

Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft –
Studies on Health and Society

8

Roman Kaspar
Julia Simonson
Clemens Tesch-Römer
Michael Wagner
Susanne Zank
(Hrsg.)

Hohes Alter in Deutschland

OPEN ACCESS

 Springer

Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society

Band 8

Reihe herausgegeben von

Christiane Wooten, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Herausbergremium

Jacqui Smith, University of Michigan, Ann Arbor, USA

Allen E. Buchanan, Duke University, Durham, USA

Jens C. Brüning, CECAD-Exzellenzcluster und Max-Planck-Institut für
Stoffwechselforschung, Köln, Deutschland

Luciano Floridi, University of Oxford and The Alan Turing Institute,
Oxford, Großbritannien

Wolfgang Goetzke, gewi-Institut für Gesundheitswirtschaft e.V. und
Gesundheitsregion KölnBonn e.V., Köln, Deutschland

Oliver Gröne, OptiMedis AG, Hamburg, Deutschland

Robert Leicht, Langjähriger Politischer Korrespondent/Long-Time Political
Correspondent, Die ZEIT, Hamburg, Deutschland

Fortschreitende Digitalisierung, demographischer Wandel und komplexer werdende Umwelten stellen Wissenschaft und Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Die tief greifenden Veränderungen betreffen in besonderem Maße auch den Bereich der Gesundheit. Eine Vielfalt wissenschaftlicher Disziplinen und Akteure aus allen gesellschaftlichen Bereichen sind gefordert, um die transformativen Prozesse der Gegenwart zu gestalten.

Die *ceres* **Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft** bieten ein Forum für besonders gesellschaftsrelevante Fragen im Bereich der Gesundheit jenseits disziplinärer Grenzen. In ausgewählten Studien präsentieren sie fachübergreifende und translationale Analysen, Debatten und Konzepte zur partizipativen Gestaltung unserer Zukunft.

Digital developments, demographic change and increasingly complex environments pose all new challenges for science and society. These profound changes also, and in particular, affect health-related issues. It requires a variety of scientific disciplines and actors from all areas of society to shape the current transformative processes.

The *ceres* Book Series on Health and Society provides a forum for the discussion of particularly relevant societal challenges in the area of health, beyond disciplinary boundaries. In selected studies, the books of this series present interdisciplinary and translational analyses, debates and concepts, contributing to participative designs for our future.

Roman Kaspar • Julia Simonson
Clemens Tesch-Römer • Michael Wagner
Susanne Zank
Hrsg.

Hohes Alter in Deutschland

Die Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“ wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von 2019 bis 2022 gefördert

 Springer

Hrsg.

Roman Kaspar
Cologne Center for Ethics, Rights,
Economics, and Social Sciences of Health,
Universität zu Köln
Köln, Deutschland

Julia Simonson
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Berlin, Deutschland

Michael Wagner
Institut für Soziologie und
Sozialpsychologie
Universität zu Köln
Köln, Deutschland

Clemens Tesch-Römer
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Berlin, Deutschland

Susanne Zank
Lehrstuhl für
Rehabilitationswissenschaftliche
Gerontologie, Humanwissenschaftliche
Fakultät,
Universität zu Köln
Köln, Deutschland



ISSN 2628-6963

ISSN 2946-0255 (electronic)

Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society

ISBN 978-3-662-66629-6

ISBN 978-3-662-66630-2 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2023

Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation.

Open Access Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Roman Kaspar, Julia Simonson, Clemens Tesch-Römer, Michael Wagner und Susanne Zank	
Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen	11
Sylvia Hansen, Nicole Schäfer und Roman Kaspar	
Das Einkommen der Hochaltrigen in Deutschland	41
Jonas Fey und Michael Wagner	
Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter	63
Jaroslava Zimmermann, Thomas Brijoux und Susanne Zank	
Einsamkeit in der Hochaltrigkeit	89
Roman Kaspar, Judith Wenner und Clemens Tesch-Römer	
Soziale Eingebundenheit	119
Judith Wenner, Andrea Albrecht, Nicole Schäfer und Michael Wagner	
Digitale Teilhabe in der Hochaltrigkeit	145
Marcella Reissmann, Veronica Oswald, Susanne Zank und Clemens Tesch-Römer	
Auswirkungen kognitiver Einschränkungen (Demenz) auf Lebensqualität und Versorgung	173
Thomas Brijoux und Susanne Zank	
Die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld hochaltriger Menschen in Deutschland	197
Veronica Oswald und Michael Wagner	

Werthaltungen hochaltriger Menschen und ihre Wünsche für die eigene Lebenssituation und das gesellschaftliche Zusammenleben	219
Marcella Reissmann und Michael Wagner	
Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden in der Hochaltrigkeit	255
Roman Kaspar, Annika C. Ernst und Susanne Zank	
Gutes Leben im hohen Alter: Fazit und Implikationen	289
Roman Kaspar, Julia Simonson, Clemens Tesch-Römer, Michael Wagner und Susanne Zank	

Autorenverzeichnis

Kurzbiografien Herausgeber:innen

Dr. Roman Kaspar Dr. Roman Kaspar ist Koordinator der Hochaltrigenstudie NRW80+ und Teil der Projektleitung von D80+ am Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health an der Universität zu Köln. Nach seinem Studium der Psychologie an der Universität Heidelberg promovierte er am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Weitere Stationen seiner wissenschaftlichen Laufbahn waren die Abteilung für Interdisziplinäre Alternswissenschaft an der Goethe-Universität und das Deutsche Institut für Internationale Pädagogische Forschung in Frankfurt am Main. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen Person-Umwelt-Interaktionsprozesse, Lebensqualität im hohen Alter und bei Demenz, Pflegekompetenz, subjektives Alternserleben, Survey-methodologie und quantitative Auswertungsmethoden.

Dr. Julia Simonson Dr. Julia Simonson ist seit 2013 Leiterin des Arbeitsbereichs Forschung und stellvertretende Institutsleiterin des Deutschen Zentrums für Altersfragen. Vorherige wissenschaftliche Stationen waren das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen und die Universität Bremen, an der sie zuvor ihr Studium der Soziologie sowie die Promotion abschloss. 2011 vertrat sie für ein Semester die Professur für empirische Sozialforschung an der Universität Kassel. Sie war Projektleiterin des vierten und fünften Freiwilligensurveys und leitet seit 2021 den Deutschen Alterssurvey. Ihre Forschungsschwerpunkte sind soziale Ungleichheiten im Lebensverlauf, freiwilliges Engagement und Partizipation, Erwerbsverläufe und Alterssicherung sowie empirische Methoden.

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer Clemens Tesch-Römer ist seit 1998 Leiter des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA). Im Jahr 1989 Promotion in Psychologie an der Freien Universität Berlin, im Jahr 1997 Habilitation in Psychologie an der Universität Greifswald und seit 2003 außerplanmäßiger Professor für Psychologie an der Freien Universität Berlin. In seiner Forschung konzentriert er sich auf

die Themen Lebensqualität im Alter, erfolgreiches Altern sowie soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe im Alter, immer mit Blick auf soziale Ungleichheit. Tesch-Römer ist Ko-Leiter des Deutschen Alterssurveys, einer repräsentativen, thematisch umfassenden Langzeitstudie zur zweiten Lebenshälfte. Er war Mitglied der Expertenkommissionen für den dritten bis achten Altersbericht der Bundesregierung und ist auch Mitglied der aktuellen, neunten Altersberichtscommission.

Prof. Dr. Michael Wagner Michael Wagner ist Professor für Soziologie am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Universität zu Köln. Von 1984 bis 1987 war er (Post)Doktorand im Projekt „Lebensverläufe und sozialer Wandel“ am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Berlin). Von 1988 bis 1997 war er Leiter der Forschungseinheit „Soziologie und Sozialpolitik“ der Berliner Altersstudie und des Projekts „Familie und Fertilität in Deutschland“ ebenfalls am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Er ist Direktor vom Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres) und geschäftsführender Herausgeber der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Sozialdemografie, Familiensoziologie sowie Lebenslauf- und Altersforschung.

Prof. Dr. Susanne Zank Nach dem Studium der Psychologie an der TU Berlin und Vancouver/Canada war Frau Prof. Dr. Susanne Zank wissenschaftliche Mitarbeiterin, Assistentin und Oberassistentin an der TU und FU Berlin. Zudem arbeitete sie als approbierte Psychologische Psychotherapeutin in der Gerontopsychiatrischen Tages- und Poliklinik der Universitätsklinik. Sie habilitierte im Fach Psychologie an der FU Berlin, 2006 übernahm sie den Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Siegen. Seit Oktober 2010 leitet Frau Prof. Zank den Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie und ist Direktorin des Zentrums für Heilpädagogische Gerontologie. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen Belastungs- und Interventionsforschung bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten, Interventions- und Rehabilitationsforschung bei alten Menschen und die Evaluation ambulanter und stationärer Versorgung. Zusammen mit ihren Mitarbeiterinnen entwickelte sie Erhebungsinstrumente zur Belastung pflegender Angehöriger (Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz, BIZA-D) und zum Screening von Depressionen (Depression im Alter Skala-DIAS), die sowohl in der Forschung als auch in der Praxis zur Qualitätssicherung einsetzbar sind.

Kurzbiografien weitere Autor:innen

Andrea Albrecht, M.A. Andrea Albrecht, M.A., studierte Soziologie an der Universität Köln. Nach ihrem Studium arbeitete sie als wissenschaftliche Hilfskraft an der Universität Essen (Fachgruppe empirische Sozialforschung) sowie anschließend als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Köln (Forschungsinstitut für

Soziologie). Danach folgten Lehraufträge an der Universität Düsseldorf und freiberufliche Tätigkeiten im Consulting sowie in der Erwachsenen- und Jugendbildung. Die letzten Jahre war sie im Direktmarketing als Qualitäts- und Projektmanagerin tätig. Seit 2019 ist Andrea Albrecht Datenmanagerin bei *ceres* im Projekt D80+. Ihre Forschungsinteressen liegen im Bereich der sozialen Ungleichheit, der sozialen Eingebundenheit, sowie der Auswirkungen von Migrationserfahrungen und Migrationshintergrund.

Thomas Brijoux, M.Sc. Thomas Brijoux (M.Sc.) studierte Rehabilitationswissenschaft (B.A.) und Gerontologie (M.Sc.) an den Universitäten Dortmund und Erlangen-Nürnberg. Seine Masterarbeit befasste sich mit der Entwicklung von Anosognosie im Verlauf demenzieller Erkrankungen. Nach seinem Studium arbeitete er in verschiedenen Forschungsprojekten und im Qualitätsmanagement der Katholischen Hochschule Freiburg. Von 2016 bis 2019 studierte er Medical Biometry/Biostatistics (M.Sc.) in Heidelberg. Seit 2019 ist Thomas Brijoux wissenschaftlicher Mitarbeiter bei *ceres* in den Projekten NRW80+ und D80+. Seine Forschungsinteressen liegen im Bereich der Demenzerkrankungen, speziell im subjektiven Erleben von Demenzerkrankungen im Frühstadium.

Annika C. Ernst Annika Ernst studiert Sozialwissenschaften im Bachelor, zunächst an der Ruhr-Universität Bochum und aktuell an der Universität zu Köln. Im Rahmen eines achtwöchigen freiwilligen Praktikums arbeitete sie an den Projekten D80+ und NRW80+ mit.

Jonas Fey, M.A. Jonas Fey, M.A., studierte Sozialwissenschaften (B.Sc.) an der Universität zu Köln und Universität Warschau sowie Soziologie (M.A.) an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Neben seinem Studium arbeitete er als Wissenschaftliche Hilfskraft im Projekt „Das Kölner Gymnasiastenpanel“, angegliedert an der Universität zu Köln, und mehrere Jahre in einer Wohngruppe der Caritas. Seit 2021 ist Jonas Fey wissenschaftlicher Mitarbeiter bei *ceres*, in den Projekten NRW80+ und D80+. Seine Forschungsinteressen liegen im Bereich der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit, Altersarmut und Großelternschaft.

Dr. Sylvia Hansen Dr. Sylvia Hansen ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (*ceres*). Dort koordiniert Sie die Projekte NRW80+ und D80+. Nach ihrem Studium der Gesundheitswissenschaften war sie am Lehrstuhl für Sport- und Gesundheitswissenschaften der Universität Stuttgart hauptsächlich für internationale Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention verantwortlich. Sie promovierte an der Universität Stuttgart. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Entwicklung und Evaluation von Verhaltensinterventionen und der Erforschung von persönlichen sowie Umweltdeterminanten von gesundheitsförderndem Verhalten (insbesondere von körperlicher Aktivität). Vor Ihrem Wechsel zu *ceres* war sie bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung tätig.

Veronica Oswald, M.Sc. Veronica Oswald, M.Sc., studierte Sozialwissenschaften (B.Sc.) und Sociology and Social Research (M.Sc.) in Köln. Während ihres Studiums arbeitete sie als wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln. In ihrer Masterarbeit beschäftigte sie sich mit dem Einfluss von Internetnutzung hochaltriger Menschen auf deren empfundene Autonomie, unter Berücksichtigung von Multimorbidität. Ihre Forschungsinteressen liegen insbesondere in der Digitalisierungsforschung und den Bereichen der gelingenden Lebensführung im sehr hohen Alter. Bei **ceres** arbeitet sie seit Januar 2022 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Projekten NRW80+ und D80+.

Marcella Reissmann, M.Sc. Marcella Reissmann, M.Sc., studierte Musikwissenschaft und Psychologie (B.A.) in Weimar und Jena und Gerontologie (M.Sc.) in Nürnberg. Neben Berufserfahrungen und Praktika im kulturellen und klinischen Kontext sammelte sie vor ihrem Masterstudium pflegepraktische Erfahrungen im In- und Ausland. In ihrer Masterarbeit beschäftigte sie sich mit Belastungen pflegender Angehöriger von Demenzpatienten in verschiedenen politischen Kontexten. Ihre Forschungsinteressen liegen weiterhin in der informellen Pflege und ihren Auswirkungen auf die Lebensqualität im sehr hohen Alter. Bei **ceres** arbeitet sie seit Mai 2019 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Projekten NRW80+ und D80+.

Nicole Schäfer, B.Sc. Nicole Schäfer, B.Sc., studierte Sozialwissenschaften (B.Sc.) an der Universität zu Köln. Seit Oktober 2021 studiert sie Soziologie (M.A.) an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. In ihrer Bachelorarbeit beschäftigte sie sich mit Möglichkeiten der sozialen Inklusion von hochaltrigen Menschen in Deutschland und der Notwendigkeit sozialer Netzwerke. Seit April 2021 unterstützt Nicole Schäfer **ceres** bei den Projekten D80+ und NRW80+ als wissenschaftliche Hilfskraft. Ihre Forschungsinteressen liegen in der sozialen Eingebundenheit hochaltriger Menschen.

Dr. Judith Wenner Dr. Judith Wenner studierte Sozialwissenschaften (B.A.) an der Humboldt Universität zu Berlin und absolvierte anschließend ihren Master of Public Health (M.Sc., EMPH) an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Nach ihrem Studium arbeitete und promovierte sie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in der AG Epidemiologie & International Public Health. Seit November 2020 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (**ceres**) an der Universität zu Köln in den Projekten NRW80+ und D80+ (Hochaltrigenstudien). Seit August 2021 ist sie außerdem wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie.

Dr. Jaroslava Zimmermann Dr. Jaroslava Zimmermann, M.A., studierte Soziologie an der Comenius-Universität in Bratislava (SK). Nach ihrem Studium arbeitete sie als wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln. Als

Doktorandin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen des NRW Forschungskollegs GROW befasste sie sich mit den organisationsbezogenen Determinanten der Versorgungsqualität in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Seit 2019 ist Jaroslava Zimmermann wissenschaftliche Mitarbeiterin bei **ceres** in den Projekten NRW80+ und D80+. Ihre besonderen Forschungsinteressen liegen in den Bereichen Versorgungsforschung, Gesundheitswissenschaft, Organisationssoziologie und Lebensqualität.

Einleitung



**Roman Kaspar, Julia Simonson, Clemens Tesch-Römer, Michael Wagner
und Susanne Zank**

Ausgangslage

Trotz des schnellen Wachstums des Anteils der Bevölkerung in einem Alter ab 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung Deutschlands (Statistisches Bundesamt 2019), ist das Wissen über diese Bevölkerungsgruppe bislang gering. Zwar gibt es thematisch, methodisch und regional spezifische Studien, jedoch keine repräsentative Erfassung der Lebenssituation und Lebensqualität dieser Altersgruppe für den gesamtdeutschen Raum. Die bedeutsamsten bevölkerungsrepräsentativen Umfragen in Deutschland, wie der auf Deutschland bezogene Teil des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) oder die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des Robert-Koch-Instituts bilden zum Teil zwar auch ältere und sehr alte Menschen mit ab, sind dabei aber mit besonderen Herausforderungen konfrontiert, auch die Anstaltsbevölkerung und Personen mit schlechterem Gesundheitszustand angemessen zu repräsentieren (Fuchs

R. Kaspar (✉)

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: roman.kaspar@uni-koeln.de

J. Simonson · C. Tesch-Römer

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland

E-Mail: julia.simonson@dza.de; clemens.tesch-roemer@dza.de

M. Wagner

Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: mwagner@wiso.uni-koeln.de

S. Zank

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: susanne.zank@uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,

https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_1

2009; Gaertner et al. 2019; Schanze und Zins 2019). Auch der Deutsche Alterssurvey (DEAS), der als quer- und längsschnittliche Langzeitstudie die Lebenssituationen und Alternsverläufe von Menschen, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden, umfassend abbildet, hat in den vergangenen Jahren zusätzliche Schritte unternommen, um schwer befragbare Gruppen von älteren Menschen beispielsweise durch Stellvertreterinterviews besser einbeziehen zu können. Darüber hinaus wurden neue Gewichtungskonzepte erarbeitet um generalisierende Aussagen auch für die Bevölkerungsgruppe der 85- bis 90-Jährigen zu treffen, die erst über verschiedene Befragungswellen hinweg dieses sehr hohe Alter erreichen (Schiel et al. 2021). Keine der bislang verfügbaren bundesweiten Studien fokussiert jedoch spezifisch auf das sehr hohe Lebensalter und stellt über eine disproportionale Zufallsziehung schwach vertretener Gruppen sicher, dass auch in diesem Alterssegment differenzierte Analysen nach soziodemografischen Subgruppen mit hoher Teststärke möglich sind. Eine solche gute Datenlage ist jedoch notwendig: Zum einen, um den besonderen Unterstützungsbedarfen im hohen Alter zukünftig besser gerecht werden zu können. Zum anderen, um Lösungsansätze für sozialpolitische Herausforderungen wie die soziale Sicherung im Alter oder im Hinblick auf Generationengerechtigkeit entwickeln zu können.

Die Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“

„Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) ist eine bundesweit repräsentative Querschnittsbefragung der hochaltrigen Menschen in Privathaushalten und in Heimen. Die Studie baut auf dem für das Hochaltrigenpanel NRW80+ (Hansen et al. 2021; Wagner et al. 2018) entwickelten Studienprotokoll und dem interdisziplinär entwickelten Rahmenmodell zur Erklärung von Lebensqualität im hohen Alter (Neise et al. 2019) auf (CHAPO-Modell, s. Abb. 1). Die Studie folgt demnach einem breiten Verständnis von Lebensqualität, nach dem auch gute Ressourcenlagen im Sinne guter Umweltbedingungen (Wohnen, soziale Beziehungen, altersfreundliche Gesellschaft) und guter persönlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Bildung, Gesundheit, Werte, Wahrnehmungsdispositionen) als eine Qualität des Lebens aufgefasst werden. Aufseiten von Lebensergebnissen werden nicht nur die Bewertung der eigenen Lebenssituation durch die Person selbst, sondern auch die (wahrgenommene) Bewertung durch andere Personen oder die Gesellschaft differenziert. Ein besonderes Augenmerk richtet das CHAPO-Modell auf solche Merkmale des Lebensvollzuges, die sich im Spannungsfeld individueller und gesellschaftlicher Zielvorstellungen vom guten Leben im Alter bewegen und beispielsweise im Sinne von erhaltener Autonomie oder gelebter Generativität als Kennzeichen einer auch im hohen Alter gelingenden Lebensführung gelten können.

Die Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“ wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) für drei Jahre gefördert und gemeinsam vom Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Scien-

	<i>Umwelt</i>		<i>Person</i>
Lebensmöglichkeiten	Lebenswerte Umwelten		Lebensfähigkeit/ Befähigung der Person
	Ansprüche (Soll)	- Über-individuelles Wertesystem	- Individuelles Wertesystem
	Bedingungen (Ist)	- Umweltbedingungen und Opportunitätsstrukturen	- Verfügbare Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person
Lebensergebnisse	Wertschätzung durch Andere		Wertschätzung des eigenen Lebens
	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung von (Lebens-) Leistungen - Akzeptanz des So-Seins Hochaltriger - Sozialer Status 		Gelingende Lebensführung <ul style="list-style-type: none"> - Funktionalität in Lebensvollzügen - Kohärenz - Generativität - Soziale Eingebundenheit <ul style="list-style-type: none"> - Affektives Wohlbefinden - Psychische Belastung - Lebenszufriedenheit

Abb. 1 Challenges and Potentials Model (CHAPO) der Lebensqualität im sehr hohen Alter. (Wagner et al. 2018, übersetzt durch Neise et al. 2019; Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des NOMOS Verlags)

ces of Health (ceres) und dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) durchgeführt. Die Studie vereint Perspektiven der an den beteiligten Institutionen vertretenen Disziplinen wie Soziologie, Psychologie, Versorgungswissenschaften, Gerontologie und Medizin.

Methodische Anlage der Befragung

Die Befragung der Studie D80+ baut auf dem in Nordrhein-Westfalen bereits in mehreren Wellen erfolgreich durchgeführten Hochaltrigenpanel NRW80+ des ceres auf (Hansen et al. 2021; Wagner et al. 2018) und weitet den Aussagebereich auf das gesamte Bundesgebiet aus. Zu den Alleinstellungsmerkmalen der am ceres durchgeführten Hochaltrigenstudien zählt einerseits die besonders sorgfältig definierte Zufallsstichprobe, die unabhängig von den jeweiligen Lebensumständen allen Menschen ab einem Alter von 80 Jahren eine Chance gibt, für die Studie ausgewählt zu werden. Dadurch werden auch ältere Menschen in Heimen oder solche, die keine oder wenige digitale Kommunikationskanäle nutzen, berücksichtigt und ein verzerrtes Bild der Hochaltrigkeit vermieden. Zweitens sind die Ansprachewege, Informationsmaterialien und die Durchführung der Befragung selbst spezifisch darauf abgestellt, auch Menschen mit beeinträchtigter Gesundheit, Pflegebedarf oder Unsicherheiten im Kontakt mit den Befragenden eine Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen. Aufgrund der Coronapandemie konnte in D80+ jedoch eine persönliche Befragung nicht umgesetzt werden. Stattdessen wurde zunächst eine schriftliche Befragung und darauf aufsetzend eine telefonische Befragung realisiert (sequenzielles Mixed-Mode-Design), um Perso-

nen mit unterschiedlichen Kommunikationsmöglichkeiten und -präferenzen bestmöglich zu adressieren. Dabei wurden auch Fragen zu Erfahrungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie gestellt. Mit der schriftlichen Befragung konnte sichergestellt werden, dass alle zufällig ausgewählten Personen erreicht werden und ohne zeitlichen oder sozialen Druck Rückmeldung zu den wichtigsten Aspekten ihrer Lebenssituation geben können. Durch die nachfolgende telefonische Ansprache konnten auch Personen einbezogen werden, die z. B. aus gesundheitlichen Gründen keinen Fragebogen ausfüllen konnten. Im Rahmen dieser telefonischen Kontakte wurden auch Möglichkeiten von Stellvertreterinterviews geklärt, über die Auskünfte zu besonders stark gesundheitlich eingeschränkten hochaltrigen Menschen eingeholt werden konnten. Im Rahmen der schriftlichen und telefonischen Befragung beteiligten sich insgesamt 10.578 Personen und damit mehr als jede vierte angesprochene hochaltrige Person an der Studie.

Umfang und Anlage der Studie erlauben erstmals einen differenzierten Blick auf die Lebenssituation von Männern und Frauen sowie von verschiedenen Gruppen sehr alter Menschen (80–84 Jahre, 85–89 Jahre, 90 Jahre und älter) in Deutschland. Die gewichteten Daten berücksichtigen die unterschiedlichen Auswahl- und Teilnahmewahrscheinlichkeiten in Subgruppen und sind mit Blick auf wesentliche demografische Daten wie Alters- und Geschlechtsstruktur, Familienstand, Haushaltsgröße, Institutionalisierung, Gemeindegröße und Bundesland für die 80-Jährigen und Älteren in Deutschland repräsentativ.

Für diese Möglichkeit gebührt allen Personen, die an der Studie teilgenommen oder eine Teilnahme unterstützt haben, sowie allen Interviewenden, die persönlich das Gespräch mit den so vielfältigen älteren Menschen in Deutschland gesucht haben, ein herzlicher Dank.

Organisation und thematische Schwerpunkte der Berichterlegung

Die Berichterlegung der Befragungsergebnisse wurde an die außergewöhnliche und dynamische Situation hochaltriger Menschen in der Coronapandemie angepasst. Um der Politik auch für dieses Populationssegment zeitnah belastbare empirische Befunde bereitzustellen, wurde die Berichterlegung thematisch gestaffelt. Im Rahmen von insgesamt zehn inhaltlich fokussierten Kurzberichten wurde die aktuelle Lebenslage älterer Menschen in Deutschland, auf der Basis der in den sukzessiven Erhebungsphasen jeweils verfügbaren Daten, beschrieben. Zu den zeitlich priorisierten Themen gehörten die Untersuchung des Einflusses der Coronapandemie auf die Lebenssituation und Lebensqualität älterer Menschen, soziale Ungleichheit, Gesundheits- und Krankheitserleben, soziales Netzwerk und Unterstützung sowie Einsamkeit im hohen Alter. Aussagen zu Wertvorstellungen, Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden sehr alter Menschen sollten dagegen nach Abschluss aller empiri-

schen Erhebungsphasen auf der Grundlage der Gesamtdaten getroffen werden. Aussagen zu den Themen Digitalisierung, Kognition und Wohnumfeld beruhen ausschließlich auf telefonisch erhobenen Daten, da diese Befragungsinhalte wegen ihrer Komplexität (z. B. Tests der kognitiven Leistungsfähigkeit) nicht im Rahmen der schriftlichen Fragebogenerhebung erfasst werden konnten.

Da durch das sequenzielle Mixed-Mode-Design über verschiedene Wege der Ansprache und Teilnahmemodi sukzessive auch schwerer befragbare ältere Menschen adressiert wurden, bieten sich die besten Möglichkeiten für generalisierende Aussagen auf der Grundlage der ab Mai 2022 zur Verfügung stehenden Gesamtstichprobe von 10.578 Teilnehmer:innen. Die Verteilung wesentlicher soziodemografischer Merkmale der Hochaltrigenpopulation in Deutschland konnte nach erfolgter Gewichtung der Stichprobe jedoch bereits mit den 10.372 Teilnehmer:innen der schriftlichen Befragung und auch in der Teilgruppe der 3233 Personen, die telefonisch zu weitergehenden Themen befragt wurden, angemessen repräsentiert werden (s. Tab. 1).

Tab. 1 Soziodemografische Struktur der Befragungsteilnehmer:innen differenziert nach Erhebungsphasen und Themenbereichen

Erhebungsteil	Fragebogen N = 10.372	Telefoninterview N = 3233	Gesamtstichprobe N = 10.578
<i>Themen (Kapitel)</i>	<i>Coronapandemie (2), Soziale Ungleichheit (3), Gesundheits- und Krankheitserleben (4), Einsamkeit (5), Soziales Netzwerk und Unterstützung (6)</i>	<i>Digitale Teilhabe (7), Kognitive Einschränkungen (8), Alltagskompetenz und Wohnumfeld (9)</i>	<i>Wertvorstellungen (10), Wohlbefinden und Zufriedenheit (11)</i>
Geschlecht			
Frauen	62,1 %	62,1 %	62,1 %
Männer	37,9 %	37,9 %	37,9 %
Altersgruppen			
80–84	59,0 %	59,0 %	59,1 %
85–89	26,9 %	27,0 %	26,9 %
90 und mehr	14,1 %	14,0 %	14,0 %
Bildungsniveau			
Hoch	16,8 %	17,3 %	18,2 %
Mittel	59,2 %	59,2 %	58,8 %
Niedrig	24,0 %	23,5 %	23,0 %
Ost/West			
West	78,0 %	78,0 %	78,0 %
Ost	22,0 %	22,0 %	22,0 %
Heim/privat			
Privat	89,9 %	90,0 %	89,9 %
Heim	10,1 %	10,0 %	10,1 %

Anmerkung. Datenbasis D80+ Hohes Alter in Deutschland. Gewichtete Daten

Differenzierte Analyse nach soziodemografischen Merkmalen

Im Sinne einer möglichst zielgruppenspezifischen Altersberichterstattung werden die Lebenssituation und die Lebensqualität sehr alter Menschen in Deutschland im vorliegenden Sammelband einheitlich nach den Differenzierungsmerkmalen Geschlecht (Männer, Frauen), Alter (80–84, 85–89, 90+ Jahre), Wohnform (Heim, Privat), Bundesland (Ost, West) und Bildung (niedrig, mittel, hoch nach der International Standard Classification of Education, ISCED) dargestellt. Die Lebensphase hohes Alter ist dabei sowohl historisch bedingt als auch bezogen auf die erhaltene Gesundheit durch große Ungleichheiten bestimmt.

Mit Blick auf den formalen Bildungsstand der heute Ab-80-Jährigen zeigen sich vergleichsweise hohe Anteile von Menschen mit geringeren oder mittleren Bildungsniveaus (s. Tab. 1). Bildungs- und Berufsbiografien waren in der hier betrachteten Kohorte von vor 1938 geborenen Menschen stark auch durch traditionelle Rollenverständnisse und sozioökonomische Lagen mitbestimmt und für viele Heranwachsende ganz wesentlich durch Nationalsozialismus und die Kriegsgeschehnisse geprägt. Zwar boten sich mit dem wirtschaftlichen Aufschwung der Nachkriegsjahre auch neue Möglichkeiten für den sozialen Aufstieg; insbesondere Frauen waren diese Optionen jedoch häufig vorenthalten. So lassen sich noch heute in der Verteilung von formalen Bildungsabschlüssen und in der Folge häufig auch im sozioökonomischen Status oder den finanziellen Mitteln starke Geschlechterunterschiede in der Gruppe der ältesten Menschen in Deutschland zuungunsten der Frauen beobachten. Dabei muss selbstverständlich berücksichtigt werden, dass die Gruppe der heute Ab-80-Jährigen eine spezifische Gruppe von außergewöhnlich lange Zeit Überlebenden darstellt, und die historischen Geburtskohorten nurmehr unvollständig repräsentieren kann.

Durch die unterschiedlichen Bildungs- und Berufsbiografien, lebenslang ausgeübten sozialen und gesellschaftlichen Rollen und nicht zuletzt durch die höhere Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern werden in der Gruppe der heutigen Ab-80-Jährigen Frauen gegenüber den gleichaltrigen Männern deutlich ungünstigere Ressourcenlagen beobachtet. So haben sehr alte Frauen z. B. häufiger Gesundheitseinbußen, seltener lebende Ehepartner und geringere finanzielle Mittel. Dennoch ist das hohe Lebensalter in Deutschland mit 62 Prozent Frauen in der Population der 80-Jährigen und Älteren gegenwärtig noch „weiblich“ geprägt. Durch den kleineren Anteil in diesem Alterssegment und die kürzere Lebenserwartung von Männern sinkt der Anteil sehr alter Männer über verschiedene Altersgruppen innerhalb der Hochaltrigkeit hinweg schnell deutlich ab. Die Studie D80+ trägt diesem Umstand Rechnung, indem sie im Stichprobenplan eine hohe Anzahl auch von Männern jenseits der 90 Jahre vorsieht, um auch in dieser Gruppe statistisch zuverlässig Geschlechtsunterschiede abschätzen zu können.

Eine weitere Differenzierung der Lebensphase hohes Alter erscheint für diesen Bericht aus mehreren Gründen unverzichtbar. Erstens besteht auch international Uneinigkeit darüber, ab welchem Lebensalter Menschen hochaltrig sind und durch welche biologischen, psychologischen oder sozialen Merkmale sich eine solche

Hochaltrigkeit von früheren Lebensphasen beispielsweise dem „jungen Alter“ abhebt (Baltes 1998). Es kann angenommen werden, dass sich eine solche mögliche chronologische Altersgrenze mit dem gesellschaftlichen Wandel immer weiter nach hinten verschiebt. Es wird aber erwartet, dass dem Lebensende auch zukünftig in vielen Fällen eine längere Zeit vorangeht, die deutlich auch durch Krankheit und soziale Verluste bestimmt ist (Tesch-Römer und Wahl 2017). Zweitens gilt auch für die Untersuchung von Altersgruppen das, was bereits mit Blick auf die Populationsverhältnisse zwischen Frauen und Männern gesagt wurde: Die Anzahl von Menschen in der Gesamtbevölkerung mit einem sehr hohen Lebensalter nimmt mit zunehmendem Alter stark ab (Tab. 1). Für zuverlässige Aussagen zu Altersunterschieden auch innerhalb der Population der Ab-80-Jährigen ist es darum nötig, eine angemessene Anzahl auch von Menschen jenseits des 90. Lebensjahres sicherzustellen. Dies ist im Rahmen von D80+ möglich.

Das hohe Alter in Deutschland ist auch 32 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung durch die in den alten und neuen Bundesländern unterschiedlichen Biografien älterer Menschen mitbestimmt. Daneben bestehen auch aktuell (noch) erkennbare Unterschiede beispielsweise in der Sozialstruktur, den Versorgungsleistungen, der Bevölkerungsentwicklung oder der politischen Interessenvertretung zwischen Bundesländern in Ost und West, die sich auf Lebenssituation und Lebensqualität hochaltriger Menschen auswirken können.

Wie eingangs bereits erwähnt, fehlt es derzeit insbesondere an Studien, welche die Lebenssituation von älteren Menschen sowohl in Privathaushalten als auch in Heimen zuverlässig abbilden können. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich einerseits zwar Sonderwohnformen mit der Möglichkeit von auch pflegerischer Versorgung in gemeinschaftlich oder intergenerationell orientierten Settings kontinuierlich ausdifferenziert, andererseits haben sich die Bewohnerschaft und die Organisation der stationären Pflege verändert. Hierdurch könnten Unterschiede zum Privatwohnen noch deutlicher hervortreten. Auch im hohen Alter werden die meisten pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten versorgt. Eine stationäre Versorgung ist dagegen vor allem bei schwereren Einbußen der Alltagsselbstständigkeit, Demenz oder bei geringen sozialen Ressourcen wahrscheinlicher. Die Einbeziehung der Heimbevölkerung in standardisierte Befragungen stellt eine große Herausforderung dar (Feskens 2009; Gaertner et al. 2019). Wegen der deutlich ungünstigeren Lebenslagen von Menschen in Heimen muss aber davon ausgegangen werden, dass deren Exklusion zu einem deutlich positiv verzerrten Bild der Lebensrealität älterer Menschen führt (Kelfve 2019; Schanze und Zins 2019). Als ein Instrument für die Einbeziehung von Heimbewohner:innen mit schweren Gesundheitseinbußen haben sich Stellvertreterinterviews bewährt. Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass die in D80+ einbezogenen Heimbewohner:innen keine reine Zufallsauswahl aller Menschen in Heimen darstellen und insbesondere Personen mit geringen Kommunikationsmöglichkeiten und weniger sozialen Ressourcen (z. B. Angehörige für Proxyinterview) darum zu selten einbezogen werden konnten. Die Berücksichtigung von Menschen in Heimen in D80+ trägt also zur Verringerung positiv verzerrter Bilder des hohen Alters in Deutschland bei, kann diese jedoch nicht vollständig ausschließen.

Alle Aussagen zu überzufälligen Merkmalsunterschieden oder Merkmalszusammenhängen, die in nachfolgenden Kapiteln gemacht werden, sind mit einem konventionellen statistischen Fehlerniveau ($\alpha = 0,05$) abgesichert und berücksichtigen die komplexe Stichprobenstruktur (Gemeinden als Untersuchungscluster) mit. Bei solcherart auf statistische Signifikanz getesteten Ergebnissen kann davon ausgegangen werden, dass entsprechende Unterschiede oder Zusammenhänge auch in der Grundgesamtheit vorliegen.

Ressourcen für die wissenschaftliche Nachnutzung der Daten D80+

Aktuelle Informationen zur Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“ finden sich auf der Projekthomepage des *ceres* (<https://ceres.uni-koeln.de/forschung/d80>). Die pseudonymisierten Befragungsdaten sind kostenfrei über das Forschungsdatenzentrum des DZA (<https://www.dza.de/forschung/fdz>) zur wissenschaftlichen Nachnutzung verfügbar.

Literatur

- Baltes MM (1998) The psychology of the oldest-old: the fourth age. *Curr Opin Psychiatry* 11(4):411–415
- Feskens RCW (2009) Difficult groups in survey research and the development of tailor-made approach strategies [Dissertation]. University of Utrecht, Utrecht
- Fuchs M (2009) Item-Nonresponse in einer Befragung von Alten und Hochbetagten: Der Einfluss von Lebensalter und kognitiven Fähigkeiten. In: Weichbold M, Wachter J, Wolf C (Hrsg) *Umfrageforschung: Herausforderungen und Grenzen*, Österreichische Zeitschrift für Soziologie/ Sonderheft, Bd 9. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 333–349
- Gaertner B, Koschollek C, Grube MM, Lütke D, Fuchs J, Scheidt-Nave C, Gößwald A, Wetzstein M (2019) Including nursing home residents in a general population health survey in Germany. *Survey Methods: Insights from the Field (SMIF)*. <https://doi.org/10.13094/SMIF-2019-00010>
- Hansen S, Kaspar R, Wagner M, Woopen C, Zank S (2021) The NRW80+ study: Conceptual background and study groups [Die NRW80+ Hochaltrigenstudie: Konzeptueller Hintergrund und Untersuchungsgruppen]. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):76–84. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01970-z>
- Kelfve S (2019) Underestimated health inequalities among older people—a consequence of excluding the most disabled and disadvantaged. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 74(8):125–134. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx032>
- Neise M, Janhsen A, Geithner L, Schmitz W, Kaspar R (2019) Lebensqualitäten in der Hochaltrigkeit. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) *Alternforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*, 1. Aufl. Nomos, S 581–604. <https://doi.org/10.5771/19783845276687-581>
- Schanze J-L, Zins S (2019) Undercoverage of the elderly institutionalized population: the risk of biased estimates and the potentials of weighting institutionalized population and not the risk of biased estimates: a simulation study using cross-national survey data. *Survey Methods: in-*

- sights from the field (SMIF). <https://surveyinsights.org/?p=11275>. <https://doi.org/10.13094/SMIF-2019-00017>
- Schiel S, Ruiz Marcos J, Fahrenholz M (2021) Methodenbericht Deutscher Alterssurvey (DEAS): Schriftliche Panelbefragung 2020. infas – Institut für Angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn
- Statistisches Bundesamt (2019) Ergebnisse der 14. Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html#sprg233474. Zugegriffen am 16.03.2023
- Tesch-Römer C, Wahl H-W (2017) Toward a more comprehensive concept of successful aging: disability and care needs. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 72(2):310–318. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162>
- Wagner M, Rietz C, Kaspar R, Janhsen A, Geithner L, Neise M, Kinne-Wall C, Woopen C, Zank S (2018) Quality of life of the very old: survey on quality of life and subjective well-being of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Z Gerontol Geriatr* 51(2):193–199. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1217-3>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen



Sylvia Hansen, Nicole Schäfer und Roman Kaspar

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde im Rahmen der bundesweiten Studie „Hohes Alter in Deutschland“ eine schriftliche Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Die Befragung erfolgte damit unter dem Eindruck der zweiten und dritten Welle der Coronapandemie. Dieser erste Kurzbericht aus der deutschlandweiten Repräsentativbefragung stellt dar, welche Veränderungen sehr alte Menschen im Zusammenhang mit der Pandemie in verschiedenen Lebensbereichen erfahren haben und wie sie diese Veränderungen bewerten.

Befragungsdaten zur Corona-Erkrankung und RKI-Zahlen annähernd deckungsgleich. Insgesamt 5 % der Über-80-Jährigen berichtet von einer eigenen Erkrankung. Insbesondere Frauen, Personen in älteren Altersgruppen und Heimbewohner:innen sind häufiger erkrankt.

Viele Hochaltrige sind in ihrem sozialen Umfeld mit Corona in Kontakt gekommen. Jeder vierte hochaltrige Mensch berichtet von Corona-Erkrankungen im sozialen Umfeld.

Unterschiede in der Hochaltrigenpopulation mit Blick auf Betroffenheit durch Schutzmaßnahmen. Die ältesten Befragten (90+ Jahre) und

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im November 2021 als Kurzbericht Nummer 1 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

S. Hansen · N. Schäfer · R. Kaspar (✉)
Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland
E-Mail: sylvia.hansen@uni-koeln.de; nicole.schaefer@uni-koeln.de;
roman.kaspar@uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023
R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_2

Heimbewohner:innen geben öfter an, durch spezifische Schutzmaßnahmen wie Quarantäne oder Kontaktverbote betroffen zu sein.

Berichtete Erfahrungen in Bezug auf die Coronapandemie fallen sehr unterschiedlich aus. Die große Zahl und Differenziertheit der angesprochenen Themen auf die Frage, welche Erfahrungen mit der Coronapandemie gemacht wurden, spiegelt die Heterogenität der coronabezogenen Erfahrungen hochaltriger Menschen wider. Das Thema Sozialer Zusammenhalt ist nach Kontaktbeschränkungen in den Schilderungen der Erfahrungen das zweitwichtigste Thema der Hochaltrigen.

Die meisten hochaltrigen Menschen sind in ihren sozialen Beziehungen von Corona betroffen. 4 von 5 Personen geben an, in ihren privaten Kontakten von den Auswirkungen der Coronapandemie betroffen zu sein. In diesem Bereich wird zudem die insgesamt stärkste subjektive Veränderung durch Corona angegeben.

Die Coronapandemie verändert die Internetnutzung auch bei Hochaltrigen. Jede:r vierte hochaltrige Onliner berichtet über Veränderungen in der eigenen Nutzung des Internet durch die Coronapandemie. Inwiefern sehr alte Menschen durch die Pandemie angefangen haben, das Internet zu nutzen, kann aus den Daten jedoch nicht abgeschätzt werden.

Corona-Erkrankungen im sozialen Umfeld gehen häufig auch mit Veränderungen in der eigenen Lebenssituation einher. Eine Erkrankung von (Ehe)Partner:innen führt zu deutlich wahrgenommenen Veränderungen insbesondere mit Blick auf die eigene Gesundheit und die Beschäftigung mit dem Thema Sterben und Tod. Corona-Erkrankungen im weiteren familiären Umfeld und Freundeskreis beeinflussen die Situation der Hochaltrigen dagegen weniger.

Coronabedingte Veränderungen werden oft als Belastung erlebt. Über alle Lebensbereiche hinweg werden die in der Pandemie erlebten Veränderungen von einem substanziellen Anteil von Personen als überwiegend negativ bewertet.

Verfügbare Ressourcen bestimmen mit, wie coronabedingte Verluste sich auf die Lebenszufriedenheit im Alter auswirken. Wie stark wahrgenommene coronabedingte Veränderungen der eigenen Gesundheit die allgemeine Lebenszufriedenheit beeinträchtigen, hängt auch vom Niveau der subjektiven Gesundheit ab. Erfahren Personen mit besserer Gesundheit coronabedingt Gesundheitseinbußen, dann sinkt deren Zufriedenheit stärker.

Einleitung

In einkommensstarken Ländern wie Deutschland haben in den letzten Jahrzehnten nicht-übertragbare Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen) über 80 % der Krankheitslast ausgemacht (Roser und Ritchie 2016); Infektionskrankheiten dagegen weniger als 5 %. Das Ende 2019 erstmals entdeckte SARS-CoV-2 Virus, das

eine COVID-19-Erkrankung auslöst, stellt unser Versorgungssystem vor neue Herausforderungen. Während die Erkrankung bei gesunden Erwachsenen überwiegend eher mild verläuft, sind ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen öfter von schweren oder tödlichen Verläufen betroffen (Rommel et al. 2021) und benötigen häufiger eine Intensivversorgung in Krankenhäusern. Aufgrund der großen Anzahl behandlungsbedürftiger Menschen waren die Anforderungen an das Gesundheitssystem in Deutschland auf dem Höhenpunkt der Erkrankungswellen, insbesondere der 1. Welle, sehr hoch und in mehreren Bundesländern kam die regionale stationäre Versorgung an ihre Grenzen. Um das Infektionsgeschehen einzudämmen wurden seit März 2020 unterschiedliche Maßnahmen eingeführt: Kontaktbeschränkungen, Quarantänemaßnahmen, Lockdowns sowie Test- und Impfstrategien.

Die Erhebung der D80+-Daten erfolgte während der zweiten und dritten Welle der Coronapandemie und damit unter dem Eindruck der bisher höchsten Infektions- und Todeszahlen im Populationssegment der Hochaltrigkeit (siehe Abb. 1). Die Fragen zu pandemiebedingten Erfahrungen und erlebten Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen bezogen sich darüber hinaus jedoch retrospektiv auf den gesamten Zeitraum seit Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020. Am 16.03.2020 trat in Deutschland erstmals ein Lockdown in Kraft. Schulen, Kindertagesstätten, Geschäfte und (Freizeit-)Einrichtungen wurden geschlossen und sämtliche (Freizeit-)Veranstaltungen abgesagt. Lediglich Supermärkte und Geschäfte des alltäglichen Lebens blieben geöffnet. Es galten strenge Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen. Am 20.04.2020 wurden diese Corona-Maßnahmen in Abhängigkeit von der regionalen Infektionslage gelockert, jedoch unter der Einhaltung strikter Hygienemaßnahmen. Am 29.04.2020 wurde die Maskenpflicht in

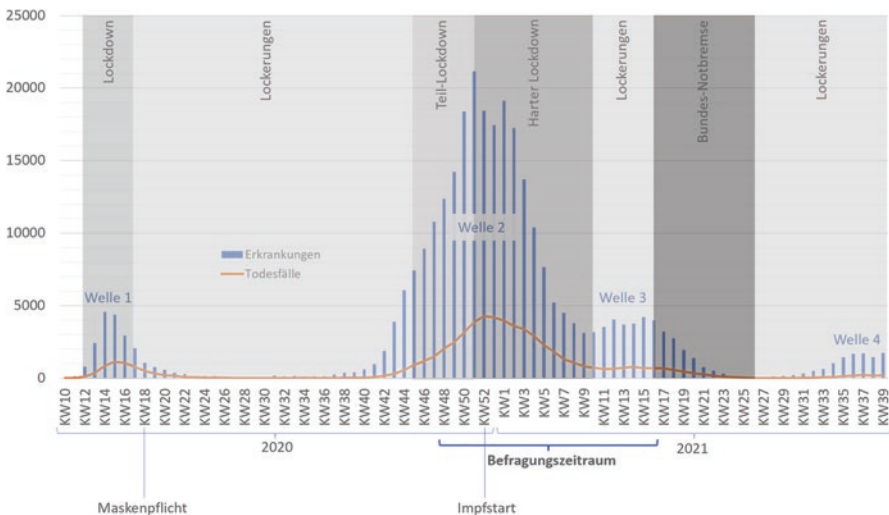


Abb. 1 Anzahl Erkrankungen und Todesfälle der über 80-Jährigen in Deutschland seit Beginn der Pandemie. (KW = Kalenderwoche)

öffentlichen Verkehrsmitteln und beim Einkauf eingeführt. In der Zeit der ersten Lockerungen traten bundesweit vereinzelt Coronavirus-Ausbrüche auf. In diesen Regionen wurden die Maßnahmen temporär verschärft. Aufgrund der schnell steigenden Anzahl der Neuinfektionen trat am 02.11.2020 der Teil-Lockdown in Kraft. Die Gastronomie, Kultur- und Freizeiteinrichtungen sowie Kosmetik- und Fitnessstudios mussten schließen. Für Zusammenkünfte galten ebenfalls strengere Regeln. Im Gegensatz zum Lockdown im Frühjahr 2020 blieben im Teil-Lockdown Kindertagesstätten, Schulen und Geschäfte geöffnet. Da die Fallzahl der Erkrankungen trotz eines Teil-Lockdowns weiterhin stieg, wurde am 16.12.2020 ein harter Lockdown verhängt. Nun mussten auch alle Kindertagesstätten, Schulen und Geschäfte schließen – mit Ausnahme von Supermärkten und Geschäften des alltäglichen Lebens. In dieser Zeit wurde auch die Anzahl der Personen, die privat zusammenkommen durften, eingeschränkt. Aufgrund rasch sinkender Infektionszahlen wurden am 08.03.2021 Lockerungen eingeführt. Friseursalons, Buchhandlungen, Gartenmärkte und Blumengeschäfte durften mit Hygienekonzepten wieder öffnen. Weitere Öffnungen, wie beispielsweise der Kindertagesstätten und Schulen, waren jedoch von der regionalen Infektionslage abhängig. Zusätzlich hatte jede:r Bürger:in die Möglichkeit, sich einmal wöchentlich kostenlos testen zu lassen. Die Anzahl an Personen, die privat zusammenkommen durfte, wurde erweitert.

Für eine bessere aktuelle Einordnung der Befunde der D80+-Studie ist in Abb. 1 auch der weitere Verlauf der Pandemie nach Abschluss der schriftlichen Befragung dargestellt. Da die Zahl an Neuinfektionen Anfang März 2021 wieder stieg, wurde am 23.04.2021 die sogenannte Corona-„Notbremse“ gezogen: Wenn in einem Landkreis oder in einer Stadt die 7-Tages-Inzidenz über 100 lag, galt eine Ausgangsbeschränkung ab 22 Uhr – mit einzelnen Ausnahmen. Die Anzahl der Personen, die privat zusammenkommen durfte, wurde wieder eingeschränkt. Geschäfte durften nur noch negativ getestete Kund:innen hineinlassen, die vorher einen Termin gebucht hatten. Die Notbremse sah vor, dass ab einer Inzidenz von 165 auch Schulen schließen. Die Bundes-Notbremse lief am 30.06.2021 wegen niedriger Coronainfektionen und der steigenden Anzahl geimpfter Personen aus. Seitdem wurden die Corona-Maßnahmen bundesweit stark gelockert. Am 10.08.2021 einigten sich Bund und Länder auf eine bundesweit geltende 3G-Regelung. Für geimpfte, genesene und getestete Menschen gelten seitdem besondere Zugangsrechte.

Die Maßnahmen waren insofern effektiv, als diese zu geringeren Infektionszahlen führten (Brauner et al. 2021; Islam et al. 2020). Die Maßnahmen haben jedoch auch nicht beabsichtigte Folgen, z. B. physischer oder psychosozialer Art.

Die Auswirkungen sowohl des Infektionsgeschehens als auch der Maßnahmen zur Eingrenzung und Bekämpfung der Pandemie (im Folgenden unter dem Sammelbegriff „Coronapandemie“ zusammengefasst) beeinflussen sowohl das Individuum als auch das gesellschaftliche Miteinander. Besonders bei älteren Menschen, die als vulnerable Gruppe eingestuft werden, kann die Coronapandemie ein ernsthaftes gesundheitliches Risiko darstellen, zu einer besonders hohen Belastung führen oder eine selbstbestimmte Lebensführung beeinträchtigen.

Hochschulen und Kliniken arbeiten mit Hochdruck daran, die Folgen der Pandemie für unterschiedlichste Lebensbereiche wissenschaftlich zu untersuchen und Hinweise für deren Bewältigung bereitzustellen. Aus Sicht der Sozialwissenschaften werden seit Mitte 2020 Forschungsergebnisse zu Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen publiziert. Wettstein und Wahl (2021) ziehen auf Basis bisheriger Daten ein Zwischenresümee zu den psychosozialen Konsequenzen der Coronapandemie für ältere Menschen. Ältere Menschen in Privathaushalten kamen danach bisher relativ gut durch die Corona-Krise und waren nicht stärker belastet als jüngere Menschen. Viele der bisherigen Studien basieren jedoch auf vergleichsweise kleinen oder selektiven Stichproben. Oft definieren Studien ältere Menschen bereits ab einem Alter von 65 Jahren oder untersuchen einen großen Altersbereich von Erwachsenen und alten Menschen. Sehr alte Menschen werden nur selten separat betrachtet. Zudem werden Menschen in Pflegeheimen meist nicht berücksichtigt, obwohl diese in besonderer Weise von Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie betroffen sind.

Die Daten des Deutschen Alterssurveys zeigen, dass ältere Menschen im Vergleich zu Jüngeren kein gesteigertes Ausmaß an Verunsicherung durch die Pandemie erfahren (Wettstein et al. 2020). Eine Studie von Benke et al. (2020) zeigte auf einer Datenbasis von Menschen zwischen 18 und 95 Jahren, dass die Einbußen im Wohlbefinden und die psychische Belastung für jüngere Menschen sogar stärker zu sein schienen als für ältere Menschen. Ältere Menschen wurden dementsprechend auch als eine Gruppe mit hoher Resilienz beschrieben (Gilan et al. 2020). Dennoch erscheinen bestimmte Gruppen sehr alter Menschen (obwohl diese Gruppe heterogen ist, vgl. Tesch-Römer et al. 2020) in besonderem Maße vulnerabel für die **gesundheitlichen und psychosozialen Risiken** der Pandemie. Zudem war wegen der Auslastung von Krankenhäusern der Zugang zum Gesundheitssystem mitunter eingeschränkt. Hiervon waren auch hochaltrige Menschen häufiger unmittelbar betroffen, da sie im Vergleich zu anderen Altersgruppen gemeinhin mehr Arzt- und Krankenhausbesuche tätigen (Kroll und Lampert 2013).

Einschränkungen **sozialer Kontakte** zur Eindämmung des Virus beeinflussen möglicherweise das Wohlbefinden. Besonders für ältere Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, oder diejenigen, die im Heim wohnen und eventuell aufgrund strikterer Vorschriften isolierter sind als Menschen, die privat wohnen, können Einschränkungen im sozialen Bereich zu hohen Belastungen führen. Studien haben überwiegend gefunden, dass die Pandemie mit einem Anstieg im Einsamkeitsempfinden einherging (Heidinger und Richter 2020; Huxhold und Tesch-Römer 2021; Krendl und Perry 2021; van Tilburg et al. 2020). Eine qualitative Studie von Whitehead und Torossian (2021) bei Über-60-Jährigen in den USA zeigte, dass Sorge um Andere und Einsamkeit die meistgenannten Stressoren waren, während als Ressourcen für Freude/Trost am häufigsten familiäre und freundschaftliche Beziehungen sowie digitale soziale Kontakte genannt wurden. Kortmann et al. (2021) berichten, dass 17 % der Menschen mit **Internetzugang** diesen seit Beginn der Pandemie auch häufiger nutzen. Ältere Menschen haben jedoch weniger häufig Internetzugang im Vergleich zu anderen Altersgruppen (BMFSFJ 2020). Ältere

Frauen nutzen das Internet generell weniger häufig als ältere Männer (Endter et al. 2020). Zudem ist die Nutzung des Internets in Heimen und Pflegeeinrichtungen weniger verbreitet. Dementsprechend können ältere Menschen digitale Angebote auch weniger als Ressource für den Umgang mit pandemiebedingten Einschränkungen nutzen und den Wegfall persönlicher Kontakte so schlechter kompensieren (Kemptner und Marcus 2020).

Obwohl die Gruppe hochaltriger Menschen sehr heterogen ist, werden diese weltweit häufig in den sozialen Medien, in der Presse oder auch in der politischen Öffentlichkeitsarbeit als hilflos, gebrechlich und gefährdet bezeichnet (Ayalon et al. 2021). Der statistische Zusammenhang zwischen Lebensalter und dem Risiko eines schweren Krankheitsverlaufes führt dazu, dass generalisierende Annahmen über schlechte Gesundheitszustände von älteren Menschen getroffen werden. Auch wenn **negative Altersstereotype** bereits seit längerem als eine Herausforderung für ältere Menschen beschrieben werden (vgl. BMFSFJ 2010), könnten diese durch die Pandemie noch zugenommen haben. Negative Altersstereotype verstärken wiederum Altersdiskriminierung (vgl. Ayalon et al. 2021). Ein Beispiel für Altersdiskriminierung mit Bezug zur Coronapandemie ist das in den sozialen Medien genutzte Hashtag „#Boomer Remover“ (Meisner 2021). Einige Beiträge verharmlosen sogar den Tod von älteren Menschen und beschreiben den Verlust als weniger wichtig als den Verlust eines jungen Menschen (Brooke und Jackson 2020). Im März 2020 ergab eine Auswertung von Beiträgen zu COVID-19 und älteren Menschen auf der Internetplattform „Twitter“, dass etwa 25 % aller einschlägigen Beiträge diskriminierend oder abwertend waren (Jimenez-Sotomayor et al. 2020). Eine Studie von Xiang et al. (2021) erbrachte ein ähnliches Ergebnis. Sie untersuchten 80.000 Beiträge auf „Twitter“, wovon 20 % ältere Menschen diskriminierten, abwerteten oder verspotteten. Andererseits scheint, entgegen dieser Befürchtungen, die Pandemie nicht in besonderem Maße ein Treiber von erlebter **Altersdiskriminierung** zu sein (Wettstein und Nowossadeck 2021). Die im Sommer 2020 durchgeführte DEAS-Kurzbefragung zu coronabedingten Veränderungen ergab, dass bei den über 80-Jährigen der Anteil derjenigen, die angaben, aufgrund Ihres Alters benachteiligt worden zu sein, bei nur 5 % lag.

Die Coronapandemie hat aus teilweise unterschiedlichen Gründen (z. B. Kontaktbeschränkungen, Existenzängste, Mehrfachbelastungen) bei vielen Menschen zu einer geringeren **subjektiven Lebenszufriedenheit** geführt (Brandt et al. 2021; Grates et al. 2021) und Studien berichten, dass seit Beginn der Pandemie mehr Menschen an Depressionen erkranken (Arpino et al. 2021; Bäuerle et al. 2020; Krendl und Perry 2021). Dagegen berichten andere Studien, dass die Lebenszufriedenheit (vgl. Entringer et al. 2020) und die psychische Gesundheit einigermaßen stabil geblieben seien (z. B. Vahia et al. 2020; van Tilburg et al. 2020). Trotz der hohen Resilienz, die älteren Menschen auch mit Blick auf die Coronapandemie attestiert wird (Fuller und Huseth-Zosel 2021; Gerhold 2020), ist das **Wohlbefinden** seit Beginn der Pandemie gesunken (Macdonald und Hülür 2021; Zacher und Rudolph 2021). Heimbewohner:innen sind von den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie besonders betroffen, beispielsweise durch strikte Besuchsverbote. Darüber hinaus wird befürchtet, dass insbesondere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in

ihren Teilhabemöglichkeiten in besonderer Weise auf eine nicht-verbale Kommunikation und körperliche Nähe angewiesen sind, in stärkerem Maße auch unter allgemeineren Schutzmaßnahmen wie Social Distancing und Maskenpflicht leiden. Eine niederländische Studie (van der Roest et al. 2020) mit Bewohner:innen aus Pflegeheimen oder Wohneinrichtungen zeigte deutliche Einbußen im Wohlbefinden.

Veröffentlichungen zu Konsequenzen der Pandemie für weitere Lebensbereiche wie beispielsweise die Einstellung älterer Menschen zu **Sterben und Tod** stehen gegenwärtig noch weitgehend aus. Es kann angenommen werden, dass die Präsenz des Themas einer coronabedingt erhöhten Mortalität in der Gruppe der älteren Menschen und die Konfrontation mit Erkrankung und Tod im sozialen Umfeld auch die Einstellung insbesondere hochaltriger Menschen zum eigenen Sterben und Tod beeinflussen. Eine COVID-19-Studie von Heid et al. (2020) in den USA im Zeitraum von März 2020 bis Mai 2020 berichtete, dass Erfahrungen mit dem Tod als lediglich nachgeordneter Stressfaktor angesehen wurden. Dabei bezogen sich diese Erfahrungen hauptsächlich auf den Verlust von Partner:in oder Freund:innen beziehungsweise auf den Umgang mit Beerdigungen von nahestehenden Personen. Veränderte Sichtweisen auf das eigene Sterben werden von den Befragten dagegen nicht thematisiert. Sheffler et al. (2021) vermuten ein erhöhtes Suizidrisiko im höheren Alter als Folge einer mit den getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie einhergehenden gestiegenen sozialen Isolation.

In Krisenzeiten sind das nahe soziale Umfeld und die gegenseitige Unterstützung von Nachbar:innen besonders wichtig (Aldrich und Meyer 2015) und tragen zum Wohlbefinden bei (Ludwig et al. 2012). **Vertrauen in die Nachbarschaft** spielt dabei eine große Rolle. Die Coronapandemie hat nachbarschaftliche Beziehungen oder das Vertrauen in die Nachbarschaft möglicherweise verändert. Aufgrund der hohen Infektionsgefahr haben manche Personen nachbarschaftliche Unterstützung vielleicht eingestellt, andere wiederum leisten oder erhalten vielleicht gerade in dieser Zeit der Krise mehr Unterstützung. Eine Pilotstudie der TU Dortmund hat die nachbarschaftliche Unterstützung vor und während der Coronapandemie untersucht: „Von den Befragten, die ihre Nachbar:innen vor Ausbreitung von COVID-19 regelmäßig unterstützt haben, helfen 37 % seit Ausbreitung des Virus genauso häufig wie zuvor, 21 % helfen häufiger, 30 % helfen seltener als vorher und 12 % helfen gar nicht mehr“ (Grates et al. 2021, S. 19 f.). Die Nachbarschaftshilfe war laut einer Studie von Kurtenbach et al. (2021) besonders hoch bei Personen, die vor der Krise schon ein hohes Vertrauen in die Nachbarschaft hatten. Eine Studie von Zangger (2021) zeigte einen positiven Einfluss von besseren nachbarschaftlichen Beziehungen auf subjektives Wohlbefinden und Vertrauen in Andere. Robinette et al. (2021) konnten zeigen, dass nachbarschaftlicher Zusammenhalt mit weniger depressiven Symptomen assoziiert war.

Es besteht weiterhin ein Bedarf an verlässlichen Zahlen zur Betroffenheit sehr alter Menschen durch die Erkrankung selbst oder individuell erfahrene besondere Schutzmaßnahmen wie Quarantäne oder Besuchsverbote und deren Konsequenzen für verschiedene Lebensbereiche. Es darf angenommen werden, dass viele sehr alte Menschen mit Blick auf bestimmte Ressourcenlagen (z. B. Unterstützungsbedarf, soziale Teilhabe) durch die sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen der Hochaltrigkeit (Baltes und Smith 2003) ohnehin ein hohes Ausmaß an Anpassungs-

leistungen erbringen müssen. Es ist darum von besonderer Bedeutung herauszuarbeiten, inwiefern pandemiebedingte Einschränkungen in diesem Bevölkerungssegment bei schlechteren Ressourcenlagen zu einer deutlicheren Verschärfung von Risikolagen für die Lebensqualität im sehr hohen Alter beitragen (Jopp und Leibold 2004). Schließlich fehlen auch Befunde zu möglichen positiven Veränderungen im Zuge der Pandemie und zur Rolle individueller Ressourcen für die Bewältigung der im Zusammenhang mit der Pandemie erfahrenen Verluste.

Ziel

Der vorliegende Kurzbericht beschreibt auf der Grundlage eines repräsentativen Samples sehr alter Menschen inwiefern hochaltrige Menschen unmittelbar und mittelbar durch die Coronapandemie betroffen sind, welche Veränderungen sich in verschiedenen Lebensbereichen hieraus ergeben, und wie diese Veränderungen subjektiv bewertet werden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 3932, 37,9 %), Frauen (n = 6440, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 6123, 59 %), 85–89 Jahre (n = 2793, 26,9 %), 90 Jahre und älter (n = 1456, 14,1 %); Bildung hoch (n = 1682, 16,8 %), mittel (n = 5935, 59,2 %), niedrig (n = 2402, 24,0 %); Privathaushalt (n = 9324, 89,9 %), Heim (n = 1048, 10,1 %); West (n = 8095, 78 %), Ost (n = 2277, 22 %).

Eigene COVID-19-Erkrankung

Insgesamt 5 % der Über-80-Jährigen berichtet von einer eigenen Erkrankung. Insbesondere Frauen, Personen in älteren Altersgruppen und Heimbewohner:innen sind häufiger erkrankt.

Die durch das Coronavirus ausgelöste COVID-19-Erkrankung zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass sie auch ohne erkennbare Symptome verlaufen kann. Eine Einschätzung, ob man selbst erkrankt ist oder war, kann jenseits von Ergebnissen aus (Selbst-)Tests darum nur schwer gegeben werden.

Auf die Frage „*Waren oder sind Sie selbst durch das Coronavirus an COVID-19 erkrankt?*“ geben 3,1 % der Hochaltrigen an, dass sie an Corona erkrankt waren, zwischenzeitlich jedoch wieder genesen sind. Zum Zeitpunkt der Befragung sind daneben jedoch 1,9 % aktuell an Corona erkrankt (s. Abb. 2).

Die geschätzte Inzidenz für eine Erkrankung mit COVID-19 beträgt demnach über den gesamten betrachteten Zeitraum der Pandemie 5,0 %. Die Statistik des Robert Koch Instituts (RKI) berichtet für die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren im Bundesgebiet bis Ende des Untersuchungszeitraumes (April 2021, KW16) insgesamt 277.121 Erkrankte (Robert Koch-Institut 2021). Bezogen auf den Stand der

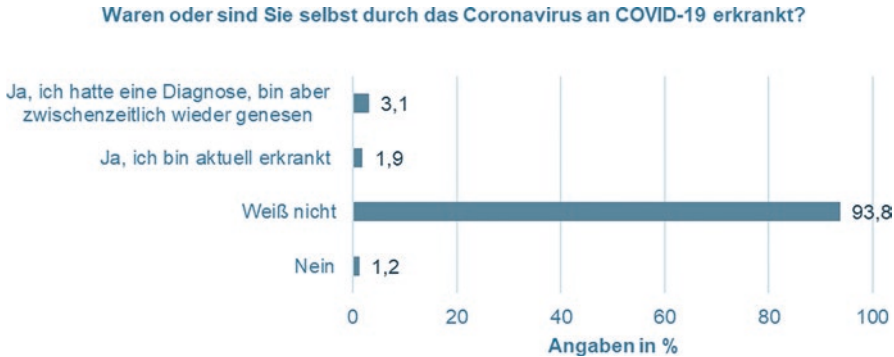


Abb. 2 Selbstberichtete eigene COVID-19-Erkrankung

Hochaltrigenbevölkerung Deutschlands Ende 2020 von 5.936.434 Personen (Statistisches Bundesamt 2021) entspräche das knapp 4,7 %. Die aus der Hochaltrigenstudie D80+ geschätzten Zahlen liegen damit etwas über der Erwartung aus den Meldungen an die Gesundheitsämter. Selbstverständlich ist die Generalisierbarkeit solcher Inzidenzschätzungen aus einer schriftlichen Umfrage stark eingeschränkt, und einer *Unterschätzung* aufgrund von bereits an Corona verstorbenen Hochaltrigen stehen wahrscheinlich *Überschätzungen* durch mangelnde Abklärung von Corona-Symptomen der Teilnehmenden entgegen. Darüber hinaus ist zu konstatieren, dass ein großer Teil von Befragten (29,4 %) im Fragebogen überhaupt keine Angabe zu einer (möglichen) eigenen Erkrankung gemacht hat.

Bezüglich der berichteten Erkrankungsrate werden signifikante Unterschiede nach Geschlecht und Altersgruppe, sowie nach Wohnform beobachtet (s. Abb. 3). Das Erkrankungsrisiko steigt mit dem Alter an. So sind Personen im Alter von 90 Jahren und älter ungefähr doppelt so häufig von einer Corona-Erkrankung betroffen wie Personen im Alter zwischen 80 und 84 Jahren. Dieser Alterstrend unterscheidet sich für Männer und Frauen stark: während sich die Anteile erkrankter Männer über die Altersgruppen hinweg kaum verändern, zeigt sich bei den Frauen ein deutlicher Altersgradient (4,1 %, 6,2 % und 9,5 %, ohne Abbildung). Deutlich unterschiedlich sind auch die Erkrankungsraten in Privathaushalten und Heimen: während lediglich 3,6 % der privatwohnenden Personen eine Erkrankung berichten, ist es in Heimen nahezu jede fünfte Person (19,2 %). Keine Hinweise auf signifikante Unterschiede in der Erkrankungsrate finden sich dagegen zwischen Personen aus ost- und westdeutschen Bundesgebieten oder zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand. Eine Studie über die Erkrankungen in der 1. Welle in Deutschland hat gezeigt, dass Wohlstand und die Erkrankungsrate positiv miteinander assoziiert waren (Plümper und Neumayer 2020). Dies war in der zweiten Welle nicht mehr der Fall. Als möglicher Grund für die Assoziation in der ersten Welle wurde die Ausbreitung des Virus durch Skitourismus genannt, der hauptsächlich von wohlhabenderen Menschen gelebt wird. In der zweiten Welle verschwindet dieser Effekt, da wohlhabende Menschen es einfacher finden, sich zu schützen.

Neben den zuvor berichteten Unterschieden in bekannten Erkrankungen, zeigen sich jedoch auch Unterschiede mit Blick auf die Unsicherheit, eventuell unerkannt akut erkrankt zu sein. Lediglich ein kleiner Teil aller Befragten (1,2 %) schließt eine

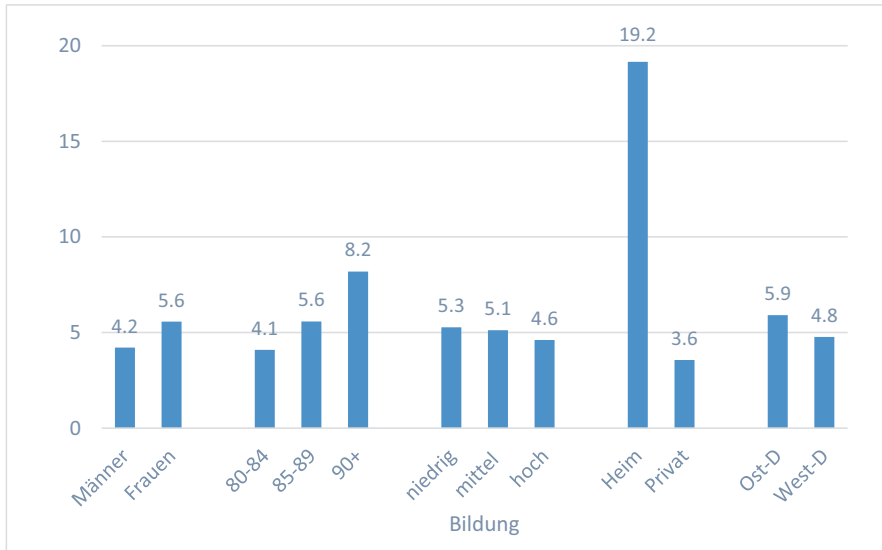


Abb. 3 Erkrankungsrate nach soziodemografischen Hintergrundvariablen

aktuelle Erkrankung aus (s. Abb. 2). Mehr als 9 von 10 Befragten (93,8 %) können dagegen eine aktuelle Erkrankung weder bestätigen, noch ausschließen („weiß nicht“). Dieses hohe Ausmaß an Unsicherheit kann zum Zeitpunkt der Befragungen (November 2020 – April 2021) auch auf die damals erst in geringem Umfang zur Verfügung stehenden Testmöglichkeiten zurückgeführt werden. Die subjektive Unsicherheit mit Blick auf eine eigene Erkrankung war in Pflegeheimen, in denen früher entsprechende Testmaßnahmen umgesetzt wurden, signifikant geringer als in Privathaushalten (77,6 % vs. 95,5 %).

Erkrankungen im Umfeld hochaltriger Menschen

Jeder vierte hochaltrige Mensch berichtet von Corona-Erkrankungen im sozialen Umfeld.

Informationen zur Erkrankung von Personen aus dem Umfeld der befragten Personen liegen lediglich für den kleineren Teil der zurückerhaltenen schriftlichen Fragebögen vor (58,7 % machten keine Angabe).

Insgesamt geben 25,7 % aller Hochaltrigen an, dass Menschen in Ihrem sozialen Umfeld an Corona erkrankt (18,2 %) oder gar mit Corona verstorben sind (7,5 %). In der Gesamtgruppe hochaltriger Menschen berichten 1,5 % von erkrankten (Ehe) Partner:innen (s. Abb. 4). Vergleichbar häufig (1,6 %) wird berichtet, dass (Ehe) Partner:innen mit Corona verstorben sind. Nach Geschlecht, Altersgruppe, Bildung, Heimzugehörigkeit oder Ost-West zeigen sich dabei kaum statistisch überzufällige Unterschiede in den Erkrankungs- und Versterbensquoten.

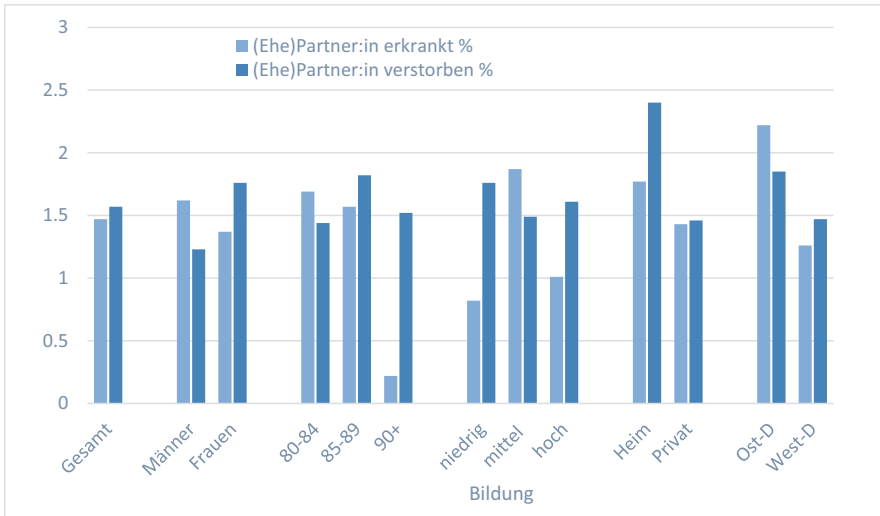


Abb. 4 COVID-19-Erkrankungen und mit COVID-19 verstorbene (Ehe) Partner:innen nach soziodemografischen Merkmalen der Befragten

Nur in der Gruppe der jüngsten Befragten (80–84 Jahre) ist der berichtete Anteil von erkrankten (Ehe)Partner:innen signifikant höher als in der ältesten Altersgruppe (1,7 % vs. 0,2 %), was sicherlich auch auf die unterschiedlichen Partnerschaftsverhältnisse in diesen Gruppen zurückzuführen ist (Abb. 4).

Im weiteren familiären Umfeld berichten 12,6 % der Hochaltrigen von Erkrankungen, während 1,7 % der Hochaltrigen berichten, dass jemand in ihrem familiären Umfeld gestorben ist (s. Abb. 5). Dabei zeigen sich keine Hinweise auf substantielle Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Bildung, Wohnform oder Ost-West.

Angaben zu Erkrankungen im Freundes- und Bekanntenkreis sind mit 10,1 % ähnlich (s. Abb. 6). Jedoch ist der Prozentsatz der Hochaltrigen, die angeben, dass in ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis jemand mit Corona verstorben ist, mit 6,0 % deutlich höher. Hochaltrige aus der jüngsten Altersgruppe (80–84 Jahre) berichten signifikant häufiger über Erkrankungen und coronabedingte Todesfälle im Freundes- oder Bekanntenkreis als ältere Befragte. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte in der über Altersgruppen hinweg abnehmenden Netzwerkgröße gesehen werden. Mit Blick auf Bildung zeigt sich dagegen ein weiterer auffälliger Befund: Personen mit höherer Bildung berichten signifikant häufiger über Erkrankungen und Todesfälle in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis als Personen mit geringerem Bildungsniveau. Dieses Ergebnis bleibt bestehen, nachdem für die durchschnittlich größeren sozialen Netzwerke höher gebildeter Personen kontrolliert wurde.

Erfahrungen mit Schutzmaßnahmen

Ältere Personen und Heimbewohner:innen geben öfter an, durch Schutzmaßnahmen betroffen zu sein.

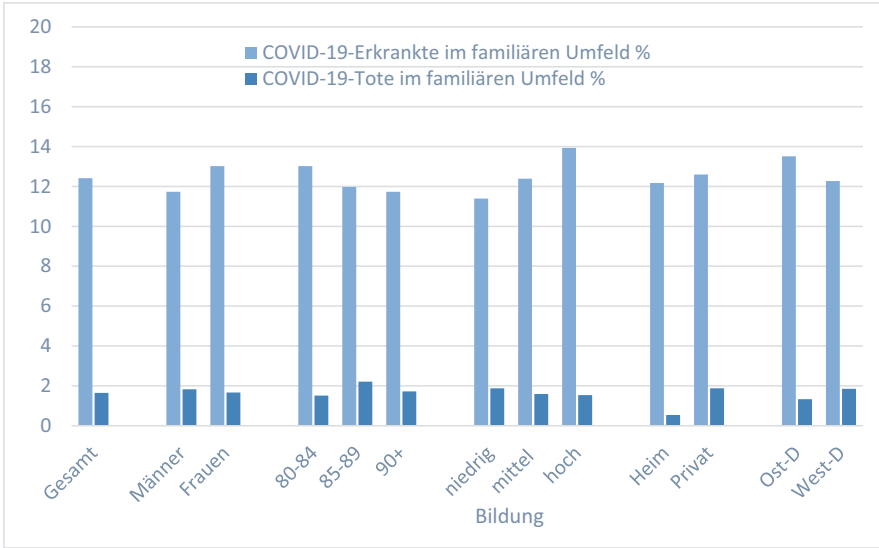


Abb. 5 COVID-19-Erkrankungen und mit COVID-19 verstorbene Personen im familiären Umfeld nach sozio-demografischen Merkmalen der Befragten

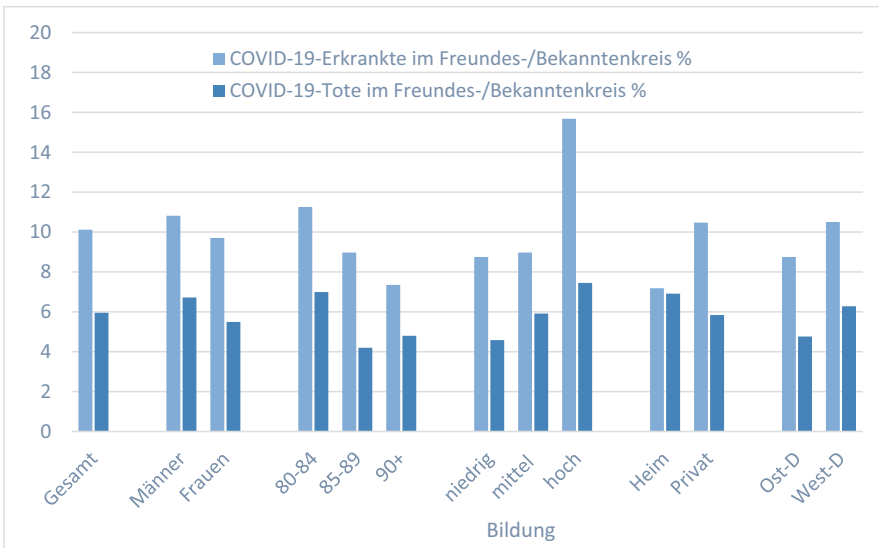


Abb. 6 COVID-19-Erkrankungen und mit COVID-19 verstorbene Personen im Freundes- und Bekanntenkreis nach soziodemografischen Merkmalen der Befragten

„Waren Sie von einer oder mehreren der nachfolgenden Schutzmaßnahmen betroffen?“

Angaben zu Erfahrungen mit Quarantäne werden von 89 % mit nein beantwortet, d. h. sie waren nicht von Quarantäne betroffen. 34 % hingegen geben an, durch ein Besuchsverbot betroffen gewesen zu sein. Zudem geben 2,5 % an, durch sonstige Schutzmaßnahmen betroffen gewesen zu sein. Der Anteil von durch Quarantänemaßnahmen betroffenen Hochaltrigen nimmt über die Altersgruppen hinweg zu (39,8 %, 41,2 % und 63,7 %) und ist in Heimen deutlich höher als in Privathaushalten (61,5 % vs. 39,0 %).

Bezüglich des Kontakt- und Besuchsverbots, geben 68,6 % an, betroffen zu sein. Auch hier können Unterschiede insbesondere in der ältesten Altersgruppe (67,2 %, 64,6 %, 83,8 %) und zwischen Privathaushalten und Institutionen (67,6 % vs. 73,0 %) beobachtet werden. Aufgrund der in diesem Erhebungsbereich deutlich reduzierten Fallzahl können die beobachteten Unterschiede jedoch nicht zuverlässig auch statistisch abgesichert werden.

Daneben wurden Erfahrungen mit sonstigen Schutzmaßnahmen offen erfragt. 2,5 % der Personen machen mindestens eine Angabe hierzu. Die Angaben wurden inhaltlich analysiert und Antworten kategorisiert. 24,7 % der offenen Angaben beziehen sich auf die Maskenpflicht und 22,8 % auf Einschränkungen des öffentlichen Lebens. 16 % der Angaben betreffen die AHA-Regeln, 13,8 % die Ausgangssperre, 11,4 % Reisebeschränkungen. Zudem werden die Corona-Impfung (6,3 %) und Corona-Tests (5 %) genannt. Diese Angaben wurden aufgeführt, ohne dass an dieser Stelle eine persönliche Bewertung vorgenommen wurde.

Erfahrungen mit der Coronapandemie generell

Das Thema „Sozialer Zusammenhalt“ ist nach Kontaktbeschränkungen in den Schilderungen der Erfahrungen das zweitwichtigste Thema der Hochaltrigen.

„Welche Erfahrungen haben Sie im Zusammenhang mit der Coronapandemie gemacht?“

Abschließend wurde offen nach den Erfahrungen, die im Zusammenhang mit der Coronapandemie gemacht wurden, gefragt. Insgesamt machen 33,2 % der hochaltrigen Personen wenigstens eine Angabe zu spezifischen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Pandemie. Die Antworten wurden inhaltsanalytisch aufbereitet und insgesamt 65 Kategorien zugeordnet. Die am häufigsten berichteten Erfahrungen beziehen sich auf die übergeordneten Themen: Kontaktbeschränkungen (21,7 %), sozialer Zusammenhalt (13,4 %), Einschränkungen (13,3 %) und sozio-emotionale Konsequenzen (12,3 %). Weitere Themen, die mindestens 2 % aller Nennungen ausmachen sind: Individuelle Einstellung zu und Befolgung von Maßnahmen (7,2 %), Bewältigungsstrategien (5,3 %), Maskenpflicht (4,8 %), Politisches Handeln (3,8 %), Umsetzung der Pandemiemaßnahmen (3,1 %), Reisebeschränkungen (2,9 %), Gesundheitliche Versorgung (2,5 %), Einschränkungen in Autonomie (2,3 %) und Mediale Berichterstattung (2 %) (s. Abb. 7). Innerhalb der



Abb. 7 Erfahrungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie

Themenbereiche wurden sowohl negative als auch positive Erfahrungen berichtet. Prototypisch für negative Erfahrungen im Zusammenhang mit Kontaktbeschränkungen ist beispielsweise die Angabe: „*Ich habe es bedauert, dass meine Enkel- und Urenkelkinder mich nicht so oft besuchen kommen können*“. In diesem Bereich wurden deutlich häufiger negative Erfahrungen (48,4 %) als positive Aussagen (0,23 %) gemacht. Hochaltrige Personen berichten sowohl weniger (55,8 %) als auch mehr (38,8 %) sozialen Zusammenhalt. Für das Thema „weniger Zusammenhalt/Rücksichtslosigkeit“ sind Angaben wie „*Mir ist mal wieder bewusst geworden, wie rücksichtslos und egoistisch sich ein großer Teil meiner Mitmenschen verhalten hat!*“ prototypisch. Mehr Zusammenhalt/Unterstützung wurde in Aussagen wie beispielsweise folgender geäußert: „*Bekannte, Freunde und Verwandte wurden hilfsbereiter*.“

Das Thema „Einschränkungen“ beinhaltet ebenso sowohl positive Bewertungen (Erleichterung durch Einschränkungen, z. B. durch weniger Verpflichtungen) als auch negative Bewertungen (Belastung durch Einschränkungen, z. B. „*Mir fehlt sehr mein Singen im Chor und meine Gymnastik mit meinen Turnschwestern*“), wobei Belastungen durch Einschränkungen mit 36,1 % den Entlastungen mit 3,8 % überwiegen. Unter „sozioemotionale Konsequenzen“ wurden

beispielsweise Angst, Unsicherheit, Sorge oder Einsamkeitsgefühle geäußert („Man fühlt sich unsicher! Und hilflos. Man wartet einfach nur ab, wann es besser wird“); der Großteil ist negativ konnotiert, wohingegen 8,9 % positive Angaben machen, z. B. zu Hoffnung auf Impfstoff.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Erfahrungen mit der Coronapandemie sehr heterogen sind und sowohl positive als auch negative Erfahrungen gemacht wurden. Manche erfahren mehr soziale Unterstützung und manche erfahren das Gegenteil. Einige ältere Personen verspüren Angst und Hilflosigkeit; es gibt aber auch diejenigen, die berichten durch spezifische Bewältigungsmechanismen ihr Wohlbefinden aufrecht zu erhalten („*Da das alles durch Corona nicht möglich ist, habe ich mir eine Gym.-Matte gekauft und mache täglich 3x15 Min Gymnastik [...]. So erhalte ich meine Gesundheit u. Lebensfreude. [...]*“).

Wahrgenommene Auswirkungen des Pandemiegeschehens auf verschiedene Lebensbereiche hochaltriger Menschen

Übersicht

Vier von fünf Personen sind in ihren privaten Kontakten von den Auswirkungen der Coronapandemie betroffen.

Jede:r vierte hochaltrige Onliner berichtet über Veränderungen in der eigenen Nutzung des Internet durch die Coronapandemie.

Erkrankungen von (Ehe)Partner:innen gehen auch für die befragten Hochaltrigen selbst mit deutlichen Veränderungen im Bereich eigene Gesundheit und in der Beschäftigung mit dem Thema Sterben und Tod einher.

Mit der Coronapandemie gehen für die befragten Hochaltrigen mitunter substantielle Veränderungen in vielen Lebensbereichen einher (s. Abb. 8). Über die Hälfte der Befragten berichtet wenigstens geringe Veränderungen mit Blick auf private Kontakte, das erlebte Verhältnis zur Gesellschaft, Alltagsgestaltung und Freizeit, Wohlbefinden oder die gedankliche Beschäftigung mit Fragen zu Sterben und Tod. Auf der anderen Seite beschreiben mehr als jeweils 3 von 4 Befragten ihre Gesundheit, finanzielle Situation oder die Haushaltszusammensetzung als unverändert. Die durchschnittlich insgesamt stärkste subjektiv erlebte Veränderung wird in den Bereichen private Kontakte, Alltagsgestaltung und Freizeit, Entfremdung von der Gesellschaft und Wohlbefinden berichtet. Der Anteil von hochaltrigen Menschen, die angeben das Internet in den vergangenen 12 Monaten genutzt zu haben (Onliner), beträgt zum Zeitpunkt der Befragung 28,4 %. In dieser Gruppe von älteren Onlinern berichten insgesamt 23,5 %, dass sich ihre Internetnutzung durch die Coronapandemie verändert hat. Zu welchem Anteil hier sehr alte Menschen bedingt durch die Coronapandemie neu begonnen haben, das Internet zu nutzen, kann aus diesen Zahlen jedoch leider nicht abgeschätzt werden. Die berichteten Veränderungen kön-

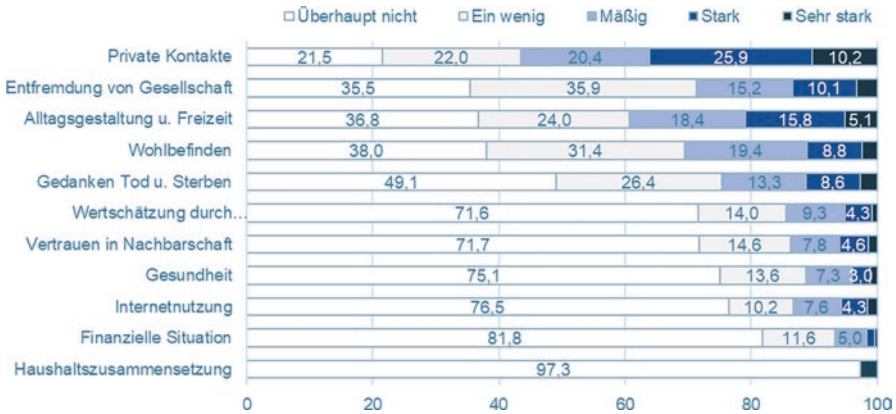


Abb. 8 Ausmaß erlebter Veränderung in verschiedenen Lebensbereichen durch die Coronapandemie

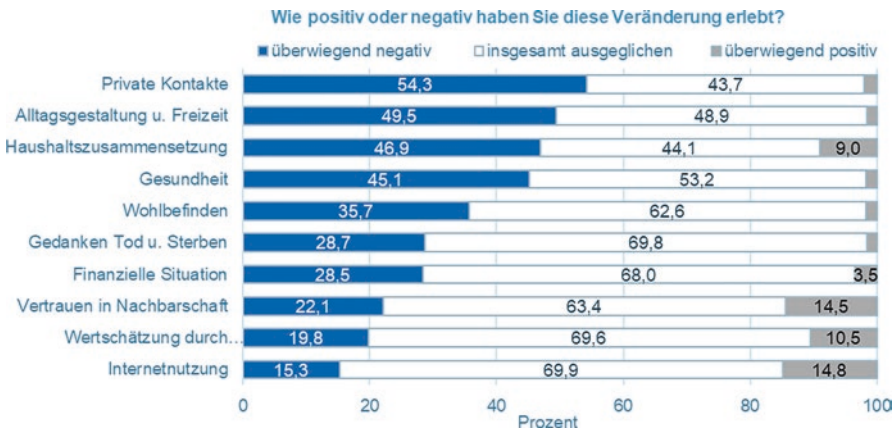


Abb. 9 Qualität der erlebten Veränderungen durch die Coronapandemie

nen sich daneben u. a. auch auf eine Intensivierung der Nutzung bekannter Angebote (z. B. Kommunikation, Information) oder eine Verschiebung auf andere Angebote (z. B. Versorgungsangebote) beziehen. Andere Studien berichten von erhöhter Nutzung während der Coronapandemie (Kortmann et al. 2021). Nahezu zwei Drittel der Befragten berichten von wenigstens geringen Erfahrungen von Entfremdung von der Gesellschaft („Haben Sie das Gefühl, dass die Coronapandemie Sie von der Gesellschaft entfremdet hat?“). In den weiteren Fragen, die veränderten Lebensbereiche zu bewerten, werden Veränderungen dagegen von den Hochaltrigen nicht immer auch als ausschließlich negativ wahrgenommen.

Im Bereich privater Kontakte, in dem von vielen Befragten vergleichsweise starke Veränderungen berichtet werden, sind diese subjektiven Veränderungen für die meisten befragten hochaltrigen Menschen überwiegend negativ (s. Abb. 9). In

vielen anderen Lebensbereichen werden die Veränderungen durch die Coronapandemie dagegen von den meisten Befragten als insgesamt ausgeglichen bewertet. Insbesondere mit Blick auf die Nutzung des Internets, das Vertrauen in die Nachbarschaft, die erfahrene Wertschätzung durch die Gesellschaft und Veränderungen in der Haushaltszusammensetzung werden die coronabedingten Veränderungen jedoch von einem substanziellen Teil der Befragten (9 % bis 14,8 %) als überwiegend positiv eingeschätzt. Solchen möglichen subjektiven Gewinnen im Zuge der außergewöhnlichen Pandemiezeit steht jedoch in jedem Fall ein mindestens ebenso großer, häufig aber viel größerer Anteil sehr alter Menschen entgegen, der die erfahrenen Entwicklungen als überwiegend negativ beurteilt. Der durchweg hohe Anteil von Personen, die zwar Veränderungen berichten, für die sich dabei jedoch positive und negative Aspekte annähernd die Waage halten, spricht einerseits für die vielfältigen und mitunter gegenläufigen Konsequenzen des Pandemiegeschehens auf der Ebene der erfragten übergeordneten Lebensbereiche. So mag es auf der einen Seite vielleicht zu finanziellen Einschränkungen (z. B. durch Wegfall von geringfügigen Beschäftigungen) gekommen sein, während andererseits auch Möglichkeiten des Konsums oder der Mobilität zeitweise deutlich eingeschränkt waren. Andererseits können die Befunde auf ein hohes Maß an Alltagsbewältigung und Resilienz von sehr alten Menschen hinweisen, um auch unter erschwerten Bedingungen eine emotional möglichst ausgeglichene Lebensführung zu erhalten. Mögliche Auswirkungen pandemiebezogener Veränderungen auf übergeordnete Maße der Lebenszufriedenheit werden im Abschn. „Fazit“ detailliert beschrieben.

In der Gesamtbetrachtung der über verschiedene Aspekte der Lebensbereiche hinweg erfahrenen coronabedingten Änderungen („Hat sich durch die Coronapandemie ein bestimmter Lebensbereich verändert?“) zeigen sich mitunter deutliche Unterschiede zwischen Subgruppen sehr alter Menschen (s. Abb. 10, links). Frauen, „jüngere“ Hochaltrige und in einem Heim wohnende Personen berichten ein signifikant höheres Ausmaß von Veränderungen durch die Coronapandemie. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch mit Blick auf die Gesamtbewertung der über Lebensbereiche hinweg erfahrenen Veränderungen („Wie positiv oder negativ waren diese Veränderungen?“; s. Abb. 10, rechts): Personen in Privathaushalten bewerten die Veränderungen als etwas weniger negativ als Personen in Heimen.

Frauen bewerten Veränderungen im Mittel schlechter als Männer, und das trifft in besonderem Maße auf die ältesten befragten Frauen (90+, F) zu, während sich bei den Männern keine deutlichen Altersgruppenunterschiede zeigen (Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht). Die negativeren Bewertungen durch Heimbewohner sind möglicherweise auf stärkere Einschränkungen durch Vorgaben und Einschränkungen der Heime zurückzuführen. Das höhere Ausmaß und die negativere Bewertung der subjektiven Veränderungen durch Frauen könnte dadurch bedingt sein, dass Frauen im hohen Alter seltener einen Partner haben als Männer und aktiver externe Kontakte pflegen und Unternehmungen machen, und somit auch stärker eine Veränderung spüren.

Im Folgenden wird dargestellt, ob Personen, die durch eine eigene Erkrankung oder Erkrankungen im sozialen Umfeld stärker von der Pandemie betroffen waren, andere Auswirkungen auf Lebensbereiche berichten als Personen, die zwar von den

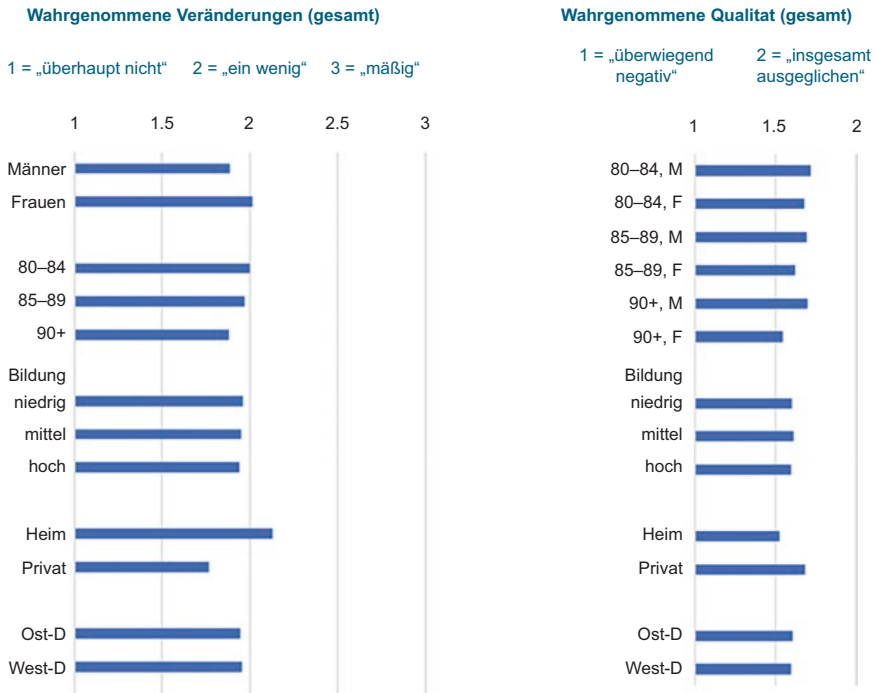


Abb. 10 Wahrgenommenes Ausmaß coronabedingter Veränderungen und wahrgenommene Qualität dieser Veränderungen über alle Lebensbereiche hinweg nach Hintergrundmerkmalen. (M = Männer; F = Frauen)

allgemeinen Maßnahmen, nicht jedoch durch das Infektionsgeschehen selbst betroffen waren. Hierzu werden das mittlere Ausmaß und die wahrgenommene Qualität erlebter Veränderung für folgende Subgruppen differenziert dargestellt:

1. Personen, die selbst an Corona erkrankt sind oder waren versus nicht selbst erkrankte Personen.
2. Personen, deren Partner:in an Corona erkrankt oder gar mit Corona verstorben ist versus Personen, die keinen entsprechenden Erkrankungen/Verluste berichten.
3. Personen, die von Corona Erkrankungen oder Todesfällen durch Corona im familiären Umfeld oder Freundes-Bekanntenkreis berichten versus solche, die keine solchen Erkrankungen/Verluste berichten. Im Gegensatz zur Darstellung der Betroffenheit nach Hintergrundmerkmalen in Kap. „[Einleitung](#)“ wird hier nun nicht mehr zwischen dem weiteren familiären Umfeld und Freundes-Bekanntenkreis differenziert. Der Anteil hochaltriger Menschen mit Erkrankungen in diesen Personengruppen beträgt insgesamt 18,6 %, während insgesamt 6,9 % der befragten Hochaltrigen Todesfälle in diesen Personengruppen berichten.

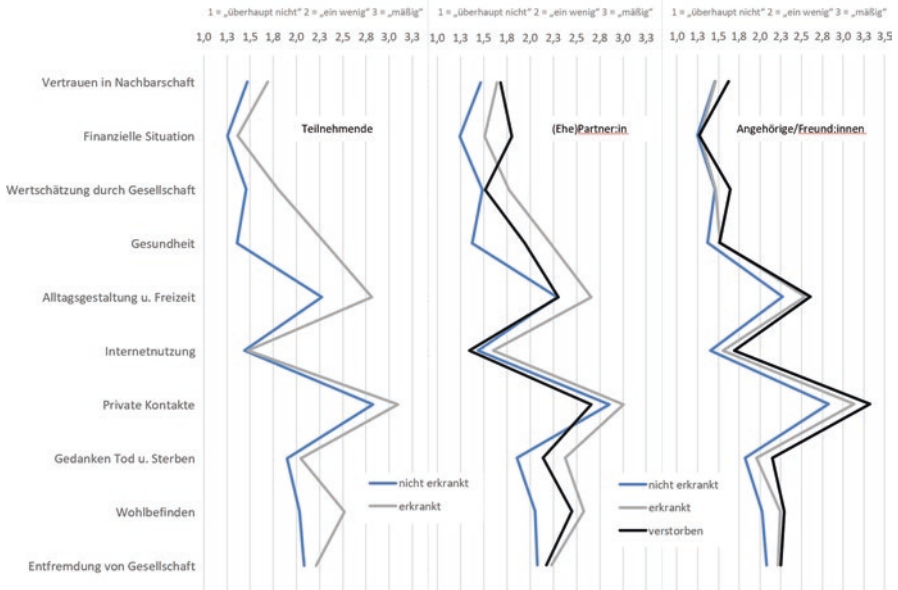


Abb. 11 Veränderungen durch die Coronapandemie in Abhängigkeit von eigener Erkrankung und Erkrankungen im Umfeld. 1 = überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = mäßig

Erwartungsgemäß berichten Personen, die selbst an COVID-19 erkrankt waren, deutlich größere Veränderungen in den Lebensbereichen Gesundheit, Alltags- und Freizeitgestaltung, und Wohlbefinden als Personen ohne eigene Erkrankung (s. Abb. 11). Die Veränderungen in privaten Kontakten dagegen werden von Erkrankten zwar auch als etwas stärker angegeben; hier werden durchschnittlich aber auch von Nicht-Erkrankten bereits starke Veränderungen durch die Coronapandemie berichtet. Eine eigene Erkrankung führt nach diesen Analysen jedoch nicht zu spezifischen (zusätzlichen) Veränderungen in den Bereichen finanzielle Situation, Internetnutzung, oder Entfremdung von der Gesellschaft.

Auch eine Erkrankung von Ehepartner:innen mit COVID-19 führt zu mitunter deutlich größeren Veränderungen im Leben sehr alter Menschen, als es die für alle Personen in vergleichbarer Weise geltenden coronabedingten Maßnahmen und Umstände tun. Interessant ist dabei, dass eine Erkrankung von dem oder der Partner:in in vielen Bereichen vergleichbar große (s. Vertrauen in die Nachbarschaft) oder sogar größere Veränderungen bedeutet als dessen oder deren Versterben mit COVID-19. So zeigen sich beispielsweise in der Alltagsgestaltung, mit Blick auf die Beschäftigung mit dem eigenen Tod und Sterben, die eigene Gesundheit oder der wahrgenommenen Wertschätzung durch die Gesellschaft die größten subjektiven Veränderungen dann, wenn ein Partner an Corona erkrankt, aber nicht verstorben ist. Umgekehrt werden nur bezüglich der finanziellen Situation die stärksten Veränderungen von Personen berichtet, dessen oder deren Partner:in mit COVID-19 verstorben ist. Bei differenzierter Betrachtung zeigt sich, dass die

Qualität finanzieller Veränderungen bei Versterben von Ehepartner:innen zwar überwiegend negativ ist (54,7 %), dass umgekehrt aber von vielen Befragten selbst bei solchen einschneidenden Veränderungen nicht nur negative Konsequenzen gesehen werden (nicht abgebildet). Bemerkenswert scheint auch zu sein, dass Personen, die coronabedingt ihre:n (Ehe)Partner:in verloren hatten, durchschnittlich sogar etwas geringere Veränderungen bei den privaten Kontakten angeben, als Personen ohne einen solchen Verlust. Eine mögliche Erklärung könnte darin gesehen werden, dass Personen, deren Partner:innen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen (z. B. häusliche Pflege), wahrscheinlich ohnehin eine geringere soziale Eingebundenheit aufweisen.

Erwartungsgemäß sind die wahrgenommenen Auswirkungen auf die eigenen Lebensbereiche bei Erkrankungen und Todesfällen im erweiterten familiären oder sozialen Umfeld geringer. Insbesondere gehen in dieser Gruppe von indirekt betroffenen Personen über alle Lebensbereiche hinweg mit einem Versterben die stärksten Veränderungen einher, während Erkrankungen in dieser Gruppe distalerer Kontakte (z. B. mit Blick auf die eigene Wertschätzung durch die Gesellschaft oder Gedanken zu Sterben und Tod) weniger Einfluss auf die eigenen Lebensbereiche im hohen Alter zu nehmen scheinen.

Wahrgenommene Auswirkungen des Pandemiegeschehens auf die Lebensqualität

Übersicht

Die wahrgenommenen Veränderungen der Coronapandemie werden von hochaltrigen Menschen in vielen Lebensbereichen als Belastung erlebt.

Wie stark wahrgenommene coronabedingte Veränderungen der eigenen Gesundheit die allgemeine Lebenszufriedenheit beeinträchtigen, hängt auch vom Niveau der subjektiven Gesundheit ab. Erfahren Personen mit besserer Gesundheit coronabedingt Gesundheitseinbußen, dann sinkt deren Zufriedenheit stärker.

Erste Hinweise auf Konsequenzen der Coronapandemie für die Lebensqualität sehr alter Menschen wurden bereits in den Ausführungen zu veränderten Lebensbereichen und der Qualität der berichteten Veränderungen dargestellt. Über alle Lebensbereiche hinweg werden die erfahrenen Veränderungen mit der Pandemie von einem substanziellen Anteil von Personen als überwiegend negativ bewertet (s. Abb. 9). Die Mehrzahl aller hochaltrigen Menschen (62 %) berichtet von pandemiebedingten Veränderungen mit Blick auf ihr Wohlbefinden (s. Abb. 8). Nur sehr wenige Personen berichten von überwiegend gesteigertem Wohlbefinden (s. Abb. 9). Sowohl für eine eigene Infizierung mit dem SARS-COV-2-Virus, als auch Er-

krankungen und Todesfälle von Partner:innen oder im familiären Umfeld und Bekanntenkreis konnten stärkere Veränderungen der Lebensbereiche, und damit verbunden stärkere Beeinträchtigungen des Lebensbereiches Wohlbefinden nachgewiesen werden.

Es kann angenommen werden, dass sowohl das Ausmaß erlebter Veränderungen durch die Pandemie, als auch die subjektive Qualität solcher Veränderungen unterschiedlich ausfallen, je nachdem ob ein hohes oder (ohnein bereits) geringeres Niveau von Ressourcen verfügbar sind. Abschließend wird darum das erlebte Ausmaß pandemiebedingter Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen mit dem aktuellen Niveau konkreter Ressourcen abgeglichen (Zusammenhangsanalyse) um Hinweise auf besondere Risikokonstellationen für Lebensqualität in Zeiten der Coronapandemie zu erhalten. In diesem Bericht werden hierfür exemplarisch die **Bereiche private Kontakte** und **Gesundheit** herausgegriffen, für die einerseits im Populationssegment der Hochaltrigkeit besondere Vulnerabilitäten beschrieben wurden (Tesch-Römer und Wurm 2009). Andererseits ergaben sich für viele befragte Personen in diesen Bereichen auch deutliche Veränderungen sowohl durch die allgemeinen Umstände der Pandemie (z. B. Social Distancing, Priorisierung medizinischer Notfallversorgung), als auch mit Blick auf (eigene) Erkrankungen und den Verlust von nahestehenden Personen. Als Marker für die subjektiv bewertete Lebensqualität wird dabei die 11-stufig erhobene allgemeine Lebenszufriedenheit (ALZ) verwendet.

Nicht nur wegen eines eingeschränkten Zugangs zu Versorgung, sondern auch durch eine reduzierte körperliche Aktivität kann es in der Coronapandemie zu einer Verschlechterung der körperlichen Gesundheit kommen. Eine Studie des Deutschen Zentrums für Altersfragen (Nowossadeck et al. 2021) berichtet, dass die körperliche Aktivität von Menschen in der zweiten Lebenshälfte durch die Pandemie eingeschränkt war. Unzureichende körperliche Aktivität und erhöhte Sitzzeiten erhöhen das Mortalitätsrisiko sowie das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen, Obesitas, Diabetes, Osteoporose, Depressionen und anderer Erkrankungen (vgl. Cunningham et al. 2020; World Health Organization [WHO] 2010). Zudem nimmt die Muskelkraft ab und erhöht die Sturzgefahr. Mete (2021) berichtet eine Erhöhung der Gebrechlichkeit älterer Menschen nach den ersten sechs Monaten der Coronapandemie.

Wie das Zusammenspiel von pandemiebedingten Veränderungen im Bereich Gesundheit und dem aktuellen Gesundheitszustand die allgemeine Lebenszufriedenheit mitbestimmt, wurde über ein multiples Vorhersagemodell geprüft. Der Effekt, den pandemiebedingte Veränderungen in der eigenen Gesundheit auf die allgemeine Lebenszufriedenheit hatten, war danach signifikant vom Niveau der subjektiven Gesundheit abhängig. In Abb. 12 ist dieser Zusammenhang grafisch dargestellt: Das berichtete Niveau an Allgemeiner Lebenszufriedenheit ist in der Gruppe der Hochaltrigen auch zu Pandemiezeiten recht hoch (im Mittel 7,2 Punkte auf einer Skala von 0 = vollkommen unzufrieden bis 10 = vollkommen zufrieden). Mit steigendem Ausmaß coronabedingter Veränderungen im Bereich Gesundheit

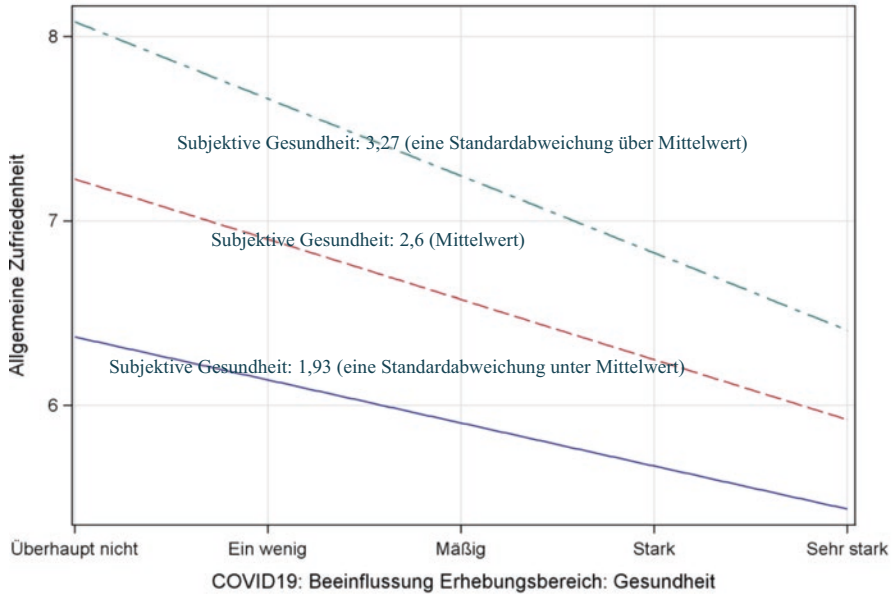


Abb. 12 Vorhergesagte Verluste in der Allgemeinen Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit vom subjektiven Gesundheitsstatus und berichteten pandemiebedingten Veränderungen im Gesundheitsbereich

sinkt die vorhergesagte Lebenszufriedenheit. Die Lebenszufriedenheit sinkt mit dem Ausmaß von coronabedingten Veränderungen aber umso stärker, je gesünder sich die Befragten einschätzen. Umgekehrt sinkt die Lebenszufriedenheit von Menschen mit unterdurchschnittlich guter Gesundheit (d. h. eine Standardabweichung unter dem Gruppenmittel) weniger stark, wenn sich vergleichbare (weitere) pandemiebedingte Verluste im Gesundheitsbereich einstellen. Eine mögliche Erklärung hierfür kann darin gesehen werden, dass im höheren Lebensalter eine gute erhaltene Gesundheit vergleichsweise wichtig für die Lebensbewertung ist. Stellen sich nun im Zusammenhang mit einem äußeren Ereignis wie der Coronapandemie substanzielle Beeinträchtigungen ein, denen aufgrund von herrschenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zudem nur unter erschwerten Bedingungen entgegengetreten werden kann (z. B. Therapie, Unterstützung), könnte das von vielen älteren Menschen als belastender erlebt werden, als wenn es bereits zuvor eine Auseinandersetzung mit substanziell beeinträchtigter Gesundheit gegeben hatte.

Im Bereich privater Kontakte lässt sich dagegen keine vergleichbare Dynamik beschreiben. Für Personen, die mehr Zeit mit Verwandten, Bekannten oder Freund:innen verbringen, wird auch eine signifikant höhere allgemeine Lebenszufriedenheit vorhergesagt. Unabhängig davon sinkt die allgemeine Lebenszufriedenheit der älteren Menschen signifikant mit dem Ausmaß von coronabedingten Veränderungen im Bereich privater Kontakte (nicht abgebildet).

Fazit

Die Ergebnisse der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ D80+ zum Erleben sehr alter Menschen in der Coronapandemie ergänzen die bisher beispielsweise aus der DEAS-Kurzbefragung vorgelegten Befunde (z. B. Wettstein et al. 2020) und stärken die Aussagen zu Unterschieden innerhalb der sehr alten Menschen durch ein großes und vergleichsweise wenig selektives Sample. Dadurch wird ein genauer Blick auf Bevölkerungsgruppen wie Männern und Frauen, Privatwohnende und Heimbewohner:innen, Menschen im hohen und höchsten Alter (80–84, 85–89, 90+) oder Personen in alten und neuen Bundesländern möglich. Die Befunde verweisen einerseits auf mitunter sehr unterschiedliche Lebenslagen hochaltriger Menschen, andererseits aber auch auf eine damit verbundene gesundheitliche und soziale Vulnerabilität durch das Pandemiegeschehen Ende 2020/Anfang 2021.

Mit Blick auf das *Ausmaß der Veränderung* zeigen die Ergebnisse der D80+ Studie, dass sich viele Aspekte des Lebens sehr alter Menschen in Deutschland durch die Coronapandemie „überhaupt nicht“ oder nur „ein wenig“ verändert haben. Beispielsweise haben über 70 % der älteren Personen angegeben, dass sich die Wertschätzung durch die Gesellschaft, ihre Gesundheit, ihre Internetnutzung, ihre finanzielle Situation, ihre Haushaltszusammensetzung oder ihr Vertrauen in die Nachbarschaft nicht verändert haben. Eine größtenteils unveränderte erfahrene Wertschätzung durch die Gesellschaft ist vereinbar auch mit dem Befund von Wettstein und Nowossadeck (2021), dass die Coronapandemie nicht in besonderem Maße zu einer Altersdiskriminierung geführt hat. Ein konstant hohes Vertrauen in die Nachbarschaft und überwiegend (60 %) insgesamt als „neutral“ bewertete Veränderungen in diesem Bereich, spiegeln sich auch in den offenen Angaben der Befragten zu Erfahrungen wieder, in denen sowohl Erfahrungen von geringerem sozialen Zusammenhalt und Rücksichtslosigkeit, als auch Erfahrungen von größerem sozialen Zusammenhalt und Rückhalt berichtet wurden.

Starke oder sehr starke pandemiebedingte Veränderungen werden dagegen nur von einem kleinen Teil der Hochaltrigen berichtet, und beschränken sich zudem überwiegend auf Lebensbereiche wie private Kontakte oder Alltagsgestaltung und Freizeit, für die durch die allgemeinen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie auch entsprechend größere Veränderungen erwartet werden müssen. Die erfahrenen Veränderungen in Lebensbereichen sind dabei über Teilgruppen von hochaltrigen Menschen hinweg nicht gleich verteilt: Frauen, „jüngere“ Hochaltrige und in einem Heim wohnende Personen berichten ein gesteigertes Ausmaß von Veränderungen durch die Coronapandemie.

Ein weiteres Augenmerk der Studie „D80+ Hohes Alter in Deutschland“ wurde auf die subjektiv *erlebte Qualität von pandemiebedingten Veränderungen* gelegt. Die Ergebnisse zeigen, dass die drastischen Einschränkungen der individuellen Freiheiten und die gesundheitsbezogenen und sozialen Folgen der Pandemie wie erwartet von vielen hochaltrigen Menschen als Belastung wahrgenommen und sich ergebende Veränderungen in Lebensbereichen darum häufig negativ bewertet wurden, z. B. im Bereich Wohlbefinden. Coronabedingte Wohlbefindenseinbußen wur-

den auch in anderen Studien berichtet (Macdonald und Hülür 2021; van der Roest et al. 2020; Zacher und Rudolph 2021). Dennoch zeigen sich deutliche Unterschiede je nach persönlicher Lebenssituation: Personen in Privathaushalten bewerten die Veränderungen als etwas weniger negativ als Personen in Heimen. Frauen bewerten Veränderungen im Mittel negativer als Männer, und das trifft in besonderem Maße für die ältesten befragten Frauen zu. Die Befunde zeigen jedoch auch, dass die erlebten Veränderungen von sehr alten Menschen bei weitem nicht so ausschließlich negativ bewertet werden, wie man vermuten könnte. Dies scheint sogar für einschneidende Erfahrungen wie den coronabedingten Verlust von Lebenspartner:innen zu gelten: In Partnerschaften führt ein Versterben des Partners oder der Partnerin zu deutlichen Veränderungen der finanziellen Situation der Hinterbliebenen. Diese Veränderungen werden zwar als überwiegend negativ erlebt; es scheinen sich aber mit Blick auf einzelne Lebensbereiche im sehr hohen Alter auch Potenziale für Gewinne zu ergeben. Zusammen mit dem allgemeineren Befund, dass viele der erfahrenen Veränderungen über nahezu alle Lebensbereiche hinweg als bezüglich ihrer Qualität „insgesamt ausgeglichen“ bewertet werden, stehen diese Befunde im Einklang mit lebensspannen-psychologischen Arbeiten, die im fortgeschrittenen Alter eine zunehmende Fokussierung auf positive Aspekte einer gegebenen Situation beschreiben (Carstensen und Mikels 2005; Mather und Carstensen 2005). Auch über einen solchen Positivitäts-Effekt hinaus könnten in der gemeinsam erlebten Ausnahmesituation auch Chancen für unmittelbare positive Erfahrungen, beispielsweise mit Blick auf erkennbarere nachbarschaftliche Sorgestrukturen (Einkaufsdienste etc.), (angemessene) Rücksichtnahme oder Solidarität auf lokaler und globaler Ebene, liegen. Die Befunde der Studie sprechen für eine solche Möglichkeit, auch wenn diese coronabedingten „Gewinne“ die Ausnahme bleiben: So wurden Veränderungen in der eigenen Nutzung des Internets in der bislang zugegebenermaßen noch kleinen Gruppe hochaltriger Onlineer in nahezu 15 % der Fälle als „überwiegend positiv“ bewertet. Auch mit Blick auf wahrgenommene Veränderungen bezüglich des nachbarschaftlichen Vertrauens, der Wertschätzung sehr alter Menschen durch die Gesellschaft oder der Haushaltszusammensetzung werden von einem substanziellen Teil von Betroffenen (9 % bis 14,8 %) überwiegend positive Veränderungen berichtet. Die Angaben auf die offene Frage spiegeln ebenso sowohl negative als auch positive Erfahrungen wider. So berichten Hochaltrige von weniger, aber auch von mehr erfahrenem sozialen Zusammenhalt.

Eine *persönliche Betroffenheit durch COVID-19* (beispielsweise durch eigene Erkrankungen oder mit Corona im Zusammenhang stehende Todesfälle im sozialen Umfeld) brachte den Ergebnissen der Studie D80+ zufolge nochmal deutlich andere und je nach Ausmaß der Betroffenheit (eigene Erkrankung vs. Erkrankungen im Umfeld) differenzierte Konsequenzen mit sich als die gesellschaftlich geteilten allgemeinen Reise- und Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, oder Impfstrategien. Die in der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ D80+ abgeschätzte Inzidenz von Corona-Erkrankungen über den berücksichtigten Untersuchungszeitraum scheint trotz der gebotenen Vorsicht bei der Interpretation von Selbstauskünften aus einer schriftlichen Bevölkerungsbefragung recht nah an den offiziellen Zahlen des RKI zu liegen. Wegen der großen Stichprobe konnten Folgen einer Erkrankung in ver-

schiedenen Lebensbereichen trotz der geringen Erkrankungsrate zuverlässig beschrieben werden. Nach diesen Befunden steigt das Erkrankungsrisiko mit dem Alter, und insbesondere für ältere Frauen an. Auch Personen in Heimen waren den Ergebnissen nach häufiger erkrankt. Ungefähr jede vierte hochaltrige Person berichtet darüber hinaus über Corona-Erkrankungen oder gar Todesfälle im sozialen Umfeld. Durch den Abgleich von persönlicher Betroffenheit und subjektiv erlebten Konsequenzen in verschiedenen Lebensbereichen wurden darüber hinaus Hinweise auf mögliche Bewältigungsmechanismen oder Risikokonstellationen gefunden, bei denen eine „Störung“ zu weitreichenden und breit gefächerten negativen Konsequenzen für die Lebensqualität im sehr hohen Alter führt (z. B. Nicht-Verfügbarkeit oder Versterben von für die eigene Lebensführung wichtigen Personen wie Pflegepersonen). So hat sich beispielsweise gezeigt, dass Risiken für eine Verschlechterung der Gesundheit in der Hochaltrigkeit innerhalb von Partnerschaften offensichtlich geteilt werden: Erkrankungen von Partner:innen oder deren Tod sind auch für die Befragten selbst mit negativen Gesundheitseffekten assoziiert.

Mit Blick auf das *Wechselspiel von pandemiebedingten Ressourcenverlusten und Zufriedenheit* im Alter zeigen die Daten der D80+ Studie, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit mit coronabedingten Veränderungen in der subjektiven Gesundheit und im Bereich der privaten Kontakte sinkt. Eine coronabedingt geringere Lebenszufriedenheit wurde auch in anderen Studien berichtet (Brandt et al. 2021; Grates et al. 2021). Im Abgleich von aktuellen Ressourcenlagen und wahrgenommenen Veränderungen in zentralen Lebensbereichen wie der Gesundheit gibt die Studie D80+ darüber hinaus erste Hinweise auf das Wechselspiel von Ressourcenniveau und erlebten Verlusten/Gewinnen für die Lebensqualität im sehr hohen Alter (vgl. Jopp und Leipold 2004) und damit auf bestehende Bewältigungsreserven im sehr hohen Alter. Coronabedingte Verluste in der Gesundheit wogen dabei für die Lebenszufriedenheit im sehr hohen Alter umso schwerer, je besser die Befragten ihre Gesundheit einschätzten. Umgekehrt schienen pandemiebedingte Gesundheitsverluste bei schlechter eingeschätzter subjektiver Gesundheit nicht zu stärkeren Verlusten in der Lebenszufriedenheit zu führen, was möglicherweise auf ein hohes Ausmaß von erfolgreicher Bewältigung vorexistierender Gesundheitseinschränkungen in der Population sehr alter Menschen hinweist. Mit Blick auf die soziale Teilhabe sehr alter Menschen zeigen die Studienergebnisse, dass die coronabedingten Veränderungen im Bereich privater Kontakte sowohl für Personen mit vergleichsweise vielen Kontakten als auch solche mit weniger Kontakten in vergleichbarer Weise zu Einbußen in der allgemeinen Lebenszufriedenheit führten. Danach scheinen Maßnahmen zur Reduzierung des persönlichen Kontaktes zumindest mit Blick auf dieses kognitive Maß erlebter Lebensqualität nicht selektiv besonders solche hochaltrigen Menschen zu treffen, die über ohnehin geringe soziale Kontakte verfügen. Der Frage, ob dieser Befund auch auf stärker emotionale Outcomes wie Einsamkeitsgefühle übertragen werden kann oder nicht, wird in einem weiteren Ergebnisbericht zum Einsamkeitserleben in der Hochaltrigkeit nachgegangen.

Während die Befunde der D80+ Studie auf allgemeinsten Ebene eher bestätigen, dass ältere Menschen in Privathaushalten relativ gut durch die Coronapandemie zu

kommen scheinen (vgl. Wettstein und Wahl 2021), zeigen die Befunde andererseits auch, dass Heimbewohner:innen durch die Corona-Krise in besonderem Maße belastet sind. Dies ist sicherlich mitunter auf die ohnehin schwierigere gesundheitliche und soziale Situation der Heimbevölkerung, aber auch auf vergleichsweise strikte Vorschriften und Maßnahmen in Heimen zurückzuführen. Die Befunde zur stärkeren Betroffenheit und zu negativer erlebten Konsequenzen der Coronapandemie von einbezogenen Heimbewohner:innen wiegen umso schwerer, als diese eine Teilgruppe von Heimbewohner:innen mit vergleichsweise guter Kognition und Gesundheit repräsentieren. Es muss davon ausgegangen werden, dass beispielsweise Personen mit stärkeren kognitiven Beeinträchtigungen Maßnahmen wie körperlichen Abstand oder Maskenpflicht aufgrund ihrer spezifischen Kommunikationsanforderungen möglicherweise deutlich anders und belastender erleben als Personen mit Einsicht in Zweck und Sinn dieser Schutzmaßnahmen. Ein weiterer zentraler Befund ist die Möglichkeit hochaltriger Menschen, sowohl negative als auch positive Konsequenzen der Pandemie zu erkennen und in ein Wohlbefinden bestmöglich erhaltenes Gesamturteil zu integrieren. In vielen Lebensbereichen scheinen sich Verlust- und Gewinnerfahrungen hochaltriger Menschen in der Pandemie „die Waage zu halten“. Auch die Antworten auf die offene Frage zu Erfahrungen mit der Coronapandemie spiegeln die Heterogenität innerhalb der Gruppe sehr alter Menschen mit Blick auf negative und positive Aspekte der Coronapandemie und ihrer Konsequenzen für die gesellschaftliche Teilhabe wider. So beschränkten sich die aufgebrachten Themen nicht allein auf die eigene Lebenssituation, sondern umfassen u. a. auch die Sorge um andere, die mediale Berichterstattung, Beteiligung am politischen Diskurs um Maßnahmen zur Eindämmung der Konsequenzen der Coronapandemie, oder ordnen die aktuellen Erfahrungen vor dem Hintergrund prägender biografischer Erfahrungen (z. B. Kriegserfahrungen) ein.

Literatur

- Aldrich DP, Meyer MA (2015) Social capital and community resilience. *Am Behav Sci* 59(2):254–269. <https://doi.org/10.1177/0002764214550299>
- Arpino B, Pasqualini M, Bordone V, Solé-Auró A (2021) Older people’s nonphysical contacts and depression during the COVID-19 lockdown. *Gerontologist* 61(2):176–186. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa144>
- Ayalon L, Chasteen A, Diehl M, Levy BR, Neupert SD, Rothermund K, Tesch-Römer C, Wahl H-W (2021) Aging in times of the COVID-19 pandemic: avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 76(2):49–52. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Baltes PB, Smith J (2003) New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* 49(2):123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bäuerle A, Teufel M, Musche V, Weismüller B, Kohler H, Hetkamp M, Dörrie N, Schweda A, Skoda E-M (2020) Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *J Public Health* 42(4):672–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>

- Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA (2020) Lockdown, quarantine measures, and social distancing: associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Res* 293:113462. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>
- Brandt M, Garten C, Grates M, Kaschowitz J, Quashie N, Schmitz A (2021) Veränderungen von Wohlbefinden und privater Unterstützung für Ältere: Ein Blick auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie im Frühsommer 2020. *Z Gerontol Geriatr* 54(3):240–246. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01870-2>
- Brauner JM, Mindermann S, Sharma M, Johnston D, Salvatier J, Gavenčiak T, Stephenson AB, Leech G, Altman G, Mikulik V, Norman AJ, Monrad JT, Besiroglu T, Ge H, Hartwick MA, Teh YW, Chindelevitch L, Gal Y, Kulveit J (2021) Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19. *Science* 371(6531). <https://doi.org/10.1126/science.abd9338>
- Brooke J, Jackson D (2020) Older people and COVID-19: isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs* 29(13–14):2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010) Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020) Achter Altersbericht. Ältere Menschen und Digitalisierung. Berlin
- Carstensen LL, Mikels JA (2005) At the intersection of emotion and cognition: aging and the positivity effect. *Curr Dir Psychol Sci* 14(3):117–121. <http://www.jstor.org/stable/20183003>
- Cunningham C, O' Sullivan R, Caserotti P, Tully MA (2020) Consequences of physical inactivity in older adults: a systematic review of reviews and meta-analyses. *Scand J Med Sci Sports* 30(5):816–827. <https://doi.org/10.1111/sms.13616>
- Endter C, Hagen C, Berner F (2020) Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets: Folgerungen für die Corona-Krise. (DZA Factsheet). Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Entringer T, Kröger H, Schupp J, Kühne S, Liebig S, Goebel J, Grabka MM, Graeber D, Kroh M, Schröder C, Seebauer J, Zinn S (2020) Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEP The Socio-Economic Panel. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791307.de/diw_sp1087.pdf
- Fuller HR, Huseth-Zosel A (2021) Lessons in resilience: initial coping among older adults during the COVID-19 pandemic. *Gerontologist* 61(1):114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>
- Gerhold L (2020) COVID-19: risk perception and Coping strategies. Results from a survey in Germany. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>
- Gilan D, Röthke N, Blessin M, Kunzler A, Stoffers-Winterling J, Müssig M, Yuen KSL, Tüscher O, Thruhl J, Kreuter F, Sprengholz P, Betsch C, Stieglitz RD, Lieb K (2020) Psychomorbidity, resilience, and exacerbating and protective factors during the SARS-CoV-2 pandemic. *Deutsches Ärzteblatt international* 117(38):625–632. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0625>
- Grates M, Brandt M, Garten C, Jessee L, Kaschowitz J, Klingel M, Quashie NT, Schmitz A (2021) Pilotstudie: Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht. <https://doi.org/10.17877/DE290R-21870>. Fakultät 17. Sozialwissenschaften. Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften. Technische Universität Dortmund, Dortmund
- Heid AR, Cartwright F, Wilson-Genderson M, Pruchno R (2020) Challenges experienced by older people during the initial months of the COVID-19 pandemic. *Gerontologist* 61(1):48–58. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa138>
- Heidinger T, Richter L (2020) The effect of COVID-19 on loneliness in the elderly. An empirical comparison of pre-and peri-pandemic loneliness in community-dwelling elderly. *Front Psychol* 11(585308). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.585308>
- Huxhold O, Tesch-Römer C (2021) Einsamkeit steigt in der Coronapandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. *DZA Aktuell* 04/2021
- Islam N, Sharp SJ, Chowell G, Shabnam S, Kawachi I, Lacey B, Massaro JM, D'Agostino RB, White M (2020) Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. *Br Med J* 370(m2743). <https://doi.org/10.1136/bmj.m2743>

- Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E (2020) Coronavirus, ageism, and Twitter: an evaluation of tweets about older adults and COVID-19. *J Am Geriatr Soc* 68(8):1661–1665. <https://doi.org/10.1111/jgs.16508>
- Jopp D, Leopold B (2004) Zur Wahrnehmung von Ressourcen und ihrer Bedeutung für das Wohlbefinden: Altersassoziierte Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei jungen und alten Erwachsenen. *Z Gerontol Geriatr* 37(5):354–356. <https://doi.org/10.1007/s00391-004-0258-6>
- Kemptner D, Marcus J (2020) Alleinlebenden älteren Menschen droht in Corona-Zeiten Vereinsamung. *DIW aktuell*, 45. ISSN: 2567-3971
- Kortmann L, Hagen C, Endter C, Riesch J, Tesch-Römer C (2021) Internetnutzung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Coronapandemie: Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen. *DZA Aktuell* 05/2021
- Krendl AC, Perry BL (2021) The impact of sheltering in place during the COVID-19 pandemic on older adults' social and mental well-being. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 76(2):53–58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Kroll LE, Lampert T (2013) Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: a top-down projection. *BMC Health Serv Res* 13(271). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-271>
- Kurtenbach S, Üblacker J, Eisele B (2021) Nachbarschaft in der Krise? Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in NRW während der Coronapandemie. *Stadtforsch Stat: Z Verb Dtsch Städtestat* 34(1):26–31. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-72553-2>
- Ludwig J, Duncan GJ, Gennetian LA, Katz LF, Kessler RC, Kling JR, Sanbonmatsu L (2012) Neighborhood effects on the long-term well-being of low-income adults. *Science* 337(6101):1505–1510. <https://doi.org/10.1126/science.1224648>
- Macdonald B, Hürlir G (2021) Well-being and loneliness in swiss older adults during the COVID-19 pandemic: the role of social relationships. *Gerontologist* 61(2):240–250. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa194>
- Mather M, Carstensen LL (2005) Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *Trends Cogn Sci* 9(10):496–502. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.08.005>
- Meisner BA (2021) Are you ok, Boomer? Intensification of ageism and intergenerational tensions on social media amid COVID-19. *Leis Sci* 43(1-2):56–61. <https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1773983>
- Mete B (2021) The effect of fear of COVID-19 and social isolation on the fragility in the elderly. *Turk J Geriatr* 24(1):23–31. <https://doi.org/10.31086/tjgeri.2021.196>
- Nowossadeck S, Wettstein M, Cengia A (2021) Körperliche Aktivität in der Coronapandemie: Veränderung der Häufigkeit von Sport und Spaziergehen bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte. *DZA Aktuell* 03/2021
- Plümper T, Neumayer E (2020) The COVID-19 pandemic predominantly hits poor neighborhoods, or does it? Evidence from Germany. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.18.20105395> (Stand: 11.08.2020)
- Robert Koch-Institut (2021, 14. Oktober). Coronavirus SARS-CoV-2 – COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche (Tabelle wird jeden Donnerstag aktualisiert). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html
- Robinette JW, Bostean G, Glynn LM, Douglas JA, Jenkins BN, Gruenewald TL, Frederick DA (2021) Perceived neighborhood cohesion buffers COVID-19 impacts on mental health in a United States sample. *Soc Sci Med* 285:114269. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114269>
- van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, van Tilburg TG, de Vries DH (2020) The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *J Am Med Dir Assoc* 21(11):1569–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
- Rommel A, Treskova-Schwarzbach M, Scholz S, von der Lippe E (2021) Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für schwere COVID-19-Verläufe in Deutschland. Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit*, Artikel S2. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/7858.3>

- Roser M, Ritchie H (2016) Burden of disease. Our world in data. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>
- Sheffler JL, Joiner TE, Sachs-Ericsson NJ (2021) The interpersonal and psychological impacts of COVID-19 on risk for late-life suicide. *Gerontologist* 61(1):23–29. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa103>
- Statistisches Bundesamt (2021) Bevölkerung nach Altersgruppen (ab 2011). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-altersgruppen.html;jsessionid=FBAD69B0886D34AA6ACAC63B6052ED24.live722>
- Tesch-Römer C, Wurm S (2009) Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm K, Statistisches Bundesamt C, Tesch-Römer, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Ziese T, Robert-Koch-Institut (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin, S 7–21
- Tesch-Römer C, Vogel C, Wettstein M, Spuling SM (2020) Alte Menschen sind unterschiedlich, auch in der Corona-Krise. (DZA Factsheet). Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH (2020) Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: a study among Dutch older adults. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
- Vahia IV, Jeste DV, Reynolds CF (2020) Older adults and the mental health effects of COVID-19. *JAMA* 324(22):2253–2254. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21753>
- Wettstein M, Nowossadeck S (2021) Altersdiskriminierung in der Pandemie ist nicht die Regel – Jede zwanzigste Person in der zweiten Lebenshälfte berichtet erfahrene Benachteiligung wegen ihres Alters. DZA Aktuell 06/2021
- Wettstein M, Wahl H-W (2021) Die Coronapandemie und ihre psychosozialen Konsequenzen für ältere Menschen in Deutschland: Ein Zwischenresümee aktuell verfügbarer Evidenz. In: Lines E (Hrsg) *Post-pandemic populations. Die soziodemografischen Folgen der COVID-19 Pandemie in Deutschland*. Population Europe, Berlin, S 42–52
- Wettstein M, Vogel C, Nowossadeck S, Spuling SM, Tesch-Römer C (2020) Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise? – Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus. DZA Aktuell 01/2020
- Whitehead BR, Torossian E (2021) Older adults’ experience of the COVID-19 pandemic: a mixed-methods analysis of stresses and joys. *Gerontologist* 61(1):36–47. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa126>
- World Health Organization (2010) *Global Recommendations on physical activity for health*. Geneva
- Xiang X, Lu X, Halavanau A, Xue J, Sun Y, Lai PHL, Wu Z (2021) Modern senicide in the face of a pandemic: an examination of public discourse and sentiment about older adults and COVID-19 using machine learning. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 76(4):190–200. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa128>
- Zacher H, Rudolph CW (2021) Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *Am Psychol* 76(1):50–62. <https://doi.org/10.1037/amp0000702>
- Zanger C (2021) Help thy neighbor. Neighborhood relations, subjective well-being, and trust during the COVID-19 pandemic. <https://doi.org/10.31235/osf.io/etywg>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Das Einkommen der Hochaltrigen in Deutschland



Jonas Fey und Michael Wagner

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde aufbauend auf der NRW80+ Studie die bundesweite Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) durchgeführt. Die Erhebung der Daten erfolgte im Rahmen einer bundesweiten, repräsentativen schriftlichen Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität. Mit diesen Daten ist die Einkommenssituation und Einkommensungleichheit dieser hochaltrigen Personen repräsentativ, aktuell erfasst und kann differenziert analysiert werden. Wir berichten nachfolgend – bis auf wenige Ausnahmen – das Nettoeinkommen der Hochaltrigen, genauer deren Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen, das ein auf die Haushaltsmitglieder bezogenes Pro-Kopf-Einkommen darstellt. Einkommensarmut wurde anhand der gängigen Armutsrisikoschwelle von 60 % des mittleren Einkommens (Median) definiert, welches bei Unterschreitung eines Nettobetrages von 1176,- € monatlich vorliegt. Aussagen über Vermögen, Schulden und Einkommensquellen können in diesem Bericht nicht getroffen werden.

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im Dezember 2021 als Kurzbericht Nummer 2 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

J. Fey (✉)

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: jonas.fey@uni-koeln.de

M. Wagner

Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: mwagner@wiso.uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,

https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_3

Armut im hohen Alter ist weit verbreitet. 22,4 % der Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und älter sind von Einkommensarmut betroffen. Diese Armutsquote liegt über derjenigen der Gesamtbevölkerung (14,8 %).

Der Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommen und Bildung und Armut ist auch im hohen Alter hoch. So haben hochgebildete im Vergleich zu niedriggebildeten hochaltrigen Personen im Durchschnitt ein fast um 1150,- € höheres Nettoeinkommen im Monat. Zudem ist die Armutsquote für niedriggebildete im Vergleich zu hochgebildeten Hochaltrigen um knapp 35 %-Punkte höher.

Frauen ab 80 Jahren haben in Deutschland ein deutlich niedrigeres Einkommen als Männer und sind öfter von Armut betroffen. Das durchschnittliche monatliche Nettoäquivalenzeinkommen von hochaltrigen Frauen liegt bei 1765,- €, das von hochaltrigen Männern bei 2068,- €. Damit liegt das Einkommen der Frauen ca. 300,- € unter dem Einkommen von Männern. Zudem ist die Armutsquote der ab 80-Jährigen Frauen um über 9 %-Punkte höher als bei Männern. Besonders hoch ist die Armutsquote bei Frauen, die nie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen sind (51,8 %). Diese Gruppe hat im Durchschnitt ein monatliches Nettoäquivalenzeinkommen von 1369,- €.

Das Einkommen der Hochaltrigen in Ostdeutschland (1758,- €) liegt unter dem Einkommen der Hochaltrigen in Westdeutschland (1923,- €), allerdings ist dieser Unterschied statistisch nicht überzufällig. Die Armutsquote der Ab- 80-Jährigen ist in Ostdeutschland deutlich niedriger als in Westdeutschland (18,2 % vs. 23,7 %). Die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen sind in Ostdeutschland deutlich geringer als in Westdeutschland.

Die Einkommensungleichheit in der Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen ist geringer als in der Gesamtbevölkerung. Der Gini-Koeffizient für die Bevölkerung im Alter 80 Jahren und älter beträgt 22,5, für die Gesamtbevölkerung 29,7. In Ostdeutschland (Gini=18,2) ist die Einkommensungleichheit geringer als in Westdeutschland (Gini=24,2).

In der Bevölkerungsgruppe der ab 80-Jährigen gelten 2,8 % als einkommensreich. Das monatliche Nettoäquivalenzeinkommen pro Kopf übersteigt hier den Wert von 3940,- €.

Einleitung

Öffentliche Debatten um die Altersarmut oder die Grundrente zeigen, dass es auch mit Blick auf die hochaltrige Bevölkerung sozialpolitischen Handlungsbedarf gibt, zumal das Armutsrisiko im (hohen) Alter wahrscheinlich zukünftig steigen wird (Simonson und Vogel 2019). Dennoch wird die Lebenssituation von Menschen im hohen Alter in der Gesellschaft vielfach auch anders wahrgenommen: Renter*in-

nen, die die wirtschaftlich goldenen Jahre der Bundesrepublik erlebt haben, seien ökonomisch gut ausgestattet und verfügen über eine sichere Rente (Engels 2020).

Einkommen als eine zentrale Dimension sozialer Ungleichheit ist ein gesellschaftspolitisch aufgeladenes Thema. Dabei hat die Einkommensungleichheit konkrete Auswirkungen auf die Lebenschancen und Lebensrisiken der Gesellschaftsmitglieder. Die materielle Lage einer Person beeinflusst den Wohnort, Freizeitaktivitäten, Konsum, sowie die Struktur des sozialen Umfeldes und Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Angebote (Simonson und Vogel 2019). So sind Gesundheits- und Sterberisiken in Deutschland mit der finanziellen Lage einer Person assoziiert (Hradil 2009).

Die finanzielle Lage der Hochaltrigen wird nur selten differenziert betrachtet. So informiert beispielsweise der aktuelle Armuts- und Reichtumsbericht (ARB) über soziale Ungleichheiten von Personen ab 65 Jahren als höchste Altersgruppe (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021b). Die Studie „Hohes Alter in Deutschland (D80+)“ bietet nun erstmals die Gelegenheit, repräsentativ für Deutschland die Einkommenslage der Ab-80-Jährigen genauer zu beleuchten. Dieser Beitrag soll dabei die finanzielle Einkommenslage dieser Personengruppe, die Verteilung der Einkommen und den Zusammenhang des Einkommens mit den soziodemografischen Merkmalen Geschlecht, Alter, Ost-/Westdeutschland sowie dem Bildungsniveau prüfen. Diese Merkmale gehören in der einschlägigen Forschung zu den zentralen potenziellen Determinanten von Armutsrisiken. Die Hochaltrigen gehören Geburtsjahrgängen an, deren Bildungs- und Erwerbsverläufe häufig unterbrochen wurden, insbesondere Frauen in Westdeutschland folgten traditionellen Geschlechterrollen, die ihnen Hausarbeit und Kindererziehung nahelegten, nicht aber Erwerbsarbeit. All das könnte die finanzielle Einkommenslage der Hochaltrigen beeinflussen.

Zunächst sollen die Daten und die Methoden vorgestellt werden, es folgen deskriptive Analysen, wobei die Befunde der D80+-Studie mit Statistiken der Gesamtbevölkerung verglichen werden, um herauszufinden, ob Menschen im hohen Alter finanziell besser oder schlechter gestellt sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Zuletzt werden die Ergebnisse in einem Fazit zusammengefasst, wobei auch mögliche Limitierungen sowie politische Implikationen zur Sprache kommen.

Daten und Methoden

Aufgrund der Coronapandemie wurde die Befragung in zwei Schritten durchgeführt. Für den vorliegenden Bericht werden die Daten der ersten schriftlichen Erhebung ausgewertet. Hierbei wurden sozioökonomische Angaben zum Einkommen und zur Bildung erhoben. Aus dem Variablenset zum sozioökonomischen Status wurden in der anschließenden zweiten telefonisch durchgeführten Befragung Angaben zu Vermögen, Schulden, Ausgaben, ehemaligem beruflichen Status und die detaillierte Zusammensetzung von Einkommen erhoben. Diese Daten waren bei der Erstellung dieses Berichts noch nicht vollständig verfügbar.

Um Alters- und Geschlechtsunterschiede sichtbar zu machen, wurden die befragten Personen für die Analysen in sechs Gruppen aufgeteilt: Frauen und Männer jeweils im Alter von 80–84, 85–89 und über 90 Jahren. Ebenfalls wurde nach Bildungsniveau differenziert und Unterschiede zwischen Ost und West analysiert, da hier nach wie vor Einkommensunterschiede zu beobachten sind (BMW [2018](#)). Berlin wird Ostdeutschland zugerechnet. Die Angabe in den vorliegenden Daten bzgl. Ostdeutschland oder Westdeutschland beziehen sich auf den aktuellen Wohnort. In stationären Einrichtungen lebende Personen unterscheiden sich in ihrer Einkommenssituation von privat lebenden Personen, was den direkten Vergleich mit Personen in Privathaushalten erschwert. Ihre ökonomische Autonomie ist oftmals eingeschränkt und sie sind in institutionelle Hilfesysteme eingebunden, was die Messung und die Interpretation der Daten erschwert (Motel und Wagner [1993](#)). Die Einkommenslage der Heimbewohner*innen wird daher separat dargestellt.

Einkommen

Das Haushaltseinkommen wurde in der Erhebung als kategoriale Variable erfragt. Die befragten Personen wurden gebeten, eine Einkommenskategorie¹ auszuwählen.² Diese Kategorien wurden eng gewählt, um gut einschätzen zu können, wo der genaue Einkommenswert liegt. Unter der Annahme der Gleichverteilung der Werte in den Kategorien wurden diese durch ihren Mittelwert ersetzt um einen tatsächlichen Einkommenswert und keine -gruppe zu haben (gesis [2021](#)). Aus diesen Werten wird das Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet.³ Dabei wird die erste Person im Haushalt mit dem Gewicht 1,0, jede weitere Person mit dem Gewicht 0,5 berücksichtigt.

Allgemein sind Personen in Befragungen weniger bereit oder in der Lage, ihr Haushaltseinkommen anzugeben. Im Hinblick auf die Gruppe der Hochaltrigen haben Wagner und Motel ([1996](#)) dies ausführlich untersucht. Im vorliegenden Fall fehlt bei 865 Personen (8,3 %) die Angabe zum Einkommen. Frauen weisen signifikant mehr fehlende Werte auf als Männer (9,7 % vs. 6,1 %). Die Altersgruppen unterscheiden sich im Hinblick auf den Anteil fehlender Einkommensangaben nicht

¹Die Kategorien waren: unter 150 Euro, 150 bis 450 Euro, 451 bis 850 Euro, 851 bis unter 1000 Euro, 1000 bis unter 1250 Euro, 1250 bis unter 1500 Euro, 1500 bis unter 1750 Euro, 1750 bis unter 2000 Euro, 2000 bis unter 2250 Euro, 2250 bis unter 2500 Euro, 2500 bis unter 2750 Euro, 2750 bis unter 3000 Euro, 3000 bis unter 3250 Euro, 3250 bis unter 3500 Euro, 3500 bis unter 3750 Euro, 3750 bis unter 4000 Euro, 4000 bis unter 4500 Euro, 4500 bis unter 5000 Euro, 5000 bis unter 5500 Euro, 5500 bis unter 6000 Euro, 6000 bis unter 7500 Euro, 7500 bis unter 10.000 Euro, 10.000 bis unter 20.000 Euro und 20.000 Euro und mehr.

²„Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Dies setzt sich zusammen aus allen Einkommensquellen abzüglich der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge.“

³Wenn nicht anders vermerkt, werden im Folgenden die Begriffe (Netto-)Einkommen und Haushaltsäquivalenzeinkommen synonym verwendet.

signifikant voneinander. Die Ausfälle sind bei einem hohen Bildungsniveau (3,8 %) im Vergleich zu einer niedrigen Bildung (10,4 %) und einer mittleren Bildung (8,4 %) signifikant niedriger. Ebenso liegt bei Hochaltrigen in Ostdeutschland häufiger eine Einkommensangabe vor als es in Westdeutschland der Fall ist (6,4 % vs. 8,9 %). Bei Heimbewohner*innen liegen signifikant mehr fehlende Angaben vor als bei privat lebenden Personen (14,3 % vs. 7,5 %). Zudem werden Personen, die vollstationär versorgt werden bzw. institutionell wohnen, aus der Analyse zum Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen ausgeschlossen, da dieses nicht plausibel berechnet werden kann. So steht Heimbewohner*innen mitunter nur ein Taschengeld zur Verfügung, auch die Haushaltsgröße lässt sich häufig nicht zuverlässig ermitteln. Insgesamt werden 1048 hochaltrige Heimbewohner*innen aus den Analysen zum Äquivalenzeinkommen ausgeschlossen (10,1 %). Personen, die zwölf Haushaltsmitglieder und mehr angegeben haben, wurden ausgeschlossen, da diese Werte unplausibel sind. Insgesamt fehlen zu 2044 Personen (19,7 %) Angaben zu ihrer Haushaltsgröße, sei es, weil sie aufgrund ihrer Wohnsituation hierzu nicht befragt wurden, weil sie keine Angaben machen wollten (5,5 %), diese unleserlich war oder die Angabe über 12 Personen lag (0,1 %). Damit konnte für 7743 Fälle ein Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet werden (74,7 %). Für die Heimbewohner*innen werden die angegebenen Einkommen als nicht nach Haushaltsgröße gewichtete Einkommen dargestellt und mit den ungewichteten Einkommen der privat Lebenden verglichen.

Bildung

Zur Klassifizierung von Bildung wurde die „International Standard Classification of Education“ (ISCED) herangezogen (UNESCO 2012). Hierbei wird anhand des „Bildungslevels“ (Höhe des Abschluss) und des „Bildungsfelds“ (schulisch oder betrieblich) eine Kategorisierung vorgenommen (UNESCO 2012). Die Unterscheidung basiert auf acht Ebenen: 1. Primarbereich, 2. Sekundarbereich I, 3. Sekundarbereich II, 4. postsekundärer, nicht tertiärer Bereich, 5. kurzes tertiäres Bildungsprogramm, 6. Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm, 7. Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm, 8. Promotion (KANTAR Public 2018). Zusätzlich wird eine Gruppe 0 gebildet, deren Bildungsniveau weniger als Grundschule beträgt. 354 Personen (3,4 %) konnten einer solchen Einteilung nicht zugeordnet werden. Die ISCED-Skala wurde in drei Kategorien aufgeteilt: 1. Niedrig (ISCED 0–2; weniger als Grundschule bis einschließlich Sekundarstufe I; 24,0 %), 2. Mittel (ISCED 3–4; Sekundarstufe II bis einschließlich nicht-tertiärer, postsekundärer Bereich; 59,2 %) und 3. Hoch (ISCED 5–8; Tertiärbereich; 16,8 %) (Engstler et al. 2019; KANTAR Public 2018). Das Bildungsniveau der hochaltrigen Männer ist höher als dasjenige der hochaltrigen Frauen, ebenso ist es höher in der Altersgruppe 80–84 als bei den Über-90-Jährigen. Auch in Ostdeutschland ist es bei den Hochaltrigen signifikant höher als in Westdeutschland (ohne Tabelle).

Einkommensarmut

Bei der Messung von Armut können mehrere Konzepte in den Blick genommen werden. So wird zwischen absoluter und relativer Armut unterschieden (Hagenaars und Vos 1988). Absolute Armut beschreibt dabei eine Gefährdung des physischen Überlebens, während relative Armut sich auf den Lebensstandard im Vergleich zur Gesellschaft bezieht. Einkommens- und Vermögensarmut (Rank et al. 2014) oder auch Aspekte materieller Entbehrung⁴ (Guggisberg et al. 2013) nehmen einzelne Aspekte der Armut in den Blick.

In diesem Bericht wird die relative Einkommensarmut betrachtet. In Wohlstandsgesellschaften ist absolute Armut ein Randphänomen (Hradil 2014). Relative Armut bedeutet im Vergleich zum allgemeinen Lebensstandard der Gesellschaft, wenig zu besitzen oder zu verdienen. Sie informiert dabei mehr über die Ungleichheit in einer Gesellschaft und weniger über die tatsächliche materielle Lebenssituation der Personen (Klein und Stauder 2019). In der Debatte um Armut hat sich ein Schwellenwert von 60 % des mittleren Einkommens (Median) etabliert, um Armut oder ein Armutsrisiko zu definieren. Aus dem vorliegenden Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen kann somit eine Armutsrisikoquote berechnet werden, die aufzeigt, wie viele und wer unter der genannten Armutsschwelle liegt.⁵ Personen bzw. Haushalte mit einem Einkommen unter diesem Schwellenwert gelten als armutsgefährdet. Man spricht von Armutsgefährdung oder Armutsrisiko, da Faktoren wie Lebenshaltungskosten, Wohnform oder die familiäre Situation beeinflussen, ob die betroffene Person tatsächlich in Armut lebt (Vogel und Künemund 2014). Der aktuelle amtlich verfügbare bundesweite Schwellenwert für Armut, der in diesem Bericht verwendet wird, ist für das Jahr 2018 verfügbar und beläuft sich auf einen Nettobetrag von 1176,- € monatlich (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021b).⁶ Er wird europaweit für jedes Land ermittelt und stammt aus der „Statistics on Income and Living Conditions“ (EU-SILC), die als hauptsächliche Datenquelle für Armutsquoten in Deutschland fungiert (DESTATIS 2019a).

Einkommensreichtum

Um Einkommensreichtum zu definieren, existieren im Armuts- und Reichtumsbericht zwei Schwellenwerte als Indikatoren: 200 % des Medians des Nettoäquivalenzeinkommens und 300 % (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021b).

⁴Dies wird mit mehreren Fragen gemessen, z. B. „Besitzen sie eine Waschmaschine?“ oder „Sind Sie in der Lage ihr Zuhause warm zu halten“, etc.

⁵Die Begriffe Armutsrisiko und Armut werden im Folgenden synonym verwendet und beziehen sich immer auf das Einkommen. Zur Diskussion des Begriffs „Armut“ siehe auch Becker (2017).

⁶Würde dieser Wert aus den vorliegenden Daten errechnet, läge er deutlich niedriger bei 975,- €. Dies ist nicht unerheblich, denn der Schwellenwert ist relativ und ältere Menschen sind in ihrem sozialen Netzwerk mutmaßlich überwiegend von Personen in ihrer Altersgruppe umgeben, mit denen sie sich sozioökonomisch vergleichen.

Der aktuelle 200 %-Schwellenwert für das Jahr 2018 beträgt 3940,- € pro Monat (EU-SILC). Für den 300 %-Schwellenwert beträgt er 5910,- € pro Monat (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021b).

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 3932, 37,9 %), Frauen (n = 6440, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 6123, 59,0 %), 85–89 Jahre (n = 2793, 26,9 %), 90 Jahre und älter (n = 1456, 14,0 %); Bildung hoch (n = 1682, 16,8 %), mittel (n = 5935, 59,2 %), niedrig (n = 2402, 24,0 %); Privathaushalt (n = 9324, 89,9 %), Heim (n = 1048, 10,1 %); West (n = 8095, 78 %), Ost (n = 2277, 22,0 %).

Das Nettoeinkommen der Hochaltrigen ist wesentlich niedriger als dasjenige der Gesamtbevölkerung (Abb. 1). Allerdings ist der hier angestellte Vergleich problematisch, da hier nicht die Haushaltsstruktur in der Gesamtbevölkerung berücksichtigt wird (DESTATIS 2019b). Die Haushaltsstruktur der Hochaltrigen unterscheidet sich von derjenigen in der Gesamtbevölkerung.

Heimbevölkerung

Eine besondere Gruppe stellt die hochaltrige Heimbevölkerung dar. Für diese kann mit den vorliegenden Daten kein plausibles Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet werden. Daher ist hier nur der Vergleich mit den nicht-bedarfsgewichteten Einkommen möglich (Abb. 2). Es ist nicht auszuschließen, dass auch Personen in Heimen mit anderen Personen, z. B. Ehepartner*in, gemeinsam wirtschaften.

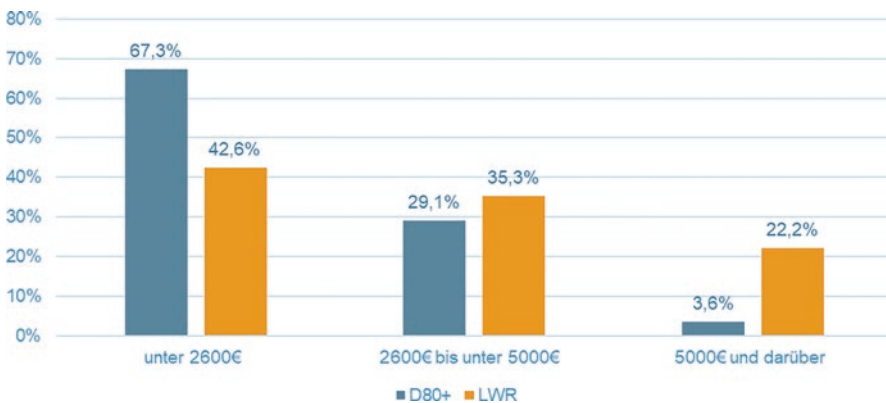


Abb. 1 Monatliche Haushaltsnettoeinkommen der Hochaltrigen und in der Gesamtbevölkerung. (Quellen: Gesamtbevölkerung „Laufenden Wirtschaftsrechnungen“ (LWR; n = 7497), D80+ (n = 9507); gewichtete Mittelwerte; keine Äquivalenzeinkommen)

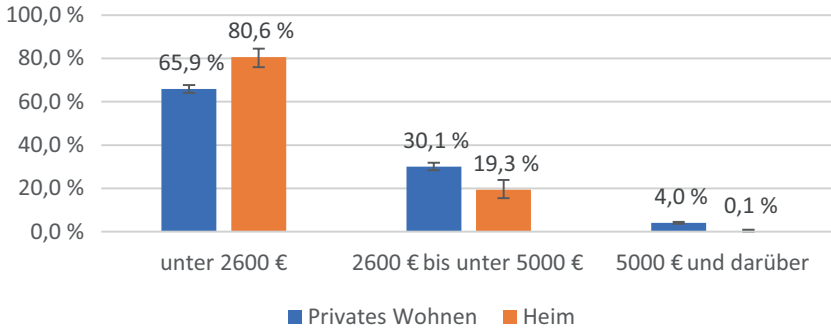


Abb. 2 Monatliche Haushaltsnettoeinkommen der Hochschultrigen nach Wohnform. (Quelle: D80+ (Heim: n = 893; Privathaushalt: n = 8614); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle; keine Äquivalenzeinkommen)

Es zeigt sich, dass die Werte nach oben hin deutlich begrenzter sind als bei privat Wohnenden (Abb. 2). Nur eine Person in der Heimbevölkerung gab einen monatlichen Nettobetrag von über 5000,- € an (0,1 %). Bei Personen in privaten Wohnverhältnissen gaben 4,0 % der Befragten einen solchen Wert oder höher an, wobei die hohen Werte noch einmal deutlich über 5000,- € liegen. Es ist wahrscheinlich, dass in privaten Kontexten öfter mehrere Personen zum Haushaltseinkommen beitragen. Daher ist ein Vergleich der nicht an die Haushaltsgröße angepassten Einkommen zwischen beiden Gruppen schwierig. Dennoch lassen sich auch die sehr niedrigen Einkommen (650,- € und weniger) bei Heimbewohner*innen häufiger finden (8,8 %) als bei privatwohnenden Personen (4,0 %; in Abb. 2 aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt). Im Folgenden soll die Einkommenssituation von Personen in Heimen genauer nach den soziodemografischen Merkmalen Geschlecht, Alter und Bildung untersucht werden. Die Einkommenskategorien wurden in der Darstellung hierfür angepasst, da die höchste Kategorie (über 5000,- €) nur von eine*r Heimbewohner*in angegeben wurde.

Die Unterscheidung der Haushaltseinkommen der Heimbevölkerung nach Geschlecht (Abb. 3) zeigt, dass Frauen in der niedrigeren Einkommenskategorie (unter 1300,- €) häufiger vertreten sind als Männer (29,1 % vs. 16,6 %). Umgekehrt sind Männer in der oberen Einkommenskategorie (über 2600,- €) häufiger vertreten als Frauen (25,6 % vs. 17,4 %).

Bei der Betrachtung der Haushaltseinkommen der Heimbevölkerung differenziert nach Altersgruppen in Abb. 4 stechen die Hochschultrigen im Alter zwischen 80 und 84 Jahren heraus. Im Vergleich zu den beiden höheren Altersgruppen (13,8 % und 16,2 %) ist diese in der oberen Kategorie mit einem Einkommen über 2600,- € deutlich überrepräsentiert (32,1 %).

In Abb. 5 wird das Haushaltseinkommen der Heimbevölkerung nach dem Bildungsniveau dargestellt. Höhergebildete Hochschultrige in Heimen sind deutlich häufiger in der höheren Einkommenskategorie vertreten (61,6 %) als die Mittel- (21,2 %) oder Niedriggebildeten (4,0 %).

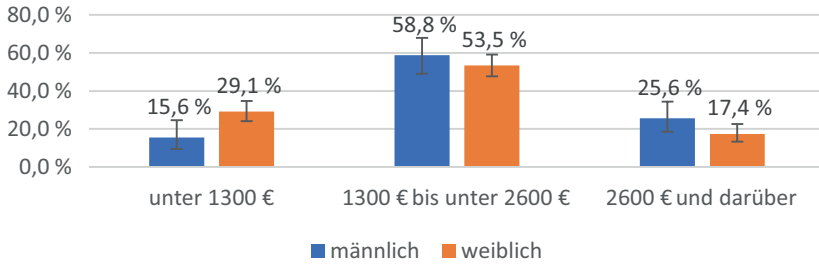


Abb. 3 Monatliche Haushaltsnettoeinkommen der Heimbevölkerung nach Geschlecht. (Quelle: D80+ (Heim: n = 893); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle; keine Äquivalenzeinkommen)

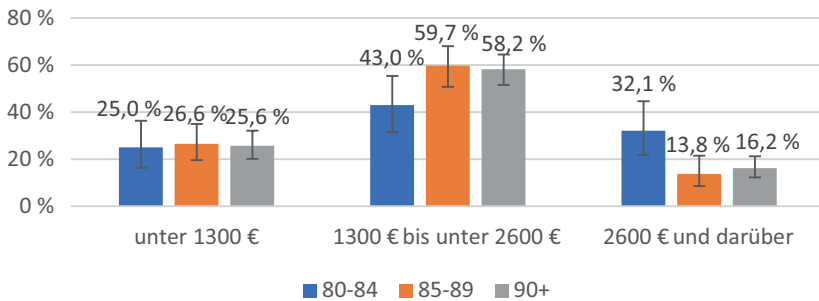


Abb. 4 Monatliche Haushaltsnettoeinkommen der Heimbevölkerung nach Altersgruppen. (Quelle: D80+ (Heim: n = 893); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle; keine Äquivalenzeinkommen)

Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen

Das durchschnittliche⁷ Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen der deutschen Bevölkerung in privaten Haushalten im Alter ab 80 Jahren beträgt nach den D80+ Daten 1885,- € pro Monat. Das durchschnittliche monatliche Äquivalenzeinkommen aller Menschen in Deutschland nach EU-SILC beträgt für 2019 2175,- € und der Median 1960,- € (DESTATIS 2021). Das monatliche Medianäquivalenzeinkommen der Ruheständler*innen (Altersgruppe ab 65+) aus dem aktuellen Armuts- und Reichtumsbericht liegt bei 1800,- € (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021b).

⁷Wir verwenden das arithmetische Mittel.

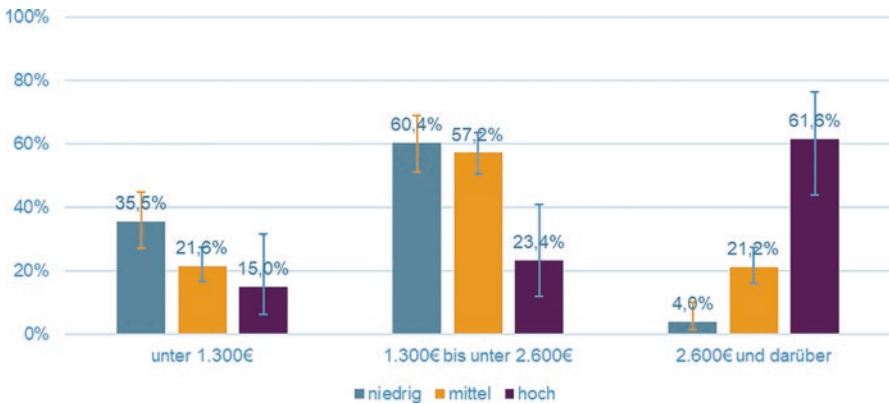


Abb. 5 Monatliche Haushaltsnettoeinkommen der Heimbevölkerung nach Bildungsklassen. (Quelle: D80+ (Heim: n = 864); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle; keine Äquivalenzeinkommen)

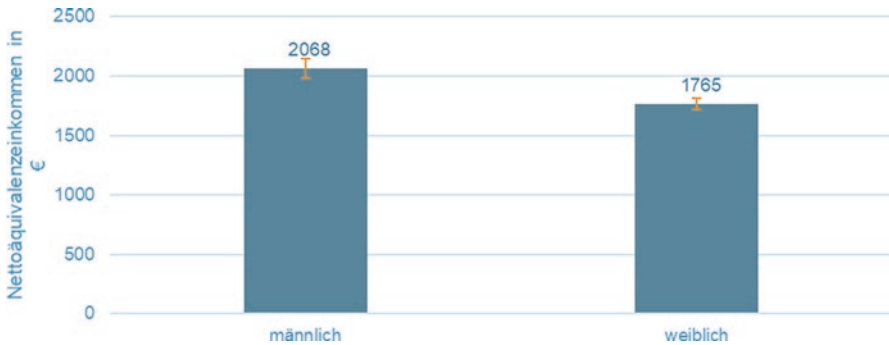


Abb. 6 Nettoäquivalenzeinkommen der Hochschultrigen in privaten Haushalten in € nach Geschlecht. (Quelle: D80+ (n = 7743); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle)

Abb. 6 lässt einen deutlichen Geschlechterunterschied bei den Einkommen feststellen. Hochschultrige Frauen haben ein signifikant geringeres Einkommen als hochaltrige Männer, nämlich ca. 300,- € weniger pro Monat.

Abb. 7 zeigt, dass sich keine signifikanten Unterschiede beim Einkommen zwischen den einzelnen Altersgruppen der Hochschultrigen feststellen lassen.

Die Hochschultrigen in Ostdeutschland verfügen über ein um durchschnittlich 165,- € (8,6 %) geringeres Nettoäquivalenzeinkommen als die Hochschultrigen in Westdeutschland (Abb. 8). Allerdings ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

In Abb. 9 zeigt sich, dass insbesondere in den zwei jüngeren Altersgruppen die Geschlechterunterschiede bezüglich des Einkommens in Ostdeutschland geringer sind als in Westdeutschland. In Ostdeutschland liegt das mittlere Einkommen von hochaltrigen Frauen 82,-€ unter dem von Männern, in Westdeutschland ist es um 371,-€ niedriger. Auch zeigt sich, dass bei Frauen kein signifikanter Einkommensunterschied zwischen Ost- und Westdeutschland besteht. Bei Männern ist dieser Unterschied signifikant und liegt bei 340,-€ im Monat.

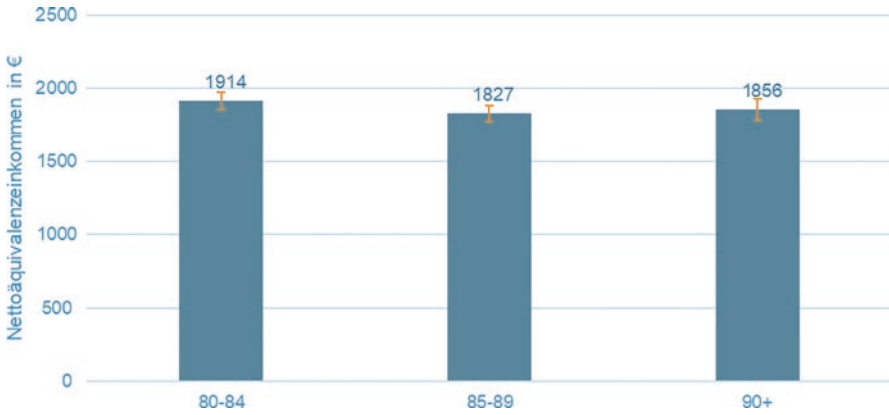


Abb. 7 Nettoäquivalenzeinkommen der Hochaltrigen in privaten Haushalten in € nach Altersgruppen. (Quelle: D80+ (n = 7743); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle)

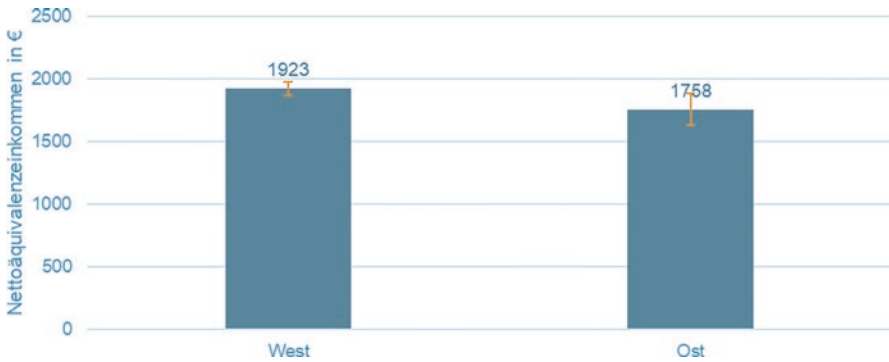


Abb. 8 Nettoäquivalenzeinkommen der Hochaltrigen in privaten Haushalten in € in Ost- und Westdeutschland. (Quelle: D80+ (n = 7743); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle)

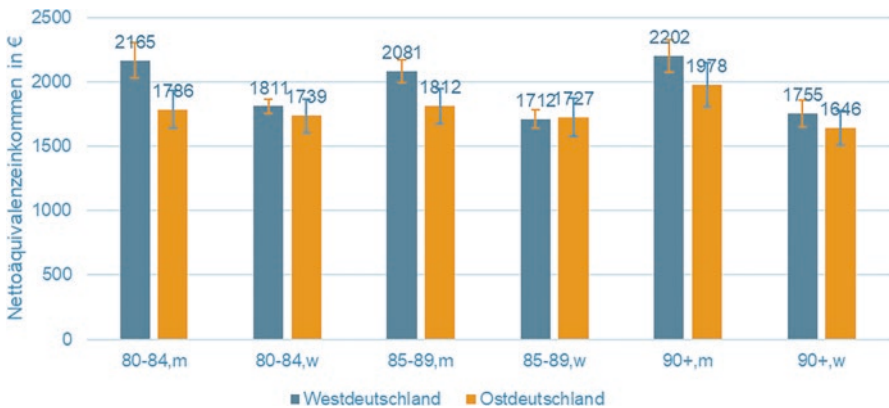


Abb. 9 Nettoäquivalenzeinkommen der Hochaltrigen in privaten Haushalten in € nach Ost/West und Alters- und Geschlechtsgruppen. (Quelle: D80+ (n = 7743); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle)

Der Vergleich der Mittelwerte in Abb. 10 zeigt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommen. Je höher der Bildungsgrad, desto höher das Einkommen. Insbesondere die höchste Bildungskategorie, die Personen mit einem tertiären ((Fach-)Hochschule) Bildungsabschluss abbildet, hat ein deutlich höheres Einkommen als die anderen Bildungskategorien und der Durchschnitt der Bevölkerung.

Interessant ist, wie in Abb. 11 zu sehen, dass sich in den Bildungskategorien die Geschlechtereffekte nahezu aufheben. Ausgenommen ist die höchste Bildungskategorie. In der niedrigen Bildungskategorie dreht sich der Effekt sogar zugunsten der Frauen um.

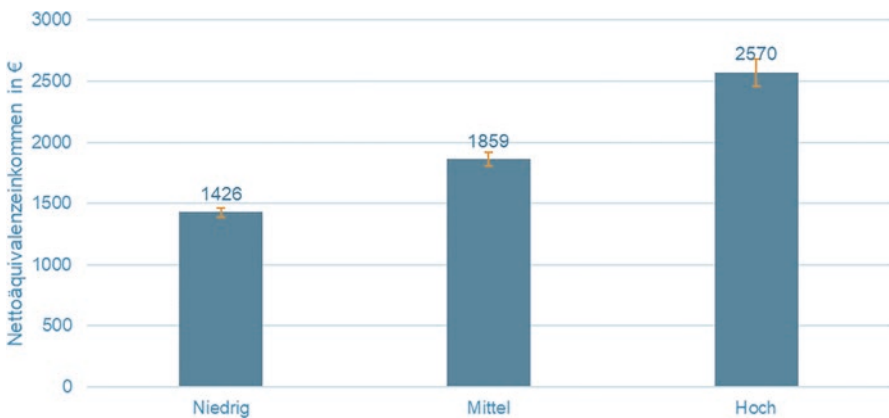


Abb. 10 Nettoäquivalenzeinkommen der Hochaltrigen in privaten Haushalten in € nach Bildungs-klassen. (Quelle: D80+ (n = 7509); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle)

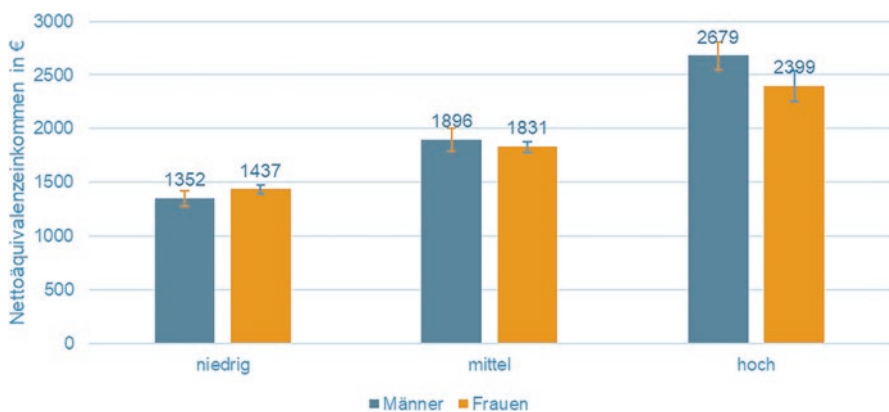


Abb. 11 Nettoäquivalenzeinkommen der Hochaltrigen in in privaten Haushalten € nach Bildungs-klassen und Geschlecht. (Quelle: D80+ (n = 7509); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenz-intervalle)

Armut

Die Armutsschwelle von 1176,- € wird von 22,4 % der Über-80-Jährigen in Deutschland unterschritten. Damit liegt die Armutsquote in der Hochaltrigenbevölkerung höher als in der Bevölkerung ab dem Alter von 65 Jahren (EU-SILC: 18 %). Für die zuletzt genannte Altersgruppe unterscheiden sich die Angaben zur Armutsquote teilweise recht deutlich, abhängig von der Datenlage. So lauten die aktuellsten Zahlen, der verschiedenen Studien, neben EU-SILC, die im Armuts- und Reichtumsbericht (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021b, S. 489 f.) aufgeführt werden, für Personen ab dem Alter von 65 Jahren: Mikrozensus (2019) 15,7 %, SOEP (Sozio-oekonomisches Panel; 2017) 13,8 % und EVS (Einkommens- und Verbrauchsstichprobe; 2018) 18,4 %. Die Quote der Gesamtbevölkerung beträgt 14,8 % (EU-SILC). Gründe für unterschiedliche Werte sind unterschiedliche Erhebungsinstrumente des Einkommens (offene Einkommensfrage im SOEP, Einkommenskategorien im Mikrozensus und bei EU-SILC) und statistische Unschärfen.

Wie in Abb. 12 zu sehen, schlägt der Geschlechtereffekt bei den Einkommen auch bei der Armutsquote der Hochaltrigen durch. Hochaltrige Frauen weisen signifikant deutlich höhere Werte auf als Männer (26,1 % vs. 16,9 %).

Der Vergleich der Armutsquoten nach Altersgruppen in Abb. 13 zeigt einen Trend von zunehmender Armut mit höherem Alter. Diese Ergebnisse sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Abb. 14 zeigt, dass die Armutsquote unter den 80-Jährigen und Älteren in Ostdeutschland signifikant geringer ist als die Quote in Westdeutschland. Dies ist nicht nur auf die bessere Einkommenssituation von Frauen zurückzuführen, die weiter oben schon beobachtet werden konnte, da Frauen in Ostdeutschland öfter erwerbstätig waren als in Westdeutschland, sondern auch bei Männern liegen die Armutsquoten im Westen signifikant höher (4,7 Prozentpunkte) als im Osten.

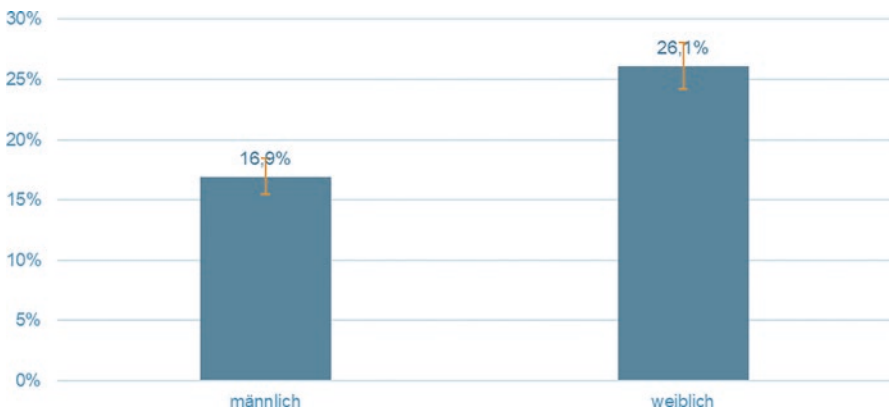


Abb. 12 Hochaltrige in privaten Haushalten unter der Armutsgrenze nach Geschlecht. (Quelle: D80+ (n = 7743); gewichtete gültige Prozent und 95 % Konfidenzintervalle)

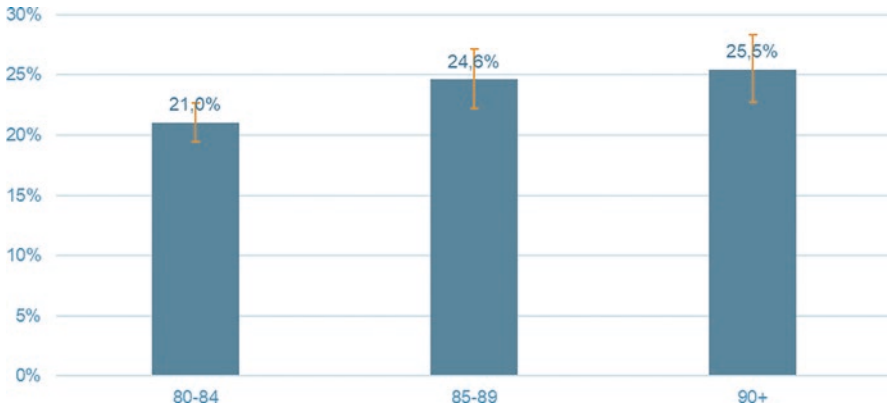


Abb. 13 Hochaltrige in privaten Haushalten unter der Armutsgrenze nach Altersgruppen. (Quelle: D80+ (n = 7743); gewichtete gültige Prozent und 95 % Konfidenzintervalle)

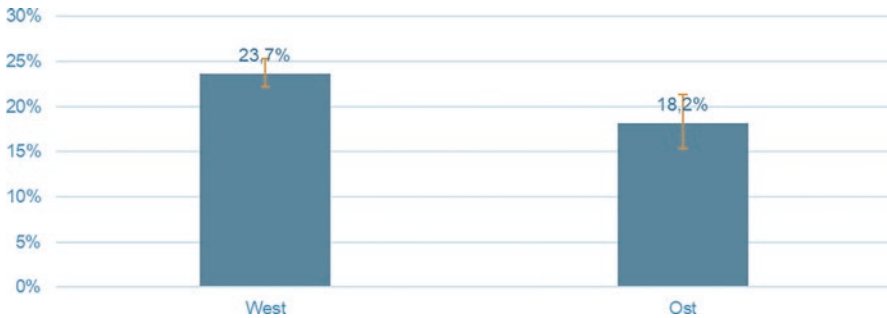


Abb. 14 Hochaltrige in privaten Haushalten unter der Armutsgrenze nach Ost/West. (Quelle: D80+ (n = 7743); gewichtete gültige Prozent und 95 % Konfidenzintervalle)

Der in Abb. 15 dargestellte signifikante Zusammenhang zwischen Bildung und der Bedrohung durch Armut ist eindrücklich. Nur 6,7 % der Befragten mit einer hohen Bildung sind unter der Armutsschwelle, während es unter den Niedriggebildeten 41,5 % sind.

Abb. 16 zeigt, dass der Geschlechtereffekt, der sich auch schon beim Einkommen feststellen ließ, sich fortsetzt. Vor allem in der hohen Bildungskategorie sind Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Armut zu beobachten. In den niedrigen und mittleren Bildungskategorien gibt es jedoch kaum Geschlechterunterschiede bzgl. der Armut.

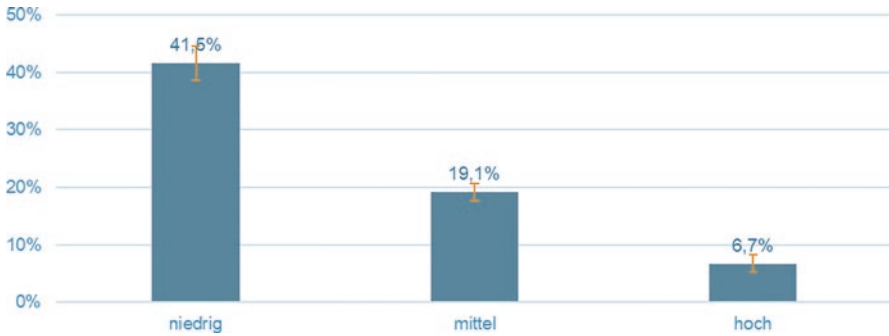


Abb. 15 Hochaltrige in privaten Haushalten unter der Armutsgrenze nach Bildung. (Quelle: D80+ (n = 7509); gewichtete gültige Prozent und 95 % Konfidenzintervalle)

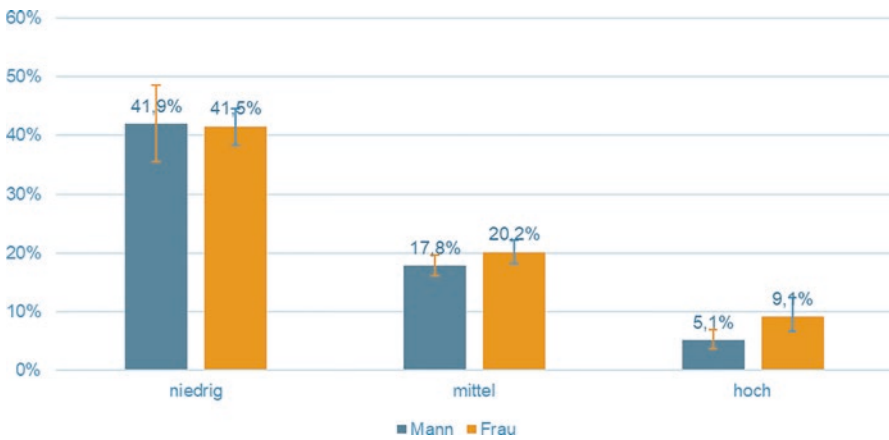


Abb. 16 Hochaltrige in privaten Haushalten unter der Armutsgrenze nach Bildung und Geschlecht. (Quelle: D80+ (n = 7509); gewichtete gültige Prozent und 95 % Konfidenzintervalle)

Einkommensreichtum

Den Schwellenwert für Einkommensreichtum von 200 % erreichen 2,8 % (n = 214) der Hochaltrigen. Aus Platzgründen soll hier auf eine differenzierte Darstellung verzichtet werden. Wegen niedriger Fallzahlen sind Interpretationen nach soziodemografischen Merkmalen mit Vorsicht zu tätigen. Es zeigt sich jedoch, dass hochaltrige Menschen in Ostdeutschland und Frauen signifikant seltener einkommensreich sind. Außerdem ist Bildung ein signifikanter Faktor. Lediglich 49 Befragte (0,6 %) erreichen den 300 %-Schwellenwert für Einkommensreichtum. Es lassen sich die gleichen berichteten signifikanten Unterschiede wie beim 200 %-Schwellenwert finden (Geschlecht, Bildung, Ost/West).

Beide Indikatoren für Einkommensreichtum sind niedriger als die Quoten in der Gesamtbevölkerung (6,6 % beim 200 %- und 1,7 % beim 300 %-Schwellenwert) und der den ab 80-Jährigen nächsten Altersgruppe im ARB, der ab 65-Jährigen (4,4 % bzw. 1,0 %, Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021b).

Risikogruppe nicht-erwerbstätige Frauen

Aus der Literatur ist bekannt, dass die Gruppe der Frauen häufig als Risikogruppe für Einkommensarmut identifiziert wird (Götz 2019). Die vorliegenden Daten bestätigen dies. Besonders die hier untersuchten Kohorten haben in jüngeren Jahren in einer Gesellschaft der „rigide[n] Familienpolitik der Nachkriegsjahre“ (Götz 2019, S. 205) mit einem traditionellen Frauenbild gelebt. Das führt letztlich zu ökonomischen Benachteiligungen vieler älterer und sehr alter Frauen. Daher soll hier der Risikofaktor der fehlenden Erwerbstätigkeit untersucht werden.

In den D80+ Daten sind 358 Frauen (4,8 %),⁸ die die Frage zum Äquivalenzeinkommen beantwortet haben, nie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen.⁹ Dem gegenüber stehen nur 55 Männer (0,7 %) die nie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen sind. Frauen machen damit 86,7 % aller Personen aus, die angegeben haben nie erwerbstätig gewesen zu sein. Wie in Abb. 17 zu sehen ist, haben diese hochaltrigen Frauen ein Durchschnittseinkommen von 1369,- € pro Monat, welches deutlich unter dem von Frauen liegt, die erwerbstätig waren oder noch sind (1813,- €). Nicht nur das Durchschnittseinkommen liegt deutlich unter dem anderer Gruppen, Frauen

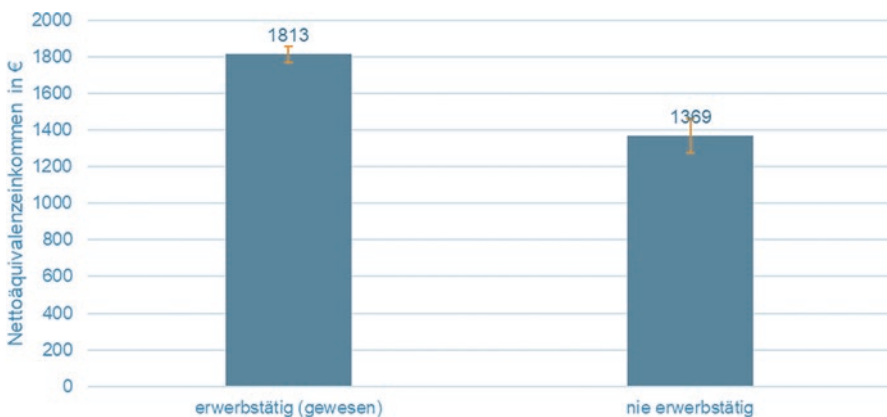


Abb. 17 Nettoäquivalenzeinkommen in € der Frauen in den Kategorien „Nie erwerbstätig“ und „erwerbstätig (gewesen)“. (Quelle: D80+ „Nie erwerbstätig“ (n=358) „erwerbstätig (gewesen)“ (n = 4165); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle)

⁸ Die Prozentrechnung bezieht sich auf alle Personen, die gültige Angaben zur Erwerbstätigkeit und zum Einkommen gegeben haben.

⁹ Die Fragestellung lautete: „Waren Sie jemals erwerbstätig?“.

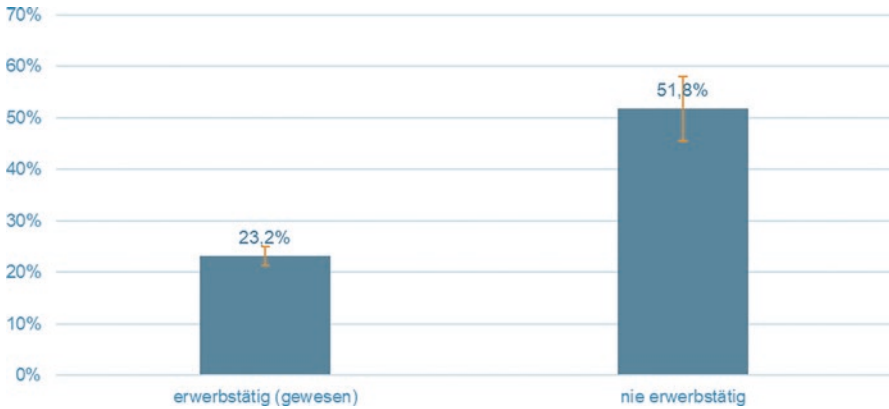


Abb. 18 Hochaltrige Frauen unter der Armutsgrenze in den Kategorien „Nie erwerbstätig“ und „erwerbstätig (gewesen)“. (Quelle: D80+ „Nie erwerbstätig“ (n=358) „erwerbstätig (gewesen)“ (n = 4165); gewichtete Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle)

ab 80 Jahren, die nie erwerbstätig waren, leben auch deutlich häufiger in Armut. Abb. 18 zeigt, dass 51,8 % der Befragten dieser Gruppe mit ihrem Einkommen unter dem Armutsschwellenwert liegen.

Einkommensungleichheit

Ein etabliertes Maß, um die Einkommensungleichheit zu messen, ist der Gini-Koeffizient. Dieser kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei 0 absolute Gleichverteilung bedeutet und 100 absolute Ungleichverteilung. Dieser Wert lag für das Jahr 2019 für die Gesamtbevölkerung in Deutschland bei 29,7 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021b). Der Gini-Koeffizient der Über-80-Jährigen aus den D80+ Daten (22,5) weist eine geringere Einkommensungleichheit auf als der der Gesamtbevölkerung. Wie in Tab. 1 zu sehen, ist die Ungleichheit bei Männern (28,2) höher als bei Frauen (17,9) und in Westdeutschland (24,2) höher als in Ostdeutschland (18,2). Auffällig ist die höhere Einkommensungleichheit bei den Über-90-Jährigen (26,2).

Fazit

Die Ergebnisse der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) zur Einkommenssituation und Einkommensungleichheit schließen Daten- und Erkenntnislücken, die häufig in statistischen Erhebungen für die hochaltrige Bevölkerungsgruppe bestehen. So zeigt sich, dass Armut unter Hochaltrigen weiterhin ein wichtiges Thema bleibt. Mehr als ein Fünftel der Hochaltrigen liegen mit ihrem Einkommen unter der

Tab. 1 Einkommensungleichheit (Gini-Koeffizient) des Nettoäquivalenzeinkommens nach soziodemografischen Merkmalen Quelle: D80+ (n = 7743)

	Gesamt	Frauen	Männer	Ost	West	80–84 Jährige	85–89 Jährige	90+ Jährige	Niedrige Bildung	Mittlere Bildung	Hohe Bildung
Gini-Koeff.	22,5	17,9	28,2	18,2	24,2	22,1	21,2	26,2	19,9	22,5	18,4

Armutschwelle. Insbesondere Frauen sind häufiger von niedrigem Einkommen und Armut betroffen. Insbesondere wenn sie nie erwerbstätig waren, sind sie ökonomisch besonders vulnerabel. Gründe hierfür sind vermutlich traditionelle Rollenmuster und Erwerbs- und Bildungsbiografien (Götz und Lehnert 2016; Möhring und Weiland 2018). Neben dem Geschlecht ist Bildung ein wichtiger Prädiktor. Hier unterscheiden sich Einkommenswerte und Armutsquote zugunsten von höhergebildeten Hochschulträgern gravierend voneinander. Dieser Bildungseffekt auf das Einkommen ist sehr eindrücklich, doch wenig überraschend und in fast allen Erhebungen in verschiedenen Altersklassen zu finden.

Altersunterschiede beim Einkommen konnten nicht gefunden werden. Die Ergebnisse stehen damit in Kontrast zu einer Studie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, die eine leichte Steigerung der Einkommen über die Alterskategorien 65 bis unter 75 Jahre, 75 bis unter 85 Jahre und 85 Jahre und älter zeigt, sowohl bei Männern als auch bei Frauen und sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland. Dies führen die Autor*innen auf zusätzliche Hinterbliebeneneinkommen sowie Zins- und Mieteinkommen zurück, die den befragten Personen in voller Höhe zugerechnet werden, nachdem der oder die Partner*in verstorben ist (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021a). Gefunden werden konnte eine leichte Zunahme der Armutsquote mit zunehmender Altersgruppe. Diese Ergebnisse sind jedoch statistisch nicht signifikant.

In der Gruppe der Heimbewohner*innen fanden sich ähnliche Einkommensunterschiede wie bei den Privatwohnenden zwischen Männern und Frauen sowie beim Bildungsniveau. Auffällig ist das deutlich höhere Einkommen von 80–84-jährigen Heimbewohner*innen, das nur im Rahmen einer genaueren Untersuchung erklärt werden könnte.

Einkommensungleichheit wurde anhand des Gini-Koeffizienten ermittelt. Er weist für die Gruppe ab dem Alter von 80 Jahren eine leicht geringere Ungleichheit als in der Gesamtbevölkerung auf. Ferner ist die Einkommensungleichheit bei Männern größer als bei Frauen und in Ostdeutschland geringer als in Westdeutschland.

Signifikante Unterschiede zwischen den Einkommen der Hochschulträgern in Ost- und Westdeutschland konnten nicht festgestellt werden. Daten der Deutschen Rentenversicherung zeigen, dass die gesetzlichen Renten in Ostdeutschland im Durchschnitt sogar höher sind, da Frauen dort deutlich höhere Renten als Frauen in Westdeutschland beziehen (Deutsche Rentenversicherung 2021). Die bessere Einkommenssituation von Frauen und die relativ hohen Einkommen von älteren Menschen in Ostdeutschland führen dort zu einer geringeren Armutsquote als in Westdeutschland (Bäcker und Kistler 2020a). Zu diesem Ergebnis kommt auch der Datenreport 2021: „Die ältere ostdeutsche Rentnergeneration profitierte dabei noch von system-

bedingten Unterschieden in der Arbeitsmarktteilnahme mit durchgehenden Beschäftigungsverhältnissen bei Männern und Frauen aus der Zeit vor der deutschen Vereinigung.“ (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2021, S. 249). Dies könnte sich in jüngeren Kohorten verändern, da es nach der Wiedervereinigung in Ostdeutschland zu massiven Arbeitsmarktproblemen kam (Bäcker und Kistler 2020b).

Vermutlich ist das effektivste Mittel, um die Einkommenssituation von hochaltrigen Menschen zu verbessern und somit auch die Armut zu senken, die (gesetzliche) Rentenversicherung. Bezogen auf den Anteil am Einkommen ist die gesetzliche Rente immer noch die größte Einkommensquelle von älteren Menschen (Fachinger 2019). Die Renten scheinen somit die beste Stellschraube zu sein, um an der materiellen Situation von heutigen und zukünftigen alten Menschen etwas zu ändern. Hierbei sind betriebliche und private Altersversorgung wichtige und ergänzende Systeme, die jedoch gerade von Personen mit einem geringen Einkommen vergleichsweise selten genutzt werden (Fachinger 2019). Um die Armut von Rentner*innen zu verringern, wurde die Grundrente eingeführt, deren Wirkung jedoch nicht unumstritten ist (Börsch-Supan und Goll 2021).

Dieser Bericht weist einige Limitationen auf. Der Indikator für Armut kann leicht Personen übersehen, die sich in prekären Lebenssituationen befinden, aber trotzdem ein Einkommen über dem Schwellenwert beziehen. Er kann aber auch Personen einschließen, die beispielsweise durch andere Vermögenswerte finanziell gut versorgt sind. Insgesamt kann man jedoch davon ausgehen, dass die Unschärfe solcher statistischen Kennzahlen in beide Richtungen weisen, wodurch mögliche Verzerrungen wieder ausgeglichen werden können (Becker 2017). Leider konnten in dem vorliegenden Bericht keine Daten zur Zusammensetzung des Haushaltseinkommens und keine Informationen zu Vermögen, Schulden und Ausgaben hinzugezogen werden.

Die hier gewählte Definition von Armut besticht durch ihre Einfachheit, verdeckt aber durch die Dichotomie (arm vs. nicht arm) Abstufungen von Armut und ist nur eine Momentaufnahme (Goebel und Grabka 2018). Zwar wird die Bevölkerungsgruppe ab dem Alter von 65 Jahren als gewissenhaft in Bezug auf die Selbsteinstufungen ihrer Einkommen beurteilt (Stauder und Hüning 2004), ob dies auch für die Hochaltrigen zutrifft, bleibt jedoch ungeklärt. Immerhin ist die Quote der Hochaltrigen, die keine Angabe zum Einkommen gemacht haben, im Vergleich zu anderen Studien keineswegs hoch (8,3 %).

Mit einem kurzen Blick auf Antworten, die die Befragten auf die Frage nach einem Wunsch an die Politik gegeben haben, soll dieser Bericht abgeschlossen werden. Es sind keine repräsentativen Aussagen, doch wurden einige Themen häufig angesprochen. So wurde eine Erhöhung der Rente und von Pflegeleistungen gewünscht („[...] ich überlebe nur[,] weil ich Geld von Freunden bekomme.“), die Abschaffung oder Erleichterung von Bürokratie bei Hilfsmaßnahmen, die Angleichung der Rente von „alten“ und „neuen“ Bundesländern („Die Rentenanpassung ist mehr als überfällig. Ich möchte es noch erleben, dass mir als ‚Ossi‘ die gerechte Rente gezahlt wird.“). Gewünscht wurden auch weniger Steuern auf Renten, die Erleichterung von Steuererklärungen sowie die Bekämpfung der sozialen Ungerechtigkeit.

Literatur

- Bäcker G, Kistler E (2020a) Altersarmut bpb. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/288842/altersarmut>. Zugegriffen am 12.11.2021
- Bäcker G, Kistler E (2020b) Renten in Ostdeutschland. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/293443/renten-in-ostdeutschland>. Zugegriffen am 12.11.2021
- Becker I (2017) Kritik am Konzept relativer Armut – berechtigt oder irreführend? WSI-Mitteilungen 70(2):98–107. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2017-2-98>
- BMWi (2018) Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2018. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Neue-Laender/jahresbericht-zum-stand-der-deutschen-einheit-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Zugegriffen am 12.11.2021
- Börsch-Supan A, Goll N (2021) Ziele verfehlt: Eine Analyse der neuen Grundrente. Ifo Schnelldienst 74(6):34–39. <https://www.ifo.de/DocDL/sd-2021-06-energieverteilungswirkungen.pdf#page=36>. Zugegriffen am 12.11.2021
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021a) Alterssicherung in Deutschland 2019 (ASID 2019). https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-572-alterssicherung-in-deutschland-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=2. Zugegriffen am 12.11.2021
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021b) Lebenslagen in Deutschland: Der sechste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/sechster-armuts-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2. Zugegriffen am 12.11.2021
- DESTATIS (2019a) Pressemitteilung Nr. 282. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/07/PD19_282_634.html. Zugegriffen am 12.11.2021
- DESTATIS (2019b) Wirtschaftsrechnungen: Laufende Wirtschaftsrechnungen Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte. Fachserie 15 Reihe 1. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Einkommen-Einnahmen-Ausgaben/Publikationen/Downloads-Einkommen/einnahmen-ausgaben-privater-haushalte-2150100197004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen am 12.11.2021
- DESTATIS (2021) Einkommensverteilung (Nettoäquivalenzeinkommen) in Deutschland. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armut/gefaehrung/Tabellen/einkommensverteilung-silc.html>. Zugegriffen am 12.11.2021
- Deutsche Rentenversicherung (2021) Besteuerung der Rente. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Besteuerung-der-Rente/besteuerung-der-rente_node.html. Zugegriffen am 12.11.2021
- Engstler H, Lozano Alcántara A, Luitjens M, Klaus D (2019) German Ageing Survey, Deutscher Alterssurvey (DEAS): Documentation of instruments and variables 1996–2017. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/66420/ssoar-2019-engstler_et_al-German_Ageing_Survey_Deutscher_Alterssurvey.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2019-engstler_et_al-German_Ageing_Survey_Deutscher_Alterssurvey.pdf <https://doi.org/10.5156/DEAS.1996-2017.D.002>. Zugegriffen am 12.11.2021
- Engels, D (2020) Einkommen und Vermögen im Alter. In: Aner K, Karl U (Hrsg) Springer VS Handbuch. Handbuch soziale Arbeit und Alter (2. Aufl., S. 349–367). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0_29
- Fachinger U (2019) Alterssicherung und Armut. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) Altersforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Bd 1. Nomos, Baden-Baden, S 131–170. Zugegriffen am 12.11.2021

- gesis (2021) Auswertungsbeispiele: Berechnung des Äquivalenzeinkommens. https://www.gesis.org/missy/files/documents/MZ/Auswertungsbeispiel_BerechnungDes%C3%84quivalenzeinkommens.pdf. Zugegriffen am 12.11.2021
- Goebel J, Grabka MM (2018) Armut im Zusammenspiel von Einkommen und Vermögen. In: Böhnke P, Dittmann J, Goebel J (Hrsg) UTB Sozialwissenschaften: Bd. 4957. Handbuch Armut: Ursachen, Trends, Maßnahmen, 1. Aufl. UTB GmbH/Barbara Budrich, Opladen, S 93–106
- Götz I (Hrsg) (2019) Kein Ruhestand: Wie Frauen mit Altersarmut umgehen. Kunstmann, München
- Götz I, Lehnert K (2016) Präventive Vermeidung von Altersarmut. In: Pohlmann S (Hrsg) Alter und Prävention. Springer VS, S 85–106. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11991-1_4
- Guggisberg M, Häni S, Fleury S (2013) Poverty Measurement in Switzerland. Neuchâtel. Swiss Federal Statistical Office. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/303358/master>. Zugegriffen am 12.11.2021
- Hagenaars A, de Vos K (1988) The definition and measurement of poverty. *J Hum Resour* 23(2):211. <https://doi.org/10.2307/145776>
- Hradil S (2009) Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, S 35–54
- Hradil S (2014) Anmerkungen zum Armutsdiskurs. In: Frech S, Groh-Samberg O (Hrsg) Basisthemen Politik. Armut in Wohlstandsgesellschaften. Wochenschau, Frankfurt, S 19–34
- KANTAR Public (2018) Die Vercodung der Angaben zum Bildungshintergrund nach der International Standard Classification of Education (ISCED 2011): NRW80+. München
- Klein T, Stauder J (2019) Gleich und ungleich zugleich. Arm und arm sind nicht dasselbe. *Ruperto Carola* (14):148–156. <https://doi.org/10.17885/HEIUP.RUCA.2019.14.23984>
- Möhring K, Weiland A (2018) Ausgleich oder Verschärfung von Einkommensrisiken? Lebensläufe und Alterseinkommen in Deutschland aus der Paarperspektive. *Z Sozialreform* 64(4):463–493. <https://doi.org/10.1515/zsr-2018-0023>
- Motel A, Wagner M (1993) Armut im Alter? Ergebnisse der Berliner Altersstudie zur Einkommenslage alter und sehr alter Menschen. *Z Soziol* 22(6):433–448
- Rank MR, Hadley HS, Williams JH (2014) A life course approach to understanding poverty among older American adults. *Fam Soc J Contemp Hum Serv* 91(4):337–341. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4032>
- Simonson J, Vogel C (2019) Aspekte sozialer Ungleichheit im Alter. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) Altersforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis, 1. Aufl. Nomos, Baden-Baden, S 171–195
- Statistisches Bundesamt (2021) Datenreport 2021: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. <http://www.gbv.de/dms/maecenata/1750939096.pdf>. Zugegriffen am 12.11.2021
- Stauder J, Hüning W (2004) Die Messung von Äquivalenzeinkommen und Armutsquoten auf der Basis des Mikrozensus. *Statistische Analysen und Studien NRW*(13), 9–31. https://www.researchgate.net/profile/Johannes-Stauder/publication/235951201_Die_Messung_von_Aquivalenzeinkommen_und_Armutquoten_auf_der_Basis_des_Mikrozensus/links/00b4952cbb2d43ab000000/Die-Messung-von-Aequivalenzeinkommen-und-Armutquoten-auf-der-Basis-des-Mikrozensus.pdf. Zugegriffen am 12.11.2021
- UNESCO (2012) International standard classification of education: ISCED 2011. Montreal, Quebec. <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>. Zugegriffen am 12.11.2021. <https://doi.org/10.15220/978-92-9189-123-8-en>
- Vogel C, Künemund H (2014) Armut im Alter. In: Frech S, Groh-Samberg O (Hrsg) Basisthemen Politik. Armut in Wohlstandsgesellschaften. Wochenschau, Frankfurt, S 123–136
- Wagner M, Motel A (1996) Die Qualität der Einkommensmessung bei alten Menschen. *KZfSS Kölner Z Soziol Sozialpsychol* 48(3):493–512

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter



Jaroslava Zimmermann, Thomas Brijoux und Susanne Zank

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde im Rahmen der bundesweiten Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) eine repräsentative schriftliche Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Die Befragung erfolgte damit unter dem Eindruck der zweiten und dritten Welle der Coronapandemie. Das vorliegende Kapitel beschreibt die gesundheitliche Situation sehr alter Menschen auf Grundlage von exemplarisch ausgewählten objektiven Gesundheitsindikatoren wie der Anzahl von ärztlich behandelten Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit sowie der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustands. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Hochaltrigen und ihrer Lebenszufriedenheit und Autonomie dargestellt.

Die meisten Hochaltrigen sind mit mindestens einer Erkrankung in Behandlung. Die 80-Jährigen und Älteren geben an, im Durchschnitt 4,7 Erkrankungen zu haben. Die 80- bis 84-Jährigen haben im Vergleich zu den

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im Januar 2022 als Kurzbericht Nummer 3 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

J. Zimmermann (✉) · T. Brijoux

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: jaroslava.zimmermann@uni-koeln.de; thomas.brijoux@uni-koeln.de

S. Zank

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: susanne.zank@uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,

https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_4

höheren Altersgruppen die wenigsten Erkrankungen. Zudem berichten Frauen in allen Altersgruppen mehr Erkrankungen als Männer. Des Weiteren haben die Menschen mit niedriger Bildung mehr Erkrankungen als die Hochaltrigen mit höheren Bildungsabschlüssen. Auch die Pflegeheimbewohner:innen berichten mehr Erkrankungen als die Personen, die in einem Privathaushalt leben.

Fast zwei Drittel der Hochaltrigen haben keinen Pflegebedarf. Erst in der ältesten Population (90+ Jahre) überwiegt die Pflegebedürftigkeit mit 76 %. Frauen berichten häufiger pflegebedürftig zu sein als Männer. Die niedrig gebildeten Hochaltrigen sind häufiger pflegebedürftig als die Menschen mit höherer Bildung. Erwartungsgemäß weisen Heimbewohner:innen höheren Pflegebedarf auf als die in Privathaushalt Lebenden.

Obwohl die Mehrheit der Hochaltrigen mehrfach erkrankt ist, bewertet mehr als die Hälfte ihre Gesundheit als eher gut oder sehr gut. Eine negative Bewertung des Gesundheitszustands dominiert nur bei den 90-jährigen oder älteren Frauen und Pflegeheimbewohner:innen. Jedoch fühlen sich die Hochaltrigen mit niedriger Bildung insgesamt gesundheitlich schlechter als die höher Gebildeten. Auch die Personen, die in Ostdeutschland leben, beschreiben ihre subjektive Gesundheit schlechter als die Hochaltrigen aus Westdeutschland.

Trotz eingeschränkter Gesundheit ist die Mehrheit der 80-Jährigen und Älteren mit ihrem Leben zufrieden und lebt nach ihren eigenen Vorstellungen. Erst stark gesundheitlich beeinträchtigte Personen bewerten ihre Lebenszufriedenheit und ihre Autonomie häufiger negativ. Darüber hinaus berichten besonders hochaltrige Heimbewohner:innen häufig eine niedrige Lebensqualität.

Einleitung

Eine gute Gesundheit war insbesondere während der Coronapandemie ein großer Wunsch vieler Menschen. Doch in der Population der älteren Menschen hatte die eigene Gesundheit bereits vor der Pandemie einen hohen Stellenwert (Böhm et al. 2009). Die Datenerhebung der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) erfolgte während der zweiten und dritten Welle der Pandemie, die von umfassenden Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung sowie durch die höchsten Infektions- und Todeszahlen bei den Menschen ab 80 Jahren geprägt waren (Hansen et al. 2023). Daher gehen wir in diesem Kapitel davon aus, dass unsere Befunde die Gesundheitssituation der Hochaltrigen¹ in Deutschland in der Coronapandemie abbilden.

¹Für die Personen, die 80 Jahre und älter sind, wird der Begriff „Hochaltrige“ als Synonym verwendet.

In der Vergangenheit wurde Gesundheit häufig aus einer rein medizinischen Perspektive als Abwesenheit von Krankheit angesehen. Heutzutage wird zunehmend eine interdisziplinäre Betrachtung gewählt. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 1). Das bedeutet, dass unter Gesundheit sowohl der körperliche Gesundheitszustand als auch das subjektive Gesundheitserleben verstanden werden soll (Motel-Klingebiel et al. 2010). Aus diesem Grund wird im vorliegenden Kapitel die gesundheitliche Lage von hochaltrigen Menschen auf Grundlage von exemplarisch ausgewählten objektiven Gesundheitsindikatoren wie der Anzahl von ärztlich behandelten Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne sowie der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustands betrachtet. Anhand von ärztlich behandelten Erkrankungen wird die körperliche Gesundheit der Hochaltrigen abgebildet. Die Pflegebedürftigkeit bezieht sich auf dauerhafte körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen sowie Einschränkungen der Selbstständigkeit, die als Folgen von körperlichen Erkrankungen auftreten können. Die subjektive Bewertung der Gesundheit stellt die individuelle Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands dar. Durch diese drei Indikatoren wird daher die körperliche Gesundheit, ihre Folgen und die subjektive Wahrnehmung eigener Gesundheit beschrieben.

Erkrankungen und Multimorbidität

Im Lebensabschnitt des hohen und sehr hohen Alters kommt es zu einer Zunahme von Erkrankungen, insbesondere chronischer Erkrankungen (Maresova et al. 2019). Für Personen über 75 Jahren gibt das Robert Koch-Institut Bluthochdruck, Arthrose und erhöhte Blutfette als die drei häufigsten Erkrankungen von Frauen sowie Bluthochdruck, kardiovaskuläre Erkrankungen und Arthrose als die häufigsten Erkrankungen bei Männern an (Robert Koch-Institut 2015). Mit der höheren Wahrscheinlichkeit von einzelnen Erkrankungen geht eine höhere Wahrscheinlichkeit einher, von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen zu sein. Bereits aus der Berliner Altersstudie (BASE) geht hervor, dass hochaltrige Menschen häufig von mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig betroffen sind (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 2010). Das gleichzeitige Vorliegen von mehreren Erkrankungen wird Multimorbidität genannt (Johnston et al. 2019).

In der Berliner Altersstudie (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 2010) zeigte sich, dass 18,6 % der Männer und 27,1 % der Frauen zwischen 70 und 84 Jahren von fünf oder mehr Erkrankungen betroffen waren. In der Gruppe der Ab-85-Jährigen waren dies sogar 40,9 % (Männer) und 54,3 % (Frauen). Wurde in der BASE-Studie unter Multimorbidität noch das Vorliegen von fünf oder mehr Erkrankungen verstanden, werden in neueren Studien hierfür eher zwei oder drei Erkrankungen definiert. In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) wird Multimorbidität als Vorhandensein von mindestens zwei Erkrankungen umgesetzt.

Bei diesem Vorgehen wurden 75,4 % der Frauen und 68 % der Männer zwischen 65 und 74 Jahren als multimorbid eingestuft. Bei einem Alter von 75 oder mehr Jahren erhöhten sich diese Anteile auf 81,7 % (Frauen) und 74,2 % (Männer) (Robert Koch-Institut 2015). Aus dieser alters- und geschlechtsdifferenzierten Darstellung wird bereits ersichtlich, dass Alter und Geschlecht bedeutende Risikofaktoren für Multimorbidität sind (Violan et al. 2014). Multimorbidität steht auch im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status (Lampert und Hoebel 2019). International weisen Entwicklungen auf eine Zunahme von multimorbiden Menschen hin, die auch auf eine verbesserte Diagnostik und geringere Mortalitätsraten von Schlaganfällen oder Herzinfarkten zurückzuführen ist (Calderón-Larrañaga et al. 2019).

Auswirkungen von Multimorbidität wurden in den systematischen Übersichtsarbeiten von Marengoni et al. (2011) sowie Makovski et al. (2019) zusammengetragen. Multimorbidität geht demnach mit einem funktionalen Abbau, höherer Depressivität und geringerer Lebenszufriedenheit, einer erhöhten Sterblichkeit und einer gesteigerten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einher. Externalen Ressourcen kommt in der Behandlung von chronischen Erkrankungen eine gesteigerte Bedeutung zu (Holzhausen und Scheidt-Nave 2012). Diese Ressourcen sind in der Hochaltrigkeit jedoch Abbauprozessen ausgesetzt. Die Studie D80+ ermöglicht nun Vergleiche innerhalb verschiedener Gruppen der Hochaltrigen und trägt zur Erklärung bei, wie und wann Erkrankungen die Lebensqualität von Hochaltrigen beeinflussen.

Pflegebedürftigkeit

Als zweiter Indikator des objektiven Gesundheitszustands wurde die Pflegebedürftigkeit im Sinne des XI. Sozialgesetzbuches (SGB XI) verwendet. Als pflegebedürftig werden Personen bezeichnet, die auf Dauer körperliche, kognitive oder psychische Krankheiten oder Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit in erheblicher oder höherer Schwere aufweisen (§ 14 Absatz 1 SGB XI). Der Umfang der Pflegebedürftigkeit wird anhand von fünf Pflegegraden² festgelegt, indem eine Einschätzung der Selbstständigkeit in Mobilität, Selbstversorgung, Alltagsgestaltung, Behandlung und Therapie sowie kognitiver Fähigkeiten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgenommen wird. Aus den Pflegestatistiken wird ersichtlich, dass der Anteil an pflegebedürftigen Personen in den letzten Jahren angestiegen ist (Statistisches Bundesamt 2017, 2019, 2020). Nach eigenen Berechnungen, die auf den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021) und des Statistischen Bundesamtes (2021b) basieren, waren im Jahr 2019 40,0 % der 80-jährigen oder älteren Personen in Deutschland pflegebedürftig. Zwei Jahre da-

²Pflegegrad 1: geringfügige Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

vor lag dieser Anteil bei 36,5 %. Darüber hinaus steigt mit dem Alter der Anteil der Pflegebedürftigen. Im Jahr 2019 waren 26,4 % der 80- bis 85-Jährigen pflegebedürftig. In der Altersgruppe der 85- bis 90-Jährigen lag dieser Anteil bei 49,4 % und bei den Ältesten waren bereits 76,3 % als pflegebedürftig anerkannt. In allen Altersgruppen waren deutlich mehr Frauen als Männer von einer Pflegebedürftigkeit betroffen (Statistisches Bundesamt 2020). Von den Personen mit Pflegebedarf waren den meisten Hochaltrigen im Jahr 2019 Pflegegrad 2 (17,4 %) und Pflegegrad 3 (11,8 %) zugeordnet. Pflegegrad 4 erhielten 5,9 % der 80-Jährigen oder Älteren, bei 2,6 % wurde Pflegegrad 1 und bei 2,2 % Pflegegrad 5 anerkannt.

Der Zusammenhang zwischen der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI und weiteren soziodemografischen Merkmalen wurde bislang in Deutschland nur vereinzelt untersucht (Lampert und Hoebel 2019). Die wenigen Befunde zeigen, dass höheres Alter, Multimorbidität, niedrige berufliche Stellung oder niedriges Einkommen das Risiko für Pflegebedürftigkeit erhöhen (Borchert 2008; Borchert und Rothgang 2008; Unger et al. 2015). Die D80+-Daten ermöglichen weitere Zusammenhänge mit verschiedenen Facetten der Lebensqualität der Hochaltrigen in Deutschland zu untersuchen und diese auf nationaler Ebene zu vergleichen.

Da sich das Konzept der Pflegebedürftigkeit auf das SGB XI und damit auf die Bundesrepublik bezieht, gibt es zur Pflegebedürftigkeit in diesem Sinn keine internationalen Studien. In der internationalen Forschung wird häufig das verwandte Konstrukt der funktionalen Gesundheit verwendet. Forschungsergebnisse zur funktionalen Gesundheit hochaltriger Menschen stimmen mit den Ergebnissen zur Pflegebedürftigkeit weitgehend überein (d’Orsi et al. 2014; Freedman et al. 2002; Palese et al. 2016). Darüber hinaus weisen Studien darauf hin, dass Frauen häufiger von funktionalen Einschränkungen betroffen sind als Männer (d’Orsi et al. 2014; van Houwelingen et al. 2014). Dieser Zusammenhang wurde ebenfalls in der Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS) bei 40-jährigen und älteren Personen beobachtet (Spuling et al. 2019; Wolff et al. 2017). In der wissenschaftlichen Literatur besteht Konsens darüber, dass funktionale Beeinträchtigung zur Verschlechterung der Lebensqualität beiträgt (Liu et al. 2020; Sánchez-García et al. 2019; Schilling et al. 2013).

Subjektive Gesundheit

Als Indikator der subjektiven Gesundheit wurde die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands verwendet, wobei Menschen selbst einschätzen, wie sie sich gesundheitlich fühlen und ob sie durch ihre Erkrankung(en) eingeschränkt sind. Der subjektiven Gesundheitsbewertung wird im Alter in Abgrenzung zu rein objektiven Gesundheitsindikatoren (u. a. medizinischen Diagnosen) eine besondere Bedeutung beigemessen, vor allem aufgrund ihrer hohen Vorhersagekraft für Mortalität (Berger et al. 2015; Chavan et al. 2021; Jylhä 2009). In der Literatur wird die subjektive Gesundheit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gleichgesetzt (Bullinger und Kirchberger 1998). Zudem konnte eine zunehmende Diskrepanz von objektiven

Gesundheitsindikatoren und subjektiver Gesundheitsbewertung im höheren Alter nachgewiesen werden (Wettstein et al. 2016), d. h. Menschen bewerten ihre subjektive Gesundheit besser als es aufgrund der objektiven Indikatoren erwartbar wäre. Dieser konstante Befund wird in der Gerontologie als Gesundheitsparadox bezeichnet (Wettstein et al. 2016), der durch hohe Resilienz gegenüber gesundheitlichen Verlusten im sehr hohen Alter erklärt wird.

Betrachtet man die Befunde des DEAS, zeigt sich, dass im Jahr 2014 insgesamt mehr als die Hälfte der 40-Jährigen und Älteren ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bewerteten (Spuling et al. 2017). Mit steigendem Alter verschlechterte sich zwar die Bewertung (Spuling et al. 2017, 2019; Wurm et al. 2009), jedoch berichteten immer noch mehr als 40 % der 75-Jährigen und Älteren im Jahr 2003 (Wurm et al. 2009) sowie der 70-Jährigen und Älteren im Jahr 2014 (Spuling et al. 2017) einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand. Während keine Geschlechterunterschiede festgestellt werden konnten (Spuling et al. 2017, 2019), schätzten Personen mit einem höheren Bildungsabschluss ihre Gesundheit besser ein als Personen mit einer niedrigen Bildung (Spuling et al. 2017). Ähnliche Ergebnisse wurden in der GEDA-Studie des Robert Koch-Institutes berichtet (Lampert et al. 2013).

In den internationalen Studien konnten die in der Population der älteren Menschen beobachteten Zusammenhänge bestätigt werden. So wurde ebenfalls berichtet, dass sich die Wahrscheinlichkeit für eine schlechte subjektive Bewertung des Gesundheitszustands mit höherem Alter (Golini und Egidi 2016; Prus 2011; Silva 2014) sowie mit niedrigerem sozioökonomischem Status erhöht (Golini und Egidi 2016; Kuosmanen et al. 2016; Prus 2011; Trachte et al. 2016). Hinsichtlich des Geschlechtes zeigen die Studien außerhalb Deutschlands überwiegend, dass Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, ihre subjektive Gesundheit schlechter zu bewerten (Golini und Egidi 2016; Millán-Calenti et al. 2012; Prus 2011; Trachte et al. 2016). Allerdings kamen zwei Studien zu dem Schluss, dass Männer signifikant häufiger einen schlechten Gesundheitszustand berichteten (Kuosmanen et al. 2016; Schneider et al. 2021).

Ziel

Auf der Grundlage einer repräsentativen Stichprobe wird im vorliegenden Kapitel beschrieben, inwiefern sehr alte Menschen in Deutschland von typischen altersassoziierten Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit betroffen sind und wie sie ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben. Darüber hinaus werden Auswirkungen der objektiven und subjektiven Gesundheitsindikatoren auf die Lebenszufriedenheit und das Empfinden von Autonomie dargestellt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf den Daten der schriftlichen Befragung (n = 10.372) mit folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 3932, 37,9 %), Frauen (n = 6440, 62,1 %);

80–84 Jahre (n = 6123, 59 %), 85–89 Jahre (n = 2793, 26,9 %), 90 Jahre und älter (n = 1456, 14,1 %); Bildung hoch (n = 1682, 16,8 %), mittel (n = 5935, 59,2 %), niedrig (n = 2402, 24,0 %); Privathaushalt (n = 9324, 89,9 %), Heim (n = 1048, 10,1 %); West (n = 8095, 78 %), Ost (n = 2277, 22 %).

Erkrankungen und Multimorbidität

98 % der 80-Jährigen und Älteren berichten von mindestens einer behandelten eigenen Erkrankung. Die Hochaltrigen geben an, im Durchschnitt 4,7 Erkrankungen zu haben. Die 80- bis 84-Jährigen haben weniger Erkrankungen als die Hochaltrigen der beiden ältesten Altersgruppen. Zudem berichten Frauen in allen Altersgruppen mehr Erkrankungen als Männer. Des Weiteren haben die Menschen mit niedriger Bildung mehr Erkrankungen als die Hochaltrigen mit höheren Bildungsabschlüssen. Auch die Pflegeheimbewohner:innen berichten mehr Erkrankungen als die Personen, die in einem Privathaushalt leben.

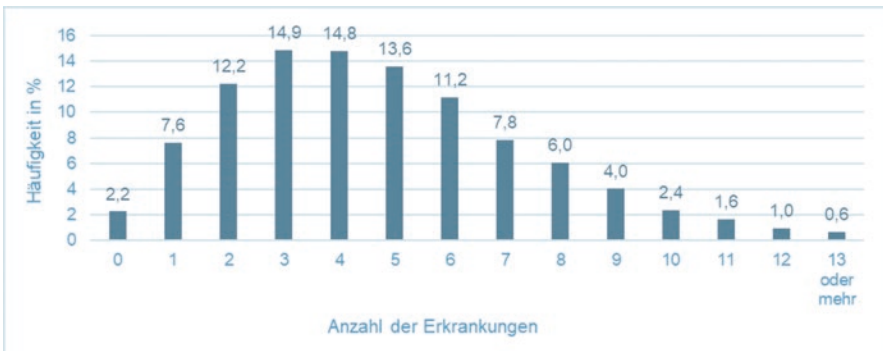
Die Befragten wurden gebeten Angaben dazu zu machen, mit welchen Erkrankungen sie aktuell in ärztlicher Behandlung sind. Hierzu wurde ihnen eine Liste von 22 Erkrankungen und Störungsbildern vorgelegt, in der sie mit „ja“ oder „nein“ antworten konnten, und ob sie diesbezüglich aktuell behandelt werden. Die Anzahl der Ja-Angaben wurde summiert und als Anzahl der behandelten Erkrankungen abgebildet.

Die drei häufigsten angegebenen behandelten Erkrankungen der Hochaltrigen sind Bluthochdruck (65,1 %), Gelenk- oder Knochenkrankungen (55 %) und Rückenschmerzen (44,6 %). Frauen sind von allen drei Erkrankungen häufiger betroffen als Männer, wobei die Geschlechterunterschiede beim Bluthochdruck (M: 61,2 % vs. F: 67,5 %, $p < 0,001$) geringer sind als bei den Gelenk- oder Knochenkrankungen (M: 40,9 % vs. F: 63,6 %, $p < 0,001$) und Rückenschmerzen (M: 38,2 % vs. F: 48,6 %, $p < 0,001$) (s. Tab. 1). Diese Geschlechterunterschiede sind statistisch signifikant.

Im Durchschnitt haben die Hochaltrigen 4,7 Erkrankungen, die ärztlich behandelt werden. 2,2 % der Befragten geben an, keine Erkrankungsbehandlung zu haben und 7,6 % der Teilnehmer:innen haben nur eine Erkrankung (s. Abb. 1). Mit den Daten der D80+-Studie werden, im Verständnis der GEDA-Studie (2 oder mehr Erkrankungen), demnach 90,2 % der Menschen ab 80 Jahren als multimorbid eingestuft. Im Verständnis der Berliner Altersstudie (5 oder mehr Erkrankungen) sind 48,3 % dieser Studienpopulation multimorbid. Damit ist in dieser Studie ein größerer Anteil der Population multimorbid als in den jüngeren Populationen der GEDA-Studie (Robert Koch-Institut 2015) sowie der Berliner Altersstudie (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 2010).

Tab. 1 Häufigkeiten von behandelten Erkrankungen nach Geschlecht

Krankheit in Behandlung (Mehrfachnennungen möglich)	Gesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)
Bluthochdruck	65,1	61,2	67,5
Gelenk- oder Knochenkrankung	54,9	40,6	63,6
Rückenschmerzen	44,6	38,2	48,6
Augenerkrankung oder Sehestörung	43,2	39,2	45,7
Ohrerkrankung oder Schwerhörigkeit	39,1	42,4	37,2
Herzschwäche	33,6	33,1	33,9
Schlafstörungen	27,5	20,2	32,1
Blasenleiden	23,1	22,8	23,3
Schilddrüsenkrankung	19,8	9,4	26,2
Diabetes	19,6	22,0	18,1
Atemwegs- oder Lungenerkrankung	15,9	16,1	15,7
Magen- oder Darmerkrankung	14,0	11,9	15,4
Seelische Erkrankung	12,4	8,0	15,1
(Blut-)Gefäßerkrankung	12,1	12,3	11,9
Nierenerkrankung	10,3	10,9	10,0
Krebs	10,0	13,0	3,2
Neurologische Erkrankung	9,9	10,2	9,6
Sonstige Erkrankungen	9,8	10,5	9,4
Schlaganfall	8,5	9,3	8,1
Herzinfarkt	7,0	11,3	4,4
Bluterkrankung	5,8	5,5	6,0
Lebererkrankung	2,0	1,9	2,1

**Abb. 1** Häufigkeiten von Erkrankungen

In allen Altersgruppen geben Frauen mehr Erkrankungen an als Männer (s. Abb. 2). Zudem zeigen sich Unterschiede zwischen der jüngsten Altersgruppe und den beiden älteren Gruppen. Die 80- bis 84-Jährigen geben signifikant weniger Erkrankungen an ($p < 0,001$), zwischen den beiden ältesten Gruppen können diese Unterschiede nicht nachgewiesen werden ($p = 0,747$).

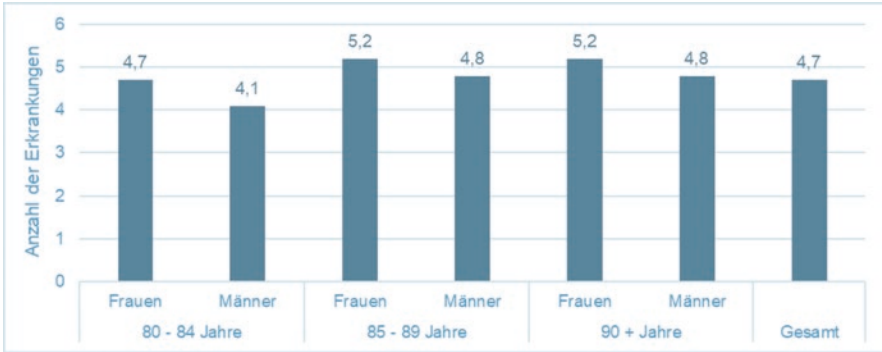


Abb. 2 Durchschnittliche Erkrankungsdaten nach Alter und Geschlecht

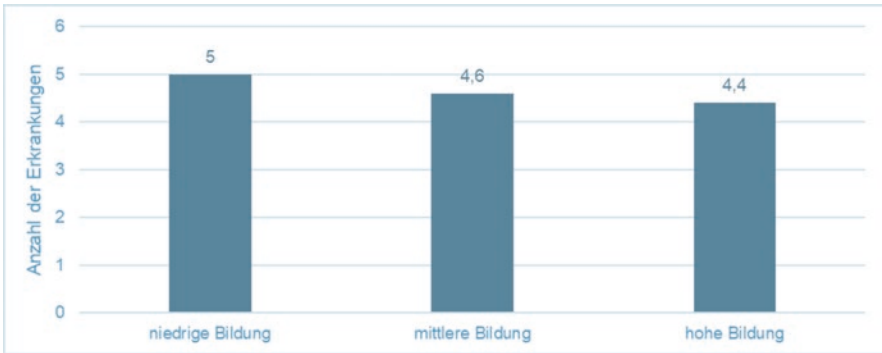


Abb. 3 Durchschnittliche Erkrankungsdaten nach Bildung

Unterschiede in der Häufigkeit der Erkrankungen zeigen sich auch zwischen den verschiedenen Bildungsniveaus (s. Abb. 3). In der Gruppe mit den niedrigsten Bildungsabschlüssen werden durchschnittlich 5,0 Krankheiten behandelt, Personen mit mittleren Bildungsabschlüssen berichten 4,6 und Hochschultrige mit den höchsten Bildungsabschlüssen 4,4 Krankheiten ($p < 0,001$). Dieser Unterschied kann nicht nur auf Geschlechterunterschiede in der Bildung zurückgeführt werden, denn auch nach statistischer Kontrolle für Alter und Geschlecht bleibt der Effekt der Bildung signifikant.

Erwartungsgemäß werden in der Heimbevölkerung deutlich mehr Erkrankungen berichtet als bei Personen, die in einem Privathaushalt wohnen (Heim: 5,4 Erkrankungen; Privathaushalt: 4,7 Erkrankungen, $p < 0,001$). Ein kleinerer Unterschied zeigt sich zwischen den westlichen und östlichen Bundesländern: In Westdeutschland haben hochaltrige Menschen statistisch signifikant weniger Erkrankungen als in Ostdeutschland (West: 4,7; Ost: 4,9 Krankheiten, $p = 0,002$).

Pflegebedürftigkeit

63 % der Hochaltrigen berichten, nicht pflegebedürftig zu sein. Erst in der ältesten Population (90+ Jahre) überwiegt die Pflegebedürftigkeit mit 76 %. Frauen berichten häufiger pflegebedürftig zu sein als Männer. Die niedrig gebildeten Hochaltrigen sind häufiger pflegebedürftig als die Menschen mit höherer Bildung. Erwartungsgemäß weisen Heimbewohner:innen höheren Pflegebedarf auf als die in Privathaushalten Lebenden.

Die Pflegebedürftigkeit wurde durch die Frage „*Welcher Pflegegrad oder welche Pflegestufe liegt bei Ihnen vor?*“ ermittelt. Die Antwortkategorien reichen von „kein Pflegegrad/keine Pflegestufe“ bis „Pflegegrad 5 (Pflegestufe 3 mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder Pflegestufe 3 mit Härtefall)“. Als „nicht pflegebedürftig“ werden Personen betrachtet, die angeben, keinen Pflegegrad oder keine Pflegestufe zu haben. Alle Personen, bei denen der Pflegegrad 1 bis Pflegegrad 5 vorliegt, wurden als „pflegebedürftig“ definiert. Die Verteilung der Pflegegrade in der Studienpopulation (s. Abb. 4) ist vergleichbar mit der Gesamtpopulation der 80-Jährigen und Älteren in Deutschland.³

37,2 % der Hochaltrigen berichten, pflegebedürftig zu sein. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an Hochaltrigen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Während in der Altersgruppe der 80–84-Jährigen 23,5 % pflegebedürftig sind, verdoppelt sich der Anteil der Pflegebedürftigen bei den 85–89-Jährigen (46,2 %) und ist mehr als verdreifacht (76,0 %) bei den ältesten Personen (90+ Jahre). Insgesamt steigt der Anteil der Hochaltrigen mit dem Pflegegrad 3, 4 und 5 über die Altersgruppen hinweg. Die Altersunterschiede sind statistisch bedeutsam ($p < 0,001$).

Ähnlich wie in der amtlichen Statistik (60,1 %) geben im Rahmen der D80+-Studie 62,8 % der hochaltrigen Teilnehmer:innen an, im Sinne des SGB XI nicht pflegebedürftig zu sein (s. Abb. 4). Mit Blick auf die Geschlechterunterschiede zeigt sich, dass deutlich mehr Männer als Frauen (M: 73,8 % vs. F: 56,1 %, $p < 0,001$) keinen Pflegebedarf haben, dies ist ebenfalls mit der amtlichen Statistik⁴ vergleichbar. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in allen Altersgruppen statistisch signifikant (bei allen Altersgruppen: $p < 0,001$).

Zieht man das Bildungsniveau in Betracht, zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede ($p < 0,001$). So berichten drei Viertel (75,4 %) der Hochaltrigen mit ei-

³ Alle Angaben zur Verteilung von Pflegegraden in der Gesamtpopulation in Deutschland, die 80 Jahre oder älter sind, basieren auf eigenen Berechnungen auf der Grundlage der Daten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2021) und des Statistischen Bundesamtes (2021a, b). In der Hochaltrigenpopulation wurde folgende Verteilung der Pflegegraden identifiziert: kein Pflegegrad: 60,1 %; Pflegegrad 1: 2,6 %; Pflegegrad 2: 17,4 %; Pflegegrad 3: 11,8 %; Pflegegrad 4: 5,9 %; Pflegegrad 5: 2,2 %.

⁴ In der Gesamtpopulation haben 70,8 % der hochaltrigen Männer und 56,1 % der hochaltrigen Frauen keinen Pflegegrad.

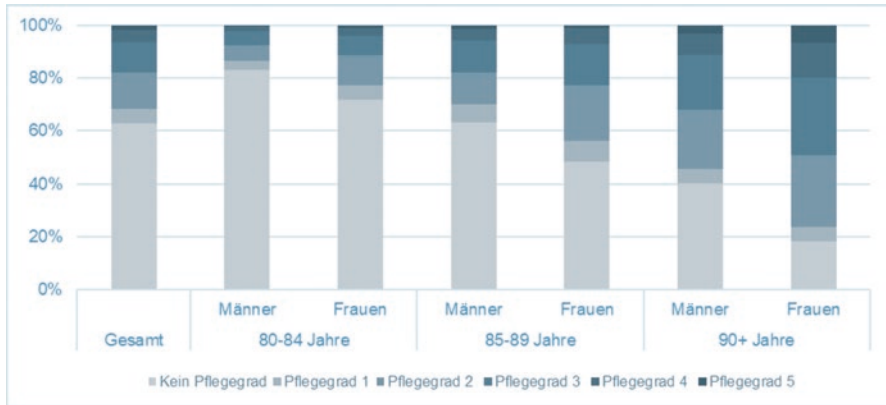


Abb. 4 Verteilung von Pflegegraden nach Alter und Geschlecht

nem hohen Bildungsabschluss, nicht pflegebedürftig zu sein. Bei 64,7 % der Personen mit mittlerem Bildungsniveau liegt kein Pflegegrad und keine Pflegestufe vor, während die Hälfte (50,3 %) der Teilnehmer:innen mit niedriger Bildung berichtet, keinen Pflegegrad zu haben (s. Abb. 5).

Die Verteilung der Pflegegrade in der Heimbevölkerung ist ebenfalls vergleichbar mit der Verteilung der gesamten hochaltrigen Population in Deutschland, die in der vollstationären Dauerpflege⁵ versorgt wird. Erwartungsgemäß ist der Anteil der nicht pflegebedürftigen Hochaltrigen deutlich höher unter den Personen, die in Privathaushalten leben (69,4 %). In der Heimbevölkerung liegt dieser Anteil bei 5,8 %. Die meisten Heimbewohner:innen geben an, Pflegegrad 2 bis 5 zu haben (s. Abb. 5). Bei den Personen, die in einem Privathaushalt leben, überwiegt der Pflegegrad 2 und 3. Diese Unterschiede sind statistisch signifikant ($p < 0,001$).

In Bezug auf die Verteilung der Pflegegrade zeigt sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den Hochaltrigen, die in West- und Ostdeutschland leben ($p = 0,593$). So geben 62,8 % der Befragten aus Westdeutschland und 63,0 % aus Ostdeutschland an, keinen Pflegebedarf zu haben. Zu ähnlich hohen Anteilen liegt Pflegegrad 1 (West: 5,4 %; Ost: 6,2 %), Pflegegrad 2 (West: 13,9 %; Ost: 13,5 %), Pflegegrad 3 (West: 11,6 %; Ost: 12,2 %), Pflegegrad 4 (West: 4,7 %; Ost: 3,6 %) sowie Pflegegrad 5 (West: 1,6 %; Ost: 1,6 %) vor. In der gesamten hochaltrigen Population wurde eine vergleichbare Verteilung in den Bundesgebieten⁶ identifiziert.

⁵In der hochaltrigen Heimbevölkerung wurde folgende Verteilung der Pflegegrade identifiziert: kein Pflegegrad: 0,3 %; Pflegegrad 1: 0,6 %; Pflegegrad 2: 19,4 %; Pflegegrad 3: 34,8 %; Pflegegrad 4: 30,5 %; Pflegegrad 5: 14,4 %.

⁶Nach eigenen Berechnungen waren es in Westdeutschland 60,5 % und Ostdeutschland 57,7 % der Ab-80-Jährigen, die im Jahr 2019 keinen Pflegegrad hatten. Die Verteilung der Pflegegrade in der gesamten Hochaltrigenpopulation war ebenfalls vergleichbar: Pflegegrad 1 (West: 2,6 %; Ost: 2,8 %), Pflegegrad 2 (West: 17,0 %; Ost: 19,3 %), Pflegegrad 3 (West: 11,7 %; Ost: 12,3 %), Pflegegrad 4 (West: 5,9 %; Ost: 5,8 %); Pflegegrad 5 (West: 2,3 %; Ost: 2,1 %).

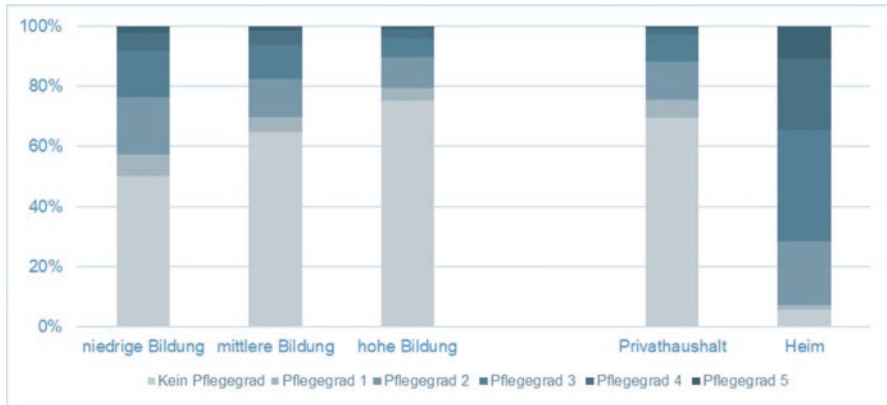


Abb. 5 Verteilung von Pflegegraden nach Bildung und Wohnform

Subjektive Gesundheitseinschätzung

Mehr als die Hälfte der hochaltrigen Menschen bewertet ihre Gesundheit als eher gut oder sehr gut. Eine negative Bewertung des Gesundheitszustands dominiert nur bei den 90-jährigen und älteren Frauen und bei Pflegeheimbewohner:innen. Jedoch fühlen sich die Hochaltrigen mit niedrigerer Bildung insgesamt gesundheitlich schlechter als die höher Gebildeten. Auch die Personen, die in Ostdeutschland leben, beschreiben ihre subjektive Gesundheit schlechter als die Hochaltrigen aus den westlichen Bundesländern.

Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands erfolgte durch die Beantwortung der Frage „*Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?*“, die aus dem SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger und Kirchberger 1998) übernommen wurde. Die Studienteilnehmer:innen konnten ihren Zustand auf einer vierstufigen Skala von „1 = sehr schlecht“ bis „4 = sehr gut“ bewerten.

Ähnlich wie bei der 40-jährigen und älteren Bevölkerung (Spuling et al. 2017) zeigen die Ergebnisse des schriftlichen Fragebogens der D80+-Studie, dass mehr als die Hälfte (61,2 %) der hochaltrigen Menschen in Deutschland ihre Gesundheit als eher gut oder sehr gut bewertet (s. Abb. 6). Zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern sind statistisch signifikante Unterschiede zu beobachten. So schätzen Frauen häufiger ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht oder eher schlecht ein als Männer (F: 41,6 % vs. M: 34,1 %, $p < 0,001$). Die Geschlechterunterschiede sind auch in der Altersgruppe der 80–84-Jährigen (F: 35,8 % vs. M: 30,0 %, $p < 0,001$) sowie bei den Ältesten statistisch relevant (F: 53,2 % vs. M: 44,1 %, $p < 0,001$).

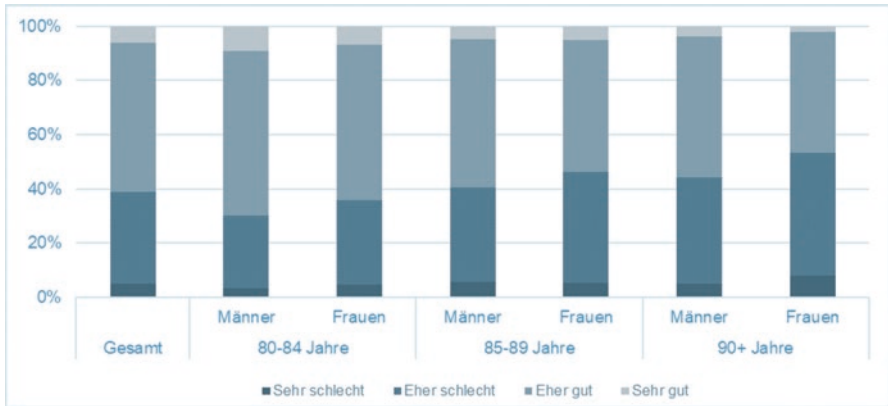


Abb. 6 Subjektive Gesundheitseinschätzung nach Alter und Geschlecht

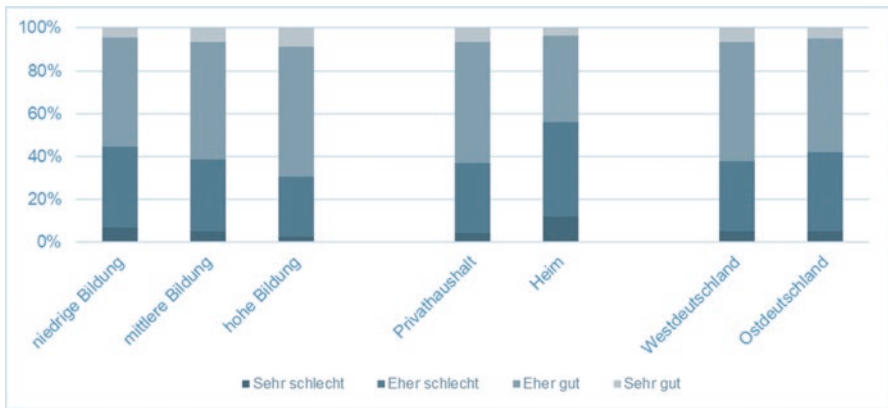


Abb. 7 Subjektive Gesundheitseinschätzung nach Bildung, Wohnform und Region

Darüber hinaus sinkt mit zunehmendem Alter statistisch bedeutsam der Anteil an Hochaltrigen, die ihre Gesundheit als eher gut oder sehr gut bewerten ($p < 0,001$).

Die subjektive Bewertung des Gesundheitszustands der Ab-80-Jährigen unterscheidet sich statistisch signifikant ebenfalls in Bezug auf das Bildungsniveau ($p < 0,001$). So schätzen mehr als zwei Drittel (69,5 %) der hochgebildeten Hochaltrigen ihre Gesundheit als eher gut oder sehr gut ein, während 61,3 % der Personen mit mittlerem und 55,4 % der Hochaltrigen mit niedrigem Bildungsniveau ihre Gesundheit positiv beschreiben (s. Abb. 7).

Die Ergebnisse der D80+-Studie zeigen erwartungsgemäß, dass die in einem Heim lebenden Hochaltrigen ihre Gesundheit signifikant schlechter bewerten als die in Privathaushalten lebenden Teilnehmer:innen. So beschreibt mehr als die Hälfte (55,9 %) der Heimbewohner:innen ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht oder eher schlecht (s. Abb. 7). Bei den in Privathaushalten lebenden Hochaltrigen überwiegt die positive Einschätzung (63,2 %).

Die Hochaltrigen, die in Westdeutschland leben, schätzen ihre Gesundheit statistisch signifikant besser ein als die Hochaltrigen aus östlichen Bundesländern ($p = 0,008$). So geben 62,2 % der Personen aus Westdeutschland und nur 57,9 % der Personen aus Ostdeutschland an, einen eher guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben (s. Abb. 7).

Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensqualität

Trotz eingeschränkter Gesundheit berichtet die Mehrheit der 80-Jährigen und Älteren, insgesamt mit ihrem Leben zufrieden zu sein und es nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Erst gesundheitlich sehr beeinträchtigte Personen bewerten ihre Lebenszufriedenheit und Autonomie häufiger negativ. Darüber hinaus geben besonders hochaltrige Heimbewohner:innen an, eine niedrigere Lebensqualität zu haben.

Häufig berichten ältere Menschen eine hohe Lebenszufriedenheit, obwohl ihre körperliche Gesundheit nach objektiven Maßen deutlich eingeschränkt ist. Daher wurde abschließend analysiert, wie sich die Zufriedenheit sehr alter Menschen nach objektivem sowie subjektivem Gesundheitszustand unterscheidet und in welchem Zusammenhang diese Maße stehen. Für die Bewertung der Zufriedenheit wurde die Frage „*Alles in allem, wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrem Leben?*“ verwendet, die auf einer 11-stufigen Skala (0 = vollkommen unzufrieden bis 10 = vollkommen zufrieden) erhoben wurde. Insgesamt haben die 80-jährigen und älteren Menschen in Deutschland ihre Lebenszufriedenheit ziemlich hoch bewertet (im Durchschnitt mit 7,2 Punkten).

In Abb. 8, 9 und 10 wird dargestellt, wie sich die durchschnittliche Bewertung der allgemeinen Zufriedenheit anhand der drei Gesundheitsindikatoren unter-

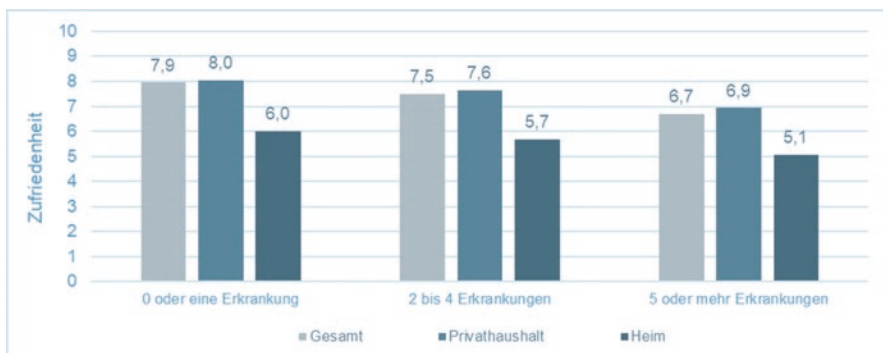


Abb. 8 Durchschnittliche Bewertung der Zufriedenheit und Anzahl behandelter Erkrankungen nach Wohnform

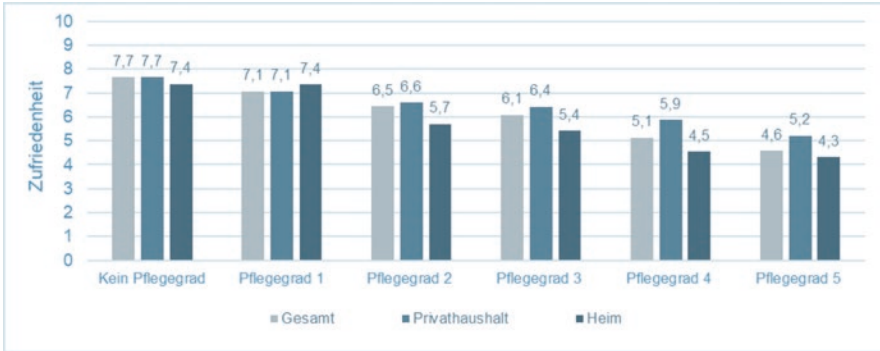


Abb. 9 Durchschnittliche Bewertung der Zufriedenheit und Verteilung von Pflegegraden nach Wohnform

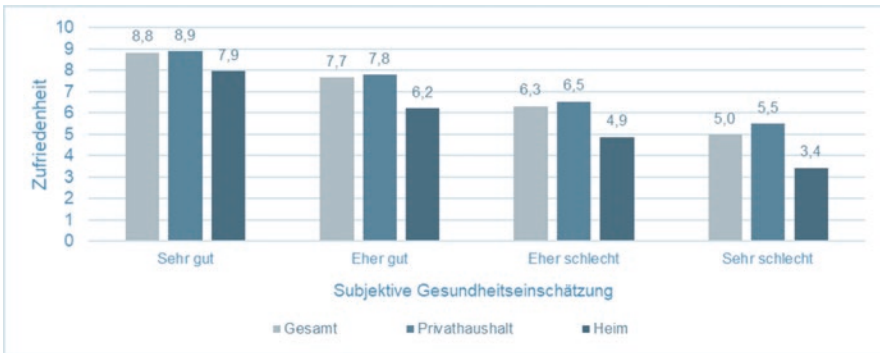


Abb. 10 Durchschnittliche Bewertung der Zufriedenheit und subjektive Gesundheitseinschätzung nach Wohnform

scheidet. Aus den Diagrammen wird deutlich, dass die Lebenszufriedenheit der Ab-80-Jährigen mit einer Verschlechterung des objektiven sowie subjektiven Gesundheitszustands abnimmt. Dennoch schätzen die Hochaltrigen ihre Lebenszufriedenheit überwiegend positiv ein. Erst sehr alte Personen, die eine Pflegebedürftigkeit mit Grad 5 aufweisen beziehungsweise ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht beschreiben, bewerten ihre Lebenszufriedenheit leicht negativ im Schnitt mit knapp 5 Punkten. Für die Anzahl der Erkrankungen lässt sich ein ähnlicher Trend feststellen: Mit mehr Erkrankungen sinkt die Lebenszufriedenheit. Alle Unterschiede sind statistisch bedeutsam ($p < 0,001$).

Der Zusammenhang der Gesundheitsindikatoren mit der Lebenszufriedenheit wurde über ein multiples Vorhersagemodell überprüft. Erwartungsgemäß ist die Lebenszufriedenheit der Hochaltrigen vom Niveau aller Gesundheitsindikatoren abhängig. Die Bewertung der Lebenszufriedenheit sinkt mit steigendem Pflegegrad ($p < 0,001$) sowie mit der steigenden Anzahl von ärztlich behandelten Krankheiten ($p = 0,002$). Ähnlich sieht es mit Blick auf die subjektive Gesundheit aus. Eine schlechtere Bewertung des eigenen Gesundheitszustands verringert die Le-

benszufriedenheit ($p < 0,001$). Darüber hinaus ist die Lebenszufriedenheit von Geschlecht, Wohnform und Region abhängig. Frauen, Pflegeheimbewohner:innen sowie in Ostdeutschland lebende Personen schätzen ihre Lebenszufriedenheit schlechter ein.

Neben der Lebenszufriedenheit wird auch die erlebte Autonomie als wichtiger Aspekt von Lebensqualität gesehen. In der Studie wurden die Teilnehmer:innen gefragt „Gestalten sie ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen?“ und konnten in 4 Stufen zwischen „1 = trifft gar nicht zu“ bis „4 = trifft genau zu“ antworten. Im Durchschnitt bewerten hochaltrige Menschen ihre Autonomie mit 3,3 Punkten. Abb. 11, 12 und 13 stellen dar, wie sich die durchschnittliche Bewertung der Autonomie anhand der drei Gesundheitsindikatoren unterscheidet. Wie aus den Grafiken hervorgeht, verringert sich das Autonomieerleben der 80-Jährigen und Älteren bei einer schlechteren Bewertung des objektiven sowie des subjektiven Gesundheitszustands.

Durch das multiple Vorhersagemodell kann bestätigt werden, dass alle drei untersuchten Gesundheitsindikatoren im Zusammenhang zur erlebten Autonomie stehen. Je gesünder die Hochaltrigen sind, desto höher bewerten sie auch ihre

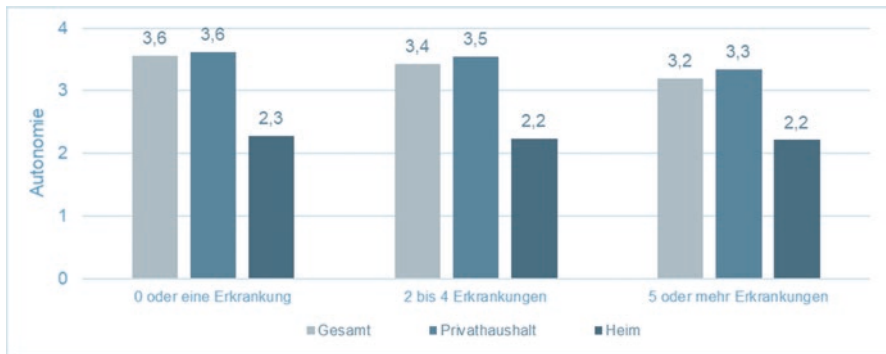


Abb. 11 Durchschnittliche Bewertung der Autonomie und Anzahl behandelten Erkrankungen nach Wohnform

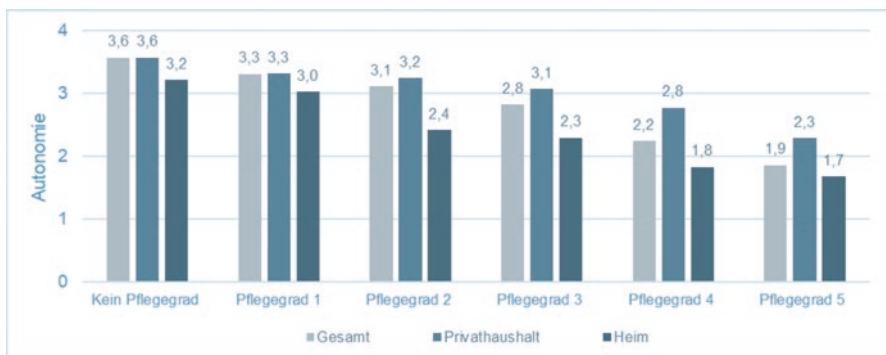


Abb. 12 Durchschnittliche Bewertung der Autonomie und Verteilung von Pflegegraden nach Wohnform

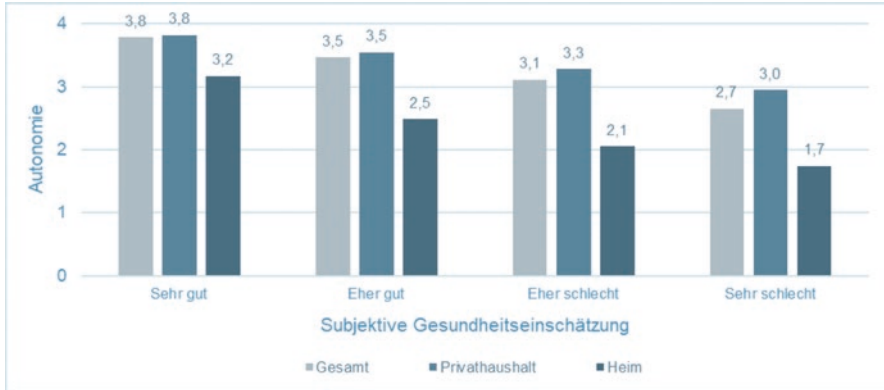


Abb. 13 Durchschnittliche Bewertung der Autonomie und subjektive Gesundheitseinschätzung nach Wohnform

Autonomie. Das beschriebene Zufriedenheitsparadoxon hoher Zufriedenheit bei gleichzeitig eingeschränkter Gesundheit ist auch in den Angaben zur Autonomie zu finden. Auch bei merklichen gesundheitlichen Einschränkungen (Pflegegrad 3) wird die Autonomie durchschnittlich über 2,5 Punkte bewertet, was dem Mittelpunkt der Skala entspricht. Menschen in Pflegeheimen bewerten ihre Autonomie geringer. Zudem zeigt sich für die Pflegeheimbewohner:innen ein signifikant stärkerer Zusammenhang von den Gesundheitsvariablen der subjektiven Gesundheit ($p = 0,037$) und dem Pflegebedarf ($p = 0,035$) mit Autonomie als bei den Personen, die in einem Privathaushalt leben. Weiterhin tragen eine geringere Bildung, ein höherer Pflegegrad, männliches Geschlecht und eine schlechtere subjektive Gesundheitseinschätzung zu einer schlechteren Bewertung der Autonomie bei.

Fazit

Im vorliegenden Kapitel werden Befunde zur gesundheitlichen Lage der hochaltrigen Menschen vorgestellt, die im Rahmen der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ während der Coronapandemie (Ende 2020/Anfang 2021) erhoben wurden. Im Kapitel „Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen“ wird gezeigt, dass die Mehrheit der Studienteilnehmer:innen berichtet, dass die Pandemie überhaupt nicht oder nur ein wenig ihre Gesundheit beeinflusst hat (Hansen et al. 2023). Allerdings zeigen weitere Analysen, dass mit dem steigenden Ausmaß pandemiebedingter Verschlechterung der Gesundheit die Lebenszufriedenheit der Hochaltrigen sinkt (Hansen et al. 2023). Die Autor:innen berichten, dass dieser Effekt umso stärker ist, je gesünder sich die 80-Jährigen und Älteren einschätzen. Die in diesem Kapitel dargestellte gesundheitliche Situation der Hochaltrigen ist von der Coronapandemie beeinflusst und ist daher vor diesem Hintergrund zu interpretieren.

Mit Blick auf die gesundheitliche Lage der Hochaltrigen in der Coronapandemie zeigt sich, dass obwohl die meisten 80-Jährigen und Älteren mehrere Erkrankungen haben, nur ein Drittel der Personen dauerhaft in Mobilität, Kognition und Selbstständigkeit so eingeschränkt ist, dass eine Pflegebedürftigkeit besteht. Auch die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands wird von den Studienteilnehmer:innen überwiegend positiv bewertet, indem mehr als die Hälfte der Personen ihre Gesundheit als eher gut oder sogar sehr gut einschätzt. Jedoch können bedeutsame Unterschiede in Bezug auf die objektiven sowie subjektiven Gesundheitsindikatoren in verschiedenen Bevölkerungsgruppen wie Personen im hohen und höchsten Alter, Frauen und Männer, Menschen mit unterschiedlichem Bildungsniveau, in Privathaushalten Lebenden und Heimbewohner:innen oder in West- und Ostdeutschland Lebenden beobachtet werden. Darüber hinaus zeigen unsere Befunde, dass der objektive sowie subjektiv erlebte Gesundheitszustand der Hochaltrigen mit der Bewertung der Lebensqualität im Zusammenhang steht.

Demografische Ungleichheiten in der Gesundheit im hohen Alter

Übereinstimmend mit bisherigen Forschungsbefunden (Freedman et al. 2002; Spuling et al. 2017, 2019; Violan et al. 2014) kann bei der hochaltrigen Population bestätigt werden, dass die objektive sowie subjektive Gesundheit mit steigendem Alter abnimmt. Bei den meisten Befragten werden mehrere Erkrankungen behandelt und etwa ein Drittel ist im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Betrachtet man das subjektive Gesundheitserleben, berichtet ähnlich wie in der jüngeren Population (Spuling et al. 2017) mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer:innen, sich gesundheitlich eher gut oder sehr gut zu fühlen. Der Anteil von Hochaltrigen, die ihre Gesundheit positiv bewerten, nimmt zwar ebenfalls über die Altersgruppen hinweg ab, jedoch überwiegt bei der Mehrheit eine positive Bewertung. Interessanterweise beschrieben die im Jahr 2003 75- bis 84-Jährigen sowie die im Jahr 2014 70- bis 85-jährigen DEAS-Teilnehmer:innen ihre Gesundheit gleichermaßen positiv wie die älteste Population in D80+ (Spuling et al. 2017; Wurm et al. 2009). Einerseits lässt sich dieser Befund dadurch erklären, dass die DEAS-Befragten die Möglichkeit hatten, ihre Gesundheit als mittelmäßig zu bewerten. Im Gegensatz dazu war diese Option in dem Fragebogen der D80+-Studie nicht vorgesehen; die D80+-Teilnehmer:innen konnten ihre Gesundheit entweder positiv (sehr gut oder eher gut) oder negativ (eher schlecht oder sehr schlecht) beschreiben. Andererseits könnte dies ein Hinweis für das Gesundheitsparadoxon im späten Lebensalter sein, das dadurch erklärt wird, dass sehr alte Menschen die Fähigkeit haben, sich an die zunehmenden gesundheitlichen Verluste anzupassen so dass die subjektive Gesundheitsbewertung stabil bleibt (Wettstein et al. 2016).

Bereits aus dem DEAS bekannte Angaben zur gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den Geschlechtern finden sich auch in der Hochaltrigkeit. Wurde im

DEAS gezeigt, dass Frauen größere funktionale Einschränkungen haben und diese Ungleichheit im Lebensverlauf zunimmt (Menning und Hoffmann 2009; Spuling et al. 2019), zeigt die D80+-Studie nun, dass diese funktionalen Unterschiede sich auch in häufigeren und höheren Pflegegraden von Frauen äußern. Ungleichheit zwischen den Geschlechtern wird in der Häufigkeit spezifischer Erkrankungen (z. B. Gelenk- oder Knochenenerkrankungen und Schilddrüsenerkrankungen) sowie auch in der Gesamtzahl von Erkrankungen beobachtet. Darüber hinaus fühlen sich die hochaltrigen Männer gesundheitlich deutlich besser als die hochaltrigen Frauen. In den jüngeren Altersgruppen konnten in Bezug auf die subjektive Gesundheit keine Unterschiede beobachtet werden (Spuling et al. 2017, 2019). Da diese Unterschiede auch auf biologische Mechanismen zurückzuführen sind, ist davon auszugehen, dass sie auch kommende Kohorten gleichermaßen betreffen.

Soziale Ungleichheiten in der Gesundheit im hohen Alter

National (Lampert et al. 2013; Lampert und Hoebel 2019; Spuling et al. 2017) sowie international (d'Orsi et al. 2014; Kuosmanen et al. 2016; Trachte et al. 2016) dokumentierte sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit können auch in der Studienpopulation der D80+-Studie nachgewiesen werden. Die Datenauswertungen zeigen, dass die Hochaltrigen mit niedriger Bildung deutlich mehr Erkrankungen haben, häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen sind und häufiger einen sehr schlechten oder eher schlechten Gesundheitszustand berichten als die 80-Jährigen und Älteren mit höherem Bildungsniveau. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Anpassungsfähigkeit der Hochaltrigen an die gesundheitlichen Verluste von verfügbaren Ressourcen abhängig ist. Personen mit höherer Bildung können sich beispielsweise aufgrund des damit, in der Regel, verbundenen höheren Einkommens häufiger Unterstützung durch unterschiedliche technische Hilfsmittel, Haushaltshilfe oder Wohnraumanpassungen leisten (Spuling et al. 2017). Darüber hinaus wurde gezeigt, dass neben finanziellen Ressourcen auch soziale Eingebundenheit oder Wohnumgebung in Bezug auf Gesundheit eine wichtige Rolle spielen. So zeigen zum Beispiel die Ergebnisse der Heinz Nixdorf Recall Studie, dass eine schlechtere Gesundheitseinschätzung der Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, mit geringer sozialer Unterstützung und wenigen stabilen sozialen Netzwerken verbunden ist (Vonneilich et al. 2012). Zimmermann et al. (2021) berichteten, dass hochaltrige Menschen, die in schlechteren Wohnlagen Nordrhein-Westfalens wohnten, häufiger von körperlicher Gebrechlichkeit betroffen waren als Personen, die in besseren Wohnlagen lebten. Die wissenschaftliche Literatur zeigt, dass eine Einschränkung der körperlichen Aktivität außerhalb der Wohnung aufgrund von ungünstigen Bedingungen, wie wenigen Grünflächen in der nahen Wohnumgebung, zur Verschlechterung des Gesundheitszustands führen kann (Yu et al. 2018).

Erwartungsgemäß bestätigen die Ergebnisse der D80+-Studie, dass hochaltrige Menschen, die in einem Pflegeheim leben, einen deutlich schlechteren Gesund-

heitszustand haben als die in Privathaushalten Lebenden. Die Ab-80-jährigen Pflegeheimbewohner:innen haben deutlich mehr Erkrankungen, einen höheren Pflegebedarf und fühlen sich auch gesundheitlich schlechter. Die meisten älteren Menschen wünschen sich, so lange wie möglich in einem Privathaushalt leben zu bleiben. Unsere Befunde können dahingehend interpretiert werden, dass ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung meistens erst dann in Frage kommt, wenn eine Person aufgrund von mehrfachen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen hohen Pflegebedarf hat (Braunseis et al. 2012; Luppá et al. 2010).

Ähnlich wie in den jüngeren Altersgruppen (Robert Koch-Institut 2009) zeigt sich, dass auch in der hochaltrigen Population bedeutsame regionale gesundheitliche Unterschiede zu finden sind. So geben Ab-80-jährige Personen aus den neuen Bundesländern an, mehr Erkrankungen zu haben als die Hochaltrigen in den alten Bundesländern. Dies gilt auch für die subjektive Gesundheitsbewertung. Aus dem Bericht des Robert Koch-Instituts (2009) geht hervor, dass diese Unterschiede auch durch ungünstigere sozioökonomische Lebensverhältnisse und höheres Risikoverhalten (z. B. Übergewicht, Alkoholkonsum) der Population in Ostdeutschland begründet werden können.

Zusammenhänge von Gesundheit mit Zufriedenheit und Autonomieerleben im hohen Alter

Eine hohe Zufriedenheit und ein hohes Autonomieempfinden sind im hohen Alter auch bei leichten gesundheitlichen Einschränkungen möglich. Jedoch zeigen die Ergebnisse der D80+-Studie in Übereinstimmung mit bisherigen Forschungsbefunden (Brijoux et al. 2021; Liu et al. 2020; Prus 2011; Schilling et al. 2013), dass erhöhter Pflegebedarf, Multimorbidität sowie schlechtes subjektives Gesundheitserleben mit einer Reduktion der Lebensqualität einhergehen. So werden bei geringen gesundheitlichen Einschränkungen im Durchschnitt hohe Ausprägungen von Zufriedenheit und Autonomie erreicht. Bei starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen war dies seltener der Fall. Besonders kritisch ist dies bei den Befragten, die in Pflegeheimen wohnen. In der hochaltrigen Heimpopulation wirkt sich der objektive sowie subjektive Gesundheitszustand stärker auf die Gestaltung des Lebens nach eigenen Vorstellungen aus als bei den in Privathaushalten wohnenden 80-Jährigen und Älteren.

Politische Implikationen

Auf die dargelegten Befunde kann der Gesetzgeber auf vielfältige Weisen reagieren. Die gezeigten Unterschiede in der Gesundheit hinsichtlich des Geschlechts zeigen den Bedarf von geschlechtsspezifischen Maßnahmen auf. Diese sollten darauf

ausgelegt werden, die Geschlechterunterschiede im hohen Alter sowie auch im Lebensverlauf widerfahrene Ungleichheiten, die sich beim Eintritt ins hohe Alter verstärken können, auszugleichen. Zur Reduktion von regionalen und bildungsbedingten Gesundheitsdifferenzen kann zielgruppenorientierte Ressourcenförderung beitragen. Dementsprechend könnten besonders sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen beispielsweise von leicht verständlichen Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz und präventivem Gesundheitsverhalten profitieren. Darüber hinaus könnten niederschwellige Beratungsangebote zur kostengünstigen Wohnraumanpassungen sowie Förderung sozialer Teilhabe der älteren Menschen durch Unterstützung von sozialen Aktivitäten in der unmittelbaren Wohnumgebung helfen, die sozioökonomischen Ungleichheiten in der Gesundheit auszugleichen. Die Analysen zeigen zudem, dass insbesondere bei Pflegeheimbewohner:innen gesundheitliche Einschränkungen mit einer stärkeren Minderung der Lebensqualität einhergehen. Um die Lebenszufriedenheit und das Autonomieempfinden der Heimpopulation zu erhalten bzw. zu steigern, ist es erforderlich, die Rahmenbedingungen in der Pflege zu verbessern. Dazu könnte zum Beispiel eine höhere Personalausstattung bei höheren Pflegegraden sowie der Einsatz von personenzentrierten Pflegekonzepten, Biografiearbeit und Bezugspflege beitragen. Davon könnten letztendlich auch kommende Generationen der Heimbevölkerung profitieren, in der ein höherer Anteil an Migrantinnen und Migranten zu erwarten ist. Aus der Literatur ist ersichtlich, dass diese Bevölkerungsgruppe eigene Zugangswege in das Versorgungssystem benötigt (Schäfer et al. 2015). Die meisten Arbeitsmigranten haben das 80. Lebensjahr noch nicht erreicht und konnten daher in dieser Studie noch nicht vollständig repräsentiert werden.

Literatur

- Berger N, van der Heyden J, van Oyen H (2015) The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality. *Archives of public health* 73(1):25. <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0073-0>
- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) (2009) *Gesundheit und Krankheit im Alter: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
- Borchert L (2008) *Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität*. MaroVerlag, Augsburg
- Borchert L, Rothgang H (2008) Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In Bauer U, Büscher A (Hrsg) *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. VS Verlag, Wiesbaden
- Braunseis F, Deutsch T, Frese T, Sandholzer H (2012) The risk for nursing home admission (NHA) did not change in ten years – a prospective cohort study with five-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr* 54(2):e63–e67. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.023>
- Brijoux T, Woopen C, Zank S (2021) Multimorbidity in old age and its impact on life results [Multimorbidität in der Hochaltrigkeit und ihre Auswirkung auf Lebensergebnisse]. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):108–113. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01920-9>
- Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung. Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle

- Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L, Mercer SW, Marengoni A, Onder G, Eriksdotter M, Fratiglioni L (2019) Multimorbidity and functional impairment-bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways. *J Intern Med* 285(3):255–271. <https://doi.org/10.1111/joim.12843>
- Chavan PP, Kedia SK, Mzayek F, Ahn S, Yu X (2021) Impact of self-assessed health status and physical and functional limitations on healthcare utilization and mortality among older cancer survivors in US. *Aging Clin Exp Res* 33(6):1539–1547. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01654-5>
- d’Orsi E, Xavier AJ, Steptoe A, de Oliveira C, Ramos LR, Orrell M, Demakakos P, Marmot MG (2014) Socioeconomic and lifestyle factors related to instrumental activity of daily living dynamics: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Am Geriatr Soc* 62(9):1630–1639. <https://doi.org/10.1111/jgs.12990>
- Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF (2002) Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *J Am Med Assoc* 288(24):3137–3146. <https://doi.org/10.1001/jama.288.24.3137>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021) Pflegebedürftige, u.a. nach Region, Alter und Geschlecht (ab 2017). https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_reset_ind?p_uid=gast&p_aid=51798826&p_indnr=107&p_sprache=D. Zugegriffen am 27.03.2023
- Golini N, Egidi V (2016) The latent dimensions of poor self-rated health: how chronic diseases, functional and emotional dimensions interact influencing self-rated health in Italian elderly. *Soc Indic Res* 128(1):321–339. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1033-3>
- Hansen S, Schäfer N, Kaspar R (2023) Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen. In: Kaspar R, Simonson J, Tesch-Römer C, Wagner M, Zank S (Hrsg) Hohes Alter in Deutschland. 1. Aufl. Springer, Berlin (Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft - Studies on Health and Society, 8) S ...
- Holzhausen M, Scheidt-Nave C (2012) Multimorbidität als Interventionsherausforderung. In: Wahl H-W, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg) Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart, S 48–53
- van Houwelingen AH, Cameron ID, Gussekloo J, Putter H, Kurrle S, de Craen AJM, Maier AB, den Elzen WPJ, Blom JW (2014) Disability transitions in the oldest old in the general population. The Leiden 85-plus study. *Age (Dordr.)* 36(1):483–493. <https://doi.org/10.1007/s11357-013-9574-3>
- Johnston MC, Crilly M, Black C, Prescott GJ, Mercer SW, Stewart W (2019) Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *Eur J Public Health* 29(1):182–189. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky098>
- Jylhä M (2009) What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* (1982) 69(3):307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2009.05.013>
- Kuosmanen K, Rovio S, Kivipelto M, Tuomilehto J, Nissinen A, Kulmala J (2016) Determinants of self-rated health and self-rated physical fitness in middle and old age. *Eur J Ment Health* 11(01-02):128–143. <https://doi.org/10.5708/EJMH.11.2016.1-2.8>
- Lampert T, Hoebel J (2019) Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen [Socioeconomic differences in health and need for care among the elderly]. *Bundesgesundheitsbl, Gesundheitsforsch, Gesundheitsschutz* 62(3):238–246. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02917-x>
- Lampert T, Kroll LE, Müters S, Stolzenberg H (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) [Measurement of the socioeconomic status within the German Health Update 2009 (GEDA)]. *Bundesgesundheitsbl, Gesundheitsforsch, Gesundheitsschutz* 56(1):131–143. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1583-3>
- Liu L-H, Kao C-C, Ying JC (2020) Functional capacity and life satisfaction in older adult residents living in long-term care facilities: the mediator of autonomy. *J Nurs Res* 28(4): 1–7. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000362>
- Luppa M, Luck T, Matschinger H, König H-H, Riedel-Heller SG (2010) Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission – results from

- the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Serv Res* 10:186. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-186>
- Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M (2019) Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 53:100903. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L (2011) Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 10(4):430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, Kuca K (2019) Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. *BMC Public Health* 19(1):1431. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>
- Menning S, Hoffmann E (2009) Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm K, Tesch-Römer C und Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin, S 62–78
- Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo T, Maseda A (2012) Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences. *Geriatr Gerontol Internat* 12(2):198–206. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x>
- Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) (2010) *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*, 1. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Palese A, Menegazzi G, Tullio A, Zigotti Fuso M, Hayter M, Watson R (2016) Functional decline in residents living in nursing homes: a systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc* 17(8):694–705. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.002>
- Prus SG (2011) Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada. *Social Sci Med* (1982) 73(1):50–59. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.010>
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtdl/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen am 27.03.2023
- Sánchez-García S, García-Peña C, Ramírez-García E, Moreno-Tamayo K, Cantú-Quintanilla GR (2019) Decreased autonomy in community-dwelling older adults. *Clin Interv Aging* 14:2041–2053. <https://doi.org/10.2147/CIA.S225479>
- Schäfer G, Brinkmann D, Freericks R, Kart M (2015) Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwelliger Angebote für ältere Migranten im Stadtteil. Chancen für eine soziale Teilhabe im Kontext des freiwilligen Engagements [Organization and perception of low threshold services for older migrants in communities. Chances for social participation in the context of voluntary engagement]. *Z Gerontol Geriatr* 48(5):426–433. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0913-0>
- Schilling OK, Wahl H-W, Oswald F (2013) Change in life satisfaction under chronic physical multi-morbidity in advanced old age: potential and limits of adaptation. *J Happiness Stud* 14(1):19–36. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9313-3>
- Schneider A, Riedlinger D, Pigorsch M, Holzinger F, Deutschbein J, Keil T, Möckel M, Schenk L (2021) Self-reported health and life satisfaction in older emergency department patients: socio-demographic, disease-related and care-specific associated factors. *BMC Public Health* 21(1):1440. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11439-8>
- Silva PA (2014) Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. *Cadernos de saude publica* 30(11):2387–2400. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173813>
- Spuling SM, Wurm S, Wolf JK, Wünsche J (2017) Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 157–170
- Spuling SM, Cengia A, Wettstein M (2019) Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel C, Wettstein M, Tesch-Römer C

- (Hrsg) Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Älterwerden im sozialen Wandel. Springer VS, Wiesbaden, S 35–52
- Statistisches Bundesamt (2017) Pflegestatistik 2015: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042871/5224001159004.pdf. Zugegriffen am 27.03.2023
- Statistisches Bundesamt (2019) Pflegestatistik 2017: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042880/5224001179004_korr16012019.pdf. Zugegriffen am 27.03.2023
- Statistisches Bundesamt (2020) Pflegestatistik 2019: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00074028/5224001199004.pdf. Zugegriffen am 27.03.2023
- Statistisches Bundesamt (2021a) Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Altersjahre. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12411-0012&bypass=true&levelindex=1&levelid=1637139201991#abreadcrumb>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Statistisches Bundesamt (2021b) Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12411-0005&bypass=true&levelindex=1&levelid=1637139201991#abreadcrumb>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M (2010) Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Lindenberger U, Smith J, Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S 175–207
- Trachte F, Geyer S, Sperlich S (2016) Impact of physical activity on self-rated health in older people: do the effects vary by socioeconomic status? *J Public Health (Oxf.)* 38(4):754–759. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv198>
- Unger R, Giersiepen K, Windzio M (2015) Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf: Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In: Hank K, Kreyenfeld M (Hrsg) Social Demography Forschung and der Schnittstelle von Soziologie und Demografie. Springer VS, Wiesbaden, S 193–215
- Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, Glynn L, Muth C, Valderas JM (2014) Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One* 9(7):e102149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149>
- Vonnelich N, Jöckel KH, Klein J, Dragano N, Siegrist J, von dem Knesebeck O (2012) The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health – results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study. *BMC Public Health* 12:285. <https://doi.org/10.5194/gi-2016-11-RC2>
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg) (2014) Verfassung der Weltgesundheitsorganisation.
- Wettstein M, Schilling OK, Wahl H-W (2016) “Still feeling healthy after all these years”: the paradox of subjective stability versus objective decline in very old adults’ health and functioning across five years. *Psychol Aging* 31(8):815–830. <https://doi.org/10.1037/pag0000137>
- Wolff JK, Nowossadeck S, Spuling SM (2017) Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 125–138
- Wurm S, Lampert T, Menning S (2009) Subjektive Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) Gesundheit und Krankheit im Alter: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin, S 79–91
- Yu R, Wang D, Leung J, Lau K, Kwok T, Woo J (2018) Is neighborhood green space associated with less frailty? Evidence from the Mr. and Ms. Os (Hong Kong) study. *J Am Med Dir Assoc* 19(6):528–534. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.015>
- Zimmermann J, Hansen S, Wagner M (2021) Home environment and frailty in very old adults. *Z Gerontol Geriatr* 54:114–119. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01969-6>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Einsamkeit in der Hochaltrigkeit



Roman Kaspar, Judith Wenner und Clemens Tesch-Römer

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde im Rahmen der bundesweiten Studie „Hohes Alter in Deutschland“ eine schriftliche Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Dieser vierte Kurzbericht aus der deutschlandweiten Repräsentativbefragung stellt dar, wie stark hochaltrige Menschen in Deutschland von **Einsamkeitsgefühlen** betroffen sind und welches **Risiko- und Schutzfaktoren** für subjektiv erlebte Einsamkeit sind.

Auch unter dem Eindruck der Coronapandemie sind 87,9 % aller Hochaltrigen nicht einsam. Der Anteil einsamer sehr alter Menschen liegt zum Befragungszeitpunkt mit 12,1 % allerdings doppelt so hoch wie für den Zeitraum vor der Pandemie berichtet. Besonders weitverbreitet ist Einsamkeit

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im Januar 2022 als Kurzbericht Nummer 4 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

R. Kaspar (✉)

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: roman.kaspar@uni-koeln.de

J. Wenner

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health & Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: judith.wenner@uni-koeln.de

C. Tesch-Römer

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland

E-Mail: clemens.tesch-roemer@dza.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,

https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_5

dabei bei sehr alten Menschen, die in der Pandemie starke Veränderungen im Bereich privater Kontakte berichten.

Einsamkeit nimmt über Altersgruppen in der späten Lebensphase zu. 22,1 % der Personen im Alter von 90 Jahren oder älter, aber nur 8,7 % der Personen im Alter von 80–84 Jahren, beschreiben sich als einsam.

Frauen sind mehr als doppelt so häufig von Einsamkeit im Alter betroffen wie Männer. Der Anteil einsamer Frauen ab 80 Jahren beträgt 15,0 %, während nur 7,4 % der Männer einsam sind. Für die höhere Rate von Einsamkeit kann vor allem der geringere Anteil von Partnerschaften bei hochaltrigen Frauen verantwortlich gemacht werden.

Jeder dritte hochaltrige Mensch in einem Heim beschreibt sich als einsam. Der Anteil einsamer älterer Menschen in Heimen beträgt 35,2 %, während er in Privathaushalten 9,5 % beträgt.

Einsamkeitsgefühle sind bei älteren Menschen in Partnerschaften besonders selten. Ältere Menschen ohne Partner:in sind ungefähr fünfmal so häufig einsam wie verheiratete oder in Partnerschaft lebende ältere Menschen (3,9 % versus 18,6 %). Partnerschaft erklärt nicht nur die beobachteten Geschlechtsunterschiede; Partnerlosigkeit stellt insbesondere bei jüngeren Hochaltrigen einen Risikofaktor für Einsamkeit dar.

Ein großes soziales Netzwerk schützt vor Einsamkeit im Alter. Knapp 15 % der sehr alten Menschen mit weniger als vier bedeutsamen Personen in ihrem sozialen Netzwerk sind einsam. Umfasst das persönliche Netzwerk dagegen 9 Personen oder mehr, beschreiben sich nur 8,1 % der Personen als einsam. Diese Schutzfunktion scheint für Männer und Frauen, Personen unterschiedlichen Alters, oder Menschen in Privathaushalten und Heimen gleichermaßen zu gelten.

Eine schlechtere subjektive Gesundheit stellt ein Einsamkeitsrisiko im Alter dar. Ältere Menschen mit (sehr) gutem subjektiven Gesundheitsstatus sind nur zu 6,7 % einsam, in der Gruppe der Älteren mit (sehr) schlechter subjektiver Gesundheit sind es 20,8 %. Sich auch im hohen Alter gesund zu fühlen, schützt Männer und Frauen, Personen unterschiedlichen Alters, oder Menschen in Privathaushalten und Heimen gleichermaßen vor Einsamkeit.

Hohe Bildung ist ein Schutzfaktor vor Einsamkeit im sehr hohen Alter, von dem Frauen jedoch in geringerem Ausmaß profitieren. In der Gruppe älterer Menschen mit niedriger formaler Bildung sind 17,2 % von Einsamkeit betroffen, während nur 7,5 % der Älteren mit hoher Bildung einsam sind. In der Gruppe hoch gebildeter Älterer beträgt der Anteil einsamer Frauen 12,9 %, während lediglich 3,7 % aller Männer mit hoher Bildung einsam sind.

Einleitung

Ein Gefühl der Einsamkeit kann in allen Lebensphasen und Altersgruppen auftreten. Darunter zu verstehen ist das subjektive Fehlen von sozialen Kontakten und von Bezugspersonen (Perlman und Peplau 1982; Qualter et al. 2015). Ein Gefühl der Einsamkeit kann unabhängig von der tatsächlichen sozialen Eingebundenheit entstehen und wird sowohl von sozial isolierten als auch von sozial stark eingebundenen Personen berichtet. Wenige bzw. seltene soziale Kontakte und das Alleinleben stellen dabei allerdings Risikofaktoren für Einsamkeit dar. Umgekehrt gilt ebenfalls, dass einsame Menschen auch häufiger sozial isoliert sind bzw. sich isolieren (Böger und Huxhold 2018). Einsamkeit kann Betroffene stark belasten und zudem erhebliche Auswirkungen auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden haben (Hawkey und Cacioppo 2010).

In allen Altersgruppen hat die Einsamkeit insbesondere während des Lockdowns zugenommen (Entringer et al. 2020; Huxhold und Tesch-Römer 2021). Die Zunahme war jedoch zumindest im ersten Lockdown bei jungen Menschen unter 30 stärker als bei älteren. Außerdem stieg der Anteil einsamer Frauen stärker als der Anteil einsamer Männer (ibid). Es kann angenommen werden, dass Einsamkeitsgefühle in der Pandemie sowohl durch die eigene Erkrankung und Erkrankungen oder gar Verluste im sozialen Umfeld mitbestimmt sind als auch durch allgemeinere Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie wie Kontaktbeschränkungen, Abstandsregeln oder Maskenpflicht.

Der vorliegende Bericht fokussiert auf das Alter, das Geschlecht und den Wohnort als drei zentrale Gruppierungsvariablen der Sozialberichterstattung. Darüber hinaus werden in Anlehnung an ein von Tesch-Römer und Huxhold (2019) vorgeschlagenes Einsamkeitsmodell individuelle Schutz- und Risikofaktoren für das Einsamkeitserleben betrachtet. Dabei wird eine hohe soziale Integration (Partnerschaft, größeres Netzwerk) als Schutzfaktor, eine geringe soziale Integration (keine Partnerschaft, kleineres Netzwerk) dagegen als Risikofaktor betrachtet. Als Merkmale der Ressourcenausstattung werden dagegen das Bildungsniveau und die subjektive Gesundheit berücksichtigt. Etwaige Alters-, Geschlechts- und Wohnsituation-Unterschiede können danach zumindest zum Teil durch Faktoren der sozialen Integration und der Ressourcenlage „aufgelöst“ (erklärt) werden (Abb. 1).

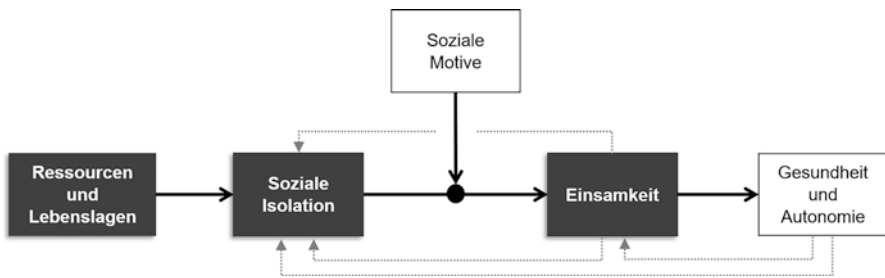


Abb. 1 Modell der Einflussfaktoren für und der Konsequenzen aus Einsamkeit. (Tesch-Römer und Huxhold 2019, angepasste Darstellung mit Hervorhebung der für diesen Bericht fokussierten Modellkomponenten)

Einsamkeit sehr alter Menschen nach demografischen Merkmalen

Eine Zunahme der Einsamkeit im sehr hohen **Lebensalter** wird diskutiert und teilweise auch empirisch beobachtet (Huxhold und Engstler 2019; Mund et al. 2020). Es wird meist von einem u-förmigen Zusammenhang ausgegangen, demzufolge junge Erwachsene und Hochaltrige ab einem Alter von über 80 bzw. 85 Jahren häufiger einsam sind als Erwachsene im mittleren Alter (Dykstra 2009). Für Deutschland zeigen die Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS), dass Einsamkeit im hohen Alter seit den 1990er-Jahren abgenommen hat und je nach Erhebungsjahr im mittleren Alter sogar häufiger ist als im hohen Alter. Die Analysen des DEAS beziehen jedoch nur sehr begrenzt auch hochaltrige Personen über 80 bzw. 85 Jahren ein (Böger et al. 2017). Sowohl aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) als auch aus der Studie Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW (NRW80+) wurden Ergebnisse zur Häufigkeit von Einsamkeit speziell in der Altersgruppe über 80 Jahren berichtet. Im SOEP wird der Anteil von Personen, die zumindest häufig einsam sind, mit 5,0 % und in der NRW80+-Studie mit 6,1 % angegeben (Luhmann und Bücker 2019; Wooten et al. 2018). Die Prävalenz von Einsamkeit variiert je nach Definition und Erhebungsinstrument (Mund et al. 2020).

Zwischen den **Geschlechtern** lassen sich nur geringe Unterschiede in der Häufigkeit, einsam zu sein, feststellen (Maes et al. 2019). Insbesondere für das hohe Alter sind jedoch auch geschlechtsspezifische Risikofaktoren für Einsamkeit bekannt, die je nach Kontext und Lebensumständen zu Unterschieden zwischen Männern und Frauen führen können. So sind Frauen häufiger verwitwet, sodass partnerschaftliche Kontakte seltener sind. Partnerschaft und partnerschaftliche Wohnkonstellationen wurden ihrerseits als protektive Faktoren der Einsamkeit im sehr hohen Alter identifiziert (Schmitz et al. 2021). Frauen übernehmen außerdem häufiger Pflegerollen, was häufige Kontakte außerhalb der Pflege erschwert und im Ergebnis ihre Einsamkeit im hohen Alter erhöhen kann. Umgekehrt haben Frauen größere soziale Netzwerke und pflegen Kontakte stärker, wodurch sie auch weniger einsam sein können (Pinquart und Sörensen 2001).

Für Personen in **Heimen** werden sehr hohe Prävalenzen von Einsamkeit berichtet. Eine Meta-Analyse kam zu dem Ergebnis, dass im Mittel 60 % der Heimbewohner:innen teilweise oder sehr einsam sind (Gardiner et al. 2020). Verschiedene Gründe werden angeführt, um die Einsamkeit unter Heimbewohner:innen zu erklären. So kann fehlende soziale Einbindung und mangelnde informelle Unterstützung ein Grund sein, dass Personen in ein Heim umziehen müssen oder auch wollen. Andererseits kann eine schlechte gesundheitliche Lage der Faktor sein, der sowohl für die Heimunterbringung als auch für fehlende soziale Kontakte ursächlich ist – ohne, dass die Heimunterbringung selbst Einfluss auf die erhöhte Einsamkeit nehmen würde (ibid, Pinquart und Sörensen 2001).

Schutz- und Risikofaktoren

Es finden sich Belege, dass Personen mit höherer formaler **Bildung** seltener von Einsamkeit betroffen sind als Personen mit geringerer formaler Bildung (Böger et al. 2017; Pinquart und Sörensen 2001). Erklärungen hierfür sind, dass Personen mit höherer Bildung mehr soziale Kontakte pflegen und vielfältigeren sozialen Aktivitäten nachgehen (ibid.). Dabei erscheint die Befundlage jedoch nicht einheitlich. So zitieren Bücken, Lembcke und Hinz (2019a) auch Studien, die diesen Zusammenhang nicht bestätigen oder sogar widerlegen. Für den deutschen Kontext berichten auch Daten des Sozioökonomischen Panels 2013 einen signifikanten bivariaten negativen Zusammenhang zwischen Bildungsjahren und dem Einsamkeitsniveau, d. h. mehr Bildungsjahre gehen demzufolge mit einem geringeren Einsamkeitsniveau einher. In für Kontakthäufigkeit, Netzwerkgröße und subjektive Gesundheit kontrollierten multivariaten Vorhersagemodellen konnte hingegen kein eigenständiger Erklärungsbeitrag von Bildungsjahren auf das Einsamkeitsniveau von Menschen ab 81 Jahren bestätigt werden.

Einige Studien berichten einen engen Zusammenhang zwischen **Gesundheit** und Einsamkeit. Das gilt vergleichsweise konsistent für verschiedene Facetten der Gesundheit, wie beispielsweise den subjektiv erlebten Gesundheitsstatus und funktionalen Status (Prieto-Flores et al. 2011) sowie die Anzahl von Erkrankungen (Multimorbidität, Ferreira-Alves et al. 2014), kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Vitalität (Cohen-Mansfield et al. 2009) oder psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen (v.a. Depression, Lasgaard et al. 2016). Gesundheitseinbußen, die insbesondere im sog. vierten Lebensalter ein Teil der Lebensrealitäten vieler hochaltriger Menschen sind, reduzieren die Möglichkeiten, am sozialen Leben teilzuhaben, indem sie beispielsweise zur Aufgabe von Freizeitaktivitäten, zu einer Fokussierung auf wenige – für die unterstützte Lebensführung wichtige – Personen, oder zu einer ungünstigeren ökonomischen Situation beitragen. Das Verhältnis von Einsamkeit und Gesundheit ist dabei reziprok, sodass Einsamkeit und soziale Isolation mit Verschlechterungen der körperlichen und seelischen Gesundheit einhergehen (s. Übersichtsarbeit Krasko und Kirchdörfer 2019). Insbesondere im sehr hohen Lebensalter scheinen die Folgen von Einsamkeit jedoch geringer auszufallen als in früheren Lebensphasen (Böger und Huxhold 2018; Holt-Lunstad et al. 2015), was auf eine möglicherweise besonders hohe Resilienz der bis ins hohe Lebensalter überlebenden Personen hinweist.

Fehlende oder nicht den persönlichen Vorstellungen entsprechende **Partnerschaften** stellen über den gesamten Lebensverlauf Risikofaktoren für Einsamkeitserleben dar. Bücken, Lembcke und Hinz (2019a) fanden in ihrer Literaturübersicht zu Einsamkeit in der Hochaltrigkeit, dass verwitwete alte Menschen in bisherigen Studien häufiger einsam waren, während Ehe vor Einsamkeit schützt. Mit Daten des Sozio-ökonomischen Panels konnten die Autorinnen für das Alterssegment 81 Jahre und älter in multivariaten Vorhersagemodellen nur den Effekt von Verwitwung auf

Einsamkeit bestätigen, während für ledige und geschiedene Personen im Vergleich zu verpartnerten Hochaltrigen keine gesteigerte Einsamkeit nachgewiesen werden konnte. Schmitz et al. 2021 berichteten aus einer repräsentativen Studie hochaltriger Menschen in NRW höhere Einsamkeit bei Personen, die nicht mit ihren Partnern zusammenleben (sog. Living-apart-together LAT) im Vergleich zu gemeinsam wohnenden Partnern. Wenngleich Verwitwung, Partnerverlust oder Veränderungen im Zusammenleben mit Partnern in der Altersgruppe der Über-80-Jährigen häufige und erwartbare Lebensereignisse sind, soll für diesen Bericht davon ausgegangen werden, dass die Determinanten von Partnerschaft auch im hohen Alter multifaktoriell sind und (Nicht-)Partnerschaft Ausdruck von sowohl unfreiwilligen als auch gewählten Beziehungsereignissen sein kann.

Auch eine gute Einbindung in ein **soziales Netzwerk** wurde als Schutzfaktor vor Einsamkeit im Alter beschrieben (Schmitz et al. 2021; Zebhauser et al. 2015). Maße des sozialen Netzwerks berücksichtigen in der Regel sowohl quantitative Kontakte (soziale Isolation) als auch Aspekte der Beziehungsqualität (Bezugssystem). Piquart und Sörensen (2001) berichten in einer Meta-Analyse stärkere Effekte der Qualität sozialer Beziehungen gegenüber der Größe des sozialen Netzwerkes auf Einsamkeit im Alter. Die Erfassung des sozialen Netzwerkes in der Studie D80+ richtet sich auf subjektiv bedeutsame Personen und bietet sich darum in besonderer Weise an, um Unterschiede in der erlebten Einsamkeit in Abhängigkeit von einem Mangel an relevanten Interaktionspartnern und Interaktionen zurückzuführen (Schmitz et al. 2021).

Ziel

Auf Grundlage der im Projekt „Hohes Alter in Deutschland“ D80+ erhobenen Daten nimmt dieser Bericht eine ausführliche Analyse des Einsamkeitsempfindens der hochaltrigen Bevölkerung in Deutschland vor. Die grundsätzlichen Fragestellungen lauten: (a) Gibt es im hohen Alter Alters-, Geschlechts- und Wohnortunterschiede in der Einsamkeit? und (b) Sind Schutz- und Risikofaktoren für diese Einsamkeitsunterschiede verantwortlich?

Da die Befragung während der Coronapandemie stattgefunden hat, bilden die Ergebnisse auch den Einfluss des Pandemie-Geschehens und der Eindämmungsmaßnahmen auf das Einsamkeitserleben ab.

Eine im Jahr 2019 vom BMFSFJ geförderte Bestandsaufnahme zum Einsamkeitserleben im sehr hohen Alter stellt mit Blick auf mögliche Förderbedarfe in dieser Gruppe abschließend die pointierte Frage, ob vor dem Hintergrund der bei Hundertjährigen im Vergleich zu älteren Erwachsenen gefundenen deutlich geringeren Einsamkeitsbelastung überhaupt spezifische Interventionen für das hohe Alter sinnvoll seien, oder sich Interventionen zur Vermeidung von Einsamkeit nicht besser auf jüngere Altersgruppen richten sollten (Luhmann und Bücker 2019, S. 50). Der vorliegende Beitrag kann wegen der ausschließlichen Fokussierung auf Personen ab 80 Jahren kaum zu einer solchen Abwägung beitragen, soll aber Gruppen sehr alter Menschen identifizieren, die – nicht zuletzt aufgrund ungünstiger sozialer und persönlicher Ressourcenlagen – in besonderem Maße von Einsamkeitsgefühlen betroffen sind.

Methodik

Einsamkeit wurde in der Studie mit einer direkten Frage nach der Häufigkeit des subjektiven Einsamkeitsempfindens erhoben („Wie oft haben Sie sich in der letzten Woche einsam gefühlt?“) und konnte mit den vier Kategorien „Nie oder fast nie“, „Manchmal“, „Meistens“ oder „Immer oder fast immer“ beantwortet werden (s. auch Abb. 2). Für die Untersuchung möglicher Schutz- und Risikofaktoren der Einsamkeit im sehr hohen Alter werden Personen, die die Antwortkategorien „Meistens“ und „Immer oder fast immer“ gewählt haben als einsam eingestuft. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass insbesondere anhaltende Einsamkeit als Belastung für Wohlbefinden und Gesundheit angesehen wird.

Teilgruppen sehr alter Menschen unterscheiden sich z. T. deutlich mit Blick auf ihre sozialen und persönlichen Ressourcen zur Verwirklichung einer angemessenen gesellschaftlichen Teilhabe und Vermeidung von sozialer Isolation und Einsamkeitsgefühlen. In Anhang 2 sind die nach Alter, Geschlecht und Wohnort differenzierten Gruppen bezüglich grundlegender sozialer (Partnerschaft, soziales Netzwerk) und persönlicher Schutz- bzw. Risikofaktoren von Einsamkeit (Bildung, Gesundheit) charakterisiert. Eine detaillierte Diskussion von Bedingungsfaktoren für diese Merkmale selbst ist nicht Gegenstand des vorliegenden Berichtes, sondern

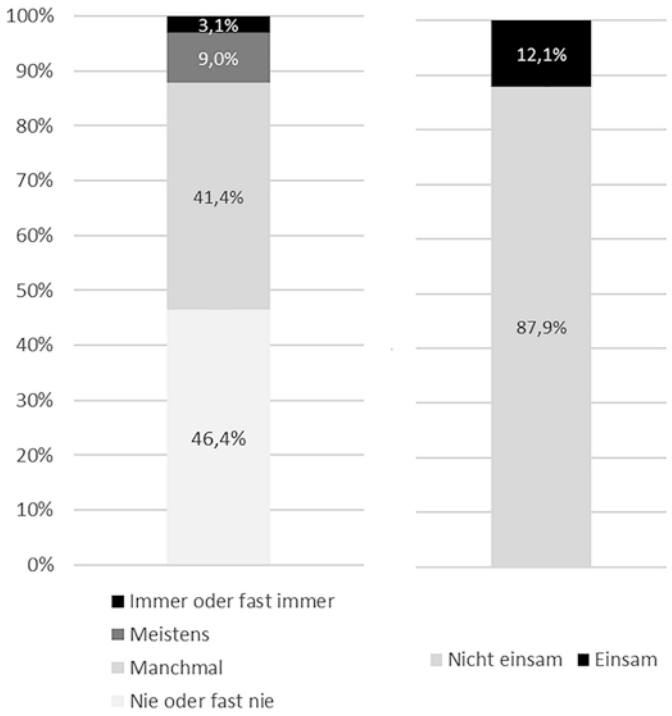


Abb. 2 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung

wird in weiteren Kurzberichten aus dem Projekt D80+ geleistet (Zimmermann et al. 2022; Wenner et al. 2022).

Der vorliegende Bericht beschreibt den Anteil einsamer älterer Menschen in Abhängigkeit von diesen spezifischen Ressourcenlagen und mit dem Fokus auf spezifische Kombinationen von Risiken oder protektiven Faktoren.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 3932, 37,9 %), Frauen (n = 6440, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 6123, 59 %), 85–89 Jahre (n = 2.793, 26,9 %), 90 Jahre und älter (n = 1456, 14,1 %); Bildung hoch (n = 1682, 16,8 %), mittel (n = 5935, 59,2 %), niedrig (n = 2402, 24,0 %); Privathaushalt (n = 9324, 89,9 %), Heim (n = 1048, 10,1 %); West (n = 8095, 78 %), Ost (n = 2277, 22 %).

Häufigkeit subjektiver Einsamkeitsgefühle in der Coronapandemie

Übersicht

87,9 % der hochaltrigen Menschen in Deutschland fühlen sich (fast) nie oder nur manchmal einsam.

In der Pandemie fühlen sich 12,1 % der Menschen ab 80 Jahren meistens oder (fast) immer einsam. Damit liegt der Anteil ungefähr doppelt so hoch wie für die Zeit vor Corona geschätzt.

Hochaltrige Menschen, die durch die Pandemie starke Veränderungen in privaten Kontakten erfahren haben, berichten auch häufiger von Einsamkeitsgefühlen. Für alleinlebende Menschen und Personen in Heimen stellt die Coronapandemie einen besonderen Risikofaktor für Einsamkeit dar.

Nur 2,9 % der Befragten machten keine Angaben dazu, ob bzw. wie häufig sie einsam sind. Knapp die Hälfte (46,4 %) der befragten Hochaltrigen gab an, sich nie oder fast nie einsam zu fühlen (Abb. 2). Weitere 41,4 % geben an, dass sie sich manchmal einsam fühlen. Allerdings berichten 9,0 % der Befragten, dass sie sich meistens und 3,1 % sogar immer bzw. fast immer einsam fühlen. Damit können 12,1 % der befragten Hochaltrigen als einsam eingestuft werden, wohingegen die übrigen über 87,9 % als nicht einsam gelten können. Hochgerechnet auf die Ge-

samtzahl von 5.936.434 hochaltrigen Menschen zum Ende 2020 (destatis, 2021) beträgt die absolute Anzahl einsamer Menschen ab 80 Jahren in Deutschland etwas mehr als 718.300 Personen.

Die Auswirkungen der Coronapandemie auf private Kontakte werden von Hochaltrigen in Deutschland unterschiedlich stark wahrgenommen (vgl. D80+ Kurzbericht 1, Hansen et al. 2021). Unter den Heimbewohner:innen war der Anteil derer, die sehr starke Einschränkungen in den privaten Kontakten erfahren haben, mit 28,7 % deutlich größer als in der Gesamtbevölkerung (10,1 %, ohne Abbildung). In dieser Gruppe der Personen in Heimen und mit sehr starken wahrgenommenen Einschränkungen während der Covid19-Pandemie liegt die Einsamkeit bei 63,2 %. Personen in Alten- und Pflegeheimen, die in der Befragung daneben häufiger auch von besonderen Schutzmaßnahmen wie Kontaktverboten berichten, waren somit zu fast zwei Dritteln einsam. Allerdings zeigt eine differenzierte Betrachtung, dass auch außerhalb der Heime Einsamkeit häufiger ist bei Befragten, die durch die Pandemie starke bis sehr starke Einschränkungen ihrer privaten Kontakte erfahren haben. Von den Alleinlebenden, die sehr starke Einschränkungen ihrer privaten Kontakte wahrgenommen haben, sind 34,4 % einsam und unter Personen in Mehrpersonenhaushalten sind es immerhin noch 19,4 %. Gleichzeitig sind Personen, die überhaupt keine Veränderungen durch die Coronapandemie berichten, etwas häufiger einsam als solche mit mäßigen oder moderaten Veränderungen in privaten Kontakten. Dieser Befund verweist auf eine möglicherweise langfristig unzureichende soziale Eingebundenheit insbesondere von Teilen der Alleinlebenden und in Heimen lebenden Älteren.

Alter

Übersicht

Einsamkeit nimmt über Altersgruppen in der späten Lebensphase zu. Im Alter von 90 Jahren oder älter beschreiben sich 22,1 % als einsam.

Ältere Menschen mit einem großen sozialen Netzwerk sind seltener von Einsamkeit betroffen. Dies gilt vergleichbar stark für alle Altersgruppen.

Altersunterschiede im Einsamkeitsrisiko zeigen sich sowohl bei verpartnerten als auch partnerlosen älteren Menschen. Das Einsamkeitsniveau ist in der Gruppe der Partnerlosen für alle Altersgruppen höher.

Gute Gesundheit im Alter geht mit einem geringeren Einsamkeitsrisiko einher. Das gilt gleichermaßen für 80-Jährige und Personen im höchsten Alter (90+).

Das Risiko, einsam zu sein, ist nicht in allen Teilgruppen sehr alter Menschen gleich. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass der Anteil subjektiver Einsamkeit mit dem Alter signifikant ansteigt (Abb. 3). In der Altersgruppe der 80–84-Jährigen

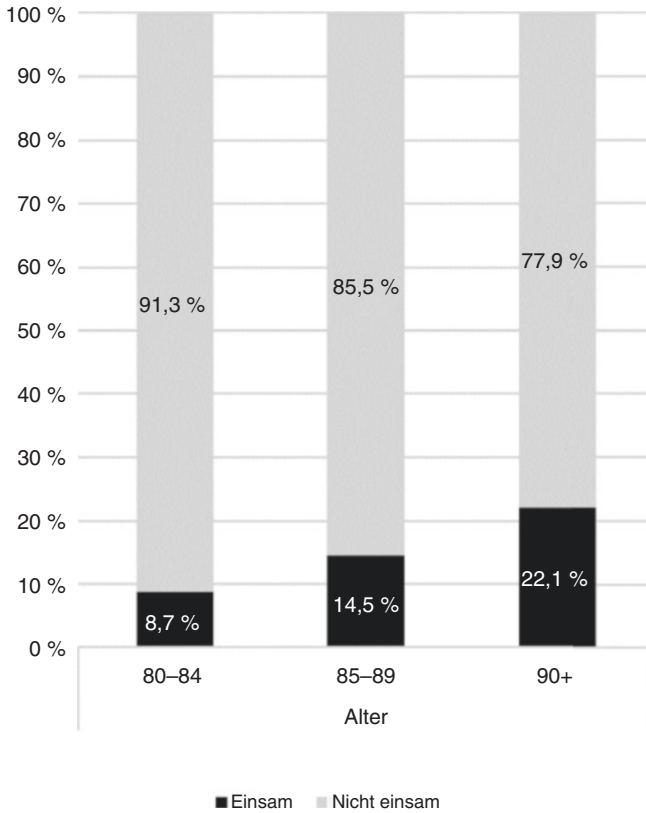


Abb. 3 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Altersgruppen

sind 8,7 % einsam und der Anteil steigt auf 14,5 % bei den 85–89-Jährigen und auf 22,1 % bei Personen im Alter von 90 Jahren und älter.

Im hohen Lebensalter (noch) eine Partnerschaft zu führen, reduziert das Einsamkeitsrisiko in allen betrachteten Altersgruppen (Abb. 4). Der Trend, dass auch nach dem achtzigsten Lebensjahr von Personen in älteren Altersgruppen mehr Einsamkeitserleben berichtet wird, kann – wenngleich auch auf geringerem Niveau – jedoch auch in der Gruppe verpartnerter Personen beobachtet werden. Zwischen Lebensalter und Partnerschaft besteht hinsichtlich des Einsamkeitsrisikos darüber hinaus ein signifikanter Interaktionseffekt (Wald $\chi^2 = 6,45$, $df = 2$, $p = 0,040$): In der Gruppe der verpartnerter Personen sind Altersgruppenunterschiede in der Einsamkeit stärker ausgeprägt als in der Gruppe älterer Menschen ohne Partner:in.

Nicht nur die Partnerschaft, sondern auch ein großes soziales Netzwerk gehen mit einem geringeren Risiko einher, im hohen Alter einsam zu sein (s. Anhang 1). Befragte mit einem großen Netzwerk (9+ Personen/oberstes Drittel) sind zu 8,1 % einsam. Sowohl in der Gruppe mit mittelgroßem (4–8 Personen) als auch mit kleinem (0–3 Personen/unteres Drittel) Netzwerk liegt der Anteil höher (13,5 % und

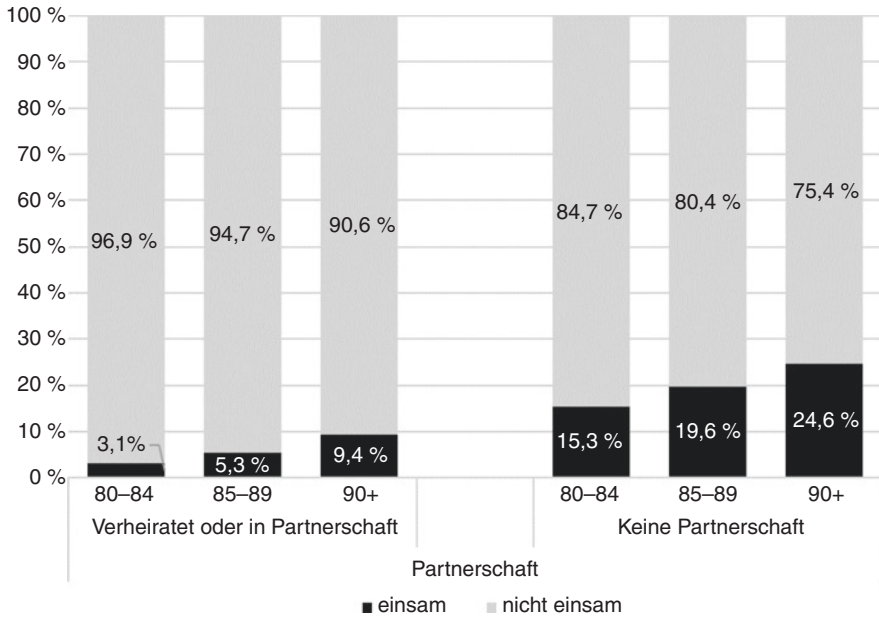


Abb. 4 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Altersgruppen und Partnerschaft

14,9 %). Eine differenzierte Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Lebensalter, Netzwerkgröße und Einsamkeit zeigt, dass ein größeres soziales Netzwerk unabhängig vom Lebensalter das Einsamkeitsrisiko signifikant reduziert (Abb. 5). Dabei zeigen sich protektive Effekte vor allem bei sehr vielen Netzwerkpartnern, während Unterschiede zwischen kleinen und mittelgroßen Netzwerken innerhalb der Altersgruppen weniger stark ausfallen und in der Gruppe der ältesten Menschen (90+) die meiste Einsamkeit nicht bei kleinen, sondern bei mittelgroßen Netzwerken beobachtet wird.

Hohe Bildung und gute Gesundheit stellen Schutzfaktoren für die Einsamkeit im hohen Lebensalter dar (s. Anhang 1). In der Gruppe von Menschen mit niedriger Bildung beträgt das Einsamkeitsrisiko jenseits des 80. Lebensjahres 17,2 %, während es in der Gruppe von Älteren mit hoher Bildung nur 7,5 % beträgt. In allen Bildungsgruppen können deutliche Altersgruppenunterschiede beobachtet werden, wenngleich auch auf unterschiedlichem Niveau (Abb. 6). Deskriptiv scheint hohe Bildung bei den ältesten Menschen (90+) stärker vor Einsamkeit zu schützen als dies bei jüngeren Altersgruppen der Fall ist. Statistisch lässt sich jedoch kein signifikanter Interaktionseffekt nachweisen, sodass der Schutzeffekt von Bildung als über verschiedene Altersgruppen hinweg vergleichbar gelten muss.

Jeder fünfte ältere Mensch, der seine Gesundheit subjektiv als schlecht bewertet, ist einsam, während dieser Anteil in der Gruppe von älteren Menschen mit subjektiv

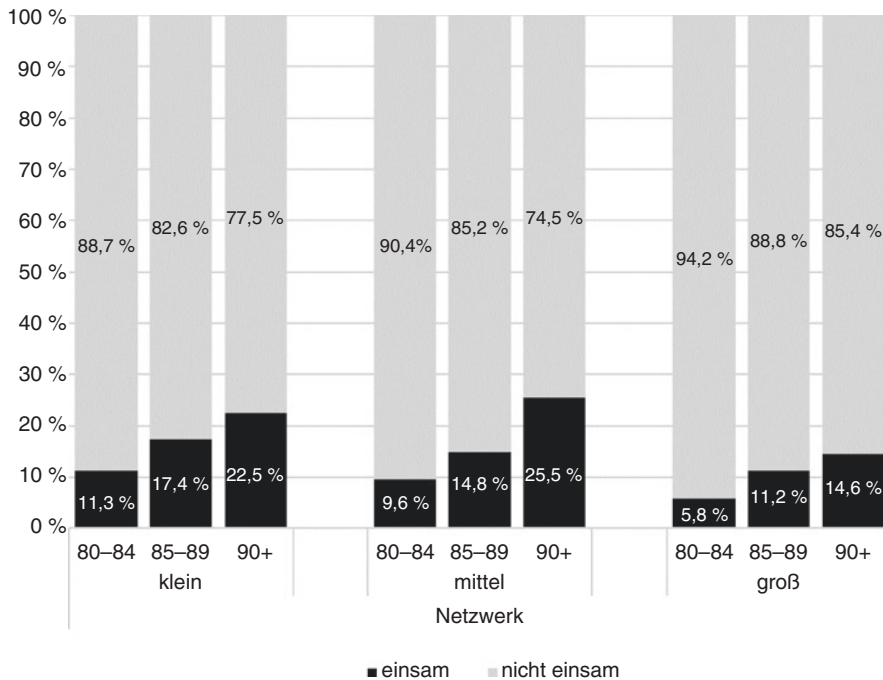


Abb. 5 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Altersgruppen und Netzwerkgröße

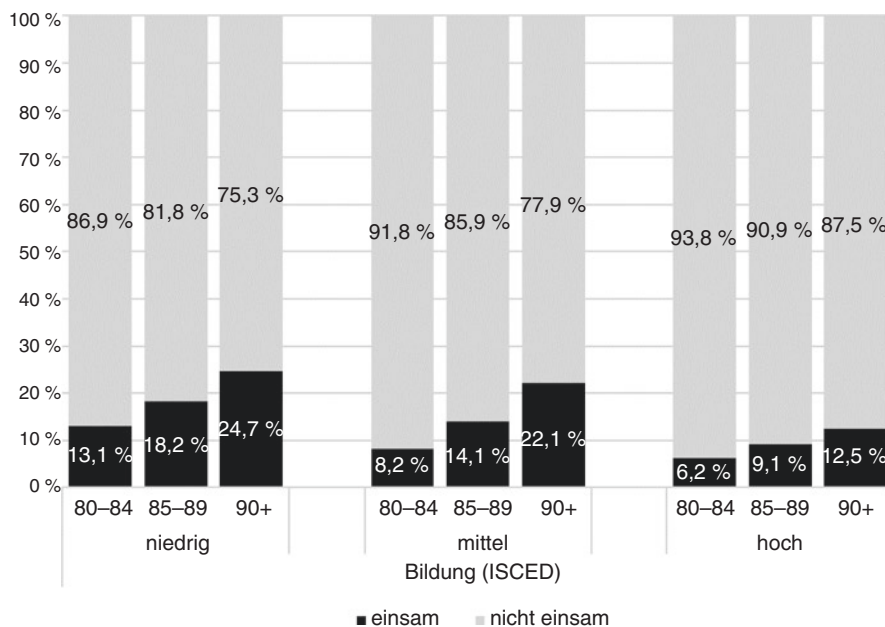


Abb. 6 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Altersgruppen und Bildung

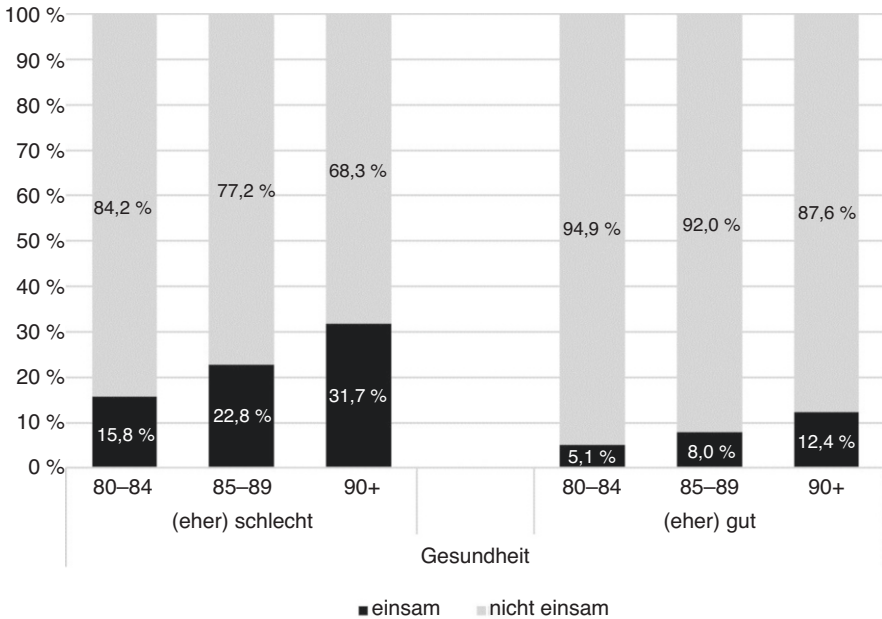


Abb. 7 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Altersgruppen und Gesundheit

guter Gesundheit lediglich 6,7 % beträgt (s. Anhang 1). Doch auch bei Kontrolle von aktueller Gesundheit als möglichem Schutzfaktor vor Einsamkeit lassen sich weiterhin substantielle Altersunterschiede in den Einsamkeitsraten erkennen (Abb. 7).

Geschlecht

Übersicht

Sehr alte Frauen sind häufiger von Einsamkeit betroffen als ältere Männer. Dieser Unterschied kann jedoch nahezu vollständig dadurch erklärt werden, dass hochaltrige Frauen seltener in Partnerschaften leben.

In der Gruppe hoch gebildeter älterer Männer ist die Einsamkeit besonders gering und der relative Unterschied zum Einsamkeitsrisiko hochgebildeter Frauen besonders ausgeprägt. Hochaltrige Frauen profitieren mit Blick auf Einsamkeitsgefühle danach von besserer Bildung etwas weniger als hochaltrige Männer.

Der Anteil einsamer Menschen ist in der Gruppe hochaltriger Frauen signifikant höher als in der Gruppe gleichaltriger Männer (15,0 % versus 7,4 %). Damit sind hochaltrige Frauen doppelt so häufig von Einsamkeit betroffen als hochaltrige Männer. Um diesen Befund einordnen zu können, müssen die z. T. historisch und biografisch bedingten und vielfach deutlich ungünstigeren Ressourcenlagen und Schutzfaktoren für heute lebende sehr alte Frauen berücksichtigt werden (s. Anhang 2).

Befragte, die in einer Partnerschaft (verheiratet oder unverheiratet) sind, geben nur zu 3,9 % an, einsam zu sein, während dieser Anteil bei Befragten ohne Partner:in bei 18,6 % liegt (s. Anhang 1). Vor diesem Hintergrund lassen sich auch die in Abb. 8 beobachteten Geschlechterunterschiede weiter qualifizieren. Bei einem Vergleich verpartnerter Männer und Frauen zeigen sich nur noch kleine und nicht signifikante Unterschiede (s. Abb. 9). Gleiches gilt auch für einen Vergleich der Geschlechter innerhalb der Gruppe ohne Partnerschaft. Der große Unterschied zwischen Männern und Frauen ist daher auch dadurch zu erklären, dass Frauen im hohen Alter häufiger ohne Partner:in leben.

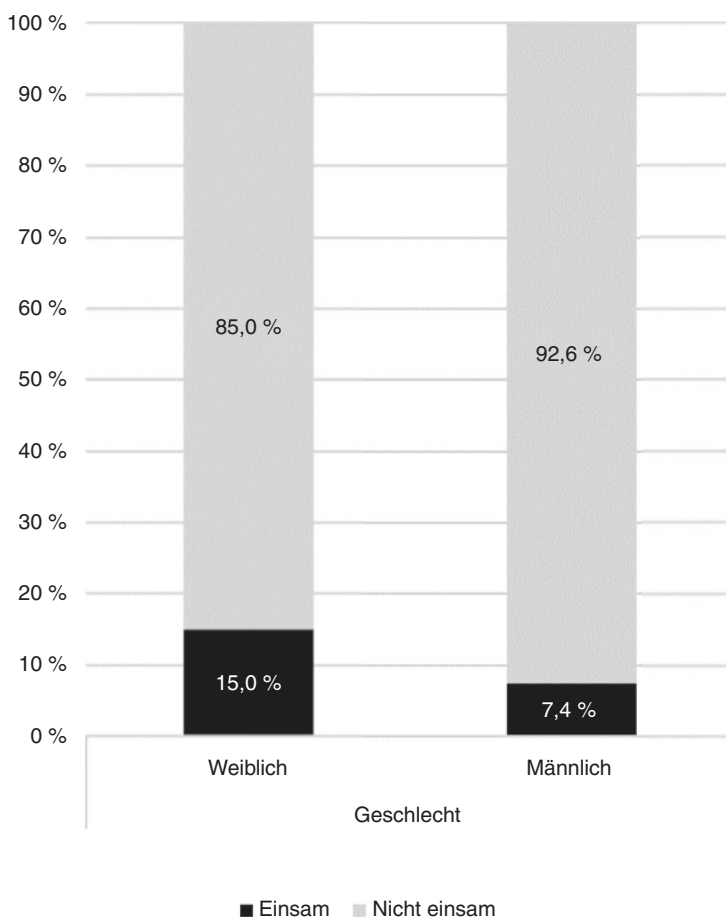


Abb. 8 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht

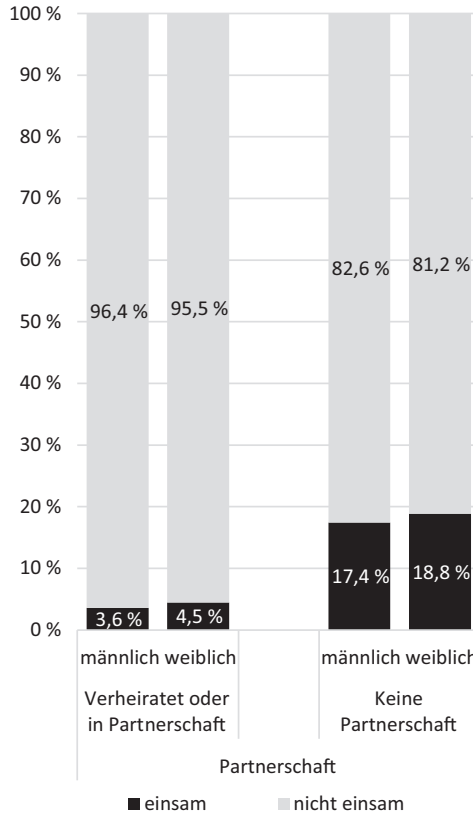


Abb. 9 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Partnerschaft

Der deutliche Geschlechtsunterschied in der Einsamkeit (d. h. jeweils annähernd eine doppelt so hohe Prävalenz von Einsamkeit bei Frauen) bleibt unverändert bestehen, wenn man Gruppen mit unterschiedlich großen sozialen Netzwerken betrachtet (Abb. 10). Insbesondere sehr große Netzwerke sind dabei sowohl für ältere Männer als auch Frauen gleichermaßen mit einer geringeren Häufigkeit von Einsamkeit verknüpft. Ein Interaktionseffekt im Sinne stärkerer protektiver Effekte von größeren Netzwerken bei Frauen oder Männern kann nicht nachgewiesen werden.

Im Bereich der persönlichen Schutzfaktoren lassen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit Blick auf die formale Bildung und die subjektive Gesundheit beobachten (Anhang 2). Dabei ist der Anteil hochaltriger Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen mit über einem Drittel (33,8 %) sehr viel höher als in der Gruppe hochaltriger Männer (7,9 %). Auch im Bereich der hohen Bildung ist der relative Anteil von Männern mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen (25,9 % versus 11,2 %). Gleichzeitig wurde höhere Bildung bereits bei der Diskussion von Alterseffekten als ein starker Schutzfaktor vor Einsamkeit in der Hochaltrigkeit beschrieben (Anhang 1). Einsamkeitsunterschiede zwischen Männern und Frauen bleiben auch bei gleichzeitiger Betrachtung von Bildungsunterschieden bestehen (Abb. 11). Darüber hinaus zeigt sich aber eine statistisch signifikante Wechsel-

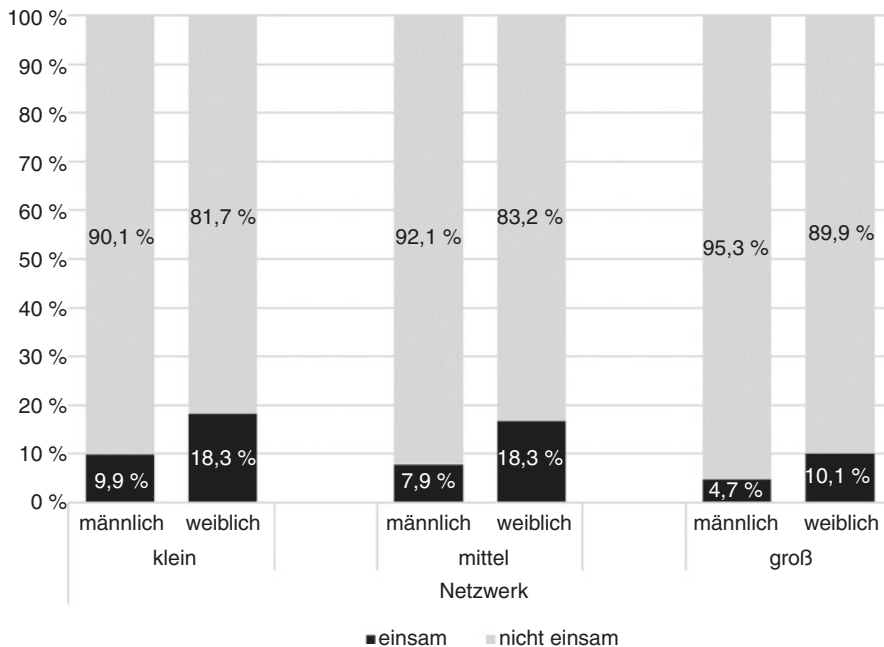


Abb. 10 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Netzwerkgröße

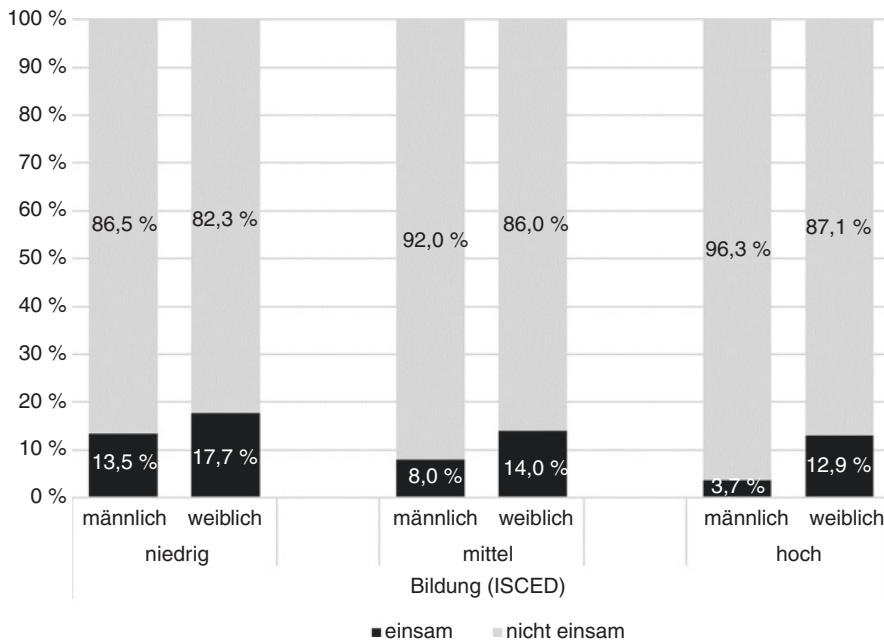


Abb. 11 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Bildung

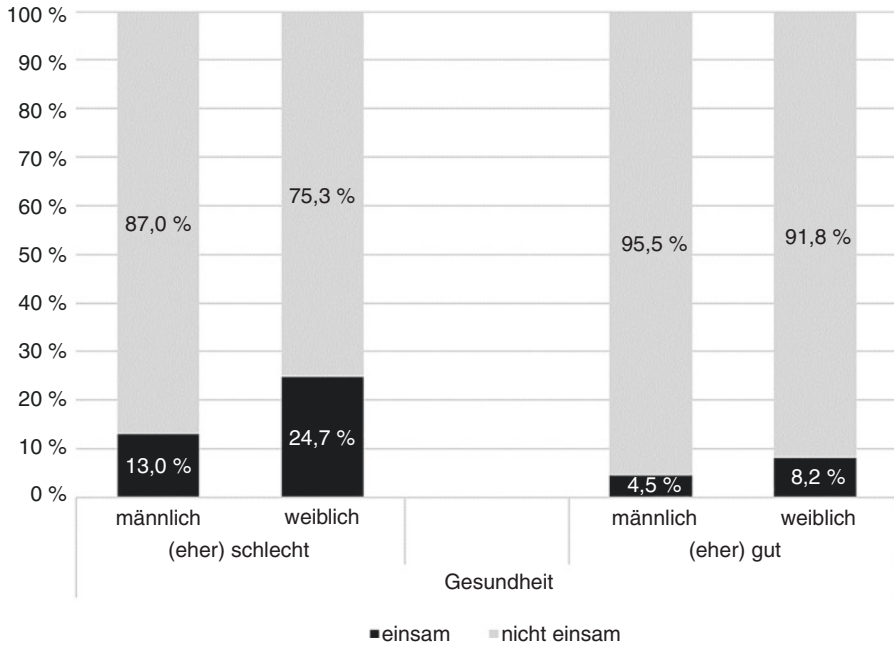


Abb. 12 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Gesundheit

wirkung von Bildung und Geschlecht mit Blick auf das Einsamkeitsrisiko (Wald $\chi^2 = 14,07$, $df = 2$, $p < 0,001$): Männer mit höherer Bildung haben ein ungleich geringeres Einsamkeitsrisiko als Frauen mit vergleichbarem Bildungsniveau (3,7 % versus 12,9 %), während die Geschlechtsunterschiede in den anderen Bildungsgruppen weniger deutlich ausfallen. Da die Einsamkeitsrate der Frauen über die Bildungsgruppen hinweg nur geringfügig abnimmt, kann dieser Befund so interpretiert werden, dass Frauen mit Blick auf ihr Einsamkeitserleben in deutlich geringerem Maße von höherer Bildung profitieren als hochaltrige Männer.

Geschlechterunterschiede in der Einsamkeit lassen sich sowohl bei guter als auch bei schlechter allgemeiner Gesundheit beobachten (Abb. 12), wenngleich auch auf entsprechend unterschiedlichem Niveau. Wie zuvor bei Altersgruppenunterschieden, gibt es auch mit Blick auf Geschlechterunterschiede keine Hinweise darauf, dass Männer oder Frauen mit Blick auf Einsamkeit unterschiedlich stark von besserer Gesundheit profitieren.

Wohnsituation

Übersicht

Sehr alte Menschen in privaten Haushalten sind seltener einsam als Menschen, die im hohen Alter im Heim leben.

Soziale Schutzfaktoren wie Partnerschaft und Netzwerk oder persönliche Ressourcen wie gute Gesundheit und Bildung haben in institutionellen Settings mit Blick auf Einsamkeit dieselbe Bedeutung wie in Privathaushalten.

Der mit Blick auf die betrachteten Differenzierungen deutlichste Unterschied im Einsamkeitserleben hochaltriger Menschen lässt sich für die Wohnform beobachten (Abb. 13). Während 9,5 % der Personen in Privatwohnungen einsam sind, liegt der Anteil einsamer Älterer in der Heimbevölkerung bei 35,2 %. Wie zuvor bereits berichtet, konnten Heimbewohner:innen bereits in früheren bevölkerungsrepräsentativen Befragungen sehr alter Menschen in Nordrhein-Westfalen als eine Risikogruppe für Einsamkeit identifiziert werden. Die beobachtete aktuelle Einsamkeitsbelastung in dieser Gruppe kann sicherlich zum Teil auch auf die während des Befragungszeitraumes der D80+ Studie mitunter strikten Maßnahmen in stationären Einrichtungen der Altenpflege zurückgeführt werden.

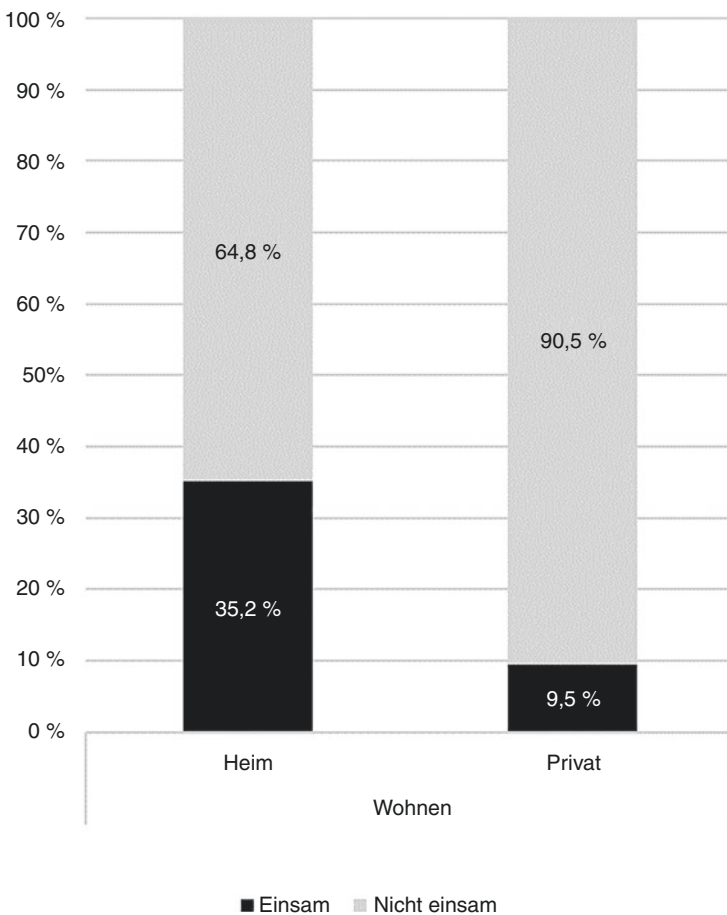


Abb. 13 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Wohnform

Auch für die beobachteten Unterschiede im Einsamkeitsniveau von Privatwohnenden und Heimbewohner:innen könnte die deutlich unterschiedliche Ressourcenlage dieser beiden Bevölkerungsgruppen verantwortlich sein (s. Anhang 2). Neben einer deutlich schlechteren auch subjektiven Gesundheit haben Menschen in Heimen deutlich seltener eine:n Partner:in (16,7 % versus 47,3 %) und häufiger kleinere soziale Netzwerke.

In der vergleichsweisen kleinen Gruppe verpartnerter Personen in Heimen (n = 109) entspricht die beobachtete Häufigkeit von Einsamkeit in etwa derjenigen von privatwohnenden partnerlosen Personen (15,4 % versus 14,8 %, s. Abb. 14). Ein nicht-signifikanter Interaktionseffekt von Wohnort und Partnerschaft gibt allerdings keine Hinweise darauf, dass eine Partnerschaft trotz Institutionalisierung einen besonderen Schutz vor Einsamkeit bietet. Auch mit Blick auf die Größe des sozialen Netzwerkes (s. Abb. 15) bestätigen sich zwar die bekannten Risiko- (Heim) und Schutzfaktoren (größeres Netzwerk) jeweils, die Daten geben aber keinen Hinweis darauf, dass ein größeres Netzwerk bei Menschen in Heimen in besonderem Maße als ein Schutzfaktor wirkt. Auf deskriptiver Ebene zeigen die Daten aber auch, dass kleine Netzwerke nicht in jedem Setting automatisch mit dem höchsten Einsamkeitsrisiko einhergehen müssen: unter den Heimbewohner:innen ist die Einsamkeit am häufigsten, wenn ein mittelgroßes soziales Netzwerk berichtet wird (40,2 % versus 34,1 %, Wald $\chi^2 = 3,65$, $df = 1$, $p = 0,056$).

Eine höhere Bildung bestätigt sich sowohl bei Privatwohnenden als auch älteren Menschen in Heimen in vergleichbarer Weise als ein Schutzfaktor gegen Einsamkeit (Abb. 16). So sinkt die Einsamkeitsrate in Privathaushalten auf 6,0 % gegen-

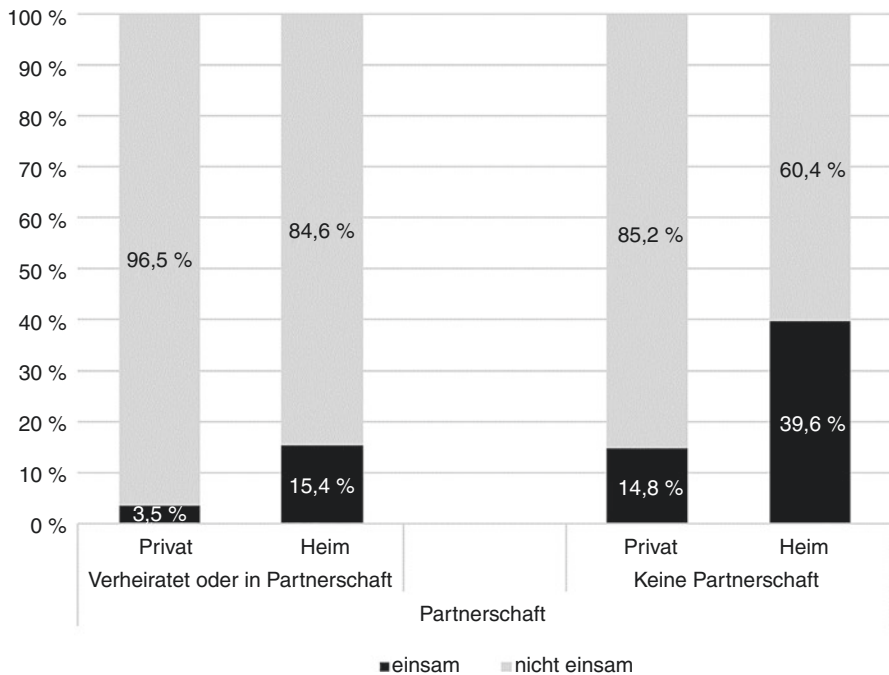


Abb. 14 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Wohnform und Partnerschaft

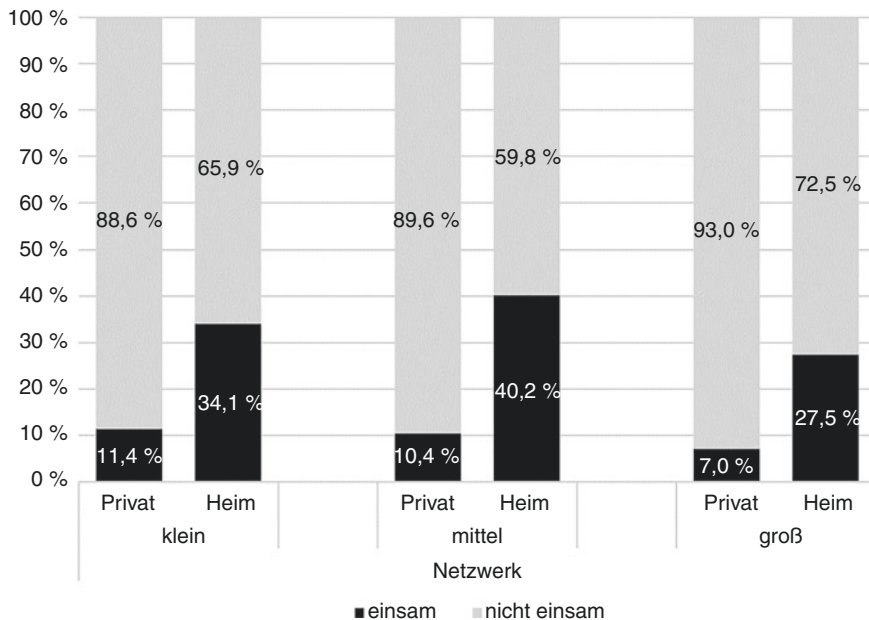


Abb. 15 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Wohnform und Netzwerkgröße

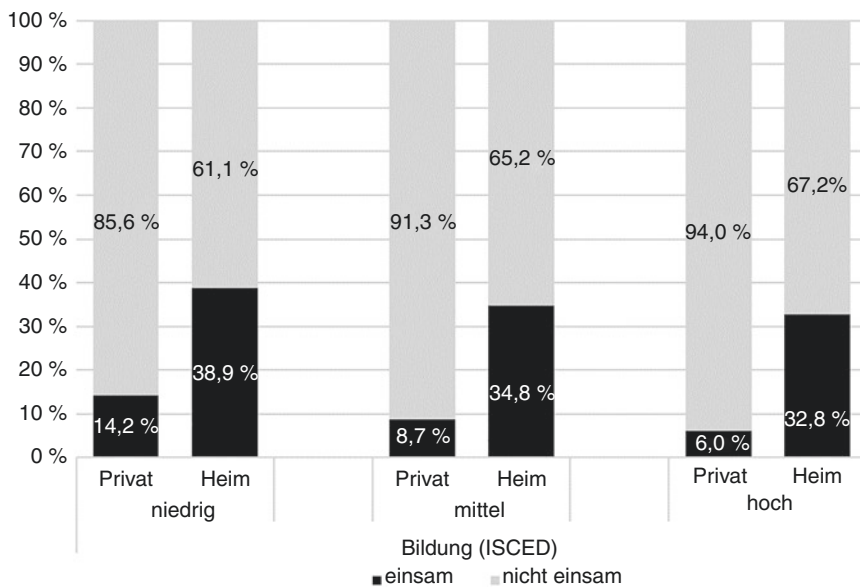


Abb. 16 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Wohnform und Bildung

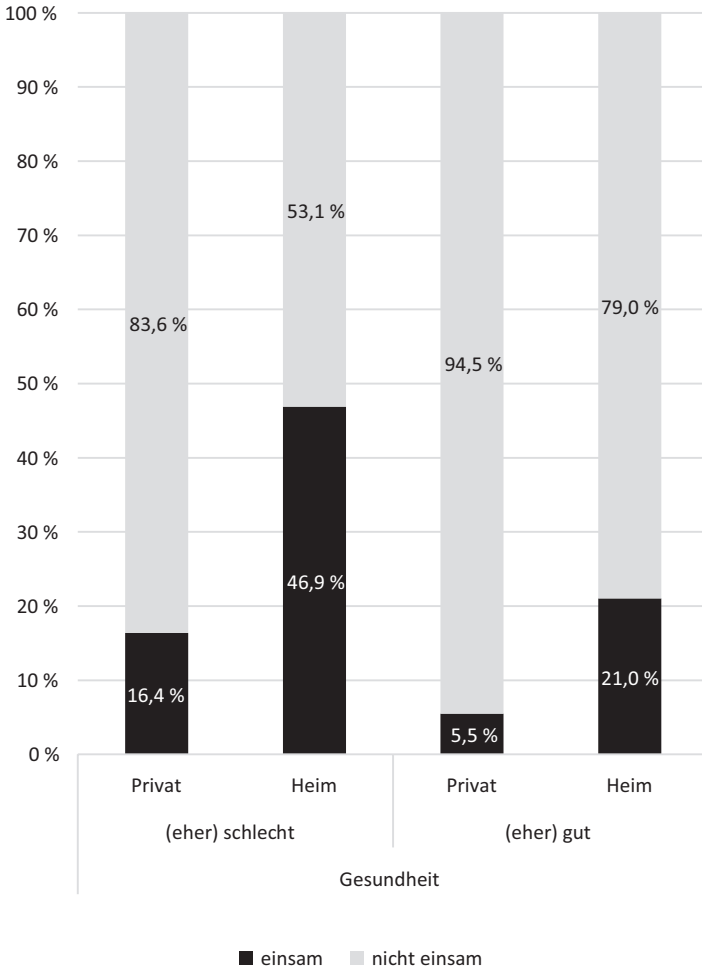


Abb. 17 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Wohnform und Gesundheit

über 14,2 % bei niedriger Bildung. In Heimen sind die Einsamkeitsraten deutlich höher, sinken jedoch über Bildungsgruppen hinweg auch von 38,9 % auf 32,8 %. Hochaltrige Menschen, die in Heimen wohnen, ihre Gesundheit subjektiv jedoch als gut bewerten, weisen ein gegenüber Menschen mit schlechterer Gesundheit mehr als halbiertes Risiko für Einsamkeit auf (21,0 % versus 46,9 %, s. Abb. 17). Bei Privatwohnenden sind die beobachteten Unterschiede je nach eingeschätzter Gesundheit relativ betrachtet sogar noch etwas deutlicher (5,5 % versus 16,4 %). Auch hier gibt die statistische Testung jedoch keinen Hinweis auf einen bedeutsamen spezifischen Puffereffekt des Gesundheitsstatus auf die zwischen Heimen und Privathaushalten gefundenen Einsamkeitsunterschiede.

Fazit

Die Ergebnisse der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ D80+ geben Aufschluss über das Einsamkeitsempfinden hochaltriger Menschen in Deutschland vor dem Hintergrund des Pandemiegeschehens Ende 2020/Anfang 2021. Aufgrund der hohen Befragungsbeteiligung konnte eine differenzierte Betrachtung besonders von Einsamkeit betroffener oder besonders gut davor geschützter Personen innerhalb der sehr heterogenen Gruppe der Hochaltrigen vorgelegt werden. Auf Grundlage dieser deskriptiven Befunde und unter Berücksichtigung ausgewählter Konstellationen von Risiko- und Schutzfaktoren, kann ein möglicher Interventionsbedarf identifiziert und spezifisch konzipiert werden.

Die unter dem Eindruck der zweiten und dritten Welle der **Coronapandemie** erhobenen Daten weisen eine Einsamkeitsrate in der hochaltrigen Bevölkerung von 12,1 % aus. Der Anteil einsamer alter Menschen wird damit als ungefähr doppelt so hoch eingeschätzt wie noch vor der Pandemie (NRW80+ 2017/2018: 6,1 %; SOEP 2013: 5 %). In der Gruppe derjenigen sehr alten Menschen, die keine oder nur wenige Veränderungen in ihren sozialen Kontakten durch die Pandemie erfahren haben, war der Anteil einsamer Personen dabei mit dem vor-pandemischen Niveau annähernd vergleichbar hoch. Besonders viele Maßnahmen zur Einschränkung der Pandemie, ein höheres Risiko für eine eigene Erkrankung mit COVID-19, sowie besonders deutliche wahrgenommene Veränderungen im Bereich privater Kontakte wurden für die Population älterer Menschen in Heimen aus den Daten der D80+ bereits im ersten Kurzbericht (Hansen et al. 2021) beschrieben. Der vorliegende Bericht zeigt, dass diese Gruppe auch mit Blick auf Einsamkeitsfolgen der Pandemie besonders vulnerabel ist.

Die Gruppe der hochaltrigen Menschen ist in unterschiedlichen Kohorten oder **Teilgruppen verschiedenen Alters** sehr heterogen, was ihre sozialen und persönlichen Ressourcen betrifft. Zusammenfassend lässt sich der deutliche Risikofaktor „Lebensalter“ durch die betrachteten sozialen Risikofaktoren und persönlichen Ressourcenlagen aber nur zu einem Teil „aufklären“. Eine Partnerschaft im hohen Lebensalter kann nach den referierten Befunden aber signifikant zu einer Verringerung von Altersunterschieden beitragen. Weitere theoretisch diskutierte Schutzfaktoren wie hohe Bildung, ein großes Netzwerk oder gute Gesundheit zeigen sich auch bei einer altersdifferenzierten Betrachtung durchgängig als bedeutsam, nehmen aber wenig Einfluss auf den „Altersgang“ von Einsamkeit in dieser späten Lebensphase.

Die beobachteten deutlichen **Geschlechtsunterschiede** im Einsamkeitsrisiko zuungunsten der Frauen lassen sich hingegen mitunter vollständig durch die vielfältig schlechteren Lebenslagen von sehr alten Frauen gegenüber Männern – und hier insbesondere die geringere Wahrscheinlichkeit einer Partnerschaft – erklären, sodass auch in dieser Studie Geschlecht an und für sich keinen zentralen Faktor darzustellen scheint. Es bleibt aber festzuhalten, dass sehr alte Frauen zu denjenigen Gruppen älterer Menschen gehören, die – selbst bei einer konstatierten großen Resilienz sehr alter Menschen und einer in der öffentlichen Wahrnehmung häufig

überschätzten Einsamkeitsproblematik im Alter – tatsächlich in hohem Maße von Einsamkeit betroffen sind und deren Folgen erfahren. Bekannte Schutzfaktoren wie eine hohe Bildung zeigen sich bei älteren Frauen als weniger effektiv bei der Vermeidung von Einsamkeitsgefühlen als bei Männern. Erfahrungen zu Interventionen zur Vermeidung von sozialer Isolation und Einsamkeit wurden bislang überwiegend für vergleichsweise „fitter“ Personen vorgelegt und müssten nach den Befunden der vorliegenden Studie voraussichtlich stärker auf mobilitätsbeeinträchtigte oder technikdistante Personengruppen angepasst werden.

Die im Vergleich zu Privathaushalten gefundene deutlich höhere Prävalenz von **Einsamkeit in Heimen** (35,5 % gegenüber 9,5 %) repliziert Befunde aus einer vorangegangenen Hochaltrigenstudie in Nordrhein-Westfalen (Wooßen et al. 2018), wengleich auch möglicherweise coronabedingt auf deutlich höherem Niveau. Auch hier können aus den vorliegenden Querschnittsdaten lediglich Hinweise darauf gewonnen werden, ob Einsamkeit eine Folge von Institutionalisierung ist. Es ist möglich, dass das höhere Einsamkeitsniveau lediglich Ausdruck der bereits zuvor durch fehlende (familiäre oder partnerschaftliche) Unterstützungsstrukturen oder gesundheitliche Einbußen der sozialen Teilhabe bedingten Einsamkeit ist. Der Heimkontext scheint jedoch in kontrollierten Analysen auch über den in der Regel schlechteren Gesundheitszustand hinaus durch spezifische Risikofaktoren für Einsamkeit bestimmt. Hier spielen wahrscheinlich auch die aktuellen Entwicklungen im Kontext der Coronapandemie eine Rolle: Gerade in der Gruppe der Heimbewohner:innen gab es im Befragungszeitraum systematisch spezifische Kontaktbeschränkungen. So lag beispielsweise die Einsamkeitsprävalenz in Heimen am höchsten bei Bewohner:innen mit einem mittelgroßen sozialen Netzwerk. Generalisierende Aussagen müssen darum, und weil sich insbesondere gesundheitlich stark beeinträchtigte Personen wahrscheinlich seltener an der schriftlichen Befragung beteiligen konnten, umsichtig erfolgen. Ebenso vorsichtig müssen derzeit Empfehlungen zur Reduzierung von Einsamkeitsgefühlen von älteren Menschen in Pflegeheimen bleiben, da in früheren Übersichtsarbeiten identifizierte geeignete Interventionen insbesondere Gruppensettings und Tierbesuchsdienste vorsehen (Terwiel und Wolff 2019). Alle in diesem Bericht betrachteten Risiko- und Schutzfaktoren im sozialen und persönlichen Bereich haben sich auch bei einer nach Wohnform differenzierten Betrachtung als substantiell erwiesen. Aus den vorliegenden Daten gibt es daher keine Hinweise darauf, dass Heimbewohner in einer anderen Weise als Personen in Privathaushalten mit Blick auf Einsamkeit von Partnerschaft, großem Netzwerk, hoher Bildung oder guter subjektiver Gesundheit profitieren würden.

Die Befunde der D80+ bestätigen zentrale Ergebnisse eines ersten systematischen Überblicks zum Einsamkeitserleben sehr alter Menschen in Deutschland (Luhmann und Bückler 2019) und zu kombinierten Bedingungsfaktoren speziell im Populationssegment der Über-80-Jährigen. Zum Einfluss des persönlichen Schutzfaktors **Bildung** auf das Einsamkeitserleben lagen bislang widersprüchliche Befunde vor. Die Befunde der D80+ sprechen dafür, dass höhere Bildung protektiv wirkt oder wenigstens mit weiteren Schutzfaktoren assoziiert ist. Beispielsweise zeigen sich in der Gruppe der gegenwärtig 80 Jahre alten oder älteren Menschen

starke Geschlechterungleichheiten im formalen Bildungsniveau zugunsten von hochaltrigen Männern, die auch ökonomisch, gesundheitlich und mit Blick auf informelle Unterstützungsstrukturen weitere bekannte Schutzfaktoren vor Einsamkeit aufweisen (vgl. bisherige Kurzberichte D80+ Fey und Wagner 2021; Zimmermann et al. 2022).

Auch die Bedeutung des Schutzfaktors **Partnerschaft** für die Vermeidung von Einsamkeitsgefühlen konnte in dieser Studie untermauert werden. So fühlen sich weniger als 4 % der Personen mit Partnerschaft einsam, während dieser Anteil bei älteren Menschen ohne Partner:in mehr als viermal so hoch ist. Dabei muss berücksichtigt werden, dass insbesondere sehr alte Frauen häufig keinen Partner oder keine Partnerin (mehr) haben, häufiger allein wohnen und einen großen Anteil der in Heimen versorgten sehr alten Menschen repräsentieren. Ältere Männer und Frauen scheinen dabei mit Blick auf Einsamkeitsgefühle in vergleichbarem Ausmaß zu profitieren. Dagegen zeigen sich auch in bestehenden Partnerschaften in der späten Lebensphase eine querschnittliche Zunahme des Anteils von einsamen Menschen über Altersgruppen hinweg. Mögliche Gründe hierfür können einerseits geteilte Risiken für soziale Teilhabe durch schlechten Gesundheitsstatus sein, beispielsweise durch die familiäre Pflege (Pinquart und Sörensen 2001). Andererseits könnten auch geringere Vorteile aus Beziehungen mit getrennt wohnenden Partner:innen (beispielsweise durch Institutionalisierung) als Grund angeführt werden (Mauritz und Wagner 2021; Schmitz et al. 2021).

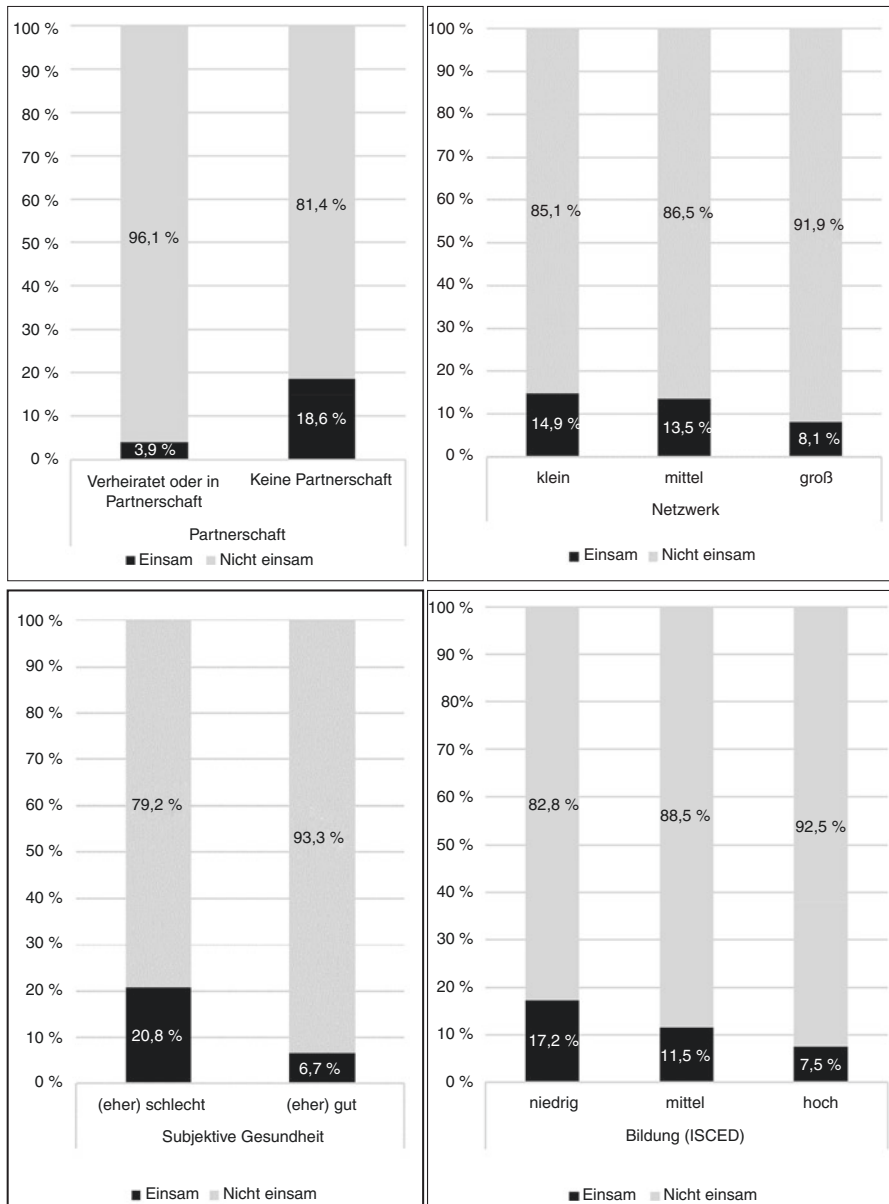
Insbesondere größere **soziale Netzwerke** (i.S. subjektiv bedeutsamer Personen) sind nach den Ergebnissen dieser Studie mit einem geringeren Einsamkeitsrisiko verknüpft. Dabei waren es nicht in allen Bevölkerungsgruppen diejenigen Personen mit den kleinsten sozialen Netzwerken, die auch am häufigsten einsam waren: Heimbewohner:innen und die ältesten Befragten (90+) waren trotz mittlerer Netzwerkgröße häufiger einsam. Leider war es im Rahmen der schriftlichen Befragung nur eingeschränkt möglich, auch Unterschiede in der Qualität von sozialen Kontakten zu erfassen. Fragen des sozialen Zusammenhaltes insbesondere in der außergewöhnlichen Pandemiesituation nahmen zum Erhebungszeitpunkt einen wichtigen Stellenwert für viele der befragten hochaltrigen Menschen ein. Auch wenn die Befunde auf ein in vielen Gruppen hochaltriger Menschen aktuell höheres Niveau von Einsamkeitsgefühlen verweisen, wurden insbesondere mit Blick auf gesellschaftliche Wertschätzung, Vertrauen in die Nachbarschaft oder internet-gestützte Angebote mitunter auch positive Veränderungen berichtet (Hansen et al. 2021). Letzteres bestätigt eine Einschätzung aus der umfassenden Bestandsaufnahme von Luhmann und Bücker (2019), nach der sich selbst in der Gruppe der sehr alten Menschen durch Förderung einer Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) und Internet erfolgreiche Maßnahmen zur Vorbeugung von Einsamkeit umsetzen lassen sollten.

Mit Blick auf die beiden zentralen Fragestellungen dieses Berichtes zeigen sich (a) im hohen Alter deutliche Alters-, Geschlechts- und Wohnortunterschiede in der Einsamkeit zuungunsten von älteren Gruppen, Frauen und Menschen in Heimen. Dabei lassen sich Einsamkeitsunterschiede durch (b) Schutz- und Risikofaktoren wie soziale Einbettung und persönliche Ressourcen wie Bildung und Gesundheit wenigstens zum Teil „erklären“. Insbesondere kann der Einsamkeitsunterschied zwischen Männern und Frauen durch die Partnerlosigkeit vieler älterer Frauen erklärt werden. Auch Altersunterschiede in der Einsamkeit sind durch den Partnerschaftsstatus– zuungunsten v.a. partnerloser jüngerer Hochaltriger – mitbestimmt. Frauen scheinen mit Blick auf Einsamkeit in geringerem Maße von hoher Bildung zu profitieren.

Dieser Kurzbericht fokussiert mit dem subjektiven Einsamkeitsgefühl eine wesentliche Determinante der erlebten Lebensqualität sehr alter Menschen. Die Befunde haben gezeigt, dass Einsamkeitsgefühle im Alter mit der Netzwerkgröße und weiteren Schutz- und Risikofaktoren kovariieren, die u. a. auch ein höheres Ausmaß an sozialen Kontakten nahelegen. Gleichzeitig handelt es sich bei Einsamkeitsgefühlen und sozialer Isolation um auch theoretisch nur teilweise überlappende Konzepte. Einen detaillierten Überblick zur sozialen Eingebundenheit und sozialen Unterstützung im hohen Alter in Deutschland wird der nachfolgende fünfte Kurzbericht aus D80+ geben (Wenner et al. [2022](#)).

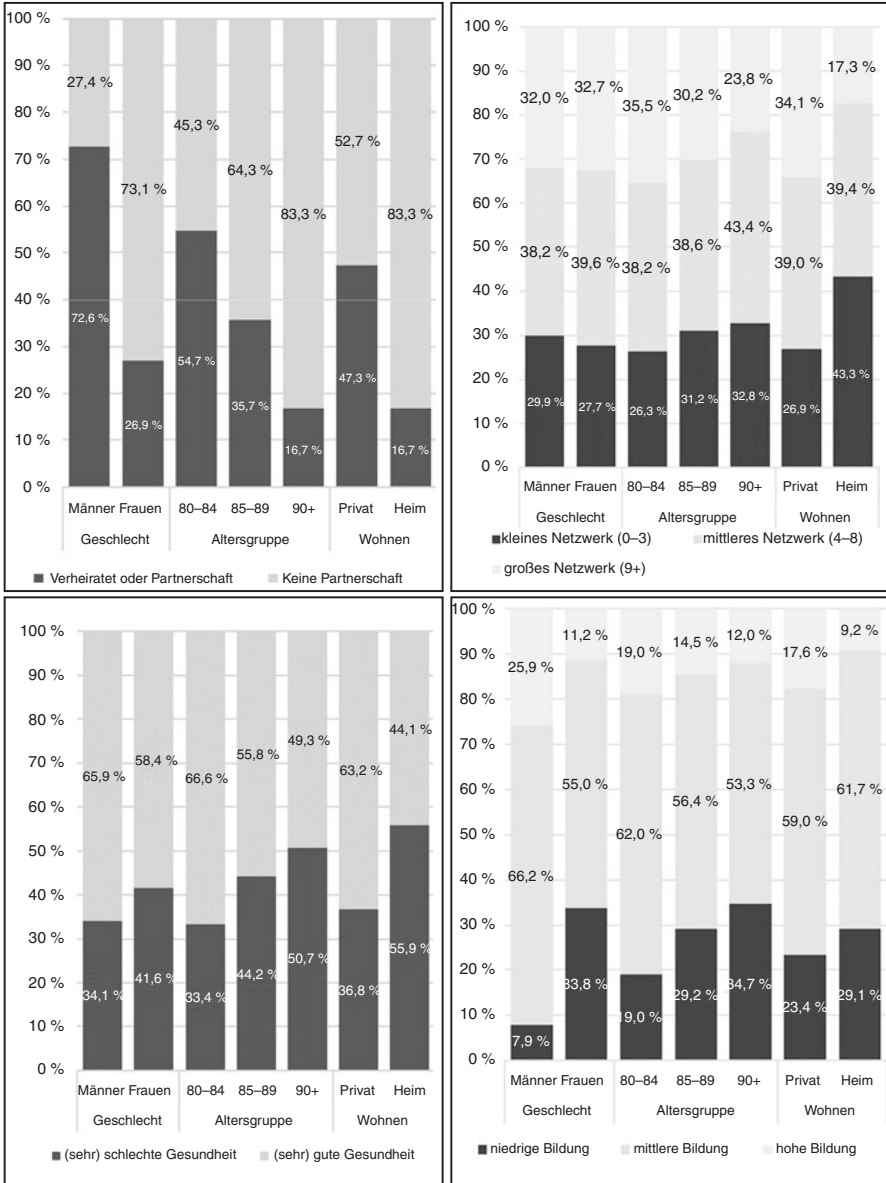
Anhang 1

Haupteffekte der persönlichen Ressourcen und sozialen Schutz-/ Risiko-Faktoren für Einsamkeit.



Anhang 2

Verteilung persönlicher Ressourcen und sozialer Schutz-/ Risiko-Faktoren in Bevölkerungsgruppen.



Literatur

- Böger A, Huxhold O (2018) Do the antecedents and consequences of loneliness change from middle adulthood into old age? *Dev Psychol* 54(1):181–197. <https://doi.org/10.1037/dev0000453>
- Böger A, Wetzel M, Huxhold O (2017) Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel*. Springer Fachmedien, S 273–285. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_18
- Bücker S, Lembcke H, Hinz M (2019a) *Prädiktoren von Einsamkeit und sozialer Isolation im hohen Alter*. Ruhr-Universität Bochum. <https://doi.org/10.13154/294-6397>
- Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Goldberg S (2009) Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *Int Psychogeriatr* 21(6):1160–1170. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990974>
- Dykstra PA (2009) Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing* 6(2):91–100. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>
- Entringer T, Kröger H, Schupp J, Kühne S, Liebig S, Goebel J, Grabka MM, Graeber D, Kroh M, Schröder C, Seebauer J, Zinn S (2020) Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEP The Socio-Economic Panel. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791307.de/diw_sp1087.pdf. Zugegriffen am 27.03.2023
- Ferreira-Alves J, Magalhães P, Viola L, Simoes R (2014) Loneliness in middle and old age: demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Arch Gerontol Geriatr* 59(3):613–623. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.06.010>
- Fey J, Wagner M (2021) Das Einkommen der Hochaltrigen in Deutschland. D80+ Kurzberichte: Bd. 2. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health
- Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M (2020) What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 49(5):748–757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>
- Hansen S, Schäfer N, Kaspar R (2021) Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen. D80+ Kurzberichte: Bd. 1. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health
- Hawkey LC, Cacioppo JT (2010) Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med* 40(2):218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci* 10(2):227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Huxhold O, Engstler H (2019) Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel C, Wettstein M, Tesch-Römer C (Hrsg) *OPEN. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Älterwerden im sozialen Wandel*. Springer Fachmedien, S 71–89. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_5
- Huxhold O, Tesch-Römer C (2021) Einsamkeit steigt in der Coronapandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Krasko J, Kirchdörfer A (2019) *Konsequenzen von Einsamkeit und sozialer Isolation im hohen Alter*. Ruhr-Universität Bochum. <https://doi.org/10.13154/294-6398>
- Lasgaard M, Friis K, Shevlin M (2016) “Where are all the lonely people?” A population-based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 51(10):1373–1384. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1279-3>
- Liebig S, Buchinger L, Entringer T, Kühne S (2020) Ost- und Westdeutschland in der Corona-Krise: Nachwendegeneration im Osten erweist sich als resilient. DIW Wochenbericht. Berlin. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2020-38-5
- Luhmann M, Bücker S (2019) Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter. Vorab-Onlinepublikation. [https://doi.org/10.13154/294-6373\(2307KB\)](https://doi.org/10.13154/294-6373(2307KB))

- Maes M, Qualter P, Vanhalst J, van den Noortgate W, Goossens L (2019) Gender differences in loneliness across the lifespan: a meta-analysis. *Eur J Personal* 33(6):642–654. <https://doi.org/10.1002/per.2220>
- Mauritz S, Wagner M (2021) LAT relationships: a new living arrangement among the oldest old population in Germany? *Demogr Res* 44, Artikel 14, 349–362. <https://doi.org/10.4054/Dem-Res.2021.44.14>
- Mund M, Freuding MM, Möbius K, Horn N, Neyer FJ (2020) The stability and change of loneliness across the life span: a meta-analysis of longitudinal studies. *Personal Soc Psychol Rev Off J Soc Personal Soc Psychol Inc* 24(1):24–52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>
- Perlman D, Peplau LA (1982) Theoretical approaches to loneliness. In: Peplau L, Perlman D (Hrsg) *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*. Wiley, Hoboken, S 123–134
- Pinquart M, Sörensen S (2001) Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Appl Soc Psychol* 23(4):245–266
- Prieto-Flores M-E, Forjaz MJ, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Martinez-Martin P (2011) Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health* 23(1):177–194. <https://doi.org/10.1177/0898264310382658>
- Qualter P, Vanhalst J, Harris R, van Roekel E, Lodder G, Bangee M, Maes M, Verhagen M (2015) Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci* 10(2):250–264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- Schmitz W, Mauritz S, Wagner M (2021) Social relationships, living arrangements and loneliness. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):120–125. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01960-1>
- Terwiel S, Wolff K (2019) Vorbeugung und Bekämpfung von Einsamkeit und sozialer Isolation im hohen Alter. Ruhr-Universität Bochum. <https://doi.org/10.13154/294-6400>
- Tesch-Römer C, Huxhold O (2019) Social isolation and loneliness in old age. In: Braddick O (Hrsg) *Oxford research encyclopedia of psychology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.335>
- Tesch-Römer C, Wiest M, Wurm S, Huxhold O (2013) Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). *Z Gerontol Geriatr* 46(3):237–241. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0359-6>
- Wenner J, Albrecht A, Wagner M (2022) Soziales Netz und soziale Unterstützung. D80+ Kurzberichte, Bd 5. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln
- Woopon C, Rietz C, Wagner M, Zank S, Kaspar R, Geithner L, Janhsen A, Neise M, Schmitz W (2018) NRW80+ Hochaltrigenstudie: Erste Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln
- Zebhauser A, Baumert J, Emeny RT, Ronel J, Peters A, Ladwig KH (2015) What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Aging Ment Health* 19(9):773–780. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.977769>
- Zimmermann J, Brijoux T, Zank S (2022) Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter. D80+ Kurzberichte, Bd 2. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Soziale Eingebundenheit



Judith Wenner, Andrea Albrecht, Nicole Schäfer und Michael Wagner

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde im Rahmen der bundesweiten Studie „Hohes Alter in Deutschland“ eine schriftliche Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Das vorliegende Kapitel beschreibt die soziale Einbindung der Hochaltrigen. Hierbei werden besonders betrachtet: die Größe des sozialen Netzwerks, die Lebens- bzw. Wohnform, die sozialen Kontakte mit Verwandten, Freund:innen und Bekannten sowie der Erhalt sozialer Unterstützung.

Die meisten Hochaltrigen sind sozial gut eingebunden. 90,9 % haben mindestens zwei Bezugspersonen, die ihnen wichtig sind. 40,5 % verbringen häufig Zeit mit Verwandten, Freund:innen und Bekannten und weitere 37,4 % zumindest manchmal.

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im März 2022 als Kurzbericht Nummer 5 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

J. Wenner (✉)

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health & Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland
E-Mail: judith.wenner@uni-koeln.de

A. Albrecht · N. Schäfer

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland
E-Mail: andrea.albrecht@uni-koeln.de; nicole.schaefer@uni-koeln.de

M. Wagner

Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland
E-Mail: mwagner@wiso.uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_6

Es gibt große Unterschiede in der sozialen Eingebundenheit hochaltriger Menschen. Der Anteil der Personen, die weniger als zwei Bezugspersonen nennen, ist bei Hochaltrigen ab 85 Jahren, bei Männern, bei Heimbewohner:innen und bei Personen mit niedriger formaler Bildung vergleichsweise hoch. Mehr als ein Drittel der Heimbewohner:innen verbringen selten oder nie Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten, während dies von den Personen in Privathaushalten nur etwas mehr als ein Fünftel angibt.

Nicht alle Menschen im hohen Alter erhalten häufig soziale Unterstützung. Besonders häufig erhalten Menschen im Alter von 90 Jahren und älter, Frauen, Heimbewohner:innen, Personen mit geringer formaler Bildung und Menschen mit Migrationserfahrung soziale Unterstützung.

Allein leben 44,5 % der Hochaltrigen, in Mehr-Personen-Haushalten 44,3 % der Hochaltrigen und 11,2 % leben im Heim. Hochaltrige in Mehr-Personen-Haushalten wohnen überwiegend mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen (76,7 %). 13,0 % aller Hochaltrigen in Mehr-Personen-Haushalten wohnen mit (mindestens) einem ihrer Kinder zusammen.

Frauen wohnen im hohen Alter sehr viel häufiger allein als Männer. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen im hohen Alter seltener in einer Partnerschaft leben.

Die Coronapandemie hat die soziale Einbindung von Menschen im hohen Alter verändert. Veränderungen der privaten Kontakte während der Coronapandemie werden überwiegend als negativ bewertet. Heimbewohner:innen erlebten die Veränderungen als besonders stark und auch besonders häufig als eindeutig negativ. Hochaltrige mit einem großen Netzwerk und häufiger sozialer Unterstützung berichten von stärkeren Veränderungen als Hochaltrige mit einem kleineren Netzwerk und seltener sozialer Unterstützung.

Einleitung

Die soziale Eingebundenheit alter und sehr alter Menschen wurde in älteren soziologischen Studien als zunehmende strukturelle Isolation (Parsons 1943), Rollenlosigkeit (Rosow 1967), Desozialisation (König 1965) oder Disengagement (Cumming und Henry 1961) gekennzeichnet (Wagner et al. 1996). Allerdings konnten sich diese Sichtweisen, die unser Bild vom Alter nachhaltig geprägt haben, nicht auf eine angemessene empirische Grundlage stützen. Mit diesem Beitrag verfolgen wir nicht nur das Ziel, diese empirische Lücke deutlich zu verkleinern, sondern wir wollen auch die sozialstrukturellen Bedingungen sozialer Eingebundenheit im hohen Alter näher beschreiben.

Soziale Eingebundenheit lässt sich nicht auf einen Aspekt reduzieren. Unterschieden wird im Allgemeinen zwischen eher objektiven Maßstäben (u. a. Wohnform oder Partnerschaft) und subjektiven Maßstäben (u. a. Einsamkeit) sowie zwischen strukturellen Aspekten sozialer Eingebundenheit (u. a. Netzwerkgröße, Kontakthäufigkeit) und funktionalen Aspekten sozialer Eingebundenheit (u. a. soziale Unterstützung). Bei

den funktionalen und strukturellen Aspekten liegt – auch abhängig von der Art der Erhebung – ein unterschiedliches Maß an Subjektivität vor. Um soziale Eingebundenheit im hohen Alter in seiner Vielfältigkeit abzudecken, können diese sehr unterschiedlichen Aspekte berücksichtigt werden (Valtorta et al. 2016; Zavaleta et al. 2017).

Das soziale Netzwerk im hohen Alter hat sich im Lebenslauf konstituiert und sich wie bei einem sozialen Konvoi bis ins hohe Alter bewegt (Kahn und Antonucci 1980). Es sind vor allem enge soziale Beziehungen und solche mit Gleichaltrigen und Jüngeren, die dann das soziale Netzwerk der sehr alten Menschen ausmachen (Wagner et al. 1996). In Abhängigkeit von der Häufigkeit des Kontakts und der Qualität der Beziehung können Partnerschaften, Verwandtschaften und auch Freundschaften Unterstützung bieten und das subjektive Wohlbefinden befördern (Ellwardt und Hank 2019; Pinquart und Sörensen 2000). Regelmäßige soziale Kontakte sind zudem mit einer besseren gesundheitlichen Lage assoziiert (Hawton et al. 2011; Huxhold et al. 2013; Netuveli et al. 2006). Soziale Beziehungen können bei der Verarbeitung kritischer Lebensereignisse hilfreich sein (Antonucci et al. 2014; Cohen und Wills 1985) oder dazu beitragen, kognitive Fähigkeiten zu erhalten (Crooks et al. 2008; Holtzman et al. 2004). Während von diesen Befunden die positiven Seiten sozialer Beziehungen herausgestellt werden (Unterstützung, Zuneigung), darf nicht unbeachtet bleiben, dass soziale Beziehungen auch zu erheblichen Belastungen für die Interaktionspartner (Kritik, Konflikt) führen können (Antonucci et al. 2014). So kann sich die Beziehung zur Partner:in mit zunehmendem Alter auch verschlechtern. Als Gründe wird unter anderem die fehlende Kontrolle über die Kontakthäufigkeit bei zusammenlebenden Partner:innen angenommen (Akiyama et al. 2003).

Im hohen Alter werden enge und emotional nahstehende Personen wichtiger (Carsensen 1995). Empirische Analysen auf Basis des Sozioökonomischen Panels von Personen im Alter von 17–85 Jahren stützen diese Überlegungen: Während die Kontakthäufigkeit zu Familienmitgliedern eher nicht mit dem Alter variiert, nahm die Kontakthäufigkeit zu Freund:innen und Bekannten mit dem Alter ab (Sander et al. 2017). Hinzu kommt, dass etwa ein Drittel der Personen in Privathaushalten über 65 Jahre allein lebt. Der Anteil der Alleinlebenden nimmt – besonders bei den Frauen – mit dem Alter deutlich zu und liegt bei den Ab-90-Jährigen bei etwa 67,0 % (Tesch-Römer und Engstler 2020). Entscheidend für die Zunahme der Ein-Personen-Haushalte ist die mit dem Alter zunehmende Partnerlosigkeit. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass mit dem Alter auch der Anteil der Personen zunimmt, die zwar in einer Partnerschaft leben, aber nicht mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin in einer gemeinsamen Wohnung zusammenleben (Mauritz und Wagner 2021). Familiäre Beziehungen und Unterstützung lassen sich dabei nicht auf partnerschaftliche Kontakte reduzieren, sondern schließen auch die Beziehungen zu Kindern oder Enkelkindern mit ein. Dabei sagt das Vorhandensein von (Enkel-)Kindern noch nichts über die Wichtigkeit, Verbundenheit oder Unterstützung aus, die diese Beziehung ausmacht (Bengtson 2001; Roberts et al. 2014). Kinder (vor allem Töchter) sind dabei wichtige Pflege- und Unterstützungspersonen für ihre hochaltrigen Eltern (Klaus und Mahne 2019; Wagner et al. 2010).

Eine differenzierte Betrachtung hilft, Teilgruppen der hochaltrigen Bevölkerung zu identifizieren, die jeweils in hohem Maße oder aber nur sehr wenig auf soziale Beziehungen und Unterstützung als Ressourcen zurückgreifen können: Analysen, die nach **Geschlecht** differenzieren, finden in der Regel Unterschiede, die auf häufigere soziale

Kontakte und größere Netzwerke von Frauen im Vergleich zu Männern hinweisen – sowohl innerhalb der Familie als auch darüber hinaus (Sander et al. 2017; Schwartz und Litwin 2019). Frauen ist zudem ihre Rolle als Großmutter wichtiger als den Männern ihre Großvaterrolle (Mahne und Klaus 2017). Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung sind Frauen im hohen Alter häufiger als Männer auf nicht-partnerschaftliche Kontakte angewiesen (Schwartz und Litwin 2019), wobei sich die Verwitwung auch bei Frauen kontinuierlich ins höhere Alter verschiebt (Klaus und Mahne 2019).

Personen mit höherem **Bildungsniveau** haben größere soziale Netzwerke (Mewes 2010). Bildung hat in erster Linie einen mittelbaren Einfluss auf soziale Kontakte. Personen mit höherer formaler Bildung sind – nicht zuletzt auch aufgrund besserer Gesundheit – im Alter häufiger ehrenamtlich engagiert und gehen unterschiedlicheren Aktivitäten nach, was ihre Möglichkeit erhöht, verschiedene soziale Kontakte einzugehen und zu pflegen (Simonson und Vogel 2019). Je höher das Bildungsniveau ist, desto größer ist die Wohndistanz zu den Kindern. Dies verringert zwar die Möglichkeit praktischer Unterstützung durch die Kinder (Klaus und Mahne 2017), jedoch nicht unbedingt die Kontakthäufigkeit oder die Enge der Beziehung zwischen den Generationen (Mahne und Huxhold 2017).

Der Umzug in ein **Pflegeheim** ist mit räumlicher Mobilität verbunden, die auch soziale Beziehungen beeinflusst. Nachbarschaftliche oder freundschaftliche Kontakte können nicht immer im gleichen Maße weitergeführt werden und wenn der Umzug ins Heim durch gesundheitliche Einschränkungen ausgelöst wurde, fallen gegebenenfalls auch weitere Aktivitäten weg. Umgekehrt können sich im Heim neue Kontakte ergeben und Isolationen beenden. In einer internationalen Studie wurden die Möglichkeiten und Hindernisse für die soziale Partizipation in Senioreneinrichtungen in Kanada, Norwegen und Deutschland analysiert. Ihre Ergebnisse zeigen, dass eine gute soziale Eingebundenheit von mehreren Faktoren abhängt. Die sozialräumliche Lage der Senior:inneneinrichtung und die Größe der Räumlichkeiten bestimmen, inwiefern die Bewohner:innen Kontakt außerhalb des Heims pflegen und Besuch von außen empfangen. Ein Personalmangel kann die soziale Eingebundenheit ebenfalls beeinflussen. Wenig Personal führt zu einer geringeren Auswahl an Aktivitäten innerhalb der Senioreneinrichtung, wodurch Bewohner:innen im Alltag weniger beschäftigt und sozial eingebunden sind. Ein Angebot geschlechts- und kulturspezifischer Aktivitäten erleichtert die Teilnahme und trägt somit zur sozialen Eingebundenheit verschiedener Subgruppen bei. Erfahrungen zeigen, dass beispielsweise Männer und Personen unterschiedlicher kultureller Herkunft speziell auf sie ausgerichtete Angebote verstärkt annehmen (Lowndes et al. 2021).

Die Erwartungen hinsichtlich sozialer Eingebundenheit für Menschen mit und ohne **Migrationserfahrung** im Alter sind je nach theoretischer Perspektive unterschiedlich. Nach der sogenannten Solidaritätsthese wird angenommen, dass sich Familienbeziehungen nach der Einwanderung intensivieren (Vogel 2012). Ein Grund dafür könnten geringere Alternativen beim Aufbau sozialer Beziehungen und beim Erhalt von Unterstützungsleistungen sein (Vogel 2012). Personen mit Migrationserfahrung leben häufiger in einer Partnerschaft und in Mehr-Personen-Haushalten und haben häufiger Geschwister, was direkt Einfluss auf ihre sozialen Kontakte und die Möglichkeit sozialer Unterstützung hat (Baykara-Krumme et al. 2012; Blum 2021; Hoffmann und Romeu Gordo 2016). Ältere Migrant:innen leben

häufiger mit ihren Kindern zusammen als Nicht-Migrant:innen (Klaus und Baykarakrumme 2017). Für 50-jährige und ältere Migrant:innen in Europa, die Kinder haben, konnte eine höhere Kontakthäufigkeit (persönlich, telefonisch oder schriftlich) zum Kind nachgewiesen werden als für die einheimische Bevölkerung (Bordone und Valk 2016). Im Gegensatz dazu nimmt die Entsolidarisierungsthese an, dass Familienbeziehungen nach der Einwanderung an Bedeutung verlieren. Die Solidarität zwischen den Generationen wird durch Familientrennungen aufgrund der räumlichen Distanz gelockert sowie durch innerfamiliäre Konflikte belastet, die durch unterschiedlich starke Anpassungen der Generationen an die Einstellungen im Zielland entstehen. Inwiefern dies für Hochaltrige im Alter von über 80 Jahren zutrifft, wurde jedoch nicht empirisch geprüft (Vogel 2012).

Unterschiede in den Lebenslagen und der sozialen Eingebundenheit zwischen **Ost- und Westdeutschland** spiegeln unter anderem verschiedene demografische und sozialstrukturelle Kontexte wider. Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys konnten zeigen, dass ältere Menschen in strukturschwachen Regionen – zu denen viele Gebiete in Ostdeutschland zählen – weniger soziale Aktivitäten und kleinere soziale Netzwerke hatten (Wiest et al. 2015). Auch die unterschiedliche Ausgestaltung der Kleinkinderbetreuung macht sich bemerkbar: In Westdeutschland sind Großeltern häufiger in die Betreuung der Enkelkinder eingebunden als in Ostdeutschland (Mahne und Klaus 2017).

Die **Coronapandemie** und die damit verbundenen Kontaktbeschränkungen könnten erheblichen Einfluss auf die sozialen Beziehungen gehabt haben. Erste empirische Untersuchungen zeigen zum Beispiel, dass sich das Einsamkeitsempfinden in allen Altersgruppen während der Coronapandemie erhöht hat (Berger et al. 2021; Huxhold und Tesch-Römer 2021). Angesichts der Besuchsverbote und der hohen Infektionsraten in Altenpflegeheimen ist von deutlichen Auswirkungen auf die sozialen Kontakte insbesondere unter Heimbewohner:innen auszugehen (Wolf-Ostermann und Rothgang 2020). Doch auch für pflegebedürftige Personen, die zuhause von ihren Angehörigen oder von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, hat die Coronapandemie Belastungen und Einschränkungen mit sich gebracht (Gaertner et al. 2021; Wolf-Ostermann und Rothgang 2020). Eine Befragung von 500 Personen im Alter zwischen 75 und 100 Jahren im September und Oktober 2020 kam zu dem Ergebnis, dass viele Hochaltrige ihre Kontakte deutlich eingeschränkt haben. Die Einschränkungen betrafen dabei insbesondere öffentliche Veranstaltungen bzw. Orte und weniger die Kontakte zur (engeren) Familie (Horn und Schewpe 2020).

Ziel

Ziel des Kapitels ist es, die soziale Eingebundenheit Hochaltriger in Deutschland zu beleuchten. Mit den D80+-Daten liegen erstmals deutschlandweit ausführliche Informationen zu den sozialen Beziehungen Hochaltriger vor, die differenziert nach verschiedenen Kontextmerkmalen analysiert werden können. Grundlage der Analysen sind die Angaben von 10.372 Hochaltrigen, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben. Da die Befragung während der Coronapandemie stattgefunden hat, spiegeln die Ergebnisse insbesondere auch die Situation Hochaltriger während der Coronapandemie wider. Die soziale Eingebundenheit wird dabei anhand der Wohnform, des Partnerschaftsstatus, der Größe des sozialen Netzwerkes, der Häufigkeit

sozialer Kontakte und der sozialen Unterstützung analysiert. Berücksichtigt wurde auch die subjektive Veränderung sozialer Kontakte während der Coronapandemie.

Methoden

Als objektive Maße sozialer Eingebundenheit werden die Lebens- oder Wohnform und der Partnerschaftsstatus analysiert. Bei der Lebens- oder Wohnform wird zwischen Ein-Personen-Haushalt, Mehr-Personen-Haushalt und dem Wohnen in einem Heim unterschieden. Für einige Auswertungen werden auch lediglich alle Personen in Privathaushalten der Heimbevölkerung gegenübergestellt. Für Mehr-Personen-Haushalte wurde zudem erhoben, wer neben den Hochaltrigen noch im Haushalt lebt. Die genannten Personen wurden in vier Kategorien zusammengefasst (Mehrfachnennungen möglich): wohnt mit Partner:in zusammen, wohnt mit (mindestens einem) Kind zusammen, wohnt mit weiteren Verwandten zusammen und wohnt mit Nicht-Verwandten zusammen. Beim Partnerschaftsstatus werden sowohl verheiratete als auch nicht verheiratete Paare berücksichtigt. Bei der Lebens- oder Wohnform fehlen Angaben von 1301 Personen (12,5 %) und beim Partnerschaftsstatus von 149 Personen (1,4 %).

Als strukturelle Aspekte werden die Größe des sozialen Netzwerks und die Kontakthäufigkeit berücksichtigt. Grundlage der Analysen zur Größe des sozialen Netzwerks sind Angaben der Befragten zu den Personen, die ihnen wichtig sind. Sie konnten für bis zu sechs Personen ausführliche Angaben machen und darüber hinaus angeben, wie viele Personen ihnen außerdem noch wichtig sind. Die Kategorisierung erfolgt in Anlehnung an die Lubben Social Network Scale (Lubben et al. 2006), wobei die unteren Kategorien aufgrund der wenigen Fälle zusammengefasst wurden. Folgende Kategorien zur Anzahl der Bezugspersonen wurden für die Analyse verwendet: weniger als zwei (sehr kleines Netzwerk), zwei bis vier (kleines Netzwerk), fünf bis acht (mittelgroßes Netzwerk) oder mehr als acht Bezugspersonen (großes Netzwerk).

Die Häufigkeit sozialer Kontakte wurde mit der Frage „Wie häufig verbringen Sie Zeit mit anderen Menschen (Verwandten, Bekannten oder Freunden), tauschen sich aus oder machen etwas gemeinsam?“ erhoben. Mögliche Antwortkategorien waren „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ und „sehr häufig“. Für die Analysen wurden die Kategorien „nie“ und „selten“ sowie die Kategorien „häufig“ und „sehr häufig“ zusammengefasst. 431 Personen (4,2 %) haben hierzu keine Angaben gemacht.

Mit der empfungenen sozialen Unterstützung wird ein funktionaler Aspekt sozialer Eingebundenheit einbezogen. Grundlage ist hier die Frage „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei Aufgaben und Erledigungen Hilfe von anderen Personen erhalten?“ mit dem Hinweis, bezahlte Dienstleistungen bitte nicht dazu zu zählen. Als Antwortkategorien waren „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ und „immer“ vorgegeben. Für die Auswertung wurden die Kategorien „nie“, „selten“ und „manchmal“ sowie die Kategorien „häufig“ und „immer“ zusammengefasst. Für 746 Personen (7,2 %) liegen keine Angaben vor.

Mit dem bereits veröffentlichten Kurzbericht zum Thema „Einsamkeit“ wurde bereits ein wichtiger subjektiver Indikator sozialer Eingebundenheit ausführlich ana-

lysiert (Kaspar et al. 2022). Als weiteren subjektiven Aspekt berücksichtigen wir hier daher nur noch die erlebte Veränderung privater Kontakte während der Coronapandemie. Gefragt wurde „Wie stark hat die Coronapandemie ihre privaten Kontakte beeinflusst?“. Als Antwortkategorien waren „gar nicht“, „ein wenig“, „mäßig“, „stark“ und „sehr stark“ vorgegeben. Für die Analysen wurden die Kategorien „stark“ und „sehr stark“ sowie die Kategorien „gar nicht“, „ein wenig“ und „mäßig“ zusammengefasst. Für 352 Personen (3,4 %) liegen hierzu keine Angaben vor. Des Weiteren wurde gefragt, inwiefern die Veränderungen positiv, negativ oder insgesamt ausgeglichen waren. 802 Personen (7,7 %) haben hierzu keine Angaben gemacht.

Wir unterscheiden durchgängig nach der Altersgruppe (80–84/85–89/90+ Jahre), dem Geschlecht (männlich/weiblich), dem Bildungsniveau (niedrig/mittel/hoch), der Region (Ost/West) sowie der Migrationserfahrung (ja/nein). Eine Migrationserfahrung wird für alle angenommen, die nicht auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik geboren wurden, unabhängig vom Zeitpunkt des Zuzugs.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 3932, 37,9 %), Frauen (n = 6440, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 6123, 59,0 %), 85–89 Jahre (n = 2793, 26,9 %), 90 Jahre und älter (n = 1456, 14,1 %); Bildung hoch (n = 1682, 16,8 %), mittel (n = 5935, 59,2 %), niedrig (n = 2402, 24,0 %); Privathaushalt (n = 9324, 89,9 %), Heim (n = 1048, 10,1 %); West (n = 8095, 78,0 %), Ost (n = 2277, 22,0 %).

Heimbevölkerung, Alleinlebende und Mehr-Personen-Haushalte im Vergleich

Übersicht

Allein leben 44,5 % der Hochaltrigen, in Mehr-Personen-Haushalten 44,3 % der Hochaltrigen und 11,2 %¹ leben im Heim. Hochaltrige in Mehr-Personen-Haushalten wohnen überwiegend mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen (76,7 %). 13,0 % aller Hochaltrigen in Mehr-Personen-Haushalten wohnen mit (mindestens) einem ihrer Kinder zusammen. Frauen wohnen im hohen Alter sehr viel häufiger allein als Männer. Dieser Geschlechterunterschied ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen im hohen Alter seltener in einer Partnerschaft leben.

¹ Kleine Abweichungen beim Anteil der Heimbevölkerung sind auf fehlende Angaben zur Haushaltsgröße bei Privatwohnenden zurückzuführen.

Die Lebens- und Wohnform ist ein wichtiger Aspekt der sozialen Eingebundenheit. Ihre Relevanz ergibt sich jedoch in besonderer Weise für die Zeit der Coronapandemie, die für Personen in Heimen mit deutlichen Einschränkungen einherging. Zudem wurde bei Kontaktbeschränkungen häufig zwischen Angehörigen eines Haushaltes und weiteren Personen unterschieden. Die Analyse zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Hochaltrigen in Privathaushalten lebt (88,8 %) und dort zu etwa gleichen Teilen in Ein-Personen- und Mehr-Personen-Haushalten (44,5 % und 44,3 %). In Mehr-Personen-Haushalten leben am häufigsten Partner:innen zusammen (76,7 %). Selten leben auch Kinder (13,0 %), sonstige Verwandte (7,6 %) oder Nicht-Verwandte (z. B. Bekannte oder professionelle Pflegekräfte) mit im Haushalt (Abb. 1).

11,2 % der Hochaltrigen leben in einem Heim. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen in Heimen deutlich zu und der Anteil der Mehr-Personen-Haushalte ab. Zudem zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied in der Wohnform. Frauen leben fast doppelt so häufig im Heim wie Männer und Männer leben mehr als doppelt so häufig in einem Mehr-Personen-Haushalt wie Frauen. Auch zwischen dem Bildungsniveau und der Wohnform besteht ein signifikanter Zusammenhang. Mit zunehmender Bildung nimmt der Anteil der Personen in Mehr-Personen-Haushalten zu und der Anteil der Personen in Heimen und der Alleinlebenden ab. Kein Unterschied

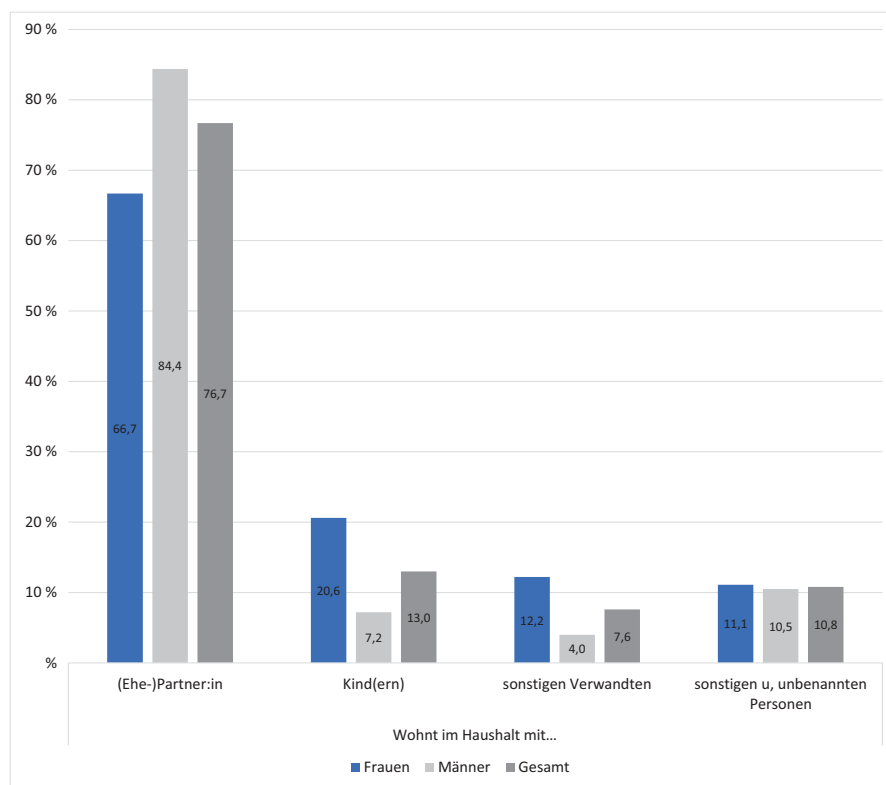


Abb. 1 Zusammensetzung von Mehr-Personen-Haushalten nach dem Geschlecht der befragten Person. (Mehrfachnennungen möglich, Heimbewölkerung nicht berücksichtigt)

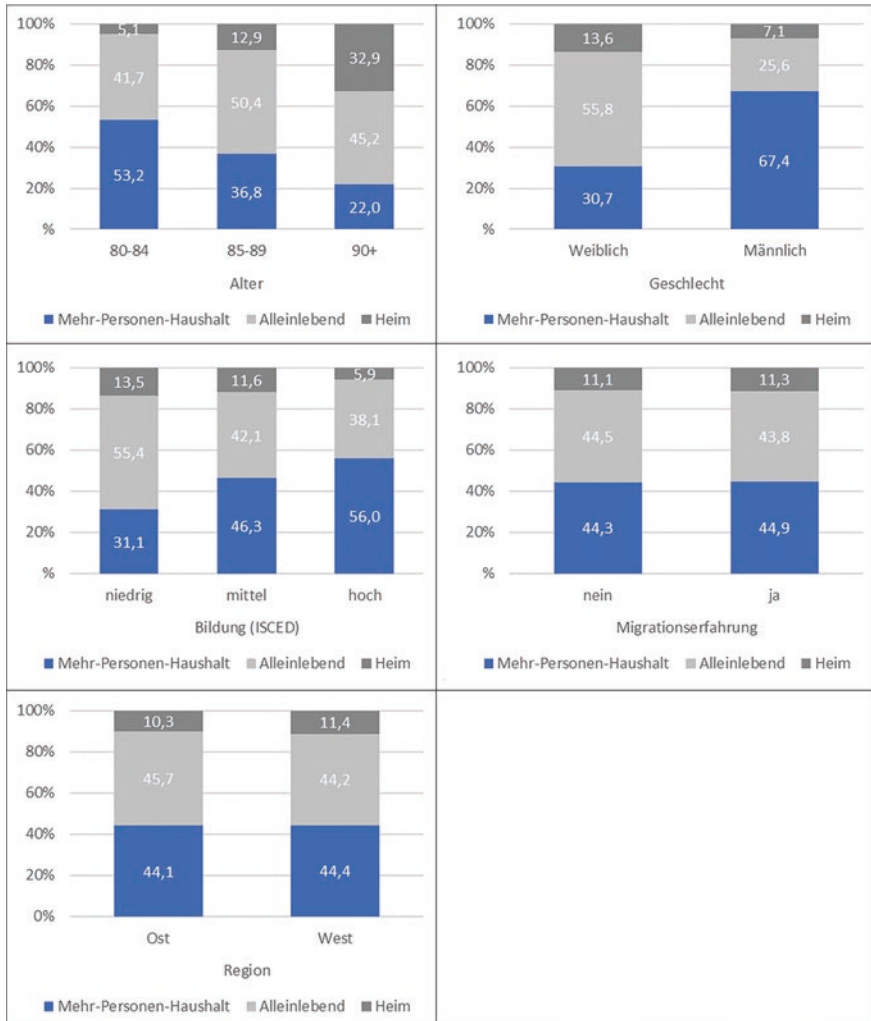


Abb. 2 Lebens- und Wohnform nach soziodemografischen Merkmalen

hingegen lässt sich zwischen Personen mit und ohne Migrationserfahrung sowie zwischen Ost- und Westdeutschland feststellen (Abb. 2).

Der deutliche Geschlechterunterschied erklärt sich fast ausschließlich über das Zusammenleben mit einem Partner bzw. einer Partnerin. Insgesamt gibt etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, keinen Partner bzw. keine Partnerin zu haben (55,8 %). Während von Personen in einer Partnerschaft nur 6,2 % allein leben, trifft dies auf 73,0 % der Personen ohne Partnerschaft zu. Vergleicht man Männer und Frauen mit gleichem Partnerschaftsstatus, so lässt sich kein signifikanter Unterschied in der Wohnform mehr identifizieren. Die Altersunterschiede schwächen sich ebenfalls durch eine Berücksichtigung der Partnerschaft ab, allerdings nimmt mit dem Alter sowohl bei Personen mit als auch ohne Partnerschaft der Anteil der Heimbewölkerung zu und der Anteil der Mehr-Personen-Haushalte ab (Abb. 3 und 4).

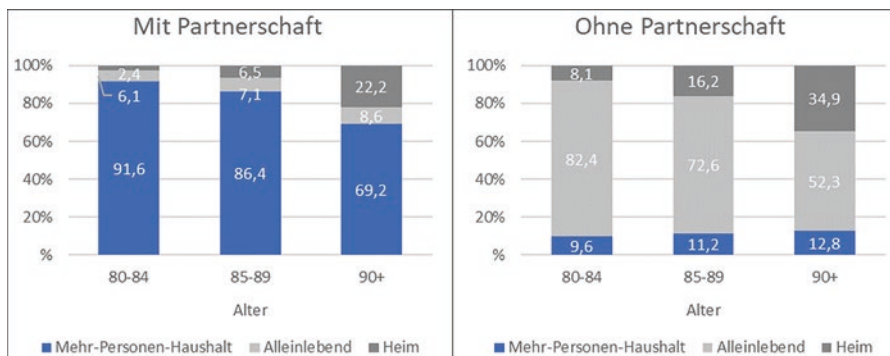


Abb. 3 Lebens- und Wohnform nach Alter und Partnerschaftsstatus

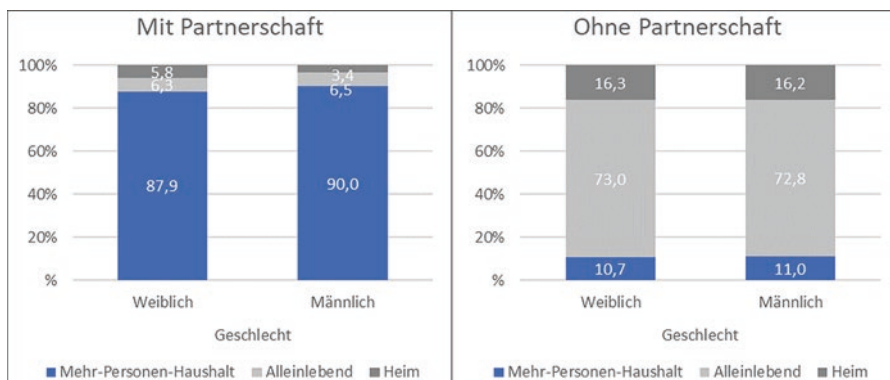


Abb. 4 Lebens- und Wohnform nach Geschlecht und Partnerschaftsstatus

Soziales Netzwerk

Übersicht

Die meisten Hochaltrigen (90,9 %) haben mindestens zwei Bezugspersonen, die ihnen wichtig sind. Der Anteil der Personen, die weniger als zwei Bezugspersonen nennen, ist bei Hochaltrigen ab 85 Jahren, bei Männern, bei Heimbewohner:innen und bei Personen mit niedriger formaler Bildung vergleichsweise hoch.

Von den Befragten haben 9,1 % weniger als zwei Bezugspersonen angegeben. Ihr Netzwerk ist somit sehr klein und das Risiko sozialer Isolation ist groß. Die übrigen 90,9 % hingegen nennen mindestens zwei Bezugspersonen, die ihnen wichtig sind. 31,1 % haben zwei bis vier Bezugspersonen, die ihnen wichtig sind. Weitere 27,8 % nennen zwischen fünf und acht Bezugspersonen und 32,0 % nennen neun Personen oder mehr, die ihnen

wichtig sind. Der Anteil der Personen mit sehr kleinen Netzwerken nimmt signifikant mit dem Alter zu. Er beträgt bei Personen im Alter von 80 bis 84 Jahren 8,6 %, von 85 bis 89 Jahren 10,0 % und im Alter von 90 Jahren und älter 9,8 % (Abb. 5).

Eine detaillierte Analyse zeigt, dass es eine sehr große Spannweite der Netzwerkgröße gibt und dass insbesondere sehr große Netzwerke (>20 Personen) mit zunehmendem Alter sowohl bei Männern als auch bei Frauen äußerst selten werden (Abb. 6). Während insgesamt die Geschlechterunterschiede gering und nicht signifikant sind (Abb. 6), ist jedoch der Anteil der Personen mit sehr kleinen Netzwerken bei Männern etwas höher als bei Frauen (10,3 % vs. 8,4 %). Außerdem nimmt mit abnehmendem Bildungsgrad auch die Netzwerkgröße ab. Nur 5,5 % der Personen

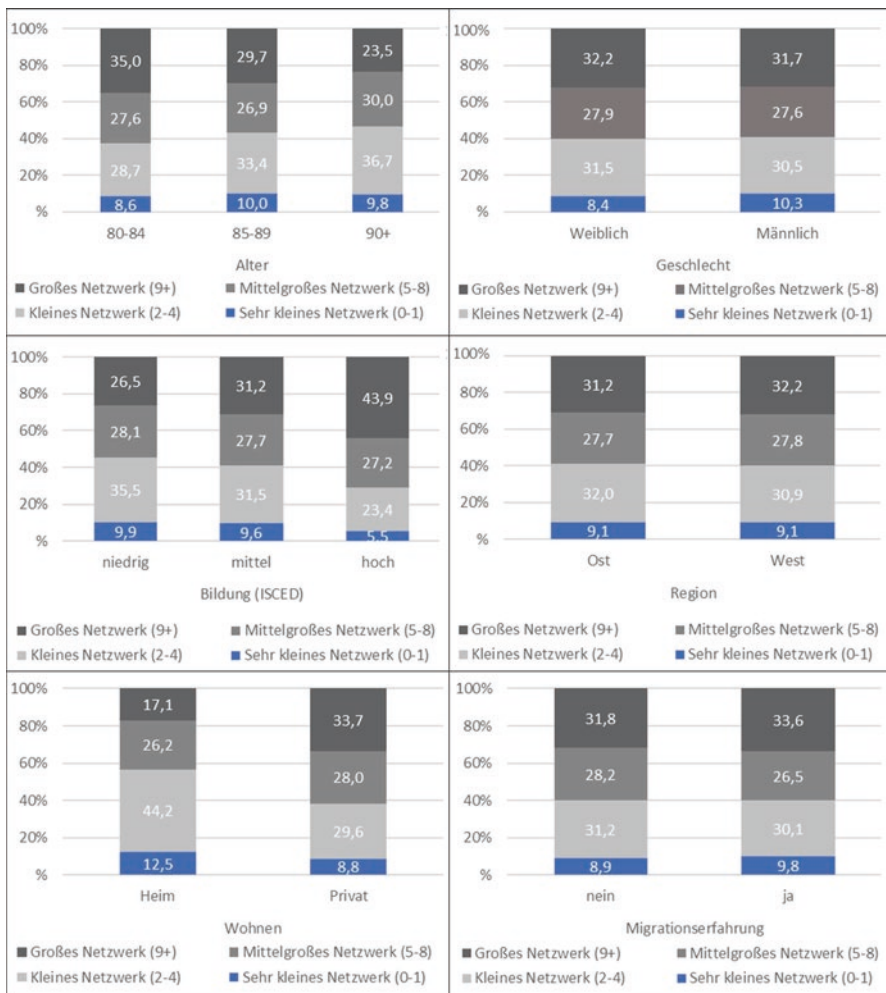


Abb. 5 Größe des sozialen Netzwerks nach soziodemografischen Merkmalen

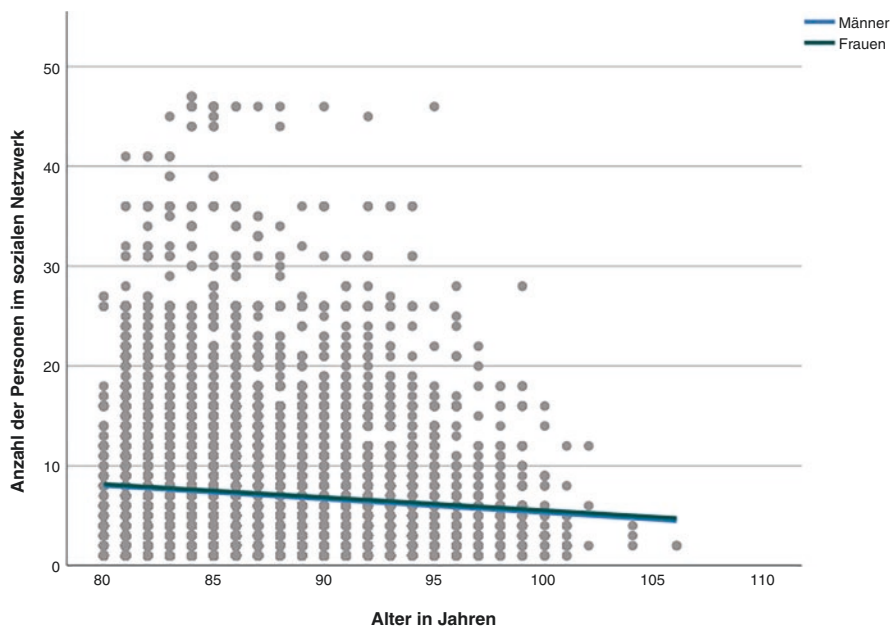


Abb. 6 Größe des sozialen Netzwerks nach Alter bei Frauen ($r = -0,096$, $p < 0,01$) und Männern ($r = -0,081$, $p < 0,01$) (Ausreißer mit Netzwerkgrößen über 50 Personen oder Personen mit ungenauer Angabe ausgeschlossen)

mit hoher formaler Bildung haben ein sehr kleines Netzwerk. Bei Personen mit mittlerer Bildung beträgt dieser Anteil bereits 9,6 % und steigt auf 9,9 % bei Personen mit niedriger formaler Bildung. Ebenfalls deutlich unterscheidet sich die Netzwerkgröße zwischen Hochaltrigen in Heimen und in Privathaushalten. Personen, die im Heim leben, haben deutlich häufiger nur ein sehr kleines Netzwerk (12,5 %) als Personen, die nicht im Heim leben (8,8 %).

Keine signifikanten Unterschiede in der Netzwerkgröße lassen sich für die Region (Ost- und Westdeutschland) und Migrationserfahrung beobachten. Insgesamt ist jedoch über alle Subgruppen hinweg der Anteil der Personen mit sehr kleinen Netzwerken gering (Abb. 5).

Häufigkeit sozialer Kontakte

Übersicht

40,5 % der Hochaltrigen verbringen häufig Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten und weitere 37,4 % zumindest manchmal.

Mehr als ein Drittel der Heimbewohner:innen verbringen selten oder nie Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten, während dies von den Personen in Privathaushalten nur etwas mehr als ein Fünftel angab.

Befragt nach der Häufigkeit sozialer Kontakte geben 40,5 % an, häufig Zeit mit anderen Menschen zu verbringen. Weitere 37,4 % geben an, dass dies lediglich manchmal der Fall war und immerhin gut jede fünfte Person (22,1 %) berichtet, dass sie selten oder nie Zeit mit anderen Menschen verbringt. Besonders hoch war der Anteil der Personen, die selten oder nie Zeit mit anderen Menschen verbringen in der Heimbewölkerung. Von Personen, die im Heim leben, verbringen 35,1 % selten oder nie Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten. Ebenfalls signifikante Unterschiede in der Häufigkeit sozialer Kontakte zeigten sich zwischen den Altersgruppen, zwischen Männern und Frauen, den Bildungsgruppen und nach der Migrationserfahrung. Jüngere Personen, Frauen, Personen mit höherer formaler Bildung und Personen ohne Migrationserfahrung verbringen signifikant häufiger Zeit mit anderen Menschen. Ein Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland konnte nicht beobachtet werden (Abb. 7).



Abb. 7 Häufigkeit sozialer Kontakte nach soziodemografischen Merkmalen

Soziale Unterstützung

Übersicht

Nicht alle Menschen im hohen Alter erhalten häufig soziale Unterstützung. Besonders häufig erhalten Menschen im Alter von 90 Jahren und älter, Frauen, Heimbewohner:innen, Personen mit geringer formaler Bildung und Menschen mit Migrationserfahrung soziale Unterstützung. Unterschiede in der Häufigkeit sozialer Unterstützung weisen sowohl auf einen höheren Bedarf als auch auf größere Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld hin.

Mehr als die Hälfte (58,1 %) der Hochaltrigen erhält nur manchmal, selten oder nie soziale Unterstützung bei Aufgaben oder Erledigungen. Die übrigen 41,9 % hingegen erhalten hierbei häufig oder immer Unterstützung. Empfangene soziale Unterstützung hängt stark mit dem jeweiligen Unterstützungsbedarf zusammen. So zeigt sich eine deutliche Zunahme sozialer Unterstützung mit dem Alter. Von den 80–84-Jährigen berichten 32,5 % häufig oder immer Unterstützung bei Aufgaben und Erledigungen erhalten zu haben. Der Anteil steigt signifikant auf 50,7 % bei den 85–89-Jährigen und auf 67,5 % bei den Ab-90-Jährigen an. Ein sehr deutlicher Unterschied in der Häufigkeit sozialer Unterstützung zeigt sich auch zwischen Personen in Heimen und in Privatwohnungen. 62,4 % der Personen, die in einem Heim leben, geben an, häufig oder immer Unterstützung zu erhalten, während dies nur auf 39,5 % der Personen in Privatwohnungen zutrifft. Frauen erhalten deutlich mehr Unterstützung als Männer (48,8 % versus 30,7 %). Niedrigere formale Bildung und eine Migrationserfahrung gehen ebenfalls mit häufigerer sozialer Unterstützung einher (Abb. 8). Wie auch zuvor konnten keine Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland beobachtet werden.

Auswirkungen der Coronapandemie

Übersicht

Die Coronapandemie hat die soziale Einbindung von Menschen im hohen Alter verändert. Veränderungen der privaten Kontakte während der Coronapandemie werden überwiegend als negativ bewertet. Heimbewohner:innen erlebten die Veränderungen als besonders stark und auch besonders häufig als eindeutig negativ. Hochaltrige mit einem großen Netzwerk und häufiger sozialer Unterstützung berichten von stärkeren Veränderungen als Hochaltrige mit einem kleineren Netzwerk und nur seltener sozialer Unterstützung.

Im ersten D80+-Kurzbericht wurde die wahrgenommene Auswirkung der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen thematisiert (Hansen et al., 2021). Die Coronapandemie sorgt für Veränderungen in verschiedenen Lebens-

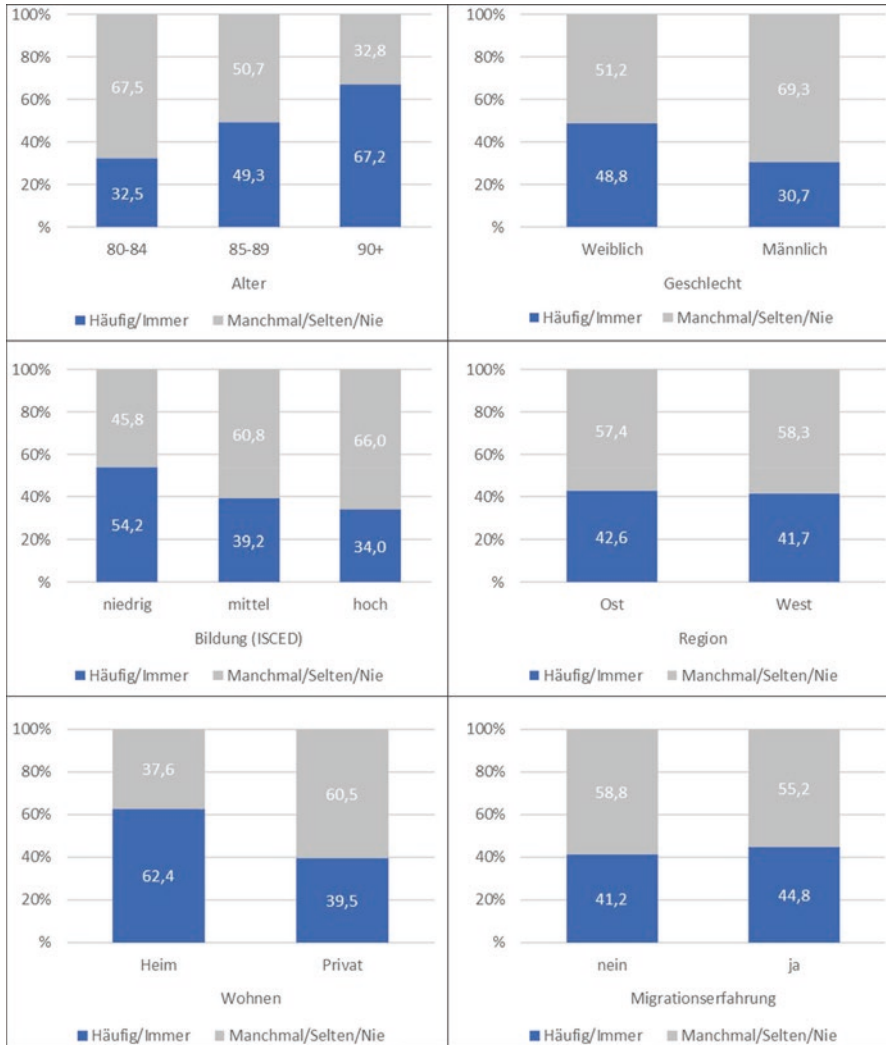


Abb. 8 Empfangene soziale Unterstützung nach soziodemografischen Merkmalen

bereichen der hochaltrigen Befragten. Die stärkste wahrgenommene Veränderung erleben die Befragten in Bezug auf private Kontakte, Alltagsgestaltung und Freizeit ebenso wie auf das Verhältnis zur Gesellschaft. 36,1 % der Hochaltrigen berichten von (sehr) starken Veränderungen ihrer privaten Kontakte. An diese Analysen anknüpfend, wurde für den hier vorliegenden Bericht untersucht, inwiefern sich die wahrgenommenen Veränderungen im Bereich der privaten Kontakte zwischen Subgruppen unterscheiden.

Signifikante Unterschiede zeigen sich für Geschlecht, Bildung, Region und Wohnform. Frauen gaben zu 38,7 % an, dass sie die Veränderungen ihrer privaten Kontakte

während der Coronapandemie als (eher) stark empfunden. Bei Männern war dieser Anteil mit 31,9 % signifikant niedriger. Von Personen mit niedriger Bildung wurden die Veränderungen häufiger als stark empfunden als von Personen mit höherer Bildung. Die bisher berichteten Ergebnisse haben durchweg keine Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland ergeben. In Bezug auf die Coronapandemie hingegen zeigte sich, dass die Veränderungen in Westdeutschland als stärker wahrgenommen wurden als in Ostdeutschland (37,3 % versus 31,9 %). In keiner Gruppe wurden die Veränderungen jedoch so deutlich erlebt wie in der Heimbevölkerung. Hier gaben 53,6 % an, dass sich im Bereich der privaten Kontakte starke Veränderungen ergeben haben. Im Vergleich dazu lag dieser Anteil bei Alleinlebenden bei 33,9 % und bei Personen in Mehr-Personen-Haushalten bei 35,5 %. Keine Unterschiede in der Wahrnehmung der Veränderung zeigten sich für Alter und Migrationserfahrung (Abb. 9).

Die Veränderung der privaten Kontakte während der Coronapandemie wird von 54,3 % als überwiegend negativ empfunden. Lediglich 2 % haben die Veränderungen als überwiegend positiv empfunden. Die übrigen 43,7 % bewerten die Veränderungen als insgesamt ausgeglichen.

Die Bewertung der wahrgenommenen Veränderung der privaten Kontakte wird signifikant von Alter, Geschlecht, Region und Wohnform beeinflusst. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der überwiegend negativ Beeinflussten von 51,7 % bei den 80–84-Jährigen auf 62,1 % bei den Ab-90-Jährigen. Frauen beurteilen die wahrgenommene Veränderung zu 56,4 % als überwiegend negativ, während 50,7 % der Männer sie so beurteilen. 69,8 % der im Heim lebenden Personen haben die Veränderungen als überwiegend negativ erlebt gegenüber 53,1 % der Personen in Mehr-Personen-Haushalten und 52,7 % der Alleinlebenden. Ostdeutsche bewerten die wahrgenommene Veränderung mit 47,5 % signifikant häufiger als insgesamt ausgeglichen als Westdeutsche mit 42,6 % (Abb. 10).

Neben den Unterschieden zwischen sozio-demografischen Gruppen hat sich auch gezeigt, dass die soziale Eingebundenheit selbst im Zusammenhang mit der wahrgenommenen Stärke der Veränderung steht. So haben Personen mit einem kleinen sozialen Netzwerk die Veränderungen im Schnitt seltener als stark wahrgenommen (27,3 %) als Personen mit durchschnittlichem (36,3 %) oder großem (45,0 %) Netzwerk. Auch bei einer differenzierten Betrachtung nach Alter, Geschlecht und Wohnform bestätigt sich dieses Ergebnis.

Für soziale Unterstützung lässt sich ein sehr ähnlicher Effekt beobachten. Personen, die häufig oder immer soziale Unterstützung erhalten, haben die Veränderungen häufiger als (sehr) stark erlebt als Personen, die manchmal, selten oder nie Unterstützung erhalten. Dieser Zusammenhang lässt sich auch dann noch beobachten, wenn Geschlecht, Alter und die Wohnform berücksichtigt werden (vgl. Abb. 11 und 12). Für die anderen Indikatoren sozialer Eingebundenheit (Partnerschaft oder Häufigkeit sozialer Kontakte) lässt sich kein so eindeutiger Zusammenhang beobachten.

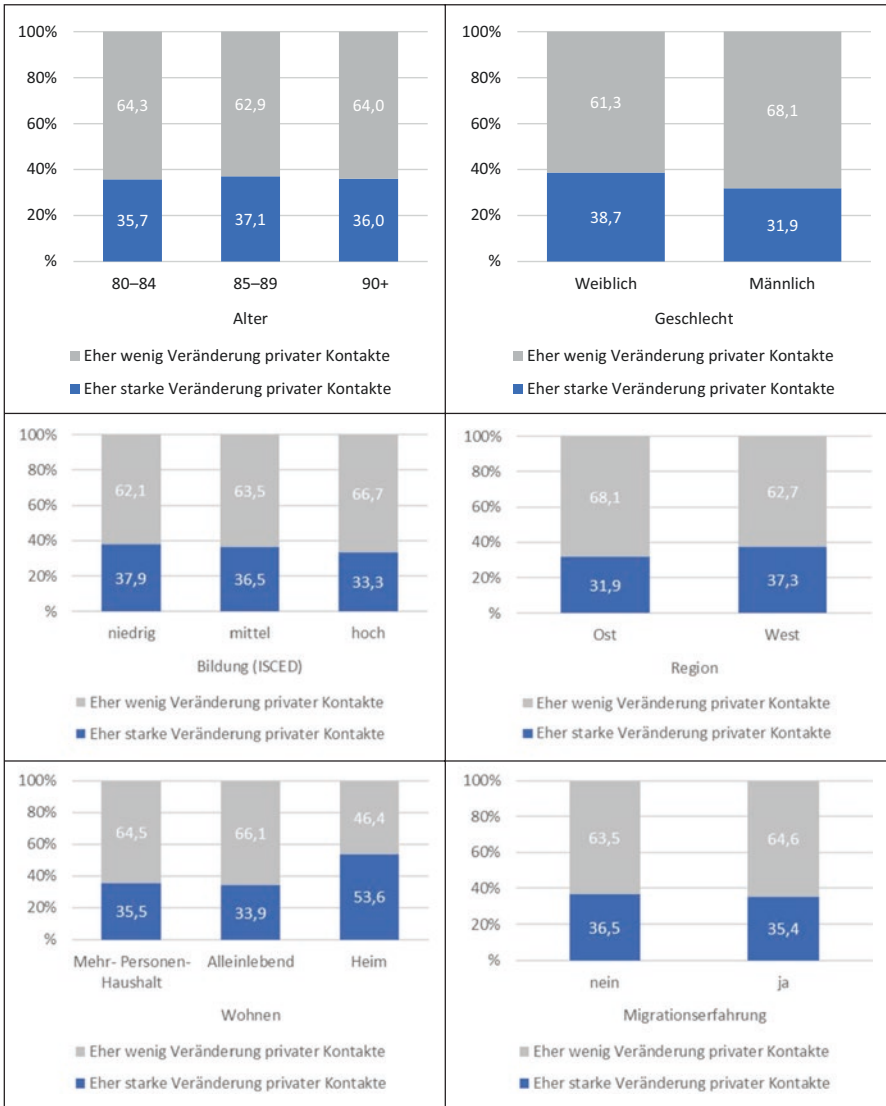


Abb. 9 Erlebte Veränderung durch die Coronapandemie im Bereich privater Kontakte nach soziodemografischen Merkmalen

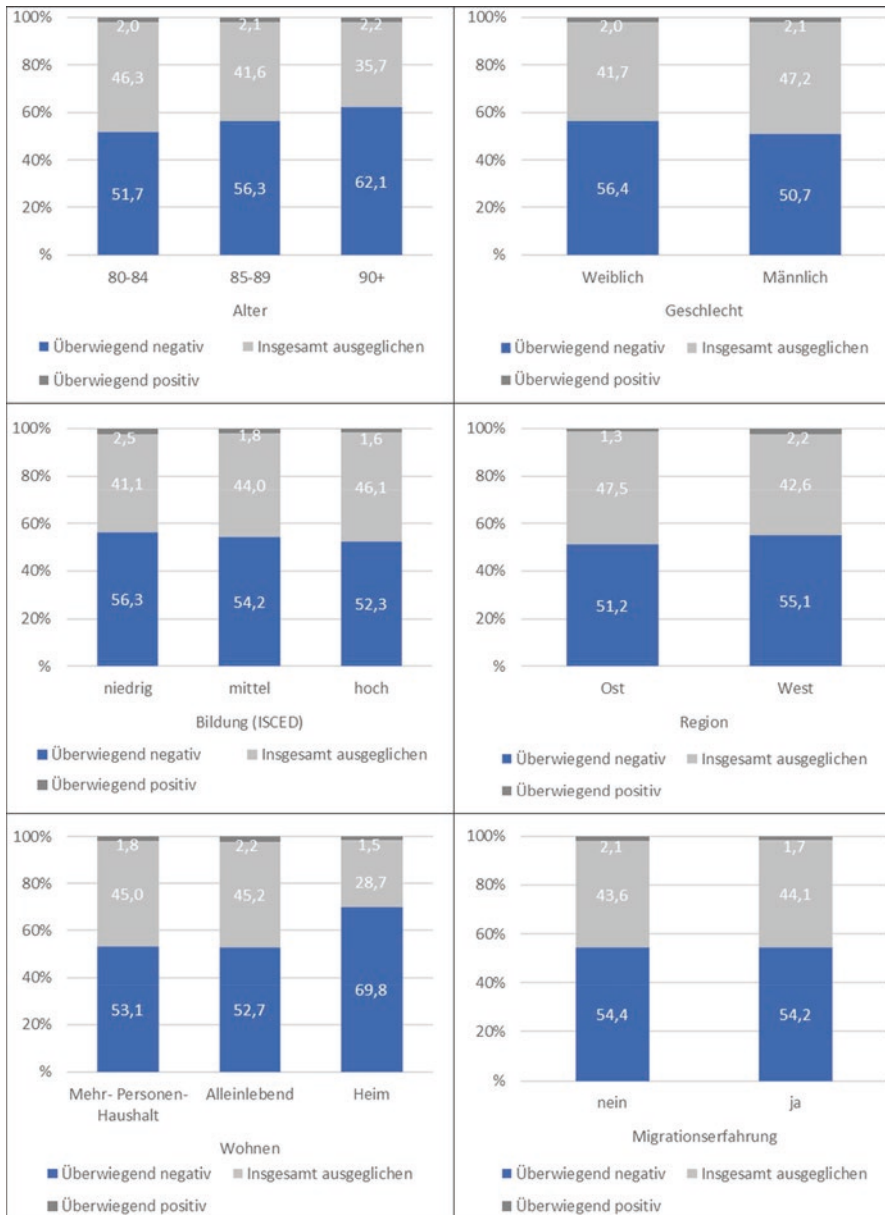


Abb. 10 Bewertung der Veränderung im Bereich privater Kontakte durch die Coronapandemie nach soziodemografischen Merkmalen

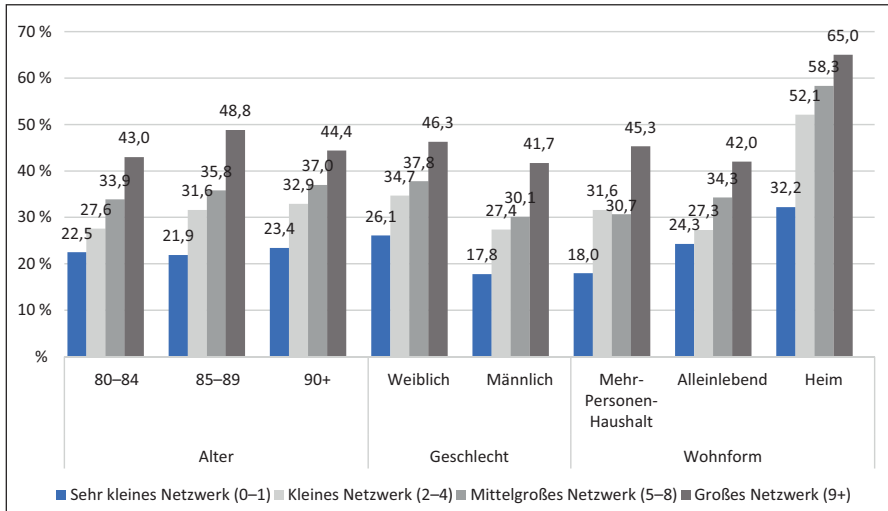


Abb. 11 Als (sehr) stark erlebte Veränderung durch die Coronapandemie im Bereich privater Kontakte nach soziodemografischen Merkmalen und Netzwerkgröße

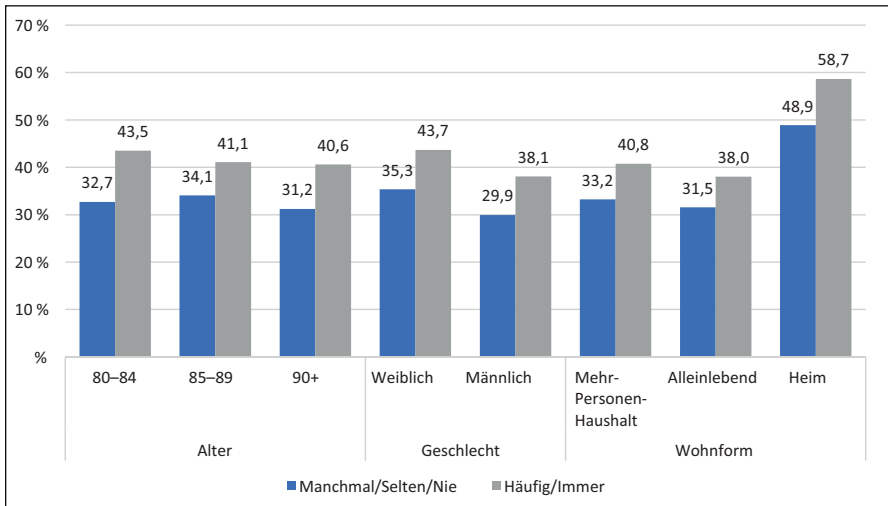


Abb. 12 Als (sehr) stark erlebte Veränderung durch die Coronapandemie im Bereich privater Kontakte nach soziodemografischen Merkmalen und der Häufigkeit sozialer Unterstützung

Diskussion und Fazit

Soziale Eingebundenheit ist für viele Menschen von hoher Bedeutung. Fehlende soziale Eingebundenheit kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken, zu Einsamkeit führen und die Möglichkeiten sozialer Unterstützung reduzieren (Ellwardt und Hank 2019; Pinquart und Sörensen 2000; Hawton et al. 2011; Huxhold et al. 2013; Netuveli et al. 2006). Sie ist damit auch im hohen Alter von großer Bedeutung.

Die Ergebnisse zu den Lebens- und Wohnformen zeigen, dass Hochaltrige überwiegend in Privatwohnungen leben und hier in etwa gleichen Teilen allein oder in Mehr-Personen-Haushalten. Nur 11,2 % leben in einem Heim. Hochaltrige leben vor allem dann allein, wenn sie nicht in einer Partnerschaft sind. Frauen sind sehr viel seltener in einer Partnerschaft und leben daher auch häufiger allein. In Mehr-Personen-Haushalten leben über drei Viertel mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen. Etwa 13,0 % leben mit (mindestens) einem ihrer Kinder zusammen.

Insbesondere während der Coronapandemie und den damit verbundenen Einschränkungen waren soziale Kontakte teilweise erheblich eingeschränkt oder mit dem Risiko einer Infektion verbunden. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass auch während der Coronapandemie viele Hochaltrige (40,5 %) häufig Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten verbracht haben. Allerdings hat auch gut jede fünfte Person (22,1 %) selten oder nie Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten verbracht. Vergleichbare Zahlen von vor der Coronapandemie liegen aus der Studie zu Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW (NRW80+) vor. Der Anteil der Hochaltrigen, die (sehr) häufig Zeit mit anderen Menschen verbracht haben, lag dort bei knapp 60,0 % und somit deutlich höher als in den vorliegenden Daten. Umgekehrt war der Anteil der Personen, die selten oder nie Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten verbringen, in der NRW80+-Studie bei ca. 15,0 % und somit deutlich niedriger (Geithner und Wagner 2021).

Ebenfalls für eine gute soziale Eingebundenheit spricht der geringe Anteil von nur 9,1 % der Hochaltrigen, die weniger als zwei enge Bezugspersonen angeben können. Anders als bei der Frage nach der Häufigkeit sozialer Kontakte, ist bei der Abfrage der Netzwerkgröße nicht nach konkret verbrachter Zeit mit diesen Personen gefragt worden. Die Häufigkeit und die Art des Kontaktes (persönlich, telefonisch, virtuell) war nicht ausschlaggebend. Die Abfrage bezog sich auch nicht explizit auf einen spezifischen Zeitraum, sodass davon auszugehen ist, dass temporäre Einschränkungen (z. B. während des Lockdowns) zur Zeit der Befragung eher weniger Einfluss auf die Auswahl und Anzahl der angegebenen Personen genommen haben. Entsprechend ist die hier identifizierte Netzwerkgröße vergleichbar mit Daten aus der Zeit vor der Coronapandemie (Ellwardt und Hank 2019; Schmitz et al. 2021). Nichtsdestotrotz hat sich gezeigt, dass die Netzwerkgröße für die Wahrnehmung der mit der Coronapandemie verbundenen Veränderungen entscheidend war. Personen mit großen Netzwerken haben hier von stärkeren Veränderungen berichtet als Personen mit kleinen Netzwerken.

Über die Hälfte der Hochaltrigen erhält nur manchmal, selten oder nie soziale Unterstützung bei Aufgaben oder Erledigungen. Die Ergebnisse zur sozialen Unterstützung, die Hochaltrige erfahren, weisen auch während der Coronapandemie auf erhebliche Unterschiede hin. Sie spiegelt dabei erwartbare Unterschiede im anzunehmenden Bedarf wider. So steigt mit dem Alter die empfangene Unterstützung an und erfolgt insbesondere bei Hochaltrigen in Heimen sehr häufig. Da der tatsächliche Bedarf und der Wunsch nach sozialer Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben hier nicht berücksichtigt wurde, kann nicht überprüft werden, ob die empfangene Unterstützung dem jeweiligen individuellen Bedarf entspricht.

Die nach Subgruppen differenzierte Betrachtung der sozialen Eingebundenheit hat gezeigt, dass Personen in Heimen, Ab-90-Jährige, Männer und Personen mit niedriger formaler Bildung häufiger über kleine Netzwerke verfügen und weniger soziale Kontakte haben. Mit Blick auf die Migrationserfahrung finden sich nur Unterschiede in der Häufigkeit sozialer Kontakte, nicht jedoch für die Netzwerkgröße.

Dass Frauen häufiger Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten verbringen, ist vor allem vor dem Hintergrund ihrer Wohnsituation und ihres Partnerschaftsstatus interessant. Sie verbringen häufiger Zeit mit anderen Menschen, obwohl sie häufiger allein oder in einem Heim leben und auch seltener als Männer in einer Partnerschaft sind. Frauen erhalten auch häufiger als Männer Unterstützung im Alltag – entweder aufgrund eines höheren Bedarfs oder aufgrund besserer Unterstützungsmöglichkeiten durch das soziale Umfeld. Damit stellen soziale Beziehungen eine wichtige Ressource hochaltriger Frauen dar. In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen haben Frauen die Veränderungen der Coronapandemie im Bereich der privaten Kontakte auch als stärker wahrgenommen als Männer.

Personen mit Migrationserfahrung haben seltener soziale Kontakte, erhalten aber häufiger soziale Unterstützung als Personen ohne Migrationserfahrung. Die Unterschiede sind insgesamt geringer, als dies aufgrund der vorhandenen Literatur zu erwarten war (Baykara-Krumme et al. 2012; Blum 2021; Hoffmann und Romeu Gordo 2016). Eine mögliche Erklärung ist, dass die grobe Einteilung (z. B. ohne Berücksichtigung des Herkunftslandes) nicht ausreichend die Vielfalt der Migrationserfahrungen und familialen oder sozialen Lebensumstände abbildet. Auch handelt es sich bei den hier eingeschlossenen Personen mit Migrationserfahrung mehrheitlich um Migrant:innen, die schon sehr lange in Deutschland leben und auch schon früh in ihrem Leben die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen haben. Diskriminierungserfahrungen und sozio-ökonomische Benachteiligung wirken sich daher unter Umständen weniger aus (Klaus und Baykara-Krumme 2017; Schenk et al. 2020). Verzerrungen durch eine selektive Teilnahme von Migrant:innen sind ebenfalls anzunehmen, da nur Fragebögen auf Deutsch verschickt wurden.

Die Ergebnisse zu Bildungsunterschieden machen deutlich, dass sich soziale Ungleichheit in der sozialen Eingebundenheit im hohen Alter widerspiegelt. Je niedriger die formale Bildung, umso kleiner die sozialen Netzwerke, umso seltener die sozialen Kontakte und umso höher der Anteil der Alleinlebenden und der Personen im Heim. Die soziale Unterstützung ist jedoch bei niedrigerer Bildung etwas höher – mutmaßlich aufgrund eines ebenfalls deutlich höheren Bedarfs.

Zwischen Ost- und Westdeutschland konnten insgesamt keine signifikanten Unterschiede in der sozialen Eingebundenheit identifiziert werden. Allerdings bewerteten Hochaltrige aus Westdeutschland die Veränderungen der Coronapandemie im Bereich ihrer privaten Kontakte häufiger als (sehr) stark als Hochaltrige aus Ostdeutschland. Ob sich dahinter eine andere Wahrnehmung bzw. Bewertung oder auch tatsächliche Unterschiede in den Pandemiemaßnahmen oder ihrer lokalen Durchsetzung verbirgt, lässt sich mit den vorhandenen Daten nicht klären.

Keine Gruppe hat jedoch die Veränderungen der privaten Kontakte während der Pandemie als so stark und so häufig negativ empfunden wie Personen in Heimen. Von ihnen gibt über die Hälfte an, die Veränderungen als (sehr) stark erlebt zu haben und über zwei Drittel bewerten diese Veränderung als eindeutig negativ. Dieses Ergebnis spiegelt damit die teilweise sehr restriktiven Kontaktregelungen in Heimen wider. Worin genau die Veränderung jeweils besteht, konnte im Rahmen dieser Querschnittsbefragung jedoch nicht ermittelt werden.

Über die betrachteten sozio-demografischen Gruppen hinweg zeigt sich, dass jeweils Personen mit einem großen sozialen Netzwerk die Veränderungen als stärker erlebt haben als Personen mit mittleren und kleinen Netzwerken. Gleiches gilt auch für soziale Unterstützung: Personen, die häufig soziale Unterstützung erhalten, haben die Veränderungen als stärker erlebt als Personen, die eher selten soziale Unterstützung erhalten.

Die Ergebnisse können als Ausgangspunkt weiterführender Analysen und zielgerichteter Interventionen dienen. Die überwiegend gute soziale Eingebundenheit macht deutlich, dass soziale Kontakte und Unterstützung wichtige Ressourcen sind, auf die viele der Hochaltrigen in Deutschland zurückgreifen können. Mit zunehmendem Alter und beim Umzug in ein Heim nimmt die Netzwerkgröße und die Kontakthäufigkeit ab. Allerdings nimmt die erhaltene soziale Unterstützung zu. Näher betrachtet werden sollte, inwiefern Hochaltrige mit ihrer sozialen Eingebundenheit zufrieden sind, d. h. ob ihre Wohnsituation, ihr soziales Netzwerk, die Häufigkeit ihrer sozialen Kontakte und die soziale Unterstützung ihren Vorstellungen entsprechen. Wenn Personen sich beispielsweise einsam fühlen, ist dies ein wichtiger Hinweis auf fehlende soziale Eingebundenheit und die Notwendigkeit von Interventionen. Wie im D80+-Kurzbericht zum Thema Einsamkeit ausführlich analysiert, haben 12,1 % der hochaltrigen Menschen in Deutschland angegeben, sich häufig oder immer einsam zu fühlen (Kaspar et al. 2022). Neben der subjektiven Perspektive ist auch der Aspekt sozialer Ungleichheit bei Maßnahmen oder Interventionen zu berücksichtigen. Die beobachteten Bildungsunterschiede weisen darauf hin, dass sich soziale Ungleichheit bis ins hohe Alter auswirkt und Personen mit niedriger Bildung benachteiligt sind. Die geringere soziale Einbindung von Personen in Heimen und die von ihnen angegebene deutliche und negative Veränderung im Bereich der privaten Kontakte während der Coronapandemie sprechen außerdem dafür, dass Kontaktbeschränkungen und weitere Maßnahmen der Pandemie-Eindämmung in dieser Altersgruppe gut abgewogen werden sollten.

Literatur

- Akiyama H, Antonucci T, Takahashi K, Langfahl ES (2003) Negative interactions in close relationships across the life span. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 58(2):P70–P79. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P70>
- Antonucci TC, Ajrouch KJ, Birditt KS (2014) The convoy model: explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *Gerontologist* 54(1):82–92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Baykara-Krumme H, Motel-Klingebiel A, Schimany P (2012) Viele Welten des Alterns. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) *Viele Welten des Alterns*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 11–42. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19011-2_1
- Bengtson VL (2001) Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds. *J Marriage Fam* 63(1):1–16. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x>
- Berger K, Riedel-Heller S, Pabst A, Rietschel M, Richter D (2021) Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 64(9):1157–1164. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03393-y>
- Blum M (2021) Koresidenz als Ressource – zur Lebenssituation älterer Aussiedlerinnen und Aussiedler in Niedersachsen. In: Hahmann J, Baresel K, Blum M, Rackow K (Hrsg) *Veichtaer Beiträge zur Gerontologie. Gerontologie gestern, heute und morgen*. Springer Fachmedien, S 119–139. https://doi.org/10.1007/978-3-658-33456-7_4
- Bordone V, de Valk HAG (2016) Intergenerational support among migrant families in Europe. *Eur J Ageing* 13:259–270. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0363-6>
- Carstensen LL (1995) Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Curr Dir Psychol Sci* 4(5):151–156
- Cohen S, Wills TA (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 98(2):310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Crooks VC, Lubben J, Petitti DB, Little D, Chiu V (2008) Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *Am J Public Health* 98(7):1221–1227. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.115923>
- Cumming E, Henry WE (1961) *Growing old. The process of disengagement*. Basic Books, New York
- Ellwardt L, Hank K (2019) Soziale Netzwerke im Alter. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) *Alternforschung*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S 339–356. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-339>
- Gaertner B, Fuchs J, Möhler R, Meyer G, Scheidt-Nave C (2021) Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/7856>
- Geithner L, Wagner M (2021) Discrepancies between subjective importance and actual everyday practice among very old adults and the consequences for autonomy. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):101–107. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01981-w>
- Hansen S, Schäfer N, Kaspar R (2021) Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen. D80+ Kurzberichte, Bd 1. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-75927-0>
- Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, Greaves CJ, Campbell JL (2011) The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehab* 20(1):57–67. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9717-2>
- Hoffmann E, Romeu Gordo L (2016) *Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Datenreport 2016: ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, S 64–73

- Holtzman RE, Rebok GW, Saczynski JS, Kouzis AC, Wilcox Doyle K, Eaton WW (2004) Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 59(6):P278–P284. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.6.p278>
- Horn V, Schewpe C (2020) Häusliche Altenpflege in Zeiten von Corona: Erste Studienergebnisse. https://www.erziehungswissenschaft.uni-mainz.de/files/2020/07/Studie_JGU_H%C3%A4usliche-Pflege-unter-Corona-005-003.pdf
- Huxhold O, Tesch-Römer C (2021) Einsamkeit steigt in der Coronapandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Huxhold O, Fiori KL, Windsor TD (2013) The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: the costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychol Aging* 28(1):3–16. <https://doi.org/10.1037/a0030170>
- Kahn RL, Antonucci TC (1980) Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. In: Baltes PB, Brim OG (Hrsg) *Life-span development and behavior*. Academic Press, New York, S 253–286
- Kaspar R, Wenner J, Tesch-Römer C (2022) Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. D80+ Kurzberichte, Bd 4. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-77004-2>
- Klaus D, Baykara-Krumme H (2017) Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel*. Springer Fachmedien, S 359–379. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_24
- Klaus D, Mahne K (2017) Zeit gegen Geld? Der Austausch von Unterstützung zwischen den Generationen. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel*. Springer Fachmedien, S 247–256. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_16
- Klaus D, Mahne K (2019) Partnerschaft und Familie im Alter. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) *Altersforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*, 1. Aufl. Nomos, S 357–390. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-357>
- König R (1965) Die strukturelle Bedeutung des Alters in den fortgeschrittenen Industriegesellschaften. *Soziologische Orientierungen: Vorträge und Aufsätze*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Lowndes R, Struthers J, Ágotnes G (2021) Social participation in long-term residential care: case studies from Canada, Norway, and Germany. *Can J Aging* 40(1):138–155. <https://doi.org/10.1017/S0714980820000318>
- Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, Stuck AE (2006) Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist* 46(4):503–513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Mahne K, Huxhold O (2017) Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut? In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel*. Springer Fachmedien, S 215–230. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_14
- Mahne K, Klaus D (2017) Zwischen Enkelglück und (Groß-)Elternpflicht – die Bedeutung und Ausgestaltung von Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel*. Springer Fachmedien, S 231–245. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_15
- Mauritz S, Wagner M (2021) LAT relationships: a new living arrangement among the oldest old population in Germany. *Demogr Res* 44(Artikel 14):349–362. <https://doi.org/10.4054/Dem-Res.2021.44.14>
- Mewes J (2010) Empirische Analysen: 7.1 Homophilie: Zur Bildungshomogenität persönlicher Netzwerke. In: Mewes J (Hrsg) *Ungleiche Netzwerke – Vernetzte Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 119–204. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92301-7_7
- Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D (2006) Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health* 60(4):357–363. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040071>

- Parsons T (1943) The kinship system of the contemporary United States. *Am Anthropol* 45(1):22–38
- Pinquart M, Sörensen S (2000) Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychol Aging* 15(2):187–224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Roberts RE, Richards LN, Bengtson VL (2014) Intergenerational solidarity in families: untangling the ties that bind. In: *Families: Intergenerational and Generational Connections*, Bd 16, S 11–46. <https://doi.org/10.4324/9781315059303>
- Rosow I (1967) *Social integration in the aged*. Free Press, New York
- Sander J, Schupp J, Richter D (2017) Getting together: social contact frequency across the life span. *Dev Psychol* 53(8):1571–1588. <https://doi.org/10.1037/dev0000349>
- Schenk L, Peppler L, Habermann M (2020) 2. Grundlagen. In: Schenk L, Habermann M (Hrsg) *Migration und Alter*. De Gruyter, S 7–20. <https://doi.org/10.1515/9783110563375-002>
- Schmitz W, Mauritz S, Wagner M (2021) Social relationships, living arrangements and loneliness. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):120–125. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01960-1>
- Schwartz E, Litwin H (2019) 22. Changes in social networks and cognitive decline. In: *Health and socio-economic status over the life course*, S 219–226. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783110617245-022/html>
- Simonson J, Vogel C (2019) Aspekte sozialer Ungleichheit im Alter. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) *Altenforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*, 1. Aufl. Nomos, S 171–196. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-171>
- Tesch-Römer C, Engstler H (2020) Wohnsituation der Menschen ab 65 Jahren: mit Angehörigen, allein oder im Pflegeheim. (DZA-Fact Sheet). Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B (2016) Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open* 6(4):e010799. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>
- Vogel C (2012) Generationenbeziehungen der (Spät-)Aussiedler. Forschungsstand und exemplarische Befunde zu Einstellungen in Bezug auf familiäre Unterstützungsleistungen. In: Baykarakrumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) *Viele Welten des Alterns*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Wagner M, Schütze Y, Lang FR (1996) Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) *Die Berliner Altersstudie: Das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive*. Akademie Verlag, Berlin, S 301–319
- Wagner M, Schütze Y, Lang FR (2010) Social relationships in old age. In: Baltes PB, Mayer KU (Hrsg) *The Berlin aging study: aging from 70 to 100*. Cambridge University Press, Cambridge, S 282–301
- Wiest M, Nowossadeck S, Tesch-Römer C (2015) Regionale Unterschiede in den Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland. DZA-Diskussionspapier: Nr. 57. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Wolf-Ostermann K, Rothgang H (2020) Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Coronapandemie Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. <https://www.uni-bremen.de/fb11/corona-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie>
- Zavaleta D, Samuel K, Mills CT (2017) Measures of social isolation. *Soc Indic Res* 131(1):367–391. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1252-2>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Digitale Teilhabe in der Hochaltrigkeit



Marcella Reissmann, Veronica Oswald, Susanne Zank
und Clemens Tesch-Römer

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde im Rahmen der bundesweit repräsentativen Studie „Hohes Alter in Deutschland“ eine schriftliche Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Hiervon beantworteten 3233 Personen bis Dezember 2021 in einem zusätzlichen telefonischen Interview detaillierte Fragen zu ihrer Internet- und Techniknutzung. Auf dieser Grundlage stellt der vorliegende Kurzbericht dar, wie hochaltrige Menschen in Deutschland moderner Technik wie dem Internet und digitalen Geräten gegenüber eingestellt sind und ob, wie häufig und wofür sie diese nutzen.

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im April 2022 als Kurzbericht Nummer 6 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

M. Reissmann (✉) · V. Oswald
Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland
E-Mail: marcella.reissmann@uni-koeln.de; veronica.oswald@uni-koeln.de

S. Zank
Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland
E-Mail: susanne.zank@uni-koeln.de

C. Tesch-Römer
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland
E-Mail: clemens.tesch-roemer@dza.de

© Der/die Autor(en) 2023
R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_7

Hochaltrige sind digital abgehängt. Nur gut jede dritte hochaltrige Person (37 %) in Deutschland nutzt das Internet. In der deutschen Gesamtbevölkerung hingegen sind es 88 %.

Die Internetnutzung in der Hochaltrigkeit ist sozial ungleich verteilt. Die Internetnutzung der Ab-80-Jährigen hängt stark von Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Wohnsituation und kognitiver Gesundheit ab – zu Ungunsten von älteren Gruppen, Frauen, Niedrigerebildeten, Einkommensschwächeren, kognitiv Beeinträchtigteren und Personen in Heimen. Während manche hochaltrige Gruppen schon mehrheitlich online sind, sind es in anderen Gruppen nur wenige.

Wenn schon, denn schon: Hochaltrige Onliner nutzen das Internet häufig. Hochaltrige, die das Internet nutzen, sind mehrheitlich (57 %) täglich online. Dies gilt weitgehend unabhängig von soziodemografischen oder gesundheitlichen Merkmalen.

Hochaltrige nutzen das Internet primär für Kommunikation und Informationssuche. Die E-Mail-Kommunikation ist die bei Hochaltrigen beliebteste Anwendung des Internets (82 %), gefolgt von der Suche nach Gesundheitsinformationen (60 %). Soziale Netzwerke hingegen werden nur von wenigen hochaltrigen Personen verwendet (13 %).

Das Mobiltelefon ist das von Hochaltrigen meistgenutzte digitale Gerät. Etwa zwei Drittel (65 %) der Hochaltrigen verwenden ein Mobiltelefon. Darauf folgen Computer/Laptop (37 %) und Smartphone (34 %). Nur wenige nutzen Tablets (17 %) oder Fitnessarmbänder (6 %). Ähnlich wie beim Internet gilt: Nutzt eine hochaltrige Person ein digitales Gerät, so tut sie dies zu meist täglich.

Hochaltrige sind moderner Technik gegenüber nicht grundsätzlich ablehnend eingestellt. Zwar vertritt etwa jede:r Dritte (eher) negative Einstellungen gegenüber moderner Technik – vergleichbar viele interessieren sich jedoch durchaus für moderne Technik und sehen Vorteile in ihr.

Jede vierte hochaltrige Person (26 %) berichtet eine Veränderung ihrer Internetnutzung durch die Coronapandemie. Hiervon begrüßt etwa jede:r Sechste (18 %) diese Entwicklung, ähnlich viele (15 %) empfinden sie jedoch als negativ.

Einleitung

Für viele Menschen in Deutschland ist ein Tag ohne Smartphone oder Laptop kaum mehr vorstellbar. Informations- und Kommunikationstechnologien haben längst Einzug in nahezu alle Bereiche unseres Lebens gehalten. Immer öfter werden Informationen und Dienstleistungen digital angeboten, verfügen Haushalts- und Unterhaltungsgeräte über digitale Schnittstellen, oder wird auf digitale Assistenzsysteme und telemedizinische Dienste zurückgegriffen (Ehlers et al. 2020). Gleichzeitig sind

analoge Alternativen in vielen Bereichen immer seltener zu finden. Digitale Kompetenz wird somit zunehmend zur Voraussetzung für alltägliche Aktivitäten, behördliche Erledigungen oder den Zugang zu ärztlichen Leistungen. Darüber hinaus bestimmt sie Möglichkeiten der Information und Mitwirkung in Bereichen wie Wirtschaft (z. B. Online-Banking und -Käufe, Selbstbedienungskassen), Politik (z. B. Information über Parteiprogramme, Teilnahme an Petitionen) oder Kultur (z. B. digitale Unterhaltungselektronik, Online-Kartenkauf) (Ehlers et al. 2020).

Insofern bedeutet die Teilhabe an digitaler Technik auch gesellschaftliche Teilhabe. Werden Menschen mit eingeschränktem oder fehlendem Zugang zu digitalen Technologien aus bestimmten Handlungs- und Möglichkeitsräumen ausgeschlossen (Suden 2020), so sind fehlende digitale Kompetenzen auch Auslöser von sozialer Ungleichheit (Ehlers et al. 2020). Während der Coronapandemie wurden viele Aktivitäten und Angebote noch stärker ins Digitale verschoben, um trotz der nötigen Kontaktbeschränkung gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen (Initiative D21 2021; Kortmann et al. 2021). Die Gefahr der Exklusion derer, die über wenige oder keine Möglichkeiten der digitalen Teilhabe verfügen, ist dadurch weiter angestiegen (Kemptner und Marcus 2020; Seifert et al. 2021). Insbesondere ältere Personen, die nicht im digitalen Zeitalter aufgewachsen sind, verfügen dabei seltener über einen Internetzugang oder müssen sich entsprechende Kompetenzen erst erarbeiten (Doh 2020).

Potenziale der Internetnutzung im Alter

Gleichwohl bieten digitale Technologien gerade auch für ältere Personen viele Potenziale. Insbesondere die Nutzung von Angeboten im Internet kann helfen, soziale Kontakte zu pflegen, Wissen zu generieren, Fähigkeitsverluste und Immobilität zu kompensieren, Aktivität zu fördern und insgesamt mehr Selbstständigkeit aufrechtzuerhalten (Czaja und Lee 2007; Schmidt 2017; Suden 2020). Internetnutzung im Alter ist somit positiv mit Selbstvertrauen, Kontrollüberzeugung, sozialer Unterstützung, Autonomie und Lebenszufriedenheit, sowie negativ mit depressiven Symptomen und Einsamkeit verbunden (Cotten et al. 2014; Erickson und Johnson 2011; Heo et al. 2015; Schlomann et al. 2020b; Shapira et al. 2007; Szabo et al. 2019; Yu et al. 2016). Auch angesichts der höheren Gefahr des SARS-CoV-2-Virus für ältere Menschen bieten digitale Wege der Kommunikation, Information etc. gerade für diese Gruppe große Potenziale (Endter et al. 2020). Daten des Deutschen Alterssurveys konnten zeigen, dass die Internetnutzung zur Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten während der Pandemie mit geringerer Einsamkeit, höherer Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen bei Menschen zwischen 46 und 98 Jahren zusammenhing (Hajek und König 2021).

Der Deutsche Alterssurvey zeigt außerdem, welche Angebote im Internet die ältere Bevölkerung im Jahr 2020 am häufigsten nutzte: 90 % der Personen mit Internetzugang zwischen 76 und 90 Jahren nutzten das Internet mindestens gelegentlich zur Suche nach Informationen, 91 % von ihnen nutzten das Internet, um bestehende

Kontakte zu pflegen, und 76 % nutzten es für Unterhaltung und Kultur. Alle diese Werte haben sich zwischen 2017 und 2020 (zum Teil sehr deutlich) erhöht (Kortmann et al. 2021). Darüber hinaus zeigen qualitative Studien, dass ältere Menschen das Internet nutzen, um Aktivitäten des täglichen Lebens ausführen zu können (z. B. Management von Finanzen) und somit auch altersbezogene Einschränkungen (z. B. eingeschränkte Mobilität) zu kompensieren (Nimrod 2020; Wangler und Jansky 2021). Während 78 % der deutschen Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren soziale Medien nutzen, bleiben die Nutzungsraten bei den Ab-70-Jährigen für die meisten sozialen Medien jedoch im einstelligen Prozentbereich – mit Ausnahme des Messaging-Dienstes „WhatsApp“ (29 %) und des Videoportals „YouTube“ (13 %) (Initiative D21 2021).

Digitale Spaltung und interindividuelle Unterschiede in der Internetnutzung im Alter

Von den beschriebenen Potenzialen der Techniknutzung profitiert ein großer Teil älterer Menschen jedoch nicht. Während im Zeitraum 2019/2020 nahezu 100 % der Unter-50-Jährigen und bereits 88 % der deutschen Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren online waren, nutzten nur 52 % Prozent der deutschen Bürgerinnen und Bürger ab 70 Jahren das Internet (Initiative D21 2021). Man spricht daher von einer *digitalen Spaltung* zwischen Jung und Alt. Diese lässt sich auch in anderen europäischen sowie außereuropäischen Ländern finden (Schelling und Seifert 2010). Sie blieb hierzulande auch während der Coronapandemie bestehen – wenngleich ältere Personen mit Internetzugang diesen seit Beginn der Pandemie häufiger nutzten (Kortmann et al. 2021; Seifert 2021). Auch wenn sich Unterschiede zwischen jüngeren Altersgruppen zunehmend abschwächen, gilt dies nur in geringem Ausmaß auch für hochaltrige Menschen (Friemel 2016; Scheerder et al. 2017).

In der Diskussion über die digitale Spaltung gerät oftmals in den Hintergrund, dass ältere Menschen eine sehr heterogene Gruppe sind und somit auch innerhalb dieser Gruppe deutliche Unterschiede hinsichtlich der Digitalisierung bestehen. Folgende Merkmale haben sich als besonders bedeutsam für die Internetnutzung im Alter herausgestellt:

- **Alter:** Es finden sich starke Unterschiede zwischen Altersgruppen. Während noch die Mehrheit der 60–69-Jährigen und 70–74-Jährigen das Internet nutzt (85 % bzw. 70 %), kehrt sich dieses Bild in den älteren Kohorten um und der Anteil der Onliner bei den 90–99-Jährigen beträgt nur noch 25 % (Initiative D21 2021). Diese Angabe wird allerdings dadurch eingeschränkt, dass der Digitalindex nur eine sehr kleine Gruppe von 61 Personen ab 90 Jahren betrachten konnte. Altersunterschiede dürften v. a. Ausdruck von Kohortenunterschieden sein, da jüngere Gruppen bereits mehr Möglichkeiten (beispielsweise im Erwerbsleben) hatten, digitale Techniken kennen zu lernen.

- **Bildung und Einkommen:** Entscheidend für die Nutzung digitaler Technik im Alter sind außerdem die Bildung und das Einkommen einer Person. So zeigte sich mit einem Gruppenunterschied von 50 Prozentpunkten eine beachtliche Lücke zwischen Personen ab 60 Jahren mit hoher Bildung (87 % Onliner) und niedriger Bildung (37 % Onliner); ganz ähnlich war es bei älteren Personen mit hohem Einkommen (76 % Onliner) und niedrigem Einkommen (25 % Onliner) (Doh 2020).
- **Geschlecht:** Frauen im höheren Alter nutzen seltener das Internet als ältere Männer. Obwohl im Jahr 2019 etwa zwei Drittel der Menschen ab 80 Jahren in Deutschland Frauen waren, machten diese lediglich 39 % der Onliner in dieser Altersgruppe aus (Doh 2020). Studien legen jedoch nahe, dass nicht das Geschlecht selbst, sondern v. a. Unterschiede in soziodemografischen Merkmalen zwischen Frauen und Männern diesen Umstand auslösen (z. B. Friemel 2016; Schmidt 2015). So konnten Frauen in älteren Kohorten beispielsweise weniger Bildung genießen als gleichaltrige Männer, und verfügen somit auch über ein geringeres Einkommen. Verstärkend können eine geschlechtsspezifische Sozialisation sowie Rollenbilder wirken, die bei Frauen im Vergleich zu Männern zu einer negativeren Grundhaltung gegenüber Technik und einer schlechteren Einschätzung der eigenen digitalen Fähigkeiten führten (Ehlers et al. 2020; Schmidt 2015).
- **Kognition:** Von besonderer Relevanz in der Gruppe der älteren Menschen sind auch Unterschiede in den kognitiven Fähigkeiten. So belegen einige Studien einen positiven Zusammenhang von besserem kognitiven Status mit der Internetnutzung (Hunsaker und Hargittai 2018). Für Menschen mit alters- oder krankheitsbedingten kognitiven Einschränkungen (z. B. langsamere Aufnahme von neuen Informationen, Konzentrationsschwierigkeiten) ist die Techniknutzung hingegen erschwert (Ehlers et al. 2020). Auch sind ebensolche Aktivitäten, die zunehmend online vollzogen werden (sollen) – etwa Überweisungen, Einkäufe oder soziale Interaktionen – gerade bei einer kognitiven Einschränkung ggf. nicht mehr ohne weiteres möglich.
- **Wohnform:** Der Zugang zum Internet in stationären Pflegeeinrichtungen ist im Vergleich zu Privathaushalten stark eingeschränkt (Endter et al. 2020). Heimbewohner:innen sind daher deutlich stärker „digital abgehängt“ (BAGSO 2020). Eine erste Studie zur Digitalisierung von deutschen Pflegeheimen im Jahr 2018 zeigte, dass nur 37 % der 575 befragten Heime ihren Bewohner:innen WLAN zur Verfügung stellten. Lediglich 6 % der Heime boten kostenlosen Netzzugang an (Borchert 2018). Schätzungsweise nutzen nur 20–30 % der Personen in (teil-)stationären Einrichtungen digitale Geräte (Endter et al. 2020). Für die Gruppe der hochaltrigen Menschen in Nordrhein-Westfalen konnte gezeigt werden, dass weniger als 3 % der Heimbewohner:innen mindestens ein digitales Gerät mit einer Internetverbindung nutzen (Schlomann et al. 2020a).
- Neben den genannten soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen spielen auch **psychologische Einstellungsdimensionen** eine empirisch belegte Rolle für die Techniknutzung (Schmidt und Wahl 2019). Eines der etabliertesten

theoretischen Modelle zur Techniknutzung (Technology Acceptance Model, Davis 1989) versteht die Intention, eine Technik zu nutzen, als besten Prädiktor für die letztliche Nutzung. Jene Intention wird durch zwei Überzeugungen bestimmt: 1) die empfundene Nützlichkeit und 2) die empfundene Leichtigkeit der Techniknutzung. Tatsächlich nennen Offliner ab 60 Jahren die empfundene Komplexität des Internets und eine fehlende persönliche Nutzenwahrnehmung als größte Hürden der Internetnutzung (DIVSI 2016).

Ziel

Trotz der beschriebenen beachtlichen Unterschiede in der Internetnutzung älterer Menschen gibt es nur wenige Studien, die diese differenzierter analysieren (Doh 2020; Kubicek 2020), etwa mit Blick auf verschiedene Altersgruppen in Kombination mit weiteren relevanten Merkmalen (Ehlers et al. 2020). Auch Daten zu Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind rar. Schmidt und Wahl (2019) kritisieren, dass einschlägige Studien oftmals auf „kleinen und selektiven Gelegenheitsstichproben älterer Menschen, die meist im sogenannten ‚Dritten Alter‘, technikinteressiert, [und] hochgebildet (...) sind“ (S. 546) beruhen. Das Ziel, durch Technik möglichst lange selbstbestimmt zu bleiben, ist jedoch gerade für Personen im sehr hohen Alter mit kognitiven oder körperlichen Einschränkungen oder anderen, sozial begründeten Risikofaktoren relevant.

Die Studie D80+ bietet erstmals die Möglichkeit, repräsentative Daten für die hochaltrige Bevölkerung in Deutschland auszuwerten. Auf dieser Grundlage nimmt der vorliegende Kurzbericht eine eingehende Analyse der Internetnutzung hochaltriger Menschen vor. Für ein differenziertes Bild wird hierbei zwischen verschiedenen Subgruppen hochaltriger Menschen unterschieden. Da die Daten unter den Zeichen der Coronapandemie erhoben wurden, wird zudem der empfundene Einfluss der Pandemie auf die Internetnutzung der Hochaltrigen untersucht.

Methodik

Stichprobe

Aufgrund der Coronapandemie konnte die Befragung im Rahmen von D80+ nicht wie geplant in Form von persönlichen Interviews durchgeführt werden. Stattdessen wurde ein alternatives Studiendesign, bestehend aus zwei Modulen, entwickelt. Ein umfangreiches erstes Modul wurde per Fragebogen¹ erhoben. Insgesamt 10.578 Personen haben hier teilgenommen. Dieses erste Modul konnte allerdings nicht alle Inhalte des vorgesehenen Instrumentariums berücksichtigen, unter anderem weil

¹Möglich war auch eine telefonische Beantwortung der Fragen, beispielsweise wenn durch eine Sehbeeinträchtigung Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens bestanden.

sich nicht alle Instrumente (z. B. kognitive Tests) für eine schriftliche Befragung eigneten. Daher wurde um die Teilnahme am nachgelagerten Modul 2 gebeten, welches telefonisch erhoben wurde. Hier konnten 3233 Personen aller Teilnehmenden befragt werden.

Die für diesen Kurzbericht relevanten Inhalte wurden größtenteils im zusätzlichen telefonischen Interview erhoben. Daher beziehen sich alle nachfolgend dargestellten Ergebnisse auf die Teilstichprobe, die am Modul 2 teilgenommen hat. Durch eine dezidierte Gewichtung der Daten, die zusätzlich zur Auswahl- und Teilnahmewahrscheinlichkeit an Modul 1 auch die Teilnahmewahrscheinlichkeit am telefonischen Interview berücksichtigt, wird die Repräsentativität dieser Stichprobe für wesentliche Strukturmerkmale (z. B. Alters- und Geschlechtsverteilung) sichergestellt. Mit Blick auf andere Merkmale bleibt die Korrektur in Subgruppen jedoch möglicherweise unvollständig.

Outcome-Variablen

Internetnutzung und -nutzungsfrequenz Die Internetnutzung wurde mit der Frage „Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Internet genutzt?“ operationalisiert. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass nur die aktive Nutzung gemeint ist, nicht etwa die Beauftragung anderer Personen, etwas im Internet nachzuschauen. Personen, die hier mit „ja“ antworteten, wurden nach der Häufigkeit ihrer Internetnutzung gefragt. Diese wurde 5-stufig erhoben (täglich – wöchentlich – monatlich – mehrmals im Jahr – einmal im Jahr).

Anwendungen im Internet Personen, die angaben, das Internet genutzt zu haben, wurden gefragt, ob sie in den vergangenen 3 Monaten die folgenden Anwendungen genutzt haben oder diese prinzipiell als interessant erachten (Antwortmöglichkeiten: ja – nein, aber interessant – nein, und auch nicht interessant):

- Schreiben und Empfangen von E-Mails
- Suche von Informationen über Gesundheitsthemen
- soziale Netzwerke wie Facebook oder Twitter
- Kauf oder Verkauf von Waren oder Dienstleistungen z. B. über Amazon oder Ebay

Techniknutzung und -nutzungsfrequenz Es wurde die Nutzung von fünf digitalen Geräten in den letzten 12 Monaten abgefragt (Computer/Laptop, Smartphone, Mobiltelefon, Tablet-Computer, Fitnessarmband/Schrittzähler). Bei jeder zustimmenden Antwort wurde eine 5-stufige Abfrage der jeweiligen Nutzungsfrequenz angeschlossen (täglich – wöchentlich – monatlich – mehrmals im Jahr – einmal im Jahr).

Technikeinstellungen Drei Aspekte von Einstellungen gegenüber moderner Technik wurden wie folgt erhoben. Antworten auf diese Fragen wurden auf einer 5-stufigen Skala gegeben (gar nicht – eher nicht – teils/teils – eher – sehr).

- Allgemeines Interesse an moderner Technik: „Wie sehr interessieren Sie sich für neue technische Dinge?“
- Empfundene Nützlichkeit der Techniknutzung: „Wie schwierig ist für Sie die Bedienung moderner digitaler Geräte, wie zum Beispiel Mobiltelefon, Computer, Smartphone oder Tablet-Computer?“
- Empfundene Leichtigkeit der Techniknutzung: „Wie sehr erleichtern moderne digitale Geräte, wie zum Beispiel Mobiltelefon, Computer, Smartphone oder Tablet-Computer, Ihren Alltag?“

Einfluss der Coronapandemie Teilnehmende wurden gefragt, wie stark die Coronapandemie ihre Internetnutzung beeinflusst hat (überhaupt nicht – ein wenig – mäßig – stark – sehr stark) und wie sie diese Veränderung erlebt haben (überwiegend negativ – insgesamt ausgeglichen – überwiegend positiv).

Differenzierungsvariablen

Die oben genannten Variablen werden in Abhängigkeit von individuellen Merkmalen und Ressourcenlagen hochaltriger Menschen betrachtet. Dabei unterscheiden wir zwischen Personen verschiedener **Altersgruppen** (80–84 Jahre/85–89 Jahre/90+ Jahre)² und zwischen **Geschlechtern** (männlich/weiblich). Differenziert wird auch zwischen Personen mit unterschiedlichem **Bildungsgrad** (niedriger/mittlerer/hoher Bildungsstand)³ und verschiedenen **Einkommensklassen** (einkommensschwach/mittleres Einkommen/einkommensstark).⁴ Es werden zudem Unterschiede zwischen Hochaltrigen in unterschiedlicher **Wohnsituation** (Privathaushalt/Heim) sowie Unterschiede nach **kognitivem Status** (altersadäquat/leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI)/Verdacht auf beginnende Demenz) analysiert.

Gruppenunterschiede werden auf statistische Signifikanz geprüft. Alle Analysen beruhen auf gewichteten Daten und berücksichtigen die komplexe Stichprobenstruktur.

² Geburtsjahrgänge: 1940–1935; 1935–1930; 1930–1915.

³ Definiert nach der Internationalen Standardklassifikation der UNESCO, ISCED-11 (UNESCO Institute for Statistics 2012).

⁴ Diese Klassifikation richtet sich nach dem Median des Nettoäquivalenzzahaltseinkommen in Deutschland, welches im Jahr 2019 monatlich 1959,58 € betrug (Statistisches Bundesamt 2021a). Die Einkommensklassen sind wie folgt definiert: Einkommensschwach (unter 70 % des Medians), mittleres Einkommen (70 % bis unter 150 % des Medians), einkommensstark (150 % des Medians oder mehr) (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2020).

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf den Daten des zusätzlichen telefonischen Interviews mit folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 1226, 37,9 %), Frauen (n = 2007, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 1909, 59,1 %), 85–89 Jahre (n = 870, 26,9 %), 90 Jahre und älter (n = 454, 14,0 %); Bildung hoch (n = 570, 18,2 %), mittel (n = 1840, 58,8 %), niedrig (n = 720, 23,0 %); Privathaushalt (n = 2906, 89,9 %), Heim (n = 327, 10,1 %); einkommensstark (n = 296, 11,2 %), mittleres Einkommen (n = 1779, 67,7 %), einkommensschwach (n = 555, 21,1 %); altersadäquate Kognition (n = 1695, 57,0 %), leichte kognitive Beeinträchtigung (n = 739, 24,9 %), Verdacht auf beginnende Demenz (n = 539, 18,1 %).

Internetnutzung

Hochaltrige sind digital abgehängt: Nur gut jede dritte Person ab 80 Jahren in Deutschland nutzt das Internet. Die Internetnutzung im sehr hohen Alter variiert jedoch stark nach Alter, Geschlecht, Bildung, finanzieller Lage, Wohnsituation und kognitivem Status.

Etwas mehr als jede:r Dritte der Hochaltrigen in Deutschland (37,3 %) hat das Internet in den letzten zwölf Monaten genutzt. Dagegen haben 62,7 % das Internet im vorangehenden Jahr nicht genutzt (vgl. Abb. 1).

Diese Werte basieren auf den Angaben der Teilstichprobe, die an dem telefonischen Interview (Modul 2) teilgenommen hat. Der Anteil der hochaltrigen Onliner, die auf Basis der Daten aus Modul 1 (Gesamtstichprobe) berechnet werden kann, weicht hiervon mit 28,4 % merklich ab. Es ist darum naheliegend anzunehmen, dass auch bei bestmöglichem Ausgleich der Teilnahmewahrscheinlichkeit

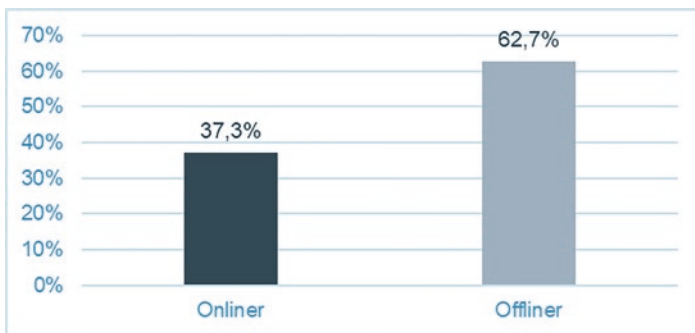


Abb. 1 Internetnutzung in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung

am Telefoninterview ein Teil der Unterschiede in der Internetnutzung auf diese Selektivität zurückzuführen ist. Darüber hinaus kommt diese Abweichung auch durch intra-individuelle Unterschiede in der Beantwortung der Frage nach der Internetnutzung in der schriftlichen und telefonischen Befragung zustande: Einige der Personen, die die Frage nach der Internetnutzung in der schriftlichen Befragung verneint hatten, bejahten diese im späteren telefonischem Interview. Hierfür gibt es viele mögliche Erklärungen. Personen könnten zwischenzeitlich aus verschiedenen Gründen (z. B. wegen der anhaltenden Kontaktbeschränkungen zur Bekämpfung der Coronapandemie) erstmals begonnen haben, das Internet zu nutzen. Auch ein Effekt des Befragungsmodus ist denkbar: Im direkten Austausch mit einem:r Interviewer:in könnten Unsicherheiten dahingehend, was bereits eine Internetnutzung bedeutet (z. B. das Schreiben mit anderen Personen oder bestimmte Spiele auf dem Smartphone), geklärt und so eine präzisere Angabe gemacht worden sein. Da zudem tiefergehende Fragen zur Internetnutzung ausschließlich im telefonischen Interview gestellt wurden, werden im Folgenden Ergebnisse für diese Teilstichprobe berichtet, die auf die hochaltrige Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet wurden.

Eine detaillierte Betrachtung der Internetnutzung in verschiedenen Teilgruppen hochaltriger Menschen zeigt, dass diese – wie theoretisch erwartet – stark von verschiedenen Merkmalen und Ressourcen der Befragten abhängt. Abb. 2 zeigt zunächst, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person das Internet nutzt, über die betrachteten Altersgruppen signifikant abfällt (alle $p < 0,001$): Während noch fast jede:r Zweite in der Gruppe der 80–84-Jährigen das Internet nutzt (46,4 %), sind es bei den 85–89-Jährigen nur noch 26,8 % und bei den Ab-90-Jährigen 18,9 %.

Abb. 3 stellt dar, dass über die Hälfte (51,6 %) der hochaltrigen Männer und somit deutlich mehr als hochaltrige Frauen (28,5 %) das Internet nutzen ($p < 0,001$). Dieser statistisch signifikante Geschlechterunterschied ist in allen Altersgruppen zu beobachten, wenn auch auf mit dem Alter sinkendem Niveau. Ein Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht liegt hingegen nicht vor: Unterschiede zwischen hochaltrigen Männern und Frauen sind also vom Alter unabhängig. Durch ein multiples

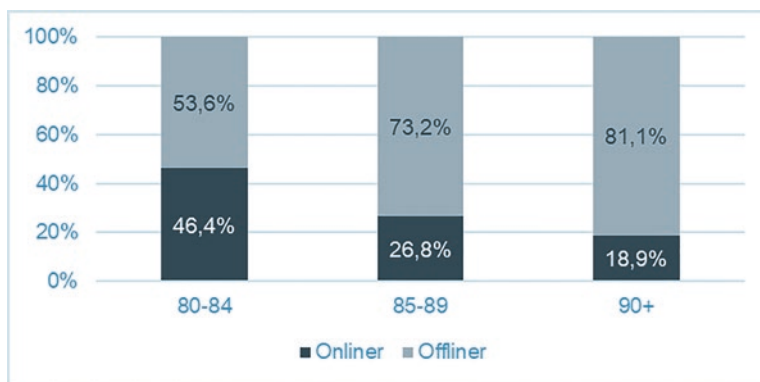


Abb. 2 Internetnutzung nach Altersgruppen

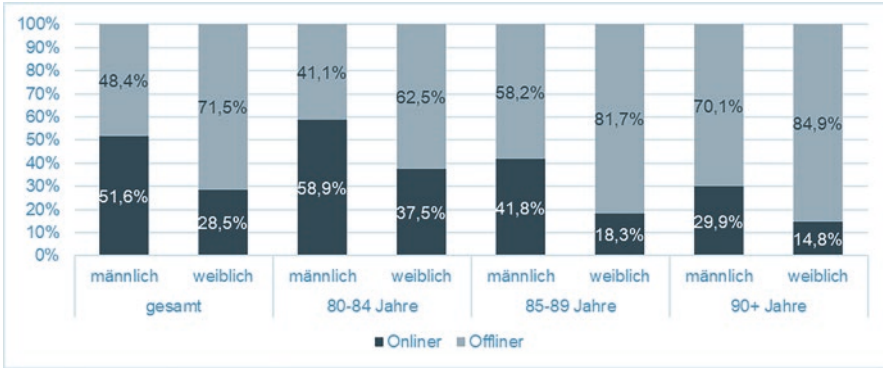


Abb. 3 Internetnutzung nach Geschlecht und Altersgruppen

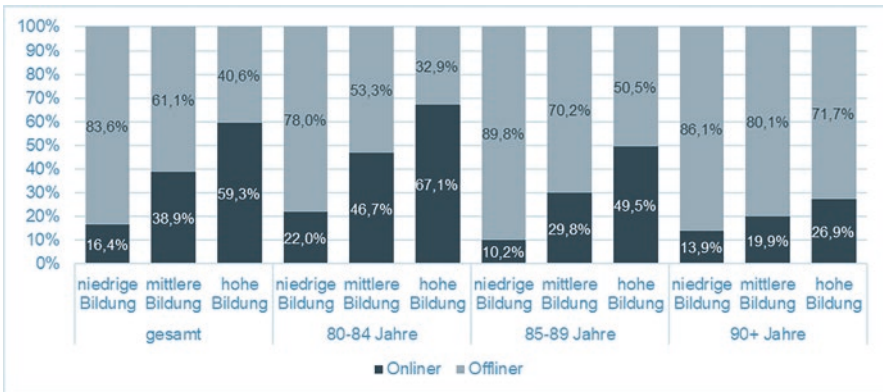


Abb. 4 Internetnutzung nach Bildung und Altersgruppen

logistisches Vorhersagemodell kann außerdem gezeigt werden, dass das Geschlecht einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Internetnutzung behält (Wald-Chi² = 27,135; df = 1; p < 0,001), auch wenn für Alter, Bildung, Einkommen, Kognition und Technikeinstellungen kontrolliert wird.

Die Internetnutzung unterscheidet sich auch nach dem Bildungsstand der Hochaltrigen (vgl. Abb. 4). Während nur 16,4 % der Niedriggebildeten das Internet nutzen, ist es bei Hochaltrigen mit mittlerer Bildung schon mehr als jede:r Dritte (38,9 %) und bei den Hochgebildeten eine Mehrheit von 59,3 % (p < 0,001). Dieser Unterschied ist in der jüngsten und mittleren Altersgruppe statistisch relevant (beide p < 0,001), in der ältesten Gruppe jedoch nicht mehr. Ein Interaktionseffekt von Alter und Bildung lässt sich dennoch nicht nachweisen.

Auch das Einkommen ist bedeutsam für die Internetnutzung, wie Abb. 5 zeigt. Zwei Drittel der einkommensstarken Hochaltrigen sind online, Hochaltrige mit mittlerem Einkommen jedoch nur zu 42,1 % und nur 22,3 % der einkommensschwachen Hochaltrigen (p < 0,001). Diese signifikanten Unterschiede sind in allen Altersgruppen nachzuweisen (jüngste und mittlere Altersgruppe: p < 0,001; älteste:

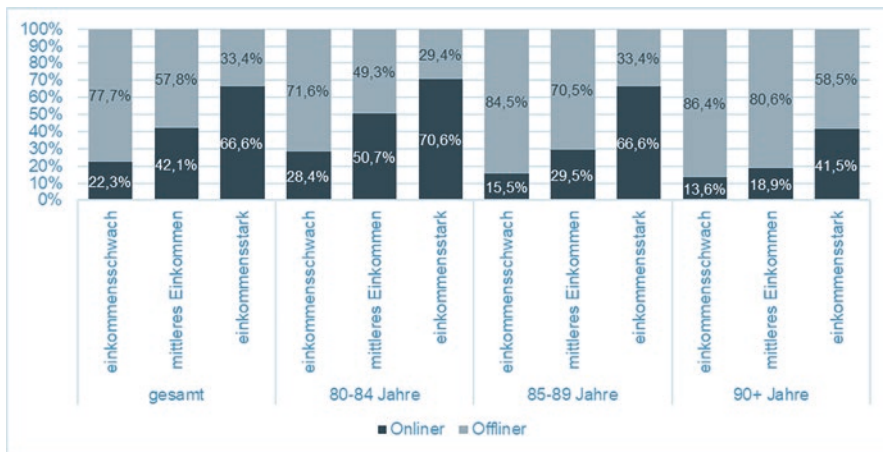


Abb. 5 Internetnutzung nach Einkommen und Altersgruppen

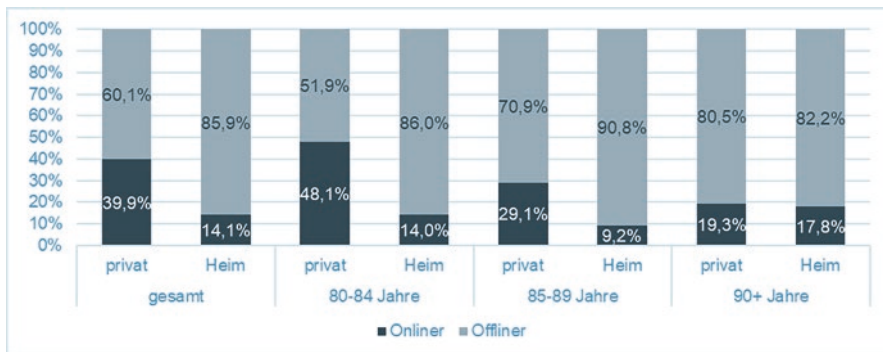


Abb. 6 Internetnutzung nach Wohnsituation und Altersgruppen

$p < 0,05$). Auch hier liegt kein Interaktionseffekt vor: Das Einkommen hat in allen Altersgruppen einen vergleichbaren Einfluss.

In Abb. 6 ist dargestellt, wie sich Hochaltrige in privater bzw. institutioneller Wohnsituation bezüglich ihrer Internetnutzung unterscheiden. So sind zwei Fünftel (39,9 %) der Privatwohnenden Onliner, jedoch nur 14,1 % der Heimbewohner:innen ($p < 0,001$). Dieser Unterschied ist in der jüngsten und mittleren Altersgruppe auf unterschiedlichen Niveaus zu erkennen, in der ältesten Altersgruppe jedoch nur noch klein und nicht statistisch relevant. Bei den Personen ab 90 Jahren gibt es keinen Unterschied der Internetnutzung nach Wohnform.

Zuletzt stellt Abb. 7 die Internetnutzung von Hochaltrigen mit unterschiedlichem kognitiven Status dar. Personen mit altersadäquater kognitiver Leistung nutzen fast zur Hälfte (48,5 %) das Internet. Dahingegen sind es bei Personen mit leichter kognitiver Einschränkung (MCI) nur 26,9 %. Hochaltrige, die als vermutlich beginnend dement klassifiziert werden können, nutzen nur zu 15,9 % das Internet ($p < 0,001$). Auch dieser Unterschied ist nur in der jüngsten und mittleren Altersgruppe nachzu-

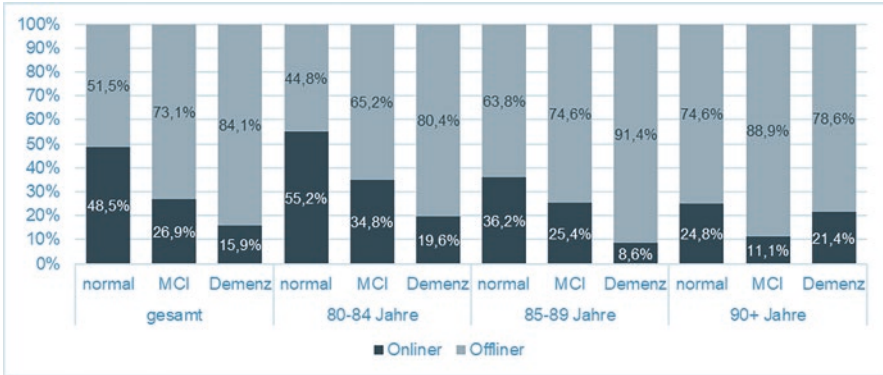


Abb. 7 Internetnutzung nach Kognition und Altersgruppen

weisen (beide $p < 0,001$). Hier nutzen sogar mehr Personen mit einer vermutlich beginnenden Demenz das Internet als solche mit leichter kognitiver Einschränkung – möglicherweise bestand dank einer erst späten Erkrankung die Chance, vorher bereits genügend Erfahrungen im Umgang mit dem Internet zu sammeln. Denkbar ist auch, dass insbesondere diese Menschen durch Angehörige mit digitaler Technik versorgt werden, wobei oftmals weniger die Bedürfnisse der dementen Person als jene der Angehörigen (z. B. Lokalisationsfunktion) im Vordergrund stehen (Schneider et al. 2015). Allerdings ist die betrachtete Gruppe hier mit 130 vermutlich beginnend dementen Personen ab 90 Jahren auch vergleichsweise klein. Ein Interaktionseffekt von Alter und Kognition ist nicht nachweisbar.

Über die festgelegten Differenzierungsvariablen hinaus konnte für das Vorhandensein von Kindern oder Enkeln kein signifikanter Einfluss nachgewiesen werden: Hochaltrige, die kinder- bzw. enkelkinderlos sind, nutzen das Internet also nicht seltener als solche mit Kindern oder Enkeln.

Internetnutzungsfrequenz

„Wenn schon, denn schon!“ – Hochaltrige, die das Internet nutzen, tun dies zumeist täglich.

Die Internetnutzungsfrequenz ist unter hochaltrigen Onlinern hoch (vgl. Abb. 8): Sie nutzen das Internet zum größten Teil täglich (57,0 %) oder wöchentlich (31,5 %). Nur gut jede:r zehnte hochaltrige Internetnutzer:in ist seltener online (7,7 % monatlich, 3,2 % mehrmals im Jahr und 0,3 % einmal im Jahr). Die Tendenz, dass das Internet meist täglich genutzt wird, gilt weitgehend unabhängig von den Differenzierungsvariablen. Nur in wenigen Teilgruppen wird das Internet von etwas weniger als der Hälfte täglich genutzt (Ab-90-Jährige, Niedriggebildete, Heimbewohner:innen, vermutlich von beginnender Demenz Betroffene).

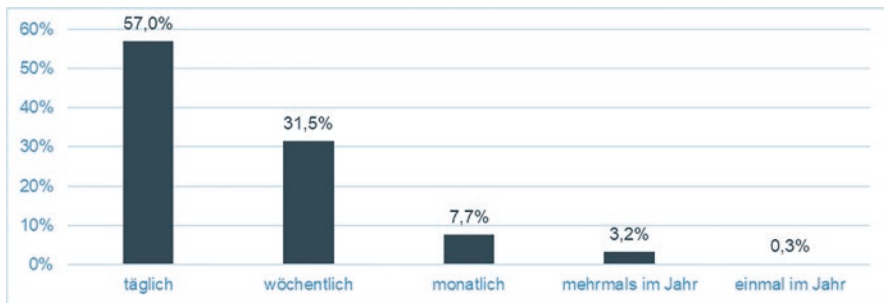


Abb. 8 Internetnutzungsfrequenz von hochaltrigen Onlinern

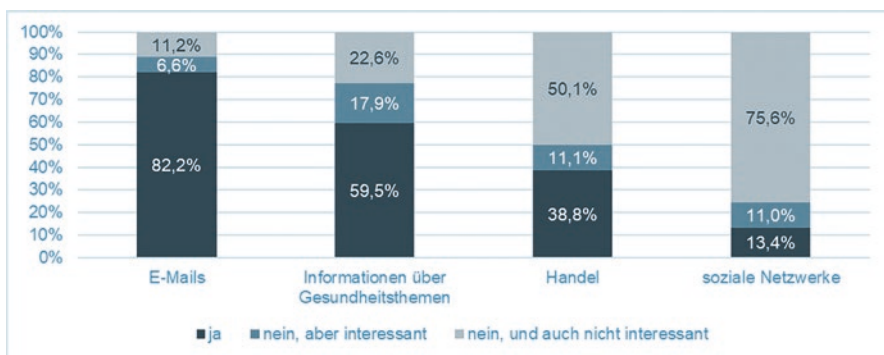


Abb. 9 Nutzung verschiedener Anwendungen im Internet unter hochaltrigen Onlinern

Genutzte Anwendungen im Internet

Hochaltrige nutzen das Internet primär für den E-Mail-Verkehr und zur Informationssuche. Nur wenige hochaltrige Personen nutzen soziale Netzwerke.

Eine große Mehrheit (82,2 %) der hochaltrigen Internetnutzer:innen verwendet dieses zum Schreiben und Empfangen von E-Mails. Ebenfalls mehrheitlich (59,5 %) wird das Internet zur Suche nach Informationen zu Gesundheitsthemen genutzt. Immerhin mehr als jede:r Dritte (38,8 %) kauft oder verkauft online Waren oder Dienstleistungen. Den geringsten Zuspruch finden soziale Netzwerke: Diese werden nur von 13,4 % der hochaltrigen Onliner verwendet (vgl. Abb. 9). Personen, die die genannten Anwendungen nicht nutzen, haben auch mehrheitlich kein Interesse an ihnen. Allerdings geben 17,9 % (und damit 44,6 % derjenigen, die diese Anwendung nicht bereits nutzen) ein grundsätzliches Interesse an der Suche nach Informationen zu Gesundheitsthemen im Internet an. Ebenso wäre für 37,1 % der-

jenigen, die keine E-Mails schreiben oder empfangen, diese Anwendung des Internets interessant. Das Interesse an den anderen beiden Anwendungen (Handel und soziale Netzwerke) ist unter ihren Nichtnutzer:innen dagegen gering.

Nutzung von digitalen Geräten

Das Mobiltelefon ist das von Hochaltrigen meistgenutzte digitale Gerät. Das Fitnessarmband hingegen wird von wenigen Personen ab 80 Jahren genutzt. Nutzen Hochaltrige ein digitales Gerät, so tun sie dies zumeist täglich oder wöchentlich.

Von den fünf abgefragten digitalen Geräten (Computer/Laptop, Smartphone, Mobiltelefon, Tablet, Fitnessarmband) nutzen Hochaltrige in Deutschland im Schnitt 1,5 Geräte. Knapp zwei Drittel (64,9 %) der hochaltrigen Menschen in Deutschland nutzen ein Mobiltelefon. Es ist somit das von dieser Gruppe meistgenutzte digitale Gerät, gefolgt von Computer bzw. Laptop (36,8 %), Smartphone (33,9 %), Tablet-Computer (16,7 %) und Fitnessarmband (6,0 %) (vgl. Abb. 10). Diese Rangfolge ist in beinahe allen Subgruppen identisch – lediglich unter den hochaltrigen Frauen und hochaltrigen Personen mit niedriger Bildung nutzen mehr Personen das Smartphone als den Computer oder Laptop. Jede:r fünfte (20,0 %) Hochaltrige nutzt keines der abgefragten Geräte.

Auch digitale Geräte werden von einem Großteil ihrer hochaltrigen Nutzer:innen täglich benutzt (vgl. Abb. 11): Computer oder Laptop zu 63,7 %, Smartphone zu 79,0 %, Mobiltelefon zu 44,3 %, Tablet-Computer zu 52,9 %, und Fitnessarmband zu 57,0 %. Ist dies nicht der Fall, so nutzen viele Befragte ihr digitales Gerät zumindest wöchentlich. Nur ein geringer Anteil der Hochaltrigen verwendet ein genutztes Gerät nur monatlich oder seltener.

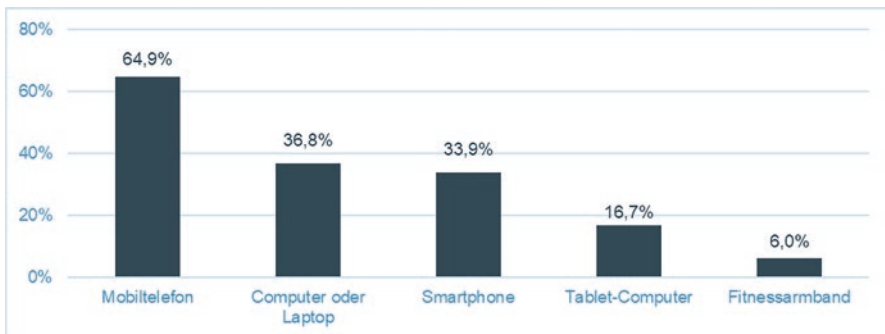


Abb. 10 Anteil der Nutzer:innen verschiedener digitaler Geräte in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung in Deutschland

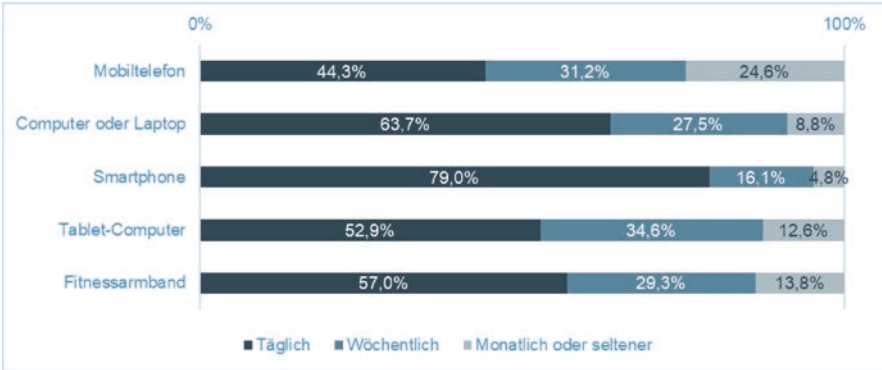


Abb. 11 Nutzungshäufigkeit nach digitalen Geräten

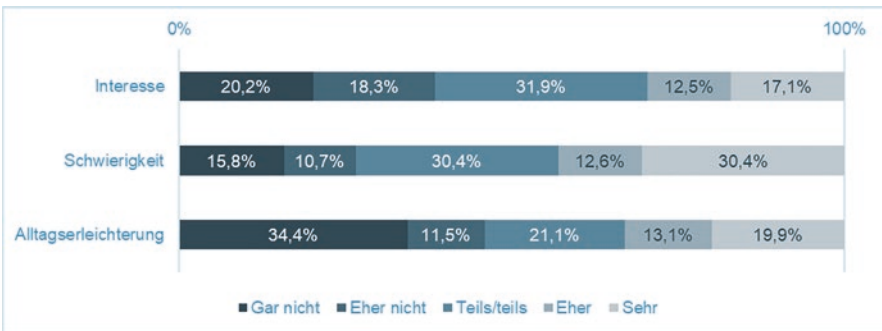


Abb. 12 Technischeinstellungen der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung in Deutschland

Technikeinstellungen

Wider die Klischees: Hochaltrige in Deutschland lehnen moderne Technik nicht überwiegend ab. Zwar gibt etwa jede:r Dritte (eher) negative Einstellungen gegenüber moderner Technik an – vergleichbar viele interessieren sich jedoch durchaus für moderne Technik und sehen Vorteile in ihr.

Innerhalb der Gesamtgruppe der hochaltrigen Menschen in Deutschland werden sehr verschiedene Meinungen zu moderner Technik vertreten (vgl. Abb. 12). Ein gutes Drittel (38,5 %) interessiert sich gar nicht oder eher nicht für neue technische Dinge, jedoch interessiert sich ebenfalls etwa ein Drittel (31,9 %) zumindest teilweise und wiederum ein knappes Drittel (29,6 %) eher oder sogar sehr für neue Technik. Bezüglich der empfundenen Schwierigkeit der Bedienung von moderner Technik verschieben sich die Verhältnisse leicht in die negative Richtung. So schätzt wieder beinahe ein Drittel (30,4 %) der Hochaltrigen die Bedienung technischer Geräte als teilweise schwierig ein, jedoch gut zwei Fünftel (43 %) als eher oder sehr

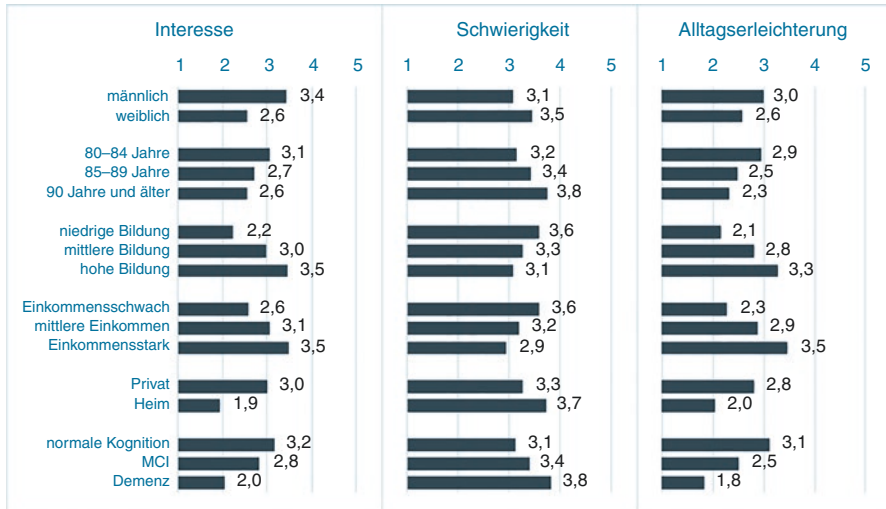


Abb. 13 Durchschnittliche Technikeinstellungen im Gruppenvergleich

schwierig und ein gutes Viertel (26,5 %) als eher nicht oder gar nicht schwierig. Etwas stärker ist die Verschiebung mit Blick auf die empfundene Alltags erleichterung: 45,9 % sehen in moderner Technik eher keine oder gar keine Möglichkeit der Alltags erleichterung, ein geringerer Anteil (33,0 %) eher oder sehr, und 21,1 % haben hierzu keine eindeutige Meinung.

Eine detailliertere Betrachtung der Technikeinstellungen hochaltriger Menschen nach den Differenzierungsvariablen zeigt signifikante Unterschiede in den durchschnittlichen Werten zwischen verschiedenen Subgruppen. Abb. 13 zeigt jeweils den durchschnittlichen Grad an Zustimmung oder Ablehnung: „Gar nicht“ entspricht dem Wert 1, „Eher nicht“ dem Wert 2, „Teils/teils“ dem Wert 3, „Eher“ dem Wert 4 und „Sehr“ dem Wert 5. Im Einklang mit den oben beschriebenen Prozentwerten liegen dabei viele Gruppenmittelwerte über dem Wert in der Mitte der jeweiligen Skala: Dies zeigt, dass sich viele Gruppen Hochaltriger durchaus für Technik interessieren und diese oft auch eher als Alltags erleichterung wahrnehmen, ihre Bedienung jedoch tendenziell schwierig empfunden wird.

Hochaltrige Männer haben im Vergleich zu hochaltrigen Frauen signifikant positivere Technikeinstellungen in allen drei Aspekten (alle $p < 0,001$). Ebenso sind die Technikeinstellungen der Hochaltrigen umso positiver, je höher ihre Bildung ($p < 0,05 - p < 0,001$), ihr Einkommen ($p < 0,01 - p < 0,001$), und ihre kognitiven Fähigkeiten ($p < 0,05 - p < 0,001$) sind. Mit Blick auf Altersunterschiede hat die jüngste Altersgruppe (80-84 Jahre) signifikant positivere Technikeinstellungen in allen drei Aspekten ($p < 0,01 - p < 0,001$) im Vergleich zur mittleren Altersgruppe (85-89 Jahre). Zwischen der mittleren und ältesten (90+ Jahre) Gruppe zeigt sich jedoch nur ein statistisch bedeutsamer Unterschied in der empfundenen Bedienungsschwierigkeit ($p < 0,05$). Privat wohnende Hochaltrige interessieren sich signifikant stärker für Technik als Heimbewohner:innen ($p < 0,001$) und schätzen die techni-

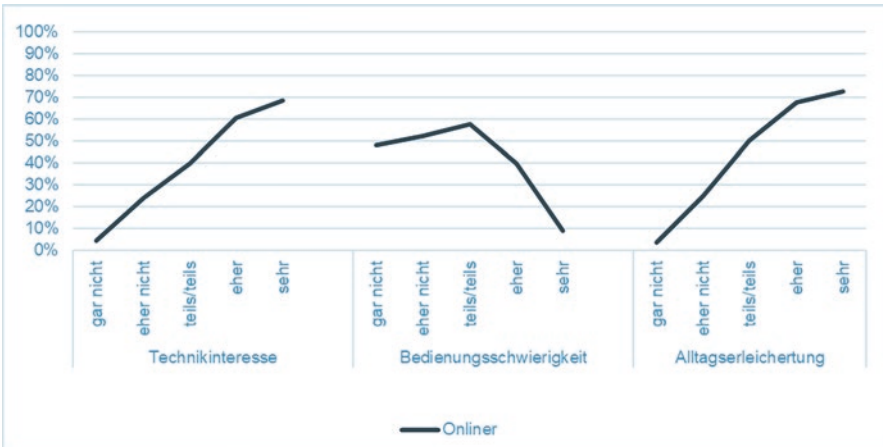


Abb. 14 Anteil von hochaltrigen Onlinern nach Technikeinstellungen

schen Möglichkeiten der Alltagserleichterung signifikant höher ein ($p < 0,001$). Die beiden Gruppen unterscheiden sich jedoch nicht signifikant in ihrer Einschätzung der Bedienungsschwierigkeit von technischen Geräten.

Nicht überraschend stehen die Technikeinstellungen auch in Zusammenhang mit der Internetnutzung (vgl. Abb. 14): Je positiver die Technikstellungen von Hochaltrigen sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie das Internet nutzen (alle $p < 0,001$). So sind von denjenigen, die gar nicht an moderner Technik interessiert sind, nur 4,7 % online, während es bei einem sehr großen Interesse 68,8 % sind. Personen, die den Umgang mit moderner Technik als sehr schwierig einstufen, nutzen zu 9,3 % das Internet. Erst ab der Einschätzung, die Bedienung sei nur teilweise schwierig, ist über die Hälfte (58,0 %) der Hochaltrigen online, wobei dieser Anteil mit einer als geringer empfundenen Schwierigkeit nicht mehr steigt, sondern sogar abfällt (auf 48,3 %). Personen, die moderne Technik gar nicht als (mögliche) Alltagserleichterung wahrnehmen, sind zu 3,5 % Onliner; bei einer sehr starken erwarteten bzw. empfundenen Alltagserleichterung sind es hingegen 72,9 %. Der als sehr stark empfundene Nutzen der Technikanwendung geht demnach mit dem größten Anteil an Internetnutzer:innen einher. Die Frage der Richtung des Zusammenhangs – also ob positivere Technikeinstellungen zur Internetnutzung führen oder andersherum – ist mit diesen Daten allerdings nicht zu beantworten.

Einfluss der Coronapandemie auf die Internetnutzung

Jede:r vierte Hochaltrige gibt an, dass die Coronapandemie einen Einfluss auf seine/ihre Internetnutzung genommen hat. Dies wird von ebenso vielen Hochaltrigen positiv wie negativ empfunden.

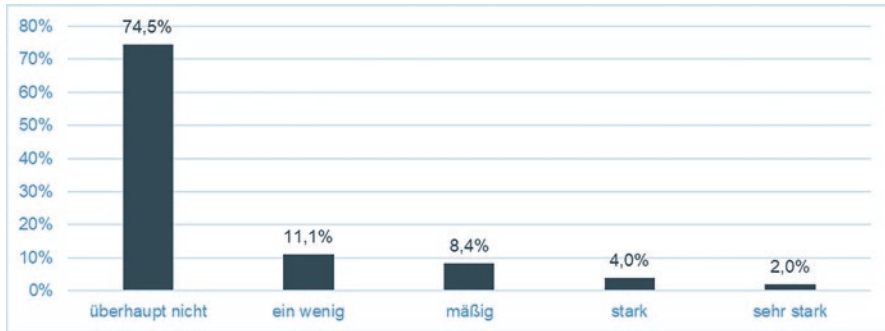


Abb. 15 Ausmaß des Einflusses der Coronapandemie auf die Internetnutzung bei Hochschultrigen

Mit 74,5 % gibt ein Großteil der Hochschultrigen an, dass sich ihre Internetnutzung während der Pandemie nicht verändert hat. Doch für jede vierte hochaltrige Person (25,5 %) hatte die Pandemie in diesem Lebensbereich eine Auswirkung. Diese fiel allerdings bei den meisten dieser Personen eher leicht (11,1 %) bis mäßig (8,4 %) aus. Nur 4,0 % berichten von einer starken und 2,0 % von einer sehr starken Beeinflussung ihrer Internetnutzung durch die Coronapandemie (vgl. Abb. 15).

Diejenigen, die einen Einfluss angegeben hatten (d. h. bei Auswahl einer der Antwortmöglichkeiten „ein wenig“ bis „sehr stark“), wurden weiterhin gefragt, wie sie diese Veränderung subjektiv bewerteten. Gut jede sechste hochaltrige Person (17,8 %) mit veränderter Internetnutzung durch die Coronapandemie erlebt diese Veränderung als positiv. Hierfür sind verschiedene Gründe denkbar: So könnten Hochschultrige die Möglichkeiten schätzen, bei gleichzeitigem Gesundheitsschutz digital mit Anderen in Kontakt zu treten, sich jederzeit über geltende Maßnahmen und aktuelle Entwicklungen der Pandemie informieren zu können, oder auch durch die Pandemie den Anstoß dafür bekommen zu haben, sich im Allgemeinen (mehr) mit der digitalen Welt zu befassen.

Allerdings bewertet ein fast ebenso großer Teil (15,3 %) der Hochschultrigen mit veränderter Internetnutzung diese Entwicklung negativ. Dies könnte etwa auf das Gefühl hindeuten, durch die Pandemie (mehr als zuvor) zur Internetnutzung gezwungen zu sein, auf Unsicherheiten im (gesteigerten) Umgang mit dem Internet, oder auf das Bedauern über einen Mangel an alternativen Beschäftigungen bzw. Möglichkeiten des physischen Beisammenseins mit Anderen. Der Großteil (66,9 %) der Hochschultrigen empfindet die veränderte Internetnutzung jedoch als insgesamt weder eindeutig positiv noch negativ (vgl. Abb. 16).

Unter denjenigen, deren Internetnutzung durch die Pandemie beeinflusst wurde, ist erwartungsgemäß ein signifikant ($p < 0,001$) größerer Anteil an Onlinern (95,7 %) als in der Gruppe, deren Internetnutzung sich während der Pandemie nicht verändert hat (67,9 %) (vgl. Abb. 17). Die erhobenen Daten bilden die konkrete Art der Veränderung jedoch nicht ab. Naheliegender wäre, dass viele Personen während der Coronapandemie neu begonnen haben, das Internet zu verwenden oder es nun häufiger nutzen. Der angegebene Einfluss der Coronapandemie könnte sich aber auch auf ein verändertes Verhalten im digitalen Raum, andere genutzte Anwendungen o. ä. beziehen. Dass andererseits auch (wenige) Offliner einen Einfluss der Pandemie auf

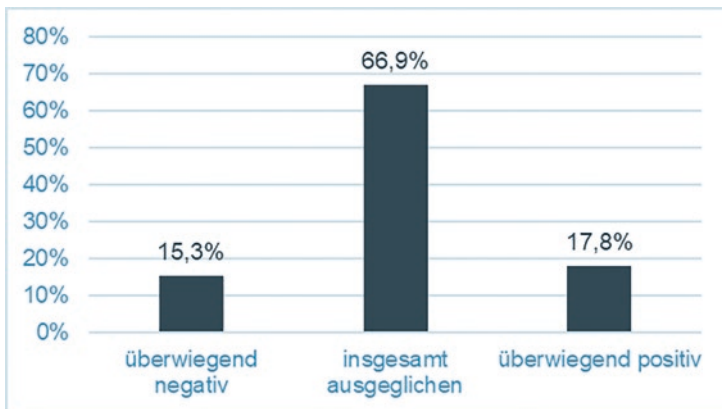


Abb. 16 Subjektive Bewertung des Einflusses der Coronapandemie auf die Internetnutzung bei Hochschultrigen mit veränderter Internetnutzung

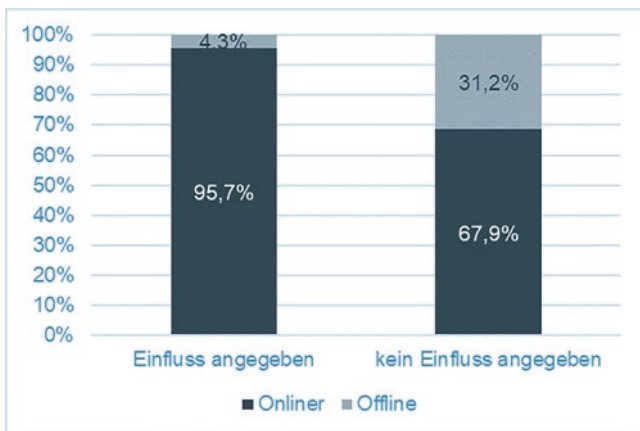


Abb. 17 Anteile von Onlinern und Offlinern bei Personen mit veränderter bzw. nicht veränderter Internetnutzung

ihre Internetnutzung angegeben haben, könnte möglicherweise dadurch erklärt werden, dass durch Kontaktreduktion oder Verlust des Partners Hilfen bei der Internetnutzung weggefallen sind, oder Kontakte, mit denen online kommuniziert wurde (z. B. wegen Krankheit, Tod oder Kontaktabbruch) nicht mehr bestehen.

Fazit

Der vorliegende Kurzbericht legt Befunde zur digitalen Teilhabe in der Hochschultrigkeit auf Grundlage der Studie „Hohes Alter in Deutschland (D80+)“ vor. Er bietet einen differenzierten Einblick in die Internetnutzung von Menschen ab 80 Jahren in

Deutschland. Die Ergebnisse tragen dazu bei, die bislang unzureichenden Kenntnisse zur digitalen Teilhabe von hochaltrigen Menschen mit repräsentativen Aussagen anhand einer großen und wenig selektiven Stichprobe zu erweitern.

Etwas mehr als jede:r Dritte (37,3 %) der Menschen ab 80 Jahren in Deutschland nutzt das Internet. Dieser Wert liegt deutlich unter dem der deutschen Allgemeinbevölkerung (88 %; vgl. Initiative D21 2021), noch deutlicher unter dem der Personen unter 50 Jahren (98 %; vgl. Initiative D21 2021), und veranschaulicht somit die vielbenannte **digitale Spaltung** zwischen Jung und Alt. Auch in Gruppen „jüngerer Älterer“ ist der Anteil der Internetnutzer:innen bereits deutlich höher (86 % bei 60–69-Jährigen, 52 % bei Ab-70-Jährigen; Initiative D21 2021). Altersunterschiede, auch innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen, stellen sicher auch Kohortenunterschiede dar, da nachrückende Kohorten bereits früher in ihrem Leben lernen konnten, mit digitaler Technik umzugehen, während ältere auch etwa im Erwerbsleben nicht mit digitaler Technik in Berührung kamen. Im Vergleich zu repräsentativen Daten für Hochaltrige in Nordrhein-Westfalen aus den Jahren 2017/18 (Studie NRW80+; Wagner et al. 2018) ist der Anteil hochaltriger Internetnutzer:innen jedoch bereits deutlich gestiegen: Dort war nur etwa jede:r Fünfte (19,3 %) online. In der Gruppe der Ab-70-Jährigen stieg die Internetdiffusion in ähnlichem Zeitraum um 10,0 Prozentpunkte von 42,0 % auf 52,0 % (vgl. Initiative D21 2021; Initiative D21 e. V. 2018). Dies unterstützt insgesamt die Erwartung, dass sich das Internet in bislang wenig digital teilhabenden Gruppen zunehmend verbreitet und die Internetdiffusion prozentual oft dort am stärksten wächst, wo sie noch am niedrigsten ist.

Aussagen über die Internetnutzung in der hochaltrigen Bevölkerung sollten allerdings gut kontextualisiert werden. Denn die Ergebnisse machen sehr deutlich, dass starke Unterschiede in der Internetnutzung zwischen verschiedenen **Teilgruppen hochaltriger Menschen** bestehen. Während manche Gruppen beinahe oder schon mehr als zur Hälfte online sind (z. B. Männer, Hochgebildete, Einkommensstarke), sind andere besonders digital abgehängt (z. B. Frauen ab 85 Jahren, Niedrigeregebildete, Einkommensschwächere, Heimbewohner:innen). Dies unterstreicht, was bereits für jüngere Altersgruppen gefunden wurde (z. B. Kortmann et al. 2021): Auf die Nutzung des Internets im Alter wirkt v. a. auch soziale Ungleichheit. Gleichzeitig kann soziale Ungleichheit durch den gesellschaftlichen Ausschluss ebenjener Personen, die das Internet nicht oder nur wenig nutzen, verstärkt werden (Ehlers et al. 2020). In der Diskussion um die digitale Spaltung muss daher im Blick behalten werden, dass die Internetnichtnutzung älterer Menschen nicht allein durch ihr Alter erklärt wird. Dies zeigt wiederum, dass Hochaltrige entgegen pauschaler Vorstellungen keine homogene Gruppe sind.

Zu Unterschieden in der Internetnutzung zwischen verschiedenen soziodemografischen Gruppen bietet die Literatur bereits viele Erklärungsansätze. Dazu zählt beispielsweise bei Geschlechtsunterschieden, dass ältere Frauen in der Regel formal geringer gebildet sind und infolgedessen einerseits über weniger Erfahrungen im Umgang mit Technik aus ihrem Berufsleben und andererseits über geringere finanzielle Mittel verfügen als Männer. Auch wird vermutet, dass ältere Frauen sozialisationsbedingt eine geringere Technikaffinität als gleichaltrige Männer aufweisen (Ehlers et al. 2020). In der hier untersuchten hochaltrigen Stichprobe behielt

das Geschlecht auch unabhängig von Bildung, Einkommen und Technikeinstellungen einen signifikanten Einfluss auf die Internetnutzung. Dieser könnte jedoch durch weitere psychologische Aspekte (z. B. geringe computerbezogene Selbstwirksamkeit, Ängstlichkeit gegenüber Technik, internalisierte Rollenbilder; Schmidt und Wahl 2019), die hier nicht berücksichtigt werden konnten, weiter aufgeklärt werden.

Gering ist, wie erwartet, insbesondere der Anteil von Onlinern in der Gruppe der Heimbewohner:innen (14,1 %). Dieser Wert liegt sogar deutlich unter der Schätzung von 20–30 % (Endter et al. 2020), wobei sich die hier betrachtete Gruppe auf die Ab-80-jährigen Heimbewohner:innen beschränkt. Nichtsdestotrotz unterstreicht dieses Ergebnis den dringenden Handlungsbedarf mit Blick auf die noch unzureichende Ausstattung von Alten- und Pflegeheimen mit entsprechender Technik (Borchert 2018; Endter et al. 2020) sowie die nötige Begleitung der Bewohner:innen bei der Techniknutzung durch Gruppenangebote und individuelle Technikbegleitung (Initiative D21 2021). Gerade in Zeiten der **Coronapandemie**, die Heimbewohner:innen mit Kontaktbeschränkungen und Besuchsverböten besonders getroffen hat, hätte das Internet eine wichtige ausgleichende Ressource sein können – aufgrund ihrer geringen Ausschöpfung von digitalen Möglichkeiten konnten Heimbewohner:innen solche Einbußen jedoch schlechter kompensieren (Kemptner und Marcus 2020). Für eine kleine Gruppe von Personen, die ihre Internetnutzung während der Pandemie zum eigenen Vorteil anpassen konnten, kann die Coronapandemie jedoch zumindest in diesem Lebensbereich durchaus als Quelle von Zugewinnen verstanden werden. Demgegenüber steht allerdings eine ebenso große Gruppe, die diese nötige Reaktion auf die Coronapandemie negativ erlebt – und ein Großteil der Hochaltrigen, der auf die Coronapandemie nicht mit einem veränderten Internetnutzungsverhalten reagieren konnte oder wollte.

Weitgehend unabhängig von Gruppenmerkmalen gilt, dass hochaltrige Personen, die das Internet nutzen, dies in der Regel täglich (57,0 %) oder wöchentlich (31,5 %) tun. In diesem Trend unterscheiden sie sich nicht von jüngeren Altersgruppen, die ebenfalls mehrheitlich täglich online sind (Statistisches Bundesamt 2021b). Die beliebteste Online-Anwendung in allen untersuchten Gruppen und mit 82,2 % Nutzer:innen unter den hochaltrigen Onlinern ist die E-Mail-Kommunikation. Dies gilt auch für die deutsche Allgemeinbevölkerung, die diese Anwendung zu 90 % nutzt (Statistisches Bundesamt 2021b). Mit Blick auf die Nutzung von sozialen Netzwerken (13,8 %) fallen die Hochaltrigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (55 % soziale Netzwerke und 82 % Instant Messaging; Statistisches Bundesamt 2021b) jedoch deutlich ab. Diese Anwendungen erscheinen den Hochaltrigen auch kaum interessant. Dies steht im Einklang mit Ergebnissen für die Gruppe der Ab-70-Jährigen, die soziale Medien ebenfalls nur selten nutzen (Initiative D21 2021).

Auch **digitale Geräte** werden von ihren hochaltrigen Nutzer:innen täglich oder wöchentlich genutzt. Im Durchschnitt nutzen hochaltrige Menschen in Deutschland 1,5 von 5 abgefragten digitalen Geräten. Am häufigsten nutzen sie das Mobiltelefon; in der Gesamtbevölkerung Deutschlands wird dieses nur noch von vergleichsweise wenigen Personen (17 %) verwendet (Initiative D21 2021).

Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz bietet die Diffusionstheorie, laut der ältere Menschen (neben weiteren Gruppen) technische Innovationen als letzte Personen in einer Gesellschaft annehmen (Rogers 2003). Das Mobiltelefon gehört zu den weniger neuen digitalen Geräten und ist bereits länger in der Gesellschaft diffundiert sowie einfacher zu bedienen als etwa das Smartphone – dasselbe gilt für den Computer, der von Hochaltrigen häufiger genutzt wird als ein Tablet-Computer. Allerdings wurde bereits gezeigt, dass ältere Personen auch neuere Technik nutzen, wenn sie diese als nützlich, sinnvoll und bedienungsfreundlich ansehen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010). Am seltensten nutzen Hochaltrige in Deutschland ein Fitnessarmband; in der Gesamtbevölkerung ist die Nutzung mit 10 % vergleichbar gering (Initiative D21 2021).

Die Ergebnisse zeigen abschließend, dass hochaltrige Menschen in Deutschland sehr unterschiedliche **Haltungen zu moderner Technik** haben. So vertreten sie zu ähnlich großen Anteilen positive und negative Meinungen zu moderner Technik. Ein großer Teil vertritt weder entschieden positive noch entschieden negative Technikeinstellungen. Landläufige Stereotype, dass sehr alte Menschen der modernen Technik gegenüber grundsätzlich negativ eingestellt seien, werden der Realität demnach keineswegs gerecht. Zudem zeigen sich auch hier Unterschiede zwischen verschiedenen Teilgruppen Hochaltriger: Jüngere, männliche, höher gebildete, einkommensstärkere, privat wohnende und kognitiv gesündere Hochaltrige vertreten tendenziell positivere Einstellungen zu moderner Technik. In anderen Gruppen könnten Vorbehalte gegenüber moderner Technik angesichts der voranschreitenden Digitalisierung zunehmend problematisch werden. Empirisch wurde gezeigt, dass insbesondere Schwierigkeiten im Umgang mit technischen Geräten negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden und Autonomieempfinden älterer Menschen haben (Doh et al. 2015) und zu negativer Selbst-Stereotypisierung führen können (Schmidt und Wahl 2019). Zudem kann die dynamische Technisierung des Alltags Gefühle von sozialer Ausgrenzung und Geringschätzung (Obsoleszenz) auslösen (Doh 2020). Die Technikeinstellungen sind außerdem insofern relevant, als dass der vorliegende Bericht zeigen konnte, dass sie stark mit der Nutzung des Internets verbunden sind. Dies unterstützt die Annahme des „Technology Acceptance Model“ (Davis 1989), dass einstellungsbezogene Aspekte die Techniknutzung gut vorher sagen können. Stärker noch als die empfundene Bedienungsschwierigkeit zeigt sich dabei die individuelle Nutzenerwartung als bedeutsam für die Internetnutzung. Möglich ist auch die umgekehrte Wirkrichtung, nämlich dass (gute) Erfahrungen im Umgang mit dem Internet zu positiveren Technikeinstellungen führen. Empirisch belegt ist außerdem die Bedeutung weiterer psychologischer Faktoren für die Techniknutzung im Alter, insbesondere die Überzeugung von der eigenen Internetkompetenz (internet self-efficacy) (Jokisch et al. 2021). Nicht unerhebliche Anteile derer, die sogar sehr an moderner Technik interessiert sind, die Bedienungsschwierigkeit als sehr gering einschätzen oder eine sehr hohe Nutzenerwartung haben, nutzen das Internet dennoch nicht. Offensichtlich bleiben hier Potenziale ungenutzt, durch den Abbau anderer Nutzungshürden weitere interessierte Hochaltrige an die Technik anzubinden.

Politische Implikationen

Obwohl der Anteil von Hochaltrigen, die das Internet nutzen, seit vergleichbarer Datenerhebung im Jahr 2017/2018 bereits gestiegen ist, ist diese Bevölkerungsgruppe weiterhin digital abgehängt. Insbesondere ältere Menschen könnten von der Internetnutzung im Sinne der Kompensation altersbedingter Verluste z. B. in der Mobilität jedoch besonders profitieren. Zimmermann et al. (2022) zeigen in einem weiteren D80+ Kurzbericht, dass hochaltrige Frauen und Niedriggebildete besonders stark von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Wie hier berichtet, sind ebendiese Gruppen zugleich von der digitalen Welt in hohem Maße ausgeschlossen und haben somit ein besonders hohes Risiko für den Verlust von Autonomie.

Die reine Internetnutzung ist zudem nicht gleichbedeutend mit einem kompetenten und zielführenden Verhalten im digitalen Raum. So wird darauf hingewiesen, dass mit der wachsenden Zahl von Internetnutzer:innen durch stärkere Internetdiffusion in bislang noch wenig digital teilhabenden Gruppen auch die Anzahl derjenigen steigt, die (u. a. aufgrund geringer Internetkompetenz) das Internet nur auf wenige Anwendungen beschränkt nutzen und keinen nennenswerten Mehrwert aus diesem ziehen (van Eimeren und Frees 2014). Während sich die digitale Spaltung (*digital gap*) langsam schließt, tut sich also möglicherweise ein sogenannter *usage gap* (van Deursen und van Dijk 2014) auf. Gerade Anwendungen, die echte Vorteile für die Alltagsbewältigung bieten könnten (z. B. Online-Banking oder Online-Shopping), bedürfen jedoch hoher digitaler Kompetenz. Steigende Zahlen der Internetnutzer:innen machen Qualifizierungsangebote mit Blick auf digitale Kompetenz daher nicht überflüssig. Es wird zudem davor gewarnt zu glauben, der digitale Graben werde sich mit der Zeit bzw. mit nachrückenden Generationen automatisch schließen. Denn die technologische Entwicklung wird rasant voranschreiten, während altersbedingte (z. B. kognitive) Verluste und motivationale Verschiebungen weiterhin auftreten werden (Schmidt und Wahl 2019). So bleiben digitale Kompetenzen ein Thema des lebenslangen Lernens (Pelizäus-Hoffmeister 2013) und Maßnahmen zur digitalen Teilhabe aller Gesellschaftsgruppen auch zukünftig notwendig.

Für Maßnahmen zur Schließung des digitalen Grabens wurden bereits zahlreiche Vorschläge gemacht. Dazu gehört der Ausbau von niederschweligen Bildungs- und Beratungsangeboten, die vor allem im Nahraum stattfinden und möglichst an biografischen Übergangssituationen anknüpfen sollten, sowie die Motivation zur Techniknutzung in vertrauten Kontexten wie Vereinen, Gemeinden etc. (z. B. Ehlers et al. 2020). Zur Förderung der Internetkompetenz von älteren Menschen haben sich verschiedene Lernstrategien als nützlich erwiesen, insbesondere die Form des begleitenden Lernens mit persönlicher Unterstützung, allerdings bevorzugen viele auch ein eigenständiges Lernen mit Erklärvideos (Schlomann et al. 2022). Im Mittelpunkt sollten immer auch die Vorteile von Technik für den eigenen Alltag stehen, da – wie auch in diesem Bericht deutlich geworden – negative Technikeinstellungen und insbesondere eine fehlende Nutzenerwartung stark mit der Nichtnutzung zusammenhängen. Der vorliegende Bericht konnte zudem zeigen, dass die

digitale Nichtteilhabe nicht allein durch das Alter einer Person erklärt wird, sondern dass soziale Ungleichheiten auch in diesem Lebensbereich sehr deutlich werden. Offliner sind in ihren Merkmalen und Zugangsbarrieren daher sehr heterogen. Während für manche aufgrund finanzieller Hürden v. a. kostengünstige Angebote und Leihgeräte wichtig wären, geht es bei anderen beispielsweise eher um die Stärkung der eigenen Kompetenzerwartung, z. B. aufgrund traditioneller Rollenbilder. Folglich können Angebote nur erfolgreich sein, wenn sie an die jeweilige Zielgruppe angepasst gestaltet werden. Auch Investitionen in Bildung, Gesundheit und Infrastruktur zur allgemeinen Reduktion von Ungleichheiten sind für die Verringerung der digitalen Spaltung nützlich (Ehlers et al. 2020). Wichtig wäre darüber hinaus der Abbau unzutreffender gesellschaftlicher Stereotype, die Hochaltrigen die Techniknutzung pauschal nicht zutrauen und sich auch in Form von internalisierter Selbst-Stereotypisierung negativ auswirken.

Bei allen Bemühungen um eine zunehmende Internetdiffusion und digitale Kompetenz in noch digital abgehängten Gruppen sollten neben den möglichen positiven Effekten für gesellschaftliche Teilhabe und ein selbstständiges Altern jedoch auch die Risiken von zunehmend vorausgesetzter digitaler Kompetenz nicht außer Acht gelassen werden. Einzelne Gruppen (z. B. Menschen mit geistiger Behinderung, starker kognitiver Einschränkung) werden wohl auch in Zukunft wenig online sein, andere sich bewusst gegen die Internetnutzung entscheiden. Die Internetnutzung sollte nicht mit spürbaren Nachteilen einhergehen und die Internetnutzung nicht zum Zwang werden.

Literatur

- BAGSO (Hrsg) (2020) Digitale Grundversorgung in Alten- und Pflegeheimen sicherstellen: Fünf Forderungen der BAGSO. Bonn
- Borchert Y (2018) Erste WLAN-Studie Pflegeheime Deutschland 2018. <https://www.pflegemarkt.com/2018/09/14/wlan-studie-zahlen-pflegeheime-deutschland-2018/>. Zugegriffen am 08.02.2022
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2010) Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin
- Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg) (2020) Einkommensgruppen: Verteilung der Bevölkerung auf verschiedene Einkommensgruppen in Prozent, 1985 bis 2016. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61763/einkommensgruppen/>. Zugegriffen am 10.02.2022
- Cotten SR, Ford G, Ford S, Hale TM (2014) Internet use and depression among retired older adults in the United States: a longitudinal analysis. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 69(5):763–771. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu018>
- Czaja SJ, Lee CC (2007) The impact of aging on access to technology. *Univ Access Inf Soc* 5(4):341–349. <https://doi.org/10.1007/s10209-006-0060-x>
- Davis FD (1989) Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Q* 13(3):319–340
- van Deursen A, van Dijk J (2014) The digital divide shifts to differences in usage. *New Media Soc* 16(3):507–526. <https://doi.org/10.1177/1461444813487959>

- DIVSI (Hrsg) (2016) DIVSI Ü60-Studie Die digitalen Lebenswelten der über 60-Jährigen in Deutschland. Hamburg
- Doh M (2020) Auswertung von empirischen Studien zur Nutzung von Internet, digitalen Medien und Informations- und Kommunikations-Technologien bei älteren Menschen: Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Doh M, Schmidt L, Herbolsheimer F, Jokisch M, Wahl H-W (2015) Patterns of ICT use among “senior technology experts”: the role of demographic variables, subjective beliefs and attitudes. In: Zhou J, Salvendy G (Hrsg) Lecture notes in computer science. Human aspects of IT for the aged population. Design for aging, Bd 9193. Springer International Publishing, S 177–188. https://doi.org/10.1007/978-3-319-20892-3_18
- Ehlers A, Heß M, Frewer-Graumann S, Olbermann E, Stiemke P (2020) Digitale Teilhabe und (digitale) Exklusion im Alter: Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- van Eimeren B, Frees B (2014) Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2014. 79 Prozent der Deutschen online – Zuwachs bei mobiler Internetnutzung und Bewegtbild (Media Perspektiven)
- Endter C, Hagen C, Berner F (2020) Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets: Folgerungen für die Corona-Krise (DZA-Fact Sheet). Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Erickson J, Johnson GM (2011) Internet use and psychological wellness during late adulthood. *Can J Aging* 30(2):197–209. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000109>
- Friemel TN (2016) The digital divide has grown old: determinants of a digital divide among seniors. *New Media Soc* 18(2):313–331. <https://doi.org/10.1177/1461444814538648>
- Hajek A, König H-H (2021) Frequency of contact with friends and relatives via internet and psychosocial factors in middle-aged and older adults during the COVID-19 pandemic. Findings from the German Ageing Survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 37(1). <https://doi.org/10.1002/gps.5623>
- Heo J, Chun S, Lee S, Lee KH, Kim J (2015) Internet use and well-being in older adults. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 18(5):268–272. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0549>
- Hunsaker A, Hargittai E (2018) A review of internet use among older adults. *New Media Soc* 20(10):3937–3954. <https://doi.org/10.1177/1461444818787348>
- Initiative D21 (Hrsg) (2021) D21 Digital Index 2020/2021: Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Berlin
- Initiative D21 e. V. (Hrsg) (2018) D21 Digital Index 2017/2018: Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Berlin
- Jokisch M, Scheling L, Doh M, Wahl H-W (2021) Contrasting internet adoption in early and advanced old age: does internet self-efficacy matter? *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab096>
- Kemptner D, Marcus J (2020) Alleinlebenden älteren Menschen droht in Corona- Zeiten Vereinsamung (DIW aktuell Nr. 45). Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin
- Kortmann L, Hagen C, Endter C, Riesch J, Tesch-Römer C (2021) Internetnutzung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Coronapandemie: Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen (dza aktuell deutscher alterssurvey 05/2021)
- Kubicek H (2020) Digitale Teilhabe älterer Menschen durch qualifizierende und stellvertretende Assistenz. *BI Wohlfahrtspf* 167(1):33–39. <https://doi.org/10.5771/0340-8574-2020-1-33>
- Nimrod G (2020) Aging well in the digital age: technology in processes of selective optimization with compensation. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 75(9):2008–2017. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz111>
- Pelizäus-Hoffmeister H (2013) Zur Bedeutung von Technik im Alltag Älterer: Theorie und Empirie aus soziologischer Perspektive. *Alter(n) und Gesellschaft*, Bd 24. Springer VS, Wiesbaden
- Rogers EM (2003) *Diffusion of Innovations*, 3. Aufl. Free Press, New York
- Scheerder A, van Deursen A, van Dijk J (2017) Determinants of internet skills, uses and outcomes. A systematic review of the second- and third-level digital divide. *Telematics Inform* 34(8):1607–1624. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2017.07.007>

- Schelling HR, Seifert A (2010) Internet-Nutzung im Alter: Gründe der (Nicht-)Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz (Zürcher Schriften zur Gerontologie Nr. 7). Zürich
- Schlomann A, Seifert A, Zank S, Rietz C (2020a) Assistive technology and mobile ICT usage among oldest-old cohorts: comparison of the oldest-old in private homes and in long-term care facilities. *Res Aging* 42(5–6):163–173. <https://doi.org/10.1177/0164027520911286>
- Schlomann A, Seifert A, Zank S, Woopen C, Rietz C (2020b) Use of information and communication technology (ICT) devices among the oldest-old: loneliness, anomie, and autonomy. *Innov Aging* 4(2):igz050. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz050>
- Schlomann A, Even C, Hammann T (2022) How older adults learn ICT – guided and self-regulated learning in individuals with and without disabilities. *Front Comput Sci* 3:Artikel 803740. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.803740>
- Schmidt L (2015) Technikhandhabung im höheren Alter aus psychologischer Perspektive: Eine quasiexperimentelle Studie zur Rolle von kognitiver Leistungsfähigkeit, Technikeinstellung und Technikerfahrung [Dissertation]. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg
- Schmidt L (2017) Technikhandhabung im höheren Alter. Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-16161-3>
- Schmidt L, Wahl H-W (2019) Alter und Technik. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) *Altenforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S 537–556. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-537>
- Schneider C, Reich S, Feichtenschlager M, Willner V, Henneberger S (2015) Selbstbestimmtes Leben trotz Demenz. *HMD Prax Wirtschaftsinform* 52(4):572–584. <https://doi.org/10.1365/s40702-015-0148-y>
- Seifert A (2021) Growth in internet usage during the COVID-19 pandemic among older adults. <https://doi.org/10.14293/S2199-1006.1.SOR-PP2HOHN.v1>
- Seifert A, Cotten SR, Xie B (2021) A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 76(3):e99–e103. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
- Shapira N, Barak A, Gal I (2007) Promoting older adults' well-being through internet training and use. *Aging Ment Health* 11(5):477–484. <https://doi.org/10.1080/13607860601086546>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2021a) Einkommensverteilung (Nettoäquivalenzeinkommen) in Deutschland. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefahrdung/Tabellen/einkommensverteilung-silc.html>. Zugegriffen am 07.02.2022
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2021b) *Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien*. Wiesbaden
- Suden W (2020) Digitale Teilhabe im Alter: Aktivierung oder Diskriminierung? In: Stadelbacher S, Schneider W (Hrsg) *Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s*. Springer Fachmedien, S 267–289. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29073-3_9
- Szabo A, Allen J, Stephens C, Alpass F (2019) Longitudinal analysis of the relationship between purposes of internet use and well-being among older adults. *Gerontologist* 59(1):58–68. <https://doi.org/10.1093/geront/gny036>
- UNESCO Institute for Statistics (2012) International standard classification of education (ISCED) 2011. <https://doi.org/10.15220/978-92-9189-123-8-en>
- Wagner M, Rietz C, Kaspar R, Janhsen A, Geithner L, Neise M, Kinne-Wall C, Woopen C, Zank S (2018) Lebensqualität von Hochaltrigen: Studie zu Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen (NRW80+). *Z Gerontol Geriatr* 51(2):193–199. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1217-3>
- Wangler J, Jansky M (2021) Die Bedeutung von Gratifikationen bei der Aneignung neuer Medien im höheren Lebensalter: Ergebnisse einer qualitativen Studie mit hochaltrigen Nutzerinnen

- und Nutzern digitaler Medien [The role of gratifications in the process of adopting new media in higher age: Results of a qualitative study with very old users of digital media]. *Z Gerontol Geriatr* 54(8):781–788. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01833-z>
- Yu RP, Mccammon RJ, Ellison NB, Langa KM (2016) The relationships that matter: social network site use and social wellbeing among older adults in the United States of America. *Ageing Soc* 36(9):1826–1852. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000677>
- Zimmermann J, Brijoux T, Zank S (2022) Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter (D80+ Kurzberichte 3). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen. Köln

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Auswirkungen kognitiver Einschränkungen (Demenz) auf Lebensqualität und Versorgung



Thomas Brijoux und Susanne Zank

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde im Rahmen der bundesweit repräsentativen Studie „Hohes Alter in Deutschland“ eine schriftliche Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Hiervon beantworteten 3233 Personen bis Dezember 2021 in einem zusätzlichen telefonischen Interview weitergehende Inhalte, unter anderem war ein kognitives Screening Teil der telefonischen Interviews. Dieser siebte Kurzbericht aus der deutschlandweiten Repräsentativbefragung stellt dar, wie hochaltrige Menschen mit Demenz wohnen und versorgt werden und beschreibt ihre subjektive Lebensqualität während der Pandemie.

18,1 % der Ab-80-Jährigen werden als demenzerkrankt eingestuft. 24,9 % haben eine leichte kognitive Beeinträchtigung und 57,0 % keine Einschränkungen in der Kognition.

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im April 2022 als Kurzbericht Nummer 7 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

T. Brijoux (✉)

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health,
Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: thomas.brijoux@uni-koeln.de

S. Zank

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche
Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: susanne.zank@uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und
Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_8

69,6 % der hochaltrigen Menschen mit Demenz leben in Privathaushalten, 18,6 % in Pflegeeinrichtungen. Neuere Versorgungskonzepte wie Wohnpflegegruppen (1,3 %) oder ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften (0,4 %) werden noch nicht stark genutzt. 37,8 % der Menschen mit Demenz in Privathaushalten erhalten weder private Pflege noch professionelle Pflege.

Menschen mit Demenz erleben positive Emotionen, allerdings seltener als Menschen ohne Einschränkungen der Kognition.

Menschen mit Demenz zeigen deutlich mehr Symptome einer Depression als Menschen ohne kognitive Einschränkung (1,9 vs. 1,1 Symptome). Dieser Unterschied ist in Pflegeheimen noch einmal verstärkt (2,7 vs. 1,4 Symptome).

Kognitive Beeinträchtigungen haben einen deutlichen Effekt auf die Lebenszufriedenheit. Menschen mit Demenz bewerten ihre Lebenszufriedenheit mit 6,5 geringer als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung (durchschnittlich 7,1) oder Menschen ohne Einschränkungen der Kognition (durchschnittlich 7,6).

Menschen mit Demenz erleben weniger Autonomie als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung oder Menschen ohne Einschränkungen der Kognition. Der Unterschied zwischen Menschen mit Demenz und Menschen ohne Einschränkungen der Kognition ist in der Heimbevölkerung (2,0 vs. 3,2) größer als in Privathaushalten (3,2 vs. 3,6).

Einleitung

Auch im hohen Alter bestimmen kognitive Fähigkeiten die Möglichkeit zu Selbstständigkeit (z. B. beim Einkaufen und Zubereiten von Speisen) und gesellschaftlicher Teilhabe (z. B. für die Teilnahme an Gesprächen). Eine Gruppe von Erkrankungen, die eine Einschränkung der Kognition nach sich ziehen, sind Demenzerkrankungen, unter denen die Alzheimererkrankung die häufigste ist. In Deutschland sind in der Gruppe der Ab-80-Jährigen ca. 1 Million Menschen an einer Demenz erkrankt (eigene Berechnung auf Basis von Alzheimer Yearbook, 2019). In diesem Kurzbericht zur Lebenslage der Ab-80-Jährigen in Deutschland wird daher die Lebenssituation von Menschen mit Demenz fokussiert.

Demenzerkrankungen

In der zehnten Version der internationalen statistischen Klassifikation der Erkrankungen und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) werden Demenzerkrankungen definiert als

„ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Be-

wusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“ (Weltgesundheitsorganisation 2022).

Für die Diagnose einer Demenz nach ICD-X müssen Störungen des Gedächtnisses, des Denkvermögens und der emotionalen Kontrolle über einen Zeitraum von 6 Monaten vorliegen. Die Störungen dürfen nicht durch andere Erkrankungen hervorgerufen sein (Mahlberg und Gutzmann 2009).

Der beschriebene Symptomkomplex kann durch verschiedene Erkrankungen ausgelöst werden. Auf einer ersten Ebene werden primäre und sekundäre Demenzerkrankungen unterschieden. Primären Demenzerkrankungen liegen hirnorganische Schädigungen zu Grunde, die auf eine Erkrankung des Gehirns selbst zurückgeführt werden können und in der Regel nicht reversibel sind (Doblhammer et al. 2012; Engel 2012). Die häufigsten primären Demenzerkrankungen sind die Alzheimer Demenz, die vaskuläre Demenz, Demenz bei Parkinson und Lewy-Körperchen Krankheit und die Frontotemporale Demenz (vgl. Abb. 1). Bei sekundären Demenzformen treten kognitive Symptome in Folge von anderen Erkrankungen oder Verletzungen auf, die nicht primär das Gehirn betreffen (Doblhammer et al. 2012). Sie können reversibel sein, wenn die zu Grunde liegende Erkrankung geheilt werden kann (zum Beispiel Mangelernährung). Die Bestimmung von Demenzformen und sukzessive Schätzungen zu ihrer Häufigkeit werden durch häufiges Auftreten von gemischten Formen eingeschränkt. Abb. 1 zeigt eine mögliche Verteilung der Häufigkeit der einzelnen primären Demenzerkrankungen.

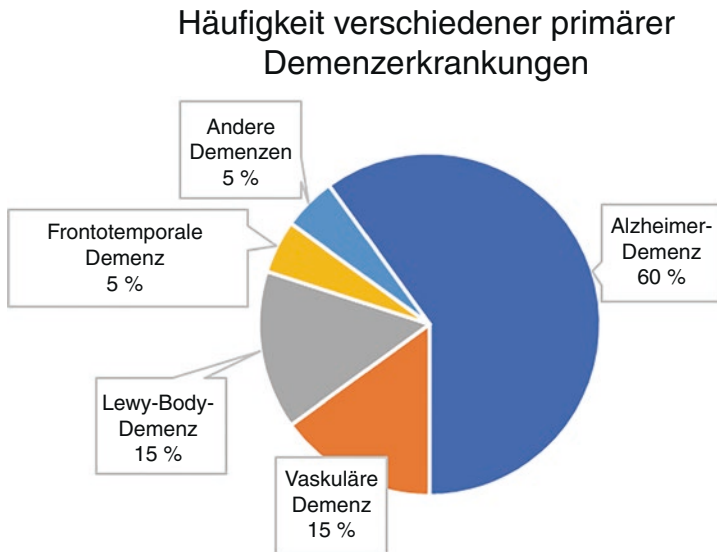


Abb. 1 Häufigkeit von Demenztypen. (Angaben nach Mahlberg, Gutzmann 2012, eigene Darstellung)

Risikofaktoren von Demenzerkrankungen

Bedeutendster Risikofaktor für Demenzerkrankungen ist das Alter (Abbott 2011). In der Gruppe der 80–84-Jährigen beträgt die Prävalenz von Demenzerkrankungen ca. 12 %, bei den Ab-90-Jährigen sind es bereits 41 %. Aus der geschlechtsabhängigen Darstellung der Prävalenzen (vgl. Tab. 1) geht zudem hervor, dass Frauen häufiger an Demenz erkranken als Männer.

Im Zuge des demografischen Wandels wird daher von einer Zunahme der Menschen mit Demenz auf ca. 1,8 Millionen im Jahr 2025 und auf ca. 2,7 Millionen im Jahr 2050 ausgegangen (Alzheimer Europe 2019), bzw. 1,2 Millionen (2025) und 2,1 Millionen (2050) bei den Ab-80-Jährigen. Ein weiterer Risikofaktor für Demenzerkrankungen ist eine geringe Bildung (Anstey et al. 2019). Neben den demografischen Einflussfaktoren haben auch der Lebensstil (u. a. Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchverhalten, Alkoholkonsum), die Gesundheit (Diabetes, Depressivität, Body-Mass-Index, Cholesterinspiegel), Medikamente und Umweltfaktoren einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken (ebd.). In Ostdeutschland sind mehr Menschen von einer Demenz betroffen als in Westdeutschland (Doblhammer et al. 2012).

Verlauf von Demenzerkrankungen und Versorgung von Menschen mit Demenz

Die beschriebenen kognitiven Beeinträchtigungen wie auch die Veränderungen des Verhaltens, der emotionalen Kontrolle und der Motivation verstärken sich im Verlauf der Erkrankung – bei der Alzheimer Demenz in der Regel langsam und kontinuierlich, bei der vaskulären Demenz verläuft die Zunahme oftmals in Krankheits-schüben. Zu Beginn der Erkrankungen sind die Erkrankten noch in vielen Tätigkeiten selbstständig – Unterstützung benötigen sie bei komplexen Aktivitäten, wie dem Führen des Bankkontos oder dem Durchführen von Reisen – auch die Fahrtauglichkeit kann noch gegeben sein. Im mittleren Stadium der Erkrankung benötigen die Betroffenen auch bei einfachen Tätigkeiten des Alltags Unterstützung, sie können zur Zeit und zum Ort desorientiert sein, die Fahrtauglichkeit ist nicht mehr gegeben. Das Stadium der schweren Demenz ist von vollständiger Pfl-

Tab. 1 Prävalenz von Demenzerkrankungen bei Ab-80-Jährigen. (Eigene Berechnungen auf Basis von Alzheimer Europe 2019)

Prävalenz von Demenz bei ab 80-Jährigen in Deutschland			
	Männer	Frauen	Gesamt
80–84	10,7 %	13,1 %	12,1 %
85–89	16,3 %	24,9 %	21,8 %
90+	29,7 %	44,8 %	41,1 %
über 80	14,1 %	22,2 %	19,2 %

gebedürftigkeit gekennzeichnet, die Erkrankten sind bettlägerig und eine sprachliche Verständigung mit ihnen gelingt in der Regel nicht mehr (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2019a).

Vielen Demenzerkrankungen geht ein Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung (mild cognitive impairment: MCI) voraus, in dem subjektiv leichte kognitive Schwierigkeiten bestehen, die aber nicht zu einer Einschränkung in alltagspraktischen Tätigkeiten führen. Die leichte kognitive Beeinträchtigung ist weder ein zwingendes Vorstadium zur Demenz, noch führt jede leichte kognitive Beeinträchtigung zu einer Demenz: bei ca. 38 % der Personen bildet sich die leichte kognitive Beeinträchtigung zurück (Roberts et al. 2014).

Mit dem beschriebenen Abbau von Alltagskompetenzen gehen Hilfebedarfe einher, die von anderen Personen gedeckt werden. Hierfür relevante Akteursgruppen der individuellen Versorgungsarrangements sind professionell Pflegende, qualifizierte Freiwillige und pflegende Angehörige (Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2006), letztere übernehmen den größten Anteil von Pflege und Unterstützung (Kutzleben et al. 2017). Ohne das Engagement pflegender Angehöriger wäre die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz oftmals nicht möglich (Kutzleben et al. 2017). In den letzten Jahren ist eine Vielzahl von alternativen und innovativen Wohn- und Versorgungskonzepten entstanden, die speziell auf Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind (Kricheldorf und Aner 2021), z. B. Wohnpflegegruppen, ambulant betreute Haus- oder Wohngemeinschaften. Dennoch ist zum Ende der Demenz der Umzug in ein voll-stationäres Pflegesetting nach wie vor die Regel, 57,1 % der Menschen mit Demenz sterben im Pflegeheim (Dasch und Lenz 2021).

Mit der Demenz einher gehen psychiatrische Symptome, wie Angst und Einsamkeit (Gutzmann und Zank 2005), die ein negatives Erleben der Erkrankung nahelegen. Auch wenn eine Therapie der zu Grunde liegenden Erkrankungen in der Regel nicht möglich ist, haben sich eine Reihe von Therapieoptionen als wirksam für diese psychiatrischen Begleitsymptome der Demenz erwiesen. Dies trifft vor allem auf psychosoziale Interventionen zu, die das emotionale Wohlbefinden stützen, Verhaltenssymptome mildern und auch zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit im Alltag beitragen (Kurz 2013). Ebenso bedeutend erscheint die Nähe zu Bezugspersonen, die den Menschen mit Demenz emotionalen Halt bieten kann (Engel 2012).

Möglichkeiten zur Nutzung psychosozialer Angebote werden durch die Coronapandemie beeinflusst (Geyer et al. 2020), Pflegeheime reagierten auf die Pandemie mit Zugangsbeschränkungen (Schulz-Nieswandt 2020). Eine Analyse der Lebensqualität von Menschen mit Demenz während der Pandemie erscheint daher notwendig.

Ziel

Auf Grundlage der im Projekt „Hohes Alter in Deutschland“ D80+ erhobenen Daten nimmt dieser Bericht daher eine Analyse der Lebensqualität und der Versorgung von hochaltrigen Menschen mit Demenz in Deutschland im Vergleich zu kognitiv wenig beeinträchtigten und kognitiv nicht beeinträchtigten Menschen vor.

Methodik

Datengrundlage für diesen Bericht ist die Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“. In diesem Bericht werden Auskünfte aus den Telefoninterviews ($n = 3233$) wie auch Teile der schriftlichen Befragung dieser Teilnehmenden verwendet. 82,9 % ($n = 2681$) der Interviews wurden mit den Zielpersonen selbst durchgeführt. 17,1 % der Personen sind durch Stellvertreterinterviews repräsentiert ($n = 522$).

Messung von kognitiver Leistungsfähigkeit

Für die Klassifizierung von Kognition wurden in der Stichprobe zwei verschiedene kognitive Screenings eingesetzt. In den Interviews, die mit der Zielperson selbst durchgeführt wurden, wurde eine adaptierte Version des DemTect (Kalbe et al. 2004) durchgeführt. Der DemTect ist ein kognitives Screening das eine Klassifizierung in die drei Gruppen „Menschen mit Demenz“ (0–8 Punkte), „Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung“ (9–12 Punkte) und „kognitiv nicht beeinträchtigte Menschen“ (13–18 Punkte) zulässt. Menschen mit Demenz werden mit dem DemTect zu 94,1 % (Sensitivität) als demenzerkrankt eingestuft. Gesunde werden mit einer Wahrscheinlichkeit von 91,4 % (Spezifität) als gesund klassifiziert. Der DemTect besteht aus fünf Untertests: Wortliste lernen, Zahlen umwandeln, semantische Wortflüssigkeit, Zahlenfolge rückwärts und verzögerter Abruf der Wortliste. Bis auf den Test zur Zahlenumwandlung konnten in D80+ alle Tests telefonisch durchgeführt werden. Anhand der Vorgängerstudie NRW80+ wurde eine neue Auswertungsmetrik für die vier verbleibenden Tests entwickelt, mit der eine Klassifikation in die genannten drei diagnostischen Kategorien auch in D80+ ermöglicht wurde. Für Demenzerkrankungen liegt die Spezifität dieses neuen Verfahrens bei 96 % und die Sensitivität beträgt 68 %.

In den Interviews, die mit Stellvertretern geführt worden sind, wurde die Global Deterioration Scale (Reisberg et al. 1982) erhoben. Hier können Angehörige die Schwere von kognitiven Defiziten in 7 Stufen bewerten. Die GDS-Skala erlaubt ebenfalls eine Überführung in die drei Kategorien „Menschen mit Demenz“ (vier bis sieben Punkte), „Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung“ (drei Punkte) und „kognitiv nicht beeinträchtigte Menschen“ (ein bis zwei Punkte) (Reisberg et al. 2011).

Wohnformen

Die Befragten wurden zudem gebeten Angaben zu ihrer Wohnsituation zu machen. Auf die Frage „Wie wohnen Sie?“ konnten die Antworten „In einer privaten Wohnung/einem privaten Haus“, „In einem Altenheim/einer Pflegeeinrichtung“, „In einer Wohnpflegegruppe“, „In einem Mehrgenerationenhaus“, „In einer Seniorenresidenz“, „In einem Altenwohnheim/einer Wohnanlage mit betreuten Wohnungen“ und „In einer ambulant betreuten Haus- oder Wohngemeinschaft“ gegeben werden. Für Vergleiche wurde zudem eine binäre Variable mit den Kategorien Privathaushalt und Heim erstellt, die neben Fragebogenantworten auch Angaben der Einwohnermeldeämter nutzt.

Indikatoren von Lebensqualität

Als Indikatoren von Lebensqualität der Menschen mit Demenz werden vier Konstrukte analysiert. Wohlbefinden und Depressivität stellen gemeinsam die affektive Komponente von Lebensqualität dar. Das Konzept der Lebenszufriedenheit zielt auf die Bewertung des eigenen Lebens ab. Autonomie thematisiert die Möglichkeit das Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten und thematisiert damit auch Möglichkeiten der gelingenden Lebensführung.

Wohlbefinden wird durch die fünf positiven Items des Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al. 1988) erfragt. Die Befragten können in fünf Kategorien (zwischen „nie“ und „immer“) die Häufigkeit von positiven Emotionen (begeistert, aufmerksam, freudig erregt oder erwartungsvoll, angeregt und entschlossen) beschreiben. Der Mittelwert der fünf Items wird berichtet, mögliche Werte liegen zwischen eins und fünf. Depressivität wird mit der Kurzversion der „Depression-im-Alter-Skala“ dargestellt (Heidenblut und Zank 2014, 2020). Hier kann das Auftreten von vier Symptomen einer Depression mit „Ja“ oder „Nein“ angegeben werden. Die Anzahl der „Ja“-Angaben wird in diesem Bericht dargestellt. Lebenszufriedenheit wird mit der Frage „Alles in allem, wie zufrieden sind sie gegenwärtig mit Ihrem Leben?“ gemessen. Die Frage kann in Zahlen von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (Ganz und gar zufrieden) beantwortet werden. Abschließend wird noch die Autonomie der Teilnehmer dargestellt, die mit der Frage „Gestalten Sie ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen?“ erfragt wurde. Mögliche Werte liegen zwischen eins („Trifft gar nicht zu“) und vier („Trifft genau zu“).

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf den Daten des zusätzlichen telefonischen Interviews mit folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 1226, 37,9 %), Frauen (n = 2007, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 1909, 59,1 %), 85–89 Jahre (n = 870, 26,9 %), 90 Jahre und älter (n = 454, 14,0 %); Bildung hoch (n = 570, 18,2 %), mittel (n = 1840, 58,8 %), niedrig (n = 720, 23,0 %); Privathaushalt (n = 2906, 89,9 %), Heim (n = 327, 10,1 %); einkommensstark (n = 296, 11,2 %), mittleres Einkommen (n = 1779, 67,7 %), einkommensschwach (n = 555, 21,1 %); altersadäquate Kognition (n = 1695, 57,0 %), leichte kognitive Beeinträchtigung (n = 739, 24,9 %), Verdacht auf beginnende Demenz (n = 539, 18,1 %).

18,1 % der Hochaltrigen haben eine Demenzerkrankung, 24,9 % eine milde kognitive Beeinträchtigung. Die Mehrheit der Hochaltrigen (57,0 %) hat keine Einschränkungen der Kognition.

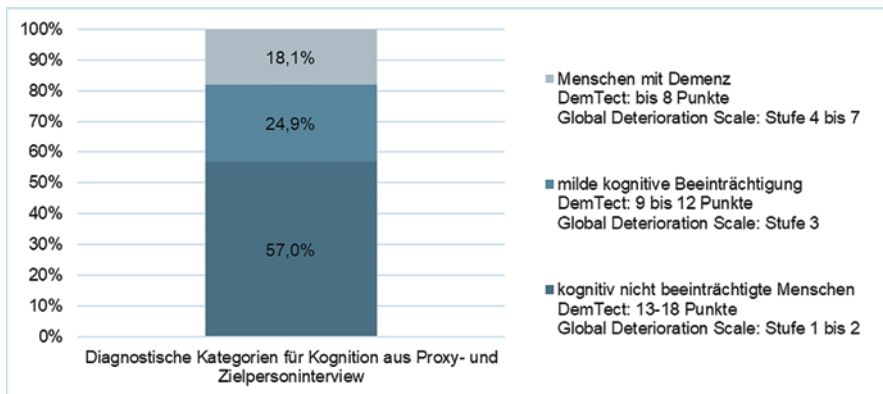


Abb. 2 Häufigkeit von Demenzerkrankungen in D80+

Nach der Einteilung durch die adaptierte Version des DemTect und der GDS-Skala werden 18,1 % der D80+ Stichprobe als demenzerkrankt eingestuft, 24,9 % haben eine leichte kognitive Beeinträchtigung und 57,0 % keine Einschränkungen in der Kognition (vgl. Abb. 2). Die Prävalenz von 18,1 % entspricht in etwa der erwarteten Prävalenz von 19,2 %. Die Einbindung von Menschen mit Demenz in die Stichprobe war damit erfolgreich.

Häufigkeit von kognitiven Einschränkungen in den Strukturvariablen

Der Einschluss von Menschen mit Demenz in die D80+ Stichprobe ist gut gelungen. In den Strukturvariablen, Alter, Geschlecht, Bildung, Region und Wohnformen zeigen sich erwartete Effekte. Lediglich bei den ab 90-jährigen Frauen muss von einer Unterrepräsentanz in der Stichprobe ausgegangen werden.

Wird die Häufigkeit von kognitiven Einschränkungen differenziert nach Alters- und Geschlechtsgruppen der D80+ Stichprobe dargestellt, zeigt sich zunächst der erwartete Alterseffekt mit einer Zunahme der Prävalenz von Demenzerkrankungen in den älteren Altersgruppen. Der erwartete Einfluss des Geschlechts zeigt sich in der Stichprobe nicht. In allen Altersgruppen liegt die Prävalenz in der Stichprobe bei den Männern höher und bei den Frauen niedriger als erwartet. Deutliche Abweichungen treten bei den Männern im Alter von 85–89 Jahren und den Frauen ab einem Alter von 90 Jahren auf. Bei den ab 90-jährigen Frauen beträgt die Demenzprävalenz 29 %, was deutlich unter dem erwarteten Wert von 44 % liegt. Die Rekrutierung von Frauen ab 90 Jahren mit Demenz in die Stichprobe ist damit nicht gut gelungen. Zudem ist ersichtlich, dass in den Altersgruppen bis 89 Jahren

die gesunden Teilnehmer die größte Gruppe sind. Bei den 80–89-Jährigen ist ein Altern ohne kognitive Erkrankungen die Norm (vgl. Abb. 3).

In der Differenzierung nach Bildungsabschlüssen zeigt sich bei Menschen mit hohem Bildungsniveau eine deutlich geringere Prävalenz von Demenzerkrankungen. Nur 7 % der Menschen mit hohem Bildungsabschluss haben eine Demenzerkrankung, von den Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss sind es 28 % (vgl. Abb. 4).

In Westdeutschland ist die Prävalenz von Demenzerkrankungen und leichter kognitiver Beeinträchtigung minimal geringer als in Ostdeutschland. Auch dieser

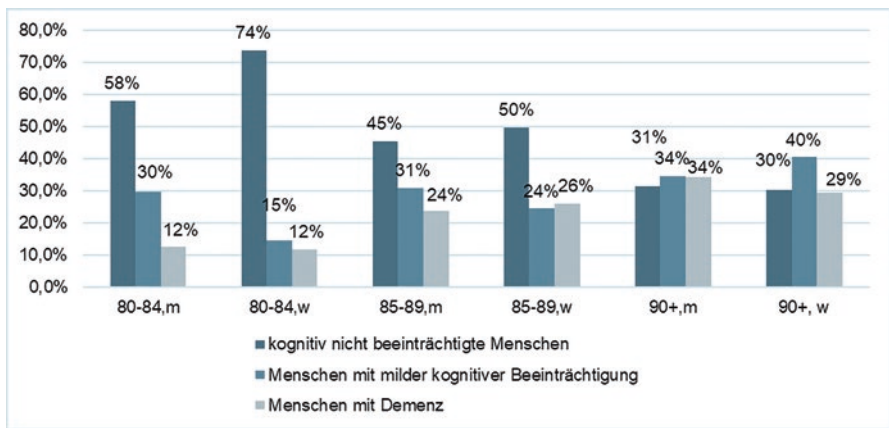


Abb. 3 Kognition in Alters- und Geschlechtsgruppen

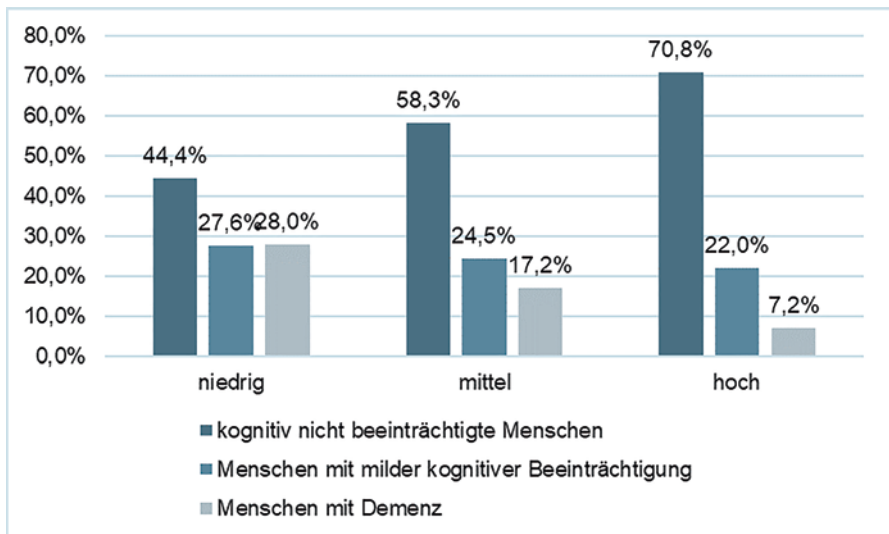


Abb. 4 Kognition und Bildung

Effekt entspricht den erwarteten Ergebnissen. Eine Verzerrung der Stichprobe hinsichtlich der Region kann nicht gefunden werden (vgl. Abb. 5).

Die Aufschlüsselung nach Wohnform, zeigt, dass in der Heimbevölkerung Demenzerkrankungen überwiegen. 55 % der hochaltrigen Heimbevölkerung werden als demenzerkrankt eingestuft, weitere 30 % haben eine leichte kognitive Einschränkung. In Privathaushalten ist die Mehrheit der Bevölkerung kognitiv gesund (62 %) (vgl. Abb. 6).

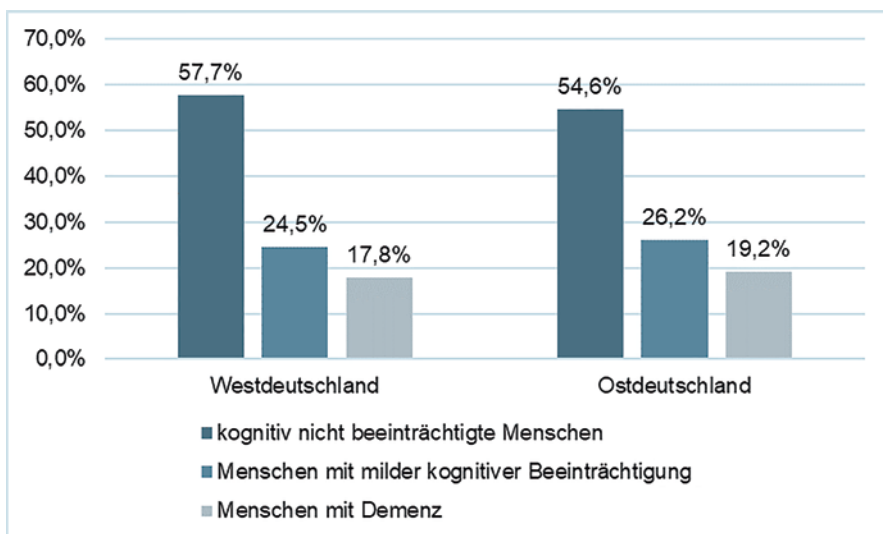


Abb. 5 Kognition in Ost- und Westdeutschland

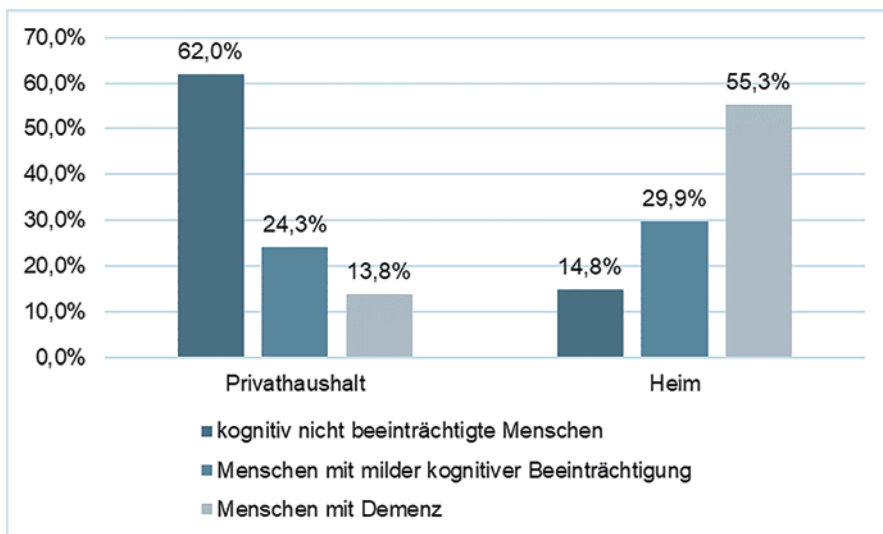


Abb. 6 Kognition nach Wohnform

Wohnform und Versorgung kognitiv beeinträchtigter und kognitiv nicht beeinträchtigter Menschen

Die Mehrheit (69,6 %) der hochaltrigen Menschen mit Demenz lebt in Privathaushalten. Neuere Versorgungsformen werden von den Ab-80-jährigen Menschen mit Demenz nur selten genutzt. 37,8 % der Menschen mit Demenz in Privathaushalten erhalten weder private Pflege noch professionelle Unterstützung.

Der folgende Absatz thematisiert die Versorgungsform der hochaltrigen Menschen mit Demenz in Deutschland. Der Datensatz wird hierfür auf die Personen beschränkt, die als demenzerkrankt klassifiziert wurden. Die Mehrheit (69,6 %) der hochaltrigen Menschen mit Demenz lebt in Privathaushalten. Weitere 18,6 % der hochaltrigen Menschen mit Demenz leben in einem Altenheim. 11,7 % wohnen in weiteren Wohnmodellen, von denen Mehrgenerationenhäuser (5,6 %) die häufigsten sind. Alternative Wohnkonzepte wie Wohnpflegegruppen oder ambulant betreute Hausgemeinschaften werden in der Breite häufig noch nicht genutzt. Sie kommen bei weniger als 2 % der hochaltrigen Menschen mit Demenz vor (vgl. Abb. 7).

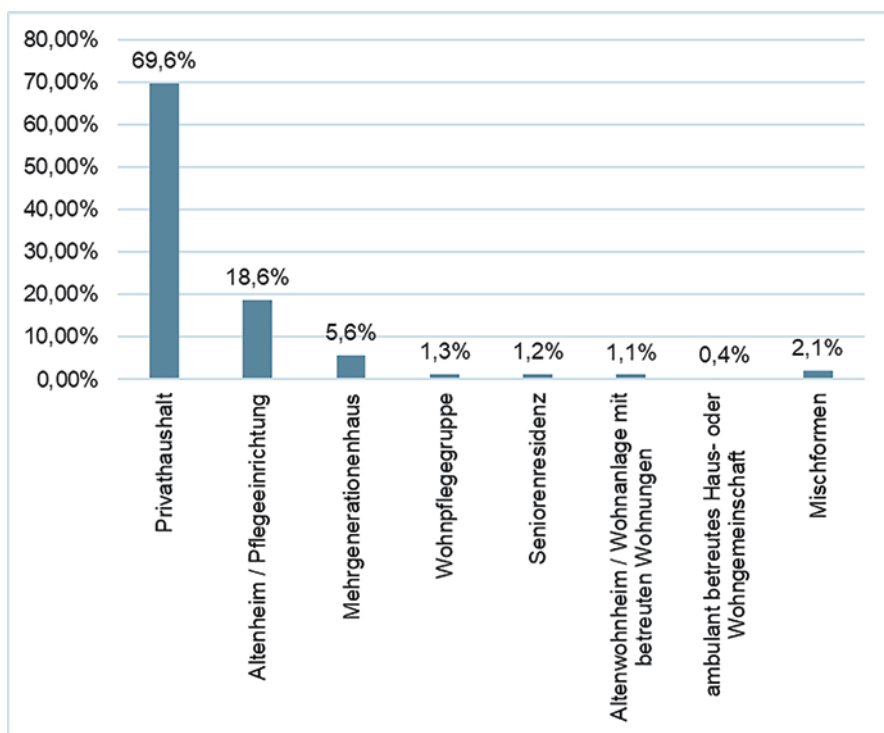


Abb. 7 Wohnformen von hochaltrigen Menschen mit Demenz

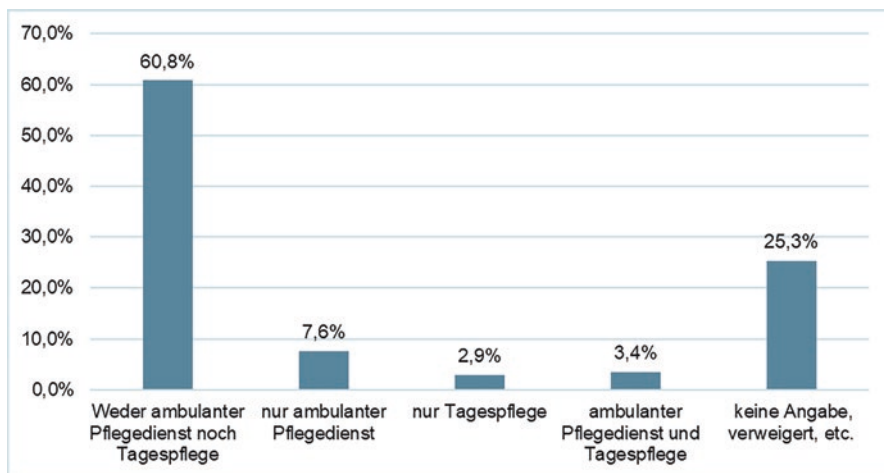


Abb. 8 Versorgung von Menschen mit Demenz in Privathaushalten

Die Menschen mit Demenz, die in Privathaushalten leben, wurden zudem gefragt, ob sie einen ambulanten Pflegedienst oder eine Tagespflege nutzen. 7,6 % der befragten Menschen mit Demenz geben an, einen ambulanten Pflegedienst und keine Tagespflege zu nutzen, 2,9 % nutzen nur eine Tagespflege, weitere 3,4 % nutzen beide Angebote. 60,8 % dieser befragten Menschen mit Demenz geben an, weder einen ambulanten Pflegedienst noch eine Tagespflege zu nutzen. In dieser Frage waren 25,3 % der Antworten aufgrund fehlender Angaben nicht nutzbar (vgl. Abb. 8). 39,4 % der befragten Menschen mit Demenz in Privathaushalten geben an, von Angehörigen Unterstützung zu erhalten. Werden die beiden Angaben zusammenausgewertet, zeigt sich, dass 37,8 % der Menschen mit Demenz in Privathaushalten weder von Angehörigen gepflegt werden noch eine Tagespflege oder Unterstützung von einem ambulanten Pflegedienst erhalten. 44,2 % der Menschen mit Demenz in Privathaushalten leben alleine, 45,1 % leben in einem Zweipersonenhaushalt.

Subjektive Lebensqualität und Kognition

In allen dargestellten Indikatoren bewerten Menschen mit Demenz, die in Privathaushalten leben, ihre Lebensqualität etwas schlechter als Menschen ohne Demenz. In der Heimbevölkerung vergrößern sich diese Unterschiede zwischen Menschen mit Demenz und BewohnerInnen ohne Einschränkung der Kognition.

Abschließend werden nun vier Indikatoren subjektiver Lebensqualität dargestellt, die aufzeigen wie es Menschen mit Demenz in der Pandemie geht. Zum Vergleich werden auch die Gruppen „Menschen ohne Einschränkungen der Kognition“ und

„Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung“ dargestellt, die auch im zehnten Bericht zur Studie D80+ „Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden“ differenziert werden.

Wohlbefinden

Menschen mit Demenz erleben positive Emotionen, allerdings seltener als Menschen ohne Einschränkungen der Kognition.

Einschränkungen in der Kognition haben einen Effekt auf die Häufigkeit von Wohlbefinden. Menschen ohne Einschränkung der Kognition erleben Wohlbefinden am häufigsten (Mittelwert 3,3). Je stärker die Einschränkung der Kognition, desto geringer ist das Wohlbefinden (Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung: 3,1, Menschen mit Demenz: 2,8) (vgl. Abb. 9). Wohlbefinden erleben hochaltrige Menschen mit Demenz, die in Privathaushalten leben wie auch hochaltrige Menschen mit Demenz in Pflegeheimen. Letzere erleben jedoch signifikant weniger positive Emotionen wie Freude und Begeisterung als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung und kognitiv normal Alternde (vgl. Abb. 10).

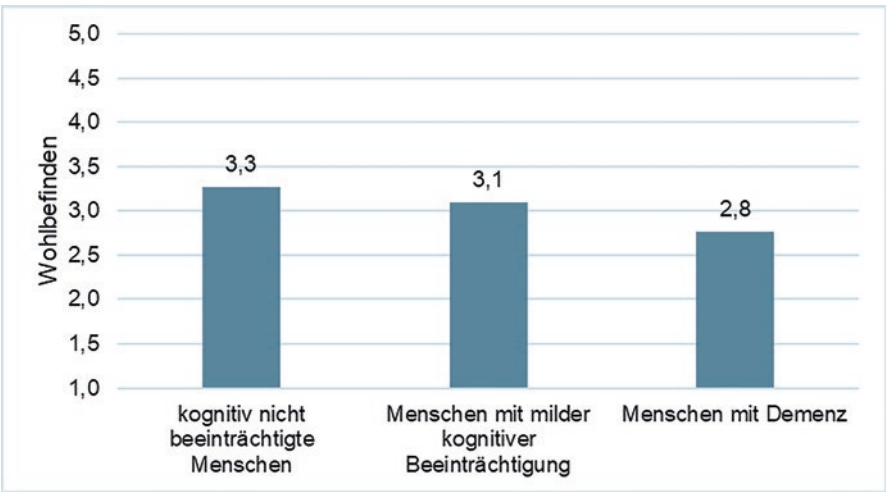


Abb. 9 Wohlbefinden und Kognition

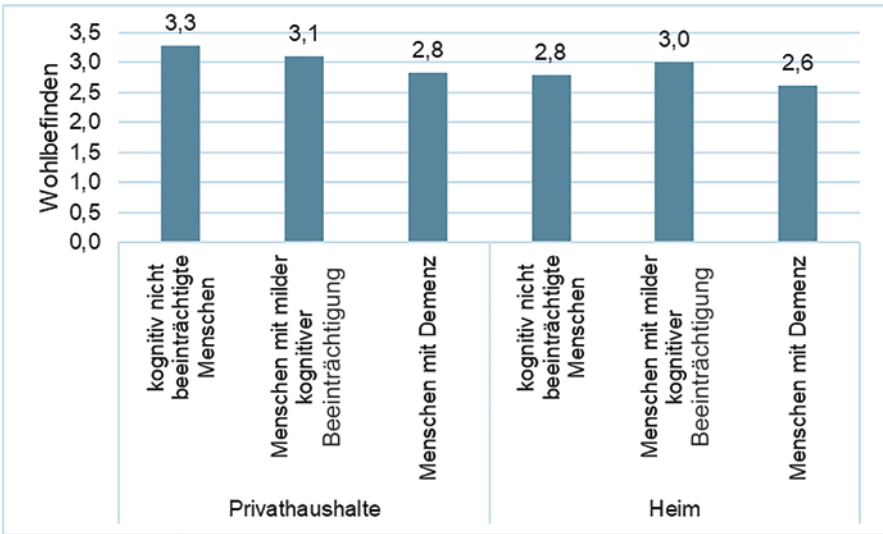


Abb. 10 Wohlbefinden und Kognition differenziert nach Wohnform

Depressivität

Menschen mit Demenz zeigen deutlich mehr Symptome einer Depression als Menschen ohne kognitive Einschränkung (1,9 vs. 1,1 Symptome). Dieser Unterschied ist in Pflegeheimen noch einmal verstärkt (2,7 vs. 1,4 Symptome).

Symptome einer Depression treten in allen drei Gruppen auf. Menschen mit Demenz erleben deutlich mehr der vier erfragten depressive Symptome (Mittelwert 1,9) als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung (Mittelwert 1,4) oder kognitiv nicht beeinträchtigte Menschen (Mittelwert 1,1) (vgl. Abb. 11). Menschen mit Demenz, die in Privathaushalten leben, haben durchschnittlich 1,6 depressive Symptome, was eine durchschnittliche Zunahme von 0,5 Symptomen gegenüber der Gruppe kognitiv gesunder Personen bedeutet. In Pflegeheimen lebende Menschen mit Demenz haben durchschnittlich 2,7 depressive Symptome. Der Unterschied zu anderen Gruppen ist hier deutlich größer (vgl. Abb. 12).

Zusammenfassend zeigt sich in den affektorientierten Konstrukten, dass Menschen mit Demenz deutlich mehr negative und geringfügig weniger positive Emotionen erleben als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung oder Menschen ohne Beeinträchtigung der Kognition.

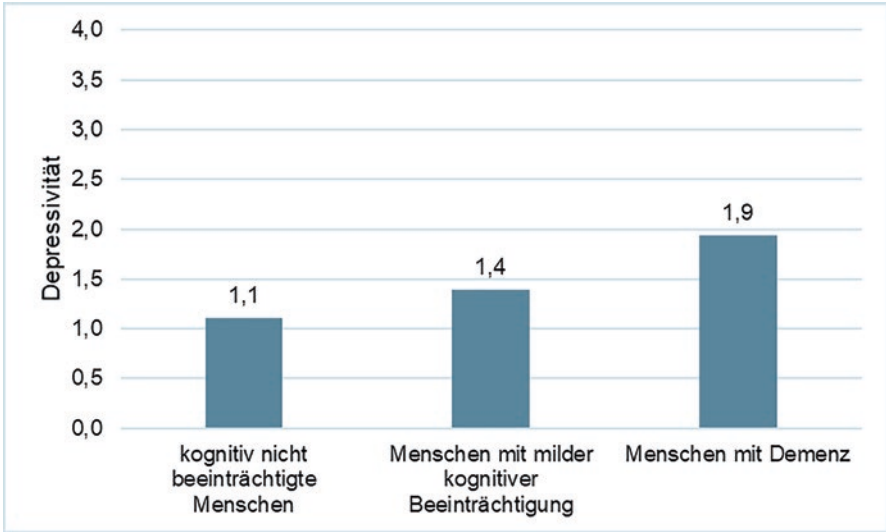


Abb. 11 Depressivität und Kognition

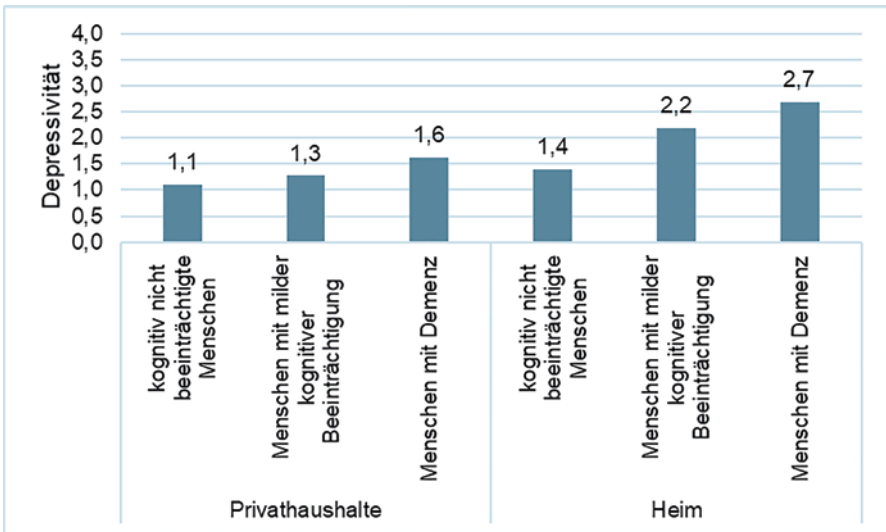


Abb. 12 Depressivität und Kognition differenziert nach Wohnform

Lebenszufriedenheit

Kognitive Beeinträchtigungen haben einen deutlichen Effekt auf die Lebenszufriedenheit. Menschen mit Demenz bewerten ihre Lebenszufriedenheit mit 6,5 geringer als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung (Mittelwert 7,1) oder Menschen ohne Einschränkungen der Kognition (Mittelwert 7,6).

In der Bewertung des eigenen Lebens zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Auf der Skala von eins bis zehn bewerten Menschen mit Demenz ihre Lebenszufriedenheit mit durchschnittlich 6,5 deutlich geringer als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung (durchschnittlich 7,1) und Menschen ohne Einschränkungen der Kognition (Mittelwert 7,6) (vgl. Abb. 13). In der Unterscheidung nach Wohnform werden größere Unterschiede sichtbar. Menschen mit Demenz, die in Privathaushalten leben, bewerten ihre Lebenszufriedenheit mit durchschnittlich 6,9 etwas geringer als Menschen ohne Einschränkungen der Kognition in Privathaushalten, die sie im Durchschnitt mit 7,6 bewerten. Deutlichere Unterschiede nach Kognition treten in der Heimbevölkerung auf. Menschen ohne Einschränkungen der Kognition bewerten ihre Lebenszufriedenheit mit 6,9, Menschen mit leichter kognitiver Einschränkung mit 4,9 und Menschen mit Demenz mit 5,7 (vgl. Abb. 14).

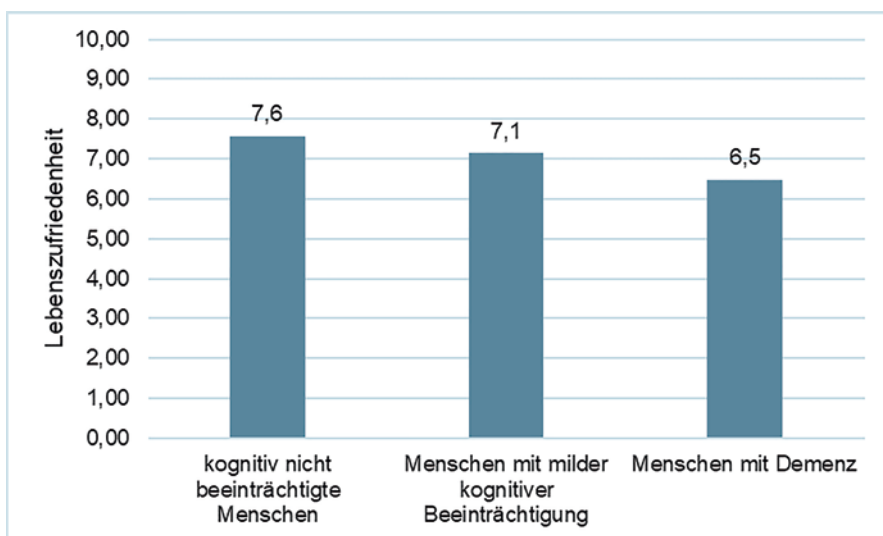


Abb. 13 Lebenszufriedenheit und Kognition

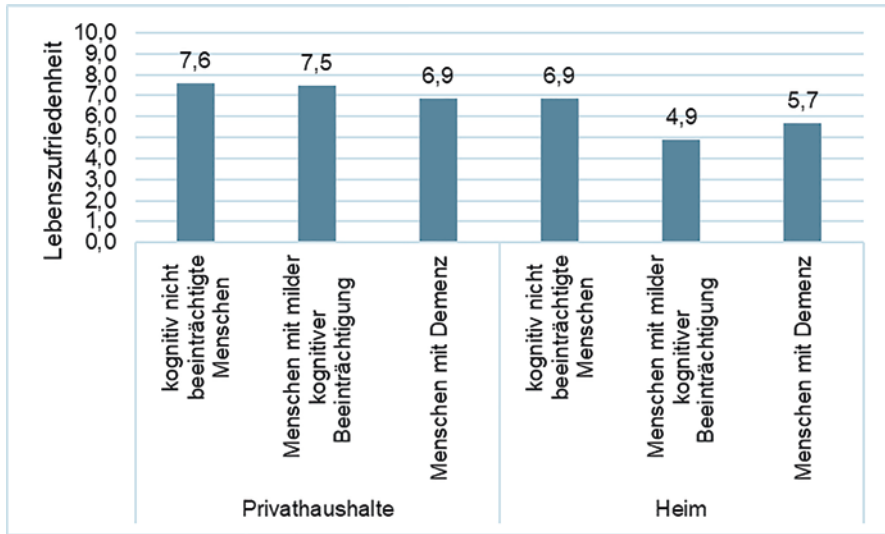


Abb. 14 Lebenszufriedenheit und Kognition differenziert nach Wohnform

Autonomie

Menschen mit Demenz erleben weniger Autonomie als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung oder Menschen ohne Einschränkungen der Kognition. Der Unterschied zwischen Menschen mit Demenz und Menschen ohne Einschränkungen der Kognition ist in der Heimbevölkerung (2,0 vs. 3,2) größer als in Privathaushalten (3,2 vs. 3,6).

In der Bewertung der Autonomie unterscheiden sich Menschen mit Demenz von Menschen ohne Einschränkungen der Kognition und Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung. Menschen mit Demenz bewerten ihre Autonomie auf der 4-stufigen Skala mit durchschnittlich 2,8, deutlich geringer als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung (durchschnittlich 3,4) und Menschen ohne Einschränkungen der Kognition (durchschnittlich 3,6) (Vgl. Abb. 15). Die Differenzierung nach Wohnform zeigt, dass diese Unterschiede bei Menschen die in Privathaushalten wohnen geringer sind als in der Heimbevölkerung. Die Frage, ob sie ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen gestalten können, wird von Menschen mit Demenz in Privathaushalten eher bejaht. Auf der Skala von eins bis vier erreichen sie einen Mittelwert von 3,2, wobei 3 der Antwort „eher ja“ entspricht. Sie bewerten ihre Autonomie damit leicht geringer als andere Menschen. In der Heimbevölkerung wird die Frage eher verneint (Mittelwert 2,0), es bestehen deutliche Unterschiede bei den Menschen mit Demenz zu Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung (Mittelwert 2,7) und Menschen ohne kognitive Einschränkungen (Mittelwert 3,2) (vgl. Abb. 16).

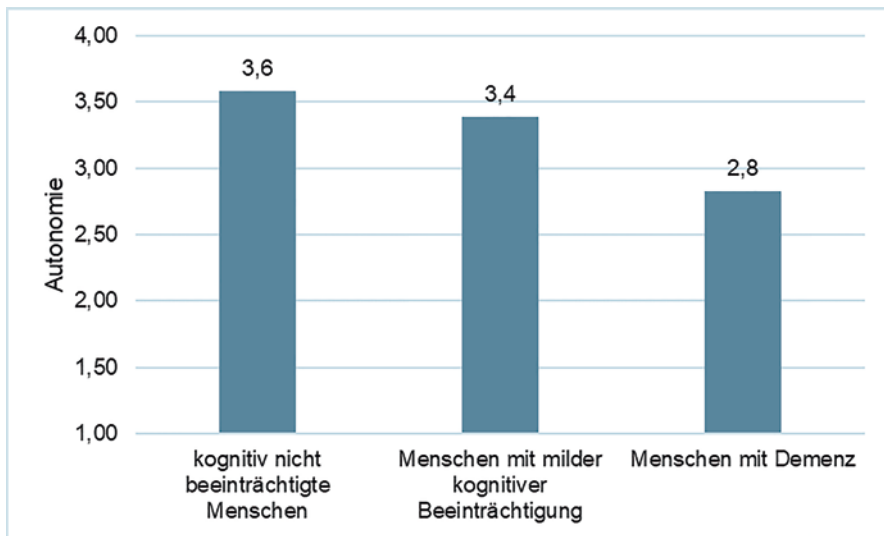


Abb. 15 Autonomie und Kognition

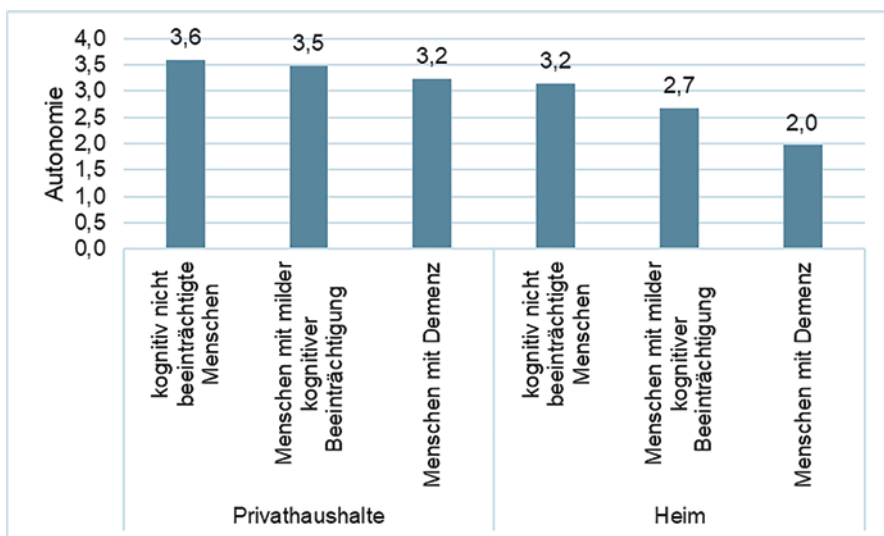


Abb. 16 Autonomie und Kognition differenziert nach Wohnform

Fazit

Die Ergebnisse der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ D80+ geben Aufschluss über die Bedarfslage von hochaltrigen Menschen mit Demenz in Deutschland. Die zu Grunde liegenden schriftlichen wie telefonischen Befragungen wurden 2021

während der Coronapandemie durchgeführt, die Ergebnisse sind daher vor dem Hintergrund der Pandemie zu interpretieren.

Insgesamt 18,1 % der Hochaltrigen werden als demenzerkrankt eingestuft, bei 57,0 % wird von keiner Erkrankung der Kognition ausgegangen. Die Mehrheit der Hochaltrigen ist damit nicht von einem krankheitsbedingten Abfall kognitiver Fähigkeiten betroffen. Der Anteil der Menschen mit Demenz an den Hochaltrigen ist dennoch quantitativ substanziell und, aufgrund der Schwere der Erkrankung für das alltägliche Leben und Befinden der Betroffenen, von erheblicher Bedeutung. Der Einschluss von Menschen mit Demenz in eine repräsentative Hochaltrigenstudie ist daher notwendig. Aus der Bevölkerungsstruktur ist eine Prävalenz von 19,2 % zu erwarten. Die Prävalenz in dieser Stichprobe von 18,1 % ist mit diesem Wert vergleichbar, der Einschluss von Menschen mit Demenz in die Stichprobe war damit erfolgreich.

Die Differenzierung der Prävalenz nach Alter, Bildung, Wohngegend und Wohnform zeigte erwartbare Effekte. In höheren Altersgruppen, bei Menschen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen, Personen, die in Ostdeutschland leben oder in der Heimbevölkerung gibt es einen größeren Anteil von Menschen mit Demenz. Gegenüber der Literatur besteht eine kleine Diskrepanz bezüglich der geschlechtsspezifischen Prävalenz. Bei Frauen wird eine höhere Prävalenz erwartet, in der D80+ Stichprobe ist dies nur bei den 85–89-Jährigen der Fall. In der Teilstichprobe der Menschen mit Demenz sind Frauen daher leicht unterrepräsentiert.

Die Mehrheit der Demenzerkrankten lebt nicht in professionellen Pflegesettings, sondern in Privathaushalten. 37,8 % von ihnen werden weder von Angehörigen gepflegt noch nutzen sie professionelle Unterstützung in Form eines ambulanten Pflegediensts oder einer Tagespflege. Die Ergebnisse der Studie weisen damit darauf hin, dass viele Menschen mit Demenz nicht dem gesellschaftlichen Stigma der schwer pflegebedürftigen und betreuungspflichtigen Personen entsprechen. Auch ein „alleine leben“ ist zu Beginn der Erkrankung möglich, die vertraute Wohnumgebung kann Menschen mit Demenz zusätzlichen Schutz und Halt geben (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2019b). Dennoch kann ein Alleinleben auch kritisch sein, wenn die Versorgung der Menschen nicht sichergestellt ist. Alleinlebende Menschen mit Demenz benötigen für ein Leben in Sicherheit adäquate medizinische Behandlung und professionelle Pflege zu Hause (Eichler et al. 2016). Dies kann besonders bei mangelnder Krankheitseinsicht gefährdet sein (Stechl 2006). Weiterhin gilt es, Menschen mit Demenz die ihnen gewohnten Formen gesellschaftlicher Teilhabe so lange zu ermöglichen, wie sie möglich und erwünscht sind.

Kognitive Einschränkungen ziehen Einschränkungen in der Bewertung der eigenen Lebensqualität nach sich. Menschen mit Demenz erleben weniger Wohlbefinden, mehr Depressivität, eine geringere Lebenszufriedenheit und eine geringere Autonomie als Personen ohne kognitive Einschränkungen. 18,6 % der Menschen mit Demenz leben in Pflegeeinrichtungen. In allen untersuchten Indikatoren von Lebensqualität bewerten Menschen mit Demenz ihre Lebensqualität in Pflegeheimen schlechter als Menschen ohne Einschränkungen der Kognition. Zwar wird positiver Affekt in Pflegeheimen einem vergleichbaren Ausmaß erlebt, negative Emotionen und Einschränkungen der Autonomie werden von Menschen mit Demenz aber wesentlich häufiger erlebt.

Alternative Versorgungsformen werden von den Ab-80-jährigen Menschen mit Demenz noch nicht in der Breite genutzt. Wohnpflegegruppen (1,3 %) und ambulante betreute Hausgemeinschaften (0,4 %) werden von insgesamt 1,7 % der hochaltrigen Menschen mit Demenz genutzt. Gründe hierfür können eine geringe Nachfrage der Angebote, ein mangelndes Platzangebot, Nutzungsbarrieren oder eine Unterrepräsentanz dieser Versorgungsform in der vorliegenden Stichprobe sein. Ähnliche Werte, die zusätzlich auf deutliche Unterschiede zwischen der gewünschten Versorgungsform und der tatsächlichen hinweisen, wurden bereits berichtet (Klie et al. 2017). Nicht nur im Kontext der neuen Versorgungsformen ist das Nutzungsverhalten von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen nicht gut erforscht. Motivationale Prozesse der Akteure vor der Übernahme von Pflegeverantwortung und während des Pflegeprozesses wie auch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten sind von der Forschung noch nicht gut verstanden. Entsprechend muss die Versorgungsforschung gefördert werden.

Politische Implikationen

Insgesamt weisen die hier vorgestellten Analysen auf vier Bedarfswelder hin:

1. Gesellschaftliche Partizipation von Menschen mit Demenz ermöglichen.
2. Häusliche Pflege stärken und einen Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung ermöglichen.
3. Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen entwickeln und etablieren.
4. Versorgungsforschung stärken.

In der Erstellung einer Nationalen Demenzstrategie (Bundesministerium für Familie et al. 2020) hat der Gesetzgeber bereits auf Bedarfe von Menschen mit Demenz reagiert. Im Folgenden wird dargestellt, in welcher Weise die in dieser Studie dargestellten Bedarfslagen von Menschen mit Demenz in der Nationalen Demenzstrategie aufgegriffen werden.

Das erste Bedarfswelder, die Ermöglichung von gesellschaftlicher Partizipation wird in dem ersten Handlungswelder der Nationalen Demenzstrategie „Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen“ thematisiert und aufgegriffen. Unter anderem werden Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Menschen mit Demenz, zur Ermöglichung von Mobilität von Menschen mit Demenz oder zur Gestaltung von Sozialräumen für Menschen mit Demenz (ebd.) genannt und mit konkreten Zielen verknüpft.

Das zweite Bedarfswelder wird in der Nationalen Demenzstrategie (ebd.) ebenfalls weitgehend thematisiert. Dies geschieht unter anderem, indem Angebote der Beratung und Begleitung für Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen verbessert werden, Schulungsangebote für Angehörige aus- und aufgebaut werden, Zugänge

zu aufsuchender Beratung von pflegenden Angehörigen ausgebaut werden und die ambulante Pflege gefördert wird.

Auch das dritte Bedarfsfeld zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen wird in der Nationalen Demenzstrategie direkt thematisiert. Maßnahmen die eine „Demenzsensible Gestaltung und Organisation vollstationärer Pflegeeinrichtungen fördern“ werden ebenso gefordert wie Qualifikationen für Mitarbeitende in der Pflege und alle Beschäftigten in der Pflege mit Kontakt zu Menschen mit Demenz.

Das vierte Bedarfsfeld zur Stärkung der Versorgungsforschung wird im abschließendem Kap. „[Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter](#)“ „Exzellente Forschung zu Demenz fördern“ der nationalen Demenzstrategie aufgegriffen und in dem Ziel bis 2024 „einen umfassenden Überblick über verschiedene Settings in der Versorgung von Menschen mit Demenz in Deutschland erstellen, Handlungsempfehlungen für die Überwindung von Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten erarbeiten und Versorgungskonzepte entwickeln“ (S. 130, ebd.) ausgedrückt. Eine besondere Schwierigkeit in der Umsetzung der entwickelten Handlungsempfehlungen wird darin bestehen, Angebote für Pflegende und Gepflegte zu entwickeln, die sich häufig noch nicht als Pflegende und Gepflegte verstehen.

Limitationen

Als methodische Limitationen dieses Kurzberichts ist zunächst die Klassifizierung der Menschen mit Demenz über ein kognitives Screening zu nennen. Zwar hat dieses Screening eine gute diagnostische Qualität, sie kann eine komplette Demenzdiagnostik, die ein u. a. langes kognitives Assessment und bildgebende Verfahren benötigt, nicht ohne Qualitätseinbußen ersetzen. Insbesondere sind falsch-positive Klassifizierungen möglich.

Im Spätstadium der Erkrankung können Menschen mit Demenz nicht mehr selbst an der Befragung teilnehmen. Der Einschluss von Menschen mit Demenz durch Stellvertreterinterviews stellt zunächst einen Qualitätsgewinn für die Repräsentativität dieser Studie dar (Kaspar et al. o. J.) und ermöglicht erstmalig den Einschluss von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in die Studie. Dennoch treten im Perspektivwechsel zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung Fehlinterpretationen auf (Bradford et al. 2013; Claes et al. 2012).

Abschließend sei darauf verwiesen, dass dieser Bericht und die empfohlenen Implikationen nicht alle Bedarfe für Menschen mit Demenz aufzeigen können. Relevante Themenbereiche können zu spezifisch sein, um im Rahmen dieser Hochaltigenstudie erfragt zu werden (z. B. Menschen mit Demenz im Krankenhaus), Fallzahlen können für tieferegehende Analysen zu gering sein (z. B. Demenz bei Migration) und Perspektiven von für Menschen mit Demenz relevanten Gruppen wie pflegenden Angehörigen wurden im Rahmen dieses Kurzberichts nicht thematisiert.

Literatur

- Abbott A (2011) Dementia: A problem for our age. *Nature* 475:S2–S4. <https://doi.org/10.1038/475S2a>
- Alzheimer Europe (2019) Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16880.81923>
- Anstey KJ, Ee N, Eramudugolla R, Jagger C, Peters R (2019) A systematic review of meta-analyses that evaluate risk factors for dementia to evaluate the quantity, quality, and global representativeness of evidence. *J Alzheimer's Dis JAD* 70(s1):S165–S186. <https://doi.org/10.3233/JAD-190181>
- Bradford A, Brenes GA, Robinson RA, Wilson N, Snow AL, Kunik ME, Calleo J, Petersen NJ, Stanley MA, Amspoker AB (2013) Concordance of self- and proxy-rated worry and anxiety symptoms in older adults with dementia. *J Anxiety Disord* 27(1):125–130. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.11.001>
- Bubolz-Lutz E, Kricheldorf C (2006) *Freiwilliges Engagement im Pflegemix: Neue Impulse*. Lambertus-Verlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit (2020) *Nationale Demenzstrategie*
- Claes C, Vandevelde S, van Hove G, van Loon J, Verschelden G, Schalock R (2012) Relationship between self-report and proxy ratings on assessed personal quality of life-related outcomes. *J Policy Pract Intellect Disabil* 9(3):159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2012.00353.x>
- Dasch B, Lenz P (2021) Der Sterbeort älterer Menschen mit einer Demenz: Epidemiologische Daten einer Beobachtungsstudie zu Sterbeorten in Deutschland (2001, 2011, 2017). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01976-7>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2019a) Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2019b) Selbsthilfe Demenz – Allein leben mit Demenz: Informationsblatt 15
- Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U (2012) *Demografie der Demenz*, 1. Aufl. Verlag Hans Huber, Huber.
- Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, Richter S, Wucherer D, Michalowsky B, Dreier A, Thyrian JR (2016) Living alone with dementia: prevalence, correlates and the utilization of health and nursing care services. *J Alzheimer's Dis JAD* 52(2):619–629. <https://doi.org/10.3233/JAD-151058>
- Engel S (2012) *Alzheimer und Demenzen: Die Methode der einfühlsamen Kommunikation; Unterstützung und Anleitung für Angehörige 2.*, vollst. überarb. Aufl. TRIAS Verl
- Geyer J, Böhm F, Müller J, Friedrichs J, Klatt T, Schiller C, Kißlinger V, Meyer G, Heinrich S (2020) Die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen während der Coronavirus-Pandemie Eine qualitative Studie. *Pflege* 33(4):189–197. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000750>
- Gutzmann H, Zank S (2005) *Demenzielle Erkrankungen: Medizinische und psychosoziale Interventionen* (1. Aufl.). Kohlhammer Urban-Taschenbücher, Bd. 767. Kohlhammer. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-17-017658-4>
- Heidenblut S, Zank S (2014) Screening for Depression with the Depression in Old Age Scale (DIA-S) and the Geriatric Depression Scale (GDS15). *Gero Psych* 27(1):41–49. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000101>
- Heidenblut S, Zank S (2020) Screening for depression in old age with very short instruments: the DIA-S4 compared to the GDS5 and GDS4. *Gerontol Geriatr Med* 6(1–9). <https://doi.org/10.1177/2333721420981328>
- Kalbe E, Kessler J, Calabrese P, Smith R, Passmore AP, Brand M, Bullock R (2004) DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 19(2):136–143. <https://doi.org/10.1002/gps.1042>
- Kaspar R, Brijoux T, Albracht A, Zimmermann J, Wenner J, Fej J, Reissmann M, Wagner M, Zank S (o. J.) Challenges and benefits of including the institutionalized, non-communicative and cognitively impaired in a representative survey of the very old

- Klie T, Heislbetz C, Schumacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker C (2017) Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht
- Kricheldorf C, Aner K (2021) Facetten der Versorgungsrealität von Menschen mit Demenz. *Z Gerontol Geriatr* 54(7):633–635. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01965-w>
- Kurz A (2013) Psychosoziale Interventionen bei Demenz. *Der Nervenarzt* 84(1):93–105. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3655-x>
- Kutzleben M, von Köhler K, Dreyer J, Holle B, Roes M (2017) Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz: Entwicklung und Konsentierung einer Definition von Stabilität durch Expertenfokusgruppen. *Z Gerontol Geriatr* 50(3):210–218. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0990-0>
- Mahlberg R, Gutzmann H (2009) Einleitung: Krankheitsbilder. In: Mahlberg R, Gutzmann H, Adler G (Hrsg) *Demenzkrankungen: Erkennen, behandeln und versorgen; mit 50 Tabellen und 4 Screeningtests*. Deutscher Ärzteverl, Köln, S 3–11
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T (1982) The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 139(9):1136–1139
- Reisberg B, Jamil IA, Khan S, Monteiro I, Torossian C, Ferris S, Sabbagh M, Gauthier S, Auer S, Shulman MB, Kluger A, Franssen E, Wegiel J (2011) Staging dementia. In: Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A (Hrsg) *Principles and practice of geriatric psychiatry*, 3. Aufl. Wiley-Blackwell, S 162–169. <https://doi.org/10.1002/9780470669600.ch31>
- Roberts RO, Knopman DS, Mielke MM, Cha RH, Pankratz VS, Christianson TJH, Geda YE, Boeve BF, Ivnik RJ, Tangalos EG, Rocca WA, Petersen RC (2014) Higher risk of progression to dementia in mild cognitive impairment cases who revert to normal. *Neurology* 82(4):317–325. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000000055>
- Schulz-Nieswandt F (2020) Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“. Berlin
- Stechl E (2006) Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium: Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und ihren Angehörigen. Zugl.: Berlin, Freie Univ., Diss., 1. Aufl. Wissenschaftliche Schriftenreihe Psychologie, Bd 15. Köster
- Watson D, Clark LA, Tellegen A (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 54(6):1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Weltgesundheitsorganisation (2022) ICD-10-GM Version 2022. <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F09.html>. Zugegriffen am 13.04.2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld hochaltriger Menschen in Deutschland



Veronica Oswald und Michael Wagner

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde im Rahmen der bundesweit repräsentativen Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) eine schriftliche Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Hiervon beantworteten 3233 Personen bis Dezember 2021 in einem zusätzlichen telefonischen Interview detaillierte Fragen zu ihren Alltagskompetenzen und ihrer Wohnumgebung. Auf dieser Grundlage stellt der vorliegende Kurzbericht die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld hochaltriger Menschen in Deutschland dar.

Die Mehrheit (60,8 %) der hochaltrigen Menschen in Deutschland hat ein hohes Maß an Alltagskompetenzen. Jedoch sind insbesondere im Heim wohnende Hochaltrige in ihren Alltagskompetenzen eingeschränkt. Zudem sind männliche und jüngere Hochaltrige sowie Hochaltrige mit einer hohen Bildung eigenständiger in ihren täglichen Aktivitäten. Unterschiede zwischen Hochaltrigen in Ost- und Westdeutschland bestehen nicht.

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im Mai 2022 als Kurzbericht Nummer 8 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

V. Oswald (✉)

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: veronica.oswald@uni-koeln.de

M. Wagner

Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: mwagner@wiso.uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,

https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_9

Barrierereduzierende Eigenschaften der Wohnung von hochaltrigen Menschen in Deutschland sind noch ausbaufähig, nur 9,1 % der Hochaltrigen haben keine Barrieren in ihrer Wohnung bzw. in ihrem Haus.

Am häufigsten besteht die Barriere von fehlenden Handläufen oder einem Treppenlift und am seltensten sind Türen schmaler als 80 cm. Innerhalb der soziodemografischen Gruppen gibt es nur signifikante Unterschiede in der Barrierefreiheit zwischen den Wohnformen. Dieser signifikante Unterschied gilt allerdings nur für die Barriere von Schwellen über 2 cm, diese sind bei im Heim Wohnenden seltener vorhanden.

Die Hochaltrigen sind überwiegend der Auffassung, dass sie in ihrer Wohnumgebung gut zu Fuß unterwegs sein können. 76,1 % schätzen die Umgebung als eher bis sehr geeignet ein. Hierbei finden sich nur signifikante Gruppenunterschiede zwischen Männern und Frauen. Männer bewerten die Walkability im Vergleich zu Frauen positiver.

Über die Hälfte der hochaltrigen Menschen in Deutschland fühlen sich mit ihrem Wohnumfeld verbunden. 28,4 % fühlen sich sehr eng und 35,5 % eher eng mit ihrem Wohnumfeld verbunden. Im Heim wohnende Hochaltrige weisen eine signifikant geringere Wohnverbundenheit auf. Auch zwischen den Altersgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede in der Wohnverbundenheit, diese werden jedoch durch die Wohnform erklärt. Darüber hinaus zeigen sich keine signifikanten Unterschiede innerhalb der soziodemografischen Gruppen.

53,4 % der hochaltrigen Menschen in Deutschland vertrauen vollkommen ihrer Nachbarschaft. Dieses Vertrauen ist bei Hochaltrigen, die im Heim wohnen, geringer als bei privatwohnenden Hochaltrigen. Hinzu kommt, dass männliche Hochaltrige etwas mehr Vertrauen in die Nachbarschaft haben als Frauen und dass Hochaltrige mit hoher Bildung ein etwas größeres Vertrauen in die Nachbarschaft haben als Hochaltrige mit geringerer Bildung. Zwischen den verschiedenen Wohnregionen und den Altersgruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Es besteht teilweise eine Passung der Barrieren im Wohnumfeld und der Alltagskompetenz „Gehen“. Bei Hochaltrigen, die nur mit Hilfe gehen können, bestehen signifikant seltener Barrieren im Wohnumfeld.

Einleitung

Eine Voraussetzung für eine eigenständige Lebensführung und die gesellschaftliche Teilhabe – auch noch im hohen Alter – ist ein bestimmtes Maß an Alltagskompetenzen. Alltagskompetenzen sind Fähigkeiten, Tätigkeiten auszuführen, die als essenziell für das eigene Leben gelten (Willis 1991, S. 81). Grundlegende Alltagskompetenzen beschreiben demnach Aktivitäten zur Befriedigung der Grund-

bedürfnisse, beispielsweise essen, sich waschen, sich an- und ausziehen sowie sich ins Bett legen und aufstehen. Daneben gibt es Alltagskompetenzen, die eher organisational sind, beispielsweise einkaufen, die Regelung von Finanzen, die Erledigung von Hausarbeit oder das Organisieren von Strecken außerhalb der Laufreichweite (z. B. Busfahrten). Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zeigen, dass in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen die Mehrheit von 84 % eine gute funktionale Gesundheit (hohes Maß an Alltagskompetenzen) aufweist (Wolff et al. 2017). Dieser Anteil sinkt allerdings mit steigendem Alter. In der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen weisen noch 67 % eine gute funktionale Gesundheit auf und in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen noch knapp die Hälfte (48 %). Offen bleibt, wie sich die Alltagskompetenz im hohen Alter, also bei Personen ab 80 Jahren, darstellt.

Trotz möglicher Einschränkungen in den Alltagskompetenzen streben viele ältere Menschen an, so lange wie möglich autonom und unabhängig in den eigenen vier Wänden zu wohnen und einen Umzug in eine institutionelle Einrichtung zu vermeiden. Unter diesem Umstand und vor dem Hintergrund, dass ältere Personen den Großteil ihrer Zeit in der Wohnung oder im näheren Wohnumfeld verbringen (Kaspar et al. 2015; Oswald und Konopik 2015), ist eine barrierefreie bzw. barriere-reduzierte Wohnumgebung besonders im hohen Alter bedeutend. Präzise Vorgaben für barrierefreie Wohnungen und barrierefreie öffentliche Räume werden in der DIN 18040 bestimmt. Beispiele für wichtige, zu reduzierende Barrieren sind Stufen, Schwellen (besonders auch bei Duschen), Türen von weniger als 80 cm Breite sowie das Fehlen von Haltegriffen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2019). Dennoch zeigen empirische Untersuchungen, dass drei Viertel der Haushalte älterer Personen Stufen und Schwellen in der Wohnung bzw. im Zugang der Wohnung haben (Kremer-Preiß 2012). Zusätzlich haben 20–30 % der Haushalte nicht ausreichend Platz oder zu enge Türen im Bad und nur 15 % haben eine bodenebene Dusche. In der Altersgruppe der 40- bis 85-Jährigen bewohnen lediglich 3 % barrierefreie bzw. barriere-reduzierte Wohnungen (Nowosadeck und Engstler 2017). Trotz möglicher Anpassungen der räumlichen Wohnumgebung haben nur etwa 9 % solche Anpassungen vorgenommen, dabei haben 22 % Kenntnis von möglichen Wohnraumanpassungsmaßnahmen inklusive Finanzierungsmöglichkeiten (Wahl und Oswald 2005). Barrierefreiheit bzw. eine Barriere-reduzierung sollte nicht nur im Hinblick auf die eigene Wohnung bestehen, sondern auch in der außerhäuslichen Umgebung, da ältere Personen häufig im näheren Wohnumfeld zu Fuß unterwegs sind. Mobilitätstagebücher zeigen, dass Hochaltrige 58 % ihrer Wege zu Fuß zurücklegen (Oswald und Konopik 2015). Versorgungseinrichtungen sollten dementsprechend barriere-reduziert und leicht erreichbar sein (z. B. Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen) (Wahl und Weisman 2003).

Neben diesen objektiven Eigenschaften der Wohnumgebung sind auch subjektive Bewertungen des Wohnumfelds und soziale Umweltfaktoren von Bedeutung für ein geeignetes Wohnumfeld, beispielsweise das nachbarschaftliche Verhältnis. Daten des DEAS zeigen, dass eine Diskrepanz zwischen der objektiven Wohnumgebung und der subjektiven Wohnzufriedenheit besteht (Hoffmann et al. 2021). Trotz einer objektiv eher dürftigen Ausstattung der Wohnung bewerten ältere Perso-

nen ihre Wohnsituation häufiger besser als jüngere Altersgruppen. Diese Diskrepanz ist gut belegt und als „Wohnzufriedenheitsparadoxon“ bekannt. Erklärungen hierfür liegen laut dem DEAS in erlebten Emotionen wie Zugehörigkeit oder Identitätsempfinden, die mit dem Alter zunehmen. Lebt eine Person jahrelang in demselben Haus bzw. in derselben Wohnung, so wird die Wohnumgebung (inklusive sozialer Umgebung) zunehmend zu einem Teil der eigenen Identität, da sie ein Platz der Erinnerungen ist (Rowles und Ravdal 2002). Diese positive Wirkung der sozialen Wohnumgebung zeigt sich auch in einem Zusammenhang von sozialer Teilhabe sowie der Identifikation mit dem eigenen Stadtteil und höheren Alltagskompetenzen (Oswald et al. 2013). Besonders bei Hochaltrigen zeigt sich, dass sich neben dem Gesundheitsstatus die sozialen Faktoren der Wohnumwelt auf das Wohlbefinden auswirken (Oswald und Konopik 2015). Dabei konnte ein negativer Effekt von schlechter Gesundheit auf das Wohlbefinden bei hochaltrigen Personen durch nachbarschaftliche Zusammengehörigkeit und die Stadtteilverbundenheit reduziert werden. Zugleich steht die Qualität der nachbarschaftlichen Beziehungen in positivem Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit, wobei dieser Effekt bei Hochaltrigen größer ist als bei jüngeren Alten (Oswald et al. 2011).

Ungünstige Eigenschaften des sozialen und objektiven Wohnumfelds (z. B. Barrieren) können Alltagsaktivitäten erschweren, Barrierefreiheit deren Ausübung erleichtern (Verbrugge und Jette 1994). Die Passung zwischen Wohnumwelt und Person sowie die Verbindung dessen mit der Lebensqualität einer Person wird mit dem Konzept des Person-Umwelt-Gleichgewichts erklärt (Lawton und Nahemow 1973; Wahl und Oswald 2010). Solange funktionale Kompetenzverluste durch eine Anpassung des Wohnumfelds kompensiert werden können, besteht ein Person-Umwelt-Gleichgewicht (Oswald und Wahl 2004). Ob ein Gleichgewicht besteht, ist durch individuelle Kompetenzen und Umweltfaktoren bedingt. Sind die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten einer Person jedoch unzureichend, kann es zu einer Fehlpassung führen, die langfristig zu erhöhtem Stress, eingeschränkter Autonomie oder zu gesundheitlichen Einbußen beitragen kann (Oswald und Wahl 2004; Wahl und Oswald 2010; Zimmermann et al. 2021). Des Weiteren stehen Barrieren im Wohnumfeld mit Einschränkungen in den Alltagskompetenzen in Verbindung (Keyser et al. 2010; Oswald et al. 2007; Wahl et al. 2009). Die Befundlage zur Beziehung zwischen Wohnumfeld, funktionellen Beeinträchtigungen und Lebensqualität ist jedoch nicht immer eindeutig.

Während einige Studien einen Zusammenhang zwischen der allgemeinen Zugänglichkeit der Umgebung bzw. der Barrierefreiheit und Alltagskompetenzen finden (z. B. Keyser et al. 2010; Oswald et al. 2013; Wahl et al. 2009), konnten andere Untersuchungen diesen Zusammenhang nicht bestätigen. Beispielsweise konnten Oswald und Konopik (2015) in ihrer Studie keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl an Barrieren im Wohnumfeld und dem Wohlbefinden älterer Personen finden. Wahl et al. (2009) merken hierzu an, dass allgemeine Zusammenhänge ohne die Berücksichtigung von Person-Umwelt-Passungen, also beispielsweise zwischen dem Maß an bestehenden Alltagskompetenzen und dem Grad an Barrierefreiheit, seltener zu finden sind. Vielmehr gilt es, die Interaktionen von personenbezogenen Alltagskompetenzen und der dazugehörigen Umgebung zu be-

rücksichtigen. Beispielsweise zeigt eine Längsschnittstudie, dass ältere Personen (75- bis 81-Jährige), die Schwierigkeiten beim Gehen entwickeln, häufiger von Barrieren (z. B. unebene Wege) im außerhäuslichen Umfeld berichten (Rantakokko et al. 2012).

Die beschriebenen theoretischen Annahmen sowie die empirischen Befunde implizieren, dass Alltagskompetenzen von personellen und umweltbezogenen Ressourcen abhängig sind (z. B. Gesundheitszustand). Dabei wird davon ausgegangen, dass die Alltagskompetenzen weniger durch soziodemografische Faktoren bedingt sind (Baltes et al. 2010). Dennoch gibt es Evidenz dafür, dass Frauen häufiger von Einschränkungen in ihren Alltagskompetenzen betroffen sind als Männer. Neben dem Geschlechterunterschied scheinen niedrig Gebildete im Vergleich zu höher Gebildeten häufiger von funktionalen Einschränkungen betroffen zu sein (Huisman et al. 2005; Robert Koch-Institut 2015; Wolff et al. 2017). Ergebnisse der Berliner Altersstudie zeigen des Weiteren, dass Alltagskompetenzen bei Hochaltrigen (85 Jahre und älter) im Vergleich zu 70- bis 84-Jährigen geringer sind und auch im Heim Wohnende weniger Alltagskompetenzen aufweisen als privatwohnende Hochaltrige (Baltes et al. 2010).

Ziel

Bisherige Studien zum Wohnumfeld und zu den Alltagskompetenzen älterer Menschen beruhen meist auf selektiven und wenig repräsentativen Daten. Des Weiteren ist die Gruppe der hochaltrigen Menschen in empirischen Untersuchungen oft unterrepräsentiert. Die Studie D80+ bietet die Möglichkeit, repräsentative Daten hochaltriger Menschen in Deutschland zu analysieren und somit Aussagen über die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld der hochaltrigen Population in Deutschland zu treffen. Ziel dieses Kurzberichts ist zunächst eine differenzierte Darstellung der Alltagskompetenzen hochaltriger Menschen in Deutschland sowie die Darstellung der objektiven und subjektiven Wohnumgebung. Hierzu werden anhand der soziodemografischen Merkmale Alter, Geschlecht, Bildung, Wohnform und Wohnregion die Wohnumgebung und die Alltagskompetenzen auf Gruppenunterschiede untersucht. Zusätzlich werden Zusammenhänge zwischen Wohnumgebung und Alltagskompetenzen dargestellt.

Methodik

Die Befragung im Rahmen der Studie D80+ konnte durch die Coronapandemie bedingt nicht, wie ursprünglich geplant, in Form von persönlichen Interviews durchgeführt werden. Folglich wurde ein alternatives Studiendesign mit zwei Modulen umgesetzt. Das erste Modul wurde per Fragebogen erhoben. Insgesamt haben 10.578 Personen bei dieser Befragung teilgenommen. Dieses erste Modul konnte allerdings nicht alle Inhalte des vorgesehenen Instrumentariums berücksichtigen. Daher wurde um die Teilnahme am nachgelagerten Modul 2 gebeten, welches telefonisch erhoben wurde. Hier wurden 3233 Personen aller Teilnehmenden nochmals

befragt. Die in diesem Kurzbericht verwendeten Inhalte beruhen auf der Stichprobe der 3233 Personen, von denen Angaben zu Inhalten aus Modul 1 als auch aus Modul 2 vorliegen. Alle Analysen berücksichtigen die komplexe Stichprobenstruktur und beruhen auf gewichteten Daten, um die Repräsentativität für wesentliche Strukturmerkmale (z. B. Alters- und Geschlechtsverteilung) sicherzustellen. Die Inhalte wurden wie folgt erhoben:

Alltagskompetenzen: Die Alltagskompetenzen wurden mit der Frage „Wie viel Hilfe benötigen Sie für die folgenden Aktivitäten?“ operationalisiert. Die Befragten hatten die Antwortmöglichkeiten „Nur mit Hilfe möglich“, „Ein wenig Hilfe“ oder „Keine Hilfe“. Die erfragten Aktivitäten beinhalten: Essen, An- und Ausziehen, Körperpflege, Gehen, vom Bett aufstehen und hinlegen, Baden oder Duschen, die Toilette benutzen, das Telefon benutzen, Strecken außerhalb der Lauf-Reichweite organisieren, Lebensmittel und Kleidung selbst einkaufen, eigene Mahlzeiten zubereiten, Hausarbeit erledigen, Einnahme von Medikamenten, Regelung finanzieller Dinge. Aus diesen Items wurde eine Mittelwertskala gebildet, welche mittels eines Cut-off-Wertes in eine dichotome Variable umgewandelt wurde. Dementsprechend fallen Befragte, die größtenteils keine oder nur ein wenig Hilfe bei ihren Alltagsaktivitäten brauchen, unter die Kategorie „hohes Maß an Alltagskompetenzen“ und Befragte, die ihre Alltagsaktivitäten größtenteils nur mit Hilfe ausführen können, unter die Kategorie „geringes Maß an Alltagskompetenzen“.

Barrieren in der Wohnung: Die Barrieren in der Wohnung wurden mit vier Fragen erhoben. Hierzu wurde gefragt, ob es in der Wohnung bzw. im Haus Schwellen über 2 cm gibt, ob Türen weniger als 80 cm breit sind, die Türen von Bad und WC nach innen aufgehen und ob innerhalb der Wohnung oder im Zugang zum Haus bei Treppen nicht auf beiden Seiten ein Handlauf oder kein Treppenlift vorhanden ist. Alle vier Fragen konnten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden.

Walkability: Ergänzend wurde die Eignung der Wohnumgebung für Fußgänger (die sogenannte Walkability) mit der Frage erhoben, inwieweit sich die außerhäusliche Wohnumgebung dafür eignet, zu Fuß oder mit dem Rollstuhl unterwegs zu sein oder Dinge zu erledigen. Auf einer vier-Punkte-Skala konnten Befragte die Walkability von „gar nicht geeignet“ bis „sehr geeignet“ bewerten. Für die Gruppenvergleiche wurden die Kategorien „gar nicht geeignet“ und „eher nicht geeignet“ zusammengefasst zu „nicht geeignet“ und die Kategorien „eher geeignet“ und „sehr geeignet“ zu „geeignet“. Die Wohnsituation von im Heim wohnenden Personen ist eine besondere. Da bisherige Untersuchungen zeigen konnten, dass auch der Zugang zu einem Balkon, einer Terrasse oder einem Garten die Zufriedenheit mit der Wohnung positiv beeinflussen kann, wurden im Heim Wohnende zusätzlich gefragt, ob ein Zugang zu einem Balkon, einer Terrasse oder einem Garten besteht. Hierbei konnten die Befragten mit „ja“ oder „nein“ antworten.

Verbundenheit mit dem Wohnumfeld und Vertrauen in die Nachbarschaft: Das subjektive Wohnumfeld wird durch zwei Fragen abgedeckt. Zum einen wurde die Wohnverbundenheit mit der Frage „Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrer Wohnumgebung verbunden?“ erhoben. Die Antwortmöglichkeiten reichten auf einer vier-Punkte-Skala von „überhaupt nicht eng“ bis „sehr eng“. Für die Gruppenvergleiche wurden die Angaben „überhaupt nicht eng“ und „eher nicht eng“ zur Kategorie

„geringe Wohnverbundenheit“ zusammengefasst, und die Angaben „eher eng“ und „sehr eng“ zur Kategorie „hohe Wohnverbundenheit“. Darüber hinaus wurde gefragt, ob die Befragten den Menschen in ihrer Nachbarschaft vertrauen können (soziale Kohäsion). Hier konnte auf einer fünfstufigen Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft zu“ geantwortet werden. Im Gruppenvergleich entsprechen die Angaben „trifft nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“ einer geringen sozialen Kohäsion, die Angabe „trifft teils/teils zu“ einer mittleren sozialen Kohäsion und die Angaben „trifft eher zu“ und „trifft zu“ einer hohen sozialen Kohäsion.

Differenzierungsvariablen: Die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld werden in Abhängigkeit von soziodemografischen Faktoren betrachtet. Hierbei unterscheidet der Kurzbericht verschiedene **Altersgruppen** (80–84 Jahre, 85–89 Jahre und 90+ Jahre), die **Geschlechtszugehörigkeit** (männlich und weiblich), den **Bildungsgrad** (niedrig, mittel und hoch) sowie die **Wohnsituation** (Privathaushalt und Heim) und die **Wohnregion** (Ost- und Westdeutschland). Da Alters- und Geschlechterunterschiede in Alltagskompetenzen mit der Prävalenz von chronischen Erkrankungen in Verbindung stehen könnten, wurde zusätzlich auch die Multimorbidität als Differenzierungsvariable für die Alltagskompetenzen berücksichtigt. **Multimorbidität** wurde mit der Anzahl an aktuellen, ärztlich behandelten chronischen Erkrankungen gemessen. Die Anzahl an Erkrankungen wurde in drei Kategorien zusammengefasst: „keine oder eine Erkrankung“, „zwei bis vier Erkrankungen“ und „fünf oder mehr Erkrankungen“.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 1226, 37,9 %), Frauen (n = 2007, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 1909, 59,1 %), 85–89 Jahre (n = 870, 26,9 %), 90 Jahre und älter (n = 454, 14,0 %); Bildung hoch (n = 570, 18,2 %), mittel (n = 1840, 58,8 %), niedrig (n = 720, 23,0 %); Privathaushalt (n = 2906, 89,9 %), Heim (n = 327, 10,1 %); Westdeutschland (n = 2523, 78 %), Ostdeutschland (n = 710, 22 %).

Alltagskompetenzen

Hochaltrige Menschen in Deutschland können zu einem Großteil ihre täglichen Aktivitäten eigenständig ausführen. 60,8 % haben ein hohes Maß an Alltagskompetenzen. Wie zu erwarten, sind insbesondere im Heim wohnende Hochaltrige und ältere Hochaltrige in ihren Alltagskompetenzen eingeschränkt.

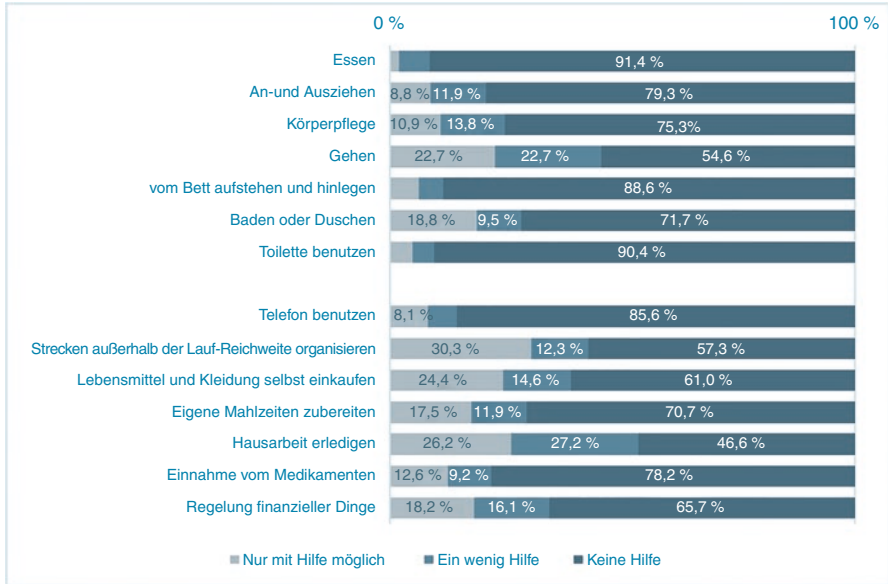


Abb. 1 Alltagskompetenzen der Hochaltrigen in Deutschland

Die Mehrheit der Hochaltrigen in Deutschland kann tägliche Aktivitäten ohne Hilfe durchführen (Abb. 1). Je nach Aktivität liegt der Anteil derjenigen, die keine Hilfe benötigen bei 46,6 % bis 91,4 %. Die Mehrheit der Hochaltrigen (60,8 %) hat ein hohes Maß an Alltagskompetenzen und benötigt nur bei wenigen Alltagsaktivitäten etwas Hilfe (nicht abgebildet). Am seltensten wird Hilfe bei den Aktivitäten essen, die Toilette benutzen und vom Bett aufstehen und hinlegen benötigt. Beim Essen geben nur 6,6 % an, ein wenig Hilfe zu brauchen und 2,0 %, dass essen nur mit Hilfe möglich ist. Bezogen auf das vom Bett Aufstehen und Hinlegen brauchen ähnlich große Anteile der Befragten ein wenig Hilfe (5,3 %) oder geben an, dass dies nur mit Hilfe möglich ist (6,2 %). Auch beim Benutzen der Toilette sind die Anteile der Befragten, die ein wenig Hilfe benötigen (4,7 %) oder die Toilette nur mit Hilfe benutzen können (4,9 %) klein.

Die drei häufigsten Aktivitäten, bei denen mindestens ein wenig Hilfe notwendig ist, sind Hausarbeit erledigen, gehen und Strecken außerhalb der Lauf-Reichweite organisieren (z. B. Taxifahrt, Busfahrt, etc.). Bei der Hausarbeit benötigen jeweils etwas mehr als ein Viertel der befragten Hochaltrigen ein wenig Hilfe (27,2 %) oder können die Hausarbeit nur mit Hilfe erledigen (26,2 %). Beim Gehen benötigen jeweils etwas weniger als ein Viertel (22,7 %) ein wenig Hilfe oder das Gehen ist nur mit Hilfe möglich (22,7 %). Fast ein Drittel der Befragten benötigt notwendigerweise Hilfe bei der Organisation von Strecken außerhalb der Laufreichweite (30,3 %) und 12,3 % benötigen dazu nur etwas Hilfe.

Eine detaillierte Betrachtung der Alltagskompetenzen in verschiedenen Teilgruppen hochaltriger Personen zeigt signifikante Unterschiede im Grad an Alltags-

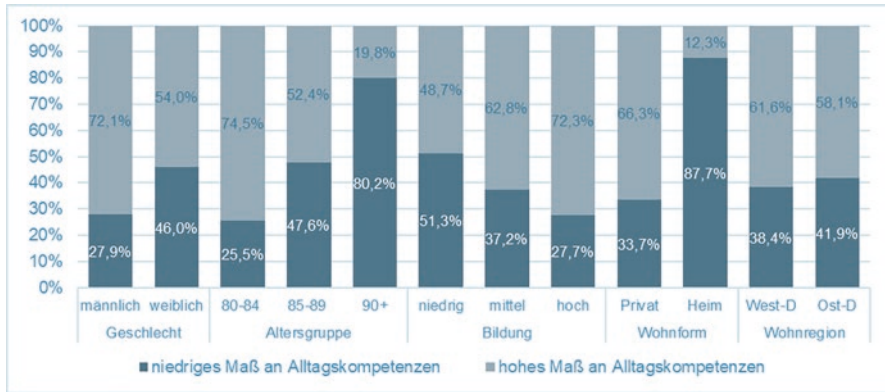


Abb. 2 Alltagskompetenzen der Hochaltrigen im Gruppenvergleich

kompetenzen. Abb. 2 zeigt, dass männliche Hochaltrige mit 72,1 % im Vergleich zu weiblichen Hochaltrigen mit 54,0 % signifikant häufiger ein hohes Maß an Alltagsaktivitäten besitzen (jeweils $p < 0,001$). Aufsteigend nach Altersgruppen haben ältere Hochaltrige ein geringeres Maß an Alltagsaktivitäten (jeweils $p < 0,001$). Während es bei den 80- bis 84-Jährigen noch 74,5 % sind, sinkt dieser Anteil bei den 85- bis 89-Jährigen auf 52,4 % und bei den Ab-90-Jährigen auf 19,8 %. Daneben steigt das Maß an Alltagskompetenzen mit dem Bildungsgrad, wobei höher gebildete Hochaltrige (72,3 %) häufiger ein hohes Maß an Alltagskompetenzen aufweisen als Hochaltrige mit mittlerer (62,8 %) und geringerer Bildung (48,7 %) ($p < 0,001$). Nicht überraschend zeigen sich große Unterschiede zwischen hochaltrigen Privatwohnenden und im Heim wohnenden Befragten. Nur 12,3 % der im Heim wohnenden Hochaltrigen haben ein hohes Maß an Alltagskompetenzen. Im Vergleich dazu haben 66,3 % der privatwohnenden Hochaltrigen ein hohes Maß an Alltagskompetenzen ($p < 0,001$). Signifikante Unterschiede im Maß an Alltagsaktivitäten zwischen Hochaltrigen, die in West- und Ostdeutschland wohnen, konnten nicht gefunden werden.

Da Multimorbidität (gleichzeitiges Bestehen von mehreren chronischen Erkrankungen) in Verbindung mit Alltagskompetenzen, Alter und Geschlecht steht (Calderón-Larrañaga et al. 2019; Maresova et al. 2019), wurde geprüft, ob die Unterschiede in den Alltagskompetenzen zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen auch unter Berücksichtigung der behandelten Erkrankungen (Multimorbidität) signifikant bleiben. Die Analyse der Geschlechterunterschiede in den Alltagskompetenzen zeigt, dass diese teilweise durch die Anzahl an ärztlich behandelten Erkrankungen erklärt werden kann (Abb. 3). Die signifikanten Geschlechterunterschiede in den Alltagskompetenzen bleiben hier nur noch in der Gruppe der Hochaltrigen mit zwei bis vier Krankheiten und in der Gruppe mit fünf oder mehr Erkrankungen signifikant ($p < 0,001$). In der Gruppe derjenigen mit keiner oder einer Erkrankung sind die Geschlechterunterschiede nicht mehr signifikant.

Die Unterschiede der Alltagskompetenzen zwischen den Altersgruppen hingegen bleiben auch unter der Berücksichtigung der Multimorbidität signifikant

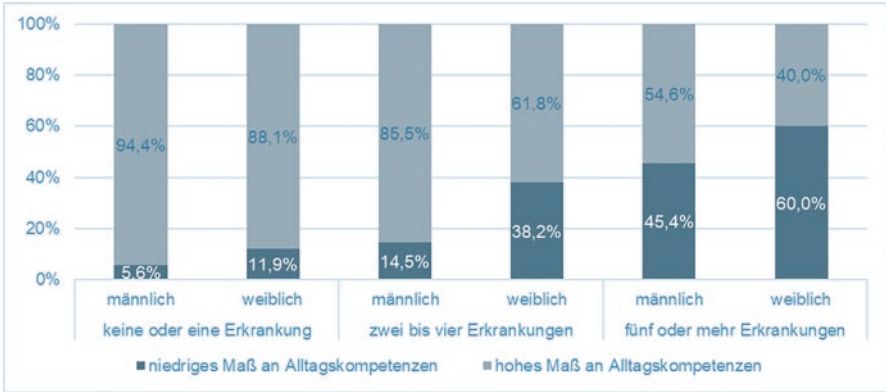


Abb. 3 Alltagskompetenzen der Hochaltrigen nach Geschlecht und Multimorbidität

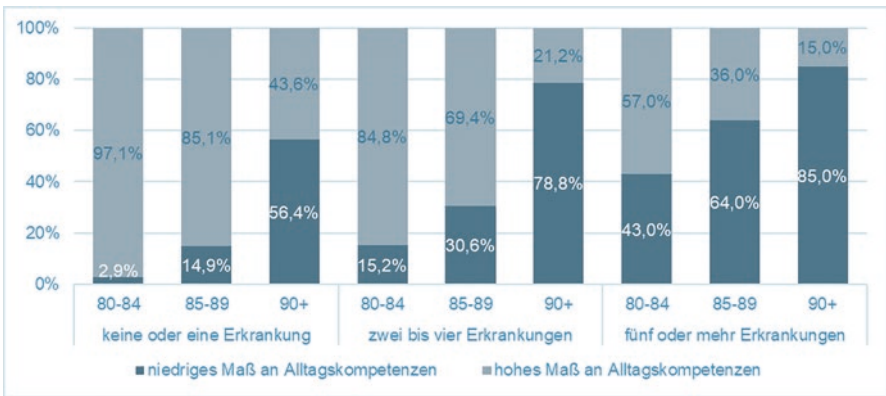


Abb. 4 Alltagskompetenzen der Hochaltrigen nach Altersgruppen und Multimorbidität

(Abb. 4). In allen drei Gruppen der Ausprägung von Multimorbidität weisen die älteren Altersgruppen ein signifikant niedrigeres Maß an Alltagskompetenzen auf als die jüngeren Altersgruppen ($p < 0,001$).

Barrieren in der Wohnung

Die baulichen Eigenschaften der Wohnungen von hochaltrigen Personen in Deutschland, welche ein barriere-reduziertes Wohnen ermöglichen sollen, sind noch verbesserungsfähig. Nur 9,1 % der Hochaltrigen berichten von keinen Barrieren in ihrer Wohnung.

Von den vier abgefragten Barrieren besteht am häufigsten, bei 63,9 % aller Befragten, die Barriere von fehlenden Handläufen oder Treppenliften in der Wohnung bzw. im Haus (Abb. 5). Einem nahezu gleichen Anteil (62,9 %) fehlt es an WC- und Badtüren, die nach außen zu öffnen sind. Schwellen über 2 cm sind bei etwas weniger als der Hälfte (45,2 %) aller Befragten vorhanden. Am seltensten sind mit 11,6 % der Befragten Türen im Haushalt, die schmaler als 80 cm sind.

Die Analysen der Unterschiede zwischen den soziodemografischen Gruppen in den vorhandenen Barrieren zeigen keine signifikanten Unterschiede über alle Gruppen hinweg, mit Ausnahme der Wohnform ($p < 0,001$). Diese Unterschiede zwischen im Heim wohnenden Hochaltrigen und privatwohnenden Hochaltrigen werden in Abb. 6 detailliert nach der jeweiligen Barriere dargestellt. Dabei zeigt sich, dass nur die Schwellen über 2cm signifikant seltener bei im Heim wohnenden Hochaltrigen vorhanden sind (3,3 %) im Vergleich zu privatwohnenden Hochaltrigen (45,7 %) ($p < 0,001$). Alle übrigen Vorkommen von Barrieren in der Wohnung bzw. im Haus unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den Wohnformen.

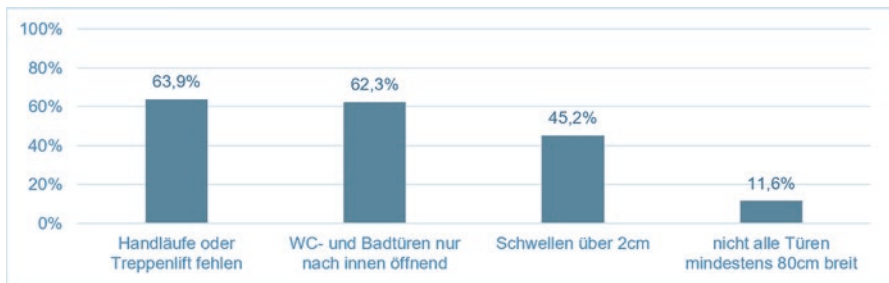


Abb. 5 Vorhandene Barrieren im Wohnumfeld der hochaltrigen Menschen in Deutschland

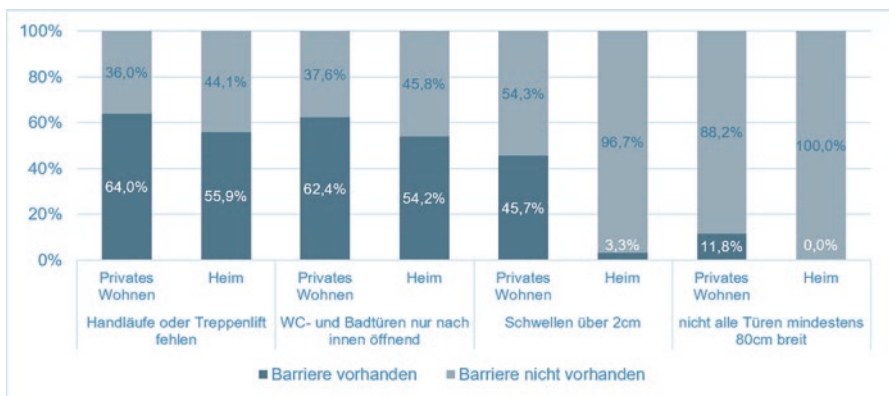


Abb. 6 Vergleich der vorhandenen Barrieren nach Wohnform

Walkability

Die Hochaltrigen sind überwiegend der Auffassung, dass sie in ihrer Wohnumgebung gut zu Fuß unterwegs sein können. 76,1 % schätzen die Umgebung als eher bis sehr geeignet ein. Die Mehrheit (86 %) der im Heim wohnenden Hochaltrigen hat Zugang zu einem Balkon oder einer Terrasse.

Die sogenannte Walkability, die Eignung der außerhäuslichen Wohnumgebung um zu Fuß oder mit dem Rollstuhl unterwegs zu sein oder Dinge zu erledigen, bewerten die Hochaltrigen in Deutschland überwiegend positiv (Abb. 7). Rund ein Drittel (32,5 %) sieht die Umgebung dafür als sehr geeignet an und weitere 43,6 % sehen die Umgebung dafür als eher geeignet an. Demgegenüber sehen etwa ein Viertel (23,8 %) der befragten Hochaltrigen die Umgebung als eher nicht oder gar nicht geeignet an, um zu Fuß oder mit dem Rollstuhl unterwegs zu sein.

Auch die Walkability wurde auf signifikante Gruppenunterschiede geprüft (Abb. 8). Männliche Hochaltrige bewerten die Walkability mit 79,7 % signifikant häufiger als geeignet als Frauen mit 73,9 % ($p < 0,01$). Weitere signifikante Unterschiede in der Bewertung der Walkability innerhalb der soziodemografischen Gruppen wurden nicht gefunden.

Die Wohnsituation in einem Heim stellt eine besondere Situation dar. Hierbei kann der Zugang zu einem Balkon oder einer Terrasse bedeutend für eine geeignete



Abb. 7 Walkability der Wohnumgebung von Hochaltrigen in Deutschland

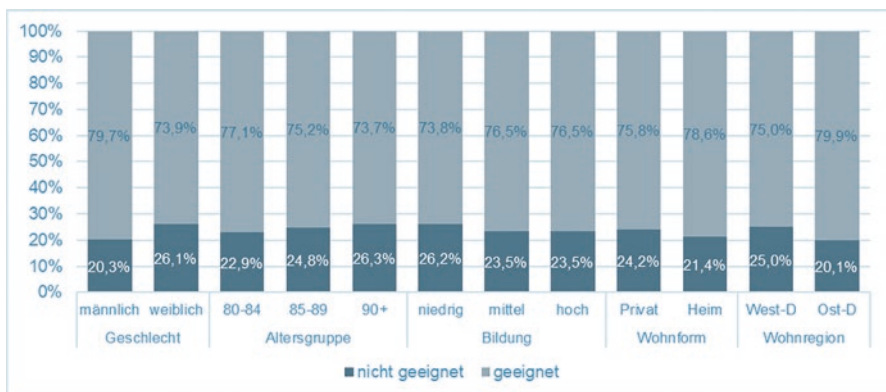


Abb. 8 Walkability der Wohnumgebung Hochaltriger im Gruppenvergleich

Wohnumgebung der Bewohner und Bewohnerinnen sein. Aufgrund dessen wurden im Heim wohnende Personen zusätzlich gefragt, ob sie einen Zugang zu einem Balkon oder einer Terrasse haben. Die Mehrheit von 86,0 % gibt an, einen solchen Zugang zu haben (nicht abgebildet).

Wohnverbundenheit

Ein Großteil (63,9 %) der Hochaltrigen in Deutschland fühlt sich sehr eng oder eher eng mit ihrem Wohnumfeld verbunden. Jedoch weisen besonders im Heim wohnende Hochaltrige eine geringe Wohnverbundenheit auf.

Etwas mehr als ein Viertel (28,4 %) der Hochaltrigen in Deutschland fühlen sich sehr eng mit ihrem Wohnumfeld verbunden (Abb. 9). Zudem fühlen sich über ein Drittel (35,5 %) eher eng mit ihrem Wohnumfeld verbunden. Immer noch jeder fünfte (21,0 %) fühlt sich eher nicht eng mit seinem/ihrem Wohnumfeld verbunden und 15,1 % fühlen sich überhaupt nicht eng mit ihrem Wohnumfeld verbunden.

Abb. 10 zeigt die Gruppenunterschiede in der Wohnverbundenheit der hochaltrigen Personen in Deutschland. Ein relativ großer Unterschied in der Wohnver-



Abb. 9 Wohnverbundenheit der Hochaltrigen in Deutschland

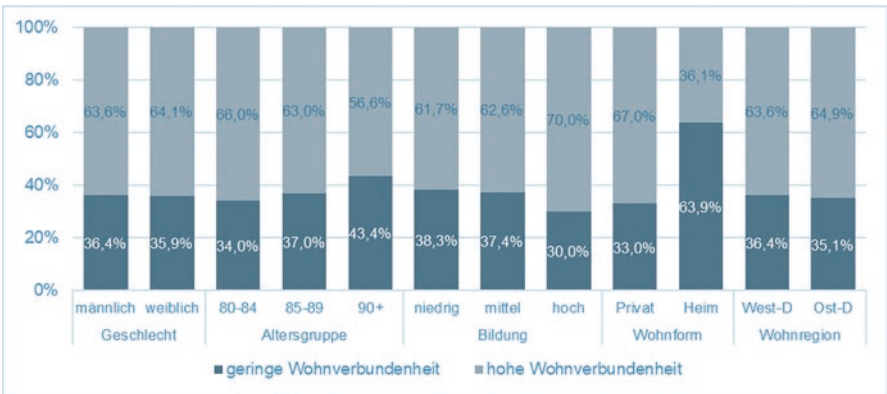


Abb. 10 Wohnverbundenheit der Hochaltrigen im Gruppenvergleich

bundenheit zeigt sich im Vergleich von privatwohnenden Hochaltrigen und im Heim wohnenden Hochaltrigen ($p < 0,001$). Hierbei weisen privatwohnende Hochaltrige signifikant häufiger eine hohe Wohnverbundenheit auf als im Heim wohnende Personen (67,0 % vs. 36,1 %). Daneben geben jüngere Hochaltrige signifikant häufiger eine hohe Wohnverbundenheit an im Vergleich zu älteren Hochaltrigen ($p < 0,05$). Kontrolliert man diese Altersunterschiede jedoch auf die Wohnform, so bleiben diese Unterschiede nicht mehr signifikant. Dementsprechend lassen sich die Altersunterschiede durch die Wohnform erklären. Alle weiteren Unterschiede in den soziodemografischen Gruppen sind nicht signifikant.

Soziale Kohäsion

Über die Hälfte (53,4 %) der Hochaltrigen in Deutschland hat ein sehr großes Vertrauen in ihre Nachbarschaft. Heimbewohnerinnen und -bewohner haben im Vergleich zu Privatwohnenden ein geringeres Vertrauen in die Nachbarschaft, welches jedoch immer noch hoch ist.

Um die soziale Kohäsion zu messen, wurde gefragt, inwieweit die Aussage zutrifft, dass die befragte Person den Leuten in ihrer Nachbarschaft vertraut. Über die Hälfte (53,4 %) gibt an, dass sie ihrer Nachbarschaft vertraut (Abb. 11). Weitere 23,1 % geben an, ihrer Nachbarschaft eher zu vertrauen. Ein ähnlich großer Anteil mit 17,7 % ist ambivalent zu ihren Nachbarn und Nachbarinnen eingestellt und gibt an, der Nachbarschaft teilweise zu vertrauen und teilweise nicht zu vertrauen. Nur ein geringer Anteil der Befragten bewertet das Vertrauensverhältnis zur Nachbarschaft negativ. Insgesamt 5,9 % geben an, eher kein oder kein Vertrauen in die Nachbarn und Nachbarinnen zu haben.

In Abb. 12 lässt sich erkennen, dass das Vertrauen in die Nachbarschaft in allen Teilgruppen relativ hoch ist. Männliche Hochaltrige haben ein signifikant größeres Vertrauen in die Nachbarschaft als hochaltrige Frauen ($p < 0,01$). Zugleich haben Hochaltrige mit einer höheren Bildung ein signifikant größeres Vertrauen in die Nachbarschaft im Vergleich zu niedriger gebildeten Hochaltrigen ($p < 0,05$). Diese beiden Gruppenunterschiede sind relativ gering im Vergleich zu dem Unterschied



Abb. 11 Vertrauen in die Nachbarschaft der Hochaltrigen in Deutschland

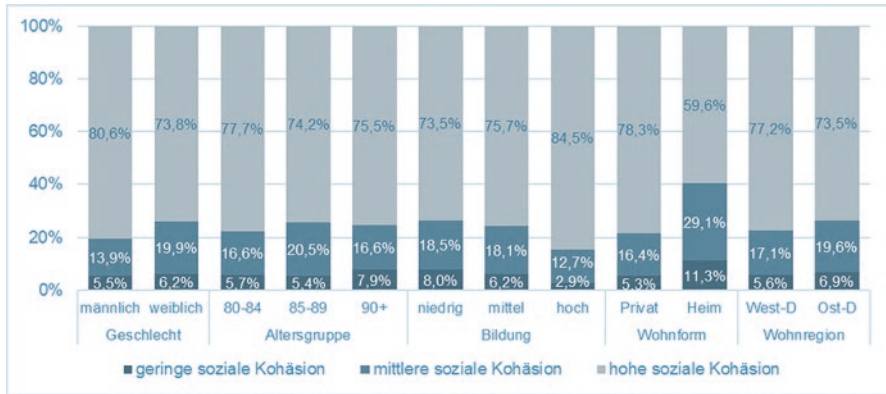


Abb. 12 Vertrauen in die Nachbarschaft der Hochaltrigen im Gruppenvergleich

zwischen privatwohnenden und im Heim wohnenden Hochaltrigen. Hierbei haben Privatwohnende mit 78,3 % signifikant häufiger ein großes Vertrauen in ihre Nachbarschaft als im Heim Wohnende mit 59,6 % ($p < 0,05$). Die Unterschiede zwischen den Wohnregionen und den Altersgruppen sind nicht signifikant.

Zusammenhang von Alltagskompetenz und Wohnumgebung

Es besteht teilweise eine Passung der Barrieren im Wohnumfeld und der Alltagskompetenz „Gehen“. Bei Hochaltrigen, die nur mit Hilfe gehen können, bestehen signifikant seltener Barrieren im Wohnumfeld.

Wie eingangs beschrieben, ist die Passung der Umwelt mit den individuellen Kompetenzen relevant für die Lebensqualität. Um Hinweise auf eine gute oder schlechte Person-Umwelt-Passung zu finden, wurden die jeweiligen Barrieren (Umwelt) mit der Alltagskompetenz „Gehen“ (Person) in Zusammenhang gebracht (Abb. 13). Bei den Barrieren „Fehlende Handläufe oder Treppenlift“ (16,7 % vs. 23,8 %, $p < 0,001$), „WC- und Bادتüren nur nach innen öffnend“ (17,7 % vs. 22,1 %, $p < 0,05$) und „Türen schmaler als 80 cm“ (14,6 % vs. 20,1 %, $p < 0,05$) zeigt sich, dass bei Hochaltrigen, die nur mit Hilfe gehen können, sich diese drei Barrieren in ihrer Wohnung signifikant seltener finden. Für die Barriere „Schwellen über 2 cm“ besteht dieser Unterschied nicht. Auch wenn die signifikanten Unterschiede nicht sonderlich groß sind, deuten sie darauf hin, dass das Wohnumfeld an die Kompetenzen bzw. den Einschränkungen der Person angepasst werden.

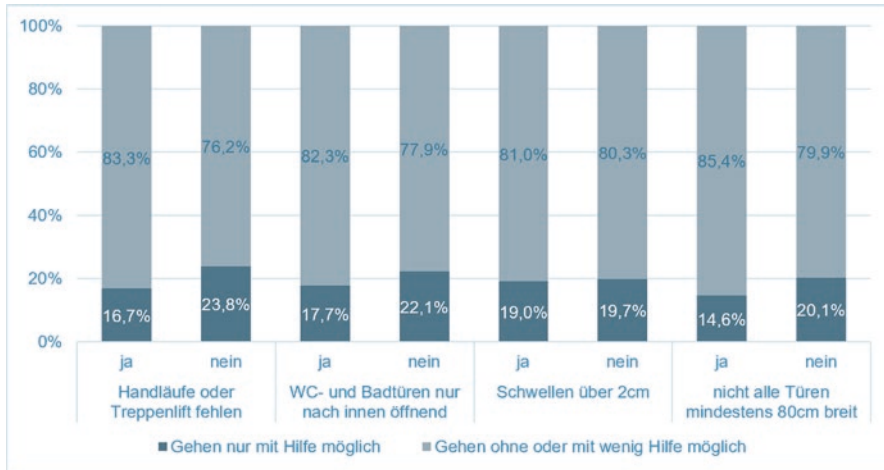


Abb. 13 Zusammenhang der Alterskompetenz „Gehen“ mit den Barrieren in der Wohnung

Diskussion und Fazit

Dieser Kurzbericht legt auf Grundlage der Studie D80+ Befunde zu den Alltagskompetenzen und dem Wohnumfeld Hochaltriger Menschen in Deutschland dar und ergänzt bisherige Befunde. Durch die vergleichsweise wenig selektive Datengrundlage können repräsentative Aussagen über die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld von verschiedenen soziodemografischen Gruppen der Hochaltrigen getroffen werden. Mit Blick auf die Alltagskompetenzen konnte gezeigt werden, dass hochaltrige Menschen in Deutschland viele ihrer täglichen Aktivitäten mehrheitlich eigenständig und ohne Hilfe ausführen können. Insgesamt haben 60,8 % der Hochaltrigen in Deutschland ein hohes Maß an Alltagskompetenzen. Da das Maß an Alltagskompetenzen frühzeitig auf einen beginnenden Abfall von physischen und kognitiven Fähigkeiten hinweisen kann (Graf 2008), deutet das relativ hohe Maß an Alltagskompetenzen auf einen guten Erhalt von physischen und kognitiven Fähigkeiten in der Altersgruppe der Ab-80-Jährigen hin. Vergleicht man dieses Ergebnis mit den Ergebnissen des DEAS, zeigt sich, dass die Ab-80-Jährigen mit 60,8 % zu einem größeren Anteil ein hohes Maß an Alltagskompetenzen hat als die Gruppe der 70- bis 85-Jährigen mit 48 % (Wolff et al. 2017). Auch wenn die Vergleichbarkeit dieser Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Erhebungen und Messungen eingeschränkt ist, lässt sich vermuten, dass die Alltagskompetenzen über die Kohorten hinweg besser erhalten bleiben wie auch schon für jüngere Kohorten gezeigt wurde (ebd.).

Unter Betrachtung der soziodemografischen Merkmale zeigen sich besonders große Unterschiede in den Alltagskompetenzen zwischen den Altersgruppen und zwischen privat und im Heim wohnenden Hochaltrigen. Diese Altersunterschiede wurden schon in früheren Studien mit jüngeren Alten gezeigt (Oswald et al. 2011). Der Abfall von Alltagskompetenzen mit zunehmendem Alter kann, wie in diesem

Bericht gezeigt wurde, nicht durch die vorhandenen chronischen Erkrankungen erklärt werden. Bezüglich der Unterschiede zwischen den verschiedenen Wohnformen liegt die Erklärung nahe, dass ein Umzug ins Heim in der Regel dann stattfindet, wenn die Person nicht mehr ohne Hilfeleistungen im Alltag auskommt. So zeigen Daten aus der Schweiz, dass zu den häufigen Gründen für einen Umzug ins Heim eine Absicherung im Falle von Hilfsbedürftigkeit zählt sowie die Gründe Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen und die Entlastung von Hausarbeit (Zwinggi und Schelling 2005). Neben den Unterschieden in den Alltagskompetenzen zwischen den Altersgruppen und den Wohnformen bestehen auch Geschlechtsunterschiede und Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen, wobei die Geschlechtsunterschiede teilweise durch das Vorhandensein von mehreren chronischen Krankheiten erklärt werden konnte. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit bisherigen Befunden (vgl. Huisman et al. 2005; Wolff et al. 2017). Gründe für geringere Alltagskompetenzen bei Frauen können eine höhere Prävalenz von chronischen Erkrankungen bei Frauen sein (Murtagh und Hubert 2004), welche durch (soziale) Risiken im Lebenslauf, wie beispielsweise ein geringeres Bildungs- und Einkommensniveau oder physiologische Besonderheiten wie Schwangerschaften oder die Menopause, bedingt sein können (Menning und Hoffmann 2009). Der Befund, dass Hochaltrige mit niedrigerer Bildung weniger Alltagskompetenzen haben, kann durch weniger verfügbare Ressourcen zum Erhalt von Gesundheit erklärt werden, beispielsweise finanzielle Mittel, soziale Beziehungen und Wissen über Gesundheit, sowie möglicherweise auch stärkere körperliche Belastungen im Erwerbsleben (Wolff et al. 2017).

Bezüglich der objektiven Wohnumgebung hochaltriger Menschen in Deutschland konnte gezeigt werden, dass die Barrierefreiheit der Wohnung bzw. des Hauses noch verbesserungswürdig ist. Nur 9,1 % haben keinerlei Barrieren in ihrem Haushalt. Im Gegensatz dazu wird die außerhäusliche Umgebung überwiegend positiv bewertet. So empfinden 76,1 % der hochaltrigen Menschen in Deutschland die außerhäusliche Umgebung als geeignet oder eher geeignet, um zu Fuß unterwegs zu sein. Signifikante Unterschiede im objektiven Wohnumfeld finden sich in den soziodemografischen Gruppen kaum. Signifikante Gruppenunterschiede im Vorhandensein von Barrieren finden sich nur zwischen den Wohnformen. Dabei konnte eine detaillierte Betrachtung der Unterschiede zeigen, dass diese nur für die Barriere von Schwellen über 2 cm bestehen. Diese Barriere ist signifikant seltener bei im Heim wohnenden Hochaltrigen vorhanden im Vergleich zu privat wohnenden Hochaltrigen. Auch die Bewertung der Walkability unterscheidet sich kaum in den soziodemografischen Gruppen. Es konnte lediglich ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen gezeigt werden, wobei Männer die Eignung der Wohnumgebung, um zu Fuß unterwegs zu sein, etwas besser bewerten als Frauen. Allerdings ist dieser Unterschied nicht allzu groß.

Die Analysen der subjektiven Wohnumgebung zeigen eine enge Wohnverbundenheit. 63,9 % der Hochaltrigen in Deutschland fühlen sich ihrem Wohnumfeld verbunden. Diese Ergebnisse decken sich mit Ergebnissen aus der Schweiz. Hier fühlten sich 66,7 % der älteren Menschen mit ihrem Wohnumfeld verbunden (Seifert 2016). Neben der Wohnverbundenheit haben die Hochaltrigen in Deutschland

ein hohes Vertrauen in die Nachbarschaft. 53,4 % der Hochaltrigen vertrauen ihren Nachbarinnen und Nachbarn vollkommen. Vergleicht man die vorliegenden Daten mit denen des DEAS zeigt sich, dass 70- bis 85-Jährige mit 51,6 % etwa zu gleichen Teilen eine hohe soziale Kohäsion in der Nachbarschaft haben wie Hochaltrige in Deutschland mit 53,4 % (Nowossadeck und Mahne 2017).

Auch bei dem subjektiven Wohnumfeld sind die Unterschiede zwischen privat und im Heim wohnenden Hochaltrigen auffallend. Im Heim wohnende Hochaltrige weisen eine signifikant geringere Wohnverbundenheit und ein signifikant niedrigeres Vertrauen in ihre Nachbarschaft auf im Vergleich zu privatwohnenden Hochaltrigen. Der Umzug in ein Heim kann mit dem Verlust von sozialen Beziehungen in Verbindung stehen (Iecovich 2014). Dieser Verlust von sozialen Beziehungen sowie eine neue Nachbarschaft kann das niedrigere Vertrauen in die Nachbarschaft bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern erklären. Bezüglich der niedrigeren Wohnverbundenheit bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern ist naheliegend, dass diese sich nach dem Einzug ins Heim erst einmal neu an ihre Wohnumgebung gewöhnen müssen und die Verbundenheit durch neue Erfahrungen wieder aufgebaut werden muss. Darüber hinaus finden sich bei den Hochaltrigen in Deutschland signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen bezüglich der Wohnverbundenheit. Allerdings konnte gezeigt werden, dass diese Unterschiede durch die Wohnform erklärt werden. Weitere signifikante Gruppenunterschiede bestehen nicht. Diese nicht signifikanten Ergebnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen aus der Schweiz (Seifert 2016).

Die Unterschiede in den soziodemografischen Gruppen bezüglich der sozialen Kohäsion zeigen ebenfalls keine Altersunterschiede, wie auch bei jüngeren Altersgruppen schon gezeigt wurde (Oswald et al. 2011). Allerdings zeigt sich, dass Frauen und Hochaltrige mit niedriger bzw. mittlerer Bildung eine etwas geringere soziale Kohäsion aufweisen als Männer und Hochaltrige mit hoher Bildung. Eine mögliche Interpretation des höheren Vertrauens bei Männern kann sein, dass Männer häufiger mit der Nachbarschaft kommunizieren, informierter über die Geschehnisse in der Nachbarschaft sind und sich aktiver in die Nachbarschaft einbringen (Nowossadeck und Mahne 2017). Das erhöhte Vertrauen bei Hochaltrigen mit höherer Bildung könnte darauf basieren, dass eine höhere Bildung mit mehr Wissen und Informationen einhergeht, was dazu führt, dass man offener ist und anderen eher Vertrauen entgegenbringt (Freitag und Bauer 2014).

Abschließend wurde in diesem Bericht die Person-Umwelt-Passung untersucht. Hierbei zeigt sich, dass die Barrieren „Fehlende Handläufe oder Treppenlift“, „WC- und Badtüren nur nach innen öffnend“ und „Türen schmaler als 80 cm“ signifikant seltener bei Personen vorhanden sind, die nur mit Hilfe gehen können. Diese Unterschiede deuten auf eine Anpassung der Wohnumwelt hin, wenn Alltagskompetenzen eingeschränkt sind. Jedoch ist dieser Unterschied nicht besonders groß.

Insgesamt konnte der vorliegende Bericht zeigen, dass die Hochaltrigen ein hohes Maß an Alltagskompetenzen besitzen. Auch das subjektive Wohnumfeld (Wohnverbundenheit und soziale Kohäsion) und die Eignung der Wohnumgebung, um zu Fuß unterwegs zu sein, werden größtenteils positiv bewertet. Jedoch bestehen noch viele Barrieren in der Wohnung bzw. im Haus von hochaltrigen Men-

schen in Deutschland. Teilweise konnte eine Anpassung der Barrieren in der Wohnung mit den Alltagskompetenzen gezeigt werden, dennoch besteht ein Verbesserungsbedarf beim Ausbau von Barrierefreiheiten in der Wohnung bzw. im Haus. Dies ist insofern relevant, da Barrierefreiheit ein schützender Faktor für die Alltagskompetenzen sein kann. Demnach sollte der Ausbau bzw. Umbau der Wohnung oder des Hauses gefördert werden, auch wenn Hochaltrige insgesamt ein hohes Maß an Alltagskompetenzen aufweisen. Ein erster Schritt hierzu wäre, Hochaltrige besser über mögliche Anpassungen der räumlichen Wohnumgebung und über die Finanzierungsmöglichkeiten dieser Anpassungen zu informieren. Des Weiteren sollte vermehrt darüber aufgeklärt werden, dass eine Barrierefreiheit zum Erhalt der Eigenständigkeit in täglichen Aktivitäten beitragen kann und somit einen Umzug in eine institutionelle Einrichtung verhindern bzw. aufschieben kann.

Literatur

Baltes MM, Maas I, Wilms H-U, Borchelt M (2010) Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Lindenberger U, Delius JAM (Hrsg) Die Berliner Altersstudie, 3. Aufl. Akademie-Verlag, Berlin, S 549–566

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2019) Länger zuhause leben: Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/laenger-zuhause-leben-77502>. Zugegriffen am 28.04.2022

Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L, Mercer SW, Marengoni A, Onder G, Eriksdotter M, Fratiglioni L (2019) Multimorbidity and functional impairment-bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways. *J Intern Med* 285(3):255–271. <https://doi.org/10.1111/joim.12843>

Freitag M, Bauer PC (2014) Was uns zusammenhält: Zwischenmenschliches Vertrauen als soziales Kapital in der Schweiz. In: Freitag M (Hrsg) Das soziale Kapital der Schweiz. Neue Züricher Zeitung

Graf C (2008) The Lawton instrumental activities of daily living scale. *Am J Nurs* 108(4):52–62. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000314810.46029.74>

Hoffmann E, Lozano Alcántara A, Romeu Gordo L (2021) „My Home is my Castle“: Verbundenheit mit der eigenen Wohnung im Alter. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg) Datenreport 2021: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S 87–92

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. *J Clin Epidemiol* 58(10):1058–1065. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.12.011>

Iecovich E (2014) Aging in place: from theory to practice. *Anthropol Noteb* 20(1):21–32

Kaspar R, Oswald F, Wahl H-W, Voss E, Wettstein M (2015) Daily mood and out-of-home mobility in older adults: does cognitive impairment matter? *J Appl Gerontol* 34(1):26–47. <https://doi.org/10.1177/0733464812466290>

Keyser JJ, Jette AM, LaValley MP, Lewis CE, Torner JC, Nevitt MC, Felson DT (2010) Community environmental factors are associated with disability in older adults with functional limitations: the MOST study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 65(4):393–399. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp182>

Kremer-Preiß U (2012) Aktuelle und zukunftssträchtige Wohnformen für das Alter. In: Wahl H-W, Tesch-Römer C, Ziegelmann J (Hrsg) Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart, S 554–561

- Lawton MP, Nahemow L (1973) Ecology and the aging process. In: Eisdorfer C, Lawton MP (Hrsg) *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association, S 619–674. <https://doi.org/10.1037/10044-020>
- Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic. J, Tomsone S, Krejcar O, Kuca K (2019) Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. *BMC Public Health* 19(1):1431. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>
- Menning S, Hoffmann E (2009) Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter*, S 62–78
- Murtagh KN, Hubert HB (2004) Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am J Public Health* 94(8):1406–1411. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.8.1406>
- Nowossadeck S, Engstler H (2017) Wohnung und Wohnkosten im Alter. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 287–300
- Nowossadeck S, Mahne K (2017) Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 315–328
- Oswald F, Konopik N (2015) Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter [Impact of out-of-home activities, neighborhood and urban-related identity on well-being in old age]. *Z Gerontol Geriatr* 48(5):401–407. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0912-1>
- Oswald F, Wahl H-W (2004) Housing and health in later life. *Rev Environ Health* 19(3-4):223–252. <https://doi.org/10.1515/reveh-2004-19-3-405>
- Oswald F, Wahl H-W, Schilling OK, Nygren C, Fänge A, Sixsmith A, Sixsmith J, Széman Z, Tomsone S, Iwarsson S (2007) Relationships between housing and healthy aging in very old age. *Gerontologist* 47(1):96–107. <https://doi.org/10.1093/geront/47.1.96>
- 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. <https://doi.org/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
- Rantakokko M, Iwarsson S, Mänty M, Leinonen R, Rantanen T (2012) Perceived barriers in the outdoor environment and development of walking difficulties in older people. *Age Ageing* 41(1):118–121. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr136>
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland 2015*. Berlin
- Rowles GD, Ravdal H (2002) Aging, place, and meaning in the face of changing circumstances. In: Weiss RS (Hrsg) *Challenges of the third age: meaning and purpose in later life*. Oxford University Press, Oxford, S 81–114
- Seifert A (2016) Das Wohnquartier als Ressource im Alter – Nachbarschaftskontakte, Nachbarschaftshilfe und die Verbundenheit mit dem Wohnumfeld. *Soziale Arbeit* 2:42–49
- Verbrugge LM, Jette AM (1994) The disablement process. *Soc Sci Med* 38(1):1–14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
- Wahl H-W, Oswald F (2005) Sozial-ökologische Aspekte des Alterns. In: Filipp S-H, Staudinger UM (Hrsg) *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Enzyklopädie der Psychologie*. Hogrefe, Göttingen, S 209–250
- Wahl H-W, Oswald F (2010) Environmental perspectives on ageing. In: Dannefer D, Phillipson C (Hrsg) *The SAGE handbook of social gerontology*. SAGE, Thousand Oaks, S 111–124
- Wahl H-W, Weisman GD (2003) Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist* 43(5):616–627. <https://doi.org/10.1093/geront/43.5.616>
- Wahl H-W, Fänge A, Oswald F, Gitlin LN, Iwarsson S (2009) The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: what is the empirical evidence? *Gerontologist* 49(3):355–367. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp056>
- Willis SL (1991) Cognition and everyday competence. *Annu. Rev. Gerontol* 11:80–109

- Wolff JK, Nowossadeck S, Spuling SM (2017) Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer Fachmedien, S 125–138. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_8
- Zimmermann J, Hansen S, Wagner M (2021) Wohnumgebung und Gebrechlichkeit bei hochaltrigen Menschen [Home environment and frailty in very old adults]. *Z Gerontol Geriatr* 54(Suppl 2):114–119. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01969-6>
- Zwinggi S, Schelling HR (2005) Warum ins Heim? Motive für den Eintritt ins Altersheim. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Werthaltungen hochaltriger Menschen und ihre Wünsche für die eigene Lebenssituation und das gesellschaftliche Zusammenleben



Marcella Reissmann und Michael Wagner

Kernaussagen Zwischen November 2020 und April 2021 wurde im Rahmen der bundesweiten Studie „Hohes Alter in Deutschland“ eine Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Dieser Kurzbericht aus der deutschlandweiten Repräsentativbefragung stellt dar, welche Werte hochaltrige Menschen in Deutschland vertreten, wie sie das gesellschaftliche Zusammenleben wahrnehmen und welche Wünsche sie für ihre konkrete eigene Situation, für andere Menschen oder für unsere Gesellschaft als Ganzes haben.

Für die meisten Hochaltrigen ist es wichtig, eine sichere Umgebung zu haben (94 %), selbstbestimmt handeln zu können (90 %), Traditionen zu achten (85 %) und sich um Natur und Umwelt zu kümmern (83 %). Nur den wenigsten Hochaltrigen sind Macht und Prestige (12 %) sowie aufregende Erlebnisse und Abenteuer (9 %) wichtig. Insgesamt sind die Werte der Dimensionen „Bewahrung des Bestehenden“ und „Selbsttranszendenz“ (Sorge um das Wohlbefinden Anderer) für Hochaltrige bedeutsamer als Werte der Dimensionen „Offenheit für Wandel“ und „Selbststärkung“.

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im Juni 2022 als Kurzbericht Nummer 9 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

M. Reissmann (✉)

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: marcella.reissmann@uni-koeln.de

M. Wagner

Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: mwagner@wiso.uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,

https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_10

Ebenso sind dem Großteil der Hochaltrigen verschiedene Formen der Sorge um und für jüngere Generationen wichtig: Sie möchten ihnen soziale Werte vermitteln (83 %), ein Vorbild sein (78 %) und ihre Erfahrungen weitergeben (77 %). Jeweils ein etwas geringerer Anteil kann entsprechende Verhaltensweisen auch manchmal oder häufig ausüben. Je wichtiger Hochaltrigen solch generatives Verhalten ist, desto häufiger setzen sie es auch um. Besonders bedeutsam ist es für jüngere, höhergebildete, privatwohnende und kognitiv gesunde Hochaltrige.

Die Mehrheit der Hochaltrigen in Deutschland gibt an, Gefühle von Anomie zu erleben. Mehr als zwei Drittel (69 %) sind der Ansicht, dass die Wertevorstellungen der modernen Gesellschaft nicht mit ihren eigenen übereinstimmen. Außerdem gibt mehr als jede:r zweite Hochaltrige an, sich in der Gesellschaft nicht mehr orientieren zu können (55 %) und schlecht mit der gesellschaftlichen Lebensweise zurecht zu kommen (52 %). Frauen, ältere Personen, niedriger Gebildete, Ostdeutsche, Heimbewohner:innen und Personen mit schlechterem kognitivem Status sind von solchen anomischen Gefühlen stärker betroffen.

Knapp zwei Drittel (65 %) der Hochaltrigen in Deutschland haben das Gefühl, durch die Coronapandemie von der Gesellschaft entfremdet worden zu sein. Besonders betroffen sind hiervon Ab-90-Jährige, hochaltrige Frauen, niedriger Gebildete, Personen in Heimen und solche mit Verdacht auf beginnende Demenz.

Viele Hochaltrige sind mit ihrem Leben zufrieden. Andere äußern jedoch Wünsche für ihren Lebensalltag, die zum einen **konkrete Unterstützungsbedarfe** erkennen lassen, welche sich auf den eigenen Alltag beziehen und situativ (z. B. aus bestimmten Fähigkeitsverlusten) gewachsen sind. Zum anderen betreffen sie den **gesellschaftlichen Umgang mit älteren Menschen**. Schließlich verweisen sie auch auf die **Sorge hochaltriger Menschen um und für Andere und unsere Gesellschaft als Ganzes**.

Einleitung

Was ist uns wirklich wichtig im Leben? Wonach bewerten wir, ob unser Leben lebenswert, gelungen, oder erfüllend ist – auch im hohen Alter? Welchen Zielen weisen wir noch im hohen Alter besondere Bedeutung zu?

Grundlegende Basis für die Antworten auf solche Fragen sind die **Wertvorstellungen** eines Menschen. Sie bestimmen, was ihm im Leben wichtig ist, geben Orientierung und leiten über Situationen hinweg sein Handeln, dienen aber auch der nachträglichen Rechtfertigung und Sinngebung von Handlungen (Schwartz 2012). Somit stellen sie einen Referenzrahmen dafür dar, wie eine Person Dinge, Situationen, andere Menschen, oder ihr Leben bewertet. Individuelle Werte sind daher ein

wichtiges Konstrukt für das Verständnis von subjektiver Lebensqualität (Michalos 1985; Neise und Zank 2016).

Der Psychologe Shalom H. Schwartz entwickelte 1992 seine Theorie universeller menschlicher Werte, die bis heute viel beachtet ist. Sie unterscheidet zehn grundlegende Werte, welche in weltweiten Studien identifiziert werden konnten (Schwartz und Bilsky 1990). Sie repräsentieren unterschiedliche Ziele, die vier übergeordneten Wertetypen zugeordnet werden können (Tab. 1). Erkennbar stehen die Werte in teils bipolarer Beziehung zueinander: Werte des Typs *Selbsttranszendenz* (oft auch übersetzt als „Selbstüberwindung“) stehen für eine geringe Selbstzentriertheit zugunsten des Interesses an und der Sorge für andere Menschen, Lebewesen oder die Natur als Ganzem. Dahingegen betonen Werte des Typs *Selbststärkung* die Verfolgung eigener Interessen und die Stärkung des eigenen Status im Sinne der Dominanz über Andere. Zwei weitere gegensätzliche Pole sind *Offenheit für Wandel* und *Bewahrung des Bestehenden*: Erstere drückt sich in der Bereitschaft für Veränderungen aus; Zweitere steht für konservative Haltungen im Sinne eines Widerstands gegen Veränderungen, der Befürwortung von Ordnung und Selbstbeschränkung.

So sortieren sich die zehn Werte, je nach Zuordnung und Position zwischen zwei Polen, in einem Kreis (Abb. 1). Der Theorie zufolge weisen Menschen den einzel-

Tab. 1 Die zehn universellen menschlichen Werte nach Shalom Schwartz (1992). (Eigene Darstellung)

Wert	Ziele	Übergeordneter Wertetyp
Universalismus	Das Wohlbefinden aller Menschen und der Natur wertschätzen, tolerieren und schützen	Selbsttranszendenz (<i>Sorge um und für Andere und die Natur</i>)
Benevolenz	Das Wohlbefinden nahestehender Menschen schützen und fördern	
Macht	Sozialstatus, Prestige, Kontrolle oder Dominanz über Andere bzw. über Ressourcen	Selbststärkung (<i>Verfolgung eigener Interessen; Dominanz über Andere</i>)
Leistung	Persönlicher Erfolg	
Hedonismus	Vergnügen, Sinneslust/-genuss	
Hedonismus	Vergnügen, Sinneslust/-genuss	Offenheit für Wandel (<i>Bereitschaft für Veränderungen</i>)
Stimulation	Erregung, neue Erlebnisse, Herausforderungen	
Selbstbestimmung	Eigenständiges Denken und Handeln	Bewahrung des Bestehenden (<i>Widerstand gegen Veränderung; Befürwortung von Ordnung und Selbstbeschränkung</i>)
Konformität	Vermeidung von Handlungen, Neigungen und Impulsen, die Andere verärgern, ihnen schaden, oder soziale Erwartungen und Normen verletzen könnten	
Tradition	traditionelle oder religiöse Bräuche und Ideale respektieren, akzeptieren und befolgen	
Sicherheit	Sicherheit, Harmonie und Stabilität in Gesellschaft, Beziehungen und im Selbst	

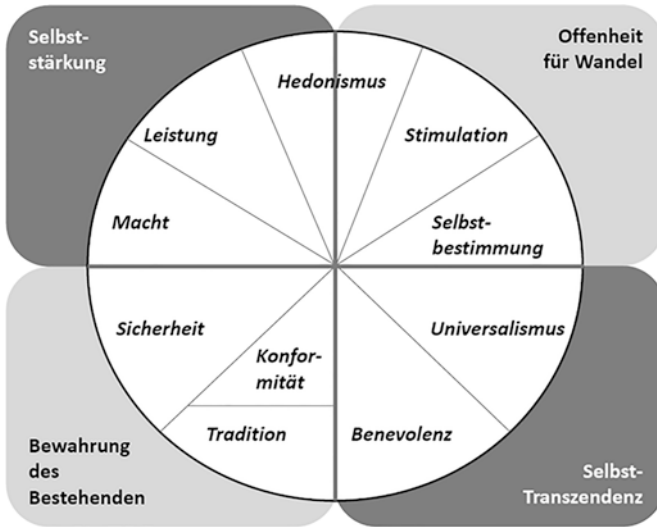


Abb. 1 Wertekreis nach Shalom Schwartz (1992). (Eigene Abbildung)

nen Werten daher eine bestimmte Bedeutsamkeit in Relation zu den anderen Werten zu. Wem also beispielsweise der Wert Universalismus sehr wichtig ist, dem ist der Wert Macht theoretisch sehr viel weniger wichtig. So ergibt sich für jede Person ein individuelles Profil ihrer Werteprioritäten. Dieses Profil, also die relative Wichtigkeit der einzelnen Werte im Vergleich zu den anderen, lenkt die Handlungen einer Person und dient ihr als Grundlage für die Bewertung ihrer Realität (Schwartz 2012).

Da Werthaltungen aus anthropologischer Sicht zu kulturell geteilten Sinnsystemen gehören, wonach bestimmte Werthaltungen für bestimmte Populationen typisch sind (vgl. Fischer und Schwartz 2011), bildet die Untersuchung der Werthaltungen von Menschen in unterschiedlichen *Ländern* einen Schwerpunkt der Werteforschung. Seit 1981 werden mit der European Values Study¹ und dem World Values Survey² die Werthaltungen in vielen Staaten mit unterschiedlichen kulturellen oder politischen Prägungen europa- bzw. weltweit untersucht. Doch auch Nationen sind in dieser Hinsicht nicht homogen, sondern können Regionen mit sehr unterschiedlicher (ideologischer, politischer) Historie aufweisen. So wurden nach der deutschen Wiedervereinigung Unterschiede in den arbeitsbezogenen Werten ost- und westdeutscher Frauen gefunden, wobei das Berufsleben und damit verbundene sozioökonomische und soziale Aspekte von ostdeutschen Frauen als wichtiger bewertet wurden als von westdeutschen Frauen (Adler und Brayfield 1997; Braun und Borg 1997). Auch Unterschiede im Wohlstand von Ländern oder Regionen scheinen bedeutsam zu sein: In einer längsschnittlichen Untersuchung auf Basis des European Social Survey (Tormos et al. 2017) sagten ein höherer nationaler Wohlstand

¹ <https://europeanvaluesstudy.eu/>.

² <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>.

und eine geringe Einkommensungleichheit eine höhere Priorisierung von Selbsttranszendenz und geringere Priorisierung von konservativen Werten vorher.

Doch auch individuelle Merkmale von Personen scheinen mit ihren Werthaltungen zusammenzuhängen. So wurden Werthaltungen von Menschen unterschiedlichen *Alters* betrachtet. Dabei fanden Studien, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren solchen Werten mehr Bedeutung zuschreiben, die auf die Bewahrung des Bestehenden statt auf Offenheit für Wandel ausgerichtet sind (z. B. Tulviste et al. 2017; van Herk und Poortinga 2012). Lebensspannungspsychologisch wird dies damit erklärt, dass im Alter mehr Verluste als Gewinne erlebt werden und ältere Menschen sich daher stärker auf die Vermeidung von Verlusten als auf neues Wachstum konzentrieren (Ebner et al. 2006). Darüber hinaus vertreten ältere Menschen vor allem Werte, die weniger selbstzentriert (Selbststärkung) sind und stattdessen das Wohlergehen Anderer betonen (Selbsttranszendenz) (Borg et al. 2017; Fung et al. 2016; Robinson 2013; Tulviste et al. 2017; van Herk und Poortinga 2012). Eine solche nachlassende Selbstzentrierung und stärkere Fokussierung auf soziale und emotionale Werte wird auch in prominenten entwicklungspsychologischen Theorien angenommen, etwa im Stufenmodell der menschlichen Entwicklung nach Erikson (1980) oder dem Modell der Gerotranszendenz (Tornstam 1997). Doch auch Kohortenunterschiede könnten ursächlich für Altersunterschiede in Werthaltungen sein. Beispielsweise geht Inglehart (1997) davon aus, dass individuelle Werthaltungen von Erwachsenen die jeweiligen (z. B. sozioökonomischen, politischen) Lebensbedingungen ihrer Kindheit und Jugend widerspiegeln. Allerdings konnte anhand von längsschnittlichen Daten aus mehreren europäischen Ländern gezeigt werden, dass sich die Werthaltungen von Personen über die Zeit verändern – selbst bei älteren Personen, die vor bzw. während des Zweiten Weltkriegs geboren wurden (Dobewall et al. 2017). Dies widerspricht der Hypothese, dass Werte im jugendlichen Alter geformt werden und danach gänzlich stabil bleiben, wonach Altersunterschiede allein auf Kohortenunterschiede zurückzuführen wären.

Auch mit Blick auf das *Geschlecht* wurden Unterschiede in individuellen Werthaltungen gefunden. Schwartz und Rubel (2005) konnten anhand von Daten aus 70 Ländern zeigen, dass Frauen mehr Wert auf Selbsttranszendenz legten, während Männern Werte des Typs Selbststärkung bzw. Offenheit für Wandel wichtiger waren. Solche Geschlechterunterschiede werden einerseits mit unterschiedlichen Formen des Evolutionsdrucks erklärt. So könnte die Entwicklung eines höheren Kompetenzdenkens für Männer adaptiv gewesen sein, um etwa bei der Jagd oder bei der Suche nach einer Frau erfolgreich zu sein, während bei Frauen eine höhere Verantwortung für das Wohl und die Sicherheit Anderer (v. a. Kinder) lag (Schwartz und Rubel 2005). Auch heutige geschlechterspezifische Rollenerwartungen könnten zu Geschlechterunterschieden in Werthaltungen führen (ebd). Des Weiteren wurden für das *Bildungsniveau* systematische Zusammenhänge mit individuellen Werthaltungen berichtet: Schwartz (2006) fasst anhand mehrerer Befunde zusammen, dass Offenheit für Wandel für Menschen mit höherer Bildung wichtiger ist, während sich Menschen mit niedriger Bildung stärker an der Bewahrung des Bestehenden orientieren. Er spekuliert, dass sich Personen mit höherem Bildungsniveau länger in einem Umfeld befanden, welches eigenständiges Denken und intel-

lektuelle Flexibilität fordert und fördert, und sich auch danach eher in beruflichen Kontexten wiederfinden, die ebendies erfüllen (Schwartz 2005). Zuletzt könnte ein schlechter *gesundheitlicher Zustand* Bewältigungsmechanismen in Gang setzen, die eine Verschiebung der Werteprioritäten hin zu einer stärkeren Priorisierung von Selbsttranszendenz und Bewahrung des Bestehenden auslösen (Fegg et al. 2005).

Oben wurde bereits beschrieben, dass im höheren Alter die Sorge um das Wohlbefinden Anderer im Vergleich zu einer stärker selbstzentrierten Haltung wichtiger wird. Ein Phänomen, welches in diesem Zusammenhang besonders bedeutsam erscheint, ist die **Generativität**. Diese beschreibt das Sorgetragen um nachkommende Generationen. Das von Erik H. Erikson (1980) begründete Stufenmodell zur Entwicklung der menschlichen Identität beschreibt, welche Bedürfnisse und Aufgaben in den verschiedenen Stufen des Lebens vorherrschen und sieht Generativität als zentrale Entwicklungsaufgabe des mittleren Erwachsenenalters. Doch auch auf das höhere Alter kann Generativität ausgeweitet werden: Während das mittlere Erwachsenenalter von der Verantwortung und Sorge für die eigenen Kinder geprägt ist, dehnt sich diese Zuständigkeit im höheren Alter auf jüngere Generationen im gesellschaftlichen Sinne, also auch außerhalb der Familie, aus (Höpflinger 2002). Durch die Weitergabe materieller und immaterieller Ressourcen an nachfolgende Generationen leisten ältere Menschen einen Beitrag zum Zustand und zur weiteren Entwicklung der Gesellschaft; auch um etwas zu schaffen, was noch nach dem eigenen Leben Bestand hat („symbolische Unsterblichkeit“; Kruse 2017). Demnach ziehen ältere Menschen einen relevanten Teil ihres Sinnerlebens (Höpflinger 2002) und ihrer Lebenszufriedenheit (Schmitt 2013) aus der Weitergabe ihrer Erfahrungen und aus der sozialen Verantwortung für jüngere Personen. Allerdings ist es (bspw. aufgrund fehlender Kapazitäten) nicht allen älteren Personen möglich, ihren Wunsch nach generativem Handeln auch umzusetzen (Schoklitsch und Baumann 2012; Stewart und Vandewater 1998). Auch hier werden Alter und gesundheitliche Ressourcen, sowie geschlechtsspezifische oder allgemein kulturell geprägte Normen potenziell eine Rolle spielen.

Die Möglichkeiten einer Lebensgestaltung nach den eigenen Werten spielt theoretisch eine große Rolle für die Lebensqualität (Schwartz und Sortheix 2018). Neben persönlichen Ressourcenlagen werden diese auch davon mitbestimmt, inwiefern die eigenen Werte mit denen des (nahen) sozialen oder gesellschaftlichen Umfelds übereinstimmen und die Verfolgung entsprechender Ziele somit unterstützt wird. Empirische Studien finden positive Effekte von empfundener oder objektiv erhobener Wertekongruenz auf psychische Gesundheit, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit oder Beziehungsqualität (z. B. Sortheix und Lönnqvist 2015; Sortheix et al. 2013). Die erlebte Nicht-Passung von eigenen und kontextuellen Werten bezeichnen wir als **Anomie**. Sie äußert sich in Gefühlen von Entfremdung, Desorientierung oder Exklusion (Sagiv et al. 2004) und kann Einsamkeit (Kaspar 2004), depressive Symptome, geringere Lebenszufriedenheit (Brandtstädter und Wentura 1994) und suizidale Tendenzen (Schaller 2008) auslösen. Die **Coronapandemie** wird oft als „Trennungsbeschleuniger“ (Vogel 2020, S. 468) im Sinne eines Verstärkers von gesellschaftlicher Spaltung beschrieben (Beckmann und Schönauer 2021). Einschneidende Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen und Schließungen haben das soziale Miteinander sowohl in der Familie, unter Freunden, in Nach-

barschaften als auch in Organisationen und Vereinen beeinflusst und könnten die Wahrnehmung des gesellschaftlichen Zusammenhalts verändert haben (Kühne et al. 2020). Pauschale Unterscheidungen zwischen verschiedenen Personengruppen sind während der Pandemie in manchen Bereichen besonders prominent geworden (z. B. Junge vs. Alte, Gesunde vs. Vorerkrankte; Hirschauer 2020). Gerade die ältere Bevölkerung wurde in den Medien und auch durch die Politik stereotyp als hilflose, vulnerable, gefährdete Risikogruppe dargestellt (Ayalon et al. 2021). Dadurch könnte sich erlebte Altersdiskriminierung intensiviert haben und sich die ältere Bevölkerung von der Gesellschaft stärker entfremdet fühlen (Brooke und Jackson 2020; Jimenez-Sotomayor et al. 2020; Meisner 2021; Xiang et al. 2021). Nach Befragungen des DEAS fühlten sich jedoch nur 5 % der 80-Jährigen und Älteren in Deutschland während der Coronapandemie aufgrund ihres Alters benachteiligt (Wettstein und Nowossadeck 2021). Allerdings gehört eine gesteigerte Entfremdung von der Gesellschaft zu den von Hochaltrigen am stärksten subjektiv erlebten Veränderungen durch die Pandemie (Hansen et al. 2021). Welche Gruppen hiervon besonders betroffen sind, bleibt unklar.

Ziel

Zur Gestaltung zielgerichteter politischer Maßnahmen für die stetig wachsende Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen ist es wichtig, Kenntnis über deren Werte, Unterstützungsbedarfe und konkrete Wünsche für ihr Leben in der Mitte der Gesellschaft zu haben. Der Einbezug des individuellen Wertesystems als eine Ressource für Lebensqualität ist jedoch eine Besonderheit der Studie D80+ (sowie der Partnerstudie NRW80+) ³ gegenüber anderen bekannten Altersstudien. Über die Werthaltungen von Menschen im sehr hohen Alter ist daher bislang kaum etwas bekannt. Auch ist unklar, ob sich Unterschiede nach weiteren Merkmalen wie Geschlecht, Bildung oder Wohnregion, wie sie für jüngere Gruppen gefunden wurden, auch im sehr hohen Alter zeigen. Es besteht demnach eine erhebliche Forschungslücke dahingehend, welche Ziele Menschen in der Hochaltrigkeit verfolgen, inwieweit sie sich mit ihren Wertvorstellungen in der Gesellschaft wiederfinden und eingebettet fühlen, und welche konkreten Wünsche sie für ihre eigene Situation und das gesellschaftliche Zusammenleben haben.

Dieser Beitrag betrachtet daher grundlegende Werthaltungen der Hochaltrigen in Deutschland, sowie ihre Vorstellungen zum und Wahrnehmungen vom gesellschaftlichen Zusammenleben (z. B. Generationenaustausch, Wertekonsens). Vor dem Hintergrund der während der Befragungen aktuellen Coronapandemie wird auch analysiert, ob sich diese auf das von Hochaltrigen empfundene Verhältnis zur Gesellschaft ausgewirkt hat. Alle Betrachtungen prüfen, inwieweit sich Hochaltrige nach verschiedenen Gruppenmerkmalen unterscheiden. Zudem werden Bereiche identifiziert, in denen Hochaltrige Verbesserungsbedarfe für ihren eigenen Alltag oder das gesellschaftliche Zusammenleben sehen.

³Für eine Studie zu den Werthaltungen der Hochaltrigenpopulation in Nordrhein-Westfalen siehe Reissmann et al. 2021.

Methodik

Stichprobe

Aufgrund der Coronapandemie konnte die Befragung im Rahmen von D80+ nicht wie geplant in Form von persönlichen Interviews durchgeführt werden. Stattdessen wurde ein alternatives Studiendesign, bestehend aus zwei Modulen, entwickelt. Ein umfangreiches erstes Modul wurde per Fragebogen erhoben. Insgesamt 10.578 Personen haben hier teilgenommen. Dieses erste Modul konnte allerdings nicht alle Inhalte des vorgesehenen Instrumentariums berücksichtigen, unter anderem weil sich nicht alle Instrumente (z. B. kognitive Tests) für eine schriftliche Befragung eigneten. Daher wurde um die Teilnahme am nachgelagerten Modul 2 gebeten, welches telefonisch erhoben wurde. Die hier dargestellten Inhalte wurden beinahe gänzlich im schriftlichen Fragebogen erhoben. Die Ergebnisse beziehen sich also auf die Gesamtstichprobe von 10.578 Personen. Eine Ausnahme sind Analysen, die Unterschiede nach kognitivem Status darstellen, da Informationen hierzu nur für die Teilstichprobe vorliegen, die am nachgelagerten telefonischen Interview teilgenommen hat (3233 Personen). Dezierte Gewichtungen der Daten, die die Auswahl- und Teilnahmewahrscheinlichkeit an Modul 1 und ggf. zusätzlich die Teilnahmewahrscheinlichkeit am telefonischen Interview (Modul 2) berücksichtigen, stellen die Repräsentativität der Stichproben für wesentliche Strukturmerkmale (z. B. Alters- und Geschlechtsverteilung) weitgehend sicher. Mit Blick auf andere Merkmale bleibt die Korrektur in Subgruppen jedoch möglicherweise unvollständig.

Variablen

Individuelle Werthaltungen Die Abfrage der individuellen Werthaltungen orientierte sich an dem Erhebungsinstrument *Portraits Value Questionnaire* (PVQ) von Shalom Schwartz (2003) mit jeweils einer Frage für jeden der zehn Werte. Anders als im originalen PVQ sollten sich die Befragten jedoch nicht mit Portraits von Menschen mit verschiedenen Werthaltungen vergleichen.⁴ Stattdessen wurden sie direkt nach der Wichtigkeit der einzelnen Werte für ihr persönliches Leben und Handeln gefragt. Diese wurde auf einer 4-stufigen Skala (1 = gar nicht wichtig, 2 = eher nicht wichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig) eingeschätzt. Die Fragen lauteten im Einzelnen: „Wie wichtig ist es Ihnen, ...

- ... Dinge auf Ihre eigene Art und Weise zu tun?“ (Selbstbestimmung)
- ... wohlhabend zu sein, viel Geld zu besitzen und sich teure Dinge zu leisten?“ (Macht)

⁴Eine Pilotstudie (Kantar Public 2018) zum Partnerprojekt NRW80+ zeigte, dass dieses Erhebungskonzept in der hochaltrigen Population nicht gut durchführbar war.

- ... zu meiden, was gefährlich ist und eine sichere Umgebung zu haben?“ (Sicherheit)
- ... eine schöne Zeit zu verbringen und sich zu amüsieren?“ (Hedonismus)
- ... etwas Gutes für die Gesellschaft zu tun?“ (Benevolenz)
- ... dass andere Menschen Ihre Leistungen anerkennen?“ (Leistung)
- ... auch mal ein Risiko einzugehen, Abenteuer zu erleben und ein aufregendes Leben zu führen?“ (Stimulation)
- ... zu vermeiden, bei anderen anzuecken? (Konformität)
- ... sich um die Natur und um die Umwelt zu kümmern?“ (Universalismus)
- ... Traditionen, die Sie von Ihrer Familie oder Religion gelernt haben, zu achten?“ (Tradition)

Der Anteil fehlender Angaben schwankt in den 10 Items zwischen 3,6 % und 5,6 %. Angesichts der für die Antwort nötigen hohen Introspektion ist dies ein akzeptables Ergebnis.

Generativität Generativität wurde in einer Doppelstruktur erhoben, die sowohl die Wichtigkeit verschiedener generativer Handlungen für die teilnehmende Person, als auch die Häufigkeit von deren Umsetzung berücksichtigte. Zunächst füllten Teilnehmende aus, wie wichtig folgende Handlungen für sie sind (1 = gar nicht wichtig, 2 = eher nicht wichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig):

- Erfahrungen an Jüngere weitergeben
- Jüngeren Menschen soziale Werte vermitteln (z. B. Hilfsbereitschaft)
- Vorbild für Jüngere sein

Für jede dieser Handlungen sollte außerdem angegeben werden, wie häufig sie umgesetzt wird (1 = nie, 2 = eher selten, 3 = manchmal, 4 = häufig).

Möglicherweise aufgrund der Doppelstruktur der Abfrage und der daraus folgenden komplexen Darstellung in der schriftlichen Befragung kam es zu einem hohen Anteil fehlender Angaben, der auch durch eine telefonische Nacherhebung in einem Teil der Stichprobe nur auf weiterhin hohe Anteile fehlender Werte zwischen 10,2 % und 16,2 % in den 6 Items verringert werden konnte.

Anomie Teilnehmende wurden anhand von drei Fragen gefragt, wie sie ihr Verhältnis zur Gesellschaft empfinden. Diese wurden auf einer vierstufigen Skala (1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu) beantwortet.

- „Haben Sie das Gefühl, mit der heutigen gesellschaftlichen Lebensweise immer schlechter zurecht zu kommen?“ (Divergierende Lebensweisen)
- „Haben Sie das Gefühl, dass Ihre eigenen Wertvorstellungen immer weniger zu den Wertvorstellungen der heutigen Gesellschaft passen?“ (Wertedissonanz)
- „Haben Sie das Gefühl, dass sich die heutige Gesellschaft so schnell ändert, dass Sie nicht mehr wissen, woran Sie sich orientieren sollen?“ (Orientierungslosigkeit)

Für 5,1 % bis 5,5 % der Teilnehmenden fehlen Angaben zu diesen Fragen.

Einfluss der Coronapandemie Teilnehmende wurden gefragt, ob sie das Gefühl haben, dass die Coronapandemie sie von der Gesellschaft entfremdet hat (Antwortmöglichkeiten: 1 = überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = mäßig, 4 = stark, 5 = sehr stark). Insgesamt 2,5 % der Befragten gaben keine Antwort auf diese Frage.

Wünsche für den eigenen Alltag Am Ende des Interviews hatten Teilnehmende die Möglichkeit, frei auf folgende Frage zu antworten: „Was könnte getan werden, um Ihren konkreten Alltag zu verbessern?“ In der schriftlichen Befragung konnten sie ihre Gedanken in einem freien Textfeld eintragen. Im telefonischen Interview wurde die Antwort bei Zustimmung der befragten Person per Audiomitschnitt aufgenommen. Andernfalls notierten die Interviewenden die Antworten schriftlich. Nach den Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015) wurde auf Basis des vorliegenden Materials (d. h. induktiv) ein umfangreiches konsensuelles Kategoriensystem entwickelt, um auf dieser Basis alle Wünsche der Hochaltrigen durch mehrere Mitarbeiter:innen zu kodieren und zusammenfassend darstellen zu können.

Die oben genannten quantitativ erhobenen Variablen werden in Abhängigkeit von individuellen Merkmalen und Ressourcenlagen hochaltriger Menschen betrachtet. Dabei unterscheiden wir zwischen Befragten verschiedener **Altersgruppen** (80–84 Jahre/85–89 Jahre/90+ Jahre) und zwischen **Geschlechtern** (männlich/weiblich). Differenziert wird auch zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsniveau (niedrig/mittel/hoch).⁵ Es werden zudem Unterschiede zwischen Hochaltrigen in unterschiedlicher **Wohnsituation** (Privathaushalt/Heim) und **Wohnregion** (Ost-/Westdeutschland) analysiert. Schließlich werden Unterschiede nach **kognitivem Status** (altersadäquate kognitive Leistung/leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI)/Verdacht auf beginnende Demenz) betrachtet.

Gruppenunterschiede werden auf statistische Signifikanz geprüft. Alle Analysen beruhen auf gewichteten Daten und berücksichtigen die komplexe Stichprobenstruktur.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 4012, 37,9 %), Frauen (n = 6566, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 6243, 59,0 %), 85–89 Jahre (n = 2850, 27,0 %), 90 Jahre und älter (n = 1485, 14,0 %); Bildung hoch (n = 1752, 17,3 %), mittel (n = 5999, 59,2 %), niedrig (n = 2382, 23,5 %); Privathaushalt (n = 9426, 90,0 %), Heim (n = 1043, 10,0 %); West (n = 8256, 78,0 %), Ost (n = 2322, 22 %); altersadäquate Kognition (n = 1695, 57,0%), leichte kognitive Beeinträchtigung (n = 739, 24,9 %), Verdacht auf beginnende Demenz (n = 539, 18,1 %).

⁵ Definiert nach der Internationalen Standardklassifikation der UNESCO, ISCED-11 (UNESCO Institute for Statistics 2012).

Individuelle Werthaltungen

Übersicht

Sicherheit, Selbstbestimmung, Tradition und Universalismus sind für eine deutliche Mehrheit der Hochaltrigen (eher oder sehr) wichtige Werte. Insgesamt sind die Wertedimensionen „Bewahrung des Bestehenden“ und „Selbsttranszendenz“ für Hochaltrige bedeutsamer als die Dimensionen „Offenheit für Wandel“ und „Selbststärkung“.

„Selbsttranszendenz“ wird von ressourcenreichen Gruppen wichtiger und von eher ressourcenschwachen Gruppen weniger wichtig bewertet als einzelne Werte des Typs „Bewahrung des Bestehenden“.

Abb. 2 stellt das Werteprofil der Hochaltrigenbevölkerung in Deutschland dar: Es zeigt in absteigender Reihenfolge, wie vielen der Hochaltrigen der entsprechende Wert (eher oder sehr) wichtig für ihr Leben und Handeln ist.

An der Spitze steht der Wert Sicherheit, welchen beinahe alle Hochaltrigen (93,7 %) als wichtig beschreiben. Er wird dicht gefolgt von dem Wert Selbstbestimmung: 90,2 % empfinden es als wichtig, Dinge auf ihre eigene Art und Weise tun zu können. Auch das Befolgen von Traditionen (84,6 %) sowie ein respektvoller Umgang mit bzw. der Einsatz für Natur und Umwelt (Universalismus; 83,4 %) sind für eine große Mehrheit der Hochaltrigen bedeutsam.

Noch deutlich über die Hälfte der Hochaltrigen orientieren sich in ihrem Leben und Handeln daran, Gutes für die Gesellschaft zu tun (Benevolenz; 67,7 %) und bei Anderen nicht anzuecken (Konformität; 58,4 %). Hedonismus, also eine angenehme Zeit zu haben und sich zu amüsieren, ist nur noch für etwa jede:n Zweite:n (50,9 %) wichtig; die Anerkennung der eigenen Leistungen durch Andere (46,0 %) für knapp

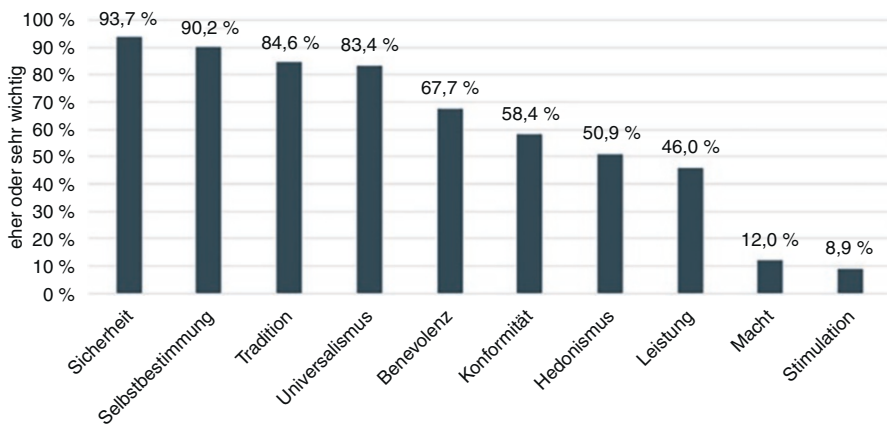


Abb. 2 Werteprofil der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung in Deutschland

unter die Hälfte der Hochaltrigen. Macht (12,0 %) und Stimulation durch aufregende Erlebnisse (8,9 %) sind nur für wenige Hochaltrige von Bedeutung für ihre Lebensführung.

Die oberen Ränge im Werteprofil der Hochaltrigen belegen demnach beinahe ausschließlich Werte des Typs „Bewahrung des Bestehenden“ bzw. „Selbsttranszendenz“. Eine Ausnahme ist der Wert Selbstbestimmung, welcher der Dimension „Offenheit für Wandel“ zugeordnet wird und der für Hochaltrige zweitwichtigste Wert ist. Abgesehen davon sind Werte aus den Dimensionen „Offenheit für Wandel“ und „Selbststärkung“, wie auch theoretisch angenommen, für Hochaltrige von nachgeordneter Wichtigkeit.

Die beschriebene Rangfolge von Werteprioritäten findet sich in allen Subgruppen (beinahe) identisch wieder. Es zeigen sich nur wenige Verschiebungen: Für Männer steht Universalismus, anders als in der Gesamtgruppe, im Werteprofil vor Tradition auf dem 3. Rangplatz. Selbes gilt für die Gruppe der 80–84-Jährigen, für Hochgebildete und Personen mit altersadäquater kognitiver Leistung oder nur leichten kognitiven Einschränkungen. Bei Personen ab 90 Jahren hingegen rückt Benevolenz hinter Konformität auf den 6. Rang. Dies lässt sich ebenso bei niedriggebildeten Hochaltrigen und solchen mit Verdacht auf beginnende Demenz beobachten. In der Heimpopulation nehmen sowohl Benevolenz als auch Universalität einen niedrigeren Rang ein, während die relative Wichtigkeit von Konformität, Hedonismus und Leistung für sie höher ausfällt. Hochaltrige in Ost- und Westdeutschland unterscheiden sich in ihrem Werteprofil nicht voneinander bzw. von der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung.

Zusammenfassend betreffen Verschiebungen im handlungsleitenden Werteprofil ausschließlich Werte der Typen „Selbsttranszendenz“ und „Bewahrung des Bestehenden“: Ressourcenreiche Gruppen bewerten Selbsttranszendenz wichtiger, eher ressourcenschwache Gruppen bewerten sie weniger wichtig als einzelne Werte des Typs „Bewahrung des Bestehenden“. Lediglich für Heimbewohner:innen zeigt sich zusätzlich eine höhere relative Wichtigkeit der Selbststärkung zuungunsten der Selbsttranszendenz. Für alle Gruppen jedoch bleiben Sicherheit und Selbstbestimmung die wichtigsten Werte.

Generativität

Verschiedene Formen generativen Verhaltens sind für den Großteil der Hochaltrigen (eher oder sehr) wichtig (77 % – 83 %). Ein etwas geringerer Anteil von jeweils etwa 70 % übt entsprechende Verhaltensweisen manchmal oder häufig aus. Je wichtiger Hochaltrigen generatives Verhalten ist, desto häufiger setzen sie dies auch um. Besonders bedeutsam ist es für jüngere, höhergebildete, privatwohnende und kognitiv gesunde Hochaltrige.

Dem Großteil der Hochaltrigen sind die verschiedenen Arten generativen Verhaltens wichtig (Abb. 3). Für eine Mehrheit von 77,0 % ist es mindestens eher wichtig, ihre Erfahrungen an Jüngere weiterzugeben, für 27,0 % ist dies sogar sehr wichtig. Nur etwa jede:r Fünfte (23,0 %) findet dies eher nicht oder gar nicht wichtig. Auch soziale Werte zu vermitteln ist für 82,9 % der Hochaltrigen wichtig, für mehr als jede:n Dritte:n (35,4 %) sogar sehr wichtig. Nur 17,0 % geben an, dies sei ihnen eher oder gar nicht wichtig. Ein Vorbild für Jüngere möchten ebenfalls die meisten der Hochaltrigen sein: Für 78,3 % ist dies mindestens eher wichtig, dabei wiederum für mehr als jede:n Dritte:n (37,5 %) sogar sehr wichtig. Nur etwa jede:r fünfte Hochaltrige (21,8 %) legt hierauf weniger oder keinen Wert.

Gruppenvergleiche zeigen, dass die Bedeutung, die generativem Verhalten zugeschrieben wird, mit steigenden Altersgruppen signifikant sinkt (alle $p < 0,001$) (Abb. 4). Außerdem legen hochaltrige Frauen weniger Wert auf generatives Verhalten ($p < 0,001$). Nur in der Bedeutung, die der Vermittlung von sozialen Werten zugeschrieben wird, unterscheiden sich die Geschlechter nicht. Die beobachteten Geschlechterunterschiede sind jedoch nicht mehr vorhanden, wenn für das Bildungs-

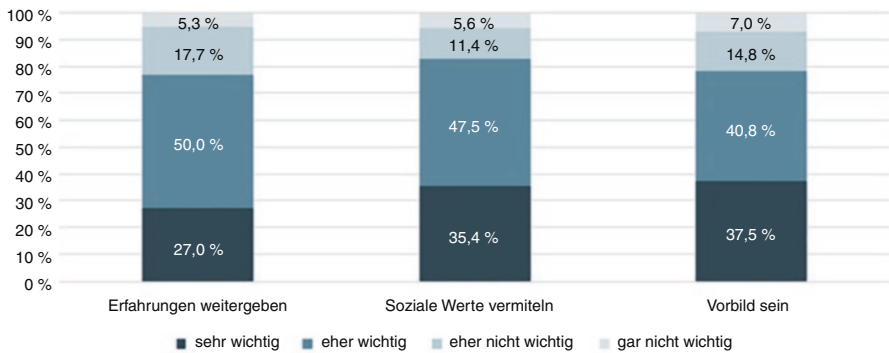


Abb. 3 Wichtigkeit generativer Handlungen für die hochaltrige Allgemeinbevölkerung

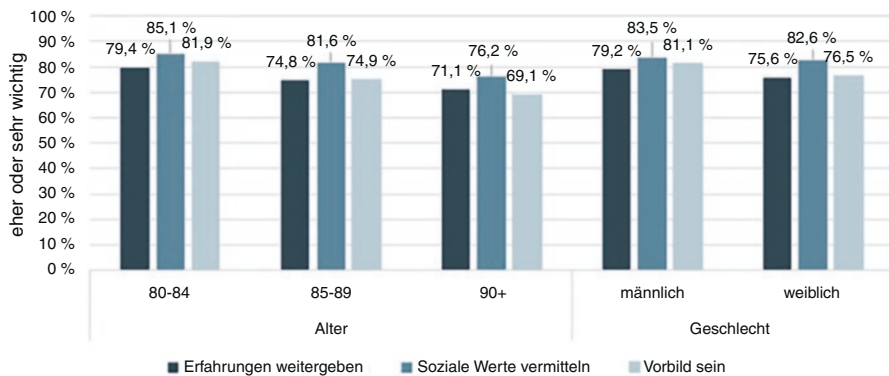


Abb. 4 Wichtigkeit generativer Handlungen nach Alter und Geschlecht

niveau kontrolliert wird – die Unterschiede liegen also nicht im Geschlecht an sich begründet, sondern darin, dass Frauen in diesem Alter weniger Bildung genießen konnten als Männer (siehe auch folgender Abschnitt).

Hochaltrige mit hoher formaler Bildung zeigen ein höheres Interesse an generativem Verhalten als solche mit mittlerer Bildung ($p < 0,001$) (Abb. 5). Das Gleiche gilt für Hochaltrige mit mittlerer Bildung im Vergleich zu denjenigen mit niedriger Bildung ($p < 0,05$), allerdings nicht für den Aspekt „Vorbild sein“ – hier unterscheiden sich diese beiden Bildungsgruppen nicht. Mit Blick auf die Wohnregion kann kein Unterschied zwischen ost- und westdeutschen Hochaltrigen bezüglich der Aspekte „Erfahrungen weitergeben“ und „soziale Werte vermitteln“ nachgewiesen werden. Allerdings ist es für Ostdeutsche wichtiger als für Westdeutsche, ein Vorbild für Jüngere zu sein ($p < 0,001$).

Hochaltrige in Heimen geben für alle Aspekte von Generativität seltener an, dass sie ihnen wichtig seien, als Hochaltrige in Privathaushalten (alle $p < 0,001$) (Abb. 6). Hochaltrigen mit altersadäquater Kognition ist Generativität in allen Aspekten

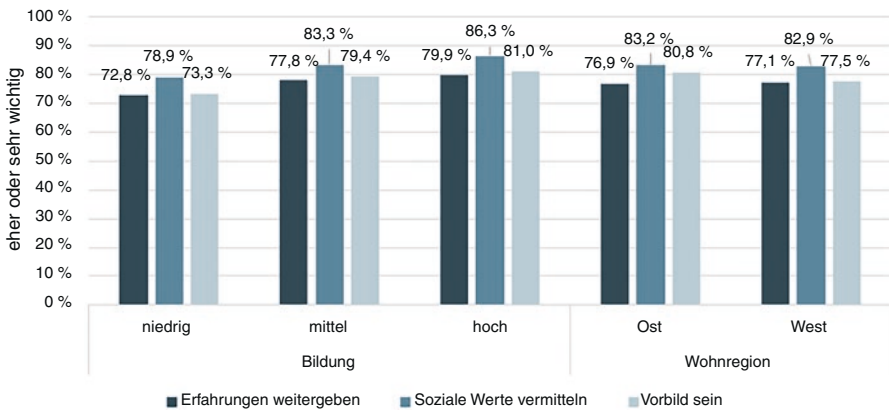


Abb. 5 Wichtigkeit generativer Handlungen nach Bildung und Wohnregion

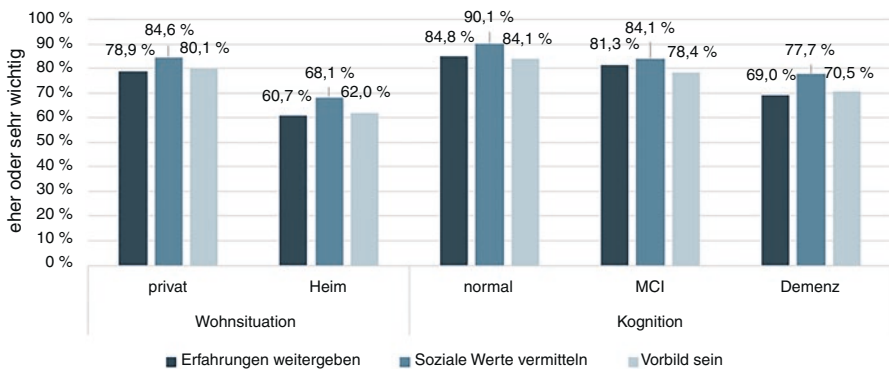


Abb. 6 Wichtigkeit generativer Handlungen nach Wohnsituation und Kognition

wichtiger als Personen mit Verdacht auf beginnende Demenz (alle $p < 0,001$). Das selbe gilt auch im Vergleich mit Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung – mit der Ausnahme, dass hier kein Unterschied in der Wichtigkeit, die der Weitergabe von Erfahrungen zugeschrieben wird, nachgewiesen werden kann. Personen mit leichter kognitiver Einschränkung und solche mit Verdacht auf beginnende Demenz unterscheiden sich nur in einem Aspekt statistisch relevant: Für Erstere ist es wichtiger, ihre Erfahrungen weiterzugeben ($p < 0,01$).

Zuletzt finden sich auch Unterschiede zwischen Personen, die Kinder haben und solchen, die kinderlos sind: Erstere finden generatives Verhalten signifikant wichtiger ($p < 0,001$) (Abb. 7). Dies gilt auch für Hochaltrige, die in einer Partnerschaft leben, im Vergleich zu solchen ohne Partner:in ($p < 0,001$).

Allgemein lässt sich jedoch beobachten, dass in allen betrachteten Teilgruppen der Hochaltrigen eine deutliche Mehrheit generatives Verhalten für wichtig empfindet. Ebenso übt die Mehrheit, wenschon ein etwas geringerer Anteil, entsprechendes Verhalten auch aus (Abb. 8): 69,8 % der Hochaltrigen geben an, manchmal oder häufig Erfahrungen an Jüngere weiterzugeben; 67,7 % vermitteln manchmal oder häufig soziale Werte und 68,7 % finden, dass sie manchmal oder häufig als Vorbild agieren können. Die Häufigkeit der Ausübung hängt jedoch deutlich mit der Wichtigkeit, die der jeweiligen Verhaltensweise zugeschrieben wird, zusammen (alle $p < 0,001$): Jeweils über 80 % derjenigen, die das entsprechende generative Verhalten (eher oder sehr) wichtig finden, üben dieses auch manchmal oder häufig aus. Dagegen sind es nur zwischen 9,5 % und 16,5 % von denjenigen, die das jeweilige Verhalten (eher oder gar) nicht wichtig findet (Abb. 8). Dies bedeutet auch, dass sich in der Häufigkeit der Ausübung von generativem Verhalten einige signifikante Unterschiede nach den für die subjektive Wichtigkeit relevanten Merkmalen (siehe Abb. 4, 5, 6 und 7) finden lassen. In welche Richtung dabei die Kausalität zu interpretieren ist – ob also diejenigen, die solche Verhaltensweisen weniger wichtig finden, diese seltener ausführen oder ob Personen, die weniger Möglichkeiten hierzu haben, in der Folge weniger Wert darauf legen –, kann hieraus nicht abgelesen werden.

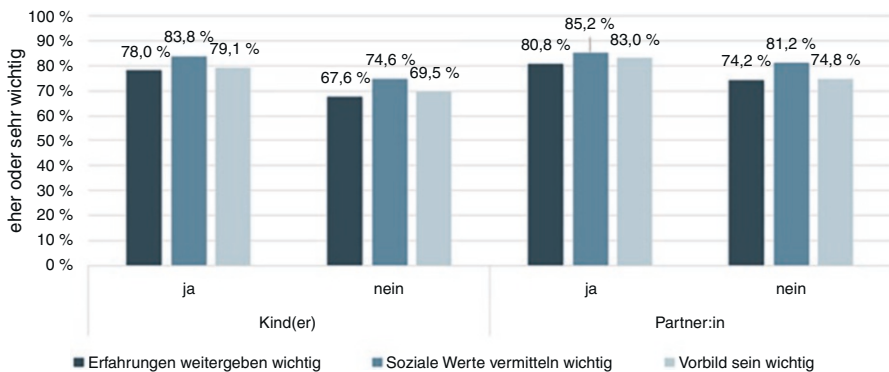


Abb. 7 Wichtigkeit generativer Handlungen nach Eltern- und Partnerschaft

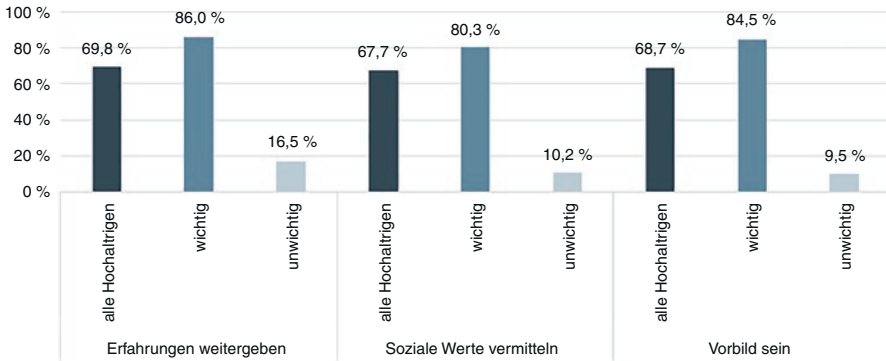


Abb. 8 Anteil der Hochschultrigen, die ein generatives Verhalten manchmal oder häufig ausüben, in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung und nach subjektiver Wichtigkeit des jeweiligen Verhaltens

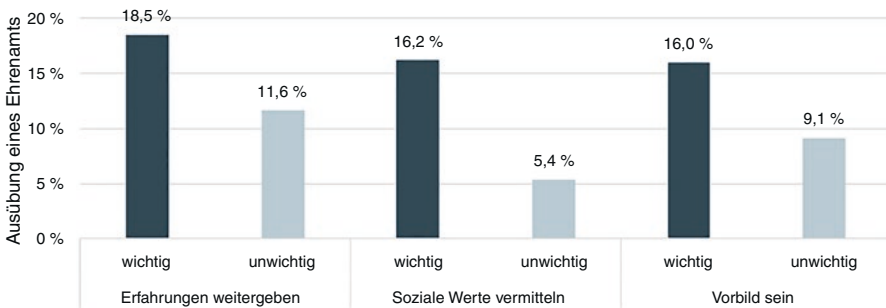


Abb. 9 Anteil von Personen, die ein Ehrenamt ausüben, nach subjektiver Wichtigkeit der Aspekte generativen Handelns

Generatives Verhalten kann auch in Form eines Ehrenamts ausgeübt werden. Die Ausübung eines Ehrenamts wurde im zusätzlichen telefonischen Interview (n = 3233) erfragt. Demnach engagieren sich insgesamt 16,6 % der Hochschultrigen in Deutschland ehrenamtlich. Die Bereitschaft, ein Ehrenamt auszuüben, unterscheidet sich auch nach der subjektiven Wichtigkeit, die generativem Verhalten zugeschrieben wird (Abb. 9). So führen Hochschultrige eher ein Ehrenamt aus, wenn sie es wichtig finden, ihre Erfahrungen weiterzugeben ($p < 0,001$), soziale Werte zu vermitteln ($p < 0,001$) und ein Vorbild für Jüngere zu sein ($p < 0,01$). Inwieweit diese Wünsche im Ehrenamt konkret erfüllt werden und/oder die Ausübung eines Ehrenamts etwa als Modell für Jüngere dienen soll, bleibt dabei unklar.

Anomie

Die Mehrheit der Hochaltrigen in Deutschland hat das Gefühl, dass die Wertvorstellungen der modernen Gesellschaft (eher) nicht mit ihren eigenen übereinstimmen (68,6 %). Außerdem erlebt mehr als jede:r zweite Hochaltrige Gefühle von Orientierungslosigkeit (54,9 %) und divergierenden Lebensweisen (52,1 %). Frauen, ältere Personen, niedriger Gebildete, Ostdeutsche, Heimbewohner:innen und Personen mit schlechterem kognitivem Status berichten insgesamt stärkere Gefühle von Anomie.

Mit Blick auf die drei Aspekte von Anomie ist das Gefühl von Wertedissonanz bei den Hochaltrigen in Deutschland am stärksten ausgeprägt (Abb. 10): Mehr als zwei Drittel (68,6 %) haben das Gefühl, dass die von der Gesellschaft vertretenen Werte (eher) nicht zu ihren eigenen passen. Doch auch über die Hälfte der Hochaltrigen gibt an, sich in der Gesellschaft (eher) nicht orientieren zu können (55,4 %) bzw. mit der Lebensweise der modernen Gesellschaft (eher) nicht gut zurecht zu kommen (52,1 %).

Die folgenden Abbildungen stellen vergleichend dar, für wie viele der Hochaltrigen bestimmter Teilgruppen Gefühle von Anomie (eher) zutreffen. Diese differenzierte Auswertung zeigt, dass Gefühle von Anomie mit den Altersgruppen in allen Aspekten signifikant ansteigen (alle $p < 0,001$). Außerdem wird deutlich, dass hochaltrige Frauen signifikant häufiger Gefühle von Anomie angeben als hochaltrige Männer (alle $p < 0,001$). Am ausgeprägtesten ist in allen Gruppen wie auch in der Gesamtgruppe das Gefühl der Wertedissonanz (Abb. 11).

Hochaltrige mit höherer formaler Bildung haben weniger anomische Gefühle als solche mit niedrigerer formaler Bildung (Abb. 12). Mit Blick auf das Gefühl, mit

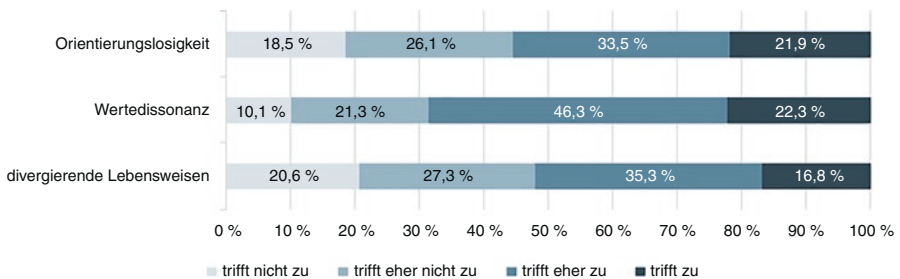


Abb. 10 Gefühle von Anomie in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung

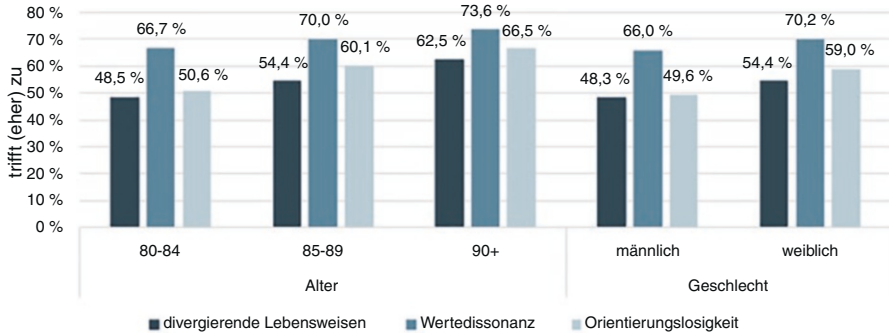


Abb. 11 Gefühle von Anomie nach Alter und Geschlecht

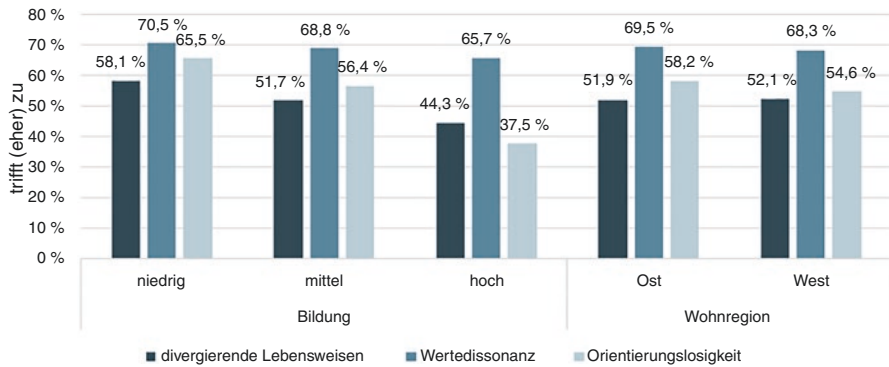


Abb. 12 Gefühle von Anomie nach Bildungsstand und Wohnregion

der gesellschaftlichen Lebensweise nicht zurecht zu kommen und die Orientierung verloren zu haben, unterscheiden sich alle Bildungsgruppen ($p < 0,001$). Bei Personen mit hoher Bildung gibt deutlich weniger als die Hälfte an, solche Gefühle zu erleben. Hinsichtlich der erlebten Wertedissonanz ist kein Unterschied zwischen niedriggebildeten Personen und solchen mit mittlerer Bildung nachweisbar, jedoch haben Hochgebildete im Vergleich zu Hochschultrigen mit mittlerer Bildung ein signifikant weniger Gefühle von Wertedissonanz ($p < 0,01$). Auch in Ost- und Westdeutschland finden sich leicht verschiedene Anteile von erlebter Anomie (Abb. 12). Diese sind jedoch nur für das Gefühl der Orientierungslosigkeit statistisch signifikant ($p < 0,01$). Ostdeutsche erleben demnach mehr Orientierungslosigkeit innerhalb der Gesellschaft als westdeutsche Hochschultrige.

Schließlich zeigen sich auch deutliche Unterschiede bezüglich erlebter Anomie nach Wohnsituation und kognitivem Status (Abb. 13). Hochschultrige, die in einem Heim wohnen, geben zu einem größeren Anteil anomische Gefühle an. Das gilt sowohl für das Gefühl, mit der Lebensweise der Gesellschaft nicht zurecht zu kommen ($p < 0,001$), für das Gefühl der Wertedissonanz ($p < 0,01$), als auch für das Gefühl der Orientierungslosigkeit ($p < 0,001$). Anders als in allen anderen Gruppen

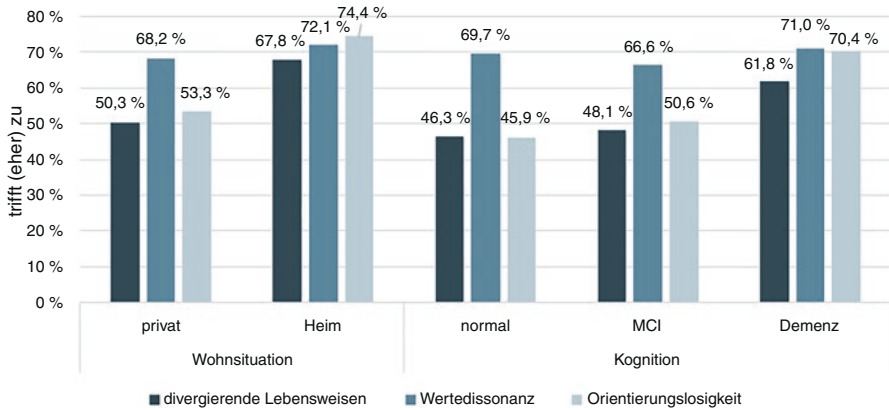


Abb. 13 Gefühle von Anomie nach Wohnsituation und Kognition

und in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung ist für die Heimpopulation nicht das Gefühl von Wertedissonanz, sondern das Erleben von Orientierungslosigkeit am stärksten ausgeprägt.

Mit Blick auf Kognition sind keine Unterschiede hinsichtlich der empfundenen Wertedissonanz nachzuweisen (Abb. 13). Allerdings haben Personen mit Verdacht auf beginnende Demenz häufiger das Gefühl, mit der heutigen gesellschaftlichen Lebensweise schlecht umgehen zu können, als solche mit MCI ($p < 0,05$). Bezüglich der Orientierungslosigkeit unterscheiden sich alle Gruppen: Personen mit altersadäquater Kognition erleben diese seltener als Personen mit MCI ($p < 0,05$), und diese wiederum seltener als solche mit Verdacht auf eine beginnende Demenz ($p < 0,001$).

Einfluss der Coronapandemie

Knapp zwei Drittel der Hochaltrigen in Deutschland geben an, durch die Coronapandemie von der Gesellschaft entfremdet worden zu sein. Besonders betroffen sind hierbei Ab-90-Jährige, hochaltrige Frauen, niedriger Gebildete, Personen in Heimen und solche mit Verdacht auf beginnende Demenz.

Beinahe zwei Drittel (63,0 %) der Hochaltrigen in Deutschland haben das Gefühl, durch die Coronapandemie von der Gesellschaft entfremdet worden zu sein (Abb. 14). Die meisten geben jedoch nur ein leichtes (35,0 %) bis mäßiges (14,8 %) Ausmaß an Entfremdung an. Doch 9,8 % fühlen sich durch die Pandemie stark von der Gesellschaft entfremdet – 3,4 % sogar sehr stark. Nur etwa jede dritte hochaltrige Person (34,7 %) gibt nicht an, sich durch die Coronapandemie von der Gesellschaft entfremdet zu fühlen.

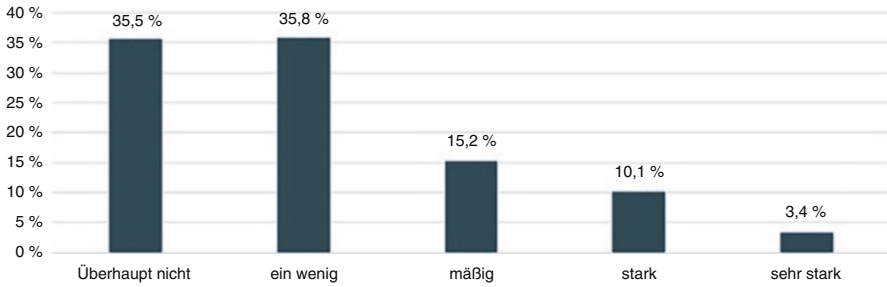


Abb. 14 Einfluss der Coronapandemie auf gesellschaftliche Entfremdung der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung

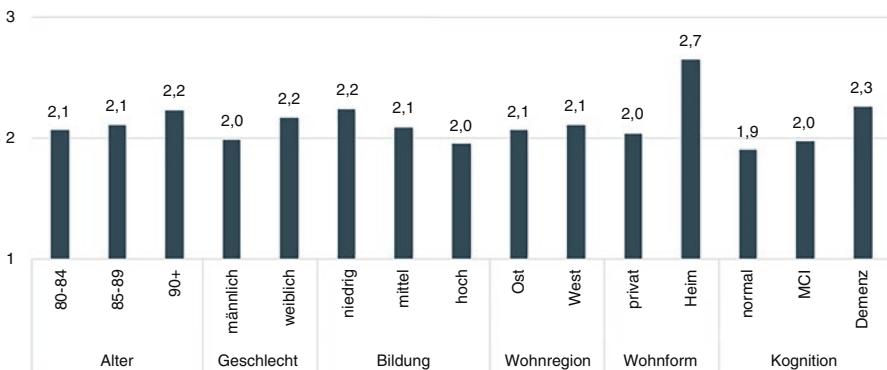


Abb. 15 Einfluss der Coronapandemie auf gesellschaftliche Entfremdung im Gruppenvergleich

Diese Zahlen sind bereits im D80+ Kurzbericht zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf die hochaltrige Bevölkerung in Deutschland nachzulesen (Hansen et al. 2021).

Das Gefühl der Entfremdung durch die Coronapandemie variiert zwischen einigen Subgruppen. Abb. 15 zeigt die Gruppenmittelwerte auf der 5-stufigen Skala (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr stark). So geben die Ab-90-Jährigen ein stärkeres solches Gefühl an als die jüngeren Altersgruppen ($p < 0,01$). Hochaltrige Frauen fühlen sich durch die Coronapandemie stärker gesellschaftlich entfremdet als hochaltrige Männer ($p < 0,001$). Auch steigt dieses Gefühl mit sinkendem Bildungsniveau ($p < 0,001$). Personen im Heim empfinden diese Auswirkung der Pandemie deutlich stärker als Hochaltrige in Privathaushalten ($p < 0,001$). Zuletzt ist diese Empfindung auch stärker bei Personen mit Verdacht auf beginnende Demenz ($p < 0,01$). Zwischen Personen mit altersadäquater Kognition und solchen mit MCI, und ebenso zwischen Hochaltrigen ist Ost- und Westdeutschland, kann kein statistisch signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.

Wünsche für den eigenen Alltag

Viele Hochaltrige sind mit ihrem Leben „wunschlos“ zufrieden. Andere äußern jedoch Wünsche zur Verbesserung ihrer Lebenssituation. Aus diesen werden zum einen konkrete Unterstützungsbedarfe erkennbar, die sich auf den konkreten eigenen Alltag beziehen und situativ (z. B. aus bestimmten Fähigkeitsverlusten) gewachsen sind. Zum anderen betreffen sie den gesellschaftlichen Umgang mit älteren Menschen. Schließlich verweisen sie auf die Sorge hochaltriger Menschen um und für Andere und unsere Gesellschaft als Ganzes.

Auf die zum Abschluss des Interviews gestellte, offene Frage („Was könnte getan werden, um Ihren konkreten Alltag zu verbessern?“) hatten Teilnehmende die Möglichkeit, eine freie, ausführliche, thematisch völlig offene Antwort zu geben. Insgesamt 5190 Personen haben diese Möglichkeit wahrgenommen und inhaltliche Angaben zu dieser Frage gemacht. Alle Antworten wurden mithilfe des am Material entwickelten Kategoriensystems kodiert, um sie thematisch zusammenfassen zu können. Die folgenden Abschnitte sind den insgesamt 14 herausgearbeiteten Themenbereichen gewidmet, die von den Hochaltrigen angesprochen wurden. Manche erwähnten dabei nur einen dieser Bereiche, andere äußerten Wünsche in mehreren Bereichen. Ihre zum Ausdruck kommenden Wünsche und Bedarfe werden näher beschrieben und mit Zitaten anschaulich gemacht. So soll ein Eindruck davon vermittelt werden, welche Art von Wünschen und Verbesserungsbedarfen unter Hochaltrigen bestehen (bzw. welche sie bei spontaner Antwort, d. h. ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten oder auch nur vorgeschlagene Themenbereiche, äußern).

Wichtig anzumerken ist, dass sich diese Beschreibung als Ergänzung zu den bisher dargestellten *quantitativen* (also *numerischen*) Auswertungen versteht. Ziel und Potenzial dieser Art der (*qualitativen*) Ergebnisbeschreibung ist es nicht, wie in quantitativen Analysen, Häufigkeitsanalysen oder andere statistische Auswertungen darzustellen. Zwar können Zahlen auch in qualitativen Auswertungen teilweise eine Rolle spielen, jedoch sollte ihre Verwendung „für jede qualitative Inhaltsanalyse sorgfältig reflektiert werden“ (Kuckartz 2018, S. 54). Im vorliegenden Fall wurde die Entscheidung getroffen, keine Häufigkeiten anzugeben. Zum einen hat nur etwa die Hälfte der Stichprobe inhaltliche Angaben zu der offenen Frage gemacht, sodass quantitative Befunde hierzu ohnehin kaum verallgemeinert werden könnten. Zum anderen würde sich hier die grundsätzliche Frage stellen: „Bedeutet häufig auch wichtig?“ (ebd.). Würden die Kategorien mit Prävalenzen versehen, käme man schnell zu einer Abwägung der Bereiche gegeneinander. Diese Denkweise ist jedoch umso weniger gültig, je freier ein Interview geführt wurde – im vorliegenden Fall etwa wurde die Frage, welcher der Bereiche am wichtigsten ist, den Teilnehmenden gar nicht gestellt (die Kategorien wurden schließlich erst aus den Antworten generiert).

Bei einer qualitativen Auswertung handelt es sich vielmehr um eine Möglichkeit, „das Subjekt mehr ‚zur Sprache‘“ (Mayring 2015, S. 130) kommen zu lassen und somit einen zugänglicheren Eindruck und ein tiefer gehendes Verständnis von der individuellen Lebensrealität der Befragten zu gewinnen. Gerade für das Thema des vorliegenden Kurzberichts scheint diese Ergänzung einer einseitig quantitativen Perspektive zur Erweiterung des Bildes von den Präferenzen und Bedarfen der Hochaltrigen in Deutschland besonders wertvoll.

- **Keine besonderen Wünsche vorhanden**

Ein Teil der Teilnehmenden, die auf die betreffende Frage eine Antwort gaben, äußerte, keine besonderen Wünsche zur Verbesserung ihres Alltags zu haben. Dabei spricht aus der überwiegenden Mehrheit dieser Gruppe eine erfreuliche Zufriedenheit: „*bin glücklich und zufrieden*“; „*total ausgefüllt!*“; „*so wie es ist, soll es bleiben!*“; „*mit 85 kann man auch zufrieden sein!*“. Bei wenigen Anderen ist dies nicht sicher, sie haben schlichtweg „*keine Idee*“.

Manche jedoch bringen mit ihrer „Wunschlosigkeit“ im Gegenteil ihre Resignation zum Ausdruck. Sie haben nicht das Gefühl, dass noch Möglichkeiten der Verbesserung ihrer Situation bestehen („*keine Hoffnung!*“). Dies leiten sie zum Teil konkret von ihrem Alter ab: „*Was soll für mich noch getan werden? Ich bin 90 Jahre alt!!!*“; „*Nichts mehr! (Siehe Alter)*“.

- **Wünsche mit Bezug zur Coronapandemie**

Ein vorherrschendes Thema ist nicht überraschend die Coronapandemie. Den Schwerpunkt innerhalb dieser Kategorie bildet der Wunsch, wieder an sozialem Leben und Freizeitangeboten teilnehmen zu können, wenn auch ggf. unter Sicherheitsvorkehrungen: „*Aufheben der Beeinträchtigungen sozialer Kontakte*“; „*Wiederbeleben des kulturellen Lebens*“. Hier werden auch die Besuchsbeschränkungen in Heimen angesprochen: „*Dass meine Kinder und Enkelkinder mich wieder öfter besuchen dürfen*“. Andere wünschen sich allgemeiner ein Ende der Coronapandemie: „*Corona besiegen*“; „*es wäre schön, wenn es wieder so werden könnte wie vor der Coronapandemie*“. Auch eine Impfung gegen das Virus wird ersehnt: „*dass ich und meine Pflegepersonen geimpft werden*“. Es finden sich auch Stimmen, die sich auf übergeordneter Ebene mit Bezug auf die ältere Bevölkerung wünschen, dass „*bessere Lösungen für ältere Menschen in der Coronaphase gefunden werden, anstelle sie wegzusperren*“, oder dass „*den alten Menschen bei den Impfterminen besser [geholfen wird]*“.

- **Wunsch nach Verbesserung oder Erhalt der eigenen Gesundheit**

Nach ihren Wünschen gefragt, sprechen Hochaltrige auch das Thema Gesundheit an. Dabei hoffen manche schlichtweg, ihren aktuellen Gesundheitszustand erhalten zu können, „*gesund*“ und „*fit*“ zu bleiben. Andere leiden unter verschiedenen Beschwerden oder Einschränkungen und wünschen sich hier konkrete Verbesserungen, die zu einer selbstständigeren Lebensführung oder zu einem beschwerdefreieren Leben beitragen würden: „*Sehfähigkeit verbessern*“; „*wieder laufen können*“; „*Körper und Geist renovieren*“; „*mir die Schmerzen nehmen*“.

- **Wunsch nach besserer medizinischer Versorgung**

Ein weiterer Bereich, in dem Hochaltrige Verbesserungsbedarfe äußern, ist die medizinische Versorgung. Hier sammeln sich verschiedene Aspekte, die die Hochaltrigen an der ärztlichen Versorgung kritisieren. So wünschen sie sich beispielsweise kürzere Wartezeiten im Wartezimmer, aber auch auf Behandlungstermine (v. a. bei Fachärzt:innen). Vor allem auf dem Land soll der Ärztemangel behoben werden. Bemängelt wird zudem, dass Patient:innen in manchen Praxen aufgrund ihrer Krankenkassenzugehörigkeit abgelehnt werden. Manche fühlen sich auch aufgrund ihres Alters schlechter behandelt: „*Keine Sätze wie: ‚[Sie] sind schon 85 Jahre, das ist alles Verschleiß‘; ‚Denken Sie an Ihr Alter?? Tue ich nicht – ich denke an die Schmerzen!!‘*“

Einige Hochaltrige wünschen sich außerdem eine Erhöhung ihrer Pflegestufe oder eine bessere, fallgerechtere Einteilung des Pflegegrads.

- **Wunsch nach besserer Versorgung (pflegerisch)**

Auch Verbesserungsmöglichkeiten im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden in den offenen Antworten genannt. Hierbei werden u. a. Verbesserungen der Personalausstattung in Heimen vorgeschlagen: bessere Qualifikation des Personals, weniger Wechsel von Personal, geschlechterspezifische Zuteilung von Personal für bestimmte Pflegehandlungen, und nicht zuletzt mehr Personal, damit die Pflege mit mehr menschlicher Zuwendung gestaltet werden kann: „*der menschliche Kontakt (=Zeit) sollte zu den bezahlten Leistungen des Pflegeheims gehören*“. Zudem wird mehr Abwechslung im Heimalltag gewünscht durch ein größeres Angebot von Freizeitangeboten (z. B. *Gespräche, Vorlesen, Spazieren fahren, singen, basteln, tanzen, mehr Bewegungsangebote*). Auch eine schönere Gestaltung der Pflegeumgebung (z. B. frei zugänglicher Garten) wird angesprochen.

- **Wunsch nach Verbesserung der ambulanten Pflegesituation**

In diesem Bereich finden sich zwei Perspektiven. Die erste wird von Hochaltrigen eingenommen, die sich für ihre eigene ambulante Versorgung Verbesserungen wünschen. Für die meisten geht es dabei um Unterstützung im Haushalt, etwa dass auch ohne Vorliegen einer Pflegestufe Haushaltshilfen eingesetzt werden können. Nicht unbedingt soll dabei grundsätzlich alles übernommen werden, sondern Angebote an individuelle Bedarfe angepasst werden können, sodass einige Aufgaben weiterhin selbst ausgeführt werden können. Andere wünschen sich, endlich Pflege wie etwa eine professionelle 24-Stunden-Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Einige Hochaltrige, die bereits durch Angehörige oder Professionelle unterstützt werden, wünschen sich Verbesserungen für diese: „*Meine Kinder gehen mir täglich zur Hand. Wäre schön, wenn es dafür eine Art Belohnung/Entschädigung gäbe.*“; „*mir wäre wohler, wenn die Pflegekräfte (...) mehr geachtet, besser ausgebildet und – vor allem – besser bezahlt werden*“; „*Ich wünsche mir, dass diese Arbeit mehr Achtung und Anerkennung findet. Nicht nur mit Worten, sondern auch mit Taten (finanziell).*“

Unter den Hochaltrigen finden sich auch solche, die selbst eine andere Person pflegen. Ihre Wünsche verdeutlichen, wie sehr die Krankheit ihrer:s pflegebedürftigen Angehörigen auch ihr eigenes Leben und Wohlbefinden betrifft und dass sie hier Entlastung benötigen – vorrangig durch Unterstützung bei der Pflege und mehr eigene Auszeiten, aber auch durch Vereinfachungen bürokratischer Vorgänge. *„Selber noch ‚fit‘ wie ein Turnschuh. Es dreht sich aber Vieles um das Wohlbefinden meiner Frau. Für mich selber bin ich in guter Form und könnte Bäume ausreißen. (...) Aber mir sind die Hände gebunden alles das umzusetzen was ich gerne möchte.“*; *„Mein Mann hat Parkinson und mein Leben ist dadurch schwer beeinträchtigt. (...) Trotz Pflegedienste bleibt viel Arbeit und Sorge bei mir.“*; *„Ich muss immer da sein, habe wenig Zeit für mich und spüre oft meine Grenzen.“* *„Ich pflege meine Frau in häuslicher Pflege, was all meine Kraft verlangt. Bessere Unterstützung der Kassen für den Pfleger ohne die ständigen Wiederholungen der Anträge (...) mit 84 Jahren geht das an die ‚Psyche‘“.*

- **Wunsch nach finanzieller Unterstützung**

Einige Wünsche machen finanzielle Unterstützungsbedarfe deutlich. In diesem Bereich erhoffen sich Hochaltrige allgemein eine Erhöhung der Rente oder eine Abschaffung der Rentenbesteuerung, um sich das Leben schöner gestalten zu können: *„Rente erhöhen, um sich mehr Aktivitäten im Alltag leisten zu können“*; *„Die Versteuerung der Rente abschaffen, damit man besser leben kann“*. Andere wünschen sich konkreter finanzielle Unterstützung für medizinische Leistungen oder ein höheres Pflegegeld.

- **Wunsch nach Barrierereduzierung**

Im Bereich „Barrierereduzierung“ teilen sich die Wünsche auf in solche, die sich auf den Wohnraum beziehen und solche, die den öffentlichen Raum betreffen. Erstere sprechen beispielsweise eine größere Barrierefreiheit im Mietshaus an, etwa durch den Einbau eines Aufzugs, oder die Unterstützung beim altersgerechten Umbau des eigenen Hauses.

Zweitere betreffen vor allem infrastrukturelle Baumaßnahmen, um die eigenständige Bewegung älterer Menschen im öffentlichen Raum zu vereinfachen. *„Längere Grünphasen an Ampeln [und] mehr Zebrastreifen“* sollen den Straßenverkehr für ältere Menschen sicherer machen. Kopfsteinpflaster wird als *„Folter für Rollator + Rollstuhlfahrer“* empfunden. Bürgersteige sollen durch abgesenkte Auffahrten für die Benutzung mit Rollator und Rollstuhl aufge bessert werden. Auch wünschen sich Hochaltrige *„mehr Sitzgelegenheiten: Ohne so etwas ist spazieren Gehen für alte Leute unmöglich“*. Sitzgelegenheiten fehlen auch in Ämtern oder Banken. Ein weiterer Wunsch sind *„mehr Toiletten im Stadtgebiet und bei Behörden“*. Außerdem sollten vorhandene barrierefreie Lösungen mancherorts besser in Stand gehalten werden: *„Ich habe einen Rollator und nicht überall Zugang, weil defekte Lifte und Rolltreppen es unmöglich machen.“*

Abgesehen von solchen konkreten Baumaßnahmen gibt es Wünsche nach mehr Rücksicht auf ältere Menschen in der Gestaltung verschiedener Dinge, um die Teilhabe älterer Menschen besser zu ermöglichen. So wird bemängelt: *„Man setzt vo-*

raus, dass alle Internet und Smartphones haben. Im Fernsehen und in Tageszeitungen erscheinen oft Fremdwörter, die wir Älteren gar nicht kennen“. Ähnlich werden „weniger Anglizismen in Nachrichten und Fernsehen“ gewünscht. „Es wäre schön, wenn das sogenannte ‚Kleingedruckte‘ groß und leserlich und in verständlicher Sprache geschrieben werden würde.“, und „Im Bahn- u. Busverkehr kann die digitale Anzeige von Sehbehinderten nicht wahrgenommen werden. Diese sollte zusätzlich mit Lautsprecher ausgestattet werden.“ Eine weitere Schilderung lautet: „An den Kassen der großen Lebensmittelläden ist leider nur eine Ablage vorhanden. Die Kassiererin ist mit dem Durchziehen der Ware so schnell, dass man als alter Mensch mit dem Einpacken der Ware nebst Bezahlen nicht nachkommt. Das macht nervös.“

- **Wunsch nach Mobilitätsförderung**

Ein weiterer Bereich, in dem aus Sicht der Hochaltrigen Verbesserungsbedarfe bestehen, ist die Mobilität. Innerhalb dieses Bereichs wird der Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs mit dichterem Netz, häufigeren Verbindungen und günstigeren Tickets gefordert, oder auch freie Bus- und Bahnfahrten für Personen im höheren Alter. Daneben werden Wünsche nach besserer Infrastruktur, weniger Schließungen und mehr Einkaufsmöglichkeiten geäußert – insbesondere auf dem Land, um dort etwa die „Erreichbarkeit [der] Ärzte und Ämter“ zu verbessern und insgesamt „das Leben auf dem Land [zu] erleichtern“.

- **Wunsch nach Förderung von Selbstbestimmung**

In den Antworten der Hochaltrigen kommen auch Wünsche nach mehr Möglichkeiten der Selbstbestimmung zum Ausdruck. Als hinderlich wird hier vor allem die Bürokratie empfunden, die eine selbstständige Regelung der eigenen Belange erschwert oder unmöglich macht: „Dokumente öffentlicher Stellen/Behörden könnten übersichtlicher gestaltet sein und in größerer Schrift.“; „Die Bürokratie und vor allem die Pflege- und Krankenkasse ist für mich nicht mehr zu begreifen. Wenn meine Tochter und mein Großvetter sich nicht darum kümmern würden, dann hätte ich wohl finanzielle Probleme“. Doch auch ein besseres Verständnis politischer Vorgänge durch mehr Transparenz würde das Gefühl von Selbstbestimmung, Orientierung und Mündigkeit fördern: „bessere und verständlichere Informationen über politische Entscheidungen“; „nicht immer nur schwammige Aussagen.“

Der große Wunsch nach Selbstbestimmung macht zum Teil auch vor dem Tod nicht Halt: So fordern manche Hochaltrige etwa die „Schaffung einer gesetzlich fixierten Möglichkeit zum Ankauf von Medikamenten, um das Leben nach den eigenen Vorstellungen beenden zu können.“; oder „Eine garantierte Sicherheit, dass ich selbstbestimmt und, zu gegebener Zeit durch eine Natrium-Pentoparital-Spritze aus dem Leben scheidend darf und kann, würde mich sehr beruhigen und meinen Alltag verbessern.“

- **Wunsch nach Möglichkeiten sozialer Teilhabe und sozialen Kontakts**

Ein weiterer Bereich, den die genannten Wünsche betreffen, ist das soziale Leben. Hochaltrige wünschen sich mehr Besuche von der Familie und mehr Unterstützung durch ihre Kinder und Enkel. „Mein Hauptproblem ist, dass die Familie so weit ver-

streut lebt (...) sonst könnte öfter mal jemand vorbeikommen und bei Kleinigkeiten helfen.“ Andere vermissen Kontakte auch außerhalb der Familie, in der Nachbarschaft, zu Gleichaltrigen, oder *„mehr Nähe, zu allen Altersstufen in der Gesellschaft“*. Leid verursacht auch eine Verwitwung: *„Allein leben ist nicht schön“*. So hat mancher den Wunsch, wieder mit jemandem zusammen zu leben oder eine neue Partnerschaft einzugehen.

Um ihre Einsamkeit zu bekämpfen, werden auch zielgruppenspezifische Angebote vorgeschlagen, etwa *„mehr gemeinsame Veranstaltungen für Rentner in den Stadtteilen“*; *„anspruchsvolle Angebote für Senioren-Akademiker“*; *„Gesprächskreise für ältere türkische Menschen“*; *„organisierte, schöne, altersentsprechende Zusammenkünfte mit ungefähr gleich fitten Personen“*; oder *„Spezialangebote für Unternehmungen und Reisen“*. Auch speziell in Heimen wird eine Verbesserung und Erweiterung des Freizeitangebots gewünscht. Zudem sollen die Möglichkeiten des Besuchs von öffentlichen Veranstaltungen mit einem Rollstuhl verbessert werden.

Auch hier ist die Digitalisierung ein Thema, denn einige Hochaltrige fühlen sich durch die fortschreitende Digitalisierung ausgeschlossen. Sie wünschen sich, dass analoge Alternativen erhalten bleiben, um auch ohne digitale Ausstattung und Kompetenzen gesellschaftlich und sozial teilhaben zu können. Andere wünschen sich im Gegenteil mehr entsprechende Bildungsangebote und *„Hilfe beim Erlernen der digitalen Medien, um soziale Kontakte noch besser aufrecht zu erhalten“*. Wiederrum andere benötigen überhaupt erst eine (bessere) Internetverbindung.

Auch die Wohnsituation spielt für das soziale Leben eine Rolle. Es besteht der Wunsch, dass Ehepaare bei nötigem Heimeinzug des einen Partners nicht automatisch getrennt werden, sondern dort einfacher gemeinsam leben können. Als wünschenswerte Alternativen zum klassischen Pflegeheim werden Senioren-WGs, spezielle Einrichtungen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, mehr seniorengerechte Wohnungen und soziale Wohneinrichtungen für ältere Menschen, sowie mehr Mehrgenerationenhäuser genannt. Auch möchten Hochaltrige in der Nähe ihrer Kinder oder mit ihnen zusammen wohnen können.

• Wunsch nach mehr Wertschätzung der älteren Menschen

Hochaltrige wünschen sich mehr Wertschätzung durch die Gesellschaft. *„Wenn man alt ist, wird man nicht mehr beachtet“*, so ihr Eindruck; *„wenn man alt ist, will und mag dich keiner, das ist das Los, wenn man alt ist“*, oder sogar: *„alte Menschen sind nicht gefragt, sie sind eine Last“*. Einige Hochaltrige fühlen sich durch pauschale Altersstereotypen falsch wahrgenommen oder gar diskriminiert: *„Die Gesellschaft nimmt alte Menschen nicht für voll. Es wird vorausgesetzt, dass alle alten Menschen senil sind. Es wird ständig versucht, mich zu übervorteilen. Dieses fühlt sich nicht gut an“*. Die *„Unterlassung von Altersdiskriminierung z. B. bei Kosten für Versicherungen“* wird gefordert.

Doch auch wenn man als älterer Mensch eingeschränkt ist, gilt: *„abfällige Bemerkungen sind fehl am Platz, man sollte eher Hilfe anbieten“*. Das Alter und die Lebensleistungen älterer Menschen sollen mehr geschätzt und anerkannt werden. *„Ältere Menschen sollten mehr Verständnis, Hilfsbereitschaft und Empathie aus der Gesellschaft erfahren“*.

Von der Politik wünschen sich Hochaltrige mehr konkreten und proaktiven Einsatz für die ältere Bevölkerung. *„Man müsste sich um ältere Menschen mehr kümmern und sie unterstützen und nicht nur an Kinder und die nächste Generation denken – hier ist vor allem die Politik gefragt!“*. Es wird eine *„schlüssigere Politik in Richtung Ehrung der Alten“* und mit Blick auf die Belange Älterer gefordert. Eine mangelnde Interessenvertretung wird empfunden: *„Es fehlt an entsprechenden Organisationen, die mit Nachdruck und Aktionen auf den fehlenden Willen des Parlaments einwirk[en]“*.

- **Wunsch nach Möglichkeiten für Engagement und Mitverantwortung der Hochaltrigen**

Unter Hochaltrigen besteht der Wunsch, *„das Gefühl zu haben, gebraucht zu werden“*. Sie möchten ihre *„Lebens- und Berufserfahrungen weitergeben“* und *„für Andere da sein“*. Zu diesem Zwecke wünschen sie sich von der Gesellschaft, *„die ‚Alten‘ mehr einzubeziehen, ihr Wissen, ihre Erfahrungen [zu] respektieren“*. Sie möchten *„etwas zu tun haben“*, oder *„arbeiten, um dem Leben wieder Sinn zu geben“*. Ein Vorschlag sind mehr Möglichkeiten für ehrenamtliche Beschäftigungen, die den eigenen Fähigkeiten und Erfahrungen entsprechen.

- **Wünsche mit Bezug zu gesellschaftlichen oder politischen Entwicklungen**

Die Hochaltrigen sprechen nicht nur Wünsche mit Bezug zur konkreten eigenen Situation an, sondern auch solche, die die gesamte Gesellschaft betreffen. Diese beziehen sich zum einen auf ein friedliches und gutes Miteinander, etwa zwischen Generationen (*„ein großes Anliegen ist alte u. junge Menschen zusammenzubringen, um füreinander Verständnis zu erwecken“*; *„mehr Solidarität der Generationen“*) oder zwischen Menschen mit unterschiedlicher Herkunft oder Lebensweise (*„Achtung vor dem Menschen, egal welche Hautfarbe/Herkommen er hat u. was er macht“*). Auch ein besseres Klima in der deutschen Gesellschaft im Allgemeinen wird gewünscht: *„gegenseitige Rücksichtnahme der Menschen untereinander“*; *„ein wenig mehr ‚wir‘ und weniger ‚ich“*; *„Hilfsbereitschaft Ehrlichkeit Herzlichkeit Friedfertigkeit“*. Zum Teil denken Hochaltrige dabei vor allem an nachfolgende Generationen: *„Mehr Menschlichkeit dies wünsche ich mir deshalb, damit ich hinsichtlich der Zukunft meiner Kinder, Enkel – und Urenkel beruhigter ‚abtreten‘ kann.“* Hinderlich sehen manche hierbei die Medien, die z. B. in Filmen Brutalität zeigen, welcher in der Folge nachgeeifert wird.

Ein für Hochaltrige wichtiges Thema ist in diesem Zusammenhang auch der Umweltschutz. Auch hier treten vor allem Gedanken an Andere, insbesondere an kommende Generationen, zu Tage: *„zu sehen, dass die Politik alles daransetzt, dass diese schöne Welt für unsere Kinder und Enkelkinder lebenswert bleibt, d. h. mehr Umweltschutz weltweit und im eigenen Land.“*; *„Der Erhalt unserer Wälder – Natur – ist mir wichtig. Die Gesundheit meiner Kinder, Enkel u. Urenkel ist mir sehr wichtig!“*; *„würde mich sehr freuen, wenn man für das Klima mehr erreichen würde für unsere nächsten Generationen“*; *„Klimaschutz für Menschen u. Tiere“*.

Ein weiteres Anliegen der Hochaltrigen ist mehr Gerechtigkeit in der Gesellschaft. So wird beispielsweise die Angleichung der weiterhin unterschiedlichen

Lebensbedingungen in Ost- und Westdeutschland erwartet. Auch eine Verkürzung der Spanne zwischen Arm und Reich, sowie die Bekämpfung von Obdachlosigkeit in Deutschland werden gefordert. Kritisiert wird auch die schlechtere Berücksichtigung und (finanzielle) Stellung der Frau. Die Wünsche nach Gerechtigkeit betreffen zum Teil sogar auf globaler Ebene eine gerechtere Verteilung der weltweiten Güter.

Ein weiteres Thema in diesem Bereich ist die Sicherheit im öffentlichen Raum, welche einige vermissen. Gewünscht wird eine „*Erhöhung des Sicherheitsgefühls (...) durch Verstärkung der Polizei, Justiz*“, denn „*man getraut sich abends nicht mehr auf die Straße*“. Doch nicht nur auf der Straße fühlen sich einige unsicher: Auch Schutz vor betrügerischen Telefonanrufen, falschen Handwerkern etc. wird vermisst und hierfür vor allem eine stärkere Justiz.

Mit Bezug auf die politische Führung in Deutschland fällt mehrmals der Wunsch nach weniger Toleranz für extreme Entwicklungen. Außerdem wünschen sich manche, dass Politiker weniger parteipolitisch geleitet entscheiden und handeln, sondern zukunftsorientiert, mit Blick für die „*normalen Probleme der Bürger*“, „*ohne die Lobbyisten Beeinflussung*“ und „*nach den Grundsätzen der Natur*“.

Fazit

Der vorliegende Bericht befasst sich mit den grundlegenden Werthaltungen von Menschen ab 80 Jahren in Deutschland, sowie mit ihrer Wahrnehmung und ihren Vorstellungen vom gesellschaftlichen Zusammenleben. Auch ihre Wünsche für ein besseres Leben in ihrer konkreten Lebenssituation oder im gesellschaftlichen Zusammenleben werden betrachtet. Zu dieser Thematik wurde eine erhebliche Forschungslücke identifiziert, welche auf Grundlage der großen und repräsentativen Stichprobe der Studie D80+ geschmälert werden kann.

Hochaltrige Menschen in Deutschland vertreten mit Sicherheit und Tradition zum einen solche **Werte**, die sich statt auf Wachstum und Wandel auf die Bewahrung des Bestehenden fokussieren. Dieses Ergebnis deckt sich mit bisherigen Forschungsbefunden zu altersspezifischen Werthaltungen (z. B. Tulviste et al. 2017; van Herk und Poortinga 2012). Dabei könnten einerseits verschiedene mit dem Alter verbundene Ressourcenverluste dazu führen, dass eine Orientierung an Wachstum zunehmend einem Interesse an der Vermeidung weiterer Verluste, d. h. an der Bewahrung des Status quo weicht (Ebner et al. 2006). Die hohe Relevanz des Wertes Selbstbestimmung, welcher eigentlich der „Offenheit für Wandel“ zugeordnet wird, könnte diese Argumentation ebenfalls unterstützen: Es scheint plausibel, dass Selbstbestimmung im sehr hohen Alter (z. B. vor dem Hintergrund [drohender] körperlicher Verlustprozesse) zu einem immer weniger selbstverständlichen Zustand wird, den es zu schützen und bewahren gilt (Reissmann et al. 2021). Bereits Borg et al. (2017) wiesen auf mögliche inhaltliche Bedeutungsverschiebungen bezüglich einzelner Werte im höheren Alter hin, welche in der Folge auch zu Verschiebungen in der Zuordnung von einzelnen Werten zu den übergeordneten Wertetypen führen könnten.

Des Weiteren stehen für Hochaltrige in Deutschland Werte des Typs Selbsttranszendenz, d. h. das Interesse an Anderen und deren Wohlergehen, über denjenigen des Typs Selbststärkung, d. h. der Fokussierung auf das Selbst und eigene Vorteile. Auch dies untermauert bisherige Befunde (z. B. Tulviste et al. 2017; van Herk und Poortinga 2012) sowie theoretische Ansätze, nach denen die Selbstzentrierung im Alter hinter die Sorge um Andere tritt (Erikson 1980; Tornstam 1997). Ältere Menschen sehen zunehmend von sich selbst ab und wenden sich stattdessen der Lebenssituation anderer (v. a. jüngerer) Menschen zu; sie stellen das eigene Leben damit in eine Generationenfolge und so auch in umfassendere, kosmische Bezüge (Kruse 2017; Kruse und Schmitt 2014). Reissmann et al. (2021) fanden Hinweise darauf, dass nur solche sozial- und wachstumsorientierte Werte in positivem Zusammenhang sowohl mit hedonischem als auch mit eudämonischen Wohlbefinden stehen. Diese Art der Selbsttranszendierung scheint jedoch vor allem dann möglich zu sein, wenn es die eigenen Ressourcen zulassen: Für ressourcenschwächere Gruppen nimmt sie im handlungsleitenden Werteprofil einen niedrigeren Platz ein, zugunsten von Werten der Bewahrung des Bestehenden. Dies betrifft Personen ab 90 Jahren und Frauen – welche in dieser Generation weniger Bildung genießen konnten sowie einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Männer (Zimmermann et al. 2022) –, Niedriggebildete, Personen mit Verdacht auf beginnende Demenz sowie Heimbewohner:innen. In letzterer Gruppe zeigen sich besonders viele Verschiebungen der Werteprioritäten im Vergleich zur allgemeinen Hochaltrigenpopulation. Dies könnte auf eine besondere Bedeutung auch des funktionellen Gesundheitszustands hindeuten, welcher im vorliegenden Bericht nicht als separates Differenzierungsmerkmal betrachtet wurde. Gerade dieser könnte jedoch Möglichkeiten der Zielverfolgung mitbestimmen und zu Verschiebungen im Werteprofil führen. Im Sinne akkomodativer Zielanpassung (Brandstädter und Rothermund 2002) kann dieser Prozess durchaus günstig sein. Mithilfe ermöglichender Strukturen könnten Hochaltrige dennoch ihre Lebenssituation assimilativ an ihre eigentlichen Werte und Ziele anpassen.

Die beschriebene Hinwendung der hochaltrigen Bevölkerung zur Sorge um Andere und Mitverantwortung zeigt sich auch im hohen Stellenwert der **Generativität**. Die Generali-Studie identifizierte Generativität als eines der wichtigsten Daseinsthemen von Personen im Alter zwischen 65 und 85 Jahren (Kruse und Schmitt 2016). Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die hohe Bedeutung von Generativität auch für eine große Mehrheit der 80- bis 106-Jährigen. Viele Hochaltrige möchten demnach Verantwortung für die Gesellschaft, insbesondere für nachkommende Generationen, mit übernehmen. Sie tragen, vorrangig im niederschweligen Bereich, auch praktisch ihre Erfahrungen bei: Über zwei Drittel kommen ihrem Wunsch nach Generativität manchmal oder häufig nach. Auch die Ausübung eines (formalen) Ehrenamts ist mit dem Interesse an der Sorge für Jüngere verbunden, jedoch ist der Anteil von Personen, die diese Form der Mitverantwortung übernehmen, weitaus geringer (16,6 %). Dieser Wert entspricht in etwa den Befunden des Freiwilligensurveys für die Gruppen ab 80 Jahren bzw. 85 Jahren und liegt deutlich unter der Beteiligung jüngerer Gruppen von bis zu 44,7 % im Jahr 2019 (Simonson et al. 2021). Die Autor:innen schreiben: „Freiwilliges Engagement ist eine

wichtige Form der gesellschaftlichen Partizipation. Geht man davon aus, dass alle Bevölkerungsgruppen die gleichen Chancen haben sollten, an der Gesellschaft teilzuhaben, dann sollte es idealerweise keine systematischen gruppenbezogenen Unterschiede im freiwilligen Engagement geben. Das ist aber nicht der Fall.“ (ebd., S. 90). Dies fügt sich in das Urteil von Kruse (2005), unsere Gesellschaft stelle keine altersfreundliche Gesellschaft dar, da „bislang noch nicht wirklich gelungen ist, sozialkulturell anerkannte Rollen nach dem Austritt aus dem Beruf zu finden und ältere Menschen als mitverantwortlich handelnde Staatsbürger anzusprechen, die durch ideelle wie materielle Ressourcen einen substanziellen Beitrag zum Humanvermögen leisten können“ (S. 277). Ressourcenschwächere Gruppen üben generatives Verhalten zudem vergleichsweise seltener aus. Dies weist darauf hin, dass eine Integration der Verletzlichkeits- und Potenzialperspektive (Kruse 2017), die Personen mit stärkeren Einschränkungen in einzelnen (z. B. körperlichen) Bereichen noch verbliebene (z. B. seelische, geistige, sozialkommunikative) Potenziale zugesteht und auch ihnen ehrenamtliche Betätigungen explizit anbietet, weiterhin ausbleibt. Dass betreffende Gruppen zugleich Generativität als weniger wichtig bewerten als solche, die diese häufiger ausüben (können), verweist erneut auf eine mögliche Anpassung der eigenen Ziele und Haltungen an die gegebenen Möglichkeiten, diese auch zu erreichen.

Mit ihren Wertvorstellungen findet sich die deutliche Mehrheit der Hochaltrigen (69 %) in der deutschen Gesellschaft (eher) nicht wieder. Mehr als jede:r Zweite hat außerdem das Gefühl, sich in der Gesellschaft nicht gut orientieren zu können und mit der gesellschaftlichen Lebensweise nicht gut zurecht zu kommen. Dies bestätigt eine prinzipielle Gefährdung insbesondere älterer Menschen, aufgrund der Abkehr von traditionellen Ansichten und der Pluralisierung von Lebensformen in der modernen Gesellschaft Gefühle von **Anomie** zu empfinden (Brandstädter und Wentura 1994). Zudem grenzen pauschale Altersbilder ältere Menschen von der Gesellschaft ab und könnten so auch das Gefühl von Entfremdung verstärken (Kruse 2017). Die Ergebnisse sind jedoch auch vor dem Hintergrund der **Coronapandemie** zu interpretieren, die für beinahe zwei Drittel der Hochaltrigen das Gefühl von Entfremdung ihrer Aussage nach verstärkt hat. Positive Entwicklungen in der Pandemie, etwa gesellschaftliches Zusammenrücken und gestiegener solidarischer Zusammenhalt (z. B. in Nachbarschaften; Kühne et al. 2020), konnten diese negativen Auswirkungen offensichtlich nicht genügend eindämmen. Besonders von der Gesellschaft entfremdet fühlen sich hochaltrige Frauen, ältere Personen, niedriger Gebildete, Ostdeutsche, Heimbewohner:innen und Personen mit schlechterem kognitivem Status. Dies ist nicht nur bedenklich angesichts der möglichen Konsequenzen von Anomie für ihre individuelle Lebensqualität (Brandstädter und Wentura 1994; Kaspar 2004; Schaller 2008). Ein starker gesellschaftlicher „Kitt“ (Bundesministerium des Innern und für Heimat, o. J.) ist essenziell für eine gut funktionierende Gesellschaft und hängt auch davon ab, dass allen Gruppen ein Gefühl von Zugehörigkeit, Inklusion und Respekt vermittelt wird.

Erfreulich ist, dass viele Hochaltrige – jedenfalls in der Spontaneität der Befragungssituation – keine **Unterstützungs- und Verbesserungsbedarfe** äußern. Viele beschrieben an dieser Stelle explizit ihre Zufriedenheit mit ihrem Leben noch

im sehr hohen Alter. Doch lässt ein Teil der Antworten auch erkennen, dass Hochaltrige in schlechteren Lebenssituationen diese durch internalisierte Altersbilder resignativ als *Schicksal des Alters* begreifen, sodass sie über Möglichkeiten der Verbesserung gar nicht erst nachdenken. Dies verdeutlicht das gefährliche Potenzial von negativen Altersbildern, sich als internalisierter Teil des Selbstbilds als selbst-erfüllende Prophezeiung ungünstig auf das Leben älterer Menschen auszuwirken (z. B. Wurm et al. 2013).

Die jedoch von einem anderen Teil der Hochaltrigen frei geäußerten Wünsche lassen sich wie folgt grob strukturieren:

1) **Die konkrete, autonome Lebensgestaltung betreffende Wünsche und situativ gewachsene Unterstützungsbedarfe:** Die allgemeine Sorge um den Erhalt oder die Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands ist ein wichtiges Thema für Hochaltrige. Daneben bestehen vor allem konkrete Wünsche nach Verbesserungen ihrer pflegerischen oder medizinischen Versorgung, oder nach Entlastung in der Pflege einer anderen Person. Zudem erhoffen Hochaltrige sich Strukturen, die ihnen höhere Autonomie gewähren – in der eigenen Wohnsituation (z. B. Unterstützung bei der Barrierereduzierung in der Wohnumgebung),⁶ im öffentlichen Raum (z. B. Barrierefreiheit), bis hin zur Gestaltung des eigenen Lebensendes (Sterbehilfe).

2) **Wünsche nach mehr sozialer Einbindung und höherer gesellschaftlicher Wertschätzung:** Zum einen wünschen sich Hochaltrige mehr Besuche, mehr soziale Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie, sowie mehr Kontakte auch durch vermehrte zielgruppenspezifische Angebote im Nahraum. Eine stärkere soziale Einbindung ist auch das Hauptanliegen im Zusammenhang mit der Coronapandemie, wie bereits ein detaillierter D80+ Kurzbericht zur Betroffenheit der Hochaltrigen von der Coronapandemie zeigen konnte (Hansen et al. 2021).

Zum anderen besteht der Wunsch nach einem wertschätzenderen gesellschaftlichen Umgang mit Älteren. Dazu gehört auch, dass Hochaltrige sich und ihre Belange zu wenig berücksichtigt sehen, etwa in der Gestaltung öffentlicher Räume oder in der fortschreitenden Digitalisierung mit zunehmendem Mangel an analogen Alternativen. Der Ausdruck negativer Altersstereotype wird in mangelnder Wertschätzung, im Umgang mit der älteren Generation während der Coronakrise, und auch in konkreter Altersdiskriminierung erlebt. All dies ist sicher auch ein Auslöser der oben beschriebenen gesellschaftlichen Entfremdung.

3) **Sorge um und für Andere sowie die Gesellschaft als Ganzes:** Ältere erhoffen sich nicht nur von der Gesellschaft konkrete Unterstützung, mehr Rücksicht und Wertschätzung, sondern sorgen sich auch selbst um Andere und möchten etwas an die Gesellschaft weitergeben. Dies betrifft einerseits einzelne Gruppen wie Pflegende, denen ihrer Meinung nach mehr (finanzielle) Anerkennung und bessere Arbeitsbedingungen zustehen. Sie wünschen sich außerdem mehr Möglichkeiten, sich zu engagieren und für andere da zu sein. Für die Gesellschaft als

⁶Siehe hierzu auch den einschlägigen D80+ Kurzbericht von Oswald und Wagner 2022.

Ganzes, insbesondere mit Gedanken an nachkommende Generationen, wünschen sie sich einen besseren Schutz der Lebensumwelt (Klima), mehr Sicherheit und ein respektvolleres, gerechteres Miteinander aller gesellschaftlichen Gruppen.

Politische Implikationen

Es lassen sich drei übergeordnete Bereiche identifizieren, die politische Handlung erfordern.

- 1) Ältere Menschen müssen in ihrem **Autonomie- und Sicherheitsempfinden unterstützt und gestärkt werden**. Dies ist geboten, weil Sicherheit und Selbstbestimmung zu den wichtigsten Werten der Hochaltrigen zählen. Zudem wurden diese Bereiche auch in den frei geäußerten Wünschen häufig angesprochen. Gerade im Alter tragen äußere Bedingungen zunehmend zur individuellen (Un-)Selbstständigkeit bei (Lawton 1982). Maßnahmen (z. B. medizinische, pflegerische, soziale), die die Selbstständigkeit älterer Menschen aufrechterhalten oder wiederherstellen, müssen demnach als ebenso verpflichtend und investitionswürdig angesehen werden wie die gesundheitliche Versorgung jüngerer Menschen (Kruse 2005). Defizitäre Altersbilder führen jedoch oft dazu, dass die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen eher Abhängigkeit als Selbstständigkeit fördert (Baltes 1996; Kruse 2005). Eine zusätzliche (z. B. finanzielle, bildungsbezogene) Ressourcenausstattung würde es Menschen im hohen Alter außerdem erlauben, sich stärker auf Ziele zu konzentrieren, die ihrem Wohlbefinden besonders dienlich sind (Reissmann et al. 2021; Woopen et al. 2021).
- 2) Die gesellschaftliche **Integration und Mitverantwortung älterer Menschen muss gestärkt werden**. Dabei muss auch bei Personen im sehr hohen Alter an flexible Möglichkeiten zur Erwerbstätigkeit gedacht werden, die im Rentenalter nicht primär aus finanziellen, sondern neben persönlichen (Spaß an der Arbeit) vor allem aus sozialen (Kontakt zu Anderen) Motiven ausgeführt wird (Anger et al. 2018). Doch auch die Anerkennung nachberuflichen Engagements und vor allem der Heterogenität und Potenziale älterer Menschen, die nicht nur Sorgeempfangende, sondern auch Sorgetragende sein können, ist noch immer unzureichend (Kruse 2017). Die Umsetzung von generativen Motiven muss durch Gelegenheitsstrukturen unterstützt werden (z. B. Generationenbegegnungsstätten, Mehrgenerationenhäuser, integrative Wohn- und Quartierskonzepte, Vermittlung differenzierter Altersbilder, Ressourcenausstattung älterer Menschen) (ebd.). Eine Schaffung von mehr Möglichkeiten ehrenamtlichen Engagements, die sich auch an Menschen im sehr hohen Alter (d. h. Abschaffung von normierten Altersgrenzen) – explizit auch solche mit stärkeren Einschränkungen in einzelnen Bereichen – richten, kann dem Wunsch hochaltriger Menschen nach mitverantwortlicher und generativer Beschäftigung nachkommen. Eine stärkere Einbindung in gesellschaftliche Strukturen und Verantwortlichkeiten kann auch dazu beitragen, dass sich ältere Menschen mit ihren Werten und Fähigkeiten in der Gesellschaft besser wiederfinden und diese als stärker wertgeschätzt er-

fahren. Zu diesem Zweck sollten auch weitere Maßnahmen ergriffen werden, bspw. zielgruppenspezifische, zugehende Angebote, mehr Unterstützung in Zeiten der Digitalisierung, stärkere Einbindung und Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen und traditioneller Sichtweisen. Auch eine weitere Bekämpfung pauschaler Altersbilder ist nötig, um zu einer besseren und selbstverständlicheren Einbindung älterer Menschen in die Gesellschaft beizutragen. Bei alledem darf jedoch eine mitverantwortliche, aktive Lebensweise lediglich ein Angebot bleiben: Sie darf keinesfalls zum Zwang oder zur Voraussetzung menschlicher Wertschätzung werden.

- 3) Es muss weitere (auch längsschnittliche) **Forschung** zu den Werten, Wünschen und Prioritäten der stetig wachsenden sehr alten Bevölkerung gefördert werden, um diese zielgruppengerecht ansprechen und unterstützen zu können. Es bleibt unklar, welche Werte Personen durch die Hochaltrigkeit leiten, welchen Entwicklungen diese ggf. im sehr hohen Alter noch unterliegen, wodurch diese ausgelöst werden und wie nachhaltig sie sind. Beispielsweise stellt sich die Frage, wie und wie nachhaltig sich die Werte von Menschen nach bestimmten Ereignissen (z. B. Heimeinzug, Verlust des:r Partner:in oder eines Kindes) verändern. Auch scheint es im hohen Alter inhaltliche Bedeutungsverschiebungen im Verständnis der Schwartz'schen Werte zu geben, die näher untersucht werden sollten, um die Werthaltungen und Prioritäten Hochaltriger bestmöglich zu verstehen.

Literatur

- Adler M, Brayfield A (1997) Women's work values in unified Germany. Regional differences as remnants of the past. *Work Occup* 24(2):245–266
- Anger S, Trahms A, Westermeier C (2018) Erwerbstätigkeit nach dem Übergang in Altersrente, Soziale Motive überwiegen, aber auch Geld ist wichtig. IAB-Kurzbericht Nr. 24. Erhardi Druck GmbH, Regensburg
- Ayalon L, Chasteen A, Diehl M, Levy BR, Neupert SD, Rothermund K, Tesch-Römer C, Wahl H-W (2021) Aging in times of the COVID-19 pandemic: avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 76(2):49–52. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Baltes M (1996) *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press, Cambridge
- Beckmann F, Schönauer AL (2021) Spaltet Corona die Gesellschaft? Eine empirische Milieuanalyse pandemiebezogener Einstellungen. In: Blättel-Mink B (Hrsg) *Gesellschaft unter Spannung. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2020*. https://publikationen.sozioogie.de/index.php/kongressband_2020/article/view/1302. Zugegriffen am 20.05.2022
- Borg I, Hertel G, Hermann D (2017) Age and personal values: similar value circles with shifting priorities. *Psychol Aging* 32(7):636–641
- Brandtstädter J, Rothermund K (2002) The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: a two-process framework. *Dev Rev* 22:117–150
- Brandtstädter J, Wentura D (1994) Veränderungen der Zeit- und Zukunftsperspektive im Übergang zum höheren Erwachsenenalter: Entwicklungspsychologische und differentielle Aspekte. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 26(1):2–21
- Braun M, Borg I (1997) Einstellungen zur Erwerbstätigkeit der Frau in Ost- und Westdeutschland: Trends, Strukturen und ihre Beziehung zu wissenschaftlichem Pessimismus. *ZUMA Nachrichten* 21(40):21–35

- Brooke J, Jackson D (2020) Older people and COVID-19: isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs* 29(13–14):2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Bundesministerium des Innern und für Heimat (o. J.) Gesellschaftlicher Zusammenhalt – der Kitt unserer Gesellschaft. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/gesellschaftlicher-zusammenhalt/gesellschaftlicher-zusammenhalt-node.html>. Zugegriffen am 23.05.2022
- Dobewall H, Tormos R, Vaclair CM (2017) Normative value change across the human life cycle: similarities and differences across Europe. *J Adult Dev* 24:263–276. <https://doi.org/10.1007/s10804-017-9264-y>
- Ebner NC, Freund AM, Baltes PB (2006) Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: from striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychol Aging* 21(4):664–678
- Erikson E (1980) *Identity and the life cycle*. Norton and Co, New York
- Fegg MJ, Wasner M, Neudert C, Borasio GD (2005) Personal values and individual quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manag* 30(2):154–159
- Fischer R, Schwartz S (2011) Whence differences in value priorities? Individual, cultural, or artifactual sources. *J Cross Cult Psychol* 42(7):1127–1144
- Fung HH, Ho YW, Zhang R, Zhang X, Noels KA, Tam KP (2016) Age differences in personal values: universal or cultural specific? *Psychol Aging* 31(3):274–286
- Hansen S, Schäfer N, Kaspar R (2021) *Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen. (D80+ Kurzberichte, 1)*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen, Köln.
- van Herk H, Poortinga YH (2012) Current and historical antecedents of individual value differences across 195 regions in Europe. *J Cross Cult Psychol* 43(8):1229–1248
- Hirschauer S (2020) *Pandemische Humandifferenzierung*. In: Kortmann B, Schulze GG (Hrsg) *Jenseits von Corona. Unsere Welt nach der Pandemie – Perspektiven aus der Wissenschaft*. Transcript, Bielefeld
- Höpflinger F (2002) *Generativität im höheren Lebensalter Generationensoziologische Überlegungen zu einem alten Thema*. *Z Gerontol Geriatr* 35:328–334
- Inglehart R (1997) *Modernization and postmodernization: cultural, economic, and political change in 43 societies*. Princeton University Press, Princeton
- Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E (2020) Coronavirus, ageism, and Twitter: an evaluation of tweets about older adults and COVID-19. *J Am Geriatr Soc* 68(8):1661–1665. <https://doi.org/10.1111/jgs.16508>
- Kantar Public (2018) *NRW80+ Methodenerbericht*. Kantar Public, München
- Kaspar R (2004) Technology and loneliness in old age. *Gerontechnology* 3(1):42–48. <https://doi.org/10.4017/gt.2004.03.01.007.00>
- Kruse A (2005) Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. *Z Gerontol Geriatr* 38:273–287
- Kruse A (2017) *Lebensphase Hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*, Berlin, Springer
- Kruse A, Schmitt E (2014) *Hochbetagt und mittendrin. Alter und Gesellschaft*. Ruperto Carola 5:42–51
- Kruse A, Schmitt E (2016) Die Sorge für und um andere Menschen als bedeutsames Motiv des hohen Alters – ein Beitrag zum Verständnis des zoon politikon echon. In: Naegele G, Olbermann E, Kuhlmann A (Hrsg) *Teilhabe im Alter gestalten. Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden
- Kuckartz U (2018) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel, Beltz Juventa
- Kühne S, Kroh M, Liebig S, et al (2020) *Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Zeiten von Corona: Eine Chance in der Krise? SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1091*. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

- Lawton MP (1982) Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In: Lawton MP, Windley PG, Byerts TO (Hrsg) *Aging and the environment*. Springer, New York, S 33–59
- Mayring P (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse*. Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim/Basel
- Meisner BA (2021) Are you ok, Boomer? Intensification of ageism and intergenerational tensions on social media amid COVID-19. *Leis Sci* 43(1–2):56–61. <https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1773983>
- Michalos AC (1985) Multiple discrepancies theory. *Soc Indic Res* 16:347–413
- Neise M, Zank S (2016) *Lebensqualität*. In: Müller SV, Gärtner C (Hrsg) *Lebensqualität im Alter*. Springer, Berlin/Heidelberg, S 3–22
- Oswald V, Wagner M (2022) Die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld hochaltriger Menschen in Deutschland. (D80+ Kurzberichte, 8). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen, Köln
- Reissmann M, Storms A, Woopen C (2021) Individual values and spirituality and their meaning for affective well-being and engagement with life in very old age. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):85–92
- Robinson OC (2013) Values and adult age: findings from two cohorts of the European Social Survey. *Eur J Ageing* 10:11–23
- Sagiv L, Roccas S, Hazan O (2004) Value pathways to Well-being: healthy values, valued goal attainment, and environmental congruence. In: Linley PA, Joseph S (Hrsg) *Positive psychology in practice*. Wiley, S 68–85. <https://doi.org/10.1002/9780470939338.ch5>
- Schaller S (2008) Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriatr* 41(1):14–21. <https://doi.org/10.1007/s00391-008-0518-y>
- Schmitt E (2013) *Bürgerschaftliches Engagement Hochaltriger*. Aus Politik und Zeitgeschichte 63:9–12
- Schoklitsch A, Baumann U (2012) Generativity and aging: a promising future research topic? *J Aging Stud* 26(3):262–272. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.01.002>
- Schwartz SH (1992) Universals in the content and structure of values: theory and empirical tests in 20 countries. In: Zanna M (Hrsg) *Advances in experimental social psychology*, Bd 25. Academic Press, New York, S 1–65
- Schwartz SH (2003) A proposal for measuring value orientations across nations. In: *Questionnaire development report of the European Social Survey* (Chap. 7). http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/core_ess_questionnaire/ESS_core_questionnaire_human_values.pdf. Zugegriffen am 23.05.2022
- Schwartz SH (2005) Robustness and fruitfulness of a theory of universals in individual human values. In: Tamayo A, Porto JB (Hrsg) *Valores e comportamento nas organizações [Werte und Verhalten in Organisationen]*. Petrópolis, Vozes, S 56–95
- Schwartz SH (2006) Value orientations: measurement, antecedents and consequences across nations. In: Jowell R, Roberts C, Fitzgerald R, Eva G (Hrsg) *Measuring attitudes cross-nationally: lessons from the European Social Survey*. Sage, London, S 169–203
- Schwartz SH (2012) An overview of the Schwartz theory of basic values. *Online Readings in Psychol Cult* 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1116>
- Schwartz SH, Bilsky W (1990) Toward a theory of the universal content and structure of values: extensions and cross-cultural replications. *J Pers Soc Psychol* 58(5):878–891
- Schwartz SH, Rubel T (2005) Sex differences in value priorities: cross-cultural and multimethod studies. *J Pers Soc Psychol* 89(6):1010–1028
- Schwartz SH, Sortheix F (2018) Values and subjective well-being. In: Diener E, Oishi S, Tay L (Hrsg) *Handbook of well-being*. Noba Scholar, Salt Lake City, S 1–25
- Simonson J, Kelle N, Kausmann C, Karnick N, Arriagada C, Hagen C, Hameister N, Huxhold O, Tesch-Römer C (2021) *Freiwilliges Engagement in Deutschland*. Zentrale Ergebnisse des Fünfsten Deutschen Freiwilligensurveys (FWS 2019). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
- Sortheix FM, Lönnqvist JE (2015) Person-group value congruence and subjective well-being in students from Argentina, Bulgaria and Finland: the role of interpersonal relationships. *J Community Appl Soc Psychol* 25(1):34–48

- Sortheix FM, Olakivi A, Helkama K (2013) Values, life events, and health: a study in a Finnish rural community. *J Community Appl Soc Psychol* 23(4):331–346
- Stewart AJ, Vandewater EA (1998) The course of generativity. In: McAdams DP, de St. Aubin E (Hrsg) *Generativity and adult development. How and why we care for the next generation.* American Psychological Association, Washington, S 75–100
- Tormos R, Vauclair CM, Dobewall H (2017) Does contextual change affect basic human values? A dynamic comparative multilevel analysis across 32 European countries. *J Cross Cult Psychol* 48(4):490–510
- Tornstam L (1997) Gerotranscendence: the contemplative dimension of aging. *J Aging Stud* 11:143–154
- Tulviste T, Kall K, Rämmer A (2017) Value priorities of younger and older adults in seven European countries. *Soc Indic Res* 133:931–942
- UNESCO Institute for Statistics (2012) International standard classification of education (ISCED) 2011. UNESCO Institute for Statistics, Quebec. <https://doi.org/10.15220/978-92-9189-123-8-en>
- Vogel B (2020) Covid-19 als Weckruf? Plädoyer für eine neue Politik öffentlicher Güter. *WSI Mitteilungen* 73(6):468–471
- Wettstein M, Nowossadeck S (2021) Altersdiskriminierung in der Pandemie ist nicht die Regel – Jede zwanzigste Person in der zweiten Lebenshälfte berichtet erfahrene Benachteiligung wegen ihres Alters. *DZA Aktuell* 06/2021. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Woopen C, Wagner M, Zank S (2021) Das gute Leben. Gesellschaft, Politik und die Praxis des hohen Alters. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):138–143
- Wurm S, Warner LM, Ziegelmann JP, Wolff JK, Schüz B (2013) How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy? *Psychol Aging* 28(4):1088–1097
- Xiang X, Lu X, Halavanau A, Xue J, Sun Y, Lai PHL, Wu Z (2021) Modern senicide in the face of a pandemic: an examination of public discourse and sentiment about older adults and COVID-19 using machine learning. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 76(4):190–200. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa128>
- Zimmermann J, Brijoux T, Zank S (2022) Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter. (D80+ Kurzberichte, 3). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen, Köln

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden in der Hochaltrigkeit



Roman Kaspar, Annika C. Ernst und Susanne Zank

Kernaussagen Zwischen November 2020 und Dezember 2021 wurde im Rahmen der bundesweiten Studie „Hohes Alter in Deutschland“ eine schriftliche und telefonische Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität durchgeführt. Dieser abschließende zehnte Kurzbericht aus der deutschlandweiten Repräsentativbefragung stellt die allgemeine Lebenszufriedenheit und das subjektive Wohlbefinden hochaltriger Menschen in Deutschland dar.

Mehr als drei von vier hochaltrigen Menschen in Deutschland sind mit ihrem Leben alles in Allem zufrieden. Die durchschnittliche Zufriedenheit sinkt jedoch über Altersgruppen hinweg deutlich ab. Als besonders unzufrieden beschreiben sich ältere Menschen in Heimen.

Ältere Menschen in Deutschland berichten auch im ersten Pandemie-jahr häufig positive Gefühle. Menschen in älteren Altersgruppen, Frauen, Personen in Heimen und mit geringerer Bildung haben ein geringeres Wohlbefinden.

Die Inhalte dieses Kapitels wurden im Oktober 2022 als Kurzbericht Nummer 10 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht.

R. Kaspar (✉) · A. C. Ernst

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: roman.kaspar@uni-koeln.de; d-80plus@uni-koeln.de

S. Zank

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: susanne.zank@uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,

https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_11

Lebensqualitätsunterschiede zwischen soziodemografischen Gruppen werden z. T. durch deren unterschiedliche Lebenssituation erklärt. So ist z. B. in einem Heim zu leben für sich genommen kein Risikofaktor für geringe Zufriedenheit oder reduziertes Wohlbefinden mehr, wenn Lebensqualität im Alter ganzheitlich verstanden und analysiert wird.

Sehr alte Menschen in Deutschland fühlen sich nur wenig gesellschaftlich anerkannt. Nur etwas über die Hälfte (53 %) der hochaltrigen Menschen in Deutschland fühlt sich von der Gesellschaft für ihre Lebensleistung wertgeschätzt. Weniger als jede dritte hochaltrige Person fühlt sich von der heutigen Gesellschaft gebraucht. Ältere Menschen in Ostdeutschland fühlen sich weniger gesellschaftlich anerkannt und wertgeschätzt.

Soziale Risikolagen (Einsamkeit) sind bei sehr alten Menschen besonders stark mit geringerer Lebenszufriedenheit verknüpft. Das Einsamkeitsrisiko selbst ist zwischen Gruppen älterer Menschen (vor allem nach Geschlecht) stark ungleich verteilt.

Für die gelingende Lebensführung im Alter (Erleben von Autonomie und Verbundenheit mit dem Leben) ist erhaltene Alltags selbstständigkeit von zentraler Bedeutung. Eine höhere Alltags selbstständigkeit ist jedoch kein Schutzfaktor vor negativen Bewertungen durch Andere.

Die Sicht auf das eigene Älterwerden bestimmt die subjektive Lebensqualität im hohen Alter mit. Altersbezogene Verluste machen es schwerer, aktiv mit dem Leben verbunden zu bleiben und Ziele zu realisieren. Dagegen gehen erlebte Altersgewinne mit Wohlbefinden und wahrgenommener Wertschätzung einher.

Bei der subjektiven Lebensqualität im Alter gilt nicht Alles-oder-Nichts. Hohe Zufriedenheit kann auch dann beobachtet werden, wenn sich ältere Menschen nicht von der Gesellschaft anerkannt und gebraucht fühlen. Autonomie ist ein häufig diskutierter Aspekt der gelingenden Lebensführung im Alter. Autonomie ist aber sowohl mit dem eigenen Wohlbefinden, als auch mit der wahrgenommenen Wertschätzung durch Andere nur schwach assoziiert.

Einleitung

Dieses abschließende Kapitel beschreibt verschiedene Facetten der subjektiv erlebten Lebensqualität. Wie sind Zufriedenheit und Wohlbefinden im sehr hohen Alter ausgeprägt? Wie stark fühlen sich Ältere wertgeschätzt? Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf Aspekte eines in dieser späten Lebensphase trotz gesundheitlicher und sozialer Herausforderungen subjektiv gelingenden Lebens gelegt, insbesondere die erlebte Autonomie und die Verbundenheit mit dem Leben.

Der vorliegende Bericht fokussiert auf das Alter, das Geschlecht, die erworbene Bildung und den Wohnort (Ost-West und Heim versus Privathaushalt) als zentrale

	Umwelt		Person
Lebensmöglichkeiten	Lebenswerte Umwelten		Lebensstüchtigkeit/ Befähigung der Person
	Ansprüche (Soll)	- Über-individuelles Wertesystem	- Individuelles Wertesystem
	Bedingungen (Ist)	- Umweltbedingungen und Opportunitätsstrukturen	- Verfügbare Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person
Lebensergebnisse	Wertschätzung durch Andere		Gelingende Lebensführung
	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung von (Lebens-) Leistungen - Akzeptanz des So-Seins Hochaltriger - Sozialer Status 		<ul style="list-style-type: none"> - Funktionalität in Lebensvollzügen - Kohärenz - Generativität - Soziale Eingebundenheit
			Wertschätzung des eigenen Lebens
			<ul style="list-style-type: none"> - Affektives Wohlbefinden - Psychische Belastung - Lebenszufriedenheit

Abb. 1 Das Challenges and Potentials (CHAPO) Modell der Lebensqualität im sehr hohen Alter (Wagner et al. 2018; übersetzt durch Neise et al. 2019; Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des NOMOS Verlags)

Gruppierungsvariablen der Sozialberichterstattung. Darüber hinaus werden in Anlehnung an das vorgeschlagene Challenges and Potentials Model of Quality of Life in Very Old Age (CHAPO; Neise et al. 2019; Wagner et al. 2018, s. Abb. 1) individuelle Schutz- und Risikofaktoren für die subjektive Lebensqualität betrachtet. Dabei werden eine hohe funktionale Gesundheit (Alltagsselbstständigkeit) und gute soziale Integration als Schutzfaktoren, eine geringe soziale Integration (Einsamkeit) und eingeschränkte Alltagsselbstständigkeit dagegen als Risikofaktoren betrachtet. Mit dem subjektiven Alternserleben wird darüber hinaus die Sichtweise auf das eigene Altern (Verluste *und* Gewinne) als weitere Person-bezogene Vulnerabilität oder Ressource betrachtet.

Das Projekt D80+ zeichnet sich durch die umfassende Erhebung von Merkmalen der Lebensqualität im hohen Alter aus und insbesondere durch eine weit über klassische Wohlbefindens-Indikatoren wie Zufriedenheit oder Affekt hinausgehende Berücksichtigung von Lebensergebnissen (Cresswell-Smith et al. 2019; Wettstein et al. 2015). So wird auch der Bereich der Wertschätzung durch Andere als (wahrgenommene) externe Bewertung¹ miteinbezogen. Darüber hinaus werden mit der Autonomie und der aktiven Lebensverbundenheit konkrete Formen der Lebensführung betrachtet, die sowohl für ältere Menschen selbst als auch für die Gesellschaft konkrete Entwicklungsziele darstellen und die darum auch wertbezogen als Formen gelingender Lebensführung im Alter diskutiert werden. Dieser abschließende Bericht berücksichtigt diese Multidimensionalität von Lebensqualität im sehr hohen Alter bei der Erklärung beobachteter Unterschiede in Lebensergebnissen mit

¹Die Kriterien, vor deren Hintergrund solche Bewertungen von Nützlichkeit und Anerkennung zustande kommen, mögen dabei, wie Veenhoven (2000) anmerkt, diskutabel sein – ihre Bedeutung für die subjektiv erlebte Lebensqualität älterer Menschen erscheint dagegen unbestritten.

und trägt damit auch zur Validierung der innovativen Elemente des konzeptionellen Rahmenmodells bei.

Die Coronapandemie hat aus unterschiedlichen Gründen (z. B. Kontaktbeschränkungen, Existenzängste, Mehrfachbelastungen) bei vielen Menschen zu einer geringeren subjektiven Lebenszufriedenheit geführt (Brandt et al. 2021; Grates et al. 2021) und Studien berichten, dass seit Beginn der Pandemie mehr Menschen an Depressionen erkranken (Arpino et al. 2021; Bäuerle et al. 2020; Krendl und Perry 2021). Dagegen berichten andere Studien, dass die Lebenszufriedenheit (vgl. Entringer et al. 2020) und die psychische Gesundheit einigermaßen stabil geblieben seien (z. B. Vahia et al. 2020; van Tilburg et al. 2020). Trotz der hohen Resilienz, die älteren Menschen auch mit Blick auf die Coronapandemie attestiert wird (Fuller und Huseth-Zosel 2021; Gerhold 2020; Hansen et al. 2021b), ist das Wohlbefinden seit Beginn der Pandemie gesunken (Macdonald und Hülür 2021; Zacher und Rudolph 2021).

Subjektive Lebensqualität sehr alter Menschen nach demografischen Merkmalen

Für ein hohes Maß an Wohlbefinden sind vor allem ein guter Gesundheitszustand und sichere Lebensbedingungen wichtig (Wettstein und Spuling 2019). Befunde zu Unterschieden in diesen Ressourcenlagen wurden für hochaltrige Menschen in Deutschland detailliert in den neun bisher erschienenen Kurzberichten aus D80+ dargestellt (Brijoux und Zank 2022; Fey und Wagner 2021; Hansen et al. 2021b; Kaspar et al. 2022c; Oswald und Wagner 2022; Reissmann et al. 2022; Reissmann und Wagner 2022; Wenner et al. 2022; Zimmermann et al. 2022).

Lebensalter

Für die allgemeine Lebenszufriedenheit und das affektive Wohlbefinden liegen bereits einige Befunde aus relevanten deutschen Altersstudien vor, die in beschränktem Maß auch hochaltrige Menschen miteinschließen. In *Querschnittsstudien* wurde häufiger ein U-förmiger „Verlauf“ subjektiver Lebensqualität über Altersgruppen hinweg beobachtet: Abnahme ab frühem Erwachsenenalter, geringstes Niveau um 45–55 Jahre, anschließend wieder höhere Niveaus (siehe für eine kritische Übersicht Blanchflower und Graham 2021). Für Gruppen unterschiedlichen Alters innerhalb der Hochaltrigkeit sind vor allem die bisherigen Befunde aus der auf Nordrhein-Westfalen beschränkten NRW80+ Repräsentativbefragung relevant (Hansen et al. 2021a). Die allgemeine Lebenszufriedenheit nimmt danach querschnittlich über die Altersgruppen 80–84 Jahre, 85–89 Jahre und 90 Jahre und älter signifikant ab (Wooopen et al. 2018). Auch aus *Längsschnittstudien* wie dem Deut-

schen Alterssurvey (DEAS) ist bekannt, dass die Lebenszufriedenheit im höheren Alter etwas abnimmt (Wettstein und Spuling 2019). In der Berliner Altersstudie (BASE) nahmen positive Aspekte der erlebten Lebensqualität (positiver Affekt, Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit Alter) über das sehr hohe Alter hinweg ab, negative Aspekte erlebter Lebensqualität blieben dagegen stabil (Smith 2001). Befunde, nach denen das achte Lebensjahrzehnt (70+) als stabil und das neunte Lebensjahrzehnt (80+) mit deutlichen Verlusten für Alterszufriedenheit und positiven Affekt verbunden waren, führten in der Folge zur Unterscheidung von einem relativ ressourcenreichen „dritten“ und einem eher ressourcenarmen „vierten Lebensalter“ (Baltes und Smith 2003). Potter et al. (2020) berichten für Daten der Nachfolgestudie BASE-II und des Sozioökonomischen Panels (SOEP) über einen größeren Altersbereich (65+) hinweg eine Stabilität mit Blick auf Glück (happiness) und psychologische Moral, sowie eine nur sehr geringe Abnahme der Lebenszufriedenheit. Die Heidelberger Studie LateLine betrachtete Entwicklungsverläufe innerhalb der Hochaltrigkeit (87 Jahre und älter) für eine Vielzahl verschiedener Facetten der erlebten Lebensqualität (Wettstein et al. 2015). Sie fand insbesondere ungünstige Altersverläufe in positivem Affekt oder den Subdimensionen Umweltkontrolle und Lebenssinn der Ryff-Skalen (Ryff 1989), die stärker auf auch im Alter bestehende Entwicklungspotenziale und -aufgaben (das sog. psychologische Wohlbefinden) abheben. Dem standen (marginal signifikant) positive Verläufe mit Blick auf Lebenszufriedenheit gegenüber. Negativer Affekt und Autonomie waren dagegen längsschnittlich stabil. Aus Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) wurden Entwicklungsverläufe für verschiedene Geburtskohorten veröffentlicht. Danach entwickelte sich die Lebenszufriedenheit in der ältesten Kohorte (*1920er) über die Messzeitpunkte hinweg positiv. Für positiven Affekt wurde in dieser Gruppe ein negativer Verlauf geschätzt. Die mit dem CASP-19 (Blane et al. 2004) eingeschätzten Aspekte psychologischen Wohlbefindens (Kontrolle, Autonomie, Selbstrealisierung, Freude) nahmen über die betrachteten 7 Jahre hinweg in der Gesamtgruppe, besonders deutlich aber in der ältesten Altersgruppe ab (Bussière et al. 2021; Nimrod und Shrira 2016). Aus der längsschnittlichen Weiterverfolgung hochaltriger Teilnehmer der NRW80+ Repräsentativbefragung liegen darüber hinaus erste längsschnittliche Befunde zur Entwicklung verschiedener Facetten subjektiver Lebensqualität speziell für dieses Populationssegment vor. Danach sinkt die Lebenszufriedenheit in den älteren Altersgruppen (85–89 Jahre, 90+ Jahre) über einen 2-Jahres-Zeitraum substantiell ab und mit Blick auf affektives Wohlbefinden werden insbesondere in der ältesten Altersgruppe besonders starke Einbußen beobachtet (Kaspar und Reissmann 2022). Im Bereich der gelingenden Lebensführung zeigen sich längsschnittlich signifikante negative Veränderungen von Autonomieerleben und aktiver Verbundenheit hochaltriger Menschen mit dem eigenen Leben (Kaspar et al. 2022b). Im DEAS waren ältere Menschen (70–85 Jahre) eher der Meinung als jüngere Altersgruppen, dass sich die jüngeren Menschen zu wenig um die Bedürfnisse der älteren Menschen kümmern (Franke und Simonson 2017).

Geschlecht

Längsschnittanalysen des DEAS zeigten, dass Frauen bis zu ihrem 70. Lebensjahr eine höhere Zufriedenheit mit ihrem Leben aufweisen als gleichaltrige Männer (Wettstein und Spuling 2019). Dieser Unterschied kehrt sich im höheren Lebensalter allerdings um, sodass in der Gruppe der 70 bis 85-jährigen mehr Männer (84,3 %) als Frauen (76,7 %) eine hohe Lebenszufriedenheit äußern (Wolff und Tesch-Römer 2017). Daten der Berliner Altersstudie konnten belegen, dass hochalt-rige Frauen bezogen auf alle Zeitdimensionen (Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft) schlechtere Zufriedenheitswerte angaben, als Männer. Daneben gaben Frauen über alle Altersgruppen hinweg häufiger negative Gefühle und ein schlechteres allgemeines Wohlbefinden an, als Männer der gleichen Kohorte (Smith et al. 2010). Wichtige Gründe dafür sind der tendenziell schlechtere Gesundheitszustand von Frauen und die damit verbundenen Beeinträchtigungen und körperliche sowie psychische Leiden (Kruse 2017). Gesundheitsunterschiede schlagen sich auch in der Autonomie nieder. Auf lange Sicht erfahren vor allem Frauen Verluste in der Alltags-selbstständigkeit und Mobilität (Höpflinger 2011; Lehner 2018; Rott 2011). Frauen berichten mit 11,8 % häufiger von Altersdiskriminierung als Männer mit 9,3 % (Beyer et al. 2016). Für ältere Frauen wurde eine geringere Verbundenheit mit dem eigenen Leben berichtet (Jopp et al. 2008). In einer anderen Studie wiesen Frauen im Vergleich zu Männern zudem eine geringere Selbstwirksamkeit und höhere Hoffnungslosigkeit auf, was es weniger wahrscheinlich machte, dass sie ihre Ziele tatsächlich erreichten (Halisch und Geppert 2000).

Bildung

Für ältere Menschen mit niedrigerem Bildungsstand wurde eine geringere Lebenszufriedenheit gefunden als für Menschen mit mittlerer oder hoher Bildung (Lehner 2018; Wolff und Tesch-Römer 2017). Auswertungen des DEAS ergaben, dass 82,5 % der Hochgebildeten, 75,2 % der Menschen mit mittlerer Bildung und 70,4 % der Niedriggebildeten mit ihrem Leben zufrieden sind (Wolff und Tesch-Römer 2017). Unterschiede in der Erfahrung von Altersdiskriminierung zeigen sich auch mit Blick auf das Bildungsniveau (hoch: 7,9 %, mittel: 11,5 %, niedrig: 20 %; Beyer et al. 2016). Die Ungleichheit zwischen hohem und niedrigem Bildungsstand wird auch bei der Zustimmung älterer Menschen zur Frage deutlich, ob sich die Jüngeren zu wenig um ihre Bedürfnisse kümmern (hoch: 56,4 %, mittel: 66,1 %, niedrig: 77,6 %; Franke und Simonson 2017). Mit Blick auf Autonomie im Alter gilt Bildung als wichtiger Präventionsfaktor von Abhängigkeit, da hohe Bildung und damit ein hohes Humankapital nachweislich die Fähigkeit, das Leben selbst zu gestalten, fördern und erhalten. Menschen mit hoher Bildung haben zum Beispiel deutlich mehr Ressourcen und Möglichkeiten, ihre Gesundheit zu schützen (Kruse 2017; Schüz et al. 2011). Jopp et al. (2008) berichten einen positiven Effekt von hoher Bildung auf die Verbundenheit mit dem Leben im Alter.

Ost-West

Menschen in Ostdeutschland waren geringfügig seltener der Meinung als Menschen in Westdeutschland (60,7 % versus 63,4 %), dass sich die jüngeren Menschen zu wenig um die Bedürfnisse der älteren Menschen kümmern (Franke und Simonson 2017). In Ostdeutschland wurden jedoch etwas mehr negative Emotionen von älteren Menschen berichtet als in Westdeutschland (Wolff und Tesch-Römer 2017). Die Zufriedenheitswerte zwischen West und Ost haben sich seit 1996 zwar aufeinander zubewegt, sich jedoch nach wie vor nicht angeglichen, sodass der Anteil zufriedener Ostdeutscher im Jahr 2013 ca. 4 Prozentpunkte geringer war als in Westdeutschland (Wolff und Tesch-Römer 2017).

Institutionalisierung

Die Befundlage zu Unterschieden in der subjektiven Lebensqualität von privat und in Heimen wohnenden älteren Menschen ist überschaubar, da auch Altersstudien die Heimbevölkerung größtenteils ausschließen (Schiel et al. 2021) und in institutionalisierten Teilgruppen häufig eine Fokussierung der Lebensqualitätserfassung auf gesundheitliche Problemlagen erfolgt (für eine Übersicht, siehe Bakas et al. 2012) oder eigenständige multidimensionale Messzugänge präferiert werden (Becker et al. 2011). Befunde zur mehrdimensionalen Erfassung der Lebensqualität im Alter aus der Gesundheit 65+ Studie des RKI (Fuchs et al. 2022a), die auch die Heimbevölkerung systematisch einschloss, stehen gegenwärtig noch aus. Aus den bereits veröffentlichten Befunden der D80+ Studie wurde jedoch sehr deutlich, dass ältere Menschen in Heimen die mitunter ungünstigsten Ressourcenlagen (Kaspar et al. 2022c) und bei gegebener kognitiver Beeinträchtigung in Heimkontexten auch eine höhere Prävalenz von Depressionen sowie eine geringere Autonomie aufweisen (Brijoux und Zank 2022).

Schutz- und Risikofaktoren

In einigen Studien konnte belegt werden, dass eine positivere *Einstellung dem eigenen Altern gegenüber*, ein im Vergleich zum tatsächlichen chronologischen Lebensalter jüngeres *gefühltes Alter* und **mit dem Älterwerden erfahrene Gewinne gegenüber erfahrenen Verlusten** (AARC, Diehl und Wahl 2010) zu günstigeren Entwicklungsergebnissen führen (für Übersichten siehe Diehl et al. 2015, 2021; Westerhof et al. 2014; Wurm et al. 2017). Neben Gesundheitszustand und Mortalitätsrisiko bzw. Überlebenszeit (Kaspar et al. 2021; Stephan et al. 2018) wurden dabei auch substanzielle Zusammenhänge mit dem subjektiven Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit berichtet. So konnten Dutt, Wahl und Rupperecht (2018b) zeigen, dass erlebte Altersverluste eine wichtige Rolle bei der Entstehung von De-

pressionen im hohen Alter spielen. Für das sehr hohe Lebensalter kann erwartet werden, dass Ressourcenverluste im sozialen Bereich (Versterben von Angehörigen und Gleichaltrigen) und im gesundheitlichen Bereich (Multimorbidität) zu einer zunehmend ungünstigeren Balance von Alternsgewinnen zu Alternsverlusten führen (Smith 2003; Wahl und Ehni 2020; Kaspar et al. 2022). Für Alternsgewinne und Alternsverluste wurden jedoch auch bei sehr alten Menschen voneinander unabhängige und substantielle Zusammenhänge mit der Lebenszufriedenheit, dem psychologischen Wohlbefinden und der Verbundenheit mit dem eigenen Leben berichtet (Kaspar et al. 2018). Höhere erlebte Altersgewinne wurden als Prädiktoren für eine häufigere Nutzung von assimilativen und akkommodativen Bewältigungsstrategien beschrieben (Dutt et al. 2018a).

Die aus dem vorliegenden D80+ Datensatz geschätzte Prävalenz von **Einsamkeit** in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Bedingungsfaktoren wurden bereits im Rahmen des vierten Kurzberichtes zu Einsamkeit in der Hochaltrigkeit beschrieben (Kaspar et al. 2022c). Danach ist Einsamkeit im Alter einerseits ein in Subgruppen wie älteren Frauen oder der Heimbevölkerung vergleichsweise häufiges und ernstzunehmendes Problem, andererseits fühlen sich 88 % aller sehr alten Menschen in Deutschland auch im hohen Alter und unter den ungünstigen Umständen der Coronapandemie nicht (häufig) einsam. Nach Perlman und Peplau (1982) ist Einsamkeit eine Folge der Diskrepanz zwischen dem individuellen Bedürfnis nach sozialem Kontakt und Beziehungen und der wahrgenommenen Lebensrealität. Danach kann Einsamkeit als ein bereichsspezifischer Indikator von Lebenszufriedenheit verstanden werden. Da insbesondere emotional bedeutsame Beziehungen im höheren Lebensalter an Bedeutung gewinnen (Carstensen 1991) sollte Einsamkeit im hohen Lebensalter einen substantiellen Teil der Unterschiede in der allgemeinen Lebenszufriedenheit erklären können. Einige Studien berichten einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Lebensqualität und Einsamkeit (Böger und Huxhold 2018; Courtin und Knapp 2017; Macdonald und Hülür 2021), wobei überwiegend aber Depressivität oder andere Marker des subjektiven Wohlbefindens untersucht wurden. Szcześniak et al. (2020) berichteten einen signifikanten direkten negativen Zusammenhang zwischen Einsamkeit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie einen über den Selbstwert vermittelten Effekt von Einsamkeit auf die Lebenszufriedenheit. Insbesondere im sehr hohen Lebensalter scheinen die Folgen von Einsamkeit jedoch geringer auszufallen als in früheren Lebensphasen (Böger und Huxhold 2018; Holt-Lunstad et al. 2015), was auf eine möglicherweise besonders hohe Resilienz der bis ins hohe Lebensalter überlebenden Personen hinweist. Henning et al. (2021) berichteten für Über-60-Jährige einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem Erleben von Einsamkeit und Autonomie im Alter, fanden in ihrer längsschnittlichen Analyse aber keinen eindeutigen Hinweis auf eine dominierende Wirkrichtung dieses Zusammenhanges.

Für die vorliegenden Daten der Studie D80+ Hohes Alter in Deutschland konnte bereits in Bericht Nummer 3 *Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter* ein signifikanter Zusammenhang zwischen verschiedenen Gesundheitsmarkern und der Lebenszufriedenheit und wahrgenommenen Autonomie nachgewiesen werden (Zimmermann et al. 2022). Die funktionale Gesundheit

im Sinne der Möglichkeit, Alltagsverrichtungen weitgehend ohne Hilfe ausüben zu können (ADL/IADL, Lawton und Brody 1969), wurde dabei jedoch noch nicht in ihrer Assoziation mit subjektiven Lebensqualitätsoutcomes betrachtet. Die Daten des DEAS zeigen, dass die funktionale Gesundheit mit steigendem Lebensalter abnimmt (Wettstein et al. 2020). Eine hohe erhaltene **Alltagsselbstständigkeit** (funktionelle Gesundheit, ADL/IADL) ist positiv mit der subjektiven Lebensqualität, beispielsweise mit geringerer Depressivität (Diegelmann et al. 2016; Schöllgen et al. 2016) oder höherem positivem Affekt (Kunzmann et al. 2000; Wettstein et al. 2020) verknüpft. Cresswell-Smith et al. (2019) beschreiben funktionale Gesundheit als eine wesentliche Determinante des breit verstandenen mentalen Wohlbefindens hochaltriger Menschen (80 Jahre und älter). Ein positiver Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Lebenszufriedenheit ist für ältere Menschen in Querschnittsstudien gut belegt (Hillerås et al. 2001; Zimmermann et al. 2022) und wurde auch längsschnittlich für hochaltrige Personen nachgewiesen (Berg et al. 2009). Berg et al. (2006) fanden substantielle Zusammenhänge zwischen LZ und funktioneller Gesundheit (ADL/IADL), die aber geringer waren als diejenigen zur allgemeinen subjektiven Gesundheitseinschätzung. Erhaltene Alltagsselbstständigkeit im Sinne der ADL/IADL Skalen wird ihrerseits als Indikator der funktionalen Autonomie und Bedingung für erfolgreiches Altern diskutiert (Perrig-Chiello et al. 2006). In diesem Sinne kann angenommen werden, dass die Einschätzung zur Selbstständigkeit bei konkreten Alltagsverrichtungen ein wichtiges Element zur Einschätzung der allgemeineren Autonomie der Lebensführung darstellt. Andererseits sind neben Hilfebedarfen auch strukturelle Einschränkungen oder bewusste Entscheidungen dafür mitverantwortlich, wie sehr das Leben nach den eigenen Vorstellungen gestaltet werden kann. Mit Blick auf den Lebenssinn als einer weiteren Facette gelingender Lebensführung im Alter fanden Czekierda et al. (2017) in ihrer Metaanalyse von 66 Originalstudien schwache bis mittlere Zusammenhänge mit der körperlichen Gesundheit, wobei auch hier engere Zusammenhänge mit subjektiven Einschätzungen der Funktionalität gefunden wurden. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wertschätzung durch Andere bezogen sich häufig auf erlebte Altersdiskriminierung und deren Folgen für die mentale Gesundheit im mittleren Lebensalter (Stokes und Moorman 2020; Vogt Yuan 2007). Stokes und Moorman (2020) berichten einen engeren Zusammenhang zwischen IADL-Beeinträchtigungen und Altersdiskriminierung als zwischen IADL und anderen oder keinen Diskriminierungserfahrungen.

Zusammenfassend sind die zitierten Referenzstudien in ihrer Operationalisierung von erlebter Lebensqualität eingeschränkt (z. B. ausschließlich Lebenszufriedenheit im SOEP) oder sind durch Verzicht auf die Heimbevölkerung (SOEP, DEAS) oder eine bewusste Altersbeschränkung beim Sampling (Zufallsziehung von Personen bis 85 Jahre im DEAS) im Bereich der Hochaltrigkeit eher selektiv und darum nur eingeschränkt auf die Gesamtheit aller hochaltrigen Menschen in Deutschland generalisierbar. Das trifft letztlich auch für spezifischere Hochaltrigenstudien mit lokalem Fokus (BASE, LateLine, NRW80+) zu.

Ziel

Auf Grundlage der im Projekt „Hohes Alter in Deutschland“ D80+ erhobenen Daten nimmt dieser Bericht eine ausführliche Analyse der subjektiven Lebensqualität der hochaltrigen Bevölkerung in Deutschland vor. Die grundsätzlichen Fragestellungen lauten: (a) Gibt es im hohen Alter Alters-, Geschlechts-, Bildungs- und Wohnortunterschiede in Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Verbundenheit mit dem Leben? und (b) Welche Schutz- und Risikofaktoren können für die subjektive Lebensqualität identifiziert werden?

Die bundesweite Repräsentativbefragung erlaubt prinzipiell die größtmögliche Allgemeingültigkeit der getroffenen Aussagen zur Lebensqualität sehr alter Menschen in Deutschland. Da die Befragung während der Coronapandemie stattgefunden hat, bilden die Ergebnisse allerdings notwendigerweise auch den Einfluss des Pandemie-Geschehens und der Eindämmungsmaßnahmen auf die erlebte Lebensqualität ab.

Methodik

Im Sinne der Altenberichterstattung wird die subjektive Lebensqualität sehr alter Menschen in Deutschland nach den Differenzierungsmerkmalen Geschlecht (Männer/Frauen), Alter (80–84, 85–89, 90+ Jahre), Wohnform (Heim versus Privat), Bundesland (Ost versus West) und Bildung (niedrig, mittel, hoch nach ISCED) dargestellt. Die Ergebnisse dieses Berichtes basieren auf folgenden Fallzahlen für die dargestellten Subgruppen hochaltriger Menschen in Deutschland: Männer (n = 4012, 37,9 %), Frauen (n = 6566, 62,1 %); 80–84 Jahre (n = 6243, 59,0 %), 85–89 Jahre (n = 2850, 27,0 %), 90 Jahre und älter (n = 1485, 14,0 %); Bildung hoch (n = 1752, 17,3 %), mittel (n = 5999, 59,2 %), niedrig (n = 2382, 23,5 %); Privathaushalt (n = 9426, 90,0 %), Heim (n = 1043, 10,0 %); West (n = 8256, 78,0 %), Ost (n = 2322, 22,0 %).

Indikatoren subjektiver Lebensqualität

Als Indikatoren von Lebensqualität älterer Menschen werden Konstrukte in den drei Outcomebereichen des CHAPO-Modells (d. h. Wertschätzung des eigenen Lebens, Wertschätzung durch Andere und gelingende Lebensführung) analysiert.

Im Bereich Wertschätzung des eigenen Lebens zielt das Konzept der Lebenszufriedenheit auf die Bewertung des eigenen Lebens ab. **Lebenszufriedenheit** wird mit der Frage „Alles in allem, wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrem Leben?“ gemessen. Die Frage kann in Zahlen von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) beantwortet werden. **Wohlbefinden** stellt in diesem

Outcomebereich dagegen eine affektive Komponente von Lebensqualität dar. Wohlbefinden wird durch die fünf positiven Items der Positive and Negative Affect Schedule (Kercher 1992; Watson et al. 1988) erfragt. Die Befragten können in fünf Kategorien (zwischen „nie“ und „immer“) die Häufigkeit von positiven Emotionen (begeistert, aufmerksam, freudig erregt oder erwartungsvoll, angeregt und entschlossen) in den vergangenen 12 Monaten beschreiben. Der Mittelwert der fünf Items wird berichtet, mögliche Werte liegen zwischen eins und fünf. Die Skalenskonsistenz beträgt Cronbach's $\alpha = 0,83$.

Die **Wertschätzung durch Andere** erfasst, inwieweit ältere Menschen sich z. B. für ihre Lebensleistung durch Andere anerkannt fühlen. Verwendet wird hier der Mittelwert der 3 Items „Lebensleistung“, „von Gesellschaft gebraucht“ und „heute mehr wertgeschätzt als früher“, die jeweils auf einer vierstufigen Antwortskala eingeschätzt werden sollten. Die Skalenskonsistenz von $\alpha = 0,64$ ist angesichts der wenigen Indikatoren und bewusst heterogenen Inhalte akzeptabel.

Im Bereich gelingender Lebensführung thematisiert **Autonomie** die Möglichkeit, das Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Die subjektiv erlebte Autonomie der Teilnehmer wurde mit der Frage „Gestalten Sie Ihr Leben nach Ihren eigenen Vorstellungen?“ erfragt. Mögliche Werte liegen zwischen eins („trifft gar nicht zu“) und vier („trifft genau zu“). Die aktive **Verbundenheit mit dem Leben** ist dagegen ein Indikator für die Aufrechterhaltung einer engagierten und mitverantwortlichen Haltung dem späten Leben gegenüber. Sie wurde über eine Subskala der Valuation of Life Scale (Gitlin et al. 2016; Lawton et al. 2001) erhoben. Verwendet wird hier der Mittelwert der 5 Items, die auf einer dreistufigen Antwortskala (0 = „nein“, 1 = „weder noch“, 2 = „ja“) eingeschätzt wurden. Die Skalenskonsistenz ist zufriedenstellend ($\alpha = 0,83$).

Ressourcen und Risikofaktoren

Soziodemografisch bestimmte Teilgruppen sehr alter Menschen unterscheiden sich z. T. deutlich mit Blick auf ihre sozialen und persönlichen Ressourcen zur Realisierung von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. In Anhang 1 sind die nach Alter, Geschlecht und Wohnort differenzierten Gruppen bezüglich grundlegender sozialer (**Einsamkeit, Abb. 10**), gesundheitlicher (**Alltagsselbstständigkeit, Abb. 11**) und persönlicher (**Erleben des eigenen Alterns, Abb. 12 und 13**) Determinanten der subjektiv erlebten Lebensqualität charakterisiert. Dabei zeigt sich, dass Frauen, Personen in älteren Altersgruppen und im Heim lebende Personen zu einem deutlich größeren Anteil unterdurchschnittliche Ressourcenlagen (Alltagsselbstständigkeit und erlebte Altersgewinne) bzw. überdurchschnittliche Risikolagen (Einsamkeit und erlebte Altersverluste) aufweisen. Eine detaillierte Diskussion von Bedingungsfaktoren für diese Merkmale selbst ist nicht Gegenstand des vorliegenden Berichtes, sondern wird in weiteren Kurzberichten aus dem Projekt D80+ geleistet (s. zu Einsamkeit Kaspar et al. 2022c; s. zu Alltagsselbstständigkeit Oswald und Wagner 2022). Das subjektive Alternserleben wurde anhand einer speziell für die Hoch-

altrigenstudien am ceres entwickelten Skala erfasst (Kaspar et al. 2018; Kaspar 2021). Dabei werden mit jeweils 5 Fragen die Facetten „erlebte Altersgewinne“ und „erlebte Altersverluste“ erhoben (s. zu Befunden aus dem NRW80+ Hochaltrigenpanel Kaspar et al. 2021, 2022). Die Skalenkonsistenz in der aktuellen Stichprobe beträgt $\alpha = 0,71$ für Altersgewinne und $\alpha = 0,86$ für Altersverluste.

Um zu klären, inwieweit 1) beobachtete Unterschiede in der Lebensqualität verschiedener Bevölkerungsgruppen durch diese Ressourcen- und Risikofaktoren bestimmt sind, 2) inwieweit eine Verbesserung z. B. der sozialen Ressourcenlage (z. B. Teilhabeprogramme), der Alltagsselbstständigkeit (z. B. technische Unterstützung), oder der Wahrnehmung des eigenen Alters (z. B. Erfahrung von Entwicklungspotenzialen im Alter, Beyer et al. 2019) durch eigenständige Intervention erwartet werden kann, und 3) wie stark sich Lebensqualitätsergebnisse im sehr hohen Alter wechselseitig bedingen oder voneinander unabhängig sind, werden abschließend Ergebnisse **multivariater Vorhersagemodelle**² dargestellt und diskutiert.

Ergebnisse

Wertschätzung des eigenen Lebens

Übersicht

Mehr als drei von vier hochaltrigen Menschen in Deutschland sind mit ihrem Leben alles in Allem (eher) zufrieden.

Die durchschnittliche Zufriedenheit sinkt querschnittlich, also über Altersgruppen hinweg, deutlich ab. Besonders unzufrieden beschreiben sich Menschen in Heimen.

Ältere Menschen in Deutschland berichten auch im ersten Pandemiejahr häufige positive Gefühle. Ältere Menschen, Frauen, Personen in Heimen und mit geringerer Bildung haben ein geringeres Wohlbefinden.

Lebensqualitätsunterschiede zwischen soziodemografischen Gruppen werden z. T. durch deren unterschiedliche Lebenssituation erklärt. So ist z. B. in einem Heim zu leben für sich genommen kein Risikofaktor mehr, wenn Lebensqualität im Alter ganzheitlich analysiert wird.

Auf die Frage nach ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit gibt es auch in der Gruppe sehr alter Menschen in Deutschland sehr wenige, die sich als ausgesprochen unzufrieden beschreiben (Abb. 2). Wie aus anderen Altersstudien wie beispielsweise dem DEAS bekannt, werden überwiegend sehr hohe Zufriedenheitswerte berichtet. So beschreiben sich knapp 16 % aller in D80+ Befragten als ganz und gar zufrieden, während der Anteil der ganz und gar Unzufriedenen gerademal bei 0,8 % liegt. Fasst man die Antwortkategorien 0–5 und 6–10 zusammen, können 76,6 %

² Da die Variable zur allgemeinen Lebenszufriedenheit nicht normalverteilte Werte aufweist, wurde sie für das Regressionsmodell über eine log-Transformation normalisiert.

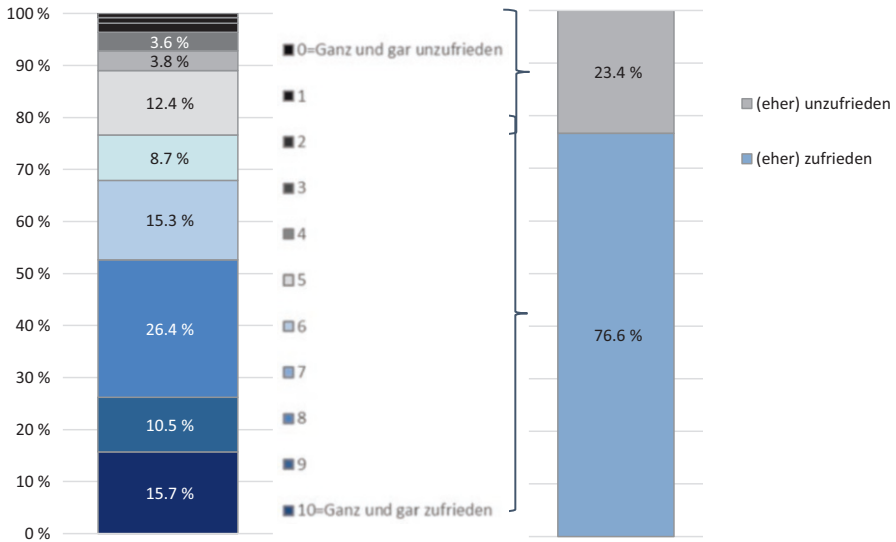


Abb. 2 Verteilung allgemeiner Zufriedenheitswerte laut 11-stufigem Originalitem und Interpretation von (eher) zufriedenen versus (eher) unzufriedenen älteren Menschen analog zum DEAS

der sehr alten Menschen in Deutschland als (eher) zufrieden gelten, während weniger als jede vierte hochaltrige Person sich als (eher) unzufrieden beschreibt. Für eine differenzierte Diskussion von Zufriedenheitsunterschieden in Teilgruppen hochaltriger Menschen und für die Erklärung dieser Unterschiede durch Ressourcen und Risikofaktoren erscheint eine solche Dichotomisierung allerdings ungünstig und es soll

jeweils die gesamte Variabilität berücksichtigt werden. Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit unterscheidet sich nach allen betrachteten soziodemografischen Merkmalen signifikant voneinander (Abb. 3). In Anbetracht der hohen Fallzahl werden in D80+ jedoch auch Unterschiede statistisch signifikant, die gering und ggfs. praktisch nicht sehr bedeutsam sind.

So beträgt beispielsweise der Unterschied zwischen Männern und Frauen, zwischen alten und neuen Bundesländern, oder nach Bildungsniveau im Mittel weniger als einen halben Skalenscore auf der 11-stufigen Lebenszufriedenheitsskala. Im Vergleich zu den jüngsten Befragten weisen die ältesten Hochaltrigen dagegen eine im Mittel um einen vollen Punkt geringere Lebenszufriedenheit auf. Noch größer sind die Unterschiede zwischen Privatwohnenden und älteren Menschen in Heimen (7,4 versus 5,3). Es muss davon ausgegangen werden, dass diese bivariat beobachteten Unterschiede z. B. zwischen älteren Männern und Frauen, zum Teil auch durch die unterschiedlichen Lebenslagen sehr alter Frauen im Vergleich zu älteren Männern mitbestimmt sind. Beispielsweise ist der Anteil von niedriggebildeten Menschen oder Menschen in Heimen unter den hochaltrigen Frauen deutlich größer als bei den Männern. Um dennoch zuverlässige Ansatzpunkte für eine Förderung der Lebensqualität im Alter zu ermöglichen, wird die Rolle der soziodemo-

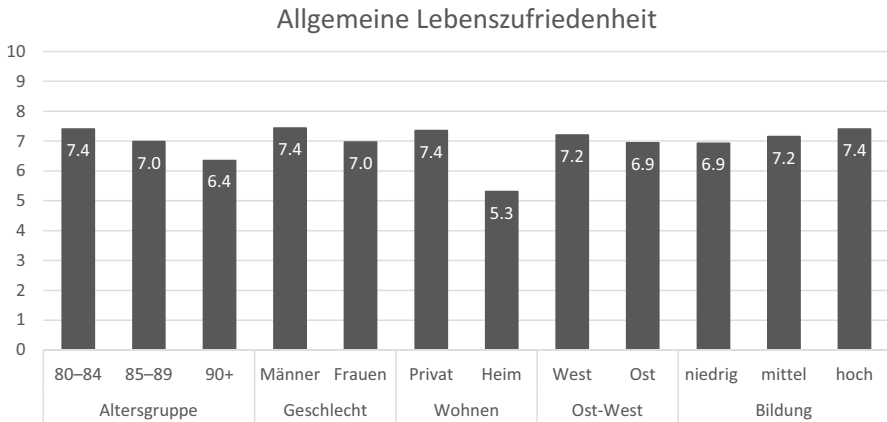


Abb. 3 Mittleres Ausmaß der allgemeinen Lebenszufriedenheit in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung nach soziodemografischen Merkmalen. Alle MW-Unterschiede signifikant auf 5 %-Niveau

grafischen Hintergrundvariablen im nachfolgenden Kapitel (s. Tab. 1) auch nochmal im Zusammenhang eines umfassenden Modells der Lebensqualität im hohen Alter geschätzt und eingeordnet.

Für das subjektive Wohlbefinden im Sinne der Häufigkeit positiver Gefühle zeigt sich ein ähnliches Bild von statistisch überzufälligen, durchschnittlich aber kleinen Unterschieden nach soziodemografischen Hintergrundvariablen (Abb. 4). Menschen in älteren Altersgruppen berichten jeweils weniger häufig positiven Affekt. Auch beim Wohlbefinden lassen sich geringe Unterschiede zuungunsten von Frauen feststellen. Ältere Menschen mit höherer Bildung berichten über mehr positive Gefühle im vergangenen Jahr. Keine statistisch überzufälligen Unterschiede lassen sich dagegen zwischen Personen aus West- und Ostdeutschland feststellen. Wie zuvor bei der Lebenszufriedenheit zeigen sich auch beim Wohlbefinden die deutlichsten Unterschiede zwischen Personen in Privathaushalten und Heimen.

Die Auswirkungen der Coronapandemie auf das Wohlbefinden werden von Hochaltrigen in Deutschland unterschiedlich stark wahrgenommen. So berichteten 38 % der Befragten retrospektiv, dass die Coronapandemie ihr Wohlbefinden überhaupt nicht beeinflusst hätte. Nur ein Drittel aller Hochaltrigen, die von coronabedingten Veränderungen berichten, erlebten diese auch als überwiegend negativ. Nahezu 63 % berichten dagegen, dass sich

positive und negative Effekte der Pandemie auf ihr Wohlbefinden insgesamt ausgleichen würden. Für Heimbewohner wurden, wahrscheinlich nicht zuletzt wegen der besonderen Kontaktbeschränkungen, den gravierenderen Konsequenzen bei Erkrankung und der polarisierenden gesellschaftlichen Debatte um Solidarität mit vulnerableren älteren Menschen, besonders negative Folgen der Pandemie beschrieben, die wahrscheinlich auch zu den beobachteten deutlich schlechteren Lebensbewertungen in Heimen beitragen (vgl. Hansen et al. 2021b).

Tab. 1 Vorhersage der subjektiven Lebensqualität im Alter

Standardisierter Regressionskoeffizient (beta)	Wertschätzung des eigenen Lebens		Gelingende Lebensführung		Wertschätzung durch Andere
	Allg. Lebens- zufriedenheit ¹	Positiver Affekt	Autonomie	Verbundenheit mit Leben	
Soziodemographische Merkmale					
Altersgruppe (ref. 90+)					
- 80-84 Jahre	-0,06	-0,02	-0,06	0,02	0,01
- 85-89 Jahre	-0,03	-0,01	-0,03	0,00	0,00
Geschlecht (ref. Frauen)					
- Männer	0,02	-0,08	-0,05	0,05	0,02
Wohnform Heim (ref. Privat)					
- Heim	0,02	-0,02	-0,26	-0,02	0,02
Ost-West (ref. West-D)					
- Ost-D	-0,05	0,00	0,00	0,02	-0,11
Bildung (ISCED, ref. niedrig)					
- mittel	-0,07	0,12	0,01	0,00	-0,11
- hoch	-0,06	0,07	0,02	0,03	-0,06
Ressourcen- und Risikolagen					
Einsamkeit (1-4)	-0,17	-0,05	-0,06	-0,04	-0,04
Alltagsselbständigkeit (IADL, 0-2)	0,01	-0,01	0,18	0,12	-0,06
Alterserleben					
- Gewinne (1-5)	0,03	0,17	0,09	0,08	0,16
- Verluste (1-5)	-0,15	-0,11	-0,14	-0,20	-0,10
Weitere Lebensqualitäts-Ergebnisse					
Allg. Lebenszufriedenheit (0-10)	–	0,15	0,12	0,19	0,03
Positiver Affekt (PANAS, 1-5)	0,14	–	0,04	0,21	0,15
Erlebte Autonomie (1-4)	0,12	0,04	–	0,06	0,00
Verbundenheit mit Leben (0-2)	0,20	0,26	0,07	–	0,14
Wertschätzung d. Andere (1-4)	0,01	0,11	0,00	0,09	–
R²	32,7	36,3	41,1	48,1	16,3

Anmerkung. Auf dem 5 %-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt. ¹Normalisiert durch Log-Transformation.

Wertschätzung durch Andere

Übersicht

Nur etwas über die Hälfte (53 %) der hochaltrigen Menschen in Deutschland fühlt sich von der Gesellschaft für ihre Lebensleistung (eher) wertgeschätzt. Weniger als jede dritte hochaltrige Person fühlt sich von der heutigen Gesellschaft gebraucht.

Ältere Menschen in Ostdeutschland fühlen sich weniger gesellschaftlich anerkannt und wertgeschätzt als sehr alte Menschen in Westdeutschland.

Höhere Bildung ist nicht mit höherer Anerkennung verbunden, sondern mit geringerer gefühlter Wertschätzung.

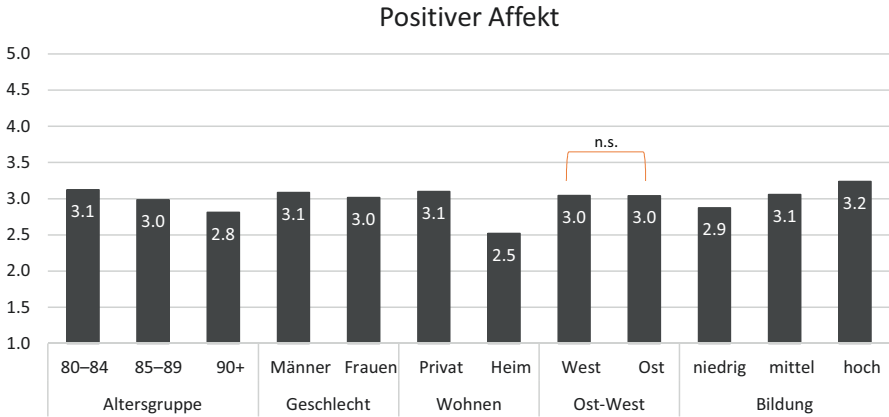


Abb. 4 Mittleres Ausmaß des Wohlbefindens (positiver Affekt) in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung nach soziodemografischen Merkmalen. Alle MW-Unterschiede signifikant auf 5 %-Niveau, sofern nicht anders (n.s. $p \geq 0,05$) angegeben

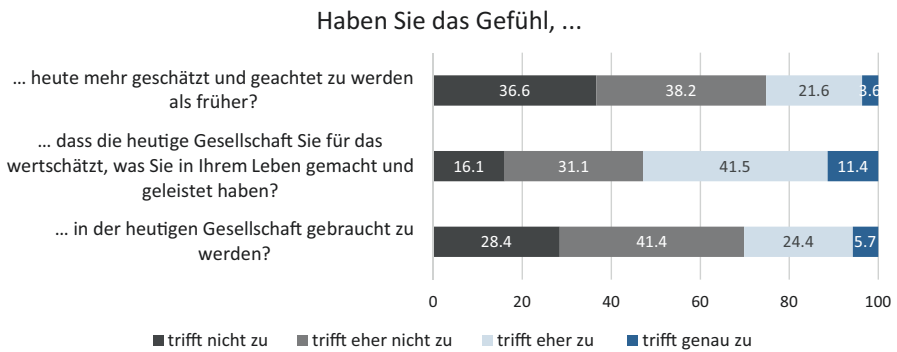


Abb. 5 Verschiedene Aspekte der im hohen Alter erfahrenen Wertschätzung und Anerkennung durch Andere

Die gefühlte gesellschaftliche Wertschätzung und Anerkennung sehr alter Menschen fällt deutlich geringer aus als es wünschenswert wäre (Abb. 5). Nur etwas über die Hälfte (53 %) der hochaltrigen Menschen in Deutschland fühlt sich von der Gesellschaft für ihre Lebensleistung (eher) wertgeschätzt. Weniger als jede dritte hochaltrige Person hat das Gefühl, von der heutigen Gesellschaft (eher) gebraucht zu werden. Lediglich 25 % aller Befragten gab an, heute (eher) mehr geschätzt und geachtet zu werden als früher. Für drei von vier Befragten scheint das dagegen (eher) nicht zuzutreffen. Mit den Einzelfragen werden verschiedene Aspekte von Wertschätzung und Anerkennung angesprochen, die offensichtlich nicht zwingend

Anerkennung und Wertschätzung

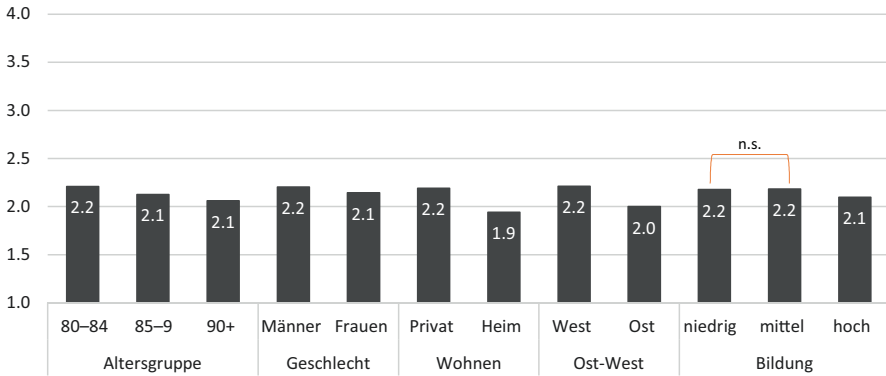


Abb. 6 Mittleres Ausmaß erfahrener Wertschätzung und Anerkennung in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung nach soziodemografischen Merkmalen. Alle MW-Unterschiede signifikant auf 5 %-Niveau, sofern nicht anders (n.s. $p \geq 0,05$) angegeben

identisch eingeschätzt werden. Dennoch teilen sich alle drei Aussagen hinreichend (41 %) gemeinsame Varianz, sodass eine gemeinsame Betrachtung als Skala nützlich ist.

Das mittlere Ausmaß der erfahrenen Wertschätzung älterer Menschen in Deutschland bewegt sich damit insgesamt auf einem niedrigen Niveau (ca. 2 von 4 Skalenpunkten, s. Abb. 6). Die erlebte externe Bewertung variiert geringfügig, aber signifikant mit soziodemografischen Hintergrundmerkmalen. Menschen in älteren Altersgruppen erfahren eine geringere Anerkennung als jüngere Hochaltrige. Frauen fühlen sich in geringerem Maße wertgeschätzt als Männer. Während sich ältere Menschen mit niedriger und mittlerer Bildung hinsichtlich der erfahrenen externen Bewertung nicht überzufällig unterschieden, geben ältere Menschen mit höherem Bildungsstand an, sich *weniger* wertgeschätzt zu fühlen. Deutlich sind hier auch Unterschiede zwischen älteren Menschen aus den alten und den neuen Bundesländern: sehr alte Menschen in Ostdeutschland fühlen sich gesellschaftlich weniger geachtet als ältere Menschen in Westdeutschland. Das gilt auch für Personen in Heimen im Vergleich zu solchen in Privathaushalten.

Wie zuvor gilt auch hier, dass nicht alle Unterschiede zwischen soziodemografischen Gruppen auch dann noch bestehen bleiben, wenn im Erklärungsmodell besser für die unterschiedlichen Lebenssituationen dieser Gruppen kontrolliert wird (s. Tab. 1). Unterschiede in der erfahrenen externen Bewertung zuungunsten von älteren

Menschen in Ostdeutschland und zuungunsten von Personen mit höherer Bildung zeigen sich jedoch auch bei einer umfassenderen Betrachtung von Lebensqualität im hohen Alter.

Gelingende Lebensführung

Übersicht

Mehr als 86 % aller hochaltrigen Menschen in Deutschland geben an, ihr Leben (eher) nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Leben im Heim bedeutet für zwei von drei hochaltrigen Menschen auch Einschränkungen in der Lebensgestaltung. Diese Einschränkungen können *nicht* vollständig auf eine geringere Alltagsselbstständigkeit oder eine geringere soziale Einbindung der Heimbevölkerung zurückgeführt werden.

Die aktive Verbundenheit mit dem Leben sinkt in der Hochaltrigkeit über die Altersgruppen hinweg deutlich ab. Das Alter selbst scheint aber weniger ausschlaggebend für Verbundenheit mit dem Leben zu sein als die beim Älterwerden erlebten Gewinne und Verluste.

Die Hälfte aller befragten sehr alten Menschen in Deutschland gibt an, ihr Leben genau nach den eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Lediglich 13,5 % aller befragten älteren Menschen in Deutschland schätzen sich dagegen als (eher) nicht autonom ein (Abb. 7). Freiheiten in der Lebensgestaltung sind auch im sehr hohen Alter deutlich von soziodemografischen Hintergrundmerkmalen mitbestimmt. Im Vergleich zu den jüngsten Hochaltrigen (80–84 Jahre) berichteten Personen ab 90 Jahren mehr als dreimal so häufig von Einschränkungen ihrer Autonomie (Abb. 8). Sehr deutlich fallen auch die Unterschiede im Autonomieerleben von privatwohnenden und im Heim wohnenden älteren Menschen aus. Im Heim geben zwei von drei

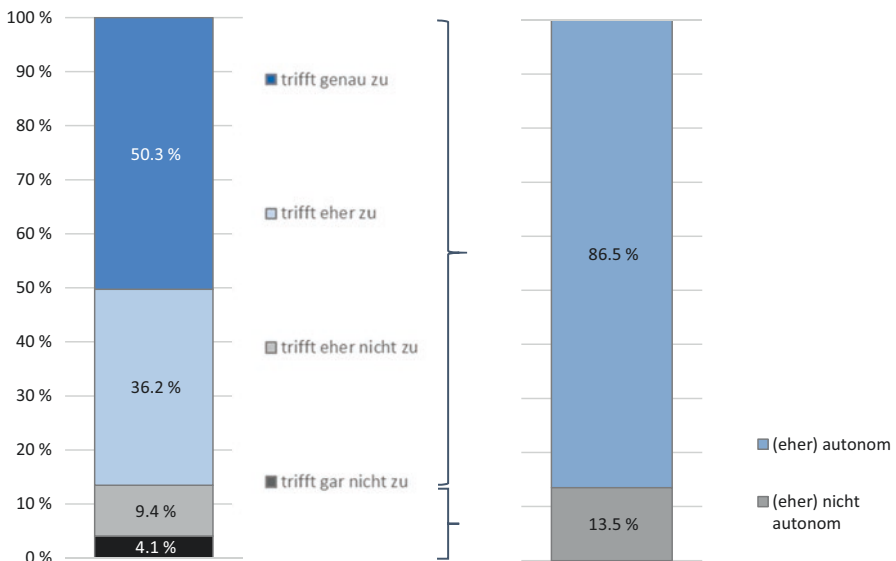


Abb. 7 Verteilung des subjektiven Autonomieerlebens

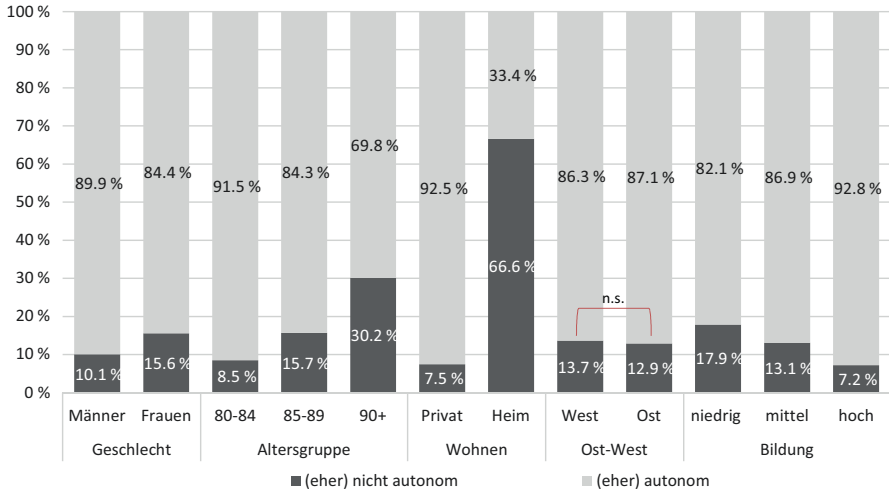


Abb. 8 Verteilung des subjektiven Autonomieerlebens in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung nach soziodemografischen Merkmalen. Alle MW-Unterschiede signifikant auf 5 %-Niveau, sofern nicht anders (n.s. $p \geq 0,05$) angegeben

älteren Menschen an, ihr Leben (eher) nicht nach Ihren eigenen Wünschen gestalten zu können. Begrenzungen der Autonomie ergeben sich jedoch auch für Frauen stärker als für Männer und sind mit geringerer Bildung größer. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass Alltagsautonomie nicht nur durch gute erhaltene

Gesundheit bestimmt ist, sondern daneben auch von (sozialen) Rollen und mit höherem Bildungsgrad gesteigerten Opportunitätsstrukturen und Ressourcen. Tatsächlich zeigt sich, dass die bivariat beobachteten Bildungsunterschiede im multiplen Erklärungsmodell keinen eigenständigen Einfluss auf die Autonomie mehr haben, sondern dieser Zusammenhang durch beispielsweise funktionale Gesundheit, soziale Einbindung oder höheres Wohlbefinden mit abgebildet werden kann (Tab. 1). In einem Heim zu leben bringt dagegen auch dann noch Einschränkungen der Alltagsgestaltung mit sich, nachdem für Unterschiede in der erhaltenen Alltags-selbstständigkeit und sozialen Kontakten kontrolliert wurde.

Ältere Menschen in Deutschland berichten ein hohes Ausmaß von aktiver Verbundenheit mit dem Leben. Die Zustimmungsraten zu den fünf Fragen zu Lebenszielen und Bewältigungsmöglichkeiten im Alter variieren zwischen 47 % (*habe viele Ideen, um aus einer schwierigen Lage wieder herauszufinden*) und 70 % (*erreiche im Allgemeinen die Ziele, die ich mir selbst setze*). Der Mittelwert des Skalenscores variiert jedoch deutlich über verschiedene soziodemografische Gruppen hinweg (Abb. 9). Menschen in älteren Altersgruppen weisen ein geringeres Niveau an aktiver Verbundenheit mit dem Leben auf als jüngere Hochaltrige. Unterschiede zeigen sich auch mit Blick auf das Geschlecht zuungunsten von Frauen und mit Blick auf eine höhere aktive Verbundenheit von Personen mit höherer formaler Bildung. Besonders gering sind die Verbundenheitswerte durchschnittlich bei in Heimen wohnenden älteren Menschen. Der Wohnort in West- oder Ostdeutschland scheint dagegen für sich genommen keine Rolle zu spielen. Wie zuvor relativieren sich auch mit Blick auf die

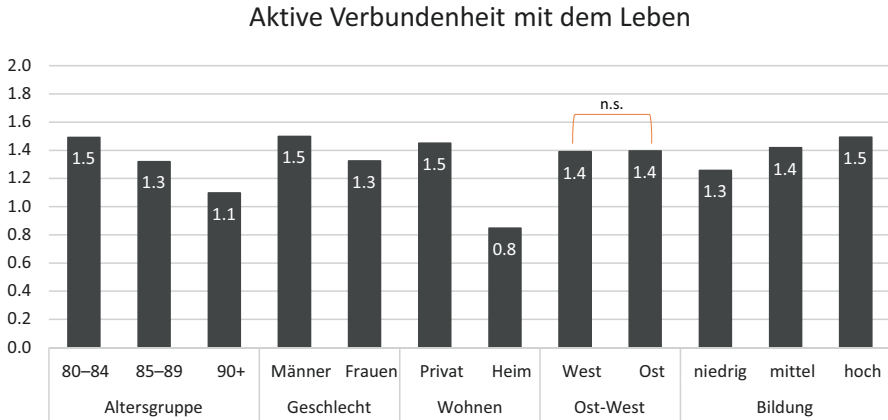


Abb. 9 Mittleres Ausmaß der aktiven Verbundenheit mit dem Leben in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung nach soziodemografischen Merkmalen. Alle MW-Unterschiede signifikant auf 5 %-Niveau, sofern nicht anders (n.s. $p \geq 0,05$) angegeben

aktive Verbundenheit mit dem Leben die Unterschiede zwischen soziodemografischen Gruppen, wenn ein umfassenderes Erklärungsmodell zur Lebensqualität im hohen Alter angelegt wird (Tab. 1). Die großen bivariaten Unterschiede zwischen Altersgruppen oder Heim/Privat gehen vollständig in den zusätzlich betrachteten Prädiktoren der Lebensverbundenheit, beispielsweise der Interpretation von altersbezogenen Veränderungen oder dem Wohlbefinden und der Zufriedenheit auf.

Bedeutung von Schutz- und Risikofaktoren für die subjektive Lebensqualität

Übersicht

Soziale Risikofaktoren (Einsamkeit) sind bei sehr alten Menschen besonders stark mit geringerer Lebenszufriedenheit verknüpft.

Für die gelingende Lebensführung im Alter (Autonomie, Lebensverbundenheit) ist erhaltene Alltagsselbstständigkeit von zentraler Bedeutung. Ein höhere Alltagsselbstständigkeit ist jedoch kein Schutzfaktor vor negativen Bewertungen durch Andere.

Die Sicht auf das eigene Älterwerden bestimmt die subjektive Lebensqualität im hohen Alter mit. Menschen, die mehr altersbezogene Verluste erfahren, fällt es schwerer, aktiv mit dem Leben verbunden zu bleiben und ihre Ziele zu realisieren. Altersgewinne sind dagegen mit Wohlbefinden und höherer wahrgenommener Wertschätzung verbunden.

Erlebte Autonomie ist ein Indikator gelingender Lebensführung mit wenig Bezug zu Wohlbefinden und Wertschätzung durch Andere. Hohe Zufriedenheitswerte können auch dann beobachtet werden, wenn sich ältere Menschen nicht von der Gesellschaft anerkannt und gebraucht fühlen.

Anhand der im CHAPO-Modell verorteten Umwelt- und Person-seitigen Ressourcenlagen und unter Berücksichtigung der Multidimensionalität von Lebensqualitäts-Ergebnissen in der Hochaltrigkeit, können bis zu 48 % (Verbundenheit mit dem Leben) der beobachteten Unterschiedlichkeit in der subjektiven Lebensqualität sehr alter Menschen in Deutschland „erklärt“ werden (Tab. 1). Am schlechtesten können mit den erfassten individuellen Merkmalen dagegen Unterschiede in der erlebten Wertschätzung durch Andere erklärt werden (16 %).

Unter Kontrolle der individuellen Ressourcenlagen und Einschätzungen zur Lebensqualität zeigen sich für alle LQ-Outcomes nur sehr kleine Effekte ($\beta < 0,1$) des Lebensalters (Altersgruppe) oder Geschlechtes. Auch die Effekte des Wohnortes in den alten und neuen Bundesländern (Ost-West) und für unterschiedliche Bildungsniveaus sind beinahe ausschließlich sehr klein. In einem Heim zu Wohnen ist dagegen ein deutlicher Risikofaktor für ein geringeres Autonomieerleben. Eine höhere Bildung scheint zwar die Bewertung des eigenen Lebens (Zufriedenheit, Wohlbefinden) positiv zu beeinflussen – einen Schutzfaktor vor negativen Bewertungen durch Andere scheint diese jedoch nicht darzustellen.

Für soziale (Einsamkeit) Ressourcen oder innerhalb der Person liegende Ressourcen (Alltagsselbstständigkeit, Perspektive auf das eigene Altern) werden kleine bis mittlere Effekte ($0,1 < \beta < 0,3$) auf die verschiedenen Facetten erlebter Lebensqualität geschätzt. Einsamkeit ist besonders stark mit geringerer Lebenszufriedenheit verbunden, in geringerem Ausmaß aber signifikant auch mit allen anderen Lebensergebnissen. Die erhaltene Selbstständigkeit bei komplexen Alltagsverrichtungen (IADL) ist dagegen besonders mit dem Erleben von Autonomie und Verbundenheit mit dem Leben im Alter verknüpft. Interessanterweise ist eine höhere Alltagsselbstständigkeit in diesem Alterssegment negativ mit der erlebten Wertschätzung durch andere Menschen assoziiert. In der NRW80+ Studie konnte gezeigt werden, dass hochaltrige Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf, die in die Studie nur über Stellvertreterurteile einbezogen werden konnten, über weniger negative Beurteilungen durch Andere berichteten (Kaspar et al. 2022a). Es kann vermutet werden, dass entweder die erlebten Unterstützungsstrukturen mehr Wertschätzung transportieren oder vor negativen Alltagserfahrungen außerhalb dieser Unterstützungsstrukturen schützen. Das Erleben des eigenen Alterns ist ein für alle Aspekte erlebter Lebensqualität bedeutsamer Prädiktor mit eigenständigen Effekten von erfahrenen Altersgewinnen und Altersverlusten. Altersbezogene Verlustenerfahrungen sind eher mit Unzufriedenheit und reduzierter Verbundenheit mit dem Leben assoziiert, während Erfahrungen von persönlichem Wachstum und Gewinnen mit dem Alter vor allem das affektive Wohlbefinden und die erfahrene Wertschätzung durch Andere mitbestimmen. Für die selbsteingeschätzte Autonomie sind die Beiträge von Altersgewinnen und -verlusten dagegen etwas ausgeglichener.

Die nach dem CAPO-Modell beschriebenen Facetten erlebter Lebensqualität weisen untereinander substanzielle und differenzielle Zusammenhänge auf. Im Bereich der Wertschätzung des eigenen Lebens sagt beispielsweise häufigerer positiver Affekt eine höhere Lebenszufriedenheit sehr alter Menschen voraus und umgekehrt. Kein solch wechselseitiger Zusammenhang findet sich dagegen für Autonomie und Verbundenheit mit dem Leben im Bereich der gelingenden Lebensführung.

Eine aktive Verbundenheit mit dem Leben kann danach auch unter ungünstigen Umständen von nur geringer erlebter Autonomie erhalten bleiben. Auch die wahrgenommene Wertschätzung durch Andere scheint nicht substanzial durch das Ausmaß erhaltener Autonomie bestimmt.

Die vorliegenden Querschnittsdaten erlauben keine Aussagen zu kausalen Wirkmechanismen. Inwiefern also eine gelingende Lebensführung sicherstellt, dass das eigene Leben (selbst und von Anderen) auch als positiv wahrgenommen wird, oder inwieweit eine hinreichende Wertschätzung durch Andere erst den Kontext dafür bietet, autonom zu bleiben und Lebensziele zu verfolgen, kann hier nicht beantwortet werden. Bessere Möglichkeiten für die Identifikation von Mechanismen böten Daten aus einer längsschnittlichen Weiterverfolgung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Fazit

Die Ergebnisse der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ D80+ geben Aufschluss über die erlebte Lebensqualität hochaltriger Menschen in Deutschland vor dem Hintergrund des Pandemiegeschehens 2020 und 2021. Aufgrund der hohen Befragungsbeteiligung konnte eine differenzierte Betrachtung auch nach einzelnen Bevölkerungsgruppen unterschiedlichen Alters, Geschlechts, Bildung oder Wohnort und Wohnform vorgelegt werden. Auf Grundlage dieser deskriptiven Befunde und unter Berücksichtigung von in späten Lebensphasen existierenden Konstellationen von Risiko- und Schutzfaktoren kann ein möglicher Interventionsbedarf identifiziert und spezifisch konzipiert werden.

Die erste grundsätzliche Frage lautete: *Gibt es im hohen Alter Alters-, Geschlechts-, Bildungs- und Wohnortunterschiede in Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Verbundenheit mit dem Leben?* Dies ist klar der Fall, wobei nicht alle demografischen Merkmale die erlebte Lebensqualität im Alter gleichermaßen mitbestimmen. So zeigen sich beispielsweise mit Blick auf den erlebten positiven Affekt, das Autonomieerleben und die Verbundenheit mit dem Leben keine bedeutsamen Unterschiede zwischen älteren Menschen aus den *alten und neuen Bundesländern*. Für die allgemeine Lebenszufriedenheit und die gesellschaftliche Wertschätzung wurden dagegen etwas geringere Niveaus in den neuen Bundesländern beobachtet, die auch unter Kontrolle weiterer Aspekte der Lebensverhältnisse bestehen blieben. Zu diesem Befund mag auch der Wandel in den Beschäftigungs- und Sozialstrukturen in den neuen Bundesländern nach der Wende beitragen. Innerhalb der Gruppe der Ab-80-Jährigen lassen sich bivariat für viele Aspekte der subjektiven Lebensqualität deutliche Geschlechts- und vor allem Altersunterschiede beobachten. Dabei weisen *Menschen in älteren Altersgruppen* durchgängig ungünstigere Lebensbewertungen auf, was anhand der Vorbefunde auch zu erwarten war. Die gefundenen Altersunterschiede sind dabei in der Regel jedoch gering und die Bedeutung des chronologischen Lebensalters für die erlebte Lebensqualität weist mitunter sogar in die entgegengesetzte Richtung (höhere LZ in älteren Altersgruppen),

wenn man über die bivariaten Zusammenhänge hinaus weitere konkurrierende Prädiktoren der subjektiven Lebensqualität mitberücksichtigt. Auch die *Geschlechterunterschiede* verweisen für sich betrachtet wie aus den Vorbefunden erwartet durchgängig auf eine bessere Lebensbewertung von hochaltrigen Männern gegenüber sehr alten Frauen. Auch hier werden Effekte relativiert und führen zu einer mitunter anderen Einschätzung von Geschlechtereffekten, wenn gleichzeitig auch die für sehr alte Männer und Frauen sehr unterschiedlichen Voraussetzungen wie z. B. Institutionalisierung oder Bildungsgrad mitberücksichtigt werden. Angebote zur Stabilisierung und Förderung von subjektiver Lebensqualität in der sehr heterogenen Lebensphase Alter sollten sich darum vorrangig an spezifischeren Lebenskonstellationen orientieren als an einzelnen Personenmerkmalen wie Alter oder Geschlecht. Die für sich genommen deutlichsten Unterschiede in allen drei Ergebnisbereichen erfahrener Lebensqualität lassen sich zwischen hochaltrigen Menschen in *Privathaushalten* und *Heimen* feststellen. Mit Ausnahme der erlebten Autonomie, bei der die Heimzugehörigkeit auch unter Kontrolle weiterer Merkmale wie z. B. der erhaltenen Alltagsselbstständigkeit weiterhin mit signifikant niedrigeren Autonomiewerten verbunden ist, scheint das Wohnen in einer Einrichtung an und für sich kein genuiner Hinderungsgrund für das Erleben von Wohlbefinden, Zufriedenheit, Lebensverbundenheit oder von gesellschaftlicher Wertschätzung im sehr hohen Alter zu sein. *Bildungsunterschiede*, die in dieser Altersgruppe auch zwischen den Geschlechtern deutlich sind (ältere Männer sind formal höher gebildet als ältere Frauen, vgl. Anhang 2 in Kaspar et al. 2022c), zeichnen ein differenziertes Muster der erlebten Lebensqualität: Einerseits berichten sehr alte Menschen mit höherer Bildung ein höheres Niveau an erlebter Autonomie, mehr Verbundenheit mit dem Leben, höhere Lebenszufriedenheit und mehr positives Wohlbefinden als Menschen mit mittlerer oder niedriger Bildung (vgl. Jopp et al. 2008). Andererseits fühlen sich höhergebildete sehr alte Menschen von der heutigen Gesellschaft weniger stark wertgeschätzt und anerkannt. Ein geringer, aber ebenfalls negativer Zusammenhang findet sich auch für Bildungsunterschiede in der allgemeinen Lebenszufriedenheit, wenn für weitere Merkmale der Lebenssituation und -bewertung kontrolliert wird. Inwieweit auch im hohen Alter Bildungsangebote zu einer Förderung von subjektiver Lebensqualität beitragen können, kann durch den Fokus auf formale Bildungsniveaus und die nur einmalige Erhebung hier nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Umgekehrt kann es vor dem Hintergrund der Befunde aber sinnvoll sein, bessere Möglichkeiten für Teilhabe und Mitverantwortung in anspruchsvollen Funktionen zu schaffen, um darüber erfahrene Wertschätzung zu fördern.

Die zweite Frage, der dieser Bericht nachgeht, lautete: *Welche Schutz- und Risikofaktoren können für die subjektive Lebensqualität identifiziert werden?* Dabei wurden – über die zuvor genannten wichtigen soziodemografischen Merkmale hinaus – Ressourcen- und Risikofaktoren im sozialen Bereich (subjektive Einsamkeitsgefühle), im gesundheitlichen Bereich (erhaltene Alltagsselbstständigkeit) und mit Blick auf die Wahrnehmung des Alternsprozesses selbst (erfahrene Alternsgewinne und -verluste) berücksichtigt. Jedes dieser Merkmale erscheint substanziell mit der subjektiven Lebensqualität im Alter verknüpft zu sein. In der Regel sind die Zusammenhänge mit Lebensqualitätsergebnissen dabei enger als diejenigen, die für sozi-

odemografische Hintergrundvariablen gefunden wurden und bewegen sich im Bereich kleiner und mittlerer Effekte. Ältere Menschen, die sich einsam fühlen, weisen vor allem eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit auf, aber auch alle anderen Aspekte der erlebten Lebensqualität sind durch *Einsamkeit* deutlich beeinträchtigt. Insgesamt bestätigen die Befunde der Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“ die in anderen Altersstudien für etwas jüngere Altersgruppen berichtete hohe Bedeutsamkeit einer erlebten sozialen Eingebundenheit und Beziehung zu anderen Menschen auch im sehr hohen Lebensalter. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass die berichtete Lebenssituation Ende 2020/Anfang 2021 stark unter dem Eindruck der Coronapandemie stand, bei der vor allem auch ältere Menschen als vulnerablere Gruppe in besonderem Maße für negative soziale Auswirkungen z. B. von Kontaktbeschränkungen sensibilisiert waren. Die *erhaltene Selbstständigkeit* bei komplexeren alltäglichen Aufgaben bestimmt bei älteren Menschen maßgeblich Lebensqualitätsergebnisse im Bereich der gelingenden Lebensführung mit. Erhaltene Alltags selbstständigkeit kann bei älteren Menschen in Heimen dazu beitragen, das dort systematisch geringere Autonomieerleben auszugleichen. Erhaltene Alltags selbstständigkeit trägt auch zu einer stärkeren aktiven Verbundenheit mit dem Leben bei, da diese auch Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Handlungsoptionen umfasst. Im Gegensatz zu basaleren Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Körperpflege), deren Unterstützung auch auf einer persönlichen Ebene voraussetzungsreich ist (Fuchs et al. 2022b), können die hier betrachteten komplexeren instrumentellen Alltagsaktivitäten (z. B. Finanzen regeln) vergleichsweise einfach technisch und organisatorisch unterstützt werden. Gemäß den berichteten Konsequenzen erhaltener Alltags selbstständigkeit für die subjektive Lebensqualität wäre es darum wünschenswert, Entscheidungsprozesse in Unterstützungsangeboten so zu gestalten, dass die erlebte Selbstwirksamkeit erhalten bleibt oder gefördert wird. Die Wahrnehmung von altersbezogenen Gewinnen ist bei sehr alten Menschen signifikant mit dem Erleben positiver Gefühle verknüpft. Befunde aus NRW80+ hatten bereits gezeigt, dass insbesondere der Wegfall von Freizeitaktivitäten das Erleben von Alternsgewinnen gefährdet, es sich also um einen Schutzfaktor handelt, der stark sozial bestimmt ist (Kaspar et al. 2021). Das zeigt sich deutschlandweit nun u. a. auch darin, dass sehr alte Menschen mit positiverem Alternserleben sich in stärkerem Maße von Anderen wertgeschätzt und anerkannt fühlen. In geringerem Ausmaß stellt eine positive Sicht auf eigene Veränderungen mit dem Alter aber auch für alle anderen Facetten subjektiver Lebensqualität im Alter einen eigenständigen Schutzfaktor (also u. a. auch unter Berücksichtigung von Alternsverlusten) dar. Erlebte Altersverluste stellen dagegen einen substanziellen Risikofaktor für alle betrachteten Aspekte der subjektiven Lebensqualität im sehr hohen Alter dar. Die Wahrnehmung des eigenen Alterns kann Bewältigungsmechanismen fördern (Dutt et al. 2018a) und das Alternsselbstbild kann durch Interventionen positiv beeinflusst werden (Beyer et al. 2019). Es soll darum hier empfohlen werden, Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die älteren Menschen dabei helfen, auch Alternsgewinnen gewahr zu werden und konstruktiv mit erlebten Alternsverlusten umzugehen.

Nicht unberücksichtigt bleiben kann der Umstand, dass die Daten unter dem Eindruck der zweiten und dritten Welle der **Coronapandemie** erhoben wurden. Befunde zur subjektiven Wahrnehmung von Veränderungen in der eigenen Lebenssituation durch die Pandemie wurden bereits im ersten Kurzbericht (Hansen et al. 2021b) beschrieben. Der vorliegende Bericht zeigt, dass sich einerseits zwar für manche Hochaltrige Einbußen im Wohlbefinden ergeben haben, dass die Pandemiezeit andererseits aber für viele ältere Menschen vor allem durch eine Mischung von positiven und negativen Erfahrungen charakterisiert ist. Ein direkter Vergleich mit Befunden zur Lebensqualität hochaltriger Menschen *vor* der Coronapandemie aus NRW80+ ist nur eingeschränkt möglich, da es sich um eine lokale Stichprobe (nur NRW) handelt und die Erhebungen im persönlichen Gespräch stattfanden. Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit und das Ausmaß positiven Affektes waren jedoch sowohl zur ersten, als auch zur zweiten Welle in NRW deutlich höher (Kaspar und Reissmann 2022). Zusätzlich konnte in NRW80+ innerhalb der zweiten Welle ein deutlicher Unterschied zwischen den (überwiegend) vor und (wenigen) während der Coronapandemie einbezogenen Teilnehmenden beobachtet werden.

Dieser Kurzbericht nimmt mit der *gelingenden Lebensführung*, der *Bewertung durch Andere* und der *subjektiven Einschätzung des eigenen Lebens* drei Bereiche der erlebten Lebensqualität sehr alter Menschen in den Blick. Die Befunde zeigen für viele Aspekte der Lebensqualität im Alter deutliche Unterschiede zwischen soziodemografischen Gruppen wie Männer und Frauen, Teilgruppen unterschiedlichen Alters, Heimbewohner und Privatwohnende, Menschen in Ost- und Westdeutschland oder Personen mit unterschiedlicher formaler Bildung. Gleichzeitig relativiert sich der genuine Einfluss vieler dieser Merkmale, wenn mit dem CHAPO-Modell ein umfassenderer Ansatz zur Beschreibung und Erklärung von Lebensqualität im sehr hohen Alter angelegt wird. Soziale, gesundheitliche und (entwicklungs-)psychologische Schutz- und Risikofaktoren konnten identifiziert werden, mit denen auch selektiv bestimmte Aspekte der Lebensqualität gefördert werden könnten. Gleichzeitig sind die wechselseitigen Zusammenhänge verschiedener Facetten der subjektiven Lebensqualität im Alter deutlich geworden: so hängt beispielsweise das Ausmaß, in dem sich ältere Menschen in Deutschland wertgeschätzt fühlen, kaum mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit oder dem eigenen Autonomieerleben zusammen. Besonders enge wechselseitige Beziehung konnten dagegen zwischen der aktiven Verbundenheit mit dem Leben und dem subjektiven Wohlbefinden identifiziert werden. Auch im sehr hohen Alter Motivation und Möglichkeiten zu finden, mit Herausforderungen umzugehen, erscheint – wie theoretisch erwartet – tatsächlich eine Form gelingender Lebensführung zu sein, die sich einerseits in Zufriedenheit und Wohlbefinden, andererseits aber auch in einer höheren wahrgenommenen Anerkennung durch Andere niederschlägt. Für das Autonomieerleben im sehr hohen Alter gilt dies dagegen nicht im selben Maße: das Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten fördert zwar Zufriedenheit und in geringem Ausmaß auch Wohlbefinden und Lebensverbundenheit, trägt andererseits aber nicht dazu bei, sich auch im hohen Alter von Anderen anerkannt und wertgeschätzt zu fühlen.

Anhang 1

Verteilung sozialer und persönlicher Schutz- bzw. Risiko-Faktoren in Bevölkerungsgruppen (Abb. 10, 11, 12 und 13)

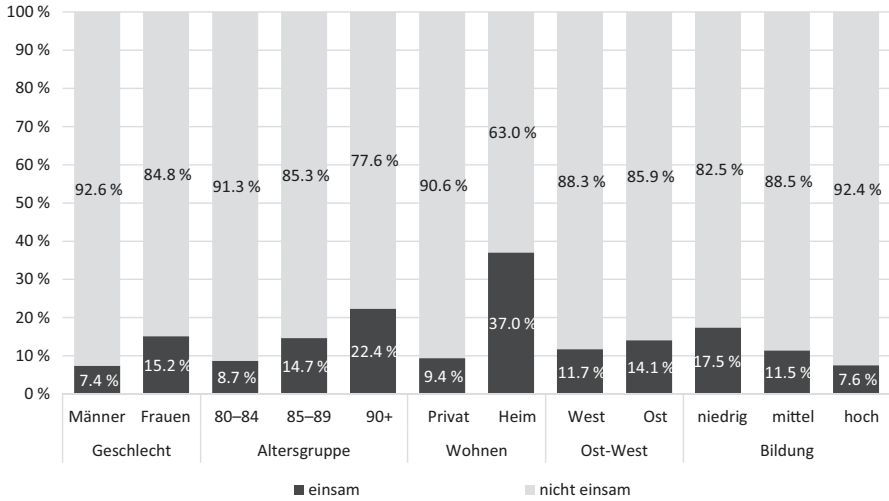


Abb. 10 Einsamkeit (dichotom) nach soziodemografischen Merkmalen

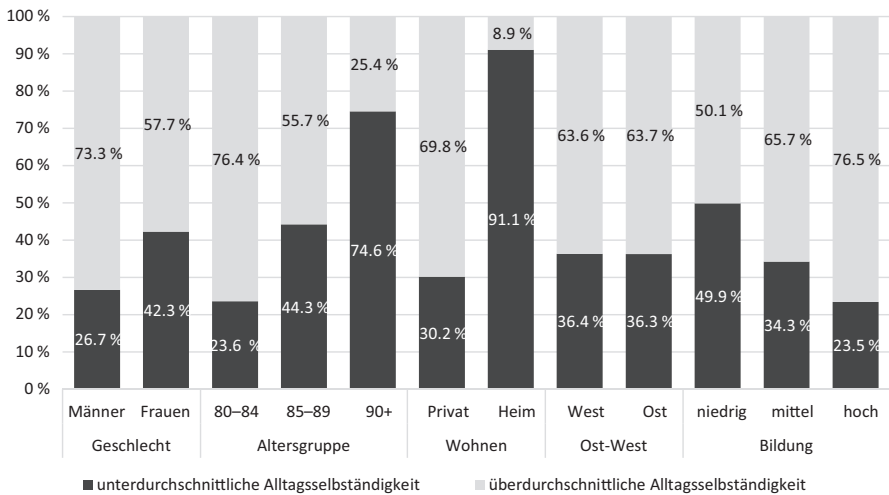


Abb. 11 Erhaltene Alltagsselfständigkeit nach soziodemografischen Merkmalen

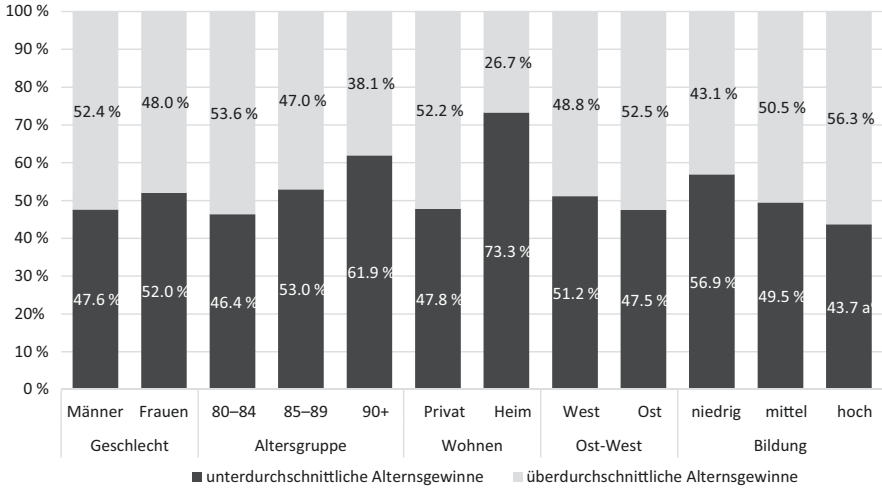


Abb. 12 Wahrgenommene Altersgewinne nach soziodemografischen Merkmalen

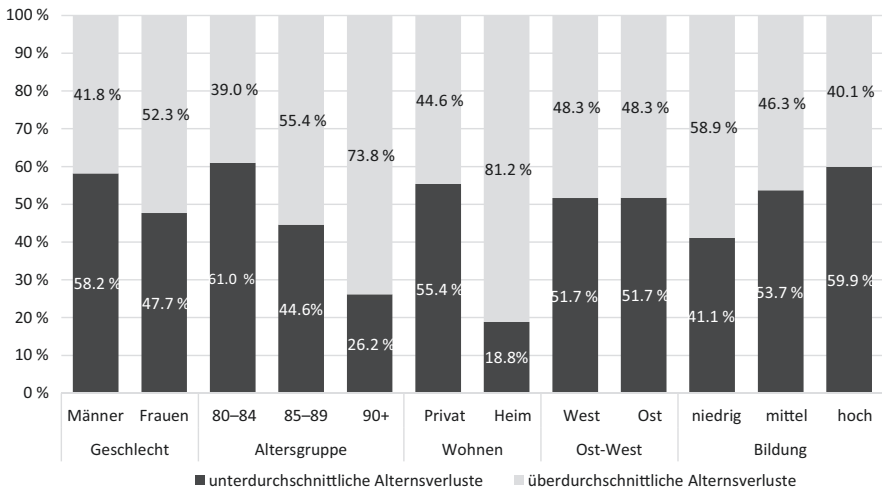


Abb. 13 Wahrgenommene Altersverluste nach soziodemografischen Merkmalen

Literatur

Arpino B, Pasqualini M, Bordone V, Solé-Auró A (2021) Older people’s nonphysical contacts and depression during the COVID-19 lockdown. *Gerontologist* 61(2):176–186. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa144>

Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, Buelow JM, Otte JL, Hanna KM, Ellett ML, Hadler KA, Welch JL (2012) Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes* 10:134. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>

Baltes PB, Smith J (2003) New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* 49(2):123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>

- Bäuerle A, Teufel M, Musche V, Weismüller B, Kohler H, Hetkamp M, Dörrie N, Schweda A, Skoda E-M (2020) Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *J Public Health* 42(4):672–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/ftdaa106>
- Becker S, Kaspar R, Kruse A (2011) H.I.L.DE: Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.), 1. Aufl. Verlag Hans Huber, Programmbe-
reich Pflege. Altenpflege, Pflegeassessment. H. Huber, Bern
- Berg AI, Hassing LB, McClearn GE, Johansson B (2006) What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging Ment Health* 10(3):257–264. <https://doi.org/10.1080/13607860500409435>
- Berg AI, Hoffman L, Hassing LB, McClearn GE, Johansson B (2009) What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging Ment Health* 13(2):191–201. <https://doi.org/10.1080/13607860802342227>
- Beyer A-K, Wurm S, Wolff JK (2016) Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Alterbilder und Diskriminierungserfahrungen. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Alter im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*, Springer VS, Wiesbaden S 267–296
- Beyer A-K, Wolff JK, Freiburger E, Wurm S (2019) Are self-perceptions of ageing modifiable? Examination of an exercise programme with vs. without a self-perceptions of ageing-intervention for older adults. *Psychol Health* 34(6):661–676. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1556273>
- Blanchflower DG, Graham CL (2021) The mid-life dip in well-being: a critique. *Soc Indic Res*:1–58. <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02773-w>
- Blane D, Higgs P, Hyde M, Wiggins RD (2004) Life course influences on quality of life in early old age. *Soc Sci Med* 58(11):2171–2179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.028>
- Böger A, Huxhold O (2018) Do the antecedents and consequences of loneliness change from middle adulthood into old age? *Dev Psychol* 54(1):181–197. <https://doi.org/10.1037/dev0000453>
- Brandt M, Garten C, Grates M, Kaschowitz J, Quashie N, Schmitz A (2021) Veränderungen von Wohlbefinden und privater Unterstützung für Ältere: Ein Blick auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie im Frühsommer 2020. *Z Gerontol Geriatr* 54(3):240–246. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01870-2>
- Brijoux T, Zank S (2022) Auswirkungen kognitiver Einschränkungen (Demenz) auf Lebensqualität und Versorgung (D80+ Kurzberichte Nr. 7). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-78948-9>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Bussière C, Sirven N, Tessier P (2021) Does ageing alter the contribution of health to subjective well-being? *Soc Sci Med* (1982), 268, 113456. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113456>
- Carstensen LL (1991) Socioemotional selectivity theory: social activity in life-span context. *Ann Rev Gerontol Geriatr* 11:195–217
- Courtin E, Knapp M (2017) Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community* 25(3):799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Cresswell-Smith J, Amadeo F, Donisi V, Forsman AK, Kalseth J, Martin-Maria N, Miret M, Walhbeck K (2019) Determinants of multidimensional mental wellbeing in the oldest old: a rapid review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54(2):135–144. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1633-8>
- Czekierda K, Banik A, Park CL, Luszczynska A (2017) Meaning in life and physical health: systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev* 11(4):387–418. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1327325>
- Diegelmann M, Schilling OK, Wahl H-W (2016) Feeling blue at the end of life: trajectories of depressive symptoms from a distance-to-death perspective. *Psychol Aging* 31(7):672–686. <https://doi.org/10.1037/pag0000114>
- Diehl M, Wahl H-W (2010) Awareness of age-related change: examination of a (Mostly) unexplored concept. *J Gerontol* 65B(3):340–350. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp110>
- Diehl M, Wahl H-W, Brothers A, Miche M (2015) Subjective aging and awareness of aging: toward a new understanding of the aging self. *Annu Rev Gerontol Geriatr* 35(1):1–28. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.1>

- Diehl M, Brothers AF, Wahl H-W (2021) Self-perceptions and awareness of aging: past, present, and future. In: Schaie KW, Willis SL (Hrsg) *The handbooks of aging. Handbook of the psychology of aging*, 9. Aufl. Elsevier Academic Press, Cambridge, S 155–179
- Dutt AJ, Gabrian M, Wahl H-W (2018a) Awareness of age-related change and depressive symptoms in middle and late adulthood: longitudinal associations and the role of self-regulation and calendar age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 73(6):944–953. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw095>
- Dutt AJ, Wahl H-W, Rupprecht FS (2018b) Mindful vs. mind full: processing strategies moderate the association between subjective aging experiences and depressive symptoms. *Psychol Aging* 33(4):630–642. <https://doi.org/10.1037/pag0000245>
- Entringer T, Kröger H, Schupp J, Kühne S, Liebig S, Goebel J, Grabka MM, Graeber D, Kroh M, Schröder C, Seebauer J, Zinn S (2020) Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEP The Socio-Economic Panel. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791307.de/diw_sp1087.pdf. Zugegriffen am 27.03.2023
- Fey J, Wagner M (2021) Das Einkommen der Hochaltrigen in Deutschland (D80+ Kurzberichte Nr. 2). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-76807-1>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Franke J, Simonson J (2017) Also, als wir jung waren ... Die Einschätzung des Verhältnisses von Alt und Jung. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel*. Springer Fachmedien, S 345–358. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_23
- Fuchs J, Gaertner B, Klingner A, Kuttig T, Perlitz H (2022a) Studieninformation der bundesweiten Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+): Teil 2: Untersuchung. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Fuchs J, Gaertner B, Prütz F (2022b) Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und Unterstützungsbedarfe: Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 7(1):7–27. <https://doi.org/10.25646/9569>
- Fuller HR, Huseth-Zosel A (2021) Lessons in resilience: Initial coping among older adults during the COVID-19 pandemic. *Gerontologist* 61(1):114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>
- Gerhold L (2020) COVID-19: Risk perception and Coping strategies. Results from a survey in Germany. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>
- Gitlin LN, Parisi J, Huang J, Winter L, Roth DL (2016) Attachment to life: psychometric analyses of the valuation of life scale and differences among older adults. *Gerontologist* 56(3):31. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv696>
- Grates M, Brandt M, Garten C, Jessee L, Kaschowitz J, Klingel M, Quashie NT, Schmitz A (2021) Pilotstudie: Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht. <https://doi.org/10.17877/DE290R-21870>
- Halisch F, Geppert U (2000) Wohlbefinden im Alter: Der Einfluss von Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstilen und persönlichen Zielen. Ergebnisse aus der Münchner GOLD-Studie. In: Försterling F (Hrsg) *Kognitive und emotionale Aspekte der Motivation*. Hogrefe Verl. für Psychologie, Bern, S 121–152
- Hansen S, Kaspar R, Wagner M, Woopen C, Zank S (2021a) The NRW80+ study: conceptual background and study groups [Die NRW80+ Hochaltrigenstudie: Konzeptueller Hintergrund und Untersuchungsgruppen]. *Z Gerontol Geriatr* 54(2):76–84. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01970-z>
- Hansen S, Schäfer N, Kaspar R (2021b) Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen (D80+ Kurzberichte Nr. 2). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-75927-0>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Henning G, Segel-Karpas D, Bjälkebring P, Berg AI (2021) Autonomy and loneliness – longitudinal within- and between-person associations among Swedish older adults. *Aging Ment Health*:1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2000937>
- Hilleräs PK, Jorm AF, Herlitz A, Winblad B (2001) Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *Int J Aging Hum Dev* 52(1):71–90. <https://doi.org/10.2190/B8NC-D9MQ-KJE8-UUG9>

- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci* 10(2):227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Höpflinger F (2011) Die Hochaltrigen – eine neue Größe im Gefüge der Intergenerationalität. In: Petzold HG, Horn E, Müller L (Hrsg) *Hochaltrigkeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 37–53. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92740-4_3
- Jopp D, Rott C, Oswald F (2008) Valuation of life in old and very old age: the role of sociodemographic, social, and health resources for positive adoption. *Gerontologist* 48(5):646–658. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.646>
- Kaspar R (2021) *Alterserleben: Möglichkeiten zur Instrumentierung (Rationalen NRW+ / D80+)*. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln
- Kaspar R, Reissmann M (2022) Veränderung der subjektiven Lebensqualität im sehr hohen Alter. In Wagner M, Zank S (Hrsg), *Wohlbefinden und Lebensqualität hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen: Abschlussbericht zum NRW80+ Hochaltrigenpanel*. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-83335-2>
- Kaspar R, Gabrian M, Brothers A, Wahl H-W, Diehl M (2018) Measuring awareness of age-related change: development of a 10-item short form for use in large-scale surveys. *Gerontologist* 59(3):e130–e140. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx213>
- Kaspar R, Wahl H-W, Diehl M (2021) Awareness of age-related change as a behavioural determinant of survival time in very old age. *Front Psychol* 12:727560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727560>
- Kaspar R, Albrecht A, Brijoux T, Fey J, Geithner L, Reissmann M, Wagner M, Wenner J, Zank S, Zimmermann J (2022a.) Resource status and quality of life in the very old [Manuscript in preparation]. University of Cologne
- Kaspar R, Oswald V, Reissmann M (2022b) Gelingende Lebensführung: Autonomie und aktive Verbundenheit mit dem Leben. In Wagner M, Zank S (Hrsg), *Wohlbefinden und Lebensqualität hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen: Abschlussbericht zum NRW80+ Hochaltrigenpanel*. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-83335-2>
- Kaspar R, Wenner J, Tesch-Römer C (2022c) Einsamkeit in der Hochaltrigkeit (D80+ Kurzberichte Nr. 4). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-77004-2>
- Kaspar R, Wahl H-W, Diehl M, Zank S (2022). Subjective views of aging in very old age: Predictors of 2-year change in gains and losses. *Psychol Aging*, 37(4): 503–516. <https://doi.org/10.1037/pag0000684>
- Kercher K (1992) Assessing subjective well-being in the old-old: the PANAS as a measure of orthogonal dimensions of positive and negative affect. *Res Aging* 14(2):131–168. <https://doi.org/10.1177/0164027592142001>
- Krendl AC, Perry BL (2021) The impact of sheltering in place during the COVID-19 pandemic on older adults' social and mental well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 76(2):53–58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Kruse A (2017) *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Springer,
- Kunzmann U, Little TD, Smith J (2000) Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychol Aging* 15(3):511–526. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.15.3.511>
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3):179–186
- Lawton MP, Moss M, Hoffman C, Kleban MH, Ruckdeschel K, Winter L (2001) Valuation of life: a concept and a scale. *J Aging Health* 13(1):3–31. <https://doi.org/10.1177/089826430101300101>
- Lehner E (2018) Männer im Alter. In: Reitinger E (Hrsg) *Kulturelle Figurationen. Alter und Geschlecht: Soziale Verhältnisse und Kulturelle Repräsentationen*. Vieweg, Wiesbaden, S 53–77

- Macdonald B, Hülür G (2021) Well-being and loneliness in swiss older adults during the COVID-19 pandemic: the role of social relationships. *Gerontologist* 61(2):240–250. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa194>
- Neise M, Janhsen A, Geithner L, Schmitz W, Kaspar R (2019) Lebensqualitäten in der Hochaltrigkeit. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) *Altersforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*, 1. Aufl. Nomos, S 581–604. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-581>
- Nimrod G, Shrira A (2016) The paradox of leisure in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 71(1):106–111. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu143>
- Oswald V, Wagner M (2022) Die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld hochaltriger Menschen in Deutschland. D80+ Kurzberichte, Bd 8. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln, <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-79531-5>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Perlman D, Peplau LA (1982) Theoretical approaches to loneliness. In: Peplau L, Perlman D (Hrsg) *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*. Wiley, Hoboken, S 123–134
- Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Uebelbacher A, Stähelin HB (2006) Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychol Health Med* 11(4):470–482. <https://doi.org/10.1080/13548500600726633>
- Potter S, Drewelies J, Wagner J, Duezel S, Brose A, Demuth I, Steinhagen-Thiessen E, Lindenberger U, Wagner GG, Gerstorf D (2020) Trajectories of multiple subjective well-being facets across old age: the role of health and personality. *Psychol Aging* 35(6):894–909. <https://doi.org/10.1037/pag0000459>
- Reissmann M, Wagner M (2022) Werthaltungen hochaltriger Menschen und ihre Wünsche für die eigene Lebenssituation und das gesellschaftliche Zusammenleben (D80+ Kurzberichte Nr. 9). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-79950-7>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Reissmann M, Oswald V, Zank S, Tesch-Römer C (2022) Digitale Teilhabe in der Hochaltrigkeit (D80+ Kurzberichte Nr. 6). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-78429-7>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Rott C (2011) Zwischen Vitalität und Pflegebedürftigkeit: Stärken und Schwächen des hohen Alters. In: Petzold HG, Horn E, Müller L (Hrsg) *Hochaltrigkeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 55–74
- Ryff CD (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Personal Soc Psychol* 57(6):1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Schiel S, Ruiz Marcos J, Fahrenholz M (2021) Methodenbericht Deutscher Alterssurvey (DEAS): Schriftliche Panelbefragung 2020. ifas – Institut für Angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn. Zugegriffen am 27.03.2023
- Schöllgen I, Morack J, Infurna FJ, Ram N, Gerstorf D (2016) Health sensitivity: age differences in the within-person coupling of individuals' physical health and well-being. *Dev Psychol* 52(11):1944–1953. <https://doi.org/10.1037/dev0000171>
- Schüz B, Dräger D, Richter S, Kummer K, Kuhlmeier A, Tesch-Römer C (2011) Autonomie trotz Multimorbidität im Alter – Der Berliner Forschungsverbund AMA [Autonomy despite multimorbidity in old age – the Berlin-based AMA research consortium]. *Z Gerontol Geriatr* 44(Suppl 2):9–26. <https://doi.org/10.1007/s00391-011-0248-4>
- Smith J (2001) Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *Eur Rev* 9(4):461–477. <https://doi.org/10.1017/S1062798701000424>
- Smith J (2003) The gain-loss dynamic in lifespan development: implications for change in self and personality during old and very old age. In: Staudinger UM, Lindenberger U (Hrsg) *Understanding human development*. Springer US, S 215–241. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0357-6_10

- Smith J, Fleeson W, Geiselman B, Settersten RA, Kunzmann U (2010) Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In: Lindenberger U, Smith J, Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie (BASE). Akademie Verlag, Berlin, S 521–548
- Stephan Y, Sutin AR, Terracciano A (2018) Subjective age and mortality in three longitudinal samples. *Psychosom Med* 80(7):659–664. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000613>
- Stokes JE, Moorman SM (2020) Sticks and stones: perceived age discrimination, well-being, and health over a 20-year period. *Res Aging* 42(3–4):115–125. <https://doi.org/10.1177/0164027519894875>
- Szcześniak M, Bielecka G, Madej D, Pieńkowska E, Rodzeń W (2020) The role of self-esteem in the relationship between loneliness and life satisfaction in late adulthood: evidence from Poland. *Psychol Res Behav Manag* 13:1201–1212. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S275902>
- van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH (2020) Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: a study among Dutch older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
- Vahia IV, Jeste DV, Reynolds CF (2020) Older adults and the mental health effects of COVID-19. *JAMA* 324(22):2253–2254. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21753>
- Veenhoven R (2000) The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *J Happiness Stud* 1(1):1–39. <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>
- Vogt Yuan AS (2007) Perceived age discrimination and mental health. *Soc Forces* 86(1):291–311. <https://doi.org/10.1353/sof.2007.0113>
- Wagner M, Rietz C, Kaspar R, Janhsen A, Geithner L, Neise M, Kinne-Wall C, Woopen C, Zank S (2018) Quality of life of the very old: survey on quality of life and subjective well-being of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51(2):193–199. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1217-3>
- Wahl H-W, Ehni H-J (2020) Advanced old age as a developmental dilemma: an in-depth comparison of established fourth age conceptualizations. *J Aging Stud* 55:100896. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100896>
- Watson D, Clark LA, Tellegen A (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Personal Soc Psychol* 54(6):1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Wenner J, Albrecht A, Schäfer N, Wagner M (2022) Soziale Eingebundenheit (D80+ Kurzberichte Nr. 5). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-78188-1>. Zugegriffen am 27.03.2023
- Westerhof GJ, Miche M, Brothers AF, Barrett AE, Diehl M, Montepare JM, Wahl H-W, Wurm S (2014) The influence of subjective aging on health and longevity: a meta-analysis of longitudinal data. *Psychol Aging* 29(4):793–802. <https://doi.org/10.1037/a0038016>
- Wettstein M, Spuling SM (2019) Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel C, Wettstein M, Tesch-Römer C (Hrsg) Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 53–70
- Wettstein M, Schilling O, Reidick O, Wahl H-W (2015) Four-year stability, change, and multidirectionality of well-being in very-old age. *Psychol Aging* 30(3):500–516. <https://doi.org/10.1037/pag0000037>
- Wettstein M, Spuling SM, Cengia A (2020) Trajectories of functional health and its associations with information processing speed and subjective well-being: the role of age versus time to death. *Psychol Aging* 35(2):190–203. <https://doi.org/10.1037/pag0000418>
- Wolff JK, Tesch-Römer C (2017) Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel. Springer Fachmedien, S 171–183. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_11
- Woopen C, Rietz C, Wagner M, Zank S, Kaspar R, Geithner L, Janhsen A, Neise M, Schmitz W (2018) NRW80+ Hochaltrigenstudie: Erste Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln

- Wurm S, Diehl M, Kornadt AE, Westerhof GJ, Wahl H-W (2017) How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Dev Rev* 46:27–43. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.08.002>
- Zacher H, Rudolph CW (2021) Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *Am Psychol* 76(1):50–62. <https://doi.org/10.1037/amp0000702>
- Zimmermann J, Brijoux T, Zank S (2022) Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter (D80+ Kurzberichte Nr. 3). Köln. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-76808-6>. Zugegriffen am 27.03.2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Gutes Leben im hohen Alter: Fazit und Implikationen



Roman Kaspar, Julia Simonson, Clemens Tesch-Römer, Michael Wagner
und Susanne Zank

D80+: Die erste bundesweit repräsentative Studie zur Lebenssituation von Menschen im hohen Alter

Mit der Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“ werden erstmals für den gesamtdeutschen Raum repräsentative Aussagen zur Lebenssituation der sehr alten und ältesten Menschen möglich. Die Datenbasis ist vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses von Lebensqualität thematisch breitgefächert sowie inhaltlich und methodisch anschlussfähig an die laufende Altersberichterstattung des Bundes und der Länder (z. B. NRW) aus etablierten Altersstudien wie dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). Das Studienprotokoll für diese einzigartige Studie wurde seit Mitte 2015 am Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres) im interdisziplinären Team aus Vertreter:innen der Gerontologie, Soziologie, Psychologie, Ethik sowie Medizin entwickelt. Es wurde gemeinsam sowohl mit älteren Menschen als auch führenden sozialwissenschaftlichen

R. Kaspar (✉)

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: roman.kaspar@uni-koeln.de

J. Simonson · C. Tesch-Römer

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland

E-Mail: julia.simonson@dza.de; clemens.tesch-roemer@dza.de

M. Wagner

Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: mwagner@wiso.uni-koeln.de

S. Zank

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

E-Mail: susanne.zank@uni-koeln.de

© Der/die Autor(en) 2023

R. Kaspar et al. (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland*, Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society 8,

https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_12

Umfrageinstituten validiert. Der Erhebungs- und Auswertungsplan für eine deutschlandweite Hochaltrigenstudie wurde seit Anfang 2019 zwischen ceres und dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) abgestimmt.

Der geplante Befragungsbeginn im März 2020 fiel zusammen mit ersten Maßnahmen zur Eingrenzung der Coronapandemie in Deutschland. Da zu diesem Zeitpunkt keine persönlichen Interviews im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt werden konnten, wurde der Erhebungsplan auf eine schriftliche Befragung mit nachfolgendem Telefoninterview umgestellt. Die Anpassung des Vorgehens führte auch dazu, dass Themen für die schriftliche Befragung priorisiert werden mussten und komplexere Abfragen beispielsweise der kognitiven Leistungsfähigkeit oder der Möglichkeiten für ein Stellvertreterinterview bei schlechter Gesundheit nur bei denjenigen sehr alten Menschen umgesetzt werden konnten, die telefonisch erreichbar waren.

Mit der Studie D80+ sind nun nach zentralen soziodemografischen Merkmalen differenzierte Analysen zur Lebenssituation von Personen ab 80 Jahren möglich. Aufgrund eines besonders umfassenden Vorgehens bei der Stichprobenziehung und einer situationsgerechten Ansprache können dabei auch zuverlässige Aussagen sowohl zu in Privathaushalten als auch zu in Heimen lebenden älteren Menschen gemacht werden. Mit mehr als 10.000 Teilnehmer:innen ist die Studie D80+ eine der umfangreichsten Befragungen von sehr alten Menschen weltweit. Mehr als jede vierte angesprochene Person hat sich mit Auskünften über ihre Lebenssituation an der Studie beteiligt. Dies ist ein Beleg für das Interesse sehr alter Menschen, mit ihren spezifischen Präferenzen und Bedarfen bei der Gestaltung einer altersgerechten und altersfreundlichen Gesellschaft Gehör zu finden. Im Folgenden werden zentrale Erkenntnisse aus der Studie D80+ vorgestellt sowie Implikationen für Politik, Praxis und Forschung skizziert.

Leben im hohen Alter: Zentrale Befunde der Studie D80+

Die zwischen Ende 2020 und Ende 2021 erhobenen Daten spiegeln auch eine in wichtigen Lebensbereichen durch die Coronapandemie veränderte oder zumindest außergewöhnliche Lebenssituation wider. Bei der Interpretation der Studienbefunde sollten darum mögliche Effekte von Corona-Erkrankungen oder Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie (z. B. Kontaktbeschränkungen, Lockdowns) mitbedacht werden. Als einmalige Querschnittserhebung ist es mit D80+ jedoch nur eingeschränkt möglich, den Einfluss der Coronapandemie auf die Ergebnisse quantitativ zu bestimmen. Dennoch: Mit der Studie D80+ liegen erstmalig repräsentative Daten zum hohen Lebensalter in einer Zeit außergewöhnlicher persönlicher und gesellschaftlicher Herausforderungen vor.

Die Coronapandemie beeinträchtigt die sozialen Beziehungen von Menschen im hohen Alter negativ, insbesondere durch die in den ersten Wellen notwendigen Kontaktbeschränkungen.

Etwa 80 Prozent der Menschen im hohen Alter geben an, in ihren privaten Kontakten von den Auswirkungen der Coronapandemie betroffen zu sein. In diesem Bereich wird zudem die insgesamt stärkste subjektive Veränderung durch Corona angegeben. Das Thema sozialer Zusammenhalt ist nach Kontaktbeschränkungen das zweitwichtigste Thema der Älteren.

Corona-Erkrankungen im sozialen Umfeld gehen häufig mit Veränderungen in der eigenen Lebenssituation einher. Eine Erkrankung von (Ehe)Partner:innen führte zu deutlich wahrgenommenen Veränderungen insbesondere mit Blick auf die eigene Gesundheit und die Beschäftigung mit dem Thema Sterben und Tod. Corona-Erkrankungen im weiteren familiären Umfeld und Freundeskreis beeinflussen die Situation sehr alter Menschen dagegen weniger.

Verfügbare soziale und gesundheitliche Ressourcen bestimmen mit, wie coronabedingte Verluste sich auf die Lebenszufriedenheit im Alter auswirken. Wie stark wahrgenommene coronabedingte Veränderungen der eigenen Gesundheit die allgemeine Lebenszufriedenheit beeinträchtigen, hängt auch vom Niveau der subjektiven Gesundheit ab. Erfahren Personen mit besserer Gesundheit coronabedingt Gesundheitseinbußen, dann sinkt deren Zufriedenheit stärker.

Armut ist im hohen Alter weit verbreitet.

Knapp ein Viertel der Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und älter sind von Einkommensarmut betroffen (22,4 Prozent). Diese Armutsquote liegt deutlich über derjenigen der Gesamtbevölkerung (14,8 Prozent).

Soziale Ungleichheit bleibt dabei auch im hohen Alter von hoher Bedeutung. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Armut bei sehr alten Menschen ist hoch. Die Armutsquote bei Niedriggebildeten liegt im hohen Alter bei 41,5 Prozent und ist damit um etwa 35 Prozentpunkte höher als bei Hochgebildeten (6,7 Prozent). Die Armutsquote sehr alter Frauen liegt bei 26,1 Prozent und ist damit über 9 Prozentpunkte höher als bei Männern (16,9 Prozent). Besonders hoch ist die Armutsquote bei Frauen, die nie erwerbstätig waren (51,8 Prozent). In Ostdeutschland ist die Armutsquote niedriger als in Westdeutschland (18,2 Prozent vs. 23,7 Prozent).

Trotz großer Unterschiede in Einkommen und Armutsquote innerhalb der Bevölkerungsgruppe der Ab-80-Jährigen ist die Einkommensungleichheit geringer als in der Gesamtbevölkerung. Der Gini-Koeffizient beträgt hier 22,5 gegenüber 29,7 für die Gesamtbevölkerung.

Die meisten Menschen im hohen Alter sind sozial gut eingebunden, aber es gibt dabei große Unterschiede.

Etwa 90 Prozent der Menschen im hohen Alter haben mindestens zwei Bezugspersonen, die ihnen wichtig sind. Knapp 80 Prozent verbringen zumindest manchmal Zeit mit Verwandten, Freund:innen und Bekannten (häufig 40,5 Prozent, manchmal 37,4 Prozent). Bei Menschen ab 85 Jahren, bei Männern, bei Heimbewohner:innen und bei Personen mit niedriger formaler Bildung ist die soziale Eingebundenheit allerdings weniger gut. Menschen, die weniger als zwei Bezugspersonen nennen, sind in diesen Gruppen häufig vertreten. Besonders ausgeprägt ist dies bei Menschen, die in Heimen leben: Mehr als ein Drittel der Heimbewohner:innen verbrin-

gen selten oder nie Zeit mit Verwandten, Freund:innen oder Bekannten, während dies von den Personen in Privathaushalten nur etwas mehr als ein Fünftel angibt.

Soziale Unterstützung erhalten bestimmte Personengruppen häufiger als andere. Menschen im Alter von 90 Jahren und älter, Frauen, Heimbewohner:innen, Personen mit geringer formaler Bildung und Menschen mit Migrationserfahrung erhalten vergleichsweise häufig soziale Unterstützung.

Die Coronapandemie hat die soziale Einbindung von Menschen im hohen Alter verändert. Veränderungen der privaten Kontakte während der Coronapandemie werden überwiegend als negativ bewertet. Heimbewohner:innen erlebten die Veränderungen als besonders stark und auch besonders häufig als eindeutig negativ. Ältere mit einem großen Netzwerk und häufiger sozialer Unterstützung berichten von stärkeren Veränderungen als Ältere mit einem kleineren Netzwerk und seltener sozialer Unterstützung.

Die meisten Menschen im hohen Alter sind nicht einsam, aber Einsamkeit nimmt jenseits des Alters von 90 Jahren zu und ist bei Frauen sowie Menschen, die in Heimen wohnen, deutlich stärker ausgeprägt.

Auch unter dem Eindruck der Coronapandemie sind 87,9 Prozent aller sehr alten Menschen nicht einsam. Der Anteil einsamer sehr alter Menschen liegt zum Befragungszeitpunkt mit 12,1 Prozent allerdings etwa doppelt so hoch wie für den Zeitraum vor der Pandemie; so weist die Studie NRW80+ für 2017/2018 einen Anteil von 6,1 Prozent aus.

Einsamkeit nimmt über Altersgruppen in der späten Lebensphase zu. Während sich nur 8,7 Prozent der Personen im Alter von 80–84 Jahren als einsam beschreiben, tun dies 22,1 Prozent der Personen im Alter von 90 Jahren oder älter. Frauen sind mehr als doppelt so häufig von Einsamkeit im Alter betroffen wie Männer (15,0 Prozent versus 7,4 Prozent). Jeder dritte hochaltrige Mensch in einem Heim beschreibt sich als einsam. Der Anteil einsamer älterer Menschen in Heimen beträgt 35,2 Prozent, während er in Privathaushalten 9,5 Prozent beträgt.

Es gibt eine Reihe von Schutzfaktoren gegen Einsamkeitsgefühle im hohen Alter. Die Einsamkeitsrate bei älteren Menschen in Partnerschaften ist mit 3,9 Prozent deutlich niedriger als bei Menschen ohne Partner:in (8,6 Prozent). Auch ein großes soziales Netzwerk schützt vor Einsamkeit im Alter. Umfasst das persönliche Netzwerk neun Personen oder mehr, beschreiben sich nur 8,1 Prozent der Personen als einsam. Bei Personen mit weniger als vier bedeutsamen Personen in ihrem sozialen Netzwerk beträgt die Einsamkeitsrate dagegen knapp 15 Prozent.

Auch eine gute subjektive Gesundheit ist ein Schutzfaktor gegen Einsamkeit im hohen Alter. Ältere Menschen mit (sehr) gutem subjektivem Gesundheitsstatus sind nur zu 6,7 Prozent einsam, in der Gruppe der älteren mit (sehr) schlechter subjektiver Gesundheit sind es 20,8 Prozent. Schließlich ist auch hohe Bildung ein Schutzfaktor vor Einsamkeit im sehr hohen Alter, von dem Frauen jedoch in geringerem Ausmaß profitieren. In der Gruppe älterer Menschen mit niedriger formaler Bildung sind 17,2 Prozent von Einsamkeit betroffen, während nur 7,5 Prozent der Älteren mit hoher Bildung einsam sind. In der Gruppe hoch gebildeter Älterer beträgt der

Anteil einsamer Frauen 12,9 Prozent, während lediglich 3,7 Prozent aller Männer mit hoher Bildung einsam sind.

Menschen im hohen Alter sind digital abgehängt.

Nur gut jede dritte Person ab 80 Jahren in Deutschland nutzt das Internet (37,3 Prozent). In der Gesamtbevölkerung hingegen sind es 88 Prozent. Die Internetnutzung im sehr hohen Alter ist sozial ungleich verteilt: Sie hängt von Lebensalter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Wohnsituation und kognitiver Gesundheit ab – zuungunsten von Frauen sowie Ab-90-jährigen, niedriggebildeten, einkommensschwächeren, kognitiv beeinträchtigten und in Heimen wohnenden Menschen.

Wenn sehr alte Menschen das Internet nutzen, dann tun sie das mit hoher Frequenz. Sehr alte Menschen, die das Internet nutzen, sind mehrheitlich (57,0 Prozent) täglich online. Dies gilt weitgehend unabhängig von soziodemografischen oder gesundheitlichen Merkmalen. Ab-80-Jährige nutzen das Internet primär für Kommunikation und Informationssuche. Die E-Mail-Kommunikation ist dabei die beliebteste Anwendung des Internets (82,2 Prozent), gefolgt von der Suche nach Gesundheitsinformationen (59,5 Prozent). Soziale Netzwerke hingegen werden nur von wenigen Personen ab 80 Jahren verwendet (13,4 Prozent).

Sehr alte Menschen sind moderner Technik gegenüber nicht grundsätzlich ablehnend eingestellt. Zwar vertritt etwa jede dritte Person (eher) negative Einstellungen gegenüber moderner Technik – vergleichbar viele interessieren sich jedoch durchaus für moderne Technik und sehen Vorteile in ihr.

Jede vierte Person ab 80 Jahren berichtet eine Veränderung ihrer Internetnutzung durch die Coronapandemie (25,5 Prozent). Hiervon begrüßt etwa jede:r Sechste (17,8 Prozent) diese Entwicklung, ähnlich viele (15,3 Prozent) empfinden sie jedoch als negativ.

Menschen im hohen Alter bewerten ihre Gesundheit subjektiv als gut, obwohl Multimorbidität die Regel ist.

Fast alle Ab-80-Jährigen sind mit mindestens einer Erkrankung in Behandlung (97,8 Prozent). Im Durchschnitt werden 4,7 Erkrankungen genannt. Ab-85-Jährige, Frauen, Menschen mit niedriger Bildung und Menschen, die in Heim leben, berichten über eine größere Zahl von Erkrankungen als 80- bis 84-Jährige, Männer, Menschen mit höherer Bildung sowie Personen, die in einem Privathaushalt leben.

Fast zwei Drittel der sehr alten Menschen in Deutschland haben keinen Pflegebedarf. Erst bei den 90-Jährigen und Älteren steigt der Anteil der Pflegebedürftigen auf 76,3 Prozent. Frauen berichten häufiger, pflegebedürftig zu sein als Männer. Niedriggebildete sind häufiger pflegebedürftig als Menschen mit höherer Bildung. Erwartungsgemäß weisen Heimbewohner:innen höheren Pflegebedarf auf als die in Privathaushalten Lebenden.

Obwohl die Mehrheit der Menschen im hohen Alter mehrfach erkrankt ist, bewertet mehr als die Hälfte ihre Gesundheit als eher gut oder sehr gut. Allerdings zeigen sich auch hier soziale Ungleichheiten: 90-Jährige und Ältere, Frauen und Menschen mit niedriger Bildung bewerten ihre Gesundheit eher schlecht. Trotz eingeschränkter Gesundheit ist die Mehrheit der 80-Jährigen und Älteren mit ihrem

Leben zufrieden und lebt nach ihren eigenen Vorstellungen. Allerdings bewerten stark gesundheitlich beeinträchtigte Personen und Heimbewohner:innen ihre Lebensqualität als niedrig.

Kognitive Beeinträchtigungen im hohen Alter wirken sich negativ auf das subjektive Wohlbefinden aus.¹

Insgesamt mehr als 40 Prozent der Menschen im hohen Alter haben eine leichte kognitive Beeinträchtigung (24,9 Prozent) oder werden als demenzerkrankt eingestuft (18,1 Prozent). 57,0 Prozent der Ab-80-Jährigen haben keine Einschränkungen in der Kognition. Knapp 70 Prozent der Älteren mit Demenz leben in Privathaushalten, 18,6 Prozent in Pflegeeinrichtungen. Neuere Versorgungskonzepte, darunter auch Wohnpflegegruppen (1,3 Prozent) oder ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften (0,4 Prozent), werden noch nicht stark genutzt. 37,8 Prozent der Menschen mit Demenz in Privathaushalten erhalten weder private Pflege noch professionelle Pflege.

Menschen mit Demenz erleben positive Emotionen, allerdings seltener als Menschen ohne Einschränkungen der Kognition. Menschen mit Demenz zeigen deutlich mehr Symptome einer Depression als Menschen ohne kognitive Einschränkung (1,9 vs. 1,1 Symptome). Dieser Unterschied ist in Pflegeheimen noch einmal verstärkt (2,7 vs. 1,4 Symptome). Kognitive Beeinträchtigungen haben einen deutlichen Effekt auf die Lebenszufriedenheit. Menschen mit Demenz geben eine geringere Lebenszufriedenheit an als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung oder Menschen ohne Einschränkungen der Kognition. Auch mit Blick auf wahrgenommene Autonomie finden sich deutliche Unterschiede. Menschen mit Demenz erleben weniger Autonomie als Menschen mit milder kognitiver Beeinträchtigung oder Menschen ohne Einschränkungen der Kognition.

Zu wenige Wohnungen hochaltriger Menschen in Deutschland sind barrierefrei.

Über 90 Prozent der Menschen im hohen Alter berichten über Barrieren in ihrer Wohnung, nur 9,1 Prozent der Menschen im hohen Alter haben keine Barrieren in ihrer Wohnung bzw. in ihrem Haus. Häufigste Barrieren sind fehlende Handläufe oder Treppenlift; zu schmale Türen (unter 80 cm) sind die seltenste Barriere. Barrieren in der Wohnung finden sich für alle soziodemografischen Gruppen.

Sehr alte Menschen sind überwiegend der Auffassung, dass sie in ihrer Wohnumgebung gut zu Fuß unterwegs sein können. Etwas mehr als drei Viertel schätzen die Umgebung diesbezüglich als eher bis sehr geeignet ein. Etwa zwei Drittel fühlen sich mit ihrem Wohnumfeld verbunden (28,4 Prozent fühlen sich sehr eng, 35,5 Prozent eher eng mit ihrem Wohnumfeld verbunden). Im Heim wohnende sehr alte Menschen weisen eine geringere Wohnverbundenheit auf.

¹ Die hier berichteten Befunde beruhen auf Daten eines telefonischen kognitiven Screenings. Diese Daten haben nicht die Qualität einer medizinischen Anamnese, liefern aber wichtige Anhaltspunkte für den Einfluss des kognitiven Status auf die subjektive Lebensqualität von Menschen im hohen Alter.

Über die Hälfte der sehr alten Menschen in Deutschland vertrauen ihrer Nachbarschaft vollkommen. Dieses Vertrauen ist bei Personen, die im Heim wohnen, geringer als bei Menschen, die in Privathaushalten wohnen. Hinzu kommt, dass Männer etwas mehr Vertrauen in die Nachbarschaft haben als Frauen und dass Personen mit hoher Bildung ein etwas größeres Vertrauen in die Nachbarschaft haben als solche mit geringerer Bildung.

Sicherheit, Autonomie, Tradition sowie Natur und Umwelt sind Bereiche, die Menschen im hohen Alter wichtig sind.

Für die meisten Menschen ab 80 Jahren ist es wichtig, eine sichere Umgebung zu haben (93,7 Prozent), selbstbestimmt handeln zu können (90,2 Prozent), Traditionen zu achten (84,6 Prozent) und sich um Natur und Umwelt zu kümmern (83,4 Prozent). Nur den wenigsten Älteren sind Macht und Prestige (12,0 Prozent) sowie aufregende Erlebnisse und Abenteuer (8,9 Prozent) wichtig. Ebenso sind dem Großteil der Älteren verschiedene Formen der Sorge um und für jüngere Generationen wichtig: Sie möchten ihnen soziale Werte vermitteln (82,9 Prozent), ein Vorbild sein (78,3 Prozent) und ihre Erfahrungen weitergeben (77,0 Prozent). Besonders bedeutsam sind generative Verhaltensweisen für jüngere, höhergebildete, privatwohnende und kognitiv gesunde Menschen im hohen Alter. Je wichtiger solches generative Verhalten älteren Menschen ist, desto häufiger setzen sie entsprechende Formen intergenerationellen Austausches auch in ihrem Alltag um.

Die Mehrheit der Ab-80-Jährigen in Deutschland gibt an, Gefühle von Anomie zu erleben. Mehr als zwei Drittel (68,6 Prozent) sind der Ansicht, dass die Wertevorstellungen der modernen Gesellschaft nicht mit ihren eigenen übereinstimmen. Außerdem gibt mehr als jede:r Zweite an, sich in der Gesellschaft nicht mehr orientieren zu können (54,9 Prozent) und schlecht mit der gesellschaftlichen Lebensweise zurecht zu kommen (52,1 Prozent). Frauen, ältere Personen, niedriger Gebildete, Ostdeutsche, Heimbewohner:innen und Personen mit schlechterem kognitivem Status sind von solchen anomischen Gefühlen stärker betroffen.

Knapp zwei Drittel (65,3 Prozent) der sehr alten Menschen in Deutschland haben das Gefühl, durch die Coronapandemie von der Gesellschaft entfremdet worden zu sein. Besonders betroffen sind hiervon Ab-90-Jährige, hochaltrige Frauen, niedriger Gebildete, Personen in Heimen und solche mit Verdacht auf beginnende Demenz.

Menschen im hohen Alter sind insgesamt mit ihrem Leben zufrieden, allerdings fühlen sich viele gesellschaftlich nicht anerkannt und wertgeschätzt.

Mehr als drei von vier sehr alten Menschen in Deutschland sind mit ihrem Leben alles in Allem zufrieden. Die durchschnittliche Zufriedenheit sinkt jedoch über Altersgruppen hinweg deutlich ab. Als besonders unzufrieden beschreiben sich Menschen in Heimen.

Sehr alte Menschen in Deutschland fühlen sich nur wenig gesellschaftlich anerkannt. Nur etwas über die Hälfte (52,9 Prozent) der Ab-80-jährigen Menschen in Deutschland fühlt sich von der Gesellschaft für ihre Lebensleistung wertgeschätzt. Weniger als jede dritte hochaltrige Person fühlt sich von der heutigen Gesellschaft

gebraucht. Sehr alte Menschen in Ostdeutschland fühlen sich weniger gesellschaftlich anerkannt und wertgeschätzt als hochaltrige Menschen in Westdeutschland.

Ausblick und Empfehlungen

Die Befunde der Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“ zeichnen ein differenziertes Bild von der Vielfältigkeit von Lebenslagen und Perspektiven älterer Menschen. Die Mehrzahl der Personen im hohen Alter ist sozial gut integriert, nimmt sich als autonom wahr und ist mit dem Leben zufrieden. Trotzdem scheinen, über die Betrachtung verschiedener Lebensbereiche und Facetten der Lebensqualität im Alter hinweg, bestimmte Lebenslagen und Bezüge Risikofaktoren für ein gutes Leben darzustellen. Diese sind vermehrt bei Frauen und Menschen mit niedriger Bildung anzutreffen.

Die Befragten wurden 1940 oder früher geboren. Bei diesen Altersgruppen unterscheiden sich die schulische Bildung und Erwerbsbiografien von Männern und Frauen deutlich. Mädchen schlossen die Schule mit niedrigeren Abschlüssen ab, hatten seltener eine Berufsausbildung, widmeten sich häufig ausschließlich der Kindererziehung und erwarben keine oder geringe eigene Rentenansprüche. Sie sind vielfach ausschließlich auf die Rentenansprüche ihrer Männer oder die Grundsicherung angewiesen. Dies führt zu einer Armutsquote von 26,1 Prozent bei den Frauen. Damit verbunden sind eine schlechtere Gesundheit, kognitive Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit. Da Frauen in der Regel ältere Männer heiraten und diese eine kürzere durchschnittliche Lebenserwartung als Frauen haben, sind sie häufiger verwitwet, leben allein oder in Heimen. Demzufolge berichten mehr Frauen als Männer von Einsamkeit, insbesondere die Heimbewohnerinnen.

Dennoch ist die große Mehrheit der sehr alten Menschen in Deutschland mit ihrem Leben zufrieden. Dieses Zufriedenheitsparadox wurde schon mehrfach in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben. Vergegenwärtigt man sich die gesellschaftlichen Kontexte, in denen diese Generation leben musste (Krieg, Vertreibung, Nachkriegszeit, verschiedene Systeme in Ost- und Westdeutschland mit unterschiedlichem Wohlstand, Mauerfall mit schwierigen ökonomischen Auswirkungen für die Ostdeutschen), so führen temporale Vergleichsprozesse von heute und „damals“ möglicherweise dazu, die heutige Lebenssituation positiv wahrzunehmen. Eine hohe Krisen-Resilienz zeigt sich auch darin, dass die Coronapandemie von der Mehrzahl relativ gut überstanden, vulnerable Personen jedoch erheblich beeinträchtigt wurden. Zu den Auswirkungen des Kriegs gegen die Ukraine liegen aus dieser Studie keine Daten vor, es scheinen jedoch viele ältere Menschen sehr betroffen zu sein, weil eigene Erfahrungen/Traumata reaktiviert werden.

Eine sichere Umgebung zu haben ist für die meisten Befragten sehr wichtig, eine Mehrheit sehr alter Menschen hat Vertrauen in die Nachbarschaft. Die gesellschaftliche Integration stellt sich weniger positiv dar. In den Wertvorstellungen und Lebensweisen der modernen Gesellschaft finden sich die Ältesten nicht wieder, sie erleben Anomie. Viele Menschen im hohen Alter gaben an, sich durch die

Coronapandemie weiter von der Mehrheitsgesellschaft entfernt zu haben. Insbesondere die Heimbewohner:innen waren von den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie besonders betroffen.

Implikationen für Praxis und Politik

Die hohe Armutsrate im hohen Alter ist nicht akzeptabel. Eine ausgewogene Sozialpolitik sollte Transferleistungen für diese Gruppe ermöglichen, insbesondere in der jetzigen Situation mit hohen Zusatzkosten für Energie und Inflation. Armut ist verbunden mit schlechter Gesundheit und sozialer Isolation, dies kann nur wirksam bekämpft werden, wenn finanzielle Not behoben wird. Das effektivste Mittel um die Einkommenssituation zukünftiger alter und sehr alter Menschen zu verbessern und Armut im hohen Alter zu verringern scheint die Stärkung der (gesetzlichen) Rentenversicherung zu sein. Wichtige ergänzende Systeme sind hierbei die betriebliche und private Altersvorsorge sowie der Vermögensaufbau und die Förderung selbstgenutzten Wohneigentums. Wichtig ist weiterhin die Reduzierung von Geschlechterunterschieden. Frauen haben häufiger Lücken in ihrem Erwerbsleben oder haben in Teilzeit gearbeitet, da sie in höherem Maße *Care-Arbeit* übernehmen. Ihre Rentenansprüche sind daher häufig auch deutlich geringer als die der Männer. Außerdem ist die Angleichung der Lebensverhältnisse zwischen Ost und West wichtig. Auch wenn die gesetzlichen Renten in Ostdeutschland aktuell sogar höher ausfallen als in Westdeutschland, bestehen in den gesamten Alterseinkommen nach wie vor große Unterschiede zuungunsten ostdeutscher Älterer, da alte Menschen in Ostdeutschland deutlich weniger Einkünfte aus Vermögen beziehen und seltener in selbstgenutzten Immobilien wohnen als alte Menschen in Westdeutschland. Bei einer Angleichung der Rentenniveaus und gleichbleibenden Lohnunterschieden könnten für zukünftige Kohorten auch die Rentenunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland tendenziell wieder wachsen.

Ein besonderes Problem stellen die soziale Isolation und Einsamkeit vieler Heimbewohner:innen dar. Die Gerontologie hat eine Vielzahl von Konzepten (z. B. personenzentrierte Pflege, Biografiearbeit und Bezugspflege) entwickelt, die das Wohlbefinden und die Zufriedenheit in Heimen erhöhen könnten. Dazu sind jedoch professionelle und ehrenamtliche Personen vonnöten, die entsprechende Programme umsetzen. Die Krise in den Heimen ist nicht nur von einem Mangel an Pflegekräften geprägt, sondern es fehlt eine altersfreundliche, anregende Kultur, die zwischenmenschliche Begegnungen ermöglicht und fördert, sowie ein Pflegesystem mit entsprechenden Rahmenbedingungen für die Umsetzung solcher Begegnungen. Parallel dazu müssen Möglichkeiten für eine Pflege in den eigenen vier Wänden verbessert, pflegende Angehörige entlastet und gemeinschaftliche, generationenübergreifende Wohnformen gefördert werden. Auf der politischen Agenda stehen bereits die Verbesserung der Vereinbarkeit von privater Pflege und Erwerbsarbeit, die Schaffung nahräumlicher Angebote, die Förderung nachbarschaftlicher Kontakte oder von Mehrgenerationenhäusern sowie das allgemeine Quartiersmanagement für eine sichere, altersfreundliche Umgebung. Es gilt, diese Initiativen zu stärken und zu verstetigen. Die überwiegend gute soziale Eingebundenheit macht deutlich, dass soziale Kontakte und Unterstützung wichtige Ressourcen sind, auf

die viele Hochaltrige in Deutschland zurückgreifen können. Dennoch könnte auch die Förderung neuer Lebensformen insbesondere für alleinstehende Ältere sinnvoll sein, die an bestehende soziale Kontakte anschließt. Die geringere soziale Einbindung von Personen in Heimen zeigt, dass hier ein besonderer Bedarf an Unterstützung geboten ist. Auch die von Personen in Heimen berichteten negativen Veränderung im Bereich der privaten Kontakte während der Coronapandemie sprechen dafür, dass Kontaktbeschränkungen und weitere Maßnahmen der Pandemie-Eindämmung in dieser Altersgruppe auch in Hinblick auf ihre sozialen Folgen gut abgewogen werden sollten. Die beobachteten Bildungsunterschiede in der sozialen Eingebundenheit weisen darauf hin, dass sich soziale Ungleichheit bis ins hohe Alter auswirkt. Angebote zur Förderung der sozialen Eingebundenheit im hohen Alter sollten auch auf die Ansprache von Personen mit niedriger Bildung ausgerichtet werden.

Die Lebensphase hohes Alter ist in substanzieller Weise auch durch soziale und gesundheitliche Verlusterfahrungen gekennzeichnet, die trotz häufig langbewährter Mechanismen der Bewältigung schwieriger Lebenslagen zu deutlichen Einbußen an Lebensqualität führen. Die dabei beobachteten gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern deuten auf den Bedarf von geschlechtsspezifischen Maßnahmen hin. Die regionalen und bildungsbedingten Differenzen in Gesundheitszustand könnten beispielsweise durch Förderung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten bei sozial benachteiligten Personen ausgeglichen werden. Darüber hinaus sollen niederschwellige Beratungsangebote zu kostengünstigen Wohnraumanpassungen ausgebaut und soziale Teilhabe von älteren Menschen durch Unterstützung von sozialen Aktivitäten in der unmittelbaren Wohnumgebung gefördert werden. Die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz sollte weiterhin gefördert werden. Dabei werden beispielsweise Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Menschen mit Demenz oder zur Gestaltung von Sozialräumen benötigt. Des Weiteren zeigt sich, dass Angebote der Beratung und Begleitung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aufgebaut werden sollen. Um die Lebensqualität von in Pflegeheim lebenden Menschen mit Demenz zu verbessern, sollen Qualifikationen von allen Beschäftigten mit Kontakt zu Menschen mit Demenz gefördert werden. Darüber hinaus sollten Forschungsvorhaben mit dem Ziel einen Überblick über Versorgungsettings von Menschen mit Demenz zu erstellen und Handlungsempfehlungen für die Überwindung von Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu erarbeiten, gefördert werden.

Trotz des auf dem Arbeitsmarkt bereits spürbaren demografischen Wandels, der nach der anstehenden Verrentung der Babyboomer noch sichtbarer werden wird, fehlt aktuell eine breite gesellschaftliche Diskussion über Möglichkeiten und Realitäten des Lebens und des Engagements sowohl der jungen Alten als auch der Hochaltrigen. In einer Gesellschaft, die vom Leistungsprinzip im Rahmen beruflicher Tätigkeit geprägt ist, besteht die Gefahr, dass die Wertschätzung von alternativen Lebensentwürfen bzw. von nachberuflichen Lebensphasen aus dem Blick gerät. Eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit ist aus ökonomischen Gründen für viele Berufe vermutlich unabwendbar, aber dies beantwortet nicht die Fragen nach den Gestaltungsmöglichkeiten und Rollenvorbildern für eine nachberufliche Zeit. Die

Tatsache, dass auch sehr alte Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit berichten, zeigt, dass positive Erwartungen an das Altern realistisch sind. Insofern sollte negativen Altersstereotypen entschieden entgegengetreten werden und die Anerkennung eines guten, wertvollen Lebens nicht an die ökonomische Verwertbarkeit geknüpft sein. Ein Abbau pauschaler Altersbilder ist nötig, um zu einer besseren und selbstverständlicheren Einbindung älterer Menschen in die Gesellschaft beizutragen. Es ist wichtig das Autonomie- und Sicherheitsempfinden von Hochaltrigen zu unterstützen und zu stärken. Eine stärkere Einbindung in gesellschaftliche Strukturen und Verantwortlichkeiten ist hierbei wichtig, ebenso wie eine gute und ausreichende Ressourcenausstattung, damit sich sehr alte Menschen auf die Ziele konzentrieren können, die dem Wohlbefinden dienlich sind. Ein weiterer Aspekt ist die Integration unter der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse älterer Menschen. Es soll die soziale Teilhabe und Mitverantwortung gestärkt werden, z. B. durch flexiblere Erwerbsmöglichkeiten und mehr Möglichkeiten ehrenamtlichen Engagements. Die Umsetzung von generativen Motiven sollte durch Gelegenheitsstrukturen (z. B. Generationenbegegnungsstätten, Mehrgenerationenhäuser, integrative Wohn- und Quartierskonzepte, Vermittlung differenzierter Altersbilder, Ressourcenausstattung älterer Menschen) und zielgruppenspezifische zugehende Angebote unterstützt werden.

Einen Beitrag hierzu kann auch die Förderung der digitalen Teilhabe leisten. Dass hiervon auch sehr alte Menschen profitieren können, haben die Erfahrungen aus der Coronapandemie deutlich gemacht. Um die Internet-Nutzerzahlen unter den älteren Menschen weiter zu erhöhen, sollten insbesondere Personen mit geringerer Nutzung (Frauen, Niedriggebildeten, Älteren, Einkommensschwachen und Heimbewohner:innen) niedrigschwellige Zugangs- und Lernangebote gemacht werden. Neben einer Förderung der Nutzerzahlen sollte die Nutzung von Anwendungen vermittelt werden, die die Alltagsbewältigung erleichtern (z. B. Online-Banking, Online-Shopping), aber bisher auch von den Internetnutzer:innen seltener genutzt werden. Als geeignete Lernstrategien wurden in anderen Studien das begleitete Lernen mit persönlicher Unterstützung und (bei vorhandener Akzeptanz) das Lernen durch Erklärvideos identifiziert. Wesentlich für den Erfolg solcher Maßnahmen ist eine Erhöhung der Nutzenerwartung (z. B. Nutzen für die Alltagsbewältigung) und eine Stärkung der eigenen Kompetenzerwartung. Für letzteres ist auch ein Abbau gesellschaftlicher Stereotype und damit internalisierter Selbst-Stereotype nötig. Wo nötig müssen kostengünstige Angebote oder Leihgeräte den Zugang zur digitalen Infrastruktur gewährleisten.

Implikationen für die Wissenschaft

Die Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“ ist ein bedeutsamer Schritt zur umfassenden Erforschung der Lebenssituationen von sehr alten Menschen. Eine kontinuierliche Altersberichterstattung muss zwingend die zunehmende Zahl sehr alter Menschen in die Datensammlung einbeziehen. Dies stellt eine Herausforderung für die Wissenschaft dar, denn repräsentative Erhebungen müssen schwer befragbare sehr alte Menschen (z. B. Pflegebedürftige, demenziell Erkrankte) inkludieren. Dies kann die Befragung von Stellvertreter:innen erfordern (Proxy-Interviews). Die

D80+ Studie zeigt zum einen, dass dies möglich ist. Zum anderen zeigen die Befunde zu den Heimbewohner:innen, dass diese eine eigene Gruppe darstellen und deren Ausschluss zu einem verzerrten Bild des hohen Alters führen würde. Der Einschluss von Teilnehmer:innen mit Migrationsgeschichte erfordert ebenfalls besondere Maßnahmen der Stichprobenziehung und im besten Fall mehrsprachige Befragungen. Zur Beschreibung und kausalen Analyse von Altersprozessen im sehr hohen Alter sind darüber hinaus Längsschnittstudien erforderlich und äußerst wünschenswert.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

