen Versorgung in erheblichem Umfang und dauerhaft auf Hilfe angewiesen sind (§ 14 SGB XI). Schätzungen zufolge sind weitere 5,4 Millionen in diesem Sinne zwar nicht leistungsberechtigt, benötigen aber dennoch aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen regelmäßige Unterstützung bei ihrer täglichen Versorgung (Geyer & Schulz 2014).

Unterstützung und Pflege werden mehrheitlich im häuslichen Bereich durch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde oder ehrenamtlich tätige Helfende erbracht. Nur teilweise werden sie durch professionelle Dienste ergänzt und noch seltener durch diese ersetzt – jedoch umso häufiger und umfangreicher, je schlechter die Gesundheit der hilfebedürftigen Person beziehungsweise je höher ihre Pflegestufe ist (Blinkert & Klie 2006; Geyer & Schulz 2014; Statistisches Bundesamt 2015b). Der Großteil derer, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung auf die Hilfe anderer angewiesen sind, befindet sich bereits im hohen und sehr hohen Alter. Die zentralen Pflege- und Unterstützungspersonen älterer Menschen sind vor allem erwachsene Kinder und (Ehe-)Partnerinnen beziehungsweise (Ehe-)Partner (Haberkern & Szydlik 2008; Klaus & Tesch-Römer 2014; TNS Infratest Sozialforschung 2011).

Dabei übernehmen Frauen den größeren Teil der informellen Pflege sowie praktischen und zeitintensiven Unterstützung (Deindl, Brandt, & Hank 2014; Haberkern, Schmid, & Szydlik 2015; Khan 2014; Schmid, Brandt, & Haberkern 2012; Wetzstein, Rommel, & Lange 2015). Zudem deutet sich für niedrigere Bildungsgruppen eine größere Bereitschaft an, informelle Pflege zu leisten – anstatt Pflegedienste zu beauftragen (Blinkert & Klie 2008; Heusinger 2007). Das mag einerseits an der schlechteren finanziellen Ausstattung von Personen mit niedrigem Bildungsniveau liegen, die es erschwert, professionelle Hilfe zu engagieren. Andererseits tragen sie – im Vergleich zu Hochgebildeten – geringere indirekte Kosten in Form von Einkommenseinbußen, wenn sie eine bestehende Erwerbstätigkeit reduzieren oder aufgeben, um eine andere Person zu pflegen.

Der hohe Stellenwert informeller Arrangements bei der Versorgung älterer Menschen spiegelt einerseits den weit verbreiteten Wunsch wider, im Alter so lange wie möglich zu Hause, im vertrauten Umfeld zu leben (Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. 2006; Kuhlmei, Dräger, Winter, & Beikirch 2010). Das geht einher mit einem in Deutschland ausgeprägten Familialismus, wonach die Hauptverantwortung für Unterstützung und Pflege Älterer mehrheitlich bei den Familienangehörigen – und weniger beim Staat – gesehen wird (Geerts & Van den Bosch 2012; Haberkern et al. 2015). Zum anderen resultiert die Dominanz informeller Arrangements aus den gesetzlichen Regelungen: So sieht beispielsweise die SPV keine vollständige Deckung des Pflegebedarfs durch professionelle Leistungen vor, vielmehr versteht sie sich ausdrücklich als Teilkasko-Leistung und damit insbesondere im ambulanten Bereich als Ergänzung zur Pflege durch Angehörige (§§ 3, 4 SGB XI). Diese Ausrichtung der Pflegepolitik ist Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips, einer der wesentlichen Grundsätze des deutschen Sozialstaats: Danach

sind staatliche Leistungen erst dann vorgesehen, wenn Familienangehörige sie nicht erbringen können.

Allerdings stößt das derzeitige System zur Versorgung kranker und hilfebedürftiger Menschen immer mehr an seine Grenzen, denn die Zahl älterer Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf wird in den kommenden Jahrzehnten (weiterhin) deutlich ansteigen – hauptsächlich als Folge der zunehmenden Hochaltrigkeit. Hinzu kommen die geburtenstarken Jahrgänge der zwischen Mitte der 1950er und Mitte der 1960er Geborenen (Babyboomer), die in den nächsten Jahren in Rente gehen werden und in absehbarer Zukunft ein Alter erreichen, in welchem sie zunehmend auf die Hilfe anderer angewiesen sein werden. Vorausberechnungen zufolge könnte allein die Zahl der Pflegeempfängerinnen und -empfänger auf bis zu 4,5 Millionen im Jahr 2050 steigen, was 6,5 Prozent der Gesamtbevölkerung entspräche (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010). Noch nicht berücksichtigt sind hierbei die älteren Menschen, die auch ohne Zuordnung in eine Pflegestufe im Alltagsleben Assistenz und Hilfe bei ihrer alltäglichen Lebensführung benötigen.

Die Herausforderungen, die sich aus dem wachsenden Bedarf für die Gesellschaft im Allgemeinen und die Familie im Speziellen ergeben, werden dadurch verstärkt, dass parallel zur steigenden Nachfrage insbesondere das familiäre Unterstützungs- und Pflegepotenzial abnimmt. Bereits jetzt mindern gesunkene Kinderzahlen und gestiegene Wohnentfernungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern (vgl. Kapitel 14) die Chancen auf (vor allem praktische) Unterstützung. Voraussichtlich wird sich die Zahl verfügbarer erwachsener Kinder und Partnerinnen beziehungsweise Partner in zukünftigen Generationen älterer Menschen weiter reduzieren (Dudel 2015; Haberkern & Szydlik 2008). Ursächlich hierfür sind die zunehmende Kinderlosigkeit, die sich schon im Jahr 2014 in den jüngsten Kohorten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zeigt (vgl. Kapitel 14) sowie die anhaltend wachsende Instabilität und De-Institutionalisierung von Partnerschaften, für die sich ebenfalls erste Hinweise in den jüngsten DEAS-Kohorten finden (vgl. Kapitel 13).

Die genannten demografischen Trends implizieren nicht nur eine Veränderung der Unterstützungs- und Pflegequote, sondern auch eine Veränderung in der personellen Zusammensetzung der Gruppe der Hilfeleistenden sowie der für sie daraus resultierenden Belastung. Theoretischen Modellen zur Unterstützung folgend sind erwachsene Kinder und Partnerinnen beziehungsweise Partner zwar die bevorzugten Unterstützungspersonen (Litwak 1985), weil sich Eltern-Kind-Beziehungen und Partnerschaften häufig durch eine hohe emotionale und meist auch räumliche Nähe auszeichnen und oft auf eine lange Beziehungs- und Austauschgeschichte zurückblicken. Diese Faktoren fördern die Motivation, im Bedarfsfall Hilfe zu leisten (u. a. Klaus 2009). Dennoch können Kinder und Partnerinnen beziehungsweise Partner durch andere Unterstützungspersonen ergänzt oder ersetzt werden, sollten sie nicht existieren oder beispielsweise aufgrund großer räumlicher Entfernung schlecht verfügbar sein (Cantor 1979). Demzufolge ist ein Bedeutungszuwachs der erweiterten Familie sowie nicht-familialer Beziehungspartner bei der Erbringung von Versorgungs- und Pflegeleistungen denkbar. Alternativ könnte sich mehr Arbeit auf weniger Personen verteilen, was einen Anstieg der Belastung für die Hilfeleistenden und Pflegenden mit sich bringen würde.

Neben den Veränderungen der Familienstrukturen hat auch die gestiegene Erwerbstätigkeit die Bedingungen informeller Pflege und Unterstützung maßgeblich beeinflusst. Immer mehr Pflege- und Hilfeleistende sind erwerbstätig. Zwischen 2001 und 2012 ist unter den informell Pflegenden im erwerbsfähigen Alter (unter 65 Jahren) der Anteil der Erwerbstätigen von 53 auf 66 Prozent angestiegen – wobei ein Großteil in Teilzeit erwerbstätig ist (Geyer & Schulz 2014; ähnliche

Zahlen bezogen auf die Hauptpflegeperson von Älteren mit Pflegestufe: TNS Infratest Sozialforschung 2011). Da sich vor allem Frauen verstärkt am Arbeitsmarkt beteiligen, sie aber den Großteil der Pflege und Unterstützung von Angehörigen tragen, wächst auch hier – analog zur Kinderbetreuung – der Handlungsbedarf zur Erleichterung der Vereinbarkeit zusehends. So ist die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen notwendig, die es erlauben, kranke Angehörige trotz eigener Erwerbstätigkeit zu unterstützen oder zu pflegen.

Im deutschsprachigen Raum gibt es wenig Forschung zur Vereinbarkeit von Unterstützung beziehungsweise Pflege und Erwerbstätigkeit, und entsprechend weiß man bislang nicht viel über die Situation Erwerbstätiger, die für andere Versorgungsverantwortung übernehmen. Offenbar ist, dass berufliche Verpflichtungen nicht nur die Zeit für Pflege und Hilfe reduzieren, sondern auch die Flexibilität, sie zu erbringen. Und gerade die Pflege älterer Menschen ist mit Blick auf Umfang, Dauer und Zeiteinteilung schwer zu kalkulieren (Preuss 2014). Zumindest im Pflegefall können ergänzend Hilfen und Leistungen in Anspruch genommen werden, die sich für Pflegebedürftige aus der gesetzlichen Pflegeversicherung ableiten wie Tages- oder Kurzzeitpflege. Zudem wurden in den letzten Jahren das Pflegezeitgesetz (2008) und später die Familienpflegezeit (2011) erlassen, deren wesentliche Elemente eine Verbesserung der Vereinbarkeit durch mehr zeitliche Flexibilität sowie eine gewisse finanzielle Absicherung der Pflegenden vorsehen. Von diesen gesetzlichen Möglichkeiten haben allerdings bislang nur sehr wenige Gebrauch gemacht (Isfort 2013; Stüben & Von Schwanenflügel 2015) – einerseits weil diese Maßnahmen oft nicht bekannt sind und andererseits, weil sie häufig nicht ausreichen, um die notwendige Flexibilität und finanzielle Absicherung zu gewährleisten. Da jedoch auch ein nicht unerheblicher Unterstützungsbedarf Älterer bereits unterhalb der Schwelle zur gesetzlich definierten Pflegebedürftigkeit besteht und dieser Bereich noch viel weniger im Fokus sozialpolitischer Maßnahmen steht, ist von einer Situation auszugehen, die sich für die Betroffenen sehr schwierig gestaltet. In diesem Fall besteht oft nur die Möglichkeit, weitere Quellen informeller und ambulanter Unterstützung zu mobilisieren wie Verwandte, Nachbarn, bezahlte Dienstleistungen (Haushaltshilfen, ‚Essen auf Rädern‘ etc.) oder auch ehrenamtliche Betreuung. Das setzt allerdings die Verfügbarkeit entsprechender Unterstützungspersonen voraus beziehungsweise finanzielle Mittel zur Inanspruchnahme bezahlter Hilfen.

Die bestehende Vereinbarkeitsproblematik könnte sich zudem durch den mit dem Aufschub der Familiengründung vergrößerten Generationenabstand verschärfen. Seit einigen Jahren wird die sogenannte ‚Sandwich-Generation‘ als mittlere Generation in der Familie diskutiert, die zunehmender Mehrfachbelastung ausgesetzt ist. Das sei vor allem Folge demografischer Verschiebungen, die dazu führen, dass im mittleren Erwachsenenalter Erwerbstätigkeit immer häufiger mit Pflegetätigkeiten für ältere Generationen und Betreuungsaufgaben für jüngere Generationen zusammenfällt. Auch wenn diese Konstellation oft als sehr problembehaftet diskutiert wird, war sie zumindest noch vor einigen Jahren empirisch eine Ausnahme. Eine besondere Belastung für die betroffene Generation konnte bislang auch nicht belegt werden (Künemund 2002). Die genannten Trends implizieren allerdings einen Anstieg von Doppel- oder Mehrfachverantwortungen, wovon bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker betroffen sein könnten als andere (Preuss 2014): Frauen aufgrund der nach wie vor verbreiteten klassischen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und Höhergebildete aufgrund ihrer hohen Erwerbsorientierung, sofern deren bessere finanzielle Ausstattung nicht zu einer verstärkten Inanspruchnahme bezahlter (professioneller) Dienste führt.

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit Unterstützung und Pflege, die Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere erbringen, die krank oder pflegebedürftig sind. Es werden folgende Fragen beantwortet:

1. Ist der Anteil derer, die andere aufgrund deren gesundheitlicher Beeinträchtigungen unterstützen, in den letzten Jahren zurückgegangen oder angestiegen? Zeichnen sich geschlechts-, alters- oder bildungsspezifische Unterschiede oder Entwicklungen ab?
2. Beteiligen sich 2014 neben der Kernfamilie verstärkt andere Familienmitglieder (wie Enkel und Geschwister), Verwandte (wie Nichten oder Neffen) oder auch Freundinnen und Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn an der Unterstützung?
3. Verteilt sich 2014 mehr Arbeit auf weniger Schultern und hat in dessen Folge die Belastung zugenommen?
4. Ist der Anteil derer, die neben ihrer Erwerbstätigkeit eine andere Person unterstützen und zudem Verantwortung für minderjährige Kinder haben angestiegen? Gibt es bestimmte Bevölkerungsgruppen, die hiervon besonders betroffen sind?

12.2 Datengrundlage

Daten. Zur Beantwortung der Fragen wurden die Querschnittsstichproben des Deutschen Alterssurveys (DEAS) der Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014 verwendet (vgl. Kapitel 2). Für die meisten berichteten Indikatoren liegen Informationen zu allen Messzeitpunkten vor, vereinzelt aber auch erst ab 2002. Sofern nicht anders ausgewiesen, wurden Personen im Alter zwischen 40 und 85 Jahren betrachtet. Die Daten, die Grundlage für die folgenden Indikatoren bilden, wurden durchweg im Rahmen mündlicher Interviews erhoben.

Unterstützerquote. Seit 1996 wird in nahezu unveränderter Form erfragt, ob der oder die Befragte andere Personen aufgrund deren schlechten Gesundheitszustands privat oder ehrenamtlich betreut oder pflegt oder regelmäßig Hilfe leistet. Aufgrund leichter Modifikationen der Frage ist für die Jahre 1996 bis 2008 eine leichte Überschätzung der Prävalenzraten von Unterstützenden zu erwarten: So wurde 1996 nicht nur nach *gesundheitsbedingter* Hilfe und Pflege gefragt. In den Jahren 2002 und 2008 wurden nur Befragte berücksichtigt, die selbst nicht auf Hilfe oder Pflege angewiesen sind – wohingegen die Frage im Jahr 2014 *allen* Befragungspersonen unabhängig von deren eigenem Gesundheitszustand gestellt wurde.

Unterstützungspersonen. Die Befragten werden gebeten, alle Personen aufzulisten, die sie unterstützen. Für alle genannten Personen wird die Art der Beziehung erfasst. Dabei wird zwischen verschiedenen Verwandtschaftsgraden (wie Kind, Mutter, Vater, Schwiegermutter, Schwiegervater, Bruder, Schwester), Partnerschaft beziehungsweise Ehebeziehung sowie diversen Beziehungen zu Nicht-Verwandten unterschieden. Für die Auswertungen wurden folgende Empfänger(gruppen) betrachtet beziehungsweise zusammengefasst: (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner, Mutter, Vater, Schwiegereltern, Mitglieder der erweiterten Familie, Nicht-Verwandte (Freunde und Freundinnen, Bekannte, Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen).

Belastung. Seit dem Erhebungsjahr 2002 wird die Belastung durch alle erbrachten Unterstützungs- und Pflegeleistungen abgefragt. Dazu steht den Befragten eine vierstufige Antwortskala zur Verfügung, die von 1 ‚gar nicht belastet‘ bis 4 ‚sehr stark belastet‘ reicht. Auf dieser Basis wurde folgende Zuordnung der Befragten in eine der beiden Gruppen

vorgenommen: Solche, die sich (gar) nicht belastet fühlen (Antwortcodes 1 und 2) und diejenigen, die sich (sehr) stark belastet fühlen (Antwortcodes 3 und 4).

Art der Unterstützung, Pflege und Umfang. Nur für die Person, die laut Einschätzung der Befragten am meisten von ihnen unterstützt wird, wird die gegebene Unterstützung näher qualifiziert. Ab 2002 werden drei Leistungsarten unterschieden: Hilfe im Haushalt, Betreuung oder Begleitung und Pflege. Darüber hinaus wird der Umfang an wöchentlich für diese Aufgaben aufgebrauchten Stunden erfasst – diese Information liegt ab 1996 vor.

Doppel- und Mehrfachverantwortungen. Um die Entwicklung von Mehrfachverantwortlichkeiten nachzuzeichnen, wurden für Personen im erwerbsfähigen Alter (40 bis 65 Jahre) Indikatoren gebildet, die angeben, ob zusätzlich zur Übernahme von Unterstützungsleistungen für Andere (a) noch einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wird (Vollzeit, Teilzeit, unregelmäßig oder geringfügig) und ob (b) neben Unterstützungs- und Erwerbstätigkeit Verantwortung für mindestens ein minderjähriges Kind im Haushalt zu tragen ist.

Gruppierungsvariablen. Es wurden Geschlechtsunterschiede untersucht. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Ausnahme stellt die Betrachtung von Befragten im erwerbsfähigen Alter von 40 bis 65 Jahren dar: Hier wurden die folgenden Sechs-Jahres-Altersgruppen verwendet: 42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre. Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung – drei Bildungsgruppen gebildet: Personen mit niedriger, mittlerer und hoher Bildung (vgl. Kapitel 2).

Analyse. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete (gruppenspezifische) prozentuale Verteilungen angegeben. Um Gruppenunterschiede auf Signifikanz zu testen, wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau logistische oder lineare Regressionen berechnet. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

12.3 Verbreitung der Unterstützung für andere und Entwicklung über die Zeit

Zunächst stellt sich die Frage, wie verbreitet es unter Personen in der zweiten Lebenshälfte ist, Andere, die gesundheitlich eingeschränkt sind, informell zu unterstützen oder zu pflegen. Zeichnet sich diesbezüglich ein Wandel seit der ersten Erhebung im Jahr 1996 ab und welche Bevölkerungsgruppen übernehmen diese Aufgabe vergleichsweise häufig?

Personen zwischen 40 und 85 Jahren unterstützen im Jahr 2014 eine größere Anzahl gesundheitlich eingeschränkter Menschen als im Jahr 1996.

Im Jahr 2014 erbringen 16,2 Prozent aller 40- bis 85-Jährigen für andere Personen gesundheitsbedingte Unterstützung oder Pflege, während die Anteile in den vorangegangenen Jahren signifikant geringer ausfielen (Abbildung 12-1): 12,3 Prozent (1996); 11,4 Prozent (2002), 12,7 Prozent (2008). Trotz des Rückgangs des familialen Hilfepotenzials ist diese Quote 2014 gegenüber allen vorherigen Befragungsjahren signifikant angestiegen. Dabei ist davon auszugehen, dass dieser Anstieg angesichts oben genannter Gründe sogar noch unterschätzt sein könnte.

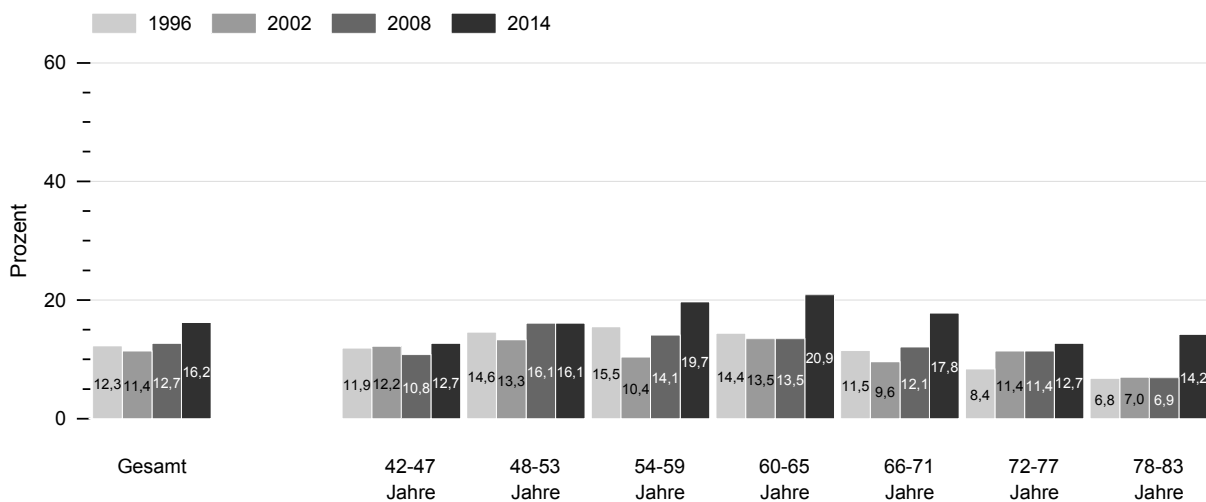
Der Anstieg dürfte Ausdruck eines wachsenden Bedarfes nach informeller Unterstützung und Pflege sein, den Personen in der zweiten Lebenshälfte offenbar – trotz Verkleinerung des engen Familienverbandes – decken. Die gestiegene Nachfrage nach Unterstützung und Pflege ist in

erster Linie Folge der Alterung der Gesellschaft: Denn auch wenn Menschen immer länger gesund bleiben, nimmt der Anteil Unterstützungs- und Pflegebedürftiger zu. So belegt die jüngste Pflegestatistik einen Anstieg der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung zwischen 1999 und 2013 von 2,5 auf 3,3 Prozent (Statistisches Bundesamt 2015b). Diese Zunahme ist auf den wachsenden Anteil alter und sehr alter Menschen zurückzuführen. Zugleich deckt die jüngste Pflegestatistik auf, dass der um den Jahrtausendwechsel noch deutliche Anstieg vollstationärer Betreuung in Heimen in den letzten Jahren abgeflacht ist. Ob die rückläufige Nutzung institutioneller Betreuungseinrichtungen auf deren unzureichende Verfügbarkeit zurückgeht oder auf Finanzierungsprobleme seitens der Betroffenen verweist, muss hier offen bleiben. Möglicherweise haben auch finanzielle Anreize wie das Pflegegeld dazu beigetragen, dass Pflege häufiger von Angehörigen übernommen wird.

Unterstützung hat sich in ein höheres Alter verschoben.

Wie die Abbildung 12-1 ebenfalls illustriert, wird der jüngste Anstieg des Anteils Unterstützungsleistender vor allem von den Älteren getragen. Während die Quoten der unter 54-Jährigen stabil geblieben sind, zeigen sich bei den 54- bis 83-Jährigen signifikante Anstiege zwischen vier und sieben Prozentpunkten (je nach betrachteter Altersgruppe). Diese Verlagerung von Pflege und Unterstützung in ein höheres Alter spiegelt einerseits einen zunehmenden Versorgungsbedarf vor allem im hohen und sehr hohen Alter wider, der sich daraus ergibt, dass Menschen nicht nur länger leben, sondern auch länger gesund bleiben – zumindest im sogenannten ‚dritten Lebensalter‘ (bis etwa 80/85 Jahre). Andererseits ist ein längeres Leben in Gesundheit auch auf Seiten der (potenziell) Hilfeleistenden Voraussetzung dafür, trotz eigenen fortgeschrittenen Alters Unterstützung und Pflege leisten zu können.

Abbildung 12-1: Anteile der Personen, die gesundheitlich eingeschränkte Personen unterstützen, gesamt und nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008, 2014 (in Prozent)

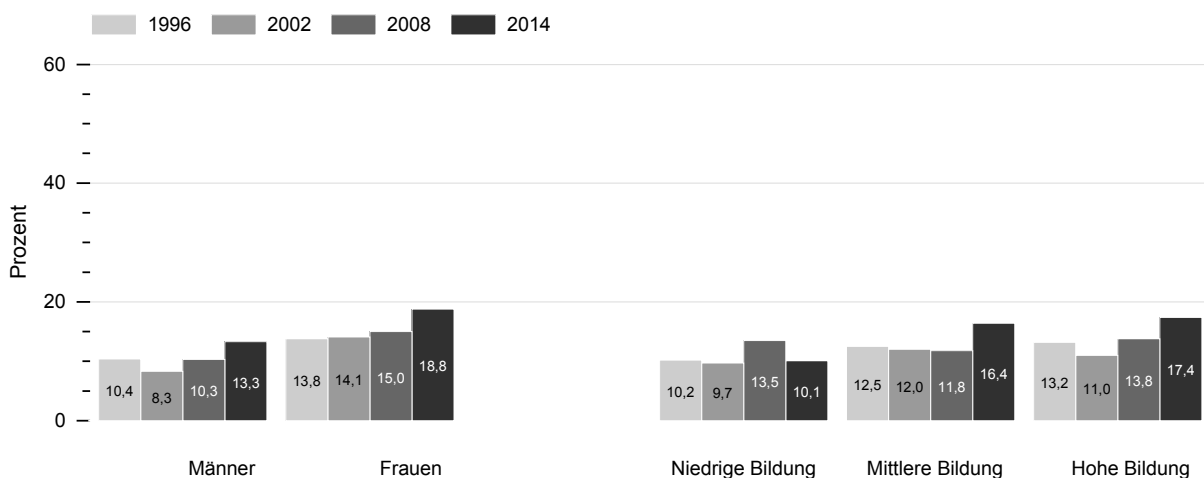


Quelle: DEAS 1996 (n = 4.835), 2002 (n = 2.999), 2008 (n = 5.860), 2014, (n = 5.993), gewichtet, gerundete Angaben; (p < ,05). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für die gesamte Stichprobe sowie für die Altersgruppen ab 54 Jahren. Kein signifikanter Unterschied zwischen 1996 und 2014 für die 42- bis 47-Jährigen und die 48- bis 53-Jährigen.

Frauen unterstützen nach wie vor häufiger als Männer.

Frauen übernehmen zu allen Zeitpunkten zwischen 1996 und 2014 häufiger Versorgungstätigkeiten im Krankheits- oder Pflegefall für Andere als Männer. Im Jahr 2014 beträgt diese Quote bei den Frauen 18,8 Prozent gegenüber 13,3 Prozent bei den Männern (Abbildung 12-2). Abgesehen von zwischenzeitlichen Rückgängen bei den Männern findet bei beiden Geschlechtern ein Anstieg der Quote zwischen 1996 und 2014 statt. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern hat sich über die Zeit hinweg nicht verändert.

Abbildung 12-2: Anteile der Personen, die gesundheitlich eingeschränkte Personen unterstützen, nach Geschlecht und Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008, 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.835), 2002 (n = 2.999), 2008 (n = 5.860), 2014, (n = 5.993), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für Männer und Frauen sowie Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Keine signifikanten Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für niedrige Bildung.

Unterstützung hat vor allem unter Personen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau zugenommen.

Unterstützung erfolgt bildungsspezifisch – jedoch anders als es insbesondere der Forschungsstand zur Pflegeübernahme nahelegt. Die Abbildung 12-2 zeigt, dass Personen mit mittlerer und hoher Bildung durchweg häufiger Unterstützungsaufgaben für Andere übernehmen als Personen mit niedriger Bildung. Beispielsweise beläuft sich die Quote unter den Personen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau im Jahr 2014 auf 16,4 Prozent beziehungsweise 17,4 Prozent, bei denjenigen mit niedrigem Bildungsniveau liegt sie hingegen bei 10,1 Prozent. Signifikante Zuwächse zwischen 1996 und 2014 haben ebenfalls nur in den beiden höheren Bildungsgruppen stattgefunden – von 12,5 auf 16,4 Prozent beziehungsweise von 13,2 Prozent auf 17,4 Prozent – während der Wert in der niedrigen Bildungsgruppe nach einem zwischenzeitlichen Anstieg im Jahr 2008 wieder auf das Niveau von 1996 zurückgefallen ist: 10,2 Prozent beziehungsweise 10,1 Prozent.

12.4 Wer unterstützt wen?

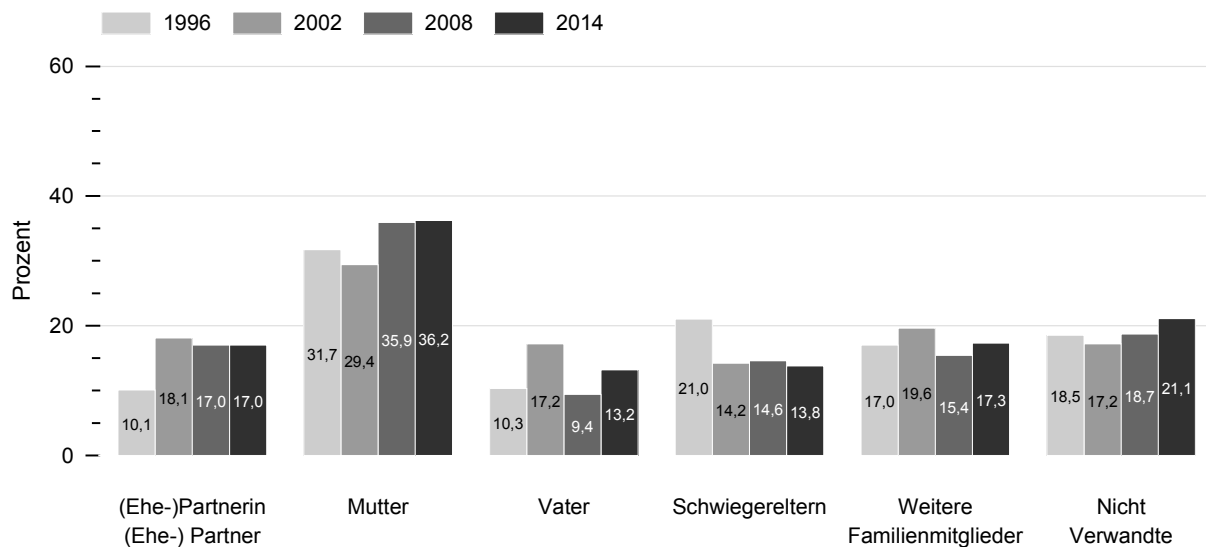
Wen pflegen und unterstützen Personen zwischen 40 und 85 Jahren, und ist es hier im Verlauf der letzten Jahre zu Verschiebungen gekommen? In Abbildung 12-3 sind alle von den Befragten genannten Empfängerinnen und Empfänger getrennt für die Erhebungsjahre dargestellt – teilweise in Gruppen zusammengefasst.

Der Großteil der Unterstützung wird im Jahr 2014 weiterhin innerhalb der Kernfamilie erbracht.

Viele der 40- bis 85-Jährigen, die angeben, mindestens eine Person zu unterstützen oder zu pflegen, kümmern sich um ihre eigene Mutter: Im Jahr 2014 betrifft das mehr als ein Drittel (36,2 Prozent). Grundsätzlich liegt der Schwerpunkt informeller Unterstützung und Pflege – im Einklang mit dem, was die Forschung bisher gezeigt hat – auf (Schwieger-)Eltern und (Ehe-)Partnerinnen beziehungsweise (Ehe-)Partnern. Daran hat sich seit 1996 wenig geändert: Weiterhin haben (Schwieger-)Kinder und (Ehe-)Partnerinnen beziehungsweise (Ehe-)Partner eine große Bedeutung beim Erbringen von Unterstützung und Pflege.

Zwar werden im Laufe der Jahre signifikant weniger Schwiegereltern genannt: Der Anteil ist von 21,0 Prozent im Jahr 1996 auf 13,8 Prozent im Jahr 2014 zurückgegangen. Andererseits werden im Jahr 2014 häufiger die eigenen Eltern versorgt (36,2 Prozent Mütter und 13,2 Prozent Väter) als 1996 (31,7 Prozent Mütter und 10,3 Prozent Väter). Auch die (ehe-)partnerschaftliche Pflege und Unterstützung hat deutlich zugenommen: Während 1996 etwa 10,1 Prozent eine (Ehe-)Partnerin beziehungsweise einen (Ehe-)Partner gepflegt oder unterstützt haben, sind es 2014 17,0 Prozent. Möglich ist das in erster Linie durch eine Veränderung der Sterblichkeit geworden. Die gestiegene Lebenserwartung hat dazu geführt, dass heute mehr Menschen mit ihren Eltern und ihrer (Ehe-)Partnerin oder ihrem (Ehe-)Partner gemeinsam alt werden können als noch vor einigen Jahren (vgl. Kapitel 13 und 14). Es gibt bislang keine Hinweise, dass sich veränderte Paarbildungs- und Paarauflösungsprozesse negativ auf die Versorgungssituation im Alter ausgewirkt haben: Trotz der gestiegenen Instabilität von Partnerschaften und Ehen und einem höheren Anteil Lediger in der zweiten Lebenshälfte (vgl. Kapitel 13) hat die partnerschaftliche Versorgung bislang noch keineswegs an Bedeutung eingebüßt. Möglicherweise ist eine solche rückläufige Entwicklung aber für zukünftige Kohorten zu erwarten.

Abbildung 12-3: Anteile verschiedener Empfängerinnen und Empfänger von Unterstützung unter Personen, die Unterstützung leisten, in den Jahren 1996, 2002, 2008, 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 561), 2002 (n = 325), 2008 (n = 713), 2014 (n = 958), Mehrfachnennung möglich, gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ;05$).

Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner, Mütter, Väter und Schwiegereltern. Keine signifikanten Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für weitere Familienmitglieder und Nicht-Verwandte.

Der leichte Anstieg der Unterstützung für Nicht-Verwandte von 18,5 Prozent auf 21,1 Prozent bleibt statistisch unbedeutsam ebenso wie sich der Anteil der Personen aus dem weiteren Familienkreis oder der Verwandtschaft mit rund 17 Prozent als stabil erweist (abgesehen von einem zwischenzeitlichen Anstieg im Jahr 2002 auf 19,6 Prozent).

Bilanzierend ist festzuhalten, dass sich – anders als vermutet – kein Trend abzeichnet, wonach sich Mitglieder der erweiterten Familie, Verwandte oder Nicht-Verwandte im Jahr 2014 häufiger an Versorgungsaufgaben im Krankheits- oder Pflegefall beteiligen würden als vor einigen Jahren. Im Gegenteil: Sogar stärker als 1996 dominiert bei der informellen Unterstützung die Kernfamilie.

12.5 Unterstützungsumfang, Pflege und Belastung

Mehr Menschen in der zweiten Lebenshälfte nehmen Unterstützungsaufgaben wahr. Zeigen sich auch Veränderungen in Umfang und Art der geleisteten Hilfe und damit einhergehender Belastung?

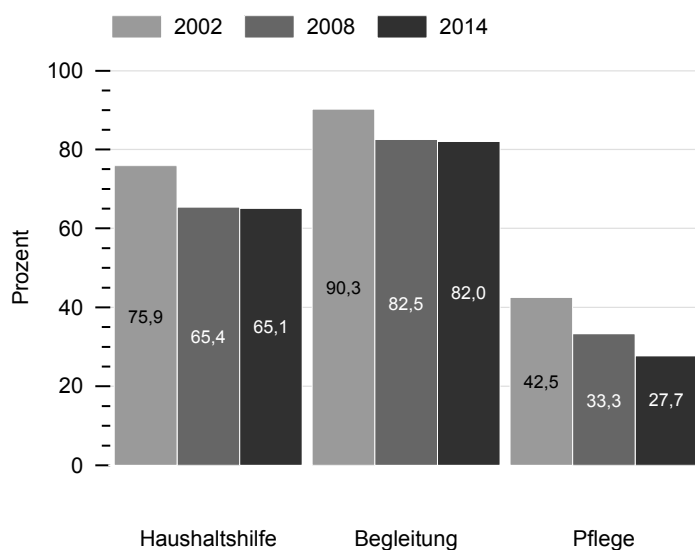
Im Jahr 2014 werden mehr Personen unterstützt als in den Jahren zuvor.

Nicht nur der Anteil derer, die Andere unterstützen ist deutlich angestiegen, es wird auch immer häufiger mehr als nur eine Person versorgt: Waren es 1996 noch 13,1 Prozent, so hat sich dieser Anteil beinahe verdoppelt und liegt im Jahr 2014 bei 23,8 Prozent – ein signifikanter Anstieg (vgl. Tabelle A 12-3 im Anhang).

Die für die am meisten unterstützte Person aufgewendete Zeit ist von 1996 zu 2014 zurückgegangen.

Parallel zur gestiegenen Zahl der unterstützten Personen hat sich der Umfang der geleisteten Aufgaben reduziert. So haben sich die für die am meisten unterstützte Person aufgewendeten Stunden pro Woche nahezu halbiert: Ein signifikanter Rückgang von 19,8 Stunden (1996) auf 10,7 Stunden (2014) ist zu beobachten (vgl. Tabelle A 12-4 im Anhang). Dieser Befund spiegelt sich auch in der Abnahme der Breite der erbrachten Leistungen wider: Alle drei betrachteten Unterstützungsarten – Hilfe im Haushalt, Begleitung und Pflegeaufgaben – werden 2014 signifikant seltener erbracht als 2002 (Abbildung 12-4). Zudem wird erkennbar, dass der Fokus gesundheitsbedingter informeller Unterstützung auf weniger aufwändigen Tätigkeiten liegt: So werden im Jahr 2014 Hilfe im Haushalt (65,1 Prozent) und Begleitung (82,0 Prozent) deutlich häufiger übernommen als Pflegeaufgaben (27,7 Prozent). Es lässt sich schlussfolgern: Personen in der zweiten Lebenshälfte unterstützen 2014 deutlich mehr Personen, die aufgrund gesundheitsbezogener Defizite auf Hilfe angewiesen sind, aber offenbar mit weniger Aufwand pro Person.

Abbildung 12-4: Häufigkeit verschiedener Arten der Unterstützung unter Personen, die Unterstützung leisten, in den Jahren 2002, 2008, 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2002 (n = 313), 2008 (n = 720), 2014 (n = 966), Mehrfachnennung möglich, gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Signifikante Unterschiede zwischen 2002 und 2014 für alle drei Arten der Unterstützung.

Der Anteil derer, die Andere pflegen, liegt unverändert bei knapp fünf Prozent.

Pflege stellt eine spezifische Art der Unterstützung dar, auf die gesundheitlich eingeschränkte Personen bei ihrer Alltagsbewältigung angewiesen sein können. Sie ist für die Pflegeleistenden eine oft körperlich sehr anstrengende und zeitintensive Aufgabe, die zum Teil auch Fachkenntnisse und (medizinisch-)technischer Hilfsmittel bedarf. Auch wenn die Ergebnisse belegen, dass unter denjenigen, die Andere unterstützen, immer seltener Pflegeaufgaben übernommen werden (Abbildung 12-4), ist bezogen auf die Gesamtbevölkerung der 40- bis 85-Jährigen kein Rückgang der informellen Pflege zu beobachten: 2002 haben 4,6 Prozent und

2014 haben 4,5 Prozent aller Personen in dieser Altersgruppe mindestens eine andere Person gepflegt (ohne Abbildung)¹. Wird allerdings der im selben Zeitraum gestiegene Pflegebedarf in Rechnung gestellt, so deutet sich eine zunehmende Auslagerung dieser durchaus sehr voraussetzungsvollen Tätigkeit an. Es ist davon auszugehen, dass zur Pflege von Familienangehörigen verstärkt professionelle Hilfe wie die von ambulanten Pflegediensten hinzugezogen wird. Eine damit einhergehende zeitliche, körperliche und auch emotionale Entlastung könnte es den Unterstützungsleistenden ermöglichen, sich stärker auf weniger intensive Alltagsaufgaben zu konzentrieren. Möglicherweise liegt darin eine Ursache dafür, dass sie sich 2014 häufiger um mehr als eine Person kümmern beziehungsweise kümmern können.

Unterstützungspersonen fühlen sich 2014 weniger häufig belastet als 2002.

In diesem Sinne zeigen die Daten auch einen leichten Rückgang der subjektiv empfundenen Belastung durch die Übernahme von Unterstützungsaufgaben: Während sich im Jahr 2002 noch 38,6 Prozent (sehr) stark belastet fühlten, betrifft das 2014 einen signifikant geringeren Anteil von 31,7 Prozent (vgl. Tabelle A 12-6 im Anhang).

12.6 Doppel- und Mehrfachverantwortungen

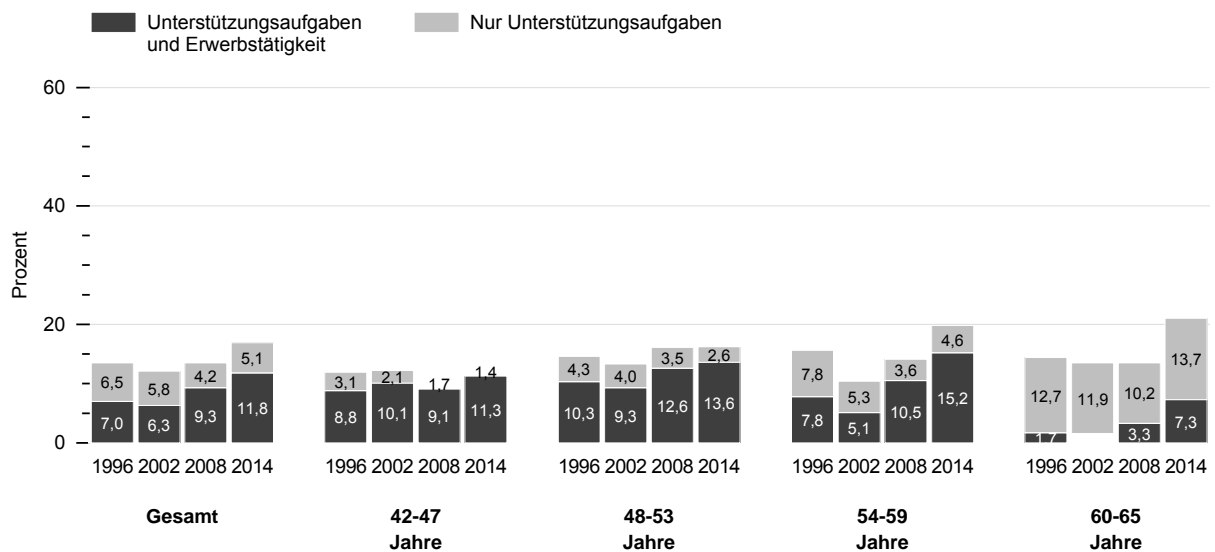
Angesichts der steigenden Erwerbsbeteiligung im späten Erwerbsalter (vgl. Kapitel 3) sowie des hier berichteten, wachsenden Anteils von Personen in der zweiten Lebenshälfte, die andere unterstützen, ist davon auszugehen, dass eine immer größere Anzahl von Personen im erwerbsfähigen Alter vor der Aufgabe steht, beide Aufgaben miteinander zu vereinbaren. Lässt sich diese Vermutung bestätigen?

Erwerbstätigkeit wird zunehmend mit Unterstützungsaufgaben vereinbart.

Die Ergebnisse in Abbildung 12-5 bestätigen: Der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 40 und 65 Jahren, die informell Unterstützung leisten und zugleich erwerbstätig sind, ist von 7,0 Prozent (1996) auf 11,8 Prozent (2014) signifikant angestiegen. Parallel dazu ist der Anteil der ausschließlich Unterstützung Leistenden von 6,5 Prozent (1996) auf 5,1 Prozent (2014) leicht gesunken.

¹ Verglichen mit der 2012 durchgeführten Studie ‚Gesundheit in Deutschland aktuell‘ (Wetzstein, Rommel, & Lange 2015) ist davon auszugehen, dass der Anteil der Pflegenden im DEAS unterschätzt wird.

Abbildung 12-5: Erwerbstätigkeit und Unterstützung von Personen zwischen 40 und 65 Jahren, gesamt und nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.132), 2002 (n = 1.834), 2008 (n = 3.480), 2014 (n = 3.526), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < .05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für die gesamte Stichprobe, sowie für alle Altersgruppen.

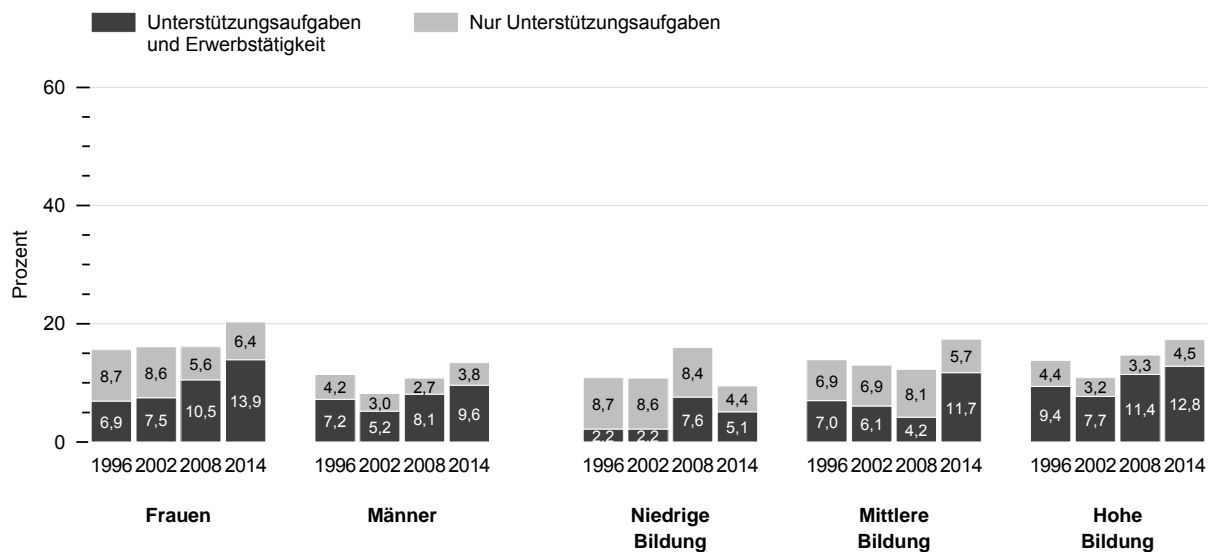
Die Gleichzeitigkeit beider Aufgaben – Erwerbstätigkeit und Unterstützungsleistung – findet sich am häufigsten im mittleren Erwachsenenalter: So fallen die Anteile bei den 48- bis 53-Jährigen (13,6 Prozent) und den 54- bis 59-Jährigen am höchsten aus (15,2 Prozent). Das mag durch den Ende des mittleren Erwachsenenalters verstärkenden Unterstützungsbedarf (vor allem seitens der Eltern) hervorgerufen werden bei gleichzeitig hoher Erwerbsbeteiligung bis etwa zum 60. Lebensjahr. Personen ab 60 Jahren sind deutlich seltener erwerbstätig (vgl. Kapitel 3) und entsprechend bewegt sich der Anteil derer mit Doppelverantwortung in dieser späten Erwerbsphase (60- bis 65-Jährigen) auf einem vergleichsweise sehr geringen Niveau (3,3 Prozent).

Frauen vereinbaren häufiger Erwerbstätigkeit und Unterstützungsaufgaben als Männer und Hochgebildete häufiger als niedriger Gebildete.

Dabei zeigen sich Geschlechter- und Bildungsunterschiede (Abbildung 12-6): Während Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter im Jahr 1996 noch gleich häufig Erwerbs- und Unterstützungsaufgaben miteinander vereinbart haben (6,9 Prozent beziehungsweise 7,2 Prozent), ist dieser Anteil vor allem unter den Frauen deutlich angestiegen. Zwar sind die Werte 2014 bei beiden Geschlechtern signifikant höher als 1996, aber der Zuwachs fällt bei Frauen deutlicher aus: Es zeigt sich eine Verdoppelung von 6,9 Prozent auf 13,9 Prozent. Es sind also zunehmend vor allem Frauen, die die Vereinbarkeitsfrage lösen müssen.

Das gilt auch für Unterstützungsleistende mit mittlerem und hohem Bildungsniveau: In beiden Gruppen lassen sich grundsätzlich höhere Anteile von Personen beobachten, die Unterstützung und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbaren als unter Niedriggebildeten: Im Jahr 2014 sind das 11,7 Prozent (mittlere Bildung) beziehungsweise 12,8 Prozent (hohe Bildung) im Vergleich zu 5,1 Prozent (geringe Bildung). Abgesehen von leichten Rückgängen in den Zwischenjahren erweist sich der Anstieg zwischen 1996 und 2014 in allen Bildungsgruppen als signifikant.

Abbildung 12-6: Erwerbstätigkeit und Unterstützung von Personen zwischen 40 und 65 Jahren, nach Geschlecht und Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.132), 2002 (n = 1.834), 2008 (n = 3.480), 2014 (n = 3.526), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für Männer und Frauen, sowie für alle drei Bildungsgruppen. Signifikant stärkere Zunahme von 1996 bis 2014 bei Frauen als bei Männern.

Es wurde eingangs die Frage aufgeworfen, ob sich die Zunahme später Geburten mittlerweile in einem Anstieg von Personen niederschlägt, die eine Mehrfachverantwortung haben. Um diese Frage zu beantworten, wird zusätzlich berücksichtigt, ob Sorge für mindestens ein minderjähriges Kind im Haushalt zu tragen ist (in Anlehnung an Künemund, 2002). Die Befunde belegen einen signifikanten Anstieg einer solchen Mehrfachverantwortung zwischen 1996 und 2014 (von 1,9 auf 3,2 Prozent; ohne Abbildung). Da neben der Erwerbsquote (vgl. Kapitel 3) und der Unterstützerquote (vorliegendes Kapitel) auch der Anteil der Personen zwischen 40 und 65 Jahren mit mindestens einem minderjährigen Kindern im eigenen Haushalt von 27 Prozent (1996) auf 31 Prozent (2014) leicht zugenommen hat (nicht signifikant), geht dieser Anstieg auf Verschiebungen in allen drei Bereichen zurück. Allerdings verdeutlichen die Zahlen auch, dass nach wie vor nur ein sehr geringer Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung ab dem 40. Lebensjahr hiervon betroffen ist. Auch ein Vergleich der empfundenen Belastung durch die geleistete Unterstützung erbringt keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Vereinbarkeitsgruppen: Erwerbstätige Personen im Alter zwischen 40 und 65 Jahren, die mindestens eine andere Person gesundheitsbedingt unterstützen, fühlen sich hiervon ebenso belastet wie nicht erwerbstätige Personen oder solche die zudem noch minderjährige Kinder im Haushalt betreuen.

12.7 Diskussion und Implikationen

Entgegen der Annahme einer rückläufigen informellen Unterstützung sowie einem Bedeutungsverlust der Kernfamilie bei der Erbringung dieser Versorgungsleistungen zeigt sich, dass 2014 mehr Personen in der zweiten Lebenshälfte Unterstützung für gesundheitlich eingeschränkte Menschen leisten als 1996. Hierbei übernehmen nach wie vor Mitglieder des engsten Familienkreises die Hauptverantwortung. Das ist umso bemerkenswerter, weil gerade deren Verfügbarkeit abgenommen hat – sowohl mit Blick auf ihre Anzahl als auch ihre

Gelegenheiten und Zeitressourcen, diese Aufgaben zu übernehmen. Unterstrichen wird das durch den steigenden Anteil von Personen in der zweiten Lebenshälfte, die gleichzeitig Unterstützung leisten und erwerbstätig sind. Das impliziert ein hohes Potenzial erwachsener Kinder und Partnerinnen beziehungsweise Partner, die gestiegene Nachfrage nach Unterstützung und Hilfe bei der Alltagsbewältigung zu decken.

Ähnlich der im Zusammenhang mit dem Ausbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen diskutierten Komplementaritätsthese (Daatland & Herlofson 2003) dürften die Kapazitäten hierfür zum Teil durch Auslagerung zeit- und arbeitsintensiver (Pflege-)Tätigkeiten frei geworden sein. Es deutet sich eine stärker arbeitsteilige Organisation der nachgefragten Unterstützung zwischen mehreren Hilfeleistern und Pflegenden an. Die damit implizierte Entlastung der Familienangehörigen erlaubt es ihnen, sich stärker auf weniger anspruchsvolle Aufgaben konzentrieren zu können. Auch sollte sich damit der Druck einer möglichen Alleinverantwortung sowie Überforderung reduzieren. Ein Mix aus verschiedenen informellen und professioneller Hilfeleistern – im Sinne einer gemischten Verantwortung (Motel-Klingebiel, Tesch-Römer, & von Kondratowitz 2005) – dürfte auch aus der Sicht der Empfänger positiv sein: So reduziert sich deren Abhängigkeit von einer Unterstützungsquelle und damit ihr Risiko eines Versorgungsdefizites bei (personellen) Ausfällen. Eine arbeitsteilige und möglicherweise auch spezialisierte Aufgabenübernahme kann zudem die Qualität der erhaltenen Hilfe und Pflege verbessern.

Nichtsdestotrotz legen aktuelle Entwicklungen zukünftige Versorgungsengpässe und Überlastungen nahe: So ist beispielsweise der deutliche Anstieg von Kinderlosigkeit derzeit noch nicht unter älteren Hilfs- und Pflegebedürftigen angekommen, wird aber in absehbarer Zukunft das Versorgungssystem vor ganze neue Herausforderungen stellen (vgl. Kapitel 14). Und auch die Erwerbstätigkeit unter älteren Frauen wird weiterhin ansteigen. Entsprechend ist eine Fortführung des Ausbaus von Maßnahmen zur Entlastung unterstützender und pflegender Angehöriger unabdinglich und dringlich: So sollten ambulante und professionelle Unterstützungsangebote, die ergänzend zur informellen Versorgung oder auch als Ersatz genutzt werden können, ausgebaut, breiter zugänglich und finanzierbar gemacht werden. Die Vereinbarkeit von Pflege- und Unterstützungsleistungen mit Erwerbstätigkeit ist weiterhin zu fördern, um sowohl eine finanzielle Mindestabsicherung für die Unterstützungspersonen sicherzustellen, als auch eine zeitliche Flexibilität zu schaffen, die die parallele Erledigung beider Aufgaben erleichtert. Diesbezüglich schlägt die jüngste Modifikation der Familienpflegezeit (2015) den richtigen Weg ein: Demnach wird für eine zehntägige Erwerbsfreistellung eine Lohnersatzleistung gewährt und es besteht ein Rechtsanspruch der Beschäftigten auf eine Erwerbsreduktion oder -unterbrechung bis zu 24 Monaten bei bestehendem Kündigungsschutz. Allerdings gelten viele dieser Regelungen nur für Angestellte in Betrieben mit einer Mindestgröße von 25 Mitarbeitern, womit ein großer Personenkreis ausgeschlossen bleibt. Das betrifft auch nicht-verwandte Pflegepersonen. Sie werden bislang generell nicht von der Familienpflegezeit erfasst, bieten aber durchaus ein gewisses Potenzial für informelle Unterstützung (vgl. Kapitel 17).

Ebenso wäre es erstrebenswert, Männer und Niedriggebildete stärker einzubinden als bisher. Frauen und Personen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau übernehmen diese Aufgaben nicht nur häufiger, sondern vereinbaren sie auch häufiger mit anderen Aufgabenbereichen – allen voran Erwerbstätigkeit. Insbesondere für Frauen, die bekanntermaßen auch die Hauptverantwortung für Kinderbetreuung und Haushaltsaufgaben übernehmen (vgl. Kapitel 13, 15), kann es zu einer Kumulation von Vereinbarkeitsanforderungen kommen – der es entgegenzuwirken gilt. Schließlich wäre die Bereitstellung von Leistungen bereits vor der

Entstehung von Pflegebedarf insofern sinnvoll, da ein nicht unerheblicher Unterstützungsbedarf bereits unter dieser Grenze entsteht. Bilanzierend ist trotz sich abzeichnender Handlungsbedarfe zur Motivation und Unterstützung (potenziell) Hilfeleistender festzuhalten, dass ein beträchtlicher und wachsender Teil der Bevölkerung zwischen 40 und 85 Jahren Unterstützungsaufgaben für kranke und hilfebedürftige Angehörige übernimmt.

Literatur

- Blinkert, B., & Klie, T. (2008). Soziale Ungleichheit und Pflege. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 12(13), 25-33.
- Blinkert, B., & Klie, T. (2006). Die Zeiten der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(3), 202-210.
- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1(4), 434-463. doi: 10.1177/016402757914002.
- Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2003). Families and welfare states: Substitution or complementary. In: A. Lowenstein & J. Ogg (Hrsg.) *OASIS: Old Age and Autonomy - The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity*. (S. 281-305). Haifa: University of Haifa.
- Deindl, C., Brandt, M., & Hank, K. (2014). Generationen in Europa: Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. In: A. Steinbach, M. Hennig & O. Arránz Becker (Hrsg.) *Familie im Fokus der Wissenschaft* (Familienforschung, S. 299-325). Wiesbaden: Springer.
- Dudel, C. (2015). Vorausberechnung des Pflegepotentials von erwachsenen Kindern für ihre pflegebedürftigen Eltern. *Sozialer Fortschritt*, 64(2), 14-26.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (2006). *Wohnen im Alter*. Dortmund: Institut Arbeit und Technik, Ruhr-Universität Bochum.
- Geerts, J., & Van den Bosch, K. (2012). Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: the impact of national contexts. *European journal of ageing*, 9(1), 27-37.
- Geyer, J., & Schulz, E. (2014). Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW-Wochenbericht*, 81(14), 294-301.
- Haberkern, K., Schmid, T., & Szydlik, M. (2015). Gender differences in intergenerational care in European welfare states. *Ageing and society*, 35(2), 298-320.
- Haberkern, K., & Szydlik, M. (2008). Pflege der Eltern – ein europäischer Vergleich. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 60(1), 82-105.
- Heusinger, J. (2007). Freundin, Expertin oder Dienstmädchen – zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Funktion professioneller Pflegekräfte in häuslichen Pflegearrangements. *Pflege & Gesellschaft*, 12(4), 318-342.
- Isfort, M. (2013). Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 2013(4-5), 29-35.
- Khan, H. T. A. (2014). Factors Associated with Intergenerational Social Support among Older Adults across the World. *Ageing International*, 39(4), 289-326. doi: 10.1007/s12126-013-9191-6.
- Klaus, D. (2009). Why do adult children support their parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 40, 227–241.
- Klaus, D., & Tesch-Römer, C. (2014). Pflegende Angehörige und Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey 2008. *DZA-Fact Sheet*. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Fact_Sheet_Pflege_Erwerbstaetigkeit_2014_09_12.pdf.
- Kuhlmey, A., Dräger, D., Winter, M., & Beikirch, E. (2010). COMPASS–Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *Informationsdienst Altersfragen*, 37(4), 4-10.
- Künemund, H. (2002). Die "Sandwich-Generation"- typische Belastungskonstellation oder nur gelegentliche Kumulation von Erwerbstätigkeit, Pflege und Kinderbetreuung? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 22(4), 344-361.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guildford.

- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Römer, C., & von Kondratowitz, A. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and society*, 25(6), 863-882.
- Preuss, M. (2014). *Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmid, T., Brandt, M., & Haberkern, K. (2012). Gendered support to older parents: do welfare states matter? *European journal of ageing*, 9(1), 39-50.
- Statistisches Bundesamt (2015b). *Pflegestatistik 2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Stüben, C., & Von Schwanenflügel, M. (2015). Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf: Die neuen gesetzlichen Regelungen als Unterstützung für Pflegebedürftige und Angehörige. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 69(1), 76-79.
- TNS Infratest Sozialforschung (2011). *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Wetzstein, M., Rommel, A., & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE Kompakt*, 6(3), 3-11.

13 Auslaufmodell ‚traditionelle Ehe‘? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte

Heribert Engstler & Daniela Klaus

Kernaussagen

Der Anteil der Menschen, die in der Lebensform der Ehe ins Alter kommen, ist gesunken: Während von den 40- bis 54-Jährigen im Jahr 1996 noch 82,6 Prozent verheiratet zusammenlebend waren, sind es im Jahr 2014 nur 67,4 Prozent. Bei den unter 70-Jährigen hat zudem der Anteil der unverheiratet oder in zweiter Ehe Zusammenlebenden und der Menschen ohne Paarbeziehung zugenommen. Die über 70-Jährigen sind dank der steigenden Lebenserwartung häufiger verheiratet und seltener verwitwet als 1996. Unter den Ältesten (70 bis 85 Jahre) lag der Anteil Verwitweter im Jahr 1996 bei 39,1 Prozent, im Jahr 2014 bei nur noch 24,0 Prozent.

Die Erwerbsarrangements der Paare mittleren Alters (Frau 40 bis 65 Jahre alt) haben sich verändert: Der Anteil der ‚Hausfrauenehen‘ (nur Mann erwerbstätig) ist zwischen 1996 und 2014 von 25,7 auf 15,4 Prozent gesunken. Zugenommen haben im gleichen Zeitraum Arrangements, bei denen auch die Frau erwerbstätig ist – im Westen allerdings häufig nur teilzeitbeschäftigt, im Osten überwiegend in Vollzeit. Bei rentennahen Altersgruppen sind häufiger Konstellationen anzutreffen, bei denen der Mann schon im Ruhestand ist, während die Frau noch arbeitet.

Trotz gestiegener Erwerbsbeteiligung tragen Frauen weiterhin die Hauptverantwortung für die Hausarbeit: Ähnlich häufig wie schon im Jahr 2008 erledigen auch im Jahr 2014 bei 61,1 Prozent der Paare überwiegend die Frauen die Routinetätigkeiten im Haushalt. Je umfangreicher jedoch ihre Erwerbsbeteiligung ist, desto seltener übernehmen sie allein die Hausarbeit.

Männer sind sehr, Frauen wenig zufrieden mit einer vorwiegend weiblichen Zuständigkeit für die Hausarbeit: Im Jahr 2014 sind 60,3 Prozent der Männer, aber nur 27,9 Prozent der Frauen mit einer solchen Zuständigkeitsverteilung sehr zufrieden. Wenn sich Mann und Frau die Hausarbeit egalitär teilen, sind beide Geschlechter in hohem Maße zufrieden damit: 59,8 Prozent der Männer und 64,1 Prozent der Frauen.

13.1 Einleitung

Die Lebensformen der Bevölkerung unterliegen seit einigen Jahrzehnten Veränderungen, die zu einer wachsenden Vielfalt der Formen des Zusammenlebens der Geschlechter und Generationen geführt haben. In den Sozialwissenschaften wird dieser Wandel häufig als ein Trend der Pluralisierung der Lebensformen und -verläufe gekennzeichnet (Wagner & Franzmann 2000; Brüderl & Klein 2003; Wagner & Valdés Cifuentes 2014).

Ältere Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) konnten zeigen, dass sich die allgemeine Pluralisierung der Lebensformen bis zum Jahr 2008 altersgruppenspezifisch unterschiedlich darstellte: Während im mittleren Lebensalter bereits eine Zunahme der Lebensformen jenseits des langjährig verheirateten Elternpaars zu beobachten war, gewann diese Lebensform in der höchsten Altersgruppe sogar an Bedeutung, was aber als ein temporäres Phänomen vermutet wurde (Engstler & Tesch-Römer 2010). Der erste Teil dieses Kapitels widmet sich daher der Frage, ob und wie sich die beschriebenen Trends zwischen 2008 und 2014 fortgesetzt haben. Dabei wird der Fokus auf den Wandel der paarbezogenen Lebensformen gelegt.

Es verändern sich jedoch nicht nur die Lebensformen im Sinne der Morphologie des Zusammenlebens, sondern auch die Organisation des Alltags von Paaren. Eine wesentliche Änderung betrifft die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau in Bezug auf die Beteiligung am Erwerbsleben und die Übernahme von Hausarbeit und Sorgetätigkeiten in der Familie. Das öffentliche Interesse und die Forschung richten sich dabei oft auf die frühen Familienphasen nach Beginn der Elternschaft, solange noch Kinder im Haushalt zu versorgen sind. Verschiedene Arbeiten hierzu zeigen, dass es bei Paaren nach Beginn der Elternschaft zur Herausbildung oder Verschärfung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung kommt (Grunow, Schulz, & Blossfeld 2007; Bühlmann, Elcheroth, & Tettamanti 2010; Dechant, Rost, & Schulz 2014). Besonders in den alten Bundesländern ist die Familiengründung die maßgebliche Weichenstellung für eine längerfristige Unterbrechung oder Reduktion des Erwerbsumfangs der Frauen, die sich auch negativ auf ihre späteren Rentenanwartschaften auswirkt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2011a, 2011b)). Das Modell des männlichen Familienernährers als die besonders ausgeprägte Form der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung der Paare ist im Wesentlichen ein westdeutsches Phänomen, während in Ostdeutschland bis zur Wiedervereinigung die Vollzeitwerbstätigkeit beider Elternteile die Norm bildete und auch heute noch weit verbreitet ist (Bothfeld, Klammer, Klenner, Leiber, Thiel, & Ziegler 2005; Wirth & Tölke 2013). In beiden Teilen Deutschlands gewinnt seit Mitte der 1990er Jahre bei Paaren mit Kindern das ‚modernisierte‘ Ernährermodell (Zuverdienermodell) an Bedeutung, bei dem der Mann Vollzeit und die Frau Teilzeit arbeitet. In den alten Bundesländern war dies verbunden mit einem Rückgang des männlichen Alleinverdienermodells, in den neuen Bundesländern ging es zu Lasten des Modells, bei denen der Mann und die Frau Vollzeit arbeiten (Holst & Wieber 2014). Bei Paaren mit zu versorgenden minderjährigen Kindern ist demnach eine allmähliche Erosion des männlichen Ernährermodells zu beobachten.

Wie aber sieht es in späteren Familienphasen beziehungsweise bei Paaren in der zweiten Lebenshälfte aus? Welche Arrangements von Erwerbs- und Hausarbeit praktizieren Paare im mittleren und höheren Alter und welche Veränderungen lassen sich für Deutschland erkennen? Arbeiten zur geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung bei älteren Paaren sind eher selten.

Hank and Jürges (2007) untersuchten die Aufteilung der Hausarbeit bei Paaren ab 50 Jahren in acht europäischen Ländern. Dabei stellten sie ein Nord-Süd-Gefälle in der Beteiligung des

Mannes an den Routinetätigkeiten der Hausarbeit fest, wobei in allen Ländern die Frauen einen höheren Anteil als die Männer übernehmen. Etwa die Hälfte der Länderdifferenzen ließ sich auf Unterschiede bei individuellen Merkmalen zurückführen, die die Aufteilung der Hausarbeit bei Paaren beeinflussen. Positive Einflüsse auf die Beteiligung des Mannes an der Hausarbeit zeigten sich, wenn die Frau nicht weniger verdiente als der Mann, wenn der Mann nicht mehr erwerbstätig war, die Frau arbeiten ging, bei höherer Bildung, jüngeren Alten und unverheirateten Paaren. Unabhängig davon war die Beteiligung des Mannes an der Hausarbeit in Ländern mit allgemein höherer Geschlechtergleichheit stärker. Diese Befunde sprechen dafür, dass die Aufteilung der Hausarbeit auch bei älteren Paaren sowohl von finanziellen und zeitlichen Ressourcen und den damit verbundenen Aushandlungs- und Optimierungsmöglichkeiten als auch von normativen Vorstellungen, Geschlechterideologien und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängt.

In zwei neueren Arbeiten untersuchten Stich and Hess (2014) und Leopold and Skopek (2015) mit Paneldaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), wie sich der Renteneintritt auf die Verteilung der Hausarbeit bei Paaren in Deutschland auswirkt. Stich und Hess zeigen anhand gesamtdeutscher Daten, dass Frauen vor und nach ihrem Rentenübergang insgesamt mehr Hausarbeit übernehmen als Männer. Frauen wenden nach dem Renteneintritt vor allem mehr Zeit für die Routinetätigkeiten des Waschens, Kochens und Putzens auf, Männer steigern ihre Hausarbeitszeit in typisch männlichen Bereichen (Reparaturen, Gartenarbeit). Aufgrund der sich etwas verkleinernden Geschlechterdifferenz im Zeitaufwand für die Hausarbeit sehen Stich und Hess eine teilweise Detraditionalisierung der häuslichen Arbeitsteilung beim Wechsel in den Ruhestand. Leopold und Skopek belegen für westdeutsche Ehepaare mit männlichem Hauptverdiener eine Verdoppelung der werktäglichen Hausarbeitsstunden des Mannes (von zwei auf vier Stunden) im Laufe der letzten fünf Jahre bis zu seinem Renteneintritt; die Partnerin reduziert in dieser Phase ihre tägliche Hausarbeitszeit um rund eine auf sechs Stunden. Nach dem Renteneintritt stabilisiert sich der Beitrag der Männer auf diesem Niveau und beträgt im Ruhestand rund 38 Prozent der gesamten Hausarbeitszeit dieser Paare. Nach Leopold und Skopek verteilt sich die Zunahme des männlichen Einsatzes im Haushalt zu je einem Drittel auf Routinetätigkeiten, Besorgungen sowie Reparatur- und Gartenarbeiten. Die stark ausgeprägte geschlechtsspezifische Arbeitsteilung westdeutscher Hausfrauenehen verringert sich somit beim Übergang des Mannes in den Ruhestand deutlich, mündet aber nicht in eine vollständig egalitäre Aufteilung.

Uns sind keine aktuellen Untersuchungen zum Kohortenwandel in der Aufteilung der Erwerbs- und Hausarbeit bei älteren Paaren in Deutschland bekannt. Daher widmet sich der zweite Teil des vorliegenden Beitrags dem Wandel der Erwerbbeteiligungsmuster bei Paaren ab 40 Jahren und der Aufteilung der Hausarbeit bei Paaren in der zweiten Lebenshälfte. Untersucht wird, wer die alltäglichen Routinetätigkeiten im Haushalt überwiegend erledigt, wie zufrieden Frauen und Männer mit der praktizierten Aufteilung sind und welche Veränderungen zu beobachten sind. Im Vordergrund steht insgesamt die Frage, ob sich bei Paaren mittleren und höheren Alters ein Trend zu abnehmender Ungleichheit der Beteiligung der Geschlechter an der Erwerbs- und Hausarbeit feststellen lässt.

13.2 Datengrundlage

Daten. Grundlage sind die vier Basisstichproben des DEAS der Erhebungsjahre 1996, 2002, 2008 und 2014 (vgl. Kapitel 2). Der partnerschaftsbezogene Wandel der Lebensformen wird

anhand der Veränderungen der Familienstände sowie der Existenz und Form der Partnerschaften der Männer und Frauen unterschiedlichen Alters zwischen 40 und 85 Jahren untersucht. Zur Untersuchung der Entwicklung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung bei Paaren werden die Arrangements der Erwerbsbeteiligung und der Aufteilung der Hausarbeit betrachtet.

Familienstand. Es werden vier Familienstandskategorien unterschieden: ledig, verheiratet zusammenlebend, geschieden/getrenntlebend und verwitwet. Eingetragene Lebenspartnerschaften, die im DEAS seit 2008 gesondert erfasst sind, werden wegen ihrer sehr geringen Fallzahl (2014: 13 Fälle) zu den Verheirateten gezählt.

Lebensform. Die Lebensformen werden in vier Kategorien dargestellt: Erstehen, Folgeehen, Nichteheleiche Partnerschaften und Partnerlose. Personen in eingetragener Lebenspartnerschaft wurden entsprechend der Anzahl bisheriger Ehen und eingetragenen Partnerschaften den Erst- oder Folgeehen zugewiesen. Für die Jahre 1996 und 2002 sind die Verheirateten zu einer einzigen Kategorie zusammengefasst, da eine Unterscheidung in Erst- und Folgeehen erst ab dem Erhebungsjahr 2008 möglich ist. Die nichteheleichen Partnerschaften umfassen Paare mit und ohne gemeinsamen Haushalt.

Erwerbsarrangements. Die Untersuchung der Entwicklung der Erwerbsarrangements der Paare beschränkt sich auf heterosexuelle Partnerschaften, bei denen die Frau 40 bis 65 Jahre alt ist. Unberücksichtigt bleibt eine mögliche Erwerbsbeteiligung im Ruhestand, da diese in den Erhebungsjahren vor dem Jahr 2014 nicht für den Partner beziehungsweise die Partnerin der befragten Person erhoben wurde. Es werden fünf Erwerbsarrangements unterschieden: (1) Paare, bei denen nur der Mann erwerbstätig ist (Alleinverdienermodell), (2) Paare, bei denen die Frau als geringfügig oder teilzeitbeschäftigte ‚Zuverdienerin‘ (bis 34 Wochenstunden) erwerbstätig ist, (3) Paare, bei denen auch die Frau vollzeitbeschäftigt ist (Doppelverdienermodell), (4) Paare bei denen nur die Frau erwerbstätig ist und (5) Paare ohne Erwerbsbeteiligung. Da 96 Prozent der erwerbstätigen Männer in diesen Partnerschaften im Jahr 2014 eine Vollzeittätigkeit ausüben, wird auf eine Differenzierung in Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigung der Männer verzichtet. Neben der Darstellung der allgemeinen Entwicklung zwischen 1996 und 2014 werden auch Verteilungsunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland betrachtet.

Aufteilung der Hausarbeit. Grundlage zur Untersuchung der Aufteilung der Hausarbeit bei Paaren sind die seit dem Jahr 2008 im DEAS enthaltenen Fragen danach, wer bei Paaren überwiegend die Hausarbeit übernimmt. Die Frage richtet sich primär auf die Übernahme der Routinetätigkeiten im Haushalt.¹ Geantwortet werden kann, dass man überwiegend selbst, der Partner beziehungsweise die Partnerin, beide gleich oder überwiegend eine andere Person die Hausarbeit erledigt. Für alle in heterosexueller Partnerschaft Lebenden wird untersucht, wer überwiegend für die Hausarbeit zuständig ist, welche Unterschiede dabei je nach Erwerbsarrangement bestehen und ob sich die Zuständigkeiten zwischen 2008 und 2014 geändert haben.

Zufriedenheit mit der Aufteilung der Hausarbeit. Die Zufriedenheit der in einer Partnerschaft lebenden Männer und Frauen mit der von ihnen praktizierten Aufteilung der Hausarbeit wurde in einer Skala mit den folgenden fünf Ausprägungen erhoben: ‚sehr zufrieden‘, ‚eher zufrieden‘,

¹ Der genaue Wortlaut der Frage ist: „Nun habe ich eine Frage dazu, wer bei Ihnen die Hausarbeit erledigt. Wer also übernimmt überwiegend Aufgaben wie die Zubereitung der Mahlzeiten, Geschirr spülen, Wäsche waschen, Putzen und Lebensmittel einkaufen?“.

,teils/teils', ,eher unzufrieden', ,sehr unzufrieden'. Aufgrund der Antwortverteilungen wurden die unteren drei Ausprägungen zur Kategorie ,weniger zufrieden' zusammengefasst.

Analyse. Alle Variablen beruhen auf Angaben des persönlichen mündlichen Interviews. Im Text und den Abbildungen sind gewichtete Häufigkeiten angegeben. Um Unterschiede zwischen Gruppen und/oder Jahren auf statistische Signifikanz zu testen, wurden logistische Regressionen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/ Westdeutschland) kontrolliert wurde.

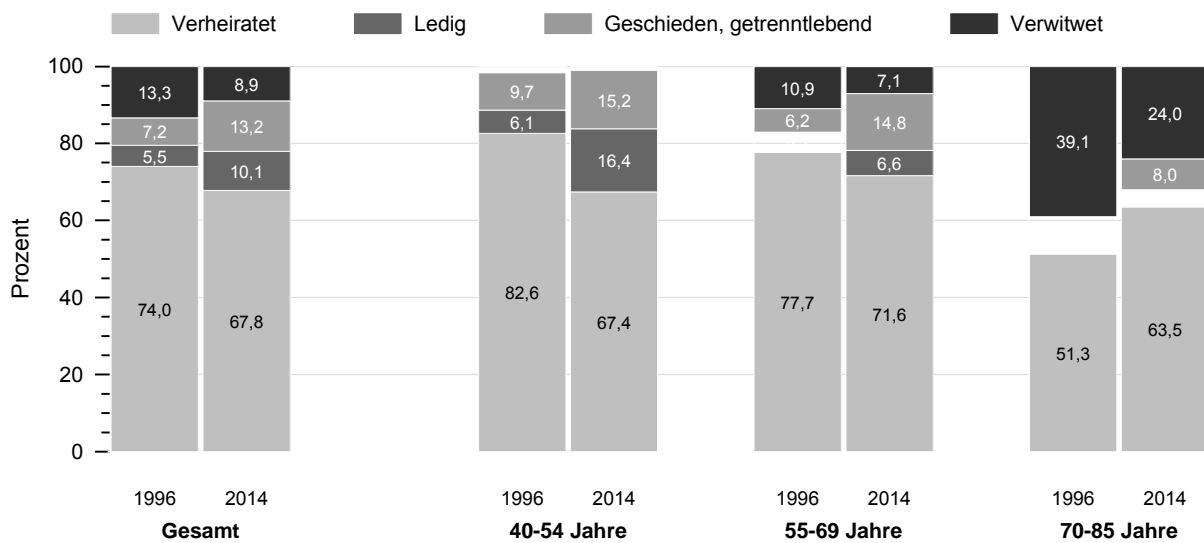
13.3 Wandel partnerschaftlicher Lebensformen

Die Entwicklung der Familienstände der Menschen in der zweiten Lebenshälfte ist einerseits gekennzeichnet von der sinkenden Heiratsneigung und der abnehmenden Stabilität der Ehen, andererseits von der steigenden Lebenserwartung, die im Alter ein längeres Zusammenleben der Ehepaare ermöglicht. Das Verschieben der Verwitwung in ein höheres Alter aufgrund der längeren Lebensdauer hat dazu geführt, dass insgesamt der Anteil der Verwitweten unter der 40- bis 85-jährigen Bevölkerung zwischen 1996 und 2014 von 13,3 auf 8,9 Prozent gesunken ist (Abbildung 13-1). Noch deutlicher zeigt sich dies in der altersdifferenzierten Betrachtung. Bei der ältesten der drei Altersgruppen, den 70- bis 85-Jährigen, sank der Anteil Verwitweter von 39,1 Prozent im Jahr 1996 auf 24,0 Prozent im Jahr 2014. Entsprechend zugenommen hat in dieser Altersgruppe der Anteil Verheirateter.

Der Anteil der Menschen, die in der Lebensform der Ehe ins Alter kommen, ist gesunken.

Die 70- bis 85-Jährigen sind allerdings die einzige Altersgruppe, bei der der Anteil verheiratet Zusammenlebender gestiegen ist, was weitgehend auf die steigende Lebenserwartung zurückzuführen ist. Bei den beiden anderen Altersgruppen hat sich der Anteil Verheirateter verringert, weil seltener geheiratet wird und die Ehen häufiger geschieden werden. Von den 40- bis 54-Jährigen sind im Jahr 2014 nur 67,4 Prozent verheiratet zusammenlebend, 1996 waren es noch 82,6 Prozent gewesen. Im Gegenzug haben sich sowohl die Ledigenquote als auch der Anteil Geschiedener (inklusive Getrenntlebender) erhöht.

Abbildung 13-1: Familienstand der 40- bis 85-Jährigen, gesamt und nach Alter, in den Jahren 1996 und 2014 (in Prozent)

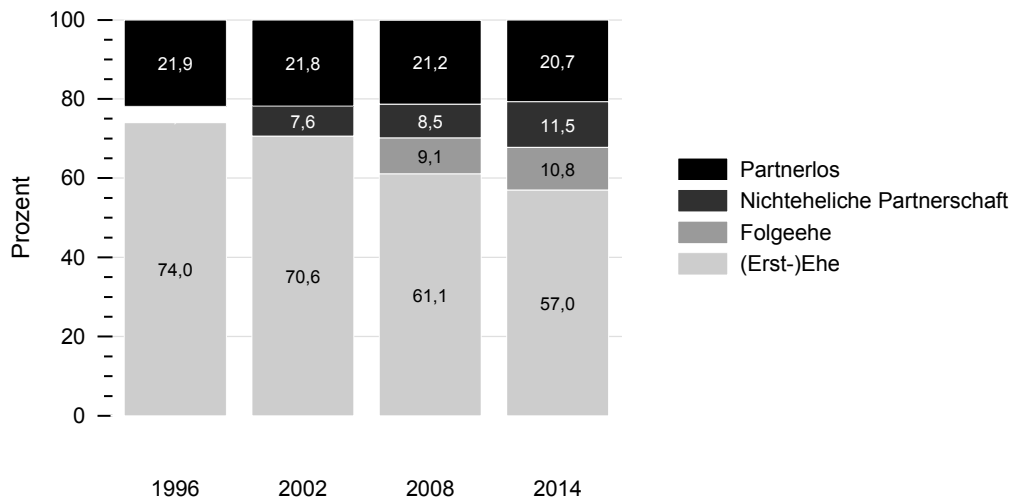


Quelle: DEAS 1996 (n = 4.838) und 2014 (n = 6.001), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Unterschiede des Anteils aller Familienstände zwischen 1996 und 2014 insgesamt und bei allen Altersgruppen signifikant mit Ausnahme der Ledigenanteile bei den ab 55-Jährigen und dem Verwitwetenanteil der 40- bis 54-Jährigen.

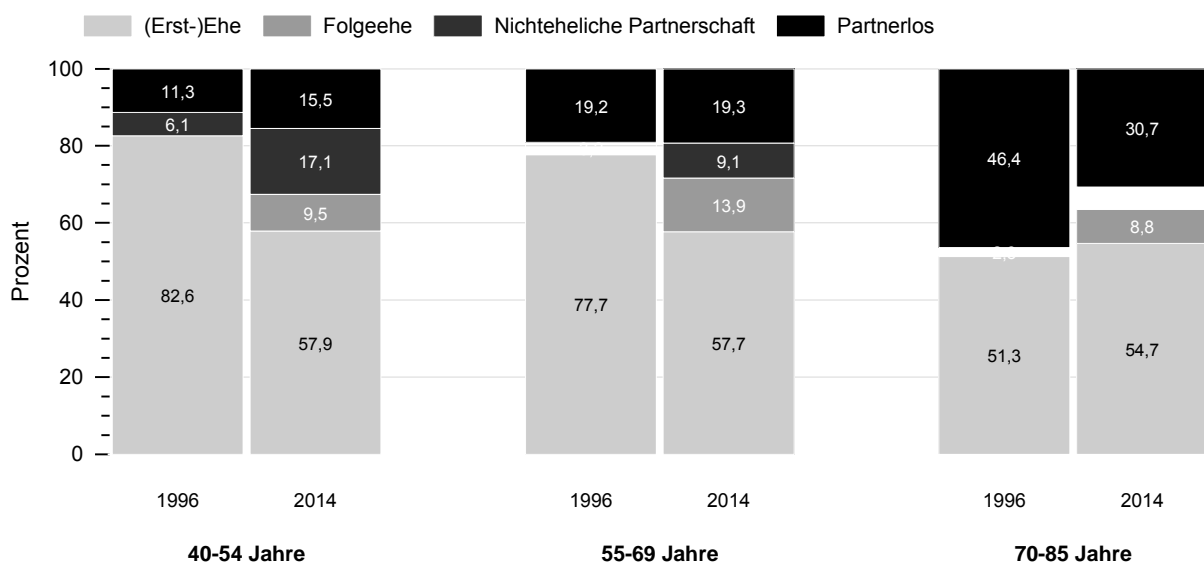
Bedeutet der steigende Anteil Lediger und Geschiedener, dass mehr Menschen ohne Partnerin oder Partner ins Alter kommen? In der Zusammenfassung aller drei Altersgruppen ist der Anteil Partnerloser zwar weitgehend stabil geblieben, bei den Jüngeren nimmt die Partnerlosigkeit allerdings zu (Abbildung 13-2). In der jüngsten betrachteten Altersgruppe, den 40- bis 54-Jährigen ist der Anteil Partnerloser zwischen 1996 und 2014 von 11,3 auf 15,5 Prozent gestiegen. Noch stärker zugenommen hat in der unteren Altersgruppe allerdings die Quote der unverheirateten Paare. In der mittleren Altersgruppe ist der Anteil Partnerloser nach 1996 zunächst leicht gesunken (vgl. Tabelle A 13-2 im Anhang), um sich anschließend bis 2014 wieder auf das Niveau von 1996 zu erhöhen. Auch von den 55- bis 69-Jährigen leben 2014 mehr Paare ohne Trauschein zusammen als 1996. In der oberen Altersgruppe gab es hingegen einen kräftigen Rückgang der Partnerlosigkeit.

Abbildung 13-2: Existenz und Form der Partnerschaft, gesamt und nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

a) Gesamt



b) Nach Alter



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.838), 2002 (n = 3.081), 2008 (n = 6.169), 2014 (n = 5.989), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). In den Jahren 1996 und 2002 beinhaltet die Kategorie ‚(Erst-)Ehe‘ alle Ehen, ab 2008 nur die Erstehen. Unterschiede im Anteil der Lebensformen zwischen 1996 und 2014 insgesamt und bei allen Altersgruppen signifikant, mit Ausnahme des Anteils Partnerloser in der mittleren Altersgruppe.

Auffälliger als die Entwicklung der Partnerlosigkeit ist der Wandel der Partnerschaftsformen. Bei den unter 70-Jährigen hat zwischen 1996 und 2014 eine Verlagerung von der ehelichen zur nichtehele Partnerschaft stattgefunden. Innerhalb der Verheirateten zeigt sich zwischen 2008 und 2014 eine Zunahme der Folgeehen². Insgesamt verliert dadurch bei den 40- bis 85-Jährigen die Lebensform der in erster Ehe verheirateten Paare quantitativ an Bedeutung, stellt im Jahr 2014 mit 57,0 Prozent aber noch die Mehrheit (Abbildung 13-2).

² Seit dem Jahr 2008 wird im DEAS festgehalten, um die wievielte Ehe es sich handelt. Die seither mögliche Unterscheidung in Erst- und Folgeehen belegt einen Anstieg des Anteils an Menschen, die in der zweiten oder einer weiteren Ehe leben (Abbildung 13-2).

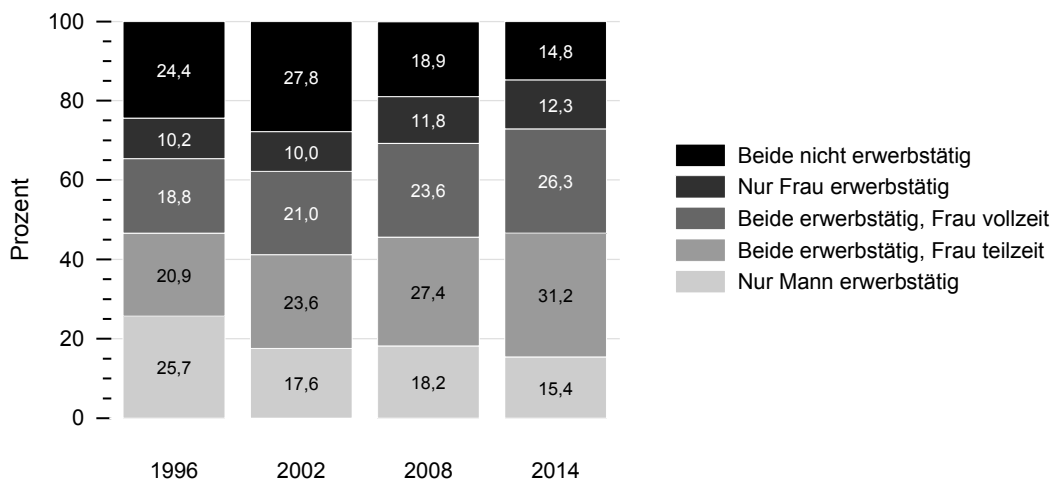
13.4 Arrangements der Erwerbsbeteiligung bei Paaren

Geändert haben sich nicht nur die Formen des Zusammenlebens sondern auch die Alltagsorganisation der Paare. Dies betrifft in erster Linie die Erwerbsbeteiligung, weniger die Verteilung der Hausarbeit in der Partnerschaft. Um den Wandel der Erwerbsarrangements zu untersuchen, wird im Folgenden die Entwicklung der Erwerbsbeteiligungsmuster von Mann und Frau bei Paaren betrachtet, bei denen die Frau 40 bis 65 Jahre alt ist.

Die Erwerbsarrangements der Paare mittleren Alters haben sich verändert.

Abbildung 13-3 zeigt den Wandel in der Verteilung der Erwerbsarrangements zwischen 1996 und 2014. Eine wesentliche Veränderung ist der gesunkene Anteil nichterwerbstätiger Paare. Sie ist eine Folge der wachsenden Erwerbsbeteiligung der Frauen³ und des späteren Übergangs in den Ruhestand beider Geschlechter (vgl. Kapitel 3 und 4). Eine weitere Veränderung ist der Rückgang des Alleinverdienermodells, bei dem nur der Mann erwerbstätig ist. Im Jahr 2014 praktizieren 15,4 Prozent der Paare, bei denen die Frau 40 bis 65 Jahre alt ist, dieses Modell, im Jahr 1996 waren es noch 25,7 Prozent. Zugenommen hat hingegen das Zuverdienermodell, bei dem die Frau Teilzeit arbeitet (Anstieg zwischen 1996 und 2014 von 20,9 auf 31,2 Prozent). Bei diesem Erwerbsarrangement beträgt die Wochenarbeitszeit der Frauen im Durchschnitt 21,4 Stunden und hat sich über die Jahre nicht signifikant geändert. Ebenfalls häufiger geworden ist das Doppelverdienermodell, bei dem Mann und Frau Vollzeitstellen haben (Anstieg zwischen 1996 und 2014 von 18,8 auf 26,3 Prozent). Insgesamt nur wenig erhöht hat sich die Konstellation, bei der nur (noch) die Frau erwerbstätig ist. Bei älteren Paaren war der Anstieg allerdings kräftiger: Bei Paaren mit 60- bis 65-jähriger Frau nahm das Muster der alleinigen Erwerbstätigkeit der Frau zwischen 1996 und 2014 von 7,9 auf 19,4 Prozent zu (ohne Abbildung). Es häufen sich die Konstellationen, bei denen der Mann schon im Ruhestand ist, während die Frau noch arbeiten geht.

Abbildung 13-3: Erwerbsarrangements der Paare, bei denen die Frau 40-65 Jahre alt ist, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



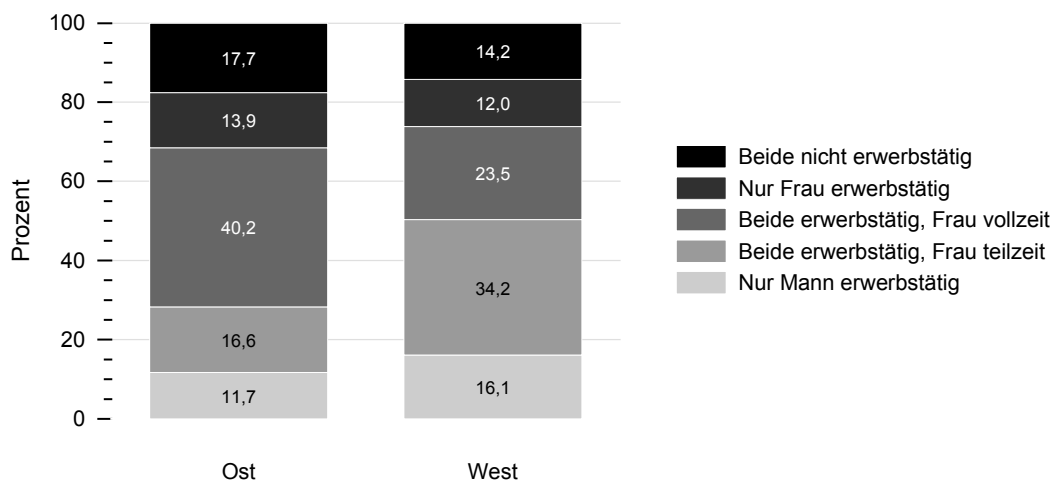
Quelle: DEAS 1996 (n = 2.640), 2002 (n = 1.575), 2008 (n = 2.988), 2014 (n = 2.966), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Unterschiede zwischen 1996 und 2014 bei allen Erwerbsarrangements signifikant.

³ Gemäß den Zahlen des DEAS ist die Erwerbsbeteiligung der in einer Partnerschaft lebenden 40- bis 65-jährigen Frauen zwischen 1996 und 2014 von 49,9 auf 69,8 Prozent gestiegen.

Auch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung bestehen noch markante Unterschiede bei der Erwerbsbeteiligung der Paare zwischen Ost- und Westdeutschland. In den neuen Bundesländern ist im Jahr 2014 die Vollzeittätigkeit von Mann und Frau das häufigste Muster (40,2 Prozent), während in den alten Bundesländern die Kombination aus Vollzeittätigkeit des Mannes und Teilzeitarbeit der Frau das am meisten praktizierte Erwerbsarrangement ist (34,2 Prozent). Auch das Alleinverdienermodell ist in den alten Bundesländern geläufiger als in den neuen Bundesländern. In Ostdeutschland gibt es zudem bei Paaren der betrachteten Altersgruppe (Frau 40 bis 65 Jahre alt) etwas mehr alleinverdienende Frauen als Männer (Abbildung 13-4).

Insgesamt haben sich durch die steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen und den längeren Verbleib im Berufsleben die Erwerbsarrangements der Paare im mittleren und höheren Erwerbsalter deutlich verändert. Die Hausfrauenehe ist seltener geworden und mehrheitlich gehen heute Mann und Frau einer Erwerbstätigkeit nach. Da Frauen aber häufig teilzeitbeschäftigt sind, bestehen noch erhebliche Unterschiede im Stundenvolumen der bezahlten Arbeit zwischen den Geschlechtern. Bei den Paaren arbeiten im Jahr 2014 die erwerbstätigen Männer im Durchschnitt 45,3 Wochenstunden, die erwerbstätigen Frauen 31,3 Stunden (ohne Abbildung).

Abbildung 13-4: Erwerbsarrangements der Paare, bei denen die Frau 40-65 Jahre alt ist, nach Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 2.966), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Ost-West-Unterschied bei allen Erwerbsarrangements mit Ausnahme der Kategorie ‚nur Frau erwerbstätig‘ signifikant.

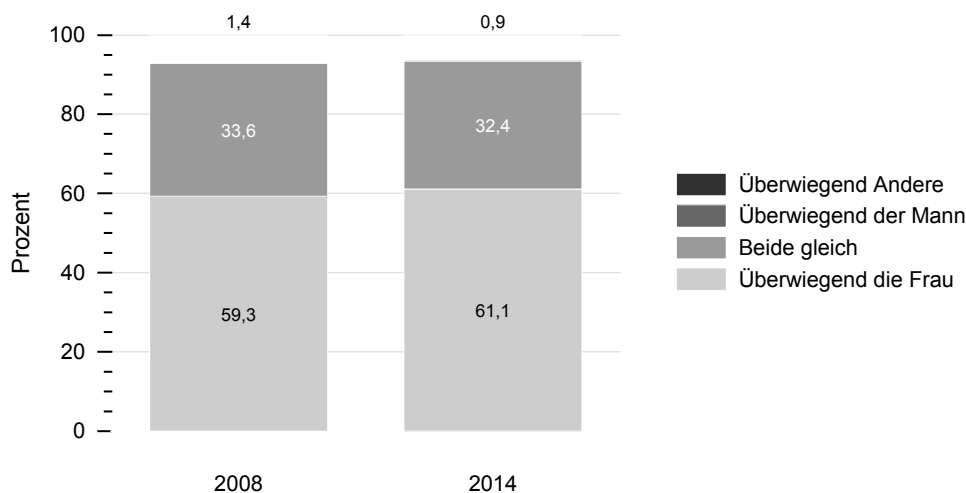
13.5 Aufteilung der Hausarbeit bei Paaren

Es stellt sich die Frage, ob die gestiegene Erwerbsbeteiligung der Frauen auch zu Veränderungen bei der Aufteilung der Hausarbeit der Paare geführt hat. Beteiligen sich die Männer entsprechend mehr an der Hausarbeit und entlasten dadurch ihre Partnerin oder führt die wachsende Berufstätigkeit der Frauen nur zu einer Ausweitung ihrer Arbeitsbelastung, da sie weiterhin in gleichem Maße die Hauptverantwortung für die Hausarbeit tragen? Auskunft dazu gibt der nachfolgende Abschnitt, der sich den Arrangements der Beteiligung von Mann und Frau an der Hausarbeit und deren Veränderungen widmet.

Trotz gesteigener Erwerbsbeteiligung tragen Frauen weiterhin die Hauptverantwortung für die Hausarbeit.

Wie Abbildung 13-5 zeigt, ist im Jahr 2014 bei der Mehrheit der Paare (61,1 Prozent) die Frau hauptverantwortlich für die Hausarbeit. Bei rund einem Drittel teilen sich Mann und Frau zu ungefähr gleichen Anteilen die Hausarbeit (32,4 Prozent). Dabei schätzen Männer dies häufiger so ein (36,1 Prozent) als Frauen (28,3 Prozent) (ohne Abbildung). Nur sehr selten erledigt überwiegend der Mann oder eine dritte Person die Hausarbeit. An dieser Verteilung hat sich seit 2008 nahezu nichts geändert (keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen 2008 und 2014).

Abbildung 13-5: Überwiegende Zuständigkeit für die Hausarbeit bei Paaren, in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent)

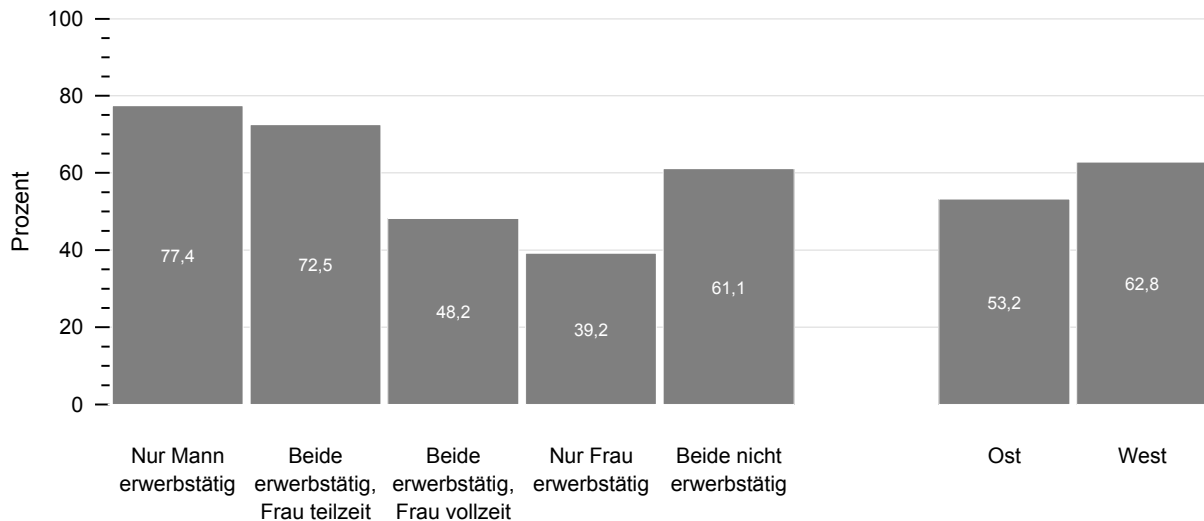


Quelle: DEAS 2008 (n = 4.805) und 2014 (n = 4.704), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < .05$). Keine signifikanten Unterschiede zwischen 2008 und 2014.

Wie stark ausgeprägt die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung ist, hängt in hohem Maße vom praktizierten Erwerbsarrangement ab. Je umfangreicher die Erwerbsbeteiligung der Frau ist, desto seltener ist sie allein für die Hausarbeit zuständig. Ist nur der Mann erwerbstätig, erledigt in 77,4 Prozent der Fälle überwiegend die Frau die Hausarbeit (Abbildung 13-6). Eine Teilzeittätigkeit der Frau führt nur zu einer geringfügigen Entlastung der Frau von den Haushaltspflichten, da sie auch dann noch zu 72,5 Prozent die Hauptverantwortung für die Hausarbeit trägt. Erst bei vollzeit-erwerbstätigen Frauen wird die Beteiligung der Geschlechter an der Hausarbeit etwas ausgeglichener. Doch selbst wenn nur die Frau berufstätig ist, trägt dennoch sie mit 39,2 Prozent relativ häufig die überwiegende Verantwortung für die Hausarbeit. Das Problem der doppelten Belastung durch Haus- und Erwerbsarbeit betrifft daher Frauen stärker als Männer. Die Beteiligung der Männer an den Haushaltstätigkeiten hängt offensichtlich weniger von deren zeitlichen Möglichkeiten ab, als denen ihrer Partnerin. Denn auch wenn der Mann nicht (mehr) berufstätig ist, erledigt meistens die Frau die Hausarbeit (61,1 Prozent), wenn auch sie keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Dieses Muster ist in den westlichen Bundesländern stärker ausgeprägt als in den östlichen. Denn unabhängig vom Erwerbsarrangement beteiligen sich die Männer in Ostdeutschland häufiger an der Hausarbeit. Dadurch liegt in den neuen

Bundesländern die überwiegende Zuständigkeit für die Hausarbeit mit 53,2 Prozent seltener bei der Frau als bei Paaren in den alten Bundesländern (62,8 Prozent).

Abbildung 13-6: Überwiegende Zuständigkeit der Frau für die Hausarbeit nach Erwerbsarrangement der Paare, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.675), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Unterschiede zwischen Kategorie ‚nur Mann erwerbstätig‘ und allen anderen Erwerbsarrangements signifikant. Unterschiede nach Landesteil signifikant.

Wie zufrieden sind die Paare mit der Aufteilung der Hausarbeit? Dies hängt davon ab, welche Aufteilung praktiziert wird und wen man fragt. Männer sind sehr zufrieden damit, wenn ihre Partnerin den Großteil der Hausarbeit erledigt; Frauen sind damit wenig zufrieden (Abbildung 13-7). Das am häufigsten vorkommende Muster wird demnach von Männern und Frauen gegensätzlich beurteilt.

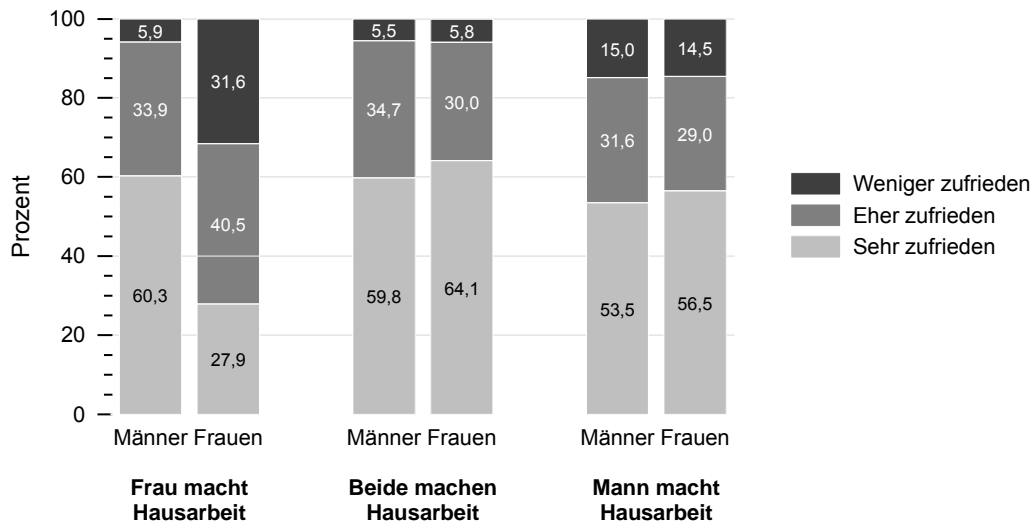
Männer sind sehr, Frauen wenig zufrieden mit einer vorwiegend weiblichen Zuständigkeit für die Hausarbeit.

Wie unzufrieden Frauen mit ihrer Hauptverantwortung für den Haushalt sind, hängt auch vom Erwerbsarrangement der Paare ab. Je umfangreicher ihre Erwerbsbeteiligung ist, desto unzufriedener sind Frauen, wenn sie zugleich auch überwiegend für die Hausarbeit zuständig sind. Wenn nur der Mann berufstätig ist oder sich das Paar gemeinsam im Ruhestand befindet, sind nur 27,5 Prozent der Frauen wenig zufrieden damit, wenn sie überwiegend die Hausarbeit erledigen. Von den Vollzeit erwerbstätigen Frauen, die zugleich die Hauptverantwortung für die Hausarbeit tragen, sind hingegen 40,9 Prozent damit wenig zufrieden (ohne Abbildung).

Eher selten kommt es mit 5,6 Prozent (2014) vor, dass bei Paaren überwiegend der Mann die Hausarbeit übernimmt. Mehr als die Hälfte der Männer (53,5 Prozent) und der Frauen (56,5 Prozent), die dieses Arrangement praktizieren, sind damit sehr zufrieden. Aber auch der Anteil der damit weniger Zufriedenen ist mit 15,0 Prozent der Männer und 14,5 Prozent der Frauen vergleichsweise hoch. Am zufriedensten sind Paare, wenn sich beide Geschlechter die Hausarbeit möglichst gleichmäßig teilen. Von den Frauen, die das egalitäre Arrangement

praktizieren, bewerten es 64,1 Prozent sehr positiv, von den Männern 59,8 Prozent (Abbildung 13-7).

Abbildung 13-7: Zufriedenheit der Frauen und Männer mit der Aufteilung der Hausarbeit, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.636), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Beide Geschlechter statistisch signifikant häufiger sehr zufrieden mit egalitärer Aufteilung der Hausarbeit im Vergleich mit einem Arrangement, bei dem sie selbst die Hauptlast tragen. Nur mit dem Arrangement ‚Frau macht Hausarbeit‘ sind Frauen signifikant seltener sehr zufrieden als Männer.

Die Befunde zur Aufteilung der Hausarbeit und der Zufriedenheit verdeutlichen, dass Frauen zwar häufig die Hauptlast der Hausarbeit tragen, sich damit aber nicht kritiklos identifizieren, sondern sich eine stärkere Beteiligung der Männer an den Haushaltspflichten wünschen. Die höchste Zufriedenheit beider Geschlechter stellt sich bei einer egalitären Aufteilung der Hausarbeit ein.

13.6 Diskussion und Implikationen

Die in diesem Kapitel dargestellte Entwicklung der Lebensformen in der Bevölkerung ab 40 Jahren hat zwei Entwicklungen aufgezeigt, die sich für die betrachteten Altersgruppen unterschiedlich auswirken. Einerseits führen die sinkende Heiratsneigung und die abnehmende Stabilität der Partnerschaften dazu, dass von den jüngeren Jahrgängen weniger Menschen in der Lebensform der ersten Ehe ins Seniorenalter gelangen. Es wächst der Anteil derer, die unverheiratet oder wiederverheiratet mit einem Partner beziehungsweise Partnerin zusammenleben, aber auch die Partnerlosigkeit nimmt bei den jüngeren und mittleren Jahrgängen zu. Andererseits ermöglicht die steigende Lebenserwartung immer mehr Paaren, lange gemeinsam alt zu werden und bis ins hohe Alter zusammen zu leben. Dies zeigt sich in der deutlichen Zunahme der Verheirateten und dem Rückgang der Verwitweten unter den 70- bis 85-Jährigen. Wer es schafft, in jüngeren Jahren eine stabile Partnerschaft zu etablieren und diese aufrecht zu erhalten, kann damit rechnen, einen Großteil des Alters gemeinsam mit dem Partner oder der Partnerin zu verbringen. Das Hinausschieben der Verwitwung in ein höheres Alter bedeutet vor allem für Frauen eine markante Veränderung der Altersphase, da meistens der Mann vor ihnen stirbt. Während in früheren Jahrzehnten häufig schon die Lebenssituation der

60- und 70-jährigen Frauen mit dem Bild der alleinstehenden Witwe charakterisiert werden konnte, erscheint heute für diese Altersgruppe das Bild der älteren Ehefrau angemessener.

Auch die Veränderung der Erwerbsarrangements der Paare in der zweiten Lebenshälfte betrifft Frauen mehr als die Männer. Denn das Hauptmerkmal ist die steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen und ihr längerer Verbleib im Erwerbsleben. Dadurch hat sich der Anteil der Hausfrauenehen beziehungsweise des männlichen Alleinverdienermodells unter den Paaren mit 40- bis 65-jähriger Frau zwischen 1996 und 2014 nahezu halbiert. Zugenommen haben sowohl Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigungen der Frauen, erstere allerdings stärker. Problematisch erscheint, dass die gestiegene Erwerbsbeteiligung der Frauen nicht zu einer stärkeren Beteiligung der Männer an der Hausarbeit geführt hat. Nahezu unverändert tragen bei Paaren Frauen die Hauptlast der Hausarbeit. Von einer egalitären Aufteilung der Erwerbs- und Hausarbeit zwischen Mann und Frau sind auch Paare mittleren und höheren Alters noch weit entfernt. Die Ausweitung ihrer Berufstätigkeit führte für Frauen zu einer insgesamt höheren Arbeitsbelastung, die sie nicht kritiklos akzeptieren. Die Mehrheit der Frauen, die die Routinetätigkeiten der Hausarbeit erledigen, ist nicht besonders zufrieden damit, am wenigsten Frauen, die Vollzeit erwerbstätig sind. Einen Anreiz, mehr Verantwortung für die Hausarbeit zu übernehmen, könnte Männern die Tatsache geben, dass beide Geschlechter am zufriedensten sind, wenn sich Mann und Frau die Hausarbeit gleichmäßig teilen. Für eine egalitäre Arbeitsteilung wäre zudem eine stärkere Angleichung des Erwerbsumfangs der Geschlechter notwendig. Dies würde bedeuten, dass bei Paaren Vollzeit berufstätige Männer ihre Arbeitszeit etwas reduzieren, Teilzeit arbeitende Frauen ihre Wochenarbeitszeit erhöhen und nicht erwerbstätige Frauen eine bezahlte Tätigkeit aufnehmen. Wie die Zeitverwendungsstudie des Statistischen Bundesamts zeigt, entspricht dies auch den Wünschen vieler Frauen und Männer ((Statistisches Bundesamt 2015)). Politik und Wirtschaft sollten dies unterstützen.

Literatur

- Bothfeld, S., Klammer, U., Klenner, C., Leiber, S., Thiel, A., & Ziegler, A. (2005). *WSI-FrauenDatenReport 2005. Handbuch zur wirtschaftlichen und sozialen Situation von Frauen*. Berlin: edition sigma.
- Brüderl, J., & Klein, T. (2003). Die Pluralisierung partnerschaftlicher Lebensformen in Deutschland, 1960-2000. In: W. Bien & J. H. Marbach (Hrsg.) *Partnerschaft und Familiengründung. Ergebnisse der dritten Welle des Familien-Survey* (S. 189-217). Opladen: Leske+Budrich.
- Bühlmann, F., Elcheroth, G., & Tettamanti, M. (2010). The Division of Labour Among European Couples: The Effects of Life Course and Welfare Policy on Value-Practice Configurations. *European Sociological Review*, 26(1), 49-66. doi: 10.1093/esr/jcp004.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011a). *Biografiemuster und Alterseinkommensperspektiven von Frauen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2011b). *Neue Wege - Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht (Bundestagsdrucksache 17/6240)*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Dechant, A., Rost, H., & Schulz, F. (2014). Die Veränderung der Hausarbeitsteilung in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 26(2), 144-168.
- Engstler, H., & Tesch-Römer, C. (2010). Lebensformen und Partnerschaft. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 163-187). Stuttgart: Kohlhammer.

- Grunow, D., Schulz, F., & Blossfeld, H.-P. (2007). Was erklärt die Traditionalisierungsprozesse häuslicher Arbeitsteilung im Eheverlauf: soziale Normen oder ökonomische Ressourcen. *Zeitschrift für Soziologie*, 36(3), 162-181.
- Hank, K., & Jürges, H. (2007). Gender and the Division of Household Labor in Older Couples: A European Perspective. *Journal of Family Issues*, 28(3), 399-421.
- Holst, E., & Wieber, A. (2014). Eastern Germany ahead in employment of women. *DIW Economic Bulletin*(11), 33-41.
- Leopold, T., & Skopek, J. (2015). Convergence or Continuity? The Gender Gap in Household Labor After Retirement. *Journal of Marriage and Family*, 77(4), 819-832. doi: 10.1111/jomf.12199.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Wie die Zeit vergeht. Ergebnisse zur Zeitverwendung in Deutschland 2012/2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stich, D., & Hess, M. (2014). *Renteneintritt und Hausarbeit* (SOEPpapers 683). Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Wagner, M., & Franzmann, G. (2000). Die Pluralisierung der Lebensformen. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 25(1), 151-173.
- Wagner, M., & Valdés Cifuentes, I. (2014). Die Pluralisierung der Lebensformen - ein fortlaufender Trend? *Comparative population studies*, 39(1), 73-98.
- Wirth, H., & Tölke, A. (2013). Egalitär arbeiten - familienzentriert leben: Kein Widerspruch für ostdeutsche Eltern. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*(49), 11-14.

14 Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut?

Katharina Mahne & Oliver Huxhold

Kernaussagen

Personen im mittleren Alter haben 2014 seltener Kinder, aber häufiger noch lebende Eltern als 1996: Die 42- bis 47-Jährigen hatten im Jahr 1996 zu 87,2 Prozent Kinder, im Jahr 2014 sind es nur noch knapp 80 Prozent. Hingegen ist in derselben Altersgruppe der Anteil derjenigen, die noch mindestens ein lebendes Elternteil haben, von 81,2 Prozent im Jahr 1996 auf 91,1 Prozent im Jahr 2014 gestiegen.

Die Wohnentfernung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern vergrößert sich im sozialen Wandel stetig: Während die erwachsenen Kinder im Jahr 1996 für 38,4 Prozent der Eltern in der Nachbarschaft oder im gleichen Ort lebten, trifft dies im Jahr 2014 nur noch auf etwa ein Viertel (25,8 Prozent) zu. Von wachsenden Wohnentfernungen sind jüngere Eltern stärker betroffen als ältere Eltern.

Insbesondere hochgebildete Eltern haben weiter entfernt wohnende erwachsene Kinder: Im Jahr 2014 leben ungefähr ein Drittel der erwachsenen Kinder von Eltern mit niedriger Bildung in der Nachbarschaft oder im gleichen Ort (35,6 Prozent). Bei den hochgebildeten Eltern tun dies nur 19,9 Prozent.

Die Kontakthäufigkeit und die Beziehungsenge zwischen Eltern und erwachsenen Kindern bleiben stabil hoch: Im gesamten Zeitraum zwischen 1996 und 2014 haben mehr als 78 Prozent der Eltern mindestens wöchentlich Kontakt und mehr als 88 Prozent der Eltern haben eine enge oder sehr enge Beziehung zu ihren erwachsenen Kindern. Mütter haben kontaktintensivere und emotional engere Beziehungen als Väter.

Gefühle wie Wut und Ärger sind in den Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern selten: Gut drei Viertel der Eltern (77,1 Prozent) empfinden im Jahr 2014 nie oder nur selten Wut und Ärger gegenüber ihren Kindern. Etwa ein Fünftel (20,3 Prozent) berichtet davon, manchmal Wut und Ärger zu empfinden. Mütter und jüngere Eltern berichten häufiger von Gefühlen wie Wut und Ärger.

14.1 Einleitung

Familiale Beziehungen sind eine wesentliche Quelle für soziale Integration, Lebensqualität und Wohlbefinden über den gesamten Lebenslauf hinweg. Die Bindungen zu den eigenen Kindern und Enkeln gehören dabei zu den engsten sozialen Beziehungen älter werdender Menschen (Rossi & Rossi 1990). Sie vermitteln Gefühle von Zugehörigkeit, Intimität und Sinnhaftigkeit und sind ein wesentlicher Bestandteil der Alltagsgestaltung. Aber auch Gefühle von Wut und Ärger sind Teil dieser Beziehungen.

Der demografische und soziale Wandel wirkt auf familiäre Strukturen und die Ausgestaltung familialer Beziehungen. Die in Deutschland anhaltend niedrige Geburtenrate führt einerseits zu schmalere familialen Netzwerken – zum Beispiel gibt es weniger Geschwister innerhalb einer Generation. Deutschland gilt zudem als eines der europäischen Länder mit den höchsten Anteilen an Kinderlosen. Andererseits sind die Lebenssituationen in vielen Fällen vom gleichzeitigen Vorhandensein mehrerer familialer Generationen gekennzeichnet. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung stellen Drei-Generationen-Konstellationen innerhalb einer Familie heute den Regelfall dar, auch Vier-Generationen-Konstellationen sind keine Seltenheit. Großelternschaft ist heute für viele Ältere eine zu erwartende und über einen langen Zeitraum gestaltbare Altersrolle.

Für die Beschreibung von familialen Strukturen hat sich der Begriff der ‚multilokalen Mehrgenerationenfamilie‘ (Bertram 2000) etabliert. Hierin drücken sich neben den generationalen auch räumliche Strukturen von heutigen Familien aus – Eltern und erwachsene Kinder führen heute häufiger getrennte Haushalte (Peuckert 2012) und wohnen immer öfter weit voneinander entfernt (Mahne & Motel-Klingebiel 2010). Da familiäre Generationenbeziehungen eine wichtige Stütze bei der Alltagsbewältigung älterer Menschen darstellen, werden Kinderlosigkeit sowie wachsende Wohnentfernungen in jüngeren Kohorten oftmals als Gefahr für den familialen Zusammenhalt und die Aufrechterhaltung von Lebensqualität Älterer diskutiert. Die Beschreibung von ‚Nähe auf Distanz‘ (Rosenmayr & Köckeis 1963) trifft allerdings auf die tatsächlich gelebten Generationenbeziehungen besser zu. Große Entfernungen müssen nicht zwangsläufig mit einer schlechten Beziehungsqualität einhergehen, wenngleich räumliche Nähe eine Voraussetzung für persönlichen Kontakt und gegenseitige Hilfen im Alltag ist. Zudem werden Freunde in den Netzwerken Älterer bedeutsamer und übernehmen nicht selten Unterstützungsfunktionen (Huxhold, Mahne, & Naumann 2010) (vgl. auch Kapitel 17). Die strukturellen, affektiven und funktionalen Aspekte von Generationenbeziehungen sind also in unterschiedlicher Weise Veränderungen unterworfen. Zusätzlich kann sich dieser Wandel für bestimmte Gruppen unterscheiden – zum Beispiel zwischen Älteren und Jüngeren, Männern und Frauen oder höher und niedriger gebildeten Menschen.

Das Aufschieben von Geburten in spätere Lebensphasen, geringe Kinderzahlen oder Kinderlosigkeit betreffen in Deutschland vorrangig jüngere Kohorten und höher gebildete Frauen. Altern in kleinen familialen Netzen oder das Ausbleiben von Elternschaft (und Großelternschaft) und damit das Abbrechen der Generationenlinie betrifft sie also in besonderer Weise. Das Geschlecht wird weiterhin als wesentlicher Faktor für die Ausgestaltung und Qualität familialer Beziehungen angesehen. Frauen unterhalten in der Regel – möglicherweise aufgrund von spezifisch erlernten Kompetenzen oder Geschlechterrollenerwartungen – kontaktintensivere und emotional engere Beziehungen als Männer. Im Zuge eines allgemeinen Aufweichens von Geschlechterrollen wäre es jedoch möglich, dass sich in jüngeren Kohorten beispielsweise Väter in den Beziehungen zu ihren Kindern weniger stark von den Müttern unterscheiden als noch vor

zwei Jahrzehnten. Im Bereich der Beziehungsstrukturen und -gestaltung sind weiterhin Unterschiede zwischen Bildungsgruppen anzunehmen. Höher Gebildeten wird im Vergleich zu niedriger Gebildeten oftmals eine schwächere Orientierung auf die Familie zugeschrieben. Allerdings verfügen höher gebildete Menschen über größere materielle und soziale Ressourcen, um Familienbeziehungen zu gestalten oder Probleme zu überwinden. Familien von hochgebildeten Eltern und Kindern sind zudem von einer größeren räumlichen Mobilität betroffen – und damit von weiter gestreuten familialen Netzen als niedriger Gebildete.

Negative Beziehungsaspekte wie Ärger und Wut gegenüber Familienmitgliedern werden bislang seltener untersucht als positive Inhalte und unterstützende Funktionen familialer Bindungen. Mit dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) ist die Analyse dieser Aspekte erstmals 2014 für die zweite Lebenshälfte möglich. Konflikte mit den Kindern sind möglicherweise in bestimmten Familienphasen virulenter als in anderen. Zudem ist aufgrund der Unterschiede bei der Beziehungsgestaltung zwischen Müttern und Vätern ein unterschiedliches Ausmaß an Wut und Ärger gegenüber den Kindern zu erwarten – wenngleich noch unklar ist, wer von Konflikten häufiger berichtet. So haben Mütter in der Regel häufiger und engeren Kontakt zu den Kindern. Dies kann einerseits ein größeres Verständnis bedingen, andererseits mag es aber auch mehr Gelegenheiten für Konflikte mit sich bringen.

Im vorliegenden Kapitel werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie wandeln sich die Strukturen von familialen Generationenbeziehungen?
2. Wächst die Wohnentfernung zwischen Eltern und erwachsenen Kindern weiter an?
3. Bleiben Kontakthäufigkeit und emotionale Nähe zwischen Eltern und erwachsenen Kindern stabil hoch?
4. Wie häufig sind Gefühle von Ärger und Wut in den Beziehungen zu erwachsenen Kindern?

14.2 Datengrundlage

Daten. Für die Analyse der Generationenstrukturen wurde die gesamte Stichprobe genutzt – das heißt alle Befragten im Alter von 40 bis 85 Jahren. Analysen zur konkreten Beziehungsgestaltung beschränken sich auf Personen, die über die jeweils interessierenden Beziehungen auch tatsächlich verfügen. Für alle untersuchten Indikatoren liegen Informationen durchgängig seit 1996 vor. Einzige Ausnahme bildet die Häufigkeit des Empfindens von Wut und Ärger gegenüber den Kindern – diese Frage wurde 2014 zum ersten Mal gestellt. Für die Analyse der Beziehungsgestaltung (Wohnentfernung, Kontakthäufigkeit, Beziehungsenge, Wut und Ärger) wurden jeweils alle erwachsenen, mindestens 18-jährigen Kinder außerhalb des Haushalts der befragten Person betrachtet. Diese Einschränkung erfolgt, da beispielsweise Kontakte innerhalb eines Haushalts in der Regel häufig sind und zudem anderen Mustern folgen als Kontakte über die Haushaltsgrenze hinaus.

Generationenstrukturen. Bei der Analyse der Existenz von lebenden Vertreterinnen und Vertretern verschiedener familialer Generationen (beziehungsweise bei Kinderlosigkeit) wurde auf eine Unterscheidung zwischen leiblichen und nichtleiblichen Verwandten verzichtet. In diesem Kontext ist es bedeutsamer, die Existenz und damit die aktuelle Voraussetzung für eine Beziehungsgestaltung abzubilden – unabhängig vom Zustandekommen der Beziehung.

Wohnentfernung. Die Wohnentfernung bezieht sich auf mittlere Angaben zu allen mindestens 18-jährigen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts. Zusätzlich verwendet wurde eine Variable, die die Wohnentfernung zum jeweils nächstwohnenden, mindestens 18-jährigen Kind außerhalb des elterlichen Haushalts anzeigt. Die fünf Antwortvorgaben für beide Angaben wurden zur besseren Veranschaulichung wie folgt zusammengefasst:

Wohnentfernung: 1 = ‚in der Nachbarschaft / im gleichen Ort‘; 2 = ‚anderer Ort, aber innerhalb von zwei Stunden erreichbar‘; 3 = ‚weiter weg‘ (‚weiter entfernt in Deutschland‘ / ‚weiter entfernt im Ausland‘).

Kontakthäufigkeit. Bei der Erfassung der Kontakthäufigkeit wurde nicht zwischen persönlichen Kontakten und beispielweise Telefonaten unterschieden. Die Angaben zur Kontakthäufigkeit beziehen sich auf mittlere Angaben zu allen mindestens 18-jährigen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts. Die Antwortvorgaben wurden wie folgt zusammengefasst: 1 = ‚seltener‘ (‚nie‘ / ‚seltener‘ / ‚mehrmals im Jahr‘); 2 = ‚mindestens monatlich‘ (‚ein- bis dreimal im Monat‘); 3 = ‚mindestens wöchentlich‘ (‚mehrmals pro Woche‘ / ‚täglich‘).

Beziehungsenge. Erfragt wird hier die Enge der Verbundenheit. Die Beziehungsenge bezieht sich auf mittlere Angaben zu allen mindestens 18-jährigen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts. Die Antwortvorgaben wurden wie folgt zusammengefasst: 1 = ‚eng‘ (‚sehr eng‘ / ‚eng‘); 2 = ‚mittel‘; 3 = ‚nicht eng‘ (‚weniger eng‘ / ‚überhaupt nicht eng‘).

Wut und Ärger. Die Häufigkeit von Wut und Ärger bezieht sich auf mittlere Angaben zu allen mindestens 18-jährigen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts. Die Antwortvorgaben wurden wie folgt zusammengefasst: 1 = ‚eher selten‘ (‚nie‘ / ‚selten‘); 2 = ‚manchmal‘; 3 = ‚eher häufig‘ (‚häufig‘ / ‚immer‘).

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Alters- beziehungsweise Kohortenunterschiede im Wandel wurden anhand von Sechsjahres-Altersgruppen untersucht, um Überschneidungen zwischen Erhebungszeitpunkten und Altersgruppen zu vermeiden (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre). Weiterhin wurden Unterschiede nach Geschlecht und Landesteil (Ost- / Westdeutschland) geprüft. Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung – drei Bildungsgruppen unterschieden: Personen mit niedriger, mittlerer und hoher Bildung (vgl. Kapitel 2).

Analyse. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete prozentuale Verteilungen angegeben. Zur Testung von signifikanten Gruppenunterschieden wurden binäre und ordinale logistische sowie lineare Regressionen gerechnet. Hierbei wurde für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost- / Westdeutschland) kontrolliert. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

14.3 Wandel der Strukturen von familialen Generationenbeziehungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Fragen präsentiert. Zunächst geht es um strukturelle Aspekte von Generationenbeziehungen wie das Vorhandensein bestimmter Familienmitglieder (zum Beispiel Eltern oder Kinder) und die Wohnentfernung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern. Dann werden spezifische Aspekte der Beziehungsgestaltung

wie Kontakthäufigkeit, Beziehungsenge sowie das Empfinden von Wut und Ärger näher betrachtet.

Der DEAS hat bereits für die Jahre 1996 bis 2008 gezeigt, dass die intergenerationalen Strukturen im Wandel begriffen sind (Mahne & Motel-Klingebiel 2010). Veränderungen bei der Existenz lebender Familienmitglieder werden hier über den Gesamtzeitraum von 1996 bis 2014 beschrieben, denn der soziale Wandel zeigt sich oftmals erst über eine längere Zeitspanne deutlich.

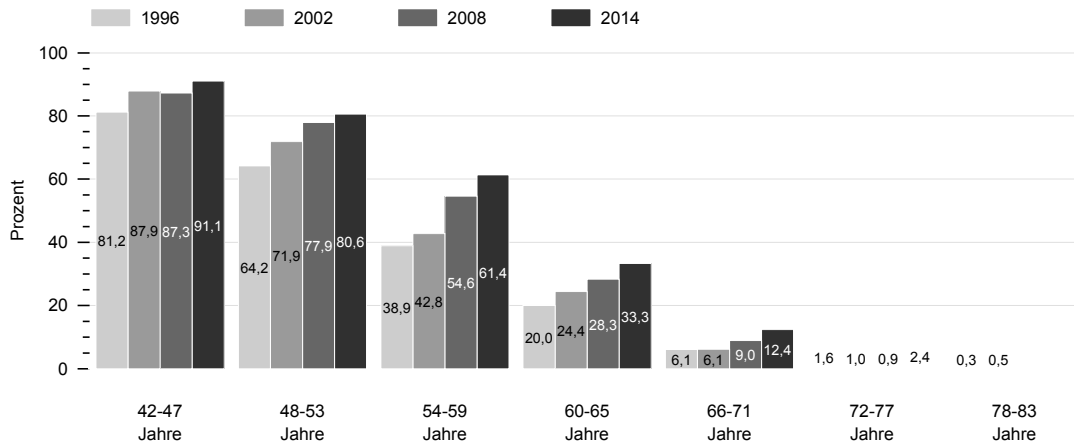
Personen im mittleren Alter haben 2014 seltener Kinder, aber häufiger noch lebende Eltern als 1996.

Für die Existenz familialer Generationenbeziehungen, die aus Sicht der Befragten älter sind – also beispielsweise die eigenen Eltern – sind in allen Altersgruppen zwischen 42 und 71 Jahren über den gesamten Zeitraum von 1996 bis 2014 die Anteile gewachsen (Abbildung 14-1a). Über 90 Prozent der 42- bis 47-Jährigen haben im Jahr 2014 noch lebende Eltern (91,1 Prozent), im Jahr 1996 sind es noch zehn Prozent weniger gewesen (81,2 Prozent). In der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen ist es im Jahr 2014 ein Drittel (33,3 Prozent), 18 Jahre früher nur ein Fünftel (20,0 Prozent). Für die 66- bis 71-Jährigen hat sich der Anteil derjenigen mit mindestens einem lebenden Elternteil seit 1996 von 6,1 Prozent auf 12,4 Prozent im Jahr 2014 sogar verdoppelt. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich für das Vorhandensein mindestens eines lebenden Großelternanteils (ohne Abbildung) – aber naturgemäß nur für die jüngsten Altersgruppen. Für die 42- bis 47-Jährigen hat sich der Anteil mit Großeltern seit 1996 etwa verdoppelt: Im Jahr 2014 hat etwa jede zehnte Person (10,4 Prozent) in dieser Altersgruppe lebende Großeltern, im Jahr 1996 waren es noch 5,3 Prozent.

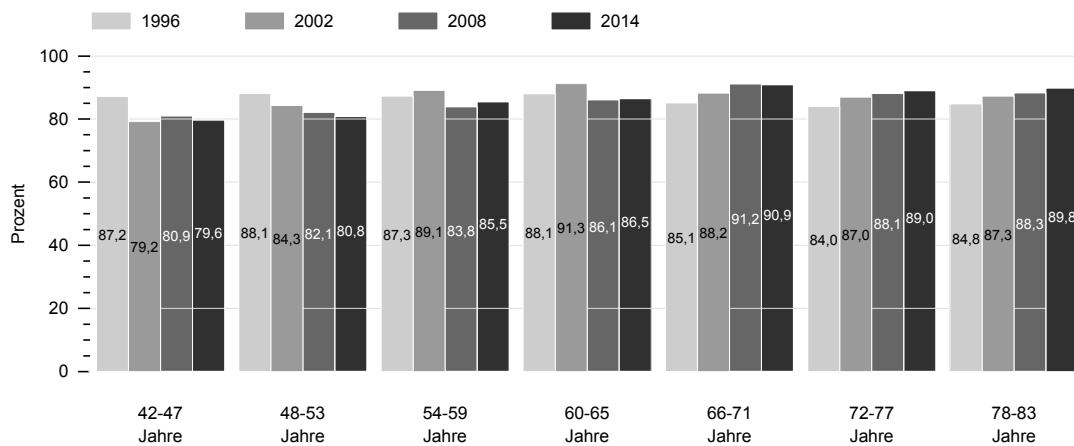
Betrachtet man nun aus der Sicht der Befragten die nachfolgenden Generationen in der Familie – also Kinder, Enkel und Urenkel – zeigen sich folgende Veränderungen: Für die 42- bis 53-Jährigen sind im Vergleich von 2014 zu 1996 kleinere Anteile von Personen mit Kindern zu beobachten. Bei den beiden nächstälteren Gruppen (54 bis 65 Jahre) zeigen sich erst ab 2002 geringere Anteile von Eltern (Abbildung 14-1b). Für die 66- bis 77-Jährigen hingegen sind im sozialen Wandel höhere Anteile von Personen mit Kindern zu beobachten. In der ältesten hier betrachteten Altersgruppe (78 bis 83 Jahre) zeigen sich keine Veränderungen über die Zeit. Die dargestellten Anteile von Personen mit Kindern geben gleichzeitig Aufschluss über die Entwicklung von Kinderlosigkeit. Für die kohortenspezifische Entwicklung des Anteils von Personen mit beziehungsweise ohne Kinder über die Zeit sind unterschiedliche Faktoren verantwortlich. Insbesondere in der jüngsten Altersgruppe (42 bis 47 Jahre), die sich (noch) in der Familiengründungsphase befindet, sind Entscheidungs- und Opportunitätskonflikte in Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf virulent. Offenbar führen diese immer häufiger zu einer – mehr oder weniger bewussten – Entscheidung gegen Kinder. Allerdings kann für die jüngste Altersgruppe noch nicht mit Sicherheit angenommen werden, dass endgültig keine Geburten mehr erfolgen und alle diese Menschen dauerhaft kinderlos bleiben. Möglicherweise fällt der tatsächliche Anteil Kinderloser in diesen Geburtskohorten geringer aus, weil sich hier auch ein Aufschieben von Geburten in spätere Lebensphasen zeigt.

Abbildung 14-1: Existenz lebender Eltern, Kinder und Enkelkinder, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

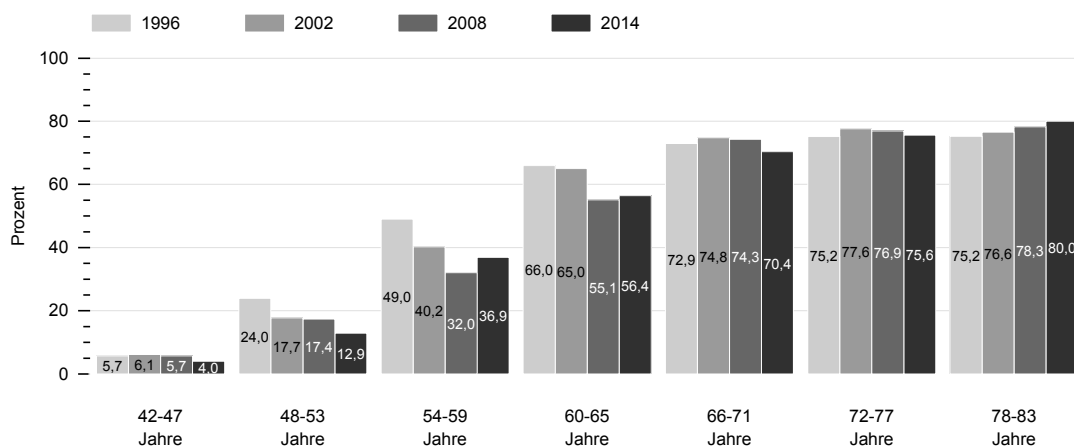
a) Eltern



b) Kinder



c) Enkelkinder



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.339 für Eltern; n = 4.807 für Kinder; n = 4.806 für Enkelkinder), 2002 (n = 2.691 für Eltern; n = 3.074 für Kinder; n = 3.011 für Enkelkinder), 2008 (n = 5.382 für Eltern; n = 6.185 für Kinder; n = 6.154 für Enkelkinder), 2014 (n = 5.172 für Eltern; n = 5.982 für Kinder; n = 5.954 für Enkelkinder), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für alle Altersgruppen außer für die über 72-Jährigen. b) Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für alle Altersgruppen außer für die 54- bis 59- sowie 60- bis 65-Jährigen. c) Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 nur für die Altersgruppen 48 bis 53, 54 bis 59, sowie 60 bis 65 Jahre.

Allerdings ist anzunehmen, dass in den Altersgruppen zwischen 48 und 65 Jahren die Familiengründung zum größten Teil bereits abgeschlossen ist und nur ein sehr geringer Anteil zu einem späteren Zeitpunkt noch den Übergang zur Elternschaft erlebt. Insofern lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass nachfolgende Kohorten zu einem größeren Anteil dauerhaft kinderlos bleiben werden. Für das Abfallen der Kinderlosigkeitsraten unter den Ältesten sind vor allem historische Bedingungen in der Familiengründungsphase verantwortlich. Die 72- bis 83-Jährigen des Befragungsjahres 1996 waren zur Zeit des Zweiten Weltkrieges etwa 16 bis 32 Jahre alt – also mitten in der Lebensphase, in der Partnerschaften entstehen und Familien gegründet werden. Kriegsbedingt standen aber viele junge Männer entweder nicht zur Verfügung oder kehrten aus dem Krieg nicht zurück. Die im Jahr 2014 72- bis 83-Jährigen hingegen sind die Generation der Eltern der ‚Babyboomer‘ – und seltener kinderlos geblieben.

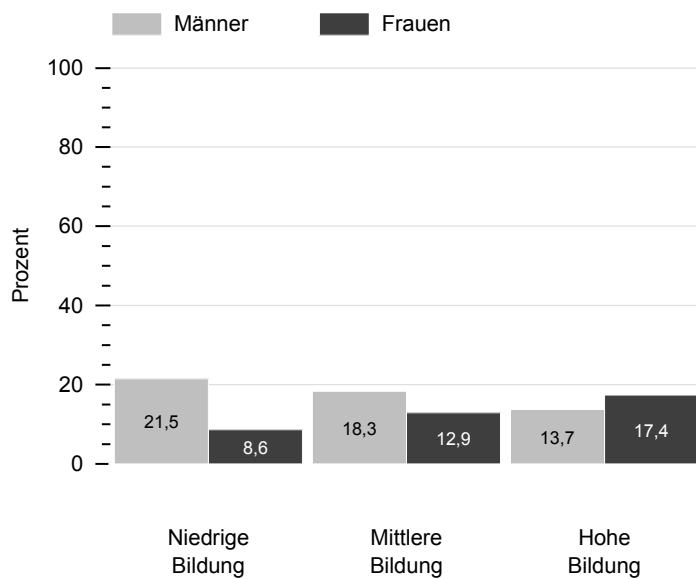
Während sich der Anteil derjenigen mit Enkeln in der Altersgruppe der 42- bis 47-Jährigen im Zeitraum 1996 bis 2014 nicht verändert hat, haben die 48- bis 65-Jährigen im Jahr 2014 zu einem geringeren Anteil Enkel als noch 1996 (Abbildung 14-1c). Beispielweise sind im Jahr 1996 noch etwa die Hälfte aller Personen im Alter von 54 bis 59 Jahren bereits Großeltern gewesen (49,0 Prozent), 18 Jahre später sind dies über zehn Prozent weniger (2014: 36,9 Prozent). Bei den über 66-Jährigen hat sich im selben Zeitraum keine Veränderung in den Anteilen derjenigen mit Enkeln gezeigt. Das Erleben der eigenen Urenkel hat sich ebenfalls zwischen 1996 und 2014 nicht verändert. Beispielhaft seien hier daher die Anteile für das Jahr 2014 genannt (ohne Abbildung): Gut jede und jeder zehnte 66- bis 71-Jährige hat Urenkel (11,0 Prozent), unter den 72- bis 77-Jährigen sind es etwa ein Viertel (23,6 Prozent) und bei den 78- bis 83-Jährigen schon ein gutes Drittel (34,9 Prozent).

Hohe Bildung geht für Frauen eher mit Kinderlosigkeit einher, bei Männern ist es umgekehrt.

Insbesondere für Deutschland wird ein starker Zusammenhang zwischen dem erreichten Bildungsniveau und dauerhafter Kinderlosigkeit berichtet. Dieser Bildungsunterschied sollte in den mittleren Lebensjahren besonders deutlich sichtbar sein – nämlich dann, wenn auch unter den Hochgebildeten, die später Kinder bekommen, ein zukünftiger Übergang zur Elternschaft quasi ausgeschlossen werden kann. Hier wird exemplarisch das Jahr 2014 betrachtet und zudem jeweils Männer mit Frauen im Alter von 42 bis 65 Jahren verglichen (Abbildung 14-2). Für Personen bis 65 Jahre wurden eher abnehmende Anteile von Eltern beobachtet (vgl. Abschnitt 14.3).

Kinderlosigkeit und Bildung hängen in der Altersgruppe der 42- bis 65-Jährigen zusammen. Der Zusammenhang ist für Männer und Frauen allerdings gegensätzlich: Während höhere Bildung für Frauen das Risiko, kinderlos zu bleiben, erhöht, bleiben höher gebildete Männer seltener kinderlos. Dieser Befund entspricht Ergebnissen aus anderen Studien (Krätschmer-Hahn 2012; Dorbritz & Schneider 2013). Eine Erklärung für diesen gegensätzlichen Bildungszusammenhang lautet wie folgt: Insbesondere hochgebildete Frauen finden selten mindestens gleich gut ausgebildete Männer oder bleiben aufgrund der hohen Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf kinderlos. Anders wirkt eine hohe Bildung für Männer: Unter der Voraussetzung von Bildungsheterogamie in der Partnerwahl (das heißt hochgebildete Männer suchen eher weniger gebildete Frauen und umgekehrt) sind hochgebildete Männer auf dem Partnermarkt besonders begehrt beziehungsweise erfolgreich.

Abbildung 14-2: Anteile Kinderloser (Alter 42-65 Jahre), nach Geschlecht und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 3.372), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Die Interaktion zwischen Bildung und Geschlecht ist signifikant. Signifikante Bildungsgruppenunterschiede für Männer und Frauen in gegenläufige Richtungen. Nicht signifikant ist der Geschlechterunterschied nur bei niedriger Bildung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Veränderungen der familialen Generationenstrukturen einerseits in der verlängerten gemeinsamen Lebensspanne mit den Eltern oder Großeltern zeigen. Dies ist vor allem Ausdruck der gestiegenen Lebenserwartung. Die Folgen späterer Geburten oder des Ausbleibens von Elternschaft – beides für Deutschland typische Entwicklungen – zeigen sich andererseits vor allem darin, dass im Jahr 2014 weniger Personen im mittleren Alter Eltern oder Großeltern sind. Für Menschen zu Beginn der zweiten Lebenshälfte ist es im Jahr 2014 wahrscheinlicher, noch lebende Vorfahren zu haben als eigene Nachkommen.

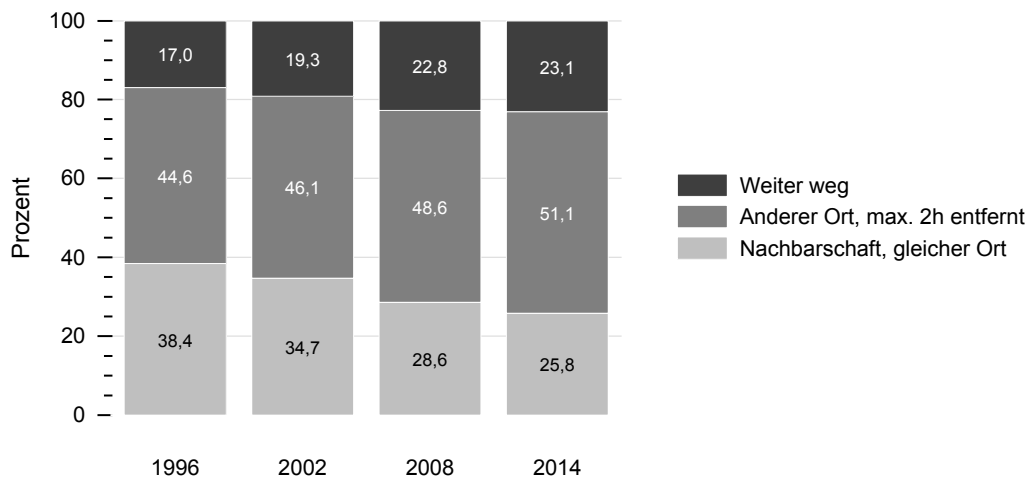
14.4 Wandel der Wohnentfernung zwischen Eltern und erwachsenen Kindern

Neben dem Vorhandensein verschiedener Generationen gehört die Wohnentfernung zwischen Familienmitgliedern zu den strukturellen Aspekten von Generationenbeziehungen. Wie weit Eltern und Kinder voneinander entfernt wohnen, ist vor allem für die Gelegenheiten persönlicher Kontakte oder gegenseitige praktische Unterstützung im Alltag entscheidend (Hank 2015).

Die Wohnentfernung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern vergrößert sich im sozialen Wandel stetig.

Die Entwicklung einer sich vergrößernden Wohnentfernung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern außerhalb des eigenen Haushalts zeigt sich auch im Jahr 2014 (Abbildung 14-3). Während die erwachsenen Kinder im Jahr 1996 noch für 38,4 Prozent der Eltern im Mittel in der Nachbarschaft oder im gleichen Ort lebten, trifft dies im Jahr 2014 nur noch auf etwa ein Viertel (25,8 Prozent) zu. Für über die Hälfte der Eltern (51,1 Prozent) wohnen die erwachsenen Kinder im Jahr 2014 im Mittel in einem anderen Ort, aber in einem Radius von bis zu zwei Stunden Wegezeit und für ein knappes Viertel (23,1 Prozent) noch weiter entfernt.

Abbildung 14-3: Wohnentfernung zu den erwachsenen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts (gemittelt), in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



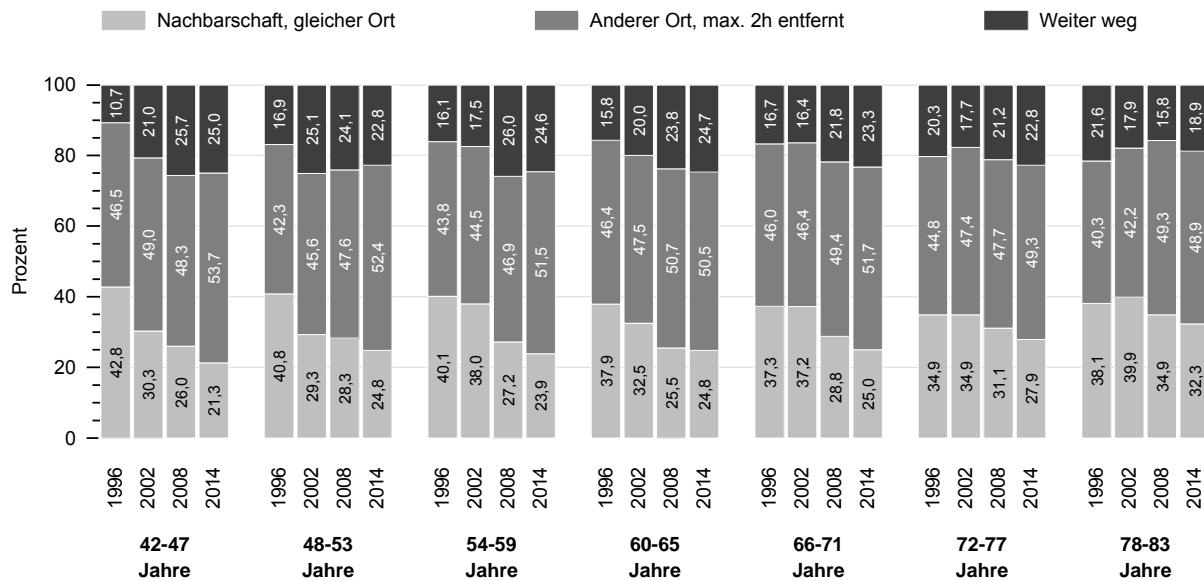
Quelle: DEAS 1996 (n = 3.082), 2002 (n = 2.017), 2008 (n = 4.241), 2014 (n = 4.209), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Die Kategorien ‚Nachbarschaft, gleicher Ort‘ und ‚weiter weg‘ unterscheiden sich zwischen allen Erhebungszeitpunkten signifikant voneinander. Die Kategorie ‚Anderer Ort, max. 2h entfernt‘ unterscheidet sich nur zwischen 1996 und 2008 bzw. 2014 statistisch signifikant, nicht jedoch zwischen 1996 und 2002 bzw. 2002 und 2008.

Neben der Betrachtung der durchschnittlichen Wohnentfernung zu allen erwachsenen Kindern ist die Frage von Bedeutung, wie weit das jeweils nächstwohnende Kind entfernt lebt. Gerade in akuten Bedarfssituationen oder Notfällen kann es entscheidend sein, wie schnell eines der Kinder vor Ort sein kann. Für die Wohnentfernung zum nächstwohnenden Kind zeigt sich über die Zeit zwischen 1996 und 2014 eine ganz ähnliche Entwicklung (vgl. Tabelle A 14-3 im Anhang): Während das nächstwohnende Kind außerhalb des eigenen Haushalts im Jahr 1996 noch für deutlich mehr als die Hälfte der Eltern (55,0 Prozent) in der Nachbarschaft oder im selben Ort gewohnt hat, trifft dies im Jahr 2014 nur noch auf 41,5 Prozent zu. Etwa ein Drittel der Eltern (33,9 Prozent) hat im Jahr 1996 das nächste Kind im Umkreis von maximal zwei Stunden Wegezeit – also eine Distanz, die bei Bedarf relativ schnell überwunden werden kann, für regelmäßige persönliche Kontakte aber schon ein Hindernis darstellen kann. Im Jahr 2014 beträgt dieser Anteil schon 44,8 Prozent. Es sind im Jahr 2014 also mehr Eltern von weiteren und potenziell problematischen Wohnentfernungen zu ihren Kindern betroffen.

Die Wohnentfernung wächst für jüngere Eltern stärker als für ältere.

Insbesondere in späteren Lebensphasen, wenn zum Beispiel körperliche Einschränkungen zunehmen oder die Partnerin beziehungsweise der Partner verstirbt, ist räumliche Nähe zu den Kindern von Vorteil.

Abbildung 14-4: Wohnentfernung zu den erwachsenen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts (gemittelt), nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 2.999), 2002 (n = 1.979), 2008 (n = 4.141), 2014 (n = 4.107), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < .05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 auf allen Kategorien der Wohnentfernung für die unter 72-Jährigen. Für die Altersgruppe 72 bis 77 Jahre besteht zwischen 1996 und 2014 eine signifikante Veränderung nur für die Kategorie ‚Nachbarschaft, gleicher Ort‘. Für die Altersgruppe 78 bis 83 Jahre zeigen sich keinerlei signifikante Veränderungen.

Angesichts der allgemeinen Entwicklung hin zu größeren Wohnentfernungen zwischen Eltern und erwachsenen Kindern ist es daher wichtig zu wissen, ob dieser Wandel für alle Eltern gleichermaßen gilt oder ob bestimmte Altersgruppen besonders betroffen sind.

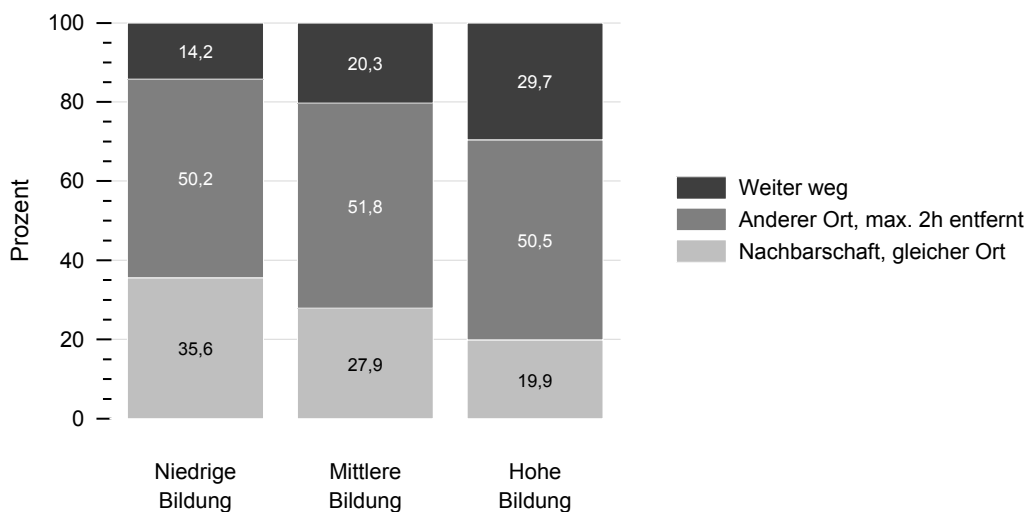
Im Vergleich der verschiedenen Geburtskohorten über die Zeit (Abbildung 14-4) zeigt sich, dass die Entwicklung der mittleren Wohnentfernung altersgruppenspezifisch ist: Von der allgemeinen Vergrößerung der Wohnentfernung über die Zeit sind die jüngeren Eltern stärker betroffen. Beispielweise hat sich der Anteil der Eltern im Alter von 42 bis 47 Jahren, für die die Kinder im Mittel mindestens im selben Ort wohnen, im Zeitraum zwischen 1996 und 2014 halbiert (1996: 42,6 Prozent; 2014: 21,3 Prozent). In der Altersgruppe 66 bis 71 Jahre fällt diese Veränderung schon deutlich geringer aus (Nachbarschaft, gleicher Ort 1996: 37,3 Prozent; 2014: 25,0 Prozent) und unter den hier betrachteten ältesten Eltern (78 bis 83 Jahre) zeigt sich keinerlei Veränderung der mittleren Wohnentfernung zu den Kindern. Anders ausgedrückt: Während sich die mittlere Wohnentfernung zu den erwachsenen Kindern im Jahr 1996 noch für alle Altersgruppen sehr ähnlich dargestellt hat, zeigen sich im Jahr 2014 deutliche Unterschiede. Auch bei der Betrachtung des nächstwohnenden erwachsenen Kindes außerhalb des Haushalts zeigt sich eine weniger deutliche Vergrößerung der Wohnentfernungen bei den älteren Eltern: Für die jüngeren Eltern (42 bis 47 Jahre) verringert sich der Anteil derjenigen mit dem nächsten Kind im selben Ort im Zeitraum von 1996 bis 2014 um etwa 20 Prozentpunkte, bei den 78- bis 83-jährigen Eltern beträgt die Verringerung nur acht Prozentpunkte (ohne Abbildung).

Insofern sind glücklicherweise gerade diejenigen Eltern, die vermutlich in einem höheren Maße Bedarf an Unterstützung im Alltag haben, von der allgemeinen Entwicklung der größer werdenden Wohnentfernungen weniger betroffen. Allerdings steht zu befürchten, dass sich diese Lage verändern wird, wenn nachfolgende Geburtskohorten das hohe Erwachsenenalter erreichen.

Insbesondere hochgebildete Eltern haben weiter entfernt wohnende erwachsene Kinder.

Ein wichtiger Einflussfaktor auf die Wohnentfernung ist zu jedem Zeitpunkt zwischen 1996 und 2014 die Bildung. Exemplarisch für 2014 zeigt sich, dass mit höherer Bildung des Elternteils auch eine größere mittlere Wohnentfernung zu den erwachsenen Kindern einhergeht (Abbildung 14-5). Die mittlere Wohnentfernung liegt für ein gutes Drittel der Eltern mit niedriger Bildung (35,6 Prozent) in der Nachbarschaft oder im gleichen Ort – unter hochgebildeten Eltern ist dies nur für etwa ein Fünftel der Fall (19,9 Prozent).

Abbildung 14-5: Wohnentfernung zu den erwachsenen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts (gemittelt), nach Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.209), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Signifikante Bildungsgruppenunterschiede für alle Kategorien außer ‚Anderer Ort, max. 2h entfernt‘

Gleichzeitig ist der Anteil von Eltern mit einer mittleren Wohnentfernung von mehr als zwei Stunden Wegezeit (‚weiter weg‘) unter Eltern mit hoher Bildung etwa doppelt so groß (29,7 Prozent) wie unter Eltern mit niedriger Bildung (14,2 Prozent). Betrachtet man wiederum die Distanz zum nächstwohnenden Kind, so haben deutlich mehr als die Hälfte der Eltern mit niedriger Bildung (55,6 Prozent) im Jahr 2014 das nächste Kind in der Nachbarschaft oder im selben Ort, aber nur etwa ein Drittel der hochgebildeten Eltern (35,1 Prozent) (ohne Abbildung). Begründet werden können diese Bildungseffekte mit der größeren Mobilität unter höher Gebildeten. Die Kinder ziehen zum Studium oder für eine Berufstätigkeit häufiger weiter weg. Höher gebildete Eltern sind in Bezug auf die ‚Verfügbarkeit‘ nah wohnender Kinder also im Nachteil. Sie sind aber auch diejenigen, die Hilfe im Alltag, die von den Kindern aufgrund der größeren Entfernung möglicherweise nicht geleistet werden kann, besser kompensieren können (zum Beispiel durch den Einkauf von Hilfen) beziehungsweise sie aufgrund ihrer besseren gesundheitlichen Situation (vgl. Kapitel 8) gar nicht erst so stark benötigen wie Eltern mit geringerer Bildung (Schöllgen, Huxhold, Schüz, & Tesch-Römer 2011).

14.5 Wandel der Kontakthäufigkeit und der Beziehungseuge zwischen Eltern und erwachsenen Kindern

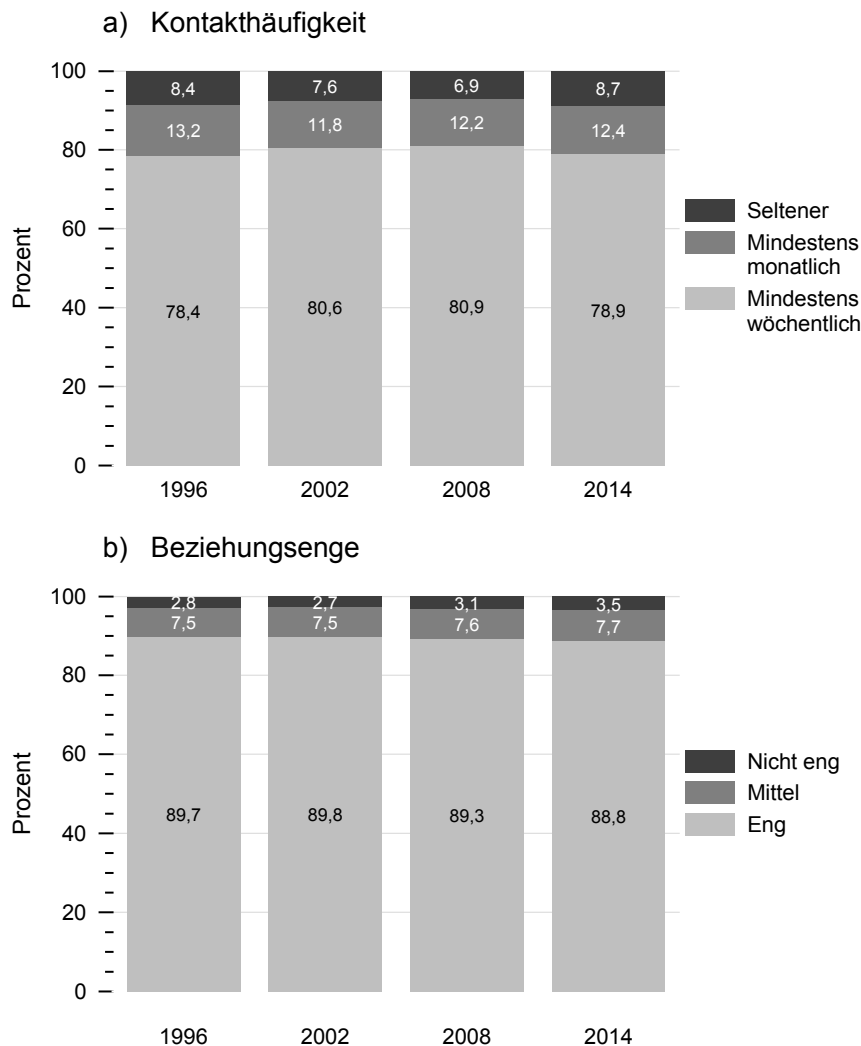
Die Bewertung der Familienbeziehungen im Allgemeinen ist über den gesamten Zeitraum von 1996 bis 2014 stabil hoch geblieben. Zu allen Zeitpunkten zwischen 1996 und 2014 empfinden mehr als 77 Prozent der 40- bis 85-Jährigen ihre Familienbeziehungen insgesamt als gut oder sehr gut. Höchstens fünf Prozent beurteilen sie als schlecht oder sehr schlecht. Dabei berichten Ältere und Frauen durchgängig eine etwas bessere Bewertung ihrer Familienbeziehungen (ohne Abbildung). Im Folgenden werden spezifischere Aspekte der Beziehungen zu den erwachsenen Kindern untersucht – die Häufigkeit des Kontaktes und die Beziehungseuge.

Die Kontakthäufigkeit und die Beziehungseuge zwischen Eltern und erwachsenen Kindern bleiben stabil hoch.

Ein ganz anderes Bild als für die Veränderung der Wohnentfernungen zeigt sich für die Kontakthäufigkeit und die emotionale Nähe zu den erwachsenen Kindern. Beide sind über den gesamten Zeitraum von 1996 bis 2014 stabil hoch geblieben.

Mehr als 78 Prozent der Eltern haben zu jedem Zeitpunkt zwischen 1996 und 2014 mindestens wöchentlich Kontakt zu ihren Kindern außerhalb des Haushalts. Weniger als jeder zehnte Elternteil hat seltener als monatlich Kontakt zu den Kindern (Abbildung 14-6a). Auch die Beziehungseuge zu den erwachsenen Kindern ist im Zeitraum 1996 bis 2014 stabil hoch geblieben: Mehr als 88 Prozent der Eltern berichten zu jedem Zeitpunkt eine enge oder sehr enge Verbundenheit mit ihren Kindern außerhalb des Haushalts. Höchstens vier Prozent berichten von nicht engen Beziehungen (Abbildung 14-6b).

Abbildung 14-6: Kontakthäufigkeit und Beziehungsebene zu den erwachsenen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts (jeweils gemittelt), in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.125 für Kontakthäufigkeit; n = 3.091 für Beziehungsebene), 2002 (n = 2.047 für Kontakthäufigkeit; n = 2.030 für Beziehungsebene), 2008 (n = 4.199 für Kontakthäufigkeit und Beziehungsebene), 2014 (n = 4.166 für Kontakthäufigkeit; n = 4.163 für Beziehungsebene), gewichtet, gerundete Angaben, ($p < ,05$).
 Es finden sich keinerlei statistisch signifikante Veränderungen der mittleren Kontakthäufigkeit oder der mittleren Beziehungsebene über die Zeitpunkte.

Es zeigen sich durchgängig zu allen Zeitpunkten zwischen 1996 und 2014

Geschlechtsunterschiede: Väter haben seltener Kontakt zu ihren Kindern als Mütter.

Beispielsweise berichten im Jahr 2014 72,8 Prozent der Väter einen mindestens wöchentlichen Kontakt, unter den Müttern sind es 84,0 Prozent (vgl. Tabelle A 14-4 im Anhang). Entgegen der Vermutung sich annähernder Beziehungsmuster zwischen Müttern und Vätern vergrößern sich die Geschlechtsunterschiede im Kontakt sogar geringfügig über die Zeit. Möglicherweise gehen Mütter und Väter mit größeren Wohnentfernungen unterschiedlich um. Vielleicht gelingt es Müttern besser, auch über größere Distanzen hinweg regelmäßig Kontakt zu halten, als dies für Väter der Fall ist und weichen leichter auf andere Arten des Austausches als persönliche Treffen aus (Treas & Gubernskaya 2012). Ähnlich der Kontakthäufigkeit unterscheiden sich Mütter und Väter auch zu jedem Zeitpunkt in der Verbundenheit zu ihren Kindern. Mütter fühlen sich enger verbunden. Im Jahr 2014 haben 92,3 Prozent der Mütter enge oder sehr enge Beziehungen,

unter den Vätern sind es 84,7 Prozent (vgl. Tabelle A 14-5 im Anhang). Diese Geschlechtsunterschiede haben sich über die Zeit nicht verändert. Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind sehr gering und zeigen sich auch nur für die Beziehungsenge. Im Jahr 2014 fühlen sich Eltern im Alter von 40 bis 54 Jahren mit ihren Kindern etwas weniger verbunden als ältere Eltern: Unter den 40- bis 54-Jährigen berichten 87,4 Prozent (sehr) enge Beziehungen, unter den Älteren sind es 89,3 beziehungsweise 89,1 Prozent (vgl. Tabelle A 14-5 im Anhang). Es bestehen seit 2008 geringe Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen in der Art, dass höher gebildete Eltern einen etwas häufigeren Kontakt und etwas engere Beziehungen zu den Kindern berichten (ohne Abbildung).

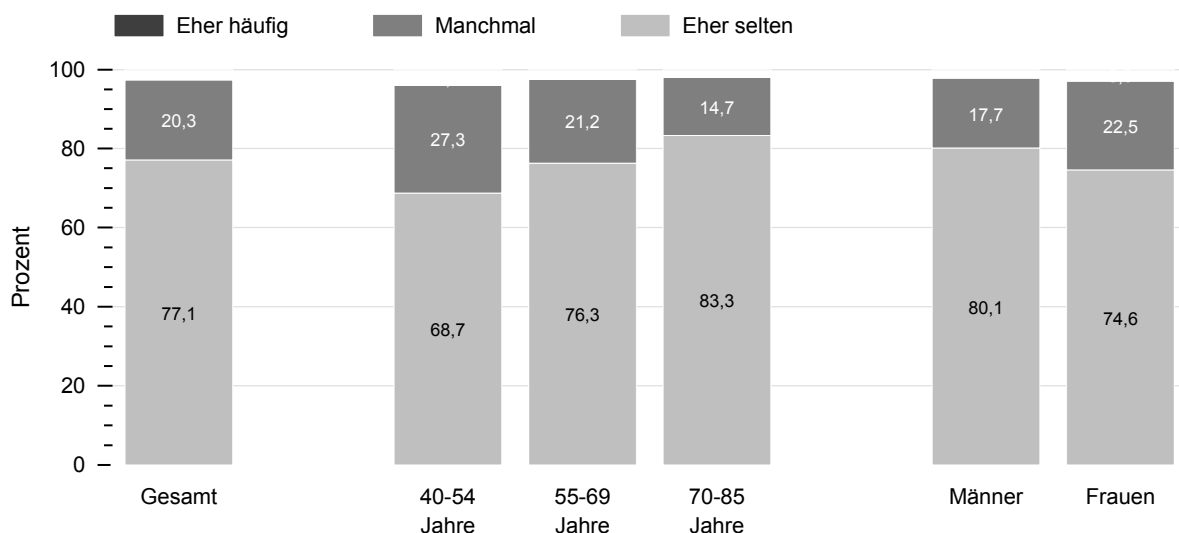
14.6 Häufigkeit der Gefühle von Ärger und Wut in den Beziehungen zu erwachsenen Kindern

Erstmals kann der DEAS für das Jahr 2014 auch als eher negativ assoziierte Beziehungsaspekte zwischen Eltern und Kindern darstellen. Im Folgenden geht es darum, wie häufig Eltern und Kinder Wut und Ärger füreinander empfinden.

Gefühle wie Wut und Ärger sind in den Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern selten.

Auf die Frage, wie häufig Eltern und Kinder wütend oder ärgerlich aufeinander sind, antwortet die Mehrheit aller Eltern (77,1 Prozent), dass dies nur selten oder gar nicht der Fall ist (Abbildung 14-7). Dieses Ergebnis passt zu den bereits berichteten Ergebnissen und belegt die insgesamt hohe Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen in der zweiten Lebenshälfte.

Abbildung 14-7: Häufigkeit von Wut und Ärger in den Beziehungen zu den erwachsenen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts (gemittelt), gesamt, nach Alter und Geschlecht, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.134), gewichtet, gerundete Angaben, ($p < ,05$).
 Alle Altersgruppenunterschiede sind signifikant außer der Unterschied in der Kategorie ‚eher häufig‘ zwischen den Altersgruppen 55 bis 69 und 70 bis 85 Jahre. Alle Geschlechtsunterschiede sind signifikant außer der in der Kategorie ‚eher häufig‘.

Aber insgesamt fast ein Viertel der Eltern gibt an, manchmal (20,3 Prozent) oder eher häufig (2,7 Prozent) Wut und Ärger gegenüber den Kindern zu empfinden. Geht man davon aus, dass Eltern eher ungern negative Gefühle für ihre Kinder berichten – und somit Wut und Ärger vermutlich häufiger auftreten als angegeben – deuten diese Zahlen auf ein nicht unerhebliches Konfliktpotenzial zwischen Eltern und Kindern hin. Dabei müssen Wut und Ärger nicht ausschließlich schlecht für diese Beziehungen sein, sondern können auch konstruktiv Veränderungen herbeiführen.

Ältere Eltern haben seltener Gefühle von Wut und Ärger als jüngere Eltern (Abbildung 14-7). Knapp ein Drittel der Eltern zwischen 40 und 54 Jahren gibt an, mindestens manchmal wütend und ärgerlich auf die eigenen Kinder zu sein (manchmal: 27,3 Prozent; eher häufig: 4,0 Prozent). Bei den ältesten Eltern (70 bis 85 Jahre) ist dieser Anteil deutlich geringer (manchmal: 14,7 Prozent; eher häufig: 2,0 Prozent). Vermutlich sind Ablösungsprozesse (Postadoleszenz) mitverantwortlich dafür, dass es in den jüngeren Altersgruppen häufiger solche Gefühle gibt. Außerdem zeigen ältere Menschen häufiger als jüngere die Tendenz, Konflikte zu vermeiden (Charles 2010). Im Gegensatz zur Kontakthäufigkeit und zur emotionalen Nähe zeigen sich für Wut und Ärger Geschlechtsunterschiede in die andere Richtung (Abbildung 14-7): Mütter haben insgesamt häufiger Gefühle von Wut und Ärger. Zunächst scheint dieses Ergebnis etwas paradox, da erwartet werden könnte, dass Mütter aufgrund ihrer in der Regel engeren Beziehungen insgesamt weniger Konflikte berichten als Väter. Aber Mütter haben durch ihre engeren und kontaktintensiveren Beziehungen möglicherweise auch mehr Gelegenheit zu konflikthafter Begegnungen und gehen diesen zudem weniger aus dem Weg, als dies Väter vielleicht tun (Salzburger 2014). Unterschiede zwischen Bildungsgruppen bestehen nicht (ohne Abbildung).

14.7 Diskussion und Implikationen

Die generationalen Strukturen, in denen sich Familienbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte abspielen, sind im Wandel begriffen. Bedingt durch die steigende Lebenserwartung können Menschen im Jahr 2014 bis in ihr sechstes Lebensjahrzehnt hinein zu einem beachtlichen Teil von etwa einem Drittel noch ihre eigenen Eltern erleben. Sogar Großeltern hat zu Beginn der zweiten Lebenshälfte noch etwa jede zehnte Person. Ein anderes Bild hingegen zeigt sich für die nachfolgenden Familiengenerationen: Jüngere Geburtskohorten bleiben häufiger kinderlos und auch Enkel werden seltener geboren. Die familialen Strukturen werden also einerseits nach ‚oben‘ länger, nach ‚unten‘ aber kürzer und dünner. Mit Blick auf die Zukunft bedeutet dies, dass auf Menschen in der zweiten Lebenshälfte möglicherweise gehäuft Sorgearbeiten für ältere Familiengenerationen zukommen. Gleichzeitig könnten jüngere Familienmitglieder aber immer seltener für die Übernahme von Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen. Dementgegen steht im Jahr 2014 eine insgesamt sehr hohe Qualität der gelebten Beziehungen: Ältere Eltern und ihre erwachsenen Kinder haben häufig Kontakt, sie stehen sich emotional nah und haben eher selten Konflikte.

Im sozialen Wandel wachsen die Wohnentfernungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern jedoch stetig. Die Strukturen von familialen Beziehungen sind also in mehrfacher Hinsicht im Wandel begriffen. Doch wenn aus dem Wandel von Strukturen kurzerhand Schlüsse auf die Qualität der Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern gezogen werden, sollte dies mit Bedacht und in einer differenzierten Art und Weise geschehen. Offensichtlich bleiben Verbundenheit und Kontakt zu den Kindern auf

einem hohen Niveau stabil – auch bei einer stetigen Vergrößerung der Wohnentfernungen. Veränderte Kommunikationsformen, zum Beispiel Videotelefonie oder soziale Netzwerke, können eine Beziehungspflege auch über große räumliche Distanzen erleichtern. Insofern ist davon auszugehen, dass sich Veränderungen der familialen Strukturen unterschiedlich auf verschiedene Aspekte der Ausgestaltung von Familienbeziehungen auswirken. Ob und inwiefern sich zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern der Austausch von Hilfen im Alltag verändert, die räumliche Nähe voraussetzen, wird in Kapitel 16 dieses Berichtes näher behandelt.

Das Bildungsniveau spielt eine Rolle für die Generationenbeziehungen – und das nicht nur für das Vorhandensein familialer Generationen, sondern auch für die räumlichen Strukturen. So lassen sich bereits bekannte Zusammenhänge zwischen Bildung und Kinderlosigkeit mit den DEAS-Daten bestätigen. Auch die Ergebnisse zu weiteren Wohnentfernungen bei höher Gebildeten sind konform mit der bestehenden Literatur (Hank 2007). Eltern, die über ein hohes Bildungsniveau verfügen, haben ganz ähnlich kontaktintensive und emotional enge Beziehungen zu ihren Kindern wie geringer gebildete Eltern. Und dies, obwohl gerade hochgebildete Eltern häufiger in größerer räumlicher Distanz zu ihren Kindern leben. Dies ist eventuell Ausdruck von Ressourcen, die helfen, mit strukturellen Veränderungen wie wachsenden Wohnentfernungen gut umgehen zu können. Zusammengefasst lässt sich sagen: Während höher Gebildete zwar eher von Kinder- und Enkellosigkeit sowie von kleineren und räumlich gestreuten Familiennetzen betroffen sind, scheinen sie in Bezug auf die allgemeine Qualität der Generationenbeziehungen wiederum keine Nachteile zu erfahren.

Zudem sind familiäre Beziehungen oftmals von Vereinbarkeitsproblematiken zu anderen Lebensbereichen betroffen. So kann die Sorge für ältere, gesundheitlich eingeschränkte Eltern oder die Betreuung von (Enkel-)Kindern mit Anforderungen aus dem beruflichen Alltag in Konflikt geraten (vgl. Kapitel 12 und 15). Angesichts des Wandels von generationalen und räumlichen Strukturen wird es für die Aufrechterhaltung von Lebensqualität im Alter auch von Bedeutung sein, dass familiäre Unterstützungsleistungen möglichst flexibel mit einer Erwerbstätigkeit vereinbar sind. Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf greift diese Lebenssituationen auf. Zum anderen wird es wichtig sein, dass ältere Menschen – insbesondere im Falle von Kinderlosigkeit – verlässliche Unterstützungsstrukturen auch jenseits von Verwandtschaft etablieren können (vgl. Kapitel 17).

Literatur

- Bertram, H. (2000). Die verborgenen familiären Beziehungen in Deutschland: Die multilokale Mehrgenerationenfamilie. In: M. Kohli & M. Szydlik (Hrsg.) *Generationen in Familie und Gesellschaft* (S. 97-121). Opladen: Leske+Budrich.
- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1068-1091. doi: 10.1037/a0021232.
- Dorbritz, J., & Schneider, N. F. (2013). Familiendemografische Trends in Deutschland – Herausforderungen für zukünftiges politisches Handeln In: M. Hüther & G. Naeyele (Hrsg.) *Demografiepolitik* (S. 142-163). Wiesbaden: Springer VS.
- Hank, K. (2015). Intergenerationale Beziehungen. In: P. B. Hill & J. Kopp (Hrsg.) *Handbuch Familiensoziologie* (S. 463-486): Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hank, K. (2007). Proximity and contacts between older parents and their children: A European comparison. *Journal of Marriage and Family*, 69, 157-173.

- Huxhold, O., Mahne, K., & Naumann, D. (2010). Soziale Integration. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys* (S. 215-233). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krätschmer-Hahn, R. (Hrsg.). (2012). *Kinderlosigkeit in Deutschland. Zum Verhältnis von Fertilität und Sozialstruktur*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mahne, K., & Motel-Klingebiel, A. (2010). Familiäre Generationenbeziehungen. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 188-214). Stuttgart: Kohlhammer
- Peuckert, R. (2012). *Familienformen im sozialen Wandel* (8., vollst. überarb. Aufl. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenmayr, L., & Köckeis, E. (1963). Propositions for a Sociological Theory of Ageing and the Family. *International Social Science Journal*, XV, 410-426.
- Rossi, P. H., & Rossi, A. S. (1990). *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. New York: Aldine de Gruyter.
- Salzburger, V. (2014). *Die Geburt des ersten Enkelkindes: Zur Adaption von Generationenbeziehungen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schöllgen, I., Huxhold, O., Schüz, B., & Tesch-Römer, C. (2011). Resources for health: Differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status. *Health Psychology*, 30(3), 326-335. doi: 10.1037/a0022514.
- Treas, J., & Gubernskaya, Z. (2012). Farewell to moms? Maternal contact for seven countries in 1986 and 2001. *Journal of Marriage and Family*, 74(2), 297-311. doi: 10.1111/j.1741-3737.2012.00956.x.

15 Zwischen Enkelglück und (Groß-)Elternpflicht – die Bedeutung und Ausgestaltung von Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern

Katharina Mahne & Daniela Klaus

Kernaussagen

Der Übergang zur Großelternschaft verschiebt sich im Lebenslauf nach hinten:

Während das Alter bei der Geburt des ersten Enkelkindes im Jahr 2008 bei durchschnittlich 51,6 Jahren lag, sind werdende Großeltern 2014 fast ein Jahr älter (52,5 Jahre). Väter, Personen in Westdeutschland und mit höherer Bildung werden später im Lebenslauf Großeltern.

Die Wichtigkeit der Großelternschaft ist zwischen 2008 und 2014 stabil hoch:

Die Einschätzung der Wichtigkeit der Großelternrolle hat sich zwischen 2008 und 2014 nicht verändert. Die große Mehrheit aller Großeltern bezeichnet ihre Rolle im Jahr 2014 als wichtig (36,2 Prozent) oder sogar als sehr wichtig (55,8 Prozent). Jüngere Großeltern und Großmütter empfinden ihre Rolle als wichtiger als ältere Großeltern und Großväter.

Die Beziehungsebene zu den erwachsenen Enkelkindern ist zwischen 2008 und 2014 stabil hoch:

Die Beziehungsebene zu den erwachsenen Enkelkindern hat sich zwischen 2008 und 2014 nicht verändert. Enge oder sehr enge Beziehungen zu den erwachsenen Enkelkindern haben im Jahr 2014 69,7 Prozent der Großeltern. Ältere Großeltern haben dabei etwas engere Beziehungen als jüngere Großeltern. Großmütter haben engere Beziehungen als Großväter.

Während zwischen 1996 und 2008 immer weniger Großeltern ihre Enkelkinder betreuen, übernehmen Großeltern im Jahr 2014 diese Aufgabe wieder deutlich häufiger:

Die Anteile von Großeltern, die Enkelkinder betreuen, sind im Zeitraum von 1996 bis 2008 zunächst stetig und deutlich zurückgegangen (von 33,7 auf 24,7 Prozent). Im Jahr 2014 übernehmen wieder mehr Großeltern Betreuungsaufgaben als in den Jahren davor: 30,2 Prozent der Großeltern geben an, privat ihre Enkelkinder zu betreuen.

Großeltern kombinieren 2014 häufiger Erwerbsarbeit und Betreuung von Enkelkindern als 1996:

Der Anteil von Großeltern bis 65 Jahre, der eine Betreuung von Enkelkindern mit Erwerbstätigkeit kombiniert, lag im Jahr 1996 bei 15,0 Prozent, im Jahr 2014 ist es schon fast ein Viertel (23,4 Prozent). Jüngere Großeltern und Großmütter kombinieren häufiger Erwerbsarbeit und Enkelbetreuung als ältere Großeltern und Großväter.

15.1 Einleitung

Der Übergang zur Großelternschaft ist ein zentrales familiäres Ereignis in der zweiten Lebenshälfte. Die Großelternrolle ist eine der wenigen neuen sozialen Rollen, die im späteren Leben hinzu kommen können und sie stellt spezifische Entwicklungsaufgaben für älter werdende Menschen bereit (Thiele & Whelan 2006). Der Übergang zur Großelternschaft wird zudem von den meisten Eltern als selbstverständlich für den späteren Lebenslauf erwartet (Herlyn & Lehmann 1998). Großeltern beschreiben die Beziehungen zu den Enkelkindern als eine ihrer bedeutsamsten Beziehungsformen (Clarke & Roberts 2004) und die Großelternrolle wird über alle gesellschaftlichen Schichten hinweg als wichtig erachtet (Mahne & Motel-Klingebiel 2012). Die familialen Strukturen sind jedoch im Wandel begriffen (vgl. Kapitel 14): Das Alter beim Übergang zur Großelternschaft verschiebt sich in Deutschland über die Geburtskohorten kontinuierlich nach hinten (Leopold & Skopek 2015) und für nachfolgende Kohorten ist ein Rückgang des Anteils der Menschen zu vermuten, die Großelternschaft erleben werden.

Angesichts der sich wandelnden Chancen auf Großelternschaft stellt sich die Frage, ob sich auch die subjektive Wichtigkeit verändert, die dieser Altersrolle zugeschrieben wird – ob sie sich möglicherweise anpasst. Zudem ist es von Interesse, ob die Kontakthäufigkeit und die emotionale Verbundenheit mit erwachsenen Enkelkindern im sozialen Wandel ähnlich stabil sind wie in den Beziehungen zu den erwachsenen Kindern (vgl. Kapitel 14). Über den individuellen Lebenslauf hat sich für die Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern gezeigt, dass der Kontakt mit dem Älterwerden beider Generationen zwar abnimmt, die emotionale Verbundenheit aber stabil bleibt (Silverstein & Long 1998). Zudem fand sich in älteren Großeltern-Enkel-Dyaden weniger Kontakt als in jüngeren (Silverstein & Marengo 2001). Ältere Enkelkinder leben häufiger nicht mehr im Haushalt der mittleren Generation und sind so dem Brücken schlagenden (‚bridging‘) Einfluss ihrer Eltern nicht mehr so stark ausgesetzt (Geurts, Poortman, van Tilburg, & Dykstra 2009). Insofern sind für die folgenden Analysen Altersgruppenunterschiede eher für die Kontakthäufigkeiten als für die Beziehungsenge zu erwarten.

Von Interesse sind auch mögliche Geschlechterunterschiede, die sich bislang für viele Aspekte von Elternschaft und Großelternschaft immer wieder nachweisen ließen (Silverstein & Marengo 2001). Frauen haben generell engere Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern, sei es aufgrund von spezifisch erlernten Kompetenzen oder Geschlechterrollenerwartungen. Sie werden häufig als die ‚kinkeeper‘ bezeichnet, deren Rollenerwartung es vorsieht, die Familienbeziehungen aufrechtzuerhalten und zu pflegen. So berichten Großmütter beispielsweise eine größere Wichtigkeit ihrer Rolle als Großväter dies tun (Mahne & Motel-Klingebiel 2012). Geschlechtsunterschiede sollten aber vor allem in Beziehungen zu jungen Enkelkindern zu finden sein, da beispielsweise Großmütter häufiger die Betreuung der Enkelkinder übernehmen als Großväter.

Die Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern werden in der Öffentlichkeit und den Medien meist als harmonisch und unproblematisch dargestellt. Ob aber in diesen Beziehungen auch negative Gefühle wie Ärger und Wut vorkommen, kann nun erstmals mit den Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) untersucht werden. Über Ausmaß und Verteilung von Wut und Ärger in den Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern kann bislang nur spekuliert werden. Insgesamt sollten diese Gefühle sehr selten auftreten. In Beziehungen, die stärker von gegenseitiger Verantwortungsübernahme und rechtlichen Verbindlichkeiten geprägt sind – wie die zwischen älteren Eltern und erwachsenen Kindern – ist es wahrscheinlicher, dass auch negativ konnotierte Gefühle auftreten als in Beziehungen, die stärker von Freiwilligkeit

gekennzeichnet sind – wie die zwischen Großeltern und erwachsenen Enkelkindern. Möglicherweise haben Großmütter – entsprechend ihrer engeren Beziehungen – weniger Ärger mit den Enkelinnen und Enkeln. Oder sie haben gerade deswegen mehr Gelegenheit als Großväter, auch einmal in Streit zu geraten. Vielleicht gibt es auch in bestimmten Lebensphasen der Enkelkinder mehr Anlass zu Auseinandersetzungen, zum Beispiel wenn es um die Wahl des Berufes oder des Wohnortes geht. Dementsprechend könnten sich Altersgruppenunterschiede zeigen.

Großeltern sind heute vergleichsweise jung, gesund und wohlhabend und können im Rahmen der multigenerationalen, multilokalen Familie zu einem größeren Ausmaß familiäre Funktionen übernehmen als die Großelterngenerationen vor ihnen. Eine Aufgabe, in die Großeltern häufig eingebunden sind, ist die Betreuung von Enkelkindern. Im europäischen Vergleich unterscheiden sich der Umfang und die Art und Weise, wie Großeltern sich in die Betreuung der Enkelinnen und Enkel einbringen, beträchtlich und je nach wohlfahrtsstaatlichem Setting. Während südeuropäische Großmütter durch ihre umfassende Hilfe ihren Töchtern oft eine Erwerbstätigkeit überhaupt erst ermöglichen („mothers savers“), fungieren beispielsweise skandinavische Großeltern als „Feuerwehr“ und springen spontan nach Bedarf ein, wenn sie gebraucht werden (Herlofson & Hagestad 2012). In Deutschland gelten Großeltern als die wichtigste Säule der Kinderbetreuung neben den Eltern, Kindertageseinrichtungen und Tagesmüttern (Kügler 2007). Als ein Grund für die in Deutschland in den letzten Jahren zurückgehenden Anteile von Großeltern, die privat ihre Enkelkinder betreuen, wurden die zwischen Eltern und Kindern anwachsenden Wohnentfernungen, wachsende Erwerbsquoten der Großmütter und der Ausbau der öffentlichen Kinderbetreuung vermutet (Hank & Buber 2009; Glaser, Ribé Montserrat, Waginger, Price, Stuchbury, & Tinker 2010; Mahne & Motel-Klingebiel 2010). Ob sich dieser Trend weiter fortsetzt, soll untersucht werden. Junge Großelternschaft fällt zudem zunehmend in eine Lebensphase, in der die Großeltern noch erwerbstätig sind (Leopold & Skopek 2015). Es stellt sich also auch die Frage, wie häufig Großeltern eine Betreuung der Enkelkinder mit einer Erwerbstätigkeit kombinieren und auf welche Großeltern dies in besonderer Weise zutrifft.

Im vorliegenden Kapitel werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Verschiebt sich der Übergang zur Großelternschaft in ein höheres Lebensalter?
2. Verändert sich im sozialen Wandel die Bedeutung der Großelternrolle?
3. Bleiben Kontakthäufigkeit und emotionale Nähe zwischen Großeltern und erwachsenen Enkelkindern auf hohem Niveau stabil? Wie häufig sind Gefühle von Ärger und Wut in den Beziehungen zu erwachsenen Enkelkindern?
4. Geht der Anteil von Großeltern, die ihre Enkel betreuen, weiter zurück? Wie häufig werden die Betreuung von Enkelkindern und Erwerbsarbeit kombiniert?

15.2 Datengrundlage

Daten. Die Analyse der zukünftigen Wichtigkeit der Großelternrolle basiert auf Angaben von Personen, die zwar mindestens ein 16-jähriges Kind haben, aber noch keine Enkelinnen oder Enkel. Die Analysen zum Übergang zur Großelternschaft, zur konkreten Beziehungsgestaltung beziehungsweise zur subjektiven Wichtigkeit der Großelternrolle beschränken sich auf Personen, die Enkelkinder haben. Detaillierte Informationen zur Bedeutung und Ausgestaltung von Großelternschaft (Übergangszeitpunkt, Wichtigkeit, Kontakthäufigkeit und Beziehungsenge)

liegen seit 2008 vor. Eine Ausnahme bildet die Häufigkeit des Empfindens von Wut und Ärger gegenüber den Enkelkindern – diese Frage wurde 2014 zum ersten Mal gestellt. Angaben zur Betreuung von Enkelkindern hingegen liegen durchgängig seit 1996 vor. Bei allen Angaben zur Großelternschaft beziehungsweise zur Ausgestaltung der Beziehung zwischen Großeltern und Enkelkindern wird nicht unterschieden, ob es sich um leibliche oder soziale Enkelkinder handelt.

Übergang zur Großelternschaft. Das Alter beim Übergang zur Großelternschaft wurde über das Geburtsjahr des erstgeborenen Enkelkindes gebildet.

Wichtigkeit der Großelternrolle. Die Einschätzung der Wichtigkeit der Großelternrolle wird für alle Großeltern untersucht, die Wichtigkeit einer zukünftigen Großelternschaft für alle Eltern mit mindestens einem 16-jährigen Kind. Die Antwortvorgaben wurden wie folgt zusammengefasst: 1 = ‚eher unwichtig‘ (‚ganz unwichtig‘ / ‚weniger wichtig‘); 2 = ‚wichtig‘; 3 = ‚sehr wichtig‘.

Sofern ein Kind einer Befragungsperson mehrere Kinder hat (das heißt Enkelkind der befragten Person), wurde in der Befragung ein Enkelkind pro Kind zufällig ausgewählt. Dieses Enkelkind fungiert als ‚Stellvertreter‘ aller Enkelkinder, die vom selben Kind der befragten Person stammen. Nur für diesen ‚Stellvertreter-enkel‘ werden dann weitere Informationen erfragt, die über Geschlecht und Geburtsjahr hinausgehen (Kontakthäufigkeit, Beziehungsenge, Wut und Ärger). Hat ein Kind einer Befragungsperson nur ein Kind, werden für dieses Enkelkind alle Beziehungsaspekte erfragt.

Die in den Analysen verwendeten Indikatoren beziehen sich jeweils auf mittlere Angaben zu denjenigen Enkelinnen und Enkeln, für die diese Informationen vorliegen, von allen Kindern. Zudem sind nur die Angaben zu mindestens 18-jährigen Enkelkindern außerhalb des großelterlichen Haushaltes berücksichtigt. Die Beschränkung auf volljährige, extern lebende Enkelkinder erfolgt aus zwei Gründen. Zunächst sind so die Ergebnisse besser mit den Ergebnissen zu den Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern vergleichbar (vgl. Kapitel 14). Zum anderen sind die Beziehungen von Großeltern und deren jungen Enkeln noch sehr stark durch die mittlere Generation der Kinder beziehungsweise Eltern geprägt. Gerade die Häufigkeit des Kontakts wird bei jungen Enkelkindern meist noch durch deren Eltern gesteuert und ist weniger Ausdruck einer selbstgewählten Beziehungsgestaltung der Großeltern oder Enkelkinder. Würde man Angaben zum Kontakt auch zu jungen Enkelinnen und Enkeln einbeziehen, müssten diese somit um den Einfluss der mittleren Generation ‚bereinigt‘ werden.

Kontakthäufigkeit. Bei der Erfassung der Kontakthäufigkeit wurde nicht zwischen persönlichen Kontakten und beispielweise Telefonaten unterschieden. Die Antwortvorgaben wurden wie folgt zusammengefasst: 1 = ‚seltener‘ (‚nie‘ / ‚seltener‘ / ‚mehrmals im Jahr‘); 2 = ‚mindestens monatlich‘ (‚ein- bis dreimal im Monat‘); 3 = ‚mindestens wöchentlich‘ (‚mehrmals pro Woche‘ / ‚täglich‘).

Beziehungsenge. Erfragt wird hier die Enge der Verbundenheit. Die Antwortvorgaben wurden wie folgt zusammengefasst: 1 = ‚eng‘ (‚sehr eng‘ / ‚eng‘); 2 = ‚mittel‘; 3 = ‚nicht eng‘ (‚weniger eng‘ / ‚überhaupt nicht eng‘).

Wut und Ärger. Hier wird erfragt, wie häufig das befragte Großeltern teil und das jeweilige Enkelkind ärgerlich oder wütend aufeinander sind. Die Antwortvorgaben wurden wie folgt zusammengefasst: 1 = ‚eher selten‘ (‚nie‘ / ‚selten‘); 2 = ‚mittel, eher häufig‘ (‚manchmal‘ / ‚eher häufig‘ / ‚immer‘).

Betreuung von Enkelkindern. Die Befragten geben Auskunft darüber, ob sie Kinder betreuen (‚ja‘ / ‚nein‘) und falls ja, um welche Kinder es sich dabei handelt. Hier wurden nur die Angaben für die

Betreuung von Enkelkindern ausgewählt – unabhängig vom Alter oder Wohnort der genannten Enkelkinder.

Erwerbsstatus. Die Variable zum Erwerbstatus basiert auf einer Konstruktvariable und unterscheidet zwischen aktiv Erwerbstätigen, Rentnerinnen und Rentnern sowie nicht erwerbstätigen Personen. Zusätzlich einbezogen wurde im Rahmen der Analysen die Angabe, ob Personen im Ruhestand erwerbstätig sind. So unterscheidet die hier verwendete zweistufige Variable nur zwischen Personen, die erwerbstätig sind (inklusive Rentenbezieherinnen und Rentenbeziehern) und solchen, die nicht erwerbstätig sind. Dies entspricht dem Erkenntnisinteresse, ob eine Erwerbstätigkeit mit Kinderbetreuung kombiniert wird.

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Weiterhin wurden Unterschiede nach Geschlecht und Landesteil (Ost-/Westdeutschland) geprüft. Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung – drei Bildungsgruppen unterschieden: Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Bildungsniveau (vgl. Kapitel 2).

Analyse. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete prozentuale Verteilungen angegeben. Zur Testung von signifikanten Gruppenunterschieden wurden binäre und ordinale logistische sowie lineare Regressionen gerechnet. Hierbei wurde für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

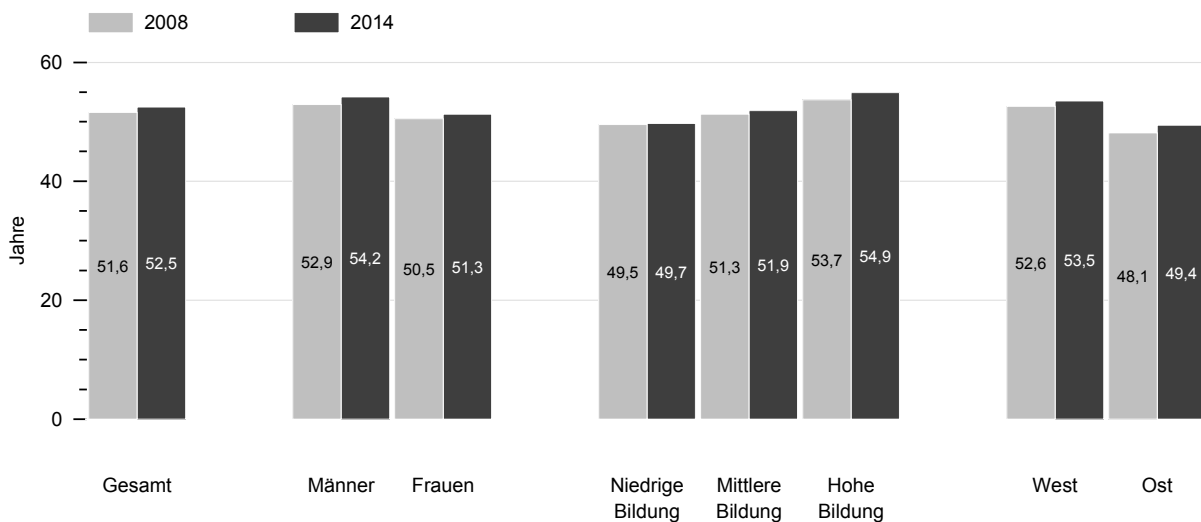
15.3 Strukturen von Großelternschaft – Übergangsalter und Enkelzahl

Der Übergang zur Großelternschaft ist für die meisten Eltern ein zentrales Lebensereignis der zweiten Lebenshälfte, dem mit Freude entgegen gesehen wird und das sie für mehr oder weniger selbstverständlich halten. Für nachfolgende Kohorten wird der Übergang zur Großelternschaft jedoch unwahrscheinlicher (vgl. Kapitel 14) und es stellt sich die Frage, ob der Übergang zur Großelternschaft im Jahr 2014 nicht nur seltener, sondern auch später im Lebenslauf stattfindet als zu früheren Zeitpunkten.

Der Übergang zur Großelternschaft verschiebt sich im Lebenslauf nach hinten.

Während das Alter bei der Geburt des ersten Enkelkinds im Jahr 2008 bei durchschnittlich 51,6 Jahren lag, liegt es 2014 um fast ein Jahr höher (52,5 Jahre) (Abbildung 15-1). Der Anstieg im Übergangsalter gilt für Männer und Frauen sowie für beide Landesteile gleichermaßen. Väter werden in der Regel etwa drei Jahre später Großeltern als Mütter. Eltern in Ostdeutschland werden durchschnittlich weiterhin deutlich früher Großeltern. In Westdeutschland liegt das Übergangsalter im Jahr 2014 bei 53,5 Jahren, in Ostdeutschland bei 49,4 Jahren. Ähnlich deutlich fallen die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen aus: Eltern mit niedriger Bildung werden im Durchschnitt früher Großeltern als Eltern mit hoher Bildung (im Jahr 2014: 49,7 beziehungsweise 54,9 Jahre). Allerdings zeigt sich für Eltern mit niedriger Bildung keine Veränderung des Übergangsalters zwischen 2008 und 2014.

Abbildung 15-1: Mittleres Übergangsalter zur Großelternschaft, gesamt, nach Geschlecht, Landesteil und Bildung, in den Jahren 2008 und 2014 (in Jahren)



Quelle: DEAS 2008 (n = 2.952), 2014 (n = 2.877), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Signifikante Unterschiede zwischen 2008 und 2014 für gesamt, beide Geschlechter, mittlere und hohe Bildung sowie West und Ost. Nur für niedrige Bildung sind die Unterschiede zwischen 2008 und 2014 nicht statistisch signifikant.

Die beschriebenen Gruppenunterschiede lassen sich mit der eigenen Fertilität der Großeltern erklären: Zum einen sind Frauen in einer Partnerschaft in der Regel jünger als ihre Partner, sie sind daher bei der Geburt der eigenen Kinder und dann auch der Enkelkinder etwas jünger. Die Familiengründung findet in Ostdeutschland weiterhin etwas früher statt als in Westdeutschland, dies spiegelt sich in den Unterschieden im Übergangsalter zwischen den beiden Landesteilen wider. Hochgebildete bekommen später Kinder und haben in der Regel ähnlich hoch oder sogar höher gebildete Kinder. Der verzögernde Bildungseffekt ist daher beim Übergang zur Großelternschaft in doppeltem Maße vorhanden.

Auch die mittlere Enkelzahl hat sich zwischen 2008 und 2014 verändert: Während Großeltern im Jahr 2008 durchschnittlich 3,2 Enkelkinder hatten, sind es sechs Jahre später 3,0 (ohne Abbildung). Diese Entwicklung ist zurückzuführen auf die sinkenden Kinderzahlen – hier noch vor allem in der Kindergeneration der Befragten – in Zukunft vermutlich auch in beiden beteiligten Generationen.

15.4 Wichtigkeit der Großelternrolle

Wenn – wie gezeigt wurde – der Übergang zur Großelternschaft seltener wird, später erfolgt und zudem weniger Enkelkinder geboren werden, stellt sich die Frage, ob sich entsprechend auch die subjektive Wichtigkeit, die dieser Rolle beigemessen wird, verändert. Die Wichtigkeit könnte im sozialen Wandel langfristig abnehmen, einfach weil Großelternschaft weniger ‚stattfindet‘. Aus den gleichen Gründen aber könnte sie genauso gut wichtiger, weil prekärer, werden.

Die Wichtigkeit der Großelternschaft ist zwischen 2008 und 2014 stabil hoch.

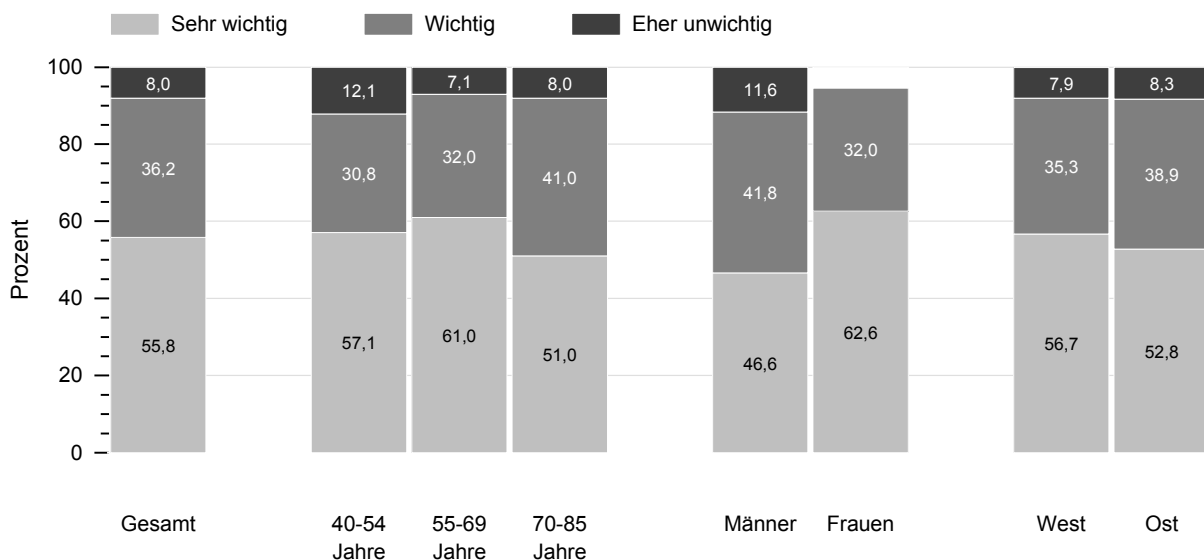
Die Einschätzung der Wichtigkeit der Großelternrolle hat sich zwischen 2008 und 2014 nicht verändert. Veränderungen in den Strukturen von Großelternschaft schlagen sich also (noch) nicht in deren subjektiven Bedeutung nieder. Die Wichtigkeit der Großelternrolle ist gleichbleibend

hoch und auch Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Großeltern haben sich über den Zeitraum von 2008 bis 2014 nicht verändert. Berichtet werden daher hier die Zahlen aus dem Jahr 2014. Die große Mehrheit aller Großeltern bezeichnet ihre Rolle als wichtig (36,2 Prozent) oder sogar als sehr wichtig (55,8 Prozent) (Abbildung 15-2). Die Wichtigkeit wird von den beiden jüngeren Altersgruppen etwas höher eingeschätzt als von den 70- bis 85-jährigen Großeltern. Ältere Großeltern haben im Allgemeinen ältere Enkelkinder und diese unterhalten zunehmend auch Beziehungen außerhalb der engsten Familie, also beispielsweise zu Freundinnen und Freunden oder im Rahmen einer eigenen Partnerschaft. So ist die Großelternrolle unter älteren Großeltern womöglich nicht (mehr) ganz so relevant.

Auch Geschlechtsunterschiede bestehen weiterhin in der Bedeutung der Großelternrolle: Großväter bezeichnen im Jahr 2014 ihre Rolle beispielsweise nur zu etwa knapp der Hälfte als sehr wichtig (46,6 Prozent), wohingegen es bei den Großmüttern 62,6 Prozent sind. Auch bezeichnen Großväter ihre Rolle mehr als doppelt so häufig als eher unwichtig (Großmütter: 5,4 Prozent; Großväter: 11,6 Prozent). Frauen sind in Familienbeziehungen generell stärker involviert, dies geht möglicherweise mit einer größeren subjektiven Wichtigkeit der Großelternrolle einher.

Wenn auch nicht so deutlich wie für die Geschlechter, bestehen im Jahr 2014 auch weiterhin Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit der Großelternrolle zwischen Ost- und Westdeutschland: In den neuen Bundesländern fällt die Wichtigkeit etwas geringer aus.

Abbildung 15-2: Wichtigkeit der Großelternrolle, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 2.954), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Signifikante Altersgruppenunterschiede für alle Kategorien außer zwischen den 40- bis 54-Jährigen und 55- bis 69-Jährigen.
 Signifikante Geschlechts- und Regionsunterschiede für alle Kategorien.

Ganz ähnliche Ergebnisse wie für die Bedeutung der Großelternrolle zeigen sich für die Wichtigkeit eines zukünftigen Übergangs zur Großelternschaft für solche Eltern, die noch keine Enkel haben (vgl. Tabelle A 15-3 im Anhang). Ein großer Anteil, etwa die Hälfte (49,9 Prozent) der 70- bis 85-jährigen Eltern, die bislang keine Enkel haben, sagen im Jahr 2014, dass es ihnen

(sehr) wichtig ist, noch Großeltern zu werden. Bei den jüngeren Eltern (40 bis 54 Jahre) ist dieser Anteil größer, er beträgt 61,5 Prozent. Angesichts eines mittleren Übergangsalters von etwa 53 Jahren ist es jedoch recht unwahrscheinlich, dass den 70- bis 85-Jährigen ihr Wunsch nach einer zukünftigen Großelternschaft noch erfüllt wird. Möglich wäre, dass diejenigen Eltern, für die aufgrund ihres Alters und dem ihrer Kinder ein Erleben der Geburt des ersten Enkelkindes eher unwahrscheinlich ist, sich mit dieser Situation schon arrangiert haben und daher einer zukünftigen Großelternschaft etwas weniger Bedeutung zumessen. Da Beziehungen zu den Enkelkindern mit dem subjektiven Wohlbefinden positiv verknüpft sind (Mahne & Huxhold 2015), deuten diese Ergebnisse ein nicht unerhebliches Risiko an, unter einem Ausbleiben von Großelternschaft zu leiden.

15.5 Kontakthäufigkeit und Beziehungsengelage zwischen Großeltern und erwachsenen Enkelkindern

Im Folgenden werden konkrete Aspekte der Beziehungsgestaltung zwischen Großeltern und Enkelkindern näher betrachtet – zunächst die Kontakthäufigkeit und die Beziehungsengelage. In der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen haben im Jahr 2014 sehr wenige Menschen bereits erwachsene Enkelkinder außerhalb des eigenen Haushalts. Diese Altersgruppe kann daher nicht in die Analyse einbezogen werden. Alle Analysen und Darstellungen im Abschnitt 15.5 beziehen sich daher nur auf Großeltern im Alter zwischen 55 und 85 Jahren.

Die Kontakthäufigkeit zwischen Großeltern und ihren erwachsenen Enkelinnen und Enkeln außerhalb des eigenen Haushalts nimmt über den Zeitraum von 2008 bis 2014 leicht ab (vgl. Tabelle A 15-4 im Anhang). Insbesondere ist der Anteil an Großeltern, der angibt, seltener als monatlich Kontakt zu haben, im Jahr 2014 größer als im Jahr 2008. Ob es sich hierbei um leichte Schwankungen über die Zeit handelt, oder um ein allgemeines Absinken der Kontakthäufigkeiten, kann anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend beurteilt werden. Großeltern und Enkelkinder haben aber insgesamt recht häufig Kontakt: Im Jahr 2014 hat ein knappes Drittel (29,0 Prozent) der Großeltern mindestens wöchentlich Kontakt zu ihren erwachsenen Enkelkindern. Ein weiteres knappes Drittel (29,3 Prozent) hat mindestens monatlich Kontakt und 41,7 Prozent berichten, dass sie seltener als monatlich in Kontakt stehen. Somit liegt die Kontakthäufigkeit zu den erwachsenen Enkelkindern auf einem niedrigeren Niveau als der Kontakt zu den erwachsenen Kindern, was den Erwartungen entspricht.

Zwischen älteren (70 bis 85 Jahre) und jüngeren (55 bis 69 Jahre) Großeltern zeigen sich nur sehr geringe und zudem statistisch nicht signifikante Unterschiede (vgl. Tabelle A 15-4 im Anhang). Dieser nicht vorhandene Unterschied zwischen älteren und jüngeren Großeltern ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass hier ausschließlich erwachsene Enkel betrachtet werden. Veränderungen im Verlauf der Großeltern-Enkel-Beziehung finden vor allem beim Auszug der Enkel aus dem elterlichen Haushalt statt (Geurts et al. 2009), der hier schon vollzogen ist.

Großmütter haben häufiger Kontakt zu den erwachsenen Enkelkindern als Großväter.

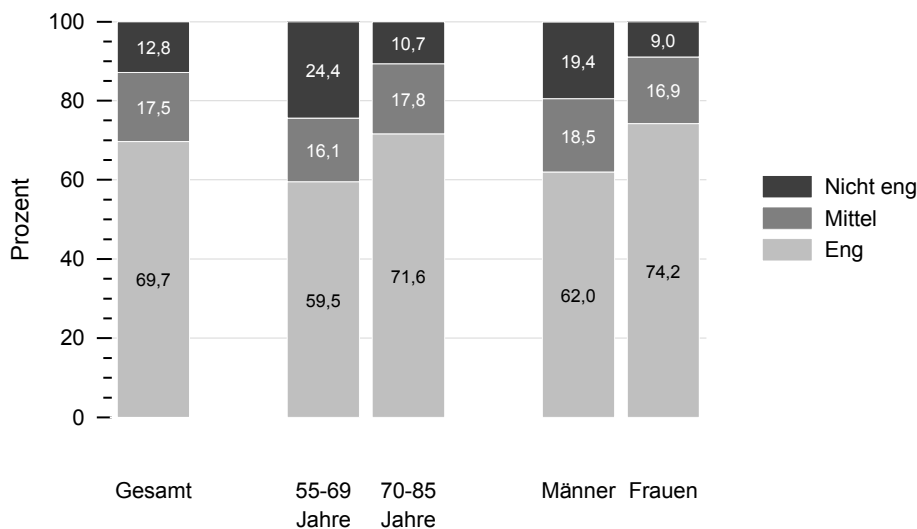
Großmütter und Großväter unterscheiden sich im Jahr 2014 etwas in ihrer Kontakthäufigkeit zu den erwachsenen Enkelinnen und Enkeln, diese Unterschiede waren im Jahr 2008 noch nicht vorhanden. Großmütter haben im Jahr 2014 zu einem knappem Drittel (31,2 Prozent) mindestens wöchentlich Kontakt, bei den Großvätern ist es nur ein Viertel (25,2 Prozent). Zudem berichten Großväter häufiger von einem selteneren als monatlichen Kontakt als Großmütter (47,5

beziehungsweise 38,3 Prozent, vgl. Tabelle A 15-4 im Anhang). Diese ‚neuen‘ Geschlechterunterschiede sind eher unerwartet, da gerade in den hier betrachteten älteren Großeltern-Enkel-Dyaden angenommen werden kann, dass Treffen oder Telefonate mit den Enkeln gemeinsam stattfinden. Zudem hat sich in einer Drei-Generationen-Perspektive gezeigt, dass für das Ausmaß an Kontakt zwischen Großeltern und Enkeln vor allem das Geschlecht der mittleren Generation relevant ist: Zu Enkeln von Söhnen haben Großmütter und Großväter gleichermaßen weniger Kontakt als zu Enkeln von Töchtern (Mahne & Huxhold 2012). Geringe Unterschiede bestanden zwischen Großeltern in West- oder Ostdeutschland noch im Jahr 2008 (weniger Kontakt in Ostdeutschland; vgl. Tabelle A 15-4 im Anhang) – jedoch nicht mehr im Jahr 2014. Aufgrund fehlender Daten zur Kontakthäufigkeit zu den Enkeln vor 2008 ist es unklar, wie die beschriebenen leichten Verschiebungen zwischen den Geschlechtern und den Landesteilen zu interpretieren sind. Ob sich beispielsweise im sozialen Wandel Großeltern in Westdeutschland denen in Ostdeutschland angeglichen haben, kann mit zukünftigen DEAS-Erhebungen besser beurteilt werden.

Die Beziehungsebene zu den erwachsenen Enkeln ist zwischen 2008 und 2014 stabil hoch.

Die Beziehungsebene zwischen Großeltern und erwachsenen Enkelkindern ist über den Zeitraum 2008 bis 2014 stabil hoch – auch über die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen. Berichtet werden daher wieder die Ergebnisse für das Jahr 2014. Enge oder sehr enge Beziehungen zu den erwachsenen Enkelkindern haben 69,7 Prozent der Großeltern (Abbildung 15-3). Ein weiteres knappes Fünftel (17,5 Prozent) empfindet eine mittlere Beziehungsebene und nur gut jeder zehnte Großelternanteil (12,8 Prozent) hat keine engen Beziehungen zu den erwachsenen Enkelkindern. Damit fällt auch die Beziehungsebene zu den erwachsenen Enkelinnen und Enkeln geringer aus als die zu den eigenen erwachsenen Kindern. Der Unterschied ist hier aber nicht so deutlich wie bei der Kontakthäufigkeit.

Abbildung 15-3: Beziehungsebene zu den erwachsenen Enkelkindern außerhalb des Haushalts (gemittelt), gesamt, nach Alter und Geschlecht, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 963), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Signifikante Altersgruppen- und Geschlechtsunterschiede für alle Kategorien.

Ältere Großeltern (70 bis 85 Jahre) berichten zu einem größeren Anteil von (sehr) engen Beziehungen (71,6 Prozent) als Großeltern zwischen 55 und 69 Jahren (59,5 Prozent). Dieser Befund ist überraschend, wenn man bedenkt, dass die Häufigkeit des Kontaktes für Großeltern unterschiedlichen Alters gleich hoch ausfällt. Offensichtlich sind bei den Enkeln Kontakthäufigkeit und Beziehungsenge nicht so stark gekoppelt wie in den Beziehungen zu den Kindern (vgl. Kapitel 14). Dieses Ergebnis ist zudem unerwartet, da die Wichtigkeit der Großelternschaft in der höchsten Altersgruppe geringer ist als in den jüngeren. Ob diese Altersgruppenunterschiede als Lebenslaufeffekt (beim Älterwerden werden die Beziehungen enger) oder Kohorteneffekt (spätere Großeltern haben weniger enge Beziehungen) zu verstehen ist, muss zukünftigen Analysen mit zusätzlichen Erhebungsjahren vorbehalten bleiben.

Großmütter haben engere Beziehungen zu den erwachsenen Enkelkindern als Großväter. Im Jahr 2014 berichten beispielsweise etwa drei Viertel (74,2 Prozent) der Großmütter von (sehr) engen Beziehungen, bei den Großvätern sind es mit 62,0 Prozent deutlich weniger. Großväter berichten zudem mehr als doppelt so häufig von nicht engen Beziehungen wie Großmütter (19,4 beziehungsweise 9,0 Prozent). Das korrespondiert mit der höheren Kontakthäufigkeit, die Großmütter im Jahr 2014 zu ihren Enkelinnen und Enkeln haben. Zudem fügt sich das Bild in den allgemeinen Befund, wonach Frauen generell von engeren Familienbeziehungen (vgl. Kapitel 14) und zahlreicheren sozialen Beziehungen (vgl. Kapitel 17) berichten.

Wut und Ärger sind in den Beziehungen zu den erwachsenen Enkelkindern sehr selten.

Im Jahr 2014 können erstmals auch Aussagen zu negativen Beziehungsaspekten getroffen werden. Im DEAS werden die Großeltern gefragt, wie häufig sie Wut und Ärger gegenüber den Enkelkindern empfinden.

Ähnlich der Ergebnisse für die Eltern-Kind-Beziehungen (vgl. Kapitel 14) kommen Gefühle von Wut und Ärger in den Beziehungen zwischen Großeltern und erwachsenen Enkelkindern nur selten vor (vgl. Tabelle A 15-6 im Anhang). Mehr als neun von zehn Großeltern (91,8 Prozent) geben an, eher selten oder nie solche Gefühle zu empfinden. Wut und Ärger unterscheiden sich weder zwischen den Altersgruppen, den Geschlechtern noch nach Landesteil. Diese Ergebnisse stärken die für die Beziehungen zu den erwachsenen Kindern geäußerte Vermutung: Wut und Ärger tauchen vor allem in Beziehungen auf, die Gelegenheit dafür bieten. Passend zur im Vergleich zu den Kindern geringeren Kontakthäufigkeit kommen in den Beziehungen zu den Enkelinnen und Enkeln auch seltener Wut und Ärger vor. Zudem sind die Beziehungen zu den Enkelkindern von weniger gegenseitiger Verbindlichkeit geprägt als die zu den eigenen Kindern. Dies zeigt sich auch in – zwar teils wachsenden – aber insgesamt kleineren Transferraten als zwischen Eltern und Kindern (vgl. Kapitel 16).

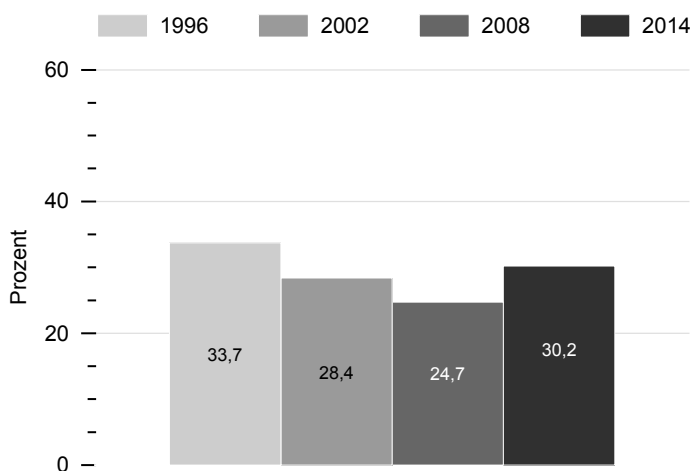
15.6 Betreuung von Enkelkindern

Nach der Betrachtung der Beziehungsgestaltung von Großeltern zu ihren erwachsenen Enkelkindern richtet sich nun der Blick auf die Großeltern-Enkel-Beziehungen in früheren Lebensphasen. Sind die Enkelkinder noch klein, sind Großeltern häufig in die Betreuung der Enkelkinder eingebunden.

Während zwischen 1996 und 2008 immer weniger Großeltern ihre Enkelkinder betreuen, übernehmen Großeltern im Jahr 2014 diese Aufgabe wieder deutlich häufiger.

Die Anteile von Großeltern, die Enkelkinder betreuen, sind im Zeitraum von 1996 bis 2008 zunächst stetig und deutlich zurückgegangen (von 33,7 auf 24,7 Prozent; Abbildung 15-4). Im Jahr 2014 übernehmen wieder mehr Großeltern Betreuungsaufgaben als in den Jahren davor: 30,2 Prozent der Großeltern geben an, privat ihre Enkelkinder zu betreuen. Ob es sich hierbei um ein echtes Unterbrechen des bislang beobachteten Trends handelt, ist noch unklar. Auch für andere intergenerationale Transfers zeigt sich ein Anstieg im Jahr 2014 – zum Beispiel fließen häufiger Geld- und Sachgeschenke an Kinder und Enkelkinder (vgl. Kapitel 16). Das abnehmende Engagement der Großeltern in der Kinderbetreuung wurde als Folge des Kita-Ausbaus und der wachsenden Erwerbsquoten auch unter älteren Frauen – den potenziell betreuenden Großmüttern – interpretiert (Mahne & Motel-Klingebiel 2010). Der nun beobachtete Anstieg der Betreuungsquoten ist möglicherweise auf ähnliche Ursachen zurückzuführen: Vielleicht sind die Anteile der erwerbstätigen Mütter mit Kindern im Betreuungsalter im sozialen Wandel schneller angestiegen, als der Ausbau der öffentlichen Betreuungsmöglichkeiten vorangeschritten ist. Oder Mütter von kleineren Kindern arbeiten zunehmend in einem größeren zeitlichen Umfang, der eine flankierende Betreuung durch die Großeltern wieder nötig werden lässt.

Abbildung 15-4: Anteile von Großeltern, die Enkelkinder betreuen, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

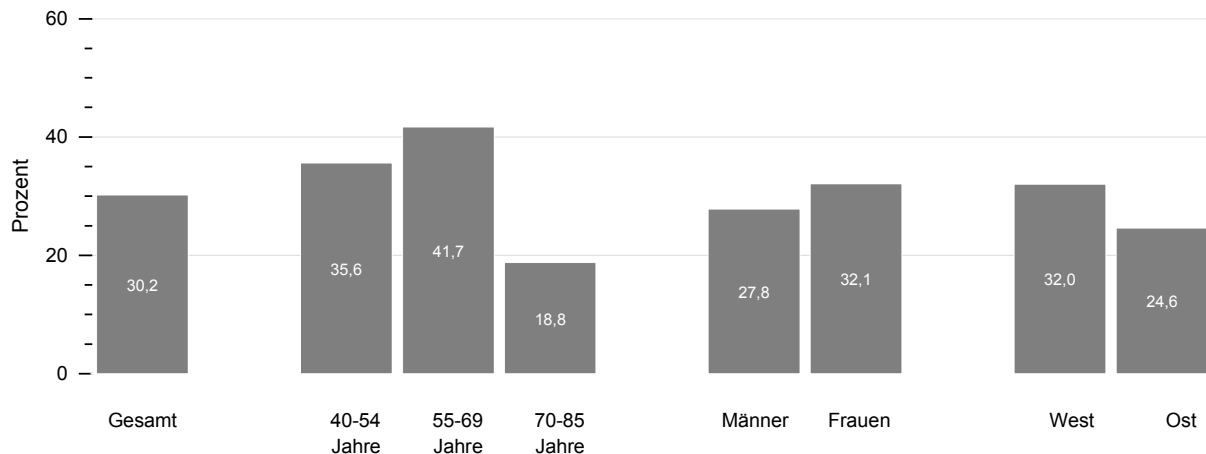


Quelle: DEAS 1996 (n = 2.441), 2002 (n = 1.618), 2008 (n = 3.089), 2014 (n = 3.022), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Unterschiede von Jahr zu Jahr sind jeweils statistisch signifikant.

Möglich wäre auch ein Periodeneffekt, verursacht durch die Einführung des Betreuungsgeldes im Jahr 2012. Bestimmte Eltern beziehungsweise Mütter haben sich vielleicht durch das Angebot dieser staatlichen Leistung entschieden, ihr Kind erst später oder gar nicht in die Krippe zu geben – die Großeltern sind dann vielleicht stärker in die Betreuung eingebunden. Zudem ermöglicht das Betreuungsgeld auch den Großeltern selbst, die ihre Enkelkinder betreuen, eine monatliche Vergütung dieser Leistung durch die Eltern zu erhalten. Ist diese Vermutung richtig, müsste sich die Aufhebung des Betreuungsgeldes durch das Bundesverfassungsgericht im Sommer 2015 in

zukünftigen Erhebungen wieder in einer geringeren Betreuungsquote unter den Großeltern zeigen.

Abbildung 15-5 **Anteile von Großeltern, die Enkelkinder betreuen, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)**



Quelle: DEAS 2014 (n = 3.022), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Altersgruppenunterschiede signifikant außer zwischen den 40- bis 54-Jährigen und 55- bis 69-Jährigen. Geschlechts- und Regionsunterschiede signifikant.

Die Anteile von Großeltern, die Enkelkinder betreuen, variieren zu jedem Zeitpunkt mit dem Alter der Großeltern. Berichtet werden hier daher die Ergebnisse aus dem Jahr 2014. Während sich die 40- bis 54-Jährigen statistisch nicht von den 55- bis 69-Jährigen unterscheiden, betreuen 70- bis 85-jährige Großeltern deutlich seltener Enkelinnen oder Enkel (Abbildung 15-5). Im Jahr 2014 betreut etwa ein Fünftel der ältesten Großeltern Enkelkinder (18,8 Prozent), während es in der mittleren Altersgruppe 41,7 Prozent und in der jüngsten Altersgruppe 35,5 Prozent sind. Diese Altersgruppenunterschiede lassen sich mit dem Alter der Enkelkinder erklären: jüngere Großeltern haben eher Enkelinnen und Enkel im betreuungsbedürftigen Alter als ältere Großeltern.

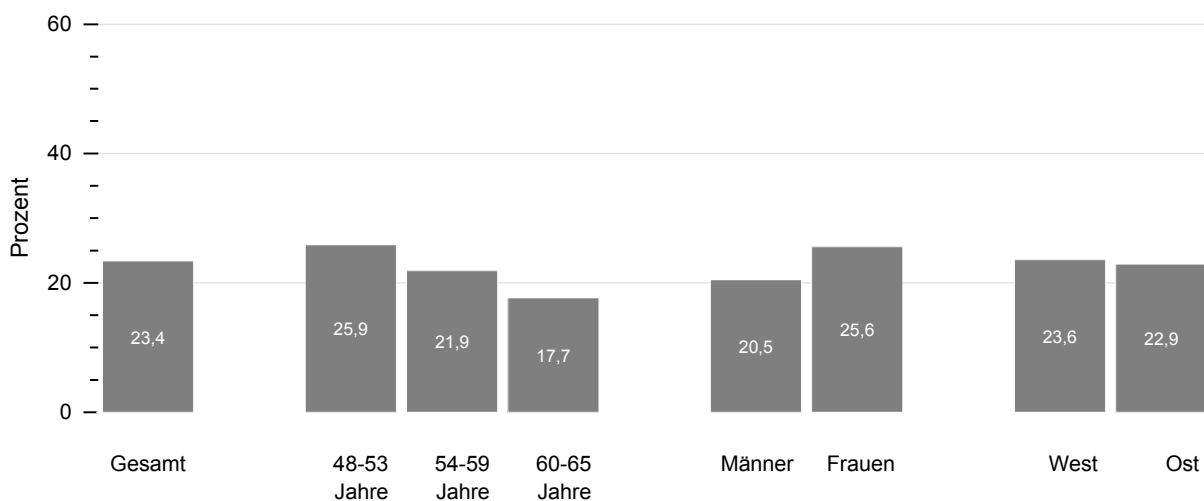
Zudem übernehmen zu jedem Zeitpunkt Großmütter etwas häufiger eine Betreuung als Großväter. Im Jahr 2014 sind es 32,1 Prozent der Großmütter und 27,8 Prozent der Großväter. Frauen sind im Jahr 2014 immer noch seltener erwerbstätig als Männer (vgl. Kapitel 3), sie haben also vermutlich größere zeitliche Ressourcen, um sich an der Betreuung der Enkelkinder zu beteiligen. Auch zwischen den Landesteilen variiert das Engagement von Großeltern: Während in Westdeutschland etwa ein Drittel der Großeltern die Enkelkinder (mit)betreut (32,0 Prozent), ist es in Ostdeutschland ein Viertel (24,6 Prozent). Hintergrund ist hier vermutlich die in Westdeutschland schlechtere Infrastruktur an öffentlichen Betreuungsmöglichkeiten und die zwischen den beiden Landesteilen unterschiedlichen Erwerbsquoten von Frauen (hier: den Großmüttern).

Großeltern kombinieren 2014 häufiger Erwerbsarbeit und Betreuung von Enkelkindern als 1996.

Bei einem durchschnittlichen Übergangsalter zur Großelternschaft von etwa 53 Jahren (siehe Abschnitt 15.3) sowie einer Zunahme der Erwerbstätigkeit im späteren Erwerbsalter (vgl. Kapitel 3 und 4) ist davon auszugehen, dass für einen wachsenden Teil von Großeltern der

Betreuungsbedarf der Enkelkinder in eine Lebensphase fällt, in der sie selbst noch erwerbstätig sind. Im Vergleich der Jahre 1996 bis 2014 zeigt sich genau dies: Der Anteil von Großeltern bis 65 Jahre, der eine Betreuung von Enkelkindern mit Erwerbstätigkeit kombiniert, lag im Jahr 1996 bei 15,0 Prozent, im Jahr 2014 liegt er schon fast bei einem Viertel (23,4 Prozent) (ohne Abbildung). Auf welche Großeltern trifft nun eine Kombination von Erwerbsarbeit und Enkelbetreuung in besonderem Maße zu? Abbildung 15-6 zeigt, dass jüngere Großeltern (48 bis 59 Jahre) häufiger gleichzeitig erwerbstätig sind und Enkelkinder betreuen als ältere Großeltern (60 bis 65 Jahre).

Abbildung 15-6: Anteile von Großeltern im Alter bis 65 Jahre, die Erwerbsarbeit und Betreuung von Enkelkindern kombinieren, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 1.091 für Alter; n = 1.124 für Gesamt, Geschlecht und Landesteil), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Altersgruppenunterschiede signifikant außer zwischen den 48- bis 53-Jährigen und 54- bis 59-Jährigen.

Geschlechtsunterschiede signifikant. Keine signifikanten Regionsunterschiede.

Dies ist zum einen auf das Alter der Enkelinnen und Enkel zurückzuführen (jüngere Großeltern haben eher betreuungsbedürftige Enkelkinder) und zum anderen auf die in der späten Erwerbsphase sinkenden Erwerbsquoten. Großmütter betreuen nicht nur häufiger ihre Enkelkinder, sie tun dies auch häufiger in Kombination mit einer Erwerbstätigkeit im Vergleich zu Großvätern. Etwa ein Viertel (25,6 Prozent) der Großmütter und ein Fünftel (20,5 Prozent) der Großväter im Alter bis 65 Jahre sind sowohl in Beruf als auch Familie eingebunden. Großeltern in Ost- und Westdeutschland unterscheiden sich diesbezüglich kaum voneinander.

15.7 Diskussion und Implikationen

Die Großelternrolle stellt für den Großteil der Großeltern eine wichtige oder sogar sehr wichtige Rolle dar. An dieser Einschätzung hat sich auch angesichts von im sozialen Wandel sinkenden Chancen auf Großelternschaft nichts geändert. Die große Wertschätzung der Großelternrolle geht einher mit häufigen Kontakten, emotional engen Beziehungen und seltenen Konflikten mit den Enkelkindern. Die Beziehungen zu den Enkelkindern gehören somit neben der Partnerschaft,

den Beziehungen zu den Kindern und Freundschaften zu den wichtigsten persönlichen Bindungen älter werdender Menschen.

Der Übergang zur Großelternschaft findet im sozialen Wandel zwar immer später statt, dennoch können die Beziehungen zu den Enkelkindern häufig bis weit in deren Erwachsenenalter hinein gestaltet werden. Es ist zu vermuten, dass sich die Beziehungen von Großeltern zu jungen und zu erwachsenen Enkelinnen und Enkeln in vielen Aspekten stark voneinander unterscheiden. Sind die Enkelkinder noch jung, sind die Beziehungen zu den Großeltern stark durch die mittlere Generation geprägt, die beispielsweise den Kontakt zwischen Großeltern und Enkelkindern fördern oder auch behindern kann. Durch die längere gemeinsame Lebenszeit von Großeltern und Enkelkindern haben diese Beziehungen aber die Chance, sich unabhängig von der mittleren Generation und stärker selbstgewählt zu gestalten und zu entwickeln.

Im Vergleich der Beziehungen zu erwachsenen Enkelkindern mit den Beziehungen zu erwachsenen Kindern zeigt sich, dass – vor allem in Bezug auf die Kontakthäufigkeit – Großeltern-Enkel-Beziehungen vielfältiger gestaltet werden: Die Kontakthäufigkeit zu den Enkeln ist nicht so einheitlich hoch wie zu den Kindern. Ähnlicher sind sich aber die Einschätzungen zur Enge der Verbundenheit zu beiden nachfolgenden Generationen. Offensichtlich sind in den Beziehungen zu unmittelbar angrenzenden Familiengenerationen Kontakt und Beziehungsebene stärker verkoppelt. Anders ausgedrückt: Weniger Kontakt geht in Großeltern-Enkel-Beziehungen nicht automatisch mit einer geringeren Beziehungsebene einher. Diese Befunde stärken Annahmen aus der Forschung zur Vielschichtigkeit der subjektiven Bedeutung der Großelternrolle. Neben der konkreten Beziehungsgestaltung können auch stärker symbolische Aspekte, wie etwa das eigene ‚Weiterleben‘ in den Enkelkindern oder die Großelternrolle als gesellschaftlich hoch geschätzte Altersrolle mit verantwortlich sein für die berichtete Beziehungsebene. Ob die beschriebenen leichten Verringerungen der Kontakthäufigkeit zu den erwachsenen Enkelkindern zwischen 2008 und 2014 als Trend zu interpretieren sind und welche Gründe hierfür verantwortlich sein könnten, kann anhand zukünftiger DEAS-Erhebungen genauer untersucht werden. In jedem Fall scheinen die Kontakthäufigkeiten zu den Enkelinnen und Enkeln im sozialen Wandel nicht ganz so stabil zu sein, wie die Kontakte zu den Kindern.

Die Tatsache, dass Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern immer häufiger Beziehungen zwischen Erwachsenen sind, spiegelt sich auch in den teils ansteigenden Transferraten wider (vgl. Kapitel 16). Materielle und instrumentelle Hilfen fließen im sozialen Wandel häufiger direkt zwischen diesen beiden Familiengenerationen. Diese Entwicklung wirft viele spannende Fragen für zukünftige Forschungsarbeiten auf: Werden Enkelkinder in Zukunft ähnlich stark in die Versorgung und Unterstützung von Großeltern eingebunden sein, wie es deren Kinder sind? Zeigen sich Muster der (Re-)Produktion von sozialer Ungleichheit in Zukunft stärker auch in einer Drei-Generationen-Perspektive?

Die in Kapitel 14 und 15 gezeigten Befunde machen aber auch deutlich, dass für einen wachsenden Teil der älteren Menschen in Deutschland der Übergang zur Großelternschaft spät – vielleicht später als erhofft – erfolgt oder sogar ganz ausbleibt. Angesichts der hohen subjektiven Bedeutung, die der Großelternrolle sowohl von Großeltern als auch von Eltern beigemessen wird, ist davon auszugehen, dass das Ausbleiben von Großelternschaft mit Folgen für das subjektive Wohlbefinden verbunden ist. Und dies vermutlich in besonderem Maße dann, wenn im Freundeskreis erste Enkelkinder geboren werden. Vermittlungsstellen für ‚Leih-Großeltern‘, die vielerorts entstehen, könnten für Menschen ohne eigene Enkelkinder oder auch für solche Großeltern, deren Enkelkinder weit weg leben, eine gute Möglichkeit bieten, dennoch eine Großelternrolle zu übernehmen.

Für den Großteil der Großeltern wird das erste Enkelkind jedoch in einer Lebensphase geboren, in der viele noch aktiv in das Erwerbsleben eingebunden sind. Nicht nur der Anteil der Großeltern, die Enkelkinder betreuen ist wieder angestiegen, sondern auch der Anteil von Großeltern, die eine Erwerbstätigkeit mit der Betreuung ihrer Enkelkinder kombinieren, ist gewachsen. Das Thema der Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Aufgaben betrifft also nicht nur Eltern, sondern in zunehmenden Maße auch Großeltern. Frauen sind möglicherweise besonders von Vereinbarkeitsproblemen belastet, denn sie kombinieren häufiger Erwerbsarbeit und Sorgetätigkeiten als Männer (vgl. auch Kapitel 12 und 13). Die Gleichstellung der Geschlechter ist in Bezug auf die Erwerbsbeteiligung offensichtlich im Gange – Frauen passen sich in ihrem Erwerbsverhalten den Männern an (vgl. Kapitel 3 und 13). In Bezug auf reproduktive Tätigkeiten allerdings sind die Geschlechtsunterschiede über die Zeit sehr hartnäckig. Insofern muss es im Rahmen von Gleichstellung und Vereinbarkeit als Schwerpunktthemen einer modernen Familienpolitik nicht nur darum gehen, Geschlechterrollenerwartungen und -stereotype zu hinterfragen, sondern auch darum, für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gleichermaßen Möglichkeiten zu schaffen, mit über den Lebenslauf wechselnden beruflichen und privaten Anforderungen flexibel umgehen zu können ohne eine Überlastung zu erfahren.

Literatur

- Clarke, L., & Roberts, C. (2004). The meaning of grandparenthood and its contribution to the quality of life of older people. In: A. Walker & C. H. Hennessy (Hrsg.) *Quality of Life in Old Age* (S. 188-208). Maidenhead: Open University Press.
- Geurts, T., Poortman, A.-R., van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2009). Contact between grandchildren and their grandparents in early adulthood. *Journal of Family Issues*, 30(12), 1689-1713. doi: 10.1177/0192513X09336340.
- Glaser, K., Ribé Montserrat, E., Waginger, U., Price, D., Stuchbury, R., & Tinker, A. (2010). *Grandparenting in Europe*. London: Grandparents Plus.
- Hank, K., & Buber, I. (2009). Grandparents caring for their grandchildren: findings from the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues*, 30(1), 53-73. doi: 10.1177/0192513X08322627.
- Herlofson, K., & Hagestad, G. O. (2012). Transformations in the role of grandparents across welfare states. In: S. Arber & V. Timonen (Hrsg.) *Contemporary grandparenting. Changing family relationships in global contexts* (S. 27-50). Bristol: Policy Press.
- Herlyn, I., & Lehmann, B. (1998). Großmutterschaft im Mehrgenerationenzusammenhang. Eine empirische Untersuchung aus der Perspektive von Großmüttern. *Zeitschrift für Familienforschung*, 10(1), 27-45.
- Kügler, K. (2007). Großeltern als Betreuungspersonen. Eine wichtige Säule für die Eltern in der Kinderbetreuung. In: W. Bien, T. Rauschenbach & B. Riedel (Hrsg.) *Wer betreut Deutschlands Kinder? DJI-Kinderbetreuungsstudie* (S. 173-186). Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelsen Scriptor.
- Leopold, T., & Skopek, J. (2015). The Delay of Grandparenthood: A Cohort Comparison in East and West Germany. *Journal of Marriage and Family*, 77(2), 441-460. doi: 10.1111/jomf.12169.
- Mahne, K., & Huxhold, O. (2015). Grandparenthood and Subjective Well-Being: Moderating Effects of Educational Level. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(5), 782-792. doi: 10.1093/geronb/gbu147.
- Mahne, K., & Huxhold, O. (2012). Social contact between grandparents and older grandchildren: a three generation perspective. In: S. Arber & V. Timonen (Hrsg.) *Contemporary grandparenting: Changing family relationships in global contexts* (S. 225-246). Bristol: Policy Press.

- Mahne, K., & Motel-Klingebiel, A. (2012). The importance of the grandparent role: a class specific phenomenon? Evidence from Germany. *Advances in Life Course Research, 17*(3), 145-155. doi: 10.1016/j.alcr.2012.06.001.
- Mahne, K., & Motel-Klingebiel, A. (2010). Familiäre Generationenbeziehungen. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 188-214). Stuttgart: Kohlhammer
- Silverstein, M., & Long, J. D. (1998). Trajectories of grandparent's perceived solidarity with adult grandchildren: A growth curve analysis over 23 years. *Journal of Marriage and Family, 60*(4), 912-923. doi: 10.2307/353634.
- Silverstein, M., & Marenco, A. (2001). How Americans enact the grandparent role across the family life course. *Journal of Family Issues, 22*(4), 493-522. doi: 10.1177/019251301022004006.
- Thiele, D. M., & Whelan, T. A. (2006). The Nature and Dimensions of the Grandparent Role. *Marriage & Family Review, 40*(1), 93-108. doi: 10.1300/J002v40n01_06.

16 Zeit gegen Geld? Der Austausch von Unterstützung zwischen den Generationen

Daniela Klaus & Katharina Mahne

Kernaussagen

Intergenerationale Transfers folgen 2014 demselben Muster wie 1996: Innerhalb einer Familie fließen materielle Ressourcen häufiger von den älteren zu den jüngeren Generationen und instrumentelle Hilfen häufiger in die andere Richtung.

Materielle Transfers an jüngere Generationen finden im Jahr 2014 häufiger statt als im Jahr 1996: Die 40- bis 54-jährigen Eltern unterstützen im Jahr 2014 zu 44,9 Prozent ihre erwachsenen Kinder mit Geld- und Sachgeschenken. Im Jahr 1996 waren es mit 35,6 Prozent weniger. Auch bei den 55- bis 69-Jährigen sind materielle Transfers an erwachsene Kinder im Jahr 2014 häufiger (37,5 Prozent) als noch vor 18 Jahren (29,5 Prozent).

Die Häufigkeit materieller Transfers von Großeltern an Enkelkinder hat sich zwischen 1996 und 2014 fast verdoppelt: 8,1 Prozent der Großeltern im Alter von 55 bis 69 Jahren haben im Jahr 1996 materielle Transfers an ihre Enkelkinder gegeben, 2014 sind es mit 15,8 Prozent fast doppelt so viele. Auch bei den 70- bis 85-jährigen Großeltern haben sich die Transferraten im selben Zeitraum von 14,8 Prozent auf 28,7 Prozent fast verdoppelt.

Im Jahr 2014 erhalten ältere Familiengenerationen seltener instrumentelle Hilfen von jüngeren als im Jahr 1996: Während im Jahr 1996 noch etwa ein Fünftel (19,5 Prozent) der ältesten Eltern (70 bis 85 Jahre) Hilfe im Alltag von den Kindern bekam, ist es im Jahr 2014 nur noch gut ein Zehntel (11,7 Prozent). Auch von den Enkelkindern erhalten die 70- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 seltener instrumentelle Hilfe (1996: 6,5 Prozent; 2014: 2,6 Prozent).

16.1 Einleitung

Es gibt eine breite und umfangreiche Forschung zur Solidarität zwischen den Generationen. Ein Thema, das auch seit Jahren den öffentlichen und politischen Diskurs mitbestimmt, indem anhaltend und kontrovers über einen möglichen Rückgang des Zusammenhalts zwischen den Generationen diskutiert wird (vgl. Kapitel 14). Dabei konnte bereits Ende der 1990er Jahre gezeigt werden, dass zwischen den Generationen beträchtliche Solidarleistungen füreinander erbracht werden (Kohli, Künemund, Motel-Klingebiel, & Szydlik 2005; Kohli & Künemund 2001). Hierbei zeichnet sich ein Muster ab, für das die Bezeichnung ‚reziprokes Kaskadenmodell‘ (Marbach 1997) geprägt wurde und das auch für spätere Zeitpunkte repliziert werden konnte (Mahne & Motel-Klingebiel 2010). Demnach fließen finanzielle Transfers innerhalb der Familie hauptsächlich von den älteren zu den jüngeren Generationen: Erwachsene Kinder und Enkelkinder erhalten häufiger materielle Zuwendungen von ihren Eltern und Großeltern als sie umgekehrt an diese geben. Parallel dazu werden instrumentelle Hilfen vornehmlich in Richtung der Generationen aufwärts geleistet: So erhalten Eltern und Großeltern vor allem in späteren Lebensphasen mehr praktische Unterstützung im Alltag und in Notfällen als sie an nachfolgende Generationen geben.

Das reziproke Kaskadenmodell wird als positive Folge des wohlfahrtsstaatlichen Ausbaus interpretiert. Erst der öffentliche Generationenvertrag, der vor allem die Grundlage für das umlagebasierte Rentensystem ist, ermöglicht die innerfamiliäre und zugleich sehr flexible Umverteilung monetärer Ressourcen. So werden erwachsene Kinder gezielt je nach Bedarf zum Beispiel bei Arbeitslosigkeit oder Scheidung von ihren Eltern unterstützt (Motel-Klingebiel, Mahne, & Huxhold 2010). Gleichzeitig versetzt die prinzipielle finanzielle Unabhängigkeit voneinander die Generationen in die Lage, sich auf instrumentelle und auch emotionale Unterstützung zu konzentrieren (Künemund & Rein 1999). Europaweite Befunde belegen, dass erwachsene Kinder umso häufiger von ihren Eltern unterstützt werden, je universeller und großzügiger die wohlfahrtsstaatlichen Leistungen ausfallen (Hank 2015; Deindl, Brandt, & Hank 2014). Befürchtungen, dass umfangreiche wohlfahrtsstaatliche Unterstützung an Familien die intergenerationale Solidarität gefährden könnte („crowding out“), sind also unbegründet. Im Gegenteil: ein starker Wohlfahrtsstaat scheint sie sogar eher zu stimulieren (Motel-Klingebiel, Tesch-Römer, & von Kondratowitz 2005). Im europäischen Vergleich bewegen sich intergenerationale Transfers in Deutschland auf einem mittlerem Niveau (Albertini & Kohli 2013; Alessie, Angelini, & Pasini 2014).

Gesellschaftliche Trends der letzten Jahre geben Anlass zu der Vermutung, dass es zu Verschiebungen der bekannten Transfermuster zwischen den Generationen gekommen sein könnte. Längere Ausbildungszeiten, brüchigere Erwerbsbiografien, neue Herausforderungen bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, gestiegene Mobilitäts- und Flexibilitätserfordernisse sowie rückläufige (Enkel-)Kinderzahlen könnten dazu beigetragen haben, dass das Unterstützungspotenzial, das jüngere Familienmitglieder für Ältere darstellen, zurückgegangen ist. So stehen Jüngeren heute möglicherweise weniger Ressourcen zur Verfügung, um ihre Eltern und Großeltern zu unterstützen. Das dürfte sowohl auf monetäre als auch auf Zeitressourcen zutreffen. Mehr noch: Es ist zu vermuten, dass junge Generationen heute noch länger von finanziellen Zuwendungen ihrer Eltern abhängig sind, weil ihr beruflicher Einstieg und ihre Etablierung auf dem Arbeitsmarkt zunehmend in höherem Alter erfolgen. Ob und inwiefern die finanzielle Ausstattung in der Elterngeneration solcherlei Unterstützung erlaubt, ist zu prüfen. Es ist jedoch wahrscheinlich, da sich ihre wirtschaftliche Situation im Durchschnitt in den letzten Jahren verbessert hat (vgl. Kapitel 6 und 7; Vogel & Künemund 2014). Neben einer

verbesserten materiellen Lage hat die gestiegene gemeinsame Lebenszeit von familialen Generationen (vgl. Kapitel 14) zum Beispiel die Möglichkeit geschaffen, dass Großeltern ihre finanzielle Unterstützung auch direkt an erwachsene Enkelkinder richten können – beispielsweise indem sie sich an deren Ausbildungskosten beteiligen oder im Bedarfsfall wie Arbeitslosigkeit finanziell aushelfen. Ein europäischer Vergleich zeigt für Deutschland die höchsten Anteile großelterlicher finanzieller Unterstützung (Igel 2012). Anzunehmen ist weiterhin, dass die verbesserte Gesundheit der Älteren intergenerationale Hilfe und Unterstützung im Alltag seltener notwendig werden lassen. Möglicherweise rückgängige Transferquoten müssen hier also nicht zwangsläufig eine schlechte Nachricht sein. Außerdem können Unterstützungsbedarfe der älteren Familiengenerationen häufiger durch alternative, professionelle Dienstleistungsangebote im Wohnumfeld (vgl. Kapitel 20) aufgefangen werden oder auch durch zunehmend an Bedeutung gewinnende nicht-familiale Beziehungen (vgl. Kapitel 17 und 21) und so zur Erleichterung der alltäglichen Lebensführung beitragen – gerade auch wenn Familienmitglieder diese Hilfe nicht leisten können.

Besondere Aufmerksamkeit bei der Untersuchung des Wandels intergenerationaler Transfers ist auf die sich über den Lebenslauf hinweg verändernde Position der Menschen im Generationengefüge zu richten. Auswertungen auf Basis des Deutschen Alterssurveys (DEAS) von 2008 haben gezeigt, dass die 40- bis 54-Jährigen am stärksten in das Transfergeschehen eingebunden sind: Sie geben häufig Unterstützung an Eltern, Kinder und Großeltern, werden aber auch umfangreich von ihnen unterstützt (Mahne & Motel-Klingebiel 2010). Aus der vorliegenden Forschung ist zudem bekannt, dass sich analog zu sich veränderten Ressourcen und Bedarfen der verschiedenen familialen Generationen über den Lebenslauf hinweg eine Verschiebung von Gabe hin zu mehr Erhalt zeigt. Offenbar ist der intergenerationale Austausch von Personen mittleren Erwachsenenalters am ehesten zwischen Geben und Nehmen ausgeglichen. Ab dem 50. Lebensjahr beginnt sich die Austauschbilanz älterer Personen hin zu Netto-Gebem zu verschieben. Erst im hohen Alter kehrt sie sich um: Personen ab dem 80. Lebensjahr erhalten im Allgemeinen mehr Unterstützung von jüngeren Generationen als sie umgekehrt geben (Litwin, Vogel, Künemund, & Kohli 2008; Vogel 2008). Bedingt durch eine spätere Familiengründung und die Entwicklung, dass Menschen nicht nur länger leben, sondern auch länger gesund, unabhängig und mobil bleiben (vgl. Kapitel 8), ist anzunehmen, dass sich Phasen intensiven Austausches in höhere Altersgruppen verlagert haben oder sich generell ausgedehnt haben.

Neben veränderten Ressourcen und Bedarfen der beteiligten familialen Generationen, die das Transfergeschehen maßgeblich beeinflussen, können sich die Transfermuster für Männer und Frauen unterschiedlich darstellen oder verändern. Die Befundlage hierzu ist allerdings nicht eindeutig (Kahn, McGill, & Bianchi 2011). Zwar gelten Frauen weithin als die ‚kinkeeper‘ der Familie (Rosenthal 1985) und aktuelle Studien zeigen auch, dass Frauen häufiger helfen als Männer und dabei vor allem zeitintensive Aufgaben übernehmen (vgl. Kapitel 12; Alessie et al. 2014; Deindl et al. 2014). Allerdings ist aufgrund der stärkeren beruflichen Einbindung von Frauen – und damit geringeren Zeitressourcen – eine rückläufige Quote der von ihnen erbrachten instrumentellen Transfers über die Zeit hinweg zu vermuten. Parallel dazu wäre aufgrund gesteigener eigener Einkommen ein Anstieg der Gabe materieller Transfers denkbar.

Im vorliegenden Kapitel werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Haben sich die Prävalenzraten intergenerationaler Unterstützung verändert?
2. Folgt der intergenerationale Austausch weiterhin einem reziproken Kaskadenmodell?
3. Zeichnet sich eine Zunahme des direkten Austausches zwischen Großeltern und Enkelkindern ab?
4. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern?

16.2 Datengrundlage

Daten. Zur Untersuchung eines möglichen Wandels im intergenerationalen Transfergeschehen stehen Daten für alle vier Ersterhebungen (1996, 2002, 2008, 2014) zur Verfügung. In der folgenden Ergebnisdarstellung werden lediglich die erste (1996) und die derzeit letzte DEAS-Erhebung (2014) einander vergleichend gegenübergestellt. Ergebnisse zu den Zwischenjahren finden sich im Tabellenanhang. Einbezogen werden alle Erstbefragten im Alter zwischen 40 und 85 Jahren.

Transferraten. Betrachtet werden materielle und instrumentelle Transfers. Ausgehend von den Befragten werden Transfers *von und für* vier Familiengenerationen berücksichtigt: Eltern, Kinder, Enkelkinder und Großeltern. In jeweils beide Tauschrichtungen wird erfasst, ob in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung entsprechende Transfers geflossen sind. Materielle Unterstützung wird darüber abgebildet, ob anderen größere Geld- oder Sachgeschenke gemacht oder regelmäßige finanzielle Unterstützung gewährt wurde und ob umgekehrt derartige Leistungen erhalten wurden. Instrumentelle Unterstützung wird über Hilfe im Haushalt abgebildet, die geleistet oder erhalten wurde. Entsprechend liegen für jede der beiden Unterstützungsarten acht dichotome Indikatoren vor, die mit (0) ‚nein‘ und (1) ‚ja‘ kodiert sind. Gültige Werte liegen nur dann vor, wenn mindestens ein Mitglied der betrachteten Generation lebt. Transfers von und an Kinder wurden nur für Kinder berücksichtigt, die mindestens das 18. Lebensjahr erreicht haben und in einem eigenen Haushalt leben (Mahne & Motel-Klingebiel, 2010). Auf diese Weise soll haushaltsinterne Hilfe innerhalb einer Bedarfsgemeinschaft ebenso ausgeschlossen werden wie die Unterstützung noch minderjähriger Kinder. Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40-54 Jahre, 55-69 Jahre und 70-85 Jahre. Zudem wurden Geschlechterunterschiede untersucht.

Analyse. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete (gruppenspezifische) prozentuale Anteile angegeben. Um Unterschiede zwischen 1996 und 2014 auf Signifikanz zu testen, wurden logistische Regressionen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

16.3 Ergebnisse

In Abbildung 16-1 sind die intergenerationalen Transferflüsse von Geld- und Sachleistungen sowie instrumenteller Hilfe für die einzelnen Generationenbeziehungen dargestellt – separat für

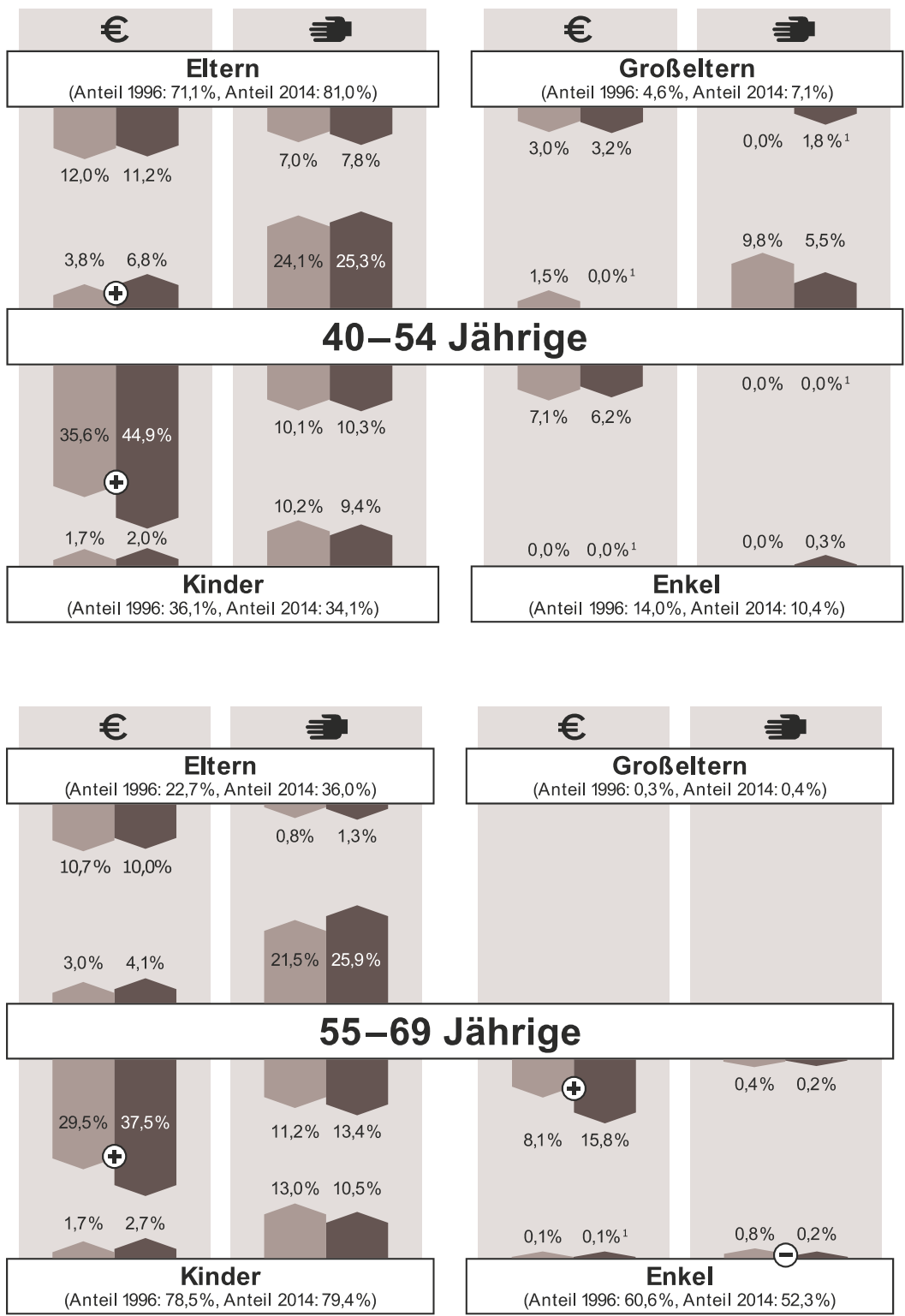
die drei Altersgruppen und jeweils vergleichend für die Jahre 1996 und 2014. Die Anordnung der Generationen spiegelt deren Abfolge wider, wobei jeweils die mittlere Generation – unterschiedlichen Alters – die auskunftsgibende Befragungsperson stellt. Für jede der von ihr aus betrachteten Generationen sind die Anteile derer angegeben, die mindestens eine lebende Person der jeweiligen Generation haben beziehungsweise bezogen auf die Generation der Kinder: mindestens ein erwachsenes Kind, das nicht mehr im elterlichen Haushalt wohnt. Die Fläche der generationenaufwärts oder -abwärts gerichteten Balken bildet den Umfang der Transfers in die jeweilige Richtung ab. Sind keine Balken eingezeichnet, so wurde in der jeweils betrachteten Beziehung und Richtung kein Transfer berichtet. Werden in den Abbildungen keine Transferraten berichtet, so verweist das auf eine Gruppengröße von zehn oder weniger Fällen in der jeweiligen Konstellation und entsprechend wurde auf die Präsentation der Werte verzichtet.

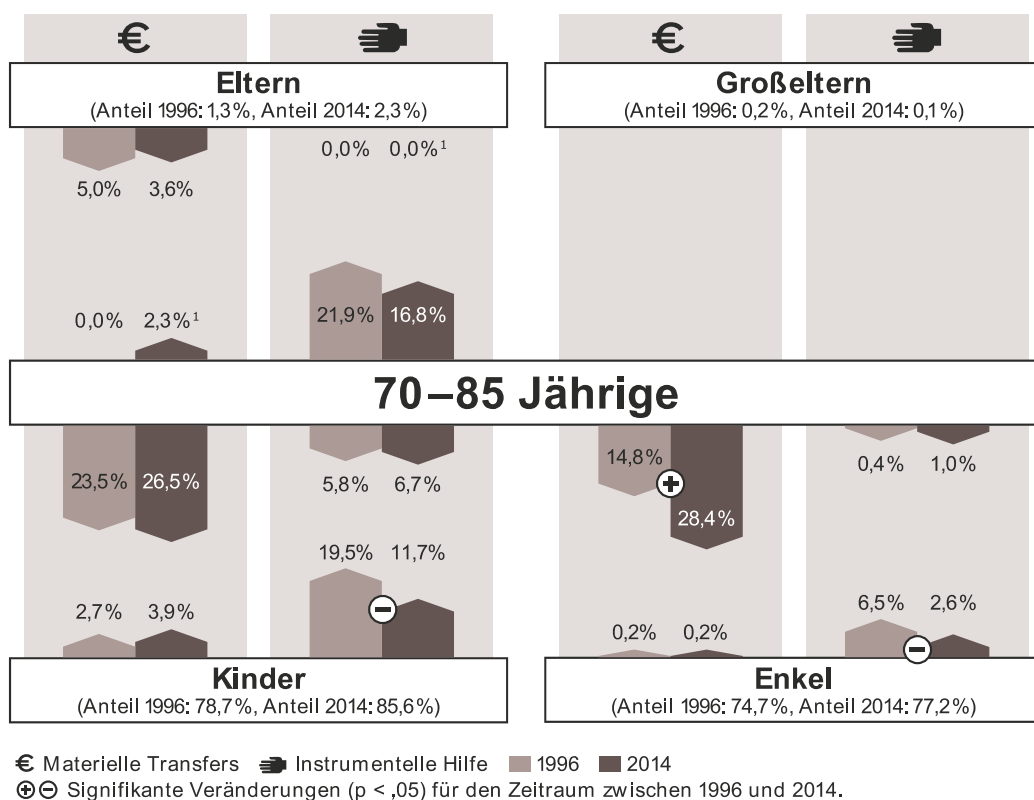
Materielle Transfers an jüngere Generationen finden im Jahr 2014 häufiger statt als im Jahr 1996.

Insgesamt sind die intergenerationalen Transfers auf einem hohen Niveau verblieben. Es gibt keine Hinweise darauf, dass sie in ihrer Gesamthäufigkeit zurückgegangen wären. Bei genauerer Betrachtung konkreter Generationenbeziehungen und Transferrichtung werden allerdings zwei Trends sichtbar: Erstens geben Personen in der zweiten Lebenshälfte 2014 häufiger materielle Unterstützung als 1996 – vor allem an ihre Kinder und Enkelkinder, aber auch an ihre Eltern. Zweitens erhalten sie von ihren Kindern und Enkelinnen und Enkeln seltener instrumentelle Hilfe.

Das häufigere Auftreten materieller Transfers zeigt sich erwartungsgemäß lebensphasenbeziehungsweise familienphasenspezifisch: So sind in der Gruppe der 40- bis 54-Jährigen signifikant häufiger Geld- und Sachleistungen an eigene Eltern (1996: 3,8 Prozent, 2014: 6,8 Prozent) und erwachsene Kinder auszumachen (1996: 35,6 Prozent, 2014: 44,9 Prozent). In der mittleren Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen sind vor allem die materiellen Transfers an erwachsene Kinder (1996: 29,5 Prozent, 2014: 37,5 Prozent) und Enkelkinder häufiger (1996: 8,1 Prozent, 2014: 15,8 Prozent). In der ältesten Gruppe (70 bis 85 Jahre) sind ausschließlich die Anteile von Personen größer, die Geld- und Sachgeschenke an ihre Enkelkinder geben (1996: 14,8 Prozent, 2014: 28,4 Prozent). Dabei ist es offenbar kurzfristig zu diesem Anstieg materieller Transfers im Jahr 2014 gekommen, denn zwischen 1996 und 2008 ist diese Unterstützung für erwachsene Kinder kontinuierlich zurückgegangen (vgl. Tabelle A 16-1 im Anhang, Mahne & Motel-Klingebiel, 2010). Die deutlich häufigere materielle Unterstützung von außerhalb des elterlichen Haushaltes wohnenden Kindern deutet möglicherweise auf deren gestiegene finanzielle Abhängigkeit von ihren Eltern hin. So scheinen materielle Zuwendungen im Jahr 2014 seltener auf die Zeit der Ausbildung und des Berufseinstieges der jungen erwachsenen Kinder beschränkt zu bleiben, sondern schließen offenbar auch die Phase der Familiengründung oder auch Erwerbsunterbrechungen im Erwachsenenalter ein. Der insgesamt beträchtliche Anstieg des Auftretens (groß-)elterlicher Zuschüsse impliziert neben dem gestiegenen Unterstützungsbedarf seitens der jüngeren Generationen, dass die älteren Generationen als Geber hierzu finanziell in der Lage sind – und zwar nicht nur, solange sie selbst erwerbstätig sind, sondern auch dann, wenn sie das Rentenalter erreicht haben. Dahinter ist eine Verbesserung der finanziellen Ressourcenausstattung in allen Altersgruppen der zweiten Lebenshälfte zu vermuten (vgl. Kapitel 6 und 7).

Abbildung 16-1: Transferraten intergenerationaler Unterstützung, nach Alter, in den Jahren 1996 und 2014 (in Prozent)





Quelle: DEAS 1996 (n = 4.838), 2014 (n = 6.002), gewichtet, gerundete Angaben.

¹ Aufgrund geringer Fallzahlen konnten keine Tests zur Prüfung signifikanter Unterschiede zwischen 1996 und 2014 durchgeführt werden. Nicht berichtete Transferraten beruhen auf einer Gruppengröße n ≤ 10.

Im Jahr 2014 erhalten ältere Familiengenerationen seltener instrumentelle Hilfen von Jüngeren als im Jahr 1996.

Signifikante Rückgänge für den Erhalt instrumenteller Hilfe zeigen sich zwischen 1996 und 2014 nur für die mittlere und die älteste Altersgruppe und damit besonders für diejenigen Personen, die potenziell verstärkt auf Hilfe bei der Alltagsführung angewiesen sein dürften. Besonders deutlich wird diese Entwicklung in der Gruppe der 70- bis 85-Jährigen: Hier ist der Anteil von Personen, die Unterstützung im Alltag von ihren erwachsenen Kindern erhalten, im Jahr 2014 (11,7 Prozent) geringer als im Jahr 1996 (19,5 Prozent). Auch von den Enkeln werden sie 2014 seltener durch Hilfe im Alltag unterstützt (1996: 6,5 Prozent, 2014: 2,6 Prozent). Hinter dieser Entwicklung werden zum einen auf Seiten der jüngeren Generation verschlechterte Bedingungen zur Leistung instrumenteller Hilfe vermutet: Vor allem dürften gestiegene Wohndistanzen zwischen den Generationen gerade das Erbringen praktischer Hilfe erschweren, da diese typischerweise eine gewisse räumliche Nähe voraussetzt (vgl. Kapitel 14). Zudem werden für (Groß-)Eltern zwischen 40 und 85 Jahren im Jahr 2014 geringere durchschnittliche Kinder- beziehungsweise Enkelzahlen beobachtet als im Jahr 1996 (vgl. Kapitel 15). Sind insgesamt weniger Kinder und Enkelkinder verfügbar, reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, von einem dieser (Enkel-)Kinder Hilfeleistungen zu bekommen. Zum anderen ist auf Seiten der älteren Generation – hier als Empfänger – eine zunehmende Unabhängigkeit von den Nachkommen insofern zu vermuten, als gesundheitliche Einschränkungen insbesondere im hohen Alter seltener auftreten (vgl. Kapitel 8). Außerdem wird Unterstützung häufiger durch Personen aus dem Wohnumfeld wie Nachbarinnen

und Nachbarn oder durch Freundinnen und Freunde geleistet. Schließlich macht es die gute materielle Lage der Älteren möglich, angesichts weiter gestreuter familialer Netze alternativ oder zusätzlich auch bezahlte Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Intergenerationale Transfers folgen 2014 demselben Muster wie 1996.

Angesichts der genannten Verschiebungen kristallisiert sich im Jahr 2014 noch deutlicher als für 1996 das für die Beschreibung des Austausches zwischen den Generationen geprägte Kaskadenmodell heraus: Generationenabwärts fließende Transfers – unabhängig ihrer Art – übersteigen die in entgegengesetzter Richtung erbrachte Unterstützung. Die Bilanz von Nehmen und Geben fällt zugunsten der jüngeren Generationen aus, was am Beispiel der mittleren Altersgruppe verdeutlicht werden soll: Im Jahr 2014 unterstützen von den 55- bis 69-jährigen Eltern mit volljährigen und selbstständigen Kindern 37,5 Prozent ihre Kinder materiell und 13,4 Prozent unterstützen sie instrumentell. Umgekehrt erhalten 2,7 Prozent materielle und 10,5 Prozent instrumentelle Hilfe von ihren Kindern.

Reziprok ist das Transfergeschehen insofern weiterhin, als trotz der unausgeglichene Gesamtbilanz (die sich offenbar auch nicht über den Verlauf der Familienphasen hinweg ausgleicht) eine Gegenseitigkeit besteht: In fast allen betrachteten Beziehungstypen kann der Tausch von materiellen und instrumentellen Hilfen beobachtet werden. Zwar fließen häufiger materielle Ressourcen von älteren zu jüngeren Generationen, doch umgekehrt fällt die Bilanz instrumenteller Hilfen zugunsten der jeweils älteren Generation aus. Dieses Bild zeigt sich umso stärker, je älter die Generationenbeziehungen sind und spiegelt damit offenbar altersspezifische Bedarfe wider: So unterstützen im Jahr 2014 beispielsweise 26,5 Prozent der 70-bis 85-Jährigen ihre erwachsenen Kinder materiell und 3,9 Prozent erhalten vergleichbare Transfers. Mit Blick auf instrumentelle Hilfe stellt sich das Verhältnis umgekehrt dar: 6,7 Prozent geben entsprechende Hilfe an Kinder und 11,7 Prozent erhalten sie. Das bedeutet, dass die ältere Generation häufiger als die jüngere Generation Geld- und Sachleistungen gibt, doch zugleich erhält sie häufiger instrumentelle Hilfe.

Die Häufigkeit materieller Transfers von Großeltern an Enkelkinder hat sich zwischen 1996 und 2014 fast verdoppelt.

Grundsätzlich konzentriert sich der Tausch von Hilfe und Unterstützung auf benachbarte Generationen. So fallen fast durchweg die Transferquoten von und zu den eigenen Eltern und Kindern deutlich höher aus, als von und zu den Großeltern und Enkelkindern. Doch bereits 2008 hatte sich angedeutet, dass materielle Transfers von Großeltern zunehmend direkt an Enkelkinder fließen, statt dass sie vermittelt über die Kindergeneration die Enkelkinder erreichen (Mahne & Motel-Klingebiel, 2010). Dieser Trend setzt sich im Jahr 2014 fort: So haben sich in der mittleren (55- bis 69-Jährige) und der ältesten Gruppe (70- bis 85-Jährige) jeweils die Prävalenzraten materieller Transfers an Enkelkinder zwischen 1996 und 2014 beinahe verdoppelt: Von 8,1 Prozent auf 15,8 Prozent beziehungsweise von 14,8 Prozent auf 28,4 Prozent. Da insbesondere in den beiden ältesten Altersgruppen (das heißt ab dem 55. Lebensjahr) im Jahr 2014 im Durchschnitt weniger Enkelkinder vorhanden sind als noch im Jahr 1996, fallen diese steigenden Transferraten mit weniger Enkelkindern zusammen. Entsprechend ist zu vermuten, dass vor allem Enkelkinder von den veränderten Transferflüssen profitieren.

Das Austauschmuster unterscheidet sich nicht zwischen Männern und Frauen.

Insgesamt zeigen sich keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede. Anders als für die Enkelkinderbetreuung (vgl. Kapitel 15), die Übernahme von Hausarbeit (vgl. Kapitel 13) sowie die

Unterstützung, die im Fall gesundheitlicher Einschränkungen für andere erbracht wird (vgl. Kapitel 12), finden sich für den intergenerationalen Austausch von Unterstützung keine Hinweise für die Vermutung, dass Frauen hieran stärker beteiligt wären (vgl. Tabellen A 16-1 bis A 16-4 im Anhang). Sowohl für materielle aber auch instrumentelle Hilfen zeigen sich in den einzelnen Generationenbeziehungen keine systematischen Geschlechtsunterschiede. Auch lassen sich keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Veränderungen der Prävalenzraten zwischen den Jahren 1996 und 2014 erkennen. Lediglich die instrumentelle Hilfe, die für Eltern erbracht wird, hat unter den Männern der zweiten Lebenshälfte signifikant an Häufigkeit gewonnen – nicht aber unter den Frauen (vgl. Tabelle A 16-3 im Anhang). Dieser auf Männer beschränkte Anstieg ist möglicherweise Ausdruck dafür, dass die Zeitressourcen der Frauen bereits stark durch die Übernahme anderer familialer Aufgaben wie Hausarbeit und Enkelbetreuung in Verbindung mit wachsender Erwerbsbeteiligung beansprucht sind.

16.4 Diskussion und Implikationen

Mit der Vertikalisierung der Familienstruktur, wonach immer häufiger Mitglieder mehrerer Generationen gleichzeitig leben, hat sich der Möglichkeitsspielraum, eventuell aber auch die Notwendigkeit für den Austausch von Geld- und Sachleistungen oder Hilfen bei der Alltagsführung zwischen den Generationen vergrößert. Dabei sind intergenerationale Transfers nicht nur Ausdruck des aktuellen Zusammenhalts zwischen den Generationen, sondern stellen zugleich eine Investition in zukünftige Bedarfssituationen dar. So bilden materielle und instrumentelle Hilfen zwischen den Generationen eine tragende Säule der individuellen Daseinsvorsorge und sind gerade in Notfallsituationen ein flexibles und wirkungsvolles Instrument, Risiken des Lebens abzufangen oder zumindest abzumildern. Entsprechend würde ein Rückgang gegenseitiger Transferleistungen innerhalb der Familie einen Verlust bedeuten, vor allem dann, wenn dieser von den Generationen nicht gewollt ist, sondern das Resultat fehlender materieller oder zeitlicher Ressourcen oder ungünstiger Gelegenheitsstrukturen ist. Werden dann benötigte Hilfen und Unterstützung nicht durch andere, professionelle oder institutionalisierte Quellen kompensiert, besteht die Gefahr, dass Versorgungsdefizite entstehen.

Die vorliegenden Auswertungen bieten keine Anhaltspunkte für einen Rückgang intergenerationaler Unterstützung innerhalb der Familie. So ist die Gesamthäufigkeit der Transfers zwischen den familialen Generationen weitgehend stabil geblieben. Personen zwischen 40 und 85 Jahren empfangen im Jahr 2014 nicht nur Hilfe von anderen Familienmitgliedern, sondern sind selbst auch oft Quelle von Unterstützung. In finanzieller Hinsicht deutet sich sogar an, dass sie 2014 stärker noch als 1996 eine wichtige Institution zur Umverteilung materieller Ressourcen sind. Der Befund gestiegener materieller Transferraten an Familienmitglieder ist zudem vor dem Hintergrund weiterer Trends zu bewerten wie die Zunahme der Betreuungsquote von Enkelkindern (vgl. Kapitel 15) und der Anstieg des Anteils derer, die kranke Angehörige unterstützen und pflegen (vgl. Kapitel 12). Aus diesen Befunden kann auf ein außerordentliches Unterstützungspotenzial der heutigen 40- bis 85-Jährigen geschlossen werden.

Allerdings lässt sich insbesondere der hier beobachtete Anstieg materieller Transferraten an nachfolgende Familiengenerationen auch als eine einsetzende Verschiebung intergenerationaler Abhängigkeitsverhältnisse verstehen: Während sich die (finanzielle) Unabhängigkeit der älteren Generationen weiterhin vergrößert hat – hauptsächlich bedingt durch deren verbesserte Einkommens- und Vermögenslage (vgl. Kapitel 6 und 7; Vogel & Künemund 2014) – sind die

jüngeren Generationen vermutlich stärker auf die finanzielle Unterstützung durch ihre (Groß-)Eltern angewiesen. Eine solche Entwicklung birgt durchaus Risiken in sich: So könnten die Generationenbeziehungen überlastet werden, vor allem wenn gesteigerte Erwartungen von instrumentellen Gegenleistungen, aber auch von emotionaler Zuwendung oder gemeinsam verbrachter Zeit von den jüngeren Familiengenerationen nicht erfüllt werden wollen oder nicht erfüllt werden können. Das dürfte ein gewisses Potenzial für Konflikte und Ambivalenzen innerhalb des familialen Beziehungsgeflechtes mit sich bringen. Darüber hinaus ist eine solche finanzielle Abhängigkeit der jüngeren von älteren Familiengenerationen auch insofern riskant, als dass sich die Wirtschaftslage zukünftiger Eltern- und Großelterngenerationen wieder verschlechtern kann. Ein (Wieder-)Anstieg von Altersarmut wird bereits prognostiziert (Vogel & Künemund 2014). Damit würde nicht nur eine wichtige Unterstützungsquelle jüngerer Generationen verloren gehen, zugleich könnten dadurch die älteren Generationen wieder selbst verstärkt auf Hilfen ihrer erwachsenen Nachkommen angewiesen sein. Dementsprechend sollten – trotz des offenbar beträchtlichen Potenzials intergenerationaler Solidarität – sozialpolitische Maßnahmen darauf bedacht sein, die gewonnene Selbstständigkeit der Familiengenerationen zu erhalten beziehungsweise weiter zu fördern. Das meint nicht nur eine ausreichende Absicherung im Rentenalter, sondern auch die finanzielle und alltagspraktische Unterstützung junger (Familien-)Generationen. An erster Stelle sollte es allerdings darum gehen, die Möglichkeiten einträglicher (Frauen-)Erwerbstätigkeit weiterhin zu verbessern, um auf diese Weise eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen.

Literatur

- Albertini, M., & Kohli, M. (2013). The generational contract in the family: An analysis of transfer regimes in Europe. *European Sociological Review*, 29(4), 828-840.
- Alessie, R., Angelini, V., & Pasini, G. (2014). Is it true love? Altruism versus exchange in time and money transfers. *De Economist*, 162(2), 193-213.
- Deindl, C., Brandt, M., & Hank, K. (2014). Generationen in Europa: Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. In: A. Steinbach, M. Hennig & O. Arránz Becker (Hrsg.) *Familie im Fokus der Wissenschaft* (Familienforschung, S. 299-325). Wiesbaden: Springer.
- Hank, K. (2015). Intergenerationale Beziehungen. In: P. B. Hill & J. Kopp (Hrsg.) *Handbuch Familiensoziologie* (S. 463-486): Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Igel, C. (2012). *Finanzielle Transfers* (Großeltern in Europa). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kahn, J. R., McGill, B. S., & Bianchi, S. M. (2011). Help to Family and Friends: Are There Gender Differences at Older Ages? *Journal of Marriage and Family*, 73(1), 77-92. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00790.x.
- Kohli, M., & Künemund, H. (2001). Geben und Nehmen. Die Älteren im Generationenverhältnis. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4(4), 513-528.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel-Klingebiel, A., & Szydlik, M. (2005). Generationenbeziehungen. In: M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.) *Die zweite Lebenshälfte: Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (Bd. 2, S. 157-175). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Künemund, H., & Rein, M. (1999). There is more to receiving than needing: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing & Society*, 19(01), 93-121. doi: doi:null.
- Litwin, H., Vogel, C., Künemund, H., & Kohli, M. (2008). The balance of intergenerational exchange: correlates of net transfers in Germany and Israel. *European journal of ageing*, 5(2), 91-102.

- Mahne, K., & Motel-Klingebiel, A. (2010). Familiäre Generationenbeziehungen. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 188-214). Stuttgart: Kohlhammer.
- Marbach, J. H. (1997). Sozialer Tausch unter drei familiär verbundenen Generationen. In: J. Mansel (Hrsg.) *Generationen-Beziehungen, Austausch und Tradierung* (S. 85-96). Opladen: Westdt. Verlag.
- Motel-Klingebiel, A., Mahne, K., & Huxhold, O. (2010). Was treibt Transfers zwischen Eltern und erwachsenen Kindern an? Zur Dynamik familiärer Generationenbeziehungen im späten Lebenslauf. In: A. Ette, K. Ruckdeschel & R. Unger (Hrsg.) *Potenziale intergenerationaler Beziehungen: Chancen und Herausforderungen für die Gestaltung des demografischen Wandels*. Würzburg: Ergon Verlag.
- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Römer, C., & von Kondratowitz, H. J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and society*, 25(06), 863-882.
- Rosenthal, C. J. (1985). Kinkeeping in the familial division of labor. *Journal of Marriage and the Family*, 47(4), 965-974.
- Vogel, C. (2008). *Generationenbilanzen familiärer Unterstützungsleistungen im europäischen Vergleich*. Vechta: Zentrum Altern und Gesellschaft der Hochschule Vechta.
- Vogel, C., & Künemund, H. (2014). Armut im Alter. In: S. Frech & O. Groh-Samberg (Hrsg.) *Armut in Wohlstandsgesellschaften* (S. 123-136). Schwalbach im Taunus Wochenschau Verlag.

17 Wahlverwandtschaften: Sind Freunde für die soziale Integration wichtiger geworden?

Anne Böger, Oliver Huxhold & Julia K. Wolff

Kernaussagen

Im Jahr 2014 haben die 40- bis 85-Jährigen mehr Personen in ihrem engen Netzwerk als im Jahr 1996: Im Jahr 2014 nennen die Befragten im Durchschnitt etwa fünf Personen (4,9 Personen), die ihnen wichtig sind und mit denen sie regelmäßig Kontakt haben. Dies ist im Mittel etwa eine Person mehr als noch im Jahr 1996 (4,1 Personen).

Mehr Menschen haben im Jahr 2014 Freundinnen oder Freunde im engen Netzwerk als 1996 – diese können auch von mehr Menschen um Rat oder Trost gefragt werden: Während im Jahr 1996 46,1 Prozent der Personen mindestens eine befreundete Person im engen Netzwerk hatten, sind es im Jahr 2014 schon 56,2 Prozent. Zudem hat mehr als ein Drittel (39,3 Prozent) der 40- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 befreundete Personen, an die sie sich für einen Rat wenden können und 35,7 Prozent haben Freundinnen oder Freunde, die Trost spenden können. Im Jahr 1996 waren es noch 24,1 beziehungsweise 23,2 Prozent.

Altersunterschiede in der emotionalen Unterstützung durch Freundinnen oder Freunde sind im Jahr 2014 größer als noch im Jahr 1996: Bei Älteren ist der Zuwachs im Anteil von Personen mit Freundinnen und Freunden, die Trost spenden können, geringer ausgeprägt als im mittleren Alter. Dadurch haben sich Altersunterschiede zwischen 1996 und 2014 vergrößert. Weniger als ein Viertel (22,0 Prozent) der 70-bis 85-Jährigen nennt im Jahr 2014 Freundinnen oder Freunde, die emotionale Unterstützung leisten können. Bei den 40- bis 54-Jährigen sind es hingegen 44,8 Prozent.

Altersunterschiede bei Freizeitaktivitäten mit Freundinnen oder Freunden werden zwischen 1996 und 2014 geringer: Im Jahr 2014 nennen mehr 40- bis 85-Jährige mindestens eine Freizeitaktivität mit Freundinnen und Freunden (61,6 Prozent) als noch im Jahr 1996 (50,9 Prozent). Bei den Älteren – vor allem bei den 66- bis 71-Jährigen – ist der Zuwachs stärker als bei Personen im mittleren Erwachsenenalter. Dadurch unterscheiden sich Ältere und Jüngere im Jahr 2014 weniger stark in den Freizeitaktivitäten mit Freundinnen und Freunden als noch im Jahr 1996.

Bildungsunterschiede bei den Freizeitaktivitäten mit Freundinnen und Freunden nehmen zwischen 1996 und 2014 zu: Bei höher Gebildeten wächst der Anteil von Personen, die Freizeitaktivitäten mit befreundeten Personen berichten zwischen 1996 bis 2014 – nicht so bei den niedrig Gebildeten, sodass sich Bildungsunterschiede vergrößert haben. Mehr als zwei Drittel (69,7 Prozent) der hoch Gebildeten berichten im Jahr 2014 Freizeitaktivitäten mit Freundinnen oder Freunden. Bei den niedrig Gebildeten ist es weniger als die Hälfte der Personen (43,9 Prozent).

17.1 Einleitung

Soziale Beziehungsnetzwerke sind eine zentrale Voraussetzung für Zufriedenheit, Sicherheit und persönliches Wachstum (Baumeister & Leary 1995). Sie erfüllen nicht nur grundlegende Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Wertschätzung, sondern sind auch Quelle für Unterstützung, Wissen und neue Perspektiven sowie für positive Erlebnisse im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten.

Im Zuge veränderter Lebensbedingungen und der Verbreitung postmaterialistischer Werte haben die Beziehungsnetzwerke der 40- bis 85-Jährigen in den letzten Jahrzehnten einen vielfältigen Wandel erfahren (vgl. Kapitel 13, 14, 15 und 16). Ein Zuwachs in der Erwerbsbeteiligung von Frauen, eine höhere geografische Mobilität sowie ein stärkeres Streben nach Selbstbestimmtheit und Selbstentfaltung haben die Ausgestaltung persönlicher Beziehungen beeinflusst. Personen im mittleren Erwachsenenalter leben seltener in langjährigen Ehen (vgl. Kapitel 13) und bleiben häufiger kinderlos (vgl. Kapitel 14). Durch eine sinkende Geburtenrate sind familiäre Netzwerke häufig schmaler geworden. Zudem hat sich die Wohnentfernung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern vergrößert (vgl. Kapitel 14).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen wird nicht selten befürchtet, dass Personen in der zweiten Lebenshälfte immer weniger Bezugspersonen und Potenzial für soziale Unterstützung zur Verfügung haben. Denkbar ist jedoch auch, dass es zu einer Umgestaltung von Beziehungsnetzwerken und -modellen kommt, sodass Bedürfnisse nach Nähe und Unterstützung besser mit den veränderten Lebensbedingungen und Werthaltungen der 40- bis 85-Jährigen vereinbar sind. Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS) weisen darauf hin, dass eine hohe emotionale Nähe von Generationenbeziehungen auch über geografische Distanz aufrechterhalten werden kann (vgl. Kapitel 14; Engstler & Huxhold 2010). Ebenso scheint ein Rückgang der Institution Ehe nicht zwangsweise mit einem Anstieg von Partnerlosigkeit, sondern eher mit einer stärkeren Verbreitung alternativer Partnerschaftsmodelle (zum Beispiel der nichtehelichen Partnerschaft) einherzugehen (vgl. Kapitel 13; Engstler & Tesch-Roemer 2010). Ein Rückgang traditioneller Beziehungsstrukturen muss somit nicht zwangsläufig einen Verlust sozialer Integration bedeuten.

Auch gibt es Hinweise darauf, dass selbstgewählte Beziehungen für das Sicherstellen sozialer Integration an Bedeutung gewonnen haben. So zeigten frühere Studien und Befunde des DEAS, dass Freundinnen und Freunde für Personen in der zweiten Lebenshälfte zunehmend ein stabiler Bestandteil sozialer Netzwerke (Suanet, van Tilburg, & van Groenou 2013) und eine bedeutsame Quelle für soziale Unterstützung sind (Huxhold, Mahne, & Naumann 2010). Freundschaften können in besonderem Maße dazu geeignet sein, den Wunsch nach Nähe und Unterstützung mit einem zunehmend verbreiteten Individualisierungsstreben zu vereinen. Im Gegensatz zu familialen Beziehungen können außerfamiliale Netzwerke eigenständig, anhand eigener Interessen und Charakteristiken ausgewählt werden. Zudem sind Bindungen mit Freundinnen und Freunden weniger durch Gefühle der Verpflichtung und feste Normen gekennzeichnet als familiäre Beziehungen. Insgesamt gewährleisten freundschaftliche Beziehungen somit ein hohes Potenzial für Selbstentfaltung, Selbstbestimmtheit sowie für den Austausch anregender Perspektiven und Informationen. Gleichzeitig können vor allem langjährige Freundinnen und Freunde auch eine wichtige Quelle für Nähe, Zugehörigkeitsempfinden und Unterstützung sein.

Angesichts dieser besonderen Potenziale kann vermutet werden, dass Freundinnen und Freunde innerhalb der letzten Jahrzehnte an Bedeutung gewonnen haben. Die Stärke des Bedeutungszuwachses könnte sich hierbei zwischen Alters- und Bildungsgruppen unterscheiden.

Häufig wird die Veränderung beziehungsrelevanter Werthaltungen und Lebensbedingungen als Folge der Expansion von Bildung und Wohlstand im Verlaufe der Nachkriegszeit verstanden. Vor diesem Hintergrund sollte die wachsende Bedeutung von Freundschaften in der Gruppe der 40- bis 85-Jährigen vor allem bei späteren Geburtskohorten und hier verstärkt bei höher Gebildeten erkennbar sein.

Generell ist davon auszugehen, dass sich sowohl die Wichtigkeit außerfamiliärer Beziehungen als auch die Möglichkeiten solche Bindungen aufzubauen zwischen Personen unterschiedlichen Alters, Geschlechts und Bildungsniveaus unterscheiden. Aufgrund einer Zunahme funktionaler Einschränkungen mit dem Alter (vgl. Kapitel 8) kann sich das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung erhöhen (Shaw, Krause, Liang, & Bennett 2007), was zu einem Ungleichgewicht im Austausch von Unterstützungsleistungen zwischen den beteiligten Personen führen kann. In engen und vor allem familialen Beziehungen wird eine Verletzung der Reziprozitätsnorm für soziale Unterstützung aufgrund von stärkeren Verpflichtungsgefühlen eher akzeptiert als in weniger engen Freundschaften und Bekanntschaften (Ikink & van Tilburg 1998; Neyer, Wrzus, Wagner, & Lang 2011). Denkbar ist somit, dass Familienbeziehungen bei einem einseitig erhöhten Unterstützungsbedarf leichter bewahrt werden können als außerfamiliäre Beziehungen. Zudem leidet nicht nur die ältere Person selbst, sondern auch ihre gleichaltrigen Freundinnen und Freunde unter gesundheitlichen Verlusten, während familiäre Netzwerke in der Regel unterschiedliche Generationen umfassen. Angesichts dieser Entwicklungen ist denkbar, dass Freundschaften im höheren Alter schlechter aufrechterhalten werden können als familiäre Bindungen.

Der Stellenwert freundschaftlicher Beziehungen könnte sich auch zwischen den Geschlechtern unterscheiden. Studien weisen darauf hin, dass sich Männer für den Erhalt von emotionaler Unterstützung vor allem auf ihre Partnerin verlassen, während Frauen verstärkt außerfamiliäre Beziehungen heranziehen (zum Beispiel Antonucci & Akiyama 1987). Im Einklang mit dieser Idee zeigten frühere Befunde des DEAS, dass Frauen häufiger emotional enge Beziehungen zu Freundinnen und Freunden berichten als Männer (Huxhold et al. 2010). Keine Geschlechtsunterschiede zeigten sich hingegen in der Rolle von Freundinnen und Freunden als Quelle für Rat. Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind somit vor allem in der emotionalen Enge von Freundschaften, weniger jedoch im Austausch von Rat und der Gestaltung gemeinsamer Aktivitäten zu erwarten.

Zuletzt könnte sich die Rolle von Freundschaften auch zwischen Bildungsgruppen unterscheiden. Studien weisen darauf hin, dass soziale Netzwerke von Personen mit niedriger Bildung häufiger familienzentriert sind als die von Personen mit höherer Bildung (Van Groenou & Van Tilburg 2003). Dies könnte auf Unterschiede in Aktivitäten und Ressourcen zurückgeführt werden. Bildungsunterschiede hinsichtlich berufsbedingter Mobilität sowie beruflichen Aufgaben könnten dazu beitragen, dass Personen mit höherer Bildung verstärkt außerfamiliäre Kontakte knüpfen können beziehungsweise müssen und dadurch weniger auf die Familie zentriert sind (zum Beispiel Fors & Lennartsson 2008). Des Weiteren beeinflussen finanzielle Ressourcen die Möglichkeiten für gemeinsame Freizeitaktivitäten, welche für die Entwicklung und Aufrechterhaltung außerfamiliärer Beziehungen einen besonderen Stellenwert haben könnten. Auch Unterschiede in beziehungsrelevanten Werten könnten eine Rolle spielen. So gibt es Hinweise darauf, dass das Streben nach Individualität bei hoher Bildung und finanzieller Sicherheit stärker ausgeprägt ist als bei niedrigem Bildungsniveau (zum Beispiel Kroh 2008).

Insgesamt sind also sowohl ein Wandel in den sozialen Netzwerken und Aktivitäten über die letzten Jahre, als auch Unterschiede zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen zu erwarten. Daher widmet sich dieses Kapitel den folgenden Fragestellungen:

1. Wie haben sich verschiedene Facetten sozialer Integration (enge Netzwerke, Potenzial für soziale Unterstützung, soziale Freizeitaktivitäten) gewandelt und wie unterscheiden sie sich zwischen gesellschaftlichen Gruppen?
2. Haben Freundschaften für die verschiedenen Facetten sozialer Integration (als Teil des engen Netzwerks, als Quelle für soziale Unterstützung, als Partner sozialer Freizeitaktivitäten) an Bedeutung gewonnen und wie unterscheidet sich ihre Bedeutung zwischen gesellschaftlichen Gruppen?

17.2 Datengrundlage

Daten. Für die Beantwortung der Fragestellungen werden die Daten der 40- bis 85-Jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des DEAS aus den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 genutzt. Es werden vier Facetten sozialer Integration betrachtet: 1) das enge Netzwerk, 2) das Potenzial für informationelle Unterstützung, 3) das Potenzial für emotionale Unterstützung und 4) die sozialen Freizeitaktivitäten. Für alle Facetten ist hierbei vor allem der Anteil von Befragten mit Freundinnen und Freunden von Interesse. Angaben zu den vier Indikatoren sozialer Integration wurden in allen vier Befragungsjahren des DEAS von 1996 bis 2014 im Zuge des mündlichen Interviews erhoben.

Enges Netzwerk. Zur Erfassung des engen Netzwerks wurden die Befragten gebeten, bis zu acht Personen aufzuzählen, die ihnen wichtig sind und mit denen sie regelmäßig Kontakt haben. Anhand der Angaben wurde die Größe des engen Netzwerks (null bis acht) ermittelt. Zudem wurde der Anteil an Personen mit mindestens einem freundschaftlichen Kontakt (Freundin und Freund, Arbeitskollegin und Arbeitskollege, Nachbarin und Nachbar, Vereinsmitglied, Bekannte und Bekannter) in ihrem Netzwerk bestimmt.

Potenzial für informationelle Unterstützung. Zur Erfassung der Potenzials für informationelle Unterstützung wurden die Befragten gebeten bis zu fünf Personen zu nennen, an die sie sich wenden können, um nach Rat zu fragen. Aus den Angaben wurde die Anzahl potenzieller Ratgeberinnen und Ratgeber (null bis fünf) ermittelt. Des Weiteren wurde der Anteil an Personen mit zumindest einem freundschaftlichen Kontakt (Freundin und Freund, Arbeitskollegin und Arbeitskollege, Nachbarin und Nachbar, Vereinsmitglied, Bekannte und Bekannter) als Quelle für Rat bestimmt.

Potenzial für emotionale Unterstützung. Mit einem ähnlichen Maß wurde das Potenzial für emotionale Unterstützung abgebildet. Wiederum nannten die Befragten bis zu fünf Personen, an die sie sich wenden können, um Trost oder Aufmunterung zu erhalten. Neben der Gesamtanzahl von Personen, die Trost geben können (null bis fünf), wurde auch hier der Anteil an Personen mit mindestens einem freundschaftlichen Kontakt (Freundin und Freund, Arbeitskollegin und Arbeitskollege, Nachbarin und Nachbar, Vereinsmitglied, Bekannte und Bekannter) als Quelle für Trost ermittelt.

Soziale Freizeitaktivitäten. Die Freizeitgestaltung wurde über eine Auswahl verschiedener Aktivitäten innerhalb der letzten zwölf Monate erfasst (spazieren gehen, Sport treiben, künstlerisch tätig sein, kulturelle Veranstaltungen besuchen, Sportveranstaltungen besuchen,

Gesellschaftsspiele spielen, Kurse und Vorträge besuchen). Für jede Aktivität gaben die Befragten an, ob sie diese innerhalb der letzten zwölf Monate meist allein oder mit anderen Personen (mit Partnerin und Partner, mit Verwandten, mit Freundinnen und Freunden, im Verein und mit Anderen) ausgeführt haben. Anhand der Antworten wurde die Summe der sozialen Aktivitäten (null bis sieben), das heißt aller Aktivitäten, die nicht meist alleine ausgeführt wurden, ermittelt. Zudem wurde der Anteil an Personen, die zumindest eine Freizeitaktivität mit befreundeten Personen (Aktivität mit Freundinnen und Freunden oder im Verein) ausgeführt haben, ermittelt.

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden im Jahr 2014 wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Altersunterschiede im Wandel wurden anhand von Sechs-Jahres-Altersgruppen untersucht, um Überschneidungen zwischen Erhebungszeitpunkten und Altersgruppen zu vermeiden (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre). Neben Altersunterschieden wurden auch Unterschiede nach Geschlecht und Bildung betrachtet. Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung – drei Bildungsgruppen unterschieden: Personen mit niedriger, mittlerer und hoher Bildung (vgl. Kapitel 2).

Analysen. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete (gruppenspezifische) Mittelwerte oder Häufigkeiten angegeben. Um Gruppenunterschiede auf ihre statistische Signifikanz zu testen, wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau logistische Regressionen (dichotome Variablen) und Varianzanalysen (kontinuierliche Variablen) berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

17.3 Wandel und Unterschiede in der sozialen Integration

Vergleicht man 2014 und 1996, zeigt sich, dass sich die hier betrachteten Facetten sozialer Integration bei den 40- bis 85-Jährigen eher positiv entwickelt haben. Allerdings differiert der Wandel zum Teil zwischen Bildungs- und Altersgruppen.

Im Jahr 2014 haben die 40- bis 85-Jährigen mehr Personen in ihrem engen Netzwerk als im Jahr 1996. Die durchschnittliche Größe der engen Netzwerke hat sich von 1996 bis 2014 um fast eine Person erhöht (1996: 4,1 Personen, 2002: 4,7 Personen, 2008: 4,3 Personen, 2014: 4,9 Personen; vgl. Tabelle A 17-1 im Anhang). Dieser Trend ist für Personen unterschiedlichen Alters, Geschlechts und Bildungsniveaus gleichermaßen erkennbar. Allerdings bestehen im Jahr 2014 bedeutsame Unterschiede zwischen diesen Gruppen. Speziell berichten Personen im mittleren Erwachsenenalter und Frauen mehr Personen in ihrem Netzwerk als Ältere und Männer (vgl. Tabelle A 17-1 im Anhang). Des Weiteren verfügen Personen mit höherer Bildung über größere Netzwerke (5,2 Personen) als Personen mit mittlerer Bildung (4,8 Personen) und Niedriggebildete (4,4 Personen) (ohne Abbildung).

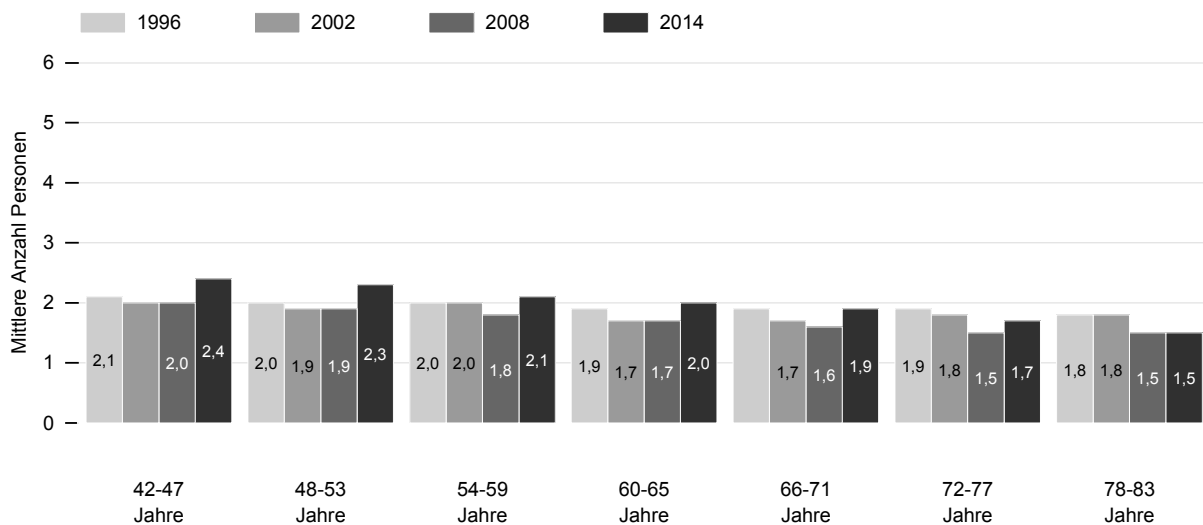
Die durchschnittliche Anzahl von Personen, die informationelle Unterstützung leisten können, hat sich von 1996 bis 2008 leicht reduziert (1996: 2,1 Personen, 2002: 2,0 Personen, 2008: 1,9 Personen; vgl. Tabelle A 17-2 im Anhang). Von 2008 bis 2014 kommt es hingegen in allen Altersgruppen zu einem Zuwachs in der Anzahl potenzieller Ratgeberinnen und Ratgeber. In der Folge ist das durchschnittliche Potenzial für informationelle Unterstützung im Jahr 2014 (2,3 Personen) größer als 1996 (2,1 Personen). Allerdings ist der Langzeitzuwachs von 1996 bis

2014 nur bei den unter 72-Jährigen bedeutsam. Bei Personen, die 72 Jahre oder älter sind, ist die durchschnittliche Anzahl von Ratgeberinnen und Ratgebern im Jahr 2014 hingegen ähnlich hoch wie im Jahr 1996. Zudem unterscheidet sich der Anstieg des informationellen Unterstützungspotenzials zwischen den Geschlechtern. Speziell ist der Zuwachs von 1996 bis 2014 bei den Frauen etwas stärker als bei den Männern. Im Jahr 2014 berichten Personen im mittleren Erwachsenenalter und Frauen von mehr Potenzial für informationelle Unterstützung als Ältere und Männer (vgl. Tabelle 17-2 im Anhang). Zudem ist die Anzahl von Ratgeberinnen und Ratgebern bei Hochgebildeten (2,5 Personen) höher als bei Personen mit mittlerem (2,2 Personen) und niedrigem Bildungsniveau (2,1 Personen) (ohne Abbildung).

Auch die durchschnittliche Anzahl von Personen, die emotionale Unterstützung leisten können, hat sich bis zum Jahr 2008 zunächst reduziert (1996: 2,0 Personen, 2002: 1,9 Personen, 2008: 1,8 Personen; vgl. Tabelle A 17-3 im Anhang). Von 2008 bis 2014 ist hingegen in fast allen Altersgruppen (außer bei den 78- bis 83-Jährigen) ein Zuwachs im Potenzial für emotionale Unterstützung erkennbar (Abbildung 17-1). Schaut man auf die Langezeittrends von 1996 bis 2014, zeigen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Bei den unter 60-Jährigen ist die Anzahl von Personen, die emotionale Unterstützung leisten können im Jahr 2014 bedeutsam höher als im Jahr 1996. Bei den 60- bis 71-Jährigen gibt es hingegen keine bedeutsamen Veränderungen und bei den über 71-Jährigen ist die Anzahl von Personen, die Trost spenden können im Jahr 2014 sogar geringer als noch im Jahr 1996. Auch zwischen den Bildungsgruppen bestehen bedeutsame Unterschiede im Wandel. Vergleicht man 1996 und 2014 (ohne Abbildung), hat das Potenzial für emotionale Unterstützung bei den Hochgebildeten zugenommen (1996: 2,1 Personen, 2014: 2,3 Personen), während es sich bei den Niedriggebildeten reduziert hat (1996: 2,0 Personen, 2014: 1,7 Personen). Insgesamt bestehen im Jahr 2014 somit nicht nur größere Alters-, sondern auch größere Bildungsunterschiede im Potenzial für emotionale Unterstützung als noch im Jahr 1996.

Im Einklang mit dem altersdifferenziellen Wandel berichten Jüngere im Jahr 2014 bedeutsam mehr Personen, die Trost geben können, als Ältere (vgl. Tabelle A 17-3 im Anhang). Ebenso berichten Frauen von mehr Personen für emotionale Unterstützung als Männer (vgl. Tabelle A 17-3 im Anhang). Zudem bestehen bedeutsame Bildungsunterschiede: Hochgebildete haben hierbei mehr Personen, die Trost spenden können (2,3 Personen) als Personen mit mittlerem (2,0 Personen) und niedrigem Bildungsniveau (1,7 Personen) (ohne Abbildung).

Abbildung 17-1: Mittlere Anzahl von Personen, die Trost spenden können, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014

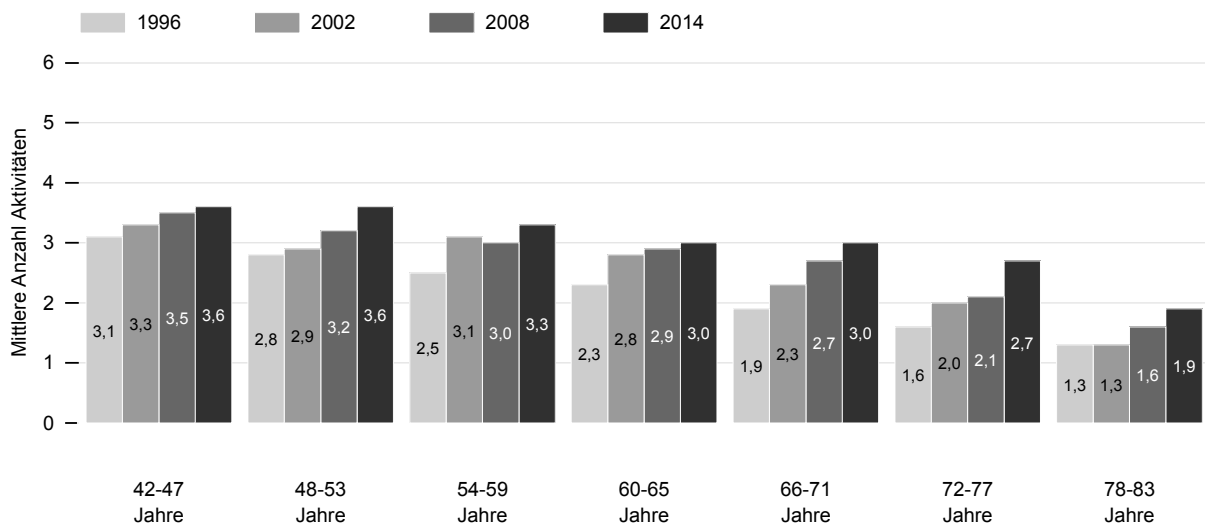


Quelle: DEAS 1996 (n = 4.677), 2002 (n = 2.998), 2008 (n = 6.013), 2014 (n = 5.879), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Abnahme für alle Altersgruppen ab 54 Jahren zwischen 1996 und 2008, signifikante Zunahme für alle außer den 78- bis 83-Jährigen zwischen 2008 und 2014. Signifikanter Unterschied zwischen 1996 und 2014 außer für die Altersgruppen 60 bis 65 Jahre und 66 bis 71 Jahre.

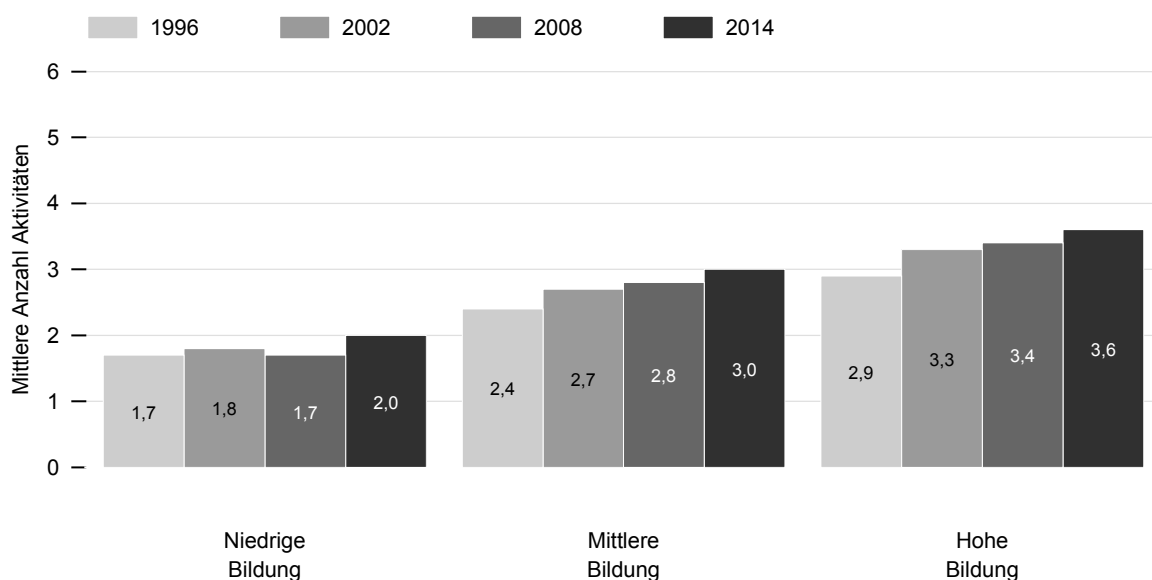
Die durchschnittliche Anzahl von Freizeitaktivitäten, die zusammen mit anderen Personen ausgeübt werden, hat sich von 1996 bis 2014 in allen Altersgruppen bedeutsam erhöht (1996: 2,4 Aktivitäten, 2002: 2,7 Aktivitäten, 2008: 2,9 Aktivitäten, 2014: 3,1 Aktivitäten; vgl. Tabelle A 17-4 im Anhang). In höheren Altersgruppen (vor allem bei den 66- bis 77-Jährigen) ist der Zuwachs hierbei stärker als bei den Jüngeren. In der Folge sind Altersunterschiede in der Anzahl sozialer Freizeitaktivitäten im Jahr 2014 geringer als noch im Jahr 1996. Im Gegensatz dazu haben sich die Bildungsunterschiede in diesem Bereich vergrößert. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass der Zuwachs sozialer Freizeitaktivitäten von 1996 bis 2014 bei den Niedriggebildeten geringer ausgeprägt ist als bei Personen mit höherer Bildung (Abbildung 17-2b). Im Jahr 2014 berichten jüngere Personen mehr soziale Freizeitaktivitäten als Ältere. Zwischen Männern und Frauen unterscheidet sich die Anzahl sozialer Freizeitaktivitäten nicht bedeutsam (vgl. Tabelle A 17-4 im Anhang). Im Einklang mit den differenziellen Trends im Wandel berichten Personen mit höherer Bildung im Jahr 2014 mehr soziale Freizeitaktivitäten (3,6 Aktivitäten) als Personen mit mittlerem (3,0 Aktivitäten) und niedrigem Bildungsniveau (2,0 Aktivitäten).

Abbildung 17-2: Mittlere Anzahl von sozialen Freizeitaktivitäten nach Alter und Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014

a) Nach Alter



b) Nach Bildung



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.550), 2002 (n = 2.883), 2008 (n = 6.190), 2014 (n=5.984), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 a) Unterschiede zwischen 1996 und 2014 in allen Altersgruppen signifikant. In höheren Altersgruppen (vor allem bei den 66- bis 77-Jährigen) Anstieg signifikant stärker. b) Signifikante Zunahme zwischen 1996 und 2014 in allen Bildungsgruppen. Zunahme bei den höheren Bildungsgruppen stärker.

17.4 Wandel und Unterschiede in der Bedeutung von Freundschaften

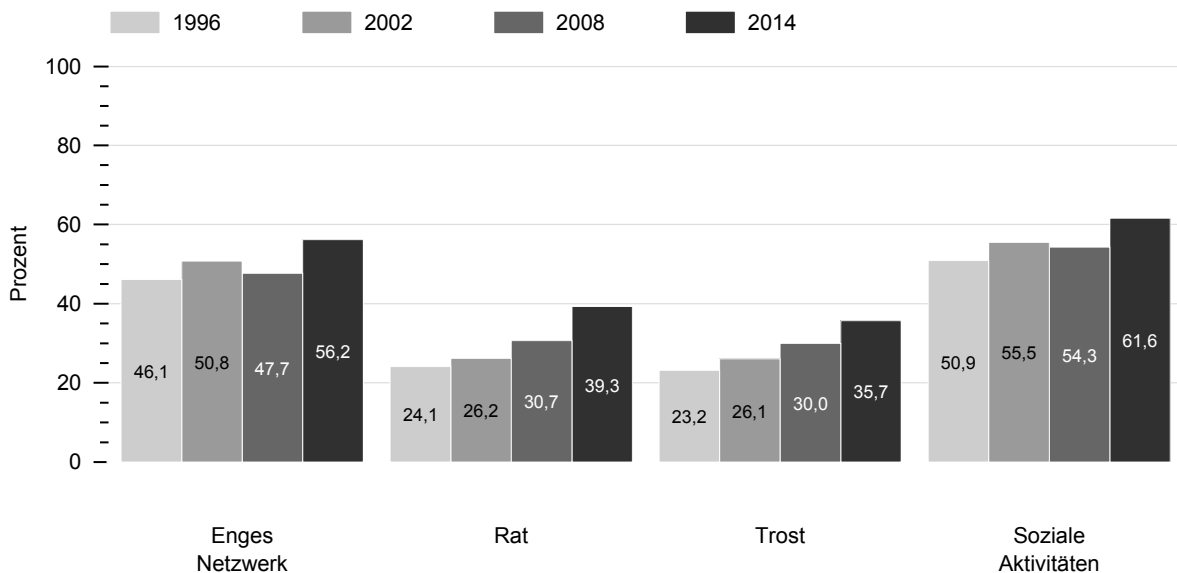
Nach der Betrachtung des Wandels verschiedener Facetten sozialer Integration stellt sich die wichtige Frage, inwiefern sich die beschriebenen Entwicklungen auf Veränderungen im Anteil von Personen mit Freundschaftsbeziehungen zurückführen lassen könnten.

Mehr Menschen haben im Jahr 2014 Freundinnen oder Freunde im engen Netzwerk als 1996 – diese können auch von mehr Menschen um Rat oder Trost gefragt werden.

Im Einklang mit den Erwartungen ist für alle der hier betrachteten Facetten sozialer Integration ein Zuwachs des Anteils von Personen mit Freundinnen und Freunden erkennbar

(Abbildung 17-3). Erneut differenziert dieser Wandel jedoch zum Teil zwischen Alters- und Bildungsgruppen.

Abbildung 17-3: Anteile der Personen mit Freundinnen oder Freunden im engen Netzwerk; die Rat geben können; die Trost spenden können und die Partner für soziale Freizeitaktivitäten sind, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.654 für Netzwerk; n = 4.735 für Rat; n = 4.677 für Trost; n = 4.550 für Soziale Aktivitäten), 2002 (n = 2.982 für Netzwerk; n = 3.031 für Rat; n = 2.998 für Trost; n = 2.883 für Soziale Aktivitäten:), 2008 (n = 6.098 für Netzwerk; n = 6.055 für Rat; n = 6.013 für Trost; n = 6.190 für Soziale Aktivitäten), 2014 (n = 5.940 für Netzwerk; n = 5.880 für Rat; n = 5.879 für Trost; n = 5.984 für Soziale Aktivitäten), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Für alle Indikatoren Unterschiede zwischen 1996 und 2014 signifikant.

Während im Jahr 1996 nur 46,1 Prozent der 40- bis 85-Jährigen Freundinnen und Freunde in ihrem engen Netzwerk berichten, sind es im Jahr 2014 56,2 Prozent (Abbildung 17-3). Dieser Zuwachs ist für Personen unterschiedlichen Alters, Geschlechts und Bildungsniveaus gleichermaßen erkennbar. Wie in der Gesamtgröße des Netzwerks bestehen jedoch auch bei der Einbindung von Freundinnen und Freunden bedeutsame Unterschiede zwischen diesen Gruppen im Jahr 2014. Bei Älteren ist der Anteil von Personen mit Freundinnen und Freunden im engen Netzwerk geringer als bei Jüngeren (40-54 Jahre: 60,1 Prozent, 55-69 Jahre: 56,9 Prozent, 70-85 Jahre: 49,1 Prozent; vgl. Tabelle 17-5 im Anhang). Zudem gibt es mehr Frauen als Männer, die Freundinnen und Freunde in ihrem engen Netzwerk berichten (Frauen: 59,7 Prozent, Männer: 52,5 Prozent; vgl. Tabelle 17-5 im Anhang). Ebenso bestehen bedeutsame Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen (ohne Abbildung): So nennen etwa 62,2 Prozent der Hochgebildeten, aber nur 54,1 Prozent der Personen mit mittlerer Bildung und 43,5 Prozent der Niedriggebildeten mindestens eine Freundin oder einen Freund als Teil ihres engen Netzwerks.

Auch im Bereich der sozialen Unterstützung finden sich Hinweise auf eine steigende Bedeutung von Freundschaften. Im Jahr 2014 berichten 39,3 Prozent der 40- bis 85-Jährigen von mindestens einer befreundeten Person, von der sie Ratschläge beziehen können. In 1996 war das nur bei rund einem Viertel (24,1 Prozent) der Personen der Fall (Abbildung 17-3). Wie beim

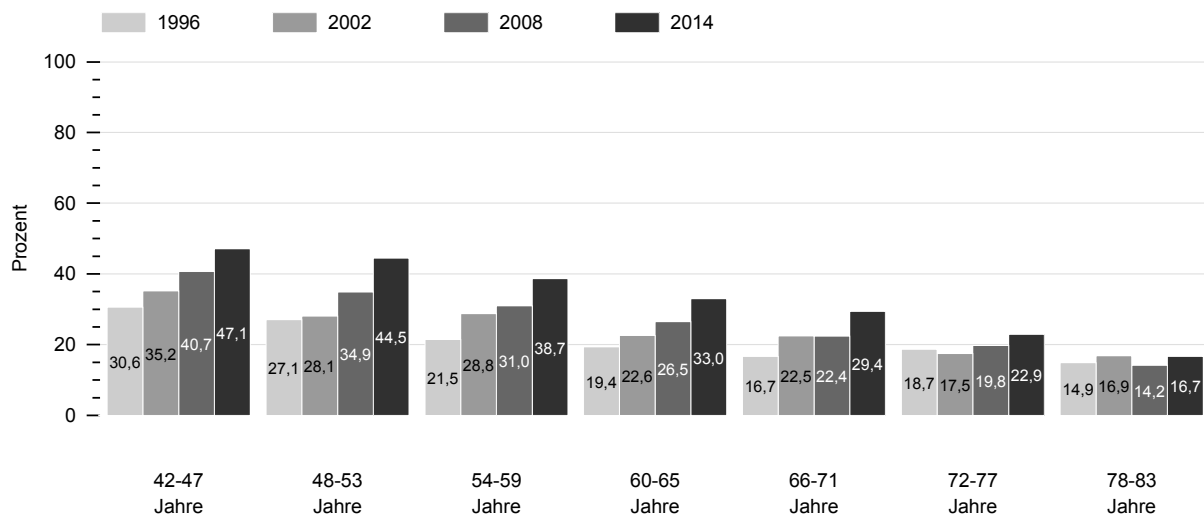
Netzwerk, ist dieser Zuwachs bei Personen unterschiedlichen Alters, Geschlechts und Bildungsniveaus gleichermaßen erkennbar. Allerdings unterscheiden sich diese Gruppen im Vorkommen freundschaftlicher Ratgeberinnen und Ratgeber im Jahr 2014. Erneut ist der Anteil von Personen mit Freundinnen und Freunden, die Rat geben können, im höheren Alter geringer ausgeprägt (40-54 Jahre: 47,9 Prozent, 55-69 Jahre: 38,9 Prozent, 70-85 Jahre: 25,9 Prozent; vgl. Tabelle A 17-6 im Anhang). Zudem berichten mehr Frauen als Männer Freundinnen oder Freunde, die informationelle Unterstützung leisten können (Frauen: 42,0 Prozent, Männer: 36,3 Prozent; vgl. Tabelle A 17-6 im Anhang). Erneut bestehen auch deutliche Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. So nennen rund 46,3 Prozent der Personen mit höherer Bildung freundschaftliche Kontakte als Quelle für Rat, während es in der Gruppe der Personen mit mittlerer Bildung 36,6 Prozent sind und bei den Niedriggebildeten nur etwa ein Viertel (25,1 Prozent) der Personen ist (ohne Abbildung)

Altersunterschiede in der emotionalen Unterstützung durch Freundinnen oder Freunde sind im Jahr 2014 größer als noch im Jahr 1996.

Wie die Entwicklung des Gesamtpotenzials für emotionale Unterstützung (Abbildung 17-1), unterscheidet sich der Wandel im Vorkommen emotionaler Unterstützung durch Freundinnen und Freunde zwischen Personen unterschiedlichen Alters. Insgesamt ist der Anteil von Personen mit Freundinnen und Freunden, die Trost geben können, im Jahr 2014 größer als im Jahr 1996 (1996: 23,2 Prozent, 2014: 35,7 Prozent; Abbildung 17-3). Allerdings ist die Stärke des Zuwachses bei den Älteren deutlich geringer ausgeprägt (Abbildung 17-4). Die zuvor berichtete Vergrößerung von Altersunterschieden im Potenzial für emotionale Unterstützung (Abbildung 17-1) scheint somit auch auf eine geringere Miteinbindung freundschaftlicher Unterstützer bei Älteren zurückführbar zu sein. Im Gegensatz dazu ist der Zuwachs im Vorkommen von Trost durch Freundinnen und Freunde in allen Bildungsgruppen ähnlich stark ausgeprägt. Es finden sich also keine Hinweise darauf, dass die zuvor berichteten Bildungsunterschiede im Wandel des emotionalen Unterstützungspotenzials auf einen unterschiedlich starken Zuwachs in der Einbeziehung befreundeter Personen zurückführbar sind.

Im Jahr 2014 nennt weniger als ein Viertel (22,0 Prozent) der 70-bis 85-Jährigen Freundinnen und Freunde, von denen sie Trost erhalten können. Bei den 55- bis 69-Jährigen sind es hingegen 34,8 Prozent und bei den 40- bis 54-Jährigen sogar 44,8 Prozent (vgl. Tabelle A 17-7 im Anhang). Zudem bestehen deutliche Geschlechtsunterschiede. Während 45,4 Prozent der Frauen mindestens eine Freundin oder einen Freund haben, an die oder den sie sich wenden können, um emotional unterstützt zu werden, ist es bei den Männern nur ein Viertel der Personen (25,2 Prozent; vgl. Tabelle A 17-7 im Anhang). Erneut gibt es auch bedeutsame Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen (ohne Abbildung). Während in der Gruppe der Niedriggebildeten weniger als ein Viertel der Personen (22,3 Prozent) Freundinnen und Freunde als Quelle für Trost berichtet, sind es in der Gruppe der Personen mit mittlerer Bildung 33,9 Prozent und bei den Hochgebildeten 41,3 Prozent.

Abbildung 17-4: Anteile der Personen mit Freundinnen und Freunden, die Trost spenden können, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



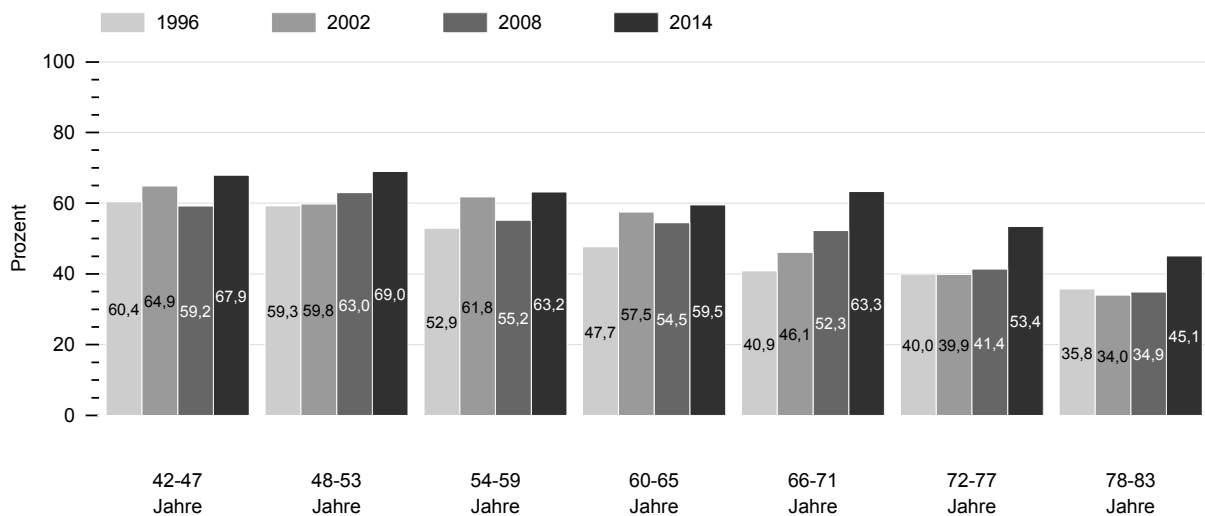
Quelle: DEAS 1996 (n = 4.677), 2002 (n = 2.998), 2008 (n = 6.013), 2014 (n = 5.879), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikanter Zunahme von 1996 bis 2014 in allen Altersgruppen außer unter den 78- bis 83-Jährigen. Stärke des Zuwachses in älteren Altersgruppen signifikant kleiner.

Altersunterschiede bei Freizeitaktivitäten mit Freundinnen oder Freunden werden zwischen 1996 und 2014 geringer. Im Jahr 1996 hat nur circa die Hälfte (50,9 Prozent) der 40- bis 85-Jährigen mindestens eine Freizeitaktivität mit Freundinnen und Freunden angegeben. Im Jahr 2014 sind es schon fast zwei Drittel (61,6 Prozent; Abbildung 17-3). Wie bei der Gesamtanzahl sozialer Freizeitaktivitäten ist dieser Wandel bei älteren Personen (vor allem bei den 66- bis 71-Jährigen) stärker ausgeprägt als bei den Jüngeren (Abbildung 17-5a). In der Folge haben sich Altersunterschiede im Auftreten von Freizeitaktivitäten mit befreundeten Personen von 1996 zu 2014 verringert. Die wachsende Anzahl an sozialen Freizeitaktivitäten bei Älteren (Abbildung 17-2) geht möglicherweise mit verbesserten Chancen für den Aufbau freundschaftlicher Beziehungen einher. Ebenso könnte eine positive Gesundheitsentwicklung bei Älteren und ihren gleichaltrigen Freundinnen und Freunden (vgl. Kapitel 8) dazu führen, dass gemeinsame Freizeitaktivitäten länger aufrechterhalten werden.

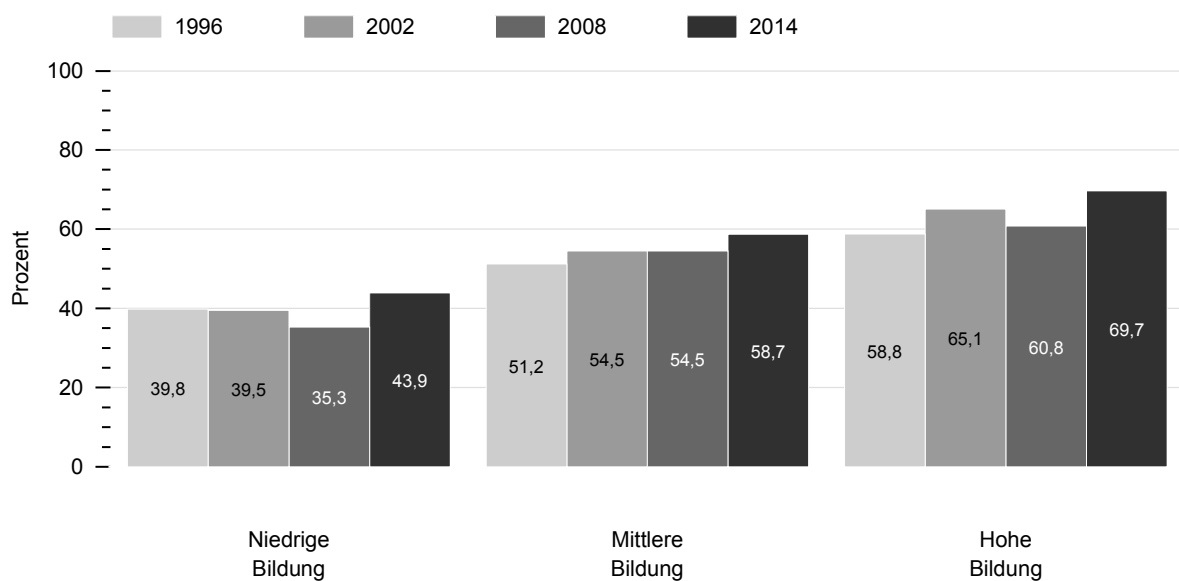
Bildungsunterschiede bei den Freizeitaktivitäten mit Freundinnen und Freunden nehmen zwischen 1996 und 2014 zu. Wie die Unterschiede in der Anzahl sozialer Freizeitaktivitäten (Abbildung 17-2), haben auch Bildungsunterschiede im Vorkommen von Freizeitaktivitäten mit Freundinnen und Freunden seit 1996 zugenommen (Abbildung 17-5b). Speziell ist es nur bei den Personen mit mittlerer und hoher Bildung, nicht aber bei Personen mit niedriger Bildung zu einem bedeutsamen Anstieg im Anteil von Personen, die Freizeitaktivitäten mit befreundeten Personen berichten, gekommen. Möglicherweise geht der bildungsdifferenzielle Wandel in der Anzahl sozialer Freizeitaktivitäten (Abbildung 17-2) mit einer ungleichen Entwicklung von Chancen für den Aufbau von Freundschaften einher. Auch könnten sich Möglichkeiten zur außerfamilialen Vernetzung, vor allem im beruflichen Bereich, bildungsdifferenziell gewandelt haben, sodass sich die Anzahl von Partnerinnen und Partnern für die Durchführung gemeinsamer Freizeitaktivitäten unter Personen mit niedriger Bildung weniger günstig entwickelt hat als unter Personen mit höherer Bildung.

Abbildung 17-5: Anteile der Personen, die mindestens eine Freizeitaktivität mit Freundinnen und Freunden ausführen nach Alter und Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

a) Nach Alter



b) Nach Bildung



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.550), 2002 (n = 2.883), 2008 (n = 6.190), 2014 (n = 5984), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 a) Unterschied zwischen 1996 und 2014 in allen Altersgruppen signifikant. In höheren Altersgruppen Anstieg signifikant stärker.
 b) Bei niedrig Gebildeten kein signifikanter Unterschied zwischen 1996 und 2014. Unterschied bei mittlerer und hoher Bildung signifikant.

Im Jahr 2014 werden Freizeitaktivitäten mit befreundeten Personen von Jüngeren häufiger berichtet als von Älteren (40 bis 54 Jahre: 67,7 Prozent, 55 bis 69 Jahre: 61,6 Prozent, 70 bis 85 Jahre: 51,8 Prozent; vgl. Tabelle A 17-8 im Anhang). Zudem gibt es mehr Frauen als Männer, die mindestens eine Freizeitaktivität mit Freundinnen oder Freunden ausüben (Frau: 62,7 Prozent, Männer: 60,4 Prozent; vgl. Tabelle A 17-8 im Anhang). Im Einklang mit den differenziellen Trends im Wandel, zeigen sich zudem bedeutsame Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. Während in der Gruppe der Hochgebildeten mehr als zwei Drittel (69,7 Prozent; Abbildung 17-5b) der Personen Freizeitaktivitäten mit Freundinnen und Freunden berichten, sind es bei den Personen mit mittlerem Bildungsniveau 58,7 Prozent und bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau nur 43,9 Prozent.

17.5 Diskussion und Implikationen

Soziale Beziehungen gelten als wichtige Ressource für positive Emotionen und Zufriedenheit sowie Gesundheit (zum Beispiel Berkman, Glass, Brissette, & Seeman 2000). Sie erfüllen nicht nur Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Unterstützung (Baumeister & Leary 1995), sondern fördern auch positive Erfahrungen im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten.

Angesichts dieser Relevanz ist es erfreulich, dass sich viele Aspekte der sozialen Integration der 40- bis 85-Jährigen von 1996 bis 2014 positiv entwickelt haben. Zumindest teilweise scheint der Zuwachs sozialer Integration hierbei auf eine stärkere Einbindung freundschaftlicher Beziehungen zurückzuführen zu sein. Immer häufiger nennen Personen in der zweiten Lebenshälfte Freundinnen und Freunde als Teil ihres engen Netzwerkes, als Quelle für soziale Unterstützung und als Partner für Freizeitaktivitäten. Denkbar ist, dass der Bedeutungszuwachs von Freundschaften eine Anpassung an veränderte Lebensbedingungen, Werte und Normen repräsentiert (Inglehart 2008; Suanet et al. 2013). Vor dem Hintergrund sich intensivierender Wünsche nach Selbstverwirklichung und Selbstbestimmtheit könnten Freundschaften an Relevanz gewonnen haben, da sie stärker als familiäre Beziehungen anhand eigener Interessen und Charakteristiken ausgewählt werden können. Häufig sind außerfamiliale Bindungen auch weniger durch moralische Verpflichtung und verbindliche Normen gekennzeichnet als familiäre Beziehungen.

Trotz ihres weniger verpflichtenden Charakters haben Freundinnen und Freunde nicht nur als Partner für Freizeitaktivitäten sondern auch als enge Bezugsperson und Quelle für Unterstützung an Relevanz gewonnen. Nur bei den über 70-Jährigen ist dieser Trend derzeit noch weniger stark erkennbar. Zu vermuten ist, dass die geringere Einbindung von Freundschaften dazu beigetragen hat, dass sich das Potenzial für emotionale Unterstützung bei den Ältesten von 1996 bis 2014 leicht reduziert hat. Die Altersunterschiede in der Entwicklung freundschaftlicher Bezugspersonen könnten auf Unterschiede im Wandel von Werten und Lebensbedingungen zurückzuführen sein. Es ist davon auszugehen, dass frühere Geburtskohorten vom Wandel beziehungsrelevanter Werthaltungen und Normen weniger geprägt wurden als spätere. Im Gegensatz zu jüngeren Geburtsjahrgängen sind die älteren Kohorten derzeit auch noch kaum von einer Verschmälerung familialer Netzwerke durch vermehrte Kinderlosigkeit betroffen (vgl. Kapitel 14). Dies könnte dazu beitragen, dass der Bedeutungszuwachs von Freundschaften in älteren Kohorten abgeschwächt verläuft und bislang nur für einige Aspekte sozialer Integration erkennbar ist. Gerade für die Erfüllung intimer Unterstützungsleistungen – wie der Unterstützung durch Trost und Aufmunterung – können höhere Barrieren für den Einbezug nichtfamilialer Beziehungen bestehen. Hinzu kommt, dass Netzwerke im höheren Alter, insbesondere Freundschaften mit Gleichaltrigen oder Älteren, stärker von sozialen Verlusten und gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind als die von Personen im mittleren Erwachsenenalter. Gerade für den Austausch von Rat und Trost, für den in der Regel nur wenige, enge Freundschaften relevant sind, können diese altersbedingten Verluste besonders folgenreich und schwer zu kompensieren sein. Im Einklang mit dieser Vermutung bestehen im Jahr 2014 deutliche Altersunterschiede in der sozialen Unterstützung durch Freundinnen und Freunde. In anderen Bereichen hingegen, scheint die soziale Integration der Älteren zunehmend von einer verbesserten Gesundheit und steigenden Lebenserwartung profitiert zu haben. So hat das Ausmaß sozialer Freizeitaktivitäten, auch solcher, die im Freundeskreis durchgeführt werden, bei den Älteren besonders stark zugenommen. Diese Entwicklung erscheint besonders positiv, wenn man bedenkt, dass soziale Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden gerade bei Personen im Ruhestandsalter die Entwicklung des Wohlbefindens positiv beeinflussen können (Huxhold, Miche, & Schüz 2014).

Denkbar ist, dass die positive Entwicklung freizeittlicher Aktivitäten Älterer auch durch politische Maßnahmen zur Steigerung aktiven und engagierten Alterns angeregt wurde (vgl. Kapitel 5). Zudem könnte ein Zusammenhang zum häufigeren Ausüben von sportlicher Aktivität im Alter bestehen (vgl. Kapitel 9).

Im Gegensatz zu Altersunterschieden haben Bildungsunterschiede beim Ausüben von Freizeitaktivitäten mit befreundeten Personen seit 1996 leicht zugenommen. Im Jahr 2014 berichten Niedriggebildete seltener von Freundinnen und Freunde als Aktivitätspartner und Bezugsperson und sie sind insgesamt weniger gut integriert. Denkbar ist, dass sich finanzielle und gesundheitliche Ressourcen, welche vor allem für die Durchführung sozialer Freizeitaktivitäten relevant sind, bei Personen mit höherer Bildung günstiger entwickelt haben als bei Niedriggebildeten. So haben unter anderem Bildungsunterschiede in der funktionalen Gesundheit zugenommen (vgl. Kapitel 8). Ebenso ist vorstellbar, dass eine lockere Vernetzung mit außerfamilialen Beziehungen in der Ausbildung und beruflichen Entwicklung höher Gebildeter besonders stark an Relevanz gewonnen hat. Insgesamt könnte es für Personen mit hoher Bildung in verschiedensten Bereichen sozialer Integration nicht nur einfacher, sondern auch wichtiger sein, außerfamiliale Beziehungen aufzubauen.

Im Gegensatz dazu scheinen Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Ressourcen, Zielen und Bedürfnissen vor allem auf die Ausgestaltung emotional enger Beziehungsnetzwerke zu wirken. Im Jahr 2014 nennen Männer seltener Freundinnen und Freunde, die Trost spenden können, und auch insgesamt weniger Bezugspersonen und Unterstützungspotenzial. Auch die Kontakthäufigkeit und emotionale Enge in der Beziehung zu den eigenen Kindern ist bei Männern geringer ausgeprägt (vgl. Kapitel 14). Denkbar ist, dass die Geschlechtsunterschiede bei der sozialen Integration mit Unterschieden bei den sozialrelevanten Normen und Zielen in Verbindung stehen. Es wird vermutet, dass der Aufbau sozialer Kompetenz und das Zulassen emotionaler Expressivität (vor allem von negativen Gefühlen, vgl. Kapitel 11) in der Sozialisation von Frauen stärker gefördert werden als in der von Männern. Möglicherweise ist es für Frauen somit nicht nur einfacher, sondern es ist ihnen auch wichtiger, emotional enge Beziehungen aufzubauen. Männer hingegen scheinen sich für die Erfüllung intimer Bedürfnisse wie Trost vor allem auf die (Ehe-)Partnerin zu verlassen (Antonucci & Akiyama 1987).

Angesichts der Unterschiede bei der sozialen Einbindung könnte vermutet werden, dass Ältere, Männer und Niedriggebildete ein höheres Risiko haben, sich unzureichend integriert zu fühlen. Tatsächlich berichten Personen mit niedriger Bildung häufiger Gefühle der Einsamkeit (vgl. Kapitel 18). Auch ein Mangel an finanziellen Ressourcen, den Niedriggebildete häufig erleben (vgl. Kapitel 6), erhöht das Risiko, sich ausgeschlossen zu fühlen (vgl. Kapitel 18). Ältere Personen und Männer hingegen scheinen sich trotz ihrer tendenziell schlechteren Integration in persönliche Beziehungsnetzwerke nicht häufiger einsam zu fühlen als jüngere Personen und Frauen (vgl. Kapitel 18). Es kann somit vermutet werden, dass die berichteten Unterschiede bei den sozialen Netzwerken und Aktivitäten nicht immer ein Defizit repräsentieren, sondern auch Ausdruck unterschiedlicher Bedürfnisse und Ziele sein können. Wie zuvor diskutiert, könnte das Ausmaß persönlicher und vor allem emotional enger Beziehungen für Frauen wichtiger sein als für Männer. In ähnlicher Weise wird vermutet, dass für Ältere vor allem die emotionale Qualität, weniger hingegen die Anzahl sozialer Beziehungen, von Bedeutung ist (Carstensen, Isaacowitz, & Charles 1999).

Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass Unterschiede bei der Größe und Vielfalt sozialer Netzwerke mit unterschiedlichen Risiken und Potenzialen einhergehen. Für den Austausch von Informationen und Möglichkeiten, welche die Weiterentwicklung beruflicher oder auch privater

Lebenspläne fördern, können breitgefächerte Netzwerke aus Freundinnen und Freunden, Bekannten sowie Kolleginnen und Kollegen von besonderer Relevanz sein (Lin & Dumin 1986; Yakubovich 2005). Zudem können negative Veränderungen sozialer Ressourcen bei Personen mit kleinen Netzwerken eher zu negativen Konsequenzen wie Einsamkeit führen als bei Personen, die umfassend integriert sind (Böger & Huxhold). Auch haben Personen mit stark familienzentrierten Netzwerken ein höheres Depressionsrisiko als solche, die vielfältigere Beziehungen berichten (Fiori, Antonucci, & Cortina 2006).

Insgesamt können große und vielfältige Beziehungsnetzwerke eine wirkungsvolle Ressource für die persönliche Entwicklung und die Bewältigung kritischer Ereignisse sein. Zudem könnte die Vielfalt sozialer Netzwerke – im Sinne einer Kombination ausreichender familialer und freundschaftlicher Integration – für die soziale Zufriedenheit Älterer immer mehr an Bedeutung gewinnen. Sowohl der Verlust von Freundinnen und Freunden sowie problematische Bedingungen zur Entwicklung außerfamiliärer Beziehungen sollten als Risikofaktoren für die Lebensqualität von Personen in der zweiten Lebenshälfte stärker berücksichtigt werden. Zudem kann eine Förderung von Aktivitäten und Begegnungsorten, welche einen Aufbau freundschaftlicher Beziehungen ermöglichen, ein wertvoller Ansatzpunkt für Interventionen zur Verbesserung der Zugehörigkeit und Lebensqualität im Alter sein. Angesichts der zentralen Funktionen sozialer Beziehungen, sollte auch künftig untersucht werden, wie sich die persönlichen Netzwerke der 40- bis 85-Jährigen im sozialen Wandel entwickeln. Insbesondere Trends in der sozialen Einbindung von Menschen mit geringer Bildung und der ältesten Mitbürgerinnen und Mitbürgern müssen weiter erforscht werden. Sollte sich die Ungleichheit von sozialen Aktivitäts- beziehungsweise Unterstützungsmöglichkeiten (weiter) verschärfen, könnten Maßnahmen zur Förderung der sozialen Integration ratsam sein.

Literatur

- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex roles, 17*(11-12), 737-749. doi: 10.1007/BF00287685
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*(3), 497.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51*(6), 843-857. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00065-4.
- Böger, A., & Huxhold, O. Do antecedents and consequences of loneliness change across the second half of life? (eingereicht).
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously - A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*(3), 165-181. doi: 10.1037//0003-066x.54.3.165.
- Engstler, H., & Huxhold, O. (2010). Beeinflusst die Beziehung älterer Menschen zu ihren erwachsenen Kindern die räumliche Nähe zwischen den Generationen? Wechselbeziehungen zwischen Wohnentfernung, Kontakthäufigkeit und Beziehungsebene im Längsschnitt. . In: A. Ette, K. Ruckdeschel & R. Unger (Hrsg.) *Potenziale intergenerationaler Beziehungen: Chancen und Herausforderungen für die Gestaltung des demografischen Wandels* (S. 175-197). Würzburg: Ergon.
- Engstler, H., & Tesch-Roemer, C. (2010). Lebensformen und Partnerschaft. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Roemer (Hrsg.) *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 163-187). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61*(1), P25-P32. doi: 10.1093/geronb/61.1.P25

- Fors, S., & Lennartsson, C. (2008). Social mobility, geographical proximity and intergenerational family contact in Sweden. *Ageing and Society*, 28(02), 253-270. doi: 10.1017/S0144686X07006617
- Huxhold, O., Mahne, K., & Naumann, D. (2010). Soziale Integration. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Roemer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. (S. 215-233). Stuttgart: Kohlhammer.
- Huxhold, O., Miche, M., & Schüz, B. (2014). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(3), 366-375. doi: 10.1093/geronb/gbt029.
- Ikkink, K. K., & van Tilburg, T. (1998). Do older adults' network members continue to provide instrumental support in unbalanced relationships? *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(1), 59-75. doi: 10.1177/0265407598151004.
- Inglehart, R. F. (2008). Changing values among western publics from 1970 to 2006. *West European Politics*, 31(1-2), 130-146. doi: 10.1080/01402380701834747.
- Kroh, M. (2008). Wertewandel: Immer mehr Ost-und Westdeutsche ticken postmaterialistisch. *DIW Wochenbericht*, 75(34), 480-486.
- Lin, N., & Dumin, M. (1986). Access to occupations through social ties. *Social networks*, 8(4), 365-385. doi: 10.1016/0378-8733(86)90003-1
- Neyer, F. J., Wrzus, C., Wagner, J., & Lang, F. R. (2011). Principles of Relationship Differentiation. *European Psychologist*, 16(4), 267-277. doi: 10.1027/1016-9040/a000055.
- Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), S90-S99. doi: 10.1093/geronb/62.2.S90
- Suanet, B., van Tilburg, T. G., & van Groenou, M. I. B. (2013). Nonkin in Older Adults' Personal Networks: More Important Among Later Cohorts? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 633-643. doi: 10.1093/geronb/gbt043
- Van Groenou, M. I. B., & Van Tilburg, T. (2003). Network size and support in old age: differentials by socio-economic status in childhood and adulthood. *Ageing and Society*, 23, 625-645. doi: 10.1017/s0144686x0300134x.
- Yakubovich, V. (2005). Weak ties, information, and influence: How workers find jobs in a local Russian labor market. *American sociological review*, 70(3), 408-421. doi: 10.1177/000312240507000303

18 Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte

Anne Böger, Martin Wetzel & Oliver Huxhold

Kernaussagen

Die 40- bis 85-Jährigen fühlen sich im Jahr 2014 selten einsam oder gesellschaftlich ausgeschlossen – Personen über 70 Jahre sind dabei seltener einsam als Jüngere: Etwa jede und jeder zehnte 40- bis 69-Jährige berichtet im Jahr 2014 von Einsamkeit. Bei den 70- bis 85-Jährigen sind es hingegen nur 7,1 Prozent. Im Jahr 2014 fühlen 6,4 Prozent der 40- bis 85-Jährigen als gesellschaftlich ausgeschlossen.

Bei den über 71-Jährigen ist der Anteil einsamer Personen im Jahr 2014 geringer als im Jahr 1996: Unter den 42- bis 72-Jährigen berichten im Jahr 2014 ähnlich viele Personen von Einsamkeit wie im Jahr 1996. Bei den 72- bis 77-Jährigen ist der Anteil einsamer Personen im Jahr 2014 hingegen um etwa fünf Prozentpunkte und bei den 78- bis 83-Jährigen sogar um etwa acht Prozentpunkte geringer als im Jahr 1996.

Personen mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl von Beziehungen, in denen sie Rat oder Trost erhalten können, berichten häufiger Einsamkeit: Personen mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl von Beziehungen, die mit Rat unterstützen können, erleben häufiger Einsamkeit (13,7 Prozent) als Personen mit einer mindestens durchschnittlichen Anzahl von Ratgeberinnen und Ratgebern (7,0 Prozent). Auch bei Personen mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl von Personen, die Trost spenden können, ist der Anteil einsamer Personen bedeutsam erhöht (12,6 Prozent versus 6,5 Prozent).

Personen in Armut und Personen mit geringer Bildung haben ein deutlich höheres Risiko, sich aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu fühlen: Bei Personen, die in Armut leben ist der Anteil rund drei Mal höher als bei Personen, die nicht von Armut betroffen sind (17,6 Prozent versus 4,9 Prozent). Ebenso gibt es in der Gruppe der niedrig Gebildeten deutlich mehr Personen, die sich gesellschaftlich ausgeschlossen fühlen (16,7 Prozent) als in der Gruppe der Hochgebildeten (3,7 Prozent).

Personen, die sich als sozial exkludiert wahrnehmen, haben ein deutlich höheres Einsamkeitsrisiko als Personen, die sich nicht als sozial exkludiert wahrnehmen: Im Jahr 2014 gehen Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion oft Hand in Hand. Fast die Hälfte (41,7 Prozent) der Personen, die sich gesellschaftlich ausgeschlossen fühlen, erlebt auch Einsamkeit. Bei Personen, die sich nicht sozial exkludiert fühlen, beträgt der Anteil einsamer Personen hingegen nur 6,7 Prozent.

18.1 Einleitung

Wenn Menschen sich dauerhaft isoliert oder ausgeschlossen fühlen, kann dies gravierende Konsequenzen in unterschiedlichen Lebensbereichen haben. Anhaltende Gefühle der Isolation können nicht nur mit depressiven Symptomen (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted 2006b) sondern auch mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einer erhöhten Mortalität einhergehen (Hawkley, Thisted, Masi, & Cacioppo 2010; Luo, Hawkley, Waite, & Cacioppo 2012). Des Weiteren können Ausgeschlossenheitsgefühle prosoziales Verhalten vermindern (Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco, & Bartels 2007) und so den sozialen Zusammenhalt gefährden (Castel, Dörre, & Bescherer 2009).

Oft fühlen Menschen sich dann ausgeschlossen oder isoliert, wenn die Menge oder Qualität ihrer persönlichen Beziehungen die eigenen Beziehungsbedürfnisse nicht erfüllt. Diese Erfahrung wird als ‚Einsamkeit‘ bezeichnet und ist ein wichtiger Indikator für die Qualität der persönlichen Integration (De Jong-Gierveld 1987). Darüber hinaus können sich Menschen auch auf der gesellschaftlichen Ebene ausgeschlossen fühlen, eine Erfahrung, die als wahrgenommene soziale Exklusion bezeichnet wird (Bude & Lantermann 2006). Um die Besonderheiten und Zusammenhänge zwischen beiden Ausgeschlossenheitserlebnissen besser zu verstehen, kann eine übergreifende Perspektive hilfreich sein. Nach einer Betrachtung von Einsamkeit im sozialen Wandel, widmet sich dieses Kapitel daher der Untersuchung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Risiken und dem Auftreten von Einsamkeit und wahrgenommener sozialer Exklusion.

Seit 1996 haben die persönlichen Beziehungsnetzwerke der 40- bis 85-Jährigen einen umfassenden Wandel erfahren (vgl. Kapitel 12 bis 14 sowie 17). Denkbar ist, dass diese Veränderungen die Häufigkeit des Einsamkeitserlebens beeinflusst haben. Bisherige Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) weisen darauf hin, dass sich der Anteil einsamer Personen von 1996 bis 2002 leicht verringert hat und danach stabil geblieben ist (Tesch-Römer, Wiest, Wurm, & Huxhold 2013). Es wird untersucht, wie sich dieser Trend bis zum Jahr 2014 fortgesetzt hat. Eine Möglichkeit ist, dass Veränderungen der familialen Beziehungsstrukturen, zum Beispiel in Form wachsender Wohndistanzen oder rückläufiger Eheschließungen, einen größeren Anteil einsamer Personen bedingen (vgl. Kapitel 13 und 14; vgl. Tesch-Römer et al. 2013). Allerdings muss ein Rückgang traditioneller Beziehungsmodelle nicht zwangsweise eine Verringerung der sozialen Integration nach sich ziehen. Die Aufwertung von Freundschaften (vgl. Kapitel 17) und alternativen Partnerschaftsmodellen (vgl. Kapitel 13) kann nicht nur die Vielfalt persönlicher Beziehungsnetzwerke erhöhen, sondern auch neue Wege für das Sicherstellen sozialer Zugehörigkeit ermöglichen. Es ist somit denkbar, dass die Einsamkeitsquoten auch zwischen 2008 und 2014 eher stabil bleiben. Die Trends im Auftreten von Einsamkeit könnten sich zwischen den Altersgruppen jedoch unterschiedlich entwickelt haben. Von 1996 bis 2008 haben die Einsamkeitsquoten vor allem bei den 70- bis 85-Jährigen abgenommen, während sie in anderen Altersgruppen weitestgehend stabil geblieben sind (Tesch-Römer et al. 2013). Dies könnte sich darauf zurückführen lassen, dass eine zunehmende Lebenserwartung und eine verbesserte Gesundheit vor allem bei Älteren zu einer Steigerung von sozialen Aktivitäten und einer Verringerung sozialer Verluste führen. So hat sich beispielsweise der Anteil der 70- bis 85-Jährigen, die Verwitwung erfahren haben, in den letzten Jahrzehnten bedeutsam verringert (Engstler & Tesch-Roemer 2010). Zu vermuten ist, dass diese Abnahme beziehungsweise Verzögerung des Partnerverlusts dazu beiträgt, dass sich die Häufigkeit von Einsamkeit gerade bei über 70-Jährigen bedeutsam verringert hat.

Eine geringe Einbindung in enge und unterstützende Beziehungsnetzwerke gilt als bedeutendes Risiko für das Entstehen von Einsamkeit (De Jong Gierveld, van Groenou, Hoogendoorn, & Smit 2009; Hawkey, Hughes, Waite, Masi, Thisted, & Cacioppo 2008). Um sich gesellschaftlich zugehörig zu fühlen, kann diese persönliche Ebene der Integration jedoch von untergeordneter Bedeutung sein. Stattdessen wird davon ausgegangen, dass Personen sich als sozial exkludiert wahrnehmen, wenn sie nicht an den kulturellen Standards teilhaben können (zum Beispiel Konsum) oder ihre politischen Einflusststrukturen marginalisiert werden (zum Beispiel Wahlrecht) (Marlier & Atkinson 2010). Wahrgenommene soziale Exklusion könnte somit stärker durch Merkmale der sozioökonomischen Stellung, wie beispielsweise Armut und Bildung, bestimmt sein (Bude & Lantermann 2006).

Soziale Netzwerke und die sozioökonomische Stellung unterscheiden sich häufig zwischen Altersgruppen sowie zwischen Männern und Frauen. Das Auftreten von Einsamkeit und sozialem Exklusionsempfinden könnte somit mit dem Alter und Geschlecht variieren. Wie in Kapitel 17 dargestellt, nennen Männer häufig eine geringere Anzahl von engen und unterstützenden Beziehungen und weniger Potenzial für soziale Unterstützung (Antonucci & Akiyama 1987; Huxhold, Mahne, & Naumann 2010). Dies lässt vermuten, dass Männer häufiger von Einsamkeit berichten als Frauen. Gleichzeitig könnten Frauen aufgrund ihrer tendenziell schlechteren Einbindung in den Erwerbsmarkt häufiger soziale Exklusion empfinden als Männer (vgl. Kapitel 3). Auch ein höheres Alter kann mit unterschiedlichen Risiken für Einsamkeit und soziale Exklusion einhergehen. So sind ältere Personen trotz eines kleineren sozialen Netzwerkes nicht unbedingt einsamer, was unter anderem mit den qualitativ hochwertigen und engen Beziehungen Älterer begründet werden könnte (Luong, Charles, & Fingerman 2010). Vor allem Personen ab 70 Jahren könnten sich jedoch häufiger exkludiert fühlen als Jüngere, weil sie seltener ehrenamtlich engagiert sind (vgl. Kapitel 5) und weil sie nicht mehr am Erwerbsleben teilhaben. Des Weiteren kommt es beim Übergang in den Ruhestand oft zu einer Verringerung des Einkommens und dadurch zu einer Reduktion von Konsummöglichkeiten (vgl. Kapitel 6).

Trotz des unterschiedlichen Ursprungs von Einsamkeit und Gefühlen der sozialen Exklusion ist ein enger Zusammenhang beider Erfahrungen zu erwarten. Kritische Lebensereignisse, wie beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Tod des Ehepartners, können sowohl die sozioökonomische Stellung einer Person als auch ihre persönliche Integration negativ beeinflussen. Es ist somit davon auszugehen, dass es Personen gibt, die gleichzeitig Risiken für Einsamkeit und soziale Exklusion erfahren. Des Weiteren weisen Studien darauf hin, dass das Erleben von Ausgeschlossenheit die Entwicklung negativer Wahrnehmungsmuster (zum Beispiel Misstrauen) und das Auftreten antisozialer Verhaltensweisen (zum Beispiel Aggression oder Rückzug aus Beziehungen) befördert (Cacioppo, Hawkey, Ernst, Burleson, Berntson, Nouriani, & Spiegel 2006a; Twenge et al. 2007). Auf diese Art könnte wahrgenommene soziale Exklusion die Qualität persönlicher Interaktionen negativ beeinflussen und die Entwicklung von Einsamkeit fördern. Ebenso könnte auch Einsamkeit zum Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben beitragen und darüber zu einem Anstieg sozialen Exklusionserlebens führen. Auf lange Sicht beeinträchtigen beide Ausgeschlossenheitsgefühle also nicht nur das persönliche Wohlbefinden, sondern möglicherweise auch die Entwicklung und Aufrechterhaltung von persönlichen Beziehungen und des gesellschaftlichen Engagements. Die Entwicklung negativer Wahrnehmungsmuster kann zudem ein Hindernis für die Inanspruchnahme von privaten und professionellen Unterstützungsangeboten sein, wodurch Gefühle der Ausgeschlossenheit zu einer sich selbst verstärkenden und andauernden Erfahrung werden können.

Angesichts dieser Risiken ist es von hoher Relevanz zu untersuchen, wie häufig und unter welchen Bedingungen die 40- bis 85-Jährigen Gefühle der Einsamkeit und der sozialen Exklusion erleben und wie beide Erfahrungen zusammenhängen. In diesem Kapitel werden hierzu folgende Fragen adressiert:

1. Wie hat sich die Häufigkeit von Einsamkeit gewandelt und unter welchen Bedingungen fühlen sich Personen im Jahr 2014 einsam?
2. Unter welchen Bedingungen nehmen sich Personen im Jahr 2014 als sozial exkludiert wahr?
3. Wie hängen Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion zusammen?

18.2 Datengrundlage

Daten. Für die Beantwortung der Fragestellungen werden die Daten der 40- bis 85-Jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des DEAS aus den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 genutzt. Einsamkeit wird seit 1996 im schriftlichen Fragebogen erfasst. Wahrgenommene soziale Exklusion wurde im Jahr 2014 erstmalig im schriftlichen Fragebogen erhoben.

Einsamkeit. Zur Erfassung von Einsamkeit wurde eine kurze Skala verwendet (nach De Jong Gierveld & Van Tilburg 2006, modifiziert). In diesem Instrument werden den Befragten sechs Aussagen zur Einschätzung ihrer persönlichen Zugehörigkeit präsentiert. Zwei dieser Aussagen sind beispielsweise „Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle“ und „Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle“. Für jede Aussage wird auf einer Skala von eins (‚trifft genau zu‘) bis vier (‚trifft gar nicht zu‘) eingeschätzt, wie sehr sie die eigene Situation beschreibt. Wenn nötig wurden die Antworten umkodiert, sodass hohe Werte eine hohe Einsamkeit abbilden. Anschließend wurde ein Mittelwert über alle Antworten errechnet. Liegt der Mittelwert bei 2,6 oder höher gelten Personen als ‚einsam‘. Dieser Wert zeigt an, dass Personen die Mehrheit aller Einsamkeit implizierenden Aussagen als eher oder genau zutreffend eingeschätzt haben.

Wahrgenommene soziale Exklusion. Auch die wahrgenommene soziale Exklusion wurde über eine kurze Abfrage mit vier Aussagen zur Einschätzung der gesellschaftlichen Zugehörigkeit erfasst. Zwei dieser Aussagen sind beispielsweise „Ich habe das Gefühl, gar nicht richtig zur Gesellschaft zu gehören“ und „Ich habe das Gefühl, im Grunde gesellschaftlich überflüssig zu sein“. Ebenfalls auf einer Skala von eins (‚trifft genau zu‘) bis vier (‚trifft gar nicht zu‘) schätzen die Befragten für jede Aussage ein, wie gut sie ihre eigene Situation beschreibt. Alle Antworten wurden umkodiert, sodass hohe Werte eine hohe wahrgenommene soziale Exklusion abbilden. Wie bei Einsamkeit wurden alle Antworten zu einem Mittelwert verrechnet. Als Schwellenwert für das Anzeigen wahrgenommener sozialer Exklusion wurde ebenfalls der Wert 2,6 gewählt, da Personen über diesem Wert die Mehrheit aller Exklusion implizierenden Aussagen als eher oder genau zutreffend bewertet haben.

Armut. Personen mit einem äquivalenzgewichteten Haushaltsnettoeinkommen von monatlich weniger als 880 Euro wurden als einkommensarm klassifiziert (vgl. Kapitel 6). Diese Grenze entspricht 60 Prozent des Medians der äquivalenzgewichteten Haushaltsnettoeinkommensverteilung in der Population und ist ein häufig verwendeter Schwellenwert für die Feststellung relativer Einkommensarmut.

Persönliche Integration. Zur Einschätzung der persönlichen Integration wurden zwei Maße zur sozialen Unterstützung herangezogen (vgl. Kapitel 17). Zum einen wurden die Befragten gebeten bis zu fünf Personen zu nennen, an die sie sich wenden können, um nach Rat zu fragen (Potenzial für informationelle Unterstützung). Zum anderen nannten die Befragten bis zu fünf Personen, an die sich wenden können um Trost oder Aufmunterung zu erhalten (Potenzial für emotionale Unterstützung). Aus den Angaben wurde die Anzahl der potenziell zur Verfügung stehenden Personen für Rat beziehungsweise für Trost (null bis fünf) ermittelt. Zur besseren Veranschaulichung bedeutsamer Zusammenhänge wurde zudem ein dichotomer Indikator gebildet. Die Kategorisierung basiert auf der mittleren Anzahl der Personen für Rat beziehungsweise Trost im Jahr 2014 (Personen für Rat $M = 2,2$; Personen für Trost $M = 2,0$). Die Anzahl von Personen, die informationelle beziehungsweise emotionale Unterstützung leisten können, wurde in unterdurchschnittlich (weniger als zwei) und mindestens durchschnittlich (zwei und mehr) unterteilt.

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden im Jahr 2014 wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40- bis 54-Jährige, 55- bis 69-Jährige und 70- bis 85-Jährige. Altersunterschiede im Wandel wurden anhand von Sechs-Jahres-Altersgruppen untersucht, um Überschneidungen zwischen Erhebungszeitpunkten und Altersgruppen zu vermeiden (42- bis 47-Jährige, 48- bis 53-Jährige, 54- bis 59-Jährige, 60- bis 65-Jährige, 66- bis 71-Jährige, 72- bis 77-Jährige, 78- bis 83-Jährige). Neben Altersunterschieden wurden auch Unterschiede nach Geschlecht und Bildungsgruppe betrachtet. Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung – drei Bildungsgruppen unterschieden: niedrige, mittlere und hohe Bildung (vgl. Kapitel 2).

Analysen. Um Gruppenunterschiede auf ihre statistische Signifikanz zu testen, wurden logistische Regressionsanalysen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde. In den Beschreibungen von Alters-Geschlechts- und Bildungsunterschieden im Auftreten von Einsamkeit beziehungsweise sozialem Exklusionsempfinden werden die gewichteten Häufigkeiten berichtet. Für die Darstellung der Zusammenhänge von Einsamkeit und Exklusionsempfinden mit dem Armutsstatus und den Indikatoren persönlicher Integration (Personen für Rat beziehungsweise Trost) sind die Anteile hingegen direkt aus am Mikrozensus gewichteten logistischen Regressionen geschätzt worden. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

18.3 Einsamkeit

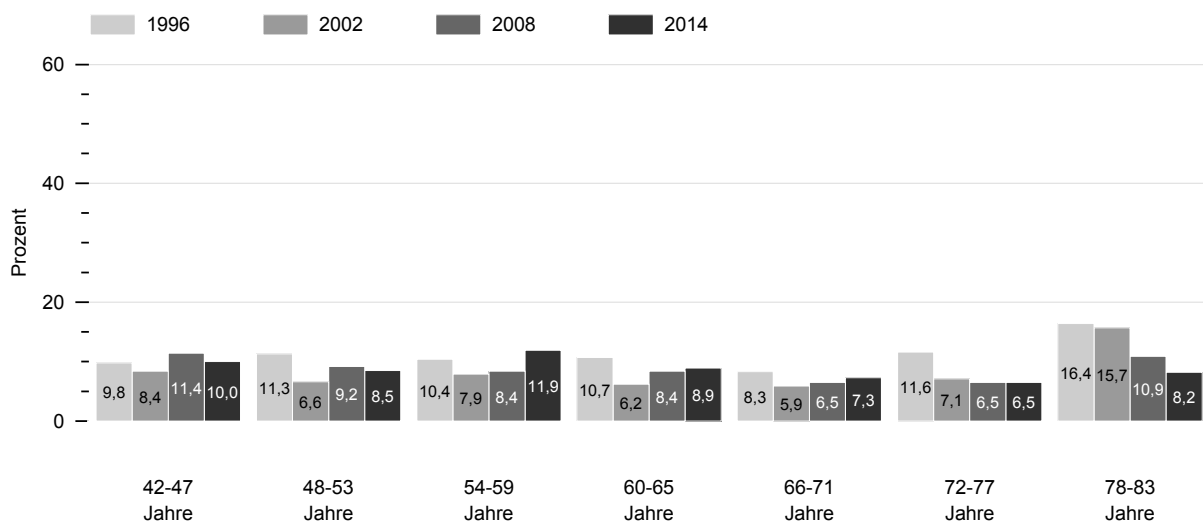
Im Jahr 2014 erlebt etwa jede und jeder zehnte 40- bis 85-Jährige Einsamkeit (8,9 Prozent, Abbildung 18-2). Von 1996 bis 2002 hat sich der Anteil einsamer Personen bedeutsam reduziert und ist danach stabil geblieben (1996: 10,7 Prozent, 2002: 7,7 Prozent; 2008: 8,7 Prozent). Der Vergleich von 2008 und 2014 zeigt, dass sich der Anteil einsamer Personen auch in jüngster Zeit kaum verändert hat (vgl. Tabelle A 18-1 im Anhang).

Bei den über 71-Jährigen ist der Anteil einsamer Personen im Jahr 2014 geringer als im Jahr 1996.

Das Muster der Veränderungen unterscheidet sich hierbei zwischen den Altersgruppen (Abbildung 18-1). Bei Personen, die 72 Jahre oder älter sind ist der Anteil von Personen, die sich einsam fühlen im Jahr 2014 bedeutsam geringer als im Jahr 1996. Bei den 72- bis 77- Jährigen

hat sich diese Verringerung bereits im Jahr 2002 gezeigt, während sie bei den 78- bis 83-Jährigen erst im Jahr 2008 erkennbar war. Im Gegensatz dazu sind bei Personen unter 72 Jahren lediglich temporäre Schwankungen nicht aber systematische Veränderungen im Auftreten von Einsamkeit erkennbar. Bei den 48- bis 53-Jährigen und den 60- bis 65-Jährigen hat sich der Anteil einsamer Personen von 1996 bis 2002 verringert, ist im Jahr 2008 jedoch wieder angestiegen. Im langfristigen Trend ist das Auftreten von Einsamkeit bei den Jüngeren daher weitestgehend stabil: in allen Altersgruppen von 40 bis 71 Jahren unterscheidet sich der Anteil einsamer Personen im Jahr 2014 nicht bedeutsam von dem Anteil im Jahr 1996.

Abbildung 18-1: Anteile der Personen mit Einsamkeitsempfinden nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



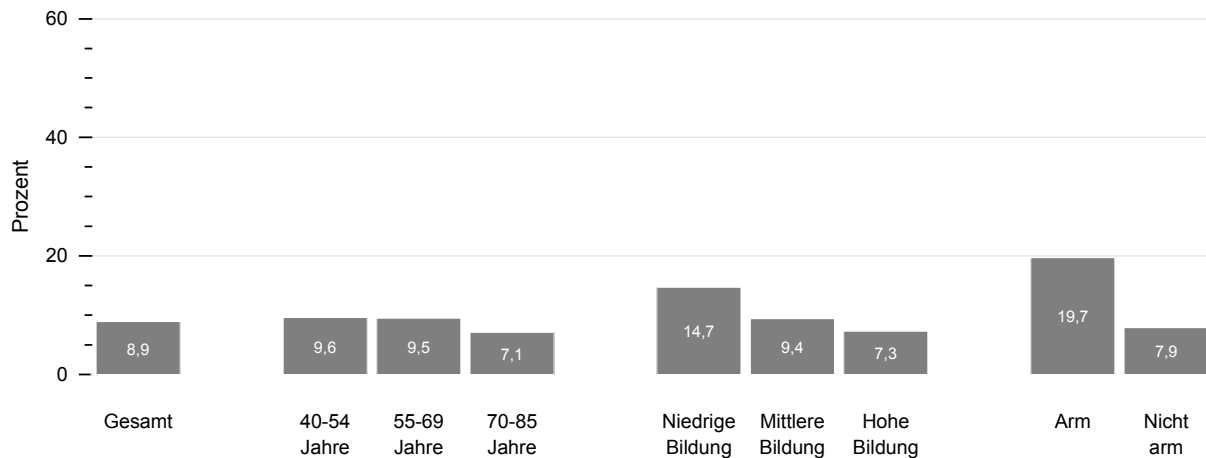
Quelle: DEAS 1996 (n = 3.979), 2002 (n = 2.766), 2008 (n = 4392), 2014 (n = 4.216) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 nur bei den 72- bis 77-Jährigen sowie bei den 78- bis 83-Jährigen. Keine signifikanten Unterschiede zwischen 1996 und 2014 bei allen Altersgruppen unter 72 Jahren. Signifikante Abnahme bei den 72- bis 77-Jährigen zwischen 1996 und 2002, danach stabil. Signifikante Abnahme zwischen 2002 und 2008 bei den 78- bis 83-Jährigen, danach stabil. Signifikante Abnahme zwischen 1996 und 2002 bei den 48- und 53-Jährigen und bei den bei 60- bis 65-Jährigen, danach signifikanter Anstieg.

Die 40- bis 85-Jährigen fühlen sich im Jahr 2014 selten einsam oder gesellschaftlich ausgeschlossen – Personen über 70 Jahre sind dabei seltener einsam als Jüngere.

Insgesamt berichten die 40- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 also selten von Einsamkeit (8,9 Prozent, Abbildung 18-2) und sie nehmen sich auch selten als gesellschaftlich ausgeschlossen wahr (6,4 Prozent, Abbildung 18-4). Im Einklang mit dem altersdifferenziellen Wandel im Anteil einsamer Personen (Abbildung 18-1) unterscheidet sich das Auftreten von Einsamkeit im Jahr 2014 zwischen den Altersgruppen. So berichten rund sieben Prozent der 70- bis 85-Jährigen, dass sie sich einsam fühlen, während es in den beiden jüngeren Altersgruppen jeweils etwa zehn Prozent sind (Abbildung 18-2). Der Anteil einsamer Personen unterscheidet sich nicht bedeutsam zwischen Männern und Frauen (vgl. Tabelle A 18-1 im Anhang) jedoch zwischen Personen mit unterschiedlicher sozioökonomischer Stellung. So geben nur 7,3 Prozent der Hochgebildeten an, sich einsam zu fühlen, während es in der Gruppe der Personen mit niedriger Bildung es 14,7 Prozent sind (Abbildung 18-2). Noch deutlichere Unterschiede bestehen zwischen Personen mit verschiedenem Armutstatus. Während 7,9

Prozent der Personen, die nicht in Armut leben Einsamkeit berichten, sind es bei den Personen in Armut 19,7 Prozent.

Abbildung 18-2: Anteile der Personen mit Einsamkeitsempfinden, gesamt, nach Alter, Bildung und Armutsstatus, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.216), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Signifikante Unterschiede zwischen 70- bis 85-Jährigen und 55- bis 69-Jährigen sowie 40- bis 54-Jährigen. Kein signifikanter Unterschied zwischen 40- bis 54-Jährigen und den 55- bis 69-Jährigen. Alle Bildungsgruppenunterschiede signifikant. Signifikanter Unterschied zwischen den Armutsgruppen.

Personen mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl von Beziehungen, in denen sie Rat oder Trost erhalten können, berichten häufiger Einsamkeit.

Wie erwartet, variiert der Anteil einsamer Personen auch bedeutsam mit dem Potenzial für soziale Unterstützung. Eine geringere Anzahl von Personen, die emotionale Unterstützung leisten können steht mit einem erhöhten Auftreten von Einsamkeitsgefühlen in Verbindung. Auch eine geringere Anzahl von verfügbaren Ratgeberinnen und Ratgebern geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Einsamkeit einher. Abbildung 18-3 illustriert diese Zusammenhänge anhand des Vergleichs von Personen mit unterdurchschnittlich vielen Beziehungen (weniger als zwei Personen) und mindestens durchschnittlich vielen Beziehungen (zwei oder mehr Personen), die Trost beziehungsweise Rat geben können. Der Anteil einsamer Personen ist in den Gruppen mit unterdurchschnittlichem Unterstützungspotenzial bedeutsam höher (12,6 Prozent beziehungsweise 13,7 Prozent) als bei Personen mit mindestens durchschnittlichem Potenzial für Trost beziehungsweise Rat (6,5 Prozent beziehungsweise 7,0 Prozent).

Abbildung 18-3: Anteile der Personen mit Einsamkeitsempfinden; Vergleich von Personen mit unterdurchschnittlichem versus mindestens durchschnittlichem Potenzial für Trost beziehungsweise Rat, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.149 für Trost; n = 4.157 für Rat), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Alle Unterschiede signifikant.

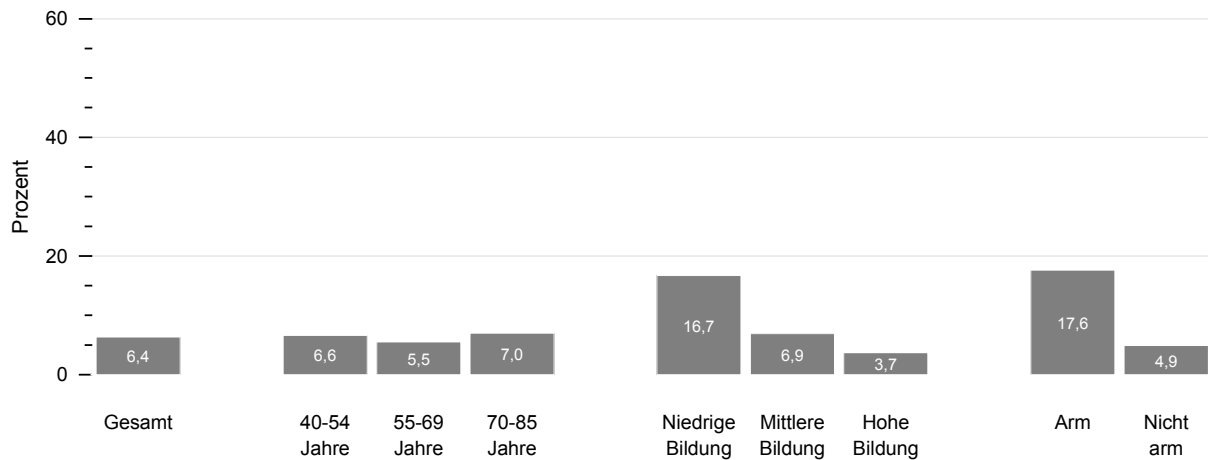
18.4 Wahrgenommene soziale Exklusion

Wahrgenommene soziale Exklusion wird im Jahr 2014 von 6,4 Prozent der 40- bis 85-Jährigen berichtet. Das Auftreten von Exklusionsempfinden unterscheidet sich nicht bedeutsam zwischen den Altersgruppen (Abbildung 18-4) oder zwischen Männern und Frauen (vgl. Tabelle A 18-2 im Anhang).

Personen in Armut und Personen mit geringer Bildung haben ein deutlich höheres Risiko, sich aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu fühlen.

Wie bei Einsamkeit variiert der Anteil von Personen, die sich als sozial exkludiert wahrnehmen jedoch mit Merkmalen der sozioökonomischen Stellung. Nur 3,7 Prozent der Hochgebildeten berichten ein Empfinden sozialer Exklusion. In der Gruppe der Personen mit niedriger Bildung sind es hingegen 16,7 Prozent (Abbildung 18-4). Ähnlich starke Unterschiede bestehen zwischen Personen mit unterschiedlichem Armutsstatus. Fast ein Fünftel (17,6 Prozent) der von Armut betroffenen Personen gibt an, sich als sozial exkludiert wahrzunehmen. Bei Personen, die nicht in Armut leben, sind es hingegen nur 4,9 Prozent (Abbildung 18-4). Armut und Bildung zeigen somit etwas stärkere Zusammenhänge mit wahrgenommener sozialer Exklusion als mit Einsamkeit.

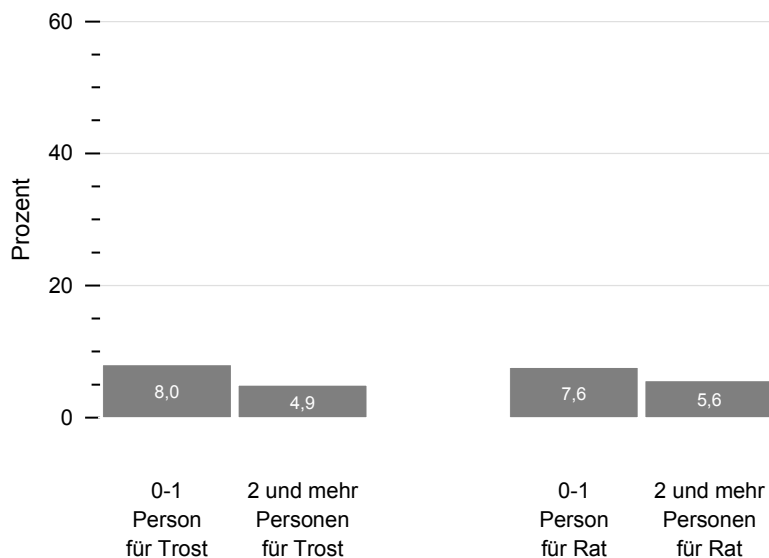
Abbildung 18-4: Anteile der Personen mit wahrgenommener sozialer Exklusion, gesamt, nach Alter, Bildung und Armutsstatus, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.225) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Alle Bildungsgruppenunterschiede und Unterschiede zwischen den Armutsgruppen signifikant.

Neben der Beziehung zur sozioökonomischen Stellung zeigt sich auch ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit für Exklusionsempfinden und dem Potenzial für soziale Unterstützung. Abbildung 18-5 zeigt, dass wahrgenommene soziale Exklusion bei Personen mit unterdurchschnittlichem Unterstützungspotenzial etwas häufiger vorkommt (8,0 Prozent beziehungsweise 7,6 Prozent) als bei Personen mit einer mindestens durchschnittlichen Anzahl von Personen, die emotionale beziehungsweise informationelle Unterstützung leisten können (4,9 Prozent beziehungsweise 5,6 Prozent). Die Zusammenhänge sind hierbei aber geringer ausgeprägt als die zwischen den Beziehungen für Rat beziehungsweise Trost und Einsamkeit.

Abbildung 18-5: Anteile der Personen mit wahrgenommener sozialer Exklusion; Vergleich von Personen mit unterdurchschnittlichem versus mindestens durchschnittlichem Potenzial für Trost beziehungsweise Rat, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.157 für Trost; n = 4.165 für Rat), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Alle Unterschiede signifikant.

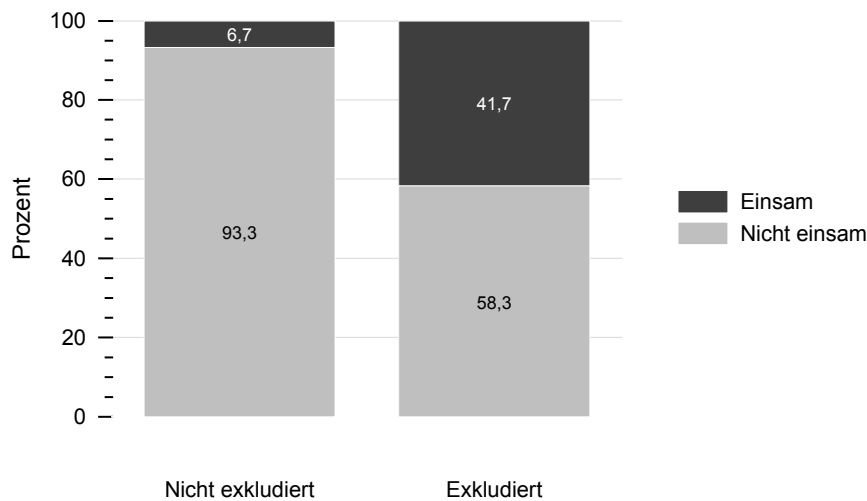
18.5 Zusammenhang von Einsamkeit und wahrgenommener sozialer Exklusion

Trotz der theoretisch unterschiedlichen Ursprünge von Einsamkeit und wahrgenommener sozialer Exklusion zeigten die bisherigen Analysen deutliche Überschneidungen in den Risiken für beide Erfahrungen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass das Empfinden sozialer Exklusion Risiken für Einsamkeit befördert und auch umgekehrt, Einsamkeit mit Risiken für soziale Exklusion einhergeht. Zudem könnten bestimmte Lebenslagen sowohl die persönliche Integration als auch Aspekte der sozioökonomischen Stellung einer Person negativ beeinflussen. Tatsächlich scheinen soziale Exklusion und Einsamkeit nicht immer unabhängig voneinander empfunden zu werden. Im Jahr 2014 zeigt sich, dass 2,7 Prozent aller 40- bis 85-Jährigen sich sowohl einsam als auch sozial exkludiert fühlen (ohne Abbildung). In Hinblick auf die Gesamtgruppe der Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren ist der Anteil von Personen mit gleichzeitigem Empfinden von Einsamkeit und sozialer Exklusion somit eher gering.

Personen, die sich als sozial exkludiert wahrnehmen, haben ein deutlich höheres Einsamkeitsrisiko als Personen, die sich nicht als sozial exkludiert wahrnehmen.

Betrachtet man genauer, wie sich die Gruppen der Personen mit und ohne Einsamkeit beziehungsweise mit und ohne Exklusionsempfinden zusammensetzen, zeigt sich jedoch ein deutlicher Zusammenhang zwischen beiden Ausgeschlossenheitserfahrungen. Bei Personen ohne Exklusionsempfinden liegt der Anteil von Personen mit Einsamkeit bei lediglich 6,7 Prozent. Von den Personen mit Exklusionsempfinden fühlen sich hingegen 41,7 Prozent auch einsam (Abbildung 18-6).

Abbildung 18-6: Anteile der Personen, die sich einsam fühlen; Vergleich zwischen Personen ohne und mit wahrgenommener sozialer Exklusion, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.225), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Signifikanter Unterschied zwischen Personen mit und ohne wahrgenommener sozialer Exklusion.

Auch umgekehrt zeigt sich, dass Personen mit Einsamkeit sehr viel häufiger soziale Exklusion empfinden als Personen ohne Einsamkeit (ohne Abbildung). Während der Anteil von Personen mit wahrgenommener sozialer Exklusion bei nicht einsamen Personen nur 4,0 Prozent beträgt, liegt er in der Gruppe der Personen mit Einsamkeit bei 29,1 Prozent.

18.6 Diskussion und Implikationen

Gefühle der Ausgeschlossenheit und Isolation können negative Konsequenzen in unterschiedlichen Lebensbereichen nach sich ziehen. Einsamkeit gilt als bedeutsames Risiko für Wohlbefinden und körperliche Gesundheit (Hawkey & Cacioppo 2010). Wahrgenommene soziale Exklusion kann prosoziales Verhalten vermindern (Twenge et al. 2007) und den sozialen Zusammenhalt gefährden (Castel et al. 2009).

Angesichts dieser gravierenden möglichen Konsequenzen ist es positiv zu sehen, dass sich die Mehrheit von Personen in der zweiten Lebenshälfte weder als einsam noch als sozial exkludiert wahrnimmt. Wie sich die Häufigkeit wahrgenommener sozialer Exklusion bei den 40- bis 85-Jährigen über die Zeit entwickelt, kann erst mit den kommenden DEAS-Befragungen beantwortet werden. Die bisherigen Erhebungen weisen jedoch darauf hin, dass es entgegen häufig geäußelter Befürchtungen, zwischen 1996 und 2014 nicht zu einer Erhöhung des Anteils einsamer Personen gekommen ist. Bei den über 71-Jährigen hat sich die Häufigkeit des Einsamkeitserlebens sogar verringert. Dieser Trend steht im Einklang mit verschiedenen Verbesserungen der sozialen Einbindung, die sich in dieser Altersgruppe zu kumulieren scheinen. Im Vergleich von 1996 bis 2014 leben immer mehr der 70- bis 85-Jährigen in einer Partnerschaft (vgl. Kapitel 13). Und auch der Anteil der Kinderlosen hat sich in dieser Altersgruppe bedeutsam verringert (vgl. Kapitel 14). Zudem können soziale Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden gerade bei den Älteren immer besser aufrechterhalten werden (vgl. Kapitel 17). In den jüngeren Altersgruppen hingegen halten sich positive und negative Veränderungen der sozialen Integration seit 1996 stärker die Waage. Im Jahr 2014 ist die

Häufigkeit von Partner- und Kinderlosigkeit in den jüngeren Altersgruppen entweder ähnlich hoch oder höher als im Jahr 1996 (vgl. Kapitel 13 und 14). Zudem kommt es insbesondere bei den 42- bis 71-Jährigen zu einem stärkeren Zuwachs der Wohntfernung zu den eigenen Kindern (vgl. Kapitel 14). Gleichzeitig erleben die jüngeren Altersgruppen eine positivere Entwicklung des Potenzials für soziale Unterstützung als die Älteren (vgl. Kapitel 17).

Im Jahr 2014 ist der Anteil einsamer Personen bei den unter 70-Jährigen sogar etwas höher als bei den 70- bis 85-Jährigen. In Anbetracht der Tatsache, dass ältere Personen zu allen Zeitpunkten weniger Bezugspersonen und soziale Aktivitäten berichten (vgl. Kapitel 17), scheint dieser Befund zunächst paradox. Eine mögliche Erklärung ist, dass sich die Anzahl sozialer Kontakte im Alter zwar verringert, die Qualität bestehender Beziehungen jedoch eher zunimmt. So wird beispielsweise vermutet, dass Personen im höheren Alter Konflikte eher vermeiden und stärker nach Harmonie streben (Charles 2010; Luong et al. 2010). Im Einklang mit dieser Idee berichteten Personen in höheren Altersgruppen seltener Gefühle von Wut und Ärger gegenüber den eigenen Kindern (vgl. Kapitel 14).

Armut, niedrige Bildung und ein geringes Potenzial für soziale Unterstützung gehen sowohl mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Einsamkeit als auch mit einem erhöhten Auftreten von Exklusionsempfinden einher. Wahrgenommene soziale Exklusion steht hierbei stärker mit sozioökonomischen Faktoren, Einsamkeit hingegen stärker mit Merkmalen persönlicher Integration in Verbindung. Um genauere Einblicke in Risikolagen zu gewinnen und differenzierte Handlungsmöglichkeiten abzuleiten, erscheint es somit wichtig, zwischen persönlichen und gesellschaftlichen Ausgrenzungserfahrungen zu unterscheiden. Für die Verhinderung wahrgenommener sozialer Exklusion könnte die Minimierung sozioökonomischer Notlagen ein wichtiger Schlüssel sein. Um einsame Personen zu erreichen, kann es hingegen hilfreich sein, niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote auszubauen, welche nicht nur Möglichkeiten zum sozialen Austausch fördern, sondern auch zur Reflexion sozialer Erwartungen und Verhaltensweisen anregen. Ein andauerndes Erleben von Einsamkeit kann zur Entwicklung negativer Wahrnehmungsmuster, wie Misstrauen, beitragen, welche die Qualität sozialer Interaktionen negativ beeinflussen (Cacioppo et al. 2006a). Nur wenn die betroffenen Personen negative Erwartungshaltungen erkennen und abbauen, werden sie von einem Neuaufbau sozialer Aktivitäten hinreichend profitieren können (Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo 2011).

Ein besonderes Augenmerk sollte den Personen gelten, die sich sowohl einsam als auch sozial exkludiert fühlen. Diese Gruppe leidet nicht nur unter einem geringen Zugang zu sozioökonomischen Ressourcen sondern auch unter einem Mangel an sozialem Unterstützungspotenzial. Es ist positiv zu sehen, dass nur eine sehr kleine Minderheit der 40- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 sowohl Einsamkeit als auch wahrgenommene soziale Exklusion berichtet. Allerdings ist ein starker Zusammenhang zwischen beiden Ausgeschlossenheitserfahrungen ersichtlich. Dies könnte darauf hinweisen, dass sich Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion gegenseitig befördern. Wenn sich Personen als sozial exkludiert wahrnehmen, könnte dies negative Gefühle und Erwartungen nach sich ziehen, welche die Qualität persönlicher Beziehungen beeinträchtigen. Auch in die andere Wirkrichtung sind Zusammenhänge denkbar. Das Erleben von Einsamkeit könnte langfristig beispielsweise zu einer Reduktion von sozialen Ressourcen führen (Cacioppo, Fowler, & Christakis 2009), welche für eine Teilnahme am öffentlichen Leben relevant sind (Lin 1999). Halten Einsamkeit und Exklusionsempfinden an, kann sich das betroffene Individuum auf Grund der unglücklichen Wechselwirkung zwischen beiden Erfahrungen somit in einer Lage befinden, die aus eigener Kraft nur schwer bewältigt werden kann. Auch wenn sich die Mehrheit der Personen in der

zweiten Lebenshälfte gut integriert fühlt, ist es somit relevant, Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion weiter zu erforschen und mit Hilfe effektiver Maßnahmen zu mindern. Vor allem die Wechselwirkung zwischen beiden Erfahrungen sollte mit Hilfe längsschnittlicher Daten genauer untersucht werden. Es erscheint jedoch so, dass sowohl die Verminderung sozioökonomischer Ungleichheit als auch der Ausbau leicht erreichbarer Beratungs- und Hilfsangebote dazu beitragen können, Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion zu verhindern und weiter zu reduzieren.

Literatur

- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex roles, 17*(11-12), 737-749. doi: 10.1007/BF00287685
- Bude, H., & Lantermann, E.-D. (2006). Soziale Exklusion und Exklusionsempfinden. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 58*(2), 233-252. doi: 10.1007/s11575-006-0054-1
- Cacioppo, J. T., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2009). Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. *Journal of Personality and Social Psychology, 97*(6), 977-991. doi: 10.1037/a0016076.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006a). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality, 40*(6), 1054-1085. doi: 10.1016/j.jrp.2005.11.007.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006b). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*(1), 140-151. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140.
- Castel, R., Dörre, K., & Bescherer, P. (2009). Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung: Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts: Campus Verlag Frankfurt.
- Charles, S. T. (2010). Strength and Vulnerability Integration: A Model of Emotional Well-Being Across Adulthood. *Psychological Bulletin, 136*(6), 1068-1091. doi: 10.1037/a0021232.
- De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 119-128. doi: 10.1037/0022-3514.53.1.119
- De Jong Gierveld, J., van Groenou, M. B., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2009). Quality of Marriages in Later Life and Emotional and Social Loneliness. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 64*(4), 497-506. doi: 10.1093/geronb/gbn043.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness - Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging, 28*(5), 582-598. doi: 10.1177/0164027506289723.
- Engstler, H., & Tesch-Roemer, C. (2010). Lebensformen und Partnerschaft. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Roemer (Hrsg.) *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 163-187). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218-227. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8.
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 63*(6), 375-384. doi: 10.1093/geronb/63.6.S375
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Predicts Increased Blood Pressure: 5-Year Cross-Lagged Analyses in Middle-Aged and Older Adults. *Psychology and Aging, 25*(1), 132-141. doi: 10.1037/a0017805.
- Huxhold, O., Mahne, K., & Naumann, D. (2010). Soziale Integration. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Roemer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. (S. 215-233). Stuttgart: Kohlhammer.

- Lin, N. (1999). Social networks and status attainment. *Annual review of sociology*, 467-487. doi: 10.1146/annurev.soc.25.1.467
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907-914. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.028.
- Luong, G., Charles, S. T., & Fingerman, K. L. (2010). Better with age: Social relationships across adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 0265407510391362. doi: 10.1177/0265407510391362
- Marlier, E., & Atkinson, A. B. (2010). Indicators of poverty and social exclusion in a global context. *Journal of Policy Analysis and Management*, 29(2), 285-304. doi: 10.1002/pam.20492
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. doi: 10.1177/1088868310377394.
- Tesch-Römer, C., Wiest, M., Wurm, S., & Huxhold, O. (2013). Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(3), 237-241. doi: 10.1007/s00391-012-0359-6.
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Bartels, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 56-66. doi: 10.1037/0022-3514.92.1.56.

19 Wohnung und Wohnkosten im Alter

Sonja Nowossadeck & Heribert Engstler

Kernaussagen

Der Anteil der 40- bis 85-Jährigen, die in der eigenen Immobilie wohnen, hat sich zwischen 1996 und 2014 erhöht: Bei den 70- bis 85-Jährigen ist die Wohneigentümerquote in dieser Zeit überdurchschnittlich von 47,9 Prozent auf 59,7 Prozent gestiegen. Zugenommen hat allerdings auch der Anteil der Personen mit Wohneigentum, die in diesem Alter noch ein Immobiliendarlehen abzahlen müssen. Die Wohneigentümerquote ist insgesamt in Ostdeutschland zwar immer noch niedriger als in Westdeutschland, der Unterschied zwischen Ost und West hat sich bei den 40- bis 85-Jährigen jedoch zwischen 1996 und 2014 halbiert (von 26,9 auf 12,7 Prozentpunkte).

Die eigene Wohnsituation wird im Jahr 2014 von einer großen Mehrheit der 40- bis 85-Jährigen als gut bewertet: 89,7 Prozent der 40- bis 85-Jährigen bewerten im Jahr 2014 ihre Wohnsituation als gut. Von 1996 bis 2014 hat sich in Ostdeutschland die Bewertung der Wohnsituation deutlich verbessert und sich damit dem westdeutschen Niveau angeglichen. Im Jahr 2014 bewerten die Ältesten (70 bis 85 Jahre) mit 92,0 Prozent ihre Wohnsituation im Vergleich zu den 40- bis 54-Jährigen (88,0 Prozent) und den 55- bis 69-Jährigen (90,1 Prozent) häufiger als gut. Auch in einfachen Wohnlagen bewerten die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Wohnsituation mehrheitlich als gut (68,1 Prozent), wenn auch weniger häufig als in gehobenen (96,2 Prozent) und mittleren Wohnlagen (87,9 Prozent).

Die monatliche Wohnkostenbelastung in Prozent des Einkommens hat zwischen 1996 und 2014 zugenommen: Der Anteil des Haushaltseinkommens, den Mieterinnen und Mieter für die Miete und die Nebenkosten ausgeben, ist zwischen 1996 und 2014 von 27,9 auf 35,1 Prozent gestiegen. Besonders hoch ist die Mietbelastung für ältere alleinlebende Frauen (45,2 Prozent). Eine relativ niedrige Wohnkostenbelastung haben Haushalte, die im schuldenfreien Wohneigentum leben (16,0 Prozent).

Barrierereduzierte Wohnungen sind im Jahr 2014 wenig verbreitet: Unter den 40- bis 85-Jährigen leben im Jahr 2014 nur 2,9 Prozent in einer barrierereduzierten Wohnung. Von den Personen, die eine Gehhilfe, einen Rollator beziehungsweise einen Rollstuhl benutzen, haben im Jahr 2014 6,9 Prozent eine barrierereduzierte Wohnung.

19.1 Einleitung

Die meisten Menschen wohnen bis ins hohe Alter in einer privaten Wohnung. 97 Prozent der 60-Jährigen und Älteren und immer noch 90 Prozent der 80-Jährigen und Älteren leben nach Angaben des Mikrozensus 2014 in einem privaten Haushalt, also mit Partnerin oder Partner, allein oder mit anderen Verwandten in einer Wohnung oder einem Haus (Statistisches Bundesamt 2015). Selbst wenn Ältere pflegebedürftig werden, bleibt für die Mehrzahl von ihnen die eigene Wohnung der zentrale Lebensort. Ältere verbringen viel Zeit in der Wohnung, mehr als jüngere Menschen, die ihr Wohnumfeld für Alltagsaktivitäten häufig für längere Zeit verlassen (Engstler, Menning, Hoffmann, & Tesch-Römer 2004). Mit steigendem Alter und zunehmenden Gesundheitsproblemen neigen ältere Menschen dazu, ihren Aktionsradius zu reduzieren und sich mehr in der Wohnung und dem unmittelbaren Wohnumfeld aufzuhalten. Gleichzeitig steigt ihre Vulnerabilität gegenüber Mängeln in der Wohnung und der Wohnumgebung. Die Wohnung mit ihrem Wohnumfeld bestimmt daher für Ältere zu einem wesentlichen Teil, wie selbstbestimmt sie altern (Kocka & Staudinger 2009; Oswald, Jopp, Rott, & Wahl 2011).

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) enthält Informationen zu verschiedenen Aspekten des Wohnens, von den Wohnformen und der subjektiven Bewertung der Wohnsituation bis zur Wohnungsausstattung und den Wohnkosten. Dies ermöglicht es, verschiedene Facetten des Wohnens zu beleuchten. Dieses Kapitel widmet sich daher mehreren Aspekten des Stands und der Entwicklung der Wohnsituation der Menschen in der zweiten Lebenshälfte.

Ein erster Aspekt des Kapitels ist das *Wohnen in Mietwohnungen und im Wohneigentum*. Aus historischen Gründen ist die Wohneigentumsquote in Deutschland im europäischen Vergleich eher niedrig (Kaltenbrunner & Waltersbacher 2014). In den ersten Jahrzehnten des Wiederaufbaus nach dem Zweiten Weltkrieg stand in beiden Teilen Deutschlands die Schaffung günstigen Wohnraums durch den Mietwohnungsbau im Vordergrund. Während in Westdeutschland anschließend auch die Bildung von Wohneigentum an Bedeutung gewann, kam dem privaten Wohneigentum in Ostdeutschland bis zur Wende nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Dies hat sich nach der Wiedervereinigung geändert. Die Zuwachsrate des Wohneigentums ist in den neuen Bundesländern mittlerweile höher als in den alten Bundesländern (ebd.). Untersucht wird im vorliegenden Beitrag, wie weit sich die Ost-West-Unterschiede in der Wohneigentümerquote verringert haben und in welchem Maße die einzelnen Altersgruppen am Trend zu mehr Wohneigentum teilhaben. Erwartet wird ein überdurchschnittlicher Anstieg bei den über 50-Jährigen, die nun häufiger mit selbst erworbenem oder von der älteren Generation übertragenem Wohneigentum ins Alter kommen.

Die Wohnung ist der zentrale Lebensort im Alter, daher stellt die *Bewertung der Wohnsituation* einen wichtigen Indikator für die Lebensqualität in dieser Lebensphase dar. Noch zu Beginn der 1990er Jahre unterschied sich die Wohnqualität in West- und Ostdeutschland deutlich voneinander und dementsprechend war auch die Bewertung der Wohnsituation in Ostdeutschland weniger positiv als in Westdeutschland (Motel-Klingebiel, Künemund, & Bode 2005). Inzwischen haben sich die Wohnverhältnisse zwischen West und Ost angenähert und dementsprechend ist auch eine ähnliche Bewertung der Wohnsituation in beiden Landesteilen zu erwarten. Das ist auch aus den Befunden von Priem und Schupp (2014) abzuleiten, die feststellen, dass sich die Ost-West-Lücke unter anderem in der Zufriedenheit mit der Wohnung endgültig geschlossen hat, da sich die Wohnstandards angeglichen haben.

Als weiterer Aspekt des Wohnens im Alter werden die *Wohnkosten von Mieter- und Eigentümerhaushalten* näher betrachtet. Im Allgemeinen sind die Mietbeträge bei

Seniorenhaushalten etwas niedriger als bei jüngeren Altersgruppen. Allerdings ist die Mietbelastung als Anteil am verfügbaren Einkommen, der für die Wohnkosten aufgewendet wird, bei Personen im Ruhestand überdurchschnittlich hoch, insbesondere bei Alleinstehenden (Frick & Droß 2011; Statistisches Bundesamt 2012). Zudem hat auf dem Wohnungsmarkt das Angebot günstiger Mietwohnungen abgenommen und für viele hält die Einkommensentwicklung nicht mit der Wohnkostenentwicklung Schritt (Pestel Institut 2012; BertelsmannStiftung 2013). Der Erwerb von Wohneigentum gilt als eine Strategie der Altersvorsorge mit der Idee, dadurch im Alter Wohnkosten einzusparen. Jedoch ist unklar, wem es möglich ist, im Alter im schuldenfreien Wohneigentum zu wohnen und wie hoch die Einsparungen der monatlichen Wohnkosten bei Wohneigentümern tatsächlich sind. Vor diesem Hintergrund wird zunächst beschrieben, wie sich der Anteil der Wohneigentümer in der zweiten Lebenshälfte verändert hat. Außerdem wird untersucht, wie sich die Wohnkostenbelastung der Älteren gewandelt hat und welche sozialen Gruppen besonders stark belastet sind.

Die demografische Alterung erfordert in großem Umfang eine den Bedürfnissen Älterer angepasste Wohnungsausstattung. Barrierefreiheit ist nicht für die Wohnungen aller älteren Menschen notwendig, sie sollte jedoch zumindest für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen zur Verfügung stehen, um auch ihnen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Eine Studie des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA) schätzt, dass etwa fünf Prozent aller Seniorenhaushalte (65 Jahre und älter) in einer weitgehend barrierefreien Wohnung leben (Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) 2011; Kuratorium Deutsche Altershilfe & Wüstenrot Stiftung 2014). Als Mindestanforderungen einer weitgehend barrierefreien Wohneinheit werden folgende Kriterien genannt, die (zum Teil in abgekürzter Form) auch im DEAS abgefragt werden: nicht mehr als drei Stufen zum Haus oder zum Wohnungseingang (ohne technische Hilfen zur Überwindung der Barrieren), keine Stufen innerhalb der Wohnung (ohne technische Hilfen zur Überwindung der Barrieren), ausreichende Bewegungsflächen und Türbreiten im Sanitärbereich sowie das Vorhandensein einer bodengleichen Dusche. Das Festlegen dieser Ausstattungskriterien der Wohnung führt zu den oben genannten, vergleichsweise niedrigen Anteilen barrierereduzierter Wohnungen. Eine weitere Studie auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) erfasste subjektive Einschätzungen von als altengerecht empfundenen Wohnungen und erhielt auf dieser Basis deutlich höhere Anteile: 19,6 Prozent aller Befragten, 29,9 Prozent der Befragten mit mindestens einer über 65-jährigen Person im Haushalt und 48,8 Prozent der Befragten mit mindestens einer pflegebedürftigen Person im Haushalt schätzten ihre Wohnungsausstattung als altengerecht und barrierefrei ein (Rothgang, Kalwitzki, Müller, Runte, & Unger 2015). Diese Unterschiede zwischen objektivierten und subjektiven Einschätzungen zeigen, dass Ältere auch beim Wohnen erhebliche Anpassungsleistungen an die gegebenen Umstände erbringen und dass die Barrierefreiheit der Wohnung nicht immer das entscheidende Kriterium für die Passfähigkeit der Wohnung ist. Die in diesem Kapitel ausgewiesenen Anteilswerte zu barrierereduzierten Wohnungen lehnen sich an das Vorgehen der KDA-Studie an, um einen Befund zum tatsächlichen Umfang barrierereduzierten Wohnens in der zweiten Lebenshälfte zu erhalten. Es wird untersucht, welche Kriterien barrierereduzierten Wohnens die Wohnungen älterer Menschen in Deutschland derzeit erfüllen und welche Unterschiede in der Versorgung mit diesen Wohnungen existieren. Die Wohnbedingungen von Älteren mit einer eingeschränkten Mobilität bilden einen weiteren Analyseschwerpunkt, da diese Gruppe in besonderem Maße auf eine Barrierefreiheit der Wohnung angewiesen ist.

Im Einzelnen werden im vorliegenden Kapitel die folgenden Fragen untersucht:

1. Steigt der Anteil der Personen, die im eigenen Wohneigentum leben? Hat Ostdeutschland beim Besitz von Wohneigentum aufgeholt?
2. Wie bewerten Ältere ihre Wohnsituation und hat sich das über die Jahre verändert?
3. Wie hat sich die Wohnkostenbelastung über die Jahre bei Mieterinnen und Mietern sowie bei Personen mit Wohneigentum verändert? Sind Ältere durch Wohnkosten insgesamt stärker belastet als andere Altersgruppen? Welche Kostenentlastung bringt das Wohnen in der eigenen Immobilie im Alter?
4. Wie barriere reduziert sind die Wohnungen der Älteren? Wie sind die Wohnungen von Menschen mit starken funktionalen Einschränkungen beziehungsweise mit Hilfsmittelabhängigkeit (Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl oder ähnliches) ausgestattet?

19.2 Datengrundlage

Daten. Die Auswertungen und Ergebnisse beruhen auf den Daten der vier Basisstichproben des DEAS der Erhebungsjahre 1996, 2002, 2008 und 2014 (vgl. Kapitel 2). Es werden jeweils deskriptive Befunde zur Entwicklung und Verteilung folgender Merkmale dargestellt:

Wohneigentum. Aus der für alle vier Erhebungsjahre vorliegenden Interview-Information darüber, ob man Eigentümerin/Eigentümer, Hauptmieterin/Hauptmieter oder zur Untermiete wohnt oder einen anderen Bewohnerstatus hat (mietfrei, Wohnrecht etc.), wird der Anteil der Personen mit Wohneigentum berechnet. Abhängig davon, ob für das Wohneigentum noch Raten eines Immobiliendarlehens zu bezahlen sind, wird zwischen Wohneigentümerinnen und -eigentümern mit und ohne Immobiliendarlehen unterschieden.

Bewertung der Wohnsituation. Die Bewertung der Wohnsituation wurde mit einer fünfteiligen Skala erfragt. („Einmal insgesamt betrachtet, wie bewerten Sie Ihre derzeitige Wohnsituation?“ 1 = ‚sehr gut‘/ 2 = ‚gut‘/ 3 = ‚mittel‘/ 4 = ‚schlecht‘/ 5 = ‚sehr schlecht‘). Für die Analyse wurden diese Angaben in eine dichotome Variable rekodiert: ‚gut‘ = Antwortkategorien 1 und 2, ‚mittel/schlecht‘ = Antwortkategorien 3, 4 und 5.

Wohnkosten. Bei zur Miete Wohnenden umfassen die Wohnkosten die monatliche Miete einschließlich aller Nebenkosten. Diese Bruttowarmmiete wird in jedem Erhebungsjahr im mündlichen Interview als Gesamtbetrag erhoben, einschließlich einer Bestätigung, dass es sich dabei um die Miete inklusive aller Nebenkosten handelt. Bei Wohneigentümerinnen und Wohneigentümern werden die monatlichen Kosten, die sie für Strom, Gas, Wasser, Heizung, Müllabfuhr und sonstige Nebenkosten aufwenden, gesondert als Summenbetrag erhoben. Sofern für das selbstbewohnte Wohneigentum noch Abzahlungen für ein Immobiliendarlehen geleistet werden, ist die Höhe der monatlichen beziehungsweise auf den Monat bezogenen Zahlungsrate anzugeben. Diese wird den Wohnkosten hinzu gerechnet. Falls bei den Angaben zu den Wohnkosten keine genauen Beträge angegeben werden können, ist der ungefähre Betrag zu nennen. Im Beitrag werden die monatlichen Wohnkosten der Hauptmieterinnen und -mieter und Personen mit Wohneigentum ohne und mit Immobiliendarlehen berichtet.

Wohnkostenbelastung. Die Wohnkostenbelastung setzt die monatlichen Wohnkosten in Relation zum monatlichen Nettoeinkommen des Haushalts. Sie gibt an, wieviel Prozent des Einkommens für die Wohnkosten ausgegeben werden.

Barrierereduzierte Wohnung. Die Kriterien für Barrierefreiheit in Wohnungen werden in der Norm DIN 18040-2 sehr detailliert und umfangreich geregelt. Das betrifft zum Beispiel die umfangreichen Regeln zur Größe von Bewegungsflächen, zur baulichen Badausstattung bis hin zum zulässigen Durchmesser, den Handläufe haben dürfen. Die Gesamtheit dieser Kriterien kann in einem Survey nicht abgefragt werden. In der Befragung 2014 wurde im DEAS erstmals versucht, die Vielzahl von Kriterien der Barrierefreiheit auf einige wesentliche und für die Befragten bewertbare Indikatoren zu reduzieren. Im Einzelnen wurden im schriftlichen Fragebogen das Vorhandensein oder Fehlen folgender Merkmale erfasst (leicht verkürzte Darstellung): Wohnung beziehungsweise Haus ist stufenlos erreichbar, alle Treppen haben auf beiden Seiten einen Handlauf, alle Zimmertüren haben keine oder nur niedrige Schwellen, Türen der Sanitärräume sind breit genug für Gehhilfe/Rollator (mindestens 80 cm), Türen der Sanitärräume gehen nach außen auf, innerhalb der Wohnung sind alle Zimmer stufenlos erreichbar.

Die Übertragung dieser Kriterien auf einen Indikator für eine barrierereduzierte Wohnung erfolgt in Anlehnung an das Vorgehen einer KDA-Repräsentativbefragung von Seniorenhaushalten (Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) 2011). Es werden zwei Arten von Barrieren definiert: Barrieren beim Zugang zur Wohnung und Barrieren in der Wohnung. *Ein barrierereduzierter Zugang zur Wohnung* liegt in unseren Analysen vor, wenn die Wohnung beziehungsweise das Haus stufenlos erreichbar ist. Eine *Wohnung ist innen barrierereduziert*, wenn die Zimmertüren keine oder nur niedrige Türschwellen haben, wenn die Türen von Bad und WC breit genug sind für Gehhilfen/Rollator (mindestens 80 cm) und außerdem nach außen öffnen und wenn alle Zimmer in der Wohnung stufenlos erreichbar sind. Von einer *barrierereduzierten Wohnung* sprechen wir, wenn nach dieser Definition sowohl ein barrierereduzierter Zugang zur Wohnung vorhanden ist und die Wohnung auch im Inneren barrierereduziert ist. Die Badausstattung (bodengleiche Dusche, Dusche mit Duschtasse, Badewanne) wurde nicht in die Bewertung einbezogen. Jede funktionale Einschränkung der Bewohnerinnen und Bewohner braucht eigene Badlösungen, eine Wanne mit Wannenlift kann unter Umständen funktionaler sein als eine bodengleiche Dusche, die zu eng ist für einen Rollstuhl.

Gruppierungsvariablen. Es werden Geschlechtsunterschiede (männlich/weiblich), Altersgruppendifferenzen (40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre, 70 bis 85 Jahre) und regionale Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland untersucht. Westdeutschland umfasst die alten Bundesländer einschließlich dem früheren Westteil Berlins; Ostdeutschland umfasst die neuen Bundesländer inklusive dem früheren Ostteil Berlins. Bei der Betrachtung der Wohnkosten und der subjektiven Bewertung der Wohnsituation werden bivariat auch Unterschiede nach der Wohnlage untersucht. Die von den Interviewerinnen und Interviewern vorgenommene Einschätzung der Wohnlage auf einer fünfstufigen Skala wird dabei rekodiert zu den drei Kategorien ‚einfache‘ (1-2), ‚mittlere‘ (3) und ‚gehobene‘ Wohnlage (4-5).

Daneben werden Mobilitätseinschränkungen der befragten Person und der siedlungsstrukturelle Kreistyp des Wohnkreises der Befragten als Gruppierungsvariable genutzt:

Mobilitätseinschränkungen. Einschränkungen in der Mobilität werden über die im schriftlichen Fragebogen erhobene Nutzung eines Mobilitätshilfsmittels erfasst. Abgefragt wird die Nutzung (ja/nein) von Stock/Gehhilfe, Gehwagen/ Rollator/ Delta-Rad und Rollstuhl. Befragte, die mindestens eines dieser Hilfsmittel benutzen, gelten in der Analyse als in ihrer Mobilität eingeschränkt. Die Frage nach der Nutzung eines Mobilitätshilfsmittels ist in Bezug auf die Barrierefreiheit sinnvoll, weil diese Hilfsmittel selbst innerhalb der Wohnung beziehungsweise

beim Zugang zur Wohnung zu einem Hindernis werden können, wenn sie über Treppen, Schwellen oder durch schmale Türen bewegt werden müssen.

Siedlungsstruktureller Kreistyp. Die verwendeten siedlungsstrukturellen Kreistypen sind eine Typologie des Bundesinstituts für Bau- Stadt- und Raumforschung, die auf Siedlungsstrukturmerkmalen beruhen und die in der Raumbbeobachtung eine zentrale Rolle spielen (BBSR 2012). Sie umfassen vier Kreistypen: 1 = Kreisfreie Großstädte: Kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern/ 2 = Städtische Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohner/km², sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohner/km²/ 3 = Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohner/km²/ 4 = Dünn besiedelte ländliche Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohner/km².

Analysen. Im Text und den Abbildungen werden jahres- und gruppenspezifische gewichtete Häufigkeiten oder prozentuale Häufigkeiten angegeben. Um Unterschiede zwischen Gruppen und/oder Jahren auf statistische Signifikanz ($p < ,05$) zu testen, wurden lineare, logistische und ordinale Regressionen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe (40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre), Geschlecht und Region (West-/Ostdeutschland) kontrolliert wurde. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

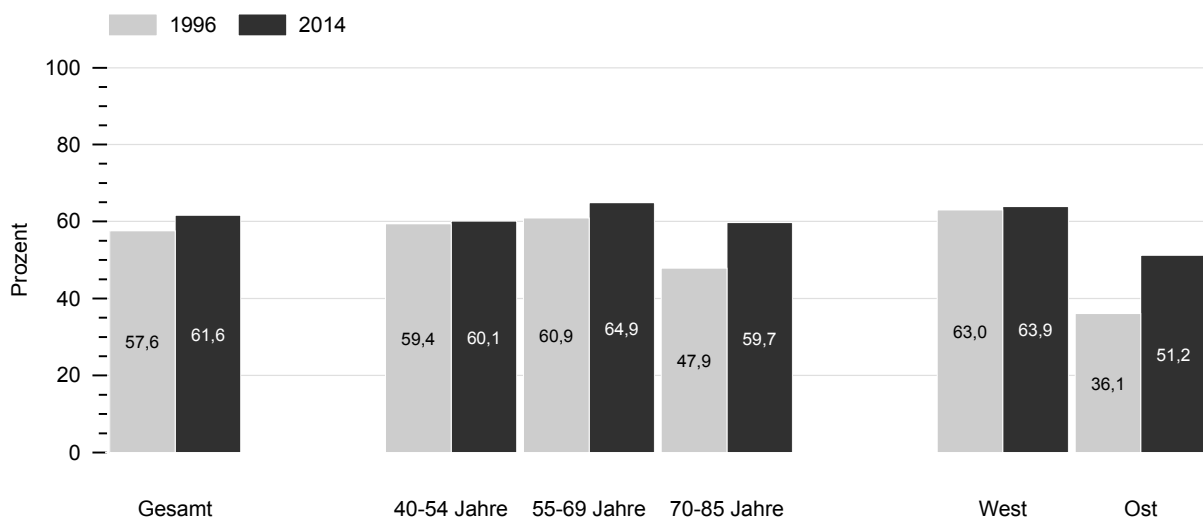
19.3 Wohneigentum

In der zweiten Lebenshälfte wohnt die Mehrheit der Bevölkerung in einer Wohnung oder einem Haus, das ihnen selbst gehört. Der Anteil der Personen mit Wohneigentum hat sich zwischen 1996 und 2014 von 57,6 auf 61,6 Prozent erhöht (Abbildung 19-1). Nur noch ein Drittel der 40- bis 85-Jährigen wohnt zur Miete und einige wenige wohnen mietfrei, zur Untermiete oder anderweitig geregelt in ihrer Wohneinheit.

Ein steigender Anteil älterer Menschen wohnt in der eigenen Immobilie.

Zwar ist die Wohneigentumsquote in den alten Bundesländern immer noch höher als in den neuen Bundesländern und bei den 55- bis 69-Jährigen höher als bei den beiden anderen Altersgruppen – durch die überdurchschnittliche Zunahme des Wohneigentums in Ostdeutschland und bei den 70- bis 85-Jährigen (Anstieg der Wohneigentümerquote auf 59,7 Prozent) haben sich die Unterschiede in den privaten Wohnformen zwischen Ost und West und zwischen den Altersgruppen jedoch verringert. Insgesamt ist nach einer deutlichen Zunahme des Wohneigentums bis zum Jahr 2008 in der Folgezeit eine Stagnation eingetreten, in der die Eigentümerquote nicht weiter gestiegen ist (vgl. Tabelle A 19-1 im Anhang). Die seit mehreren Jahren günstigen Finanzierungskonditionen, die relativ guten Arbeitsmarktbedingungen und das steigende Angebot an Kaufimmobilien lassen für die Zukunft aber eine weitere Zunahme des Wohnens in der eigenen Immobilie erwarten.

Abbildung 19-1: Wohneigentumsquote, gesamt, nach Alter und Landesteil, in den Jahren 1996 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.838) und 2014 (n = 6.000), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Signifikanter Anstieg für die Altersgruppen 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre und für beide Landesteile. Zunahme bei den 70- bis 85-Jährigen und in Ostdeutschland signifikant höher als bei den anderen beiden Altersgruppen bzw. in Westdeutschland.

Mehr als drei Viertel (78,0 Prozent) der Wohneigentümer des Jahres 2014 haben ihre Wohnung oder ihr Haus gekauft, 22,0 Prozent haben die Immobilie durch eine Erbschaft, Schenkung oder anderweitige Eigentumsfeststellung erhalten. Im Vergleich zum Jahr 1996 erhöhte sich damit der Anteil des durch Kauf erworbenen Wohneigentums um 6,1 Prozentpunkte (ohne Abbildung). Es verwundert daher nicht, dass auch ein wachsender Anteil der Personen mit Wohneigentum Immobilienschulden hat und laufende Abzahlungsraten leisten muss.

Der Anteil der Eigentümerhaushalte, die noch laufende Abzahlungen von Immobiliendarlehen leisten müssen, hat zugenommen.

Im Jahr 2014 haben insgesamt 39,7 Prozent der Personen mit Wohneigentum für dieses ein Darlehen abzuzahlen, bei den 40- bis 54-Jährigen sind es sogar 65,2 Prozent (vgl. Tabelle A 19-2 im Anhang). Je älter die Wohneigentümer sind, desto häufiger ist ihre Wohnung oder ihr Haus bereits schuldenfrei. Aber auch von den über 70-Jährigen des Jahres 2014 müssen noch 11,3 Prozent für das von ihnen erworbene Wohneigentum Abzahlungen leisten, deutlich mehr als noch 2008 (7,0 Prozent). Etwas überraschend sinkt seit 2002 in Ostdeutschland der Anteil der Wohneigentümer, die noch ein Immobiliendarlehen bedienen müssen (2002: 41,2 Prozent; 2014: 35,9 Prozent). Möglicherweise ist dies Folge einer verbesserten Ausstattung der ostdeutschen Käufer mit Eigenkapital und der wachsenden Zahl vollständiger Darlehenstilgungen der in den 1990er Jahren privat erworbenen Wohnimmobilien.

19.4 Bewertung der Wohnsituation

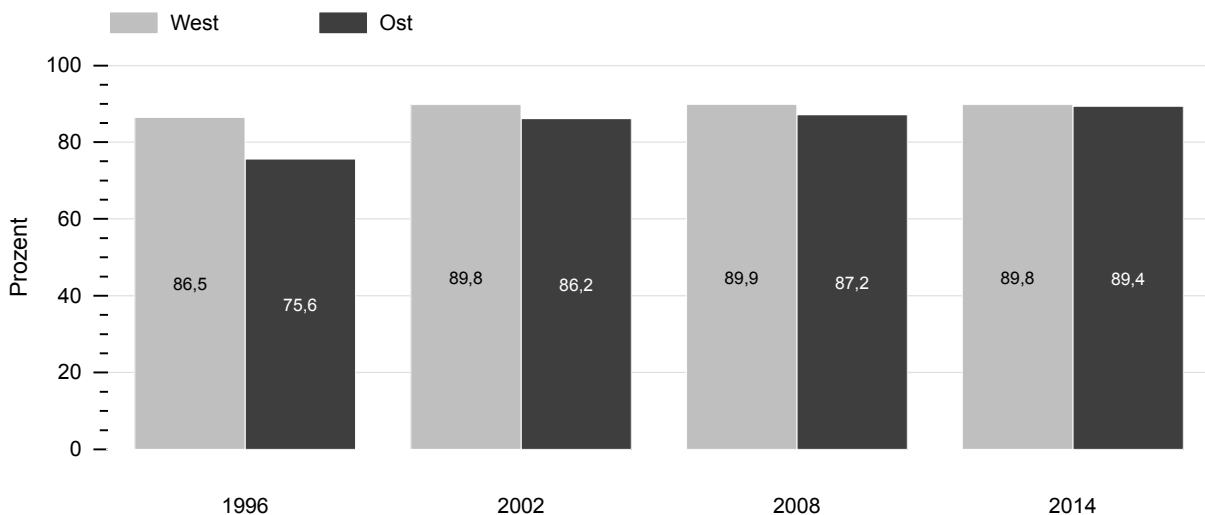
Die Erhebungen des DEAS zeigten in den vergangenen Jahren, dass die meisten Menschen in der zweiten Lebenshälfte ihre Wohnsituation positiv sehen. Daran hat sich auch im Jahr 2014 nichts geändert.

Die eigene Wohnsituation wird im Jahr 2014 von einer großen Mehrheit der 40- bis 85-Jährigen als gut bewertet.

89,7 Prozent der 40- bis 85-Jährigen schätzen im Jahr 2014 ihre Wohnsituation als gut ein (vgl. Tabelle A 19-5 im Anhang). In der ersten DEAS-Befragung 1996 waren es noch 84,3 Prozent. Ältere sehen dabei ihre Wohnsituation signifikant häufiger positiv als Erwachsene im mittleren Erwachsenenalter, auch wenn die Unterschiede nur wenige Prozentpunkte betragen. Die 40- bis 54-Jährigen geben zu 88,0 Prozent, die 55- bis 69-Jährigen zu 90,1 Prozent und die Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen zu 92,0 Prozent eine positive Einschätzung ihrer Wohnsituation ab. Eine Erklärung für die über die Altersgruppen hinweg zunehmend positive Bewertung des eigenen Wohnens ist das Zufriedenheits- beziehungsweise Altersinvarianzparadox, das eine stabile positive Bewertung der Lebenssituation in relativer Unabhängigkeit von den objektiven Bedingungen beschreibt (Teti, Grittner, Kuhlmeiy, & Blüher 2014; vgl. Kapitel 10). Eine hohe Wohnzufriedenheit sollte daher nicht darüber hinweg täuschen, dass trotzdem ein Bedarf an verbesserten Wohnbedingungen für Ältere existieren kann.

Auch im Vergleich von West- und Ostdeutschland zeigt sich die Wohnzufriedenheit auf einem stabil hohen Niveau. In Ostdeutschland lässt sich ein Aufholprozess seit 1996 beobachten mit einer hohen Dynamik in den 1990er Jahren und einem langsameren Anwachsen seit 2002 (Abbildung 19-2). Nachdem es bis 2008 noch eine signifikante Differenz in der Bewertung der Wohnsituation von West- und Ostdeutschen gab, ist diese Differenz im Jahr 2014 zum ersten Mal nicht mehr zu beobachten. Ostdeutsche in der zweiten Lebenshälfte sehen im Jahr 2014 ihre Wohnsituation etwa gleich positiv wie die Westdeutschen.

Abbildung 19-2: Anteile der Personen, die ihre Wohnsituation als ‚gut‘ bewerten, nach Landesteil, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

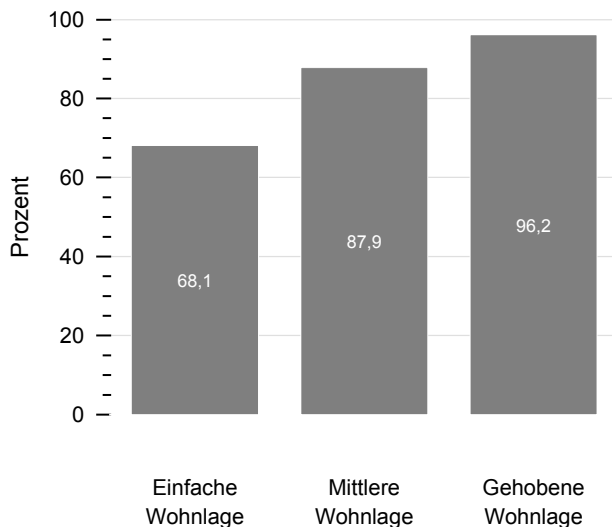


Quelle: DEAS 1996 (n = 4.828), 2002 (n = 3.080), 2008 (n=6.201), 2014 (n = 6.000), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$) Signifikanter Unterschied zwischen West- und Ostdeutschland in den Jahren 1996, 2002, 2008. Kein signifikanter Unterschied im Jahr 2014.

Auch in einfachen Wohnlagen bezeichnen die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Wohnsituation mehrheitlich als gut.

Bemerkenswert ist, dass auch in den von den Interviewenden als einfach eingeschätzten Wohnlagen die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Wohnsituation mehrheitlich als gut bezeichnen, auch wenn der Anteil positiver Bewertungen deutlich geringer ist als in gehobenen oder mittleren Wohnlagen (Abbildung 19-3). 96,2 Prozent der 40- bis 85-Jährigen in gehobenen Wohnlagen bezeichnen ihre Wohnsituation als gut, 87,9 Prozent der Bewohner mittlerer Wohnlagen und immerhin noch 68,1 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner einfacher Wohnlagen tun dies. Für Menschen in der zweiten Lebenshälfte spielt offenbar für die Bewertung ihrer Wohnsituation nicht in erster Linie der bauliche Zustand der Wohnung und des Wohnumfelds eine Rolle, sondern auch in hohem Maße ihre Verbundenheit mit der Wohnung, dem Quartier und der Nachbarschaft (vgl. dazu Kapitel 20 und 21).

Abbildung 19-3: Anteile der Personen, die ihre Wohnsituation als ‚gut‘ bewerten, nach Wohnlage, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 5.954), gewichtete, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Signifikante Unterschiede in beiden Kategorien zwischen allen Wohnlagen.

19.5 Wohnkosten

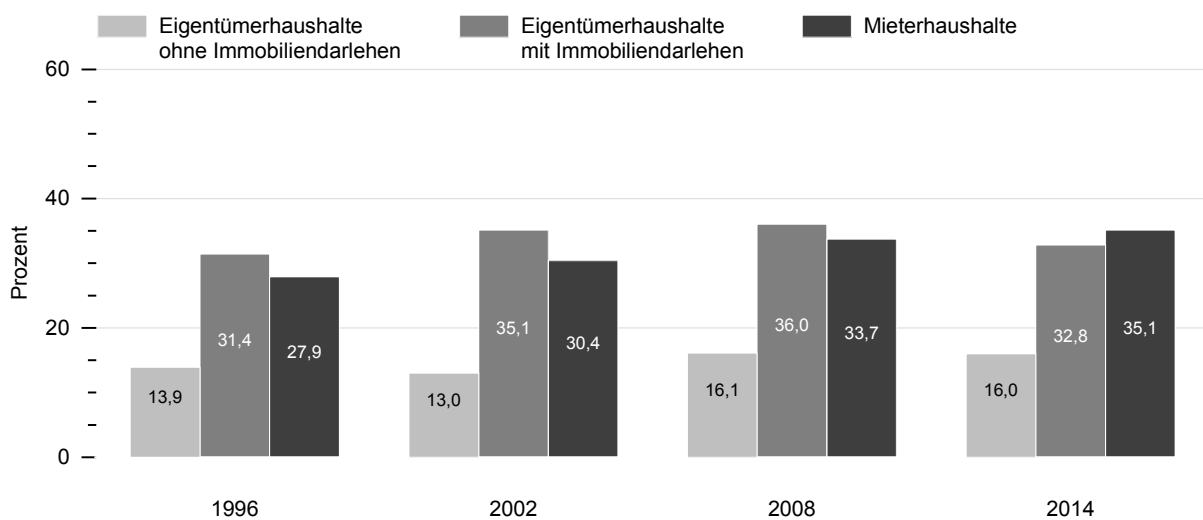
Die monatlichen Wohnkosten können unterschiedlich hoch sein. Unter anderem hängen sie davon ab, ob es sich um eine Mietwohnung oder um Wohneigentum handelt und ob dieses bereits schuldenfrei ist. Im Jahr 2014 beträgt die von den 40- bis 85-Jährigen zu begleichende durchschnittliche Monatsmiete einschließlich Nebenkosten 703 Euro. Gegenüber 1996 hat sich die Miete um 57 Prozent erhöht. Da die Einkommen nicht im selben Maße gestiegen sind (vgl. Kapitel 6), erhöhte sich die Mietbelastung.

Die monatliche Wohnkostenbelastung in Prozent des Einkommens hat zwischen 1996 und 2014 zugenommen.

Im Jahr 2014 müssen Mieterhaushalte 35,1 Prozent ihres monatlichen Nettoeinkommens für die Miete und Nebenkosten ausgeben, im Jahr 1996 waren es erst 27,9 Prozent (Abbildung 19-4).

Eigentümerhaushalte, die noch Darlehensraten für ihre Immobilie zu leisten haben, wenden hierfür zuzüglich der monatlichen Nebenkosten im Durchschnitt 1.091 Euro auf. Dies sind 32,8 Prozent ihres Haushaltsnettoeinkommens. Ihre Wohnkostenbelastung ist damit erstmals etwas geringer als die der Mieterhaushalte. Dazu beigetragen haben der gebremste Anstieg der nominalen Wohnkosten nach 2008 und ihr im Vergleich zu Mieterhaushalten höherer Einkommenszuwachs. Die niedrigsten Wohnkosten absolut und in Relation zu ihrem Einkommen haben Eigentümerhaushalte, deren Immobilie schuldenfrei ist. Sie müssen nur 16 Prozent ihres Haushaltseinkommens für die monatlichen Wohnkosten aufwenden, da sie keine Wohndarlehensraten (mehr) aufbringen müssen.

Abbildung 19-4: Monatliche Wohnkosten des Haushaltseinkommens nach Wohnform, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.415), 2002 (n = 2.023), 2008 (n = 4.416), 2014 (n = 4.655), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikante Unterschiede zwischen 1996 und 2014 für alle drei Kategorien. Signifikante Unterschiede zwischen allen Kategorien zu allen Zeitpunkten, ausgenommen die Differenz zwischen Mieterhaushalten und Eigentümerhaushalten mit Immobiliendarlehen im Jahr 2014.

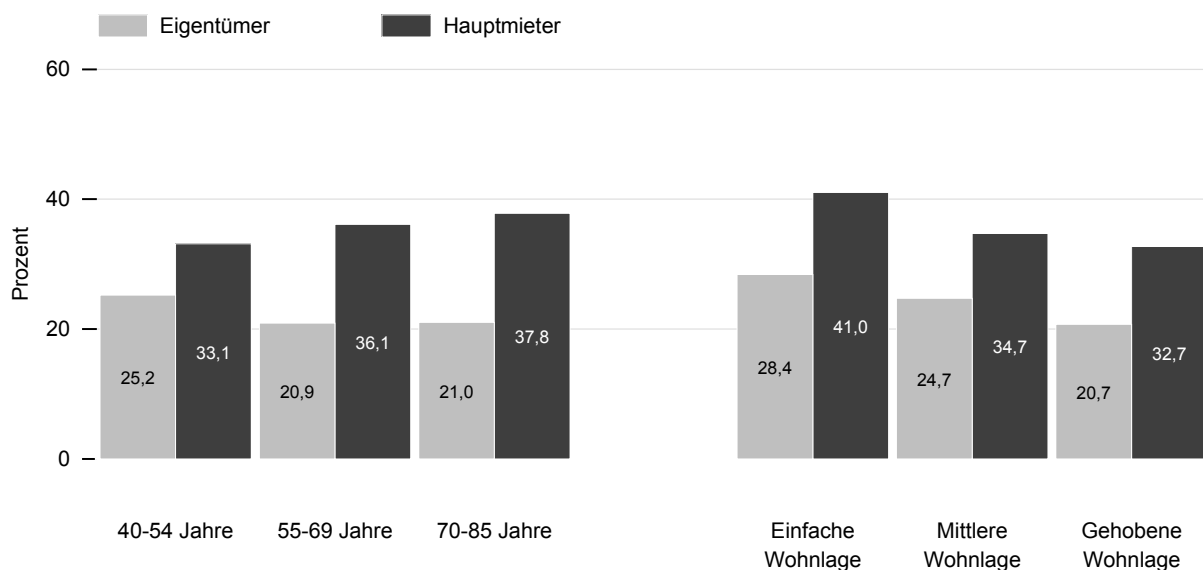
Bei Mieterhaushalten steigt mit dem Alter die Wohnkostenbelastung, was in Verbindung mit der Absenkung des Haushaltseinkommens beim Übergang in den Ruhestand und nach einer Verwitwung zu sehen ist. Die im Jahr 2014 zur Miete wohnenden 40- bis 54-Jährigen geben 33,1 Prozent ihres Haushaltseinkommens für Miete und Nebenkosten aus, die 70- bis 85-Jährigen müssen dafür 37,8 Prozent einsetzen (Abbildung 19-5). Über 70-jährige alleinlebende Mieterinnen müssen sogar 45,2 Prozent ihres Einkommens für die Wohnkosten aufwenden (ohne Abbildung). Bei Eigentümerhaushalten ist der Alterszusammenhang umgekehrt. Bei ihnen verringert sich mit steigendem Alter die Wohnkostenbelastung, weil ältere Wohneigentümerinnen und -eigentümer häufig keine Immobilienschulden (mehr) haben. Dann fallen nur noch die üblichen Nebenkosten an.

Für Eigentümer- und Mieterhaushalte zeigt sich auch ein Zusammenhang der Wohnkostenbelastung mit der Wohnlage.¹ Haushalte in einfachen Wohnlagen müssen einen höheren Anteil ihres Einkommens für die Wohnkosten aufwenden als Haushalte in mittleren und gehobenen Wohnlagen (Abbildung 19-5). Verantwortlich dafür ist das niedrigere

¹ Die Einstufung der Wohnlage beruht auf Angaben der Interviewerinnen und Interviewer (siehe Abschnitt 19.2).

Durchschnittseinkommen der in einfachen Wohnlagen lebenden Haushalte.² Die Ost-West-Unterschiede der Mietbelastung haben sich zwischen 1996 und 2014 aufgelöst. Während im Jahr 1996 ostdeutsche Mieterhaushalte mit 24,2 Prozent einen deutlich geringeren Anteil ihres Haushaltseinkommens für die Miete plus Nebenkosten aufwenden mussten als westdeutsche Mieterhaushalte (29,7 Prozent), betrug die Mietbelastung im Jahr 2014 in beiden Landesteilen 35 Prozent (Ost: 35,1 Prozent, West: 35,0 Prozent) (siehe Tabelle A 19-3 im Anhang).

Abbildung 19-5: Monatliche Wohnkosten des Haushaltseinkommens, nach Alter und Wohnlage, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.655 für die Altersgruppen, n = 4.625 für die Wohnlagen), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Eigentümer: Signifikante Unterschiede nur zwischen 40- bis 54-Jährigen und den 55- bis 69-Jährigen bzw. 70- bis 85-Jährigen. Signifikante Unterschiede zwischen allen Wohnlagen. Hauptmieter: Signifikante Unterschiede nur zwischen 40- bis 54-Jährigen und den 55- bis 69-Jährigen bzw. 70- bis 85-Jährigen. Signifikanter Unterschied zwischen einfacher Wohnlage und mittlerer bzw. gehobener Wohnlage.

Insgesamt ist das Wohnen teurer geworden. Insbesondere Personen, die zur Miete wohnen, müssen einen wachsenden Anteil ihres Einkommens für die Miete und die Nebenkosten aufwenden. Die steigende Quote von Menschen mit Wohneigentum wurde erkaufte durch einen wachsenden Anteil von Haushalten mit einer relativ hohen monatlichen Belastung durch das Abzahlen von Immobiliendarlehen. Gelingt es Personen mit Wohneigentum allerdings, ihr Wohndarlehen bis zum Beginn des Ruhestands vollständig zu tilgen und fortan in der abbezahlten Immobilie zu wohnen, reduziert dies ihre laufenden Wohnkosten im Alter erheblich.

19.6 Barrierereduzierte Wohnungen

Gerade im hohen Alter nehmen Mobilitätseinschränkungen immer mehr zu (vgl. Kapitel 8). Um auch mit solchen Einschränkungen weiterhin gut in der eigenen Wohnung leben zu können, kommt es darauf an, ob die Wohnung möglichst wenige Barrieren hat.

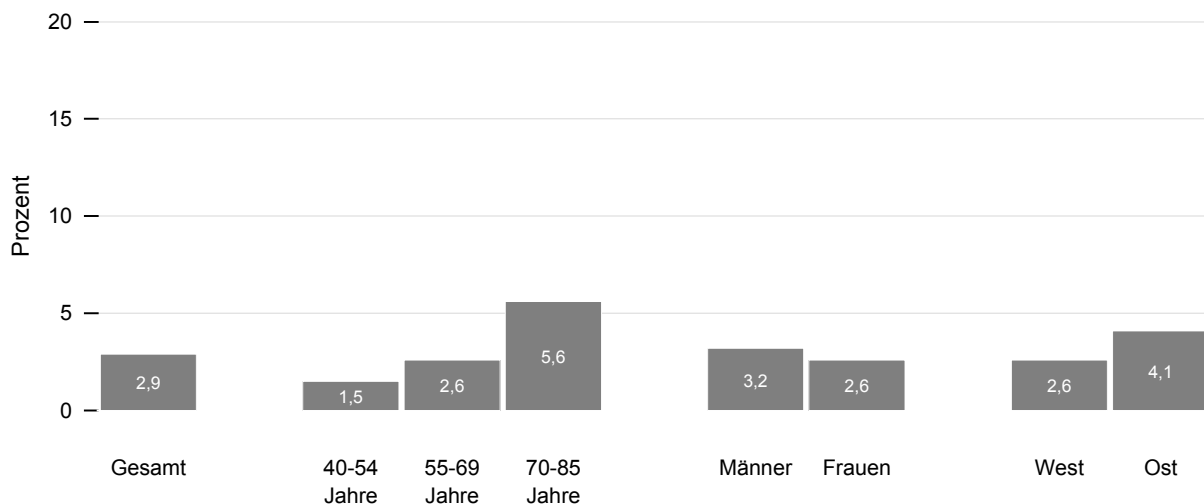
² Das im DEAS für 2014 ermittelte durchschnittliche Monatseinkommen der in einfachen Wohnlagen lebenden Mieterhaushalte liegt 44 Prozent unter dem Einkommen der Mieterhaushalte in gehobenen Wohnlagen (ohne Abbildung).

Barrierereduzierte Wohnungen sind im Jahr 2014 wenig verbreitet.

Es gibt nicht viele Menschen, die in einer barrierereduzierten Wohnung leben. Legt man die im Abschnitt ‚Datengrundlagen‘ beschriebenen Kriterien zugrunde, so leben von den 40- bis 85-Jährigen nur 2,9 Prozent in einer solchen Wohnung. Dieser Anteil ist erwartungsgemäß in der ältesten Altersgruppe am größten, da in dieser Altersgruppe die gesundheitlichen Einschränkungen und damit der Bedarf an Wohnbedingungen ohne Barrieren besonders hoch sind. Von den 70- bis 85-Jährigen wohnen 5,6 Prozent unter barrierereduzierten Bedingungen (Abbildung 19-6). In Ostdeutschland gibt es einen etwas höheren Anteil barrierereduzierter Wohnungen (4,1 Prozent) als in Westdeutschland (2,6 Prozent). Eine Erklärung dafür kann sein, dass seit den 1990er Jahren in Ostdeutschland zahlreiche Wohnungen modernisiert beziehungsweise neu gebaut wurden, die zu einem höheren Anteil als in Westdeutschland den Standards der Barrierefreiheit genügen.

Was bedeutet dieser Befund? Ob eine Wohnung den Wohnbedürfnissen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner entspricht, hängt stark von deren Gesundheitszustand und auch von ihren individuellen Wohnpräferenzen ab. Nicht jeder Mensch im höheren Alter hat größere funktionale Einschränkungen (vgl. Kapitel 8). Viele Ältere richten sich in den vorhandenen Wohnbedingungen ein, auch wenn diese nicht optimal an ihre Bedürfnisse angepasst sind. Dennoch kann angesichts der sehr geringen Anteilswerte an barrierereduzierten Wohnungen davon ausgegangen werden, dass ein größerer Nachholbedarf an diesen Wohnungen besteht, der in den kommenden Jahren infolge der demografischen Alterung noch wachsen dürfte.

Abbildung 19-6: Anteile der in einer barrierereduzierten Wohnung lebenden Menschen, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)

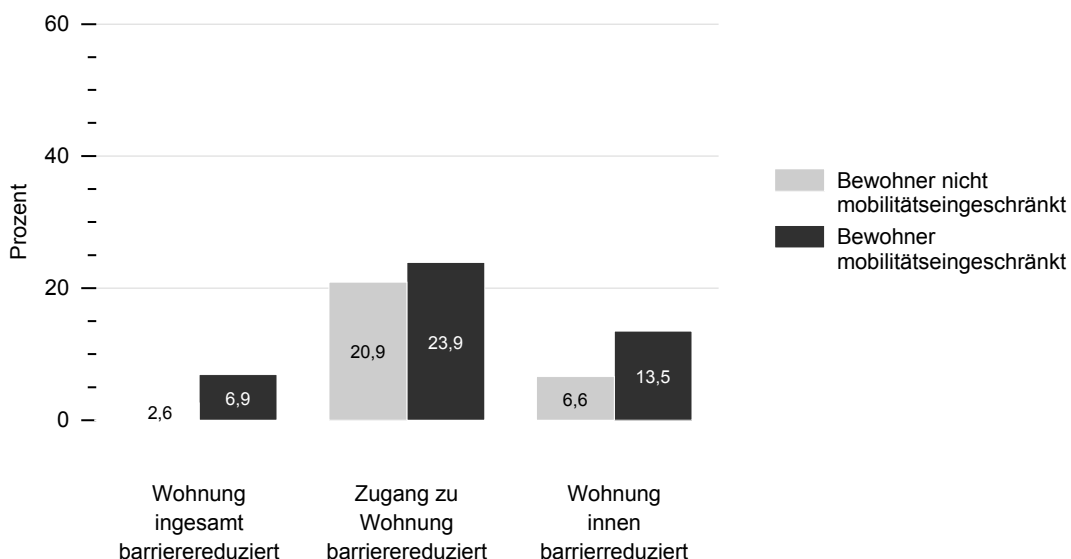


Quelle: DEAS 2014 (n = 4.226), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Signifikante Alters- und Landesteilunterschiede. Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Auch Ältere mit Mobilitätseinschränkungen haben überwiegend keine barrierereduzierte Wohnung.

Wie leben Menschen, die aufgrund von körperlichen Einschränkungen, insbesondere der Mobilität, auf barrierereduzierte Wohnbedingungen angewiesen sind, um ihren Alltag gut bewältigen zu können? Auch von ihnen ist nur eine Minderheit mit entsprechenden Wohnbedingungen versorgt. Von denjenigen, die auf die Nutzung einer Gehhilfe, eines Rollators oder eines Rollstuhls angewiesen sind, haben lediglich 6,9 Prozent eine barrierereduzierte Wohnung. Abbildung 19-7 zeigt, dass diese Personen zum überwiegenden Teil in Wohnungen leben, die keinen barrierefreien Zugang haben beziehungsweise die im Inneren nicht barrierefrei sind. Nur ein knappes Viertel der in ihrer Mobilität Eingeschränkten kommt ohne Barrieren in die eigene Wohnung (23,9 Prozent), der Unterschied zur Gruppe der nicht Mobilitätseingeschränkten ist nicht signifikant. Mobilitätseinschränkungen hängen also nicht mit mehr barrierereduzierten Zugängen zur Wohnung zusammen. 13,5 Prozent der in ihrer Mobilität Eingeschränkten haben eine Wohnung, die im Inneren barrierereduziert ist (zu den Kriterien siehe Abschnitt 19.2). Hier gibt es einen signifikanten Unterschied zur Vergleichsgruppe der nicht Mobilitätseingeschränkten (6,6 Prozent). Das heißt, wenn Personen mit Gehhilfe, Rollator oder Rollstuhl ihre Wohnbedingungen im Sinne der Barrierefreiheit anpassen, dann erfolgt das eher durch Umbaumaßnahmen innerhalb der Wohnung. Umrüstungsmaßnahmen, die für den Zugang zur Wohnung Barrieren beseitigen, betreffen die Architektur des gesamten Hauses und sind offenbar schwieriger zu bewerkstelligen. Das bedeutet, dass Barrierefreiheit des Wohnungszugangs beim Neubau von Häusern beziehungsweise bei umfassenden Sanierungen von vornherein mitgedacht werden muss.

Abbildung 19-7: Barrieren in den Wohnungen von mobilitätseingeschränkten und nicht mobilitätseingeschränkten Menschen, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 3.910), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Mobilitätseingeschränkt heißt Nutzung von Gehhilfen, Rollatoren, Rollstühlen o. ä.
 Signifikante Unterschiede zwischen mobilitätseingeschränkten und nicht mobilitätseingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern bei ‚Wohnung insgesamt barrierereduziert‘ und bei ‚Wohnung innen barrierereduziert‘. Keine signifikanten Unterschiede bei ‚Zugang zur Wohnung barrierereduziert‘.

Zum Wohnkomfort für Menschen mit funktionalen Beeinträchtigungen gehört auch die sanitäre Ausstattung, von der einige Merkmale im DEAS erfasst werden. In der Gruppe von Personen, die auf Mobilitätshilfsmittel angewiesen sind, verfügen 74,8 Prozent über ein Bad mit Badewanne, 38,6 Prozent über eine Dusche mit Duschtasse und nur 26,6 Prozent über eine bodengleiche Dusche. Außerdem verfügen von den Nutzern eines Mobilitätshilfsmittels 8,5 Prozent über einen Notruf in der Wohnung beziehungsweise im Haus (im Vergleich zu nur 1,3 Prozent derjenigen, die keine Mobilitätshilfen nutzen) und 6,5 Prozent über einen Treppenlift (im Vergleich zu 1,9 Prozent derjenigen, die keine Mobilitätshilfen nutzen) (ohne Abbildung).

19.7 Diskussion und Implikationen

Ältere Menschen leben überwiegend in einem privaten Haushalt. Die meisten von ihnen haben den Wunsch, bis in das hohe Alter ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden zu führen. Mit steigendem Alter und den damit häufig verbundenen funktionalen Einschränkungen verändern sich die Anforderungen an das Wohnen – ein Aspekt, der in den letzten Jahren verstärkt in das öffentliche Bewusstsein gelangt ist. Die Befunde des DEAS veranschaulichen einige Aspekte des Wohnens im Alter.

Die Daten des DEAS zeigen, dass ältere Menschen ihre Wohnsituation mehrheitlich als gut beurteilen. Sie fühlen sich mit ihrer Wohnung, dem Wohnumfeld und der Nachbarschaft verbunden. Der an sich positive Umstand der Bindung an die Wohnung kann sich aber auch nachteilig auswirken, wenn jahrzehntelanges Wohnen das Ausharren in nicht mehr den Bedürfnissen entsprechenden Wohnbedingungen bedeutet. Hier finden sich Ansatzpunkte, um durch Wohnraumanpassung altersadäquate Wohnbedingungen zu fördern. Ein anderer Ansatz ist es, älteren Menschen den Umzug in eine andere Wohnung zu erleichtern. Als hemmender Faktor für die Umzugsbereitschaft erweist sich die Mietentwicklung, gerade in größeren Städten und begehrten Wohnlagen. Sie behindert Wohnmobilität, indem ein Umzug in eine kleinere Wohnung mit altersangepassten Wohnbedingungen häufig mit höheren Wohnkosten erkaufte werden muss.

Die Wohnkosten sind gestiegen und stellen im Alter eine überdurchschnittliche finanzielle Belastung dar. Ein wachsender Anteil des Einkommens muss für die Wohnkosten aufgewendet werden. Bei niedrigem Einkommen ist der finanzielle Spielraum dadurch erheblich eingeschränkt. Ein wachsender Anteil älterer Menschen wohnt im Alter in der eigenen Immobilie. Wohneigentumsbildung führt allerdings nicht selbstverständlich zu einer finanziellen Entlastung im Alter. Teilweise sind auch nach Erreichen des Rentenalters noch Immobilienschulden abzubezahlen und die laufenden Kosten und Instandhaltungsaufwendungen sind – besonders bei größerem und älterem Wohneigentum – nicht zu unterschätzen. Auch die Möglichkeiten einer gewinnbringenden Veräußerung als finanzielles Polster im Alter werden voraussichtlich nicht überall gegeben sein, insbesondere nicht in strukturschwachen, von Abwanderung betroffenen Regionen, von denen viele in Ostdeutschland liegen.

Eine Wohnung, deren bauliche Ausstattung auch für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen einen funktionierenden Alltag erleichtert, kann die Lebensphase im gewohnten Umfeld verlängern und so zum Wohlbefinden Älterer beitragen. Die Ergebnisse zeigen, dass nur ein geringer Teil der Älteren in barriere reduzierten Wohnungen lebt. Zwischen Bedarf und Angebot an derartigen Wohnungen klafft bereits heute eine Lücke und für die kommenden Jahre ist als Folge der demografischen Alterung mit einer weiter erhöhten Nachfrage zu rechnen. Es gibt mittlerweile zahlreiche Programme und Initiativen, die barriere reduziertes Umbauen und technikerunterstütztes Wohnen fördern. Durch Neubauten und Gebäudesanierungen sollte der

Anteil an barrieregeduzierten Wohnungen am Wohnungsbestand künftigh erhöhet werden. Der Ausbau von Wohnberatungsstellen für Ältere kann die Möglichkeiten des Wohnungsumbaus im Sinne von Barrierefreiheit für mehr Menschen aufzeigen und dazu beitragen, den Anteil barrieregeduzierten Wohnens zu erhöhen (vgl. auch Kapitel 20). Gleiches gilt für die Entwicklung und Verbreitung technikbasierter Assistenzsysteme im Wohnbereich. Nicht zu unterschätzen ist auch der ökonomische Effekt, der gerade in Haushalten mit Pflegebedürftigen entstehen könnte: Auch sie sind mit barrieregeduzierten Wohnungen unterversorgt. Bei einer besseren Versorgung mit adäquatem Wohnraum könnte der Heimeintritt bei einem Teil dieser Pflegebedürftigen hinausgezögert und so eine erhebliche Kostenersparnis erzielt werden. Schätzungen sprechen von 5,2 Milliarden Euro jährlich (Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR) 2014).

Literatur

- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (2012). *Raumabgrenzungen und Raumtypen des BBSR [Analysen Bau. Stadt. Raum 6]*. Bonn: Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung.
- BertelsmannStiftung (Hrsg.) (2013). *Wohnungsangebot für arme Familien in Großstädten*. Bielefeld: BertelsmannStiftung.
- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (2014). *Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung*. Bonn: Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung.
- Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung (BMVBS). (2011). *Wohnen im Alter - Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Forschungen, Heft 147*. Berlin: Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung.
- Engstler, H., Menning, S., Hoffmann, E., & Tesch-Römer, C. (2004). Die Zeitverwendung älterer Menschen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) *Alltag in Deutschland - Analysen zur Zeitverwendung* (S. 216-246). Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Frick, J., & Droß, P. J. (2011). Wohnverhältnisse und Wohnkosten. In: Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.) *Datenreport 2011* (Bd. 1, S. 207-214). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Kaltenbrunner, R., & Waltersbacher, M. (2014). Wohnsituation in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 64(20-21), 3-12.
- Kocka, J., & Staudinger, U. (2009). *Gewonnene Jahre. Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland [Altern in Deutschland 9]*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe & Wüstenrot Stiftung (2014). *Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Motel-Klingebiel, A., Künemund, H., & Bode, C. (2005). Wohnen und Wohnumfeld. In: M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.) *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (S. 125-175). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, H. W. (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *Gerontologist*, 51(2), 238-250. doi: 10.1093/geront/gnq096.
- Pestel Institut (2012). *Bedarf an Sozialwohnungen in Deutschland. Untersuchung im Auftrag der Wohnungsbau Initiative*. Hannover: Pestel Institut.
- Priem, M., & Schupp, J. (2014). Alle zufrieden: Lebensverhältnisse in Deutschland. *DIW-Wochenbericht*, 81(40), 1001-1008.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R., & Unger, R. (2015). *BARMER GEK PFLEGEREPORT 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause*. Siegburg.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Mikrozensus 2014 - Sonderauswertungen für das Deutsche Zentrum für Altersfragen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt (2012). *Wohnsituation der Haushalte 2010*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Teti, A., Grittner, U., Kuhlmei, A., & Blüher, S. (2014). Wohnmobilität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), 320-328. doi: 10.1007/s00391-013-0538-0.

20 Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte

Sonja Nowossadeck & Katharina Mahne

Kernaussagen

Für die meisten 40- bis 85-Jährigen ist die Infrastruktur im Wohnumfeld im Jahr 2014 ausreichend: Mehr als drei Viertel der 40- bis 85-Jährigen (76,3 Prozent) finden im Jahr 2014 die Einkaufsmöglichkeiten im Wohnumfeld ausreichend, vier Fünftel (80,3 Prozent) haben genügend Ärzte und Apotheken im Wohnumfeld und 72,8 Prozent bezeichnen ihre Wohngegend als gut an den Nahverkehr angeschlossen.

Ostdeutschland hat bei der Bewertung der Infrastruktur im Wohnumfeld zwischen 2008 und 2014 aufgeholt: Während der Unterschied zwischen West- (80,1 Prozent) und Ostdeutschland (67,4 Prozent) in der Bewertung der Einkaufsmöglichkeiten im Jahr 2008 noch bei fast 13 Prozentpunkten lag, sind beide Landesteile im Jahr 2014 gleichauf. Den ÖPNV bewerten Personen in Ostdeutschland im Jahr 2014 sogar positiver. Menschen in den neuen Bundesländern bewerten die Versorgung mit Ärzten und Apotheken aber nach wie vor negativer als in den alten Bundesländern.

Großstädter fühlen sich im Wohnumfeld im Jahr 2014 besonders gut versorgt: Großstädter finden im Jahr 2014 zu 87,1 Prozent die Einkaufsmöglichkeiten, zu 86,9 Prozent die Versorgung mit Ärzten und Apotheken und sogar zu 94,3 Prozent die Anbindung an den ÖPNV ausreichend. Die Unterschiede zu Menschen in dünn besiedelten ländlichen Kreisen sind gravierend: Bei den Einkaufsmöglichkeiten sind es fast 17 Prozentpunkte weniger, bei der Versorgung mit Ärzten und Apotheken etwa zwölf Prozentpunkte und bei der ÖPNV-Anbindung sogar mehr als 39 Prozentpunkte.

Das Unsicherheitsempfinden im öffentlichen Raum hat sich zwischen 2008 und 2014 vor allem bei Älteren und Frauen verringert: Bei den 55- bis 69-Jährigen ging die empfundene Unsicherheit zwischen 2008 und 2014 von 23,3 auf 19,4 Prozent zurück, bei den 70- bis 85-Jährigen sogar von 41,2 auf 35,4 Prozent. Ein knappes Drittel der Frauen berichtet im Jahr 2014 von Unsicherheitsempfinden – das sind 4,2 Prozentpunkte weniger als noch 2008.

Begegnungsstätten und Mehrgenerationenhäuser sind 2014 die am häufigsten bekannten seniorenspezifischen Angebote im Wohnort: Im Jahr 2014 kennen die meisten 40- bis 85-Jährigen (71,8 Prozent) eine Begegnungsstätte oder ein Mehrgenerationenhaus in ihrem Wohnort. Kenntnis und Nutzung sind jedoch altersspezifisch: Drei Viertel (74,9 Prozent) der 70- bis 85-Jährigen kennen ein solches Angebot und etwa ein Fünftel (21,3 Prozent) nutzen es auch. Bei den 40- bis 54-Jährigen kennen 70,7 Prozent ein solches Angebot, aber nur 2,8 Prozent nutzen es.

20.1 Einleitung

Das Leben in der eigenen Wohnung und im vertrauten Wohnumfeld erhöht die Lebensqualität im hohen Alter und bei gesundheitlichen Einschränkungen. Voraussetzung dafür ist ein altersgerechtes Wohnumfeld und Versorgungssicherheit, das heißt das Zusammenspiel von Wohnen, Nahversorgung, medizinischer Versorgung, sozialen Kontakten und Begegnungsmöglichkeiten. Ein unterstützendes Wohnumfeld und gute nachbarschaftliche Beziehungen können im besten Fall dazu beitragen, dass stationäre Pflege nicht in Anspruch genommen werden muss und damit die Pflegekosten erheblich sinken (Heinze 2013; Lihs 2013; BAGSO 2014).

In diesem Kapitel werden drei Aspekte des Wohnumfelds näher betrachtet – die Bewertung der Versorgungsangebote, das subjektive Unsicherheitsgefühl im Wohnumfeld und die Kenntnis beziehungsweise Nutzung seniorenspezifischer Dienstleistungen. Dabei interessiert besonders, wie sich das Wohnumfeld in den Jahren seit 2008 verändert hat und welchen Einfluss die Region, der Kreistyp beziehungsweise die Wohnlage auf die Bewertung des Wohnumfeldes haben.

Die Bewertung der Versorgung bildet einen ersten Schwerpunkt des Kapitels. Aus den bisherigen Erhebungen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) ist bekannt, dass die versorgungsbezogene Infrastruktur im Wohnumfeld überwiegend positiv bewertet wird. Es werden hinreichend Einkaufsmöglichkeiten, genügend Ärzte und Apotheken im Wohnumfeld und eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr berichtet. Die Unterschiede in der Versorgung zwischen West- und Ostdeutschland waren bereits in der DEAS-Erhebung 2008 weitgehend verschwunden (Mahne, Naumann, & Block 2010). Bei der Analyse der Bewertung der Versorgungsangebote mit den Daten des Jahres 2014 interessiert zunächst, ob dieser Trend zur Angleichung zwischen West und Ost weiter besteht. Daneben ist jedoch anzunehmen, dass regionale Unterschiede in der Versorgung nach städtischen und ländlichen Kreistypen, die auch in früheren DEAS-Erhebungen schon beobachtet wurden, weiter existieren. Schwierige Versorgungsstrukturen werden vor allem in ländlichen Regionen erwartet (BBSR 2011, 2012b). Dabei gibt es Befunde, die eine hohe Anpassungsfähigkeit der Menschen auch an eine ungünstige Versorgungslage attestieren, zum Beispiel in dünn besiedelten und schrumpfenden Regionen. Kritik wird erst bei einer ausnehmend schlechten Versorgungslage geübt, zur Anpassung gehört dabei auch die Suche nach Alternativlösungen, wie beispielsweise der Nachbarschaftshilfe (Vogt, Biernatzki, Kriszan, & Lorleberg 2015). Andererseits bedeuten vorhandene Infrastrukturangebote nicht zwangsläufig, dass sie auch genutzt werden. Die tatsächliche Nutzung der Versorgungsangebote wird von den individuellen Bedürfnissen, Ansprüchen und Interessen der Menschen bestimmt, sie sind häufig eine Option unter mehreren und das gilt für den Laden im Dorf genauso wie für die medizinische Versorgung und den Nahverkehr (Helmle & Kuczera 2015). So konnte eine weitere Studie zeigen, dass trotz einer insgesamt positiven Einschätzung der Erreichbarkeit von Bus und Bahn diese Verkehrsmittel für die Befragten nicht die wichtigste Rolle in ihrer Mobilität spielten (Gipp, Nienaber, & Schiffhorst 2014). Für Ältere im ländlichen Raum waren in dieser Studie die erschwerte Mitnahme von Gepäck, Unflexibilität der Verkehrsmittel sowie lange Reisezeiten die häufigsten Nutzungshemmnisse für den Nahverkehr. Wenn Ältere im ländlichen Raum auf Alternativen zum eigenen Pkw angewiesen sind, nutzen sie zu einem großen Teil Pkw-Mitfahrten für alle Wegezwecke, häufig mit Familienangehörigen.

Im zweiten Teil des Kapitels geht es um das Unsicherheitsempfinden im Wohnumfeld. Sicherheit im öffentlichen Raum ist ein Grundbedürfnis und eine Komponente der individuellen Wohlfahrt und der gesellschaftlichen Lebensqualität (Brings 2008). Die objektive Wahrscheinlichkeit, Opfer von Kriminalität zu werden, ist nicht zwangsläufig deckungsgleich mit der subjektiven Einschätzung der Sicherheit im Wohnumfeld. Dennoch hat gerade das individuelle Sicherheitsempfinden weitreichende Wirkungen auf die Lebensqualität, denn ein unzureichendes Sicherheitsgefühl kann insbesondere für ältere Menschen und Frauen eine Mobilitätsbarriere darstellen und somit ihren Aktionsradius einschränken (Flade 2010). Zunächst interessiert die Frage, wie sich das Unsicherheitsempfinden bei Älteren über die Zeit verändert hat. Bereits mit den Daten des DEAS aus dem Jahr 2008 konnte gezeigt werden, dass sich über die Jahre ein zunehmender Teil der Menschen in der zweiten Lebenshälfte im Wohnumfeld sicher fühlt (Mahne et al. 2010). Auch andere Studien zu diesem Thema belegen einen Rückgang der Sorge um die Kriminalität seit der Mitte der 1990er Jahre (Priem & Schupp 2014). Mit der Qualität des Wohnumfeldes verändert sich auch der Anteil derjenigen, die sich in ihrer Wohngegend sicher beziehungsweise unsicher fühlen. Eine Studie mit Hamburger Daten konnte einen positiven Zusammenhang von Verwahrlosungserscheinungen im Wohnumfeld und Kriminalitätsfurcht der Bewohnerinnen und Bewohner nachweisen (Häfele 2013). Entsprechend ist zu erwarten, dass sich das Unsicherheitsempfinden von Bewohnerinnen und Bewohnern einfacher, mittlerer und gehobener Wohnlagen unterscheidet.

Seniorenspezifische Dienstleistungen im Wohnumfeld sind der dritte Schwerpunkt des Kapitels. Indikatoren dazu wurden in der DEAS-Erhebung 2014 erstmalig erhoben und umfassen Angebote wie Begegnungsstätten, Seniorenberatungsstellen, Pflegeberatungsstellen oder Wohnberatungsstellen. Derartige Dienstleistungen sind in den letzten Jahren an vielen Orten entstanden. Sie sollten möglichst wohnortnah und niedrigschwellig ausgerichtet sein und bevorzugt bei bereits eingeführten Begegnungsstrukturen angesiedelt werden (BAGSO 2014). Inzwischen gibt es beispielsweise 450 Mehrgenerationenhäuser mit mehr als 10.700 Angeboten (BMFSFJ 2014), die dazu beitragen, den Verbleib im gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen und die Alltagsführung zu erleichtern. Untersucht werden Bekanntheitsgrad und Nutzung derartiger Angebote. Ergebnisse der Augsburger KORA-Age-Studie (Strobl, Maier, Mielck, Fuchs, Richter-Kornweitz, Gostomzyk, & Grill 2014) legen allerdings die Vermutung nahe, dass seniorenspezifische Angebote bisher nur unzureichend bekannt sind und entsprechend wenig genutzt werden. Untersucht werden soll außerdem, ob die Qualität der Wohnlage einen Einfluss auf die Bekanntheit dieser Infrastruktur hat.

Im vorliegenden Kapitel werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie hat sich die Bewertung der Versorgungsangebote im Wohnumfeld verändert?
2. Wie hat sich das Unsicherheitsempfinden im Wohnumfeld verändert?
3. Sind seniorenspezifische Dienstleistungen, wie Begegnungsstätten, Seniorenberatungsstellen, Pflegeberatungsstellen und Wohnberatungsstellen bekannt und werden sie genutzt?

20.2 Datengrundlage

Daten. Die analysierten Variablen zum Wohnumfeld stammen aus den Angaben im schriftlichen Fragebogen, die Variablen zu den seniorenspezifischen Dienstleistungen aus den mündlichen Interviews. In die Ergebnisse zur Infrastruktur und zum Unsicherheitsempfinden im Wohnumfeld

wurden nur die Daten aus dem Jahre 2008 und 2014 einbezogen, weil die Antwortskalen von einer zweistufigen Skala (1996, 2002) zu einer vierstufigen Skala ab 2008 geändert wurden.

Bewertung der Versorgungsangebote im Wohnumfeld. Drei Arten von Versorgungsangeboten wurden bewertet: ausreichende Einkaufsmöglichkeiten, ein Mangel an Ärzten und Apotheken sowie ein guter Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr (ÖPNV). Die Antworten waren auf einer vierstufigen Skala (,trifft genau zu' bis ,trifft gar nicht zu') möglich und wurden für die Analyse in eine dichotome Variable rekodiert (,trifft zu' / ,trifft nicht zu'), wobei die Antworten auf die negative Aussage bei Ärzten und Apotheken umgepolt wurden.

Unsicherheit empfinden im Wohnumfeld. Den Befragten wurde folgende Aussage vorgelegt: „Nach Anbruch der Dunkelheit fühle ich mich auf der Straße unsicher.“ Die Antworten waren auf einer 4-stufigen Skala (,trifft genau zu' bis ,trifft gar nicht zu') möglich und wurden für die Analyse in eine dichotome Variable rekodiert (,trifft zu' / ,trifft nicht zu').

Senioren spezifische Dienstleistungen. Die Befragten sollten beantworten, ob folgende senioren spezifische Dienstleistungen im Wohnort (Stadt bzw. Landkreis) bekannt sind und falls ja, ob sie genutzt werden: A: Begegnungsstätten für Seniorinnen und Senioren oder Mehrgenerationenhäuser, z.B. von Kirchengemeinden oder Wohlfahrtsverbänden wie der AWO; B: Seniorenberatungsstelle oder Kontaktstelle für seniorenpolitische Angelegenheiten, z.B. im Rathaus oder beim Bürgeramt, Seniorenbeirat, Ortsbeirat; C: Pflegeberatungsstelle, z.B. durch Sozialrathäuser oder Sozialverbände wie VDK; D: Wohnberatung oder Beratungsstelle zur Wohnraumanpassung, z.B. durch Sozialrathäuser oder Sozialverbände wie VDK. In den Berechnungen zur Nutzung der Dienstleistungen wurde jeweils die Gruppe von Befragten, die die jeweilige Dienstleistung kennt, als Prozentuierungsbasis verwendet. Zusätzlich wurde eine zusammenfassende Variable gebildet, die kennzeichnet, ob die Befragten mindestens eines der senioren spezifischen Angebote kennen oder nicht.

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Weiterhin wurden Geschlechtsunterschiede und Gruppenunterschiede nach Landesteil (Westdeutschland und Ostdeutschland), siedlungsstrukturellem Kreistyp, Wohnlage und Mobilitätseinschränkungen untersucht.

Siedlungsstruktureller Kreistyp. Die verwendeten siedlungsstrukturellen Kreistypen sind eine Typologie des Bundesinstituts für Bau- Stadt- und Raumforschung, die auf Siedlungsstrukturmerkmalen beruhen und die in der Raubeobachtung eine zentrale Rolle spielen (BBSR 2012a). Sie umfassen vier Kreistypen: 1 = Kreisfreie Großstädte: Kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern/ 2 = Städtische Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohner/km², sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohner/km²/ 3 = Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohner/km²/ 4 = Dünn besiedelte ländliche Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohner/km².

Wohnlage. Verwendet wurden die Angaben der Interviewenden zur Einschätzung der Wohnlage („Wie schätzen Sie die Wohnlage insgesamt ein?“ Antwortmöglichkeiten 1 = ,eindeutig gehoben'

bis 5 = ‚sehr einfach‘) Die Angaben wurden rekodiert in die Kategorien ‚gehobene Wohnlage‘ = 1 und 2, ‚mittlere Wohnlage‘ = 3 und ‚einfache Wohnlage‘ = 4 und 5.

Mobilitätseinschränkungen. Einschränkungen in der Mobilität wurden über die im schriftlichen Fragebogen erhobene Nutzung eines Mobilitätshilfsmittels erfasst. Abgefragt wurde die Nutzung (‚ja‘/‚nein‘) von Stock/Gehhilfe, Gehwagen/Rollator/Delta-Rad und Rollstuhl. Befragte, die angaben, mindestens eines dieser Hilfsmittel zu benutzen, gelten in der Analyse als in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Analyse. In den Abbildungen und im Text sind prozentuale Verteilungen angegeben. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Weiterhin wurden Geschlechtsunterschiede und Regionsunterschiede (Ost-/Westdeutschland) untersucht. Um Gruppenunterschiede auf Signifikanz zu testen, wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau binäre logistische Regressionen berechnet. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

20.3 Bewertung von Versorgungsangeboten im Wohnumfeld

Im Folgenden wird zunächst dargestellt, wie die Bewertung der Infrastruktur im Wohnumfeld im Jahr 2014 ausfällt. Betrachtet werden dabei Einkaufsmöglichkeiten, Ärzte und Apotheken sowie eine gute Anbindung an den Personennahverkehr.

Für die meisten 40- bis 85-Jährigen ist die Infrastruktur im Wohnumfeld im Jahr 2014 ausreichend.

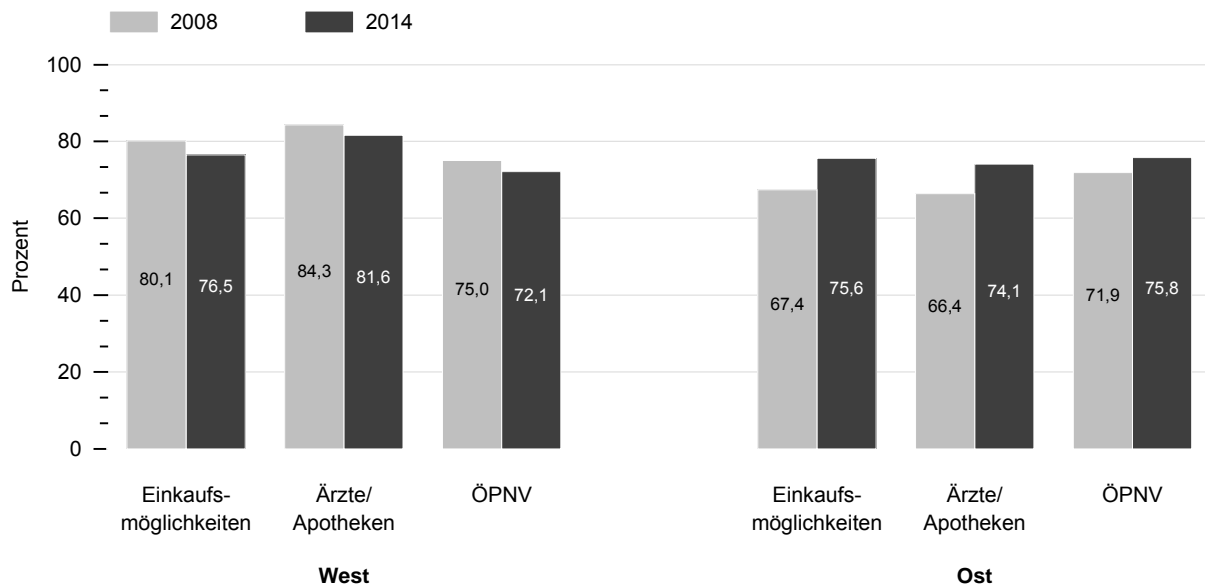
Die Bewertung der Versorgungsangebote im Wohnumfeld hat sich zwischen 2008 und 2014 insgesamt nicht substantiell verändert. Wie bereits sechs Jahre zuvor bewerten auch 2014 die Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Versorgungsinfrastruktur in ihrem Wohnumfeld überwiegend als ausreichend: 76,3 Prozent verfügen 2014 über ausreichende Einkaufsmöglichkeiten (2008: 77,7 Prozent), 80,3 Prozent über genügend Ärzte und Apotheken im Wohnumfeld (2008: 80,9 Prozent) und 72,8 Prozent finden die Wohngegend gut an den Nahverkehr angeschlossen (2008: 74,5 Prozent, vgl. Tabelle A 20-1 im Anhang).

Interessant ist ein vergleichender Blick auf die Entwicklung in den beiden Landesteilen. In Westdeutschland hat sich die Bewertung der einzelnen Versorgungsangebote im Wohnumfeld zwischen 2008 und 2014 verschlechtert, während sie sich in Ostdeutschland verbessert hat (Abbildung 20-1).

Ostdeutschland hat bei der Bewertung der Infrastruktur im Wohnumfeld zwischen 2008 und 2014 aufgeholt.

Im Jahr 2008 äußerten sich Menschen in Westdeutschland noch in allen drei Bereichen häufiger positiv zum Versorgungsangebot als Menschen in Ostdeutschland. Während beispielsweise die Bewertung der Einkaufsmöglichkeiten im Jahr 2008 noch um fast 13 Prozentpunkte (Westdeutschland: 80,1 Prozent; Ostdeutschland 67,4 Prozent) auseinanderlag, liegen beide Landesteile im Jahr 2014 gleichauf. Den ÖPNV bewerteten inzwischen sogar Personen in Ostdeutschland positiver. Unterschiede bestehen noch bei der Bewertung der Versorgung mit Ärzten und Apotheken, hier fällt die Bewertung durch Menschen in den neuen Bundesländern nach wie vor negativer aus als in den alten Bundesländern.

Abbildung 20-1: Anteile der Personen, die Versorgungsangebote im Wohnumfeld als ausreichend betrachten, nach Landesteil, in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent)



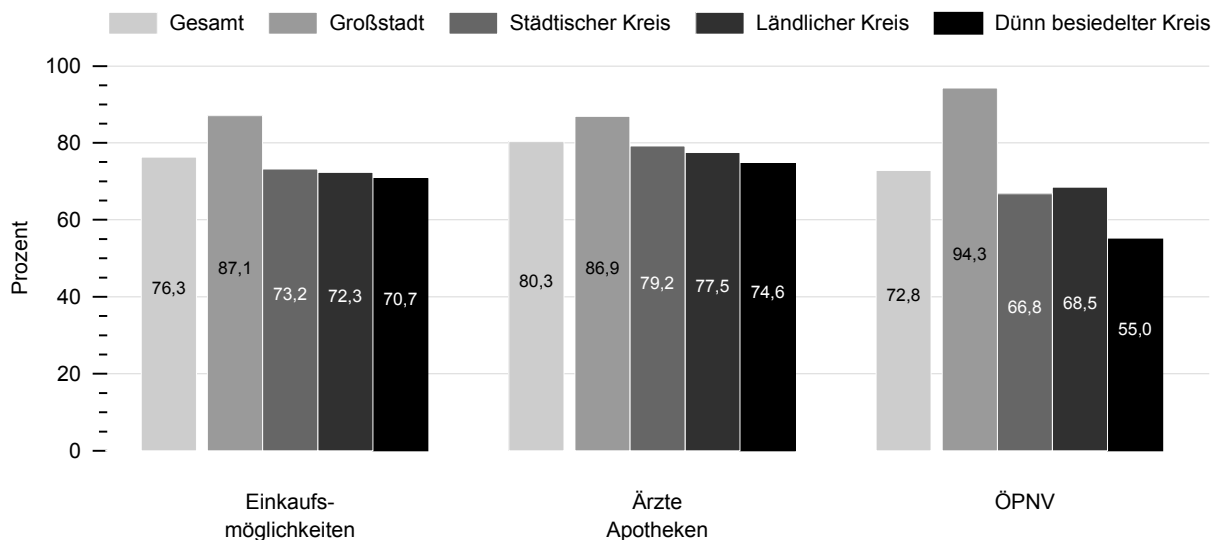
Quelle: DEAS 2008 (Einkaufsmöglichkeiten: n = 4.371, Ärzte/Apotheken n = 4.357, ÖPNV n = 4.369), DEAS 2014 (Einkaufsmöglichkeiten: n = 4.211, Ärzte/Apotheken n = 4.185, ÖPNV n = 4.224), gewichtete, gerundete Angaben; ($p < ,05$). In beiden Landesteilen signifikante Unterschiede zwischen 2008 und 2014, außer bei ÖPNV in Ostdeutschland. Signifikante Landesteilunterschiede außer 2014 bei Einkaufsmöglichkeiten.

Hinsichtlich der Altersgruppen sind im Jahr 2014 Unterschiede zu beobachten: Vor allem die Anbindung an den ÖPNV wird von den 70- bis 85-Jährigen positiver bewertet als von den Jüngeren (vgl. Tabelle A 20-1 im Anhang). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass im hohen Alter keine täglichen Arbeits- und Schulwege mehr zu bewältigen sind und weniger Aktivitäten im weiteren Umfeld unternommen werden. Ältere sind daher weniger auf die Nutzung des ÖPNV angewiesen. Außerdem gibt es Hinweise, dass sich gerade in schlecht versorgten Regionen Alternativen zum ÖPNV (Nachbarschaftshilfe) entwickelt haben. Die Bewertung der Infrastruktur fällt zwischen Männern und Frauen im Jahr 2014 nur bei den Einkaufsmöglichkeiten unterschiedlich aus: Männer bewerten sie häufiger als ausreichend (77,9 Prozent) als Frauen (74,8 Prozent)(vgl. Tabelle A 20-1 im Anhang).

Großstädter fühlen sich im Wohnumfeld besonders gut versorgt.

Die Befunde für 2014 zeigen zudem, dass Großstädte hinsichtlich der Versorgung im Wohnumfeld für Menschen in der zweiten Lebenshälfte besonders gute Bedingungen bieten. Der Anteil derjenigen, die die Einkaufsmöglichkeiten, die medizinische Versorgung durch Ärzte und Apotheken und die Anbindung an den Öffentlichen Nahverkehr im Wohnumfeld als ausreichend betrachten, liegt in den Großstädten durchweg höher als in anderen Kreistypen (Abbildung 20-2). Großstädter bewerten zu 87,1 Prozent die Einkaufsmöglichkeiten als ausreichend, zu 86,9 Prozent die Versorgung mit Ärzten und Apotheken und sogar zu 94,3 Prozent die Anbindung an den ÖPNV. Die Unterschiede vor allem zu Menschen in dünn besiedelten ländlichen Kreisen sind zum Teil gravierend: Bei den Einkaufsmöglichkeiten sind es fast 17 Prozentpunkte, bei der Versorgung mit Ärzten und Apotheken etwa zwölf Prozentpunkte und bei der ÖPNV-Anbindung mehr als 39 Prozentpunkte.

Abbildung 20-2: Anteile der Personen, die Versorgungsangebote im Wohnumfeld als ausreichend betrachten, gesamt und nach siedlungsstrukturellem Kreistyp, im Jahr 2014 (in Prozent)



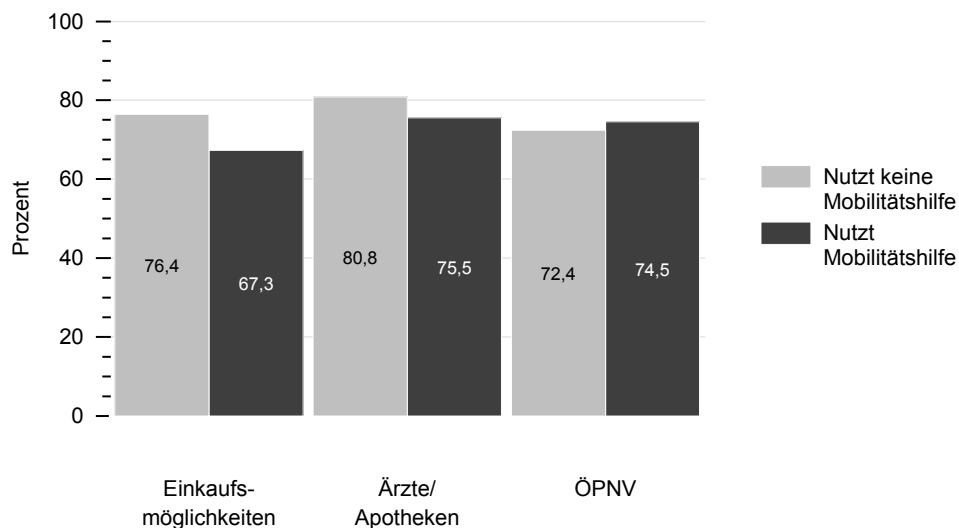
Quelle: DEAS 2014 (Einkaufsmöglichkeiten: n = 4.211, Ärzte/Apotheken n = 4.185, ÖPNV n = 4.224), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Bei Einkaufsmöglichkeiten und Ärzten/Apotheken nur Unterschiede zwischen Großstädten und übrigen Kreistypen signifikant.
 Bei ÖPNV alle Unterschiede außer zwischen städtischen und ländlichen Kreisen signifikant.

Interessant ist der Vergleich der siedlungsstrukturellen Kreistypen nach Landesteil (ohne Abbildung): Die Bewohner von Großstädten finden in Ost- und Westdeutschland offenbar eine weitgehend gleichwertige Infrastruktur für das Einkaufen, die medizinische Versorgung und den Nahverkehr vor. In ihrer Bewertung des Versorgungsangebots lassen sich keine Unterschiede finden – Großstädter schätzen zum überwiegenden Teil die Versorgung im Wohnumfeld als ausreichend ein. In den übrigen Kreistypen lassen sich, je nach Versorgungsangebot, durchaus Differenzen in der Bewertung zwischen West- und Ostdeutschland finden. So wird die Versorgung mit Ärzten und Apotheken in Ostdeutschland in allen Kreistypen (außer den Großstädten) erheblich seltener als ausreichend eingeschätzt als in Westdeutschland.

Menschen mit Mobilitätseinschränkungen bewerten die Infrastruktur im Wohnumfeld negativer.

Menschen, die auf die Nutzung eines Mobilitätshilfsmittels wie einer Gehhilfe, eines Rollators oder Rollstuhls angewiesen sind, bewerten im Jahr 2014 das Angebot an Einkaufsmöglichkeiten und an Ärzten und Apotheken in ihrem Wohnumfeld negativer als Menschen, die nicht auf solche Hilfsmittel angewiesen sind (Abbildung 20-3). Mobilitätseingeschränkte Menschen können ihren Alltag leichter bewältigen, wenn wichtige Versorgungsangebote in der Nähe vorhanden sind. Das Fehlen dieser Angebote führt bei ihnen eher zu Problemen als bei Menschen ohne derartige Einschränkungen. Nur etwa zwei Drittel (67,3 Prozent) der Nutzerinnen und Nutzer von Hilfsmitteln, aber immerhin gut drei Viertel (76,4 Prozent) derjenigen, die diese nicht nutzen, sehen das Angebot an Einkaufsmöglichkeiten als ausreichend an. Bei der Versorgung mit Ärzten und Apotheken sind das 75,5 Prozent der Personen, die Hilfsmittel nutzen, und 80,8 Prozent derjenigen, die dies nicht tun. Für den Nahverkehr lässt sich kein Unterschied beobachten. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass mobilitätseingeschränkte Menschen sich Alternativen zum ÖPNV suchen (Pkw, Mitfahrgelegenheiten), wenn das Angebot des Nahverkehrs nicht ausreicht.

Abbildung 20-3: Anteile der Personen, die Versorgungsangebote im Wohnumfeld als ausreichend betrachten, nach Mobilitätseinschränkung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (Einkaufsmöglichkeiten: n = 3.902, Ärzte/Apotheken n = 3.877, ÖPNV n = 3.912), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Bei Einkaufsmöglichkeiten und Ärzten/Apotheken signifikante Unterschiede zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern einer Mobilitätshilfe. Bei ÖPNV keine signifikanten Unterschiede.

20.4 Unsicherheitsempfinden im öffentlichen Raum

Bereits in früheren DEAS-Erhebungen konnte ein Rückgang des Anteils an Menschen, die sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher fühlen, beobachtet werden. Seit der letzten Erhebung im Jahr 2008 hat sich dieser Trend fortgesetzt: Fühlten sich 2008 noch 23,9 Prozent aller 40- bis 85-Jährigen nach Anbruch der Dunkelheit unsicher auf der Straße, so sind es im Jahr 2014 mit 21,0 Prozent noch etwas weniger (vgl. Tabelle A 20-2 im Anhang).

Das Unsicherheitsempfinden im öffentlichen Raum hat sich zwischen 2008 und 2014 vor allem bei Älteren und Frauen verringert.

Der Rückgang des Unsicherheitsempfindens zeigt sich vor allem bei Befragten im höheren Alter. Bei den 55- bis 69-Jährigen ging das Unsicherheitsempfinden zwischen 2008 und 2014 von 23,3 auf 19,4 Prozent zurück, bei den 70- bis 85-Jährigen sogar von 41,2 auf 35,4 Prozent. Das ist eine positive Entwicklung, weil sie gerade die Altersgruppen betrifft, die diese Unsicherheit am häufigsten berichten und dadurch auch das größte Risiko für Einschränkungen in ihren Aktivitäten tragen. Bei den 40- bis 54-Jährigen ist hingegen keine Veränderung über die Zeit festzustellen.

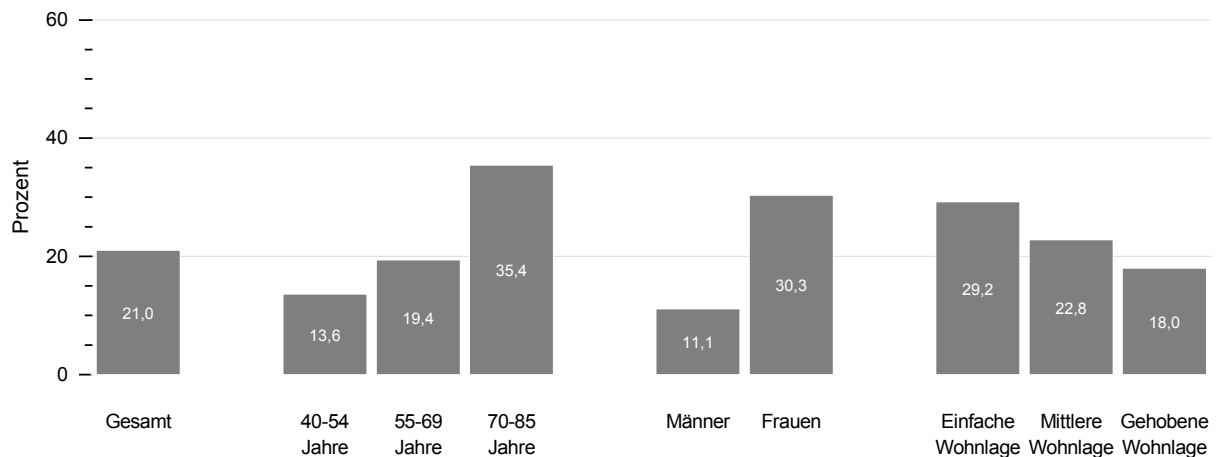
Auch Frauen gehören zu den Gruppen mit besonders häufigem Unsicherheitsempfinden und auch bei ihnen zeigt sich zwischen 2008 und 2014 eine Verbesserung: Im Jahr 2008 hatten noch 34,5 Prozent der Frauen Unsicherheitsempfinden berichtet, im Jahr 2014 sind es nur noch 30,3 Prozent. Bei den Männern ist – auf einem wesentlich geringeren Ausgangsniveau – ebenfalls seltener Unsicherheitsempfinden zu beobachten, allerdings fällt der Rückgang hier nicht so stark aus: Der Anteil der Männer, die von Unsicherheit berichten, lag 2008 bei 12,4 Prozent, im Jahr 2014 sind es 11,1 Prozent.

Gehobene Wohnlage und selteneres Unsicherheitsempfinden hängen zusammen.

Betrachtet man das Unsicherheitsempfinden im Jahr 2014, so zeigen sich die aus der Literatur bekannten und erwarteten Muster hinsichtlich Alter und Geschlecht (Abbildung 20-4): Die älteste Altersgruppe ist diejenige, die ein Gefühl von Unsicherheit am häufigsten angibt. Auch Frauen fühlen sich häufiger unsicher im öffentlichen Raum als Männer. Es existieren aber auch Unterschiede in Bezug auf regionale Aspekte. Die empfundene Unsicherheit tritt in den verschiedenen siedlungsstrukturellen Kreistypen unterschiedlich häufig auf (ohne Abbildung): Etwa ein Viertel (25,2 Prozent) der Personen, die in Großstädten leben, fühlt sich nach Anbruch der Dunkelheit unsicher auf der Straße. Damit unterscheiden sie sich von Bewohnerinnen und Bewohnern aller anderen Kreistypen, in denen durchgehend seltener von Unsicherheit berichtet wird.

Die Einbeziehung der Qualität der Wohnlage in die Analyse des Unsicherheitsempfindens zeigt, dass Personen in gehobenen Wohnlagen mit 18,0 Prozent Unsicherheit im öffentlichen Raum weniger häufig empfinden als Personen, die in mittleren (22,8 Prozent) und einfachen Wohnlagen (29,2 Prozent) leben (Abbildung 20-4). Diese Unterschiedlichkeit ist vor allem bei Frauen zu beobachten, von denen sich 26,2 Prozent in gehobenen Wohnlagen, aber 43,2 Prozent in einfachen Wohnlagen nach Einbruch der Dunkelheit unsicher auf der Straße fühlen (ohne Abbildung).

Abbildung 20-4: Anteile der Personen, die sich nach Anbruch der Dunkelheit auf der Straße unsicher fühlen, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Wohnlage, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (Alter: n = 4.205, Geschlecht: n = 4.205, Wohnlage: n = 4.172), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Alle Alters-, Geschlechts- und Wohnlageunterschiede signifikant.

20.5 Kenntnis und Nutzung seniorenspezifischer Dienstleistungen im Wohnort

Seniorenspezifische Dienstleistungen geben Älteren die Möglichkeit, Kontakte zu pflegen, sich zu informieren und aktiv zu werden. Sie können dazu beitragen, Älteren Selbstständigkeit im Alltag und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Diese Angebote befinden sich häufig im Wohnumfeld der Älteren und ermöglichen damit einen niedrighschwelligem Zugang. Im Folgenden wird die Kenntnis und Nutzung ausgewählter seniorenspezifischer Dienstleistungen untersucht.

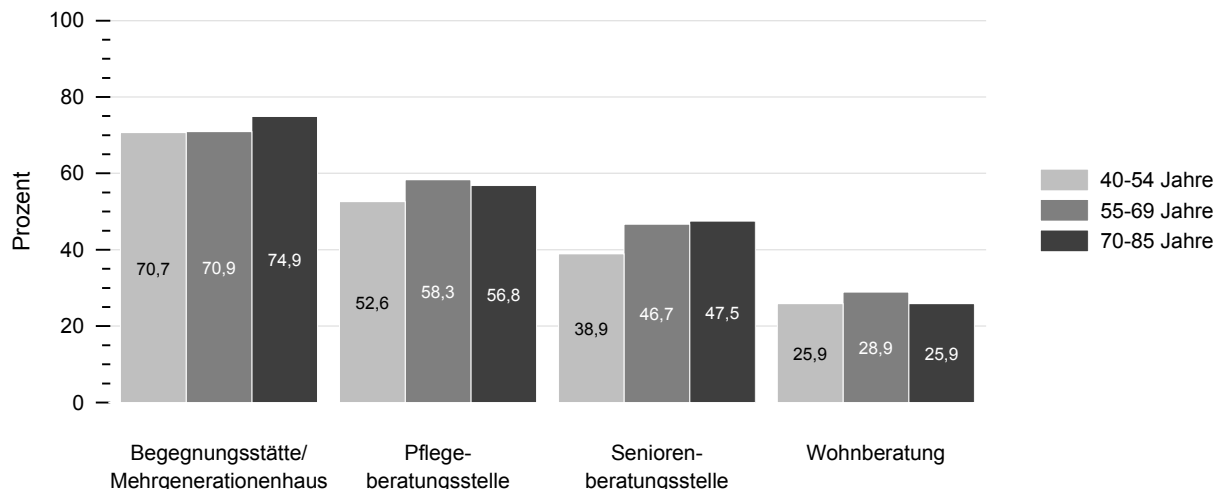
Begegnungsstätten und Mehrgenerationenhäuser sind 2014 die am häufigsten bekannten seniorenspezifischen Angebote im Wohnort.

Begegnungsstätten für Seniorinnen und Senioren sowie Mehrgenerationenhäuser im Wohnort sind das Angebot, über das sich im Jahr 2014 die meisten der 40- bis 85-Jährigen informiert zeigen (71,8 Prozent; vgl. Tabelle A 20-3 im Anhang). 9,0 Prozent derer, die Begegnungsstätten und Mehrgenerationenhäuser kennen, nutzen sie auch. Auch Pflegeberatungsstellen sind mehr als der Hälfte der Personen in der zweiten Lebenshälfte bekannt (55,6 Prozent). Genutzt werden sie von 11,6 Prozent derjenigen, die dieses Angebot kennen. Seniorenberatungsstellen kennen 43,7 Prozent der 40- bis 85-Jährigen. Innerhalb dieser Gruppe wird das Angebot von 6,3 Prozent genutzt. Wohnberatungsstellen sind hingegen weniger gut bekannt als die anderen Dienstleistungsangebote: Nur 26,9 Prozent aller 40- bis 85-Jährigen kennen eine solche Stelle in ihrem Wohnort. Die Nutzung liegt bei 6,6 Prozent derjenigen, die das Angebot kennen.

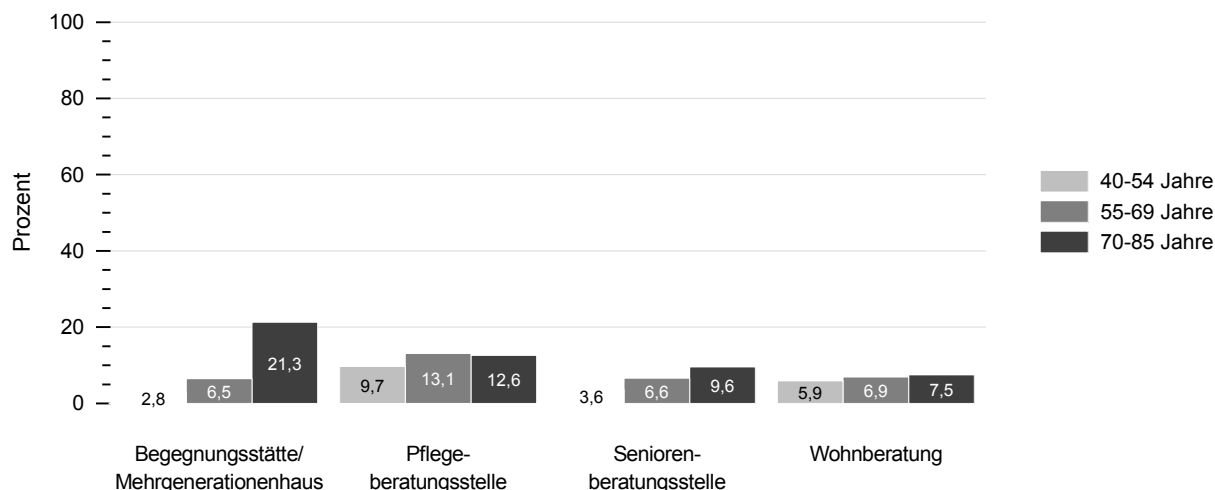
Je nach Angebot zeigen sich teils deutliche Altersgruppenunterschiede (Abbildung 20-5). Bei der Kenntnis der verschiedenen Dienstleistungsangebote zeigen sich – mit Ausnahme der Wohnberatung – höhere Anteile unter den Älteren. Beispielsweise kennen drei Viertel (74,9 Prozent) der 70- bis 85-Jährigen Begegnungsstätten oder Mehrgenerationenhäuser, bei den 40- bis 54-Jährigen sind es etwas weniger (70,7 Prozent). Besonders ausgeprägt sind die Altersunterschiede in der Kenntnis von Seniorenberatungsstellen: Knapp die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen kennt sie (47,5 Prozent), unter den 40- bis 54-Jährigen sind es 38,9 Prozent. Während Mehrgenerationenhäuser sich an Menschen unterschiedlichen Alters richten, ist die Zielgruppe bei Seniorenberatungsstellen eher älter.

Abbildung 20-5: Kenntnis und Nutzung seniorenspezifischer Dienstleistungen, nach Alter, im Jahr 2014 (in Prozent)

a) Kenntnis seniorenspezifischer Dienstleistungen



b) Nutzung seniorenspezifischer Dienstleistungen



Quelle: DEAS 2014 (a) Begegnungsstätte: n = 5.953, Pflegeberatungsstelle: n = 5.893, Seniorenberatungsstelle: n = 5.902, Wohnberatung: n = 5.839, b) Begegnungsstätte: n = 4.293, Pflegeberatungsstelle: n = 2.577, Seniorenberatungsstelle: n = 3.219, Wohnberatung: n = 1.574), gewichtete, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

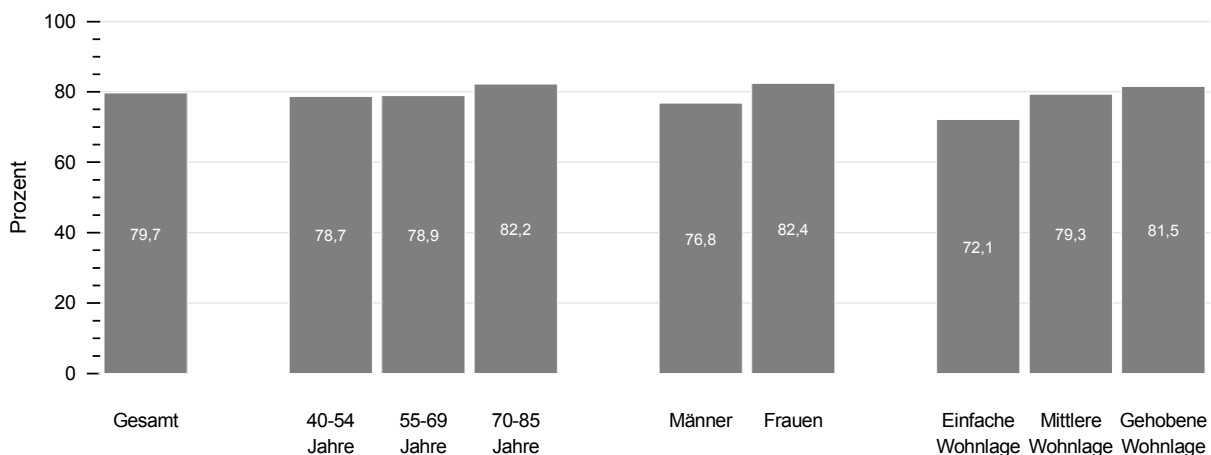
a) Alle Altersunterschiede signifikant mit den Ausnahmen: Begegnungsstätten: 40-54 und 55-69 Jahre, Pflege- sowie Seniorenberatungsstelle: 55-69 und 70-85 Jahre, Wohnberatung: 40-54 und 55-69 beziehungsweise 70-85 Jahre.
 b) Grundgesamtheit sind alle Personen, die vorher angegeben hatten, das Angebot zu kennen. Alle Altersunterschiede signifikant mit den Ausnahmen: Pflegeberatungsstelle: 55-69 und 70-85 Jahre, Wohnberatung: keine signifikanten Unterschiede.

Bei der tatsächlichen Nutzung sind aber die Altersunterschiede vor allem bei den Begegnungsstätten und Mehrgenerationenhäusern deutlich: Etwa ein Fünftel (21,3 Prozent) der 70- bis 85-Jährigen, die ein solches Angebot kennen, nutzen es auch. In den jüngeren Altersgruppen liegen die Nutzungsquoten weit unter zehn Prozent. Für die anderen Dienstleistungsangebote zeigen sich Altersunterschiede nicht so eindeutig. Ihre Nutzung ist nicht so stark auf die älteste Altersgruppe konzentriert. Vor allem Pflegeberatungsangebote werden zum Beispiel auch von Erwachsenen im mittleren Alter genutzt, die häufig in der Situation sind, Beratung für die Pflege ihrer Eltern und Schwiegereltern zu suchen.

Senioren-spezifische Angebote sind in einfachen Wohnlagen weniger häufig bekannt.

Für eine Gesamtschau der Informiertheit über die senioren-spezifischen Dienstleistungen werden im Folgenden diejenigen Personen betrachtet, die mindestens eine der Angebotsarten kennen. 79,7 Prozent der 40- bis 85-Jährigen gehören zu dieser Gruppe, bei den 70- bis 85-Jährigen sind es mit 82,2 Prozent etwas mehr (Abbildung 20-6). Frauen zeigen sich besser informiert (82,4 Prozent) als Männer (76,8 Prozent). Deutlich sind die Unterschiede, die sich in zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern einfacher, mittlerer und gehobener Wohnlagen ergeben: Während in gehobenen Wohnlagen immerhin 81,5 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner mindestens eine senioren-spezifische Dienstleistung kennen, sind dies in einfachen Wohnlagen nur 72,1 Prozent. Diese Differenz könnte daraus resultieren, dass es in einfachen Wohnlagen weniger Angebote dieser Art gibt, was sich mit den verfügbaren Daten nicht prüfen lässt. Eine weitere Erklärung könnte sein: Personen in einfachen Wohnlagen leben in ihrer Umgebung zurückgezogener, pflegen weniger Kontakte im Wohnumfeld und sind daher auch nicht so gut informiert über das, was in ihrem Wohnort geschieht, wie Bewohnerinnen und Bewohner besserer Wohnlagen. Hinweise darauf gibt es in den Daten des DEAS 2014 (vgl. Kapitel 21).

Abbildung 20-6: Anteile der Personen, die mindestens eine der senioren-spezifischen Dienstleistungen kennen, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Wohnlage, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 5.803), gewichtete, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Signifikante Altersunterschiede außer zwischen 40 bis 54 und 55 bis 69 Jahren. Signifikante Geschlechtsunterschiede.

Signifikante Wohnlageunterschiede außer zwischen mittlerer und gehobener Wohnlage.

20.6 Diskussion und Implikationen

Die Ausstattung des Wohnumfeldes mit Einkaufsmöglichkeiten, Ärzten und Apotheken sowie ÖPNV setzt Rahmenbedingungen für eine selbstständige Alltagsgestaltung im Alter. Das Ziel eines aktiven und selbstbestimmten Lebens im Alter stellt somit hohe Anforderungen an die kommunale Politik, eine Versorgungsinfrastruktur bereitzuhalten, die die Teilnahme am öffentlichen Leben für Ältere ermöglicht. Vor allem ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind auf eine wohnortnahe Versorgung und Verkehrsangebote angewiesen. Die Daten des DEAS zeigen eine hohe Zufriedenheit mit der Infrastrukturausstattung des Wohnumfeldes. Die Zufriedenheit mit den Versorgungsangeboten ist vor allem in den Großstädten groß, weniger häufig aber in kleinstädtischen und ländlichen Gebieten. Dort, wo sich

die Infrastruktur als lückenhaft erweist, sind langfristige kommunale, aber auch raumplanerische Konzepte notwendig, die gerade auch den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern dieser Regionen eine Perspektive für ein aktives Leben aufzeigen.

Die Furcht vor Kriminalität im öffentlichen Raum beeinträchtigt den Aktivitätsradius von Menschen in der zweiten Lebenshälfte und damit ihre Teilhabechancen am öffentlichen Leben. Das Unsicherheitsempfinden im öffentlichen Raum ist zwar über die Zeit geringer geworden, dennoch sind im Jahr 2014 vor allem Frauen und sehr alte Menschen davon in hohem Maß betroffen. Gleiches gilt für die Bewohnerinnen und Bewohner einfacher Wohnlagen. Für diese Gruppen, die aufgrund von Unsicherheitsgefühlen möglicherweise ihre Außer-Haus-Aktivitäten einschränken, könnte ein Sicherheit vermittelndes Wohnumfeld einen Gewinn an Lebensqualität bedeuten. Hier können durch einen funktionierenden ÖPNV, ausreichende Beleuchtung und andere sicherheitserhöhende Maßnahmen Verbesserungen erreicht werden.

Seniorenspezifische Dienstleistungen in Form verschiedenartiger Begegnungs- und Beratungsstellen können Ältere (und ihre Angehörigen) bei der Bewältigung des Alltags unterstützen. Nicht alle Formen dieser Angebote sind gleichermaßen bei ihrer Zielgruppe bekannt. Einige werden eher selten zur Kenntnis genommen und dementsprechend auch wenig genutzt (Seniorenberatungsstellen, Wohnberatungsstellen). In einfachen Wohnlagen sind diese Dienste weniger häufig bekannt, gleichwohl werden sie gerade hier noch mehr benötigt als in besseren Wohnlagen, unter anderem weil nachbarschaftliche Unterstützung in weniger attraktiven Wohnlagen weniger gut funktioniert. Die zur Verfügung stehenden Daten des DEAS lassen keinen Schluss zu, ob ein unzureichendes Angebot oder die mangelnde Information darüber (oder beides) für eine geringe Kenntnis und Nutzung ursächlich sind. Ziel sollte es sein, dass derartige Angebote zum einen flächendeckend bereitgestellt werden, zum anderen müssen sie bekannter gemacht werden, um ihre Zielgruppe zu erreichen.

Die Kommunen stehen bereits heute und in Zukunft noch stärker vor der Aufgabe, ihre Infrastruktur und ihre Versorgungsangebote auf die Erfordernisse einer alternden Gesellschaft auszurichten. Alternsensibilität wird zunehmend zu einem Faktor, der Attraktivität und Zukunftschancen von Kommunen mitbestimmt (Kocka & Staudinger 2009).

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (2014). *Wohnen im Alter – oder: Wie wollen wir morgen leben?* [BAGSO-Positionspapier 7/2014]. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen.
- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (2012a). *Raumabgrenzungen und Raumtypen des BBSR* [Analysen Bau. Stadt. Raum 6]. Bonn: Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung.
- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (2012b). *Raumordnungsbericht 2011*. Bonn: Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung.
- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (2011). *Lebensqualität in kleinen Städten und Landgemeinden. Aktuelle Befunde der BBSR-Umfrage* [BBSR-Berichte kompakt 05/2011]. Bonn: Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014). *Wo Menschen aller Generationen sich begegnen. Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser II* (http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/documents/10180/1988481/165x240_MGH_Broschuere_2014_BF_US_23_08%20HW7-3.pdf?type=application/pdf&size=5,4MB) (zuletzt abgerufen 28.09.2015).
- Brings, S. (2008). Öffentliche Sicherheit und Strafverfolgung. In: Statistisches Bundesamt, H.-H. Noll & R. Habich (Hrsg.) *Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Flade, A. (2010). Wohnen, Mobilität und Geschlecht. In: D. Reuschke (Hrsg.) *Wohnen und Gender* (S. 283-299): VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gipp, C., Nienaber, P., & Schiffhorst, G. (Hrsg.). (2014). *Mobilitätsoptionen Älterer im ländlichen Raum. ADAC-Studie zur Mobilität*. München: Allgemeiner Deutscher Automobil-Club e. V.
- Häfele, J. (2013). Urbane Disorder-Phänomene, Kriminalitätsfurcht und Risikoperzeption. Eine Mehrebenenanalyse. In: D. Oberwittler, S. Rabold & D. Baier (Hrsg.) *Städtische Armutsquartiere - Kriminelle Lebenswelten?* (S. 217-247): Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Heinze, R. G. (2013). Altengerechtes Wohnen: Aktuelle Situation, Rahmenbedingungen und neue Strukturen. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) *Wohnen im Alter. Informationen zur Raumentwicklung. Heft 2.2013* (S. 133-146). Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung.
- Helmle, S., & Kuczera, C. (2015). *Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012. Typisch ist das vermeintlich Untypische: Alltag von Dorfbewohnern*. Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut.
- Kocka, J., & Staudinger, U. (2009). *Gewonnene Jahre. Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland* [Altern in Deutschland 9]. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lihs, V. (2013). Wohnen im Alter - Bestand und Bedarf altersgerechter Wohnungen. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) *Wohnen im Alter. Informationen zur Raumentwicklung. Heft 2.2013* (S. 125-131). Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung.
- Mahne, K., Naumann, D., & Block, J. (2010). Das Wohnumfeld Älterer. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys* (S. 142-162). Stuttgart: Kohlhammer.
- Priem, M., & Schupp, J. (2014). Alle zufrieden: Lebensverhältnisse in Deutschland. *DIW-Wochenbericht*, 81(40), 1001-1008.
- Strobl, R., Maier, W., Mielck, A., Fuchs, J., Richter-Kornweitz, A., Gostomzyk, J., & Grill, E. (2014). Wohnumfeld – Stolperstein oder Weg zum gesunden Altern? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57(9), 1120-1126. doi: 10.1007/s00103-014-2021-5.
- Vogt, L., Biernatzki, R., Kriszan, M., & Lorleberg, W. (2015). *Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012. Dörfer als Wohnstandorte*. Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut.

21 Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft

Sonja Nowossadeck & Katharina Mahne

Kernaussagen

Ältere berichten im Jahr 2014 häufiger von engen Nachbarschaftskontakten als Jüngere: Die 70- bis 85-Jährigen berichten mit 51,6 Prozent am häufigsten enge Nachbarschaftskontakte, bei den 40- bis 54-Jährigen sind es nur 42,2 Prozent. Auch die Wohnlage ist bedeutsam für die Enge der Kontakte: Personen, die in als gehoben eingestuft Wohnlagen leben, berichten zu 49,1 Prozent enge Nachbarschaftskontakte – in mittleren Wohnlagen sind es 43,3 Prozent, in einfachen Wohnlagen nur 38,3 Prozent.

Der Anteil von Menschen mit engen Kontakten zu den Nachbarinnen und Nachbarn ist zwischen 1996 und 2014 stabil: Jeweils etwas weniger als die Hälfte aller 40- bis 85-Jährigen berichtet enge Nachbarschaftskontakte (1996: 44,5 Prozent, 2014: 45,6 Prozent). Frauen hatten 1996 noch etwas häufiger enge Nachbarschaftskontakte als Männer. Dieser Unterschied existiert im Jahr 2014 nicht mehr.

Ältere geben im Jahr 2014 im Durchschnitt weniger hilfsbereite Nachbarinnen und Nachbarn an als Jüngere: Im Jahr 2014 geben die 40- bis 54-Jährigen 4,9 hilfsbereite Personen in der Nachbarschaft an, die 55- bis 69-Jährigen 4,3 und die 70- bis 85-Jährigen 3,9. Zudem ist unter Personen mit Mobilitätseinschränkungen der Anteil derjenigen mit eingeschränkten Nachbarschaftsnetzwerken (d. h. keine oder nur eine hilfsbereite Person in der Nachbarschaft) mit 20,0 Prozent im Vergleich zu den nicht in ihrer Mobilität Eingeschränkten (10,5 Prozent) etwa doppelt so hoch.

Menschen, die in einfachen Wohnlagen leben, geben häufiger eingeschränkte Nachbarschaftsnetzwerke an: Insgesamt hat im Jahr 2014 etwa jeder Zehnte (10,7 Prozent) der 40- bis 85-Jährigen eingeschränkte Nachbarschaftsnetzwerke (d. h. keine oder nur eine hilfsbereite Person in der Nachbarschaft). Bewohnerinnen und Bewohner einfacher Wohnlagen berichten zu einem Fünftel (20,2 Prozent) eingeschränkte Nachbarschaftsnetzwerke. Von den Personen, die in gehobenen Wohnlagen leben, sind nur 7,7 Prozent in dieser Situation.

Die Mehrheit der 40- bis 85-Jährigen weiß, was in der Nachbarschaft geschieht, nur wenige gestalten sie mit: Im Jahr 2014 gibt die Mehrheit (61,0 Prozent) der Menschen in der zweiten Lebenshälfte an zu wissen, was in der Nachbarschaft geschieht und etwas mehr als die Hälfte (54,4 Prozent) spricht mit Nachbarinnen und Nachbarn über das Geschehen in der Nachbarschaft. Nur relativ wenige (15,6 Prozent) bestimmen mit, was in der Nachbarschaft geschieht. Auch hier ist die Wohnlage wichtig: So geben 64,1 Prozent der 40- bis 85-Jährigen in gehobenen Wohnlagen und nur 53,7 Prozent der Personen in einfachen Wohnlagen an, über das Geschehen in der Nachbarschaft informiert zu sein.

21.1 Einleitung

Es ist der Wunsch der meisten älteren Menschen, möglichst lange selbstständig zu Hause wohnen zu bleiben und vielen gelingt dies auch bis ins hohe Alter. Die selbstständige Lebensführung im vertrauten Wohnumfeld kann gerade mit zunehmendem Alter als Ausdruck von Autonomie verstanden werden (Oswald 1996). Es wächst jedoch auch das Risiko von sozialer Isolation, da Menschen in höheren Altersgruppen verstärkt an gesundheitlichen Einschränkungen leiden oder allein leben (Bromell & Cagney 2013). Wenn beispielsweise Gehbeeinträchtigungen auftreten, können die Möglichkeiten zum Erhalt von selbstständiger Lebensführung und gesellschaftlicher Partizipation nicht nur von den unterstützenden Eigenschaften der Wohnung und des Wohnumfeldes abhängen, sondern auch von anderen nicht unmittelbar versorgungsrelevanten Aspekten wie etwa guten nachbarschaftlichen Beziehungen (Wahl 2001; Wahl & Weisman 2003).

Nachbarschaften sind an räumliche Nähe und damit an das Wohnquartier und seine baulichen Gegebenheiten gebunden. Sie stellen ein Geflecht sozialer Beziehungen in diesem räumlichen Kontext dar. Für Ältere haben Nachbarschaften eine besondere Bedeutung, da sie hinsichtlich ihrer räumlich-sozialen Umwelten empfindlicher werden und eine eingeschränkte Adaptationsfähigkeit zeigen. Viele Ältere halten sich jeden Tag lange Zeit im Wohnquartier auf und sie haben eine große Zahl wohnbezogener Aktivitäten, daher hat eine funktionierende Nachbarschaft noch stärker als für jüngere eine wichtige Funktion für ihr Wohlbefinden (Beetz, Müller, J., & F. Hüttl 2009; Oswald & Konopik 2015). Andererseits kann diese Umwelt die Aktivitäten des Älteren stimulieren und sie befördern (Beetz et al. 2009: 126). Nach Befunden stadtsoziologischer Forschung haben heutige Nachbarschaften zwar im Vergleich zu vormodernen Gesellschaften Versorgungsfunktionen an den Sozialstaat abgegeben, aber auch wichtige Aufgaben behalten, wie Nothilfe, Kommunikation, Sozialisation und soziale Kontrolle (Rohr-Zänker & Müller 1998).

Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft bezeichnet den Zusammenhalt der Bewohnerinnen und Bewohner einer räumlichen Umgebung und umfasst das Vertrauen zu den Nachbarinnen und Nachbarn, gegenseitige Hilfe und Kooperation, eine gemeinsame Identität beziehungsweise ein Gefühl der Zugehörigkeit und daraus resultierendes Verhalten. In Nachbarschaften, in denen dieser Zusammenhalt funktioniert, kennen sich die Nachbarinnen und Nachbarn, sie vertrauen einander und teilen gemeinsame Werte (Müller 2008; Van Dijk, Cramm, & Nieboer 2014). Nachbarschaftsbeziehungen können soziale Unterstützung bereithalten oder den Zugang zu Versorgungsleistungen erleichtern. Eine Reihe von Studien konnte zeigen, dass eine hohe soziale Kohäsion in der Nachbarschaft als Puffer gegen negative Auswirkungen von Stress oder kritischen Lebensereignissen wirken kann (Van Dijk et al. 2014), negative Auswirkungen des Alleinlebens oder des Lebens in Armut auf das subjektive Wohlbefinden puffert (Cramm, van Dijk, & Nieboer 2012) beziehungsweise substanziell zu einer hohen Lebenszufriedenheit beiträgt (Oswald, Jopp, Rott, & Wahl 2011). Damit ist die soziale Kohäsion in der Nachbarschaft besonders im Alter ein wichtiger Faktor für eine hohe Lebensqualität.

Während die Auswirkungen von sozialer Kohäsion schon relativ gut erforscht sind, ist für ihre Bestimmungsfaktoren noch wenig bekannt. Es gibt unterschiedliche Befunde zum Verhältnis von höherem Alter und Nachbarschaftsbeziehungen. Auf der Ebene des Individuums zeigt sich, dass Ältere (wie auch Verheiratete und höher Gebildete) eine höhere soziale Kohäsion berichten und dass auf der Ebene der Nachbarschaft vor allem das Sicherheitsempfinden von Bedeutung für den sozialen Zusammenhalt ist (Van Dijk et al. 2014). Andererseits konnten Dijk, Cramm und

Nieboer (2013) zeigen, dass höheres Alter auch ein Hemmnis für soziale Kohäsion sein kann. Als Ursache dafür führen die Autorinnen das mit dem Alter zunehmende Risiko kognitiver und physischer Einschränkungen an, die soziale Aktivitäten behindern. Zudem sind Ältere eher dem Risiko ausgesetzt, kleinere Netzwerke und weniger sozialen Austausch zu haben.

Höpflinger (2009) betont die Rolle von Nachbarschaftskontakten in Lebensphasen, in denen die unmittelbare Wohnumgebung besonders bedeutsam ist – zum Beispiel bei jungen Eltern mit Kleinkindern oder bei betagten Menschen wegen deren oft eingeschränkter Mobilität. Dabei können gute Nachbarschaftskontakte im Alter Sicherheit vermitteln und intergenerationelle Perspektiven eröffnen. Höpflinger betont aber auch, dass Nachbarschaftshilfe bei schweren Krisen oder Pflegebedürftigkeit primär kurzfristig von Nutzen ist, wogegen langfristige Pflege die Nachbarschaftshilfe sozial überfordert.

Ältere Menschen (und Familien) haben häufig mehr und intensivere Nachbarschaftskontakte als junge (und kinderlose) Menschen (Rohr-Zänker & Müller 1998). Die Erklärung dafür könnte sein, dass Ältere mehr Zeit als Jüngere in ihrer Wohnumgebung verbringen und daher Nachbarschaftskontakte intensiver pflegen können beziehungsweise stärker auf diese Kontakte angewiesen sind. Ältere Frauen und Männer haben unterschiedliche Voraussetzungen für die Kontaktpflege in der Nachbarschaft. Ältere Frauen sind häufiger alleinlebend als ältere Männer und sie verbringen weniger Zeit außer Haus (Nowossadeck & Engstler 2013; Menning 2004). Für einen Teil dieser Frauen bedeutet das, dass sie am Nachbarschaftsleben nicht partizipieren, sich aus dem öffentlichen Leben zurückziehen und in der Folge auch für niedrigschwellige Hilfsangebote der Nachbarschaft weniger erreichbar sein könnten.

Dijk et al. (2013) beobachteten einen positiven Zusammenhang von Wohnstabilität und sozialer Kohäsion. Längere Wohndauern bewirken, dass sich Beziehungen in der Nachbarschaft entwickeln können, die Bindung an das Wohnumfeld stärker wird und damit der soziale Zusammenhalt in der Nachbarschaft wächst. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Oswald et al. (2011), die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Wohndauer und Wohnortbindung konstatieren und die Qualität der Nachbarschaft sowie die wahrgenommene Bindung an die Nachbarschaft als Ressource für die Lebensqualität besonders im sehr hohen Alter betrachten. Dittmann und Goebel (2010) heben ebenfalls hervor, dass Menschen mit einem engen Nachbarschaftskontakt eine höhere Lebenszufriedenheit haben. Die Qualität der Wohnlage hat einen erheblichen Einfluss auf das Zusammenleben in der Nachbarschaft: So konnte gezeigt werden, dass gerade in prekären Nachbarschaften, in denen ein erhöhter Bedarf an sozialer Unterstützung besteht, der Zugang zu nachbarschaftlichen Unterstützungsnetzwerken erschwert ist. Bewohnerinnen und Bewohner benachteiligter Quartiere haben eher kleine Netzwerke ohne zureichende Ressourcen, zudem scheinen sich in diesen Quartieren unterschiedliche Bewohnermilieus voneinander abgrenzen (Günther 2015).

Wie bringen sich die Personen unterschiedlicher Altersstufen in das Nachbarschaftsleben ein? Für höhere Altersgruppen werden eher subtile Formen sozialer Partizipation in der Nachbarschaft angenommen, während sich Jüngere noch häufiger aktiv einbringen. Befunde anderer Studien zeigten, dass sich Ältere häufiger über die Geschehnisse im Quartier austauschten, als dass sie diese aktiv beeinflussten. Will man die Partizipation im Quartier bis ins sehr hohe Alter unterstützen, sind also auch eher niedrigschwellige Formen sozialer Teilhabe zu fördern (Oswald, Kaspar, Frenzel-Erkert, & Konopik 2013; Oswald & Konopik 2015).

Im vorliegenden Kapitel werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie eng sind die Kontakte zu den Nachbarinnen und Nachbarn und wie hat sich die Kontaktenge seit 1996 gewandelt?
2. Wie viele Nachbarinnen und Nachbarn haben Menschen in der zweiten Lebenshälfte, die sie um einen Gefallen bitten können?
3. Wie ausgeprägt ist die Partizipation am Nachbarschaftsleben?

21.2 Datengrundlage

Daten. Die analysierten Variablen zum Zusammenleben in der Nachbarschaft stammen aus den Angaben im schriftlichen Fragebogen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) aus den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014, sofern die interessierenden Variablen in diesem Jahr erhoben wurden.

Enge des Kontakts. Die Enge des Kontakts wurde mit einer fünfstufigen Skala gemessen (1 = ‚sehr eng‘/ 2 = ‚eng‘/ 3 = ‚weniger eng‘/ 4 = ‚nur flüchtig‘/ 5 = ‚gar kein Kontakt‘). Diese Angaben wurden in eine dichotome Variable rekodiert: enger Kontakt = Antwortkategorien 1 und 2, kein enger Kontakt = Antwortkategorien 3, 4 und 5. Angaben zur Enge des Kontakts liegen für alle Erhebungen von 1996 bis 2014 vor.

Anzahl der hilfsbereiten Nachbarinnen und Nachbarn. Die Zahl der Nachbarinnen und Nachbarn, die man um einen Gefallen bitten kann, wurde erstmalig 2014 erhoben und liegt als metrische Größe vor. Daraus wurden zum einen Gruppenmittelwerte berechnet. Zum anderen wurden die Angaben in einer neuen Variable gruppiert, die folgende zwei Kategorien umfasst: 1 = ‚kein oder nur ein Nachbar‘, 2 = ‚zwei und mehr Nachbarn‘.

Partizipation innerhalb der Nachbarschaft. Dieser Aspekt wurde 2014 erstmals erhoben und über drei Items erfragt: Informiertheit über die Nachbarschaft („Ich bekomme mit, was in der Nachbarschaft geschieht.“), Kommunikation in der Nachbarschaft („Ich rede mit den Nachbarn über das, was in der Nachbarschaft geschieht.“) und Mitwirkung in der Nachbarschaft („Ich bestimme ein Stück weit mit, was in der Nachbarschaft geschieht.“). Die Items haben eine vierstufige Antwortskala (1 = ‚trifft genau zu‘/ 2 = ‚trifft eher zu‘/ 3 = ‚trifft eher nicht zu‘/ 4 = ‚trifft gar nicht zu‘). Für die Analyse wurden diese Angaben in eine dichotome Variable rekodiert: ‚trifft zu‘ = Antwortkategorien 1 und 2, ‚trifft nicht zu‘ = Antwortkategorien 3 und 4.

Für die Analyse der Partizipation in der Nachbarschaft wurde zudem ein Index berechnet. Dafür wurden die drei Dimensionen der Partizipation zusammen betrachtet und drei Gruppen unterschieden. Die ‚Aktiven‘ haben in allen drei Dimensionen der Teilhabe angegeben, dass dies auf sie zutrifft. Den Gegenpol bilden die ‚Zurückgezogenen‘, die für keine der Dimensionen angegeben haben, dass sie auf sie zutreffen. Alle übrigen Personen bilden die Kategorie der ‚Teilweise Beteiligten‘.

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Weiterhin wurden Geschlechtsunterschiede und Gruppenunterschiede nach Wohnlage und Mobilitätseinschränkungen untersucht.

Wohnlage. Verwendet wurden die Interviewerangaben zur Einschätzung der Wohnlage („Wie schätzen Sie die Wohnlage insgesamt ein?“ Antwortmöglichkeiten 1 = ‚eindeutig gehoben‘ bis

5 = ‚sehr einfach‘). Die Variable wurde rekodiert in die Kategorien ‚gehobene Wohnlage‘ = 1 und 2, ‚mittlere Wohnlage‘ = 3 und ‚einfache Wohnlage‘ = 4 und 5.

Mobilitätseinschränkungen. Mobilitätseinschränkungen wurden über ein Item aus dem SF-36-Fragebogen erfasst (vgl. Kapitel 8): „Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten...?“ Die Antwortkategorien sind 1 = ‚stark eingeschränkt‘, 2 = ‚etwas eingeschränkt‘, 3 = ‚überhaupt nicht eingeschränkt‘. Das in diesem Kapitel ausgewertete Item ist: „Fortbewegung außerhalb der Wohnung, z. B. Autofahren, Öffentliche Verkehrsmittel benutzen“. Diese Variable wurde rekodiert in die Kategorien ‚eingeschränkt‘ = 1 und 2, ‚nicht eingeschränkt‘ = 3.

Analyse. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete (gruppenspezifische) Mittelwerte oder prozentuale Verteilungen angegeben. Weiterhin wurden Geschlechtsunterschiede und Regionsunterschiede (Ost-/Westdeutschland) untersucht. Um Gruppenunterschiede auf Signifikanz zu testen, wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau binäre logistische Regressionen berechnet. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

21.3 Enge des Kontakts zu den Nachbarn

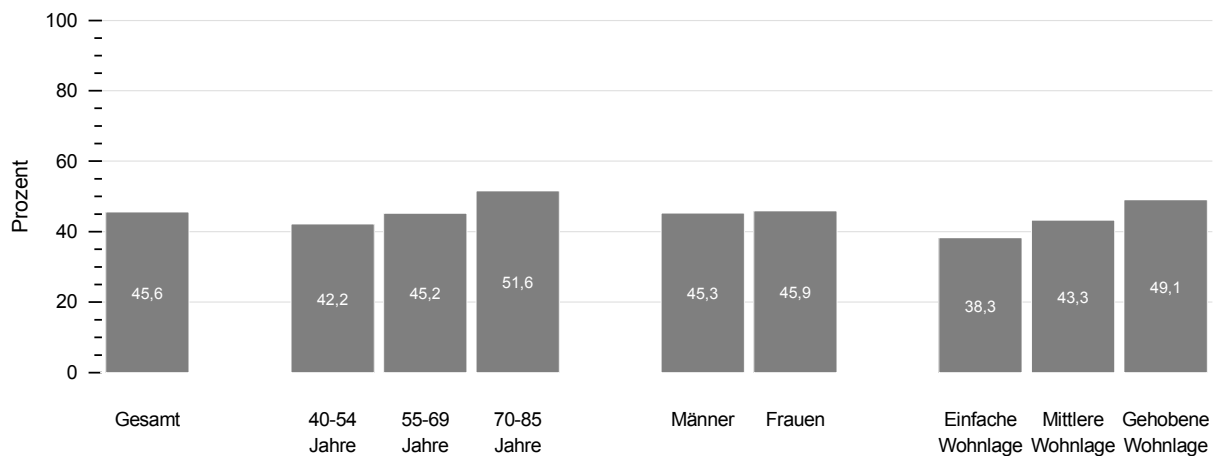
Nachbarschaftliche Kontakte gehören für Menschen in der zweiten Lebenshälfte zur Normalität. Im Jahr 2014 geben 45,6 Prozent der 40- bis 85-Jährigen enge Kontakte zu den Nachbarn an (Abbildung 21-1).

Ältere berichten im Jahr 2014 häufiger von engen Nachbarschaftskontakten als Jüngere.

Dabei berichten Ältere häufiger enge Kontakte als Jüngere: Die 70- bis 85-Jährigen haben mit 51,6 Prozent am häufigsten enge Nachbarschaftskontakte, bei den 40- bis 54-Jährigen sind es nur 42,2 Prozent. Männer und Frauen unterscheiden sich in Bezug auf enge Nachbarschaftskontakte nicht (Abbildung 21-1). Einen Einfluss auf die Enge der Nachbarschaftskontakte hat auch die Qualität der Wohnlage (Abbildung 21-1): Personen, die in als gehoben eingestuftten Wohngebieten leben, berichten im Jahr 2014 zu 49,1 Prozent enge Nachbarschaftskontakte – in mittleren Wohnlagen sind es 43,3 Prozent, in einfachen Wohnlagen nur 38,3 Prozent. Es kann angenommen werden, dass gehobene Wohnlagen weniger Fluktuation und damit eine stabilere Bewohnerschaft haben. Dies sind gute Bedingungen, um enge Nachbarschaftsbeziehungen zu entwickeln.

Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Wohndauer und der Enge des Kontakts zu den Nachbarn: Menschen, die 30 Jahre und länger in ihrer Wohnung leben, berichten im Jahr 2014 zu 56,0 Prozent enge Nachbarschaftskontakte, Personen mit weniger als zehn Jahren Wohndauer dagegen nur zu 35,0 Prozent (ohne Abbildung).

Abbildung 21-1: Anteile der Personen, die (sehr) enge Kontakte zu den Nachbarinnen und Nachbarn berichten, nach Alter, Geschlecht und Wohnlage, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.239 für Alter und Geschlecht; n = 4.207 für Wohnlage), gewichtete, gerundete Angaben; ($p < ,05$). Signifikanter Altersunterschied nur zwischen den 40- bis 54-Jährigen bzw. 55- bis 69-Jährigen und den 70- bis 85-Jährigen. Kein signifikanter Geschlechtsunterschied. Signifikante Unterschiede zwischen allen Wohnlagen.

Der Anteil von Menschen mit engen Kontakten zu den Nachbarinnen und Nachbarn ist zwischen 1996 und 2014 stabil.

Mit den Daten des DEAS kann man die Veränderung der Anteile von Menschen mit engen nachbarschaftlichen Beziehungen über einen Zeitraum von 18 Jahren verfolgen. Zwischen 1996 und 2014 ist die Kontaktmenge in den Nachbarschaften stabil geblieben. Etwas weniger als die Hälfte aller 40- bis 85-Jährigen berichtet von engen Nachbarschaftskontakten: 2014 waren dies 45,6 Prozent, 1996 44,5 Prozent - die Veränderung dieser Anteile ist nicht signifikant (vgl. Tabelle A 21-1 im Anhang).

Bei keiner der drei Altersgruppen hat sich zwischen 1996 und 2014 der Anteil enger Nachbarschaftskontakte gewandelt. Unterschiede zwischen Älteren und Jüngeren – mehr enge Nachbarschaftskontakte in den höheren Altersgruppen – zeigen sich also zu jedem Zeitpunkt.

Bei den Männern ist der Anteil der Personen mit engen Nachbarschaftskontakten von 42,1 Prozent (1996) auf 45,3 Prozent (2014) angestiegen. Bei Frauen hat sich der Anteil nicht verändert (vgl. Tabelle A 21-1 im Anhang). Diese Entwicklung führt dazu, dass der 1996 noch vorhandene Unterschied zwischen Männern und Frauen im Jahr 2014 nicht mehr existiert.

21.4 Anzahl hilfsbereiter Nachbarinnen und Nachbarn

Enge Kontakte in der Nachbarschaft zu haben, ist für das Wohlbefinden im Wohnumfeld ein förderlicher Faktor. Aber können Personen in der zweiten Lebenshälfte im Alltag auch mit der Hilfe ihrer Nachbarinnen und Nachbarn in Form kleiner Gefälligkeiten rechnen? Mit der Anzahl der Nachbarinnen und Nachbarn, die man um eine Gefälligkeit bitten kann, wird die Hilfsbereitschaft zwischen Personen in der Nachbarschaft untersucht.

Ältere geben im Jahr 2014 im Durchschnitt weniger hilfsbereite Nachbarinnen und Nachbarn an als Jüngere.

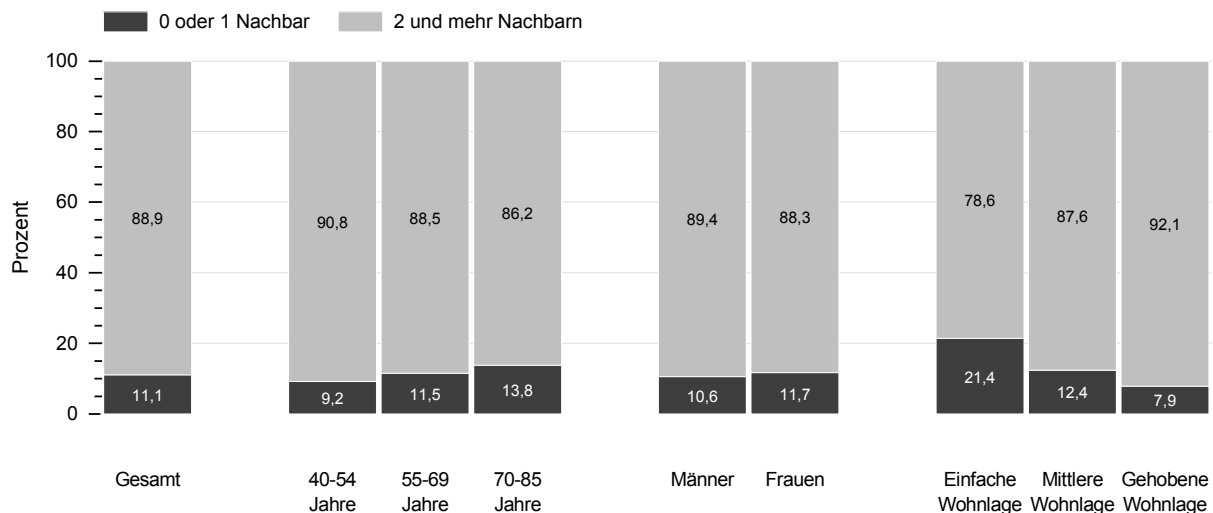
Das Netzwerk von Nachbarinnen und Nachbarn, die man um einen Gefallen bitten kann, umfasst je nach betrachteter Gruppe im Jahr 2014 durchschnittlich 4,4 Personen. Die älteste Altersgruppe hat im Jahr 2014 im Durchschnitt eine hilfsbereite Person weniger in der Nachbarschaft als die jüngste: Die 40- bis 54-Jährigen berichten von 4,9 hilfsbereiten Nachbarinnen oder Nachbarn, die 55- bis 69-Jährigen von 4,3 und die 70- bis 85-Jährigen von 3,9. Personen, die in gehobenen Wohnlagen leben, nennen durchschnittlich 4,7 hilfsbereite Personen in ihrem Wohnumfeld, Personen in mittleren Wohnlagen 4,3 und die in einfachen Wohnlagen nur 3,4. Frauen und Männer unterscheiden sich hier – wie auch bei der Enge der nachbarschaftlichen Kontakte – nicht (ohne Abbildung).

Menschen, die in einfachen Wohnlagen leben, geben häufiger eingeschränkte Nachbarschaftsnetzwerke an.

Interessant ist auch der Blick auf diejenigen Personen, die nur ein eingeschränktes Hilfspotenzial in der Nachbarschaft haben. Positiv ist: Es gibt generell nur sehr wenige Personen, die gar keine Nachbarinnen und Nachbarn haben, die sie um einen Gefallen bitten können. Im Jahr 2014 trifft dies gerade einmal auf 2,2 Prozent aller 40- bis 85-Jährigen zu. Alters- oder Geschlechtsunterschiede sind hier nicht zu beobachten. Aber Menschen, die in gehobenen Wohnlagen leben, berichten nur zu 1,4 Prozent gar keine hilfsbereiten Nachbarinnen und Nachbarn, während Menschen in mittleren (2,7 Prozent) und einfachen Wohnlagen (4,5 Prozent) deutlich häufiger ohne potenzielle nachbarschaftliche Unterstützung auskommen müssen (ohne Abbildung).

Die Beschreibung derjenigen, die nur eingeschränkt auf hilfsbereite Nachbarinnen und Nachbarn zurückgreifen können, umfasst im Folgenden auch die Personen, die nur eine einzige hilfsbereite Person in der Nachbarschaft haben, die sie um einen Gefallen bitten könnten. Ein Hilfsnetzwerk, das auf höchstens einer Person beruht, ist wenig stabil und nur eingeschränkt verlässlich, da diese Unterstützungsperson ausfallen kann. Insgesamt hat im Jahr 2014 etwa ein Zehntel (11,1 Prozent) der 40- bis 85-Jährigen keinen oder nur eine hilfsbereite Person in der Nachbarschaft (Abbildung 21-2). Die Jüngsten (40 bis 54 Jahre) sind mit 9,2 Prozent am seltensten von einem eingeschränkten Nachbarschaftsnetzwerk betroffen, bei den 70- bis 85-Jährigen ist der Anteil mit 13,8 Prozent größer. Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen dagegen nicht. In Ostdeutschland ist der Anteil derjenigen, die nur eine Person nennen oder gar keine nachbarschaftliche Unterstützung erfahren, mit 17,5 Prozent erheblich größer als in Westdeutschland (9,7 Prozent) (vgl. Tabelle A 21-2 im Anhang).

Abbildung 21-2: Anteile der Personen mit 0 oder 1 bzw. 2 und mehr hilfsbereiten Nachbarinnen und Nachbarn, nach Alter, Geschlecht und Wohnlage, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (Alter und Geschlecht: n = 4.123, Wohnlage: n = 4.091), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Signifikante Unterschiede nur zwischen 40- bis 54-Jährigen und 70- bis 85-Jährigen. Kein signifikanter Geschlechtsunterschied.
Alle Wohnlagenunterschiede signifikant.

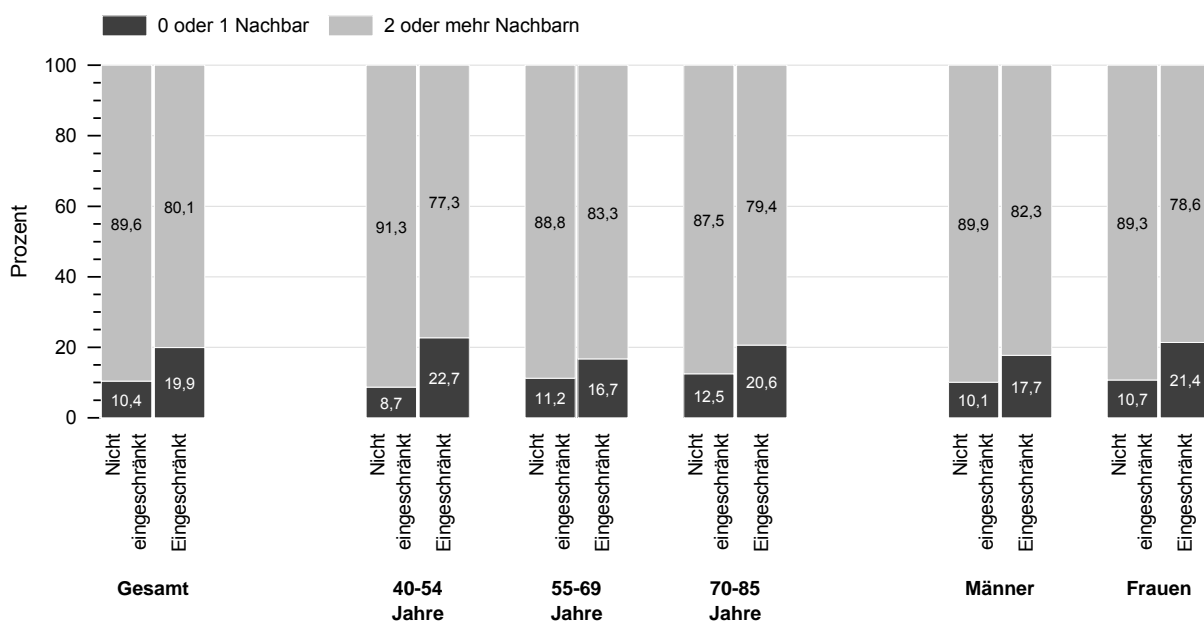
Im Jahr 2014 ist die Anzahl hilfsbereiter Personen in der Nachbarschaft auch mit der Qualität der Wohnlage verknüpft. Dieser Zusammenhang könnte darin begründet sein, dass gehobene Wohnlagen in der Regel eine homogene und sozial gut situierte Bewohnerschaft haben. Das fördert ein Klima, in dem sich Vertrauen und ein offener Umgang miteinander entwickeln können. In deprivierten Wohnlagen mit einer oftmals heterogenen Bewohnerschaft und sozialen Problemlagen ist das nachbarschaftliche Miteinander schwieriger zu gestalten. Mehr als ein Fünftel der 40- bis 85-Jährigen in einfachen Wohnlagen (21,4 Prozent) hat kaum Möglichkeiten, auf nachbarschaftliche Unterstützung zurückzugreifen, auch wenn es nur um einen kleinen Gefallen geht (Abbildung 21-2). Das ist ein deutlich größerer Anteil als bei den Bewohnerinnen und Bewohnern gehobener Wohnlagen, von denen 7,9 Prozent nur eine oder gar keine hilfsbereite Person in der Nachbarschaft nennen.

Gerade bei Personen, bei denen aufgrund ihres Alters ein besonders großer Unterstützungsbedarf vermutet werden kann, erweist sich die Wohnlage als wichtiger Faktor: Von den 70- bis 85-Jährigen in einfachen Wohnlagen geben 26,9 Prozent an, keine oder nur eine Person im nachbarschaftlichen Unterstützungsnetzwerk zu haben. Gleichaltrige in gehobenen Wohnlagen sind nur zu 11,0 Prozent in dieser Situation (ohne Abbildung).

Gute nachbarschaftliche Kontakte sind besonders bedeutsam für diejenigen, die gesundheitliche Einschränkungen haben und daher auf Unterstützung im Alltag angewiesen sind. Personen, die Einschränkungen in ihrer Fortbewegung außerhalb der Wohnung berichten, haben häufiger das Risiko, nicht gut in Nachbarschaftsnetzwerke integriert zu sein (Abbildung 21-3). Unter den Menschen mit eingeschränkter Mobilität ist der Anteil derjenigen mit wenig potenzieller nachbarschaftlicher Hilfe mit 19,9 Prozent im Vergleich zu den nicht Eingeschränkten (10,4 Prozent) etwa doppelt so hoch. Dieser Unterschied ist in der jüngsten und in der ältesten untersuchten Gruppe zu beobachten: Bei den 40- bis 54-Jährigen haben 22,7 Prozent der in ihrer Mobilität Eingeschränkten nur eine oder keine hilfsbereite Person in der Nachbarschaft (im Vergleich zu 8,7 Prozent der Nichteingeschränkten), bei den 70- bis 85-Jährigen sind es 20,6

Prozent der in ihrer Mobilität Eingeschränkten im Vergleich zu 12,5 Prozent der nicht Eingeschränkten. Frauen, die sich außerhalb ihrer Wohnung nur eingeschränkt bewegen können, haben zu 21,4 Prozent ein reduziertes Nachbarschaftsnetzwerk, Männer mit den gleichen Problemen zu 17,7 Prozent. Es ist zu vermuten, dass Personen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen Probleme haben, außer Haus unterwegs zu sein, weniger gute Möglichkeiten haben, Kontakte im Wohnumfeld zu knüpfen und zu pflegen. Sie können daher zum Teil nur auf ein begrenztes nachbarschaftliches Hilfsnetzwerk zurückgreifen.

Abbildung 21-3: Anteil der Personen mit 0 oder 1 bzw. 2 und mehr hilfsbereiten Nachbarinnen und Nachbarn, nach Alter, Geschlecht und Mobilitätseinschränkungen außerhalb der Wohnung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.118), gewichtet, gerundete Angaben; (p < ,05).

Alle Unterschiede zwischen nicht eingeschränkten und eingeschränkten Personen signifikant, außer in der Altersgruppe 55-69 Jahre.

21.5 Teilhabe und Mitwirkung in der Nachbarschaft

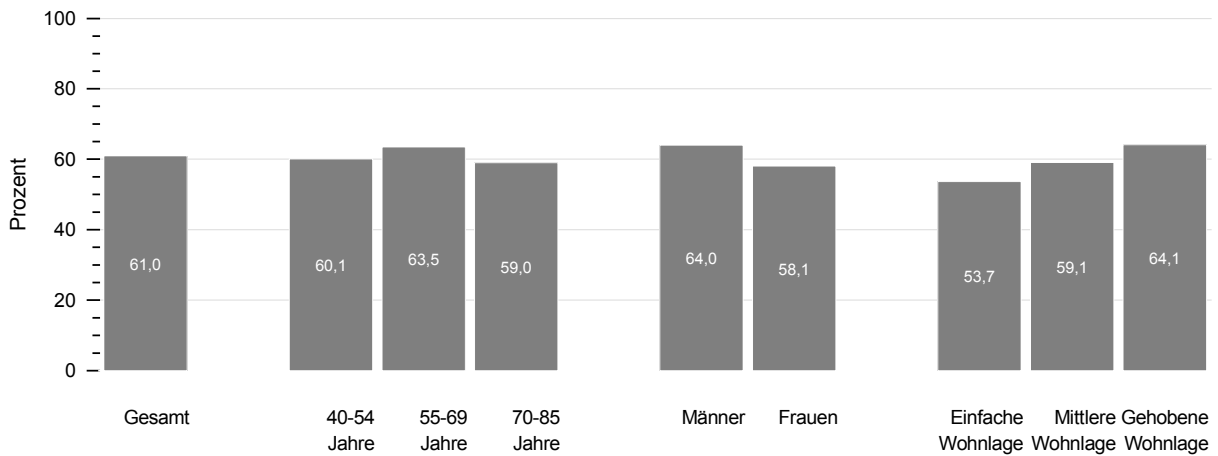
Nachbarschaftskontakte bestehen nicht per se, sie müssen gepflegt und entwickelt werden. Nicht jeder will und kann sich in ein aktives Nachbarschaftsleben einbringen, nicht jede Nachbarschaft regt zur Teilhabe an. Für ältere Menschen allerdings hat eine funktionierende Nachbarschaft noch stärker als für jüngere eine wichtige Funktion für das Wohlbefinden, da Ältere viel Zeit in ihrem Wohnumfeld verbringen und viele Aktivitäten im engeren Umkreis stattfinden.

Die Mehrheit der 40- bis 85-Jährigen weiß, was in der Nachbarschaft geschieht, nur wenige gestalten sie mit.

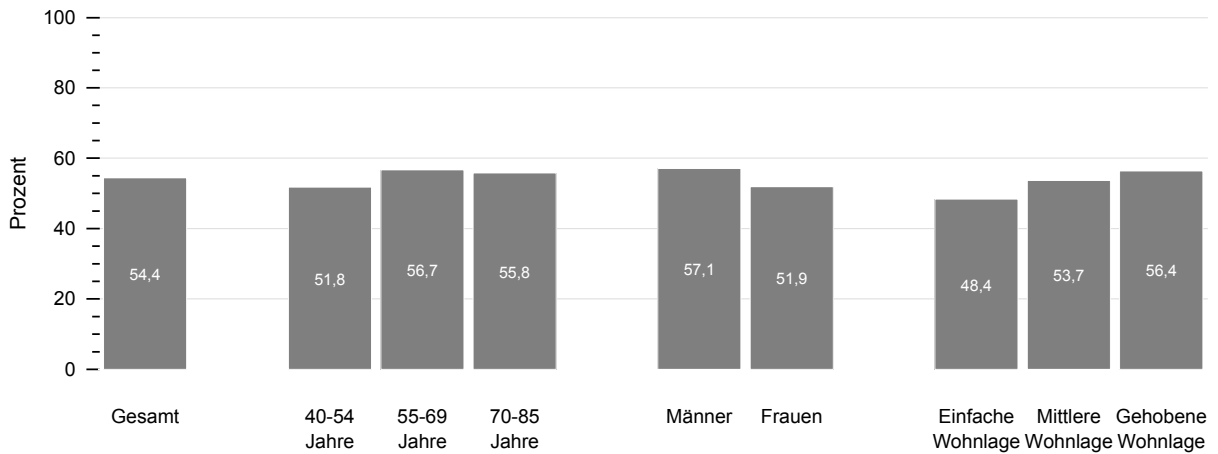
Im Folgenden werden drei Aspekte analysiert, die in abgestufter Form Partizipation am nachbarschaftlichen Leben beschreiben: Informiertheit über Geschehnisse in der Nachbarschaft, Kommunikation über das, was in der Nachbarschaft passiert, sowie Mitgestaltung der Nachbarschaft.

Abbildung 21-4: Anteile von Personen, für die Informiertheit, Kommunikation und Mitbestimmung in der Nachbarschaft (eher) zutreffen, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Wohnlage, im Jahr 2014 (in Prozent)

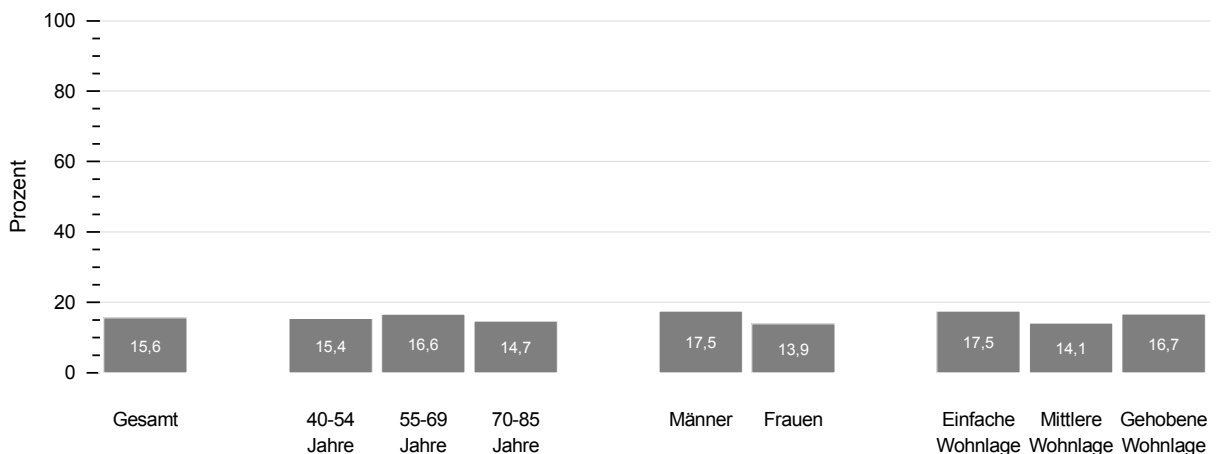
a) Informiertheit über Nachbarschaft



b) Kommunikation in Nachbarschaft



c) Mitbestimmung in Nachbarschaft



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.225 für Informiertheit; n = 4.218 für Kommunikation; n = 4.209 für Mitbestimmung), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Altersunterschiede, außer zwischen 40- bis 54-Jährigen und 70- bis 85-Jährigen. Signifikante Geschlechts- und Wohnlageunterschiede. b) Signifikante Altersunterschiede, außer zwischen 55- bis 69-Jährigen und 70- bis 85-Jährigen. Signifikante Geschlechtsunterschiede. Signifikante Wohnlageunterschiede nur zwischen einfacher und gehobener Wohnlage. c) Keine signifikanten Altersunterschiede. Signifikanter Geschlechtsunterschied. Keine signifikanten Wohnlageunterschiede.

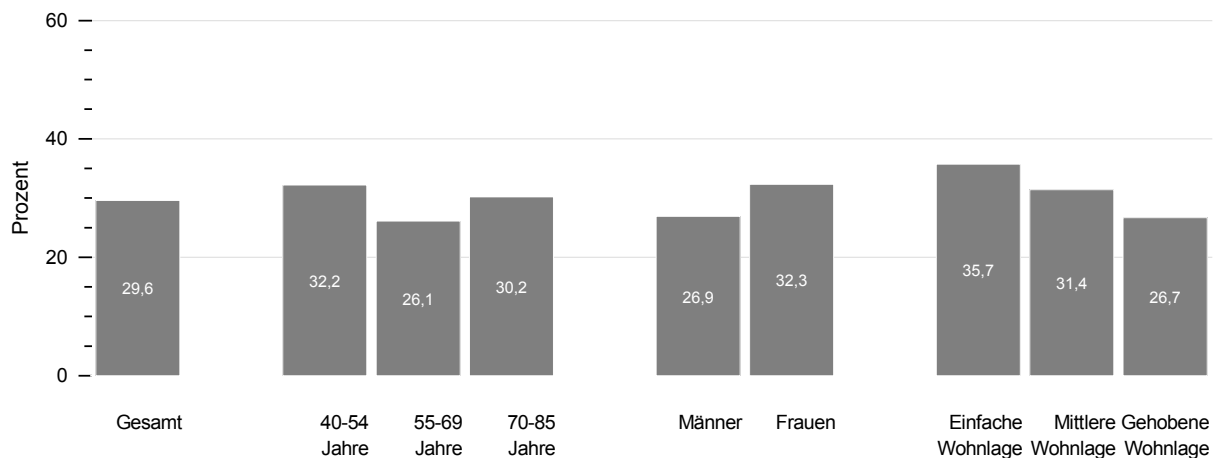
Je mehr Aktivität die einzelnen Formen der Partizipation erfordern, desto geringer sind die Anteile derjenigen, die diese Art der Teilhabe zeigen. Die Mehrheit (61,0 Prozent) der Menschen in der zweiten Lebenshälfte weiß im Jahr 2014, was in der Nachbarschaft geschieht, etwas mehr als die Hälfte (54,4 Prozent) spricht mit Nachbarinnen und Nachbarn über das Geschehen in der Nachbarschaft und nur relativ wenige (15,6 Prozent) bestimmen mit, was in der Nachbarschaft geschieht (Abbildung 21-4).

Wir sehen dabei durchgängig Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Bei allen drei Aspekten der nachbarschaftlichen Partizipation sind Männer öfter beteiligt als Frauen. Sie geben häufiger an als Frauen, informiert zu sein über die Nachbarschaft, darüber mit Nachbarinnen und Nachbarn zu reden und mitzubestimmen, was in der Nachbarschaft geschieht. Dazu könnte der Umstand beitragen, dass Frauen vor allem im höheren Alter sich weniger oft außer Haus aufhalten als Männer, dass sie häufiger funktionale Einschränkungen haben, die ihre Mobilität behindern und dass sie sensibler auf ein (vermeintlich) unsicheres Wohnumfeld reagieren als Männer.

Beobachten können wir auch einen Zusammenhang zwischen Wohnlage und nachbarschaftlicher Partizipation. Je gehobener die Wohnlage ist, desto mehr Menschen nehmen aktiv am Nachbarschaftsleben teil. So geben 64,1 Prozent der 40- bis 85-Jährigen in gehobenen Wohnlagen und 53,7 Prozent der Personen in einfachen Wohnlagen an, über das Geschehen in der Nachbarschaft informiert zu sein (Abbildung 21-4). 56,4 Prozent der Bewohner gehobener Wohnlagen und 48,4 Prozent der Bewohner einfacher Wohnlagen reden mit Nachbarinnen und Nachbarn darüber, was in der Nachbarschaft geschieht. Lediglich bei der Mitbestimmung dessen, was in der Nachbarschaft geschieht, zeigen sich keine Unterschiede nach Wohnlage.

Betrachtet man die drei behandelten Aspekte der Teilhabe in der Nachbarschaft gemeinsam, zeigt sich, dass etwa ein Drittel (29,6 Prozent) vom Nachbarschaftsleben zurückgezogen lebt (Abbildung 21-5).

Abbildung 21-5: Anteile der in Bezug auf die Nachbarschaft zurückgezogenen Lebenden, gesamt, nach Alter, Geschlecht und Wohnlage, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.194), gewichtete, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Signifikante Altersunterschiede außer zwischen den Altersgruppen 40-54 Jahre und 70-85 Jahre. Signifikante Geschlechtsunterschiede. Signifikante Wohnlageunterschiede außer zwischen mittlerer und einfacher Wohnlage.

Das bedeutet, die Person weiß nicht, was in der Nachbarschaft geschieht, kommuniziert nicht darüber und bestimmt das Nachbarschaftsleben auch nicht mit. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Wer nicht an Nachbarschaften partizipiert, hat vielleicht andere Netzwerke, die das Leben bereichern, aber auch Zeit und Aufmerksamkeit fordern. Die ‚Zurückgezogenen‘ finden sich häufiger unter den 40- bis 54-Jährigen (32,2 Prozent) als unter den 55- bis 69-Jährigen (26,1 Prozent). Hierfür könnte die Erklärung zutreffen, dass die jüngere Altersgruppe in eine Reihe beruflicher, familiärer und anderer Netzwerke eingebunden ist und so das Leben in der Nachbarschaft kein so großes Gewicht hat. Frauen gehören mit einem knappen Drittel (32,3 Prozent) häufiger zu den ‚Zurückgezogenen‘ als Männer mit etwa einem Viertel (26,9 Prozent). Dieser Unterschied ist vor allem bei den Älteren auffallend: Frauen im Alter von 55 bis 69 Jahren haben einen 6,8 Prozentpunkte höheren Anteil von ‚Zurückgezogenen‘ als gleichaltrige Männer, bei den 70- bis 85-Jährigen beträgt diese Differenz sogar 10,4 Prozentpunkte, bei den 40- bis 54-Jährigen dagegen nur 1,6 Prozentpunkte (vgl. Tabelle A 21-4 im Anhang). Die Erklärung dafür, dass sich vor allem Frauen der älteren Altersgruppen aus dem Nachbarschaftsleben zurückziehen, kann in ihrer Lebenssituation gefunden werden. Ältere Frauen sind seltener außer Haus unterwegs als ältere Männer und ein Teil dieser Frauen zieht sich aus dem öffentlichen Leben und damit auch aus der Nachbarschaft weitgehend zurück.

Wer in einer gehobenen Wohnlage wohnt, hat ein geringeres Risiko, zurückgezogen von der Nachbarschaft zu leben. Nur 26,7 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner gehobener Wohnlagen sind zur Gruppe der Zurückgezogenen zu zählen. Das sind weniger als in mittleren Wohnlagen (31,4 Prozent) und in einfachen Wohnlagen (35,7 Prozent).

Der Gegenpol zu den Zurückgezogenen sind die in Bezug auf die Nachbarschaft Aktiven, also diejenigen, die wissen, was in der Nachbarschaft geschieht, die darüber mit Nachbarinnen und Nachbarn reden und die auch das Nachbarschaftsleben mitbestimmen. Nur 13,2 Prozent der 40- bis 85-Jährigen gehören im Jahr 2014 zu dieser Gruppe (vgl. Tabelle A 21-4 im Anhang). Diese Aktiven sind häufiger unter Männern (14,7 Prozent) als unter Frauen (11,9 Prozent) zu finden und sie leben häufiger in gehobenen Wohnlagen (14,5 Prozent) als in mittleren Wohnlagen

(11,5 Prozent). Weitere Gruppenunterschiede, zum Beispiel in Bezug auf das Alter, sind bei den Aktiven nicht zu beobachten.

21.6 Diskussion und Implikationen

In der eigenen Wohnung zu leben, ist erklärtes Ziel der Mehrheit älterer Menschen. Damit das auch im hohen Alter und mit körperlichen Einschränkungen möglich bleibt, ist ein vielfältiges Unterstützungsnetzwerk erforderlich. Im sozialen Netzwerk spielen die Nachbarinnen und Nachbarn zwar hinter Familie, Verwandtschaft, Freundinnen, Freunden und Bekannten eine untergeordnete Rolle (Rohr-Zänker & Müller 1998), sie haben aber eine wichtige ergänzende Funktion für soziale Kontakte und Unterstützung.

Die Ergebnisse des DEAS zeigen, dass diese nachbarschaftlichen Netzwerke existieren, funktionsfähig sind und dass die Enge nachbarschaftlicher Kontakte über die Jahre seit 1996 konstant hoch ist. Ein großer Teil der Älteren berichtet enge Kontakte zu den Nachbarinnen und Nachbarn und die große Mehrheit der Menschen in der zweiten Lebenshälfte kann sich an diese auch mit der Bitte um einen Gefallen wenden. Allerdings gibt es auch soziale Gruppen, die besonders gefährdet sind, nicht ausreichend in Nachbarschaftsnetzwerke integriert zu sein. Dazu gehören vor allem Menschen, bei denen ohnehin ein höherer Bedarf an Unterstützung durch das Umfeld vermutet werden kann, wie zum Beispiel hochaltrige und gesundheitlich in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen. Diesen Personengruppen sollte über niedrigschwellige Nachbarschaftsangebote die Einbindung in das soziale Umfeld erleichtert werden.

Nachbarschaften funktionieren nicht (immer) von allein. In gehobenen Wohnlagen ist das nachbarschaftliche Unterstützungspotenzial ausgeprägter. Das heißt aber auch, dass in Gebieten, die als weniger privilegiert gelten, das Funktionieren dieser nachbarschaftlichen Netzwerke unterstützt werden sollte durch die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen. Infrastrukturelle Ausstattung und soziale Dienstleistungen im Wohnquartier sollten sich daran orientieren, wie Wohnquartiere ‚nachbarschaftsfähig‘ gemacht werden können. Dazu gehört eine kommunikationsfreundliche Raumstruktur, eine kleinteilige wohngebietsnahe Versorgungsstruktur, die Vermittlung von Kontakten und nachbarschaftlichen Aktivitäten durch Gemeinwesenarbeit und die Übertragung von Zuständigkeiten und Selbstbestimmungsrechten (Rohr-Zänker & Müller 1998).

So wichtig das Funktionieren von Nachbarschaften für die Integration und Teilhabe älterer Menschen auch ist: Die Erwartungen an die Leistungsfähigkeit von Nachbarschaften zur Unterstützung Älterer sollten nicht überfrachtet werden. Rohr-Zänker und Müller (1998) stellen fest, dass nachbarschaftliche Hilfeleistungen in der Regel nicht zeitintensiv oder verpflichtend sind und bezeichnen sie als ‚Schönwetter-Beziehungen‘. Auch im DEAS beziehen sich die Angaben zur Zahl hilfsbereiter Nachbarinnen und Nachbarn lediglich auf kleine Gefälligkeiten, nicht auf langfristige Unterstützungen, wie sie zum Beispiel in der Unterstützung und Pflege gebrechlicher Menschen erforderlich werden. Darüber hinaus verändern sich die Potenziale nachbarschaftlichen Zusammenlebens. Zunehmende Wohnmobilität und damit verbundene abnehmende Wohndauer, häufige Trennung von Arbeits- und Wohnort sowie steigende Erwerbstätigkeit von Frauen und Älteren können den Rahmen für nachbarschaftliches Engagement begrenzen.

Diese Problematik ist bekannt und es gibt eine Reihe von Initiativen mit dem Ziel, nachbarschaftliche Strukturen zu unterstützen und auszubauen. Dazu gehören zum Beispiel das

Programm ‚Soziale Stadt‘ oder auch neue Ansätze des Miteinanderlebens im ländlichen Raum, wie sie in verschiedenen Modellprojekten praktiziert werden. Diese Programme sollten in ihrer Wirksamkeit evaluiert und gestärkt werden.

Literatur

- Beetz, S., Müller, B., J., B. K., & F. Hüttl, R. F. (2009). *Altern in Gemeinde und Region [Altern in Deutschland 5]*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Bromell, L., & Cagney, K. A. (2013). Companionship in the Neighborhood Context: Older Adults' Living Arrangements and Perceptions of Social Cohesion. *Research on Aging*. doi: 10.1177/0164027512475096.
- Cramm, J. M., van Dijk, H. M., & Nieboer, A. P. (2012). The Importance of Neighborhood Social Cohesion and Social Capital for the Well Being of Older Adults in the Community. *The Gerontologist*. doi: 10.1093/geront/gns052.
- Dijk, H. M. V., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). Social cohesion as perceived by community-dwelling older people: the role of individual and neighbourhood characteristics. *International journal of ageing and later life*, 8(2), 9-31.
- Dittmann, J., & Goebel, J. (2010). Your House, Your Car, Your Education: The Socioeconomic Situation of the Neighborhood and its Impact on Life Satisfaction in Germany. *Social Indicators Research*, 96(3), 497-513. doi: 10.1007/s11205-009-9489-7.
- Günther, J. (2015). Soziale Unterstützung und Nachbarschaft. Geschichte, Grundlagen, Perspektiven. In: C. Reutlinger, S. Stiehler & E. Lingg (Hrsg.) *Soziale Nachbarschaften* (S. 189-200). Wiesbaden: Springer VS.
- Höpflinger, F. (2009). Soziale Beziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder. Online: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf> (zuletzt abgerufen 20.7.2015).
- Menning, S. (2004). Die Zeitverwendung älterer Menschen und die Nutzung von Zeitpotenzialen für informelle Hilfeleistungen und bürgerschaftliches Engagement. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) *Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung* (Bd. 5, S. 433-525). Berlin: LIT Verlag.
- Müller, B. (2008). Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft. *Eine empirische Analyse von Einflussfaktoren auf Quartier- und Individualebene*. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich. Eingereicht am Soziologischen Institut der Universität Zürich bei PD Dr. Manuel Eisner.
- Nowossadeck, S., & Engstler, H. (2013). *Familie und Partnerschaft im Alter [Report Altersdaten 03/2013]*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Oswald, F. (1996). *Hier bin ich zu Hause. Zur Bedeutung des Wohnens. Eine empirische Studie mit gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren*. Regensburg: Roderer.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, H. W. (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *Gerontologist*, 51(2), 238-250. doi: 10.1093/geront/gnq096.
- Oswald, F., Kaspar, R., Frenzel-Erkert, U., & Konopik, N. (2013). Hier will ich wohnen bleiben! *Ergebnisse eines Frankfurter Forschungsprojekts zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern. Goethe-Universität Frankfurt am Main und BHF-BANK-Stiftung: Eigenverlag*.
- Oswald, F., & Konopik, N. (2015). Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1-7. doi: 10.1007/s00391-015-0912-1.
- Rohr-Zänker, R., & Müller, W. (1998). *Die Rolle von Nachbarschaften für die zukünftige Entwicklung von Stadtquartieren. Expertise im Auftrag der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung*. Oldenburg: Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung. Online: http://stadtregion.net/fileadmin/downloads/Rolle_von_Nachbarschaften.pdf.
- Van Dijk, H. M., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2014). Social cohesion as perceived by community-dwelling older people: the role of individual and neighbourhood characteristics. *International journal of ageing and later life*, 8(2), 9-31.

- Wahl, H.-W. (2001). *The living environment as a resource of old age. Integrated report on German expert contribution*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Wahl, H.-W., & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*, 43(5), 616-627.

22 Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung

Ann-Kristin Beyer, Susanne Wurm & Julia K. Wolff

Kernaussagen

Individuelle Altersbilder werden nicht nur durch das eigene Lebensalter, sondern auch durch den Bildungshintergrund geprägt: Während im Jahr 2014 von den 40- bis 54-Jährigen 60,2 Prozent Verluste und 81,5 Prozent Gewinne mit dem Älterwerden verbinden, haben die 70- bis 85-Jährigen häufiger ein verlustorientiertes (73,5 Prozent) als ein gewinnorientiertes Altersbild (59,0 Prozent). Zudem verbinden höher Gebildete mit dem Älterwerden um 7,4 Prozentpunkte seltener Verluste und sogar um 29,4 Prozentpunkte häufiger Gewinne im Vergleich zu Niedriggebildeten.

Zwischen 1996 und 2014 hat sich ein positiver Wandel der Altersbilder vollzogen: Der Wandel der Altersbilder zu einer weniger verlustorientierten und mehr gewinnorientierten Sichtweise hat sich im Jahr 2014 weiter stabilisiert. Dieser positive Wandel fiel in den älteren Altersgruppen stärker aus als in den jüngeren, sodass sich die Altersbilder in den unterschiedlichen Altersgruppen mit der Zeit einander angenähert haben.

Der Anteil von Personen, die 2014 von Altersdiskriminierung berichten, ist seit 2008 auf einem moderaten Level geblieben: Elf Prozent der 40- bis 85-Jährigen geben an, in den letzten zwölf Monaten Altersdiskriminierung erlebt zu haben. Im Vergleich zum Jahr 2008 ist dieser Anteil konstant geblieben.

Die Bereiche, in denen Diskriminierungserfahrungen wahrgenommen werden, unterscheiden sich nach Alter und Bildungshintergrund: Die 40- bis 69-Jährigen berichten im Jahr 2014 vor allem im Bereich der Arbeit und Arbeitssuche von Altersdiskriminierung (6,9 Prozent der 40- bis 54-Jährigen und 7,5 Prozent der 55- bis 69-Jährigen), Menschen im höheren Erwachsenenalter vornehmlich im Bereich der medizinischen Versorgung (7,2 Prozent). Personen mit niedrigem Bildungsniveau nehmen vor allem in den Bereichen medizinische Versorgung (12,8 Prozent) und Behördengänge (9,0 Prozent) Altersdiskriminierung wahr.

Wahrgenommene Altersdiskriminierung geht häufig mit mehr verlust- und weniger gewinnorientierten Altersbildern einher: Personen, die 2014 in den letzten zwölf Monaten Altersdiskriminierung wahrgenommen haben, verbinden das Älterwerden um 12,7 Prozentpunkte häufiger mit Verlusten und um 11,0 Prozentpunkte seltener mit Gewinnen als Personen ohne solche Erfahrungen.

22.1 Einleitung

Wie Menschen ihr eigenes Älterwerden erleben ist neben objektiven Lebensbedingungen wie der Gesundheit, dem Einkommen oder den Haushalts- und Familienstrukturen ein wichtiger Aspekt zur Beschreibung der Lebenssituation von Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Individuelle Altersbilder umfassen Vorstellungen, die eine Person vom Alter als Lebensphase, vom Prozess des Älterwerdens sowie von älteren Menschen als soziale Gruppe hat. Das Älterwerden wird dabei als multidimensional und multidirektional verstanden. Das heißt, dass es in der zweiten Lebenshälfte sowohl Gewinne als auch Verluste gibt (Multidirektionalität), die – insbesondere wenn verschiedene Bereiche betrachtet werden – gleichzeitig bestehen können (Multidimensionalität). Es existiert also nicht nur ein einziges Altersbild, sondern immer eine Vielzahl von Altersbildern. Es gibt beispielsweise eher defizitorientierte Altersbilder wie die Vorstellung, dass das Alter körperliche Verluste oder Vereinsamung mit sich bringt, daneben bestehen aber auch gewinnorientierte Bilder, die älteren Menschen beispielsweise wachsendes Erfahrungswissen oder mehr Gelassenheit bescheinigen.

Individuelle Altersbilder beruhen nicht allein auf eigenen Erfahrungen, sondern auch auf den Altersstereotypen der Gesellschaft, in der eine Person lebt. Menschen beurteilen und interpretieren ihre eigenen Erfahrungen mit dem Älterwerden vor dem Hintergrund der bereits von Kindheit an gelernten Altersstereotype. In den vergangenen Jahren konnte eine Reihe von Studien zeigen, dass diese individuellen Altersbilder eine große Bedeutung dafür haben, wie gesund Menschen im Alter sind und wie lange sie leben (für eine Übersicht siehe Westerhof, Miche, Brothers, Barrett, Diehl, Montepare, Wahl, & Wurm 2014). Individuelle Altersbilder sind zudem mitbestimmend dafür, welche Rollen und Handlungsmöglichkeiten älteren Menschen offen stehen und was ältere Menschen sich selbst wünschen und zutrauen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig zu untersuchen, wie gewinn- und verlustorientiert Menschen das Älterwerden in verschiedenen Lebensbereichen sehen – und ob sich Altersbilder in Deutschland verändert haben.

Individuelle Altersbilder können in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich ausgeprägt sein. Da oftmals mit dem eigenen Älterwerden verlustbezogene Erfahrungen wie Krankheiten oder soziale Verluste zunehmen, haben ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen häufiger negativere Altersbilder und verbinden seltener das Älterwerden mit Gewinnen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass der Bildungshintergrund eine Rolle für die Altersbilder spielt: Mit dem Alter einhergehende Chancen und Verluste können sozial ungleich verteilt sein, wodurch niedriger Gebildete stärker von Verlusten betroffen sein können und daher negativere Altersbilder haben können (Schmidt-Hertha & Mühlbauer 2012). Männer und Frauen haben unterschiedliche Lebensbiografien und an sie gerichtete Rollenerwartungen, was sich ebenfalls in unterschiedlichen Altersbildern widerspiegeln könnte. Bisher gibt es jedoch keine Hinweise auf Geschlechtsunterschiede bei den Altersbildern (Wurm & Huxhold 2012). Im Folgenden wird untersucht, ob sich die bisher bekannten Befunde auch anhand der Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) von 2014 zeigen: Inwiefern bestehen in den individuellen Altersbildern Gruppenunterschiede bezüglich des Alters, des Geschlechts und des Bildungshintergrundes?

Sichtweisen auf das Älterwerden können sich vor dem Hintergrund des sozialen Wandels in der Gesellschaft verändern. Beispielsweise wurde in den 1960er Jahren mit der Disengagement-Theorie (Cumming & Henry 1961) noch postuliert, Altern sei, vergleichbar mit biologischen Verlusten, in natürlicher Weise mit dem Rückzug aus sozialen Aktivitäten und Rollen verbunden.

Heutzutage wird hingegen vermehrt über die Potenziale des Alters gesprochen und die Bedeutung des aktiven Alterns hervorgehoben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2005). Ebenso hat sich die Darstellung von älteren Menschen in den Medien positiv entwickelt (BMFSFJ, 2010). Zugleich erleben viele ältere Menschen, dass ihnen die nachberufliche Lebensphase in besonderer Weise die Möglichkeit bietet, persönliche Ziele und Interessen zu verfolgen (‘späte Freiheit’; Rosenmayr 1983). Dieser Wertewandel lässt eine positive Veränderung von Altersbildern in der Gesellschaft vermuten. Für die Jahre 1996 bis 2008 wurde anhand des DEAS der Wandel von individuellen Altersbildern nachgezeichnet (Wurm & Huxhold 2012). Die bisherigen Ergebnisse machen deutlich, dass Altersbilder über die Jahre hinweg tatsächlich positiver geworden sind und sich danach auf einem höheren Niveau stabilisiert haben. Im vorliegenden Kapitel wird daher der Frage nachgegangen, ob sich das bisherige Niveau der Altersbilder auch im Jahr 2014 zeigt, oder ob sich die Altersbilder erneut verändert haben – zum Positiven oder Negativen.

Negative, verlustorientierte Einstellungen und Stereotype können sich in diskriminierenden Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber älteren Personen zeigen – seien es ältere Erwerbstätige, wenn sie geringere Einstellungschancen als Jüngere haben, seien es ältere Patientinnen und Patienten in der medizinischen Versorgung, wenn sie bestimmte Leistungen nicht gleichermaßen wie Jüngere erhalten. Kommt es zu Benachteiligungen von Menschen aufgrund ihres Alters, spricht man von Altersdiskriminierung. Altersdiskriminierung bezieht sich dabei ganz allgemein auf ein benachteiligendes Verhalten, das eine Person aufgrund ihres Alters erfährt. Hierbei lassen sich zwei Aspekte unterscheiden: die tatsächliche Altersdiskriminierung und die subjektiv wahrgenommene Altersdiskriminierung. *Tatsächliche* Altersdiskriminierung liegt dann vor, wenn legitime, zum Beispiel aus Rechtsgrundsätzen erwachsene Ansprüche einer Person aufgrund ihres Alters verletzt werden – beispielsweise, wenn eine Person aufgrund ihres vom potenziellen Arbeitgeber als zu hoch erachteten Alters nicht eingestellt wird. In der Regel wird allerdings die *wahrgenommene* Altersdiskriminierung erfasst, die beschreibt, ob sich eine Person aufgrund ihres Alters diskriminiert fühlt, da keine ausreichenden Informationen zur Beurteilung, ob eine Person tatsächlich aufgrund ihres Alters diskriminiert wurde, vorliegen (Rothermund & Mayer 2009).

Auch in der wahrgenommenen Altersdiskriminierung kann es Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen geben: Bei Personen im mittleren Erwachsenenalter ist zu erwarten, dass sie eher Altersdiskriminierung im Bereich Arbeit und Arbeitssuche berichten. Diese Form von Diskriminierung ist im nachberuflichen Leben bei älteren Erwachsenen kaum zu erwarten. Auch wenn, wie im Kapitel 3 beschrieben, ein deutlicher Anstieg von Personen zu verzeichnen ist, die auch nach dem Übergang in den Ruhestand arbeiten, ist dieser Prozentsatz an Erwerbstätigen im Ruhestand weiterhin sehr klein (Brenke 2013). Im höheren Lebensalter spielen Diskriminierungserfahrungen in anderen Lebensbereichen potenziell eine größere Rolle: Hierzu zählen beispielsweise Behördengänge, Erfahrungen im Alltag ganz allgemein oder im medizinischen Bereich. Hinweise auf Altersdiskriminierung in diesen Bereichen geben Studien, die auf eine schlechtere medizinische Versorgung älterer Menschen hinweisen (Bowling 2007; Reiter-Theil & Albisser Schleger 2007), ebenso ist zumindest aus Fallbeispielen bekannt, dass ältere Menschen über eine systematische Benachteiligung bei Banken und Versicherungen berichten (Rothermund & Mayer 2009). Ähnliche Unterschiede sind auch bezüglich des Geschlechts denkbar. Frauen nehmen womöglich häufiger Altersdiskriminierung wahr. Grund dafür ist, dass sie häufiger eine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts erfahren und sich

diese Erfahrungen mit zunehmendem Alter mit wahrgenommenen Diskriminierungen aufgrund des Alters vermischen könnten („double standard of aging“; Sontag 1979).

Da Altersdiskriminierung 2008 erstmalig im DEAS erfragt wurde, soll nun untersucht werden, wie hoch der Anteil von Personen ist, die 2014 Diskriminierungserfahrungen gemacht haben und wie sich wahrgenommene Altersdiskriminierung in unterschiedlichen Lebensbereichen und für verschiedene Bevölkerungsgruppen über einen Sechs-Jahres-Zeitraum verändert hat.

Altersbilder und wahrgenommene Altersdiskriminierung können sich zudem gegenseitig beeinflussen. Zum einen können Diskriminierungserfahrungen zu einem verlustorientierteren Altersbild beitragen, indem das durch die wahrgenommene Diskriminierung transportierte negative Altersbild internalisiert wird (Wentura & Rothermund 2005). Andererseits könnte es auch sein, dass Personen mit einer negativen Sichtweise auf das Älterwerden auch vermehrt das Verhalten anderer als Altersdiskriminierung wahrnehmen. Daher soll der Zusammenhang von wahrgenommener Altersdiskriminierung und Altersbildern untersucht und der Frage nachgegangen werden, ob das Erleben beziehungsweise Nichterleben von Altersdiskriminierung mit gewinn- beziehungsweise verlustorientierten individuellen Altersbildern zusammenhängt.

Zusammengefasst werden im vorliegenden Kapitel folgende Fragen untersucht:

1. Wie unterscheiden sich gewinnorientierte und verlustorientierte Altersbilder zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen?
2. Wie haben sich gewinn- und verlustorientierte Altersbilder von 1996 zu 2014 gewandelt?
3. Wie hoch ist der Anteil von Personen, die von Altersdiskriminierung berichten? In welchen Bevölkerungsgruppen und Lebensbereichen wird Altersdiskriminierung am meisten wahrgenommen?
4. Inwiefern hat sich wahrgenommene Altersdiskriminierung von 2008 zu 2014 verändert?
5. Inwiefern geht das Erleben beziehungsweise das Nichterleben von Altersdiskriminierung mit gewinnorientierten und verlustorientierten Altersbildern einher?

22.2 Datengrundlage

Daten. Zur Beantwortung der Fragen wurden die DEAS-Daten der 40- bis 85-Jährigen der Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014 verwendet (vgl. Kapitel 2). Für die Altersbilder liegen Informationen aus dem schriftlichen Fragebogen zu allen Messzeitpunkten vor. Wahrgenommene Altersdiskriminierung wird im schriftlichen Fragebogen seit 2008 erhoben.

Gewinnorientierte und verlustorientierte Altersbilder. Individuelle Altersbilder wurden seit 1996 mehrdimensional im schriftlichen Fragebogen erfragt, indem die Personen angeben sollten, was für sie persönlich ihr Älterwerden bedeutet (Dittmann-Kohli, Kohli, Künemund, Motel, & Westerhof 1997). Vier Aussagen, die sich auf die verlustorientierte Sicht beziehen, Älterwerden gehe mit körperlichen Verlusten einher (zum Beispiel „Älterwerden bedeutet für mich, dass ich nicht mehr so belastbar bin“ oder „Älterwerden bedeutet für mich, weniger vital und fit zu sein“) sowie vier Aussagen, die sich auf Möglichkeiten persönlicher Weiterentwicklung beziehen (zum Beispiel „Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin viele Pläne mache“ oder „Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin in der Lage bin, neue Dinge zu lernen“) konnten anhand der möglichen Antwortkategorien ‚trifft gar nicht zu‘, ‚trifft eher nicht zu‘, ‚trifft eher zu‘ und ‚trifft genau zu‘ beantwortet werden. Die vier Antworten wurden jeweils gemittelt und anschließend in zwei

Kategorien unterteilt (Werte > 2,5 auf der gemittelten Skala: Aussagen treffen eher beziehungsweise genau zu; Werte < 2,5 auf der gemittelten Skala: Aussagen treffen eher nicht beziehungsweise gar nicht zu). Berichtet wird im Folgenden immer der Anteil der Personen, für die Älterwerden mit körperlichen Verlusten (verlustorientiertes Altersbild) beziehungsweise mit persönlicher Weiterentwicklung (gewinnorientiertes Altersbild) einhergeht (Werte > 2,5).

Wahrgenommene Altersdiskriminierung. In den Jahren 2008 und 2014 beantworteten die Personen im schriftlichen Fragebogen folgende Frage zur wahrgenommenen Altersdiskriminierung: „Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten erlebt, dass Sie wegen Ihres Alters durch andere benachteiligt wurden oder gegenüber anderen Menschen schlechter gestellt wurden?“ Wenn diese Frage bejaht wurde, wurde ergänzend danach gefragt, in welchen der folgenden fünf Lebensbereiche die Erfahrung mit Diskriminierung gemacht wurde: Arbeit und Arbeitssuche, Behördengänge, medizinische Versorgung, im Alltag generell sowie Geldangelegenheiten.

Gruppierungsvariablen. Für alle Fragestellungen wird die gesamte Stichprobe der 40- bis 85-Jährigen in den jeweiligen Erhebungsjahren herangezogen. Die Betrachtung von Altersunterschieden erfolgt anhand von drei Altersgruppen analog zur Schichtung der Stichprobe (40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre). Weiterhin werden für Gruppenunterschiede das Geschlecht der Befragten und der Bildungsgrad, auf Grundlage einer reduzierten ISCED-Klassifizierung unterteilt in drei Stufen (niedriges, mittleres und hohes Bildungsniveau), genutzt. Die Betrachtung des Wandels erfolgt anhand von Sechs-Jahres-Altersgruppen, um Überschneidungen zwischen den Erhebungszeitpunkten und den Altersgruppen zu vermeiden (42 bis 47 Jahre, 48 bis 53 Jahre, 54 bis 59 Jahre, 60 bis 65 Jahre, 66 bis 71 Jahre, 72 bis 77 Jahre, 78 bis 83 Jahre; vgl. Kapitel 2).

Analysen. Die Signifikanztestungen erfolgten für alle Fragestellungen über logistische Regressionen, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde (vgl. Kapitel 2). In den Abbildungen und im Text werden gewichtete prozentuale Verteilungen angegeben. Für Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Altersdiskriminierung und Altersbildern werden die errechneten Prozentwerte aus den am Mikrozensus gewichteten logistischen Regressionen berichtet.

22.3 Gewinn- und verlustorientiertes Altersbild im Jahr 2014

Im Jahr 2014 stimmen 64,8 Prozent der 40- bis 85-Jährigen zu, dass das Älterwerden mit körperlichen Verlusten einhergeht. 73,1 Prozent verbinden das eigene Älterwerden mit persönlicher Weiterentwicklung (vgl. Tabellen A 22-1 und A 22-2 im Anhang). Bedeutsame Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt es weder beim verlustorientierten Altersbild (Männer 65,8 Prozent, Frauen 63,9 Prozent), noch beim gewinnorientierten Altersbild (Männer 74,5 Prozent, Frauen 71,9 Prozent; vgl. Tabellen A 22-1 und A 22-2 im Anhang).

Individuelle Altersbilder werden nicht nur durch das eigene Lebensalter, sondern auch durch den Bildungshintergrund geprägt.

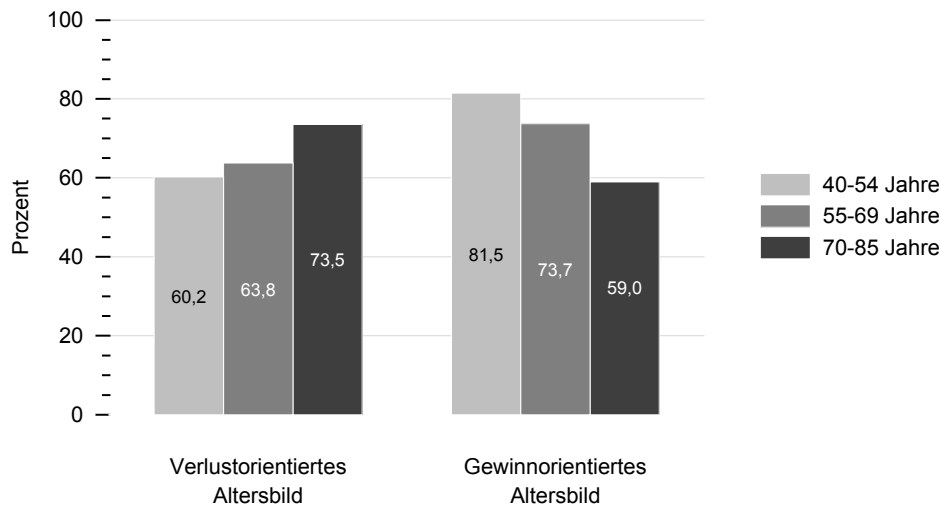
In Abhängigkeit vom eigenen Alter und Bildungshintergrund wird das eigene Älterwerden jedoch in unterschiedlichem Ausmaß mit Verlusten und Gewinnen in Verbindung gebracht: Anhand von Abbildung 22-1a wird ersichtlich, dass die 70- bis 85-Jährigen mit 73,5 Prozent deutlich häufiger das Älterwerden mit körperlichen Verlusten verbinden als die beiden jüngeren Altersgruppen

(63,8 Prozent der 55- bis 69-Jährigen und 60,2 Prozent der 40- bis 54-Jährigen). Der Anteil von Personen, die Älterwerden eher als Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung sehen, ist in der jüngsten der drei Altersgruppen am größten und in der ältesten Altersgruppe am geringsten. Bei den 40- bis 54-Jährigen wird mit 81,5 Prozent das eigene Älterwerden wesentlich häufiger als persönliche Weiterentwicklung erlebt als bei den 55- bis 69-Jährigen (73,7 Prozent). Unter den 70- bis 85-Jährigen verbinden nur etwas mehr als die Hälfte der Personen (59,0 Prozent) das eigene Älterwerden mit persönlicher Weiterentwicklung.

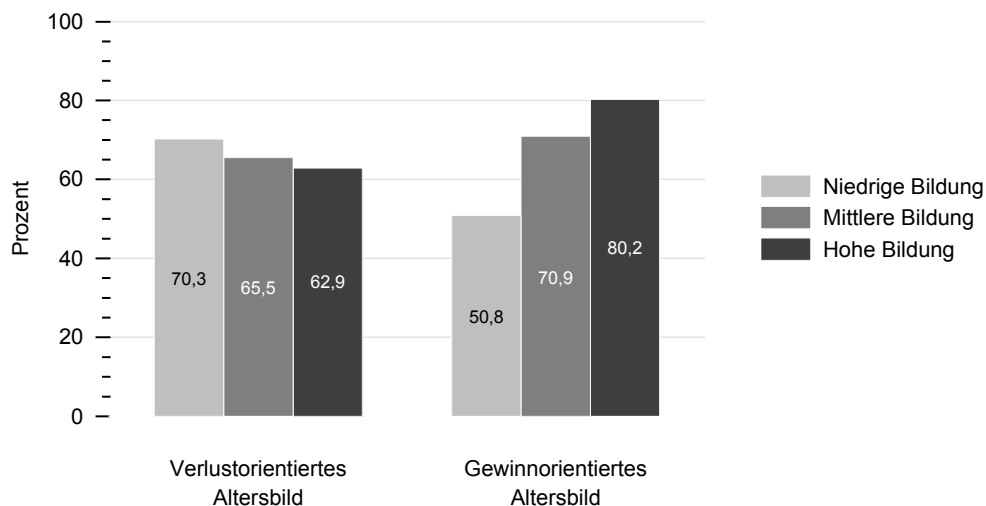
Außerdem ist im Jahr 2014 der Anteil der Personen, für die Älterwerden mit Verlusten beziehungsweise Gewinnen einhergeht, vom Bildungshintergrund abhängig (Abbildung 22-1b). Dabei unterscheiden sich hinsichtlich der körperlichen Verluste aber nur die Personen mit mittlerem Bildungsniveau (65,5 Prozent) bedeutsam von den Hochgebildeten (62,9 Prozent), was auf eine Abnahme des Anteils an Personen mit einer verlustorientierteren Sichtweise auf das eigene Älterwerden mit steigendem Bildungsgrad verweist. Die gewinnorientierte Perspektive für das eigene Älterwerden ist bei den Niedriggebildeten am geringsten (50,8 Prozent) und bei den Personen mit mittlerer (70,9 Prozent) oder hoher Bildung (80,2 Prozent) zunehmend stärker verbreitet.

Abbildung 22-1: Anteile von Personen mit verlustorientiertem bzw. gewinnorientiertem Altersbild, nach Alter und Bildung, im Jahr 2014 (in Prozent)

a) Nach Alter



b) Nach Bildung



Quelle: DEAS 2014 (körperliche Verluste: n = 4.288; persönliche Weiterentwicklung: n = 4.287), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Körperliche Verluste: Signifikante Unterschiede nur zwischen den 70- bis 85-Jährigen und den 55- bis 69-Jährigen bzw. 40- bis 54-Jährigen. Persönliche Weiterentwicklung: Alle Altersgruppenunterschiede signifikant. b) Signifikante Bildungsunterschiede für beide Altersbilder.

22.4 Gewinn- und verlustorientiertes Altersbild im Wandel

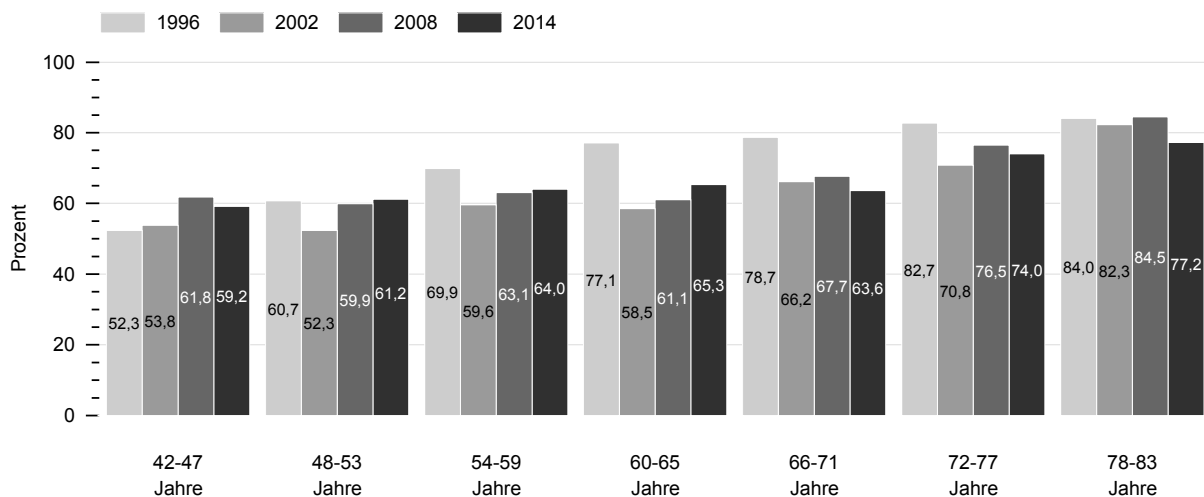
In den bisherigen Befragungen des DEAS von 1996 bis 2008 zeigte sich zwischen 1996 und 2002 ein Wandel der Altersbilder hin zu mehr positiven und weniger negativen Altersbildern. Zwischen 2002 und 2008 hat sich dieser Wandel stabilisiert. Das heißt, dass das eigene Älterwerden über die Jahre hinweg weniger stark mit körperlichen Verlusten und mehr mit persönlicher Weiterentwicklung verbunden wurde.

Zwischen 1996 und 2014 hat sich ein positiver Wandel der Altersbilder vollzogen.

Diese Stabilisierung des positiven Wandels der Altersbilder hin zu mehr gewinnorientierten und weniger verlustorientierten Sichtweisen bezüglich des eigenen Älterwerdens setzt sich auch 2014

fort. Für das verlustorientierte Altersbild zeigt sich, dass der Wandel des Altersbildes in Abhängigkeit von der betrachteten Altersgruppe variiert (Abbildung 22-2). Mit Ausnahme der 42- bis 47-Jährigen und der 48- bis 53-Jährigen ist bei allen Altersgruppen erkennbar, dass der Anteil von Personen mit verlustorientiertem Altersbild im Jahr 2014 im Vergleich zu 1996 geringer ist. Bei den 42- bis 47-Jährigen nahm dagegen der Anteil an Personen mit einem verlustorientierten Altersbild von 1996 bis 2008 kontinuierlich zu und bleibt seitdem stabil. In der Altersgruppe der 48- bis 53-Jährigen hat der Anteil von Personen mit einem verlustorientiertem Altersbild von 1996 zu 2002 abgenommen, ist zu 2014 aber wieder auf einen vergleichbaren Anteil zu 1996 gestiegen. Bei den über 65-Jährigen zeigt sich von 2008 zu 2014 sogar noch eine Abnahme des Anteils von Personen mit verlustorientiertem Altersbild. Diese Abnahme ist für die 66- bis 71-Jährigen und auch für die älteste Altersgruppe der 78- bis 83-Jährigen statistisch bedeutsam.

Abbildung 22-2: Anteile der Personen mit verlustorientiertem Altersbild, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)

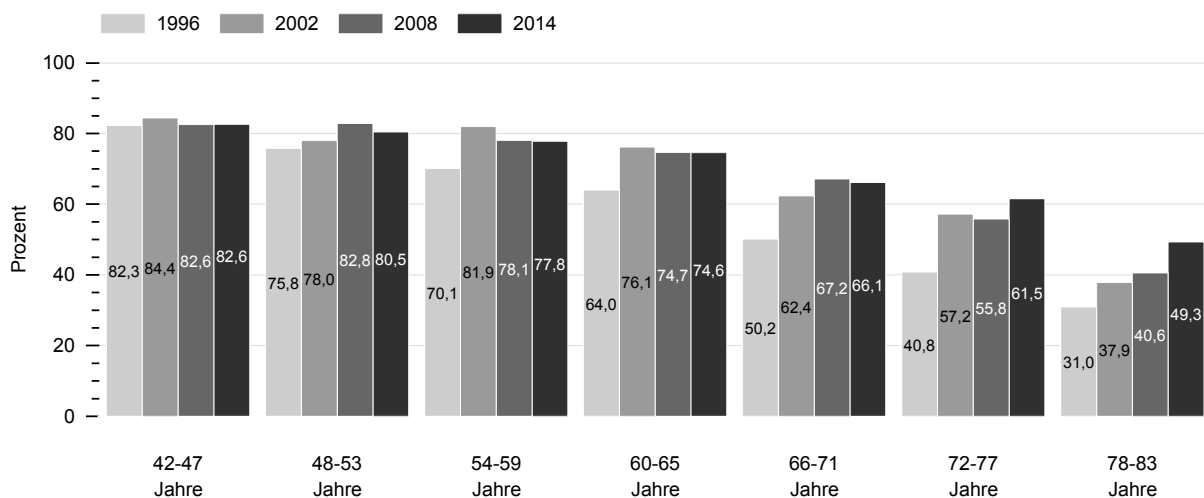


Quelle: DEAS 1996 (n = 3.986), 2002 (n = 2.782), 2008 (n = 4.429) und 2014 (n = 4.288) gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Signifikante Abnahme von 1996 zu 2014 bei 54- bis 77-Jährigen. Signifikante Zunahme von 1996 zu 2008 und Stabilität von 2008 zu 2014 bei 42- bis 47-Jährigen. Bei den 48- bis 53-Jährigen signifikante Abnahme von 1996 zu 2002 und anschließend bis 2014 wieder Zunahme auf das Niveau von 1996. Nur bei 66- bis 71-Jährigen und 78- bis 83-Jährigen signifikante Abnahme von 2008 zu 2014.

Auch der Wandel des gewinnorientierten Altersbildes variiert in Abhängigkeit von der betrachteten Altersgruppe. In Abbildung 22-3 ist zu sehen, dass der Anteil der Personen mit einem gewinnorientierten Altersbild in der Altersgruppe der 42- bis 47-Jährigen über die vier Erhebungsjahre stabil bleibt. In den übrigen Altersgruppen hat sich ein deutlicher positiver Wandel des gewinnorientierten Altersbildes vollzogen, der sich seit 2002 weitgehend stabilisiert hat. Der Anteil der über 72-Jährigen, die ihr Älterwerden mit persönlicher Weiterentwicklung verbinden, verzeichnet zudem auch von 2008 zu 2014 eine deutliche Zunahme. Somit zeigt sich über den gesamten Erhebungszeitraum ein Anstieg des Anteils von Personen mit einem gewinnorientierten Altersbild, der in den höheren Altersgruppen sogar noch deutlicher ausgeprägt ist.

Abbildung 22-3: Anteile der Personen mit gewinnorientiertem Altersbild, nach Alter, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 4.021), 2002 (n = 2.782), 2008 (n = 4.429) und 2014 (n = 4.287), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Keine signifikanten Veränderungen bei 42- bis 47-Jährigen. Signifikante Zunahme zwischen 1996 und 2002 bei 54- bis 77-Jährigen und zwischen 1996 und 2008 bei 48- bis 53-Jährigen. Anschließend Stabilität von 2002 bzw. 2008 zu 2014. Signifikante Zunahme zwischen 2008 und 2014 bei 72- bis 83-Jährigen, bei 78- bis 83-Jährigen außerdem signifikante Zunahme zwischen 1996 bzw. 2002 und 2014.

22.5 Wahrgenommene Altersdiskriminierung im Jahr 2014 und deren Wandel seit 2008

Im Jahr 2014 berichten 10,6 Prozent der Personen, dass sie sich in den letzten zwölf Monaten aufgrund ihres Alters durch andere benachteiligt oder sich gegenüber anderen Menschen schlechter gestellt gefühlt haben (vgl. Tabelle A 22-3 im Anhang). Dabei zeigen sich Alters-, Geschlechts- und Bildungsunterschiede. In Abbildung 22-4a wird ersichtlich, dass die 40- bis 54-Jährigen seltener von Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Alters berichten (8,4 Prozent) als in den Altersgruppen der 55- bis 69-Jährigen (12,2 Prozent) und 70- bis 85-Jährigen (11,9 Prozent). Während der Anteil an Personen, die von Altersdiskriminierung berichten, bei den Hochgebildeten nur 7,9 Prozent beträgt, liegt dieser Anteil bei Personen mit mittlerem Bildungsniveau bei 11,5 Prozent und bei Niedriggebildeten bei 20,0 Prozent (Abbildung 22-4b). Außerdem berichten Frauen öfter Benachteiligungen aufgrund des Alters (11,8 Prozent) als Männer (9,3 Prozent; Abbildung 22-4c).

Um wahrgenommene Altersdiskriminierung differenzierter betrachten zu können, wurde außerdem nach Lebensbereichen gefragt, in denen die Altersdiskriminierung erlebt wurde. Die häufigsten Diskriminierungserfahrungen wurden im Bereich der Arbeit und Arbeitssuche (6,0 Prozent) erlebt, gefolgt vom Bereich der medizinischen Versorgung (4,1 Prozent). Seltener wurde Altersdiskriminierung in den Bereichen Geldangelegenheiten (2,9 Prozent), Behördengänge (2,6 Prozent) und generell im Alltag (2,1 Prozent) berichtet (vgl. Tabellen A 22-4 bis A 22-8 im Anhang, Mehrfachnennungen möglich).

Die Bereiche, in denen Diskriminierungserfahrungen wahrgenommen werden, unterscheiden sich nach Alter und Bildungshintergrund.

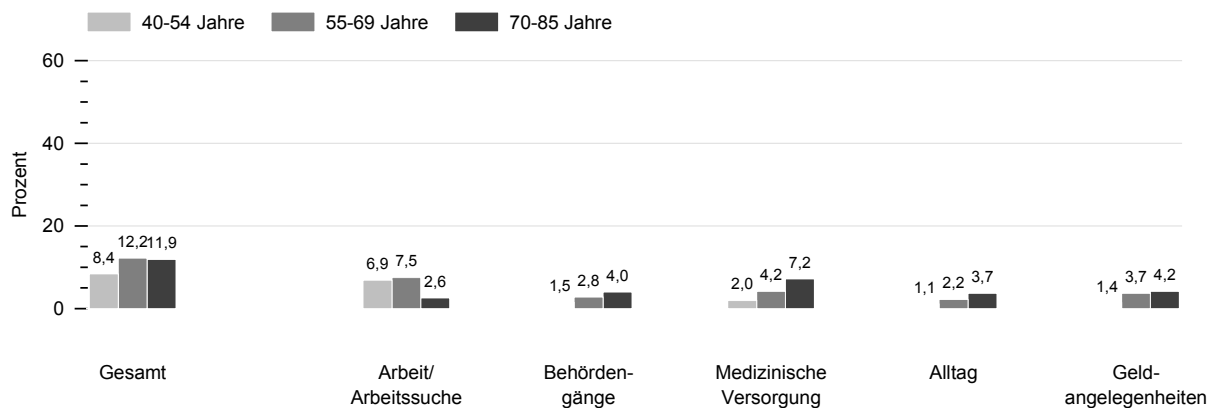
In Abbildung 22-4a wird ersichtlich, dass das Erleben von Altersdiskriminierung in den verschiedenen Bereichen je nach Altersgruppe variiert. Die beiden noch vornehmlich im Erwerbsleben stehenden Altersgruppen der 40- bis 54-Jährigen und der 55- bis 69-Jährigen

berichten vermehrt Altersdiskriminierung im Bereich Arbeit und Arbeitssuche (6,9 Prozent sowie 7,5 Prozent). In der ältesten Altersgruppe wird dagegen verstärkt Altersdiskriminierung im Lebensbereich der medizinischen Versorgung wahrgenommen. Hinsichtlich der Behördengänge unterscheidet sich der Anteil der 70- bis 85-Jährigen Personen mit Diskriminierungserfahrungen bedeutsam von den beiden jüngeren Altersgruppen (4,0 Prozent gegenüber 2,8 Prozent in der mittleren und 1,5 Prozent in der jüngsten Altersgruppe). Vergleichbare Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen zeigen sich für die Bereiche Geldangelegenheiten und Alltag. Die deutlichsten Unterschiede mit Blick auf Diskriminierungserfahrungen zeigen sich im Bereich der medizinischen Versorgung: Über Altersdiskriminierung in diesem Bereich berichten 7,2 Prozent der 70- bis 85-Jährigen, aber nur 4,2 Prozent der 55- bis 69-Jährigen und 2,0 Prozent der 40- bis 54-Jährigen.

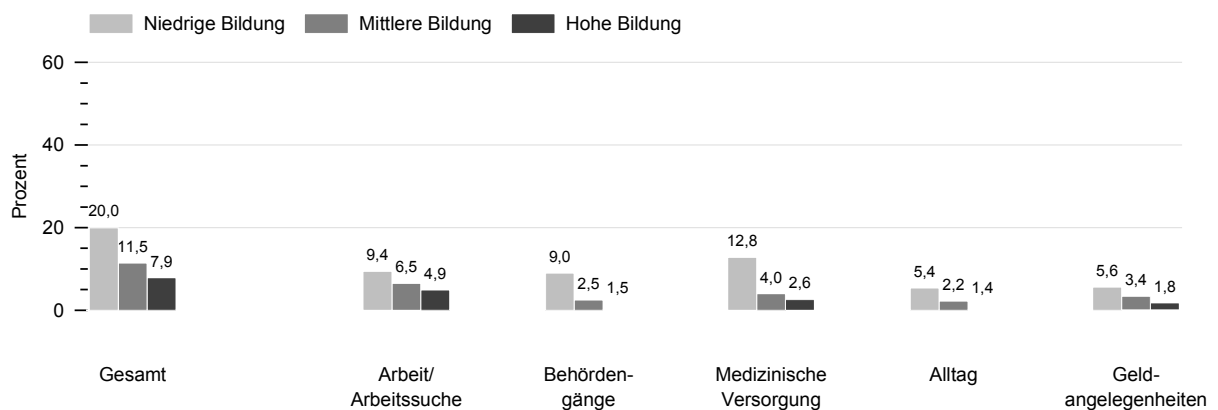
Außerdem zeigen sich in zwei Bereichen Unterschiede der wahrgenommenen Altersdiskriminierung in Abhängigkeit von der Bildung der Personen (Abbildung 22-4b): Mit 12,8 Prozent nehmen die Niedriggebildeten deutlich häufiger Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung wahr als Personen mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau (4,0 Prozent beziehungsweise 2,6 Prozent). Ähnlich verhält es sich im Bereich der Behördengänge: Von den niedriggebildeten Personen nehmen 9,0 Prozent Altersdiskriminierung wahr, im Gegensatz zu 2,5 Prozent der Personen mit mittlerem Bildungsniveau und 1,5 Prozent der hochgebildeten Personen. Dabei erweist sich nur der Unterschied zwischen den Niedriggebildeten und den Personen mit mittlerem Bildungsniveau beziehungsweise den niedrig- und hochgebildeten Personen als bedeutsam, während sich keine Unterschiede zwischen Personen mit mittlerem Bildungsniveau und hochgebildeten Personen zeigen. In den anderen Bereichen gibt es hingegen keine Bildungsunterschiede. Ebenso wenig gibt es Unterschiede bei der wahrgenommenen Altersdiskriminierung zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der fünf hier betrachteten Bereiche (Abbildung 22-4c).

Abbildung 22-4: Anteile der Personen mit wahrgenommener Altersdiskriminierung, gesamt, nach Alter, Bildung und Geschlecht, im Jahr 2014 (in Prozent)

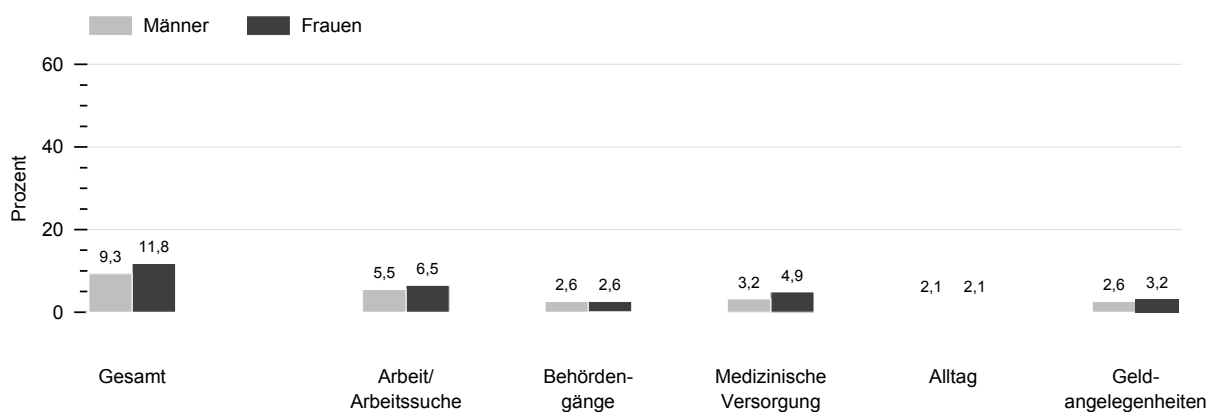
a) Nach Alter



b) Nach Bildung



c) Nach Geschlecht



Quelle: DEAS 2014 (n = 4151), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < .05$).

Prozentuierungsgrundlage sind alle befragten Personen. Mehrfachnennungen sind möglich. a) Signifikanter Unterschied nur zwischen 40- bis 54-Jährigen und 55- bis 69-Jährigen bzw. 70- bis 85-Jährigen für Gesamt. Alle Altersgruppenunterschiede signifikant für ‚Arbeit/Arbeitssuche‘ und ‚medizinische Versorgung‘. Signifikante Unterschiede nur zwischen 70- bis 85-Jährigen und 55- bis 69-Jährigen bzw. 40- bis 54-Jährigen bei ‚Behördengänge‘ und ‚Alltag‘. Signifikante Unterschiede nur zwischen 40- bis 54-Jährigen und 55- bis 69-Jährigen bzw. 70- bis 85-Jährigen für ‚Geldangelegenheiten‘. b) Signifikanter Bildungsunterschied für Gesamt. Signifikanter Unterschied nur zwischen niedrig und mittel bzw. hoch für ‚Behördengänge‘ und ‚medizinische Versorgung‘. Keine signifikanten Unterschiede in den anderen Bereichen. c) Geschlechtsunterschiede signifikant für Gesamt. Keine signifikanten Unterschiede für die einzelnen Bereiche.

Der Anteil von Personen, die 2014 von Altersdiskriminierung berichten, ist seit 2008 auf einem moderaten Level geblieben.

Da 2008 im DEAS erstmalig Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Alters erfragt wurden, kann nun über einen Zeitraum von sechs Jahren der Wandel von wahrgenommener Altersdiskriminierung betrachtet werden. Über den Sechs-Jahres-Zeitraum bleibt der Anteil von Menschen, die Altersdiskriminierung berichten, bei 10,6 Prozent stabil (vgl. Tabelle A 22-3 im Anhang). Dies betrifft alle Altersgruppen gleichermaßen.

Werden die fünf Lebensbereiche betrachtet, zeigen sich über den Sechs-Jahres-Zeitraum keine Veränderungen der wahrgenommenen Altersdiskriminierung in den Bereichen Arbeit und Arbeitssuche, medizinische Versorgung, Behördengänge sowie Alltag. Lediglich im Bereich Geldangelegenheiten berichten 2014 2,9 Prozent im Vergleich zu 2,0 Prozent der Personen im Jahr 2008 in den letzten zwölf Monaten Altersdiskriminierung erlebt zu haben (vgl. Tabellen A 22-4 bis A 22-8 im Anhang).

22.6 Der Zusammenhang von Altersbildern und Altersdiskriminierung

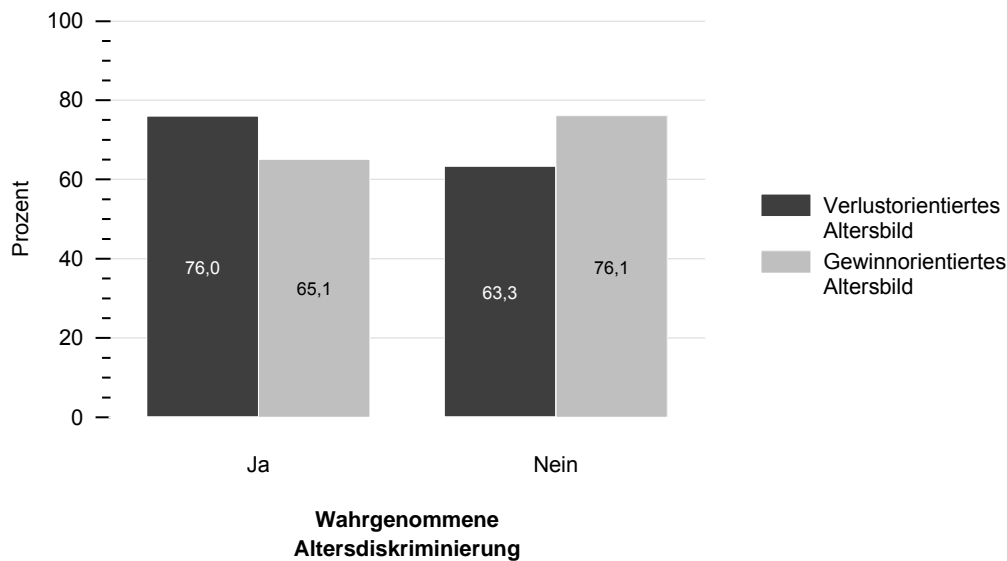
Abschließend soll betrachtet werden, inwieweit das Erleben beziehungsweise Nichterleben von Altersdiskriminierung mit gewinnorientierten und verlustorientierten Altersbildern zusammenhängt. Im Folgenden werden Vergleiche der Altersbilder zwischen Personen vorgenommen, die innerhalb der letzten zwölf Monate Altersdiskriminierung wahrgenommen haben und solchen ohne Altersdiskriminierungserfahrungen.

Wahrgenommene Altersdiskriminierung geht häufig mit mehr verlust- und weniger gewinnorientierten Altersbildern einher.

In Abbildung 22-5 ist ersichtlich, dass der Anteil an Personen, die ihr eigenes Älterwerden eher mit körperlichen Verlusten verbinden, größer unter denjenigen ist, die in den vergangenen zwölf Monaten Altersdiskriminierung wahrgenommen haben (76,0 Prozent) als bei Personen, die nicht von Altersdiskriminierung berichten (63,3 Prozent). Hinsichtlich der gewinnorientierten Sichtweise zeigt sich ein ähnliches Bild: Bei Personen, die Altersdiskriminierung wahrgenommen haben, ist der Anteil derer, die ihr eigenes Älterwerden als persönliche Weiterentwicklung erleben, wesentlich geringer (65,1 Prozent) als bei Personen ohne Diskriminierungserfahrung (76,1 Prozent).

Menschen in der zweiten Lebenshälfte, die im Jahr 2014 Benachteiligungen aufgrund des Alters berichten, haben damit ein vergleichsweise weniger gewinnorientiertes Altersbild und ein stärker verlustorientiertes Altersbild als Personen, die keine Altersdiskriminierung wahrgenommen haben.

Abbildung 22-5: Anteile der Personen mit verlustorientiertem bzw. gewinnorientiertem Altersbild in Abhängigkeit von wahrgenommener Altersdiskriminierung, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (körperliche Verluste: n = 4.146; persönliche Weiterentwicklung: n = 4.148), gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Sowohl bei den körperlichen Verlusten als auch bei der persönlichen Weiterentwicklung signifikante Unterschiede zwischen denjenigen, die Diskriminierungserfahrungen gemacht haben und Personen ohne Diskriminierungserfahrungen.

22.7 Diskussion und Implikationen

Altersbilder und Altersdiskriminierungserfahrungen sind bedeutsam für die Gesundheit und das Wohlergehen von Menschen (Westerhof et al. 2014; Sutin, Stephan, Carretta, & Terracciano 2015). Für ein gutes Älterwerden sind nicht nur die materielle Lage und die gesundheitliche Situation in der zweiten Lebenshälfte relevant, sondern auch die Einstellungen zum eigenen Älterwerden und Altsein sowie die Nachteile, die man aufgrund von möglicher Altersdiskriminierung im Leben erfährt. Daher wurden in diesem Kapitel wahrgenommene Altersdiskriminierung sowie zwei individuelle Sichtweisen auf das Älterwerden betrachtet: Die verlustorientierte, negative Sicht, dass das Älterwerden mit körperlichen Einbußen einhergeht, und die gewinnorientierte, positive Sichtweise, dass das Älterwerden Wachstum und Weiterentwicklung bedeutet.

Sowohl das gewinn- als auch das verlustorientierte Altersbild und die wahrgenommene Altersdiskriminierung unterscheiden sich zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen. Deutlich mehr jüngere Personen haben positivere Altersbilder als ältere Personen. Dies beruht vermutlich auf eigenen Erfahrungen, die im Laufe des Älterwerdens gemacht werden – mit steigendem Alter werden diese Erfahrungen häufiger durch gesundheitliche Einbußen und soziale Verluste geprägt (vgl. Kapitel 8 und 18). Jüngere Personen verfügen neben einem besseren Gesundheitszustand auch über einen größeren Lebenszeithorizont, welcher mehr Möglichkeiten für Potenziale und Weiterentwicklung bietet. Gleichzeitig nehmen ältere Personen auch häufiger Altersdiskriminierung wahr. Personen im Erwerbsalter berichten vor allem über Diskriminierungserfahrungen im Bereich der Arbeit und Arbeitssuche, während eine Benachteiligung in den Bereichen Behördengänge, medizinische Versorgung, Alltag und Geldangelegenheiten eher von Personen in der nachberuflichen Phase berichtet wird. Während sich die Altersbilder von Frauen und Männern nicht unterscheiden, berichten Frauen häufiger von

Altersdiskriminierung, was auf einen möglichen ‚double standard of aging‘ hinweist. Frauen nehmen demnach häufiger Diskriminierung wahr, da Diskriminierung aufgrund des Geschlechts möglicherweise auch als Altersdiskriminierung wahrgenommen werden kann.

Weiterhin zeigt sich ein deutlicher Bildungsgradient: Personen mit geringerer Bildung verbinden Älterwerden zu einem größeren Anteil mit körperlichen Verlusten und zu einem geringeren Anteil mit persönlicher Weiterentwicklung als Personen mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau. Personen mit höherer Bildung haben bessere Voraussetzungen, um Potenziale des Alters zu nutzen, beispielsweise durch einen besseren Gesundheitszustand und größere finanzielle Mittel (vgl. Kapitel 7 und 8). Auch erleben Niedriggebildete häufiger als höher Gebildete Diskriminierung aufgrund ihres Alters, insbesondere in den Bereichen der medizinischen Versorgung und bei Behördengängen. Diese Ergebnisse spiegeln wider, dass die Chancen für Weiterentwicklung und lebenslanges Lernen sowie die Möglichkeiten einer ‚späten Freiheit‘ sozial ungleich verteilt sind und nicht gleichermaßen in allen Gesellschaftsgruppen gegeben sind.

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die individuellen Altersbilder gewandelt. Dieser Wandel ist nicht unabhängig vom Wandel der gesellschaftlichen Altersbilder. Die vermehrt positive Darstellung des Alter(n)s in Politik, Medien und Gesellschaft in den vergangenen Jahren (vgl. BMFSFJ 2010) hat möglicherweise zu diesem Wandel beigetragen. Es stimmt optimistisch, dass im Angesicht des demografischen Wandels und einer steigenden Lebenserwartung mit einer alternden Gesellschaft ein zunehmend gewinnorientierteres und weniger verlustorientiertes Altersbild besteht – insbesondere in den höheren Altersgruppen. Die Altersbilder von jüngeren und älteren Altersgruppen haben sich dadurch einander angenähert: Während sich bei jüngeren Altersgruppen die Altersbilder kaum wandelten oder sogar teilweise etwas verschlechterten, stieg in höheren Altersgruppen der Anteil von Personen mit einer gewinnorientierten und weniger verlustorientierten Sicht auf das Älterwerden.

Der Anteil an Personen mit wahrgenommener Altersdiskriminierung ist seit 2008 stabil auf einem moderaten Niveau: Im Jahr 2014 berichtet rund jede zehnte Person davon in den letzten zwölf Monaten Altersdiskriminierung erlebt zu haben. Am häufigsten wurden diese Diskriminierungserfahrungen in den Bereichen Arbeit und Arbeitssuche, gefolgt vom Bereich der medizinischen Versorgung, gemacht. Der Arbeitsmarkt und die Unternehmen sollten stärker die Bedürfnisse und Potenziale älterer Erwerbstätiger und älterer Arbeitsloser in den Blick nehmen, zum Beispiel durch das vermehrte Angebot von Fortbildungsmöglichkeiten, einen erleichterten Wiedereinstieg ins Berufsleben nach Arbeitslosigkeit oder längerer Krankheit sowie durch flexiblere Möglichkeiten zum Eintritt in den Ruhestand. Auch im Bereich der medizinischen Versorgung besteht Handlungsbedarf, damit ältere Menschen keine altersbedingte Benachteiligung erfahren oder ihnen altersbedingt Behandlungen systematisch verwehrt werden.

Personen, die von Altersdiskriminierung berichten, verbinden mit ihrem eigenen Älterwerden mehr Defizite und weniger Gewinne als Personen ohne Erfahrungen mit Altersdiskriminierung. Dies verweist darauf, dass wahrgenommene Altersdiskriminierung möglicherweise zu negativeren, verlustorientierteren Altersbildern führt. Aber auch die andere Wirkrichtung ist denkbar: Gewinn- und verlustorientierte Altersbilder können als selbsterfüllende Prophezeiungen (Levy 2009) Altersdiskriminierung beeinflussen, indem beispielsweise Menschen mit negativeren Altersbildern eher dazu tendieren unterschiedliche Nachteile, die sie erfahren, als Altersdiskriminierung wahrzunehmen. Gesellschaftliche Altersstereotype spielen dabei vermutlich sowohl für diskriminierende Verhaltensweisen als auch für individuelle Altersbilder eine Schlüsselrolle. Negative Altersstereotype sind eine Hauptquelle für Altersdiskriminierung

gegenüber anderen Menschen und können sich über Selbststereotypisierung auch auf das eigene Älterwerden übertragen.

Der zahlenmäßig deutlich steigende Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung rückt zunehmend mehr in den Mittelpunkt, sodass Potenziale und Möglichkeiten älterer Menschen gefördert und genutzt werden können. Politik und Medien, die das Bild vom Alter und vom Altern in einer Gesellschaft entscheidend mitbestimmen, haben nun die Aufgabe, den Chancen des jungen Alters, aber auch den Herausforderungen des hohen Alters zu begegnen. Besonders erfreulich ist, dass sich von 2008 zu 2014 insbesondere das Altersbild in der höchsten Altersgruppe deutlich zum Positiven gewandelt hat. Da gewinnorientierte individuelle Altersbilder eine Ressource für Gesundheit, Aktivität und Zufriedenheit sind, ist es wichtig, positivere Altersbilder über die gesamte Lebensspanne hinweg bis ins hohe Alter zu fördern und aufrechtzuerhalten. Negative Einstellungen und Altersstereotype werden bereits in der frühen Kindheit gelernt. Im Laufe des Lebens können diese Sichtweisen nicht nur den Prozess des eigenen Älterwerdens beeinflussen, sondern sich auch in diskriminierenden Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber älteren Personen manifestieren (Degner & Wentura 2010; Rothermund 2005). Die Vermittlung von realistischen Altersbildern, die weder einseitig negativ noch positiv sind, kann bereits bei Kindern und Jugendlichen ansetzen, damit sich negative Stereotype erst gar nicht einseitig herausbilden. Aber auch in den verschiedenen Lebenskontexten erwachsener Menschen ist es wichtig, für Altersstereotype zu sensibilisieren, um ein gutes Altern für alle Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen.

Literatur

- Bowling, A. (2007). Honour your father and mother: Ageism in medicine. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 57(538), 347-348.
- Brenke, K. (2013). Immer mehr Menschen im Rentenalter sind berufstätig. *DIW Wochenbericht*, 6, 3-12.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2005). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old - the process of disengagement*. New York: Basis Books Inc.
- Degner, J., & Wentura, D. (2010). Automatic prejudice in childhood and early adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(3), 356-374. doi: 10.1037/a0017993.
- Dittmann-Kohli, F., Kohli, M., Künemund, H., Motel, A., & Westerhof, G. (1997). *Lebenszusammenhänge, Selbst- und Lebenskonzeptionen – Erhebungsdesign und Instrumente des Alters-Survey. Forschungsgruppe Altern und Lebensverlauf (FALL), Forschungsbericht 61*. Berlin: Freie Universität.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x.
- Reiter-Theil, S., & Albisser Schleger, H. (2007). Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? *Notfall + Rettungsmedizin*, 10(3), 189-196. doi: 10.1007/s10049-007-0895-6.
- Rosenmayr, L. (1983). *Die späte Freiheit. Das Alter - ein Stück bewußt gelebten Lebens*. Berlin: Severin & Siedler Verlag.

- Rothermund, K. (2005). Effects of Age Stereotypes on Self-Views and Adaptation. In: W. Greve, K. Rothermund & D. Wentura (Hrsg.) *The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development*. (S. 223-242). Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers.
- Rothermund, K., & Mayer, A.-K. (2009). *Altersdiskriminierung. Erscheinungen, Erklärungsformen und Interventionsansätze*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt-Hertha, B., & Mühlbauer, C. (2012). Lebensbedingungen, Lebensstile und Altersbilder älterer Erwachsener. In: F. Berner, J. Rossow & K.-P. Schwitzer (Hrsg.) *Individuelle und kulturelle Altersbilder* (S. 109-149): VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sontag, S. (1979). The double standard of aging. In: J. Williams (Hrsg.) *Psychology of women* (S. 462-478). New York: Academic Press.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H., & Terracciano, A. (2015). Perceived discrimination and physical, cognitive, and emotional health in older adulthood. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 171-179. doi: 10.1016/j.jagp.2014.03.007.
- Wentura, D., & Rothermund, K. (2005). Altersstereotype und Altersbilder. In: S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters (Enzyklopädie der Psychologie, Serie V, Entwicklungspsychologie)* (S. 625-654). Göttingen: Hogrefe.
- Westerhof, G. J., Miche, M., Brothers, A. F., Barrett, A. E., Diehl, M., Montepare, J. M., Wahl, H.-W., & Wurm, S. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity: A meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and Aging*, 29(4), 793-802. doi: 10.1037/a0038016.
- Wurm, S., & Huxhold, O. (2012). Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung von Altersbildern. In: F. Berner, J. Rossow & K.-P. Schwitzer (Hrsg.) *Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung* (Bd. 1, S. 27-69). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

23 Also, als wir jung waren... Die Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung

Janna Franke & Julia Simonson

Kernaussagen

Jüngere werden im Jahr 2014 bei der Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung kritischer beurteilt als Ältere: Fast zwei Drittel (63,0 Prozent) der 40- bis 85-Jährigen sind der Meinung, dass sich Jüngere zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern. Zwei Fünftel (41,0 Prozent) sind der Auffassung, die Älteren kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren.

Die Wertschätzung gegenüber der älteren sowie gegenüber der jüngeren Generation ist im Jahr 2014 sehr hoch: Knapp drei Viertel (74,8 Prozent) der 40- bis 85-Jährigen stimmen der Aussage zu, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen sollten. Neun von zehn Personen (90,7 Prozent) stimmen der Aussage zu, dass man sich bei wichtigen Entscheidungen auf den Rat Älterer verlassen sollte.

Enge Eltern-Kind-Beziehungen hängen positiv mit der Einschätzung sowie der Wertschätzung der Jüngeren zusammen: Im Jahr 2014 sind 60,8 Prozent der Personen mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern der Meinung, dass sich Jüngere zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern. Bei Personen ohne Kinder oder mit keiner engen Beziehung zu ihren Kindern sind es etwa acht Prozentpunkte mehr (68,6 Prozent und 68,1 Prozent). Über drei Viertel (76,6 Prozent) der Personen mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern sind der Auffassung, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen sollten. Bei Personen ohne Kinder sind es mit 71,4 Prozent, bei Personen mit keiner engen Beziehung mit 71,5 Prozent etwas weniger.

Niedriggebildete äußern sich im Jahr 2014 generell kritischer zum Verhältnis zwischen Alt und Jung als Hochgebildete. Gut drei Viertel (77,6 Prozent) der Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau sind der Meinung, dass sich Jüngere zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern. Bei den Hochgebildeten stimmen 63,0 Prozent dieser Aussage zu. Etwa die Hälfte (51,0 Prozent) der Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau ist zudem der Auffassung, die Älteren kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren. Bei den Hochgebildeten stimmen 41,6 Prozent dieser Aussage zu.

23.1 Einleitung

Die Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung ist ein wiederkehrendes Thema, sowohl in den Medien als auch in der Forschung. Hierbei geht es nicht um die persönlichen (familiären) Generationenbeziehungen (für familiäre Generationenbeziehungen, vgl. Kapitel 14, 15 und 16), sondern um die Generationenverhältnisse, also das unpersönliche Verhältnis zwischen den Altersgruppen (Tesch-Römer, Motel-Klingebiel, & von Kondratowitz 2000). Vor allem aufgrund des demografischen Wandels und der sich verändernden Altersstruktur der deutschen Bevölkerung, wird in der Literatur ein herannahender Generationenkonflikt vermutet (Hollfelder 2012). Aktuell wird ein möglicher Generationenkonflikt überwiegend durch „verteilungspolitische Fragen zwischen den Generationen“ (Wilkoszewski 2012: 31) begründet, während es beispielsweise in den 1960er Jahren um Konflikte durch unterschiedliche Weltanschauungen und kulturelle Sichtweisen ging. Vor allem bei der Debatte um das Fortbestehen des Generationenvertrags gelangen die Einschätzungen der jeweils anderen Generationen in den Fokus (Kolland 2006).

Aus der Forschung ist bekannt, dass nur ein geringer Anteil der deutschen Bevölkerung große Spannungen zwischen Alt und Jung wahrnimmt (Blome, Keck, & Alber 2008). Stattdessen sind viele der Meinung, dass sich die Generationen näher kommen (Hess, Scholz, & Smid 1997). Gleichzeitig nehmen jedoch viele Personen an, dass sich durch die wirtschaftliche Lage die Konflikte zwischen Alt und Jung vergrößern werden. Die Ergebnisse zeigen also, dass die Einschätzung des Generationenverhältnisses als eher gut beschrieben wird, in Zukunft aber mit einer Verschlechterung gerechnet wird. Aktuellere Studien konnten für eine tatsächliche Verschlechterung aber bislang keine empirischen Nachweise finden (Blome et al. 2008; Goerres & Prinzen 2014; Hollfelder 2012; Wilkoszewski 2012).

Dieses Kapitel geht der Frage nach, wie sich die Einschätzung von Personen in der zweiten Lebenshälfte hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Alt und Jung über die Jahre verändert hat und welche Unterschiede sich dabei zwischen Bevölkerungsgruppen darstellen. Dabei handelt es sich nicht um das tatsächliche Generationenverhältnis, sondern um die Einschätzungen der Bevölkerung zu verschiedenen Generationen, das heißt den Älteren und den Jüngeren. Des Weiteren wird untersucht, ob Erfahrungen mit eigenen Kindern eine Rolle bei der Einschätzung der jeweils anderen Generationen spielen. Durch intergenerationale Beziehungen in der Familie werden die Bedürfnisse, Sorgen und Probleme der einzelnen Familienmitglieder über die Generationen hinweg miteinander ausgetauscht, sodass ein wechselseitiges Verständnis füreinander entsteht (Goerres & Tepe 2010). Das Vorhandensein von Kindern führt somit vermutlich dazu, dass den Älteren die Lebenswelt der jüngeren Generation näher gebracht wird und dies sich wiederum positiv auf die Bewertung der Jüngeren auswirkt. Wilkoszewski (2012) konnte zeigen, dass sich die verteilungspolitischen Einstellungen von Personen mit Kindern von den Personen ohne Kinder unterscheiden. Neben der Existenz von Kindern spielt auch die Beziehungsebene zu diesen eine Rolle (Goerres & Tepe 2010; Szydlik & Schupp 1998). Selbst wenn eine Person Kinder hat, bedeutet das nicht, dass der Kontakt dieser Person zu ihren Kindern intensiv ist (vgl. Kapitel 14 und 15). Eine hohe Beziehungsebene wirkt sich demnach vermutlich ebenfalls positiv auf die Einschätzung der anderen Generationen aus. Die Frage nach dem Einfluss von Nachkommen auf die Einstellungen der älteren Generationen ist auch insofern relevant, da der Anteil der Personen ohne Kinder in zukünftigen Kohorten größer werden könnte. Zudem werden Unterschiede zwischen den Altersgruppen, zwischen Männern und Frauen, zwischen Ost- und Westdeutschland, sowie zwischen Bildungsgruppen untersucht. Wir gehen

davon aus, dass Ältere eher die jüngere als die eigene Generation kritisch bewerten. Allerdings könnte es auch sein, dass sich keine größeren Altersunterschiede zeigen, da gerade bei Personen im mittleren Erwachsenenalter unklar ist, ob sie sich eher den Älteren oder den Jüngeren zugehörig fühlen und somit weniger kritisch den anderen Generationen gegenüber sind. Hinsichtlich der regionalen Unterschiede erwarten wir, dass das Generationenverhältnis in Westdeutschland kritischer eingeschätzt wird als in Ostdeutschland, zumindest scheinen Familienbeziehungen in Ostdeutschland etwas enger zu sein als westdeutsche Familienbeziehungen (Szydlik 1996).

Aus der Forschung ist bekannt, dass Personen mit einem hohen Bildungsabschluss sich seltener negativ über andere Bevölkerungsgruppen äußern als Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss (Wasmer & Koch 2000). Diese Unterschiede bei der Äußerung von Einstellungen oder Einschätzungen können beispielsweise durch Unterschiede bei den Werteorientierungen oder dem sozialen Status bedingt sein. Ein geringerer sozialer Status ist mit einer größeren Wahrscheinlichkeit mit Diskriminierungserfahrungen verbunden (vgl. Kapitel 22). Daher werden sich Personen mit einem geringeren Bildungsniveau vermutlich etwas kritischer gegenüber anderen Generationen äußern.

Im vorliegenden Kapitel werden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie wird das Verhältnis zwischen Alt und Jung von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bewertet?
2. Wie hat sich die Bewertung des Verhältnisses von Alt und Jung seit 1996 verändert?
3. Wie hoch ist die Wertschätzung der Generationen bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen?
4. Hat sich die Wertschätzung der Generationen seit 1996 verändert?

23.2 Datengrundlage

Daten. Zur Beantwortung der Fragen wurden die Querschnittsstichproben der 40- bis 85-Jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys (DEAS) der Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014 verwendet (vgl. Kapitel 2). Für die berichteten Indikatoren liegen Informationen zu allen Messzeitpunkten vor. Die abhängigen Variablen stammen aus dem schriftlichen Fragebogen.

Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung. Die Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung wird durch zwei Items erfasst: Die Zustimmung oder Ablehnung zu den Aussagen „Die Älteren kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren“ und „Die Jüngeren kümmern sich zu wenig um Bedürfnisse der Älteren“.

Wertschätzung von Alt und Jung. Über das Item „Bei wichtigen Entscheidungen sollte man sich auf den Rat älterer erfahrener Menschen verlassen“ wird die Wertschätzung beziehungsweise Anerkennung der Älteren erfasst. Das Item „Es ist an der Zeit, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen“ steht für das Pendant, also für die Wertschätzung beziehungsweise Anerkennung der Jüngeren. Während sich die ersten zwei Items zur Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung auf das Miteinander der Generationen beziehen, erfassen die zwei eben genannten Aussagen eine weitere Facette des Verhältnisses von Alt und Jung, nämlich das generelle Ansehen von Alt und Jung. Im Fragebogen können die

Personen jedes dieser Items auf einer vierstufigen Antwortskala von ‚Stimme voll zu‘, ‚Stimme eher zu‘, ‚Lehne eher ab‘ bis ‚Lehne voll ab‘ beantworten. Für die Analysen wurden die Antwortmöglichkeiten der Items zur Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung und zur Wertschätzung der Älteren und Jüngeren jeweils in zwei Ausprägungen (‚Stimme voll/eher zu‘ und ‚Lehne voll/eher ab‘) zusammengefasst. Alle Items wurden seit 1996 in gleicher Weise abgefragt. Es wird jeweils die Zustimmung zu den Aussagen abgebildet.

Gruppierungsvariablen. Zur Prüfung von Altersunterschieden wurden – analog zur Schichtung der Stichprobe – drei Altersgruppen verwendet: 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre. Weiterhin wurden Geschlechtsunterschiede und Regionsunterschiede (Ost-/Westdeutschland) untersucht. Zur Untersuchung von Bildungsunterschieden wurden – basierend auf einer reduzierten ISCED-Klassifizierung – drei Bildungsgruppen unterschieden: Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Bildungsniveau (vgl. Kapitel 2). Des Weiteren wird zwischen Personen ohne Kinder; Personen mit Kindern, aber einer nicht engen Beziehung; und Personen mit Kindern und einer engen Beziehung unterschieden, um zu untersuchen, ob diese drei Gruppen in ihren Einstellungen voneinander abweichen. Bei der Beziehungseuge wird die Enge der Verbundenheit erfragt. Die Beziehungseuge bezieht sich auf mittlere Angaben zu allen mindestens 18-jährigen Kindern außerhalb des elterlichen Haushalts. Die Antwortvorgaben wurden wie folgt zusammengefasst: 1 = ‚eng‘ (‚sehr eng‘/‚eng‘); 0 = ‚nicht eng‘ (‚mittel‘/‚weniger eng‘/‚überhaupt nicht eng‘) (vgl. Kapitel 14).

Analysen. In den Abbildungen und im Text sind gewichtete (gruppenspezifische) Mittelwerte oder prozentuale Verteilungen angegeben. Um Gruppenunterschiede auf Signifikanz zu testen, wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau logistische Regressionen berechnet, wobei für die Stratifizierungsvariablen Altersgruppe, Geschlecht und Region (Ost-/Westdeutschland) kontrolliert wurde. Das genaue Vorgehen ist in Kapitel 2 beschrieben.

23.3 Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung

Im folgenden Abschnitt wird zunächst untersucht, wie das Verhältnis zwischen Alt und Jung im Jahr 2014 bewertet wird. Dabei wird auch auf gruppenspezifische Unterschiede eingegangen, nach Altersgruppen, Geschlecht, Region, Bildungsgruppen und Personen mit oder ohne Kinder. Danach wird der Wandel der Bewertung seit 1996 betrachtet.

Der Aussage, dass Ältere sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren kümmern, stimmen 2014 41,0 Prozent zu (Abbildung 23-1a). Im Vergleich dazu ist der Anteil der Personen, die der Aussage zustimmen, dass sich die Jüngeren zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern, recht hoch (Abbildung 23-1b). 63,0 Prozent stimmen dieser Aussage zu. Die jüngere Generation wird also von Personen in der zweiten Lebenshälfte insgesamt deutlich kritischer beurteilt als die ältere Generation.

Von Interesse für die Frage eines möglichen Generationenkonflikts ist die Verteilung der Einschätzungen über das Alter. Bei einem Generationenkonflikt wäre zu erwarten, dass ältere Personen, im Vergleich zu Jüngeren, stärker der Aussage zustimmen, dass Jüngere zu wenig für die Bedürfnisse der Älteren tun. Außerdem sollten die Älteren, im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen, die Aussage häufiger ablehnen, dass Ältere sich zu wenig um die Zukunft Jüngerer kümmern. Dabei können mit den Daten des DEAS nur die Angaben von Älteren mit denen von Personen im mittleren Erwachsenenalter verglichen werden. Die Personen im mittleren Erwachsenenalter können jedoch nicht eindeutig in die Gruppe der Jüngeren oder der

Älteren zugeteilt werden, da sich beispielweise die 40- bis 54-Jährigen zu beiden Altersgruppen zugehörig fühlen könnten beziehungsweise sich weder jung noch alt fühlen. Deswegen wird, neben den Altersgruppen, untersucht, ab wann Personen jemanden als alt bezeichnen und ob sie selber dieses Alter bereits erreicht haben.

Jüngere werden im Jahr 2014 bei der Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung kritischer beurteilt als Ältere.

Die Ergebnisse für das Jahr 2014 zeigen, dass es zwar signifikante Unterschiede bei der Höhe der Zustimmung zwischen den drei Altersgruppen gibt, diese Unterschiede jedoch eher gering sind. Überraschenderweise stimmen die 70- bis 85-Jährigen am häufigsten der Aussage zu, dass sich Ältere zu wenig um die Zukunft Jüngerer kümmern (Abbildung 23-1a). Der Anteil der Zustimmung liegt bei dieser Altersgruppe bei 45,1 Prozent, während sie bei den 40- bis 54-Jährigen bei 40,0 Prozent und bei den 55- bis 69-Jährigen bei 39,0 Prozent liegt. Die Altersunterschiede sind für die zweite Aussage noch geringer: Der Aussage, dass Jüngere sich zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern, stimmen 64,8 Prozent der 70- bis 85-Jährigen zu (Abbildung 23-1b). Signifikant unterschiedlich ist von dieser Altersgruppe lediglich die der 55- bis 69-Jährigen, von denen 61,3 Prozent der Aussage zustimmen.

Vor allem bei den 40- bis 54-Jährigen, aber auch bei den 55- bis 69-Jährigen stellt sich die Frage, ob sich die beiden Altersgruppen bereits zu der Gruppe der Älteren zugehörig fühlen, das heißt ihre ‚subjektive Altersgrenze‘ erreicht haben. Wenn Personen beispielsweise ab 60 Jahren als alt angesehen werden, könnte das einen Einfluss auf die Einstellungen der Bewertung der Älteren beziehungsweise Jüngeren haben, da sich Personen durch das Verhältnis ihres biologischen Alters zu ihrer Vorstellung, ab wann jemand alt ist, in die Gruppen ‚alt‘ oder ‚nicht alt‘ unterteilen lassen. Personen, deren biologisches Alter die Grenze erreicht hat, ab dem sie jemanden als alt bezeichnen, und somit selbstbewertet zu den Älteren gehören, könnten eine andere Einschätzung zu den Älteren haben, da sie mehr oder weniger zu den ‚Betroffenen‘ gehören. Personen in der zweiten Lebenshälfte bezeichnen jemanden im Durchschnitt ab circa 73 Jahren als alt. Werden die Einstellungen nun danach untersucht, ob sich Personen, die bereits ihre individuelle ‚subjektive Altersgrenze‘ erreicht haben, von denen unterscheiden, die ihre individuelle Altersgrenze noch nicht erreicht haben, decken sich die Ergebnisse mit den bislang betrachteten Altersgruppenunterschieden. Personen, die das Alter erreicht haben, ab dem sie selbst jemanden als alt bezeichnen würden, unterscheiden sich signifikant von Personen, die dieses Alter noch nicht erreicht haben. Dementsprechend stimmen die Älteren eher den Aussagen zu, dass sich Ältere zu wenig um die Zukunft Jüngerer kümmern sowie dass sich Jüngere zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern.

Niedriggebildete äußern sich im Jahr 2014 generell kritischer zum Verhältnis zwischen Alt und Jung als Hochgebildete.

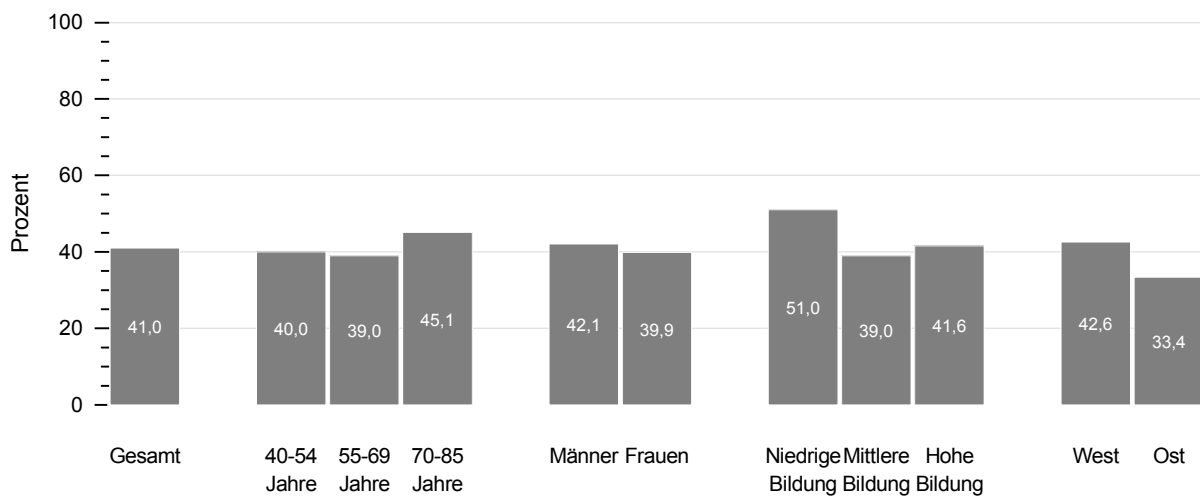
Für beide Einschätzungen können im Jahr 2014 keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt werden. Sehr ausgeprägte Unterschiede lassen sich aber zwischen den drei Bildungsgruppen finden. Von den Personen mit niedrigem Bildungsniveau sind 51,0 Prozent der Meinung, die Älteren kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren (Abbildung 23-1a). Von den Personen mit niedrigem Bildungsniveau unterscheiden sich die Personen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau signifikant: Die Anteile liegen bei 39,0 Prozent bei den Personen mit mittlerem Bildungsniveau und bei 41,6 Prozent bei den Personen mit hohem Bildungsniveau. Die Personen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau unterscheiden sich jedoch nicht signifikant voneinander. Auch bei der Aussage, die sich auf die

Jüngeren bezieht, gibt es Bildungsunterschiede (Abbildung 23-1b). Die Personen mit niedrigem Bildungsniveau zeigen die höchsten Anteile in der Zustimmung mit 77,6 Prozent. Davon unterscheiden sich die Personen mit mittlerem Bildungsniveau signifikant mit einem Anteil von 66,1 Prozent. Der Anteil der Zustimmung der Personen mit hohem Bildungsniveau liegt signifikant unter den anderen beiden Bildungsgruppen bei 56,4 Prozent. Personen mit niedrigem Bildungsniveau weisen demnach zu beiden Aussagen eine kritischere Einschätzung auf als die anderen beiden Bildungsgruppen.

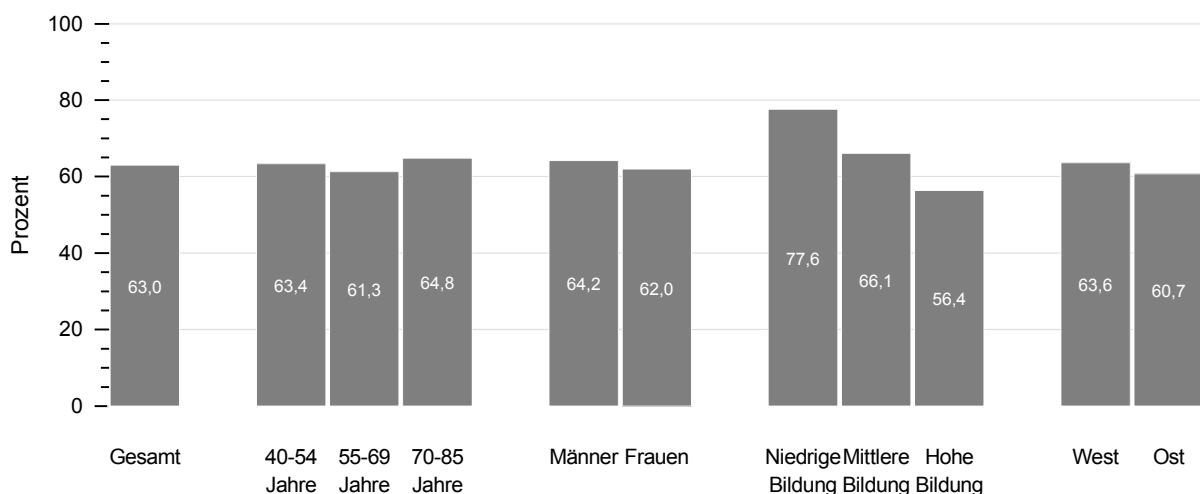
Während es im Jahr 2014 bei der Aussage, dass Jüngere sich zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern, keine Unterschiede zwischen Personen aus Ost- und Westdeutschland gibt, sind signifikante Unterschiede bei den Anteilen der Zustimmung zu der Aussage „Ältere kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren“ zu finden. Der Anteil der Zustimmung liegt in Ostdeutschland bei 33,4 Prozent und in Westdeutschland bei 42,6 Prozent (Abbildung 23-1a). Ältere werden demnach von der ostdeutschen Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte weniger kritisch beurteilt.

Abbildung 23-1: Anteile der Zustimmung zur Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung, nach Alter, Geschlecht, Bildung und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)

a) Die Älteren kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren



b) Die Jüngeren kümmern sich zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren



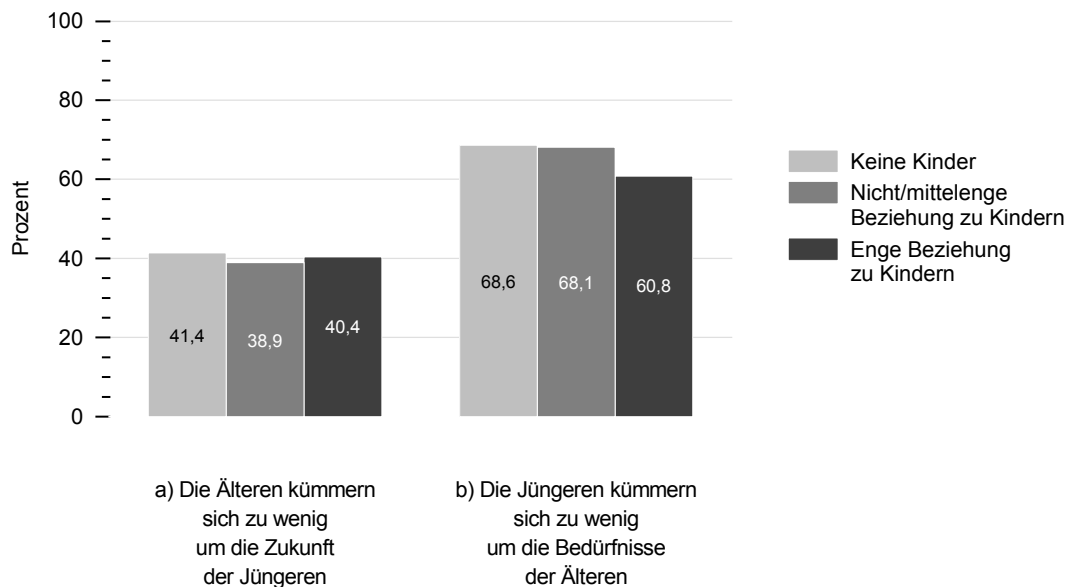
Quelle: DEAS 2014 (n = 4.194 für a); n = 4.193 für b)); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Unterschiede nur zwischen 70- bis 85-Jährigen und 40- bis 54-Jährigen sowie 55- bis 69-Jährigen. Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Signifikante Unterschiede nur zwischen niedriger Bildung und mittlerer sowie hoher Bildung. Signifikante Regionsunterschiede. b) Signifikante Unterschiede nur zwischen 55- bis 69-Jährigen und 70- bis 85-Jährigen. Keine signifikanten Geschlechts- oder Regionsunterschiede. Signifikante Unterschiede zwischen allen Bildungsgruppen.

Im Folgenden wird nun untersucht, ob sich Personen mit Kindern von Kinderlosen in ihrer Bewertung des Verhältnisses von Alt und Jung unterscheiden. Ergänzend dazu werden Personen mit Kindern in zwei Gruppen unterteilt: Personen mit einer nicht engen Beziehung zu ihren Kindern sowie Personen mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern. Neben dem Vorhandensein von Kindern spielt es auch eine Rolle, wie eng der Kontakt zu den Nachkommen ist. Die Enge des Kontaktes zwischen Eltern und Kindern könnte demnach einen Unterschied bei den Einstellungen bewirken. Durch einen engen Kontakt zwischen den Generationen wird die Lebenswelt der Jüngeren den Älteren näher gebracht und die Akzeptanz der jüngeren Generation könnte steigen.

Wie in Abbildung 23-2 zu sehen ist, unterscheiden sich die drei Gruppen (Personen mit Kindern, aber einer nicht engen Beziehung, Personen mit Kindern und einer engen Beziehung, sowie Personen ohne Kinder) nicht voneinander in Bezug auf die Aussage, dass Ältere zu wenig für die Zukunft Jüngerer tun. Dagegen zeigen sich signifikante Unterschiede bei der Bewertung des Verhältnisses in Bezug auf die Jüngerer: 68,6 Prozent der kinderlosen Personen stimmen dieser Aussage zu, während es bei Personen mit Kindern, aber einer nicht engen Beziehung 68,1 Prozent und bei Personen mit Kindern und einer engen Beziehung 60,8 Prozent sind. Personen mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern bewerten die jüngere Generation also positiver im Vergleich zu Personen mit einer nicht engen Beziehung und Personen ohne Kinder.

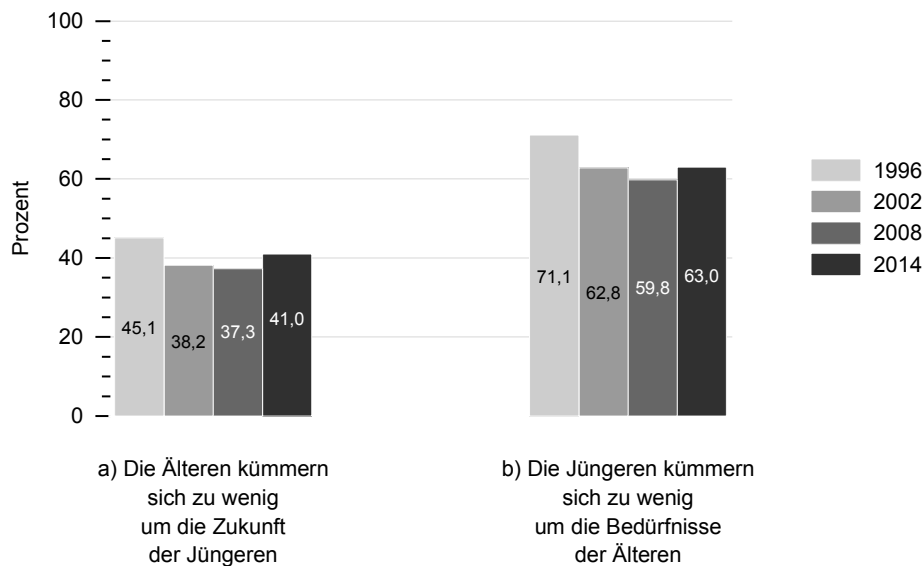
Abbildung 23-2: Anteile der Zustimmung zu der Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung, nach Vorhandensein von und Beziehungsenge zu Kindern, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 3.556 für a); n = 3.558 für b)); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).
a) Keine signifikanten Unterschiede. b) Signifikante Unterschiede nur zwischen Eltern mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern und Personen ohne Kinder bzw. Eltern mit einer nicht engen Beziehung zu ihren Kindern.

Wie hat sich die Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung im Zeitvergleich verändert? Wie bereits erwähnt stimmen 2014 insgesamt 41,0 Prozent der Personen der Aussage zu, dass die Älteren zu wenig für die Zukunft der Jüngerer tun; fast zwei Drittel, nämlich 63,0 Prozent, stimmen der Aussage zu, dass sich Jüngere zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern. Der Anteil der Zustimmung zu den beiden Aussagen, vor allem aber zu der zweiten Aussage, ist recht hoch und könnte ein Hinweis auf ein belastetes Verhältnis von Alt und Jung sein. Um nun zu überprüfen, ob sich dieses Verhältnis von Alt und Jung über die Zeit verschlechtert hat, werden die Werte des Jahres 2014 mit denen der vorherigen Zeitpunkte verglichen. Über die Zeit könnte die Bewertung des Verhältnisses zwischen Alt und Jung schlechter geworden sein, da immer mehr Ältere immer weniger Jüngerer gegenüber stehen und die Älteren zunehmend in der ‚Mehrheit‘ sind.

Abbildung 23-3: Wandel der Anteile der Zustimmung zu der Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 1996 (n = 3.962 für a); n = 3.979 für b)), 2002 (n = 2.760 für a); n = 2.767 für b)), 2008 n = (4.344 für a); n = 4.351 für b)), 2014 (n = 4.194 für a); n = 4.193 für b)); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Abnahme zwischen 1996 und 2002, Stabilität zwischen 2002 und 2008, Zunahme zwischen 2008 und 2014. Im Gesamttrend (1996 bis 2014) signifikante Abnahme. b) Signifikante Abnahme zwischen 1996 und 2008, Zunahme zwischen 2008 und 2014. Im Gesamttrend (1996 bis 2014) signifikante Abnahme.

In Abbildung 23-3 ist der Wandel der Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung zu sehen. Die Anteile der Zustimmungshöhe der beiden Aussagen „Die Älteren kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren“ und „Die Jüngeren kümmern sich zu wenig um Bedürfnisse der Älteren“ unterscheiden sich voneinander, die zeitliche Entwicklung der Zustimmungswerte ist jedoch sehr ähnlich. Im Zeitverlauf zeigt sich insgesamt eine Abnahme der Zustimmung zu beiden Aussagen (Abbildung 23-3). Der Anteil der Zustimmung zu der Aussage „Ältere kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren“ ist von 45,1 Prozent im Jahr 1996 bis auf 37,3 Prozent im Jahr 2008 gesunken und hat dort ihren Tiefpunkt erreicht. Im Jahr 2014 steigt der Anteil der Zustimmung dann wieder signifikant auf 41,0 Prozent an. Es ist aber noch unklar, ob es sich hierbei um eine Trendwende handelt, zudem liegt der Wert immer noch um etwa vier Prozentpunkte unter dem Niveau von 1996. Ähnlich verhält es sich für die Aussage „Die Jüngeren kümmern sich zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren“. Hier hat der Anteil der Zustimmung seit 1996 signifikant abgenommen. Er ist von 71,1 Prozent im Jahr 1996 auf 59,8 Prozent 2008 gesunken und im Jahr 2014 wieder leicht angestiegen auf 63,0 Prozent. Damit liegt er um acht Prozentpunkte unter dem Anteil des Jahres 1996. Die Sicht auf das Verhältnis von Alt und Jung ist also im Vergleich zwischen 1996 und 2014 positiver geworden.

Für die Aussage „Die Jüngeren kümmern sich zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren“ konnte für 2014 ein signifikanter Unterschied zwischen kinderlosen Personen und Personen mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern gefunden werden. Wird die Entwicklung der Anteile der Zustimmung zu der Aussage seit 1996 in den jeweiligen Gruppen untersucht, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (ohne Abbildung). Das bedeutet, dass die 2014 gefundenen Unterschiede bereits seit 1996 existieren und Personen mit einer engeren Beziehung zu ihren Kindern der Aussage, dass sich die Jüngeren zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern,

weniger zustimmen als Kinderlose und Personen mit einer weniger engen Beziehung zu ihren Kindern.

23.4 Wertschätzung von Alt und Jung

Die Anteile der Zustimmung zu den Aussagen, dass man sich bei wichtigen Entscheidungen auf den Rat älterer erfahrener Menschen verlassen sollte und dass es an der Zeit ist, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen, ist im Jahr 2014 sehr hoch. Der Anteil der Zustimmung zu der Aussage bezüglich der Älteren liegt bei 90,7 Prozent (Abbildung 23-4a). Der Anteil der Zustimmung zu der Aussage hinsichtlich der Jüngeren liegt bei 74,8 Prozent (Abbildung 23-4b). Diese hohen Werte sprechen auf den ersten Blick gegen eine Geringschätzung der Älteren sowie der Jüngeren.

Die Wertschätzung gegenüber der älteren sowie gegenüber der jüngeren Generation ist im Jahr 2014 sehr hoch.

Bei einem eher negativen Verhältnis von Alt und Jung sollten sich altersspezifische Unterschiede bei der Höhe der Anteile bei beiden Aussagen finden lassen. Dabei sollten weniger Jüngere der Aussage zu der Wertschätzung für Ältere zustimmen, während weniger Ältere der Aussage zu der Wertschätzung für Jüngere zustimmen sollten. Die Ergebnisse können diese Annahmen nur zum Teil bestätigen. Die Anteile der Zustimmung zu der Aussage „Bei wichtigen Entscheidungen sollte man sich auf den Rat älterer erfahrener Menschen verlassen“ sind bei Jüngeren etwas niedriger als bei Älteren (Abbildung 23-4a). Während die Anteile der Zustimmung bei den 40- bis 54-Jährigen bei 88,4 Prozent liegen, betragen sie bei den 55- bis 69-Jährigen 90,7 Prozent. Bei den 70- bis 85-Jährigen sind die Anteile der Zustimmung noch höher, sie liegen bei 94,2 Prozent. Aber auch wenn es die erwarteten Unterschiede bei dieser zweiten Aussage für 2014 gibt, so ist die Zustimmung der Personen im mittleren Erwachsenenalter immer noch auf einem sehr hohen Niveau von fast 90 Prozent. Von einer Geringschätzung der Älteren kann daher keine Rede sein. Anders verhält es sich bei der Wertschätzung gegenüber den Jüngeren. Für die Wertschätzung der Jüngeren lassen sich lediglich unsystematische Unterschiede zwischen den Altersgruppen für 2014 finden (Abbildung 23-4b). Insgesamt kann nicht bestätigt werden, dass die Anteile der Zustimmung zu der Aussage „Es ist an der Zeit, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen“ bei den Jüngeren im Vergleich zu den Älteren höher ist.

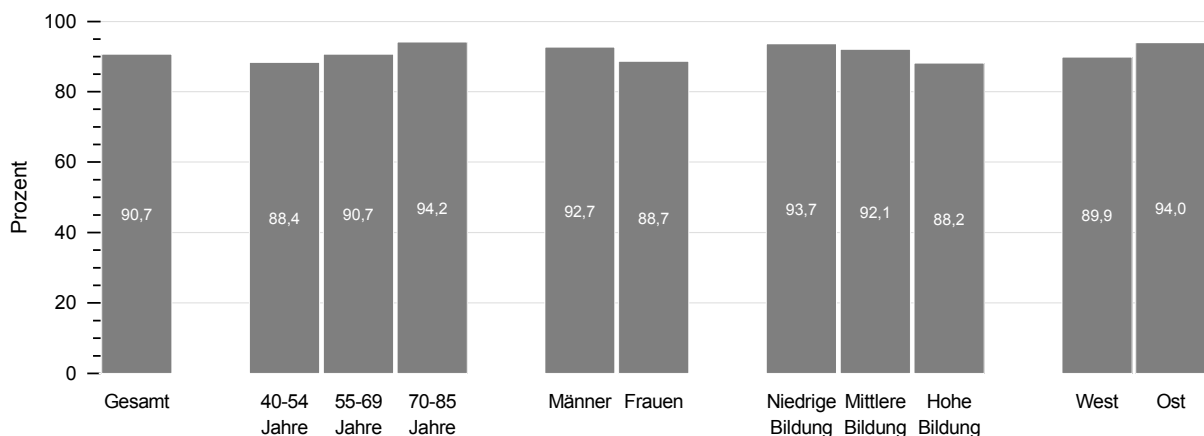
Auch hier wurde untersucht, ob sich Personen, die bereits ihre eigene ‚subjektive Altersgrenze‘ erreicht haben, von den Personen unterscheiden, die diese Altersgrenze noch nicht erreicht haben. Die Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der Altersgruppen. Personen, die das Alter erreicht haben, ab dem sie selber jemanden als alt bezeichnen würden, unterscheiden sich signifikant von Personen, die dieses Alter noch nicht erreicht haben, in Bezug auf die Zustimmung zu der Aussage, dass bei wichtigen Entscheidungen sich auf den Rat älterer Menschen verlassen werden sollte. Bei der Aussage, dass es an der Zeit ist, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen sollten, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen, die bereits ihre eigene ‚subjektive Altersgrenze‘ erreicht haben und Personen, die diese Altersgrenze noch nicht erreicht haben, deckungsgleich mit den Ergebnissen nach Altersgruppen.

Bei beiden Aussagen gibt es im Jahr 2014 signifikante Geschlechts-, Regions-, sowie Bildungsunterschiede. Männer stimmen zu höheren Anteilen als Frauen der Aussage zu, die sich auf die Wertschätzung der Älteren bezieht (Abbildung 23-4a). Der Anteil der Zustimmung der

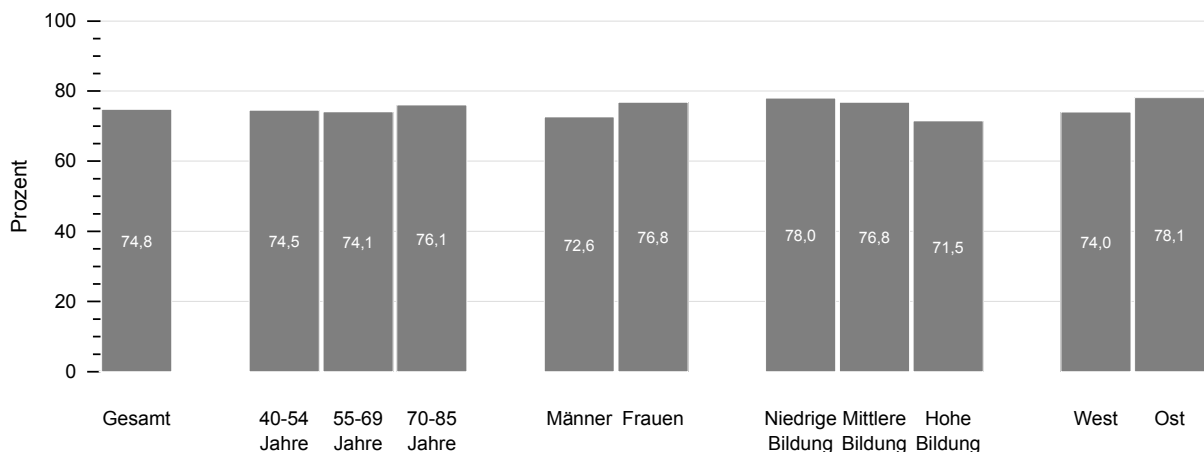
Frauen liegt bei 88,7 Prozent und bei Männern bei 92,7 Prozent. Die Differenz zwischen Männern und Frauen ist hinsichtlich der Wertschätzung der Jüngeren etwas niedriger, jedoch stimmen hier mehr Frauen als Männer der Aussage zu (Abbildung 23-4b). Der Anteil der Zustimmung der Frauen liegt bei 76,8 Prozent und bei Männern bei 72,6 Prozent.

Abbildung 23-4: Anteile der Zustimmung zu der Wertschätzung von Alt und Jung, gesamt, nach Alter, Geschlecht, Bildung und Landesteil, im Jahr 2014 (in Prozent)

a) Bei wichtigen Entscheidungen sollte man sich auf den Rat älterer erfahrener Menschen verlassen



b) Es ist an der Zeit, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.212 für a); n = 4.183 für b)); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Signifikante Alters- und Geschlechtsunterschiede. Signifikante Unterschiede nur zwischen hoher Bildung und mittlerer sowie niedriger Bildung. Signifikante Regionsunterschiede. b) Keine signifikanten Altersgruppenunterschiede. Signifikante Geschlechtsunterschiede. Signifikante Bildungsgruppenunterschiede.

Neben dem Geschlecht hat auch das Bildungsniveau einen Einfluss. Für die Aussage „Bei wichtigen Entscheidungen sollte man sich auf den Rat älterer erfahrener Menschen verlassen“ weisen die Personen mit mittlerem Bildungsniveau einen höheren Anteil der Zustimmung mit 92,1 Prozent im Vergleich zu den Personen mit hohem Bildungsniveau mit 88,2 Prozent auf (Abbildung 23-4a). Außerdem unterscheiden sich die Personen mit niedrigem Bildungsniveau signifikant von den Personen mit hohem Bildungsniveau. Die Zustimmung der Personen mit

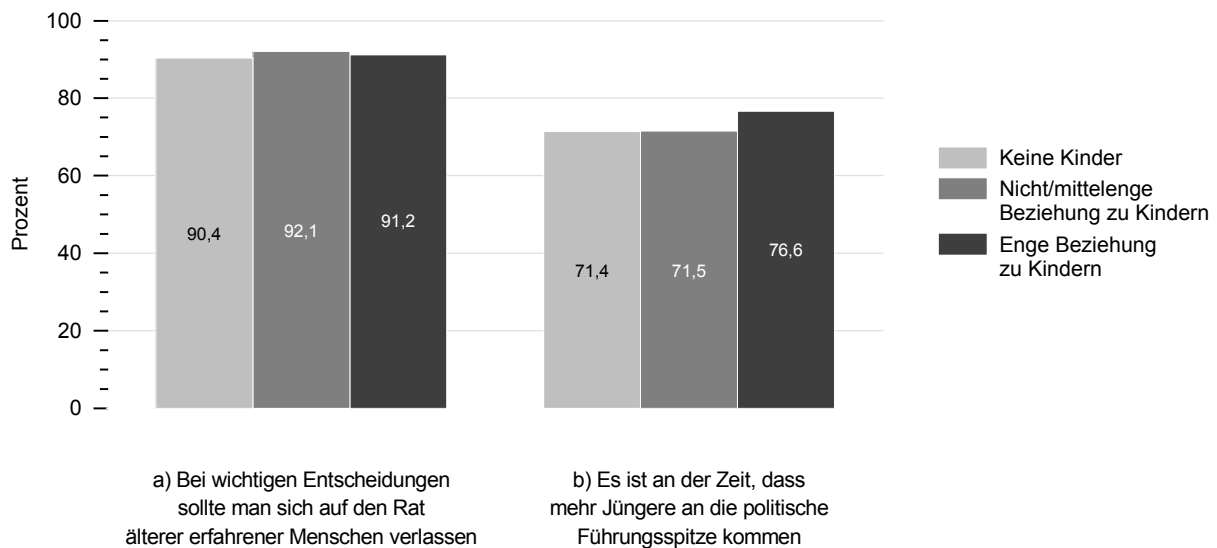
niedrigem Bildungsniveau liegt bei 93,7 Prozent. Bei der zweiten Aussage „Es ist an der Zeit, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen“ unterscheiden sich die Anteile der Zustimmung zwischen den Personen mit mittlerem Bildungsniveau mit 76,8 Prozent und den Personen mit hohem Bildungsniveau mit 71,5 Prozent signifikant voneinander (Abbildung 23-4b). Die Personen mit niedrigem Bildungsniveau weisen jedoch keinen signifikanten Unterschied zu den anderen beiden Bildungsgruppen auf.

Ostdeutsche weisen bei beiden Aussagen einen etwas höheren Anteil der Zustimmung auf als Westdeutsche. Für die Wertschätzung der Älteren betragen die Anteile der Zustimmung bei den Ostdeutschen 94,0 Prozent und bei den Westdeutschen 89,9 Prozent (Abbildung 23-4a). Die Anteile der Zustimmung betragen bei der Wertschätzung der Jüngeren 78,1 Prozent bei den Ostdeutschen und 74,0 Prozent bei den Westdeutschen (Abbildung 23-4b).

Enge Eltern-Kind-Beziehungen hängen positiv mit der Einschätzung sowie der Wertschätzung der Jüngeren zusammen.

Als nächstes werden die Unterschiede zwischen Personen ohne Kinder und Personen mit einer weniger engen Beziehung zu ihren Kindern sowie Personen mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern untersucht. Bei der Aussage, dass man sich bei wichtigen Entscheidungen auf den Rat älterer erfahrener Menschen verlassen sollte, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Unterschiede zeigen sich aber bei der Aussage, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen sollten. Hier ist die Zustimmung mit 76,6 Prozent bei Personen mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern am höchsten (Abbildung 23-5). Diese Gruppe unterscheidet sich signifikant von den Personen ohne Kinder, deren Anteil der Zustimmung bei 71,4 Prozent liegt, sowie von Personen mit Kindern, aber einer nicht so engen Beziehung, deren Anteil der Zustimmung bei 71,5 Prozent liegt. Personen ohne Kinder und Personen mit einer weniger engen Beziehung zu ihren Kindern unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Abbildung 23-5: Anteile der Zustimmung zur Wertschätzung von Alt und Jung, nach Vorhandensein von und Beziehungsenge zu Kindern, im Jahr 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 3.575 für a); n = 3.553 für b)); gewichtet, gerundete Angaben; ($p < ,05$).

a) Keine signifikanten Unterschiede. b) Signifikante Unterschiede nur zwischen Eltern mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern im Vergleich zu Personen ohne Kinder oder Eltern mit einer nicht engen Beziehung zu ihren Kindern.

Wie oben bereits gezeigt, ist die Wertschätzung der Älteren und der Jüngeren 2014 sehr hoch. Seit 1996 hat es nur geringfügige Änderungen in den Anteilen der Zustimmung gegeben (ohne Abbildung, vgl. Tabellen A 23-3 und A 23-4 im Anhang). Der Anteil der Zustimmung zu der Aussage „Bei wichtigen Entscheidungen sollte man sich auf den Rat älterer erfahrener Menschen verlassen“ ist zwischen 1996 und 2014 konstant bei etwa 90,0 Prozent geblieben. Von 1996 zu 2002 hat der Anteil der Zustimmung geringfügig von 90,4 Prozent auf 88,2 Prozent abgenommen, ist dann von 2002 zu 2008 wieder auf 90,7 Prozent angestiegen und zwischen 2008 und 2014 gleich geblieben. Der Anteil der Zustimmung zu der Aussage, dass es an der Zeit ist, dass mehr Jüngere an die politische Führungsspitze kommen, lag 1996 bei 79,0 Prozent. Im Vergleich zu 1996 sind die Anteile der Zustimmung 2002 und 2008 stabil geblieben und liegen dann im Jahr 2014 signifikant niedriger bei 74,8 Prozent.

23.5 Diskussion und Implikationen

Die Analyse der 40- bis 85-Jährigen hinsichtlich der Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung zeigt insgesamt, dass vor allem die Sicht auf die jüngere Generation recht kritisch ist. Fast zwei Drittel der Menschen in der zweiten Lebenshälfte stimmen der Aussage zu, dass sich die Jüngeren zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren kümmern. Obwohl dieser Anteil recht hoch ist, gibt es keine Anzeichen für einen sich verstärkenden Generationenkonflikt zwischen 1996 und 2014. So war die kritische Einschätzung der Jüngeren bereits 1996 verbreitet und hat seitdem eher abgenommen (auch wenn der Anteil der Zustimmenden 2014 wieder leicht zunimmt). Darüber hinaus würde man bei einem ausgeprägten Generationenkonflikt stärker unterschiedliche Raten der Zustimmung zwischen den Altersgruppen erwarten. Es wäre beispielsweise zu erwarten, dass Personen im höheren Alter, hier die 70-bis 85-Jährigen, der ersten Aussage („Ältere kümmern sich zu wenig um die Zukunft Jüngerer“) weniger häufig zustimmen und der zweiten („Jüngere kümmern sich zu wenig um die Bedürfnisse der Älteren“)

dafür umso häufiger. Tatsächlich ist es aber so, dass Ältere die höchsten Anteile der Zustimmung bei beiden Aussagen im Jahr 2014 haben. Das heißt, dass Personen im hohen Erwachsenenalter eine kritischere Meinung sowohl den Jüngeren als auch den Älteren gegenüber äußern. Dass jeweils die 70- bis 85-Jährigen beziehungsweise Personen, die das Alter erreicht haben, ab dem sie jemanden selber als alt bezeichnen würden, am ehesten den beiden Aussagen zustimmen, könnte darauf hindeuten, dass diese Generation am stärksten das Ideal der Generationensolidarität vertritt.

Die Wertschätzung gegenüber den Älteren und den Jüngeren ist sehr hoch. Wie erwartet, äußern Ältere eine höhere Wertschätzung gegenüber Personen im höheren Erwachsenenalter. Die Wertschätzung gegenüber der jüngeren Generation weist dagegen keine Altersunterschiede auf. Zwischen 1996 und 2014 zeichnet sich kein Trend zu einer abnehmenden Wertschätzung ab.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich keine Entwicklung in Richtung eines zunehmenden Generationenkonflikts oder einer Verschlechterung des Verhältnisses von Alt und Jung von 1996 bis 2014 abgezeichnet hat. Die Jüngeren werden zwar etwas kritischer beurteilt in Bezug auf ihr Bemühen um die ältere Generation. Trotz dieser Kritik ist die Wertschätzung der Älteren gegenüber den Jüngeren sehr hoch. Die verteilungspolitische Debatte um den Generationenvertrag scheint überdies die Einstellungen und die Wertschätzung bezüglich der älteren Generationen nicht zu beeinflussen. Die Untersuchung mit den DEAS-Daten schließt somit an bisherige Forschungsergebnisse an, die ebenfalls keine Verschlechterung des Verhältnisses von Alt und Jung nachweisen konnten.

Bemerkenswert sind die regionalen Unterschiede und die Bildungsunterschiede. Personen in Ostdeutschland bewerten die ältere Generation weniger kritisch und zeigen eine höhere Wertschätzung dieser gegenüber als Personen in Westdeutschland. Außerdem sind die Zustimmungsraten zur gegenseitigen Wertschätzung der Generationen im Osten etwas höher als im Westen. Personen mit niedrigem Bildungsniveau haben widersprüchliche Einstellungen. Zum einen bewerten sie die jeweils anderen Generationen kritischer als Personen mit hohem Bildungsniveau, zum anderen ist auch ihre Wertschätzung gegenüber der älteren Generation höher als die der Personen mit hohem Bildungsniveau. Möglich ist, dass die Personen mit niedrigem Bildungsniveau häufiger negativere Erfahrungen durch eine eigene Benachteiligung, beispielweise durch ein geringeres Einkommen und eine niedrigere soziale Position, haben und dies bei der Bewertung des Verhältnisses von Alt und Jung den Jüngeren zuschreiben. Dies geht auch mit einem höheren Anteil an berichteten Diskriminierungserfahrungen einher (vgl. Kapitel 22). Zwar ist der Anteil der niedriger Gebildeten bei den Älteren höher, jedoch wurde dieser Aspekt bei den Analysen berücksichtigt, sodass auch unter Kontrolle des Alters die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen bestehen bleiben. Hier sollten Maßnahmen zur Reduktion von Diskriminierungserfahrungen getroffen werden, sodass Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau besser in das intergenerationale Miteinander integriert werden.

Beachtenswert sind außerdem die eindeutigen Unterschiede zwischen Personen mit einer engen Beziehung zu ihren Kindern und Personen ohne Kinder beziehungsweise einer nicht so engen Beziehung zu ihren Kindern. Diese Unterschiede belegen, dass eine enge Beziehung zu den eigenen Kindern den Älteren die Lebenswelt der Jüngeren näherbringt und damit eine positivere Bewertung der jüngeren Generation einhergeht (vgl. Kapitel 14 und 15). Dabei spielt nicht die Existenz von Kindern eine wichtige Rolle, sondern die Enge der Beziehung zwischen den Familiengenerationen. Enge familiäre Generationenbeziehungen wirken sich positiv auf die Einstellungen zu dem abstrakteren Verhältnis von Alt und Jung aus. Diese Ergebnisse zeigen, dass nicht die Existenz von Kindern die Einstellungen beeinflusst, sondern die Beziehungsebene

zu den eigenen Kindern. Anscheinend können also Erfahrungen mit anderen Generationen die Einschätzung des Generationenverhältnisses verbessern, vorausgesetzt es handelt sich um eine enge Beziehung. Wenn es das Ziel ist, das Verhältnis von Alt und Jung zu stärken, dann sollte der intergenerationale Austausch (auch außerhalb der Familie) gefördert werden, da dieser die Einstellungen gegenüber den anderen Generationen positiv beeinflusst.

Literatur

- Blome, A., Keck, W., & Alber, J. (2008). *Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat. Lebensbedingungen und Einstellungen von Altersgruppen im internationalen Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goerres, A., & Prinzen, K. (2014). Die Sicht der Bürgerinnen und Bürger auf Sozialstaat und Generationenverhältnisse in einer alternden Gesellschaft. Eine Analyse von Gruppendiskussionen. *Zeitschrift für Sozialreform*, 60(1), 83-107.
- Goerres, A., & Tepe, M. (2010). Age-based self-interest, intergenerational solidarity and the welfare state: A comparative analysis of older people's attitudes towards public childcare in 12 OECD countries. *European Journal of Political Research*, 49(6), 818-851. doi: 10.1111/j.1475-6765.2010.01920.x.
- Hess, D., Scholz, J., & Smid, M. (1997). *Umfrage zum gegenseitigen Bild der Generationen*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Hollfelder, T. (2012). Konfliktpotenziale zwischen Alt und Jung im deutschen Wohlfahrtsstaat: Eine quantitative Analyse des European Social Survey (ESS). *Journal für Generationengerechtigkeit*, 12(1), 17-30.
- Kolland, F. (2006). Streit der Generationen? Altern im Feld von Generationenbeziehung und Generationenverhältnis. *Journal für Psychologie*, 14(2), 205-226.
- Szydlík, M. (1996). Parent-Child relations in East and West Germany shortly after the fall of the Wall. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 16(12), 63-88. doi: 10.1108/eb013286.
- Szydlík, M., & Schupp, J. (1998). Stabilität und Wandel von Generationenbeziehungen. *Zeitschrift für Soziologie*, 27(4), 297-315.
- Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., & von Kondratowitz, H.-J. (2000). *Inter-generational cohesion in the face of demografic change, with particular focus on individual and familial factors and their relation to societal development. Preparatory expertise for the International Plan of Action on Ageing 2002*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Wasmer, M., & Koch, A. (2000). Ausländer als Bürger 2. Klasse? Einstellungen zur rechtlichen Gleichstellung von Ausländern. In: R. Alba, P. Schmidt & M. Wasmer (Hrsg.) *Deutsche und Ausländer: Freunde, Fremde oder Feinde? Empirische Befunde und theoretische Erklärungen* (S. 255-293). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wilkoszewski, H. (2012). Demografie und sozialpolitische Einstellungen: Was sagt die Empirie zu einer möglichen Konfliktlinie Alter? *Journal für Generationengerechtigkeit*, 12(1), 30-40.

24 Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund

Daniela Klaus & Helen Baykara-Krumme

Kernaussagen

Die 40- bis 85-Jährigen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe, die sich in unterschiedlichem Ausmaß von Personen ohne Migrationshintergrund unterscheiden: Zugewanderte aus den Ländern Asiens, Afrikas, Lateinamerikas, des Mittleren und Nahen Ostens und anderen nicht-westlichen Ländern außerhalb der EU sowie frühere Arbeitsmigrantinnen und -migranten und (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler unterscheiden sich am stärksten von Personen ohne Migrationshintergrund. Hingegen sind Zugewanderte aus westlichen Ländern, der Europäischen Union sowie Angehörige der zweiten Generation denjenigen ohne Migrationshintergrund vergleichsweise ähnlich.

Personen mit Migrationshintergrund sind sozioökonomisch schlechter gestellt als Personen ohne Migrationshintergrund: Während die Armutsquote unter Personen ohne Migrationshintergrund bei 9,7 Prozent liegt, fällt sie unter den Arbeitsmigrantinnen und -migranten (37,1 Prozent) und den Zugewanderten aus den Ländern Asiens, Afrikas, Lateinamerikas, des Mittleren und Nahen Ostens und anderen nicht-westlichen Ländern außerhalb der EU (40,5 Prozent) deutlich höher aus.

Die vergleichsweise schlechtere allgemeine Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund zeigt sich vor allem bei den Arbeitsmigrantinnen und -migranten: Arbeitsmigrantinnen und -migranten weisen zu 38,1 Prozent funktionale Einschränkungen auf gegenüber 24,4 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund. Während 40,4 Prozent dieser Migrantengruppe von mindestens leichten depressiven Symptomen berichten, sind es nur 26,8 Prozent bei den Personen ohne Migrationshintergrund.

Ko-Residenz mit erwachsenen Kindern ist unter Arbeitsmigrantinnen und -migranten und Zugewanderten aus Afrika, Asien, Lateinamerika, dem Mittleren und Nahen Osten sowie weiteren Nicht-EU-Ländern am weitesten verbreitet: Arbeitsmigrantinnen und -migranten wohnen am häufigsten mit ihren erwachsenen Kindern zusammen (49,0 Prozent) – anders als Eltern ohne Migrationshintergrund (23,3 Prozent) und Angehörige der zweiten Generation (20,5 Prozent).

Migrantinnen und Migranten üben seltener ein Ehrenamt aus als Personen ohne Migrationshintergrund und Angehörige der zweiten Generation: Vor allem Arbeitsmigrantinnen und -migranten (3,3 Prozent) sind im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund (20,9 Prozent) und Angehörigen der zweiten Generation (16,7 Prozent) seltener ehrenamtlich engagiert.

24.1 Einleitung

Knapp 15 Prozent der Personen in der zweiten Lebenshälfte (40- bis 85-Jährige) haben einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2015). Eingewanderte und ihre Nachkommen sind insgesamt noch deutlich jünger als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, doch bereits seit einigen Jahren erfahren sie eine „überproportionale demographische Alterung“ (Zeman 2005: 23)¹ – eine Entwicklung, die sich zukünftig fortsetzen wird, vor allem weil klassische Zuwanderergruppen der Nachkriegszeit ins Renten- und zunehmend auch ins hohe Alter kommen.

Die Forschung belegt eine anhaltende strukturelle Schlechterstellung von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, die sich im Alter in der Ausstattung mit finanziellen Ressourcen, in den Wohnverhältnissen und im Gesundheitszustand negativ niederschlägt (Baykara-Krumme, Motel-Klingebiel, & Schimany 2012; BMFSFJ 2005; Schimany, Rühl, & Kohls 2012; Schopf & Naegele 2005; Heinrich-Böll-Stiftung 2012). Allerdings ist bislang wenig darüber bekannt, welche Gruppen von älteren Personen mit Migrationshintergrund besonders benachteiligt sind. Das liegt vor allem daran, dass für die Beschreibung der Lebenssituation Älterer mit Migrationshintergrund bis in die 1990er Jahre lediglich kleinere, auf spezielle Zuwanderungsgruppen beschränkte Studien zur Verfügung standen (Baykara-Krumme & Hoff 2006). Zudem wurde in der amtlichen Statistik (Melde- und Ausländerregister) wie auch im Mikrozensus lange Zeit nur zwischen Ausländern und Deutschen unterschieden. In den letzten Jahren hat sich die Datenlage etwas verbessert, insbesondere mit der Unterscheidung nach Migrationshintergrund infolge des 2005 in Kraft getretenen Zuwanderungsgesetzes. Doch nach wie vor sind einer differenzierten Beschreibung insofern Grenzen gesetzt, als einzelne Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund in deutschlandweit repräsentativen Surveys wie dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) oder dem Generations and Gender Survey (GGG) nur über wenige Fallzahlen vertreten sind. Das trifft umso stärker zu, wenn man nur für einen bestimmten Ausschnitt der Bevölkerung – wie ältere Personen – Aussagen treffen will. Am umfangreichsten wurden bislang die beiden klassischen Zuwanderergruppen in Deutschland untersucht: Arbeitsmigrantinnen und -migranten (und hier insbesondere Türkeistämmige) sowie (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler.

(1) Die *früheren Arbeitsmigrantinnen und -migranten und ihre Familien* sind zwischen dem ersten Anwerbeabkommen mit Italien (1955) und dem Anwerbestopp (1973) beziehungsweise im Zuge des Familiennachzuges vor allem aus den Mittelmeerländern nach Deutschland gekommen. Zwar sind von den 9,6 Millionen zwischen 1955 und 1973 zugewanderten ausländischen Staatsangehörigen 5,7 Millionen wieder ausgewandert (Schimany & Baykara-Krumme 2012), doch viele sind geblieben und leben inzwischen durchschnittlich seit fast 45 Jahren in Deutschland. Viele von ihnen pendeln heute (saisonal) zwischen ihrem Herkunftsland und Deutschland. Laut Mikrozensus 2013 machen Personen aus diesen Anwerbeländern, die bis zum Anwerbestopp zugewandert sind, in der Bevölkerung zwischen 40 und 85 Jahren mit Migrationshintergrund etwa 13 Prozent aus (Statistisches Bundesamt 2015).

(2) Die *(Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler* sind seit 1950 als deutsche Volkszugehörige aus Osteuropa (vor allem Polen und Rumänien) und verstärkt seit Mitte der 1980er infolge der

¹ Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören in Anlehnung an die Definition des Statistischen Bundesamtes alle Personen, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewandert sind sowie alle in Deutschland Geborenen, die selbst eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen oder von denen mindestens ein Elternteil zugewandert ist oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt.

politischen Umbrüche vor allem aus der ehemaligen Sowjetunion gekommen. Sie sind mit etwa 4,5 Millionen die größte Zuwanderungsgruppe in Deutschland (Vogel 2012) und leben im Mittel seit etwa 25 Jahren in Deutschland (Hoffmann & Romeu Gordo 2016). Im Gegensatz zu den Arbeitsmigrantinnen und -migranten reisten sie von vornherein im Familienverband ein und mit der Absicht in Deutschland zu bleiben. Laut Mikrozensus 2013 machen sie unter den 40- bis 85-jährigen Personen mit Migrationshintergrund etwa 29 Prozent aus (Statistisches Bundesamt 2015).

Kaum erforscht ist die große Gruppe der übrigen Personen mit Migrationshintergrund, die sich als sehr heterogen und damit schwer fassbar darstellt. Diese Personen unterscheiden sich nach Herkunft, nach Wanderungserfahrung und -motiven sowie nach Einreisebedingungen. Basierend auf der Herkunftsregion und damit implizierten Merkmalen zur Ressourcenausstattung sowie (rechtlichen) Aufenthalts- und Lebensbedingungen in Deutschland sind mindestens zwei weitere Gruppen von Zuwanderern zu unterscheiden:

(3) Zunächst gibt es die Gruppe der *Migrantinnen und Migranten aus westlichen Ländern beziehungsweise Ländern der Europäischen Union (EU)*, die weder als klassische Arbeitsmigrantinnen und -migranten noch als (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler nach Deutschland gekommen sind. Der Großteil der Zuzüge der letzten Jahre erfolgte aus Ländern, die im Jahr 2014 Teil der EU sind (Thum, Delkic, Kemnitz, Kluge, Marquardt, Motzek, Nagl, & Zwerschke 2015). Zuwandererinnen und Zuwanderer aus der EU, dem europäischen Wirtschaftsraum (EWR; Island, Liechtenstein, Norwegen) und der Schweiz sind ab 2004 vermehrt im Rahmen des Freizügigkeitsgesetzes nach Deutschland gekommen. Aufgrund ihrer Herkunft dürfte ihnen, wie auch den Zugewanderten aus anderen westlichen Industriestaaten (wie USA oder Australien) eine vergleichsweise gute sozioökonomische Ausstattung gemein sein sowie ein Aufenthaltsstatus, der eine gute Eingliederung in den deutschen Arbeitsmarkt ermöglicht.

(4) Es verbleiben *Migrantinnen und Migranten aus Ländern bislang unberücksichtigter Regionen (Asien, Afrika, Lateinamerika, Naher und Mittlerer Osten) sowie aus Ländern Europas, die nicht dem Freizügigkeitsgesetz unterliegen*. Mit Blick auf Aufenthaltsstatus, kulturelle Herkunft und Ressourcenausstattung ist für diese Gruppe von einer vergleichsweise großen Heterogenität auszugehen. Das betrifft ebenso ihre Migrationsmotivation beziehungsweise rechtlichen Möglichkeiten der Einwanderung aus diesen sogenannten Drittländern (Thum et al. 2015): Es ist anzunehmen, dass nur ein geringer Prozentsatz zu Erwerbs- oder Studienzwecken eingereist ist, während der Großteil als nachgezogene Familienangehörige oder Flüchtlinge nach Deutschland gekommen ist.

(5) Aufgrund Deutschlands relativ junger Einwanderungsgeschichte ist der Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der zweiten Lebenshälfte noch selbst zugewandert. Von ihnen zu unterscheiden sind die Nachkommen aus Einwandererfamilien. In der migrationssoziologischen Forschung werden sie üblicherweise als *zweite Generation* bezeichnet und umfassen diejenigen, die als Kinder von Zugewanderten in Deutschland geboren wurden oder im frühen Kindesalter mit ihren Eltern eingereist sind. Charakteristisch für sie ist, dass sie vollständig oder größtenteils in Deutschland sozialisiert wurden. Angehörige dieser Gruppe erreichen inzwischen zunehmend ihre zweite Lebenshälfte.

Da sich die bisherige Forschung vor allem Arbeitsmigrantinnen und -migranten und (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedlern gewidmet hat, ist über die Lebensumstände älterer und alter Personen aus diesen beiden Gruppen am meisten bekannt. Dabei wurden im Wesentlichen

drei große Dimensionen betrachtet: sozioökonomische Ausstattung, Gesundheit und soziale Einbettung und Partizipation.

Sozioökonomische Ausstattung: Im Jahr 2005 schloss der Sechste Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Deutscher Bundestag 2005) unter anderem mit der Prognose, dass ältere Migrantinnen und Migranten diejenigen sind, die in Zukunft am stärksten von Armut betroffen sein werden. Bereits zu dieser Zeit gab es Hinweise für eine finanzielle und materielle Schlechterstellung von älteren Ausländerinnen und Ausländern, an deren benachteiligter Situation sich bis heute wenig geändert hat: Im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund desselben Alters beziehen sie geringere Einkommen, leben häufiger von sozialstaatlichen Transferzahlungen, verfügen über kleinere Vermögen, weisen eine höhere Armutsquote auf, verfügen seltener über Wohneigentum und über weniger Wohnraum pro Person (Baykara-Krumme & Hoff 2006; Menning & Hoffmann 2009; Mika & Tucci 2006; Özcan & Seifert 2006; Tucci 2012; Tucci & Yıldız 2012). In der Folge sind sie deutlich unzufriedener mit ihrer finanziellen Lage beziehungsweise Absicherung (Hubert, Althammer, & Korucu-Rieger 2009; Özcan & Seifert 2006) und haben ein niedrigeres subjektives Wohlbefinden (Baykara-Krumme & Hoff 2006).

Wichtige Ursachen hierfür sind die geringe berufliche Qualifikation beziehungsweise die Nichtanerkennung ausländischer Abschlüsse, die niedrige berufliche Position und – daran anknüpfend – das geringe Lohnniveau sowie nachteilige Erwerbsbiografien. Dabei bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Migrantengruppen, die sich letztlich in einer starken Heterogenität der Wirtschaftslage im Rentenalter niederschlagen (Frick, Grabka, Groh-Samberg, Hertel, Tucci, & Fries 2009; Romeu Gordo 2012; Tucci 2012). So haben Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien die niedrigsten Renteneinkommen, weil sie überwiegend als ungelernte Arbeitskräfte für den industriellen Sektor angeworben wurden und dort später im Zuge der De-Industrialisierung am stärksten vom Arbeitsplatzabbau betroffen waren. Neben einem relativ späten Beginn der Einzahlungen in die Rentenversicherung führten die aufgrund der unterprivilegierten Berufsposition unterdurchschnittlichen Beitragszahlungen zu den niedrigen Altersrenten. Dagegen haben (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler höhere Ausbildungsabschlüsse, wenngleich sie aufgrund fehlender Anerkennung häufig eine berufliche Deklassierung auf dem deutschen Arbeitsmarkt erfahren haben (Greif, Grediga, & Janikowski 2003). Doch sie erhielten bei ihrer Einwanderung umgehend die deutsche Staatsbürgerschaft, und diverse Eingliederungsprogramme wie Sprachkurse erhöhten ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Vor allem erlaubt ihnen das Fremdrentengesetz, im Heimatland erworbene Rentenansprüche in Deutschland geltend zu machen – bis 1992 in vollem Umfang und unter Einschluss mitziehender Angehöriger (Baumann & Mika 2012). Offenbar verfügen sie auch häufiger über Wohneigentum in Deutschland als Arbeitsmigrantinnen und -migranten, nicht zuletzt weil sie häufiger in ländlichen Regionen mit einem günstigeren Wohnungsmarkt wohnen.

Gesundheit: Vergleichende Mortalitätsraten haben wiederholt gezeigt, dass Migrantinnen und Migranten im Allgemeinen eine geringere Sterblichkeit aufweisen als die einheimische Bevölkerung. Diese als ‚Healthy-migrant Effekt‘ bezeichnete Selektion wird dadurch hervorgerufen, dass typischerweise die Gesundesten ihr Heimatland verlassen (Höhne & Schubert 2007). Allerdings hebt sich dieser Vorteil mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland und zunehmendem Alter auf beziehungsweise kehrt sich sogar für bestimmte Migrantengruppen um (Kohls 2012; Menning & Hoffmann 2009): Vor allem alte Arbeitsmigrantinnen beziehungsweise -migranten weisen ein hohes Sterberisiko auf. Das deutet sich bereits in hohen Raten von Frühverrentung und Erwerbsminderung unter den

türkeistämmigen Arbeitsmigranten infolge körperlich anstrengender Arbeiten im industriellen Sektor an (Olbermann 2012).

Es ist belegt, dass ältere Personen mit Migrationshintergrund insgesamt häufiger und früher von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind als Personen ohne Migrationshintergrund – das gilt sowohl für physische wie auch psychische Erkrankungen und schlägt sich letztlich in einer schlechteren subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes nieder (Sahyazici & Huxhold 2012; Olbermann 2012; Schopf & Naegele 2005). Diese Schlechterstellung muss – dem *Lifecourse Epidemiology Model* (Spallek & Razum 2008) folgend – konzeptionell als Resultat der Situation im Herkunftsland, des Migrationsereignisses und der Bedingungen im Aufnahmeland betrachtet werden. Zu vergleichsweise schlechterer Gesundheit im Alter tragen so neben möglichen herkunftsbedingten Nachteilen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten (BMFSFJ 2005), diskriminierende Erfahrungen auf dem deutschen Arbeits- und Wohnungsmarkt, schlechter Zugang zu sozioökonomischen Ressourcen und (unter anderem sprachlich bedingte) Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen wie Prävention und Rehabilitation (Brzoska & Razum 2015) bei. Vor allem der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit ist teilweise so stark (Kunst, Bos, Lahelma, Bartley, Lissau, Regidor, Mielck, Cardano, Dalstra, Geurts, Helmert, Lennartsson, Ramm, Spadea, Stronegger, & Mackenbach 2005), dass Gruppenunterschiede allein hierdurch erklärt werden können (Sahyazici & Huxhold 2012). Vor allem Migrantinnen und Migranten der ersten Generation weisen im Alter Gesundheitsdefizite auf, und hier vor allem die klassischen Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter als Folge ihrer schlechteren Arbeits- und Lebensbedingungen.

Soziale Einbindung und Partizipation: Trotz sozioökonomischer und gesundheitlicher Benachteiligung sind ältere Personen mit Migrationshintergrund gut in soziale und vor allem familiäre Netzwerke eingebunden – zum Teil sogar stärker als Personen gleichen Alters ohne Migrationshintergrund (Baykara-Krumme 2008b, 2008a; Baykara-Krumme & Hoff 2006; Carnein & Baykara-Krumme 2013; Dietzel-Papakyriakou 2005; Dietzel-Papakyriakou & Olbermann 1996; Hubert et al. 2009; Vogel 2012; Steinbach 2013). Das liegt auch darin begründet, dass viele Migrantinnen und Migranten aus stärker familialistisch und kollektivistisch geprägten Kulturkreisen stammen, die den familialen Zusammenhalt sehr viel stärker betonen als die deutsche Bevölkerung – nicht zuletzt auch aus ökonomischer Notwendigkeit heraus. Dieser Unterschied kann sich infolge der Migrationserfahrung verstärken, um mithilfe intensiver Generationenbeziehungen in der neuen Umgebung besser zurecht zu kommen (Baykara-Krumme, Klaus, & Steinbach 2011). Familien- oder Kettenmigration – die vor allem für die beiden größten Zuwanderergruppen charakteristisch sind – sind hierbei hilfreich.

Ältere Personen mit Migrationshintergrund leben im Durchschnitt seltener allein, in größeren Haushalten und häufiger zusammen mit erwachsenen Kindern als Personen ohne Migrationshintergrund. Sie unterhalten enge Familien- und Verwandtschaftsbeziehungen – oft auch dann, wenn eine Generation weit entfernt oder gar im Ausland lebt. Für die in der Literatur diskutierte Konfliktthese zwischen den Generationen (Baykara-Krumme et al. 2011) – begründet durch die räumliche Distanz infolge der Migration und ungleicher familienbezogener Erwartungen und Einstellungen – gibt es bislang kaum Hinweise. Vielmehr zeichnen sich die Beziehungen zwischen den Generationen durch ein hohes Unterstützungspotenzial aus und weisen ähnliche Transfermuster (vgl. Kapitel 16) wie die Generationenbeziehungen in Familien ohne Migrationshintergrund auf. Allerdings nimmt die mittlere Generation häufiger die Rolle von finanziellen Unterstützungsleistern in beide Richtungen ein – an Eltern (im Ausland) und

erwachsene Kinder (Baykara-Krumme & Hoff 2006) und zwischen den Migrantengruppen besteht eine durchaus große Heterogenität (Baykara-Krumme 2008b).

Daneben wird von weniger freiwilligem Engagement und Mitgliedschaften in Vereinen und Organisationen berichtet als für ältere Personen ohne Migrationshintergrund (Baykara-Krumme & Hoff 2006; Halm & Sauer 2007) – gleichzeitig aber engagieren sich ältere (vor allem türkeistämmige) Zuwandererinnen und Zuwanderer durchaus stark in religiösen Gruppen, Migrantenvereinen und ethnisch organisierten Selbsthilfenetzwerken, die Bedürfnisse nach Geselligkeit, Informationsaustausch und gegenseitiger Unterstützung befriedigen (Dietzel-Papakyriakou 2005; Halm & Sauer 2007; Huth 2012). Es tragen also sowohl die Familie als auch darüber hinaus gehende Zusammenschlüsse zur sozialen Einbettung der Älteren mit Migrationshintergrund bei und gewährleisten benötigte Hilfe. Dabei handelt es sich um weitgehend herkunftshomogene Gruppen, was im Alter einerseits durchaus positiv gesehen wird. Andererseits werden dadurch möglicherweise nicht alle Bedarfe abgedeckt.

Fragestellungen: In Anbetracht des bisherigen Forschungsstandes und basierend auf einem Konzept von Integration, das diese als „Mitgliedschaftswerdung und Angleichung der Lebensverhältnisse“ (Heckmann 2015: 82) begreift und im Ergebnis eine gleichberechtigte gesellschaftliche Mitgliedschaft impliziert, bei der ethnische Herkunft und Migrationshintergrund für die Ressourcenverteilung und die Strukturierung sozialer Beziehungen keine Rolle mehr spielen, lautet die leitende Fragestellung dieses Kapitels, wie es um die gesellschaftliche Teilhabe der Älteren ohne Migrationshintergrund im Vergleich zu quantitativ und inhaltlich relevanten Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund steht.

Diese Frage soll entlang der drei vorgestellten Dimensionen beantwortet werden. Allgemein wird angenommen, dass Ältere mit Migrationshintergrund gegenüber Personen gleichen Alters ohne Migrationshintergrund sozioökonomisch und gesundheitlich benachteiligt sind. Kaum Unterschiede sollten sich bezüglich der sozialen Einbindung und Partizipation zeigen.

Anhand einer differenzierten Betrachtung unterschiedlicher Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund soll gezeigt werden, welche Migrantengruppen besonders benachteiligt sind. Begründet durch eine vergleichbare Ausstattung mit sozioökonomischen Ressourcen und ähnlichem rechtlichen Status, wird vermutet, dass sich Migrantinnen und Migranten aus westlichen Industrienationen und Ländern der EU sowie Angehörige der zweiten Generation in ähnlichen Lebenssituationen befinden wie Personen ohne Migrationshintergrund. Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund könnten vor allem auf größere Differenzen zu den früheren Arbeitsmigrantinnen und -migranten zurückzuführen sein, deren Zuwanderungs- und Aufenthaltsbedingungen in Deutschland vergleichsweise ungünstig waren.

Zusammenfassend formuliert geht es um folgende Fragen:

1. Sind Personen in der zweiten Lebenshälfte mit Migrationshintergrund nach wie vor gegenüber der Mehrheitsgesellschaft sozioökonomisch benachteiligt? Welche Personengruppen mit Migrationshintergrund sind hiervon besonders betroffen?
2. Weisen Personen mit Migrationshintergrund weiterhin eine schlechtere Gesundheit auf als Personen ohne Migrationshintergrund und gibt es bedeutsame Geschlechtsunterschiede und Unterschiede zwischen den Migrantengruppen?
3. Genießen Personen mit Migrationshintergrund weiterhin eine hohe familiäre und soziale Einbindung oder gibt es Anzeichen für eine abnehmende Einbindung? Unterscheiden sich diesbezüglich die betrachteten Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund?

24.2 Datengrundlage

Daten. In der ersten Erhebung des Deutschen Alterssurveys (DEAS) im Jahr 1996 wurden nur Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit befragt und im Jahr 2002 wurde eine eigenständige Ausländerstichprobe realisiert. Erst ab 2008 bildet die in Privathaushalten lebende Wohnbevölkerung Deutschlands – unabhängig von der Staatsangehörigkeit – die Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung des DEAS (vgl. Kapitel 2). Entsprechend sind in den Erhebungen 2008 und 2014 Personen mit Migrationshintergrund grundsätzlich Teil der Stichprobe. Auch erst in diesen beiden Erhebungsjahren werden ausreichend Informationen zur Feststellung des Migrationshintergrundes erhoben. Gleichwohl sind die Fallzahlen von Personen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Erhebungen relativ gering. Entsprechend werden für die folgenden Analysen die Querschnittstichproben von 2008 und 2014 zusammengespielt. Auf diese Weise ist es nun erstmals möglich, die Lebenssituationen der Menschen mit Migrationshintergrund in der zweiten Lebenshälfte abzubilden. Befragt werden Personen zwischen 40 und 85 Jahren. Grundlage für alle hier verwendeten Indikatoren bilden die Daten, die im Rahmen eines mündlichen Interviews erhoben wurden.

Gruppen von Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Zur Identifikation des Migrationshintergrundes erfragt der DEAS (1) den Geburtsort, (2) das Land, in dem die Kindheit und Jugend bis zum 16. Lebensjahr überwiegend verbracht wurde, (3) die aktuelle Staatsangehörigkeit, (4) das Jahr der Einbürgerung sowie (5) das Einreisejahr. Auf dieser Basis werden die Befragten einer der folgenden Gruppen zugeordnet:

Ehemalige Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie nachgezogene Ehepartnerinnen und -partner: In diese Gruppe fallen Befragte, die den Großteil ihrer Kindheit in den Anwerbeländern der Mittelmeerregion verbracht haben (vor allem Türkei, ehemaliges Jugoslawien, Griechenland, Italien, Spanien und Portugal). Hier werden nur Personen berücksichtigt, die zwischen dem ersten Abwerbeabkommen 1955 und dem weitgehend abgeschlossenen Familiennachzug 1979 (Meier-Braun 2002) nach Deutschland eingereist sind. Es zeigt sich, dass etwa ein Drittel (31,3 Prozent) von ihnen inzwischen eingebürgert ist. Weitere häufig vertretene (zweite) Staatsbürgerschaften entsprechen den bekannten Herkunftsländern (Italien/Griechenland: 24,9 Prozent; Türkei: 23,1 Prozent; Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens: 13,6 Prozent).

(Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler mit Ehepartnerinnen und -partnern: Als Angehörige dieser Gruppen gelten Befragte mit deutscher Staatsbürgerschaft, die aus früheren Ostgebieten stammen oder aus Ländern mit deutschstämmigen Bevölkerungsgruppen (ehemalige Sowjetunion, Polen, Rumänien, Ungarn) und die nach 1950 zugewandert sind. Hier werden nur Einwanderungen bis 2006 berücksichtigt, da die Zuwanderung von Spät-Aussiedlerinnen und Spät-Aussiedlern danach in keinem nennenswerten Umfang mehr stattfand.

Migrantinnen und Migranten aus westlichen und EU-Ländern: Hier werden Personen zusammengefasst, die keiner der beiden obigen Gruppen angehören, aber den Großteil ihrer Kindheit in einem Land der Europäischen Union oder einem anderen westlichen Industrieland (Kanada, USA, Australien, Schweiz, Norwegen, Liechtenstein) verbracht haben. Ihre Zuordnung erfolgt unabhängig von der Staatsangehörigkeit, wobei sich zeigt, dass nur ein geringer Teil von ihnen eingebürgert ist (8,9 Prozent). Die große Mehrheit besitzt die Staatsbürgerschaft eines EU-Landes. Während 30,4 Prozent Staatsangehörige eines Landes sind, das erst nach 2004 der EU beigetreten ist, stammen 54,5 Prozent aus den alten EU-Ländern.

Sonstige Migrantinnen und Migranten: Angehörige dieser Gruppe sind keiner anderen bereits definierten Migrantengruppe zugeordnet. Diese Gruppe ist hinsichtlich der regionalen Herkunft ihrer Mitglieder, ihrem kulturellen Hintergrund sowie ihrer Ressourcenausstattung sehr heterogen zusammengesetzt. Hier finden sich Zugewanderte, die aus verschiedenen Ländern Afrikas, Asiens, Lateinamerikas, des Nahen oder Mittleren Ostens stammen oder ihre Kindheit in einem europäischen Land verbracht haben, das weder zur EU noch zum EWR gehört. Viele von ihnen sind bereits eingebürgert (36,0 Prozent). Weitere häufig vertretene Staatsbürgerschaften verweisen auf typische Herkunftsregionen: Türkei (18,7 Prozent), Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (11,7 Prozent) und der ehemaligen Sowjetunion (14,1 Prozent). Zugewanderte aus diesen Ländern sind weder als klassische Arbeitsmigrantinnen und -migranten nach Deutschland gekommen noch im Rahmen der (Spät-)Aussiedlereinwanderung. Weitere 20,4 Prozent besitzen die Staatsangehörigkeit eines nicht-westlichen Landes außerhalb der EU-Grenzen.

Zweite Generation: Zu dieser Gruppe zählen Nachkommen von Zugewanderten, die entweder in Deutschland geboren wurden oder die im Ausland geboren wurden, aber den Großteil ihrer Kindheit in Deutschland verbracht haben. Da erst ab der Befragung im Jahr 2014 Informationen zur Herkunft der Eltern erfasst werden, können in Deutschland geborene Nachkommen von Zugewanderten nur dann als solche identifiziert werden, wenn sie zum Befragungszeitpunkt (noch) keine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen oder erst nach ihrer Geburt eingebürgert wurden.² Auch hier ist eine große Heterogenität der Angehörigen dieser Gruppe anzunehmen, die sich allerdings insofern ähneln, als sie (fast) ihr gesamtes Leben in Deutschland verbracht haben. Es zeigt sich entsprechend, dass die Mehrheit die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt (73,3 Prozent). Weitere Staatsangehörigkeiten verweisen vor allem auf eine türkische (6,7 Prozent) und westeuropäische Herkunft (15,1 Prozent).

Als Personen ohne Migrationshintergrund gelten Befragte, die auf dem Gebiet des heutigen Deutschlands geboren wurden und seit ihrer Geburt die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen oder vor 1950 zugezogen sind.

In Tabelle 24-1 sind die Befragtenzahlen pro Gruppe sowie die gewichteten Stichprobenanteile zusammengestellt – getrennt für 2008 und 2014. Personen mit Migrationshintergrund machen jeweils etwa zehn Prozent der Stichprobe aus, was eine Unterschätzung gegenüber ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung der entsprechenden Altersgruppe bedeutet, der 15 Prozent beträgt (vgl. Kapitel 2). Etwa ein Prozent der Personen kann aufgrund fehlender oder widersprüchlicher Angaben keiner der inhaltlich definierten Gruppen zugeordnet werden. Diese Fälle bleiben in den deskriptiven Analysen unberücksichtigt. (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler sowie Angehörige der zweiten Generation bilden die stärksten Gruppen unter denjenigen mit Migrationshintergrund: Das ist durch ihren Anteil in der Bevölkerung dieses Alters begründet beziehungsweise verweist auf ihre vergleichsweise besseren Deutschkenntnisse, die bei der Durchführung der ausschließlich deutschsprachigen Interviews notwendig waren.

² Personen, die als Kinder eingebürgerter Migrantinnen und Migranten bereits von Geburt an die deutsche Staatsbürgerschaft haben, können aufgrund fehlender Informationen nicht identifiziert werden. Sie werden fälschlicherweise den Personen ohne Migrationshintergrund zugeordnet. In den hier betrachteten Geburtskohorten dürfte dieser Fehler jedoch minimal sein.

Tabelle 24-1: Verteilung von Personen mit und ohne Migrationshintergrund, in den Jahren 2008 und 2014 (absolut, in Prozent)

	2008		2014		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Ohne Migrationshintergrund	5.676	90,2	5.508	90,0	11.184	90,1
Mit Migrationshintergrund						
ArbeitsmigrantInnen	57	1,1	50	0,9	107	1,0
(Spät-)AussiedlerInnen	159	2,9	150	2,9	309	2,9
MigrantInnen aus westlichen und EU-Ländern	58	1,2	76	1,6	134	1,4
Sonstige MigrantInnen	73	1,6	77	1,8	150	1,7
Zweite Generation	129	2,0	120	2,4	249	2,2
Unbekannt	53	0,9	21	0,4	74	0,7
Gesamt	6.205	100,0	6.002	100,0	12.207	100,0

Quelle: DEAS 2008 und 2014 (n = 12.207), gewichtet, gerundete Angaben.

Tabelle 24-2 zeigt die demografische Zusammensetzung der Gruppen. Personen der zweiten Lebenshälfte mit Migrationshintergrund unterscheiden sich von denen ohne Migrationshintergrund und die einzelnen Migrantengruppen setzen sich unterschiedlich zusammen. Arbeitsmigrantinnen und -migranten und (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler sind vergleichsweise älter als Personen ohne Migrationshintergrund, während andere Zugewanderte sowie Angehörige der zweiten Generation deutlich jünger sind. Teilweise als Folge der unterschiedlichen Altersstruktur, vor allem aber begründet durch die jeweils unterschiedliche Migrationsgeschichte, unterscheiden sich die Gruppen deutlich in ihrer Aufenthaltsdauer in Deutschland: Mit Abstand am längsten leben Arbeitsmigrantinnen und -migranten in Deutschland (40,6 Jahre). Für (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler zeigt sich der bekannte Frauenüberschuss und unter den Arbeitsmigrantinnen und -migranten ein größerer Anteil von Männern (Schopf & Naegele 2005). Migrantinnen und Migranten aus westlichen Ländern und der EU sind mehrheitlich Frauen, während das Geschlechterverhältnis in den verbleibenden Gruppen recht ausgeglichen ist.

Tabelle 24-2: Alters- und Geschlechterverteilung sowie Aufenthaltsdauer in Deutschland von Personen mit und ohne Migrationshintergrund, in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent)

	Altersgruppe			Aufent- haltsdauer (in Jahren)	Männer- anteil
	40-54 Jahre	55-69 Jahre	70-85 Jahre		
Ohne Migrationshintergrund	41,4	33,5	25,1	--	48,4
Mit Migrationshintergrund	28,5	49,1	22,4	40,6	54,7
ArbeitsmigrantInnen	28,5	49,1	22,4	40,6	54,7
(Spät-)AussiedlerInnen	42,7	33,6	23,7	24,6	42,4
MigrantInnen aus westlichen und EU-Ländern	55,4	35,4	9,3	22,7	40,0
Sonstige MigrantInnen	76,1	18,2	5,7	20,7	53,4
Zweite Generation	51,7	35,8	12,5	--	50,9

Quelle: DEAS 2008 und 2014 (n = 12.133), gewichtet, gerundete Angaben.

Die zur Beschreibung der drei Dimensionen gesellschaftlicher Teilhabe herangezogenen Indikatoren wurden im Rahmen anderer Kapitel dieses Berichtsbandes entwickelt und verwendet.

Zur Abbildung der sozioökonomischen Lage werden die Armutsquote, der Anteil von Wohneigentümern sowie ein Indikator zur Schichtzugehörigkeit verwendet:

Armutsquote. Die Armutsquote basiert auf dem Äquivalenzeinkommen. Als arm gilt der Haushalt, dessen Einkommen unterhalb der 60-Prozent-Grenze des Medianeinkommens des jeweiligen Erhebungsjahres liegt (vgl. Kapitel 6).

Wohneigentum. Als Wohneigentümer werden diejenigen Befragten ausgewiesen, die angeben in einer Wohnung oder einem Haus zu leben, das ihnen selbst gehört (vgl. Kapitel 20).

Untere Sozialschicht. Diese Einstufung basiert auf einem Schichtindex, der die aktuelle oder die letzte berufliche Stellung zur Grundlage hat (in Anlehnung an Mayer & Wagner 1999; vgl. auch Kapitel 7). Bei Partnerlosen wird die berufliche Stellung der Befragten verwendet. Bei Befragten, die sich aktuell in einer Partnerschaft befinden, ist die jeweils höchste berufliche Stellung maßgebend. Als untere Sozialschicht gelten un- und angelernte Arbeiter, Teilfacharbeiter sowie selbstständige Landwirte mit einer genutzten Fläche unter 19 Hektar.

Drei Facetten von Gesundheit werden abgebildet:

Funktionale Einschränkungen. Diese Zuordnung basiert auf der Sub-Skala der körperlichen Funktionsfähigkeit des SF36. Als körperlich eingeschränkt gelten Personen, die leichte bis starke funktionale Einschränkungen berichten, also einen Mittelwert auf der genannten Skala aufweisen, der größer als 1,3 ist (vgl. Kapitel 8).

Depressive Symptome. Depressivität wird anhand einer Allgemeinen Depressivitätsskala gemessen (Hautzinger & Bailer 1993). Befragte haben demnach mindestens leichte depressive Symptome, wenn sie mehr als acht Punkte in dieser Skala aufweisen. Das trifft zu, wenn sie entweder für mehr als die Hälfte der Items angeben, unter den Symptomen mindestens „manchmal (ein bis zwei Tage lang)“ zu leiden oder wenn sie nur von einzelnen Symptomen, aber dafür häufiger betroffen sind (vgl. Kapitel 11).

Sportlich aktiv. Es wurde erhoben, wie häufig die Befragten verschiedene sportliche Aktivitäten wie Fußball spielen oder Schwimmen ausüben. Als aktiv werden Befragte eingestuft, die mindestens mehrmals wöchentlich Sport treiben (vgl. Kapitel 9).

Zur Abbildung der sozialen Einbindung und Partizipation finden folgende Indikatoren Verwendung:

Partnerschaft und Kinderzahl. Es wird betrachtet, ob der Befragte zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft lebt oder nicht. Zudem wird die Anzahl lebender Kinder berücksichtigt.

Intergenerationale Unterstützung. Um den Austausch zwischen Generationen zu beschreiben, wird zunächst die Ko-Residenz mit einem volljährigen Kind als besondere Form intergenerationaler Unterstützung berücksichtigt. Darüber hinaus werden die zwischen den Befragten und ihren außerhalb des Haushalts lebenden erwachsenen Kindern im Jahr vor der Befragung geleisteten Transfers von materieller (Geld- und Sachgeschenke) und instrumenteller Hilfe (Unterstützung im Haushalt) dargestellt (vgl. Kapitel 16).

Freizeitaktivitäten mit Freundinnen und Freunden. Für eine Reihe von Möglichkeiten der Freizeitgestaltung (wie spazieren gehen, Sport treiben, Gesellschaftsspiele) wird erfasst, wie

viele davon mit Freundinnen oder Freunden erfolgen. Der Indikator reicht von (0) ‚keine‘ bis (7) ‚alle‘ (vgl. Kapitel 17).

Ehrenamt. Dieser Indikator gibt an, ob sich eine Person mindestens in einer der in einer Liste vorgegebenen Organisation oder Gruppen ehrenamtlich engagiert (vgl. Kapitel 5).

Analyse. Die im Folgenden berichteten Gruppenmittelwerte und prozentualen Anteile geben nicht lediglich die in der Stichprobe vorliegende Verteilung an. Vielmehr wurden die Werte im Rahmen multivariater Zusammenhanganalysen geschätzt. Sie sind daher zum einen bezüglich Alter, Geschlecht und Landesteil an der Verteilung im Mikrozensus gewichtet. Zum anderen sind sie um Effekte, die sich aus der oben dargestellten gruppenspezifischen Verteilung nach Alter und Geschlecht ergeben, bereinigt. Die berichteten deskriptiven Werte beziehen sich daher jeweils auf eine hypothetische Person mittleren Alters, Geschlechts und Landesteils (vgl. Kapitel 2).

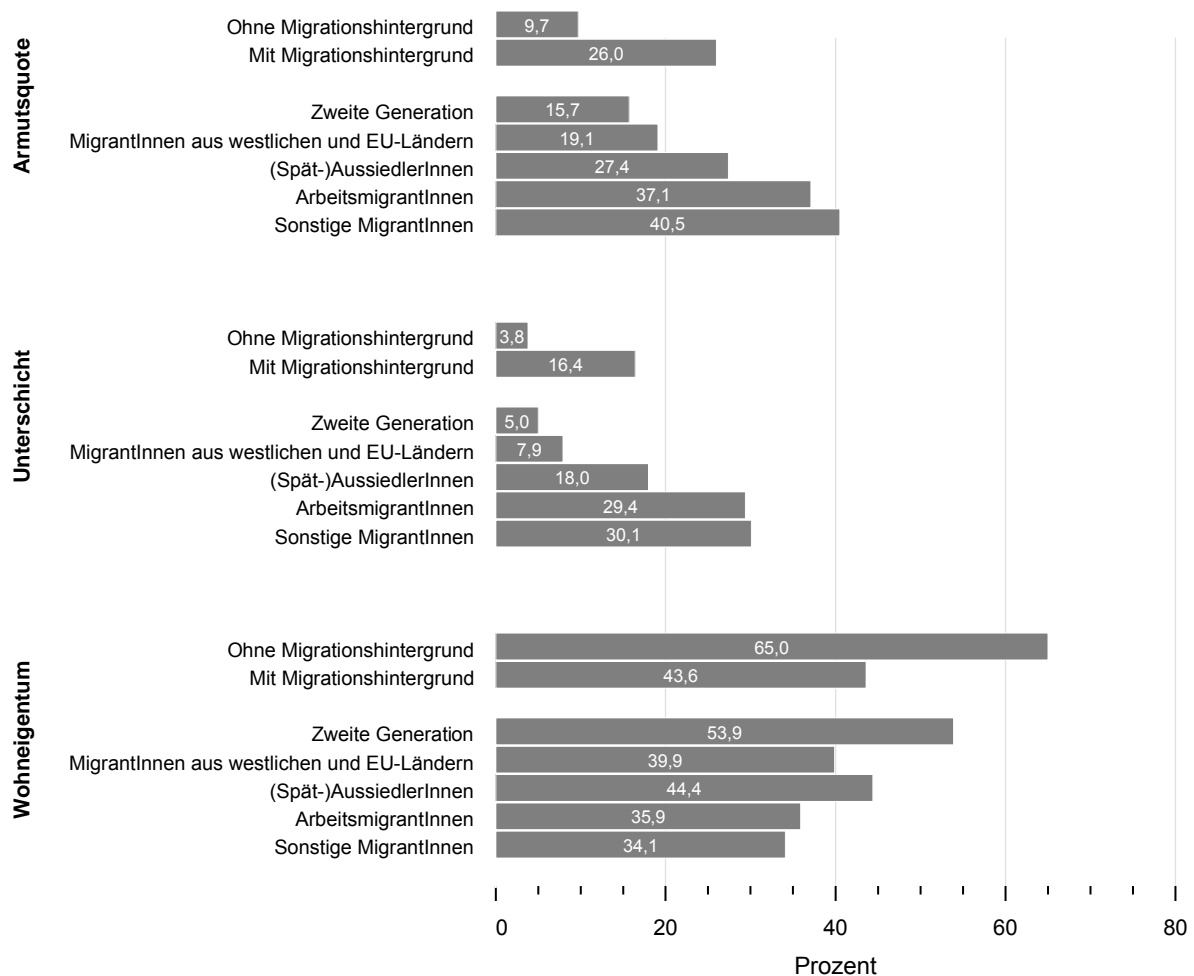
24.3 Sozioökonomische Ausstattung

Alle im Folgenden berichteten Ergebnisse bestätigen zunächst den vorliegenden Erkenntnisstand zur sozioökonomischen Ausstattung von Personen mit Migrationshintergrund in der zweiten Lebenshälfte – und das unter Kontrolle möglicher Einflüsse, die von gruppenspezifischer, demografischer Zusammensetzung ausgehen können.

Personen mit Migrationshintergrund sind sozioökonomisch schlechter gestellt als Personen ohne Migrationshintergrund.

So zeigt sich für sie durchweg eine signifikante Schlechterstellung gegenüber den Personen ohne Migrationshintergrund. Abbildung 24-1 belegt, dass sie deutlich häufiger von Armut betroffen sind (26,0 Prozent gegenüber 9,7 Prozent), seltener über selbst bewohntes Wohneigentum verfügen (43,6 Prozent gegenüber 65,0 Prozent) und deutlich häufiger der sozialen Unterschicht angehören (16,4 Prozent gegenüber 3,8 Prozent). Dabei ist von starken Zusammenhängen zwischen diesen drei betrachteten Indikatoren auszugehen: So befördert eine niedrige berufliche Stellung eine materielle Schlechterstellung, die wiederum die Chancen zum Erwerb von Wohneigentum herabsetzt. Darüber hinaus wird etwa ein Viertel des privaten Wohneigentums in Deutschland vererbt oder verschenkt (Wagner & Mulder 2000) – eine Option, die Zugewanderten kaum zur Verfügung steht.

Abbildung 24-1: Anteile der Personen unterhalb der Armutsgrenze, von Zugehörigen der sozialen Unterschicht und von Wohneigentümern, in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2008 und 2014; (n = 11.380 für Armutsquote; n = 11.924 für Unterschichtsquote; n = 12.129 für Wohneigentum), gewichtet und kontrolliert nach Alter, Geschlecht, Landesteil. Gerundete Angaben; ($p < ,05$). Alle Gruppen unterscheiden sich signifikant von den Personen ohne Migrationshintergrund mit Ausnahme der zweiten Generation in der Kategorie Unterschicht.

Die sozioökonomische Schlechterstellung betrifft vor allem frühere Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie Zugewanderte aus Ländern Afrikas, Asiens, Lateinamerikas, des Mittleren und Nahen Ostens sowie anderen Nicht-EU-Ländern.

Bezogen auf die beiden großen Zuwanderergruppen bestätigt sich ein zum Teil deutlicher Unterschied zwischen Arbeitsmigrantinnen und -migranten einerseits und (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedlern andererseits. Dabei wird deutlich, dass letztere materiell besser ausgestattet sind als erstere. Das Armutsrisiko von (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedlern ist geringer (27,4 Prozent) und sie verfügen zu einem größeren Anteil über Wohneigentum (44,4 Prozent) als frühere Arbeitsmigrantinnen und -migranten. Deren Armutsquote liegt bei 37,1 Prozent und sie bewohnen nur zu 35,9 Prozent Wohneigentum (unberücksichtigt hierbei ist mögliches Wohneigentum im Ausland). Diese materielle Diskrepanz dürfte nicht zuletzt der ungleichen Arbeitsmarktbeteiligung geschuldet sein. So sind (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler im Durchschnitt besser gebildet und qualifiziert als frühere Arbeitsmigrantinnen und -migranten und gehören somit seltener der sozialen Unterschicht an (18,0 Prozent gegenüber 29,4 Prozent).

Die weitere systematische Ausdifferenzierung der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund deckt zusätzliche Unterschiede auf. So sind Zugewanderte aus westlichen Industrienationen und Ländern der EU, aber auch die Nachkommen der Zugewanderten am besten gestellt. Allerdings unterscheiden sich beide Gruppen in ihrer Ausstattung mit sozioökonomischen Ressourcen noch fast durchweg signifikant von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Für die verbliebenen Migrantinnen und Migranten (aus Afrika, Asien, Lateinamerika, dem Mittleren und Nahen Osten sowie anderen Nicht-EU-Ländern) stellt sich die Situation am schlechtesten dar. Sie weisen durchweg die schlechtesten Quoten auf. Mehr als ein Drittel (40,5 Prozent) ist von Armut betroffen. 30,1 Prozent gehören zur Unterschicht, das heißt weisen eine niedrige berufliche Stellung auf und lediglich ein Drittel (34,1 Prozent) verfügt über Wohneigentum. Damit sind sie mindestens ebenso benachteiligt wie die früheren Arbeitsmigrantinnen und -migranten. Die Situation der früheren Arbeitsmigrantinnen und -migranten verschärft sich allerdings in der zweiten Lebenshälfte noch dadurch, dass sich Risiken des Lebens zu kumulieren scheinen, wie die nachfolgende Betrachtung des Gesundheitszustandes nahelegt.

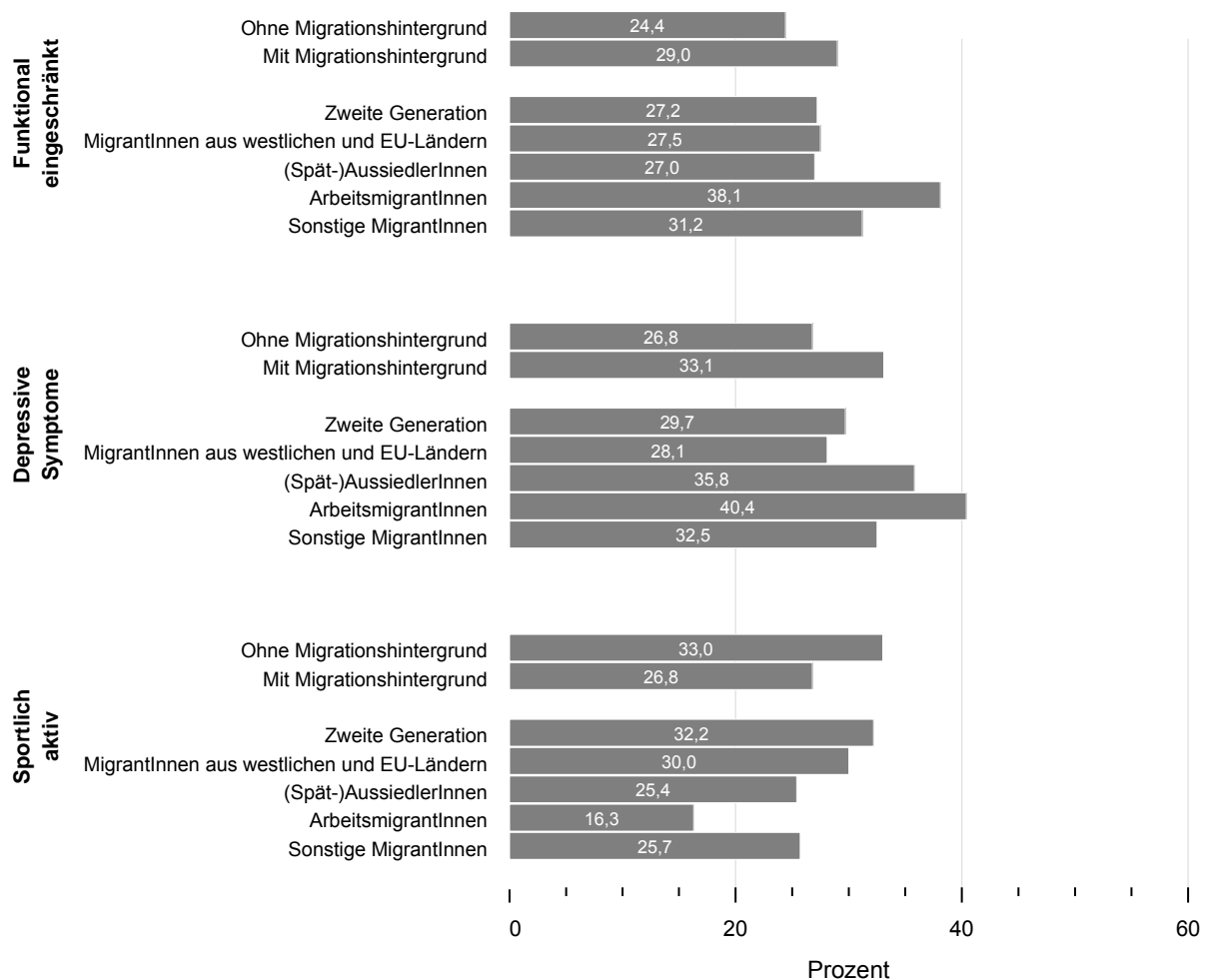
24.4 Gesundheit

Insgesamt unterscheiden sich Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund signifikant auf allen betrachteten Dimensionen der Gesundheit: körperlich, psychisch und im Gesundheitsverhalten. Allerdings deckt der differenzierte Vergleich nach Gruppen auf, dass dieser Unterschied lediglich auf spezifische Benachteiligungen bei bestimmten Migrantengruppen zurückgeht.

Die vergleichsweise schlechtere allgemeine Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund zeigt sich vor allem bei den Arbeitsmigrantinnen und -migranten.

Nur die (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler und mehr noch die Arbeitsmigrantinnen und -migranten weisen signifikant schlechtere Gesundheitswerte auf: So sind viele der Arbeitsmigrantinnen und -migranten in ihrer zweiten Lebenshälfte funktional eingeschränkt (38,1 Prozent), viele von ihnen zeigen depressive Symptome (40,4 Prozent) und nur 16,3 Prozent sind mehrmals pro Woche sportlich aktiv. Vor allem die körperlichen Defizite mögen Ausdruck beziehungsweise Folge der gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen sein, unter denen insbesondere die früheren Arbeitsmigrantinnen und -migranten erwerbstätig sind beziehungsweise waren. Nur etwas günstiger fallen die entsprechenden Werte für (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler aus. Vor allem weisen sie ähnlich hohe Anteile depressiver Symptomatik auf. Es finden sich bei 35,8 Prozent depressive Symptome gegenüber 26,8 Prozent unter den Personen ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede lassen sich nicht auf das durchschnittlich höhere Alter in diesen beiden Migrantengruppen zurückführen, da für das Alter (sowie Geschlecht und Landesteil), wie oben beschrieben, kontrolliert wurde. Es zeigt sich vielmehr, dass unter Konstanzhaltung dieser demografischen Merkmale alle anderen Gruppen mit Migrationshintergrund der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund viel stärker ähneln.

Abbildung 24-2: Anteile der Personen mit funktionalen Einschränkungen, mit depressiven Symptomen, und die mehrmals wöchentlich sportlich aktiv sind, in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2008 und 2014; n = 12.127 für funktionale Einschränkung; n = 11.863 für depressive Symptome; n = 12.128 für sportlich aktiv), gewichtet und kontrolliert nach Alter, Geschlecht, Landesteil. Gerundete Angaben; ($p < ,05$).
 Funktionale Einschränkungen: Signifikante Unterschiede nur zwischen Personen ohne Migrationshintergrund und Personen mit Migrationshintergrund insgesamt sowie ArbeitsmigrantInnen. Depressive Symptome: Signifikante Unterschiede nur zwischen Personen ohne Migrationshintergrund und Personen mit Migrationshintergrund insgesamt, ArbeitsmigrantInnen sowie (Spät-)AussiedlerInnen. Sportlich aktiv: Signifikante Unterschiede nur zwischen Personen ohne Migrationshintergrund und Personen mit Migrationshintergrund insgesamt, ArbeitsmigrantInnen sowie (Spät-)AussiedlerInnen.

Vor allem Männer mit Migrationshintergrund zeigen ein ungünstiges Gesundheitsverhalten und berichten eine schlechte Gesundheit.

Geschlechtsspezifische Betrachtungen belegen, dass der Gesundheitszustand von Männern schlechter ist als der von Frauen und sie ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten zeigen. Dieses Muster findet sich in allen Gruppen (ohne Abbildung).

24.5 Soziale Einbindung und Partizipation

Soziale Einbindung und Partizipation wird durch eine Reihe von sozialen Beziehungen gewährleistet. Mit zunehmendem Alter kommt dabei der Familie eine wachsende Bedeutung zu und hier vor allem den Beziehungen zwischen den Generationen. Generell ist der Anteil derer in

der zweiten Lebenshälfte, die in einer Ehe oder Partnerschaft leben hoch: Das trifft auf 81,5 Prozent der Personen ohne und 79,7 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund zu. Signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Migrantengruppen finden sich nicht. Allerdings haben Personen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt signifikant mehr Kinder (2,1) als Ältere ohne Migrationshintergrund (1,8). Dabei ist die durchschnittliche Kinderzahl vor allem unter den Arbeitsmigrantinnen und -migranten (2,2) und (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedlern (2,1) sowie unter den sonstigen Migrantinnen und Migranten (2,5) etwas höher – unter Kontrolle von Alters- und Geschlechterzusammensetzung (ohne Abbildung).

Ko-Residenz mit erwachsenen Kindern ist unter Arbeitsmigrantinnen und -migranten und Zugewanderten aus Afrika, Asien, Lateinamerika, dem Mittleren und Nahen Osten sowie weiteren Nicht-EU-Ländern am weitesten verbreitet.

Mit der Kinderzahl wachsen die Gelegenheiten für generationenübergreifendes Zusammenleben sowie für den Austausch von Unterstützung und Gütern. Abbildung 24-3 zeigt zunächst die Anteile derer in der zweiten Lebenshälfte, die mit erwachsenen Kindern zusammenleben. Deutliche Gruppenunterschiede sind zu erkennen: Während Ko-Residenz mit erwachsenen Kindern unter Angehörigen der zweiten Generation (20,5 Prozent) und Zuwanderinnen und Zuwanderern aus westlichen und EU-Ländern (21,1 Prozent) ähnlich gering verbreitet ist wie unter Personen ohne Migrationshintergrund (23,3 Prozent), wohnen Arbeitsmigrantinnen und -migranten (49,0 Prozent), (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler (30,0 Prozent) und sonstige Migrantinnen und Migranten (36,4 Prozent) signifikant häufiger mit einem erwachsenen Kind zusammen.

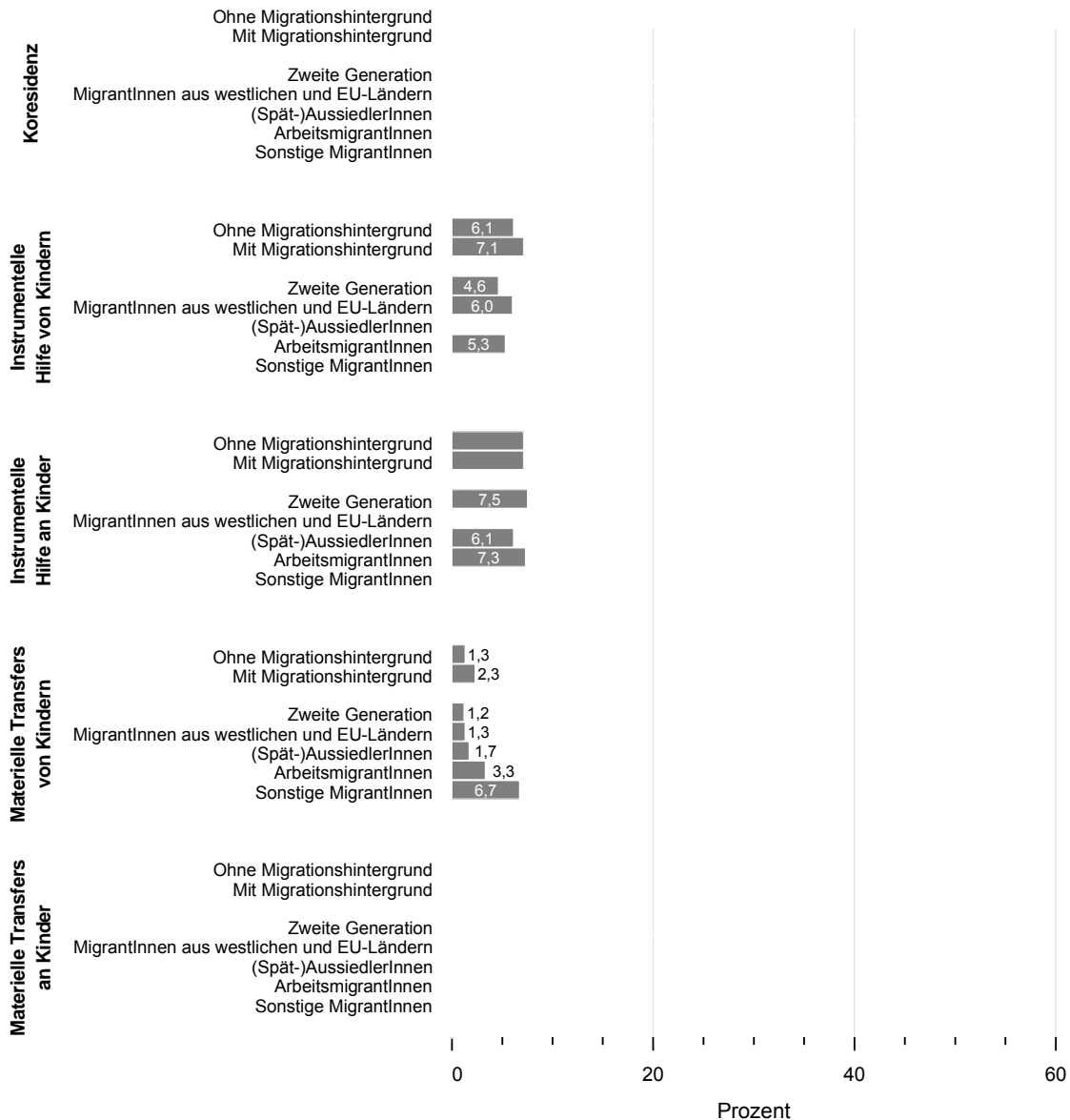
Arbeitsmigrantinnen und -migranten, (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler und Zugewanderte aus Afrika, Asien, Lateinamerika, dem Mittleren und Nahen Osten sowie weiteren Nicht-EU-Ländern unterstützen ihre erwachsenen Kinder am seltensten.

Weiterhin finden sich in Abbildung 24-3 die Anteile der Personen, die mindestens eines ihrer außerhalb des Haushalts lebenden Kinder materiell oder instrumentell unterstützt haben oder von mindestens einem außerhäuslichen Kind diese Hilfen erhalten haben. Eine allgemeine Betrachtung der Austauschmuster zeigt zunächst: Während der Tausch von instrumentellen Hilfen zwischen den Generationen weitestgehend ausgeglichen ist, fällt das Verhältnis von Geben und Nehmen materieller Leistungen zu Gunsten der erwachsenen Kinder aus. Das heißt, im Durchschnitt erhalten mehr Kinder Geld- und Sachgeschenke von ihren Eltern, als diese umgekehrt von ihren Kindern erhalten. Dieses Muster zeigt sich grundsätzlich sowohl für Personen mit als auch ohne Migrationshintergrund.

Allerdings werden bei genauerer Betrachtung der gruppenspezifischen Unterstützungsleistungen interessante Abweichungen sichtbar. Diese betreffen vor allem materielle Transfers: Auch wenn diese Leistungen generell generationenabwärts fließen, werden sie von Eltern mit Migrationshintergrund seltener erbracht als von Eltern ohne Migrationshintergrund. Das gilt vor allem für die Gruppen der Arbeitsmigrantinnen und -migranten (16,7 Prozent), der (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler (15,0 Prozent) sowie der sonstigen Migrantinnen und Migranten (16,1 Prozent). Dieses Muster ergänzt das Bild, das sich aus der beschriebenen materiellen Schlechterstellung sowie den hohen Ko-Residenzraten in diesen drei Gruppen ergibt. Eine gemeinsame Haushaltsführung von Eltern und erwachsenen Kindern kann einerseits als Antwort auf mangelnde Ressourcen zur Gründung eines eigenständigen Haushaltes verstanden werden und andererseits als eine besondere Form der intergenerationalen Hilfe. So findet sich in den Gruppen, in denen Ko-Residenzraten niedrig sind, häufiger Transferleistungen. Eltern aus

westlichen Industriestaaten und EU-Ländern (22,8 Prozent) sowie Angehörige der zweiten Generation (25,1 Prozent) unterstützen ihre erwachsenen Kinder materiell ähnlich häufig wie Eltern ohne Migrationshintergrund (25,3 Prozent). Informationen über die Höhe dieser Geldtransfers sind dabei nicht berücksichtigt.

Abbildung 24-3: Anteile der Personen mit volljährigen ko-residenten Kindern sowie Unterstützungsraten zwischen volljährigen Kindern und ihren Eltern, in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2008 und 2014; (n = 11.790 für Koresidenz; 8.116 ≤ n ≤ 8.229 für Transferraten), gewichtet und kontrolliert nach Alter, Geschlecht, Landesteil. Gerundete Angaben; (p < ,05).
 Koresidenz: Signifikante Unterschiede nur zwischen Personen ohne Migrationshintergrund und ArbeitsmigrantInnen, (Spät-)AussiedlerInnen sowie sonstige MigrantInnen. Instrumentelle und materielle Transfers von Kindern: Signifikante Unterschiede nur zwischen Personen ohne Migrationshintergrund und sonstige MigrantInnen. Materielle Transfers an Kinder: Signifikante Unterschiede nur zwischen Personen ohne Migrationshintergrund und (Spät-)AussiedlerInnen.

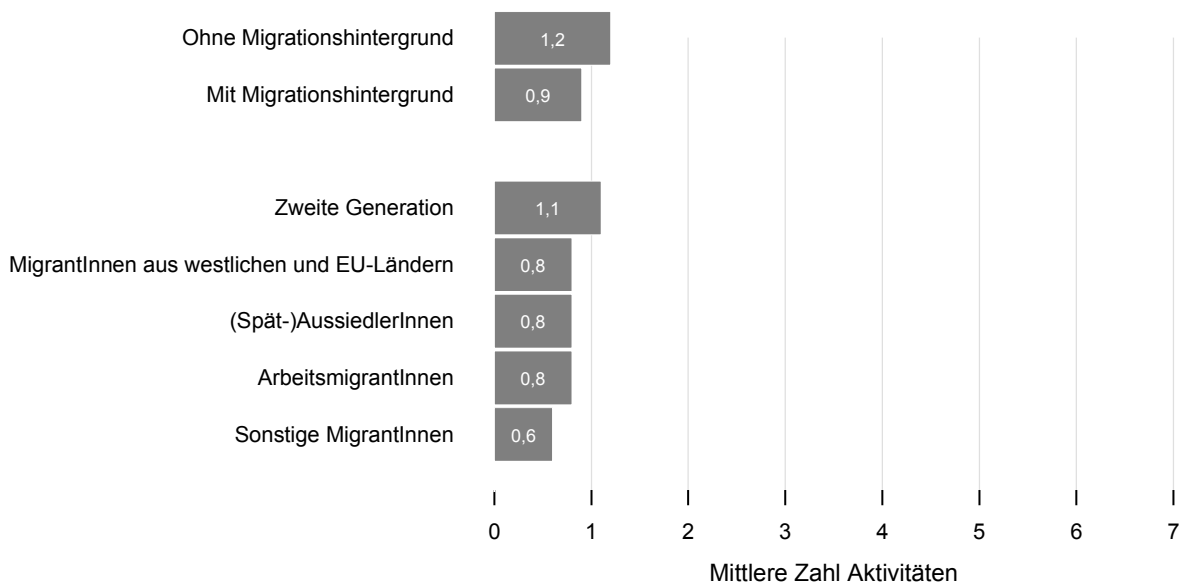
Zugewanderte aus Ländern Afrikas, Asiens, Lateinamerikas, des Mittleren und Nahen Ostens sowie anderen Nicht-EU-Ländern werden am häufigsten von ihren erwachsenen Kindern unterstützt.

Die sonstigen Migrantinnen und Migranten nehmen eine besondere Position ein, denn im Vergleich zu allen anderen Gruppen werden sie deutlich häufiger von ihren erwachsenen Kindern unterstützt. So erhalten 6,7 Prozent regelmäßige materielle Leistungen (gegenüber 1,3 Prozent bei den Eltern ohne Migrationshintergrund) und 12,9 Prozent werden instrumentell unterstützt (gegenüber 6,1 Prozent bei den Eltern ohne Migrationshintergrund). Damit weicht der intergenerationale Austausch in dieser Gruppe am stärksten von dem in Deutschland verbreiteten Muster ab, wonach die Bilanz von Geben und Nehmen weitgehend zugunsten der erwachsenen Kinder ausfällt. Die Beziehung zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern ist hier am stärksten von gegenseitigen Verantwortlichkeiten und Abhängigkeiten geprägt – möglicherweise der schlechten und unsicheren Finanzlage in der Elterngeneration dieser Gruppe geschuldet.

Migrantinnen und Migranten verbringen weniger Freizeit mit Freunden als Personen ohne Migrationshintergrund und Angehörige der zweiten Generation.

Neben der Familie können Freunde und andere Sozialkontakte (zunehmend) bedeutsam für die soziale Einbindung sein. Die Abbildung 24-4 belegt, dass alle Personen mit Migrationshintergrund – abgesehen von den Angehörigen der zweiten Generation – ein durchweg signifikant geringeres Niveau aktiver Freizeitgestaltung mit Freunden aufweisen als Ältere ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 24-4: Mittlere Anzahl von Freizeitaktivitäten mit Freunden, in den Jahren 2008 und 2014 (Mittelwert)



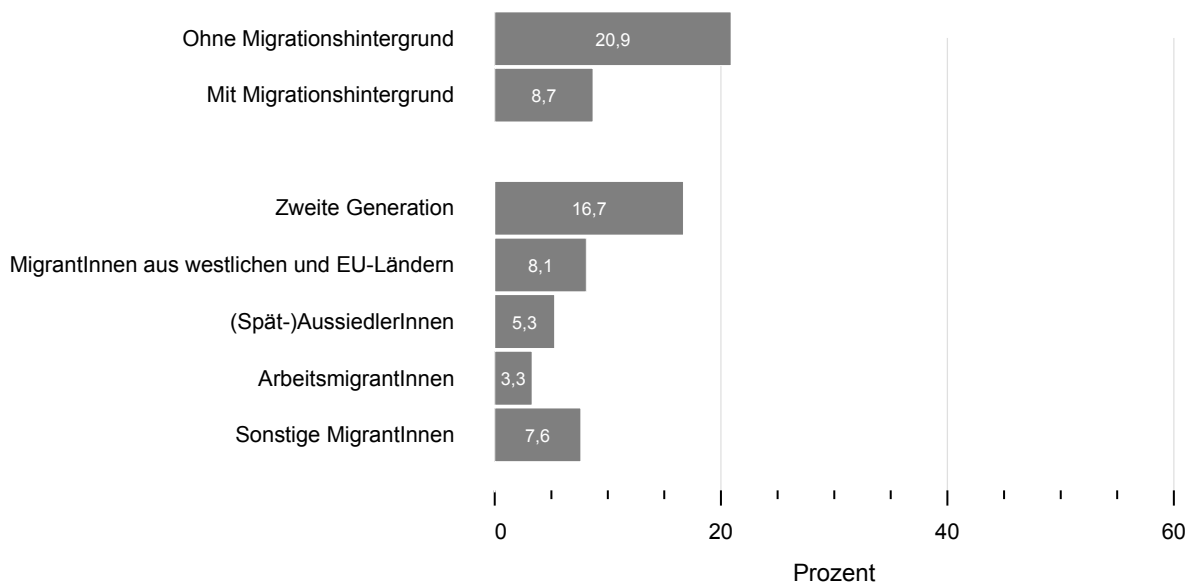
Quelle: DEAS 2008 und 2014; (n = 12.101), gewichtet und kontrolliert nach Alter, Geschlecht, Landesteil. Gerundete Angaben; ($p < ,05$).

Alle Gruppen außer die zweite Generation unterscheiden sich signifikant von Personen ohne Migrationshintergrund.

Migrantinnen und Migranten üben seltener ein Ehrenamt aus als Personen ohne Migrationshintergrund und Angehörige der zweiten Generation.

Ein vergleichbares Muster zeigt sich für die Anteile ehrenamtlich Engagierter (Abbildung 24-5): Während sich 20,9 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund in diversen Organisationen (wie Selbsthilfegruppen, Sportvereinen, kirchlichen oder religiösen Gruppen, Kulturvereinen oder Musikgruppen) ehrenamtlich betätigen, liegen die Anteile in allen Migrantengruppen deutlich unter zehn Prozent. Lediglich die Angehörigen der zweiten Generation engagieren sich mit 16,7 Prozent ähnlich häufig wie Personen ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede sind nicht auf demografische Merkmale zurückzuführen – da die Befunde für Geschlecht, Alter und Landesteil kontrolliert sind. Möglicherweise spielt aber die schlechtere gesundheitliche Lage sowie die nachteilige Qualifikations- und Erwerbssituation der Zugewanderten im Allgemeinen und der Arbeitsmigrantinnen und -migranten im Besonderen eine wichtige Rolle. So ist belegt, dass ehrenamtliches Engagement unter Erwerbstätigen und höher Gebildeten weiter verbreitet ist (vgl. Kapitel 5).

Abbildung 24-5: Anteile der Personen, die ein Ehrenamt ausüben, in den Jahren 2008 und 2014 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2008, 2014; (n = 12.116), gewichtet und kontrolliert nach Alter, Geschlecht, Landesteil. Gerundete Angaben; ($p < ,05$).
Alle Gruppen außer die zweite Generation unterscheiden sich signifikant von Personen ohne Migrationshintergrund.

24.6 Diskussion und Implikationen

Die Daten des DEAS aus den Jahren 2008 und 2014 ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der Lebenssituationen der Menschen mit Migrationshintergrund in der zweiten Lebenshälfte. Aufgrund der vergleichsweise jungen Einwanderungsgeschichte Deutschlands ist der große Teil von ihnen selbst im (jungen) Erwachsenenalter nach Deutschland eingewandert. Nicht zu vernachlässigen ist allerdings inzwischen auch der Anteil jener in der zweiten Lebenshälfte, die als Kinder von Zugewanderten nachgezogen sind oder in Einwandererfamilien in Deutschland

geboren wurden. Sowohl anteilmäßig als auch in absoluten Zahlen werden beide Gruppen in Deutschland in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen.

Mit der Frage nach den Lebensbedingungen und Teilhabechancen Älterer mit Migrationshintergrund orientiert sich das vorliegende Kapitel an der Diskussion um die Integration von Einwandererinnen und Einwanderern in Deutschland. Die Untersuchung der drei Dimensionen – sozioökonomische Ausstattung, Gesundheit sowie soziale Einbindung und Partizipation – deckt wichtige Lebensbereiche ab, die zugleich die Voraussetzung für andere, darüber hinausgehende Formen der Teilhabe sind. Insgesamt bekräftigen die Befunde bisherige Forschungsergebnisse in eindrucksvoller Weise (Baykara-Krumme & Hoff 2006; Schimany et al. 2012). Das ist insofern bedeutsam, als dass in der hier vorgestellten deskriptiven Analyse die zum Teil großen demografischen Differenzen zwischen den Gruppen herausgerechnet wurden. Entsprechend stellen die beobachteten Unterschiede keine demografischen Artefakte dar. So kann wiederholt und zuverlässiger als bisher geschlossen werden: Personen in der zweiten Lebenshälfte, die einen Migrationshintergrund aufweisen, sind überdurchschnittlich häufig von Armut und sozialer Unterprivilegierung betroffen und berichten häufiger von gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Einbindung in die Familie ist enger. Häufigere Ko-Residenz mit erwachsenen Kindern und mehr Unterstützung von ihnen sind Zeichen intensiver Generationensolidarität. Zugleich verweist dieser Befund auf die Bedarfe der Älteren, die diese Form der Unterstützung notwendig machen und umgekehrt die Möglichkeit von alternativen Ressourcentransfers an Kinder einschränken. Schließlich ist nicht zu vernachlässigen, dass die soziale Einbindung in außerfamiliale Kontexte in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund etwas geringer ist. Außerdem engagieren sich Menschen mit Migrationshintergrund nach wie vor seltener ehrenamtlich.

Um der vielfach erwähnten Heterogenität der betrachteten Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden, wurden in der vorliegenden Untersuchung verschiedene Migrantengruppen differenziert. Anders als in der Forschung zu Älteren mit Migrationshintergrund häufig üblich, stand dabei primär keine Untergliederung nach Herkunftsländern im Zentrum. Vielmehr erfolgte auf Basis der im DEAS verwendeten Indikatoren eine Differenzierung nach (rechtlich-historischem) Einreisekontext, Einwanderungsmotivation und Einwanderergeneration. Auf diese Weise können die damit verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen für Teilhabe und Integration angemessen berücksichtigt werden.

Tatsächlich zeigen sich in den Befunden zum Teil große Unterschiede, die die beachtliche Heterogenität der Gruppe der älteren Personen mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer Partizipationsmöglichkeiten und -muster im Einwanderungsland Deutschland unterstreichen. So unterscheidet sich die Gruppe der *Migrantinnen und Migranten aus den EU-Ländern und weiteren westlichen Ländern* sowohl in ökonomischer, gesundheitlicher als auch sozialer Hinsicht nur wenig von den Personen ohne Migrationshintergrund.

Bisher neu sind die Befunde für die Angehörigen der *zweiten Generation*: Auch sie weisen größtenteils ähnliche Muster wie Ältere ohne Migrationshintergrund auf. Da nur wenig über die Herkunft und die Einreise- und Aufnahmebedingungen deren eingewanderter Eltern bekannt ist, können aus diesem Befund allerdings keine belastbaren Schlussfolgerungen zu den Ursachen der Ähnlichkeit gezogen werden. So deuten sich damit zwar bessere Integrationschancen in der zweiten Generation ab und eine nachlassende Bedeutung der Benachteiligungen, die sich typischerweise aus der Migrationssituation für die Elterngeneration ergeben haben. Doch könnte bereits die Elterngeneration der aktuell Angehörigen der zweiten Generation in der zweiten Lebenshälfte selbst gut integriert (gewesen) sein, etwa weil sie mehrheitlich aus dem EU-Ausland

zugewandert sind. Entsprechend ist Vorsicht geboten, aus diesem Befund voreilig einen allgemeingültigen, intergenerationalen Integrationsgewinn abzulesen.

Als besonders benachteiligt auf den hier untersuchten Dimensionen erweisen sich die *Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie die außereuropäischen Migrantinnen und Migranten*. Gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sind sie vor allem materiell deutlich benachteiligt. Teilweise unterscheiden sie sich auch substanziell von den anderen Migrantengruppen. Zudem zeigen vor allem die Arbeitsmigrantinnen und -migranten ein nachteiliges Gesundheitsverhalten und haben die schlechteste Gesundheit. Besondere Aufmerksamkeit verlangt auch die Situation der Migrantinnen und Migranten aus den Ländern Afrikas, Asiens, Lateinamerikas, des Mittleren und Nahen Ostens sowie aus weiteren Nicht-EU-Ländern. Sowohl in materieller als auch in gesundheitlicher Hinsicht handelt es sich um eine besonders unterprivilegierte Gruppe, die allerdings – um die genauen Lebensumstände verstehen zu können – noch weiter ausdifferenziert werden müsste. Eine nicht zu vernachlässigende und in Zukunft noch bedeutsamer werdende Gruppe sind die Flüchtlinge, die als Ältere mit spezifischen Bedarfen und Ressourcen bisher kaum Aufmerksamkeit gefunden haben (Zeman & Kalisch 2008).

Die Berücksichtigung von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit Migrationshintergrund in den jüngsten DEAS-Erhebungen stellt einen großen Fortschritt dar sowie eine Anerkennung der wachsenden Bedeutung dieser Bevölkerungsgruppe. Die vorgelegten Befunde leisten einen wertvollen Beitrag zur Darstellung der Lebenssituationen dieser vielschichtigen Personengruppe. Sie zeigen, dass die Integration von Personen mit Migrationshintergrund mit dem Ziel einer Angleichung der Lebensverhältnisse eine wichtige gesellschaftliche und politische Aufgabe ist und bleibt. Zugleich weisen sie auf spezifische Problemlagen hin und unterstreichen die Notwendigkeit einer differenziellen Betrachtung, um der Vielfalt der Lebenslagen gerecht zu werden und zugleich auf besonders benachteiligte Gruppen aufmerksam machen zu können.

Literatur

- Baumann, J., & Mika, T. (2012). Steigende Ungleichheit unter Aussiedlern und Spätaussiedlern im Alter. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.) *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (S. 127-157). Wiesbaden: Springer VS.
- Baykara-Krumme, H. (2008a). *Migrant families in Germany. Intergenerational solidarity in later life*. Berlin: Weißensee Verlag.
- Baykara-Krumme, H. (2008b). Reliable bonds? A comparative perspective of intergenerational support patterns among migrant families in Germany. *Families, Ageing and Social Policy. Intergenerational Solidarity in European Welfare States*, 285-311.
- Baykara-Krumme, H., & Hoff, A. (2006). Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: C. Tesch-Roemer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.) *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 447-518). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baykara-Krumme, H., Klaus, D., & Steinbach, A. (2011). Generationenbeziehungen in Deutschland. Ein Vergleich der Beziehungsqualität in einheimischen deutschen Familien, Familien mit türkischem Migrationshintergrund und Aussiedlerfamilien. In: J. Brüderl, L. Castiglioni & N. Schumann (Hrsg.) *Partnerschaft, Fertilität und intergenerationale Beziehungen. Ergebnisse der ersten Welle des Beziehungs- und Familienpanels* (S. 259-286). Würzburg: Ergon Verlag.
- Baykara-Krumme, H., Motel-Klingebiel, A., & Schimany, P. (2012). *Viele Welten des Alterns: Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)(2005). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland–Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Brzoska, P., & Razum, O. (2015). Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(6), 553-559.
- Carnein, M., & Baykara-Krumme, H. (2013). Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 25(1), 29-52.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2005). *6. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
- Dietzel-Papakyriakou, M. (2005). Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(6), 396-406.
- Dietzel-Papakyriakou, M., & Olbermann, E. (1996). Soziale Netzwerke älterer Migranten - Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29(1), 34-41.
- Frick, J. R., Grabka, M. M., Groh-Samberg, O., Hertel, F. R., Tucci, I., & Fries, A. (2009). *Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Forschungsstudie. Endbericht zum Auftrag des BMAS, Projektgruppe "Soziale Sicherheit und Migration"*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Greif, S., Grediga, G., & Janikowski, A. (2003). Erwerbslosigkeit und beruflicher Abstieg von Aussiedlerinnen und Aussiedlern. In: K. J. Bade & F. Oltmer (Hrsg.) *Aussiedler: Deutsche Einwanderer aus Osteuropa* (S. 81-106). Göttingen: V & R unipress.
- Halm, D., & Sauer, M. (2007). *Bürgerschaftliches Engagement von Türkinnen und Türken in Deutschland*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions-Skala (ADS). Manual*. Weinheim: Beltz.
- Heckmann, F. (2015). *Integration von Migranten: Einwanderung und neue Nationenbildung*. Wiesbaden: Springer.
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.). (2012). *Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier*. Berlin.
- Hoffmann, E., & Romeu Gordo, L. (2016). Lebenssituationen älterer Menschen mit Migrationshintergrund (in Vorbereitung). In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) *Datenreport 2015*.
- Höhne, A., & Schubert, M. (2007). Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) *Etablierung und Weiterentwicklung. Bericht vom vierten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 28. bis 29. Juni in Berlin. Bd. 55/2007. Bad Homburg*, (S. 103–125).
- 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: Pro Business.
- Huth, S. (2012). Bürgerschaftliches Engagement von älteren MigrantInnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) *Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier* (S. 27-31). Berlin.
- Kohls, M. (2012). Leben ältere Migranten länger? In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.) *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (S. 201-222). Wiesbaden: Springer VS.
- Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J. A. A., Geurts, J. J. M., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W. J., & Mackenbach, J. P. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 295-305.
- Mayer, K.-U., & Wagner, M. (1999). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: U. Lindenberger, J. Smith, K.-U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie* (S. 251-275). Berlin: Akademie Verlag.
- Meier-Braun, K.-H. (2002). *Deutschland, Einwanderungsland*. Berlin: Suhrkamp.

- Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). *Ältere Migrantinnen und Migranten [Report Altersdaten 01/2009]*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Mika, T., & Tucci, I. (2006). *Alterseinkommen bei Zuwanderern. Gesetzliche Rente und Haushaltseinkommen bei Aussiedlern und Zuwanderern aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich zur deutschen Bevölkerung*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Olbermann, E. (2012). Gesundheitliche Situation und soziale Netzwerke älterer MigrantInnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) *Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier* (S. 33-37). Berlin.
- Özcan, V., & Seifert, W. (2006). *Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Romeu Gordo, L. (2012). Erwerbsverläufe älterer MigrantInnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) *Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier* (S. 18-21). Berlin.
- Sahyazici, F., & Huxhold, O. (2012). Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.) *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (S. 181-200). Wiesbaden: Springer VS.
- Schimany, P., & Baykara-Krumme, H. (2012). Zur Geschichte und demografischen Bedeutung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.) *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (S. 43-73). Wiesbaden: Springer VS.
- Schimany, P., Rühl, S., & Kohls, M. (Hrsg.). (2012). *Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schopf, C., & Naegele, G. (2005). Alter und Migration. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(6), 384-395.
- Spallek, J., & Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.) *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 271-288). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Mikrozensus 2013 - Sonderauswertungen für das Deutsche Zentrum für Altersfragen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinbach, A. (2013). Family structure and parent-child contact: A comparison of native and migrant families. *Journal of Marriage and Family*, 75(5), 1114-1129.
- Thum, M., Delkic, E., Kemnitz, A., Kluge, J., Marquardt, G., Motzek, T., Nagl, W., & Zwerschke, P. (2015). *Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Tucci, I. (2012). Die Einkommens- und Wohnsituation älterer MigrantInnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) *Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier* (S. 12-17). Berlin.
- Tucci, I., & Yıldız, S. (2012). Das Alterseinkommen von Migrantinnen und Migranten: zur Erklärungskraft von Bildungs- und Erwerbsbiografien. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.) *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (S. 101-126). Wiesbaden: Springer VS.
- Vogel, C. (2012). Generationenbeziehungen der (Spät-)Aussiedler. Forschungsstand und exemplarische Befunde zu Einstellungen in Bezug auf familiäre Unterstützungsleistungen. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.) *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (S. 289-313). Wiesbaden: Springer VS.
- Wagner, M., & Mulder, C. H. (2000). Wohneigentum im Lebenslauf: Kohortendynamik, Familiengründung und sozioökonomische Ressourcen. *Zeitschrift für Soziologie*, 44-59.
- Zeman, P. (2005). *Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Zeman, P., & Kalisch, D. (2008). Die Situation älterer Flüchtlinge. Belastungen und Potenziale. *Informationsdienst Altersfragen*, 35(4), 2-7.

25 Wandel von Teilhabe und Integration älterer Menschen – ein politikorientiertes Fazit

Frank Berner, Katharina Mahne, Julia K. Wolff & Clemens Tesch-Römer

Im vorliegenden Bericht werden empirische Analysen und Befunde in einer großen thematischen Bandbreite präsentiert: Es geht um Einkommen und Vermögen, um Erwerbsarbeit und den Übergang in den Ruhestand, um die Beziehungen innerhalb der Familie, um soziale Netzwerke, um freiwilliges Engagement und Freizeitaktivitäten, um die Wohnsituation und die nachbarschaftlichen Beziehungen, um die Übernahme von Sorgeaufgaben (Unterstützung, Pflege, Enkelkinderbetreuung), um Lebensqualität und Wohlbefinden, um verschiedene Aspekte der gesundheitlichen Entwicklung, um Ansichten über andere Generationen sowie um Altersbilder. Das große Themenspektrum dieses Berichts spiegelt den Facettenreichtum der Lebenssituation älterer Menschen wider. Darüber hinaus macht die thematische Breite deutlich, dass Senioren- oder Alternspolitik eine Vielzahl von Handlungsfeldern berührt. In diesem abschließenden Kapitel werden verschiedene konkrete Zielsetzungen und Handlungsfelder der Alternspolitik genauer beschrieben und mit den empirischen Befunden der voranstehenden Kapitel verknüpft.

Es ist ein zentrales übergreifendes Ziel der Alternspolitik, die Teilhabe und Integration älterer Menschen in allen Lebensbereichen zu fördern und zu sichern. Der vorliegende Bericht schafft dafür die wissenschaftlichen Grundlagen. Der empirische Reichtum dieses Berichts beschreibt zum einen, auf welche Weise und in welchem Maße Teilhabe und Integration von Menschen in der zweiten Lebenshälfte realisiert werden und welche Folgen dies hat. Zum anderen werden dabei die vielfältigen Voraussetzungen für Teilhabe und Integration beschrieben. Wer diesen Bericht liest, kann also Antworten finden sowohl auf die Frage „Was wurde erreicht?“ als auch auf die Frage „Was ist noch zu tun?“.

Im Folgenden stellen wir zunächst Ziele und Entwicklungen in vier zentralen Handlungsfeldern der Alternspolitik dar, in denen es darum geht, die Teilhabe und Integration von Menschen in der zweiten Lebenshälfte zu unterstützen. Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels diskutieren wir die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys 2014 mit Blick auf diese Handlungsfelder. Daraus leiten wir Empfehlungen zur Verbesserung und zum Erhalt von Teilhabe und Integration in der zweiten Lebenshälfte ab. Weiterhin nehmen wir zwei zentrale Determinanten sozialer Ungleichheit in den Blick: Lebensalter und Bildungsstand. Abschließend werden daraus einige Schlussfolgerungen gezogen.

25.1 Handlungsfelder und politische Ziele der Alternspolitik

Die Förderung und Sicherung von Teilhabe und Integration in der zweiten Lebenshälfte sind übergreifende Ziele einer Politik für ältere Menschen. Viele politische Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern sind an diesen Zielen ausgerichtet. Wie in Kapitel 1 erläutert wird, beziehen sich die Auswertungen in diesem Bericht schwerpunktmäßig auf vier Handlungsfelder:

- a) Verlängerung des Erwerbslebens,
- b) Vereinbarkeit von Beruf und Sorgetätigkeiten,
- c) Gleichstellung von Frauen und Männern sowie
- d) Selbstständiges Wohnen im Alter.

Im Folgenden werden zunächst zentrale Herausforderungen und politische Ziele in diesen vier Handlungsfeldern dargestellt.

25.1.1 Verlängerung des Erwerbslebens

Der Zeitpunkt und die verschiedenen Wege des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand sind ein Dauerthema im Schnittbereich zwischen Arbeitsmarkt-, Alterssicherungs- und Alternspolitik. Im Jahr 2007 wurde das Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung beschlossen, auf dessen Grundlage nun langsam und langfristig die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben wird.

In den politischen Debatten über die Anhebung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung ging es im Wesentlichen um die Frage: Ist es vertretbar, die Regelaltersgrenze anzuheben? Derzeit scheint die Debatte differenzierter zu werden – inzwischen geht es nicht mehr nur um die Frage, ob es eine Verlängerung des Erwerbslebens geben sollte oder nicht, als vielmehr darum, für den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand mehr Optionen bereitzustellen. Die abschlagfreie Rente ab 63 für langjährig Versicherte, die im Jahr 2014 eingeführt wurde und häufig als eine Abkehr vom Paradigma einer längeren Lebensarbeitszeit interpretiert wird, kann vielleicht eher als Teil einer Differenzierung von Möglichkeiten für den Ausstieg aus dem Erwerbsleben angesehen werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014).

Bislang wurden bestehende Möglichkeiten für einen flexiblen Austritt aus dem Erwerbsleben wenig genutzt (Czepek & Weber 2015). Um hier Abhilfe zu schaffen, hat sich die Regierungskoalition im November 2015 darauf verständigt, die Übergänge in den Ruhestand zu flexibilisieren (und die sogenannte ‚Flexi-Rente‘ einzuführen). Dabei soll es Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erleichtert werden, eine Teilrente zu beziehen und zugleich in Teilzeit arbeiten können. Mit der Flexi-Rente soll weniger der Zeitpunkt eines abrupten Übergangs vom vollen Erwerbsleben zum vollen Ruhestand flexibler gemacht werden, vielmehr soll dieser Übergang gestreckt und gleitender gemacht werden.

25.1.2 Vereinbarkeit von Beruf und Sorgetätigkeiten

Die meisten älteren Menschen, die auf Unterstützung und Pflege angewiesen sind, bekommen diese Unterstützung und Pflege von ihren Angehörigen. Etwa 71 Prozent aller Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung wurden im Jahr 2013 teilweise oder ausschließlich von Angehörigen gepflegt (Statistisches Bundesamt 2013). Damit ist die Familie nach wie vor der ‚größte Pflegedienst‘ (Wetzstein, Rommel, & Lange 2015). Die *informelle* Hilfe und Unterstützung innerhalb von Familien ist dabei noch nicht einmal berücksichtigt.

Allerdings ist die Angehörigenpflege aus verschiedenen Gründen immer weniger selbstverständlich. In der Pflegepolitik setzt sich vor diesem Hintergrund derzeit die Ansicht durch, dass zur Bewältigung des zukünftigen Pflegebedarfs nicht auf die ‚rein familiäre Pflege‘ gesetzt werden kann. Vielfach wird inzwischen empfohlen, systematisch sogenannte gemischte Pflegearrangements zu fördern (Rothgang, Müller, & Unger 2012). In gemischten Pflegearrangements wird die Pflege und Unterstützung alter Menschen von einem Netzwerk aus Angehörigen, professionellen Pflegekräften, Nachbarn und Nachbarinnen sowie freiwillig Engagierten geleistet. Indem die Pflege und Unterstützung alter Menschen auf mehrere Schultern verteilt wird, sollen pflegende Angehörige entlastet werden, ohne dass pflege- und unterstützungsbedürftige Menschen ihr gewohntes Umfeld verlassen und in eine stationäre Einrichtung ziehen müssen.

Darüber hinaus müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Sorgearbeit zu erleichtern. In diesem Bereich hat sich in den vergangenen Jahren Einiges getan: Mit dem Familienpflegezeitgesetz wurde im Jahr 2012 ein neues Modell der befristeten Freistellung vom Arbeitsplatz eingeführt. Die bestehenden Regelungen wurden mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das seit dem 1. Januar 2015 in Kraft ist, weiter entwickelt und besser verzahnt.

25.1.3 Gleichstellung von Männern und Frauen

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Gleichstellung von Männern und Frauen in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verwirklichen. Dies soll vor allem durch mehr Partnerschaftlichkeit zwischen Männern und Frauen in Familie und Beruf erreicht werden. Dazu wurden in den vergangenen Jahren richtungsweisende und zugleich zum Teil kontrovers diskutierte Maßnahmen ergriffen. So wurde etwa mit der Einführung des Elterngeldes zum Jahr 2007 erreicht, dass mehr Männer als früher nach der Geburt eines Kindes Elternzeit nehmen. Seit dem 1. Mai 2015 ist das Gesetz für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern in Führungspositionen in der Privatwirtschaft und dem öffentlichen Dienst in Kraft – damit sollen mehr Frauen als bislang in Führungspositionen tätig sein. Beim Girls' Day und beim Boys' Day sollen Jugendlichen beiderlei Geschlechts solche Berufe näher gebracht werden, die gerade nicht als typisch für das jeweilige Geschlecht gelten. Solche Maßnahmen entfalten ihre Wirkungen vor allem langfristig und zunächst eher bei jüngeren Kohorten. Dennoch ist es daneben unerlässlich, geschlechtsspezifische Unterschiede in den Lebenssituationen älterer Männer und Frauen zu beschreiben und ihre Entwicklung zu beobachten.

Im Mai 2015 hat die Bundesregierung die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Zweiten Gleichstellungsberichts der Bundesregierung eingesetzt. Diese Kommission hat auch den Auftrag, die Umsetzung der Empfehlungen aus dem Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung zu evaluieren. Dabei werden insbesondere Übergänge im Lebensverlauf in den Blick genommen (etwa die berufliche Orientierung, der Einstieg in das Berufsleben, die Phase der Familiengründung, der Ausstieg aus dem Erwerbsleben, die Übernahme von Pflegeaufgaben). Es ist deshalb zu erwarten, dass die Sachverständigenkommission in ihrem Bericht Vorschläge für weitere politische Maßnahmen entwickeln wird, um die Gleichstellung von Männern und Frauen auch in der zweiten Lebenshälfte und im Alter voranzubringen.

25.1.4 Selbstständiges Wohnen im Alter

In verschiedenen Umfragen zeigt sich in leichten Variationen immer wieder dasselbe Bild: Die meisten Menschen wünschen sich, im Alter so lange es geht in ‚der eigenen Wohnung‘ zu leben. Damit ist nicht unbedingt Wohneigentum im engeren Sinne gemeint, sondern vielmehr die private Häuslichkeit, sei es zur Miete oder im selbstgenutzten Wohneigentum. Es ist dementsprechend ein zentrales Ziel der Alterspolitik, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass ältere Menschen selbstbestimmt und möglichst lange selbstständig leben und wohnen können. Dieses Ziel kann nur durch ein Zusammenwirken von Entwicklungen und Maßnahmen in verschiedenen Bereichen erreicht werden: Erstens müssen bezahlbare Wohnungen vorhanden sein. Dabei muss berücksichtigt werden, dass viele ältere Menschen nur mit geringen finanziellen Ressourcen (Einkommen und Vermögen) ausgestattet sind. Zweitens sollten die Wohnungen oder Häuser die entsprechenden baulichen Voraussetzungen haben. Dies bedeutet, sie sollten möglichst barriere reduziert gestaltet sein, dies betrifft vor allem die Ausstattung und die Bewegungsflächen in den Sanitärräumen sowie die Erreichbarkeit der Wohnung und der verschiedenen Räume innerhalb der Wohnung möglichst ohne Treppen. Drittens ist es hilfreich, wenn in der direkten Umgebung der Wohnung eine gute Versorgung mit Gütern (z. B. Lebensmitteln) und Dienstleistungen (z. B. Arztpraxen, Apotheken, Beratungsstellen) möglich ist. Viertens sollte die Wohnumgebung so gestaltet sein, dass der soziale Austausch innerhalb der Nachbarschaft erleichtert wird.

25.2 Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2014

Die Befunde des DEAS 2014 können mit den oben genannten politischen Handlungsfeldern in Beziehung gesetzt werden. Die Interpretation der Ergebnisse ist dabei immer angeleitet von dem übergreifenden Ziel der Alterspolitik, Teilhabe und Integration in der zweiten Lebenshälfte zu fördern und zu sichern.

25.2.1 Verlängerung des Erwerbslebens: Befunde des DEAS 2014

Länger zu arbeiten ist durch gesetzgeberische Maßnahmen seit den 1990er Jahren sowie die begleitenden öffentlichen Debatten zu einer gesellschaftlichen Norm geworden. Inzwischen scheinen mehr und mehr Menschen diese Norm zu verinnerlichen. Immer mehr Erwerbstätige planen ihren Renteneintritt mit 65 Jahren oder später: 1996 planten 18,2 Prozent der befragten Erwerbstätigen, mit 65 Jahren oder später aus dem Erwerbsleben auszusteigen – im Jahr 2014 waren es schon 39,5 Prozent. Mit 66 Jahren oder später aus dem Erwerbsleben auszusteigen planten 19,0 Prozent der Erwerbstätigen (vgl. Kapitel 4). Im gleichen Zeitraum hat sich sowohl in der Altersgruppe der 54- bis 59-Jährigen wie auch in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen der Anteil der Erwerbstätigen deutlich erhöht: jeweils um etwa 20 Prozentpunkte (vgl. Kapitel 3).

Zudem sind seit einiger Zeit immer mehr Menschen im Ruhestand erwerbstätig, also zeitgleich mit dem Bezug einer Altersrente (Engstler & Romeu Gordo 2014; Scherger & Hokema 2014), was sich auch in den DEAS-Daten zeigt. Der Anteil der Personen, die im Ruhestand erwerbstätig sind, ist von 5,1 Prozent im Jahr 1996 auf 11,6 Prozent im Jahr 2014 deutlich angestiegen (vgl. Kapitel 3). Insgesamt hat sich die Beteiligung älterer Menschen am Erwerbsleben deutlich erhöht. Diese Entwicklung ist zu einem großen Teil auf die arbeitsmarktpolitischen und alterssicherungspolitischen Reformen seit der Jahrtausendwende zurückzuführen, die auf eine

stärkere Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie auf eine Verlängerung des Erwerbslebens zielten.

Allerdings gibt der DEAS 2014 auch Hinweise darauf, dass die Rahmenbedingungen für einen längeren Verbleib im Erwerbsleben noch nicht in jeder Hinsicht optimal sind. So ist von den im Ruhestand Erwerbstätigen ein überdurchschnittlich großer Teil selbstständig tätig (2014: 41,5 Prozent). Lediglich 26,4 Prozent der im Jahr 2014 im Ruhestand Erwerbstätigen arbeiten bei dem Arbeitgeber, bei dem sie auch schon vor dem Ruhestand tätig waren. Hier besteht Handlungsbedarf, denn Menschen, die auch nach dem Renteneintritt weiter arbeiten wollen, wollen dies am liebsten bei ihrem bisherigen Arbeitgeber tun (Bäcker 2015).

Es gibt daneben auch Anzeichen dafür, dass ein längerer Verbleib im Erwerbsleben nicht für alle Erwerbstätigen möglich oder sinnvoll ist – oder nicht von allen Erwerbstätigen gewollt wird: Der Anteil derjenigen, die einen Ausstieg aus dem Erwerbsleben mit weniger als 65 Jahren planen, hat sich zwar zwischen 1996 und 2008 stark verringert (von 63,7 Prozent auf 42,4 Prozent), ist zwischen 2008 und 2014 aber stabil geblieben (vgl. Kapitel 4). Die weitere Entwicklung wird zeigen, ob diese Gruppe langfristig doch immer kleiner wird oder ob sich hier ein ‚Sockel‘ von Erwerbstätigen bildet, die auch in Zukunft planen, mit weniger als 65 Jahren aus dem Erwerbsleben auszusteigen. Es wäre sicherlich aufschlussreich, mehr über die Motive dieser Menschen zu erfahren. Zudem ist zwischen 1996 und 2014 der Anteil der Erwerbstätigen, die unmittelbar vor dem Rentenbezug in der Arbeitslosigkeit sind, von 3,6 Prozent auf 15,5 Prozent stark angestiegen. Diese Entwicklung betrifft vor allem Frauen in den ostdeutschen Bundesländern: Bei dieser Gruppe hat der Renteneintritt aus der Arbeitslosigkeit von 1,0 im Jahr 1996 auf 39,7 Prozent im Jahr 2014 zugenommen (vgl. Kapitel 4).

In der öffentlichen Debatte über die Anhebung der Regelaltersgrenze stand in den vergangenen Jahren vor allem die Frage im Vordergrund, unter welchen gesundheitlichen Voraussetzungen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bis zum 67. Lebensjahr arbeiten können. Vor diesem Hintergrund ist beachtenswert, dass sich gerade in den mittleren Altersgruppen (bei den 54- bis 59-Jährigen und den 60- bis 65-Jährigen) bei mehreren Gesundheitsdimensionen (Anzahl von Erkrankungen, funktionale Gesundheit und depressive Symptome) von 2008 zu 2014 eine Verschlechterung abzeichnet (vgl. Kapitel 8 und 11). Auch wenn sich die Gesundheit von jüngeren Kohorten gegenüber älteren Kohorten im Vergleich zu 1996 weiterhin verbessert hat und sich bei den über 65-Jährigen zudem auch von 2008 zu 2014 positive Entwicklungen zeigen, sollte man die Veränderung der Gesundheit der erwerbsfähigen Bevölkerung weiter beobachten und negativen Trends entgegenwirken. Verbesserungen der gesundheitlichen Prävention und der Rehabilitation, die mit der geplanten Flexi-Rente (siehe oben) eingeführt werden sollen, sind vor diesem Hintergrund sinnvoll.

Die hier aufgegriffenen Erkenntnisse, beruhend auf den Daten des DEAS 2014, lassen den Schluss zu, dass verschiedene Gruppen von Erwerbstätigen unterschiedliche Bedürfnisse beim Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand haben. Die entscheidende Frage ist weniger, ob die Erwerbstätigen länger arbeiten können oder es nicht können. Es wird vielmehr immer offensichtlicher, dass manche Menschen es können, andere jedoch nicht, dass manche Menschen es gerne wollen und andere es müssen. Es wäre sicherlich sinnvoll, sich nicht auf die angehobene Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung als zentralen normierten Zeitpunkt für den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand zu konzentrieren, sondern verschiedene gleichberechtigte Zeitpunkte für den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand zu institutionalisieren.

25.2.2 Vereinbarkeit von Beruf und Sorgetätigkeiten: Befunde des DEAS 2014

Die Pflege und Unterstützung innerhalb der Familie hat in Deutschland einen hohen Stellenwert. Dem entsprechend wird ein großer Teil der auf Pflege angewiesenen Menschen von ihren Angehörigen gepflegt. Die Daten des DEAS 2014 zeigen jedoch, dass mit dem sozialen Wandel die Angehörigenpflege in verschiedener Hinsicht weniger selbstverständlich wird.

Zum einen werden die Wohnentfernungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern von 1996 zu 2014 kontinuierlich größer (vgl. Kapitel 14). Dies lässt vermuten, dass für immer mehr Familien die Angehörigenpflege schwieriger zu organisieren ist. Zweitens sinkt der Anteil derjenigen Menschen im mittleren Erwachsenenalter, die Kinder haben: Hatten im Jahr 1996 noch 87,2 Prozent aller 42- bis 47-Jährigen Kinder, waren es im Jahr 2014 nur noch 79,6 Prozent (vgl. Kapitel 14). Wer keine Kinder hat, kann im Bedarfsfall auch nicht von den eigenen Kindern gepflegt oder unterstützt werden. Für nachfolgende Kohorten ist also anzunehmen, dass sie bei Pflegebedarf im Alter weniger auf Töchter und Söhne als Unterstützerinnen beziehungsweise Unterstützer bauen können. Drittens sind immer mehr Menschen in der zweiten Lebenshälfte erwerbstätig, und zwar sowohl vor als auch nach dem Eintritt in den Ruhestand (vgl. Kapitel 3). Dies bindet bei diesen Menschen Zeitressourcen. Der Anstieg der Erwerbsquote vor dem Ruhestand ist insbesondere bei Frauen stark ausgeprägt, die auch im Jahr 2014 zu einem größeren Anteil als Männer Pflegeaufgaben übernehmen (vgl. Kapitel 12).

Zwischen 1996 und 2014 ist der Anteil der Personen, die mindestens eine andere gesundheitlich eingeschränkte Person unterstützen, von 12,3 Prozent auf 16,2 Prozent angestiegen (vgl. Kapitel 12). Eine stärkere Einbindung von Personen aus der weiteren Verwandtschaft, der Nachbarschaft oder dem Freundeskreis in die Unterstützung und Pflege alter Menschen ist jedoch nicht erkennbar. Der Anteil derjenigen, die eine oder mehrere nicht-verwandte Personen unterstützen oder pflegen, ist von 1996 bis 2014 weitgehend stabil geblieben: Etwa ein Fünftel der Menschen in der zweiten Lebenshälfte leisten diese Form der Unterstützung. Zugleich bleibt die Angehörigenpflege weiter eine zentrale Säule in der Pflege. Die Stellung der engsten Angehörigen bei der Pflege ist zwischen 1996 und 2014 eher größer als kleiner geworden. Eine Entwicklung hin zu gemischten Pflegearrangements kann derzeit aus den Daten des DEAS 2014 also nicht herausgelesen werden. Es ist deshalb umso wichtiger, zum einen die Rahmenbedingungen für gemischte Pflegearrangements zu verbessern und zum anderen eine breite gesellschaftliche Debatte über den Nutzen gemischter Pflegearrangements in Gang zu setzen. Im Siebten Altenbericht der Bundesregierung wird die Notwendigkeit gemischter Pflegearrangements thematisiert (Berner & Hagen 2015) – er könnte genutzt werden, um eine entsprechende öffentliche Debatte voranzubringen.

Auch der Anteil derjenigen Menschen, die eine Berufstätigkeit mit Pflege oder Unterstützung verbinden, ist zwischen 1996 und 2014 angestiegen, und zwar von 7,0 auf 11,8 Prozent (vgl. Kapitel 12). Diese Entwicklung ist wohl darauf zurückzuführen, dass zum einen die Erwerbsbeteiligung insbesondere von Frauen und zum anderen die Zahl und der Anteil der auf Pflege angewiesenen alten Menschen angestiegen sind. Wenn eine Person berufstätig ist und zugleich Verantwortung bei der Pflege oder Unterstützung eines alten Menschen übernimmt, dann ist dies in der Regel mit einer nicht geringen Belastung dieser Person verbunden. Es ist deshalb begrüßenswert, dass die Bundesregierung in den letzten Jahren zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gesetzgeberisch aktiv war. Die Wirkungen der neu eingeführten Regelungen können allerdings erst in einigen Jahren verlässlich beurteilt werden.

Die praktische Sorge um Andere kann sich bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte sowohl in der Unterstützung oder Pflege älterer Menschen zeigen als auch in der Betreuung von Kindern. Bei der Betreuung von Enkelkindern durch die Großeltern verläuft die Entwicklung von 1996 bis 2014 uneinheitlich: Während zwischen 1996 und 2008 der Anteil der Großeltern, die Enkelkinder betreuen, von 33,7 Prozent auf 24,7 Prozent zurückging, übernehmen im Jahr 2014 wieder mehr Großeltern die Betreuung von Enkelkindern (ein knappes Drittel, vgl. Kapitel 15). Da das durchschnittliche Übergangsalter zur Großelternschaft im Jahr 2014 bei etwa 53 Jahren liegt und außerdem die Erwerbstätigkeit im späteren Erwerbsalter zunimmt (vgl. Kapitel 3 und 4) fällt für einen wachsenden Teil von Großeltern der Betreuungsbedarf der Enkelkinder in eine Lebensphase, in der sie selbst noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Im Vergleich der Jahre 1996 und 2014 zeigt sich, dass der Anteil von Großeltern bis 65 Jahre, der eine Betreuung von Enkelkindern mit Erwerbstätigkeit kombiniert, von 15,0 Prozent im Jahr 1996 auf 23,4 Prozent im Jahr 2014 angestiegen ist. Dabei sind jüngere Großeltern (48 bis 59 Jahre) häufiger gleichzeitig erwerbstätig und betreuen Enkelkinder als ältere Großeltern (60 bis 65 Jahre). Großmütter betreuen nicht nur häufiger ihre Enkelkinder, im Vergleich mit Großvätern kombinieren sie dies auch häufiger mit einer Erwerbstätigkeit. Etwa ein Viertel (25,6 Prozent) der Großmütter und ein Fünftel (20,5 Prozent) der Großväter im Alter bis 65 Jahre sind sowohl in Beruf als auch Familie eingebunden (vgl. Kapitel 15).

Insgesamt zeigt sich also, dass Menschen in der zweiten Lebenshälfte im Jahr 2014 häufiger als in früheren Jahren Erwerbsarbeit mit verschiedenen Sorgetätigkeiten (wie Unterstützung aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen oder Enkelkinderbetreuung) kombinieren. Dies kann zu einer Mehrfachbelastung führen, die sich möglicherweise auch darin widerspiegelt, dass im Jahr 2014 im Vergleich zum Jahr 2008 die unter 65-Jährigen im Durchschnitt eine schlechtere Gesundheit berichten (vgl. Kapitel 8 und 11). Diese Entwicklung sollte genau beobachtet werden, auch im Rahmen von Evaluationen des Familienpflegezeitgesetzes und des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.

25.2.3 Gleichstellung von Männern und Frauen: Befunde des DEAS 2014

Die Befunde des DEAS 2014 zeigen, dass in verschiedenen Lebensbereichen zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der zweiten Lebenshälfte bestehen.

In der Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen sind Männer im Jahr 2014 immer noch zu einem deutlich größeren Anteil als Frauen erwerbstätig (Männer: 77,5 Prozent, Frauen: 70,7 Prozent, vgl. Kapitel 3). Das reale Äquivalenzeinkommen ist bei den Männern zwischen 1996 und 2014 stärker angestiegen als bei den Frauen. Die Einkommensungleichheit zwischen Männern und Frauen hat demnach leicht zugenommen. Zudem sind Frauen in der zweiten Lebenshälfte auch im Jahr 2014 weiterhin häufiger von Einkommensarmut betroffen als Männer (Männer: 10,8 Prozent, Frauen: 13,6 Prozent, vgl. Kapitel 6).

Bei 61,1 Prozent aller Paarhaushalte liegt im Jahr 2014 die überwiegende Zuständigkeit für den Haushalt bei der Frau (vgl. Kapitel 13). Lediglich bei knapp einem Drittel der Paarhaushalte (32,4 Prozent) teilen sich Mann und Frau die Hausarbeit zu gleichen Teilen auf. Daran hat sich seit 2008 nicht wesentlich etwas geändert. Je mehr die Frau im Vergleich zum Mann erwerbstätig ist, desto seltener ist sie allein für die Hausarbeit zuständig. Bei den Paarhaushalten, in denen allein der Mann erwerbstätig ist, liegt bei 77,4 Prozent die überwiegende Zuständigkeit für die Hausarbeit bei der Frau. Wenn sowohl der Mann als auch die Frau erwerbstätig sind, die Frau

allerdings in Teilzeit, liegt die Quote immer noch bei 72,5 Prozent. Wenn beide erwerbstätig sind und die Frau dabei in Vollzeit arbeitet, sinkt die Quote auf 48,2 Prozent (vgl. Kapitel 13). Eine Erwerbstätigkeit von Frauen (insbesondere eine Vollzeiterwerbstätigkeit) kann also zu mehr Gleichstellung auch in anderen Lebensbereichen führen.

Frauen sind häufiger als Männer an der Unterstützung und Pflege anderer Menschen beteiligt: Die Unterstützungsquote bei den Frauen im Jahr 2014 beträgt 18,8 Prozent gegenüber 13,3 Prozent bei den Männern. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist hierbei zwischen 1996 und 2014 noch angewachsen (vgl. Kapitel 12). Pflege ist demnach noch immer mit einer ungleichen Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen verbunden.

Die Kontakthäufigkeit zwischen Müttern und ihren erwachsenen Kindern ist größer als bei Vätern: Im Jahr 2014 haben 84,0 Prozent der Mütter und 72,8 Prozent der Väter mindestens wöchentlich Kontakt zu ihren Kindern. Dieser Unterschied hat sich über die Zeit eher vergrößert. Mütter (92,3 Prozent) berichten auch häufiger über eine enge Verbundenheit mit den erwachsenen Kindern als Väter (84,7 Prozent, Kapitel 14). Bezeichnende Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich, sofern es sich um Großeltern handelt, auch in der Einschätzung der Beziehung zu den Enkeln (vgl. Kapitel 15). Erstens ist der Anteil der Großmütter, die die Großelternrolle im Jahr 2014 als ‚sehr wichtig‘ bezeichnen (62,6 Prozent), deutlich größer als der Anteil der Großväter (46,6 Prozent). Zweitens schätzen Großmütter deutlich häufiger als Großväter die Beziehung zu den Enkelkindern als ‚eng‘ oder ‚sehr eng‘ ein (74,1 bzw. 62,0 Prozent). Drittens haben Großmütter zu einem größeren Anteil (31,2 Prozent) mindestens wöchentlichen Kontakt zu den Enkeln als Großväter (25,2 Prozent). Dieser Unterschied konnte 2008 noch nicht festgestellt werden. Frauen haben zudem häufiger als Männer einen engen und unterstützenden Freundeskreis (vgl. Kapitel 17). Mit dem Älterwerden kann dies im Hinblick auf die gegenseitige Unterstützung und Hilfe ein entscheidender Faktor dafür sein, länger selbstständig leben zu können.

Frauen berichten im Jahr 2014 zu einem größeren Anteil zumindest leichte depressive Symptome (33,6 Prozent) als Männer (25,9 Prozent). Im hohen Alter ist dieser Unterschied zwischen Frauen und Männern noch größer als über alle Altersgruppen hinweg (vgl. Kapitel 11). Von den Frauen im hohen Alter (70- bis 85-Jährige) gibt ein kleinerer Anteil eine hohe Lebenszufriedenheit an als von den Männern im hohen Alter (Frauen: 76,7 Prozent und Männer: 84,3 Prozent). Bei den Frauen ist der Anteil derjenigen mit guter funktionaler Gesundheit kleiner als bei den Männern (64,2 Prozent bzw. 73,9 Prozent, vgl. Kapitel 8). Es zeigt sich also, dass es Frauen insbesondere im hohen Alter gesundheitlich und emotional schlechter geht als Männern. Dies könnte auch ein Ausdruck von erlebter Verwitwung sein, von der Frauen wegen ihrer höheren Lebenserwartung häufiger betroffen sind als Männer.

Es gibt auch einige Lebensbereiche, bei denen es keinen oder kaum einen Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt. So unterscheiden sich Männer und Frauen nur unwesentlich bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit (vgl. Kapitel 10), bei der Lebenszufriedenheit (außer im hohen Alter, vgl. Kapitel 11) und bei der Anzahl der berichteten Erkrankungen (vgl. Kapitel 8). Dennoch zeigen die hier zusammengestellten Befunde, dass die Lebenswirklichkeit in der zweiten Lebenshälfte in Deutschland nach wie vor stark von Unterschieden zwischen Männern und Frauen geprägt ist. Bedenklich ist dabei insbesondere, dass sich die allermeisten der hier berichteten Unterschiede im Zeitverlauf nicht wesentlich verringert haben. Im Großen und Ganzen kann von einer Angleichung der Lebensumstände zwischen Männern und Frauen zumindest bei den hier untersuchten Aspekten keine Rede sein. Eher im Gegenteil: In einzelnen Bereichen haben sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sogar verstärkt.

25.2.4 Selbstständiges Wohnen im Alter: Befunde des DEAS 2014

Im Jahr 2014 lebte nur ein kleiner Teil der älteren Menschen in einer barrierereduzierten Wohnung: Von den 70- bis 85-Jährigen wohnten lediglich 5,6 Prozent in einer solchen Wohnung. Diese niedrigen Quoten stehen in Einklang mit den Befunden verschiedener anderer Studien (für einen Überblick vgl. Prognos 2014). Bedenklich ist, dass selbst von den mobilitätseingeschränkten Menschen (die angeben, eine Gehilfe, einen Rollator, einen Rollstuhl oder Ähnliches zu nutzen), nur 6,9 Prozent in einer barrierereduzierten Wohnung lebten (vgl. Kapitel 19). Zwar muss nicht jeder ältere Mensch in einer barrierereduzierten oder -freien Wohnung leben. Es ist jedoch bekannt, dass ein nicht unwesentlicher Anteil von Umzügen in eine stationäre Pflegeeinrichtung vermieden oder zumindest hinausgezögert werden könnte, wenn die Wohnung der betroffenen Person barrierereduziert oder -frei gestaltet würde (Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung 2014).

Die Möglichkeiten der Bundespolitik, auf direktem Wege mehr barrierereduzierte Wohnungen zu schaffen und Einfluss auf die Infrastruktur in den Städten und Gemeinden zu nehmen, sind im deutschen föderalen System begrenzt. Hinsichtlich des barrierereduzierten Wohnens sind Ratgeber und Modellprojekte sicherlich sinnvoll, können aber auch nicht die größte Hürde beseitigen: Für viele Menschen ist ein entsprechender Umbau der Wohnung schlicht zu teuer. Es sollte deshalb verstärkt darüber nachgedacht werden, wie die Kosten eines Wohnungsumbaus verringert und auf verschiedene Schultern verteilt werden könnten.

Trotz der geringen Verbreitung barrierereduzierter Wohnungen schätzten 89,7 Prozent der 40- bis 85-Jährigen im Jahr 2014 ihre Wohnsituation insgesamt als gut ein (vgl. Kapitel 19). Auch die Bewertung der Infrastruktur im Wohnumfeld ist gut. Jeweils etwa drei Viertel der Personen gaben im Jahr 2014 an, über ausreichende Einkaufsmöglichkeiten zu verfügen (76,3 Prozent), genügend Ärzte und Apotheken im Wohnviertel zu haben (80,3 Prozent) und im Wohnviertel eine gute Anbindung an den Nahverkehr zu haben (72,8 Prozent). Von den Personen, die wegen einer körperlichen Einschränkung eine Mobilitätshilfe benutzen, ist der Anteil derjenigen, die die Ausstattung ihres Wohnumfelds mit Einkaufsmöglichkeiten und mit Ärzten und Apotheken als ausreichend erachten, jedoch etwas kleiner (vgl. Kapitel 20). Dies ist ein Hinweis darauf, dass das Wohnumfeld nicht ausreichend altersgerecht gestaltet und ausgestattet ist.

In den letzten Jahren ist die Nachbarschaft verstärkt in den Blick der Politik für ältere Menschen geraten. Im Mix der verschiedenen Hilfe- und Unterstützungsleistungen für ältere Menschen spielt die informelle Nachbarschaftshilfe durchaus eine Rolle (Höpflinger 2012; Tesch-Römer 2010). Die Befunde des DEAS 2014 belegen eindrucksvoll die große Bedeutung, die die Nachbarschaft für das Wohlbefinden und für die Wohnzufriedenheit hat. Fast die Hälfte der 40- bis 85-Jährigen (45,6 Prozent) hatte im Jahr 2014 engen oder sehr engen Kontakt zu den Nachbarinnen und Nachbarn. Allerdings haben Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, weniger Personen in der Nachbarschaft, die sie um einen Gefallen bitten könnten, als Personen ohne Einschränkungen (vgl. Kapitel 21).

Die Befunde des DEAS 2014 zeigen, dass Nachbarschaften da besser funktionieren, wo mehr Ressourcen zur Verfügung stehen: zum Beispiel in besseren Wohngebieten und bei gesundheitlich und in ihrer Mobilität weniger eingeschränkten Menschen. In einfachen Wohnlagen haben im Jahr 2014 etwa ein Fünftel (21,4 Prozent) keinen oder nur eine Person in der Nachbarschaft, die für einen Gefallen in Frage käme – in gehobenen Wohnlagen trifft dies nur auf 7,9 Prozent zu. In der Regel können in einem nachbarschaftlichen Hilfe- und Unterstützungsmix Benachteiligungen nicht ausgeglichen werden, denn nachbarschaftliche

Unterstützung ist in hohem Maße auf Reziprozität angelegt: Menschen, die dauerhaft weniger geben können als andere, bekommen auch weniger Hilfe als andere – obwohl gerade sie die Hilfe besonders nötig hätten. Das Potenzial, Hilfe und Unterstützung aus der Nachbarschaft zu erhalten, ist also in der Bevölkerung ungleich verteilt.

Politisch kann man daraus folgern, dass es großer Anstrengungen bedarf, nachbarschaftliche Unterstützung auch für sozial Benachteiligte zu sichern. Inzwischen wird in verschiedenen Modellprojekten der aufsuchenden Gemeinwesenarbeit versucht, zurückgezogen lebende alte Menschen mit Hilfebedarf in Kontakt mit Hilfsangeboten zu bringen (Schubert, Abels, Papenfuß, Spieckermann, & Veil 2015). Darüber hinaus bestätigen die berichteten DEAS-Ergebnisse 2014, dass für die gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Nachbarschaften dasselbe gilt wie für das freiwillige Engagement: Ihre Entstehung ist keine Selbstverständlichkeit, sondern benötigt politische Anstrengungen und Investitionen in förderliche Rahmenbedingungen.

25.3 Alter nachrangig – Hauptsache, gut gebildet?

Beim Vergleich der politischen Ziele in der Alternspolitik einerseits und den empirischen Befunden des DEAS 2014 andererseits hat sich bereits angedeutet, dass nicht allein das chronologische Alter die Lebenssituation in der zweiten Lebenshälfte bestimmt, sondern eine Reihe anderer Faktoren. Für viele Aspekte des Lebens ist das Lebensalter einer Person weniger relevant als etwa ihre Familiensituation, ihr (vormaliger) Beruf, ihre Einkommensverhältnisse und ihre allgemeine soziale Lage. Einer der wichtigsten Faktoren ist der Bildungsstand, also das Ergebnis des Bildungsverlaufs in Kindheit, Jugend und jungem Erwachsenenalter. Der vorliegende Bericht gibt Anhaltspunkte dafür, inwiefern der Bildungsstand und das Alter mit verschiedenen günstig oder ungünstig ausgeprägten Lebenssituationen einhergehen können. Die empirischen Befunde aus den voranstehenden Kapiteln zeigen, dass die Lebenssituation älterer Menschen offensichtlich nicht vor allem vom Lebensalter abhängt, dass das Lebensalter weniger aussagekräftig ist als andere Determinanten, dass es zur Bestimmung von Lebenssituationen an Bedeutung verliert. Der Bildungsstand hingegen prägt die Lebenssituation in vielen Hinsichten ganz entscheidend.

Erwerbstätigkeit und Einkommen: In Kapitel 3 wird gezeigt, dass der Erwerbsstatus sowohl stark vom Alter als auch vom Bildungsstand abhängt. Im Hinblick auf zeitliche und nervliche Belastungen (Stress) sowie auf körperliche Belastungen bei der Erwerbstätigkeit unterscheiden sich vor allem die 54- bis 59-Jährigen, aber auch die 60- bis 65-Jährigen nur wenig von den Befragten im mittleren Erwachsenenalter. Zwischen den Bildungsgruppen finden sich jedoch deutliche Unterschiede beim Stress und den körperlichen Belastungen im Erwerbsleben. Die objektiven Armutsquoten unterscheiden sich in hohem Maße zwischen verschiedenen Bildungsgruppen und in geringerem Maße zwischen den Altersgruppen. Das gleiche gilt bei den subjektiven Armutsquoten (vgl. Kapitel 6).

Gesundheit: Gesundheitsbezogene Indikatoren hängen in der Regel sowohl vom Bildungsstand als auch vom Alter ab. Dies zeigt sich deutlich bei der Zahl der berichteten Erkrankungen und bei den berichteten gesundheitlichen Einschränkungen: Bei beidem gibt es Alters- und Bildungsunterschiede, dabei sind der Alters- und der Bildungseffekt in etwa gleich groß (vgl. Kapitel 8). Auch bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands (subjektive Gesundheit) gibt es Bildungs- und Altersunterschiede – die Altersunterschiede sind bei der subjektiven Gesundheit allerdings etwas weniger ausgeprägt als die Bildungsunterschiede (vgl. Kapitel 10). Dasselbe trifft zu für Lebenszufriedenheit und das Auftreten depressiver Symptome (vgl.

Kapitel 11). Ein großer Bildungseffekt zeigt sich bei der körperlichen Aktivität: Der Anteil von Menschen mit hoher Bildung, die mehrmals wöchentlich körperlich aktiv sind, ist mehr als doppelt so groß wie der entsprechende Anteil von Menschen mit niedriger Bildung. Die Unterschiede zwischen Altersgruppen hingegen sind bei der körperlichen Aktivität geringer (vgl. Kapitel 9).

Ehrenamtliches Engagement: Ein besonders starker Einfluss des Bildungsstandes zeigt sich beim ehrenamtlichen Engagement: Unter den Menschen mit einem hohem Bildungsstand ist der Anteil der Engagierten deutlich höher als unter den Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind beim ehrenamtlichen Engagement dagegen geringer (vgl. Kapitel 5).

Soziale Integration: Bei der sozialen Integration durch Freundschaften spielen sowohl der Bildungsstand als auch das Alter eine Rolle. Menschen mit einem höheren Bildungsstand geben zu einem deutlich größeren Anteil als Menschen mit einem niedrigeren Bildungsstand an, Freundinnen und Freunde als Partner für Freizeitaktivitäten, im sozialen Netzwerk, als Quelle für Rat und als Quelle für Trost zu haben. Menschen im hohen Alter berichten zu einem deutlich geringeren Anteil von entsprechenden freundschaftlichen Beziehungen als Menschen im mittleren Lebensalter. Bildungsstand und Alter haben dabei ein in etwa ähnliches Gewicht (vgl. Kapitel 17).

Intergenerationale Beziehungen: Auch die Nähe zum nächstwohnenden Kind ist bei Eltern unterschiedlichen Bildungsstands und unterschiedlichen Alters nicht gleichverteilt: Je niedriger der Bildungsstand, desto wahrscheinlicher wohnt eine Person am selben Ort wie das nächstwohnende erwachsene Kind. Und: Je älter eine Person ist, desto wahrscheinlicher wohnt sie am selben Ort wie das nächstwohnende erwachsene Kind. Der Bildungsunterschied ist hier etwas größer als der Altersunterschied (vgl. Kapitel 14). Der Zusammenhang mit dem Bildungsstand ist auch bei der Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung größer als der Zusammenhang mit dem Alter. Die Befragten sollten jeweils angeben, inwieweit sie den Aussagen „Die Älteren kümmern sich zu wenig um die Zukunft der Jüngeren“ und „Die Jüngeren kümmern sich zu wenig um die Älteren“ zustimmen. Die Zustimmungquoten unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen deutlich stärker als zwischen den verschiedenen Altersgruppen (vgl. Kapitel 23).

Altersbilder: Sowohl gewinn- als auch verlustorientierte Altersbilder hängen vom Alter und vom Bildungsstand ab, allerdings unterschiedlich stark (vgl. Kapitel 22). Von den Menschen mit einem hohen Bildungsstand sieht ein deutlich größerer Anteil das Älterwerden als persönliche Weiterentwicklung an als von den Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand. Die 70- bis 85-Jährigen sehen das Älterwerden zu einem geringeren Anteil als persönliche Weiterentwicklung an als die 40- bis 54-Jährigen. Der Bildungsunterschied in der Wahrnehmung des Älterwerdens als persönliche Weiterentwicklung ist dabei größer als der Altersunterschied. Bei der Wahrnehmung des Älterwerdens als körperlicher Verlust spielt hingegen das Alter eine etwas größere Rolle als der Bildungsstand.

Tabelle 25-1: Unterschiede zwischen Altersgruppen und Bildungsgruppen in verschiedenen Bereichen

Bereiche, in denen Unterschiede zwischen Bildungsgruppen etwa <u>gleich groß</u> sind wie Unterschiede zwischen Altersgruppen	Bereiche, in denen Unterschiede zwischen Bildungsgruppen <u>größer</u> sind als Unterschiede zwischen Altersgruppen	Bereich, in denen Unterschiede zwischen Bildungsgruppen <u>kleiner</u> sind als Unterschiede zwischen Altersgruppen
Erwerbsstatus	Stress bei der Erwerbsarbeit	Altersbilder: Alter als körperlicher Verlust
Zahl der berichteten Erkrankungen	Körperliche Belastung bei der Erwerbsarbeit	
Gesundheitliche Einschränkungen	Objektive Armutsquote	
Soziale Integration durch Freundschaften	Subjektive Armutsquote	
	Einschätzung der eigenen Gesundheit	
	Lebenszufriedenheit	
	Auftreten depressiver Symptome	
	Körperliche Aktivität	
	Ehrenamtliches Engagement	
	Nähe zum nächstwohnenden erwachsenen Kind	
	Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung	
	Altersbilder: Alter als persönliche Weiterentwicklung	

Insgesamt wird deutlich, dass die meisten der Indikatoren, bei denen in diesem Bericht die Korrelation mit dem Alter und mit dem Bildungsstand geprüft wurde, sowohl mit dem Alter als auch mit dem Bildungsstand zusammenhängen. Die Anzahl der Variablen, die dabei stärker mit dem Bildungsstand als mit dem Alter korrelieren, ist jedoch deutlich größer als die Anzahl der Variablen, bei denen die Korrelationen in etwa gleich stark sind oder in denen das Alter den größeren Einfluss hat.

Als eine Folge der Bildungsexpansion in den 1970er Jahren haben jüngere Kohorten im DEAS 2014 im Durchschnitt einen höheren Bildungsstand als ältere Kohorten. Bildungsstand und Alter sind selbst miteinander konfundiert, ihre Wirkungen auf eine dritte Variable können deshalb nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden. In den Analysen sind daher Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen für die Altersgruppen kontrolliert berechnet worden (vgl. Kapitel 2) – alle berichteten Bildungsunterschiede sind also nicht auf die Kohortenzugehörigkeit zurückzuführen. Es zeigt sich, dass der Bildungsstand fast mit allen untersuchten Variablen in starkem Maße korreliert, das Alter hingegen in den meisten Lebensbereichen eine geringere Rolle spielt. Daraus kann gefolgert werden, dass sich bei den 40- bis 85-Jährigen ältere und jüngere Menschen in vielerlei Hinsicht weniger stark unterscheiden als gemeinhin vermutet wird. Unterschiede und Ungleichheiten bestehen weniger zwischen Alt und Jung als zwischen Menschen mit unterschiedlichem Bildungsstand.

Die in vielen Bereichen überraschend geringe Bedeutung von Altersunterschieden kann als eine Folge der stetigen Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung interpretiert werden. Im Durchschnitt leben die Menschen länger, bleiben länger gesund, sind länger innerhalb oder außerhalb der Familie engagiert und sind materiell besser abgesichert. Es scheint, als ob sich dadurch die mittlere Lebensphase für viele Menschen zumindest in vielerlei Hinsicht bis ins achte und neunte Lebensjahrzehnt hinein verlängert hätte.

Dass sich in den Auswertungen dieses Berichts die verschiedenen Altersgruppen in vielen Lebensbereichen relativ wenig voneinander unterscheiden, liegt vermutlich auch daran, dass beim DEAS 2014 keine Personen befragt wurden, die älter als 85 Jahre sind. Aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung in Deutschland und der damit verbundenen Veränderung von Lebensverläufen treten inzwischen bei vielen Menschen in Deutschland entscheidende Veränderungen aufgrund des Alters erst im sehr hohen Alter auf, also eher nach dem 85. Lebensjahr. Menschen, die älter als 85 Jahre alt sind, unterscheiden sich deshalb möglicherweise aufgrund ihres Alters stärker von den jüngeren Altersgruppen als die jüngeren Altersgruppen es untereinander tun.

Bedenklich ist jedoch, wie groß in den meisten Lebensbereichen die Unterschiede zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen sind. Der DEAS 2014 bestätigt damit eindrucksvoll die Erkenntnis, dass der einmal erworbene Bildungsstand den weiteren Lebensverlauf in hohem Maße prägt. Für die Politik lässt sich daraus einmal mehr der Schluss ziehen, dass das Augenmerk weiterhin stark auf den Abbau sozialer Ungleichheiten gerichtet sein sollte.

25.4 Fazit

Die oben stehenden Ausführungen machen deutlich, dass es sinnvoll ist, Befunde aus verschiedenen Kapiteln dieses Berichts zusammenzustellen, miteinander in Beziehung zu setzen und auf diese Weise themenbezogene Gesamtbilder zu erstellen. Dabei wird offensichtlich, dass die Themen der Alternspolitik Querschnittsthemen sind und Berührungspunkte zu mehreren Politikfeldern haben.

Die Befunde des DEAS 2014 zeigen, dass sich die lange gültige Dreiteilung des Lebenslaufs auflöst: In vielerlei Hinsicht kann von einer Ausweitung der mittleren Lebensphase gesprochen werden. Angesichts der Verlängerung der Lebenserwartung ist diese Entwicklung auch nicht überraschend. Der Übergang in den Ruhestand, der für die meisten Erwerbstätigen im siebten Lebensjahrzehnt stattfindet, verändert in unserer erwerbsarbeitszentrierten Gesellschaft zwar Einiges im Alltag der Menschen, aber eben auch nicht alles: In vielen Bereichen gibt es über die Altersgruppen hinweg bis ins neunte Lebensjahrzehnt hinein viel Kontinuität.

Allerdings vollzieht sich diese Ausweitung der mittleren Lebensphase nicht für alle Menschen in gleicher Weise. In der im DEAS 2014 untersuchten Altersspanne von 40 bis 85 Jahren ist ja gerade nicht das Lebensalter der bedeutendste Unterscheidungsfaktor zwischen sozialen Gruppen – sehr viel bedeutsamer ist der Bildungsstand. Dies bedeutet zweierlei: Zum einen lohnen sich die Aufwendungen für Bildung in frühen Lebensabschnitten, sie wirken über den gesamten Lebenslauf bis in die Phase des Alters. Andererseits sollten gerade Menschen, die in Kindheit und Jugend nur einen geringen Bildungsabschluss erreichen konnten, im Verlauf des Älterwerdens Unterstützung erhalten, um ein gutes Altwerden in sozialer Integration und mit gesellschaftlicher Teilhabe zu erleben.

Literatur

- Bäcker, G. (2015). Jahresrückblick Alterssicherungspolitik. *Zeitschrift für Sozialreform*, 61(1), 4-13.
- Berner, F., & Hagen, C. (2015). Herausforderungen einer lokalen Politik für ältere und mit älteren Menschen. *Pro Alter*, 47(6), 19-21.
- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung. (2014). *Potenzialanalyse altersgerechter Wohnungsanpassung*. Bonn: Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2014). *Zweiter Bericht der Bundesregierung gemäß § 154 Absatz 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch zur Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre*. Berlin.
- Czepek, J., & Weber, E. (2015). *Flexibilität beim Übergang in die Rente. Aktuelle Berichte des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Engstler, H., & Romeu Gordo, L. (2014). Arbeiten im Ruhestand. Entwicklung, Faktoren und Motive der Erwerbstätigkeit von Altersrentenbeziehern. In: E. Kistler & F. Trischler (Hrsg.) *Reformen auf dem Arbeitsmarkt und in der Alterssicherung – Folgen für die Einkunftsfrage im Alter* (S. 115-147). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Höpflinger, F. (2012). Zuhause lebende Menschen im Alter – soziale Netzwerke, Gesundheit und ambulante Unterstützung. In: P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.) *Pflegende Angehörige älterer Menschen* (S. 63-107). Bern: Huber.
- Prognos. (2014). *Evaluation des KfW-Programms „Altersgerecht umbauen“*. Basel.
- Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Scherger, S., & Hokema, A. (2014). Arbeiten müssen, können oder wollen? Erwerbstätigkeit jenseits der Rentengrenze in Deutschland. In: K. Kaudelka & G. Insenbort (Hrsg.) *Altern ist Zukunft! Leben und arbeiten in einer alternden Gesellschaft* (S. 143-157). Bielefeld: transcript.
- Schubert, H., Abels, S., Papenfuß, K., Spieckermann, H., & Veil, K. (2015). Neuer Infrastrukturansatz für die sozialräumliche Altenhilfe. In: A. van Rießen, C. Bleck & R. Knopp (Hrsg.) *Sozialer Raum und Alter(n): Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung* (S. 131-156). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Pflegestatistik 2013, Deutschlandergebnisse* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wetzstein, M., Rommel, A., & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE Kompakt*, 6(3).

Abkürzungen

ADS-K	Kurzfassung der Allgemeinen Depressionsskala
ALLBUS	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr-, Bau- und Stadtentwicklung
CAPI	Computer assisted personal interview
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
EU	Europäische Union
EU-SILC	Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell (Studie)
GESIS	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften
GGS	Generations and Gender Survey
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
ISCED	International Standard Classification of Education
KORA-Age	Kooperative Gesundheitsförderung in der Region Augsburg
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
PAPI	Paper and pencil interview
SF-36	Short Form Gesundheitsfragebogen
SGB XI	Sozialgesetzbuch (Elftes Buch). Enthält die Vorschriften für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Deutschland
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
STIKO	Ständige Impfkommission
TILDA	The Irish Longitudinal Study on Ageing
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organization

Autorinnen und Autoren

Helen Baykara-Krumme, Dr. phil., Dipl.-Soz., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie der Technischen Universität Chemnitz. Forschungsschwerpunkte: Migration, Familie, Alter(n)
E-Mail: helen.baykara@soziologie.tu-chemnitz.de

Frank Berner, Dr. phil., Dipl.-Soz., Leiter des Arbeitsbereichs Politikberatung und der Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Alterssicherung, kommunale Politik für ältere Menschen, Wohnen im Alter, Altersbilder.
E-Mail: frank.berner@dza.de

Ann-Kristin Beyer, M.Sc. (Psychologie), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychogerontologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg sowie Doktorandin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im höheren Erwachsenenalter, individuelle und gesellschaftliche Altersbilder.
E-Mail: ann-kristin.beyer@dza.de

Anne Böger, M.Sc. (Psychologie), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen sowie Doktorandin an der International Max Planck Research School on the Life Course. Forschungsschwerpunkte: Soziale Integration, Emotionales Erleben, Entwicklungspsychologie der Lebensspanne.
E-Mail: anne.boeger@dza.de

Heribert Engstler, M. A. (Soziologie, Politikwissenschaft), Leiter des Forschungsdatenzentrums des Deutschen Zentrums für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Erwerbsarbeit und Ruhestand, Familie, Partnerschaft und soziale Beziehungen Älterer, Sozialindikatoren.
E-Mail: heribert.engstler@dza.de

Janna Franke, M.A. (Soziologie und Sozialforschung), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen sowie Doktorandin an der Berlin Graduate School of Social Sciences (BGSS). Forschungsschwerpunkte: Wohlfahrtsstaatforschung, politische Einstellungen, Erwerbsarbeit und Ruhestand.
E-Mail: janna.franke@dza.de

Oliver Huxhold, Dr. phil., Dipl.-Psych., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Motorische und kognitive Entwicklung, empirische Methoden, soziale Netzwerke und Partizipation im Alter, Werte, Einstellungen und Altersstereotypen.
E-Mail: oliver.huxhold@dza.de

Daniela Klaus, Dr. phil., Dipl.-Soz., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Familien- und Generationenbeziehungen, soziale Beziehungen und soziale Unterstützung, Alter(n), Länder- und Kulturvergleich.
E-Mail: daniela.klaus@dza.de

Constanze Lejeune, Dipl.-Soz., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Altersarmut als mehrdimensionaler Ansatz, finanzielle Ressourcen, soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen
E-Mail: constanze.lejeune@dza.de

Katharina Mahne, Dr. phil., Dipl.-Soz., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen, Leiterin des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Forschungsschwerpunkte: Soziale Beziehungen und soziale Integration älterer Menschen, insbesondere Generationenbeziehungen

und Großelternschaft, soziale Ungleichheit, sozialer Wandel.
E-Mail: katharina.mahne@dza.de

Sonja Nowossadeck, Dipl. oec. (Volkswirtschaft), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Regionale Aspekte des Alterns, Wohnen und Wohnumfeld im Alter, Gesundheit und Pflege.
E-Mail: sonja.nowossadeck@dza.de

Laura Romeu-Gordo, Dr. rer. oec., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Ageing, Arbeitsökonomie.
E-Mail: laura.romeu-gordo@dza.de

Julia Simonson, Dr. rer. pol., Dipl.-Soz., Leiterin des Arbeitsbereichs Forschung und stellvertretende Institutsleiterin des Deutschen Zentrums für Altersfragen.
Forschungsschwerpunkte: Soziale Ungleichheit, Freiwilliges Engagement und Partizipation, Erwerbsverläufe und Alterssicherung, Empirische Methoden.
E-Mail: julia.simonson@dza.de

Svenja M. Spuling, Dipl.-Psych., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte, psychologische Faktoren der Gesundheit, Entwicklungspsychologie der Lebensspanne.
E-Mail: svenja.spuling@dza.de

Clemens Tesch-Römer, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Leiter des Deutschen Zentrums für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter, soziale Beziehungen und soziale Integration älterer Menschen, familiäre und gesellschaftliche Solidarität, Gesundheit und Pflege im Alter, kultur- und gesellschaftsvergleichende Alternsforschung.
E-Mail: clemens.tesch-roemer@dza.de

Martin Wetzel, Dr. phil., Dipl.-Soz., bis Januar 2016 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Altersfragen, seit Februar 2016 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität zu Köln. Forschungsschwerpunkte: Gesellschaftliche Partizipation, Erwerbsarbeit und Ruhestand, Lebenslauf, Soziale Ungleichheit.
E-Mail: wetzel@wiso.uni-koeln.de

Julia K. Wolff, Dr. rer. nat., Dipl. Psych., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen, stellv. Projektleitung Deutscher Alterssurvey. Forschungsschwerpunkte: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Alter, Ressourcen für Gesundheit und Wohlbefinden wie Altersbilder und soziale Beziehungen, Entwicklungspsychologie der Lebensspanne.
E-Mail: julia.wolff@dza.de

Susanne Wurm, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Professorin für Psychogerontologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und kooperierende Wissenschaftlerin des DZA. Forschungsschwerpunkte: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im mittleren und höheren Erwachsenenalter, Altersbilder, psychosoziale Ressourcen für Gesundheit, Entwicklungspsychologie der Lebensspanne.
E-Mail: susanne.wurm@fau.de

Jenna Wünsche, B.Sc. (Psychologie), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden im höheren Erwachsenenalter.
E-Mail: jenna.wuensche@dza.de

Jochen P. Ziegelmann, Dr. Phil., Dipl.-Psych., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Altersfragen. Forschungsschwerpunkte: Freiwilliges Engagement, Partizipation und informelle Unterstützungsleistungen; Altersgerechte Interventionen in das Gesundheitsverhalten in multimorbiden und gesunden Populationen.
E-Mail: jochen.ziegelmann@dza.de