

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

# **DIE JUNGEN ALTEN**

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

**BAND 38**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**BZgA**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

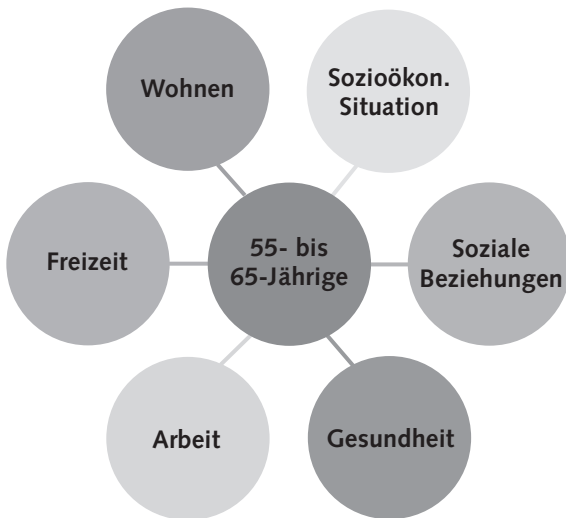
Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

# **DIE JUNGEN ALTEN**

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

Josefine Heusinger und Birgit Wolter  
unter Mitarbeit von Judith Hoffman und Kathrin Ottovay



Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

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

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

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 38

Die Jungen Alten – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren

Köln: BZgA, 2011

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 02 21/89 92-0

Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Dr. Monika Köster

E-Mail: [monika.koester@bzga.de](mailto:monika.koester@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Schiffmann, Rösrath

Auflage: 1.5.11.11

ISBN 978-3-942816-01-4

Band 38 der Fachheftreihe ist erhältlich

unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,

und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/ den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60638000

# Vorwort

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

Mitte 2030 werden in Deutschland etwa 23 Millionen Menschen über 65 Jahre leben. Ziel ist es, diesen Menschen zu ermöglichen, die gewonnenen Lebensjahre mit hoher Lebensqualität zu erfahren. Hierzu ist es wichtig, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können und über ein hohes Maß an Selbstbestimmung verfügen. Nur so können sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpfen. Die große Gruppe der älteren Menschen ist sehr heterogen. Die individuellen Voraussetzungen, Lebensumstände und Lebensverläufe sind unterschiedlich, ebenso die damit einhergehenden Chancen und Risiken für Gesundheit. Die Vielfalt der Lebensumstände und des individuellen Älterwerdens zu beachten ist deshalb eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von wirksamen Strategien der Gesundheitsförderung. Nur Konzepte und Maßnahmen, die Vulnerabilitäten, Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken der Menschen und ihre Lebenswelten berücksichtigen, können erfolgreich sein und Gesundheit, Selbstständigkeit und Teilhabe bis ins hohe Lebensalter erhalten bzw. verbessern.

Um einen Überblick über die vielfältigen Lebenslagen der „Jungen Alten“ – der Männer und Frauen zwischen 55 und 65 Jahren – in Deutschland zu erhalten, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Institut für Gerontologische Forschung e.V. mit einer gezielten Auswertung nationaler, öffentlich zugänglicher Daten und aktueller Informationen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten beauftragt. Die Expertise untersucht die sozioökonomische Situation, den Bereich der sozialen Beziehungen und Lebensformen älterer Menschen, betrachtet die Wohnsituationen, unterstützende Netzwerke, analysiert die Bereiche Erwerbsarbeit und zivilgesellschaftliches Engagement. Die Expertise umfasst darüber hinaus die Themen Weiterbildung, Freizeit, Sport und kulturelle Aktivitäten sowie die Bereiche Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand. Soziale Lage, Migration und Gender werden als Querschnittsthemen jeweils berücksichtigt. Da die Quellen öffentlich zugänglich sind, kann die Expertise zudem als Ausgangspunkt für vertiefende Recherchen dienen.

Mit der vorliegenden Fachpublikation stellt die BZgA den Akteurinnen und Akteuren eine differenzierte altersgruppenspezifische Planungsgrundlage für Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung.

Köln, im Oktober 2011

Prof. Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung



# Steckbrief des Projekts

---

Projekttitel:	Die Jungen Alten. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren
Ziele:	Differenzierte Beschreibung der Lebenslage der heterogenen Zielgruppe der 55- bis 65-Jährigen auf Basis öffentlich zugänglicher Datenquellen unter besonderer Berücksichtigung von (gesundheitsrelevanten) Ressourcen und Belastungen
Projektdurchführung:	Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF) Torstr. 178 10115 Berlin <a href="http://www.igfberlin.de">www.igfberlin.de</a>
Autorinnen:	Dr. Josefine Heusinger, Dr. Birgit Wolter
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln
Projektleitung BZgA:	Dr. Monika Köster

---





# Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINLEITUNG</b>	9
<b>2. SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION IM ÜBERBLICK</b>	13
2.1 Alter und Geschlecht	14
2.2 Migrationshintergrund	15
2.3 Bildung	16
2.4 Vermögen, Einkommen, Armut	17
2.5 Fazit	20
<b>3. SOZIALE BEZIEHUNGEN</b>	21
3.1 Lebensformen und Haushalte	22
3.2 Familien- und Generationenbeziehungen	24
3.3 Außerfamiliäre Netzwerke	27
3.4 Pflege von Angehörigen	29
3.5 Fazit	32
<b>4. GESUNDHEITLICHE LAGE</b>	35
4.1 Subjektive Gesundheit	36
4.2 Morbidität	37
4.3 Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation	46
4.4 Mortalität und Lebenserwartung	49
4.5 Gesundheitsverhalten und -risiken	50
4.6 Gesundheit und Arbeit	59
4.7 Gesundheitskosten	63
4.8 Fazit	64
<b>5. ARBEIT: ÄLTERE MIT UND OHNE ERWERB</b>	69
5.1 Erwerbstätigenquote	72
5.2 Erwerbsformen	75
5.3 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	76
5.4 Geringfügig Beschäftigte	78
5.5 Erwerbslose/Arbeitslose	80
5.6 Altersrenten	90
5.7 Fazit	101

<b>6. FREIZEIT</b>	105
6.1 Zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt	106
6.2 Weiterbildung	109
6.3 Kulturelle Aktivitäten	111
6.4 Mediennutzung und Zugang zu Informationen	111
6.5 Sport und Bewegung	118
6.6 Mobilität	120
6.7 Fazit	130
<b>7. WOHNEN</b>	133
7.1 Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die „Jungen Alten“?	134
7.2 Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten	137
7.3 Wohnen im Alter	139
7.4 Wanderungsbewegungen und Umzugsbereitschaft	140
7.5 Bewertung des Wohnumfelds	143
7.6 Fazit	144
<b>8. FAZIT</b>	147
<b>9. ANHANG</b>	151
9.1 Tabellen	152
9.2 Abbildungen	173
9.3 Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch (KFM)	179
9.4 Abkürzungsverzeichnis	180
9.5 Literaturverzeichnis	181
9.6 Tabellenverzeichnis	190
9.7 Abbildungsverzeichnis	194

**EINLEITUNG**

**1**

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

Die in dieser Expertise beschriebene Altersgruppe umfasst – je nach Datengrundlage\* – ungefähr die Geburtsjahrgänge 1945 bis 1955. Ihre Kindheitserinnerungen reichen zurück in die unmittelbare Nachkriegszeit. Sie sind einerseits gekennzeichnet von Mangel und Zerstörung, andererseits von vielen Freiräumen und mit sich selbst beschäftigten Erwachsenen. Das Erleben des Wiederaufbaus in der Jugend ist in den beiden Teilen Deutschlands unterschiedlich geprägt: in der DDR von den Verheißungen des Sozialismus, in der BRD von denen der Marktwirtschaft. Im (jungen) Erwachsenenalter der Kohorte liegen Mauerbau, Prager Frühling und der Protest gegen den „Muff von tausend Jahren“ 1968.

Die wirtschaftliche Lage ist hüben wie drüben von wachsendem materiellem Wohlstand und sozialer Sicherheit gekennzeichnet, an denen weite Teile der Bevölkerung teilhaben. Die Aufstiegschancen sind vergleichsweise gut, besonders in der DDR profitieren davon auch Angehörige der Arbeitermilieus. Der Arbeitskräftemangel führt zu einer hohen Erwerbsbeteiligung der Frauen, wiederum verstärkt in der DDR, während in der BRD das Ideal der Hausfrauenehe für die Kohorte bestimmend bleibt. Stattdessen wandern vor allem in die BRD sogenannte Gastarbeiter und Gastarbeiterinnen sowie andere Migrantinnen und Migranten ein, die heute einen Anteil von nahezu 12 % in der Altersgruppe ausmachen.

Die Frauenbewegung verändert das Bild der Geschlechterrollen, Erziehungsstile werden infrage gestellt, neue Lebensformen diskutiert. Die Angst vor Umweltverschmutzung,

\* Die Datenlage erfordert es, Quellen aus verschiedenen Jahren zu verwenden. Um tatsächlich die Gruppe der „Jungen Alten“ zu beschreiben, ist die Auswertung auf öffentlich zugängliche Daten ab 2003, in Ausnahmefällen ab 2001 begrenzt, denn die im Jahr 2003 erfassten 55- bis 65-Jährigen gehören den Jahrgängen 1938–1948 an, die 55- bis 65-Jährigen von 2010 sind hingegen erst in den Jahren 1945–1955 geboren. Die Sichtung der wesentlichen Datenquellen zeigt, dass die Auswahl der Altersstufen zwischen einzelnen Quellen, aber teilweise auch innerhalb der Quellen sehr uneinheitlich ist (zum Beispiel 50–65 Jahre, 55–69 Jahre, 45–60 Jahre). Die Daten werden daher mit den unterschiedlichen Altersbegrenzungen parallel verwendet, um möglichst umfassende Ergebnisse darzustellen. Im Text wird jeweils benannt, auf welche Altersgruppe sich die Aussagen im Einzelnen beziehen.



grenzenloser Ausbeutung der Ressourcen der Erde und etwas später die Sorge um den Weltfrieden bringen viele Menschen aus der Altersgruppe auf die Straßen.

Bei Grenzöffnung 1989 sind die heutigen „Jungen Alten“ in der DDR zwischen 35 und 45 Jahre alt. Wesentliche Weichen in ihrer Biografie sind gestellt, die als fundamentale Umwälzungen das politische System, die Arbeitswelt und den Alltag verändern. Neue Chancen müssen ergriffen und Risiken wie Erwerbslosigkeit bewältigt werden.

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

Im Folgenden finden sich zunächst ein knapper Überblick über die sozioökonomische Situation der Altersgruppe und eine Beschreibung ihrer Eingebundenheit in familiäre und außerfamiliäre Netzwerke als Ressource für Wohlbefinden und Unterstützung. Danach folgt ein umfangreiches Kapitel mit Informationen und Daten zur Gesundheit der „Jungen Alten“, das heißt zu Morbidität und Mortalität, zu spezifischen Gesundheitsrisiken sowie dem Gesundheitsverhalten. Daran schließt sich ein ebenfalls ausführlicher Abschnitt an, der die wichtigsten Fragen rund um Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Renteneintritt behandelt, mit denen in dieser Lebensspanne wichtige Veränderungen des Alltags einhergehen. Gesellschaftliches Engagement, Freizeitgestaltung, Mediennutzung und Sport füllen gerade in der Nacherwerbszeit Freiräume und Freizeiten. Eine wichtige Voraussetzung stellt die individuelle Mobilität dar. Diesen Themen widmet sich das Kapitel „Freizeit“. Mit dem Ende der Erwerbstätigkeit und abnehmender Gesundheit spielen die Wohnung und die Wohnumgebung zunehmend eine wichtige Rolle im Lebensalltag der Menschen. Gestaltung und Lage der Wohnumwelt können sich mehr oder weniger positiv auf die Gesundheitschancen auswirken. Wie sich die Wohnbedingungen für die Altersgruppe darstellen, wird im Kapitel „Wohnen“ vorgestellt. Die vorliegende Expertise spricht die Heterogenität der Lebenslagen, Lebensformen und Kontextbedingungen der 55- bis 65-Jährigen in Deutschland an. Der Blick ist auf die individuellen Voraussetzungen, die Lebensumstände und Lebensverläufe sowie auf die damit einhergehenden Chancen und Risiken für Gesundheit gerichtet. Die Datenaufbereitung spricht Risiken und Vulnerabilitäten sowie gleichzeitig Ressourcen und Stärken an. Aufgezeigt werden Handlungsbedarfe und Anknüpfungspunkte für Akteure und Akteurinnen auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene.



**SOZIOÖKONOMISCHE  
SITUATION IM  
ÜBERBLICK**



Dieses Kapitel stellt schlaglichtartig die Lebenslagen der „Jungen Alten“ vor. Nach einem ersten Aufriss, der über die Differenzierung der Altersgruppe nach Altersjahren, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungsabschlüssen Auskunft gibt, folgt ein Überblick über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse und die Verteilung von Armutsrisiken.

## 2.1 Alter und Geschlecht

Die „Jungen Alten“ aus der Altersgruppe der heute 55- bis 65-Jährigen stellen im Jahr 2008 zusammen 11,89 % aller Einwohner und Einwohnerinnen Deutschlands. Am Stichtag 31.12.2008 sind in absoluten Zahlen 9.770.000 Menschen zwischen 55- bis unter 65 Jahre alt, davon sind 4.814.000 Männer und 4.956.000 Frauen (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 48)<sup>1</sup>. Die folgende Tabelle zeigt die Altersverteilung aufgeschlüsselt nach Jahrgängen und Geschlecht.<sup>2</sup> Die in der Tabelle als 63- und 64-Jährige ausgewiesenen Personen sind die weniger großen Jahrgänge der in den Kriegsjahren 1944/45 Geborenen (vgl. Abbildungen 33 und 34 im Anhang).

Alter von ... bis unter	Gesamt	m	w
55–56	1.092,6	541,8	550,8
56–57	1.094,1	541,7	552,4
57–58	1.071,3	529,9	541,4
58–59	1.076,3	531,9	544,5
59–60	1.037,9	514,5	523,4
60–61	951,7	472,2	479,4
61–62	894,1	441,3	452,8
62–63	780,6	384,4	396,2
63–64	689,2	335,8	353,4
64–65	913,2	445,2	467,9

Tab. 1: Verteilung der Altersgruppe 55–65 nach Jahrgängen, Stand 31.12.2008 (in Tausend)  
(Quelle: Statistisches Bundesamt 2010a: 44)

1 Die Auswertung des Mikrozensus 2009 ergibt keinen nennenswerten Unterschied, hier befinden sich 9.813.000 Personen in der Altersgruppe 55–65.

2 Die 63-Jährigen fallen als besonders schwach besetzter Jahrgang auf: Es handelt sich hier um das Geburtsjahr 1945.



## 2.2 Migrationshintergrund

2

Menschen mit Migrationshintergrund stellen 11,7% an der Altersgruppe der „Jungen Alten“. Als Menschen mit Migrationshintergrund gelten der gängigen Definition des Statistischen Bundesamts zufolge Personen, „die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer/-in in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 31).<sup>3</sup> 2008 haben in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen 1.446.000 Personen einen Migrationshintergrund: 713.000 Männer und 733.000 Frauen (ebd., S. 48).

Die größte Gruppe der „Jungen Alten“ mit Migrationshintergrund hat bzw. hatte zuvor die Staatsbürgerschaft eines anderen europäischen Landes: Laut detaillierter Aufschlüsselung auf Basis des Mikrozensus 2009 (Statistisches Bundesamt 2010b, S. 60 f.) kommen 590.000 der in dieser aktuellen Erhebung 1.501.000 Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 55 bis unter 65 Jahren aus den sogenannten EU-27-Ländern (darunter 142.000 aus Polen, 100.000 aus Italien, 43.000 aus Griechenland) und 603.000 aus sonstigen Ländern Europas, darunter 104.000 aus der Russischen Föderation. Die größte Gruppe der „Jungen Alten“ mit Migrationshintergrund stellen die 211.000 55- bis 65-Jährigen aus der Türkei. Bei 233.000 Personen fehlen jedoch die Angaben zur (ehemaligen) Staatsangehörigkeit, oder sie gelten als unzutreffend.

In der nachfolgenden Kohorte, das heißt bei den im Jahre 2009 45- bis unter 55-Jährigen, steigt die Zahl der türkischstämmigen Älteren leicht auf 286.000, die der aus den Ländern der Russischen Föderation auf 182.000 Personen und die Zahl aus Polen schnell auf 253.000 in die Höhe. Auch in dieser Altersgruppe gilt jedoch, dass in 402.000 Fällen die Angabe zur Herkunft fehlt oder unzutreffend ist.

Die meisten 55- bis unter 65-Jährigen (1.017.000 Personen) leben bereits 20 Jahre und länger in Deutschland, nur 34.000 sind in den letzten fünf Jahren zugewandert. In der jüngeren Kohorte der 45- bis 55-Jährigen sind immerhin 245.000 Menschen erst innerhalb der vergangenen zehn Jahre zugewandert.

Bei Betrachtung der regionalen Aufteilung stellen im Jahr 2007 dem Mikrozensus zufolge Menschen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe 45–64 in Agglome-

<sup>3</sup> Diese Definition liegt allen folgenden Ausführungen zur Situation von Menschen mit Migrationshintergrund – bzw. synonym: Migrantinnen und Migranten – zugrunde, soweit nichts anderes angegeben ist. Wo Daten nicht in diesem Sinne aufschlüsselbar sind, müssen wir mitunter auf die Kategorie Nichtdeutsche bzw. Ausländerinnen und Ausländer zurückgreifen. Diese umfasst Personen, die in Deutschland leben, aber nicht die deutsche Staatsangehörigkeit aufweisen.

rationsräumen 18,8% der Gesamtbevölkerung der Altersgruppe, in verstäderten Räumen 13% und in ländlichen Räumen 9,1% (Menning und Hoffmann 2009, S. 11). Den größten Anteil an der gesamten Altersgruppe 50–64 stellten ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt mit 31,6%, in Stuttgart mit 29,9%, in München mit 26,6% sowie in Berlin-West mit 22,3%, gefolgt von Hamburg, Bremen und Städten in Nordrhein-Westfalen (ebd., S. 12).

## 2.3 Bildung

Der Mikrozensus erlaubt einen detaillierten Einblick in die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der „Jungen Alten“ (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 131 f., vgl. auch Tabelle 49 im Anhang).

Tabelle 2 zeigt, dass Frauen der Altersgruppe im Schnitt ein deutlich niedrigeres schulisches Bildungsniveau aufweisen als Männer. Tabelle 3 belegt, dass mit 20,4% auch fast dreimal so viele Frauen wie Männer keinen beruflichen Bildungsabschluss haben. Während von den Männern ohne Migrationshintergrund nur knapp 8% keinen beruflichen Bildungsabschluss besitzen, sind dies bei denen mit Migrationshintergrund fast 40%. Vergleicht man den beruflichen Bildungsgrad (siehe Tabelle 3) der 55- bis unter 65-jährigen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, so ist augenfällig, dass in dieser Altersgruppe gut die Hälfte der Frauen mit Migrationshintergrund (51,7%) keinen beruflichen Bildungsabschluss aufweist. Andererseits haben Frauen mit Migrationshintergrund und Spätaussiedlerinnen jedoch häufiger als Frauen ohne Migrationshintergrund einen Universitätsabschluss.

Alter: 55–65	Gesamt <sup>1</sup>	Davon					
		mit allgemeinem Schulabschluss					ohne all- gemeinen Schul- abschluss
		Haupt-/ (Volks-) Schulab- schluss	Abschluss polytechn. Ober- schule	Realschul- bzw. gleichw. Abschluss	Fachhoch- schul-/ Hochschul- reife	Ohne Angabe	
<b>Gesamt</b>	9.813	4.571	1.108	1.578	2.105	30	386
<b>Männer</b>	4.846	2.198	515	646	1.281	15	172
<b>Frauen</b>	4.967	2.373	593	932	824	15	214

<sup>1</sup> Einschließlich der Personen, die keine Angaben zur allgemeinen Schulausbildung gemacht haben.

Tab. 2: Bevölkerung 2009 nach Altersgruppen, Geschlecht und schulischem Bildungsabschluss (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010a, S. 131, eigene Darstellung)

	Universitätsabschluss		Ohne beruflichen Bildungsabschluss	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
<b>Ohne Migrationshintergrund</b>	12,2 %	6,8 %	7,9 %	20,4 %
<b>Mit Migrationshintergrund</b>	10,5 %	8,9 %	37,5 %	51,7 %
<b>Ausländer/-innen</b>	9,2 %	7,7 %	47,5 %	65,5 %
<b>(Spät-)Aussiedler/-innen</b>	8,0 %	8,1 %	17,4 %	31,9 %
<b>Deutsche durch Einbürgerung</b>	17,6 %	13,6 %	26,4 %	38,1 %

Tab. 3: 55- bis unter 65-jährige Männer und Frauen mit/ohne Migrationshintergrund mit Universitätsabschluss und ohne beruflichen Abschluss (Quelle: Menning und Hoffmann 2009, S. 26, berechnet nach Daten des Statistischen Bundesamts 2007)

## 2.4 Vermögen, Einkommen, Armut

### *Einkommen*

Die materielle Lebenssituation der Altersgruppe ist heterogen. Zwar lässt sich die Ressourcenausstattung der „Jungen Alten“ übergreifend als „nicht per se problematisch“ (Motel-Klingebiel, Simonson et al. 2010, S. 85) beschreiben, doch sind die Lebenssituationen durch soziale Ungleichheitsverhältnisse konturiert. Besonders zwischen den alten und den neuen Bundesländern sowie zwischen den Geschlechtern lassen sich Differenzen bezüglich des Einkommens, der Vermögensverteilung und des Armutrisikos ausmachen.

Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen deutscher Haushalte wird auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe privater Haushalte mit 2.914 Euro im Monat beziffert. Die 55- bis unter 65-Jährigen (nach dem Alter des Haupteinkommensbeziehers) erzielen ein Durchschnittshaushaltseinkommen von 2.993 Euro. Damit liegt es bereits 384 Euro unter dem Haushaltsnettoeinkommen der 45- bis unter 55-Jährigen, aber noch 442 Euro über dem der älteren Gruppe der 65- bis unter 70-Jährigen (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 553). Haushalte mit Migrationshintergrund sind dabei im niedrigen Einkommensbereich bis 1.300 Euro deutlich über- und in höheren Einkommenspositionen unterrepräsentiert (Menning und Hoffmann 2009, S. 19 f.). Werden bei der Berechnung unterschiedliche Haushaltsgößen berücksichtigt, so ist vom mittleren monatlichen Äquivalenzeinkommen<sup>4</sup> die Rede. Das mittlere monatliche Äquivalenzeinkommen der gesamten Gruppe der 40- bis 85-Jährigen beläuft sich nach Berechnung des

<sup>4</sup> Hierbei wird in Rechnung gestellt, dass Mehrpersonenhaushalte effizienter wirtschaften können und so bei gleichem Pro-Kopf-Einkommen ein höheres Wohlfahrtsniveau erreichen als Einpersonenhaushalte. Eine Äquivalenzskala weist jeder Person im Haushalt ein Gewicht zu.

Deutschen Alterssurveys (Motel-Klingebiel, Simonson et al. 2010, S. 69 f.; Motel-Klingebiel, Wurm et al. 2010: Tabellenanhang A3-1) im Jahr 2008 auf 1.694 Euro. Die Altersgruppe der „Jungen Alten“, im Design des Surveys 55 bis 69 Jahre alt, schneidet hier mit einem Wert von 1.796 Euro besser ab als die jüngeren und älteren Kohorten. Jedoch zeigen sich erhebliche soziale Differenzierungen zwischen Bildungsschichten, Geschlechtern und zwischen Ost und West. So erreichen Ältere ohne beruflichen Bildungsabschluss nur wenig mehr als die Hälfte des Einkommens der Abiturienten und Abiturientinnen und der Menschen mit Hochschulabschluss; Männer verdienen im Mittel deutlich mehr als Frauen (ebd.). Für das Jahr 2007 zeigen die Daten des Statistischen Bundesamts (Menning und Hoffmann 2009, S. 23), dass insgesamt 40,2 % der 55- bis 64-Jährigen ohne Migrationshintergrund und sogar 61,6 % derer mit Migrationshintergrund ein Äquivalenzeinkommen von unter 1.300 Euro monatlich zur Verfügung haben. 36,8 % der Älteren mit und 17,9 % ohne Migrationshintergrund müssen mit einem Einkommen unter 900 Euro auskommen.

### *Vermögen*

Im Deutschen Alterssurvey werden die Verbreitung und der Umfang des Geldvermögensbesitzes in der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre untersucht (zum Vergleich in Klammern die Ergebnisse der nachfolgenden Kohorten, das heißt derjenigen, die 2008 zwischen 40 und 54 Jahre alt waren): Im Jahr 2008 haben 17,4 % [18,9 %] kein Vermögen und 70 % [71,4 %] ein Vermögen unter 100.000 Euro. 12,6 % [9,7 %] besitzen 100.000 Euro und mehr. Auch hier lohnt ein Blick auf die soziale Differenzierung: Während 26,9 % der Frauen in den neuen Bundesländern über kein Vermögen verfügen, weisen von ihnen nur 1,6 % ein Vermögen von 10.000 Euro und mehr auf. Hingegen besitzen 17,9 % der westdeutschen Männer ein Vermögen von 100.000 Euro und mehr. Doch auch in der Gruppe der westdeutschen Männer verfügen 11,9 % über gar kein Vermögen (Motel-Klingebiel et al. 2010: Tabellenanhang A3-5).

Beim Blick auf die soziale Differenzierung in der nachfolgenden Kohorte zeigt sich, dass Männer in den neuen Bundesländern, die 2008 zwischen 40 und 54 Jahre alt sind, bereits zu 28,7 % kein Vermögen aufweisen. Bei den Frauen in den neuen Bundesländern sind es in dieser Altersgruppe 25,9 %. Insbesondere Ostdeutsche mit niedrigen Rentenanwartschaften aufgrund von Arbeitslosigkeitsphasen weisen also zukünftig ein Risiko für Altersarmut auf, zumal sie mangels Vermögen keine Möglichkeiten zur privaten Vorsorge haben (vgl. zu Rentenentwicklung und Altersarmut das Kapitel 5, Seite 69 ff.). Insgesamt 69,2 % der 55- bis 69-Jährigen im Bundesgebiet besitzen 2008 Vermögen in Form einer Immobilie – am häufigsten westdeutsche Männer (77,4 %), gefolgt von westdeutschen Frauen (68,5 %). In Ostdeutschland besitzt nur etwa die Hälfte der Männer (55,1 %) und Frauen (53,2 %) eine Immobilie (Motel-Klingebiel et al. 2010: Tabellenanhang A3-6).

Die sozial ungleiche Verteilung von Vermögen wird durch Erbschaften fortgeschrieben. 2008 haben 65 % der 55- bis 69-Jährigen bereits geerbt, während weitere 11 % eine Erb-

schaft erwarten (Motel-Klingebiel, Simonson et al. 2010, S. 75). Erhebungen des Deutschen Alterssurveys zeigen, dass Westdeutsche öfter als Ostdeutsche erben. Vor allem jedoch sind die Unterschiede zwischen den Bildungs- und Einkommensgruppen signifikant. Da diese Differenzen im Zeitverlauf stabil blieben, sprechen Motel-Klingebiel, Simonson et al. (2010, S. 76) von einer „fortlaufenden Stärkung absoluter sozialer Ungleichheiten innerhalb der Erbgenerationen durch Erbschaften“.

### *Armut*

Im Jahr 2008 sind 9,9 % der 55- bis 69-Jährigen von relativer Einkommensarmut betroffen (Motel-Klingebiel et al. 2010: Tabellenanhang A3-3). Als arm gilt im Deutschen Alterssurvey, wer weniger als 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens (entspricht 772 Euro) zur Verfügung hat.<sup>5</sup> Von relativer Einkommensarmut betroffen sind in den alten Bundesländern 6,1 % der 55- bis 69-jährigen Männer und 8,8 % der Frauen, hingegen in den neuen Bundesländern 20,1 % der Männer und 17,9 % der Frauen. In der hohen Quote von Einkommensarmut ostdeutscher Männer in dieser Kohorte spiegeln sich die Deklassierungserfahrungen im Zuge der rasanten Deindustrialisierung nach der „Wende“ wider, während sich Frauen dem Strukturwandel zum Teil besser anpassen konnten. Ältere Jahrgänge konnten hingegen von stabilen, in der DDR-Berufslaufbahn erworbenen Rentenanwartschaften profitieren. Augenfällig ist, dass sich in den neuen Bundesländern in der nachfolgenden Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen die geschlechtsspezifische Betroffenheit von Einkommensarmut wieder wendet: Hier sind nun mit 22,8 % mehr Frauen und mit 16,7 % weniger Männer arm.

Der Deutsche Alterssurvey betrachtet auch die subjektive Wahrnehmung der materiellen Lebenssituation. Während im gesamten Bundesgebiet mit 63,5 % ein großer Teil der 55- bis 69-Jährigen den eigenen Lebensstandard als „sehr gut“ bewertet und ihn nur 5,4 % als „sehr schlecht“ beschreiben, zeigt sich hier abermals ein signifikanter Ost-West-Unterschied: 11,4 % der Frauen und 9,8 % der Männer aus den neuen Bundesländern bewerten ihren Lebensstandard als „sehr schlecht“ (Motel-Klingebiel et al. 2010: Tabellenanhang A3-13).

Auf die Frage „Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?“ antworten die 55- bis 69-Jährigen im gesamten Bundesgebiet zu 12,2 % „überhaupt nicht/eher nicht“, zu 32,2 % „halbwegs“ und zu 55,6 % „überwiegend/völlig“. In den neuen Bundesländern sind insbesondere die Männer unzufrieden mit ihrer finanziellen Situation: 23,3 % von ihnen und 16,5 % der Frauen antworten hier, sie kämen mit ihren Mitteln „überhaupt nicht/eher nicht“ zurecht. Das sind jeweils mehr als doppelt so viele wie

<sup>5</sup> Seit 2001 wird EU-weit zur Definition der relativen Armut der Median des Nettoäquivalenzeinkommens verwendet. Der Median ist resistent gegen „Ausreißer“ und markiert den Einkommenswert derjenigen Person, die – nachdem alle Personen ihrem Äquivalenzeinkommen nach aufsteigend sortiert wurden – die Bevölkerung in genau zwei Hälften teilt. Das heißt, die eine Hälfte verfügt über mehr, die andere über weniger Einkommen.

in den alten Bundesländern. In den jüngeren Jahrgängen (40 bis 54 Jahre alt) empfinden in den neuen Bundesländern bereits 26,9 % der Männer und 25 % der Frauen ihre Ressourcenausstattung als ungenügend (Motel-Klingebiel et al. 2010: Tabellenanhang A3-15).

## 2.5 Fazit

Bereits diese Schlaglichter auf die heterogenen sozioökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen die 55- bis 65-Jährigen im Bundesgebiet leben, ermahnen zum differenzierten Blick. Wie gezeigt wurde, lebt aktuell der größte Teil der „Jungen Alten“ in materiell abgesicherten und als zufriedenstellend erlebten sozioökonomischen Verhältnissen. Doch zugleich finden sich zahlreiche Gruppen, bei denen Belastungskonstellationen aufgrund von Ungleichheitslagen kumulieren und Einfluss auf Teilhabe- und Verwirklichungschancen, das Wohlbefinden und – daran gekoppelt – die psychische und physische Gesundheit haben. Das Risiko von Armut und ihrer Verfestigung im Alter ist nicht nur im gesamten Bundesgebiet für Niedrigqualifizierte besonders hoch, sondern auch regional – insbesondere im Ost-West-Vergleich, aber auch im Vergleich strukturstarker und -schwacher Regionen – ungleich verteilt und betrifft Frauen und Männer in verschiedenen Alterskohorten in unterschiedlichem Maße. Migrantinnen und Migranten sind weiterhin besonders bedroht.

Armutsrissen für Ältere – und damit Risiken sozialer Isolation und erhöhter Morbidität und Mortalität – lassen sich meist nicht unmittelbar aus den vorhandenen Sozialstrukturdaten ablesen. Diese nehmen häufig entweder die Gesamtbevölkerung, nicht nach Alter aufgeschlüsselte gesellschaftliche Gruppen (Menschen mit Migrationshintergrund) oder Kinder, Jugendliche und deren Familien in den Blick. Das macht es erforderlich, genau hinzusehen, wo sich positive und negative Einflussfaktoren auf Armut von Älteren regional und kommunal bündeln, und welche gesellschaftlichen Gruppen hier gezielte Unterstützung benötigen. Dass ostdeutsche Ältere ein hohes Armutrisiko tragen und mit ihrer Lebenssituation häufiger unzufrieden sind, bedarf besonderer Aufmerksamkeit.

**SOZIALE  
BEZIEHUNGEN**



Dieses Kapitel widmet sich der Frage, in welchen sozialen Bezügen die „Jungen Alten“ leben. Es fragt zunächst nach Haushaltsformen, Familienstand, nach Kindern und Enkelkindern. Anschließend thematisieren wir Formen sozialer (Ein-)Bindung: Was wissen wir über die Familien- und Generationenbeziehungen der Altersgruppe, und was über Beziehungen außerhalb der Familienstrukturen? Wem fühlen sich Frauen und Männer emotional verbunden, und von wem fühlen sie sich unterstützt, beraten oder getröstet? Nicht zuletzt muss soziale Unterstützung als eine wichtige Ressource für die Bewältigung psychosozialer Belastungen und damit für das gesundheitliche Wohlbefinden verstanden werden. Diese gilt noch einmal besonders für pflegende Angehörige, deren Situation sich der letzte Abschnitt dieses Kapitels zuwendet.

## 3.1 Lebensformen und Haushalte

Der weitaus größte Teil der 55- bis 69-Jährigen lebt 2008 als Ehepaar zusammen: 76 % sind verheiratet und teilen einen Haushalt. 4 % sind Paare ohne gemeinsamen Haushalt und 3 % unverheiratete Paare mit gemeinsamem Haushalt. Insgesamt 17 % sind partnerlos. Aus dem Blickwinkel des Familienstands sind neben den 76 % Eheleuten 9 % als verwitwet, 10 % als geschieden oder getrennt und 5 % als ledig registriert. Die 40- bis 54-Jährigen sind seltener verheiratet: Waren 1996 in dieser Altersgruppe noch 83 % verheiratet, sind es 2008 nur noch 70 % (Engstler und Tesch-Römer 2010, S. 169 f.).

Von den 55- bis 69-Jährigen im Jahr 2008 haben 87 % Kinder und 54 % Enkelkinder (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 194). 13 % sind kinderlos. Die 40- bis 54-Jährigen sind häufiger, nämlich zu 19 %, kinderlos (ebd., S. 173).

Der Mikrozensus zählt 2007 in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen 1.843.000 Alleinstehende, darunter 802.000 Männer und 1.041.000 Frauen. Die Altersgruppe stellt 11,2 % aller Alleinstehenden (Statistisches Bundesamt 2008, S. 60). Als Alleinstehende

Alter/Haupt-einkommens-bezieher bzw. -bezieherinnen	Anzahl Haushalte gesamt	Davon: Einpersonenhaushalte	Davon: Mehrpersonenhaushalte					
			Haushalte gesamt	Haushaltsmitglieder je Haushalt				
				2	3	4	5+	Ø
55–60	3.126	904	2.222	1414	507	229	72	2,10
60–65	2.580	854	1.726	1393	240	73	20	1,84

Tab. 4: Haushaltsgrößen nach Alter des Haupteinkommensbeziehers oder der Haupteinkommensbezieherin (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, S. 39)



Haupteinkommensbezieherin bzw. -bezieher	55–60 Jahre	60–65 Jahre
Ledig	262	189
Verheiratet, getrennt lebend	101	78
Geschieden	376	314
Verwitwet	165	273
<i>Gesamt</i>	<i>904</i>	<i>854</i>

Tab. 5: Einpersonenhaushalte (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, S. 38 ff.)

erfasst werden hier alle Personen, die ohne Ehe-/Lebenspartner bzw. -partnerin und ohne Kinder in einem Ein- oder Mehrpersonenhaushalt leben. Die Altersgruppe (nach dem Alter des jeweiligen Haupteinkommensbeziehers bzw. der Haupteinkommensbezieherin) stellt insgesamt 5.706.000 Haushalte: Die 55- bis 60-Jährigen leben in 3.126.000 Haushalten, die 60- bis 65-Jährigen in 2.580.000 Haushalten. Im Schnitt leben etwa zwei Personen in diesen Haushalten (ebd., S. 39).

In den insgesamt 1.758.000 Einpersonenhaushalten der Altersgruppe 55 bis 65 leben vorrangig geschiedene und ledige sowie mit zunehmendem Alter auch verwitwete Ältere.

Selbstverständlich schließen auch die „Jungen Alten“ noch neue Ehen. 2008 heirateten zum Beispiel in der Altersgruppe der 55- bis 60-Jährigen 12.295 Männer (davon waren zuvor 1.954 ledig, 992 verwitwet, 9.349 geschieden) und 8.227 Frauen – von ihnen waren zuvor 1.092 ledig, 574 verwitwet und 6.561 geschieden (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 56).

Die heterogene Gruppe der sogenannten „Alleinstehenden“ ist mit spezifischen Risiken konfrontiert: Ältere ohne Partner oder Partnerin, vor allem Männer, klagen öfter über mangelnde soziale Unterstützung (siehe unten). Der Tod des Partners oder der Partnerin oder Trennung bzw. Ehescheidung können zu Einsamkeit und sozialer Desintegration führen. Auch dies betrifft häufiger Männer (vgl. hierzu Pinquart 2003).

Zugleich ist jedoch anzumerken, dass „Alleinstehende“ andererseits vor einigen Belastungen gefeit sind, die in Partnerschaften, insbesondere in gemeinsamen Haushalten und vorrangig für Frauen, auftreten können: etwa durch emotionalen Stress in schwierigen oder gar gewaltförmigen Beziehungen (hierzu Matthäi 2005, S. 51 f.), durch Pflege- und Hilfeverpflichtungen gegenüber dem Partner oder der Partnerin, durch Ko-Abhängigkeit bei Suchterkrankungen und ähnliche Problemlagen. Gerade Frauen, die häufig einen älteren Partner bis zu seinem Lebensende oder bis zum Heimeintritt unterstützen und/oder pflegen, sind psychosozialen Belastungen ausgesetzt (siehe unten), die alleinstehende Frauen so nicht teilen. Es ist bekannt, dass verheiratete Menschen signifikant länger leben als Nichtverheiratete (Brockmann und Klein 2004), jede Trennung

bzw. Scheidung verkürzt ihre Lebenserwartung, wobei hervorzuheben ist, dass Männer hinsichtlich höherer Lebenserwartung stärker von einer Heirat profitieren als Frauen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass im Vergleich zu den in der Regel als verheiratete Paare zusammenlebenden früheren Kohorten der „Jungen Alten“ die Lebensformen heutiger und insbesondere der zukünftigen Älteren – mit und ohne Lebensgefährtin – weit heterogener sind: Nichtehele Partnerschaften nehmen zu, Geschiedene und Verwitwete gehen zunehmend nichteheliche Folgebeziehungen ein (häufig ohne dabei einen gemeinsamen Haushalt zu führen), zugleich steigt die Partnerlosigkeit der heute 40- bis 54-Jährigen (Engstler und Tesch-Römer 2010, S. 171 f.).

## 3.2 Familien- und Generationenbeziehungen

Die familiären Beziehungen der Gruppe der „Jungen Alten“ sind einem zunehmenden Wandel unterworfen (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 210): Zusätzlich zum Anstieg von Partnerlosigkeit und zum steigenden Anteil Kinderloser (13 % in der Altersgruppe 55 bis 69, 19 % in der Altersgruppe 40 bis 54) ist die Entwicklung zu beobachten, dass die jüngeren Kohorten auch den Übergang in die Großelternschaft zu einem späteren Zeitpunkt und vermutlich auch seltener erleben werden. 2008 haben 54 % der Menschen in der Altersgruppe 55 bis 69 Enkelkinder. Sie bezeichnen sie zu 57 % als „sehr wichtig“ und zu 36 % als „wichtig“, wobei Enkelkinder für Frauen noch deutlich öfter wichtig sind als für Männer. Frauen beschreiben auch eine engere Beziehung zu den Enkeln: 5 % bezeichnen das Verhältnis als „nicht eng“, 15 % als „mittel“ und 80 % als „eng“ (ebd., S. 200). Bei den Männern liegen die Werte etwas darunter, doch immerhin 75 % sprechen von einem engen Verhältnis. An der Betreuung ihrer Enkel sind 31 % der 55- bis 69-Jährigen beteiligt (10 % weniger als in der Erhebung 1996), Frauen häufiger als Männer (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 206).

In diesem Zusammenhang ist es ein wichtiger Befund, dass erwachsene Kinder (gegebenenfalls mit den Enkelkindern) heute öfter weiter von ihren Eltern entfernt wohnen als früher. Dies gilt besonders für Ältere in den neuen Bundesländern, wo 2008 für 18,9 % (im Vergleich zu 12 % in den alten Bundesländern) die Wohnentfernung zum nächsten erwachsenen Kind mehr als zwei Stunden Fahrzeit beträgt (Motel-Klingebiel et al. 2010: Tabellenanhang Tabelle A8-2).

Die „Gelegenheitsstruktur“ für den Austausch gegenseitiger Unterstützung erodiert dadurch in vielen Fällen. Insgesamt überwiegen jedoch bei Weitem die Konstellationen, in denen die Generationen im gleichen Ort, in der Nachbarschaft oder sogar in einem Haus bzw. einem Haushalt wohnen. Dies ist in Familien mit Migrationshintergrund noch

Wohnentfernung zum nächsten erwachsenen Kind (in Prozent)	55–69 Jahre	
	MMH	OMH
Gleicher Haushalt/Haus	32,8	26,7
Nachbarschaft	17,4	14,1
Gleicher Ort	19,5	23,5
Anderer Ort (maximal 2 Stunden)	18,1	26,9
Weiter entfernt in Deutschland	5,6	7,9
Ausland	6,4	0,9

MMH = mit Migrationshintergrund; OMH = ohne Migrationshintergrund

Tab. 6: Wohnentfernung zum nächsten erwachsenen Kind (Quelle: Menning und Hoffmann 2009, S. 16, nach Berechnungen von Baykara-Krumme 2007 auf Basis von Daten des Deutschen Alterssurveys 2002)

etwas häufiger der Fall (69,7 %) als in denen ohne Migrationshintergrund (64,3 %). Dafür allerdings stehen Ältere mit Migrationshintergrund zu 6,4 % vor der Situation, dass ihre erwachsenen Kinder im Ausland leben, während dies bei denen ohne Migrationshintergrund nur 0,9 % der Altersgruppe 55–69 betrifft.

Der klassische Mehrgenerationenhaushalt, in dem Mitglieder einer Großfamilie zusammenleben, ist indes selten geworden – entgegen geläufiger Stereotypen auch in Familien mit Migrationshintergrund, wengleich die Lebensform Mehrgenerationenhaushalt hier noch etwas häufiger zu finden ist als in Familien ohne Migrationshintergrund.

Trotz größerer Wohnentfernung bleibt die – gegebenenfalls telefonische – Kontakthäufigkeit von Älteren zu ihren erwachsenen Kindern außerhalb des Haushalts hoch (siehe Tabelle 8 auf Seite 26, vgl. auch Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 197).

Koresidenz im Haushalt (in Prozent)	55–69 Jahre	
	MMH	OMH
Mindestens ein Elternteil	2,1	7,0
Mindestens ein erwachsenes Kind	28,1	15,4
Dreigenerationenhaushalt mit (Schwieger-)Eltern und Kind	1,2	0,7
Dreigenerationenhaushalt mit Kind und Enkel	3,7	1,7

MMH = mit Migrationshintergrund; OMH = ohne Migrationshintergrund

Tab. 7: Zusammenleben mit erwachsenen Kindern/Koresidenz (Quelle: Menning und Hoffmann 2009, S. 16, nach Berechnungen von Baykara-Krumme 2007 auf Basis von Daten des Deutschen Alterssurveys 2002)

Kontakte	Ges.: 40–85 Jahre		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70–85 Jahre	
	M	NM	M	NM	M	NM	M	NM
Täglich	29,4	24,5	28,3	22,4	30,8	23,9	28,3	27,1
Mehrmals/Woche	35,2	42,0	34,2	41,3	37,1	42,9	32,5	41,2
Einmal/Woche	18,4	18,0	20,1	18,7	15,2	18,6	22,7	16,7
1- bis 3-mal/Monat	8,8	9,1	7,2	10,3	10,0	8,2	9,9	9,7
Mehrmals/Jahr	4,2	3,5	5,1	2,9	3,4	3,6	4,4	3,9
Seltener	4,0	1,3	3,0	1,3	1,6	1,4	0,4	1,1
Nie	2,0	1,5	2,1	3,1	1,9	1,4	1,8	0,4
N	421	1.757	168	416	184	837	68	504

Tab. 8: Kontakthäufigkeit mit erwachsenem Kind außer Haus (in Prozent) (Quelle: Baykara-Krumme 2007, S. 30, auf Basis von Daten des Deutschen Alterssurveys 2002, eigene Darstellung)

Helen Baykara-Krumme (2007, S. 30, 31) zeigt anhand von Daten aus dem Deutschen Alterssurvey 2002<sup>6</sup>, dass sich Familien mit und ohne Migrationshintergrund nicht nur bezüglich der Häufigkeit im Kontakt, sondern auch in Bezug auf die subjektive Wahrnehmung emotionaler Nähe von Älteren zu ihren erwachsenen Kindern kaum voneinander unterscheiden. Die emotionale Verbundenheit zu den Kindern ist – über den Zeitverlauf stabil – konstant groß. Allerdings kommunizieren Mütter häufiger als Väter mit den erwachsenen Kindern und berichten auch häufiger über eine enge Verbundenheit mit ihnen (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 197 f.).

Der Vergleich der verschiedenen Wellen des Deutschen Alterssurveys zeigt, dass praktisch-instrumentelle Unterstützungsleistungen zwischen Eltern und Kindern im Alltag weniger

Kontakte	Ges.: 40–85 Jahre		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70–85 Jahre	
	M	NM	M	NM	M	NM	M	NM
Sehr eng	62,6	59,9	62,3	63,3	63,9	58,2	60,2	60,0
Eng	28,6	32,2	27,4	26,7	28,2	34,0	32,5	33,9
Mittel	5,9	5,5	6,4	6,4	5,6	5,2	5,7	4,9
Weniger eng	1,5	1,2	1,8	2,2	1,8	1,0	0	0,7
Überhaupt nicht eng	1,4	1,2	2,1	1,2	0,5	1,5	1,7	0,6
N	420	1.742	166	415	184	831	69	496

Tab. 9: Emotionale Nähe zu erwachsenem Kind außer Haus (in Prozent) (Quelle: Baykara-Krumme 2007, S. 31, auf Basis von Daten des Deutschen Alterssurveys 2002, eigene Darstellung)

<sup>6</sup> Die Familien mit Migrationshintergrund im DEAS 2002 wurden mithilfe einer „Ausländerstichprobe“ zur Staatsangehörigkeit über die Einwohnermeldeämter ermittelt, vgl. Engstler und Motel-Klingebiel 2010, S. 41.

häufig als früher ausgetauscht werden (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 200). In ihrer Studie zu intergenerationellen Hilfsbeziehungen zeigt Martina Brandt zudem die Genderspezifität solcher Unterstützungsleistungen: „Müttern wird deutlich mehr geholfen, und Töchter helfen etwas mehr als Söhne, sodass die Tochter-Mutter-Dyade auch in puncto Hilfe hervortritt. Darauf folgen Sohn-Mutter- und Tochter-Vater-Beziehungen, das niedrigste Hilfeniveau findet sich bei Hilfe von Söhnen an ihre Väter.“ (Brandt 2009, S. 80)

Ein weiterer zentraler Befund ist indes, dass zum einen die emotionale Verbundenheit zwischen den Älteren und ihren erwachsenen Kindern eng bleibt und dass zum anderen auch in großem Maße Geld- und Sachleistungen von den Älteren zu den Jüngeren fließen. Insbesondere die Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen tritt in der Rolle der Geber auf und unterstützt durch Geld- oder Sachtransfers vorrangig die Kinder (26 %) und Enkelkinder (14 %), bisweilen auch andere Verwandte (6 %), und nur sehr selten (2 %) Personen außerhalb der Familie (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 201). 20 % der 55- bis 69-Jährigen transferieren innerhalb eines Jahres Geld- oder Sachleistungen im Wert von 1.000 Euro und mehr (sowie weitere 16 % geringere Summen), während nur 5 % der Altersgruppe überhaupt selbst solche Privattransfers beziehen (Motel-Klingebiel, Simonson et al. 2010, S. 75). Instrumentelle Hilfen geben 8,2 % der Menschen der Altersgruppe an ihre Kinder, fast ebenso viel, wie sie an instrumenteller Hilfe von diesen erhalten (7,9 %) (Mahne und Motel-Klingebiel 2010, S. 203).

# 3

## 3.3 Außerfamiliäre Netzwerke

Die funktionale Bedeutung von Beziehungen außerhalb der Familie hat im Vergleich zu älteren Erhebungen zugenommen. Die 55- bis 69-Jährigen geben im Schnitt fünf Personen als ihr soziales Netzwerk an. Das sind genauso viele wie bei den 40- bis 54-Jährigen. Im höheren Alter sinkt die Netzwerkgröße im Schnitt um eine Person auf vier. Wer Partner und Kinder hat, weist dabei die größten, wer weder Partner noch Kinder hat, die kleinsten sozialen Netzwerke auf (Huxhold et al. 2010, S. 221). Nach ihren sozialen Kontakten befragt, geben die 50- bis 65-Jährigen dem Datenreport des Statistischen Bundesamtes von 2008 zufolge an, dass sich 41 % der Westdeutschen und 32 % der Ostdeutschen mindestens einmal in der Woche mit Freundinnen oder Freunden treffen. Allerdings geben 5 % der Westdeutschen und 2 % der Ostdeutschen an, niemanden für Gespräche über vertrauliche oder persönliche Angelegenheiten zu haben (Statistisches Bundesamt et al. 2008, S. 377, Berechnungen auf Basis des European Social Surveys von 2004/2005).

Im Deutschen Alterssurvey wird erfragt, ob außerfamiliäre Netzwerke eine Quelle von Rat und Trost sind. 2008 gaben 38 % der 55- bis 69-jährigen Frauen und 19 % der gleichaltrigen Männer an, sie fänden Trost bei Personen außerhalb der Familie. In der jüngeren

Altersgruppe (40–54) sind das immerhin 51 % der Frauen und 20% der Männer (Huxhold et al. 2010, S. 226). Im Vergleich zu älteren Erhebungen zeigt sich, dass außerfamiliäre Bezugspersonen in den Altersgruppen 40–54 und 55–69 in diesem Sinn vor allem für Frauen wichtiger geworden sind.

12 % der 55- bis 69-Jährigen geben jedoch an, sie hätten Bedarf an mehr Rat und Trost (ebd., S. 228). Während unter den Männern besonders solche ohne Partnerin über fehlende Unterstützung klagen, scheinen sich gerade Frauen in Partnerschaften (insbesondere solche ohne Kinder) emotionale Unterstützung außerhalb der Beziehung bzw. der Familie, zum Beispiel durch „die beste Freundin“, zu wünschen und auch zu suchen (ebd., S. 230). Auch andere Studien haben bereits gezeigt, dass Männer in einer Partnerschaft stärker auf ihre Partnerinnen konzentriert sind als umgekehrt Frauen auf ihre Partner (Diewald und Lüdicke 2007, S. 24).

Soziale Unterstützung ist eine wichtige Ressource für die Bewältigung psychosozialer Belastungen und damit für das gesundheitliche Wohlbefinden. Das Robert Koch-Institut hat insofern im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (Robert Koch-Institut 2010a, S. 89 f.) erhoben, inwieweit sich Menschen in verschiedenen Altersgruppen und mit verschiedenen Bildungsniveaus angemessen emotional, instrumentell, informell sowie in Entscheidungsfindungsprozessen unterstützt fühlen. Dazu wurden für die Altersgruppe 45–64 und nach Geschlechtern differenziert Daten erhoben. Die Auswertungen zeigen: In der unteren Bildungsgruppe erleben rund ein Viertel, 24 % der Frauen und 28,3 % der Männer, nur „geringe Unterstützung“, während es in der oberen Bildungsgruppe 11,3 % der Frauen und 13,5 % der Männer sind. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei Menschen in höherem Lebensalter einerseits und in niedrigen Bildungsgruppen andererseits der Anteil derer steigt, die ihre soziale Unterstützung als ungenügend empfinden.

Diese Befunde schließen an ältere Studien an, die einen Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und der Zahl naher Freundinnen und Freunde aufzeigen (Höllinger und Haller 1993, S. 115; Diewald und Lüdicke 2007). Ältere Menschen mit geringem sozialen Status (mit niedriger Schulbildung und niedrigem Haushaltseinkommen) geben in diesen Studien weniger Freundinnen und Freunde an als besser Situierte.

Darunter finden sich häufiger als bei höher Gebildeten Verwandte: Höher Gebildete weisen stärker „selbst gewählte“ Freundschaftsnetzwerke auf, im Gegensatz zu einer eher „passiven“ Übernahme von Verwandten als Freunden (Diewald und Lüdicke 2007, S. 32). Allerdings ist an dieser Stelle auf die Ergebnisse aus Perrig-Chiellos (1997) Studien zu verweisen, die herausarbeiten, dass im Alter nicht die Quantität, sondern die Qualität sozialer Beziehungen das Wohlbefinden erhöht. Nicht ein großer Freundeskreis, sondern ein stabiles Verhältnis zu mindestens einer Vertrauensperson ist hier entscheidend.

## 3.4 Pflege von Angehörigen

Die Pflege eines nahe stehenden Menschen – vor allem innerhalb der Familie – wird in weiten Teilen der Bevölkerung bis heute recht selbstverständlich übernommen, rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen mit anerkannter Pflegestufe leben in privaten Haushalten. Dabei lassen sich jedoch Unterschiede hinsichtlich der pflegekulturellen Orientierungen in verschiedenen sozialen Milieus ausmachen: Das Ideal des Selberpflegens ist besonders im ländlichen Raum und in den traditionell orientierten Milieus verbreitet, während die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung in eher großstädtischen Milieus mit vergleichsweise hohen Bildungs- und Berufsabschlüssen, postmaterialistischen Wertvorstellungen und modernen Lebensentwürfen große Zustimmung erfährt (Blinkert und Klie 2004, S. 108 ff.). Auch weitere Überlegungen hinsichtlich der Übernahme der Pflege, der Aufnahme eines pflegebedürftigen Menschen in den eigenen Haushalt und der weiteren Pflegeorganisation, zum Beispiel Hinzuziehung eines Pflegedienstes, sowie der Abwägung zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege unterscheiden sich in den verschiedenen sozialen Milieus (Heusinger und Klünder 2005). Diese milieuspezifischen Differenzen finden sich auch in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In ihren Herkunftsländern unter eher vormodernen Bedingungen sozialisierte Zuwanderer und Zuwanderinnen befürworten verstärkt die Pflege innerhalb der Familie (Blinkert und Klie 2004, S. 128).

Über die Anzahl, Zusammensetzung und Situation pflegender Angehöriger gibt es in Deutschland keine regelmäßige Berichterstattung; die Datenlage ist lückenhaft und daher nicht aktuell (Backes et al. 2008). Eine Ausnahme bildet die im Auftrag des BMFSFJ von einem Forschungsverbund erstellte Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten – MuG III“ (Schneekloth und Wahl 2006), deren Erhebungen allerdings ebenfalls bereits in den Jahren 2002/2003 stattfanden. Dabei wurde eine repräsentative, bundesweite Erhebung mit verschiedenen Vertiefungsstudien kombiniert. In der Studie wird differenziert zwischen Hilfe- und Pflegebedürftigen, wobei als hilfebedürftig Menschen mit vorrangig hauswirtschaftlichem Hilfebedarf gelten, deren Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens noch keine Zuerkennung einer Pflegestufe rechtfertigen (Schneekloth und Wahl 2006, S. 15 f.); als pflegebedürftig gelten diejenigen, die eine anerkannte Pflegestufe haben. Diese Betrachtungsweise erlaubt es, den erheblichen Bedarf bzw. die umfangreichen Hilfen, die bereits die Hilfebedürftigen erhalten, zu berücksichtigen, und erweitert den Blick über die Pflegeleistungen für nach dem SGB XI anerkannt Pflegebedürftige im engeren Sinne hinaus.

Den Ergebnissen von MuG III zufolge gibt es in der Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen im Jahr 2002 rund 378.000 Menschen, die einen Angehörigen als Hauptpflegeperson pflegen und weitere 897.000 Menschen, die einem hilfebedürftigen Angehörigen helfen, also insgesamt 1.275.000 Pflegende in der Altersgruppe (Schneekloth 2006, S. 77, 79,

Mittlerer Aufwand in Stunden/Woche (gemäß Selbsteinschätzung der Haushalte)	Insgesamt	Kognitiv beeinträchtigt	Kognitiv unbeeinträchtigt
Pflegebedürftige*			
Stufe 1	29,4	31,4	28,1
Stufe 2	42,2	43,7	40,0
Stufe 3	54,2	61,9	46,6
Insgesamt	36,7	39,7	33,7
Sonstige Hilfebedürftige**			
Insgesamt	14,7	19,3	13,2

\* Leistungsbezieherinnen und -bezieher der Sozialen (SPV) und der Privaten Pflegeversicherung (PPV)

\*\* Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI

Tab. 10: Durchschnittlicher wöchentlicher Zeitaufwand für die Pflege und Betreuung; Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten (Quelle: Schneekloth 2006, S. 80, nach TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002, eigene Darstellung)

eigene Berechnungen). Weitere altersdifferenzierte Detailauswertungen liegen jedoch kaum vor. So lassen sich keine Angaben über die Geschlechterzusammensetzung der Pflegenden und Helfenden in der Altersgruppe treffen. Altersübergreifend sind jedoch 73 % der Pflegenden von Pflegebedürftigen und 70% der Helfenden bei sonstiger Hilfebedürftigkeit weiblich.

Die Leistungen Pflegenden umfassen durchschnittlich 36,7 Stunden Pfllegetätigkeit pro Woche, die Hilfen für Hilfebedürftige umfassen durchschnittlich 14,7 Stunden (ebenda).<sup>7</sup>

Die Pflege eines Angehörigen wird von vielen Pflegenden einerseits als erfüllende Aufgabe erlebt, die auch zu persönlichem Wachstum beiträgt (Zank und Schacke 2005, Gauggel und Rößler 1999), andererseits oft auch als sehr belastend beschrieben. Viele pflegende Angehörige müssen die Pflege mit anderen Aufgaben in Beruf und Familie und ihren persönlichen Wünschen und Lebensplänen ausbalancieren. Hinzu kommen Rollenkonflikte und die oft umfassende zeitliche und örtliche Angebundenheit (zusammenfassend: Meyer 2006, S. 34 f.).

Insgesamt fühlen sich mehr als 80 % der Hauptpflegepersonen belastet, davon 42 % eher stark, weitere 41 % sehr stark (Schneekloth 2006, S. 88). Dennoch werden Beratungsangebote rund um die Pflege nur von 16 % der Hauptpflegepersonen regelmäßig in

7 Nicht erfasst wurden ergänzende Hilfen, die zusätzlich von weiteren Unterstützungspersonen, beispielsweise Partnern oder Ehemännern der pflegenden Frauen, erbracht wurden.



Anspruch genommen, ein gutes Drittel greift hin und wieder darauf zurück. Genutzt werden vor allem ein fachlicher Austausch mit einer professionellen Pflegekraft (21 %) und telefonische Beratungsmöglichkeiten (23 %) (Schneekloth 2006, S. 82). Offensichtlich mangelt es bei den Entlastungsangeboten gerade auch für ältere Pflegenden an Bedarfs-gerechtigkeit und geeigneten Zugangswegen (Blüher und Dräger 2011, 659 f.). Angebote müssen der hohen zeitlichen und örtlichen Gebundenheit von Pflegenden Rechnung tragen, also möglichst spezifisch, zugehend oder wohnortnah sein. Sinnvoll ist die Verknüpfung mit Angeboten zur Betreuung der Pflegebedürftigen und eine zielgruppenspezifische, vielfältige Vernetzungen nutzende Information und Werbung für bestehende Angebote.

Gesundheitliche Belastungen durch die Pflege sind vielfach nachgewiesen worden (zusammenfassend: Blüher und Dräger 2011, S. 658). Neben Erkrankungen des muskuloskelettalen und des Herz-Kreislauf-Systems und Schlafstörungen sind psychische Störungen häufig. So fanden Schäufele et al. (2006, S. 128 f.) erhöhte Depressionswerte bei 22 % aller Pflegenden, bei Pflegenden von schwer demenzkranken Menschen sogar bei 28 %, wobei – relativ gerechnet – pflegende Frauen stärker betroffen waren als Männer. Ihre subjektive Gesundheit schätzen 21 % der Pflegenden als schlecht oder sehr schlecht ein (Schäufele et al. 2006, S. 126).

Pflege und Erwerbstätigkeit zu vereinbaren, gestaltet sich oft schwierig. Viele Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung reduzieren den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit oder geben sie ganz auf, auch wenn der Anteil erwerbstätiger Pflegenden 2002 im Vergleich mit 1991 leicht gestiegen ist (Schneekloth 2006, S. 81). Zwei Faktoren haben sich als entscheidend für die Kombination erwiesen: Das Angebot und die Nutzung professioneller Dienstleistungen und Flexibilität in der Ausgestaltung der Erwerbsarbeit. Als besonders problematisch erweist sich die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Pflegenden aus einkommensschwächeren Familien. Sie können sich die Nutzung zusätzlicher professioneller Dienste nicht leisten – die Pflegeversicherung übernimmt als Teilkaskoversicherung ohnehin immer nur einen Teil der Kosten. Und sie arbeiten häufig in unteren Hierarchieebenen, in denen es weniger Angebote für flexible Arbeitszeitregelungen gibt und diese auch schwerer mit Vorgesetzten auszuhandeln sind (Keck 2011). Zugleich wiegen pflegebedingte Einbußen beim Einkommen und damit bei der eigenen Altersvorsorge für diese Pflegenden ungleich schwerer. Neben diesen finanziellen Folgen pflegebedingter Reduzierung der Erwerbstätigkeit hat diese auch Auswirkungen auf das Belastungserleben: Für erwerbstätige Pflegenden sind ihre beruflichen Aktivitäten oft nicht nur Belastung, sondern sie erleichtern es ihnen, im Pflegealltag die nötige Distanz zu wahren (zusammenfassend: Berliner Beirat für Familienfragen 2011, S. 33).

Zusammengefasst ist – auch wenn keine aktuellen Zahlen vorliegen – davon auszugehen, dass mindestens 10 % der Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen zu den helfenden und pflegenden Angehörigen gehören. Die oben genannten Angaben zum Belastungserleben lassen darauf schließen, dass sich mindestens 80 % von ihnen durch die Pflege belastet

fühlen, woraus erhebliche Gesundheitsrisiken bis hin zur erhöhten Gefahr für spätere eigene Pflegebedürftigkeit resultieren. Um diesen Risiken für die pflegenden Angehörigen in der Altersgruppe zu begegnen, sind vielfältige Faktoren in den Blick zu nehmen, denn insgesamt ist sowohl der Wunsch hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, zu Hause versorgt zu werden, ungebrochen ausgeprägt, als auch die Bereitschaft von Angehörigen, dies durch Hilfe und Pflege zu ermöglichen. Umfang und Ausgestaltung von entlastenden und die Gesundheit der Pflegenden fördernden Angeboten sind jedoch bislang unzureichend, auch wenn in den vergangenen Jahren verstärkte Bemühungen um den Aufbau zum Beispiel ehrenamtlicher Besuchs- und Begleitedienste und zusätzlicher Tagespflegeangebote zu verzeichnen sind.<sup>8</sup> Wichtige Bausteine sind der Aufbau wohnortnaher, vernetzter und niedrigschwelliger Angebote, die Pflegenden und Gepflegte unterstützen (Heusinger 2011), sowie Angebote zur Gesundheitsförderung im jüngeren Alter, die zur Verzögerung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beitragen.

## 3.5 Fazit

In der Kohorte der 1945 bis 1955 Geborenen lassen sich gegenüber früheren Kohorten der „Jungen Alten“ durchaus Veränderungen in den sozialen Beziehungen erkennen. Dennoch spielen Ehe und „Familienbande“ nach wie vor für den weitaus größten Teil der Älteren eine überaus wichtige Rolle. Sofern ein Partner oder eine Partnerin vorhanden sind, bleiben sie die wichtigsten Ansprechpartner bzw. -partnerinnen. Ältere in Partnerschaften können dabei mit höchst unterschiedlichen Problemstellungen und Risiken konfrontiert sein und auf ebenso unterschiedliche Ressourcen zurückgreifen. So profitieren momentan vom Unterstützungspotenzial „Partnerschaft“ Männer weit mehr als Frauen. Auch von einem Bedeutungsverlust der Generationenbeziehungen kann keine Rede sein; die emotionale Nähe zu erwachsenen Kindern und zu Enkelkindern ist groß. Familiäre Unterstützung spielt in vielen Bereichen, ganz besonders in der Unterstützung Hilfebedürftiger und bei der Pflege, eine deutlich größere Rolle als außerfamiliäre und gilt als schwer zu ersetzen.

Wird jedoch mehr der Wandel als die Kontinuität in den Blick genommen, zeigen sich etliche Umbrüche. Wohnortnähe zu erwachsenen Kindern und Enkelkindern ist seltener geworden, wodurch der Austausch praktisch-instrumenteller Unterstützung zwischen den Generationen schwieriger wird. Häufig ersetzt der telefonische Kontakt die persönliche Begegnung. Partnerschaften sind längst nicht mehr zwingend über das Konzept der Ehe verfasst. Außerfamiliäre Netzwerke gewinnen übergreifend an Bedeutung. Gerade

---

<sup>8</sup> Dazu tragen die neuen gesetzlichen Bestimmungen im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 bei.

partner- und/oder kinderlose Ältere greifen in ihren emotionalen wie materiellen Unterstützungsbedarfen nicht (nur) auf Familienangehörige zurück, sondern suchen Rat und Trost bei Freundinnen und Freunden sowie in der Nachbarschaft und im Kollegenkreis. Zugleich sind jedoch diese Älteren besonders gefährdet, sich nur unbefriedigend unterstützt zu fühlen.

Der Befund einer Pluralisierung von Lebensformen betrifft auch die beschriebene Altersgruppe, wenngleich in geringerem Umfang als in jüngeren Kohorten. Dies erfordert eine differenzierte Bewertung der vielfältigen Formen sozialer Integration. So kann ein Leben als „alleinstehend lebend“ längst nicht mehr einfach als defizitär und abweichend von einem normativen Familien- oder Partnerschaftsideal verstanden werden. 1.843.000 sogenannte „Alleinstehende“ in der Altersgruppe 55–65, die größtenteils in Einpersonenhaushalten leben, sind eine in sich heterogene Gruppe mit spezifischen Risiken und Ressourcen. Viele „Alleinstehende“ haben sich gut funktionierende soziale Netzwerke geschaffen, die traditionell im Familienrahmen geleistete Unterstützung nicht bloß kompensieren, sondern einen eigenständigen Charakter haben. „Alleinstehende“ sind zudem mit einigen psychosozialen Belastungen, die in Partnerschaften auftreten können (zum Beispiel durch Pflegeverpflichtungen), nicht konfrontiert – dies betrifft vorrangig alleinlebende Frauen. Wenn jedoch Erfahrungen von Armut – häufig kombiniert mit gesundheitlichen Problemen und mangelhaften Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe – von alleinstehenden Männern und Frauen bewältigt werden müssen, kumulieren besonders große Belastungen. Zugleich ist, wie die Daten nahelegen, das Netzwerk sozialer Unterstützung hier am wenigsten ausgeprägt und belastbar. Alleinlebende Ältere mit Armutsrisiko verdienen deshalb als eine besonders vulnerable Gruppe Beachtung.

3



**GESUND-  
HEITLICHE  
LAGE**

**4**

Gesundheit gewinnt mit zunehmendem Alter stärker an Bedeutung, da Krankheiten und körperliche Einschränkungen vermehrt auftreten. Dabei ist die gesundheitliche Lage nicht allein durch die An- bzw. Abwesenheit von Krankheit und Mortalität bestimmt, sondern umfasst auch die subjektiv wahrgenommene Gesundheit eines Menschen. Um die Kohorte der „Jungen Alten“ hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Lage hinreichend zu beschreiben, werden außerdem das Gesundheitsverhalten und assoziierte Risiken, im Speziellen die Thematik Arbeit und Gesundheit, sowie das Thema Gesundheitskosten in der zu untersuchenden Alterskohorte aufgegriffen. Die Darstellung erfolgt – soweit aufgrund der Datenlage möglich – geschlechtsspezifisch, teilweise nach Bildungsgruppe<sup>9</sup>, für Ost- und Westdeutsche getrennt sowie unterschieden nach Deutschen und Nichtdeutschen bzw. Migrantinnen und Migranten. Leider lassen sich häufig keine regional- bzw. bildungsspezifischen Angaben für die betrachtete Altersgruppe machen. Noch wesentlich seltener können Aussagen über die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländern in der untersuchten Altersgruppe getroffen werden. Eine Ausnahme stellen Infektionskrankheiten dar, deren Übertragung vor allem mit Migrationsbewegungen assoziiert wird.

## 4.1 Subjektive Gesundheit

Subjektive Gesundheit bezieht sich auf die Einschätzung des Gesundheitszustands durch die Befragten selbst. Sie gewinnt mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Zum einen zeigen Studien, dass der objektiv messbare Gesundheitszustand einer Person und ihre Selbsteinschätzung im höheren und hohen Alter nur noch selten übereinstimmen. Zum anderen gilt die subjektive Gesundheitseinschätzung im höheren Alter als ein besserer Prädiktor für Mortalität als der objektive Gesundheitszustand (Tesch-Römer und Wurm 2009, S. 14).

In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009), die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts durchgeführt wurde, hat man die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer um eine Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands gebeten (siehe Tabelle 11): „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er *sehr gut*, *gut*, *mittelmäßig*, *schlecht* oder *sehr schlecht*?“. In der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen schätzen knapp zwei Drittel (w: 61,3 %, m: 60,7 %) ihren Gesundheitszustand als *gut* bis *sehr gut* ein. Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen den Bildungsgruppen. Während etwa drei Viertel der Angehörigen der

---

<sup>9</sup> Die Bildungsgruppen wurden nach einer standardisierten Vorgehensweise (International Standard Classification of Education – ISCED) gebildet, die die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse berücksichtigt (RKI 2010a, S. 24).

Frauen	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
<i>Gesamt</i>	16,30 %	45,00 %	29,50 %	7,40 %	1,80 %
Einfache Bildung	13,0 %	44,5 %	33,8 %	7,0 %	1,7 %
Mittlere Bildung	17,7 %	44,1 %	27,8 %	8,5 %	2,0 %
Höhere Bildung	23,6 %	50,3 %	21,1 %	3,7 %	1,2 %
<b>Männer</b>					
<i>Gesamt</i>	13,80 %	46,90 %	27,70 %	8,60 %	2,90 %
Einfache Bildung	11,1 %	40,2 %	32,8 %	11,5 %	4,4 %
Mittlere Bildung	13,1 %	49,0 %	27,7 %	7,5 %	2,7 %
Höhere Bildung	20,7 %	57,5 %	16,7 %	4,7 %	0,4 %

Tab. 11: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands 55- bis 65-Jähriger nach Geschlecht und Bildungsgruppe, 2009 (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitsurvey GEDA 2009, eigene Berechnungen)

oberen Bildungsgruppe (w: 73,9 %, m: 78,2 %) ihren Gesundheitszustand als *gut* bis *sehr gut* bezeichnen, trifft dies nur auf etwas mehr als die Hälfte (w: 57,5 %, m: 51,3 %) der Angehörigen der unteren Bildungsgruppe zu. Vor allem Männer der unteren Bildungsgruppe bewerten ihre Gesundheit deutlich häufiger als *schlecht* bzw. *sehr schlecht* im Vergleich zu Männern der mittleren und oberen Bildungsgruppe.

## 4.2 Morbidität

### *Allgemeiner Krankheitszustand und Beeinträchtigungen*

Etwa ein Sechstel der Männer (16,5 % bzw. 17,2 %) und Frauen (16,6 % bzw. 16,2 %) im Alter von 55 bis unter 60 bzw. 60 bis unter 65 Jahren geben im Mikrozensus 2009 an, aktuell krank oder unfallverletzt zu sein. Im Vergleich zu einer früheren Befragung aus dem Jahr 2005 bedeutet dies einen Anstieg um etwa zwei Prozentpunkte, bei Männern geringfügig höher als bei Frauen (Mikrozensus: Fragen zur Gesundheit 2009a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Der Alterssurvey fragt seine Probandinnen und Probanden regelmäßig nach der Anzahl von bestehenden Krankheiten. Abbildung 1 auf Seite 38 zeigt, dass 2008 in der Altersgruppe der 52- bis 57-Jährigen noch die Hälfte angibt, keine oder nur eine Erkrankung zu haben. In der Altersgruppe der 64- bis 69-Jährigen trifft dies nur noch auf 37 % zu, gleichzeitig nimmt jedoch die Multimorbidität – gleichzeitige Erkrankung an mehr als einer Krankheit – mit dem Alter zu. Abbildung 1 zeigt im zeitlichen Verlauf aber auch, dass die „Jungen Alten“ mit immer weniger Erkrankungen ins höhere Alter kommen.

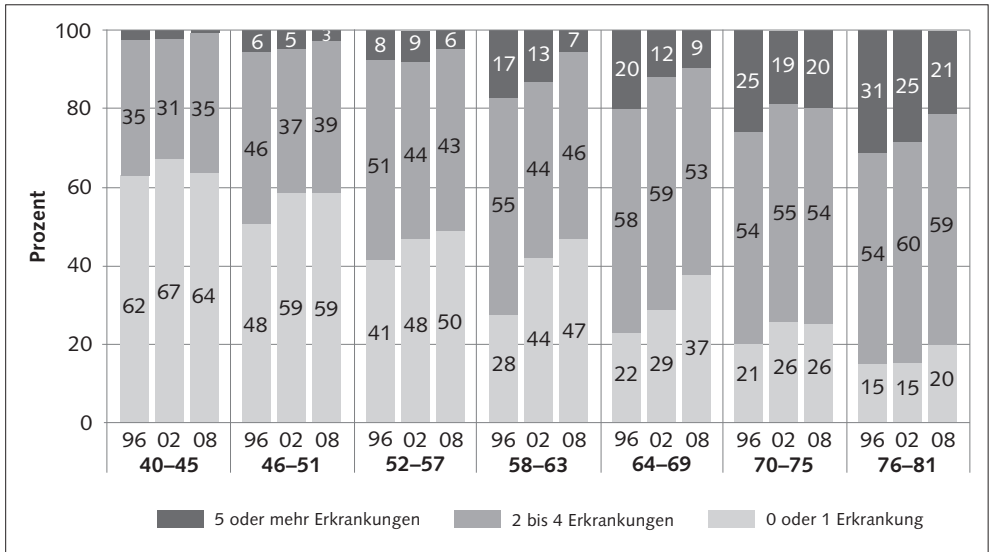


Abb. 1: Anzahl berichteter Erkrankungen in den Jahren 1996, 2002 und 2008 (Quelle: BMFSFJ 2009, S. 22)

Fast zwei Drittel (60 %) der 55- bis 69-Jährigen sind bei anstrengenden Tätigkeiten wie dem Heben schwerer Gegenstände oder schnellem Laufen körperlich eingeschränkt, knapp ein Viertel von ihnen (38 %) geben sogar starke Einschränkungen an (siehe Abbildung 2). Interessant ist, dass auch 42 % der jüngeren Alterskohorte der 40- bis 54-Jährigen über körperliche Einschränkungen bei der Ausübung dieser Tätigkeiten berichten. Erneut lassen sich deutliche Bildungsunterschiede konstatieren. Entsprechend zeigen 70- bis 85-Jährige mit höherer Bildung das gleiche Maß an körperlicher Mobilität wie 55- bis 69-Jährige mit niedriger Bildung (BMFSFJ 2009, S. 22). Das Bücken, Beugen und Knien bereitet 31 % der 55- bis 69-Jährigen Probleme, im Vergleich zu 19 % der jüngeren Alterskohorte.

Über Beeinträchtigungen beim Sehen (gegebenenfalls trotz Sehhilfe) berichten knapp ein Viertel der Frauen (24,5 %) und ein Fünftel der Männer in der Altersgruppe der 45- bis unter 65-Jährigen, wobei 1,9 % der Frauen und 0,4 % der Männer angeben, dass sie gar nicht in der Lage sind, Gedrucktes in der Zeitung oder Gesichter im Abstand von vier Metern zu erkennen (RKI 2010a, S. 38).

Knapp ein Fünftel der Frauen (18,5 %) und etwas mehr als ein Fünftel der Männer (20,8 %) im Alter von 45 bis unter 65 Jahren geben an, beim Hören (gegebenenfalls trotz Hörgerät) beeinträchtigt zu sein, wobei 0,4 % der Frauen und Männer sagen, dass sie überhaupt nicht verstehen können, was in einem Gespräch mit mehreren Personen gesagt wird (RKI 2010a, S. 41).



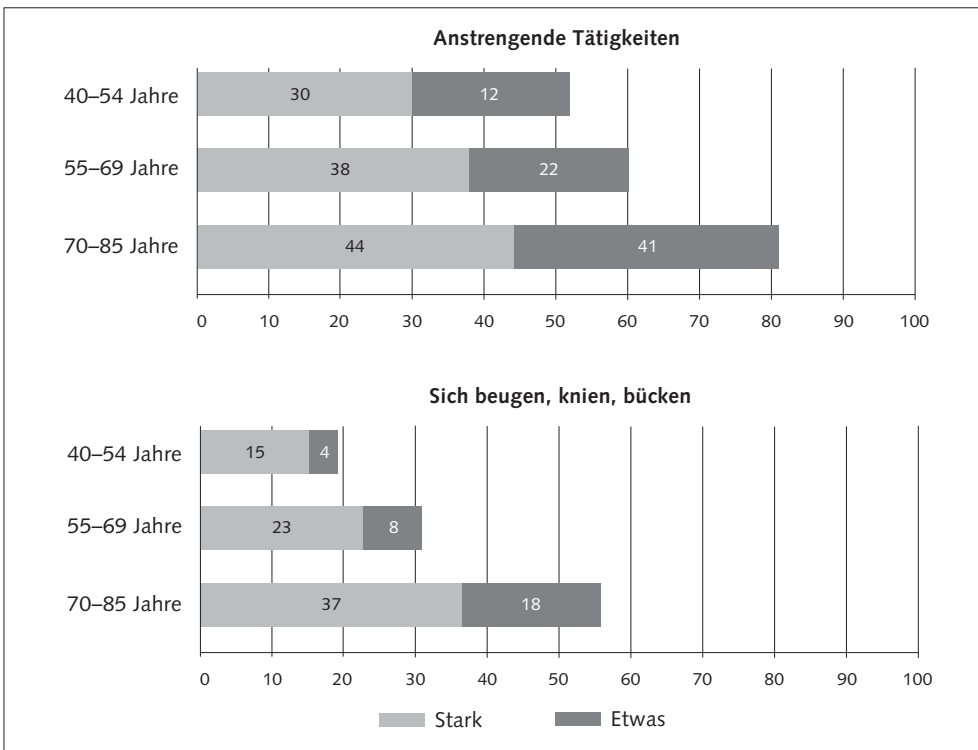


Abb. 2: Mobilitätseinschränkungen nach Altersgruppen (in Prozent), 2008 (Quelle: BMFSFJ 2009, S. 23)

### *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems*

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems stellen in deutschen Krankenhäusern in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen bei Männern die vierthäufigste und bei Frauen die zweithäufigste Diagnose dar, jedoch besuchen beide Geschlechter der Altersgruppe aufgrund dieser Diagnose am häufigsten eine Vorsorge- und Rehaeinrichtung (siehe Anhang, Tabelle 50). Dementsprechend sind Muskel- und Skeletterkrankungen auch häufige Ursache für Arbeitsausfälle und Frühverrentung (siehe Kapitel 4.6).

Im GEDA 2009 berichten ein Viertel der 55- bis unter 65-jährigen Befragten über chronische Rückenschmerzen in den letzten zwölf Monaten, Frauen mit 27,7 % häufiger als Männer mit 22,3 %, Ostdeutsche<sup>10</sup> mit 27,8 % häufiger als Westdeutsche mit 24,3 % und Angehörige der unteren Bildungsgruppe mit 28,7 % fast doppelt so häufig wie Angehörige der oberen Bildungsgruppe mit 15,1 % (GEDA 2009, eigene Berechnungen).

<sup>10</sup> Ostdeutsch bezeichnet im GEDA Einwohnerinnen und Einwohner der fünf neuen Bundesländer und Berlins.

Im gleichen Jahr berichten mehr als ein Drittel (35,7 %) der 55- bis unter 65-Jährigen über eine zuvor bei ihnen diagnostizierte Arthrose. Weibliches Geschlecht gilt neben zunehmendem Alter als Hauptrisikofaktor, entsprechend geben 41,4 % der Frauen und lediglich 29,9 % der Männer an, diese Diagnose erhalten zu haben. In der folgenden Alterskohorte der über 65-Jährigen geben sogar über die Hälfte der Frauen (52,0 %) und lediglich ein Drittel der Männer (33,1 %) an, Arthrose zu haben (GEDA 2009, eigene Berechnungen). Im Vergleich zeigt sich, dass die Prävalenzen in Ostdeutschland geringer sind als in Westdeutschland und mit zunehmender Bildung die Prävalenzen in der beobachteten Alterskohorte deutlich abnehmen (siehe Anhang, Tabelle 51).

Arthritis tritt im Vergleich zur Arthrose deutlich seltener auf (Lebenszeitprävalenz: 8,1 %), jedoch ist in der betrachteten Altersklasse der 55- bis unter 65-Jährigen ein deutlicher Anstieg zur vorangegangenen Kohorte zu verzeichnen (RKI 2010a, S. 68). Zudem weisen Frauen, vor allem Frauen aus Westdeutschland, und Personen der unteren Bildungsgruppe deutlich höhere Prävalenzen auf (GEDA 2009, eigene Berechnungen).

Eine Osteoporosediagnose wurde bei 6,9 % der Befragten der 50- bis unter 65-Jährigen des GEDA 2009 gestellt (RKI 2010a, S. 71). Frauen berichten mit 9,0 % eine höhere Prävalenz als Männer mit 4,8 %, wobei sich dieser Geschlechtsunterschied mit zunehmender Bildung verstärkt. Bei beiden Geschlechtern kann jedoch eine Abnahme der Prävalenz mit jeder höheren Bildungsgruppe beobachtet werden. Im Allgemeinen berichten ostdeutsche Personen eine niedrigere Osteoporoseprävalenz als westdeutsche, allein in der oberen Bildungsgruppe zeigt sich ein umgekehrter Trend (Robert Koch-Institut GEDA 2009a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Deutlichere Unterschiede zeigen sich jedoch zwischen den Geschlechtern bei den über 65-Jährigen, wo ein Viertel der Frauen und fast gleichbleibend 5,7 % der Männer von Osteoporosediagnosen berichten. Entsprechend stellen Frauen der untersuchten Alterskohorte eine wichtige Gruppe für die Osteoporoseprävention dar.

### *Erkrankungen der Lungen und Bronchien*

Die selbstberichteten Angaben des GEDA 2009 geben für die Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz für Asthma bronchiale von 9,1 % an, sowie eine 12-Monats-Prävalenz von 6,1 % (GEDA 2009, eigene Berechnungen). Frauen haben eine höhere Prävalenz als Männer und Westdeutsche eine höhere Prävalenz als Ostdeutsche. Es bestehen keine Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. Die Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys (GSTel) 2003 ergeben eine Lebenszeitprävalenz von 5,6 % bei den Männern und 5,2 % bei den Frauen der Altersgruppe 55- bis unter 65 Jahre (Hoffmann 2007, S. 434), was auf eine deutliche Zunahme der Lebenszeitprävalenz in der betrachteten Altersgruppe hindeutet. Gleichzeitig konnten Analysen der Daten keinen Zusammenhang zwischen Rauchen und Asthma aufdecken, jedoch standen Arbeitslosigkeit und ein westdeutscher Wohnort mit der Entwicklung von Asthma in Zusammenhang.

In der untersuchten Altersgruppe tritt etwa genauso häufig wie Asthma die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) auf, die durch chronischen Husten gekennzeichnet ist und fast ausschließlich durch Rauchen oder schlechte Umwelteinflüsse wie das Einatmen von Gasen und Staubarten am Arbeitsplatz, verursacht wird. In der Altersgruppe der 50- bis unter 60-Jährigen leiden 7,3 % der Frauen und 4,8 % der Männer, in der Altersgruppe der 60- bis unter 70-Jährigen 8,8 % der Frauen und 7,6 % der Männer an einer COPD (Geldmacher et al. 2008). Aufgrund einer Zunahme des Zigarettenkonsums der heute 40- bis unter 50-jährigen Frauen im Vergleich zu den vorangegangenen Generationen ist für diese in Zukunft mit einer höheren COPD-Prävalenz zu rechnen, zumal Studien postulieren, dass das weibliche Bronchialsystem empfindlicher auf Zigarettenrauch reagiert als das männliche (ebd., S. 2613). Aufgrund der hohen Rauchprävalenzen in der Altersgruppe (siehe Kapitel 4.5, Unterpunkt „Konsum von Suchtmitteln“) besteht dringender Aufklärungsbedarf.

Das Auftreten einer chronischen Bronchitis (Husten und Auswurf von mindestens drei Monaten) in den vergangenen zwölf Monaten wird in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen von 5,1 % der Männer und 6,7 % der Frauen berichtet. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich eine Erhöhung der 12-Monats-Prävalenz im Vergleich zur nächstjüngeren Alterskohorte der 45- bis unter 55-Jährigen. Darüber hinaus ist bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Bildungsniveau eine geringere Bronchitisprävalenz beobachtbar. Generell zeigen Ostdeutsche niedrigere Prävalenzen als Westdeutsche (GEDA 2009, eigene Berechnungen). Auch hier deutet der Vergleich mit den Daten des GSTel 2003 auf eine Zunahme der Lebenszeitprävalenz in der betrachteten Altersgruppe hin (RKI 2004, S. 44 f.).

### *Diabetes mellitus*

11,4 % der 55- bis unter 65-Jährigen berichten im Jahr 2009, dass bei ihnen ein Arzt oder eine Ärztin jemals eine Zuckerkrankheit oder Diabetes diagnostiziert hat, davon geben 10,5 % an, dass die Erkrankung auch in den letzten zwölf Monaten bestand (GEDA 2009, eigene Berechnungen). Im Allgemeinen haben Frauen dieser Altersgruppe eine geringere Prävalenz als Männer, mit Ausnahme der Frauen der unteren Bildungsgruppe. Personen der oberen Bildungsgruppe zeigen sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland die geringsten 12-Monats-Prävalenzen. Dennoch zeigen sich sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen den Bildungsgruppen deutliche regionale Unterschiede dahingehend, dass Ostdeutsche erhöhte Diabetesprävalenzen zeigen (siehe Anhang, Tabelle 52). Vergleichend dazu gibt der Telefonische Gesundheitssurvey von 2002/03 für die 50- bis unter 65-jährige Bevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von 7,6 % an (Robert Koch-Institut: Telefonischer Gesundheitssurvey [GSTel03] 2003, zitiert nach www.gbe-bund.de). Zu beachten ist, dass Diabetes nicht immer diagnostiziert/bekannt ist und damit zuverlässige Zahlen zur Prävalenz erst wieder 2011 mit den Ergebnissen des DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) vorhanden sein werden. Aktuell liegen keine repräsentativen Studien für die Diabetesprävalenz bei in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund vor. Expertinnen und Experten gehen jedoch davon

aus, dass sie gerade bei älteren Personen mit Migrationshintergrund deutlich über der der einheimischen Bevölkerung liegt (Icks et al. 2010).

### *Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems*

Im GEDA 2009 geben 3,5 % der 45- bis 64-jährigen Frauen und 8,6 % der Männer dieser Alterskohorte an, dass jemals ein Arzt oder eine Ärztin bei ihnen eine koronare Herzerkrankung<sup>11</sup> diagnostiziert hat (RKI 2010a, S. 82). Neben den Geschlechtsunterschieden zeigen sich deutliche regionale Tendenzen. Im Allgemeinen berichten westdeutsche Männer höhere Prävalenzen als ostdeutsche. Bei differenzierter Betrachtung nach Bildungsgruppe zeigt sich jedoch, dass sich dieser Trend für Männer der oberen Bildungsgruppe nicht bestätigen lässt. Bei den Frauen zeigt sich ein genau umgekehrtes Bild: Ostdeutsche Frauen berichten im Allgemeinen höhere Lebenszeitprävalenzen für koronare Herzerkrankungen, für die höhere Bildungsgruppe kehrt sich das aber um: Sie berichten geringere Prävalenzen als die westdeutschen Frauen (siehe Anhang, Tabelle 53).

2008 wurden 413.675 Fälle (w: 148.853, m: 264.822) von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Personen im Alter von 55 bis unter 65 Jahren in deutschen Krankenhäusern diagnostiziert und behandelt<sup>12</sup> (Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 2008a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Am häufigsten, mit 132.249 Fällen, wurden koronare Herzkrankheiten (Erkrankung der Herzkranzgefäße) diagnostiziert. Im gleichen Jahr sind 7.484 der 55- bis unter 60-Jährigen und 10.028 der 60- bis unter 65-Jährigen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems gestorben (Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2008a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

Hypertonie (Bluthochdruck) – als eine Form, aber auch Symptom von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Risikofaktor für viele Erkrankungen – wurde bereits bei knapp der Hälfte der Frauen (42,9 %) und Männer (44,8 %) im Alter von 55 bis unter 65 Jahren diagnostiziert (GEDA 2009, eigene Berechnungen). In den vergangenen zwölf Monaten wurde sie mit 37,5 % bei Frauen geringfügig häufiger diagnostiziert als mit 36,5 % bei Männern in der untersuchten Altersgruppe. Ostdeutsche Personen dieser Altersgruppe zeigen höhere Prävalenz als westdeutsche, wobei dieser Unterschied durch die höhere Prävalenz bei den Frauen hervorgerufen wird (siehe Anhang, Tabelle 54), ostdeutsche Männer weisen jedoch geringfügig niedrigere Prävalenzen als westdeutsche Männer auf.

### *Krebs*<sup>13</sup>

Nach Schätzungen des RKI erkrankten 2007 38.606 Männer und Frauen der 55- bis unter 60-Jährigen und 47.720 der 60- bis unter 65-Jährigen an Krebs (siehe Anhang,

---

11 Als koronare Herzerkrankung gelten Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße oder Herzinfarkt.

12 Dies umfasst die ICD-10-Kategorien I00–I99.

13 Die dargestellten Daten beruhen auf Eintragungen in den Krebsregistern der Bundesländer, die nicht immer Vollständigkeit aufweisen. Dies sollte bei der Interpretation der Angaben beachtet werden.

Tabelle 55). Die Krebsinzidenz der älteren Alterskohorte liegt für alle Tumorgruppen höher als in der jüngeren Kohorte. Frauen der betrachteten Alterskohorten sind am häufigsten von Brust- und Darmkrebs betroffen, Männer von Prostata-, Lungen- und Darmkrebs. Mit Ausnahme des Brustkrebses zeigen Männer dieses Alters für alle Tumorarten höhere Inzidenzraten als Frauen, besonders deutlich ist der Unterschied bei Tumorarten der Lunge sowie des Mund- und Rachenraums (GEKID 2010).

Abbildung 3 zeigt, dass auch die Krebsprävalenz für Männer höher ist als für Frauen, dass mit zunehmendem Alter mehr Personen an Krebs erkranken und dass die Raten im Zeitvergleich in allen Kohorten ansteigen. Nach Angaben des RKI haben 2006 der 50-jährige Mann und die 50-jährige Frau in den nächsten zehn Lebensjahren ein Krebs-erkrankungsrisiko von 6,1 % (RKI 2010b). Im Vergleich dazu erhöht sich das Risiko eines 60-jährigen Mannes, in den nächsten zehn Jahren an Krebs zu erkranken, auf 15,5 % und das der Frau dieses Alters auf 10,0 % (siehe Anhang, Tabelle 56).

2007 sind insgesamt 13.725 der 55- bis unter 60-Jährigen sowie 17.684 der 60- bis unter 65-Jährigen an bösartigen Neubildungen gestorben, darunter mehr Männer als Frauen (siehe Anhang, Tabelle 57). Während die Sterbefälle je 100.000 Personen insgesamt aufgrund bösartiger Tumore im Jahr 2007 im Vergleich zum Jahr 2000 allgemein zugenommen haben, sanken sie in den beiden betrachteten Alterskohorten deutlich, bei Männern stärker als bei Frauen (Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2008b, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

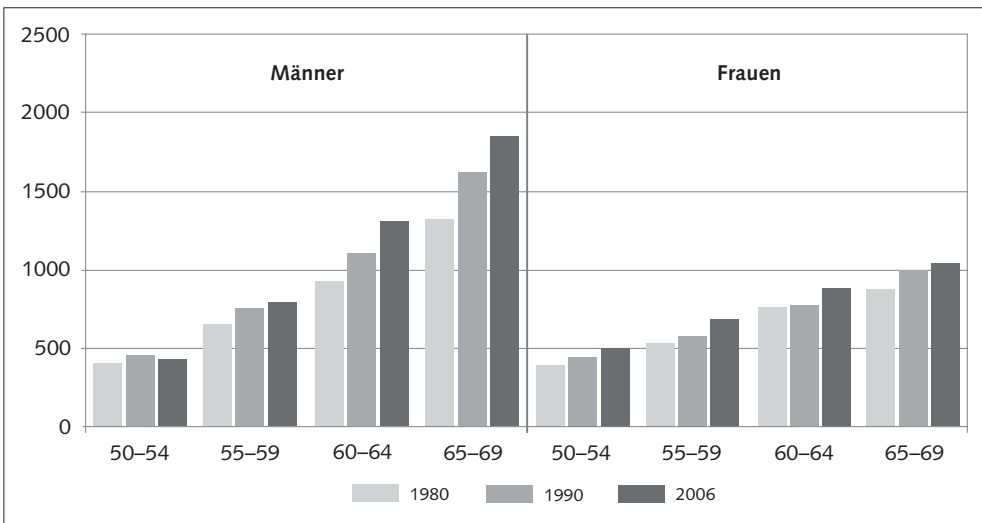


Abb. 3: Altersspezifische Krebserkrankungsraten in Deutschland nach Geschlecht, 1980, 1990, 2006, ICD-10 C00-97, ohne C44 (Quelle: RKI 2010b, S. 21)



## Psychische Gesundheit

Im GEDA 2009 wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität auch über den Indikator „seelische Belastung“ erhoben. Dieser gibt an, ob eine Person in den vergangenen vier Wochen mehr als 14 Tage aufgrund von seelischen Belastungen in der Ausführung ihrer alltäglichen Tätigkeiten beeinträchtigt war (RKI 2010a, S. 53). Entsprechend können 13,5 % der Frauen und 9,7 % der Männer im Alter von 45 bis unter 65 Jahren als seelisch belastet eingestuft werden. Am häufigsten trifft diese Beschreibung auf ostdeutsche Frauen zu: Ein Sechstel von ihnen (16,0 %) kann als seelisch belastet beschrieben werden. Mit zunehmender Bildung nimmt die Häufigkeit starker seelischer Belastungen ab (siehe Anhang, Tabelle 58).

Von diagnostizierten Depressionen oder depressiven Verstimmungen in den vergangenen zwölf Monaten berichten 2009 8,7 % der 55- bis unter 65-Jährigen, wobei hier Ostdeutsche allgemein eine geringere Prävalenz als Westdeutsche berichten. Obwohl Ostdeutsche deutlich häufiger über seelische Belastungen berichten, wird bei ihnen seltener eine Depression diagnostiziert. Daher stellt sich die Frage, ob sie mit psychischen Belastungen anders umgehen, oder ob sie deswegen keine ärztliche Hilfe suchen. Während Männer der oberen Bildungsgruppe die niedrigste Depressionsprävalenz aufweisen, berichten Frauen der oberen Bildungsgruppe die höchste Prävalenz (GEDA 2009, eigene Berechnungen). Die Daten des GEDA 2009 zeigen zudem, dass Personen mit zunehmendem Alter weniger häufig das Vorhandensein von Depressionen im vergangenen Jahr berichten (RKI 2010a, S. 50). Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Lebenszeitprävalenz der Depression in den Alterskohorten. Interessant ist, dass sowohl die 12-Monats-Präva-

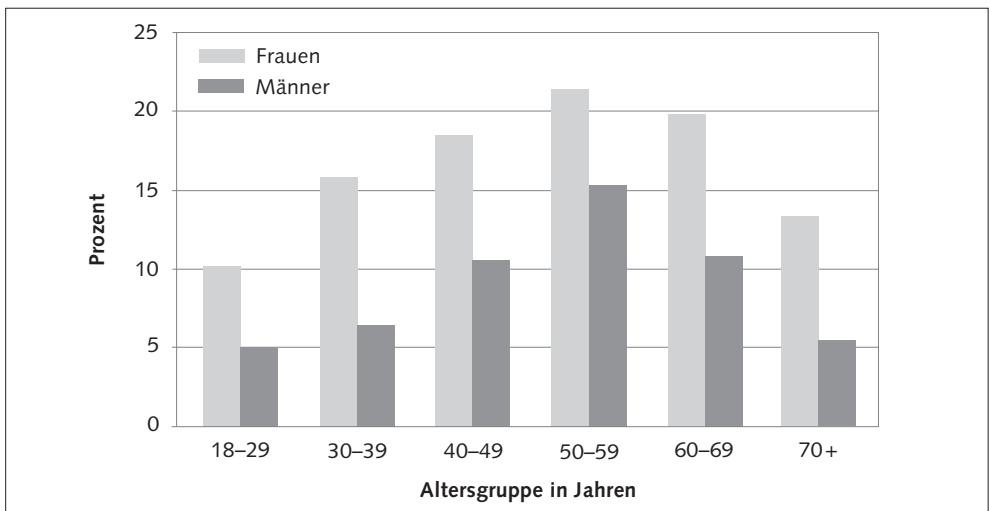


Abb. 4: Anteil der jemals ärztlich oder therapeutisch festgestellten Depressionen in der erwachsenen Bevölkerung, 2009 (Quelle: RKI 2010c, S. 20)

lenz als auch die Lebenszeitprävalenz sowohl bei Frauen als auch bei Männern in den Altersgruppen der über 65- bzw. 60-Jährigen geringer ist als die der jüngeren Altersgruppen. Dementsprechend kann angenommen werden, dass die Kohorte der heute 55- bis unter 65-Jährigen mit höheren Depressionsrisiken ins Alter geht als die vorangegangenen Kohorten. Fraglich ist jedoch, ob die erhöhten Zahlen tatsächlich Ausdruck einer erhöhten Krankheitsprävalenz sind, oder ob sie einer veränderten Wahrnehmung oder verbesserten Diagnostik geschuldet sind. Schon jetzt zeigt sich, dass psychische Störungen ein nicht unerheblicher Grund für RehaMaßnahmen in der untersuchten Altersgruppe sowie häufiger Grund für Frühverrentung sind.

Migration, der damit verbundene Verlust der gewohnten Umgebung und die gleichzeitige Unsicherheit über die Zukunft belasten nach Deutschland eingewanderte Personen, was sich negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirkt. Zudem weisen vor allem Asylsuchende häufig posttraumatische Belastungsstörungen auf (RKI 2008, S. 59). Leider lassen sich aus den offiziellen Statistiken und anderen Daten keine Rückschlüsse auf die psychische Gesundheit von Personen der untersuchten Altersgruppe mit Migrationshintergrund ziehen. Auffällig ist lediglich, dass psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Nervensystems im Vergleich zu den meisten anderen Krankheiten bei in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund seit 2000 kontinuierlich als Sterbeursache zugenommen haben (Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2008a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Gleichzeitig zeigt sich, dass psychische Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund der Altersgruppe ein häufiger Grund für den Bezug von Erwerbsminderungsrenten sind (siehe Kapitel 4.6).

### *Infektionskrankheiten*

Die Inzidenz der meisten Infektionskrankheiten ist in der betrachteten Altersgruppe geringer als in den jüngeren Kohorten. Dies trifft auch auf die HIV-Neudiagnosen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner zu, jedoch zeigt sich in den vergangenen Jahren bei niedrigem Bildungsniveau eine deutliche Zunahme bei den 50- bis unter 60-Jährigen und eine leichte Zunahme bei den 60- bis unter 70-Jährigen (Robert Koch-Institut: AIDS-Fallregister 2009, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Aktuelle Prävalenzdaten werden aber erst wieder mit den Ergebnissen der DEGS vorliegen. Da etwa ein Viertel aller HIV-Neudiagnosen in Deutschland bei Personen mit nichtdeutscher Herkunft gestellt werden, ist anzunehmen, dass dies auch auf die untersuchte Altersgruppe zutrifft, genauere Angaben lassen die Daten der Gesundheitsberichterstattung allerdings nicht zu.

Auch andere Erkrankungen treten vermehrt bei in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländern bzw. Personen mit Migrationshintergrund aus Hochprävalenzländern auf. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Tuberkulose. Beispielsweise betrug 2006 die TB-Inzidenz bei den 50- bis unter 60-jährigen deutschen Männern 7,4 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Vergleich dazu lag die Inzidenz nichtdeutscher Männer der gleichen Alterskohorte bei 24,8 pro 100.000 Einwoh-

nerinnen und Einwohner. Noch deutlicher fallen die Unterschiede – vor allem bei den Männern – in der Altersgruppe der 60- bis unter 70-Jährigen aus (RKI 2008, S. 40 f.).

Die Virusgrippe (Influenza) wird 2008 bei Personen der betrachteten Altersgruppe weniger oft gemeldet als bei jüngeren Personen. 4,5 Influenzafälle je 100.000 Personen der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen werden gemeldet, bei den 60- bis unter 65-Jährigen sind es 2,4 je 100.000 (Robert Koch-Institut: Meldepflichtige Infektionskrankheiten 2008). Es gilt jedoch zu beachten, dass sich die genannten Alterskohorten öfter gegen eine Virusgrippe impfen lassen, was das Auftreten beeinflusst.

### *Unfälle*

In deutschen Krankenhäusern wurden 2008 bei 183.467 der 55- bis unter 65-Jährigen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen diagnostiziert. Inwieweit dies auf Unfälle oder absichtliches Verschulden zurückzuführen ist, kann aus der Statistik nicht entnommen werden (Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 2008a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

Durch Straßenverkehrsunfälle wurden 2009 21.114 der 55- bis unter 60-Jährigen und 14.006 der 60- bis unter 65-Jährigen verletzt, wobei Männer mit jeweils 55 % leicht überrepräsentiert sind. Im gleichen Jahr wurden 243 der jüngeren und 163 der älteren Kohorte durch Straßenverkehrsunfälle getötet, wobei Männer mit 78 % bzw. 75 % deutlich überrepräsentiert sind (Statistisches Bundesamt: Statistik der Straßenverkehrsunfälle 2009, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

## **4.3 Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation**

### *Schwerbehinderung*

Im Jahr 2007 haben 1.410.756 Personen im Alter von 55 bis unter 65 Jahren (knapp ein Sechstel der Altersgruppe) eine durch Ausweis anerkannte Schwerbehinderung<sup>14</sup>. Etwa ein Drittel davon (588.999) hat eine 50 %ige Behinderung, 222.676 Personen der Altersklasse haben eine vollständige (100 %) Behinderung bescheinigt bekommen (für die genaue Verteilung auf die Behinderungsgrade siehe Anhang, Tabelle 59). In der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen haben 2007 12.347 je 100.000 Personen, in der Altersgruppe der 62- bis unter 65-Jährigen bereits 18.510 je 100.000 Personen eine anerkannte Schwerbehinderung. Ostdeutsche haben im Vergleich zu Westdeutschen in

---

<sup>14</sup> Als schwerbehindert gelten im Sinne des SGB IX solche Personen, die wenigstens einen Grad der Behinderung in Höhe von 50 % aufweisen.



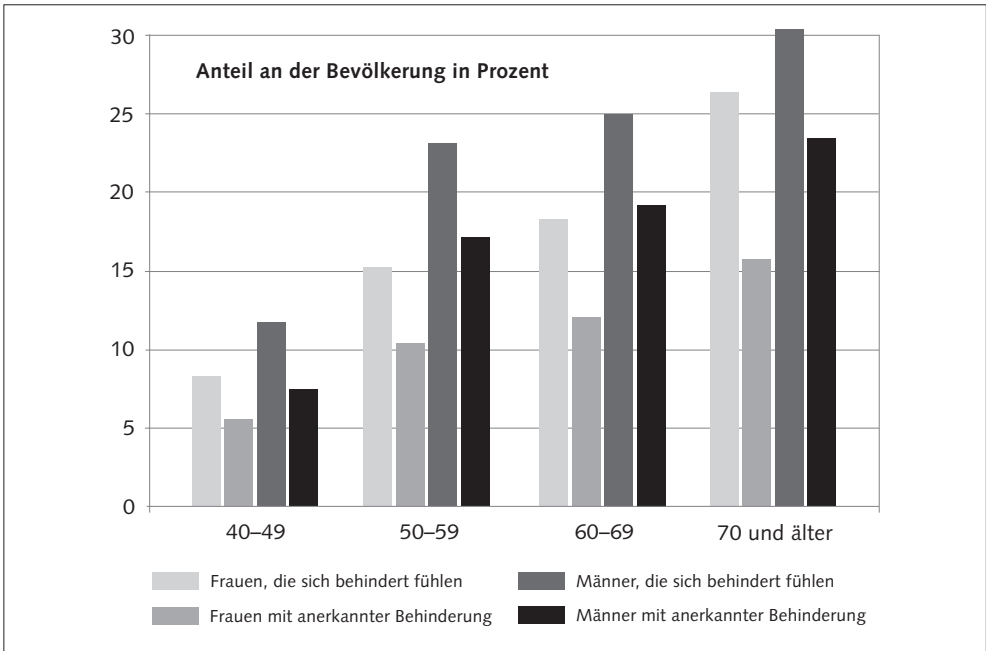


Abb. 5: Anteil der Männer und Frauen, die sich behindert fühlen, und mit anerkannter Schwerbehinderung; in Prozent der Gesamtbevölkerung im Jahr 2006 nach Altersgruppen (Quelle: Köhncke 2009, S. 14)

allen Schwerbehinderungsgraden geringere Raten. Frauen zeigen in den drei Alterskohorten geringere Schwerbehindertenraten als Männer, wobei der Geschlechtsunterschied mit zunehmendem Alter ansteigt (Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2007, zitiert nach www.gbe-bund.de).

Abbildung 5 stellt zudem die Personen, die eine anerkannte Schwerbehinderung haben, denen gegenüber, die sich behindert fühlen. Hieran lässt sich nachweisen, dass Männer nicht nur öfter einen Behindertenausweis haben, sondern sich auch wesentlich häufiger behindert fühlen als Frauen. Bei beiden Geschlechtern zeigen sich deutliche Diskrepanzen zwischen der gefühlten und der anerkannten Behinderung, was mit zunehmendem Alter stärker hervortritt, vor allem bei den Frauen. Die Behinderung wirkt sich in den Alterskohorten der 40 bis 49-jährigen und der 50 bis 59-jährigen besonders stark auf die Erwerbstätigkeit aus. Entsprechend sind in der Gruppe der 55- bis 60-jährigen Schwerbehinderten nur noch 50 % erwerbstätig bzw. arbeitssuchend, bei den Personen Anfang 60 reduziert sich das sogar auf 20 % (Köhncke 2009).

Die Raten Schwerbehinderter bei Deutschen und Nichtdeutschen unterscheiden sich kaum, lediglich bei den Frauen zeichnet sich mit zunehmendem Alter ab, dass nicht-

deutsche Frauen seltener einen Schwerbehindertenausweis haben als deutsche Frauen (siehe Anhang, Tabelle 60). In der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen wird sowohl bei Frauen als auch bei Männern am häufigsten ein Schwerbehindertenausweis aufgrund von Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen ausgestellt, gefolgt von den Kategorien „Querschnittslähmung“, „Zerebrale Störungen“, „Geistig-seelische Behinderungen“ und „Suchtkrankheiten“ (Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2007, zitiert nach www.gbe-bund.de).

### *Pflegebedürftigkeit*

Ein geringer Anteil (1,3 %) der Personen der untersuchten Altersgruppe hat einen anerkannten Hilfebedarf und ist in eine der Pflegestufen eingruppiert, 2007 waren es insgesamt 124.292 Frauen und Männer im Alter von 55 bis unter 65 Jahren. Wie sich die Pflegebedürftigkeit auf die Pflegestufen und die Geschlechter verteilt, zeigt Tabelle 12. Der Gesamtanteil der Altersgruppe an allen Pflegebedürftigen wird in Zukunft aufgrund des demografischen Wandels immer mehr zunehmen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 28).

<b>Pflegestufe</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
I	34.632	32.477
II	23.401	19.837
III	7.837	8.040
Härtefälle der Stufe III	418	316

Tab. 12: Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland im Alter von 55 bis unter 65 Jahren nach Geschlecht und Pflegestufe, 2007 (Quelle: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2007, zitiert nach www.gbe-bund.de, eigene Darstellung)

### *Rehabilitation*

Die Reha-Inanspruchnahmerate (Inanspruchnahme pro 1.000 Versicherte) steigt mit zunehmendem Alter (für die meisten medizinischen Indikationen) an (Deutsche Rentenversicherung 2010, S. 29 ff.). In der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen werden 2008 für 84.821 Männer und 84.902 Frauen stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe durch die gesetzliche Rentenversicherung erbracht. Männer erhalten mit Abstand am häufigsten Rehaleistungen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und Tumoren/Neubildungen. Auch Frauen nehmen Rehaleistungen am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wahr, am zweithäufigsten jedoch aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (siehe Tabelle 13), was die höheren Depressionsprävalenzen bei ihnen widerspiegelt. Bei den über 60-Jährigen verändert sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen das Bild deutlich

Männer		Frauen	
Diagnose	Anzahl	Diagnose	Anzahl
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	33.939	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	37.273
Krankheiten des Kreislaufsystems	15.180	Psychische und Verhaltensstörungen	13.436
Neubildungen	9.258	Neubildungen	12.471
Psychische und Verhaltensstörungen	8.866	Krankheiten des Kreislaufsystems	5.164
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2.743	Krankheiten des Atmungssystems	2.343
Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	84.821	Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	84.902

Tab. 13: Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für 55- bis unter 60-Jährige in der gesetzlichen Rentenversicherung (Anzahl) (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Leistungen zur Rehabilitation 2007, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

dahingehend, dass Tumoren/Neubildungen die häufigste Ursache für die Inanspruchnahme einer Rehaleistung sind (Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Leistungen zur Rehabilitation 2007, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Sowohl Männer als auch Frauen der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen verweilen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen am längsten in der Reha (Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik 2008b, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

## 4.4 Mortalität und Lebenserwartung

2006/08 hat ein 55-jähriger Mann eine fernere Lebenserwartung von 25 Jahren, die 55-jährige Frau von 29 Jahren. Der 2006/08 60-jährige Mann wird im Durchschnitt noch 21 Jahre, die 60-jährige Frau noch 24 Jahre leben (Statistisches Bundesamt: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2008, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

2008 sind 34.423 Frauen und Männer der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen sowie 41.219 der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen in Deutschland gestorben (Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2008a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Dies entspricht 612,2 Sterbefällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Sterbeziffer) bei den 55- bis unter 60-Jährigen sowie 937,9 Sterbefällen je 100.000 Einwohnern in der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen (Statistisches Bundesamt: Todesursa-

chenstatistik 2008b, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). In beiden Altersgruppen ist die Sterbeziffer bei Männern höher als bei Frauen. Im Vergleich dazu sind in den betrachteten Altersklassen deutlich weniger männliche und weibliche Nichtdeutsche in Deutschland gestorben (siehe Anhang, Tabelle 61). Im zeitlichen Verlauf (seit 1998) zeigt sich allerdings, dass die Sterbeziffern der Nichtdeutschen in den untersuchten Altersgruppen zunehmen, während sie bei den Deutschen abnehmen. Zudem hat das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2006 in einem Arbeitspapier nachgewiesen, dass sich die Sterbeziffern der amtlichen Statistik deutlich von den Sterbedaten des Ausländerzentralregisters unterscheiden, da die amtliche Statistik zu wenige ausländische Tote erfasst (BAMF 2008, S. 23 ff.). Daher sollten die Daten zur Sterblichkeit bei Deutschen und Nichtdeutschen mit Vorsicht interpretiert werden. Die mit Abstand häufigste Todesursache in den betrachteten Alterskohorten sind Tumoren („Neubildungen“), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems. Dieses Ergebnis ist unabhängig von Geschlecht, Nationalität und Region beobachtbar (Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2008a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). 4,4 % der Gesamttodesfälle dieser Altersgruppe sind durch äußere – nicht krankheitsbedingte – Ursachen (auch Unfälle) bzw. deren Folgen verursacht.

## 4.5 Gesundheitsverhalten und -risiken

Auf die Frage „Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?“ antworten 2004 fast die Hälfte der Frauen (49,1 %) und Männer (44,1 %) im Alter von 50 bis unter 60 Jahren, dass sie *sehr stark/stark* darauf achten. Im Gegensatz dazu geben lediglich 8,6 % der Frauen und 7,8 % der Männer dieser Altersgruppe an, *wenig bis gar nicht* auf ihre Gesundheit zu achten. Mit wachsendem Alter nimmt das Gesundheitsbewusstsein zu, entsprechend geben in der Alterskohorte der 60- bis unter 70-Jährigen schon 55,5 % der Frauen und 53,0 % der Männer an, *sehr stark* bzw. *stark* auf ihren Gesundheitszustand zu achten (Menning 2006).

### *Konsum von Suchtmitteln*

2006 gaben 67,1 % der Männer und 78,3 % der Frauen im Alter von 50 bis 59 an, Nichtraucher bzw. Exraucher zu sein. In der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen waren dies schon 78,6 % der Männer und 83,9 % der Frauen (siehe Tabelle 14). Von denen, die sich aktuell als Raucher bzw. Raucherinnen bezeichnen, geben 66,8 % der Männer und 46,6 % der Frauen der jüngeren sowie 75,7 % der Männer und 48,9 % der Frauen der älteren Alterskohorte an, mehr als zehn Zigaretten pro Tag zu rauchen (Baumeister et al. 2008). Entsprechend der DSM-IV-Kriterien gelten 20,3 % der Rauchenden der jüngeren und 24,0 % der Rauchenden der älteren Altersgruppe als nikotinabhängig. Die Daten des GEDA 2009 belegen, dass sowohl Frauen als auch Männer im Alter zwischen 45 und

		Altersgruppen						
	Gesamt	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
<b>Gesamt</b>	<b>7.839</b>	<b>930</b>	<b>948</b>	<b>898</b>	<b>1.302</b>	<b>1.433</b>	<b>1.453</b>	<b>875</b>
Nichtraucher <sup>1</sup>	41,3 (3.442)	54,9	47,9	43,4	45,6	37,9	34,5	43,8
Exraucher <sup>2</sup>	26,8 (1.911)	7,3	11,3	20,0	20,8	29,1	37,9	37,2
Raucher <sup>3</sup>	31,8 (2.486)	37,7	40,7	36,6	33,6	33,0	27,5	19,0
<b>Männer</b>	<b>3.499</b>	<b>449</b>	<b>415</b>	<b>381</b>	<b>551</b>	<b>618</b>	<b>660</b>	<b>425</b>
Nichtraucher	34,9 (1.311)	53,7	45,6	41,1	39,8	32,4	24,1	33,2
Exraucher	29,3 (943)	6,9	11,8	19,6	19,8	31,8	43,0	45,4
Raucher	35,8 (1.245)	39,4	42,7	39,3	40,4	35,8	32,9	21,4
<b>Frauen</b>	<b>4.340</b>	<b>481</b>	<b>533</b>	<b>517</b>	<b>751</b>	<b>815</b>	<b>793</b>	<b>450</b>
Nichtraucher	47,9 (2.131)	56,4	50,3	45,5	51,4	43,4	45,9	56,3
Exraucher	24,3 (968)	7,9	10,9	20,4	21,8	26,5	32,4	27,6
Raucher	27,8 (1.241)	35,7	38,8	34,1	26,9	30,1	21,7	16,1

1 Insgesamt höchstens 100-mal geraucht

2 Mehr als 100-mal geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen

3 In den letzten 30 Tagen geraucht

Tab. 14: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Altersgruppen, 2006  
(Quelle: Baumeister et al. 2008, S. 29)

unter 65 Jahren mit zunehmender Bildung weniger rauchen (RKI 2010a, S. 93). Die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Ost- und Westdeutschen sind nicht signifikant, wobei es tendenziell mehr ostdeutsche Raucher und Raucherinnen in der Altersgruppe gibt. Ein Vergleich der Mikrozensusdaten von 2005 für Deutsche und Nichtdeutsche der Altersgruppe 45 bis unter 65 zeigt, dass bei den deutschen Männern mit 30,3 % weniger regelmäßige Raucher existieren als bei nichtdeutschen mit 37,0 %. Bei den deutschen Frauen gibt es mit 22,7 % geringfügig mehr regelmäßige Raucherinnen als unter den nichtdeutschen Frauen mit 19,5 % (RKI 2008, S. 55).

2006 trinken 73,4 % der 50- bis 59-jährigen und 74,0 % der 60- bis 64-jährigen Deutschen Alkohol (Pabst und Kraus 2008). Interessant ist, dass in keiner anderen Altersgruppe riskanter Konsum<sup>15</sup>, gefährlicher Konsum<sup>16</sup> und Hochkonsum<sup>17</sup> so häufig vertre-

15 Männer: >30–60 g, Frauen: >20–40 g pro Tag

16 Männer: >60–120 g, Frauen: >40–80 g pro Tag

17 Männer: >120 g, Frauen: >80 g pro Tag

	Altersgruppen							
	Gesamt	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
<b>Gesamt</b>	<b>7.573</b>	<b>898</b>	<b>911</b>	<b>867</b>	<b>1.259</b>	<b>1.391</b>	<b>1.412</b>	<b>835</b>
Lebenslang abstinent	3,1 (264)	5,5	3,3	4,1	2,5	3,2	2,6	3,1
Nur letzte 12 Monate abstinent	8,0 (577)	5,8	5,5	6,3	6,7	7,6	11,1	9,5
Nur letzte 30 Tage abstinent	14,1 (1.113)	14,5	15,5	16,6	14,3	14,1	13,0	12,2
Risikoarmer Konsum	64,2 (4.818)	62,4	63,8	65,5	69,4	64,2	60,2	60,8
Riskanter Konsum	7,9 (599)	8,6	9,1	6,3	5,4	7,8	9,8	10,4
Gefährlicher Konsum	2,4 (176)	2,9	2,1	1,1	1,2	2,9	3,1	3,4
Hochkonsum	0,4 (26)	0,4	0,6	0,1	0,5	0,3	0,3	0,6
<b>Männer</b>	<b>3.396</b>	<b>435</b>	<b>400</b>	<b>370</b>	<b>534</b>	<b>599</b>	<b>646</b>	<b>412</b>
Lebenslang abstinent	2,3 (91)	5,8	2,4	3,8	2,0	2,7	1,2	1,7
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,6 (242)	5,0	3,7	3,8	4,9	7,5	12,4	11,0
Nur letzte 30 Tage abstinent	10,3 (353)	13,4	9,7	12,6	10,7	9,8	10,2	7,8
Risikoarmer Konsum	65,7 (2.210)	60,5	68,4	68,3	74,0	65,3	59,5	59,9
Riskanter Konsum	10,0 (359)	10,5	12,1	9,7	6,1	10,3	11,6	13,5
Gefährlicher Konsum	3,5 (121)	4,0	2,9	1,6	1,8	4,0	4,6	5,3
Hochkonsum	0,6 (20)	0,7	0,9	0,3	0,6	0,5	0,5	0,9
<b>Frauen</b>	<b>4.177</b>	<b>463</b>	<b>511</b>	<b>497</b>	<b>725</b>	<b>792</b>	<b>766</b>	<b>423</b>
Lebenslang abstinent	3,9 (173)	5,0	4,3	4,4	3,1	3,6	4,2	4,8
Nur letzte 12 Monate abstinent	8,3 (335)	6,8	7,4	8,6	8,5	7,6	9,6	7,7
Nur letzte 30 Tage abstinent	18,1 (760)	15,8	21,4	20,4	17,8	18,5	16,1	17,4
Risikoarmer Konsum	62,7 (2.608)	64,5	59,2	62,9	64,8	63,1	60,9	61,9
Riskanter Konsum	5,7 (240)	6,2	6,1	3,1	4,8	5,3	7,8	6,6
Gefährlicher Konsum	1,3 (55)	1,6	1,3	0,7	0,6	1,8	1,4	1,3
Hochkonsum	0,1 (6)	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,3

Tab. 15: Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) nach Altersgruppen, 2006 (Quelle: Pabst und Kraus 2008, S. 39)

ten sind wie in diesen beiden Alterskohorten, wobei dies insbesondere auf die Männer zutrifft (siehe Tabelle 15). Die Angaben im GEDA 2009 weisen darauf hin, dass Ostdeutsche im Alter von 45 bis unter 64 Jahren mit 30,8 % häufiger Risikokonsum zeigen als Westdeutsche mit 26,2 %. Besonders hervorzuheben sind männliche Thüringer und Sachsen, von denen 42,1 % über riskanten Alkoholkonsum berichten (Robert Koch-Institut GEDA 2009b, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Welche alkoholischen Getränke konsumiert werden und wie viel, stellt Tabelle 62 im Anhang dar. Obwohl Rauschtrinken (der Konsum von fünf oder mehr alkoholhaltigen Getränken bei einer Gelegenheit) mit dem Alter abnimmt, geben immer noch über ein Drittel (37,3 %) der 50- bis 59-jährigen und über ein

Viertel (29,2 %) der älteren Kohorte an, dies im vergangenen Monat mindestens einmal getan zu haben. Entsprechend beträgt die Prävalenz des Alkoholmissbrauchs<sup>18</sup> bei den 50- bis 59-Jährigen 3,1 %, bei den Älteren 2,5 %. Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit<sup>19</sup> in den beiden Kohorten liegt bei 1,6 % bzw. 0,8 %. Beide Kriterien treffen auf Frauen seltener zu als auf Männer (Pabst und Kraus 2008.). Entsprechend der deutschen Suchthilfestatistik waren 12,3 % aller Personen in ambulanter und stationärer Suchthilfe zur Behandlung einer alkoholbezogenen Störung zwischen 55 und 64 Jahre alt, wobei der Anteil dieser Altersgruppe bei den Frauen um wenige Prozentpunkte über dem der Männer lag (Steppan et al. 2010, S. 20 f.).

47,3 Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner können 2008 alkoholbedingten Krankheiten zugeschrieben werden. Männer (69,8/100.000) sterben deutlich häufiger an alkoholbedingten Krankheiten als Frauen (25,5/100.000) und Deutsche (49,7/100.000) wesentlich öfter als Nichtdeutsche (20,0/100.000) (Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik 2008b, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

Der Konsum illegaler Substanzen in der Altersgruppe ist nur sehr gering. Der Anteil der 55- bis unter 65-Jährigen in Einrichtungen zur Behandlung suchtbezogener Störungen liegt bei allen Substanzgruppen bei weniger als 1 % (Steppan et al. 2010, S. 20 ff.). Bei Bedarf sind detaillierte Angaben zum Konsum in der Alterskohorte bei Kraus et al. (2008) nachzulesen.

Von größerer Bedeutung für die untersuchte Alterskohorte sind jedoch der Ge- und Missbrauch von Medikamenten. Die Diagnose und Erfassung des Problems erweist sich als schwierig, da die Betroffenen häufig unauffällig und gut sozial integriert sind und gleichzeitig das Problem für sich selbst und gegenüber anderen negieren. In Deutsch-

---

18 Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert: (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt. (2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann. (3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch. (4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (nach DSM IV).

19 Ein unangepasstes Muster von Alkoholgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten: (1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien: (a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, (b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis. (2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: (a) charakteristisches Alkoholentzugssyndrom, (b) Alkohol wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden. (3) Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen. (4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. (5) Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen, ihn zu sich zu nehmen oder sich von seinen Wirkungen zu erholen. (6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt. (7) Fortgesetzter Alkoholmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkoholmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (nach DSM IV).

land sind Schätzungen zufolge etwa 1,4 Millionen Menschen medikamentenabhängig. Dabei herrscht in der Literatur Einigkeit darüber, dass überwiegend Frauen und ältere Menschen von dieser Sucht betroffen sind (Elsesser und Sartory 2009, S. 384). Leider bleibt es oft bei dieser Einschätzung, während genauere Aussagen über Altersgruppen fehlen. Eine Ausnahme stellt der epidemiologische Suchtsurvey dar, der die Teilnehmer und Teilnehmerinnen auch zu ihrem Medikamentenmissbrauch befragt. Demnach nimmt die Prävalenz der mindestens einmaligen Medikamenteneinnahme in den vergangenen zwölf Monaten ab 40 Jahren stetig ab (57,5 % bei den 50- bis 59-Jährigen, 54,8 % bei den 60- bis 64-Jährigen). Gleichzeitig ist die Prävalenz der regelmäßigen (21,3 % bzw. 24,5 %) und täglichen (10,1 % bzw. 13,2 %) Medikamenteneinnahme in den beiden Alterskohorten am höchsten (Rösner et al. 2008, S. 50 ff.). Während Jüngere eher zu Schmerztabletten greifen, nehmen die beiden älteren Altersgruppen häufiger Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva ein, was erneut die höhere Depressionsprävalenz widerspiegelt. Die Studie verwendete außerdem den Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch (KFM, siehe Kapitel 9.3), aus dem sich Angaben über den problematischen Konsum<sup>20</sup> ableiten lassen. Entsprechend nimmt die Prävalenz des problematischen Medikamentenkonsums mit dem Alter zu und liegt bei 5,9 % bei den 50- bis 59-Jährigen und bei 8,4 % bei den 60- bis 65-Jährigen (ebd., S. 51). Zur Medikamentenabhängigkeit bei Personen mit Migrationshintergrund liegen bisher leider keine repräsentativen Studien vor (RKI 2008, S. 57).

### *Übergewicht und Adipositas*

Der 55- bis unter 60-jährige Mann ist im Durchschnitt 1,77 m groß und 85,9 kg schwer (Body-Mass-Index – BMI<sup>21</sup> = 27,4), die Frau 1,65 m groß und 70,7 kg schwer (BMI = 26,0). Der durchschnittliche 60- bis unter 65-jährige Mann ist 1,76 m groß und 85,2 kg schwer (BMI = 27,5), die Frau ist 1,64 m groß und wiegt 71,0 kg (BMI = 26,4). Der empfohlene BMI in der Altersgruppe der 55- bis unter 64-jährigen Personen liegt zwischen 23 und 28. Nach einer Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird bei Erwachsenen – unabhängig vom Alter – zwischen Untergewicht (BMI < 18,5), Normalgewicht (18,5–24,9), Übergewicht (25,0–29,9) sowie Adipositas Grad I (30,0–34,9), Grad II (35,0–39,9) und Grad III ( $\geq$  40) unterschieden. Tabelle 16 stellt die BMI-Verteilung der deutschen Bevölkerung zwischen 50 und unter 70 Jahren dar. Entsprechend der WHO-Klassifikation gelten fast drei Viertel der Männer (71,1 % bzw. 73,4 %) und über die Hälfte der Frauen (56,7 % bzw. 53,5 %) zwischen 55 und 64 Jahren als mindestens übergewichtig, darunter bei beiden Geschlechtern zu etwa einem Fünftel als adipös.

Ein Vergleich der Mikrozensusdaten für deutsche und nichtdeutsche Teilnehmerinnen zwischen 55 und 64 Jahren von 1999 bis 2005 zeigt, dass im zeitlichen Verlauf – unab-

---

20 Vier positive Antworten im KFM gelten als Cutoff-Wert für einen problematischen Medikamentenkonsum. Der Fragebogen ist in Kapitel 9.3 dieses Fachhefts dokumentiert.

21 BMI = kg/m<sup>2</sup>



Geschlecht	Alter	Durchschnitt	unter 18,5	18,5 bis unter 25	25 bis unter 30	30 und mehr
<b>Männlich</b>	50 bis unter 55 Jahre	27,1	0,4	31,8	48,8	19,0
	55 bis unter 60 Jahre	27,4	0,4	28,5	49,5	21,6
	60 bis unter 65 Jahre	27,5	–	26,4	51,1	22,3
	65 bis unter 70 Jahre	27,4	0,3	26,8	51,6	21,3
<b>Weiblich</b>	50 bis unter 55 Jahre	25,4	2,1	52,2	30,5	15,2
	55 bis unter 60 Jahre	26,1	1,9	44,6	34,4	19,1
	60 bis unter 65 Jahre	26,3	1,4	41,8	37,4	19,3
	65 bis unter 70 Jahre	26,4	1,6	40,5	38,3	19,7

Tab. 16: Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index-Gruppen (in Prozent), 2009 (Quelle: Mikrozensus: Fragen zur Gesundheit 2009a, zitiert nach www.gbe-bund.de)

hängig von der Nationalität – eine deutliche Zunahme der Adipositasprävalenz zu beobachten ist, bei den nichtdeutschen 60- bis unter 65-jährigen Frauen jedoch eine noch stärkere Zunahme stattgefunden hat. Generell fällt auf, dass nichtdeutsche Frauen dieser Altersgruppe deutlich höhere Adipositasprävalenzen zeigen als deutsche Frauen (RKI 2008, S. 53). Bei den Männern der untersuchten Alterskohorte können jedoch kaum Unterschiede zwischen Deutschen und Nichtdeutschen festgestellt werden.

### *Ernährungsverhalten*

40 % der 50- bis unter 60-Jährigen sowie 44 % der 60- bis unter 70-Jährigen geben 2009 an, ein besonderes Interesse an gesunder Ernährung und gesunder Lebensweise zu haben. Im Vergleich zu den vorangegangenen Alterskohorten ist dies eine deutliche Zunahme (Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse 2009a, zitiert nach www.awa-online.de). Gleichzeitig ist die Ausgabebereitschaft für gute Ernährung und gutes Essen in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen am höchsten (57 %), gefolgt von den beiden angrenzenden Altersgruppen mit 54 % (Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse 2009b, zitiert nach www.awa-online.de). Kochen ist in der untersuchten Altersgruppe vor allem Frauensache. Entsprechend geben 73 % der Frauen im Alter von 51 bis unter 65 Jahren 2008 an, dass sie sehr gut bzw. gut kochen können. Von den Männern der Altersgruppe behaupten dies nur 32 %. Im Gegensatz dazu sind 45 % der Männer der Meinung, dass sie wenig bis gar nicht kochen können, was nur auf 3 % der Frauen dieser Alterskohorte zutrifft (Max Rubner-Institut 2008a, S. 107 ff.).

Die Empfehlung für die tägliche Energiezufuhr für einen Mann im Alter von 51 bis 64 Jahren liegt bei 2.500 kcal/Tag. Im Durchschnitt nehmen Männer dieser Altersgruppe 2.400 kcal/Tag auf, jedoch nehmen 38,4 % mehr Kalorien pro Tag auf, als sie brauchen. Die Empfehlung für Frauen dieser Alterskohorte liegt bei 2.000 kcal/Tag. Frauen dieses

Alters nehmen im Durchschnitt 1.856 kcal/Tag auf, wobei 35,6 % ihrem Körper mehr als die notwendige Energie zuführen (Max Rubner-Institut 2008b, S. 235). Frauen und Männer sollten 50 % ihrer Energiezufuhr über Kohlenhydrate decken. In der Altersgruppe der 51- bis 64-Jährigen erreichen jedoch 78,3 % der Männer und 62,5 % der Frauen diesen Richtwert nicht (ebd., S. 238). Im Gegensatz dazu unterschreiten 66,3 % der Männer und 70,1 % der Frauen dieser Altersgruppe den Referenzwert für die Ballaststoffzufuhr und 80,7 % der Männer und 76,9 % der Frauen überschreiten den Referenzwert für die Fettzufuhr (ebd., S. 239 ff.). 57,9 % der Männer und 34,1 % der Frauen im Alter von 51 bis 64 Jahren überschreiten die vorgegebenen Cholesterinreferenzwerte. Zudem sind über die Hälfte der Frauen und Männer dieses Alters mit Vitamin D, Folaten und Calcium unterversorgt (ebd., S. 242 ff.).

Im GEDA 2009 geben 70,7 % der befragten 55- bis unter 65-Jährigen an, täglich Obst zu essen, 43,6 % nehmen täglich Gemüse zu sich. Frauen dieser Altersgruppe essen wesentlich mehr Obst und Gemüse als Männer, Ostdeutsche nehmen deutlich mehr Obst zu sich als Westdeutsche, bei der Gemüsezufuhr zeigen sich keine regionalen Tendenzen (siehe Anhang, Tabellen 63 und 64). Beim Obst- und Gemüseverzehr lässt sich ein deutlicher Bildungsgradient erkennen: Personen mit höherer Bildung verzehren mehr Obst und Gemüse als Personen mit niedriger Bildung. Im Vergleich zur vorangegangenen Alterskohorte der 45- bis unter 55-Jährigen zeigen sich eine deutliche Zunahme der Obstzufuhr und eine sehr geringe Abnahme der Gemüsezufuhr (GEDA 2009, eigene Berechnungen).

### *Arztbesuche und Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen*

9,7 % der Frauen und 13,2 % der Männer im Alter zwischen 55 und 64 Jahren geben 2009 an, in den vergangenen zwölf Monaten bei keinem Arzt und keiner Ärztin (ohne Zahnmedizin) gewesen zu sein. Die Unterschiede in der Inanspruchnahmerate zwischen Personen der verschiedenen Bildungsgruppen sind statistisch nicht signifikant. Zwischen ost- und westdeutschen Männern zeigen sich keine Unterschiede, ostdeutsche Frauen der Altersgruppe waren geringfügig seltener in ärztlicher Behandlung als westdeutsche (GEDA 2009, eigene Berechnungen).

2009/10 geben 56 % der 50- bis unter 60-Jährigen sowie 66 % der 60- bis unter 70-Jährigen an, regelmäßig zu medizinischen Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Lediglich 7 % der jüngeren und 5 % der älteren Kohorte geben an, nie an diesen Untersuchungen teilzunehmen (Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse 2010, zitiert nach [www.de.statista.com](http://www.de.statista.com)). Dass dies im leichten Widerspruch zu den Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen steht, zeigen die folgenden Darlegungen. Gesetzlich versicherte Männer und Frauen der untersuchten Altersgruppe sollen alle zwei Jahre an einem Gesundheits-Check-up in ihrer hausärztlichen Praxis teilnehmen. 2007/08 sind dem 44,2 % bzw. 43,8 % der Frauen und 46,8 % bzw. 46,6 % der Männer der Altersgruppen 55 bis unter 60 bzw. 60 bis unter 65 Jahre nachgekommen (Zen-

tralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009). Frauen der Altersgruppe sollen neben der jährlich stattfindenden gynäkologischen und Brustuntersuchung alle zwei Jahre ein Mammografiescreening durchführen lassen (Krebsfrüherkennung – KFU).

2008 haben dies 46,9% der Frauen der jüngeren sowie 41,5 % der Frauen der älteren Kohorte durchgeführt. Männer dieses Alters hingegen sollen sich zur Krebsfrüherkennung einmal jährlich einer Prostata- und Genitaluntersuchung unterziehen, was 2008 20,8 % bzw. 23,8 % der beiden Alterskohorten getan haben (ebd.). Darüber hinaus sollen beide Geschlechter jährlich zum Hämoculttest (Test auf verborgenes Blut im Stuhl – FOBT/Hämocult), was in den beiden Jahren 2007 und 2008 ein Viertel der Männer wahrgenommen haben sowie knapp die Hälfte (46,4 %) der Frauen der jüngeren und über ein Drittel (37,0 %) der älteren Kohorte. Die Darmspiegelung (Koloskopie), die ab dem 55. Lebensjahr zweimal im Abstand von zehn Jahren durchgeführt werden soll, haben von 2003 bis 2008 12,1 % der Frauen zwischen 55 und unter 60 Jahren und etwa ein Fünftel (20,9 %) der 60- bis unter 65-Jährigen durchführen lassen. Von den Männern haben 9,6 % der jüngeren und 17,5 % der älteren Kohorte eine Koloskopie vornehmen lassen (siehe Anhang, Tabelle 65).

Wesentlich häufiger nehmen Personen der untersuchten Altersgruppe an der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung teil. 2009 haben dies 82,2 % der Frauen und 70,7% der Männer im Alter von 55 bis unter 65 Jahren in den letzten zwölf Monaten in Anspruch genommen (GEDA 2009, eigene Berechnungen). Bei den über 65-Jährigen geht die Inanspruchnahme jedoch zurück. Außerdem zeichnen sich deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zwischen den Bildungsgruppen ab: Je höher die Bildung, desto häufiger gehen Männer und Frauen zur Vorsorge. Sowohl ostdeutsche Männer als auch Frauen nehmen häufiger an der Zahnvorsorgeuntersuchung teil als ihre westdeutschen Pendanten (RKI 2010 a, S. 118). Fraglich ist, ob das persönliche Bonusheft als besserer Anreiz dient, diese Vorsorgeuntersuchung häufiger als andere Früherkennungsuntersuchungen vornehmen zu lassen, oder ob die Mundgesundheit im Allgemeinen einen höheren Stellenwert hat. Die regelmäßig stattfindende Studie zur Mundgesundheit kann darüber leider keinen Aufschluss geben, da sie die von uns untersuchte Altersgruppe nicht erhebt (Micheelis und Hoffmann 2006).

Die Gripeschutzimpfung der Wintersaison 2007/08 haben in der Altersgruppe der 45- bis unter 65-jährigen 29,3 % der Frauen und 28,9 % der Männer in Anspruch genommen. Frauen der mittleren und oberen Bildungsgruppe haben die Impfung häufiger in Anspruch genommen als Frauen der unteren Bildungsgruppe. Bei den Männern ist dieser Trend – wenn auch nicht so deutlich – genau umgekehrt. Ostdeutsche haben mit 42,4 % die Impfung wesentlich häufiger bekommen als Westdeutsche mit 25,5 % (Robert Koch-Institut GEDA 2009c, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

Die letzte Tetanusimpfung liegt bei über einem Viertel der Deutschen (26,5 %) der betrachteten Altersgruppe mehr als zehn Jahre zurück. Während diesbezüglich zwischen

den Geschlechtern keine Unterschiede existieren, zeigt sich erneut, dass Ostdeutsche ihre Impfung häufiger regelmäßig auffrischen lassen als Westdeutsche. Zudem haben Personen der unteren Bildungsgruppen ihre letzte Impfung seltener innerhalb der vergangenen zehn Jahre erhalten als Personen der höheren Bildungsgruppen (Robert Koch-Institut GEDA 2009d, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

### *Teilnahme an Präventionskursen*

2009 haben gesetzlich versicherte Frauen und Männer im Alter zwischen 50 und 59 Jahren an 432.170 durch die Krankenversicherungen geförderten Aktivitäten zur Primärprävention teilgenommen. Dies entspricht 4 % der gesetzlich Krankenversicherten (GKV) dieser Altersgruppe. Im Vergleich zum Anteil der Altersgruppe an allen GKV-Versicherten ist ihr Anteil an allen Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern deutlich überrepräsentiert. Knapp drei Viertel dieser Maßnahmen (74 %) dienen der Förderung von Bewegung, was angesichts der großen Belastung durch Muskel- und Skelett-Erkrankungen in der Altersgruppe begrüßenswert ist. 19 % der Aktivitäten intendieren die Vermeidung spezifischer Risiken und stressbedingter Krankheiten, 7 % sind Ernährungskurse und weniger als 0,5 % entfallen auf das Erlernen eines verantwortlichen Umgangs mit Sucht- und Genussmitteln (Zelen und Strippel 2010, S. 66 ff.). Die Verteilung auf die einzelnen Kurse entspricht in etwa der des Vorjahres, wobei die absolute Teilnehmerzahl geringfügig zurückgegangen ist. Im Vergleich zum Jahr 2004 haben sich die Teilnehmerzahlen hingegen fast verdreifacht (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Präventionsbericht 2008, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

### *Heilmittelverordnungen*

Angaben des Heilmittel-Information-Systems der AOK<sup>22</sup> lassen Rückschlüsse über den Anteil von Heilmittelverordnungen in den untersuchten Altersgruppen zu (Schröder und Waltersbacher 2009, S. 16 ff.). Heilmittel werden eingesetzt, um die Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit ausheilen zu lassen oder ein Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten. Generell nimmt bei Erwachsenen der Anteil der Personen, die eine Heilmittelverordnung erhalten, mit dem Alter zu, wobei der Anteil bei den Frauen stets über dem der Männer liegt. 18,2 % der Männer und 27,2 % der Frauen im Alter von 55 bis unter 60 Jahren bzw. 19,4 % der männlichen und 27,0 % der weiblichen AOK-Versicherten der Altersgruppe 60 bis unter 65 haben 2008 eine Heilmittelverordnung erhalten. In der Altersgruppe werden Heilmittelverordnungen fast ausschließlich für physiotherapeutische Behandlungen ausgestellt, wenige andere – vor allem bei Männern – auch für ergotherapeutische Behandlungen.

---

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

## 4.6 Gesundheit und Arbeit

Seit der frühen Studie von Jahoda et al. (1933/1975) über die Arbeitslosen von Marienthal wissen wir, dass Arbeitslosigkeit das Risiko erhöht, krank zu werden. Auch aktuelle Ausarbeitungen (zum Beispiel Holleederer 2010, Kieselbach 2007, RKI 2005, Schunck und Rogge 2010) zeigen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen auch im 21. Jahrhundert deutlich häufiger und zum Teil erhebliche gesundheitliche Einschränkungen aufweisen bzw. gesundheitsschädigendere Verhaltensweisen zeigen. Umstritten ist dabei die Frage, ob Arbeitslosigkeit ursächlich für die Krankheit ist oder ob Krankheit die Ursache der Arbeitslosigkeit darstellt – in der Literatur finden sich Belege für beide Hypothesen. Gleichzeitig belegt ein aktueller Artikel von Zenger et al. (2010), dass oft erlebte Arbeitslosigkeit im Erwerbsalter sich noch im Rentenalter auf die psychische Gesundheit auswirkt. Leider finden sich keine altersspezifischen Angaben zur Thematik, es lässt sich aber vermuten, dass sich auch in der von uns betrachteten Altersgruppe negative gesundheitliche Einflüsse der Arbeitslosigkeit auswirken.

Umgekehrt ist inzwischen auch belegt, dass Erwerbsarbeit gesundheitsgefährdend wirken kann und Ursache von Gesundheitsschädigungen ist. Entsprechend schätzen im GEDA 2009 etwa ein Viertel (26,1 %) der Erwerbstätigen in der Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen, dass ihre Gesundheit durch ihre Arbeit gefährdet ist. Männer stimmen dem mit 28,9 % deutlich häufiger zu als Frauen mit 22,6 %. Interessant ist, dass Frauen der unteren Bildungsgruppe (17,9 %) deutlich seltener als Angehörige der mittleren (22,4 %) und oberen Bildungsgruppe (34,8 %) denken, dass ihre Arbeit gesundheitsschädigend ist (GEDA 2009, eigene Berechnungen).

### *Krankheit als Ursache temporären Arbeitsausfalls*

Ebenfalls im GEDA 2009 geben 8,1 % der Männer und 7,3 % der Frauen im Alter von 45 bis unter 65 Jahren an, mehr als 50 Tage in den vergangenen zwölf Monaten krank gewesen zu sein. Damit stimmen sie dieser Aussage wesentlich häufiger zu als Befragte der jüngeren und der älteren – nicht mehr erwerbstätigen – Alterskohorten (RKI 2010a, S. 121). Dieses Ergebnis wird durch die Daten aus Abbildung 6 gestützt. Ältere Erwerbstätige sind dementsprechend durchschnittlich nicht öfter krank, dafür aber länger. Die Daten der Krankschreibungen der gesetzlich und freiwillig Versicherten des Jahres 2008 geben eine ungefähre Übersicht über die Arbeitsunfähigkeit der über 45-Jährigen aufgrund von Krankheit. Es gilt zu beachten, dass dadurch Kurzausfälle ohne Krankschreibung und privat Versicherte nicht erfasst sind sowie keine Standardisierung der Daten vorgenommen wurde. Insgesamt sind 2008 7.050.144 Fälle von kurz- oder längerfristiger Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit bei erwerbstätigen Personen über 45 Jahren aufgetreten. Dies betrifft bei den Männern am häufigsten diejenigen, die im produzierenden Gewerbe (ohne Baugewerbe) tätig sind, und bei den Frauen diejenigen, die im öffentlichen oder privaten Dienstleistungsgewerbe arbeiten (BMAS 2010, S. 34).

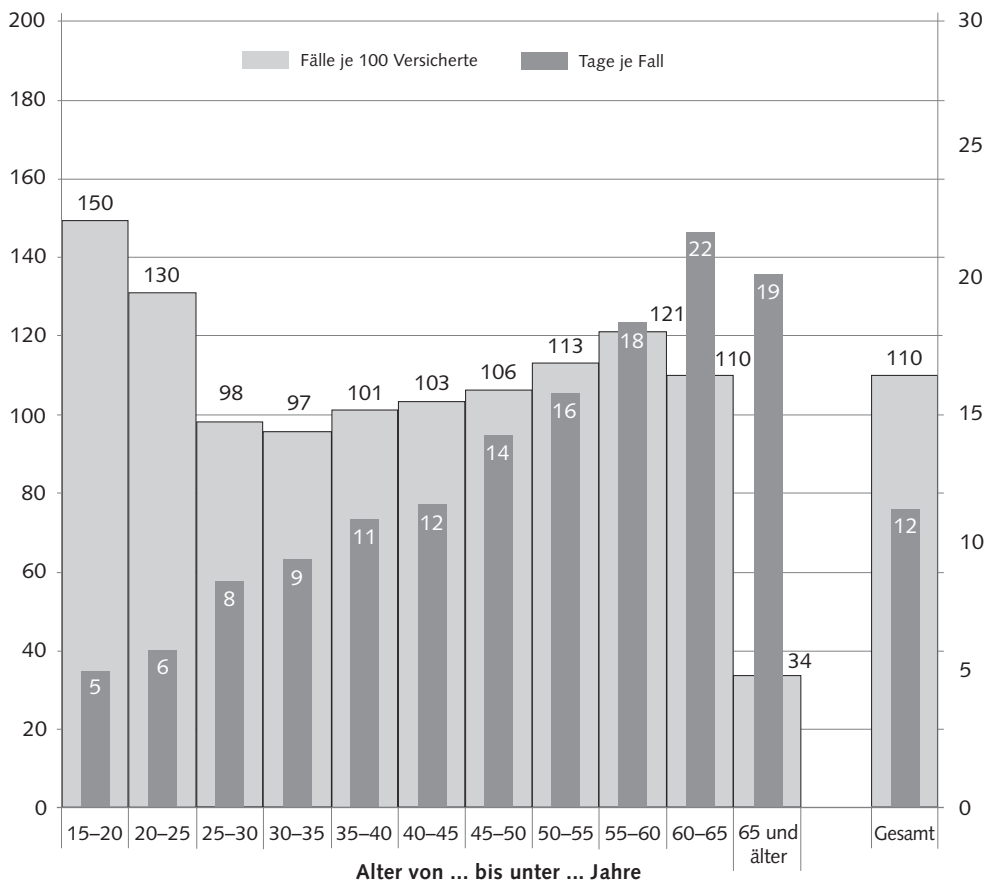


Abb. 6: Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen, 2008 (Quelle: BMAS 2010, S. 36)

Abbildung 6 zeigt, dass mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Zeit, die eine Person wegen Krankschreibung zu Hause bleibt, deutlich bis auf 22 Tage bei den 60- bis unter 65-Jährigen ansteigt. Männer, die im Baugewerbe und Frauen, die in Land-, Forstwirtschaft und im Fischereigewerbe tätig sind, bleiben je Krankheitsfall am längsten zu Hause (ebd., S. 37). Häufigste Diagnosen bei den über 45-jährigen krankgeschriebenen Männern sind mit 24,2% Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes, gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems mit 18,6%. 21,5% der krankgeschriebenen Frauen sind arbeitsunfähig wegen Erkrankungen des Atmungssystems, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes mit 20,0% (siehe Anhang, Tabelle 66). Diese Angaben werden durch die Daten der AOK-Pflichtmitglieder im Alter von 55 bis unter 65 Jahren bestätigt, mit Ausnahme der Diagnosegruppe Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, die bei 31,9% der Männer und 27,4% der Frauen noch häufiger ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit sind (AOK Bundesverband: Krankheitsartenstatis-

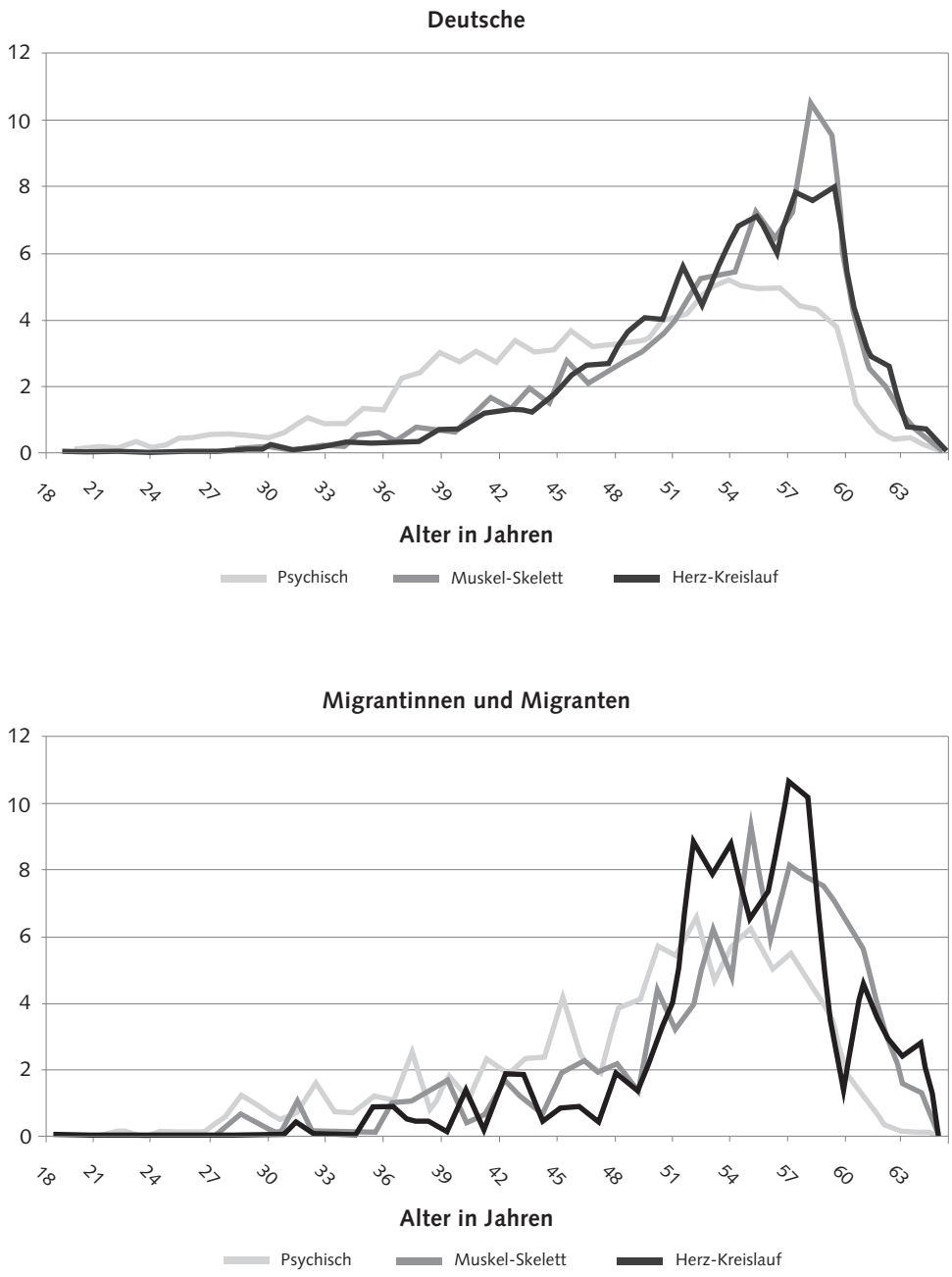


Abb. 7: Altersverteilung bei Beginn der Erwerbsminderungsrente für ausgewählte Diagnosehauptgruppen bei Deutschen und Menschen mit Migrationshintergrund (in Prozent) (Quelle: Höhne und Schubert 2007, S. 116 ff.)

tik 2008, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Die Daten zeigen außerdem, dass in der untersuchten Altersgruppe im Jahr 2008 die *längsten* krankheitsbedingten Arbeitsausfälle bei Männern durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verursacht werden, gefolgt von Erkrankungen des Kreislaufsystems, was pro Erkrankung die meisten Arbeitsunfähigkeitstage nach sich zieht (siehe Anhang, Tabelle 67). Inwieweit jedoch Arbeitsbedingungen oder -unfälle ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit sind, lässt sich aus den Statistiken für die betrachtete Alterskohorte leider nicht extrahieren.

### *Krankheit als Ursache für eingeschränkten oder vollständigen Verlust der Leistungsfähigkeit*

Krankheiten sind zudem Ursache für verminderte Leistungsfähigkeit und einem damit verbundenen teilweisen oder vollständigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Nach § 43 SGB VI haben Personen, die auf nicht absehbare Zeit nicht in der Lage sind, mindestens sechs Stunden am Tag zu arbeiten, Anspruch auf teilweise Erwerbsminderung, jene, die nicht imstande sind, mindestens drei Stunden am Tag zu arbeiten, Anspruch auf eine volle Rente wegen Erwerbsminderung (im Volksmund: Frührente). Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bei Deutschen der untersuchten Altersgruppe häufigste Ursache für die Anerkennung einer Erwerbsminderungsrente. Das gleiche Bild zeigt sich für Migrantinnen und Migranten, jedoch auf deutlich höherem Niveau (siehe Abbildung 7 auf Seite 61). Während bei den Deutschen psychische Erkrankungen vor allem in jüngeren Jahren Ursache für Frühverrentung sind, nimmt diese Ursache bei Menschen mit Migrationshintergrund ab 50 Jahren deutlich zu und erst ab Ende 50 wieder langsam ab. Generell zeigt Abbildung 7 aber auch, dass Migrantinnen und Migranten erst viel später gesundheitsbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden und sich daher die Fälle in der betrachteten Altersgruppe kumulieren (Höhne und Schubert 2007).

Lebensjahr	Männer	Frauen
55	5,87 %	5,73 %
56	5,92 %	5,66 %
57	5,89 %	5,38 %
58	6,73 %	6,03 %
59	6,37 %	4,81 %
60	3,9 %	1,95 %
61	2,68 %	0,97 %
62	1,91 %	0,72 %
63	0,98 %	0,58 %
64	0,44 %	0,27 %

Tab. 17: Frührentenzugänge 2003 nach Einzelalter (Anteil im Alter von allen Frührentenzugängen) (Quelle: RKI 2006, S. 14)



Tabelle 17 stellt für den Rentenzugang 2003 die relative Verteilung über die Einzelalter für die beiden Geschlechter dar. Diese Angaben bestätigen die Aussage von Abbildung 7, denn 59 % der Männer und 68 % der Frauen, die insgesamt Erwerbsminderungsrente bekommen, erhalten diese aufgrund von Krankheit schon vor dem Erreichen des 55. Lebensjahres.

### *Betriebliche Gesundheitsförderung*

Nach § 20a SGB V erbringen die Krankenkassen „Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen“. Eines von den drei aufgestellten Präventionszielen der gesetzlichen Krankenversicherungen fokussiert ältere Arbeitnehmerinnen und -nehmer (ab 50 Jahre). Diesbezüglich berichtet der aktuelle Präventionsbericht, dass sich der Anteil älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen, die über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden, von 2007 bis 2009 um 50 % auf 52.509 Personen erhöht hat (Zelen und Strippel 2010, S. 29). Nichtsdestotrotz liegt der Anteil der Beschäftigten über 50 Jahre an allen Beschäftigten bei 26 %, während der Anteil älterer Beschäftigter an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern von betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nur 17 % beträgt (ebd., S. 107).

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Arbeitnehmer und -nehmerinnen über 50 Jahre werden 2009 am häufigsten im Baugewerbe durchgeführt (20 %). In den übrigen Branchen liegen die Anteile der Betriebe/Einrichtungen, in denen Präventionsmaßnahmen Ältere fokussieren, zwischen 5 % und 9 % (ebd., S. 96). Darüber hinaus lässt sich konstatieren, dass 2009 im Durchschnitt jeder fünfte große Betrieb (über 1.500 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) Präventionsmaßnahmen für Ältere bereithält, während dies nur auf jeden 15. kleineren Betrieb zutrifft.

## 4.7 Gesundheitskosten

Für die Altersgruppe der 45- bis unter 65-Jährigen fallen im Jahr 2008 in Deutschland Krankheitskosten<sup>23</sup> von fast 67 Milliarden Euro an (Statistisches Bundesamt: Krankheitskostenrechnung 2008a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Interessant ist, dass sich die

<sup>23</sup> Krankheitskosten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer sowie sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren.

Kosten in etwa gleich auf die beiden Geschlechter verteilen: 2.960 Euro je Mann und 3.060 Euro je Frau der Alterskohorte, obwohl Frauen häufiger den Arzt bzw. die Ärztin aufsuchen als Männer (Statistisches Bundesamt: Krankheitskostenrechnung 2008b, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Die Gesamtkosten sind im Vergleich zum Vorjahr um 5,7 %, im Vergleich zu 2002 um 7,4 % gestiegen, was nur zum Teil durch die größer werdende Anzahl von Personen in dieser Altersgruppe erklärt werden kann. Die höchsten Ausgaben wurden für Krankheiten des Verdauungssystems (worunter auch Kosten für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz fallen) getätigt, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Kreislaufsystems.

2008 werden 13,4 % der gesamten Gesundheitsausgaben durch die Privathaushalte getragen. Nur sehr wenige Informationen sind jedoch über private Gesundheitsausgaben in der untersuchten Alterskohorte zugänglich. Einen kleinen Anhaltspunkt bieten die Wirtschaftsrechnungen des Statistischen Bundesamtes, die die Ausgaben privater Haushalte für die Gesundheitspflege auflisten. Dementsprechend gibt ein deutscher Haushalt, dessen Haupteinkommensbezieher oder -bezieherin 55 bis unter 65 Jahre alt ist, 88 Euro pro Monat für Gesundheitspflege aus. Haushalte im früheren Bundesgebiet geben mit durchschnittlich 98 Euro (was 3,1 % ihres durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommens entspricht) deutlich mehr Geld für Gesundheitspflege aus als Haushalte in den neuen Bundesländern mit 43 Euro (2,1 % des Haushaltsnettoeinkommens) (Statistisches Bundesamt 2009a, S. 38 ff.).

Eine Erhebung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Zok und Schuldzinski 2005) zu erhaltenen IGeL-Leistungen<sup>24</sup> ergibt, dass einem Viertel der 50- bis 65-jährigen Befragten in den vergangenen Monaten IGeL-Leistungen angeboten wurden, geringfügig weniger als in der nächst jüngeren Alterskohorte. Aus den weiteren Ergebnissen der Studie lassen sich leider keine altersspezifischen Angaben extrahieren.

## 4.8 Fazit

Die in diesem Kapitel zusammengestellten Daten bestätigen die eingangs formulierte Ausgangsthese für die untersuchte Altersgruppe: Gesundheit bzw. Krankheit gewinnen mit dem Alter zunehmend an Bedeutung. Personen im Alter von 55 bis 65 Jahren berichten nicht nur subjektiv einen schlechteren Gesundheitszustand und stärkere Einschränkungen in der Ausübung alltäglicher Aktivitäten, sondern zeigen auch objektiv

---

<sup>24</sup> Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Leistungen, die Ärzte und Ärztinnen in Deutschland ihren gesetzlich krankenversicherten Patienten und Patientinnen gegen Selbstzahlung anbieten können.

höhere Morbiditätszahlen und entsprechend längere Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit als jüngere Kohorten. Gleichzeitig zeigt die Analyse aber auch, dass Personen der Altersgruppe heute insgesamt weniger Mehrfacherkrankungen aufweisen, als es Angehörige der Altersgruppe noch zu Beginn des Jahrtausends getan haben, dass sie vermehrt an Präventionskursen teilnehmen und ein gesunder Lebensstil häufiger aktiv gelebt wird.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems werden in der Altersgruppe am häufigsten diagnostiziert und behandelt und sind auch häufigste Ursache für Rehamaßnahmen bzw. Frühverrentung. Wesentlich seltener diagnostiziert – aber aufgrund der hohen Letalitätsrate Haupttodesursache in der Altersgruppe – sind Tumoren. Spezifisch bei Frauen gewinnt die Arthrose- und Osteoporoseprävention spätestens in diesem Alter weiter an Bedeutung, weil die Prävalenzen erheblich sind. Infektionskrankheiten spielen in der Altersgruppe hingegen eine eher untergeordnete Rolle, jedoch sind die erhöhten HIV-Inzidenzen ein Signal, dem Beachtung zu schenken ist.

Neben der physischen lässt sich aktuell in der Altersgruppe eine starke Zunahme der psychischen Beeinträchtigungen beobachten, die sich so in der vorangegangenen Kohorte nicht zeigte. Da psychische Erkrankungen zum einen lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und Rehaaufenthalte nach sich ziehen, gleichzeitig aber auch häufige Ursache für Frühverrentung sind, sollte diesem Faktor Aufmerksamkeit zuteil werden.

Auch im Suchtverhalten der Altersgruppe spiegeln sich psychische Probleme: Der im Kohortenvergleich teils riskante Konsum von Drogen – unabhängig davon, ob es sich um Alkohol, Tabletten oder Zigaretten handelt – dient häufig zur Bewältigung seelischer Belastungen. Zudem wählt die Altersgruppe Substanzen, deren Missbrauch nicht so auffällig ist bzw. „eben einfach dazugehört“. Über die damit einhergehenden Risiken bzw. den verantwortlichen Umgang mit diesen Substanzen sind sich die „Jungen Alten“ teils nicht ausreichend bewusst. Es fehlt jedoch auch an zielgruppenspezifischen Angeboten zur Aufklärung und Suchthilfeeinrichtungen.

Ein weiteres Risikopotenzial in der betrachteten Alterskohorte stellen Übergewicht und Adipositas dar, die häufig Ursache für Diabetes, Hypertonie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind. Neben regelmäßiger Bewegung stellt die Ernährung einen wichtigen Aspekt zur Gewichtskontrolle dar. Die Recherchen ergeben aber, dass weniger als die Hälfte der Personen Wert auf gesunde Ernährung legt und noch weniger die Empfehlungen zur Energie- und Nährstoffzufuhr einhalten.

An Früherkennungsuntersuchungen nehmen in der Kohorte der 55- bis unter 65-Jährigen bei Weitem nicht alle teil. Zum einen zeigen die Ergebnisse, dass viele denken, häufiger zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen, als sie das tatsächlich tun. Zum anderen zeigen die Daten, dass unangenehme Untersuchungen (wie zum Beispiel die Darmspiegelung) deutlich seltener durchgeführt werden als eher unkomplizierte Untersuchungen

# 4

in Körperregionen, in denen Probleme – wie bei den Zähnen – schnell zu Schmerzen führen.

Die vorliegende Analyse zeigt verschiedene Risikogruppen auf, die hinsichtlich der Gesundheitsförderung besonderer Beachtung bedürfen: Personen der unteren Bildungsgruppe zeigen häufig höhere Morbiditätsraten, was ihre Morbidität bzw. Mortalität mit zunehmendem Alter erhöht. Des Weiteren zeigen sich in der Altersgruppe häufig große Unterschiede zwischen den Geschlechtern – zum einen bezogen auf das Krankheitsrisiko, zum anderen auch bezüglich des Risikoverhaltens. Entsprechend sollten Präventionsangebote neben den sozioökonomischen auch die geschlechtsspezifischen Risikolagen beachten und fokussieren.

Gleichermaßen zeigen sich in Bezug auf fast alle Krankheiten, aber auch auf die lebensstilbezogenen Risikofaktoren deutliche Ost-West-Unterschiede. Allerdings ist keine generelle Tendenz zu erkennen: Während Westdeutsche eher an allergiebedingten Erkrankungen leiden, zeigen Ostdeutsche höhere Adipositas- und entsprechend auch Diabetesprävalenzen. Ostdeutsche trinken mehr Alkohol, nehmen aber auch häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil bzw. achten besser auf die regelmäßige Auffrischung ihres Impfschutzes. Ostdeutsche berichten häufiger über seelische Störungen, erhalten aber deutlich seltener eine Depressionsdiagnose; sie sind nicht seltener krank, haben aber eine geringere Inanspruchnahmerate von Ärzten und Ärztinnen. Dementsprechend könnte vermutet werden, dass sie auch bei Krankheit nicht zur ärztlichen Behandlung gehen. Die Arbeitsmarktsituation in den neuen Bundesländern könnte dazu beitragen, denn vor allem in diesem Alter ist das Risiko, nach einer Entlassung keinen neuen Arbeitsplatz mehr zu finden, besonders hoch. Auch diese regionalen Unterschiede verdienen Beachtung bei der Entwicklung von Präventionsstrategien.

Eine weitere Gruppe, die bei der Gesundheitsförderung besonderer Berücksichtigung bedarf, sind Menschen mit Migrationshintergrund. Zum einen stellt die Analyse dar, dass es in der Literatur zwar viele Informationen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund gibt, die wenigsten aber altersdifferenzierte Aussagen enthalten und häufig nur von den erwachsenen (18 bis 65 Jahre) oder den alten Migrantinnen und Migranten über 65 Jahren sprechen. Dementsprechend besteht dringender Forschungs- bzw. genauerer Analysebedarf auch der vielen zur Thematik bereits erhobenen Daten. Gleichzeitig hat die Recherche ergeben, dass Menschen mit Migrationshintergrund in den vorhandenen Daten oft unterrepräsentiert sind oder auch einfach nicht vollständig erfasst werden, obwohl sie im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung beispielsweise erhöhte Diabetes- und bei Frauen auch erhöhte Adipositasprävalenzen zeigen. Menschen mit Migrationshintergrund leiden zudem sehr oft – häufig unentdeckt oder erst sehr spät diagnostiziert – an psychischen Störungen. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Menschen mit Migrationshintergrund keine homogene Gruppe sind. Vielmehr zeigen sich je nach Nationalität bzw. kultureller Prägung teils sehr spezifische gesundheitliche Probleme. Beispielsweise konsumieren islamische Migrantinnen und Migranten deut-

lich weniger Alkohol als russischstämmige, die zudem deutlich höhere HIV- und Tuberkuloseprävalenzen zeigen. Hinzu kommen auch bei Menschen mit Migrationshintergrund Unterschiede in der gesundheitlichen Lage im Zusammenhang mit ihrer sozio-ökonomischen Lage. Die Betrachtung des Themas Migration konnte aufgrund der Datenlage im Rahmen dieser Ausarbeitung nicht ausreichend differenziert behandelt werden. Hier besteht – gerade auch angesichts eines Anteils von rund 15 % Menschen mit Migrationshintergrund in der Gruppe der heute 55- bis unter 65-Jährigen (vgl. Kapitel 2.2), die in den kommenden Kohorten stetig wächst – erheblicher Forschungsbedarf.

Mehr als ein Viertel der Erwerbstätigen in der Altersgruppe fühlt sich durch die Arbeit gesundheitlich gefährdet. Die Krankschreibungen in der Kohorte sind zwar weniger häufig, gelten jedoch über längere Zeiträume als bei jüngeren Kohorten. Trotz des offensichtlich überproportionalen Bedarfs liegt der Anteil der über 50-Jährigen an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich niedriger als ihr Anteil an den Erwerbstätigen.

4



**ARBEIT: ÄLTERE MIT  
UND OHNE ERWERB**

5

Arbeit kann als sinnstiftend und produktiv und damit als wichtiger Aspekt nicht nur von ökonomischer Absicherung, sondern auch von Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen erlebt werden. Arbeitsverhältnisse können Quelle von Anerkennung und Selbstwertgefühl, von sozialer Einbindung, von Tagesstruktur und schließlich von Lebenszufriedenheit und Gesundheit sein – sie können jedoch auch als physisch und psychisch belastend, unsicher und verunsichernd und krankmachend erfahren werden. „Ohne Arbeit“ zu sein kann für die einen mit der Erfahrung genussvollen „Ruhestands“, von außerberuflichem Engagement oder von als positiv wahrgenommener Hinwendung zu familiären oder außerfamiliären Fürsorgetätigkeiten verbunden sein. Es kann aber auch ökonomische Unsicherheit, Armut – und als schmerzhaft erlebter Ausschluss nicht nur vom Arbeitsmarkt, sondern auch von wichtigen Dimensionen gesellschaftlichen Lebens bedeuten. Arbeitslosigkeit kann deshalb mit gravierenden emotionalen wie gesundheitlichen Belastungen einhergehen.

Die „Jungen Alten“ sind in einer Lebensphase, in der für die meisten das Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit zum Thema wird – für die einen früher, für die anderen später. Während 55-jährige Hochqualifizierte möglicherweise den Zenit ihres beruflichen Wirkens erleben, besteht für Hilfsarbeiter und -arbeiterinnen eine nicht geringe Wahrscheinlichkeit, bereits aus dem Erwerbsleben ausscheiden zu müssen. Übergreifend lässt sich konstatieren, dass die wenigsten mit 65 Jahren aus der sozialversicherungspflichtigen Vollerwerbstätigkeit direkt in den Altersrentenbezug gleiten. Das Eintreten in den Ruhestand verläuft zunehmend schrittweise, als ein langjähriger Prozess, der von flexiblen und teils prekären Übergangsformen geprägt ist. Wann und auf welche Weise der Eintritt in den Ruhestand erfolgt, ist indes nicht nur abhängig von individuellen Entscheidungen, sondern von den sozialpolitischen Rahmenbedingungen (Zähle und Möhring 2010). So finden wir heute eine ausdifferenzierte Landschaft mit Teilzeitmodellen, geringfügiger Beschäftigung und einer durch die schwierige Beschäftigungssituation Älterer bedingten hohen Erwerbslosenquote insbesondere der über 60-Jährigen.

Ein zunehmender Rückzug in die Gruppe derer, die nicht erwerbsarbeiten und nicht arbeitssuchend gemeldet sind (zum Beispiel Hausfrauen), ist zu beobachten. Gleichzeitig

55 bis unter 65 J.	Bevölkerung	Land- und Forstwirtschaft	Produzierendes Gewerbe	Handel, Gastgewerbe, Verkehr	Sonstige Dienstleistungen
<b>Gesamt</b>	9.813	150	1.511	1.147	2.676
<b>OMH</b>	8.308	141	1.250	986	2.382
<b>MMH</b>	1.505	9	261	161	294

OMH = ohne Migrationshintergrund; MMH = mit Migrationshintergrund

Tab. 18: Beteiligung am Erwerbsleben nach Wirtschaftsbereich (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010b, S. 256 f., nach Mikrozensus 2009)



55–65 Jahre	Bevölkerung		Erwerbstätigkeit/ Berufstätigkeit		ALG I		Rente, Pension	
	m	w	m	w	m	w	m	w
<b>Gesamt</b>	4.846	4.967	2.910	2.042	120	88	1.233	1.282
<b>OMH</b>	4.105	4.203	2.523	1.777	93	73	1.068	1.110
<b>MMH</b>	741	764	387	265	27	15	165	172

55–65 Jahre	Unterstützung durch Angehörige		Vermögen, Vermietung, Zinsen		Laufende Hilfen zum Lebens- unterhalt		Leistungen nach Hartz IV: ALG II, Sozialgeld		Sonstige Unter- stützung
	m	w	m	w	m	w	m	w	m/w
<b>Gesamt</b>	108	1.195	71	47	31	30	340	265	54
<b>OMH</b>	84	994	63	42	22	21	224	170	45
<b>MMH</b>	24	201	8	5	8	9	116	95	9

OMH = ohne Migrationshintergrund; MMH = mit Migrationshintergrund

Tab. 19: Überwiegender Lebensunterhalt (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010b, S. 236 f., nach Mikrozensus 2009)

55 bis unter 65 Jahre	Bevölkerung	Nichterwerbs- personen	Erwerbspersonen		
			Gesamt	Davon erwerbstätig	Davon erwerbslos
<b>Gesamt</b>	9.813	3.854	5.959	5.483	475
<b>OMH</b>	8.308	3.200	5.108	4.758	351
<b>MMH</b>	1.501	653	848	723	125

55 bis unter 65 Jahre	Stellung im Beruf				
	Selbstständig	Mithelfende Familienangestellte	Beamte und Beamtinnen	Angestellte	Arbeiter und Arbeiterinnen
<b>Gesamt</b>	794	49	437	2.799	1.404
<b>OMH</b>	709	44	426	2.515	1.063
<b>MMH</b>	85	–	11	283	340

OMH = ohne Migrationshintergrund; MMH = mit Migrationshintergrund

Tab. 20: Beteiligung am Erwerbsleben (nach ILO, siehe unten), Stellung im Beruf (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010b, S. 265 f., nach Mikrozensus 2009)

hat in der Altersgruppe der Anteil derer zugenommen, die trotz des Bezugs von Altersrente erwerbstätig bleiben – oder (wieder) werden – und ihre Rente aufstocken.

Die Tabellen 18 bis 20 auf den Seiten 70 und 71 geben einen ersten Einblick in die Erwerbsbeteiligung in der Altersgruppe: Sie zeigen die Bezugsquellen des überwiegenden Lebensunterhalts, die Beteiligung am Erwerbsleben nach Wirtschaftsbereich sowie die Stellung im Beruf.

## 5.1 Erwerbstätigenquote

Ein Anstieg der Erwerbstätigenquote der Älteren ist erklärtes EU-Ziel. 2001 beschlossen die EU-Staaten die Vorgabe, im Jahr 2010 sollte die Hälfte der 55- bis 64-Jährigen erwerbstätig sein. Vor diesem Hintergrund sind die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug erhöht worden.<sup>25</sup> Der Ersatz der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente durch die zweistufige Erwerbsminderungsrente erschwert den Rückzug aus dem Erwerbsleben aus gesundheitlichen Gründen. Auch die Hartz-Reformen, die zwischen 2002 und 2005 implementiert wurden, drängen bei Arbeitslosigkeit zur Wiederaufnahme einer Beschäftigung (vgl. zum Überblick über die Reformen Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 119 f.).

Auf den ersten Blick (siehe Abbildung 8) lässt sich durchaus der gewünschte Anstieg der Erwerbstätigenquote erkennen: 2009 zählt der Mikrozensus (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 90) in der Altersgruppe 55–65 insgesamt 5.484.000 Erwerbstätige nach dem Labour-Force-Konzept der ILO<sup>26</sup>. Das entspricht einer Erwerbstätigenquote von 56,1 % in der gesamten Altersgruppe. Dieser Anstieg ist auch auf einen demografischen Effekt zurückzuführen, da in den vergangenen Jahren überwiegend stark besetzte Geburtsjahrgänge die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen erreicht und so zum Anstieg der Erwerbstätigenquote in dieser Gruppe beigetragen haben. Die Quote sinkt mit zunehmendem

---

25 Infolge des „Altersgrenzenanpassungsgesetzes“ von 2007 wird mit Wirksamkeit ab 2012 die Altersgrenze sukzessive weiter nach hinten verlagert. Das heißt, dass die Regelaltersgrenze von 2012 an bis zum Jahr 2029 stufenweise auf 67 Jahre angehoben wird. Die Anhebung erfolgt zunächst um einen Monat pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 65 auf 66 Jahre) und dann ab Jahrgang 1959 um zwei Monate pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 66 auf 67 Jahre). Von der Änderung sind somit alle Geburtsjahrgänge ab dem Geburtsjahrgang 1947 betroffen. Für alle ab 1964 Geborenen gilt die Regelaltersgrenze 67 Jahre.

26 Das ILO-Konzept zählt bereits Personen als erwerbstätig, die in einem einwöchigen Berichtszeitraum „wenigstens eine Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmer einschl. Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfende Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben.“ (Statistisches Bundesamt 2010b, S. 81). Nach dieser Definition müssen Erwerbslose nicht arbeitslos gemeldet sein.

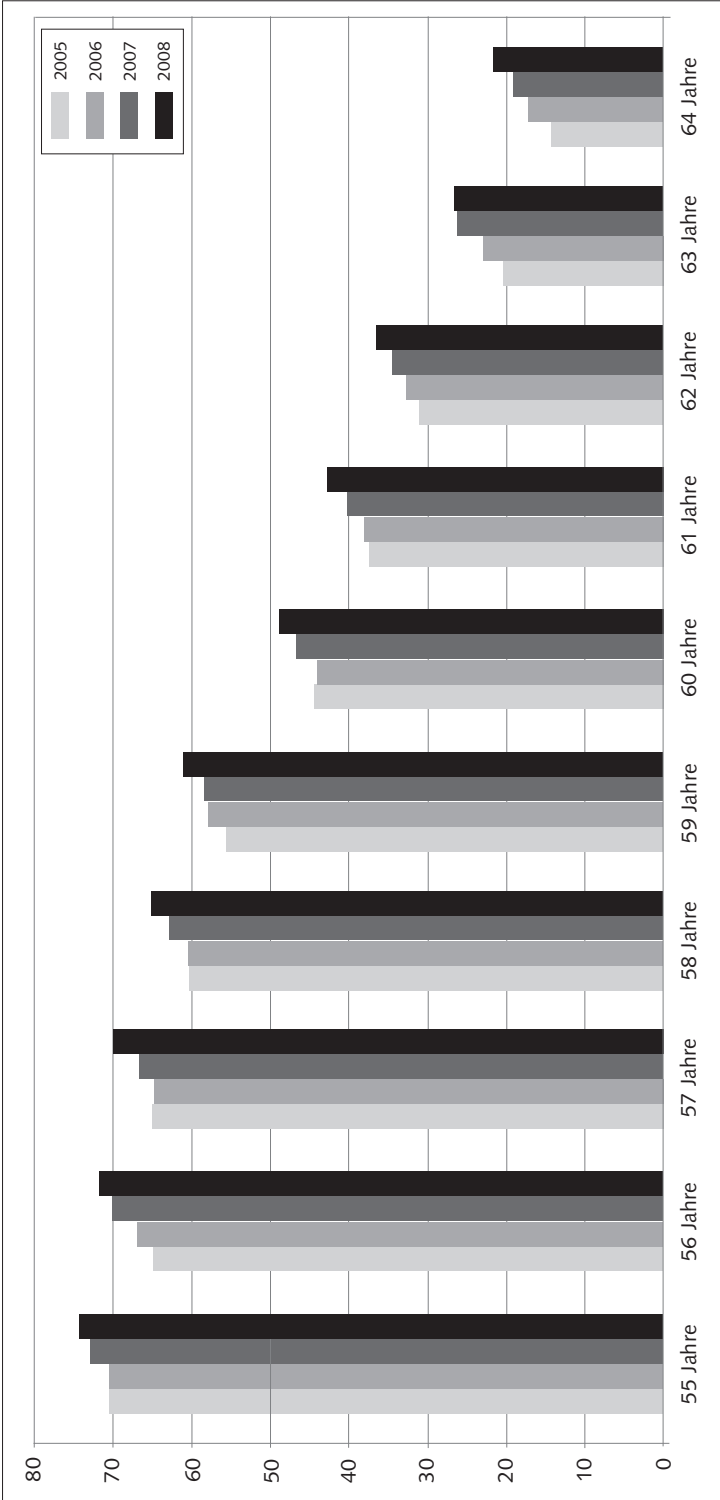


Abb. 8: Erwerbstätigenquoten nach Altersjahren 2005–2008 (Erwerbstätige in Prozent der Bevölkerung gleichen Alters). Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Fachserie 1, Reihe 4.1.1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit (verschiedene Jahrgänge), in: Bäcker et al. 2010, S. 11).

Alter deutlich: In der Altersgruppe der 55- bis 60-Jährigen sind noch 3.803.000 Personen erwerbstätig, in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen sinkt die Zahl dann auf 1.681.000 Personen (ebd.).

Erhebungen über Erwerbstätigkeit nach dem ILO-Konzept betrachten auch marginale und unregelmäßige Tätigkeiten als Erwerbstätigkeit. Insofern lassen sie nur wenige Rückschlüsse auf den tatsächlichen Charakter der Beschäftigungsverhältnisse älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen zu. Bäcker et al. (2010) geben bezüglich ihrer Interpretation einiges zu bedenken. Sie betonen die rasch abnehmende Erwerbstätigenquote der über 60-Jährigen: 2008 sind im Alter von 64 Jahren Männer nur noch zu 28 % und Frauen zu 14,5 % erwerbstätig (ebd., S. 11).

### *Soziale Ungleichheit der Erwerbsbeteiligung*

Die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen ist durch soziale Ungleichheit geprägt. Die Erwerbstätigenquote von Migrantinnen und Migranten lag dem Mikrozensus 2008 zufolge in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen bei 47,3 %, das heißt knapp zehn Prozentpunkte unter der Quote der Gesamaltersgruppe.

Ausdrücklich verweisen Bäcker et al. (2010, S. 12) darauf, dass niedrigqualifizierte Ältere weitaus seltener erwerbstätig sind als höher qualifizierte Altersgenossen: Je niedriger der Qualifikationsgrad, desto geringer fällt die Erwerbsbeteiligung im Alter aus. So sind in der höheren Altersgruppe (60 bis unter 65 Jahre) nur noch knapp ein Viertel der Personen ohne einen beruflichen Abschluss erwerbstätig – starke Arbeitsbelastung (und wenige „kompensierende“ Ressourcen) und daraus resultierende gesundheitliche Probleme sowie ein erhöhtes Risiko zur Erwerbslosigkeit können hier eine Rolle spielen. Bei den Personen mit Hochschulabschluss liegt hingegen die Erwerbstätigenquote in dieser Altersgruppe mit 54,3 % mehr als doppelt so hoch.

Zum gleichen Befund kommen Naumann und Romeu Gordo (2010, S. 128), die herausarbeiten, dass Hochqualifizierte in stabiler Beschäftigung den Renteneintritt am besten hinauszuzögern vermögen. Analysen, basierend auf den Daten des Deutschen Alterssurveys, zeigen, dass Frauen mit niedrigem Bildungsniveau in den neuen Bundesländern die schlechtesten Chancen und umgekehrt gut gebildete Männer in den alten Bundesländern die besten Chancen zur Erwerbstätigkeit in das Alter hinein haben.

## 5.2 Erwerbsformen

In welchen Beschäftigungsverhältnissen die „Jungen Alten“ stehen, errechnet Martin Brussig auf Basis des Mikrozensus 2007 für den Altersübergangs-Report. Von den 55- bis 64-Jährigen, die überhaupt erwerbstätig sind, arbeiten 70,9 % in Vollzeit, 17,8 % in Teilzeit, 6,8 % in geringfügiger Beschäftigung, und 4,5 % kombinieren Erwerbstätigkeit und Transferleistungsbezug (Brussig 2010b, vgl. Anhang Abbildung 35). Die Vollzeitbeschäftigung ist dabei sozial ungleich verteilt: Für 2007 zeigen die Daten des Mikrozensus, dass 55- bis 64-Jährige mit hoher Qualifikation zu 80,8 %, mit mittlerer Qualifikation zu 70,9 % und mit niedriger nur zu 57,2 % in Vollzeit arbeiten. Niedrigqualifizierte arbeiten umgekehrt häufiger, nämlich zu 22,7 %, in Teilzeit sowie zu 13,8 % in geringfügiger Beschäftigung (Brussig 2010b, siehe Tabellenanhang, Tabelle 5).

Altersgruppe 56–64 Jahre	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	1996	2001	2006	1996	2001	2006
<b>Männer</b>						
<i>Insgesamt</i>	100	100	100	100	100	100
Erwerbstätig <sup>1</sup>	53	49	63	37	41	42
Vollzeit	52	43	53	34	34	36
Teilzeit	2	6	6	3	7	4
Altersteilzeit <sup>2</sup>	–	–	4	–	–	2
Nicht erwerbstätig	47	51	37	63	59	58
Arbeitslos gemeldet <sup>3</sup>	13	9	9	20	20	13
Sonstige: Nicht erwerbstätig	34	42	28	44	39	45
<b>Frauen</b>						
<i>Insgesamt</i>	100	100	100	100	100	100
Erwerbstätig	33	38	45	20	28	35
Vollzeit	18	18	19	13	20	14
Teilzeit	15	19	22	7	9	18
Altersteilzeit	–	–	4	–	–	3
Nicht erwerbstätig	67	62	55	31	72	64
Arbeitslos gemeldet	6	6	6	16	17	15
Sonstige: Nicht erwerbstätig	61	57	49	65	55	50

5

1 Nichterwerbstätige (d. h. auch Arbeitslose) mit Nebenerwerbstätigkeit werden als Erwerbstätige ausgewiesen.

2 Altersteilzeit nur 2006 erfragt.

3 Arbeitslose ohne jegliche Arbeitsmarktbeteiligung.

Tab. 21: Arbeitsmarktbeteiligung in Ost- und Westdeutschland, Altersgruppe 56–64 Jahre. Alle Angaben sind querschnittsgewichtet. Datenbasis: Sozioökonomisches Panel 1996, 2001, 2006 (Quelle: Statistisches Bundesamt et al. 2008, S. 124).

In absoluten Zahlen ist die stark gestiegene Zahl von Teilzeitbeschäftigten im Alter auffällig. Sind 2001 ca. 550.000 Personen zwischen 55 und 64 Jahren teilzeitbeschäftigt, so sind es 2007 knapp 900.000, gerechnet jeweils ohne Minijobs und Transferleistungsbezug (Brussig 2010b, S. 3).

Tabelle 21 auf Seite 75 zeigt die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen und Männern (56–64 Jahre) in Ost- und Westdeutschland, differenziert nach Erwerbsformen, auf Basis von SOEP<sup>27</sup>-Daten für die Jahre 1996, 2001 und 2006. Sie zeigt u. a. die deutlich geringere Erwerbsbeteiligung in den neuen Bundesländern.

## 5.3 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Vergleicht man die Erwerbstätigenzahlen nach dem ILO-Konzept mit den Daten zur sozialversicherungspflichtigen bzw. geringfügigen Beschäftigung, ergibt sich ein detaillierteres Bild der Situation älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen. Die Zahl sozialversicherungspflichtig beschäftigter „Jüngerer“ insgesamt ist in den letzten zehn Jahren angestiegen. In der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen sind 2009 3.681.676 Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Statistisches Bundesamt: Beschäftigungsstatistik 2009, siehe Tabelle 22). Dies entspricht einer Quote von 37,5 %. Während in der Altersgruppe 55 bis unter 60 Jahre etwa 2,6 Millionen Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sinkt die Zahl in der Altersgruppe 60–65 auf etwa eine Million – dies entspricht nur noch einem knappen Viertel (24,2 %) der Altersgruppe (Bäcker et al. 2010, S. 14).

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen am 31.12.2009			
Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt	Männlich	Weiblich
45 bis 50	4.134.113	2.206.641	1.927.472
50 bis 55	3.368.930	1.769.083	1.599.847
55 bis 60	2.626.485	1.390.665	1.235.820
60 bis 65	1.055.191	618.597	436.594
65 und mehr	138.233	91.900	46.333

Tab. 22: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter (Quelle: Statistisches Bundesamt: Beschäftigungsstatistik 2009, Auswertungen aus der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Vorläufiges Ergebnis. Einschließlich der Personen „ohne Angabe“.)

<sup>27</sup> SOEP = Sozioökonomisches Panel

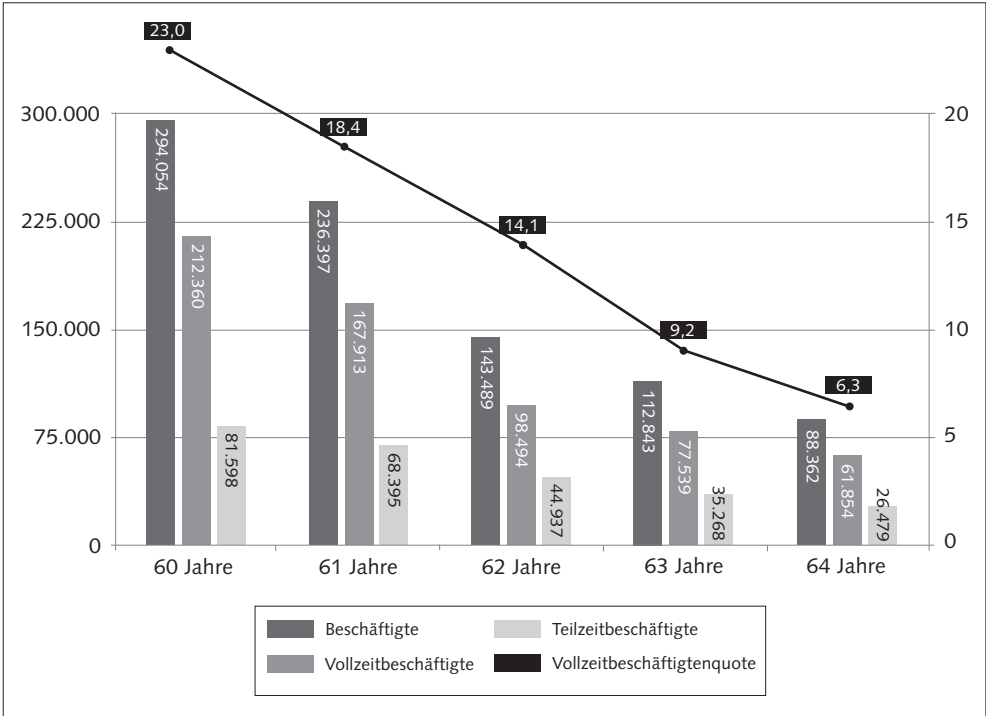


Abb. 9: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Voll- und Teilzeit (nach Altersjahren und in Prozent der Bevölkerung, Stand Juni 2008) (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, in: Bäcker et al. 2010, S. 16)

Besonders stark bricht der Anteil der versicherungspflichtig Beschäftigten in der Altersgruppe der 63- und 64-Jährigen ein: Es lassen sich nur noch etwa 100.000 Arbeitnehmer und -nehmerinnen jeweils in diesen beiden Altersgruppen zählen, davon sind ein gutes Viertel Teilzeitbeschäftigte (Bäcker et al. 2010, S. 15). Wie Abbildung 9 zeigt, sinkt die Vollzeitbeschäftigtenquote auf 9,2 % (63 Jahre) bzw. 6,3 % (64 Jahre).

Die Anzahl der 64-jährigen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Migrationshintergrund wird nach dem Mikrozensus 2008 mit rund 13.000 Personen angegeben, hiervon etwa zwei Drittel in Vollzeitbeschäftigung (Bundesregierung 2010, S. 31). Hinsichtlich des beruflichen Status von Männern und Frauen direkt vor dem Übergang in die Altersrente (unabhängig vom Alter beim Renteneintritt) zeigen sich nur geringe Unterschiede. Rund 20 % der Männer (alte sowie neue Bundesländer) und 19,7 % (alte Bundesländer) bzw. 18,3 % (neue Bundesländer) der Frauen stehen in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis (ebd., S. 32). Als sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden bei diesen Zahlen auch jene Arbeitnehmer und -nehmerinnen gezählt, die sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit nach dem Block-

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>55- bis unter 60-Jährige</b>									
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	2.143	1.958	1.918	1.894	1.918	2.021	2.198	2.361	2.517
Ohne wegen Altersteilzeit Freigestellte	2.038	1.807	1.729	1.685	1.671	1.756	1.917	2.078	2.254
<b>60- bis unter 64-Jährige</b>									
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	623	676	727	745	781	778	737	799	875
Ohne wegen Altersteilzeit Freigestellte	567	564	590	576	569	553	494	545	610

Tab. 23: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit und ohne Personen in der Freistellungsphase der Altersteilzeit, in Tausend (Quelle: Deutscher Bundestag 2010, S. 195 und 162, in: Bäcker et al. 2010, S. 17)

Modell befinden, also faktisch nicht mehr berufstätig sind. Das Block-Modell ermöglicht es, in der ersten Hälfte der Altersteilzeit mit unveränderter Arbeitszeit weiter zu arbeiten, um in der zweiten Hälfte in eine Vollfreistellung zu kommen. Insgesamt befanden sich nach der Statistik der Bundesagentur für Arbeit Ende 2008 rund 530.000 Personen in Altersteilzeit (Bundesregierung 2010, S. 91).

Um herauszufinden, wie viele Ältere real einer Beschäftigung nachgehen, müssen die Beschäftigungsdaten bezüglich der Altersteilzeit differenziert betrachtet werden. In der Altersgruppe 60–65 Jahre befanden sich im Jahr 2008 immerhin 35,9% der versicherungspflichtig Beschäftigten in der Freistellungsphase nach dem Block-Modell (Bäcker et al. 2010, S. 15). Tabelle 23 stellt die Summe der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in das Verhältnis zu den freigestellten Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen.

## 5.4 Geringfügig Beschäftigte

Viele der erwerbstätigen älteren Arbeitnehmer und -nehmerinnen üben nur einen Mini-job aus; im März 2010 (Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigungsstatistik 2010) sind das in der Altersgruppe „55 bis unter 60 Jahre“ 561.515 Personen (davon 398.909 ausschließlich geringfügig entlohnt beschäftigt) und in der Altersgruppe „60 bis unter 65 Jahre“ 467.830 Personen (davon 396.903 ausschließlich geringfügig entlohnt beschäftigt).



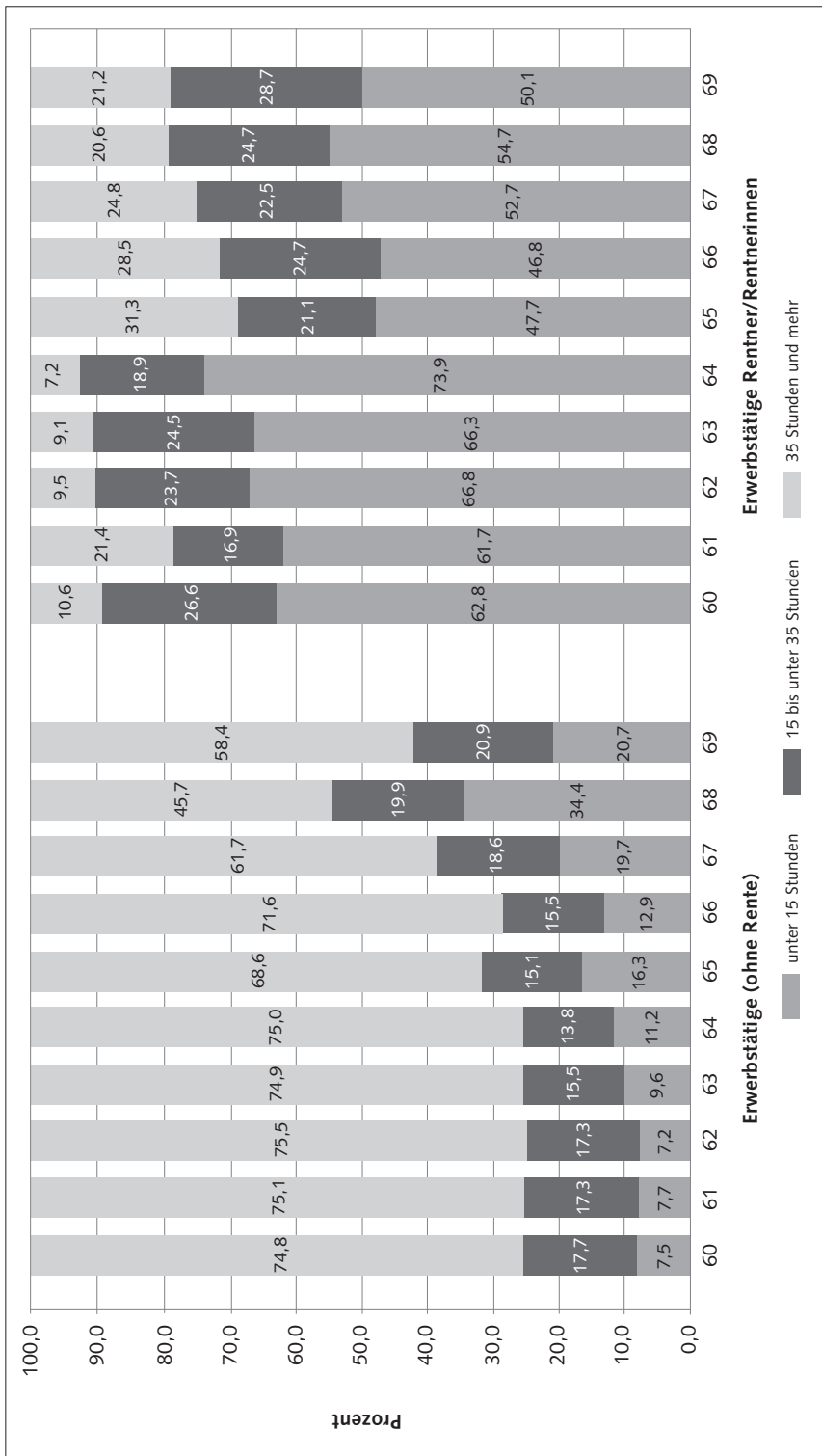


Abb. 10: Regelmäßige Wochenarbeitszeit von Erwerbstätigen im Rentenalter (60–69 Jahre) (Quelle: Brüssig 2010b, S. 12)

Es gilt zu bedenken, dass sich unter den Erwerbstätigen oberhalb von 60 Jahren auch Rentnerinnen und Rentner befinden, die ihre Rente durch einen Zuverdienst aufstocken. Allerdings ist unbekannt, ob sie ihre Minijobs bereits vor Beginn des Rentenbezugs ausgeübt und beibehalten haben oder ob die Arbeit nach dem Rentenbeginn aufgenommen wurde. Ob aus finanzieller Not oder mit dem Motiv des Wunsches nach Erwerbspartizipation parallel zum Rentenbezug gearbeitet wird, bleibt ebenso im Dunkeln (vgl. Bäcker et al. 2010, S. 14).

Abbildung 10 auf Seite 79 zeigt differenziert nach Altersgruppen, wie viele Wochenstunden von jenen gearbeitet werden, die trotz Erreichens des Rentenalters noch (oder wieder) erwerbstätig sind.

## 5.5 Erwerbslose/Arbeitslose

Der Verlust des Arbeitsplatzes kann ebenso wie die Arbeitslosigkeit selbst für die Betroffenen zu enormen psychosozialen Belastungen führen und muss folglich auch als gesundheitlicher Risikofaktor eingestuft werden (vgl. Holleder 2010, Kieselbach 2007, RKI 2005, Schunck und Rogge 2010). Arbeitslosigkeit kann nicht nur ökonomische Unsicherheit, sondern auch den Verlust sozialer Bindungen, von Anerkennung, Status und Selbstwertgefühl, schließlich von strukturgebenden Abläufen bedeuten und mit Stigmatisierung und Schamgefühlen einhergehen.

Analog zur Erfassung von Erwerbstätigkeit kommen auch bei den Erhebungen von Erwerbslosigkeit verschiedene Messgrößen und Definitionen zum Einsatz. Dies erklärt die abweichenden Zahlen der Bundesagentur für Arbeit (die von Arbeitslosen spricht) und des Statistischen Bundesamts, das auch wegen der internationalen Vergleichbarkeit nach dem ILO-Konzept vorgeht, das von Erwerbslosen spricht (vgl. zum Überblick über Konzepte und Messgrößen auch Menning et al. 2007).

In der Betrachtung der Erwerbsbeteiligung Älterer gilt es zu beachten, dass nur ein geringer Teil Älterer ohne Arbeit als arbeitslos bzw. in den Berechnungen nach dem ILO-Konzept als erwerbslos in Erscheinung tritt. Viele Ältere ziehen sich, ob gewollt oder ungewollt, vom Arbeitsmarkt zurück und gelten als Nichterwerbspersonen: Von 9.813.000 Angehörigen der Altersgruppe 55–65 betrifft das 2009, berechnet nach dem ILO-Konzept, 3.854.000 Personen. Das heißt, dass knapp 40 % der Altersgruppe als Nichterwerbspersonen registriert sind (Statistisches Bundesamt 2010b, S. 265 f., vgl. auch Tabelle 20: Beteiligung am Erwerbsleben). In den Berechnungen von Arbeitslosigkeit spielen sie keine Rolle.

## Entwicklung der Arbeitslosigkeit von Älteren

Seit 2007 ist der Anteil der älteren Arbeitslosen an allen Arbeitslosen deutlich angestiegen (Bäcker et al. 2010, S. 27), nachdem er zuvor gesunken war und 2004 einen Tiefpunkt erreicht hatte (vgl. Abbildung 11). Der erneute signifikante Anstieg wird vor allem zurückgeführt auf das Auslaufen von Instrumenten, durch die zuvor die registrierte Arbeitslosigkeit Älterer gedämpft worden war: Altersteilzeitregelungen, die Möglichkeiten zum vorzeitigen Rentenbezug (mit den Jahren mit steigenden Abschlägen) sowie die „58er-Regelung“<sup>28</sup> für Empfängerinnen und Empfänger von ALG II/„Hartz IV“.

Vergleicht man die alten und die neuen Bundesländer, so zeigt sich, dass dieser Anstieg besonders die Älteren im Osten Deutschlands trifft (vgl. Abbildung 12 auf Seite 82).

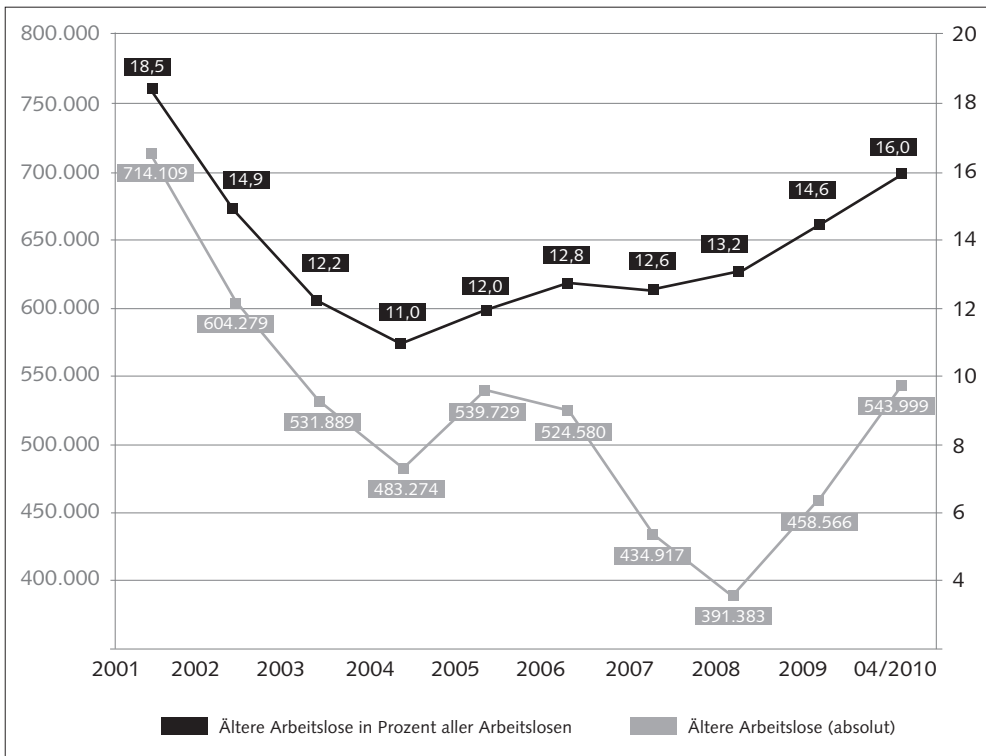


Abb. 11: Ältere Arbeitslose (55 bis unter 65 Jahre) 2001–2010 (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktstatistik, in: Bäcker et al. 2010, S. 27)

28 Die „58er“- , manchmal auch „59er-Regelung“, ermöglichte Beziehern und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II den Übergang in eine abschlagsfreie Rente und nahm diese zugleich aus der Arbeitslosenstatistik heraus. Sie ist zum Jahr 2008 ausgelaufen.

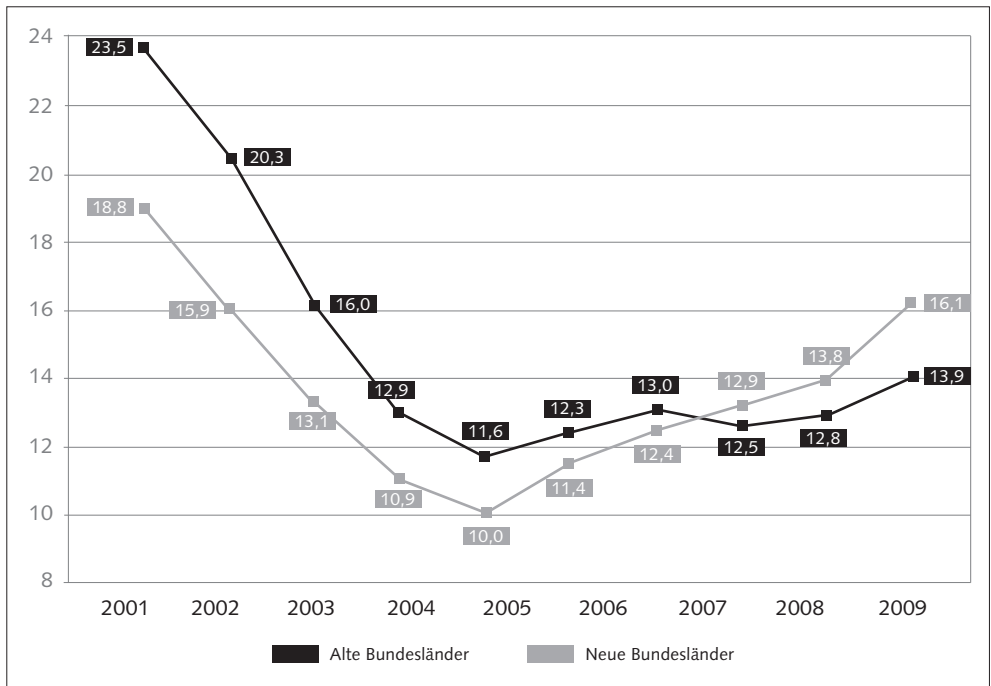


Abb. 12: Ältere Arbeitslose (55 bis unter 65 Jahre) in den neuen und alten Bundesländern 2001–2009, in Prozent aller Arbeitslosen (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktstatistik, in: Bäcker et al. 2010, S. 29)

### *Registrierte ältere Arbeitslose in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit*

Als Arbeitslose sind in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit im April 2010 in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen 543.999 Personen registriert (Bäcker et al. 2010, S. 27). Die Arbeitslosenquote liegt bei 9,4% der Altersgruppe. Am Gesamtanteil aller Arbeitslosen stellen die Angehörigen der Altersgruppe 16%. Über die Hälfte von ihnen, insgesamt 214.851 Personen, sind Langzeitarbeitslose, das entspricht einem Anteil von 56,6% an den Arbeitslosen der Altersgruppe (im März 2010, siehe Abbildung 13).

Der Anteil von Frauen und Männern an den registrierten Arbeitslosen hält sich fast die Waage. Alarmierend sind jedoch die Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern: 7,6% der westdeutschen älteren Arbeitslosen an der Altersgruppe stehen 16,9% von ostdeutschen Arbeitslosen gegenüber (Bäcker et al. 2010, S. 27).

Als arbeitslos sind in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit Personen erfasst, „die keine Beschäftigung haben oder weniger als 15 Wochenstunden arbeiten, eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung suchen. Sie müssen dabei den Vermittlungsbemühungen der Arbeitsagenturen oder der zugelas-

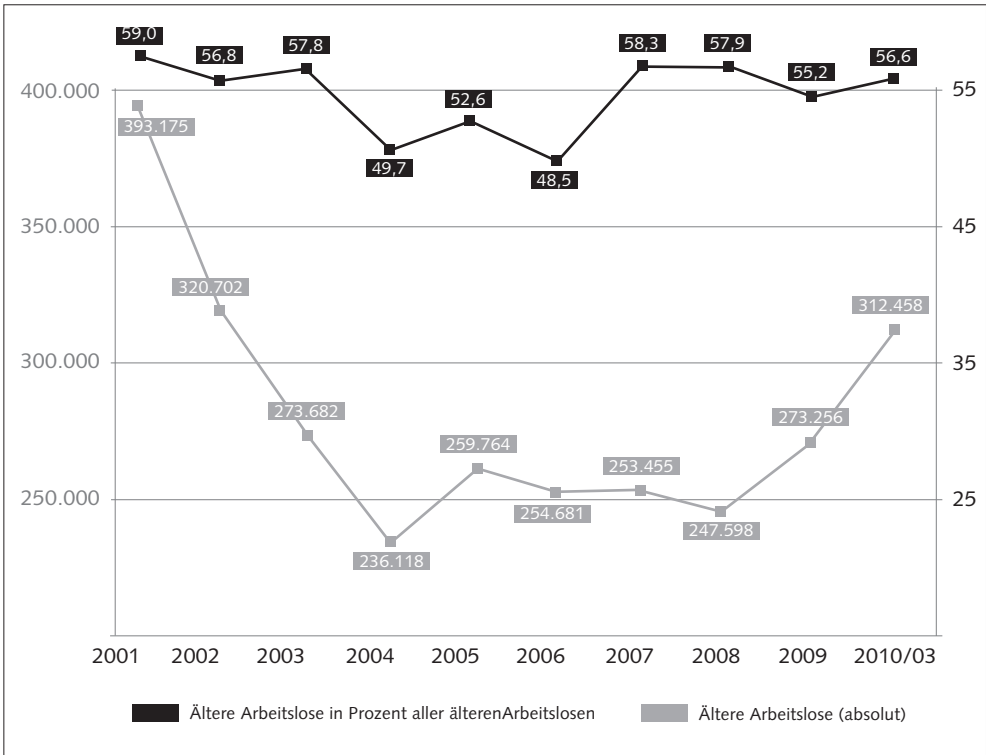


Abb. 13: Ältere Langzeitarbeitslose (55 bis unter 65 Jahre) 2001–2010, absolut und in Prozent aller älteren Arbeitslosen (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 30)

5

senen kommunalen Träger zur Verfügung stehen.“ (Statistisches Bundesamt 2010a, S. 80) Umfasst mit dem Begriff „Arbeitslose“ sind demzufolge sowohl Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld/ALG I (als Leistung der Arbeitslosenversicherung nach SGB III; der Bezug endet nach zwölf Monaten) als auch von Arbeitslosengeld/ALG II („Grundsicherung für Arbeitsuchende“ nach SGB II, umgangssprachlich „Hartz IV“). Leistungen nach SGB II sind „nachrangig“, das heißt, zu ihrem Bezug ist erst berechtigt, wer alle anderen Möglichkeiten zur Sicherung des Unterhalts ausgeschöpft hat, also kein Vermögen besitzt und nicht durch eine meist familiäre „Bedarfsgemeinschaft“ unterstützt werden kann.

Nicht als arbeitslos erfasst werden Menschen, die in „arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen“ mehr als 15 Wochenstunden arbeiten, Weiterbildungen absolvieren oder ergänzend Leistungen des Jobcenters nach SGB II erhalten, um ihr geringes Einkommen bzw. geringes Arbeitslosengeld I (als Leistung der Arbeitslosenversicherung nach SGB III) durch die „Grundsicherung für Arbeitsuchende“/ALG II auf das Niveau der Grundsiche-

Jahr	Ältere Arbeitslose absolut	59er-Regelung	In Prozent aller Arbeitslosen	Ältere Arbeitslose im Rechtskreis SGB II – Anteil an allen älteren Arbeitslosen	Ältere Langzeitarbeitslose		Arbeitslosenquote (zivile Erwerbspersonen)
					Absolut*	In % der ält. Arbeitslosen	
2001	714.109	224.979	18,5	-	435.160	60,9	
2002	604.279	291.521	14,9	-	353.128	58,4	
2003	531.889	370.693	12,2	-	291.936	54,9	
2004	483.274	395.384	11,0	-	267.691	55,4	
2005*	539.729	233.195	12,0	-	281.678	52,2	
2006*	524.580	255.518	12,8	48,3	299.135	57,0	
2007*	434.917	233.195	12,6	53,4	253.455	58,3	
2008*	391.383	129.306	13,2	56,2	193.318	45,2	7,9
2009*	458.566	28.556	14,6	51,4	191.538	49,4	8,7
4/2010*	543.999		16,0	51,4	214.851	56,6	9,4

\* Ab 2005. Ohne Daten der zugelassenen kommunalen Träger („Optionskommunen“). Untererfassung um etwa 9%.

Tab. 24: Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen (55 bis unter 65 Jahre) 2001–2010 (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 30)

Seite 85:

Tab. 25: Beschäftigte nach Ausbildung und Arbeitslose nach Schulabschluss (Quelle: Bundesregierung 2010, S. 17)

Ausbildung	Beschäftigte am 30. Juni 2009					
	Insgesamt		60 bis unter 63 Jahre		63 bis unter 65 Jahre	
	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %
	1	2	3	4	5	6
<i>Insgesamt</i>	27.380	100,0	809	100,0	187	100,0
Volks-, Haupt-, Realschule ohne Berufsausbildung	3.365	12,3	105	13,0	24	12,7
Volks-, Haupt-, Realschule mit Berufsausbildung	14.643	53,5	496	61,3	108	57,9
Abitur ohne Berufsausbildung	538	2,0	4	0,4	1	0,5
Abitur mit Berufsausbildung	1.330	4,9	19	2,4	5	2,6
Fachhochschulabschluss	1.050	3,8	33	4,0	8	4,5
Hochschulabschluss	1.808	6,6	52	6,4	16	8,8
Ausbildung unbekannt	4.645	17,0	100	12,4	24	12,8

Schulabschluss	Arbeitslose im Jahresdurchschnitt 2009 <sup>1</sup>					
	Insgesamt		60 bis unter 63 Jahre		63 bis unter 65 Jahre	
	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %
	1	2	3	4	5	6
<i>Insgesamt</i>	3.140	100,0	67	100,0	19	100,0
Kein Schulabschluss	502	16,0	5	7,6	2	8,8
Hauptschulabschluss	1.287	41,0	35	51,4	10	49,4
Mittlere Reife	872	27,8	15	22,8	4	20,6
Abitur/Fachhochschulreife	423	13,5	11	15,6	3	18,0

1. Auswertungen basieren ausschließlich auf Daten aus dem IT-Fachverfahren der BA, also ohne zugelassene kommunale Träger.

rung aufzustocken (vgl. zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und Unterbeschäftigung Tabelle 68 im Anhang).

Bezieht man letzteren, bei den Agenturen für Arbeit registrierten Personenkreis ein, meldet die Bundesagentur für Arbeit im April 2010 7,5 % aller über 55-Jährigen als erwerbsfähige Hilfebedürftige in der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“, einschließlich der „Aufstocker“. In absoluten Zahlen sind dies 731.944 Frauen und Männer über 55 Jahre, die „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ erhalten (Bundesagentur für Arbeit 2010, S. 12). Damit stellen die über 55-Jährigen 14,6 % aller erwerbsfähigen Hilfebedürftigen des Monats April 2010.

Der Anspruch auf „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ endet aktuell spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres, weil ab dann<sup>29</sup> ein Altersrentenbezug bzw. (bei fehlendem Rentenanspruch oder zu geringer Rente) ein Übergang in den Bezug von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (nach SGB XII) erfolgt.

Tabelle 24 auf Seite 84 gibt einen Überblick über die Arbeitslosigkeit in der Altersgruppe und ihre Entwicklung.

Wir haben bereits auf die soziale Differenzierung in der Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen hingewiesen. Wie Tabelle 25 auf Seite 85 der Bundesagentur für Arbeit mit Blick auf die 60- bis 65-Jährigen zeigt, wird der Großteil der Arbeitslosen in dieser Altersgruppe durch Ältere mit Hauptschulabschluss gestellt.

### *Chancen auf Wiederaufnahme von Beschäftigung*

Ältere Arbeitslose weisen eine niedrige Wiedereingliederungsquote auf: Tatsächlich gelingt es ihnen selten, die Arbeitslosigkeit durch eine Wiederaufnahme von Beschäftigung zu überwinden. Wie Abbildung 14 zeigt, gelang dies im Jahr 2009 laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit 24,2 % der Arbeitslosen über 55 Jahre (Bäcker et al. 2010, S. 32). Der größte Teil der älteren Arbeitslosen zieht sich dagegen vom Arbeitsmarkt zurück, oft durch Wechsel in den (frühzeitigen) Altersrentenbezug.

Von den 60- bis 65-jährigen registrierten Arbeitslosen wechselten im Jahr 2009 25.502 Personen in eine Ausbildung oder nahmen an einer Arbeitsförderungsmaßnahme teil, dies sind mehr als in den Jahren zuvor (Bundesregierung 2010, S. 16).

---

29 Zum „Altersgrenzenanpassungsgesetz“ von 2007 vgl. Fußnote 25 auf Seite 72.



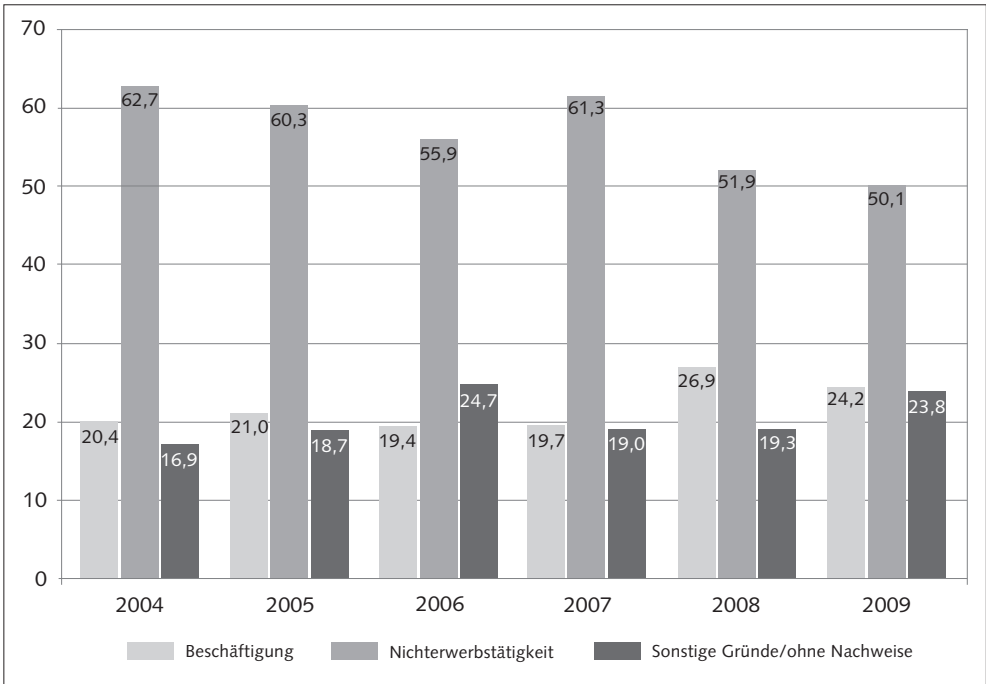


Abb. 14: Abgänge aus Arbeitslosigkeit der über 55-Jährigen (in Prozent) (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 32)



### Regionale Differenzierung von Arbeitslosigkeit

Wie Arbeitslosigkeit im Allgemeinen stellt sich auch die Arbeitslosigkeit Älterer regional differenziert dar. Abbildung 15 auf Seite 88 zeigt, dass und in welchen Regionen die durchschnittlichen Quoten deutlich überschritten werden. Dies sind nicht zwingend Regionen und Städte mit einer generell hohen Gesamtarbeitslosigkeit (Bäcker et al. 2010, S. 31). Insofern steht eine eingehende Prüfung der Faktoren aus, die kommunal bzw. regional die Teilhabe am Erwerbsleben der Älteren bestimmen.

### Gründe für die Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses

Gefragt nach den Gründen für die Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit, gibt in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 2007 etwa ein Drittel an, in den „Ruhestand aus gesundheitlichen oder anderen Gründen“ gegangen zu sein (vgl. auch den Abschnitt 4.6 im Kapitel „Gesundheitliche Lage“). Mehr als ein Viertel von ihnen ist entlassen worden. Bei der etwas älteren Gruppe der 60- bis 64-Jährigen fallen Pflege- und Betreuungsaufgaben mit mehr als 15 % dafür deutlicher ins Gewicht. 60 % von ihnen geben „Ruhestand aus gesundheitlichen oder anderen Gründen“ als wichtigsten Grund an. Auffällig ist indes, dass in den neuen Ländern wesentlich häufiger die Gründe „Entlassung“ sowie „Auslaufen eines befristeten Vertrags“ angegeben wurden. Zugleich wird wesentlich sel-

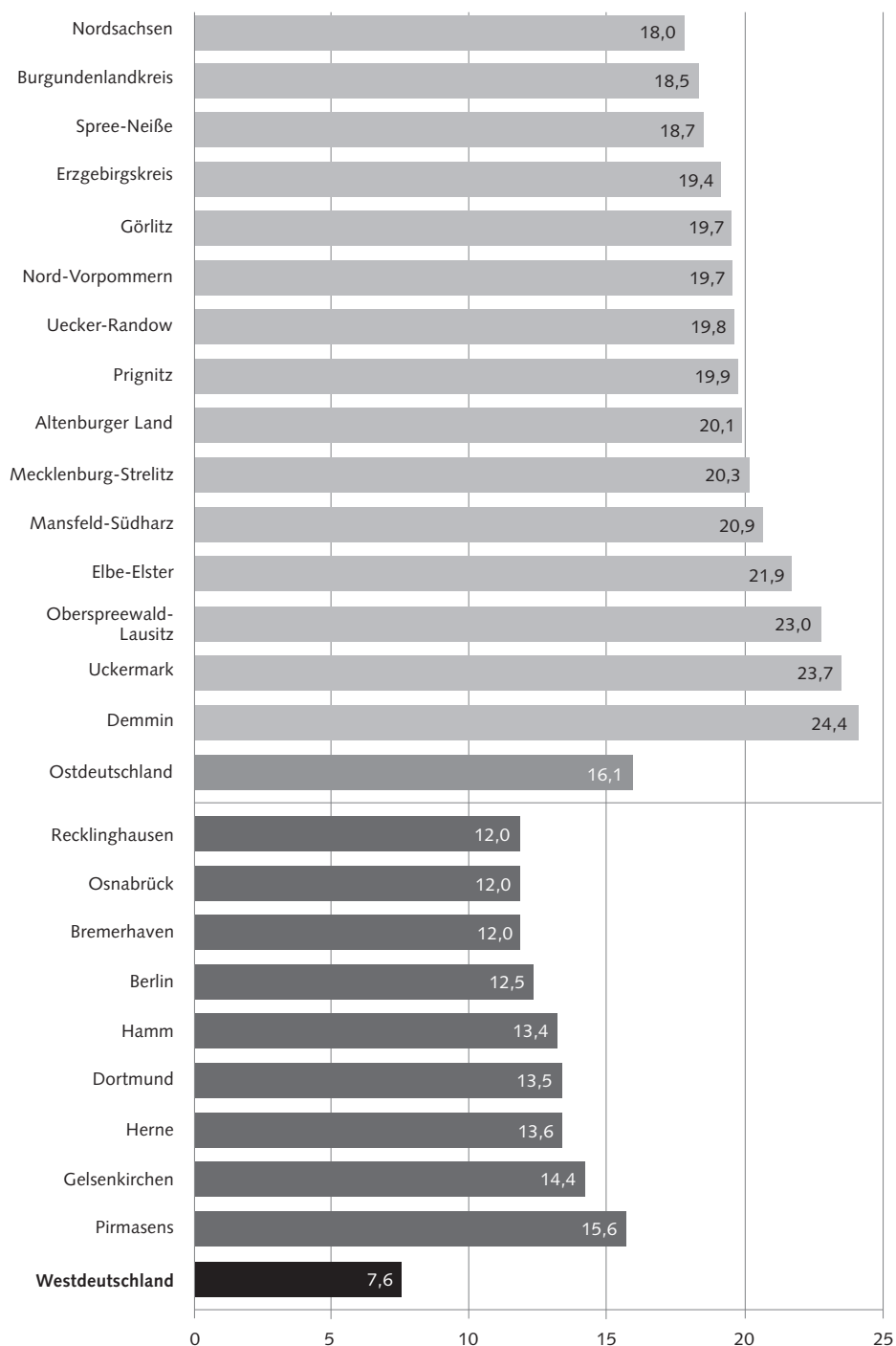
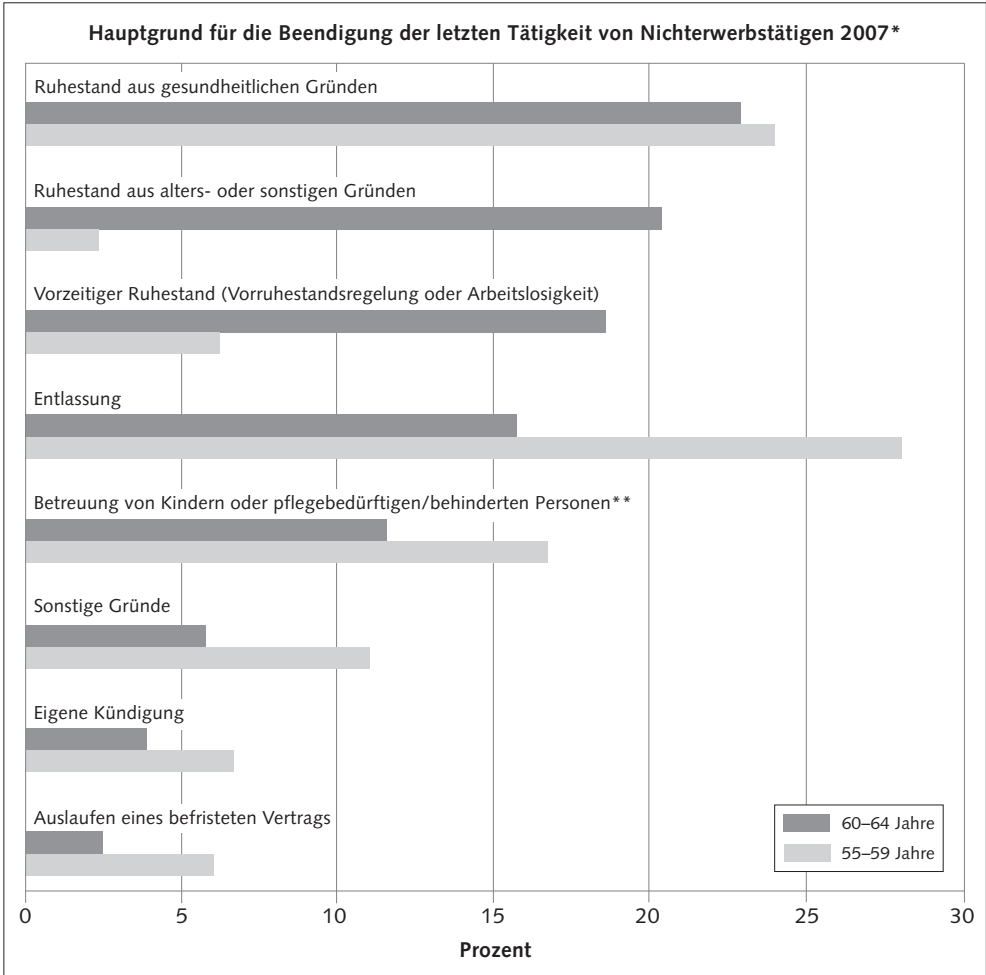


Abb. 15: Arbeitslosenquoten der 55- bis unter 65-Jährigen in ausgewählten Städten und Kreisen, April 2010 (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 31)



5

\* Anteil an allen Nichterwerbstätigen der jeweiligen Altersgruppe.

\*\* Einschließlich sonstiger persönlicher oder familiärer Verpflichtungen.

Abb. 16: Hauptgrund für Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit (Quelle: Mikrozensus in Abgrenzungen der EU-Arbeitskräfteerhebung. © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008, in: Puch 2009)

tener als Grund für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben angeführt, die „Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen/behinderten Personen“ zu übernehmen oder „Sonstige persönliche oder familiäre Verpflichtungen“ angeführt zu haben (Puch 2009). Dies könnte damit zusammenhängen, dass es in den neuen Bundesländern in vielen Familien erwerbslose Mitglieder gibt, die vorrangig für Hilfe und Pflege herangezogen werden.

Die genannten Gründe für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben lassen auf einen erhöhten Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie Gesundheit Älterer schließen. Die Zahlen zu entsprechenden betrieblichen Angeboten zeigen hier jedoch deutliche Lücken. Ältere Arbeitnehmer und -nehmerinnen sind in Maßnahmen der betrieblichen Weiterbildung und der betrieblichen Gesundheitsförderung unterrepräsentiert, und spezifische Maßnahmen für ältere Beschäftigte sind äußerst selten (Bellmann et al. 2007, vgl. auch Kapitel 4.6 auf Seite 59 „Gesundheit und Arbeit“).

## 5.6 Altersrenten

In der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen bestreiten 2.515.000 Personen, also ein gutes Viertel, ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus Rente bzw. Pension (vgl. Tabelle 18 auf Seite 70). Renteneintrittsalter und Berufsaustrittsalter sind dabei nur selten identisch: Die Aufgabe der (versicherungspflichtigen) Beschäftigung erfolgt in der Regel (weit) früher als der Eintritt in die Altersrente. Martin Brussig (2010c) gibt das durchschnittliche Erwerbsaustrittsalter, basierend auf Berechnungen von Eurostat im Jahr 2008, mit 61,7 Jahren an (Männer: 62,1; Frauen: 61,4 Jahre).

Das durchschnittliche Eintrittsalter in Altersrenten lag 2008, der Statistik der Deutschen Rentenversicherung zufolge, bei 63,2 Jahren: Für Männer bei 63,4 und für Frauen bei 63,0 Jahren (Deutsche Rentenversicherung 2009, S. 117 ff.). In den alten Bundesländern liegt es überdies ein Jahr höher als in den neuen; und in Regionen mit einer Arbeitslosigkeit von unter 5 % liegt das Altersrentenzugangsalter bei 63,1 Jahren, während es in Regionen mit einer Arbeitslosigkeit von über 10 % auf 62,8 Jahre sinkt (Bundesregierung 2010, S. 34).

Abbildung 17 zeigt die Entwicklung des Renteneintrittsalters für Altersrente und Erwerbsminderungsrente. Abbildung 18 auf Seite 92 zeigt das durchschnittliche Alter beim Erstbezug von Altersrenten im Kohortenvergleich nach Geschlecht (Geburtsjahrgänge 1904–1943).

---

30 „Die Daten entstammen aus der Rentenzugangstatistik der Deutschen Rentenversicherung. Ihr Aussagegewicht ist insofern eingeschränkt, als die Durchschnittswerte, die für die Kalenderjahre ausgewiesen werden, durch demografische Effekte verzerrt sein können. Ist zum Beispiel die Altersgruppe mit dem Lebensalter 65 Jahre stark, die Altersgruppe 63 Jahre hingegen schwächer besetzt, dann wird das Rentenzugangsgeschehen besonders häufig durch den Bezug der Regelaltersrente mit 65 Jahren geprägt. Das durchschnittliche Zugangsalter erhöht sich dadurch, ohne dass sich das Verhalten der Betroffenen verändert hat.“ (ebd.)

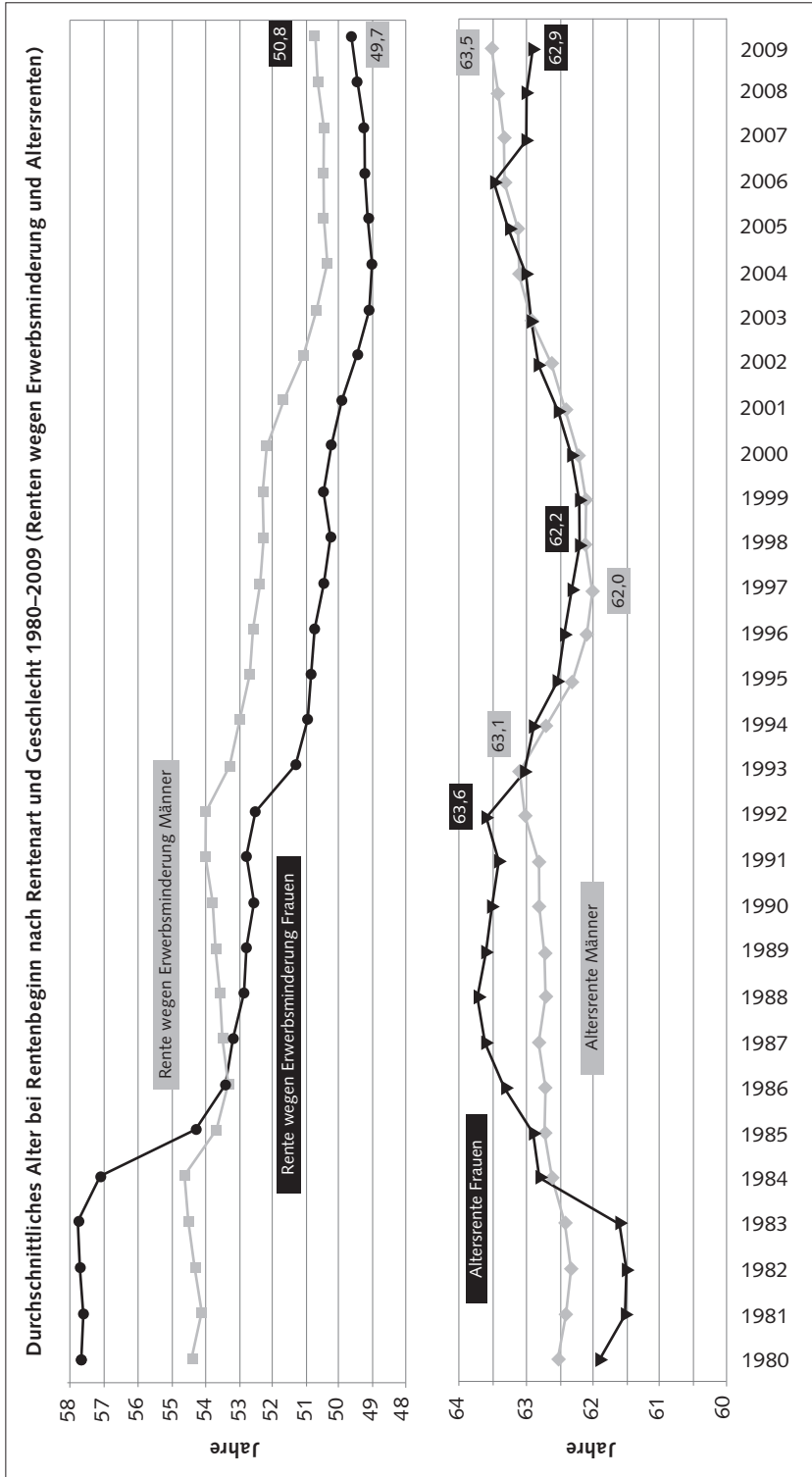


Abb. 17: Alter bei Rentenbeginn, Erwerbsminderungs- und Altersrenten, 1980–2009<sup>30</sup>. Bis 1993: Alte Bundesländer; ab 1993: Deutschland (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund [2010], Rentenversicherung in Zahlen, Berlin, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))



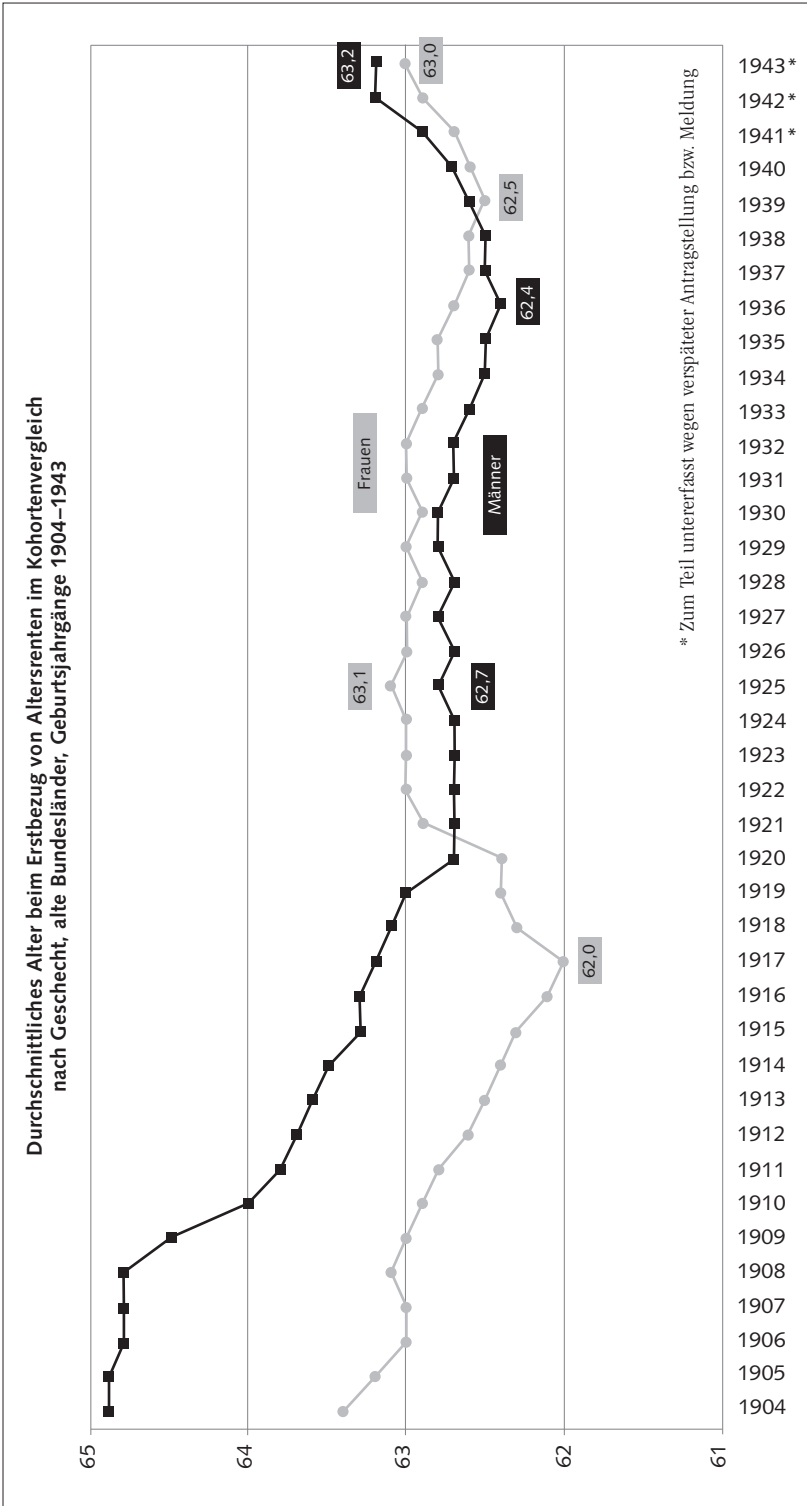
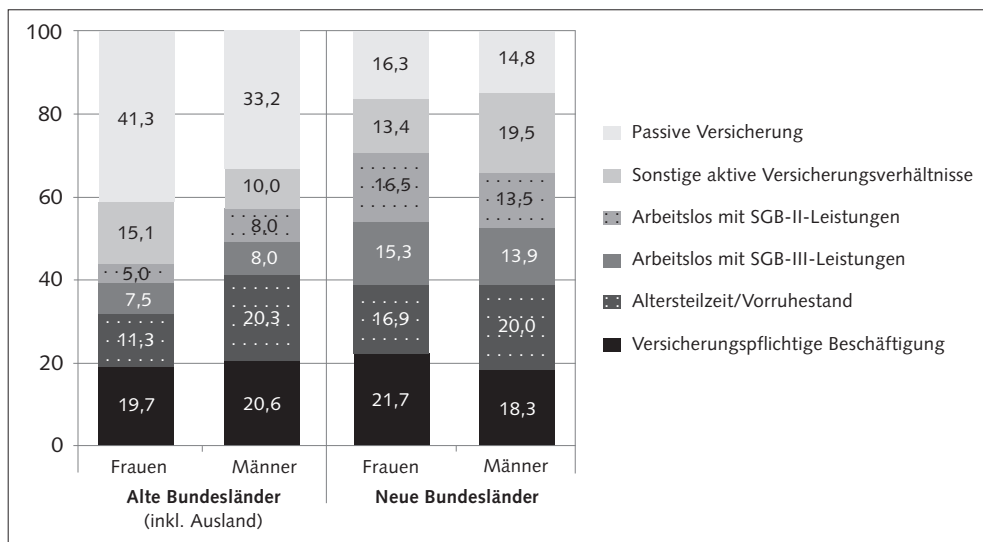


Abb. 18: Alter beim Erstbezug von Altersrenten im Kohortenvergleich, Geburtsjahrgänge 1904–1943<sup>31</sup> (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund [2009], Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))



Tab. 26: Status vor dem Rentenbezug\* – Altersrentenzugänge 2009 (in Prozent) (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 33)

\* Renten werden auch an im Ausland lebende Berechtigte ausgezahlt. Internet: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=E11C137FB03065E7C125773B0032E1D6&chstatakt\\_RenteRentenzugang=WebPagesI1OP1826&open&viewName=statakt\\_RenteRentenzugang#WebPagesI1OP1826](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=E11C137FB03065E7C125773B0032E1D6&chstatakt_RenteRentenzugang=WebPagesI1OP1826&open&viewName=statakt_RenteRentenzugang#WebPagesI1OP1826)



Tabelle 26 zeigt, aus welchen Versicherungsverhältnissen Männer und Frauen in Ost und West in den Rentenbezug wechseln. Der Anteil aktiver versicherungspflichtiger Beschäftigung ist gering. Die „passiv Versicherten“ setzen sich aus Selbstständigen, Beamten und Nichterwerbspersonen zusammen.

### *Rentenhöhe und Prognosen über künftige Rentenentwicklung*

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

31 Im Unterschied zu Abbildung 17, „in der das durchschnittliche Rentenzugangsalter von Männern und Frauen nach Kalenderjahren beobachtet wird, wird hier das Alter beim Erstbezug von Altersrenten nach Kohorten/Geburtsjahrgängen untergliedert. Das hat den Vorteil, dass die Besetzungsstärke der Jahrgänge keinen verzerrenden Einfluss auf die Ergebnisse hat. Nachteilig ist jedoch, dass diese Unterscheidung nach Geburtsjahrgängen nur zeitlich verzögert möglich ist, da abzuwarten ist, bis der jeweils letzte Jahrgang 65 Jahre alt geworden ist. Der hier erfasste jüngste Jahrgang ist im Jahr 1943 geboren und hat damit 2008 das 65. Lebensjahr erreicht.“ (ebd.)

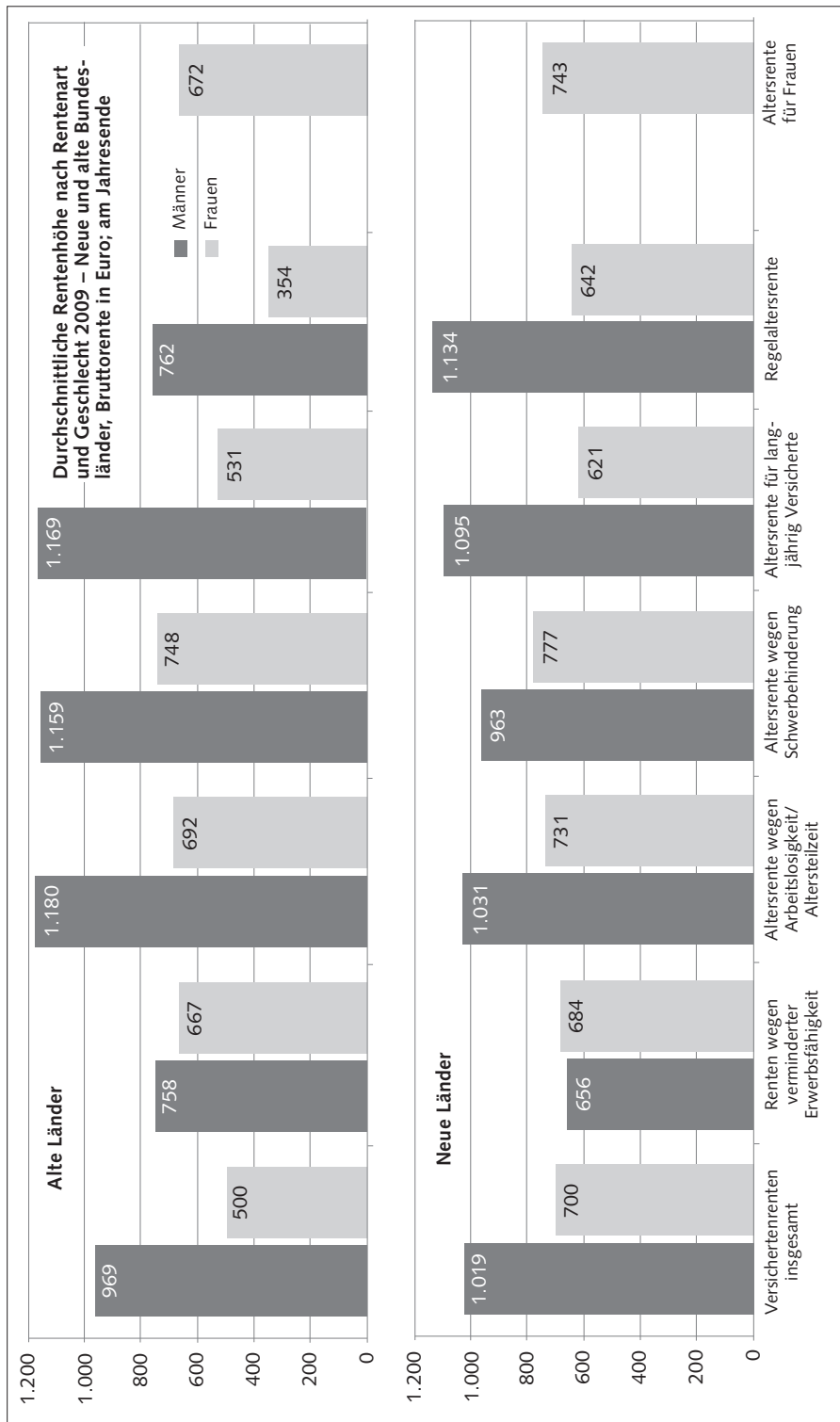


Abb. 19: Durchschnittliche Rentenhöhe nach Rentenart und Geschlecht, alte und neue Bundesländer 2009. (Quelle: Deutsche Rentenversicherung [2010]: Rentenversicherung in Zahlen, Berlin, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))



mochte, erzielt eine höhere Rente als Beschäftigte, die nur wenige Beschäftigungsjahre aufweisen und/oder wenig verdient haben. Die daraus resultierende große Spreizung bei den Rentenhöhen spiegelt sich nicht in der Durchschnittsrente wider.

Bei allen Rentenarten fallen die durchschnittlichen Renten von Frauen niedriger aus als die der Männer – Frauenerwerbsarbeit ist in der Regel von kürzeren Beschäftigungs- und Versicherungszeiten, Teilzeitarbeit sowie einer schlechteren Einkommensposition geprägt. Die Grafik von sozialpolitik-aktuell.de (Abbildung 19) zeigt, dass diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in den neuen Bundesländern schwächer ausgeprägt sind als in den alten Bundesländern. In der DDR waren die Erwerbsmuster der Frauen durch eine hohe (Vollzeit-)Erwerbsbeteiligung gekennzeichnet (und sind es zum Teil heute noch). Auffällig ist zudem, dass Männer mit vorgezogenen Altersrenten (Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeit, Altersrente wegen Schwerbehinderung, Altersrente für langjährig Versicherte) in den alten Bundesländern höhere Bezüge vorweisen können als Männer im Regelaltersrentenbezug. Erklären lässt sich dies dadurch, dass die vorgezogenen Altersrenten nur in Anspruch genommen werden können, nachdem bereits lange Versicherungszeiten (Wartezeiten) erfüllt sind. Umgekehrt werden Regelaltersrenten auch von sogenannten passiven Versicherten bezogen, die nur für kurze Zeit versicherungspflichtig beschäftigt waren (zum Beispiel am Beginn ihrer Berufstätigkeit, um anschließend in die Selbstständigkeit oder ein Beamtenverhältnis zu wechseln). Ihre Rentenansprüche sind entsprechend niedrig und ihre Alterssicherung wird in der Regel durch die Leistungen anderer Systeme gewährleistet.

Interessant für unsere Betrachtung der Lebenssituation der „Jungen Alten“ ist die Entwicklung künftiger Renten. Zu diesem Zweck wird eine sogenannte Standardrente ermittelt und mit dem durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen verglichen. Zur Errechnung des Standardrentenniveaus netto vor Steuern wird die Bruttostandardrente abzüglich der darauf entfallenden Sozialabgaben (Kranken- und Pflegeversicherung) ins Verhältnis zum Durchschnittsverdienst desselben Jahres, abzüglich der darauf entfallenden durchschnittlichen Sozialabgaben, gesetzt. Hierdurch zeigt sich, dass das Nettorentenniveau vor Steuern seit 1985 schrittweise gesunken ist.

Bis zum Jahr 2023 wird das Nettorentenniveau voraussichtlich auf 46,3 % fallen (siehe Abbildung 20). Im Ergebnis verliert die gesetzliche Rentenversicherung für viele Rentenbezieher und -bezieherinnen ihre Funktion einer Lebensstandardsicherung. Der im Arbeitsleben erreichte Lebensstandard kann nur dann einigermaßen beibehalten werden, wenn zusätzlich Rentenansprüche durch die freiwillige betriebliche oder private Altersvorsorge erworben werden. Jedoch führen geringere Einkommen über längere Phasen des Erwerbslebens bzw. Phasen von Arbeitslosigkeit nicht nur zu niedrigeren Rentenanwartschaften, sondern machen es auch unwahrscheinlicher, dass die Betroffenen die Sicherungslücken durch eigene Vorsorge zu schließen vermögen (vgl. Frommert und Himmelreicher 2010).

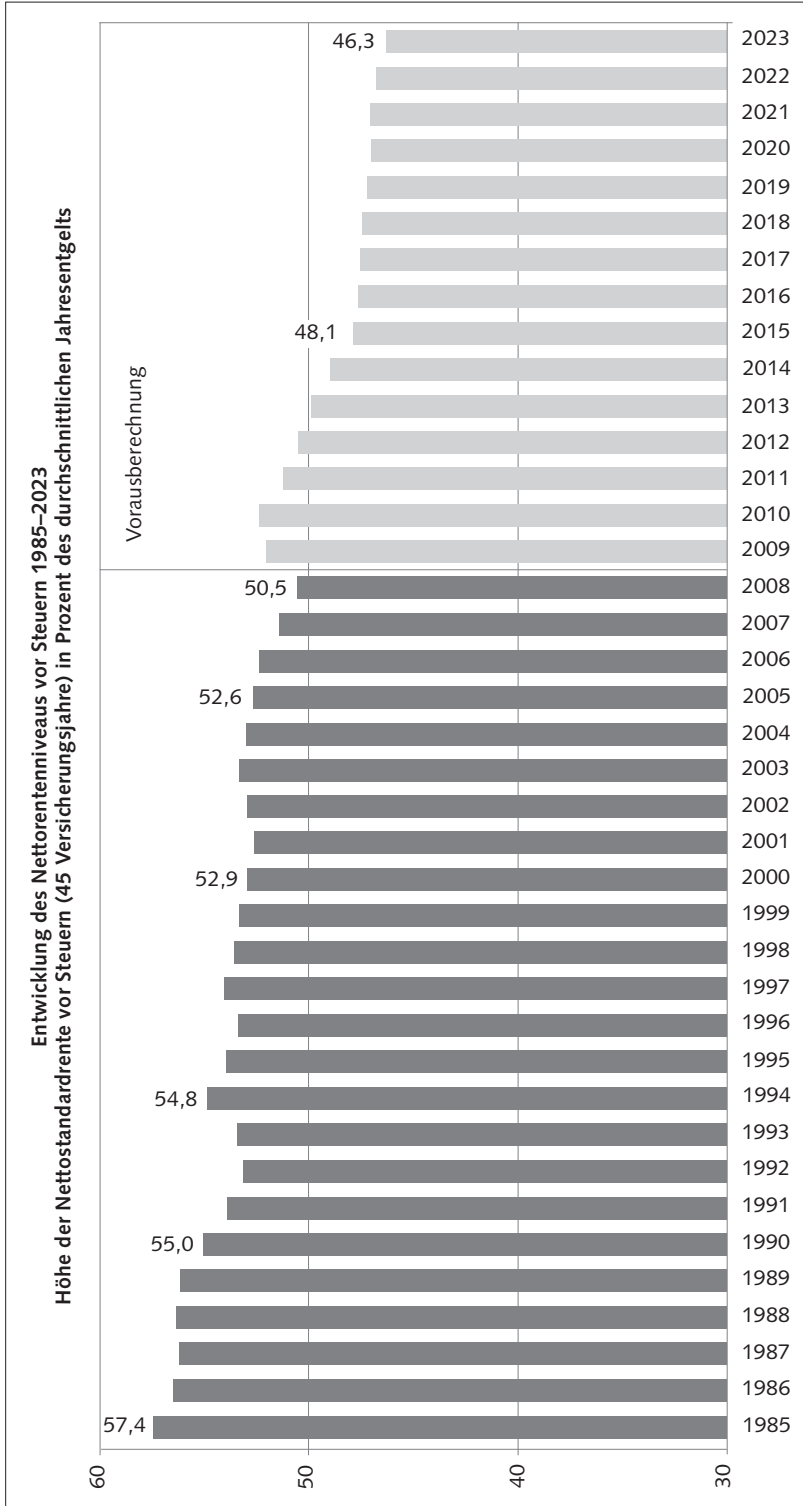
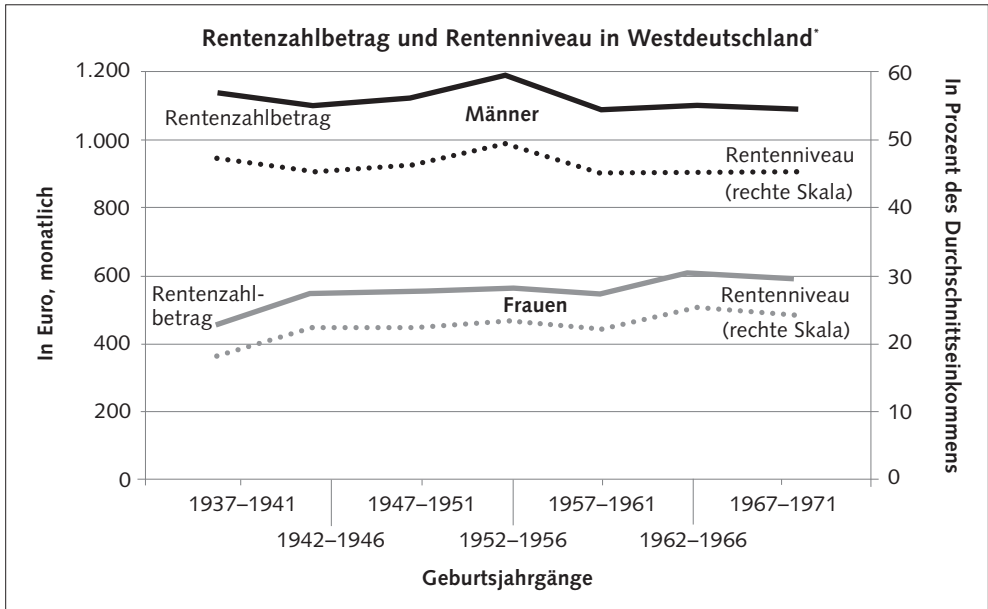


Abb. 20: Entwicklung des Nettoentenniveaus vor Steuern 1985–2023. Höhe der Nettostandardrente vor Steuern (45 Versicherungsjahre) in Prozent des durchschnittlichen Jahresentgelts (Quelle: Daten bis 2008: Deutsche Rentenversicherung Bund [2009]; Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin; Daten ab 2009: Bundesregierung: Rentenversicherungsbericht 2009, Berlin, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))



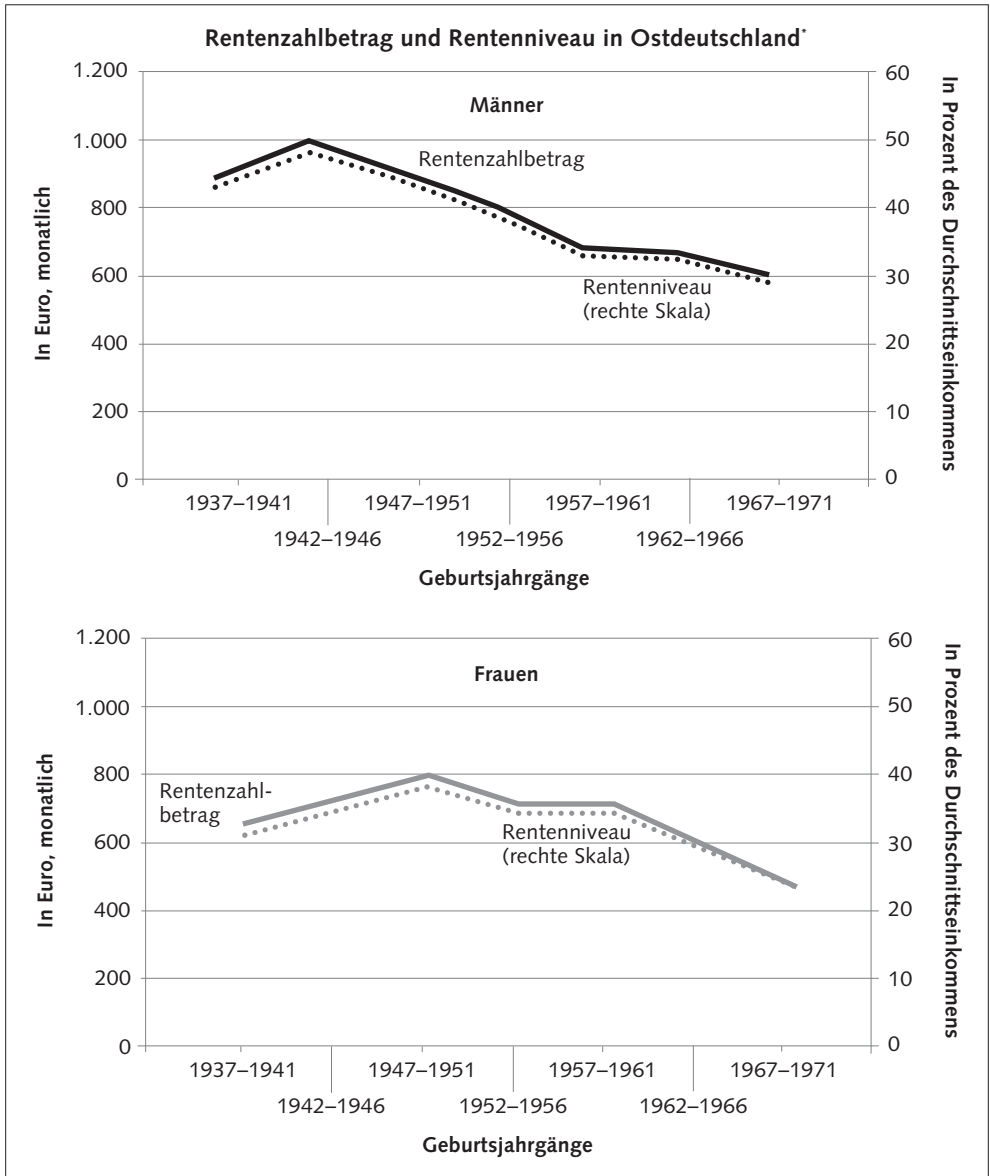
\* Basisszenario: Im Westen ist mit relativ stabilen Rentenzahlungen zu rechnen, für Frauen ist sogar ein leichtes Plus zu erwarten.

Abb. 21: Rentenzahlbetrag und Rentenniveau in Westdeutschland (Quelle: DIW Berlin 2010, in: Geyer und Steiner 2010, S. 8)



Das künftige Sinken der Altersrenten ist jedoch kein übergreifendes, vielmehr ein sozial und regional differenziertes Phänomen. Geyer und Steiner (2010) führen – anhand ihrer Mikrosimulationsstudie zur Entwicklung künftiger Altersrenten auf Basis des SOEP sowie der Versicherungsprobe 2005 der Deutschen Rentenversicherung – aus, dass aufgrund der schlechten Arbeitsmarktsituation insbesondere Menschen in Ostdeutschland (vgl. ebd., S. 8) sowie in Gesamtdeutschland die Geringqualifizierten mit sinkenden Renten rechnen müssen.

Es zeichnet sich ab, dass sich das Leistungsniveau der Grundsicherung im Alter zunehmend mit dem der Renten überschneiden wird. Bäcker et al. (2010, S. 31) berechnen, dass 2007 bei einem Durchschnittsverdiener 26,3 Beitragsjahre erforderlich sind, um eine Altersrente auf der Höhe des Grundsicherungsniveaus (Regelleistung und Unterkunftskosten von 627 Euro) zu erhalten. 2020 wären bei einem Rentenniveau von 46 % dafür schon 28,8 Jahre erforderlich, 2030 bei einem Rentenniveau von 43 % 30,9 Jahre. Sehr viel schneller gerieten Rentenempfänger so unter den Grundsicherungsschwellenwert (vgl. Abbildung 36 und 37 im Anhang).



\* Basisszenario: In Ostdeutschland wird die Rente für viele Menschen nahe oder sogar unter der Grundsicherung liegen.

Abb. 22: Rentenzahlbetrag und Rentenniveau in Ostdeutschland (Quelle: DIW Berlin 2010, in: Geyer und Steiner 2010, S. 8)

### *Prognose: Wachsende Altersarmut*

Die Vorausberechnungen künftiger Rentenentwicklung lassen eine neue Welle von Altersarmut erwarten. Zwei Studien auf Basis von SOEP-Daten prognostizieren, welche gesellschaftlichen Gruppen ein besonders hohes Risiko künftiger Altersarmut tragen.

Christina Wübbecke (2007) fragt, inwieweit ältere Empfänger und Empfängerinnen von ALG II Chancen haben, die Hilfebedürftigkeit zu überwinden, oder ob sie von dauerhafter und sich in das Alter fortsetzender Armut bedroht sind. Sie zeigt, dass gegenwärtig ältere ostdeutsche Frauen und Männer, die ALG II beziehen, noch von jahrzehntelanger stetiger Erwerbstätigkeit und entsprechenden noch in der DDR erworbenen Rentenanwartschaften profitieren. Umgekehrt sind westdeutsche Frauen im ALG-II-Bezug am schlechtesten abgesichert: Ihre Rentenanwartschaften bleiben unter dem Niveau der Grundsicherung. Die Renten westdeutscher Frauen werden sich zukünftig jedoch eher positiv entwickeln, während das Risiko der Altersarmut insbesondere in Ostdeutschland steigt, wo Erwerbsbiografien zunehmend diskontinuierlich geworden sind. Diese Prognose wird auch in den Studien von Geyer und Steiner (2010) sowie Kumpmann et al. (2010) gestützt.

Kumpmann et al. (2010) legen eine Projektion künftiger Altersarmut für die Generation der 50- bis 55-jährigen Menschen des Jahres 2008 vor. Dabei schätzen sie auf Basis von SOEP-Daten die Alterseinkommen, die jene 15 Jahre später, also im Jahr 2023 haben werden (ebd., S. 18).<sup>32</sup> Für die Altersgruppe der dann 65- bis 70-Jährigen zeigt sich eine Zunahme der Altersarmut um fast drei Prozentpunkte auf 16,3 %. Die Zunahme der Altersarmut betrifft dabei überproportional Menschen in den östlichen Bundesländern, außerdem Männer stärker als Frauen. Das am meisten hervorstechende Ergebnis ist eine sehr starke Zunahme des Anteils der Personen unter der Armutsrisikoschwelle unter den ostdeutschen Männern: 23,6 % der Männer in den neuen Bundesländern, die 2023 zwischen 65 und 70 Jahre alt sein werden, werden der Prognose zufolge unter die Armutsgrenze rutschen. 2007 betrifft dies erst 13,4 % (ebd., S. 21).

Diese Prognosen zeigen, dass Teile der Altersgruppe der heutigen „Jungen Alten“ durch Altersarmut bedroht sind. Sicherlich nicht wenige stehen vor dem Hintergrund dieser Prognosen bereits heute unter enormer seelischer Belastung. Geringqualifizierte im Bundesgebiet und insbesondere in Ostdeutschland, unter ihnen am stärksten die Männer, sind besonders vulnerabel.

### *Vorzeitige Erwerbساustritte aus welchen Berufen?*

Gesundes Arbeiten bis zum Rentenantritt ist aufgrund von physischen wie psychischen Arbeitsbelastungen häufig nicht möglich. Um das 60. Lebensjahr herum differenziert

---

<sup>32</sup> Anders als bisherige Prognosen werden dabei alle im SOEP erfassten Einkommensarten einbezogen, was Kumpmann et al. (2010) zufolge eine umfassendere Einschätzung künftiger Einkommensrisiken für alle Bevölkerungsgruppen ermöglicht.

sich die Erwerbstätigenquote nach Berufen (Brussig 2010c): In qualifizierten manuellen Berufen (zum Beispiel Werkzeugmacher, Elektriker, Industriemechaniker) wird die berufliche Tätigkeit signifikant häufiger schon ab dem 55. Lebensjahr beendet. Die qualifizierten und die einfachen manuellen Berufe weisen dabei über das gesamte Altersspektrum hinweg überdurchschnittliche Austrittsraten auf und lassen sich somit als Risikoberufe kategorisieren. Zu den Berufen, in denen sich außerdem im gesamten Altersspektrum zwischen 52 und 68 Jahren nur unterdurchschnittliche Verbleibswahrscheinlichkeiten finden lassen, zählen außerdem qualifizierte Dienstleistungsberufe (zum Beispiel Polizisten, Feuerwehrleute, Lokführer). Hingegen ist in Managerberufen (zum Beispiel Geschäftsführer, Bereichsleiter), aber auch in einfachen Dienstleistungstätigkeiten (zum Beispiel Raum- und Gebäudereiniger) die Wahrscheinlichkeit relativ hoch, noch erwerbstätig zu sein (vgl. hierzu auch Bundesregierung 2010, S. 233).

### *Erwerbsminderungsrenten*

Gesundheitliche Einschränkungen können zu einem teilweisen oder vollständigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen. Nach § 43 SGB VI haben Personen, die auf absehbare Zeit nicht in der Lage sind, mindestens sechs Stunden am Tag zu arbeiten, Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung („EM-Rente“). Wer nicht mindestens drei Stunden am Tag arbeiten kann, hat Anspruch auf eine volle Rente wegen Erwerbsminderung.

Nahezu jeder fünfte Neuzugang in der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht eine EM-Rente. Chronische Erkrankungen spielen beim EM-Rentenbezug eine besondere Rolle. Hagen et al. (2010) analysieren, dass die EM-Rentenrisiken ungleich verteilt sind: Niedrigqualifizierte sind stärker als Höherqualifizierte, Männer stärker als Frauen und Ostdeutsche stärker als Westdeutsche betroffen. Ihre Analysen zeigen, dass in jeder Altersgruppe Versicherte mit hoher Qualifikation weitaus seltener als diejenigen mit mittlerer und vor allem diejenigen mit niedriger Qualifikation eine EM-Rente beziehen, dies gilt sowohl für Frauen als auch insbesondere für Männer. Hagen et al. sehen damit ihre Hypothese bestätigt, dass vor dem Hintergrund niedrigerer berufsbedingter Belastungen und Risiken sowie gesundheitsbewussterer Lebens- und Verhaltensweisen von Höherqualifizierten auch das Risiko einer krankheitsbedingten Frühberentung dieser Personen geringer ist als bei Niedrigqualifizierten.<sup>33</sup> Männer mit niedriger Qualifikation in den neuen Bundesländern haben dabei ein besonders hohes Risiko, aus gesundheitlichen Gründen eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen.

---

33 Hagen et al. (2010) zeigen, dass Männer und Frauen mit niedrigem Qualifikationsniveau ein fast acht- bzw. sechsfach erhöhtes Risiko eines EM-Rentenzugangs aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben als Männer und Frauen mit hoher Qualifikation. Bei Männern wie Frauen tragen Ostdeutsche ein deutlich höheres Risiko für einen EM-Rentenzugang aufgrund solcher Krankheiten. Sowohl für Qualifikations- als auch für die Ost-West-Unterschiede gilt, dass diese bei EM-Rentenzugängen, die auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgehen, stärker hervortreten als bei den EM-Rentenzugängen insgesamt (ebd., S. 19). Auch bei EM-Rentenzugängen aufgrund von psychischen Erkrankungen verweisen Hagen et al. (ebd., S. 21) auf deutliche Qualifikationsunterschiede: Männer mit niedriger Qualifikation haben ein nahezu fünffach erhöhtes Risiko im Verhältnis zu hochqualifizierten Männern.

Gründe für das in Ostdeutschland erhöhte EM-Rentenrisiko suchen die Autoren und Autorinnen unter anderem retrospektiv in einer höheren Morbidität und Mortalität in der DDR im Vergleich zur Bundesrepublik und deren Nachwirkungen sowie möglichen Folgeerkrankungen. Sie konstatieren weiterhin eine gesundheitliche Unterversorgung über mindestens fünf Jahre nach dem Mauerfall, aufgrund von transformationsbedingten Umbaumaßnahmen des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR. Auch die transformationsbedingten Entwertungen selbst hoher beruflicher Abschlüsse tragen zur Erhöhung des EM-Risikos in den neuen Bundesländern bei. Zudem verweisen Hagen et al. unter Bezugnahme auf Frommert und Himmelreicher 2010 darauf, dass die aktuellen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt im Hinblick auf Arbeitslosigkeitsrisiken sowie Arbeitsentgelte insbesondere für ältere Beschäftigte in den neuen Bundesländern wesentlich schlechter als in den alten sind.

Aus welchen Berufsgruppen besonders häufig vorzeitig wegen gesundheitlichen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und eine Erwerbsminderungsrente beantragt (und, bei einer Ablehnungsquote von 44,8 % im Jahr 2008, auch bewilligt) wird, ist statistisch untererfasst. Die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung lassen Aussagen nur mit Einschränkungen zu (vgl. hierzu Bundesregierung 2010, S. 24). Auf Basis der vorliegenden Daten (ebd., S. 233) ist von einem hohen Risiko des Ausscheidens vor dem 40. Lebensjahr bei Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern „ohne nähere Tätigkeitsangabe“ auszugehen. Zwischen 40 und 50 Jahren sind besonders hohe Quoten von Erwerbsminderungsrentenbezug (in Relation zum Altersrentenbezug in der Berufsgruppe) bei Bergleuten und Mineralgewinnerinnen und -gewinnern festzustellen (14,1 % aller Versichertenrenten im Zugangsjahr 2008 in der Berufsgruppe) sowie abermals bei Hilfsarbeiterinnen und -arbeitern (11,7 %) sowie bei Holzaufbereiterinnen und -aufbereitern und Holzwarenfertigerinnen und -fertignern (9,7 %). In der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen liegt die Quote wieder am höchsten für Bergleute und Mineralgewinnerinnen und -gewinner (25,4 %), gefolgt von Beschäftigten in Bau- und Raumausstattung sowie Polstereien (22 %), in Tischlereien und im Modellbau (20,6 %), von Hilfsarbeiterinnen und -arbeitern (20,6 %) sowie von in der Steinbearbeitung und Baustoffherstellung Beschäftigten (19,6 %).

5

## 5.7 Fazit

In diesem Kapitel sind Fragen von Erwerbstätigkeit und Erwerbslosigkeit, Renteneintritt und Rentenbezug der Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen beleuchtet. Auch das Feld „Arbeit“ zeigt sich dabei von sozialer Ungleichheit und Ost-West-Differenzen konturiert. Die „Jungen Alten“ kommen mit höchst unterschiedlichen Erfahrungen, Belastungen

und Ressourcen aus dem Berufsleben ins höhere Alter. Einige für die Beurteilung der Lebenslagen der „Jungen Alten“ zentrale Aspekte werden abschließend zusammengetragen.

### *Wie viele Ältere arbeiten noch wie viel?*

Etwa 60 % der Altersgruppe 55–65 sind als Erwerbspersonen nach dem Konzept der ILO registriert, das heißt, sie arbeiten wenigstens eine Stunde pro Woche gegen Geld oder suchen eine Erwerbstätigkeit. Sehr viel geringer fällt die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (einschließlich Teilzeit) aus: Von den knapp 10 Millionen Menschen in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen sind 2009 rund 3,6 Millionen versicherungspflichtig beschäftigt. Dies entspricht einer Quote von 37,5 % in der Gesamtaltersgruppe. Jenseits des 60. Lebensjahrs sinkt die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf etwa eine Million – das entspricht nur noch rund einem Viertel dieser Altersgruppe. Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass viele Ältere nach dem Blockmodell der Alterszeit freigestellt, also faktisch nicht mehr berufstätig sind. 2008 waren ohne Berücksichtigung der in Altersteilzeit Freigestellten knapp 2,9 Millionen der 55- bis unter 65-Jährigen sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Die Zahl der teilzeitbeschäftigten Älteren ist in den vergangenen zehn Jahren stark angestiegen, von den 63- und 64-Jährigen arbeitet nicht einmal jeder Zehnte noch in Vollzeit. Hier lässt sich zudem feststellen: Wer gering qualifiziert ist, arbeitet weitaus seltener in Vollzeit als höher Qualifizierte. Neben den ökonomischen Folgen, die eine reduzierte Arbeitszeit für die Betroffenen hat, stellt sich jedoch auch die Frage, inwiefern der große Umfang von Teilzeitbeschäftigung besonders bei den älteren Jahrgängen darauf hindeutet, dass eine Reduzierung der Arbeitszeit eine verbreitete Strategie ist, die eigene Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität im höheren Lebensalter zu erhalten. Das Auslaufen verschiedener Regelungen zur Altersteilzeit erschwert diese Strategien.

Die wichtigsten Gründe für das Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit sind der Übergang in den Ruhestand aus „gesundheitlichen oder anderen Gründen“, aber auch Entlassungen und befristete Arbeitsverträge. Dennoch sind ältere Arbeitnehmer und -nehmerinnen in Maßnahmen der betrieblichen Weiterbildung und der betrieblichen Gesundheitsförderung unterrepräsentiert, spezifische Maßnahmen für ältere Beschäftigte sind wenig verbreitet.

### *Wie viele Ältere sind arbeitslos?*

Der Verlust des Arbeitsplatzes und die Arbeitslosigkeit können mit enormen psychosozialen Belastungen einhergehen und müssen als gesundheitliche Risikofaktoren eingestuft werden. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt ist für ältere Arbeitnehmer und -nehmerinnen angespannt, insbesondere für jene mit geringer Qualifikation und für diejenigen, die im Osten Deutschlands leben. Die Zahl der älteren Arbeitslosen ist seit 2007 deutlich angestiegen und liegt im April 2010 bei 9,4 %: Am Gesamt aller Arbeitslosen stellen die Angehörigen der Altersgruppe 16 %. Über die Hälfte von ihnen sind Langzeitarbeitslose,



nur einem Viertel der Arbeitslosen über 55 Jahre gelingt es 2009, die Arbeitslosigkeit durch eine Wiederaufnahme von Beschäftigung zu überwinden. Häufig ziehen sich ältere Arbeitslose vom Arbeitsmarkt zurück. Sie werden dann nicht mehr als erwerbslos, sondern als Nichterwerbspersonen geführt.

### *Wer in der Altersgruppe bezieht ab wann Rente?*

In der Altersspanne 55–65 stehen für die meisten Beschäftigten der Austritt aus dem Erwerbsleben und der Übertritt in den Rentenbezug an, rund 2,5 Millionen bestreiten ihren überwiegenden Lebensunterhalt bereits aus Rente bzw. Pension. Das durchschnittliche Erwerbsaustrittsalter liegt mit knapp 62 Jahren ein gutes Jahr unter dem durchschnittlichen Renteneintrittsalter, was belegt, dass sehr viele Ältere nicht direkt aus der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in die Rente gehen.

Bis zum Jahr 2023 wird das Nettorentenniveau voraussichtlich auf 46,3% des Durchschnittsverdienstes fallen, sodass ein wachsender Anteil der jüngeren Geburtsjahrgänge in der dargestellten Altersgruppe der „Jungen Alten“ davon betroffen sein wird, dass die gesetzliche Rente ihre Funktion einer Lebensstandardsicherung verliert. Das zukünftige Sinken der Altersrenten ist jedoch kein übergreifendes, vielmehr ein sozial und regional differenziertes Phänomen. Überproportional betroffen sind Menschen in den neuen Bundesländern – Männer stärker als Frauen – sowie in Gesamtdeutschland die Geringqualifizierten. Sie können zu den Menschen mit besonderen Gesundheitsgefährdungen gerechnet werden.

5





**FREIZEIT**

Wie verbringen die „Jungen Alten“ ihre Freizeit? Der Aspekt „Freizeit“ beschreibt für die betrachtete Altersgruppe einen ambivalenten Bereich der Lebensgestaltung. Während die Erwerbsarbeit zunehmend weniger Zeit in Anspruch nimmt und viele Menschen im jungen Alter aus ihren Arbeitsverhältnissen ausscheiden, steht für Freizeitaktivitäten mehr Zeit zur Verfügung. Diesen Freiraum nach den eigenen Bedürfnissen gestalten zu können, stellt für viele ältere Menschen sowohl ein Bedürfnis als auch eine Herausforderung dar. Die Freizeitgestaltung erfordert oft Eigeninitiative, Mobilität, Informiertheit und nicht zuletzt ökonomische Ressourcen. Wichtige, die Lebensqualität steigernde Aspekte wie Gesundheit, soziale Teilhabe oder Bildung können durch entsprechende Freizeitaktivitäten gefördert werden. Daher werden im folgenden Kapitel im Einzelnen die Themen Zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt, Weiterbildung, Kulturelle Aktivitäten, Mediennutzung und Zugang zu Informationen, Sport und Bewegung sowie Mobilität näher dargestellt.

## 6.1 Zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt

In welchem Umfang engagieren sich die „Jungen Alten“ in ihrer Freizeit, neben ihrer Erwerbstätigkeit oder als Nichterwerbstätige in der und für die Gesellschaft? In den Studien und Untersuchungen, die sich mit dieser Frage befassen, wird dieses Thema mit unterschiedlichen Begriffen beschrieben. Es geht um Ehrenamt, um Teilhabe oder Partizipation und um zivilgesellschaftliches bzw. freiwilliges Engagement. Eine eindeutige Abgrenzung der Begriffe gegeneinander lässt sich teilweise nur schwer feststellen, und die Verwendung eines übergeordneten Begriffs läuft Gefahr, wichtige Teilaspekte zu übersehen. Daher stehen im Folgenden die Begriffe so nebeneinander, wie sie in den entsprechenden Quellen verwendet werden.

Das BMFSFJ erfasst in fünfjährigen Abständen das gesellschaftliche Engagement im Freiwilligensurvey. Der aktuellste Survey von 2010 verarbeitet Daten von 2009 (Gensicke 2010). Der Gegenstand des Freiwilligensurveys ist das zivilgesellschaftliche Engagement, als das *„alle Denk- und Fühlweisen, insbesondere jedoch alle praktischen Aktivitäten der Bürgerinnen und Bürger, eingestuft werden, die dazu beitragen, unsere bürgerliche Gesellschaft in Richtung einer mitbürgerlichen Gesellschaft weiterzuentwickeln.“* (Gensicke 2010, S. 10). *Private Unterstützungsleistungen im Familien- und Freundeskreis werden nach dieser Definition nicht zum zivilgesellschaftlichen Engagement gezählt, da „der öffentliche Charakter der Aktivität nicht gegeben ist“* (ebd.).

Dem Freiwilligensurvey zufolge engagiert sich nach dieser Definition etwa ein Drittel der „Jungen Alten“ im Alter von 55 bis 65 Jahren zivilgesellschaftlich, nämlich 35 % der

Altersgruppe	Freiwillig Engagierte gesamt	Männliche freiwillig Engagierte	Weibliche freiwillig Engagierte
55–59 Jahre	35 %	39 %	30 %
60–64 Jahre	36 %	40 %	32 %

Tab. 27: Freiwilliges Engagement nach Alter und Geschlecht (Quelle: Gensicke 2010, S. 34/39, eigene Darstellung)

55- bis 59-Jährigen und 36 % der 60- bis 64-Jährigen. Im zeitlichen Vergleich seit 1999 zeichnet sich für die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen prozentual ein leichter Rückgang, für die 60- bis 69-Jährigen ein Anstieg im zivilgesellschaftlichen Engagement ab (ebd., S. 32). Differenziert nach Geschlecht zeigt sich für 2009 ein deutlich höheres zivilgesellschaftliches Engagement bei Männern als bei Frauen: In den Altersgruppen 55–59 und 60–64 Jahre engagieren sich 39 % bzw. 40 % der Männer und 30 % bzw. 32 % der Frauen freiwillig. Dieser Unterschied lässt sich möglicherweise damit erklären, dass Frauen mit oder ohne Erwerbstätigkeit die Hauptverantwortung für den eigenen Haushalt tragen und den größten Teil der hier anfallenden Arbeiten erledigen. Den Männern steht daher, vor allem mit einer geringeren Belastung durch die Erwerbsarbeit, deutlich mehr Zeit für freiwilliges Engagement in ihrer Freizeit zur Verfügung. Außerdem werden informelle Unterstützungsleistungen im nachbarschaftlichen Umfeld, die häufig durch Frauen geleistet werden, in dieser Erfassung nicht als zivilgesellschaftliches Engagement gewertet und tauchen somit in diesen Zahlen nicht auf.

Naumann und Romeu Gordo unterscheiden im Deutschen Alterssurvey 2010 berufliche und außerberufliche gesellschaftliche Partizipation (Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 118 ff.). Unter dem Begriff „Außerberufliche Partizipation“ werden einerseits ehrenamtliches Engagement, zum Beispiel die Übernahme von Funktionen in Vereinen, Genossenschaften oder Selbsthilfegruppen, andererseits außerhäusliche Bildungsaktivitäten, zum Beispiel die Teilnahme an Kursen, Vorträgen oder politischen Veranstaltungen, erfasst. Die Entwicklung der außerberuflichen Partizipation wird über zwölf Jahre von 1996 bis 2008 nachvollzogen und in Bezug zur Entwicklung der beruflichen Partizipation in Form von Erwerbstätigkeit im gleichen Zeitraum gestellt.

Während die Erwerbstätigkeit oder „Erwerbspartizipation“ (ebd., S. 139) in diesem Zeitraum für die Altersgruppe 55–69 Jahre stetig und signifikant ansteigt, verändert sich der Anteil der 55- bis 69-Jährigen, die sich außerberuflich im Bereich Bildung *oder* Ehrenamt engagieren, von 1996 bis 2002 zunächst von 44 % auf 59 %, um dann bis 2008 wieder auf 54 % zu sinken. Dabei erreicht der Anteil derjenigen, die nur im Bereich Bildung aktiv sind, 2008 mit 34 % das höchste Niveau, während das rein ehrenamtliche Engagement in diesem Jahr auf das gleiche Maß wie 1996 zurückfällt, nämlich auf 4 %. Insgesamt engagieren sich 2008 20 % der Angehörigen in der Altersgruppe 55–69 Jahre



<b>Außerberufliche Partizipation im zeitlichen Verlauf (55–69 Jahre)</b>				
	Nur Ehrenamt	Beide	Nur Bildung	Summe
1996	4 %	8 %	32 %	44 %
2002	11 %	23 %	25 %	59 %
2008	4 %	16 %	34 %	54 %

<b>Außerberufliche Partizipation nach Bildungsschicht (55–69 Jahre)</b>				
	Nur Ehrenamt	Beide	Nur Bildung	Summe
Hohe Bildung	3 %	26 %	51 %	80 %
Mittlere Bildung	5 %	13 %	31 %	49 %
Niedrige Bildung	3 %	7 %	16 %	26 %

Tab. 28: Außerberufliche Partizipation nach Jahr und Art der Partizipation bzw. Bildungsschicht (55- bis 69-Jährige) (Quelle: Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 134, eigene Darstellung)

ehrenamtlich<sup>34</sup>. Differenziert nach Bildungsschicht zeigt sich: Je höher die Bildungsschicht ist, der die Befragten angehören, desto stärker ist ihre außerberufliche Partizipation im Bereich Bildung. Im Jahr 2008 nahmen 51 % der Personen mit höherer Bildung, aber nur 16 % mit niedriger Bildung an außerhäuslichen Bildungsaktivitäten teil. Dagegen zeigt sich kein Einfluss der Bildungsschicht auf das ehrenamtliche Engagement (siehe Tabelle 28).

Im Freiwilligensurvey 2004 (Gensicke et al. 2005) wird das freiwillige Engagement der Altersgruppe 55–64 Jahre unter anderem in Abhängigkeit von sozioökonomischen Kategorien erhoben. Die Ergebnisse zeigen die Abhängigkeit des freiwilligen Engagements, das nach Gensicke für diese Altersgruppe im Jahr 2004 insgesamt bei 37 % lag, von unterschiedlichen Indikatoren: Männer und Angehörige von Mehrpersonenhaushalten sind deutlich häufiger freiwillig engagiert als Frauen oder Personen in Einpersonenhaushalten. Erwerbstätige sowie Bezieher und Bezieherinnen höherer Einkommen sind ebenfalls stärker freiwillig engagiert, ebenso wie Angestellte, Beamte und Selbstständige im Vergleich zu Arbeiterinnen und Arbeitern. Offensichtlich ist das freiwillige Engagement von den sozialen und ökonomischen Ressourcen abhängig, und das Fehlen eines familiären Netzwerks, Erwerbslosigkeit und ein geringes Haushaltseinkommen schränkt freiwilliges Engagement tendenziell ein (siehe Tabelle 29).

<sup>34</sup> Die im Vergleich zum Freiwilligensurvey deutlich niedrigeren Engagementquoten werden von Naumann und Romeu Gordo damit erklärt, dass der Freiwilligensurvey sämtliche freiwillig geleisteten Gemeinschaftsaktivitäten in organisierten und institutionalisierten Kontexten erfasst und nicht nur ehrenamtliches Engagement (Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 135).

Anteile der freiwillig Engagierten nach soziodemografischen Merkmalen	Altersgruppe 55–64 Jahre	
<i>Insgesamt 2004</i>		37 %
Haushaltsgröße	1 Person	31 %
	2 Personen	37 %
	Mehr als 2 Personen	41 %
Erwerbsstatus	Erwerbstätig	41 %
	Nicht erwerbstätig	34 %
Berufliche Stellung	Arbeiter/Arbeiterinnen	24 %
	Angestellte/Beamte/Beamtinnen	40 %
	Selbstständige	43 %
Haushaltseinkommen (ungewichtet)	Bis 750 Euro	20 %
	750–1.500 Euro	30 %
	1.500–2.500 Euro	39 %
	2.500–4.000 Euro	45 %
	Über 4.000 Euro	54 %

Tab. 29: Soziale Ungleichheit des freiwilligen Engagements in der Altersgruppe 55–64 Jahre (Quelle: Gensicke et al. 2005, S. 373, eigene Darstellung)

## 6.2 Weiterbildung

Die „Jungen Alten“ weisen im Vergleich zu älteren Kohorten höhere Bildungsabschlüsse auf. Die Bildungsniveaus der Frauen sind, im Gegensatz zu nachfolgenden Kohorten, im Durchschnitt niedriger als die der Männer. Nach den Daten des Statistischen Bundesamts (Menning 2008, S. 4) haben 2007 47 % der 55- bis 59-jährigen und 53 % der 60- bis 64-jährigen Männer einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss und 25 % bzw. 24 % eine Fachhochschul- oder Hochschulreife. Bei den Frauen haben 49 % der 55- bis 59-jährigen bzw. 57 % der 60- bis 64-jährigen einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss und 16 % bzw. 13 % eine Fachhochschul- oder Hochschulreife. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in den neuen Bundesländern weniger stark ausgeprägt als in den alten Bundesländern (ebd., S. 5).

In welchem Umfang bilden sich die „Jungen Alten“ während oder nach ihrer Erwerbsphase weiter? Den Angaben des Statistischen Bundesamts (2009a) zufolge nehmen im Jahr 2007 28 % der Männer und 26 % der Frauen an nichtformalen Weiterbildungsaktivitäten teil. Unter „nichtformaler Weiterbildung“ wird in diesem Kontext die Teilnahme an Kursen, Seminaren, Fern- oder Privatunterricht mit dem Ziel der Weiterbildung verstanden. Im Gegensatz dazu erfolgt das „informelle Lernen“ über Medien wie Internet, Bücher und Zeitschriften, mit Besuchen von Museen und Bibliotheken oder durch Mul-

	Gesamt		Erwerbstätige		Nichterwerbstätige	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Nichtformale Bildung (Weiterbildung)	28 %	26 %	43 %	39 %	12 %	15 %
Darunter:	24 %	18 %	42 %	33 %	5 %	4 %
– Berufsbezogene Weiterbildung						
– Nichtberufsbezogene Weiterbildung	6 %	11 %	5 %	10 %	7 %	12 %
Informelles Lernen	52 %	40 %	58 %	50 %	45 %	31 %

Tab. 30: Weiterbildungsbeteiligung der 55- bis 64-Jährigen nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in 2007, in Prozent der Altersgruppe (Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, S. 13, eigene Darstellung)

tiplikatoren und Multiplikatorinnen, wie Verwandte und Bekannte. Es zeigt sich ein sehr deutlicher Unterschied zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen: Während 43 % der erwerbstätigen Männer und 39 % der erwerbstätigen Frauen sich nichtformal weiterbilden, finden sich hier nur 12 % der nichterwerbstätigen Männer bzw. 15 % der nichterwerbstätigen Frauen (siehe Tabelle 30). Entsprechend erfolgt auch der überwiegende Teil der nichtformalen Weiterbildung mit einem Berufsbezug. Dieser Zusammenhang trifft, wenn auch in abgeschwächter Form, ebenfalls auf das informelle Lernen zu: Die erwerbstätigen Männer und Frauen geben zu 58 % bzw. 50 % an, sich informell weiterzubilden, im Gegensatz zu 45 % bzw. 31 % der Nichterwerbstätigen.

Basierend auf Daten von TNS Infratest Sozialforschung, vergleicht Menning die Verteilung der Weiterbildungsaktivitäten auf unterschiedliche Altersgruppen und die Entwicklung dieser Daten seit 1979 (Menning 2008, S. 12). Hier zeigt sich, dass die 50- bis 64-Jährigen im Jahr 2007 deutlich weniger Weiterbildungsangebote in Anspruch nahmen als die jüngeren Altersgruppen. Die Weiterbildungsquote der „Jungen Alten“ stieg von 1979 bis 1997 kontinuierlich an, um dann leicht abzunehmen und sich seit 2000 auf einem Niveau von ca. 20 % der Altersgruppe einzupendeln.<sup>35</sup> Menning differenziert im Folgenden die Weiterbildungsbeteiligung, unabhängig vom Alter, nach Berufsgruppen (ebd., S. 16). Danach haben Beamte, Angestellte und Selbstständige eine deutlich höhere, allgemeine Weiterbildungsquote als Arbeiter und Arbeiterinnen. Im Feld der beruflichen Weiterbildung sind es vor allem die Beamten, die sich – vermutlich durch entsprechende Vergünstigungen und Angebote am Arbeitsplatz motiviert – weiterbilden.

<sup>35</sup> Menning verweist auf die unterschiedlichen Definitionen von Weiterbildung in der wissenschaftlichen Literatur, die in Befragungen unterschiedliche Ergebnisse hervorbringen. Menning verwendet den Begriff entsprechend dem Berichtssystem Weiterbildung (BSW), der allgemeine und berufliche Weiterbildung unterscheidet (Menning 2008, S. 6) und enger gefasst ist als der Begriff der außerhäuslichen Bildungsaktivitäten im Alterssurvey.



Als Weiterbildungsbarrieren bezeichnen die 55- bis 64-Jährigen Menning zufolge (ebd., S. 22) zu 58,8 % den fehlenden Nutzen, während die Kosten oder mangelnde Qualität kaum eine Bedeutung als Hinderungsgrund für eine Weiterbildung haben. Ein Fünftel der Befragten gibt an, sich aus Zeitmangel oder wegen zu hoher Belastung nicht weiterzubilden.

## 6.3 Kulturelle Aktivitäten

Dem Datenreport des Statistischen Bundesamts et al. von 2008 zufolge unternehmen die Angehörigen der Altersgruppe 50–65 Jahre sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland im Durchschnitt etwa 3,3-mal in den zwölf Monaten vor der Befragung kulturelle Aktivitäten wie Theater-, Konzert- oder Museumsbesuche, Besuche sportlicher Veranstaltungen oder öffentlicher Bibliotheken (Statistisches Bundesamt et al. 2008). Auffällig ist die Veränderung bei den über 65-Jährigen: Während diese Altersgruppe in Ostdeutschland weiterhin etwa dreimal im Jahr an kulturellen Aktivitäten teilnimmt, sind es in Westdeutschland im Durchschnitt nur noch ca. zweimal im Jahr.

Einen weiteren, deutlichen Unterschied zeigt derselbe Report hinsichtlich der Kirchenbindung bei ost- und westdeutschen 50- bis 65-Jährigen: 70 % der Ostdeutschen und 18 % der Westdeutschen dieser Altersgruppe sind nicht konfessionell gebunden. Obwohl im Umkehrschluss 82 % der Westdeutschen einer Konfession angehören, geben nur 26 % an, regelmäßig in die Kirche zu gehen. Dagegen gehen 13 % der Ostdeutschen regelmäßig in die Kirche, bei einer konfessionellen Bindung von 30 % der Altersgruppe. Die Zahlen zeigen, dass der Anteil der aktiven Kirchgänger und -gängerinnen relativ zur Anzahl der Kirchenmitglieder in Ostdeutschland deutlich höher ist als in Westdeutschland, auch wenn die Zahl der absoluten Kirchgänger und -gängerinnen in Westdeutschland überwiegt. In der Auswertung wird allerdings lediglich die Bindung an die evangelische und katholische Kirche dargestellt. Andere Glaubensrichtungen, zum Beispiel der Islam, bleiben unberücksichtigt, daher ist die Aussagekraft der Zahlen über das religiöse Engagement der Altersgruppe begrenzt.

6

## 6.4 Mediennutzung und Zugang zu Informationen

Durch welche Medien informieren sich die „Jungen Alten“ und mit welchen Medien kann die Zielgruppe erreicht werden? Zum Medienverhalten der Deutschen gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Erhebungen, zum Beispiel zur Internetnutzung oder den bevorzugten Presseerzeugnissen. Vor allem die Daten zur Internetnutzung sind gegen-

wärtig (noch) einem sehr schnellen Wandel unterzogen, der mit der rasanten technischen Entwicklung einhergeht. Beispielsweise haben sich Zugänglichkeit und Verfügbarkeit des Internets mit schnellen, flächendeckenden Netzen, relativ günstigen Geräten und der Ausstattung fast sämtlicher Arbeitsplätze mit Computern in den vergangenen Jahren drastisch geändert. Tatsächlich aussagekräftig sind in diesem Bereich daher nur sehr aktuelle Daten; darauf basierende Prognosen für die Zukunft sind äußerst spekulativ.

Die Daten zur Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung im Jahr 2009, die der Fernsehsender ARD auf Grundlage der repräsentativen Daten der „Media Analyse 2009 Radio II“ darstellt, zeigen, dass die „Jungen Alten“ zum überwiegenden Teil mehrmals in der Woche Zeitung lesen, fernsehen und Radio hören (siehe Tabelle 31). Die Medien Fernsehen, Hörfunk und Zeitungen bzw. Zeitschriften werden im folgenden Abschnitt neben der Internetnutzung daher ausführlich behandelt.

Mehrmals in der Woche	50–59 Jahre	60–69 Jahre
Zeitungen lesen	83,5	90,2
Zeitschriften lesen	31,7	37,2
Bücher lesen	37,8	41,3
Fernsehen	89,4	93,4
Radio hören	83,6	84,6
Kinobesuch	0,1	0,1
Theater-/Konzertbesuch	0,2	0,4
Fitness/Sport treiben	37,1	42,2
Ausgehen (Disco, Kneipe)	5,2	6,5

Tab. 31: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2009 nach Altersgruppe (in Prozent)  
(Quelle: ARD Medien Basisdaten 2011, eigene Darstellung)

### Internet

Mit steigendem Alter nimmt gegenwärtig die Anzahl der Internetnutzer und -nutzerinnen (noch) kontinuierlich ab. Aus den repräsentativen, deutschlandweiten Befragungen, die für den (N)Onliner Atlas 2010 durchgeführt worden sind (Initiative D21 e.V. 2010), ergibt sich für die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen folgendes Bild: 79,1 % der Männer und 64,6 % der Frauen benutzen das Internet, 4,4 % bzw. 5,7 % planen, es künftig zu nutzen, und 16,5 % bzw. 29,5 % nutzen das Internet nicht. In der Altersgruppe 60–69 Jahre liegt der Anteil der Internetnutzung deutlich niedriger, am geringsten bei den Frauen, die zu 50,6 % das Internet *nicht* nutzen (siehe Tabelle 32). Allerdings nimmt die Internetnutzung in den vergangenen Jahren auch in den höheren Altersgruppen stetig zu, von 2009 zu 2010 im Durchschnitt der über 50-Jährigen um 5 % (Initiative D21 e.V. 2010, S. 44 ff.)

Altersgruppe	Onliner <sup>36</sup>		Nutzungsplaner		Offliner	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
50–59 Jahre	79,1 %	64,6 %	4,4 %	5,7 %	16,5 %	29,5 %
60–69 Jahre	65,8 %	43,1 %	4,2 %	6,2 %	30,0 %	50,6 %

Tab. 32: Internetnutzung nach Altersgruppe und Geschlecht (Quelle: Initiative D21 e.V. 2010, eigene Darstellung)

Im regionalen Vergleich der Internetnutzer und -nutzerinnen in der Altersgruppe 50+ zeigen sich deutliche Unterschiede nach Bundesländern. Während in Bremen mit 66,3 % der höchste Anteil an Internetnutzern und -nutzerinnen in dieser Altersgruppe gezählt wurde, bildet Mecklenburg-Vorpommern mit 34,6 % das Schlusslicht. Ebenfalls unterschiedlich ist die Internetnutzung nach Altersgruppe und Berufstätigkeit. In der Altersgruppe 50+ nutzen etwa 74 % der Berufstätigen (inkl. zeitweise Arbeitslose) das Internet, aber nur ca. 37,5 % der Nichtberufstätigen (Initiative D21 e.V. 2010, S. 51). Dagegen unterscheidet sich die Häufigkeit der Internetnutzung bei Berufstätigen und Nichtberufstätigen im Alter zwischen 14 und 49 Jahren kaum bzw. überwiegt die Internetnutzung leicht bei den Nichtberufstätigen. Diese Zahlen lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Internetnutzung der älteren Menschen eng mit ihrem Beruf verbunden ist und sie den Zugang zum Internet in erster Linie über den Arbeitsplatz finden.

Dem Statistischen Bundesamt zufolge dient das Internet 2009 den Nutzerinnen und Nutzern der Altersgruppe 45–64 Jahre vor allem dazu, Informationen über Waren und Dienstleistungen einzuholen (89 %) oder E-Mails zu schreiben bzw. zu empfangen (87 %) (Statistisches Bundesamt: Private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien 2010). Die Hälfte der Nutzer und Nutzerinnen in dieser Altersgruppe erledigt Bankgeschäfte über das Internet. Im Datenreport 2008 (Statistisches Bundesamt et al. 2008, S. 370) wird darüber hinaus für 2007 dargestellt, dass sich ca. 60 % der 45- bis 64-Jährigen über Gesundheitsthemen im Internet informieren, während Onlineforen, Chatrooms oder Internetspiele eine untergeordnete Bedeutung für diese Altersgruppe haben. Nach ihrer Nutzungshäufigkeit befragt, geben 69 % an, jeden oder fast jeden Tag, und 22 % berichten, mindestens einmal in der Woche das Internet zu nutzen. Etwa 9 % der Nutzer und Nutzerinnen gehen seltener ins Internet (Statistisches Bundesamt: Durchschnittliche Nutzung des Internets durch Personen 2010).

In der Sonderauswertung des (N)Onliner Atlas von 2008 wird die Internetnutzung in Bezug zum Migrationshintergrund erfragt (Initiative D21 e.V. 2008, S. 12). Der Erhebung zufolge nutzen ältere Menschen mit Migrationserfahrung das Internet seltener als ältere

<sup>36</sup> Onliner = Nutzer des Internets, unabhängig von Ort und Grund der Nutzung; Nutzungsplaner = Nichtnutzer mit der Absicht, innerhalb der nächsten zwölf Monate das Internet zu nutzen; Offliner = Nichtnutzer bzw. keine Nutzungsplanung.



Menschen ohne Migrationserfahrung. Der Anteil der weiblichen Internetnutzerinnen ist in allen Teilgruppen deutlich niedriger als der Anteil der männlichen Internetnutzer.

### Fernsehen/Radio

In welchem Umfang nutzen die „Jungen Alten“ das Fernsehen oder das Radio? Blödorn zeigt auf Basis von Daten aus der Media Analyse 2007 im Beitrag „Medienhandeln im höheren Lebensalter“ (Blödorn 2009), dass mit zunehmendem Alter mehr Zeit vor dem Radio oder Fernseher verbracht wird (siehe Tabelle 33). Der höhere Konsum wird damit begründet, dass ältere Menschen mehr Zeit in der eigenen Wohnung verbringen und daher häufiger die Gelegenheit zum Fernsehen und Radiohören besteht (ebd., S. 159).

Mediennutzung	50–59 Jahre	60–69 Jahre
Radio im Haus	122	150
Radio außer Haus	91	39
Radio in Auto/Bus/Bahn	34	24
Radio in Schule/Beruf	51	9
Fernsehen im Haus	191	224
Fernsehen außer Haus	4	4
Fernsehen in Auto/Bus/Bahn	–	–
Fernsehen in Schule/Beruf	–	–

Tab. 33: Mediennutzung in und außer Haus, Mo.–So. 5.00–24.00 Uhr, Nutzungsdauer in Minuten/Tag nach Alter für 2007 (Quelle: Blödorn 2009, S. 160)

Fernsehsender	50–59 Jahre	60–69 Jahre
ARD Dritte (7 Sender)	14,4	19,8
ARD Das Erste	13,9	19,0
ZDF	13,6	18,6
3SAT	1,3	1,3
Phoenix	1,0	1,1
ARTE	0,9	0,8
RTL	12,2	9,9
SAT.1	10,6	9,0
Pro Sieben	4,5	1,9
Vox	6,6	3,9
RTL II	3,3	1,8
Kabeleins	3,4	2,0

Tab. 34: Marktanteile der Fernsehsender 2007, Mo.–So. 3.00–3.00 Uhr, nach Altersgruppe (in Prozent) (Quelle: Blödorn 2009, S. 167)

Das Medienverhalten ist Blödorn zufolge geprägt von den individuellen Medienerfahrungen im Lebenslauf (ebd., S. 161). Ältere Menschen sind daher zurzeit noch stark durch öffentlich-rechtliche Fernsehsender bzw. Hörfunkprogramme und deren Wahrnehmung als Informations- und weniger als Unterhaltungsmedien geprägt.

Etwa ein Drittel der älteren Menschen nutzt Fernsehsendungen, um sich zu informieren. Zu den beliebtesten Informationssendungen zählen 2007 für sie neben *Tagesschau* und *heute* die Sendung *Panorama* sowie Geschichts- und Naturdokumentationen (ebd., S. 165). Daraus resultiert eine Bindung an die entsprechenden Sender, die in jüngeren Altersgruppen nicht (mehr) festzustellen ist.

Auf die Frage der ARD-Trend-Umfrage 2004: „Für welchen Sender würden Sie sich entscheiden, wenn Sie nur noch ein Programm empfangen könnten?“, geben 65 % der 50- bis 59-Jährigen und 81 % der 60- bis 69-Jährigen an, sie würden einen öffentlich-rechtlichen Sender wählen (ebd., S. 162). Dagegen dominieren bei sämtlichen jüngeren Altersgruppen sehr deutlich die privaten Sender. Entsprechend wachsen die Marktanteile der öffentlich-rechtlichen Sender gegenwärtig noch gegenüber den privaten Sendern mit dem Alter der Zuschauerinnen und Zuschauer (siehe Tabelle 34).

Die „Jungen Alten“ verbringen durchschnittlich mehr Zeit am Tag damit, Radio zu hören als fernzusehen (vgl. Tabelle 35). Die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen bildet zusammen mit den 40- bis 49-Jährigen die Gruppe der stärksten Radiohörer und -hörerinnen unter allen Altersgruppen. Den Daten der Media Analyse 2007 zufolge zählen die 50- bis 59-Jährigen bzw. 60- bis 69-Jährigen eine durchschnittliche tägliche Hördauer von ca. 3,5 bzw. 3 Stunden bei einer Verweildauer (das heißt, das Radio läuft, es wird aber nicht zugehört) von 4,5 bzw. 4 Stunden (siehe Tabelle 35).

Radionutzung	50–59 Jahre	60–69 Jahre
Tagesreichweite (in Prozent)	82,2	80,3
Hördauer in Minuten/Tag	214	193
Verweildauer in Minuten/Tag	261	240

Tab. 35: Radionutzung 2007, Mo.–So. 5.00–24.00 Uhr, nach Altersgruppe (in Prozent bzw. Minuten/Tag) (Quelle: Blödorn 2009, S. 168, eigene Darstellung)

Die Kernzeiten der Radionutzung liegen bei älteren Hörerinnen und Hörern zwischen 7.00 und 14.00 Uhr, mit einem Höhepunkt zwischen 8.00 und 10.00 Uhr (ebd., S. 168). Mit zunehmendem Alter nimmt der Radiokonsum im Vergleich zum Fernsehkonsum ab. Blödorn begründet das mit einem nachlassenden Hörvermögen im Alter.



Presseerzeugnis	50–59 Jahre	60–69 Jahre
ADAC Motorwelt	34,5	31,9
rtv	23,4	28,8
Bild/Deutschland	19,9	17,0
Bild am Sonntag	19,4	18,5
Prisma	13,6	16,4
Stern	13,2	11,9
Bild der Frau	11,5	12,1
Der Spiegel	10,7	9,7

Tab. 36: Reichweite von Presseerzeugnissen 2009 nach Altersgruppe (in Prozent) (Quelle: ma 2009: Pressemedien II, eigene Darstellung)

### Druckmedien: Zeitungen und Zeitschriften

Die Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V. hat für das Jahr 2009 einen Bericht zur Verbreitung von Pressemedien in Deutschland vorgelegt (ma 2009: Pressemedien II). Dabei werden im Überblick regionale und überregionale Druckmedien in Deutschland hinsichtlich ihrer Reichweite und bezogen auf unterschiedliche Zielgruppen und Regionen erfasst. Die Daten haben nur eine begrenzte Aussagekraft, weil die Erhebung die Verbreitung der Medien, aber nicht deren Lektüre ermittelt. So steht an erster Stelle des Presserankings die Zeitschrift *ADAC Motorwelt* (siehe Tabelle 36). Dieses Heft erhält jedes ADAC-Mitglied als Mitgliederzeitung kostenfrei und unaufgefordert per Post. Die Aussage der Daten besteht in diesem Fall daher vor allem in der Anzahl der ADAC-Mitglieder. Ob und in welchem Ausmaß die Zeitschrift von der Zielgruppe auch gelesen wird, lässt sich aus den Daten nicht ableiten.

Presseerzeugnis	Männer	
	50–59 Jahre	60–69 Jahre
ADAC Motorwelt	47,4	49,0
Bild am Sonntag	25,6	25,1
Bild/Deutschland	24,8	20,8
rtv	20,6	28,1
Stern	15,6	15,2
Der Spiegel	14,0	13,8
FOCUS	12,8	11,6
Prisma	12,1	15,8

Tab. 37: Reichweite von Presseerzeugnissen unter Männern 2009 nach Alter (in Prozent) (Quelle: ma 2009: Pressemedien II, eigene Darstellung)

Presseerzeugnis	Frauen	
	50–59 Jahre	60–69 Jahre
rtv	26,1	29,5
ADAC Motorwelt	21,7	16,1
Bild der Frau	21,0	20,3
Prisma	15,1	16,9
Bild/Deutschland	15,1	13,5
Bild am Sonntag	13,3	12,4
Brigitte	11,1	10,1
Bunte	11,0	10,9

Tab. 38: Reichweite von Presseerzeugnissen unter Frauen 2009 nach Alter (in Prozent) (Quelle: ma 2009 Pressemedien II, eigene Darstellung)

Ein weiteres Problem stellt die Frage nach der Bedeutung von Tageszeitungen für die Zielgruppe dar. Da die Reichweite für jede Tageszeitung einzeln und nicht als Rubrik „Tageszeitung“ erhoben wird und die jeweiligen Fallzahlen entsprechend klein sind, tauchen auf den oberen Plätzen des Presserankings nur überregionale Presseerzeugnisse auf. Ein Hinweis auf die Bedeutung der Tageszeitungen kann lediglich die Verbreitung der Zeitungsbeilagen *rtv* und *Prisma* liefern, die als Fernsehzeitung den Tageszeitungen beiliegen und sich als eigenständige Presseerzeugnisse an zweiter und fünfter Stelle des Rankings befinden.

Die Zeitungs- und Zeitschriftenlektüre von Männern und Frauen stellt sich in den Altersgruppen 50–59 bzw. 60–69 Jahre unterschiedlich dar (siehe Tabelle 37 und 38). Abgesehen von der *ADAC Motorwelt* werden die Männer vor allem durch die *Bildzeitung* in ihren Varianten *Bild* bzw. *Bild am Sonntag* erreicht, gefolgt von der Fernsehzeitung *rtv* (was auf die Verbreitung von Tageszeitungen hindeutet, siehe oben). Die politischen Magazine *Stern*, *Der Spiegel* und *FOKUS* erreichen jeweils zwischen ca. 12 % und 15 % der Männer.

Unter den Frauen ist *rtv* am weitesten verbreitet, gefolgt von *ADAC Motorwelt*, *Bild der Frau* und *Prisma*. Unter der Annahme, dass die Verbreitung von *Prisma* und *rtv* Rückschlüsse auf die Verbreitung von Tageszeitungen zulässt, lesen Frauen mehr Tageszeitungen als Männer. *Bild* und *Bild am Sonntag* spielen eine deutlich geringere Rolle bei Leserinnen als bei Lesern. Am weitesten verbreitete Frauenzeitschriften sind *Brigitte* und *Bunte*.



# 6.5 Sport und Bewegung

Körperliche Aktivität und sportliche Betätigung wirken präventiv gegen zahlreiche Erkrankungen im Alter, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, unterschiedliche Krebsarten oder Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Regelmäßige Bewegung wirkt als Sturzprophylaxe und beugt Osteoporose vor. Auch psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen kann mit Sport und körperlicher Aktivität erfolgreich begegnet werden. Schließlich stellen sportliche Freizeitaktivitäten eine Form der Geselligkeit und gesellschaftlichen Teilhabe dar, die neben gesundheitlichen auch wichtige soziale Effekte bewirken. Ferrucci et al. zufolge (Ferrucci et al. 1999, nach Wurm et al. 2010, S. 109) haben Personen, die mit 65 Jahren regelmäßig körperlich aktiv sind, eine zusätzliche allgemeine und behinderungsfreie Lebenserwartung zwischen ein und sechs Jahren im Vergleich zu gleichaltrigen, körperlich nicht aktiven Personen.

Im Rahmen des Deutschen Alterssurveys wird 2008 die sportliche Betätigung der älteren Menschen in Deutschland erhoben (Wurm et al. 2010, S. 110). Dabei wird nach der Art und Häufigkeit der Sportaktivitäten gefragt und als Beispiel Wandern, Schwimmen, Ballspiele oder Gymnastik genannt. Etwa ein Drittel der Befragten aus der Altersgruppe 55–69 Jahre gibt an, sich mehrmals wöchentlich sportlich zu betätigen, ungefähr 20 % üben einmal wöchentlich Sport aus und fast die Hälfte treibt selten oder nie Sport (siehe Tabelle 39). Dabei zeigt sich, dass vor allem die ostdeutschen Männer deutlich seltener Sport treiben als westdeutsche Männer und Frauen.

Körperliche Aktivitäten/ Sport treiben	Deutschland gesamt		Westdeutschland		Ostdeutschland	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mehrmals wöchentlich	32,2	33,0	34,1	33,8	24,8	30,1
Einmal wöchentlich	15,8	24,7	16,2	25,9	14,5	20,3
Seltener/nie	51,9	42,2	49,7	40,3	60,6	49,7

Tab. 39: Sportliche Betätigung nach Alter und Häufigkeit 2008 der Altersgruppe 50–69 Jahre (in Prozent) (Quelle: Wurm et al. 2010, Tabellenanhang A4-10, eigene Darstellung)

Die Häufigkeit der sportlichen Aktivität wird zusätzlich vor dem Bildungshintergrund der Befragten ausgewertet und für die Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen dargestellt. Hier zeigen sich große Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. 42 % der Befragten mit höherer Bildung geben an, mehrmals wöchentlich sportlich aktiv zu sein, 37 % treiben selten oder nie Sport. Von den Menschen mit niedriger Bildung sind nur 15 % mehrmals wöchentlich sportlich aktiv, während 74 % angeben, selten oder nie Sport zu treiben.



	Hohe Bildung	Mittlere Bildung	Niedrige Bildung
Mehrmals wöchentlich	42	28	15
Einmal wöchentlich	22	18	11
Seltener/nie	37	54	74

Tab. 40: Sportliche Aktivität der 55- bis 69-Jährigen 2008 nach Bildungsgrad (in Prozent)  
(Quelle: Wurm et al. 2010, S. 111, eigene Darstellung)

Im Gegensatz zum Deutschen Alterssurvey 2010 hat das RKI in seiner Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ nicht Daten zur *sportlichen*, sondern zur *körperlichen* Aktivität von Männern und Frauen in Abhängigkeit von ihrem Alter und ihrer Bildungszugehörigkeit erhoben. „Körperliche Aktivität“ wird hier definiert als „jede Bewegung ..., die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt“. (RKI 2010a, S. 77). Nach dieser Definition sind in der Altersgruppe 45–64 Jahre ca. 58 % der Personen weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv und nur ca. 22 % mindestens 30 Minuten an fünf Tagen in der Woche (siehe Tabelle 41). Männer sind insgesamt etwas weniger körperlich aktiv als Frauen.

Sowohl Männer als auch Frauen der unteren Bildungsgruppen sind häufiger körperlich aktiv als die Angehörigen der oberen Bildungsgruppen. Diese Zahlen stehen im Gegensatz zu den Angaben, die auf die Frage des Deutschen Alterssurveys nach der „sportlichen Aktivität“ gemacht werden. Während Angehörige höherer Bildungsschichten also offensichtlich eher an ausdrücklich sportlichen Aktivitäten teilnehmen, sind die Angehörigen unterer Bildungsschichten in einem weiteren – auch Betätigungen wie Garten- oder Hausarbeit umfassenden – Sinne körperlich aktiv bzw. gehen beruflichen Tätigkeiten nach, die mit körperlicher Aktivität verbunden sind (RKI 2010a, S. 77 ff.).

Mit den Daten des Olympischen Sportbundes, die dieser über die Mitgliedschaften seiner Landesverbände erhebt, kann ein ungefährender Eindruck über die Art der sportlichen (Ver-



	Weniger als 2,5 Std. pro Woche körperlich aktiv		Mehr als 2,5 Std. pro Woche körperlich aktiv an weniger als 5 Tagen		Mindestens 5-mal pro Woche mind. 30 Min. körperlich aktiv	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamt	56,9	58,9	21,0	18,9	22,0	22,3
Untere Bildungsgruppe	51,2	57,5	22,2	16,0	26,6	26,5
Mittlere Bildungsgruppe	55,9	58,1	20,3	19,7	23,8	22,3
Obere Bildungsgruppe	60,7	62,6	22,0	19,5	17,3	17,9

Tab. 41: Körperliche Aktivität der Altersgruppe 45–64 Jahre nach Bildung und Geschlecht der Altersgruppe (in Prozent) (Quelle: RKI 2010a, S. 77 ff., eigene Darstellung)

eins-)Aktivitäten älterer Menschen vermittelt werden. 2009 sind ca. 6,3 Millionen Menschen zwischen 41 und 60 Jahren Mitglied in einem deutschen Sportverein, davon etwa 2,5 Millionen Frauen und 3,8 Millionen Männer (Deutscher Olympischer Sportbund 2009). Nach Sportarten und Geschlecht differenziert ergibt sich folgendes Bild: Die meisten Frauen dieser Altersgruppe werden in der Abteilung „Turnen“ gezählt, gefolgt von „Fußball“ und „Tennis“. Bei den Männern überwiegt bei Weitem der Fußball, gefolgt von den Schützen sowie Tennisspielerinnen und -spielern.

## 6.6 Mobilität

Wie mobil sind die jungen Alten? Welche Verkehrsmittel benutzen sie wann, wie oft und zu welchem Zweck? Die Studie „Mobilität in Deutschland 2008“ (BMVBS 2010) hat mit sehr umfassenden Erhebungen das Mobilitätsverhalten der in Deutschland lebenden Menschen untersucht. Dabei wird sowohl das Mobilitätsverhalten an sich, in seiner zeitlichen Entwicklung, aber auch vor dem Hintergrund von räumlichen oder personen gebundenen Einflussfaktoren dargestellt. Die Erhebungen zeigen, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen erheblichen Einfluss auf das Mobilitätsverhalten ausüben.

### *Anzahl, Länge und Zweck der Wege*

Welche Strecken legen ältere Menschen – unabhängig vom Verkehrsmittel – täglich zurück, wie lange sind sie unterwegs und welche Entfernungen bewältigen sie dabei im Durchschnitt? Diese grundlegenden Kenngrößen zur Beschreibung der Mobilität werden in der Studie in Abhängigkeit von der Altersgruppe erhoben. Damit lässt sich die Entwicklung der außerhäuslichen Mobilität über die Lebensalter abbilden. Die durchschnittliche „Unterwegszeit“ ohne die regelmäßigen beruflichen Wege ist im Erwachsenenalter relativ konstant bei 80 bis 86 Minuten pro Tag und nimmt erst für die Altersgruppe 74+ deutlich auf durchschnittlich 58 Minuten pro Tag ab. Die „Jungen Alten“ legen im Alter von 50 bis 59 bzw. 60 bis 64 Jahren im Durchschnitt 3,9 Wege mit einer (Gesamt-)Länge von 44 bzw. 35 Kilometern und einer (Gesamt-)Dauer von 81 bzw. 83 Minuten pro Tag zurück. Das bedeutet, dass mit zunehmendem Alter die Wege kürzer und die Wegedauer länger werden. Daraus lässt sich folgern, dass die betrachtete Altersgruppe andere, ggf. langsamere Verkehrsmittel für ihre Wege einsetzt, sich insgesamt langsamer fortbewegt oder ihre Wege unterbricht.

Ein Vergleich der Entwicklung von Mobilität nach Altersgruppen von 2002 und 2008 verzeichnet ein überproportional starkes Wachstum der Wegeanteile der über 64-Jährigen (BMVBS 2010, S. 171). Während der Anteil dieser Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung um 16 % wächst, nimmt der Anteil ihrer Wege am Gesamtwegeaufkommen um 31 % zu. Diese Zahlen lassen sich zum Teil vor dem Hintergrund des Wachstums der Altersgrup-

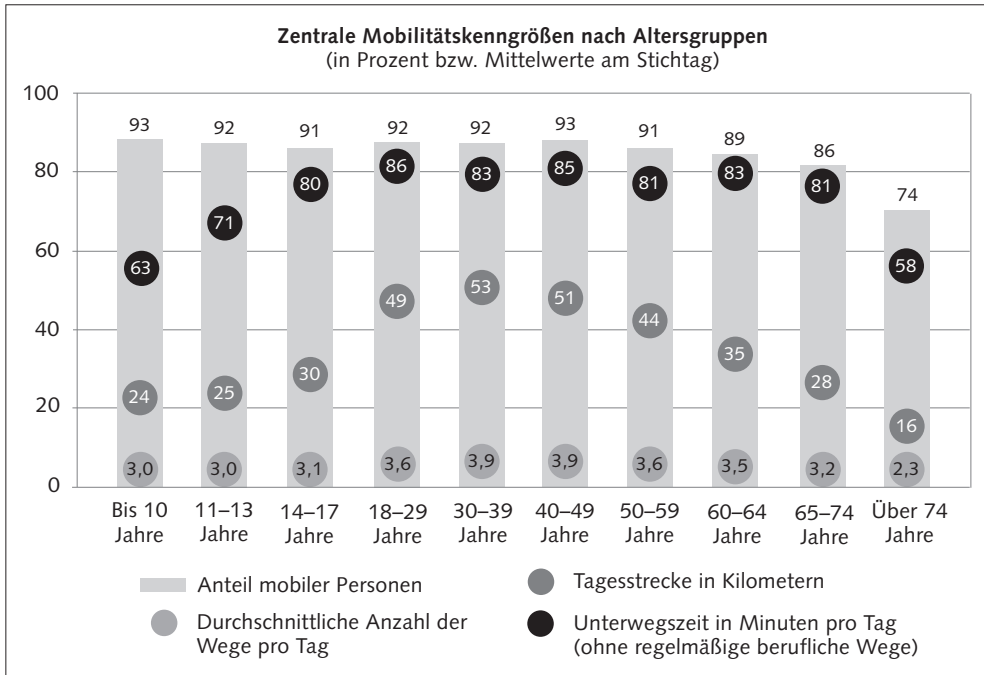


Abb. 23: Wegestrecken, Wegedauer und Anzahl der Wege pro Tag nach Alter, MiD 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 75)

pen erklären, aber eben nicht ausschließlich. Zusätzlich muss davon ausgegangen werden, dass sich die Mobilität insgesamt erhöht hat, sei es durch einen Rückgang der Mobilitätseinschränkungen im Alter, bessere Mobilitätsangebote und -chancen oder die verstärkte Notwendigkeit zur Mobilität, etwa weil Versorgungsangebote nur mit erhöhtem Mobilitätsaufwand zu erreichen sind. Nach Einschätzung der Studie liegt jedenfalls *„die Veränderung des Mobilitätsverhaltens in der Gruppe der Älteren ... somit merklich über immer wieder geäußerte(n) Erwartungen“*. (BMVBS 2010, S. 171).

Auch die Mobilitätsquoten<sup>37</sup> der 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 64-Jährigen steigen von 2002 nach 2008 deutlich an: auf 91 % bzw. 89 % der Altersgruppe, die am Stichtag eine durchschnittliche Anzahl von 3,6 bzw. 3,5 Wegen zurückgelegt haben.

Warum sind die älteren Menschen unterwegs? Für die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen zeigt sich 2008, dass weniger Wege aus beruflichen oder Ausbildungszwecken zurückgelegt werden. Obwohl die Daten im Kapitel „Arbeit“ einen spürbaren Rückgang

<sup>37</sup> Mobilitätsquote = Anteil der Altersgruppe, die am Stichtag unterwegs ist, in Prozent.

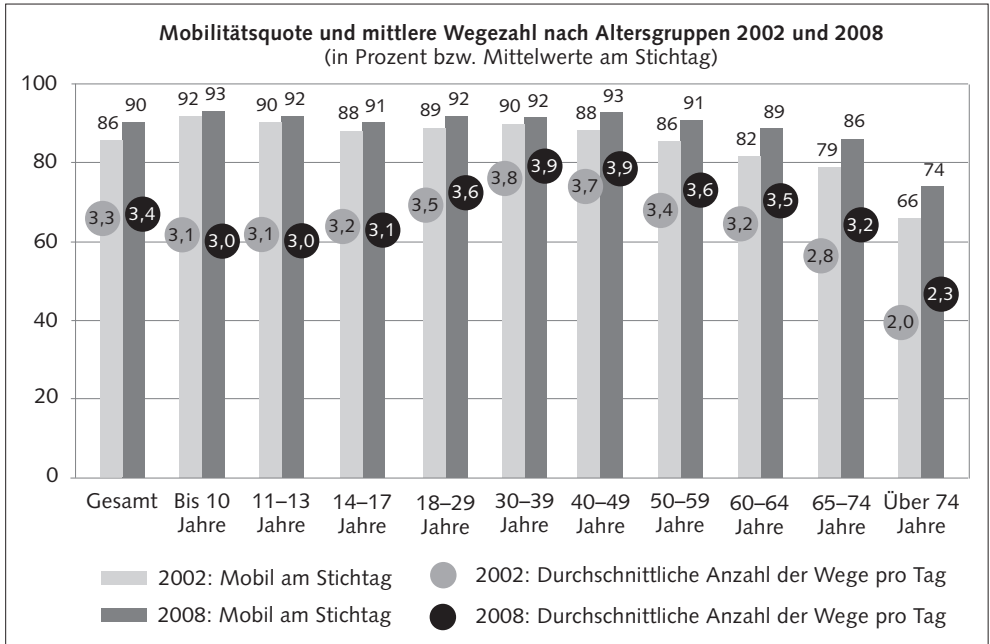


Abb. 24: Mobilitätsquote und mittlere Wegezahl nach Alter, 2002 und 2008 (MiD 2008) (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 75)

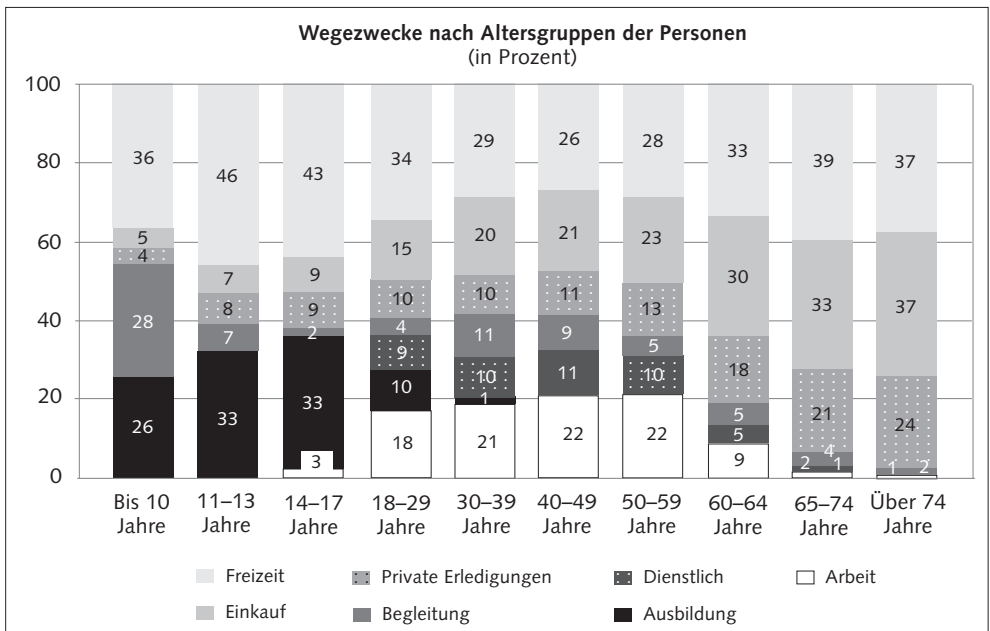


Abb. 25: Wegeziele nach Alter, MiD 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 76)

der Erwerbstätigkeit bereits in der Altersgruppe 55–60 Jahre beschreiben, drückt sich dieser Einfluss nicht in den Wegezwecken dieser Kohorte aus. Dagegen legen die 60- bis 64-Jährigen einen deutlich höheren Anteil ihrer Wege für Einkäufe, Freizeit oder private Erledigungen als für die Arbeit zurück.

Eine differenzierte Darstellung der Anlässe für die Wege nach Geschlecht zeigt deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die sich durch sämtliche Altersgruppen ab 18 Jahren ziehen und sich erst in den Altersgruppen über 65 Jahre angleichen. Frauen legen in den Altersgruppen 50–59 und 60–64 Jahre weniger Wege aus beruflichen Gründen als Männer zurück.

Abbildung 26 zeigt, dass Männer in der Altersgruppe 50–59 Jahre ca. 40 % ihrer Wege wegen der Arbeit gehen oder fahren, im Gegensatz zu knapp 25 % der Frauen. Dagegen dienen die Wege der Frauen eher Einkäufen, privaten Erledigungen oder Freizeitaktivitäten. Als Begleitung für andere, zum Beispiel Enkelkinder oder ältere, hilfebedürftige Menschen, sind Männer und Frauen dieser Altersgruppen vergleichbar selten unterwegs, nämlich mit einem Anteil von nur ca. 5 % aller Wege.

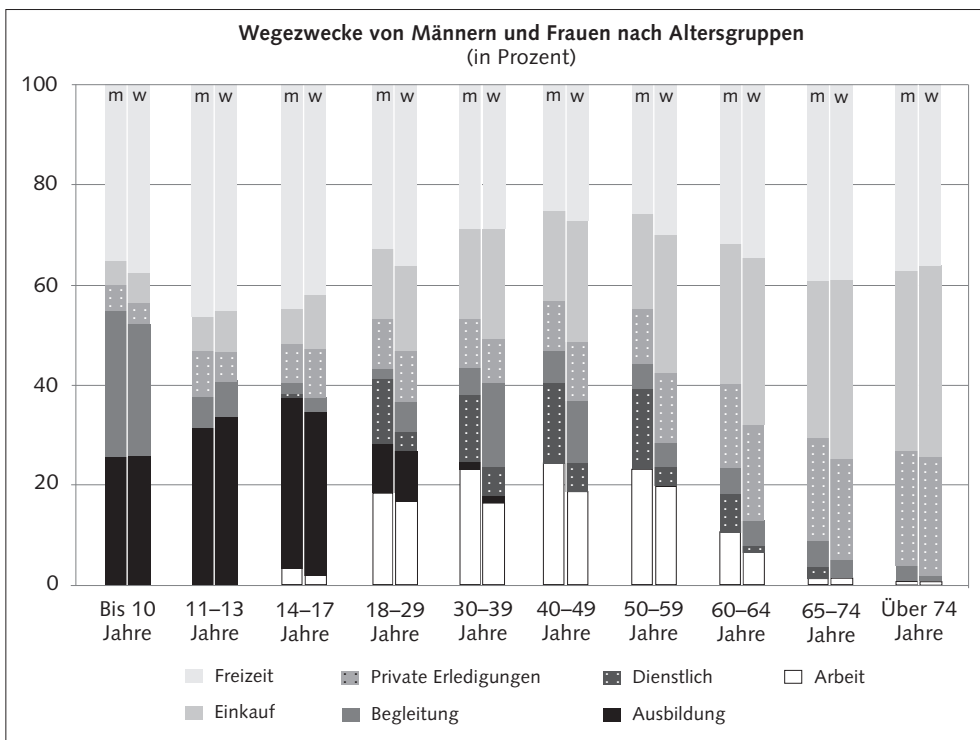


Abb. 26: Wegezwecke nach Alter und Geschlecht (in Prozent), MiD 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 76)

## Verkehrsmittel

Welche Verkehrsmittel benutzen die „Jungen Alten“ um ihre Ziele zu erreichen? Die Studie „Mobilität in Deutschland 2008“ erfasst die Verkehrsmittel Öffentlicher Personenverkehr (ÖPV), Motorisierter Individualverkehr (MIV) als Fahrer oder Mitfahrer, Fahrrad oder „zu Fuß“. Die gesamte Gruppe der 18- bis 59-Jährigen ist durch einen hohen Anteil des Motorisierten Individualverkehrs geprägt (BMVBS 2010, S. 76). Ab dem Alter von 60 Jahren nimmt die Bedeutung des Pkws deutlich ab: 55 % der 50- bis 59-Jährigen und 47 % der 60- bis 64-Jährigen fahren selbst Personenkraftwagen (siehe Abbildung 27). Mit altersbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie einer Verminderung der Sehkraft, geht häufig auch ein Verzicht auf das eigene Auto einher. Andererseits ist diese Tendenz aber auch ein Kohorteneffekt. Die Anzahl der Führerscheinbesitzer und -besitzerinnen nimmt in den höheren Altersgruppen vor allem unter den Frauen deutlich ab (vgl. Abbildung 28). Der prozentuale Anteil der MIV-Mitfahrer und -fahrerinnen steigt in den Altersgruppen 50–59 und 60–64 Jahre leicht von 10 % auf 11 % an, 6 % bzw. 5 % nutzen öffentliche Verkehrsmittel und 9 % bzw. 11 % das Fahrrad. Das größte Wachstum verzeichnet in diesen Altersgruppen das Gehen als Fortbewegung: 20 % der 50- bis 59-Jährigen und 26 % der 60- bis 64-Jährigen sind zu Fuß unterwegs. Die Daten lassen keine Schlüsse darüber zu, ob diese Veränderungen dem Alter oder Kohorteneffekten geschuldet sind, vermutlich sind beide Effekte von Einfluss. Darüber, ob der Motorisierte Individualverkehr auch künftig im Alter in diesem Maße zurückgehen wird, kann deshalb nur spekuliert werden.

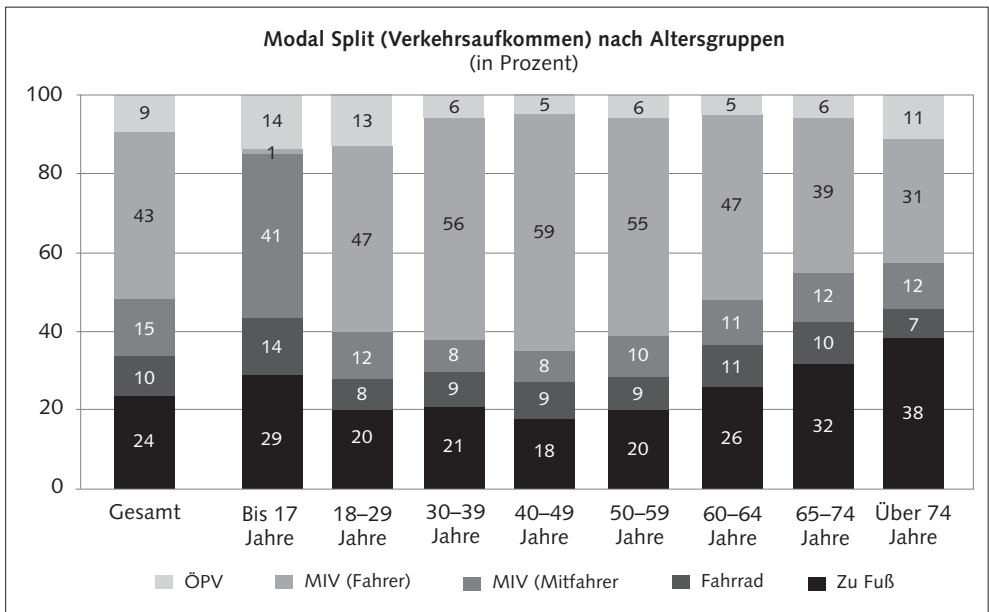


Abb. 27: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmittel, nach Alter (in Prozent), MiD 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 77)

### Motorisierter Individualverkehr

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

Während im Gegensatz zu den Frauen vor allem die Männer früherer Kohorten einen Führerschein und einen eigenen Pkw ihr Eigen nennen (2002 besitzen nur 47% der Frauen im Alter 75+ [= Jahrgang 1928 und älter] einen Führerschein, BMVBS 2010, S. 70), nimmt die Anzahl der weiblichen Führerscheinbesitzerinnen kontinuierlich zu. Abbildung 28 stellt die Angleichung der Führerscheinbesitzer und -besitzerinnen nach

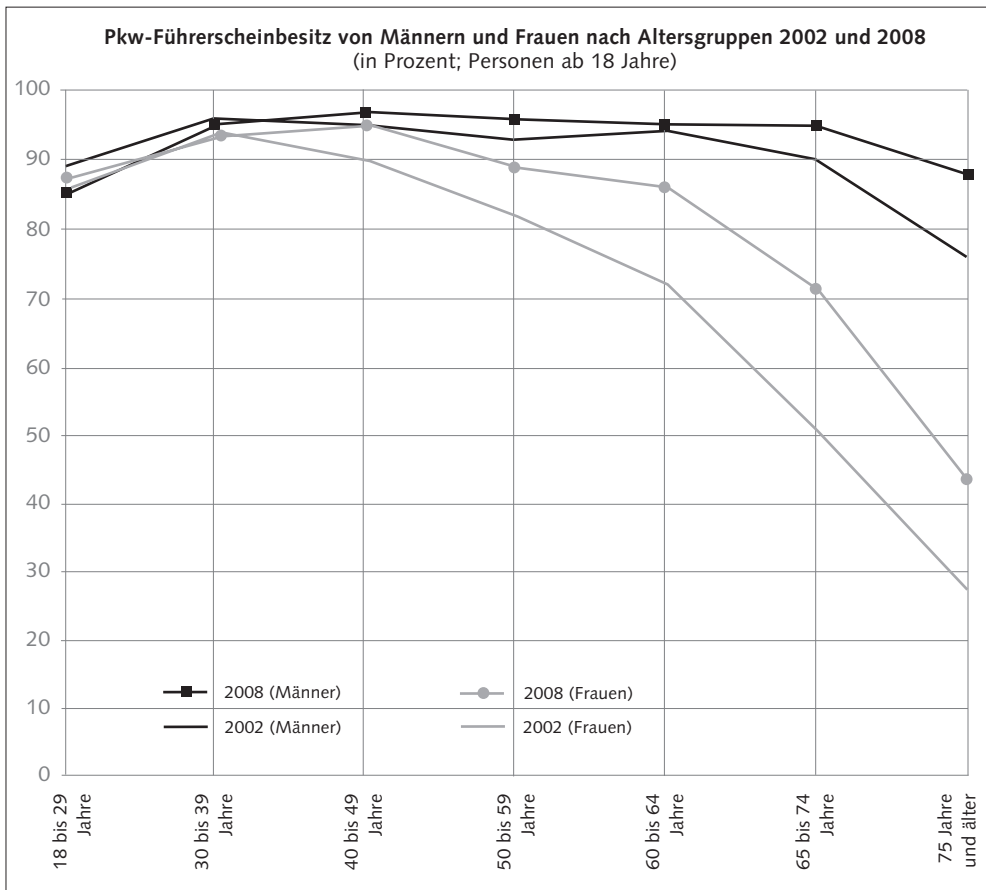


Abb. 28: Pkw-Führerscheinbesitz nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2002 und 2008 (Mid 2008)  
(Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 71)

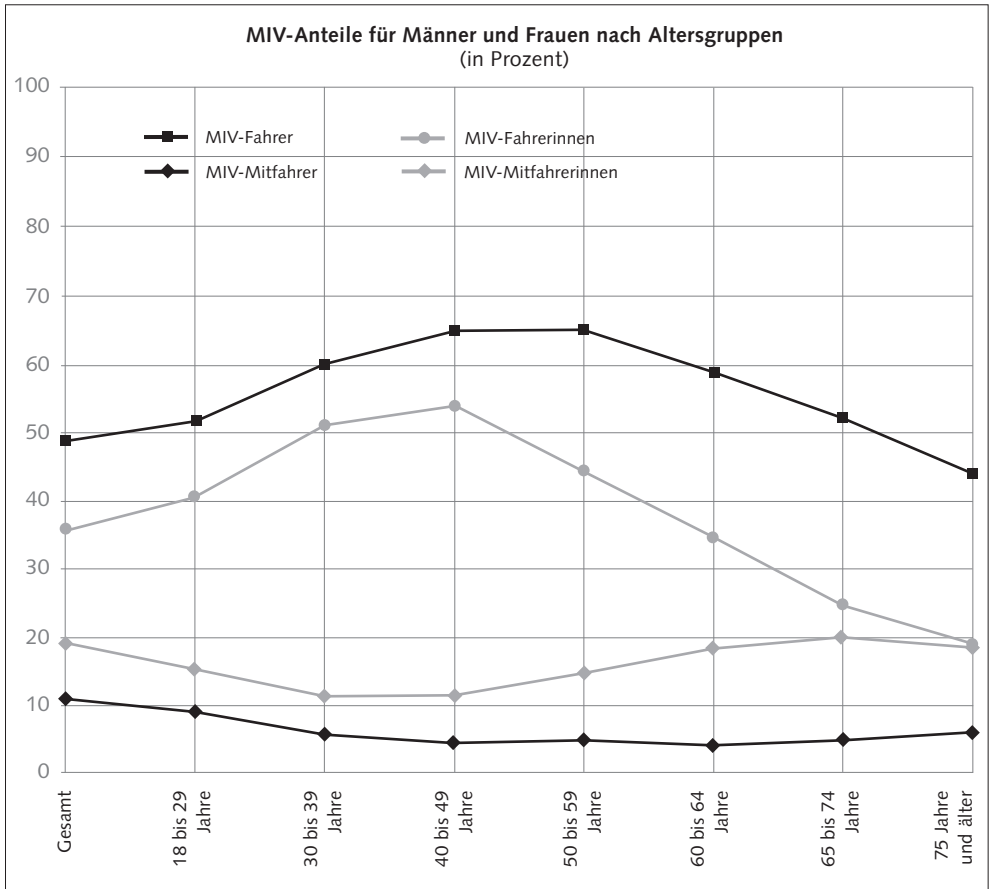


Abb. 29: MIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008 (Mid 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 94)

Geschlecht in 2002 und 2008 dar. Die Darstellung zeigt, dass der Anteil der Personen, die in den Altersgruppen 50–59 bzw. 60–64 Jahre einen Führerschein besitzen, im Vergleich zu 2002 deutlich gestiegen ist, wobei der Anstieg fast ausschließlich der Zunahme weiblicher Führerscheinbesitzerinnen geschuldet ist.

Im Vergleich der Anteile am Motorisierten Individualverkehr (MIV) als Fahrer und Fahrerinnen oder Mitfahrer und Mitfahrerinnen nach Geschlecht zeigt sich für die Altersgruppen 50–59 und 60–64 Jahre ein klarer Unterschied von ca. 20 bzw. 25 Prozentpunkten zwischen Männern und Frauen. Ca. 65 % bzw. 60 % der Männer in diesen Altersgruppen sind MIV-Fahrer im Gegensatz zu ca. 45 % bzw. 35 % der Frauen. Dagegen sind Frauen mit ca. 15 % bzw. knapp 20 % MIV-Mitfahrerinnen und Männer nur zu ca. 5 % in beiden Altersgruppen vertreten (siehe Abbildung 29).



## Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPV)

Der ganz überwiegende Anteil der „Jungen Alten“ ist als Fahrer und Fahrerin oder Mitfahrer und Mitfahrerin mithilfe des Motorisierten Individualverkehrs mobil. Der Rückgang der MIV-Nutzer und -nutzerinnen im Alter, sei es aus altersbedingten oder Kohortengründen, wirkt sich *nicht* zugunsten der ÖPV-Nutzung aus. In der Studie „Mobilität in Deutschland 2008“ werden die Nutzungsanteile des Öffentlichen Personenverkehrs (ÖPV) und Nichtmotorisierten Individualverkehrs (NMIV) lediglich für die Altersgruppen 40–64 Jahre und 65–74 Jahre nach Geschlecht dargestellt. Der Anteil an ÖPV-Nutzung in der Altersgruppe 40–64 Jahre unterscheidet sich kaum nach Geschlecht und bildet bei Männern und Frauen 5 % bzw. 6 %. Erst in der nachfolgenden Altersgruppe 65–74 Jahre ist der Anteil bei Frauen mit 8 % doppelt so hoch als bei Männern mit 4 %.

Alters- und geschlechtsunabhängige Daten der Mobilitätsstudie zeigen, dass die Gruppe der Erwerbstätigen eine erheblich niedrigere Mobilitätsquote im NMIV aufweist als die Gruppe der Nichterwerbstätigen, dass Erwerbstätige also vorwiegend mit dem eigenen Pkw mobil sind. Die Mobilitätsstudie beschreibt diesen Zusammenhang wie folgt: „Je höher der ökonomische Status eines Haushaltes, desto weniger wird zu Fuß gegangen, desto weniger wird das Fahrrad benutzt und desto weniger werden Fahrten mit dem Öffentlichen Verkehr zurückgelegt. Der Anteil von Umweltverbundnutzern erreicht

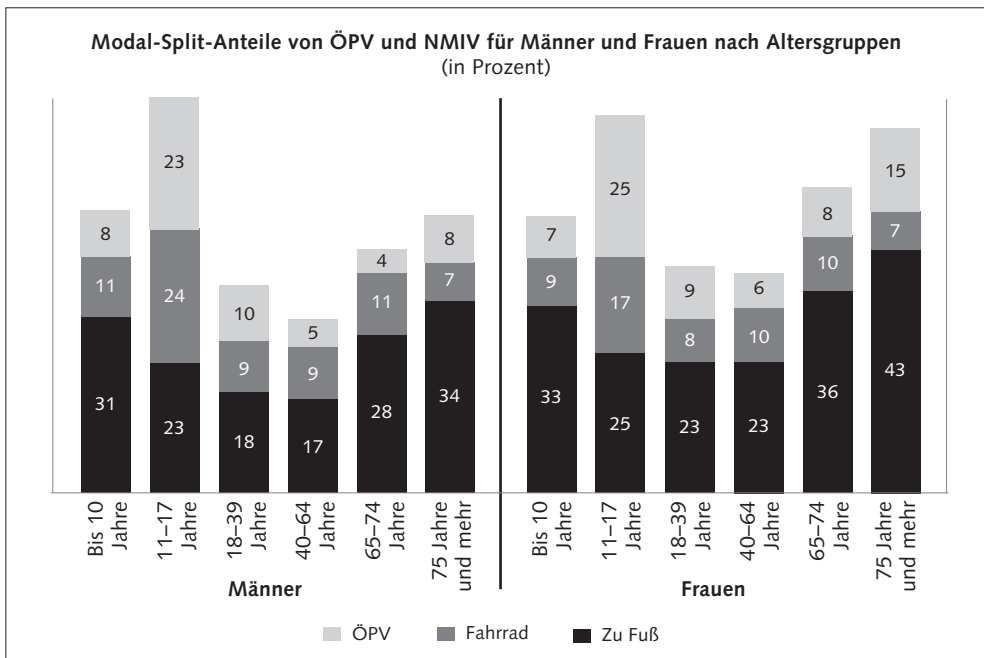


Abb. 30: ÖPV- und NMIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008 (MiD 2008) (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 104)

bei den Personen aus Haushalten mit sehr niedrigem ökonomischem Status 53 Prozent (31 Prozent zu Fuß, 10 Prozent Fahrrad, 12 Prozent Öffentlicher Verkehr). Bei den Personen aus Haushalten mit einem sehr hohem ökonomischem Status werden nur 36 Prozent der Wege mit Verkehrsmitteln des Umweltverbundes durchgeführt (20 Prozent zu Fuß, 8 Prozent Fahrrad, 8 Prozent Öffentlicher Verkehr). Gleichzeitig steigen die von Personen in den statushohen Haushalten zurückgelegten Wegstrecken deutlich an. Es ergibt sich also ein dreifacher Effekt: Eine bessere wirtschaftliche Situation führt zu einer volleren Garage, die dort stehenden Autos werden anstatt des ÖPNV genutzt und führen schließlich zu längeren Wegstrecken.“ (BMVBS 2010, S. 105). Dieser Zusammenhang lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch für die Gruppe der „Jungen Alten“ herstellen. Ein weiterer, in der Studie nicht erwähnter Effekt könnte noch ergänzt werden: ... Eine bessere wirtschaftliche Situation führt außerdem zu weniger gesundheitsförderlicher Mobilität zu Fuß oder per Rad.

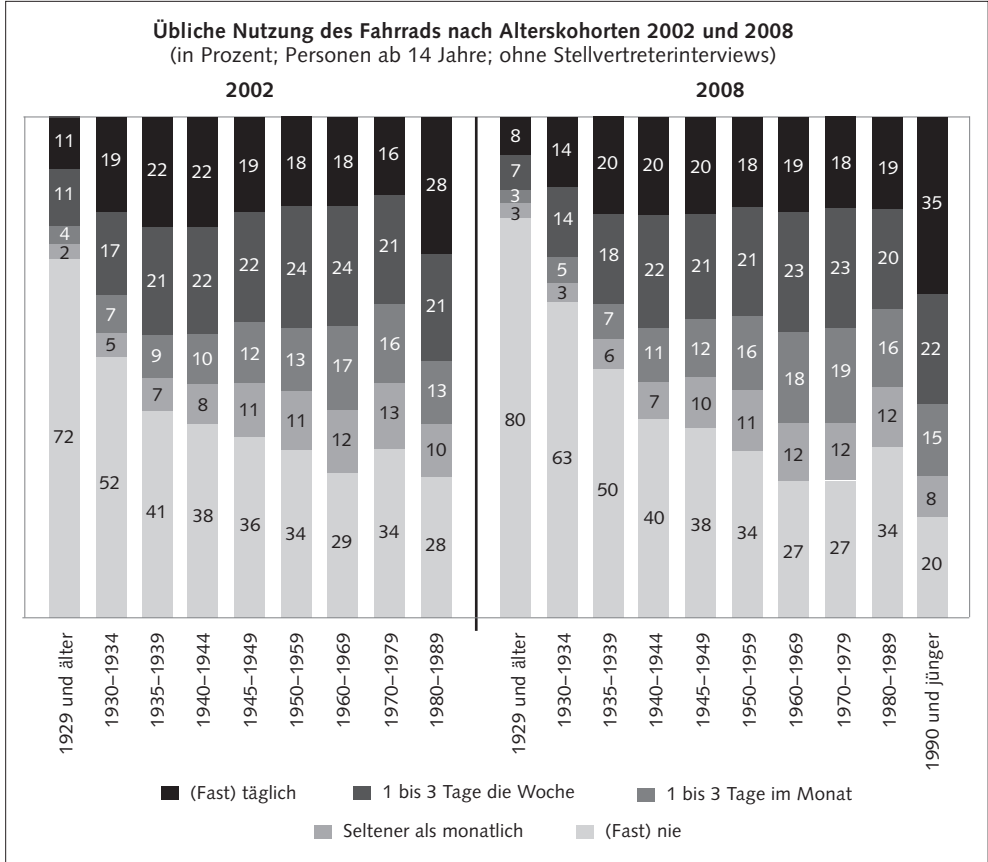


Abb. 31: Fahrradnutzung nach Alterskohorten in 2002 und 2008 (MiD 2008) (Quelle: infas, DLR in: BMVBS 2010, S. 106)

## Fahrradfahren

In der Altersgruppe 50–59 Jahre und 60–64 Jahre erfolgt Mobilität zu 9 % bzw. 11 % mithilfe des Fahrrads. Die Mobilitätsstudie stellt die Fahrradnutzung nach Häufigkeit für die Kohorten und im Vergleich zwischen 2002 und 2008 dar. Die jungen Alten, die im Jahr 2008 50–59 bzw. 60–64 Jahre alt sind, gehören den Kohorten der 1950–1959 bzw. 1945–1949 Geborenen an. Die Nutzung des Fahrrads dieser Kohorten hat sich von 2002 bis 2008 kaum verändert. 18–20 % von ihnen benutzen das Fahrrad täglich, 21–24 % mehrmals wöchentlich und 34–38 % nie oder fast nie. Die *tägliche* Nutzung des Fahrrads unterscheidet sich (ohne Berücksichtigung von Alter oder Geschlecht) im Gegensatz zur *grundsätzlichen* Nutzung kaum nach regionalem Typ. In Kernstädten geben 18 % der Befragten an, das Fahrrad täglich zu nutzen, im Vergleich zu 20 % in ländlichen Regionen. Allerdings nutzen in Kernstädten 41 % und in ländlichen Regionen im Vergleich deutlich geringere 33 % das Fahrrad (fast) nie, was sicher wesentlich mit dem ÖPV-Angebot und den Entfernungen auf dem Land einerseits und in der Stadt andererseits zu begründen ist. Sicherheit spielt bei der Nutzung des Fahrrads bei den „Jungen Alten“ keine wesentliche Rolle: 79 % der 50- bis 59- und 60- bis 64-Jährigen geben an, nie einen Fahrradhelm zu tragen.

Allgemein lässt sich feststellen, dass es eine Veränderung in der Mobilität zwischen den 50- bis 59-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen gibt, die sich vor allem in ihren Anteilen

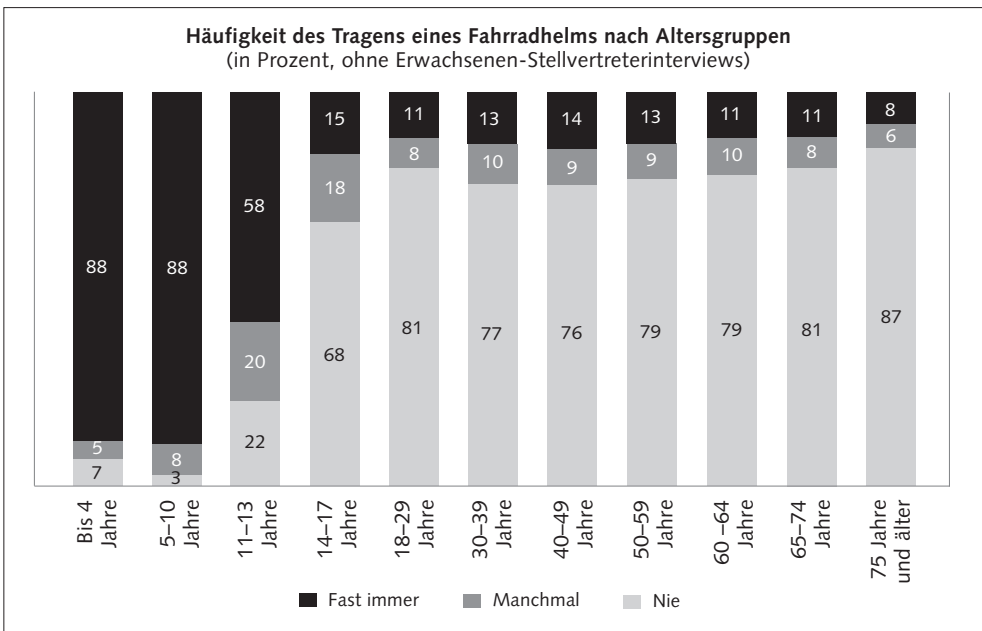


Abb. 32: Fahrradhelmgebrauch nach Alter in 2008 (MidD 2008) (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 107)

len am Motorisierten Individualverkehr, ihrem Führerscheinbesitz und dem Zweck ihrer Wege zeigt. Diese Entwicklungen können zum einen durch Kohorteneffekte (Frauen jüngerer Jahrgänge verfügen häufiger über einen Führerschein und einen eigenen Pkw) und zum anderen durch biografische Einschnitte (Austritt aus dem Erwerbsleben) erklärt werden. Die Anzahl der Wege verringert sich im Alter nicht, aber ihre Länge nimmt ab und ihre Wegedauer zu, das heißt, die Wege werden langsamer zurückgelegt. Unterschiede in der Mobilität und der Verkehrsmittelwahl zwischen Männern und Frauen sind vor allem in älteren Kohorten ausgeprägt und gleichen sich in jüngeren Kohorten an.

## 6.7 Fazit

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

Das zivilgesellschaftliche Engagement und die Übernahme von Ehrenämtern lassen sich wegen der auf unterschiedlichen Definitionen basierenden Datenlage nur ungefähr beschreiben. Es zeigt sich aber, dass Männer eher als Frauen ehrenamtliche Funktionen übernehmen. Insgesamt stagniert der Anteil der Menschen in der Altersgruppe, die sich ehrenamtlich engagieren. Gleichzeitig nehmen mehr ältere Menschen Weiterbildungsangebote wahr, was durch die längere Berufstätigkeit und die Sorge vor der Arbeitslosigkeit im Alter erklärt werden kann. Das kulturelle Engagement ist in dieser Altersgruppe durchschnittlich nur gering ausgeprägt. Kino-, Theater- oder Konzertbesuche spielen im Alltag keine wesentliche Rolle.

Die Mediennutzung der „Jungen Alten“ ist gegenwärtig sehr in der Veränderung begriffen. Das Internet gewinnt an Bedeutung und wird von der Mehrheit der „Jungen Alten“ bereits täglich genutzt. Ähnlich wie beim Fernsehen und Rundfunk findet das Internet in erster Linie als Informationsmedium Beachtung. Hier könnten Potenziale für Gesundheitsinformationen und interaktive Präventions- oder Beratungsangebote liegen.

Über die aktive Nutzung von Präventionsangeboten, vor allem über die sportliche Aktivität der „Jungen Alten“, liegen nur unvollständige und allgemeine Daten vor. Die stärkere körperliche Aktivität unterer Bildungsschichten, die vermutlich mit ihren Berufstätigkeiten in Verbindung steht, führt möglicherweise dazu, dass sie weniger häufig sportlich aktiv sind als höhere Bildungsschichten, die eher sitzende Tätigkeiten ausüben.

Auffällig ist die geringe Zahl ostdeutscher Männer, die Sport treiben oder körperlich aktiv sind. Hier ist sicher eine genaue Analyse der Ursachen interessant, die die Angebotsstrukturen und Zielgruppenansprache in den östlichen Bundesländern in den Fokus nimmt.

Ein großer Teil des Kapitels ist der Mobilität gewidmet. Mobilität ist eine wesentliche Bedingung für soziale Teilhabe und Lebensqualität und wird im Alter zunehmend beschwerlicher. Daher ist es von besonderem Interesse, die Mobilitätsbedingungen und -quoten der „Jungen Alten“ zu beschreiben und zugleich Anknüpfungspunkte für Mobilitätsförderung zu identifizieren. Die Ergebnisse zeigen eine positive Entwicklung der Mobilität in der Altersgruppe, was sicher auf den steigenden Anteil von Frauen mit eigenem Pkw und Führerschein zurückzuführen ist. Zugleich zeigen die Zahlen ein erhebliches Potenzial bei der Förderung des ÖPV und des Fahrradfahrens in der Zielgruppe, die zurzeit noch keine wesentliche Rolle für die Mobilität spielen.



**WOHNEN**



Das Wohnen, die Wohnsituation und das Wohnumfeld sind Faktoren, die einen entscheidenden Einfluss auf Lebensqualität und Gesundheit haben. Daher widmet sich ein eigenes Kapitel diesem Thema. Im ersten Abschnitt wird die regionale Verteilung der Altersgruppe, die von großer Bedeutung für die Planung von Investitionen in eine zielgruppenorientierte Infrastruktur und die Gewichtung von Handlungsschwerpunkten ist, beschrieben. Dargestellt wird die regionale Verteilung nach Ost- und Westdeutschland, nach Bundesländern und nach städtischen und ländlichen Siedlungsregionen. Im Anschluss werden die Eigentumsverhältnisse, die Versorgung mit Wohnraum und die Wohnkosten der 55- bis 65-Jährigen beschrieben und unter anderem nach regionalen Aspekten differenziert. Der darauffolgende Abschnitt befasst sich mit dem Angebot an barrierearmen oder altersgerechten Wohnungen. Im Weiteren werden die Umzüge und Wanderungsbewegungen der „Jungen Alten“ innerhalb von Deutschland und die Bewertung des Wohnumfelds durch die Zielgruppe dargestellt.

## 7.1 Regionale Verteilung der Altersgruppe: Wo wohnen die „Jungen Alten“?

Das Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) ermittelt im Rahmen seiner Raubeobachtung regelmäßig die regionale Verteilung der Einwohner und Einwohnerinnen in der Altersgruppe zwischen 50 bis unter 65 Jahren relativ zur Gesamtbevölkerung in Deutschland<sup>38</sup>. Die regionale Differenzierung erfolgt von der Bundes- bis hinunter zur Kreisebene. Insgesamt beträgt der Anteil der 50- bis 65-Jährigen an der deutschen Gesamtbevölkerung im Jahr 2007 18,6%, wobei die Altersgruppe in Ostdeutschland (inkl. Berlin) mit 20,1% einen größeren Anteil in der Bevölkerung ausmacht als in Westdeutschland mit 18,3%. Unterschieden nach Bundesländern ist der Anteil der 50- bis 65-Jährigen in der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt mit 20,9% am höchsten. Den geringsten Anteil dieser Altersgruppe zählt Hamburg mit 16,9%. Auf der Ebene der Raumordnungsregionen weist neben Hamburg auch Osnabrück einen Anteil von nur 16,9% der 50- bis 65-Jährige auf, während die Region Südsachsen mit 21,7% über den größten Anteil von „Jungen Alten“ verfügt (INKAR 2009).

Die Raubeobachtung des BBSR erfasst die räumliche Verteilung der Einwohner und Einwohnerinnen nach Alter auch bezogen auf die Siedlungsraumtypen. Dabei werden hochverdichtete Agglomerationsräume (zum Beispiel das Ruhrgebiet), Agglomerationsräume mit herausragendem Zentrum (zum Beispiel der Großraum Berlin) sowie verstädterte und ländliche Räume von verschiedener Dichte unterschieden (vgl. Anhang, Abbildung 38). Die „verstädterten Räume höherer Dichte Ost“ weisen mit 21,7% den

<sup>38</sup> Für die Altersgruppe 55–65 Jahre werden keine gesonderten Daten erhoben.



Raumeinheit	Einw. 50–65 Jahre, Anteil an der regionalen Gesamtbevölkerung
Bund	18,6
Ostdeutschland	20,1
Westdeutschland	18,3
Sachsen-Anhalt	20,9
Thüringen	20,8
Brandenburg	20,3
...	...
Bayern	18,1
Baden-Württemberg	17,9
Hamburg	16,9

Tab. 42: Anteil der Einwohner und Einwohnerinnen nach Altersgruppe und Bundesländern in Prozent der regionalen Gesamtbevölkerung, 2007 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung, komplette Tabelle siehe Anhang, Tabelle 69)

Raumeinheit	Einw. 50–65 Jahre, Anteil an jeweiliger Gesamtbevölkerung
Verstädterte Räume höherer Dichte Ost	21,7
Verstädterte Räume mittlerer Dichte mit großem Oberzentrum Ost	20,8
Ländliche Räume höherer Dichte Ost	20,8
Ländliche Räume geringerer Dichte Ost	20,5
Ländliche Räume höherer Dichte West	18,3
Agglomerationsräume mit herausragenden Zentren West	18,1
Verstädterte Räume mittlerer Dichte ohne großes Oberzentrum Ost	18,2
Verstädterte Räume mittlerer Dichte ohne großes Oberzentrum West	18,2
Verstädterte Räume mittlerer Dichte mit großem Oberzentrum West	18,1
Ländliche Räume geringerer Dichte West	18,1
Verstädterte Räume höherer Dichte West	17,9

Tab. 43: Anteil der Einwohner und Einwohnerinnen nach Altersgruppe und Siedlungsraumtypen in Prozent der regionalen Gesamtbevölkerung, 2007 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung)

höchsten relativen Anteil älterer Menschen zwischen 50 und 65 Jahren auf. Im Gegensatz dazu werden in den „verstädterten Räume(n) höherer Dichte West“ mit 17,9 % die relativ wenigsten Personen in dieser Altersgruppe gezählt. Die ländlichen Regionen in Ostdeutschland weisen mit 20,8 % (ländliche Räume höherer Dichte) bzw. 20,5 % (ländliche

Räume geringerer Dichte) ebenfalls einen höheren Anteil an älteren Menschen auf als die entsprechenden westlichen ländlichen Regionen mit 18,3 % (ländliche Räume höherer Dichte) bzw. 18,1 % (ländliche Räume geringerer Dichte).

Zwischen 2002 und 2007 hat sich der Anteil der Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung Deutschlands nach Angaben des BBSR um 1,3 % verringert (siehe Anhang, Tabelle 70). Der Rückgang war in Ostdeutschland mit 2,5 % etwas stärker ausgeprägt als in Westdeutschland mit 1,0 %. Nach der Prognose des BBSR wird sich der Anteil der Altersgruppe an der bundesdeutschen Bevölkerung bis 2025 deutlich verändern. Erwartet wird ein bundesweiter Zuwachs der 50- bis 65-Jährigen, die dann den Geburtsjahrgängen 1960–1975 angehören, um 17,7 % (siehe Tabelle 44). Im Ost-West-Vergleich zeigen sich prägnante Unterschiede: Für Ostdeutschland wird ein Wachstum der Altersgruppe um 1,4 % prognostiziert, für Westdeutschland hingegen ein Zuwachs um 22,2 %. Damit werden in beiden Teilen Deutschlands die 50- bis 65-Jährigen etwa ein Viertel der Bevölkerung ausmachen. Interessant sind vor allem die unterschiedlichen Entwicklungen in den Bun-

Raumeinheit	Einwohnerentwicklung 50–65 Jahre in Prozent für 2025, bezogen auf 2007
Bund	17,7
Ostdeutschland	1,4
Westdeutschland	22,2
Schleswig-Holstein	27,4
Baden-Württemberg	26,9
Bayern	26,3
Hamburg	25,8
Niedersachsen	22,9
Rheinland-Pfalz	20,4
Hessen	19,1
Nordrhein-Westfalen	18,2
Brandenburg	16,2
Berlin	14,1
Bremen	8,0
Saarland	5,2
Mecklenburg-Vorpommern	-1,6
Thüringen	-5,6
Sachsen	-5,7
Sachsen-Anhalt	-8,7

Tab. 44: Prognose der Einwohnerentwicklung nach Altersgruppe und Bundesländern für 2025 in Prozent der Altersgruppe 2007 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung)

desländern. Während in Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg ein Zuwachs der Altersgruppe um mehr als 25 % prognostiziert wird, werden für die ostdeutschen Länder, mit Ausnahme von Brandenburg, negative Salden vorhergesagt. In Brandenburg soll die Altersgruppe um 16,2 % wachsen, sodass sich für Ostdeutschland in der Summe ein leichter Zuwachs ergibt.

## 7.2 Eigentumsverhältnisse, Versorgung mit Wohnraum und Wohnkosten

Die Angehörigen der Altersgruppe 50–65 Jahre wohnen im Vergleich zu jüngeren Menschen relativ häufig in einer ihnen gehörenden Immobilie. Der Mikrozensus 2002 zeigt, dass 53,6 % der Haushalte mit einer Haushaltsbezugsperson im Alter von 50 bis 59 Jahren und 55,7 % der Haushalte mit einer Haushaltsbezugsperson im Alter von 60 bis 64 Jahren in Wohneigentum wohnen (Menning 2007, S. 24). Die Eigentümerquote unter den „Jungen Alten“ unterscheidet sich allerdings deutlich nach Region bzw. Ost- und Westdeutschland. Nach dem SOEP 2006 (Beetz et al. 2009, S. 47) stellt sich der Anteil der Eigentümer und Eigentümerinnen bzw. Mieter und Mieterinnen nach Bundesländern in der Altersgruppe 55–64 wie folgt dar: Während 2006 in den nördlichen Bundesländern 71,7 % der 55- bis 64-jährigen Haushaltsvorstände Wohneigentum besitzen, sind es in den Stadtstaaten nur 22,1 %. Wie bereits in Kapitel 2 dargestellt, sind mit 77,4 % die 55- bis 69-jährigen westdeutschen Männer am häufigsten Besitzer einer Immobilie. Unter den ostdeutschen Frauen hingegen finden sich mit 53,2 % die wenigsten Immobilienbesitzerinnen in dieser Altersgruppe (Motel-Klingebiel et al. 2010: Tabellenanhang A3-5).

Auch die Größe der Wohnfläche, die pro Haushaltsmitglied zur Verfügung steht, unterscheidet sich dem SOEP 2006 zufolge in Bezug auf Ost- bzw. Westdeutschland. 2006 stehen den 41- bis 65-Jährigen in Westdeutschland 52 Quadratmeter und in Ostdeutschland 44 Quadratmeter durchschnittliche Wohnfläche zur Verfügung. Innerhalb der Altersgruppe sind 4,5 % (Westdeutschland) bzw. 3,0 % (Ostdeutschland) der Haushalte mit Wohnraum unterversorgt<sup>39</sup>. Die Anzahl der Haushaltsvorstände, die Wohngeld beziehen, ist in Ostdeutschland mit 9,2 % aller Haushaltsvorstände in dieser Altersgruppe mehr als doppelt so hoch wie in Westdeutschland mit 4,3 % (Statistisches Bundesamt et al. 2008).

Die durchschnittliche Wohnkostenbelastung in der Altersgruppe 55–64 Jahre unterscheidet in der Darstellung bei Beetz auf Grundlage des SOEP 2006 (Beetz et al. 2009,

<sup>39</sup> Eine Unterversorgung liegt vor, wenn die Zahl der Haushaltsmitglieder die Zahl der Wohnräume (über sechs Quadratmeter, ohne Küche und Bad) übersteigt.

Bundesländergruppe	Wohnkostenbelastung Mietkosten		Wohnkostenbelastung Eigentum	
	Insgesamt	55–64 Jahre	Insgesamt	55–64 Jahre
Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, Bremen)	27,7	25,8	18,7	19,2
Nord (Schleswig-Holstein, Niedersachsen)	27,7	26,9	14,3	10,6
Nordrhein-Westfalen	27,0	28,6	16,1	10,9
Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland)	27,3	30,5	13,2	12,0
Süd (Baden-Württemberg, Bayern)	27,1	28,2	13,0	12,2
Nordost (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt)	27,5	25,5	14,6	16,5
Südost (Thüringen, Sachsen)	24,3	25,6	14,0	9,8
<i>Insgesamt</i>	27,0	27,5	14,2	12,0

Tab. 45: Durchschnittliche Wohnkostenbelastungsquote in Prozent des Haushaltsnettoeinkommens nach Region und Alter des Haushaltsvorstands, 2006 (Quelle: Beetz et al. 2009, S. 48 [SOEP 2006], eigene Darstellung)

S. 48) zwischen zur Miete Wohnenden und Menschen mit Wohneigentum. Während die durchschnittliche Wohnkostenbelastung von Mieterinnen und Mietern bei 27,5 % des Haushaltsnettoeinkommens liegt, wird das Haushaltsnettoeinkommen von Wohneigentümerinnen und -eigentümern dieser Altersgruppe nur durchschnittlich zu 12,0 % von den Wohnkosten belastet. Ein Vergleich zur Belastung der unter 55-jährigen Eigentümer und Eigentümerinnen, die bei durchschnittlich 21,0 % des Haushaltsnettoeinkommens liegt, zeigt die starke Abnahme der Wohnkostenbelastung von Menschen mit Wohneigentum mit steigendem Alter. In der Studie von Beetz wird weiterhin die regionale Unterschiedlichkeit der Wohnkostenbelastung dargestellt (siehe Tabelle 45).

Die Tabelle zeigt die relativ hohe Wohnkostenbelastung der Mieterinnen und Mieter in den süd- und westdeutschen Bundesländern und im Gegensatz eine vergleichsweise hohe Belastung von Eigentümerinnen und Eigentümern in den Stadtstaaten. Diese Verteilung ist vermutlich unter anderem dem jeweiligen Angebotsmarkt für Mietwohnungen in Süd- und Westdeutschland bzw. Eigentumswohnungen in den Stadtstaaten geschuldet. Möglicherweise sind die Erwerbskosten von Eigentum im Verhältnis zum Haushaltseinkommen in den Stadtstaaten so hoch, dass sie die Altersgruppe noch belasten, während das Wohneigentum in anderen Regionen in diesem Alter bereits abgezahlt worden ist.

## 7.3 Wohnen im Alter

Die Recherche im Rahmen der Expertise zeigt, dass es kaum Zahlen zum altersgerechten Wohnungsbestand bzw. -bedarf in Deutschland gibt. Auch die Definition von „altersgerechten Wohnungen“ ist nicht eindeutig festgelegt und wird im Allgemeinen analog den Vorgaben zum barrierefreien Bauen verwendet. Den DIN-Normen zum barrierefreien Bauen (18024, 18025 bzw. noch als Entwurf: 18040) steht der Grundsatz voran: *„Die Nutzer müssen in die Lage versetzt werden, von fremder Hilfe weitgehend unabhängig zu sein.“* Angewendet auf eine barrierefreie Wohnung bedeutet das, dass sich der Bewohner oder die Bewohnerin in der eigenen Wohnung bewegen und versorgen kann. Eine barrierefreie Wohnung ist damit unter anderem durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Die Durchgangsbreite sämtlicher Türen entspricht der Breite von Rollstühlen.
- Die Räume besitzen Wendebereiche für Rollstühle.
- Die Duschen sind bodengleich.
- Alle Räume und Bereiche der Wohnung, sowie die Wohnung selbst sind schwellenfrei zu erreichen.

In einem laufenden Forschungsvorhaben des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) werden im Auftrag des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) derzeit der allgemeine Bestand und der aktuelle sowie zukünftige Bedarf an altersgerechten Wohnangeboten quantifiziert und effektive wohnungspolitische Handlungsstrategien ermittelt. Ergebnisse dieser Untersuchung lagen bei der Abfassung dieses Fachhefts noch nicht vor.<sup>40</sup>

Den wenigen vorliegenden Quellen zufolge ist der Bestand an barrierefreien bzw. -armen Wohnungen in Deutschland klein. Nach Angaben des Bundesverbandes der freien Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V. (BFW e.V.) macht das Marktsegment der barrierefreien oder „an die Bedürfnisse der Senioren angepassten“ Wohnungen im Jahr 2007 etwa 1 % des deutschen Wohnungsmarktes aus<sup>41</sup> und liegt damit deutlich unter den Marktanteilen dieses Segments in anderen europäischen Ländern, vor allem in den Niederlanden und Großbritannien (BFW 2007, S. 8).<sup>42</sup> Nach Einschätzung des BFW werden aufgrund der demografischen Entwicklung bis 2020 in Deutschland zusätzlich etwa 800.000 barrierearme bzw. altersgerechte Wohnungen benötigt (ebd., S. 15).

<sup>40</sup> Inzwischen wurden die Ergebnisse veröffentlicht: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hg.) (2011): Wohnen im Alter. Forschungen, Heft 147.

<sup>41</sup> Die Zahlen des BFW beruhen allerdings in erster Linie auf Umfragen unter den Mitgliedern des BFW und sind daher nur begrenzt aussagekräftig.

<sup>42</sup> Dabei ist zu beachten, dass sich dieses Marktsegment vor allem auf die Wohnungen bezieht, die ausdrücklich als „barrierefrei“, „altersgerecht“ oder „an die Bedürfnisse der Senioren angepasst“ auf dem Markt beworben werden.

Der geringe Bestand an altersgerechten oder barrierearmen Wohnangeboten wird auch durch den Bericht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) zum Thema bestätigt. In der Studie „Wohnen im Alter“, die das KDA im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche 2006 erstellt hat, wird die Versorgungsquote der über 60-Jährigen mit „Altenwohnungen/barrierefreien Wohnungen“ mit 1,37 % und mit Angeboten des betreuten Wohnens mit 1,02 % angegeben (KDA 2006, S. 22–26).

Die Expertenkommission des Deutschen Verbandes für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e.V. gibt in ihrer Studie „Wohnen im Alter“ von 2009 den Anteil der Altershaushalte<sup>43</sup>, die in altersgerechten Wohnungen wohnen, mit 5 % an und beziffert den Investitionsbedarf zur Anpassung des Wohnungsbestands an den wachsenden Bedarf an altersgerechten Wohnungen in den kommenden Jahren deutschlandweit auf 39 Milliarden Euro (DV 2009, S. 13).

## 7.4 Wanderungsbewegungen und Umzugsbereitschaft

Das Altwerden in der eigenen, gewohnten Umgebung ist von größter Bedeutung für die meisten Menschen und wird häufig auch dann angestrebt, wenn die gewohnte Umgebung den Alltag im Alter eher erschwert als erleichtert. Entsprechend sind Umzüge in der untersuchten Altersgruppe relativ selten.

Das Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erfasst im Rahmen seiner Raumbearbeitung unter anderem das Binnenwanderungssaldo nach Regionen und Alter in Deutschland. „Binnenwanderungssaldo“ bedeutet hier das Verhältnis von Fort- und Zuzügen auf den unterschiedlichen räumlichen Ebenen. Das Binnenwanderungssaldo der älteren Menschen unterscheidet sich ganz wesentlich von dem Zu- und Abwanderungsverhältnis jüngerer Jahrgänge. Während in der Altersgruppe der 25- bis 30-Jährigen im Jahr 2007 positive Salden (mehr Zuzüge als Fortzüge) von 2,8 (Baden-Württemberg) bis 35,4 (Hamburg) Umzüge je 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen und negative Salden (mehr Fortzüge als Zuzüge) von –0,2 (NRW) bis –26,5 (Sachsen-Anhalt) gezählt werden, zählt man bei den 50- bis 65-Jährigen insgesamt erheblich weniger Umzüge.

In der Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen weist Hamburg das größte Negativsaldo von –3,0 auf, während Schleswig-Holstein mit 3,1 über das größte Positivsaldo verfügt. Der Grund für die regionalen Unterschiede zwischen den Bundesländern einerseits und den Altersgruppen andererseits liegt vermutlich in den Motiven für die Wanderungen.

---

<sup>43</sup> Haushalte mit einer Haupteinkommensbezieherin bzw. einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 65 plus.

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

Tab. 46: Binnenwanderungssaldo je 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen der Altersgruppe 50–65 Jahre 2007 in Bundesländern (Quelle INKAR 2009, eigene Darstellung)

Während die 25- bis 30-jährigen Binnenwanderer und -wanderinnen vor allem wegen ihres Arbeitsplatzes wandern (in der Datenerfassung des BBSR werden sie daher auch „Arbeitsplatzwanderer“ genannt), erfolgt die Binnenwanderung im Alter möglicherweise vor allem aufgrund eines Wohnsitzwechsels in landschaftlich reizvolle Regionen. Diese These stützt sich auf einen Vergleich der Wanderungssalden in der untergeordneten Ebene der Raumordnungsregionen. Den größten Zuzug durch Personen der Altersgruppe 50–65 Jahre erfahren hier die Regionen Lüneburg (7,0), Schleswig-Holstein Ost (6,4), Ostfriesland (6,1), Schleswig-Holstein Nord (5,7), Oberland (5,3) und Allgäu (5,3). Ein ausgeprägtes Negativsaldo weist mit –9,2 lediglich Göttingen auf, gefolgt von Hamburg mit –3,0.

Interessanterweise zeichnen sich die bevorzugten Regionen für Umzüge im jungen Alter nicht durch eine besonders ausgeprägte medizinische Versorgungs- oder Betreuungsstruktur für Pflegebedürftige aus. Ebenfalls durch das BBSR, aber für das Jahr 2005, werden die Anzahl der Ärzte bzw. Ärztinnen und Pflegeheimplätze, bezogen auf die Einwohnerzahl in den Regionen, ermittelt (siehe Tabellen 47 und 48 auf Seite 142). Die Darstellungen zeigen, dass die Wanderungsregionen sehr unterschiedliche Arztdichten aufweisen und Ostfriesland nahezu nur die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte pro Einwohnerin und Einwohner im Vergleich zu den Stadtstaaten zählt. Diese weisen erwartungsgemäß die beste ärztliche Ausstattung auf, während vor allem in den ländlichen Regionen Brandenburgs eine deutlich geringere Arztdichte erhoben wird.



Regionen		Ärzte/Ärztinnen
Raumordnungsregionen mit höchster Arztdichte	Bremen	243
	Berlin	233
	Hamburg	222
Arztdichte in Wanderungsregionen	Schleswig-Holstein Ost	201
	Oberland	188
	Göttingen	179
	Allgäu	168
	Lüneburg	158
	Schleswig-Holstein Nord	147
	Ostfriesland	139
Raumordnungsregionen mit niedrigster Arztdichte	Uckermark-Barnim	120
	Prignitz-Oberhavel	120
	Hamburg-Umland Süd	119
	Altmark	115

Tab. 47: Anzahl der Ärzte und Ärztinnen je 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen, 2005 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung)

Regionen		Pflegeheimplätze
Raumordnungsregionen mit höchster Pflegeheimdichte	Schleswig-Holstein Ost	157
	Göttingen	142
	Hildesheim	141
Pflegeheimdichte in Wanderungsregionen	Lüneburg	137
	Schleswig-Holstein Nord	120
	Allgäu	107
	Ostfriesland	86
	Oberland	81
Raumordnungsregionen mit niedrigster Pflegeheimdichte	Rhein-Main	69
	Neckar-Alb	67
	Emsland	60

Tab. 48: Anzahl der Pflegeheimplätze je 10.000 Einwohner und Einwohnerinnen, 2005 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung)

Auch die Versorgung mit Pflegeheimplätzen unterscheidet sich je nach Bundesland erheblich. Während 2005 in Schleswig-Holstein 131 Pflegeheimplätze für 10.000 Einwohner und Einwohnerinnen zur Verfügung stehen, sind es in Hessen nur 78. Auffällig ist, dass sich im Gegensatz zur ärztlichen Versorgung bei der Ausstattung mit Pflegeheimplätzen weder ein Ost-West-Unterschied noch ein Unterschied zwischen Stadtstaaten und ländlichem Raum feststellen lässt.



Deutlich wird bei diesen ausgewählten Darstellungen zur Infrastruktur im Bereich Gesundheitswirtschaft, wie unterschiedlich die regionalen Lebensbedingungen sind. Diese Unterschiedlichkeit spiegelt sich auch in den Bewertungen des Wohnumfelds wider, die im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

## 7.5 Bewertung des Wohnumfelds

Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) werden die Angehörigen der Altersgruppen 40–54, 55–69 und 70–85 Jahre um eine Bewertung ihres Wohnumfelds gebeten. Dabei wird deutlich, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung in Siedlungsgebieten mit unzureichender Infrastruktur lebt. Allerdings zeigt sich im zeitlichen Vergleich der Angaben von 1996, 2002 und 2008 in fast allen Segmenten eine Verbesserung des Angebots, und zwar sowohl für Ostdeutschland als auch für Westdeutschland (Mahne et al. 2010, S. 146 ff.). Eine Auswertung der Daten nach Altersgruppen weist deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland auf.

Die auf das Wohnumfeld bezogene Aussage „Es sind genug Einkaufsmöglichkeiten vorhanden“ beantworten 2008 18,1 % der 55- bis 69-Jährigen in den alten und 30,3 % der Altersgruppe in den neuen Bundesländern mit „Trifft gar nicht zu“ oder „Trifft eher nicht zu“. Ein Drittel der Befragten in den neuen Bundesländern – und damit relativ gerechnet deutlich mehr Personen als in den alten Bundesländern – halten also die Einkaufsmöglichkeiten ihres Wohnumfelds für unzureichend.

Die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr wird von ost- und westdeutschen älteren Menschen ähnlich bewertet. Die Aussage „Mein Wohngebiet ist gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen“ trifft 2008 für 22,5 % der Altersgruppe in den alten und für 25,1 % derjenigen in den neuen Bundesländern nicht oder eher nicht zu. Aus diesen Zahlen lässt sich schließen, dass etwa ein Viertel bis ein Fünftel der Altersgruppe auf den eigenen Pkw, Taxi, Fahrrad oder Mitfahrgelegenheiten angewiesen ist, um die Mobilität aufrechtzuerhalten.

Ein weiterer, gerade im Alter wichtiger Aspekt ist die ärztliche Versorgung im Wohnumfeld. Hier zeigt sich erneut ein großer Unterschied zwischen West- und Ostdeutschland. Während 13,4 % der westdeutschen 55- bis 69-Jährigen das Vorhandensein von Ärzten und Ärztinnen oder Apotheken im Wohnumfeld mit „eher nicht zutreffend“ oder „gar nicht zutreffend“ beantworten, sind es in Ostdeutschland 33,6 % der Befragten. Jeder dritte Ostdeutsche in der untersuchten Altersgruppe ist also nach eigener Wahrnehmung im Wohnumfeld nicht ausreichend mit medizinischen Dienstleistungen versorgt.



Eine weitere Frage zur Bewertung des Wohnumfelds betrifft das subjektive Sicherheitsgefühl im Dunkeln. Dieser Aspekt ist für die Lebens- und Wohnqualität im Alter von großer Bedeutung und unter anderem ein wesentlicher Einflussfaktor bei der Ausbildung von Zeit- und Aktivitätsmustern. So zeigt sich, dass Personen, die ein hohes Unsicherheitsgefühl im Dunkeln empfinden, nach Einbruch der Dunkelheit ihre Wohnung im Allgemeinen nicht mehr verlassen. Im Durchschnitt fühlen sich 23,3 % der Altersgruppe unsicher im Dunkeln. Auch bei dieser Frage wird ein relevanter Ost-West-Unterschied deutlich: 21,1 % der Westdeutschen und 31,5 % der Ostdeutschen geben an, sich im Dunkeln nicht sicher zu fühlen. Erwartungsgemäß wird die Frage in Abhängigkeit vom Geschlecht unterschiedlich beantwortet. Überraschend ist aber der deutliche Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland: 11,0 % der westdeutschen und 18,3 % der ostdeutschen Männer empfinden im Dunkeln ein geringes Sicherheitsgefühl bzw. 30,9 % der westdeutschen und 44,1 % der ostdeutschen Frauen. Fast die Hälfte der ostdeutschen Frauen antwortet auf die Frage nach ihrem Sicherheitsgefühl im Dunkeln demnach „Trifft nicht zu“ oder „Trifft eher nicht zu“.

Schließlich wird im DEAS nach der Lärmbelastung im Wohnumfeld gefragt. Der Aussage „Meine Wohngegend wird durch Lärm beeinträchtigt“ stimmen 19,4 % der Befragten in den westdeutschen und 21,9 % in den ostdeutschen Bundesländern zu (alle Daten vgl. Motel-Klingebiel et al. 2010: Tabellenanhang A6-1 bis A6-10).

Diese Daten weisen auf deutlich ungünstigere Wohnbedingungen der 55- bis 69-Jährigen in Ostdeutschland als in Westdeutschland hin, sowohl bezogen auf die Versorgungsangebote als auch auf die Belastungen im Wohnumfeld. Der Zusammenhang zwischen diesen negativen Einflussfaktoren im Wohnumfeld und der individuellen gesundheitlichen Lage kann nicht mit Daten belegt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass Lärm, ein geringes Sicherheitsgefühl und eine mangelhafte Infrastruktur die Gesundheit und das Wohlbefinden relevant beeinträchtigen.

## 7.6 Fazit

Die Ausführungen in diesem Kapitel haben gezeigt, dass die Wohnbedingungen und Wohnbelastungen der „Jungen Alten“ von regionalen Bedingungen und individuellen Ressourcen abhängig sind. In den ostdeutschen Regionen, denen von der Zielgruppe eine eher schlechte Infrastruktur attestiert wird, leben relativ zur Gesamtbevölkerung mehr „Junge Alte“ als in westdeutschen Regionen. Ein beachtlicher Anteil der „Jungen Alten“ fühlt sich in den neuen und zum Teil auch in den alten Ländern im Wohnumfeld nicht ausreichend versorgt. Investitionen in die Infrastruktur sollten daher die Wohn- und Versorgungsqualität im Wohnumfeld, vor allem in den ostdeutschen Bundesländern, ver-

bessern. Die geringen Wanderungsbewegungen der „Jungen Alten“ lassen erwarten, dass sie aller Wahrscheinlichkeit nach in ihrem Wohnumfeld altern und in naher Zukunft mit wachsenden gesundheitlichen Einschränkungen noch stärker unter den Versorgungslücken leiden werden als heute. Allerdings wird mit dem Altern der Babyboomer für die nächsten zehn bis 15 Jahre ein starker Zuwachs auch in den westdeutschen Bundesländern prognostiziert. Diese Aussicht sollte bei Entscheidungen für künftige Entwicklungsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Je besser die Ausstattung vor allem mit ökonomischen Ressourcen ist, desto unabhängiger kann der oder die Einzelne den Wohnort und das Wohnumfeld auswählen. Der hohe Anteil an Menschen mit Wohneigentum in der Altersgruppe führt allerdings vermutlich dazu, dass Wanderungsbewegungen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen relativ selten sind. Die Beweggründe, die zu einem Umzug im jungen Alter führen, werden bislang nicht erhoben. Wenn ein Umzug stattfindet, scheint die Gesundheitsinfrastruktur einer Region aber kein wesentliches Auswahlkriterium zu sein.

Die relative Belastung durch die Wohnkosten nimmt bei Immobilienbesitzerinnen und -besitzern mit zunehmendem Alter deutlich ab. Damit findet ein erheblicher, auch psychisch entlastender, Rückgang der monatlichen Ausgaben statt, der bei den Mieterinnen und Mietern nicht erfolgt. Allerdings fallen auch sämtliche Maßnahmen zur Wohnraumanpassung und Sanierung in die Verantwortung der Eigentümer und Eigentümerinnen. Die Schwierigkeit, im Alter einen Kredit für Investitionen zu erhalten, und die Furcht vor großen Ausgaben führen häufig dazu, dass ein notwendiger Umbau und Abbau von Barrieren nicht stattfinden. Sicher ist das ein Grund dafür, dass die Anzahl der barrierefreien Wohnungen nach den vorliegenden Angaben erschreckend gering ist. Hier wäre es sehr wünschenswert, eindeutige Vorgaben und Normen sowie verlässliche und repräsentative Daten zum Bestand der altersgerechten Wohnungen, den Wohnbedürfnissen und der Investitionsbereitschaft der „Jungen Alten“ aufzustellen.





**FAZIT**

8

Durch die Details der Expertise ist ein kaleidoskopischer Blick auf die „Jungen Alten“ entstanden. Das verbindende Element der Auswahl ist die Frage nach Gesundheitsrisiken, aber auch nach Ressourcen für ein möglichst gesundes Altwerden.

Als besonders vulnerable Gruppe hat sich die der sozial benachteiligten Älteren mit geringer Bildung und niedrigem Einkommen herauskristallisiert. Zusätzliche Gefährdungen entstehen durch Arbeitslosigkeit sowie für Alleinstehende mit wenigen Sozialkontakten. Diese Lebenslagen treten vielfach gleichzeitig auf und verstärken sich in ihren Wirkungen kumulierend. Häufig lassen sie sich auch lokal in Stadtteilen und Regionen verorten, wenngleich die Datenlage dazu insgesamt unbefriedigend ist. Die Altersgruppe steht nur selten im Fokus von Erhebungen zu Zusammenhängen von Raum und Sozialstruktur.

Die soziale Eingebundenheit der Kohorte ist insgesamt sehr gut, die meisten Älteren sind verheiratet, haben Kinder, rund die Hälfte hat Enkelkinder. Auch wenn die Wohnortnähe zu Familienmitgliedern – und damit die Gelegenheit für praktische Hilfen – tendenziell abnimmt, sind die familiären Kontakte vor allem in emotionaler Hinsicht unverändert eng. Zugenommen haben die Kontakte zu und der Austausch von Hilfen mit nicht familiären Netzwerkpersonen. Dies zeigt auch der Blick auf die Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Die Pflege eines Angehörigen haben mindestens 10 % der Altersgruppe hauptverantwortlich übernommen, dies sind überwiegend Frauen. Daraus resultieren vielfältige Belastungen und Risiken für die eigene Gesundheit der Pflegenden. Über die genaue Anzahl pflegender Angehöriger, ihre spezifischen Belastungen und Bedarfe liegen keine aktuellen Daten vor.

Verglichen mit früheren Kohorten kommen die „Jungen Alten“ heute durchschnittlich mit einer geringeren Zahl (chronischer) Erkrankungen ins hohe Alter. Eine Ausnahme bilden die psychischen Erkrankungen, vor allem Depressionen, die bei Männern und Frauen zugenommen haben. Insgesamt am häufigsten werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems diagnostiziert. Sie sind auch der häufigste Grund für Rehamaßnahmen und Frühverrentung. Die Haupttodesursache in der Altersgruppe sind bösartige Tumoren.

Das Thema „Sucht“ spielt auch bei den „Jungen Alten“ eine nicht zu vernachlässigende Rolle: Riskanter Alkoholkonsum und Medikamentenmissbrauch sind vergleichsweise verbreitet, was ebenfalls auf psychische Beeinträchtigungen, vielleicht auch auf mangelndes Problembewusstsein schließen lässt.

Insgesamt ist die sozioökonomische Lage der beschriebenen Altersgruppe heute von relativem Wohlstand und sozialer Sicherheit gekennzeichnet, jedoch lassen sich auch Gruppen identifizieren, die unter schwierigen Bedingungen leben, von Armut bedroht

oder betroffen sind: Dies sind häufig Ältere mit Migrationshintergrund sowie in den kommenden Jahren stark wachsende Anteile der „Jungen Alten“ vor allem in den neuen Bundesländern, deren Erwerbsbiografien diskontinuierlich verlaufen sind. Daher gilt es, die Dynamik der Entwicklungen im Blick zu behalten und den Auswirkungen auf die Altersgruppe Rechnung zu tragen, etwa dem zu erwartenden Wechsel von aktuell noch hohen zu zukünftig niedrigen Rentenanwartschaften und den Prognosen wachsender Altersarmut insbesondere ostdeutscher Männer.

Der Wandel sozialpolitischer und demografischer Rahmenbedingungen hat zwar zu einem allmählichen Anstieg der Erwerbsquote der 55- bis 65-Jährigen geführt, dennoch arbeitet vor allem jenseits des 60. Lebensjahres nur noch rund ein Viertel von ihnen sozialversicherungspflichtig und davon die allerwenigsten in Vollzeit. Die Erwerbsarbeit wird von vielen als gesundheitlich belastend erlebt, häufig ist das Ende der Erwerbstätigkeit auf gesundheitliche Gründe sowie Entlassungen zurückzuführen. Dennoch sind die „Jungen Alten“ bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und in der betrieblichen Weiterbildung unterrepräsentiert.

Die Arbeitslosenquote der Altersgruppe liegt – bei großen regionalen Schwankungen vor allem zwischen den alten und neuen Bundesländern – bei ca. 10 %, weitere 7,5 % beziehen ALG II („Hartz IV“). Die Chancen über 55-Jähriger, aus der Arbeitslosigkeit wieder in Arbeit zu kommen, stehen eher schlecht: Im Jahr 2009 gelang dies nur einem Viertel der Betroffenen. Es wächst die Zahl derjenigen, die mit dem Erreichen des Rentenalters aus dem Bezug von ALG II oder I in den Grundsicherungsbezug wechseln. Ihre ökonomischen Spielräume – und damit die für Teilhabe und nicht zuletzt Gesundheit – bleiben bis ans Lebensende begrenzt.

Zurzeit leben in den neuen Bundesländern anteilig mehr 55- bis 65-Jährige als in den alten, in denen allerdings in den nächsten 15 Jahren ein stärkerer Anstieg dieser Bevölkerungsgruppe erwartet wird. Ein beachtlicher Anteil der „Jungen Alten“ vor allem in Ostdeutschland fühlt sich im Wohnumfeld nicht ausreichend versorgt. Die geringen Wanderungsbewegungen der „Jungen Alten“ lassen erwarten, dass sie aller Wahrscheinlichkeit nach in ihrem Wohnumfeld altern werden, eine Tendenz, die durch den verbreiteten Immobilienbesitz verstärkt werden dürfte. Über Motive und Bereitschaft zu Umzügen in der Altersgruppe liegen keine Informationen vor. Ebenso fehlen Kriterien und Erhebungen zur Altersgerechtigkeit von Quartieren und Regionen sowie repräsentative Daten zum Bestand altersgerechter Wohnungen. Bekannt ist hingegen, dass die Mehrheit der „Jungen Alten“ sehr viel unterwegs ist, überwiegend im eigenen Pkw als Fahrerin und Fahrer oder Beifahrerin und Beifahrer. Der Anteil der Frauen mit Fahrerlaubnis wächst. Der öffentliche Personenverkehr wird von Wenigen und eher von ökonomisch schlechter Gestellten genutzt.

Gesellschaftliche Teilhabe und Partizipation haben einen eigenständigen, positiven Einfluss auf die Gesundheit. Die Erwerbstätigkeit als mögliche Quelle von Sinnstiftung ver-

liert, wie gezeigt wurde, mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Rund ein Drittel in der Altersgruppe engagiert sich in der Freizeit freiwillig, die Männer etwas häufiger als die Frauen. Im Vergleich zu früheren Kohorten lässt die Engagementbereitschaft jedoch eher nach. Weiterbildungsangebote erfreuen sich hingegen eines wachsenden Zuspruchs.

Mehrere Stunden täglich verbringen die Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren durchschnittlich mit Medienkonsum. Vor allem, um sich zu informieren, sehen sie fern und hören Radio, die Mehrheit ist fast täglich im Internet, allerdings sind das vor allem die Jüngeren, höher Gebildeten und noch Erwerbstätigen unter ihnen.

Über sportliche Betätigung und körperliche Aktivitäten liegen wenig altersspezifische Daten vor. Sport treiben eher die sozioökonomisch besser Gestellten, körperlich aktiv sind mehr untere Bildungsschichten. Hier fehlt es an fundierten Erkenntnissen zu Bedarfen, Nutzung und Anforderungen an Angebote sowie zu den Alltagsgewohnheiten.



**ANHANG**

9

Alter/ Geschlecht	Insgesamt	Davon							
		mit beruflichem Bildungsabschluss						ohne beruf- lichen Bildungs- abschluss	
		Lehre/Berufs- ausbildung im dualen System	Fachschul- abschluss	Fachschul- abschluss in der DDR	Fachhoch- schulab- schluss	Hoch- schulab- schluss	Promotion		ohne Angabe
<b>Gesamt</b>									
55–60 Jahre	5.439	3.134	376	121	340	510	73	17	846
60–65 Jahre	4.374	2.480	292	86	249	358	60	9	817
55–65 Jahre	9.813	5.614	668	207	589	868	133	26	1.663
<b>Männer</b>									
55–60 Jahre	2.689	1.509	262	39	229	281	56	9	292
60–65 Jahre	2.157	1.191	213	28	181	220	49	–	259
55–65 Jahre	4.846	2.700	475	67	410	501	105	9	551
<b>Frauen</b>									
55–60 Jahre	2.750	1.625	114	81	111	228	17	8	555
60–65 Jahre	2.217	1.288	79	58	68	138	12	–	558
55–65 Jahre	4.957	2.913	193	139	179	366	29	8	1.113

Tab. 49: Bevölkerung 2009, nach Altersgruppen und beruflichem Bildungsabschluss (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010a, S. 132)

Seite 153:

Tab. 50: Diagnosedaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten, 2008 (Primärquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern; Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2008). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010, eigene Darstellung.

	Diagnose/ Behandlungsanlass	Diganosedaten der					
		Krankenhäuser			Vorsorge- und Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten		
		Fälle	Pflegetage aller Fälle	Ø Ver- weildauer aller Fälle in Tagen	Fälle	Pflegetage aller Fälle	Ø Ver- weildauer aller Fälle in Tagen
Männlich	Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	1.258.335	10.291.431	8,2	179.760	4.465.013	24,8
	Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	1.249.009	10.253.114	8,2	168.903	4.226.088	25,0
	Krankheiten des Kreislaufsystems	264.822	1.994.569	7,5	39.411	988.278	25,1
	Neubildungen	196.813	1.685.941	8,6	24.798	574.492	23,2
	Krankheiten des Verdauungssystems	143.982	991.541	6,9	1.841	41.772	22,7
	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	139.082	1.118.013	8,0	64.241	1.464.651	22,8
	Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen	94.448	830.637	8,8	6.789	173.051	25,5
	Psychische und Verhaltensstörungen	65.499	1.195.894	18,3	11.743	486.652	41,4
	Krankheiten des Urogenitalsystems	63.831	376.665	5,9	416	9.334	22,4
	Krankheiten des Nervensystems	63.203	375.842	5,9	4.661	134.147	28,8
	Krankheiten des Atmungssystems	61.194	538.319	8,8	6.028	140.846	23,4
	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, ohne Klassifizierung	44.722	197.222	4,4	942	22.396	23,8
	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	35.085	363.652	10,4	5.275	119.204	22,6
	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	21.157	223.165	10,5	497	12.491	25,1
	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	20.876	86.036	4,1	104	2.576	24,8
	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	14.971	156.711	10,5	1.195	29.475	24,7
	Krankheiten von Ohr und Warzenfortsatz	11.550	60.260	5,2	641	18.864	29,4
	Krankheiten von Blut und blutbildenden Organen, Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	5.949	46.975	7,9	156	3.715	23,8
	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1.825	11.672	6,4	163	4.076	25,0



	Diagnose/ Behandlungsanlass	Diganoseden der					
		Krankenhäuser			Vorsorge- und Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten		
		Fälle	Pflegetage aller Fälle	Ø Ver- weildauer aller Fälle in Tagen	Fälle	Pflegetage aller Fälle	Ø Ver- weildauer aller Fälle in Tagen
Weiblich	Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	1.051.877	8.706.078	8,3	165.770	4.126.742	24,9
	Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	1.043.793	8.675.606	8,3	156.430	3.922.422	25,1
	Neubildungen	176.096	1.411.423	8,0	27.111	638.620	23,6
	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	164.250	1.338.927	8,2	70.143	1.584.346	22,6
	Krankheiten des Kreislaufsystems	148.853	1.003.712	6,7	15.244	392.907	25,8
	Krankheiten des Verdauungssystems	111.358	812.558	7,3	1.886	43.239	22,9
	Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen	90.196	726.629	8,1	7.155	172.014	24,0
	Krankheiten des Urogenitalsystems	62.154	354.082	5,7	509	11.294	22,2
	Psychische und Verhaltensstörungen	55.455	1.439.637	26,0	18.193	680.793	37,4
	Krankheiten des Atmungssystems	43.065	367.367	8,5	5.118	119.245	23,3
	Krankheiten des Nervensystems	41.762	291.982	7,0	3.624	104.517	28,8
	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, ohne Klassifizierung	41.336	175.913	4,3	1.167	26.574	22,8
	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	35.900	248.736	6,9	3.615	81.617	22,6
	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	20.422	78.907	3,9	111	2.772	25,0
	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	18.444	168.407	9,1	472	11.980	25,4
	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	12.908	125.470	9,7	1.229	29.823	24,3
	Krankheiten von Ohr und Warzenfortsatz	12.785	67.922	5,3	433	12.624	29,2
	Krankheiten von Blut und blutbildenden Organen, Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	6.453	49.224	7,6	178	4.206	23,6
	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	2.347	14.602	6,2	236	5.683	24,1
	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	5,0	21,0	4,2	3,0	84,0	28,0
Best. Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	4,0	87,0	21,8	3,0	84,0	28,0	

Bildungsgruppe	Geschlecht	Region	Ja	Nein
Alle Bildungsgruppen	Männlich	Deutschland	29,9	70,1
		West	30,9	69,1
		Ost (inkl. Berlin)	25,3	74,7
	Weiblich	Deutschland	41,4	58,6
		West	43,2	56,8
		Ost (inkl. Berlin)	34,5	65,5
Einfache Bildung	Männlich	Deutschland	34,7	65,3
		West	35,5	64,5
		Ost (inkl. Berlin)	–	–
	Weiblich	Deutschland	46,2	53,8
		West	47,7	52,3
		Ost (inkl. Berlin)	–	–
Mittlere Bildung	Männlich	Deutschland	29,2	70,8
		West	28,8	71,2
		Ost (inkl. Berlin)	30,0	70,0
	Weiblich	Deutschland	38,6	61,4
		West	39,4	60,6
		Ost (inkl. Berlin)	37,1	62,9
Höhere Bildung	Männlich	Deutschland	20,7	79,3
		West	21,8	78,2
		Ost (inkl. Berlin)	17,7	82,3
	Weiblich	Deutschland	35,0	65,0
		West	34,9	65,1
		Ost (inkl. Berlin)	35,3	64,7

Tab. 51: Ärztlich diagnostizierte Muskel- und Skeletterkrankung Arthrose, 2009 (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnungen)

Bildungsgruppe	Geschlecht	Region	Ja	Nein
Alle Bildungsgruppen	Männlich	Deutschland	11,7	88,3
		West	11,5	88,5
		Ost (inkl. Berlin)	12,5	87,5
	Weiblich	Deutschland	11,3	88,7
		West	10,9	89,1
		Ost (inkl. Berlin)	12,5	87,5
Einfache Bildung	Männlich	Deutschland	10,5	89,5
		West	10,8	89,2
		Ost (inkl. Berlin)	–	–
	Weiblich	Deutschland	14,1	85,9
		West	14,1	85,9
		Ost (inkl. Berlin)	–	–
Mittlere Bildung	Männlich	Deutschland	11,6	88,4
		West	11,2	88,8
		Ost (inkl. Berlin)	12,6	87,4
	Weiblich	Deutschland	8,1	91,9
		West	6,0	94,0
		Ost (inkl. Berlin)	12,3	87,7
Höhere Bildung	Männlich	Deutschland	9,8	90,2
		West	9,1	90,9
		Ost (inkl. Berlin)	11,4	88,6
	Weiblich	Deutschland	5,0	95,0
		West	4,6	95,4
		Ost (inkl. Berlin)	5,8	94,2

Tab. 52: 12-Monats-Prävalenz von Diabetes mellitus, 2009 (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnung)

			Koronare Herzerkrankung	
Bildungsgruppe	Geschlecht	Region	Ja	Nein
Alle Bildungsgruppen	Männlich	Deutschland	8,6	91,4
		West	8,9	91,1
		Ost (inkl. Berlin)	7,5	92,5
	Weiblich	Deutschland	3,5	96,5
		West	3,5	96,5
		Ost (inkl. Berlin)	3,7	96,3
Untere Bildungsgruppe	Männlich	Deutschland	13,6	86,4
		West	15,0	85,0
		Ost (inkl. Berlin)	–	–
	Weiblich	Deutschland	5,6	94,4
		West	5,3	94,7
		Ost (inkl. Berlin)	–	–
Mittlere Bildungsgruppe	Männlich	Deutschland	8,6	91,4
		West	8,7	91,3
		Ost (inkl. Berlin)	8,3	91,7
	Weiblich	Deutschland	3,0	97,0
		West	2,8	97,2
		Ost (inkl. Berlin)	3,8	96,2
Höhere Bildungsgruppe	Männlich	Deutschland	6,7	93,3
		West	6,5	93,5
		Ost (inkl. Berlin)	7,1	92,9
	Weiblich	Deutschland	2,8	97,2
		West	3,1	96,9
		Ost (inkl. Berlin)	2,2	97,8

Tab. 53: Ärztlich diagnostizierte koronare Herzerkrankung, 2009 (Anteil der 45- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010, eigene Darstellung)

Geschlecht	Region	Ja	Nein
Beide Geschlechter	Deutschland	36,9	63,1
	West	36,7	63,3
	Ost (inkl. Berlin)	37,8	62,2
Männlich	Deutschland	36,5	63,5
	West	36,7	63,3
	Ost (inkl. Berlin)	35,4	64,6
Weiblich	Deutschland	37,5	62,5
	West	36,8	63,2
	Ost (inkl. Berlin)	40,1	59,9

Tab. 54: Diagnostizierter Bluthochdruck oder Hypertonie in den vergangenen zwölf Monaten, 2009 (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnung)

Tumorgruppe	Altersgruppe	Fallzahl		Rate (je 100.000)	
		Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Krebs gesamt	55–59	20.825	17.781	807,84	680,98
	60–64	27.934	19.786	1328,79	909,73
Mund und Rachen	55–59	1.620	392	62,83	15,02
	60–64	1.319	398	62,72	18,31
Speiseröhre	55–59	611	112	23,71	4,30
	60–64	669	140	31,81	6,44
Magen	55–59	732	374	28,39	14,33
	60–64	967	460	46,02	21,16
Darm	55–59	2.924	1.781	113,43	68,21
	60–64	3.750	2.276	178,36	104,66
Lunge	55–59	2.943	1.440	114,17	55,13
	60–64	4.015	1.765	190,99	81,13
Brust	55–59	39	6.905	1,51	264,45
	60–64	56	7.412	2,66	340,78
Prostata	55–59	4.830	–	187,35	–
	60–64	8.683	–	413,07	–

Tab. 55: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz (Fallzahlen und je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner), 2007 (Quelle: GEKID 2010, eigene Darstellung)



Männer	Erkrankungsrisiko		Sterberisiko	
	Im Alter von	In den nächsten 10 Jahren	Jemals	In den nächsten 10 Jahren
40 Jahren	1,8% (1 von 57)	47,5% (1 von 2)	0,7% (1 von 150)	26,2% (1 von 4)
50 Jahren	6,1% (1 von 16)	47,5% (1 von 2)	2,5% (1 von 40)	26,2% (1 von 4)
60 Jahren	15,5% (1 von 6)	46,2% (1 von 2)	5,9% (1 von 17)	25,5% (1 von 4)
70 Jahren	25,0% (1 von 4)	40,4% (1 von 2)	11,0% (1 von 9)	23,0% (1 von 4)
Lebenszeitrisiko		47,3% (1 von 2)		25,8% (1 von 4)

Frauen	Erkrankungsrisiko		Sterberisiko	
	Im Alter von	In den nächsten 10 Jahren	Jemals	In den nächsten 10 Jahren
40 Jahren	2,9% (1 von 34)	37,3% (1 von 3)	0,7% (1 von 150)	20,3% (1 von 5)
50 Jahren	6,1% (1 von 16)	35,7% (1 von 3)	1,8% (1 von 54)	19,9% (1 von 5)
60 Jahren	10,0% (1 von 10)	32,1% (1 von 3)	3,7% (1 von 27)	18,7% (1 von 5)
70 Jahren	13,5% (1 von 7)	25,6% (1 von 4)	6,6% (1 von 15)	16,3% (1 von 6)
Lebenszeitrisiko		38,2% (1 von 3)		20,3% (1 von 5)

Tab. 56: Erkrankungs- und Sterberisiko an Krebs, gesamt in Deutschland, nach Alter und Geschlecht, 2006 (Quelle: RKI 2010b, S. 22)

Nationalität	Geschlecht	55 bis unter 60 Jahre	60 bis unter 65 Jahre
Alle Nationalitäten	Beide Geschlechter	13.725	17.684
	Männlich	7.890	10.672
	Weiblich	5.835	7.012
Deutsch	Beide Geschlechter	12.965	16.776
	Männlich	7.443	10.057
	Weiblich	5.522	6.719
Nichtdeutsch	Beide Geschlechter	760	908
	Männlich	447	615
	Weiblich	313	293

Tab. 57: Sterbefälle. Auswahlmerkmal: C00–C97 Bösartige Neubildungen, 2007 (Primärquelle: Statistisches Bundesamt 2007, S. 10) In: www.gbe-bund.de. Zugriff am 22.10.2010, eigene Darstellung

Bildungsgruppe	Geschlecht	Region	0 bis 13 Tage	Mehr als 13 Tage
Alle Bildungsgruppen	Beide Geschlechter	Deutschland	88,4	11,6
		West	88,6	11,4
		Ost (inkl. Berlin)	87,4	12,6
	Männlich	Deutschland	90,3	9,7
		West	90,1	9,9
		Ost (inkl. Berlin)	90,9	9,1
	Weiblich	Deutschland	86,5	13,5
		West	87,1	12,9
		Ost (inkl. Berlin)	84	16
Untere Bildungsgruppe	Beide Geschlechter	Deutschland	84,1	15,9
		West	84,8	15,2
		Ost (inkl. Berlin)	/	/
	Männlich	Deutschland	84,9	15,1
		West	86,8	13,2
		Ost (inkl. Berlin)	/	/
	Weiblich	Deutschland	83,6	16,4
		West	83,7	16,3
		Ost (inkl. Berlin)	/	/
Mittlere Bildungsgruppe	Beide Geschlechter	Deutschland	88,5	11,5
		West	88,7	11,3
		Ost (inkl. Berlin)	87,6	12,4
	Männlich	Deutschland	90,1	9,9
		West	89,4	10,6
		Ost (inkl. Berlin)	92,6	7,4
	Weiblich	Deutschland	86,9	13,1
		West	88,1	11,9
		Ost (inkl. Berlin)	83,0	17,0
Obere Bildungsgruppe	Beide Geschlechter	Deutschland	90,8	9,2
		West	91,4	8,6
		Ost (inkl. Berlin)	89,4	10,6
	Männlich	Deutschland	92,5	7,5
		West	92,8	7,2
		Ost (inkl. Berlin)	91,7	8,3
	Weiblich	Deutschland	88,1	11,9
		West	88,9	11,1
		Ost (inkl. Berlin)	86,5	13,5

Tab. 58: Belastung durch Beeinträchtigung des seelischen Befindens in den letzten vier Wochen, 2009 (Anteil der 45- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 25.10.2010, eigene Darstellung.)

Grad der Behinderung	Region	55 bis unter 60 Jahre		60 bis unter 62 Jahre		62 bis unter 65 Jahre	
		Absolut	Je 100.000	Absolut	Je 100.000	Absolut	Je 100.000
		Grad der Behinderung insges.	Deutschland	650.827	12.347,2	286.327	16.918,6
	ABL und Berlin	552.320	12.731,4	251.072	17.389,8	403.491	19.230,0
	NBL	98.507	10.560,7	35.255	14.182,2	70.111	15.231,1
Grad der Behinderung von 50	Deutschland	266.392	5.053,9	122.925	7.263,5	199.682	7.804,5
	ABL und Berlin	228.133	5.258,6	108.315	7.502,1	171.142	8.156,5
	NBL	38.259	4.101,7	14.610	5.877,2	28.540	6.200,1
Grad der Behinderung von 60	Deutschland	118.746	2.252,8	53.057	3.135,1	87.215	3.408,8
	ABL und Berlin	101.034	2.328,9	46.608	3.228,2	74.409	3.546,3
	NBL	17.712	1.898,9	6.449	2.594,3	12.806	2.782,0
Grad der Behinderung von 70	Deutschland	66.513	1.261,9	28.845	1.704,4	48.973	1.914,1
	ABL und Berlin	56.067	1.292,4	25.308	1.752,9	41.609	1.983,0
	NBL	10.446	1.119,9	3.537	1.422,8	7.364	1.599,8
Grad der Behinderung von 80	Deutschland	66.987	1.270,9	27.716	1.637,7	46.831	1.830,4
	ABL und Berlin	55.681	1.283,5	24.000	1.662,3	39.290	1.872,5
	NBL	11.306	1.212,1	3.716	1.494,8	7.541	1.638,2
Grad der Behinderung von 90	Deutschland	24.627	467,2	10.803	638,3	18.768	733,5
	ABL und Berlin	20.807	479,6	9.398	650,9	15.948	760,1
	NBL	3.820	409,5	1.405	565,2	2.820	612,6
Grad der Behinderung von 100	Deutschland	107.562	2.040,6	42.981	2.539,7	72.133	2.819,3
	ABL und Berlin	90.598	2.088,3	37.443	2.593,4	61.093	2.911,6
	NBL	16.964	1.818,7	5.538	2.227,8	11.040	2.398,4

Tab. 59: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis, nach Grad der Behinderung und Region, 2007 (absolut und je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) (Primärquelle: Statistisches Bundesamt – Statistik der schwerbehinderten Menschen, 2007). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 11.10.2010, eigene Darstellung.

Nationalität	Geschlecht	55 bis unter 60 Jahre		60 bis unter 62 Jahre		62 bis unter 65 Jahre	
		Absolut	Je 100.000	Absolut	Je 100.000	Absolut	Je 100.000
Alle Nationalitäten	Beide Geschlechter	650.827	12.347,20	286.327	16.918,60	473.602	18.510,50
	Männlich	351.970	13.453,60	162.174	19.373,20	274.414	21.921,60
	Weiblich	298.857	11.257,00	124.153	14.516,20	199.188	15.243,00
Deutsch	Beide Geschlechter	600.779	12.392,00	260.312	16.937,20	439.341	18.505,40
	Männlich	326.209	13.524,00	145.933	19.355,50	251.776	21.873,60
	Weiblich	274.570	11.271,10	114.379	14.608,50	187.565	15.335,50
Nichtdeutsch	Beide Geschlechter	50.048	11.834,20	26.015	16.734,70	34.261	18.576,80
	Männlich	25.761	12.621,30	16.241	19.534,10	22.638	22.469,70
	Weiblich	24.287	11.100,00	9.774	13.516,20	11.623	13.889,80

Tab. 60: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis, nach Geschlecht und Nationalität 2007 (absolut und je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) (Primärquelle: Statistisches Bundesamt – Statistik der schwerbehinderten Menschen, 2007). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 11.10.2010, eigene Darstellung.

Altersgruppe	Deutsche Bevölkerung		Nichtdeutsche Bevölkerung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
50–54 Jahre	546,7	282,5	292,6	199,6
55–59 Jahre	835,2	428,3	518,4	284,0
60–64 Jahre	1.286,9	658,4	829,9	415,9
65–69 Jahre	1.878,8	936,8	1.285,9	664,3

Tab. 61: Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2008 (Primärquelle: Statistisches Bundesamt – Todesursachenstatistik, 2008b). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010, eigene Darstellung.

		Altersgruppen								
		Gesamt	18–20 Jahre	21–24 Jahre	25–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–64 Jahre	
<b>Männer</b>		3.523	447	418	382	552	622	672	430	
	%	71,4	69,3	76,4	72,2	74,4	72,2	67,1	68,2	
<b>Bier</b>	Liter	2,7	2,9	2,8	2,3	2,4	2,8	2,9	3,2	
	%	44,0	26,9	31,1	41,9	45,6	46,2	44,7	52,1	
<b>Wein/Sekt</b>	Liter	0,6	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,7	0,8	
	%	37,4	51,3	54,1	39,1	35,6	35,0	34,2	34,7	
<b>Spirituosen</b>	Liter	0,08	0,16	0,12	0,09	0,06	0,06	0,09	0,07	
	%	3,7	14,7	16,2	8,0	3,2	1,5	0,4	0,0	
<b>Alkoopos</b>	Liter	0,5	0,8	0,5	0,7	0,3	0,3	0,5	0,0	
<b>Frauen</b>		4.366	479	532	514	752	818	805	466	
	%	36,7	36,6	38,2	36,8	37,7	36,7	34,9	37,7	
<b>Bier</b>	Liter	0,9	1,1	1,2	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9	
	%	59,6	47,1	49,6	56,6	59,2	63,4	62,2	60,1	
<b>Wein/Sekt</b>	Liter	0,5	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	
	%	24,5	43,5	36,7	27,9	21,2	22,6	21,6	23,5	
<b>Spirituosen</b>	Liter	0,04	0,08	0,06	0,03	0,04	0,03	0,04	0,03	
	%	4,0	20,9	17,7	6,0	3,6	1,3	0,6	0,0	
<b>Alkoopos</b>	Liter	0,4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,1	0,2	0,0	

Tab. 62: Prävalenz des Konsums verschiedener Getränkearten in den vergangenen 30 Tagen und Trinkmenge (Mittelwert in Liter pro Woche, bezogen auf Konsumenten und Konsumentinnen des jeweiligen Getränks), 2006 (Quelle: Pabst und Kraus 2008, S. 40)

Bildungsgruppe	Geschlecht	Region	Jeden Tag	Mindestens einmal pro Woche	Seltener als einmal pro Woche	Nie
Alle Bildungsgruppen	Männlich	Deutschland	61,3	30,4	7,1	1,2
		West	58,7	32,6	7,4	1,4
		Ost (inkl. Berlin)	72,2	21,0	6,0	0,7
	Weiblich	Deutschland	79,7	16,5	2,6	1,2
		West	78,1	17,4	3,0	1,5
		Ost (inkl. Berlin)	85,9	13,2	1,0	0,0
Einfache Bildung	Männlich	Deutschland	57,4	33,4	7,3	1,9
		West	56,3	34,2	7,4	2,0
		Ost (inkl. Berlin)	80,8	15,4	3,8	0,0
	Weiblich	Deutschland	75,0	20,0	3,3	1,7
		West	75,5	19,5	3,2	1,8
		Ost (inkl. Berlin)	62,5	33,3	4,2	0,0
Mittlere Bildung	Männlich	Deutschland	63,7	28,4	7,2	0,7
		West	59,7	32,2	7,5	0,5
		Ost (inkl. Berlin)	72,4	20,1	6,3	1,1
	Weiblich	Deutschland	81,9	14,9	2,4	0,8
		West	79,7	16,1	3,0	1,3
		Ost (inkl. Berlin)	86,4	12,3	1,3	0,0
Höhere Bildung	Männlich	Deutschland	65,1	28,0	6,5	0,4
		West	63,3	29,1	7,1	0,5
		Ost (inkl. Berlin)	69,6	25,3	5,1	0,0
	Weiblich	Deutschland	88,8	10,0	0,6	0,6
		West	87,0	11,1	0,9	0,9
		Ost (inkl. Berlin)	92,3	7,7	0,0	0,0

Tab. 63: Subjektive Einschätzung des Obstverzehrs (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent), 2009 (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnung)

Bildungsgruppe	Geschlecht	Region	Jeden Tag	Mindestens einmal pro Woche	Seltener als einmal pro Woche	Nie
Alle Bildungsgruppen	Männlich	Deutschland	32,2	63,5	3,6	0,7
		West	31,7	64,1	3,7	0,4
		Ost (inkl. Berlin)	34,2	60,9	3,2	1,8
	Weiblich	Deutschland	54,6	42,0	3,0	0,4
		West	55,4	41,1	3,0	0,5
		Ost (inkl. Berlin)	51,6	45,2	3,2	0,0
Einfache Bildung	Männlich	Deutschland	27,6	66,9	4,7	0,8
		West	28,5	66,1	4,6	0,8
		Ost (inkl. Berlin)	–	–	–	–
	Weiblich	Deutschland	47,2	48,1	3,8	0,9
		West	47,4	47,7	3,9	1,0
		Ost (inkl. Berlin)	–	–	–	–
Mittlere Bildung	Männlich	Deutschland	30,6	65,1	3,6	0,7
		West	29,4	67,2	3,4	0,0
		Ost (inkl. Berlin)	33,3	60,3	4,0	2,3
	Weiblich	Deutschland	56,8	40,1	3,1	0,0
		West	61,3	36,2	2,5	0,0
		Ost (inkl. Berlin)	47,9	47,9	4,2	0,0
Höhere Bildung	Männlich	Deutschland	45,3	52,9	1,4	0,4
		West	46,2	51,8	2,0	0,0
		Ost (inkl. Berlin)	43,0	55,7	0,0	1,3
	Weiblich	Deutschland	73,8	26,3	0,0	0,0
		West	74,1	25,9	0,0	0,0
		Ost (inkl. Berlin)	73,1	26,9	0,0	0,0

Tab. 64: Subjektive Einschätzung des Gemüseverzehrs (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent), 2009 (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnung)

Altersgruppe		Versicherte nach KM 6 <sup>1</sup>	KFU <sup>2</sup>	Check-up		Beratung Darmkrebs	FOBT <sup>6</sup>		Koloskopie <sup>7</sup>	
			2008	2008	2007–2008 <sup>3</sup>	2008	2008	2007–2008 <sup>4</sup>	2008	2003–2008 <sup>5</sup>
Frauen	55–59 Jahre	2.395.443	46,9	22,4	44,2	20,5	22,5	46,4	3,7	12,1
	60–64 Jahre	1.919.502	41,5	22,6	43,8	15,3	18,2	37,0	2,6	20,9
Männer	55–59 Jahre	2.111.893	20,8	23,9	46,8	12,1	12,2	25,2	3,3	9,6
	60–64 Jahre	1.669.592	23,8	24,1	46,6	12,2	13,5	27,4	2,7	17,5

1 Versichertenzahlen 2008 (Stichtag 01.07.2008), GKV Mitgliederstatistik KM6, BMG (2008)

2 Krebsfrüherkennungsuntersuchung (EBM 01730 [Frauen] 01731 [Männer])

3 Check-up-Gesundheitsuntersuchung unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme (EBM 01732)

4 Zweijähriges Intervall (unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme); FOBT 50–54: nur jährliches Intervall (EBM 01734)

5 Kumulierte Betrachtung (unter Berücksichtigung zwischenzeitlich erwarteter Sterbefälle)

6 Fäkaler okkultter Bluttest (Hämoculttest)

7 Darmspiegelung

Tab. 65: Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebses (in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe) im Jahr 2008 (Bundesgebiet) (Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009, eigene Darstellung)



ICD-10	Diagnosegruppen	45 Jahre und älter			
		Diagnosen	AU-Tage	Diagnosen je 100 Vers.	Tage je Diagnose
		%	%		
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	4,6	8,7	6,7	30,7
	Männer	3,6	6,5	5,1	30,5
	Frauen	6,0	11,6	9,0	30,8
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	6,5	9,1	9,5	22,8
	Männer	7,3	10,8	10,3	24,8
	Frauen	5,5	6,7	8,3	19,3
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	19,8	10,1	28,8	8,3
	Männer	18,6	9,5	26,4	8,5
	Frauen	21,5	10,9	32,3	8,0
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	10,9	5,5	15,8	8,2
	Männer	11,0	5,8	15,6	8,9
	Frauen	10,7	4,9	16,1	7,3
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	22,4	28,4	32,6	20,6
	Männer	24,2	29,2	34,3	20,1
	Frauen	20,0	27,2	30,1	21,6
S00–T98 V01–X59	Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle	8,2	11,0	11,9	21,8
	Männer	9,6	12,7	13,6	22,1
	Frauen	6,4	8,6	9,6	21,3
Alle anderen	Sonstige Krankheiten	27,6	27,3	40,1	16,2
	Männer	25,8	25,4	36,6	16,4
	Frauen	29,9	30,0	45,0	15,9
	Alle Diagnosegruppen	100,00	100,00	145,3	16,3
	Männer	100,00	100,00	141,8	16,7
	Frauen	100,00	100,00	150,3	15,9

Tab. 66: Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht, Altersgruppe 45 Jahre und älter, 2008 (Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2010, S. 105, eigene Darstellung)



Diagnose	Männer			Frauen		
	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 10.000 AOK-Pflichtmitglieder	Arbeitsunfähigkeitstage je 10.000 AOK-Pflichtmitglieder	Arbeitsunfähigkeitstage je Fall	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 10.000 AOK-Pflichtmitglieder	Arbeitsunfähigkeitstage je 10.000 AOK-Pflichtmitglieder	Arbeitsunfähigkeitstage je Fall
A00–T98 Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	10.523,51	212.016,05	20,1	10.836,36	208.964,19	19,3
A00–B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	488,6	4.972,43	10,2	589,42	5.399,70	9,2
C00–D48 Neubildungen	359,57	10.866,11	30,2	326,28	13.114,12	40,2
D50–D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	17,22	527,86	30,7	15,96	404,29	25,3
E00–E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	133,61	2.908,92	21,8	115,65	2.389,04	20,7
F00–F99 Psychische und Verhaltensstörungen	360,52	11.975,69	33,2	586,84	21.868,08	37,3
G00–G99 Krankheiten des Nervensystems	216,09	5.150,68	23,8	268,41	6.128,25	22,8
H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	159,62	2.124,25	13,3	151,69	1.695,69	11,2
H60–H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	106,57	1.532,08	14,4	121,57	1.757,16	14,5
I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	880,04	25.152,10	28,6	658,81	13.740,80	20,9
J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems	1.867,82	20.469,82	11,0	2321,78	22.919,30	9,9
K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems	1.226,48	12.687,07	10,3	1.243,01	9.906,50	8,0
L00–L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	163,38	2.881,85	17,6	148,09	2.284,62	15,4
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	3.192,60	81.744,18	25,6	2.740,00	75.777,43	27,7
N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	205,31	3.327,01	16,2	313,26	5.309,60	16,9
O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	–	–	–	1,93	36,3	18,8
P00–P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,2	11,59	56,9	0,22	4,68	21,4

Diagnose	Männer			Frauen		
	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 10.000 AOK-Pflichtmitglieder	Arbeitsunfähigkeitstage je 10.000 AOK-Pflichtmitglieder	Arbeitsunfähigkeitstage je Fall	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 10.000 AOK-Pflichtmitglieder	Arbeitsunfähigkeitstage je 10.000 AOK-Pflichtmitglieder	Arbeitsunfähigkeitstage je Fall
Q00–Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	12,18	254,7	20,9	15,19	383,46	25,2
R00–R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	616,31	11.695,37	19,0	695,13	11.202,72	16,1
S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	516,99	13.730,25	26,6	523,10	14.642,42	28,0

Tab. 67: Arbeitsunfähigkeit bei AOK-Pflichtmitgliedern ohne Rentnerinnen und Rentner, 2008 (Arbeitsunfähigkeitsfälle je 10.000 Mitglieder, Arbeitsunfähigkeitstage je 10.000 Mitglieder, Tage je Fall), 55- bis unter 65 Jahre (Primärquelle: AOK Bundesverband: Krankheitsartenstatistik [2008]). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), eigene Darstellung.

Merkmal	2006	2007	2008	2009
	1	2	3	4
<b>Arbeitslosigkeit (nach § 16 SGB III)</b>	<b>1.161.273</b>	<b>987.381</b>	<b>860.671</b>	<b>916.008</b>
<b>+ Personen, die allein wegen § 16 Abs. 2 SGB III und § 53 a Abs. 2 SGB II nicht arbeitslos sind</b>	<b>9.465</b>	<b>9.374</b>	<b>10.386</b>	<b>66.270</b>
davon				
Aktivierung und berufliche Eingliederung (§ 46 SGB III)	–	–	–	33.224
Eignungsfeststellungs- und Trainingsmaßnahmen <sup>1</sup>	9.465	9.374	10.386	5.371
Vorruhestandsähnliche Regelung (Sonderstatus § 53 a SGB II)	–	–	–	27.675
<b>= Arbeitslosigkeit im weiteren Sinne</b>	<b>1.170.739</b>	<b>996.755</b>	<b>871.056</b>	<b>982.279</b>
<b>+ Personen, die nah am Arbeitslosenstatus nach § 16 Abs. 1 SGB III sind</b>	<b>367.074</b>	<b>343.270</b>	<b>257.319</b>	<b>167.517</b>
davon				
PSA	541	332	139	75
Berufliche Weiterbildung <sup>1</sup>	10.025	14.755	17.296	22.357
Arbeitsgelegenheiten	67.651	75.265	77.811	79.889
Arbeitsgelegenheiten der Alhi-Initiative	–	–	–	–
Deutsch-Sprachlehrgänge	–	–	–	–
Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen	15.865	15.948	15.928	7.430
trad. SAM	4.153	1.870	655	–
BSI	118	95	–	–
Beschäftigungszuschuss	–	32	4.776	15.418
Sofortprogramm Arbeit für Langzeitarbeitslose (AfL)	–	–	–	–
Sonderprogramm „Jump+“ in Qualifizierung	–	–	–	–
Vorruhestandsähnliche Regelung (§ 428 SGB III) <sup>2</sup>	255.518	223.195	129.306	28.556
Arbeitsunfähigkeit (§ 126 SGB III) <sup>2</sup>	13.205	11.779	11.408	13.792
<b>= Unterbeschäftigung im engeren Sinne</b>	<b>1.537.813</b>	<b>1.340.025</b>	<b>1.128.375</b>	<b>1.149.796</b>
<b>+ Personen in Arbeitsmarktpolitik, fern vom Arbeitslosenstatus nach § 16 Abs. 1 SGB III</b>	<b>148.757</b>	<b>141.827</b>	<b>128.671</b>	<b>117.036</b>
davon				
Gründungszuschuss	1.006	14.146	18.879	18.056
Überbrückungsgeld	10.538	594	–	–
Existenzgründungszuschüsse (Restabwicklung)	32.629	20.378	6.912	2.369
Einstiegsgeld – Variante: Selbstständigkeit	2.152	2.359	1.886	1.545
Altersteilzeit	102.432	104.350	100.995	95.067
nachr.: Kurzarbeiter (Vollzeitäquivalent) <sup>3</sup>	–	–	–	–
<b>= Unterbeschäftigung (einschließlich Kurzarbeit)<sup>3</sup></b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>
<b>= Unterbeschäftigung (ohne Kurzarbeit)</b>	<b>1.686.570</b>	<b>1.481.853</b>	<b>1.257.046</b>	<b>1.266.832</b>
Unterbeschäftigungsquote (ohne Kurzarbeit)	–	–	12,1	11,7

1 Daten einschließlich Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben.

2 Hierbei handelt es sich nur um die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld.

3 Informationen zu Leistungsempfängerinnen und -empfängern von Kurzarbeitergeld liegen nach Altersgruppen nicht vor.

Tab. 68: Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung von Personen über 50 Jahre, 2006–2009 in absoluten Zahlen (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, in: Bundesregierung 2010, S. 12)

<b>Raumeinheit</b>	<b>Einwohnerinnen und Einwohner von 50–65 Jahren, Anteil an der regionalen Gesamtbevölkerung</b>
Bund	18,6
Ostdeutschland	20,1
Westdeutschland	18,3
Sachsen-Anhalt	20,9
Thüringen	20,8
Brandenburg	20,3
Mecklenburg-Vorpommern	20,3
Sachsen	20,3
Saarland	19,8
Bremen	18,7
Rheinland-Pfalz	18,7
Hessen	18,7
Schleswig-Holstein	18,6
Berlin	18,6
Niedersachsen	18,3
Nordrhein-Westfalen	18,3
Bayern	18,1
Baden-Württemberg	17,9
Hamburg	16,9

Tab. 69: Anteil der Einwohner und Einwohnerinnen nach Altersgruppe und Bundesländern in Prozent der regionalen Gesamtbevölkerung, 2007 (Quelle: INKAR 2009)

Raumeinheit	Entwicklung der Einwohnerinnen und Einwohner von 50 bis unter 65 Jahren (in Prozent)
	2002–2007
Bundesgebiet	-1,3
Ost	-2,5
West	-1,0
Ländliche Räume geringerer Dichte Ost	3,0
Verstädterte Räume mittlerer Dichte mit großem Oberzentrum West	1,8
Ländliche Räume geringerer Dichte West	1,1
Verstädterte Räume mittlerer Dichte ohne großes Oberzentrum West	0,9
Verstädterte Räume höherer Dichte West	0,7
Ländliche Räume höherer Dichte West	0,4
Hochverdichtete Agglomerationsräume West	-1,6
Verstädterte Räume mittlerer Dichte mit großem Oberzentrum Ost	-2,3
Ländliche Räume höherer Dichte Ost	-2,9
Verstädterte Räume höherer Dichte Ost	-3,2
Agglomerationsräume mit herausragenden Zentren Ost	-3,6
Agglomerationsräume mit herausragenden Zentren West	-4,9
Hochverdichtete Agglomerationsräume Ost	k. A.
Verstädterte Räume mittlerer Dichte ohne großes Oberzentrum Ost	k. A.

Tab. 70: Entwicklung des Anteils der Altersgruppe 50–65 Jahre an der Gesamtbevölkerung nach Regionstypen von 2002 bis 2007 (Quelle: INKAR 2009)

## 9.2 Abbildungen

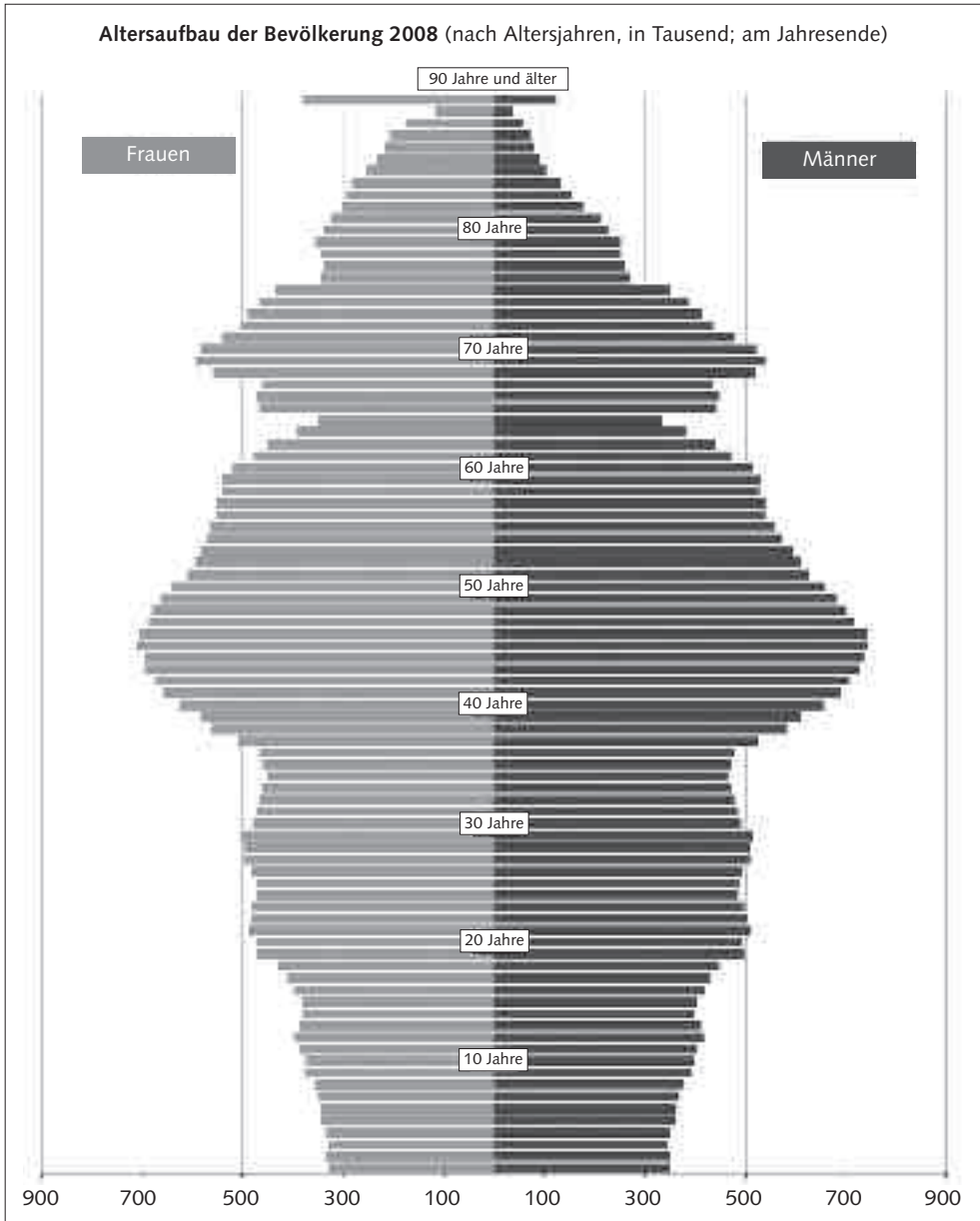


Abb. 33: Altersaufbau der Bevölkerung 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt [2010]: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerungsfortschreibung, Fachserie 1, Reihe 1.3, Wiesbaden, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVII13.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVII13.pdf))

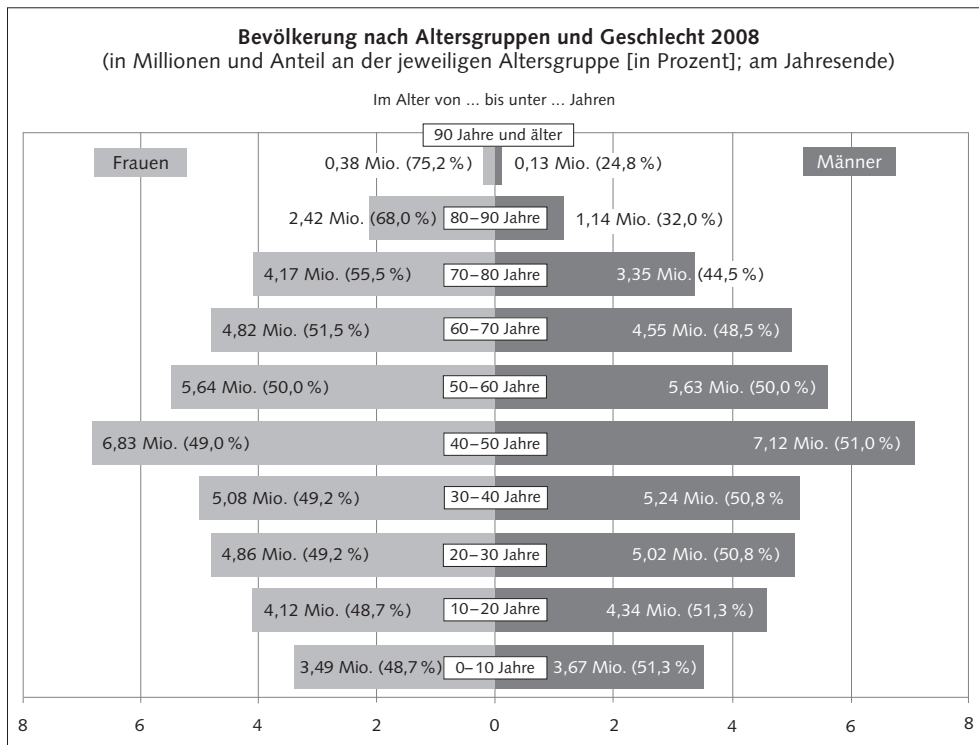


Abb. 34: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt [2010]: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerungsfortschreibung, Fachserie 1, Reihe 1.3, Wiesbaden, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf))



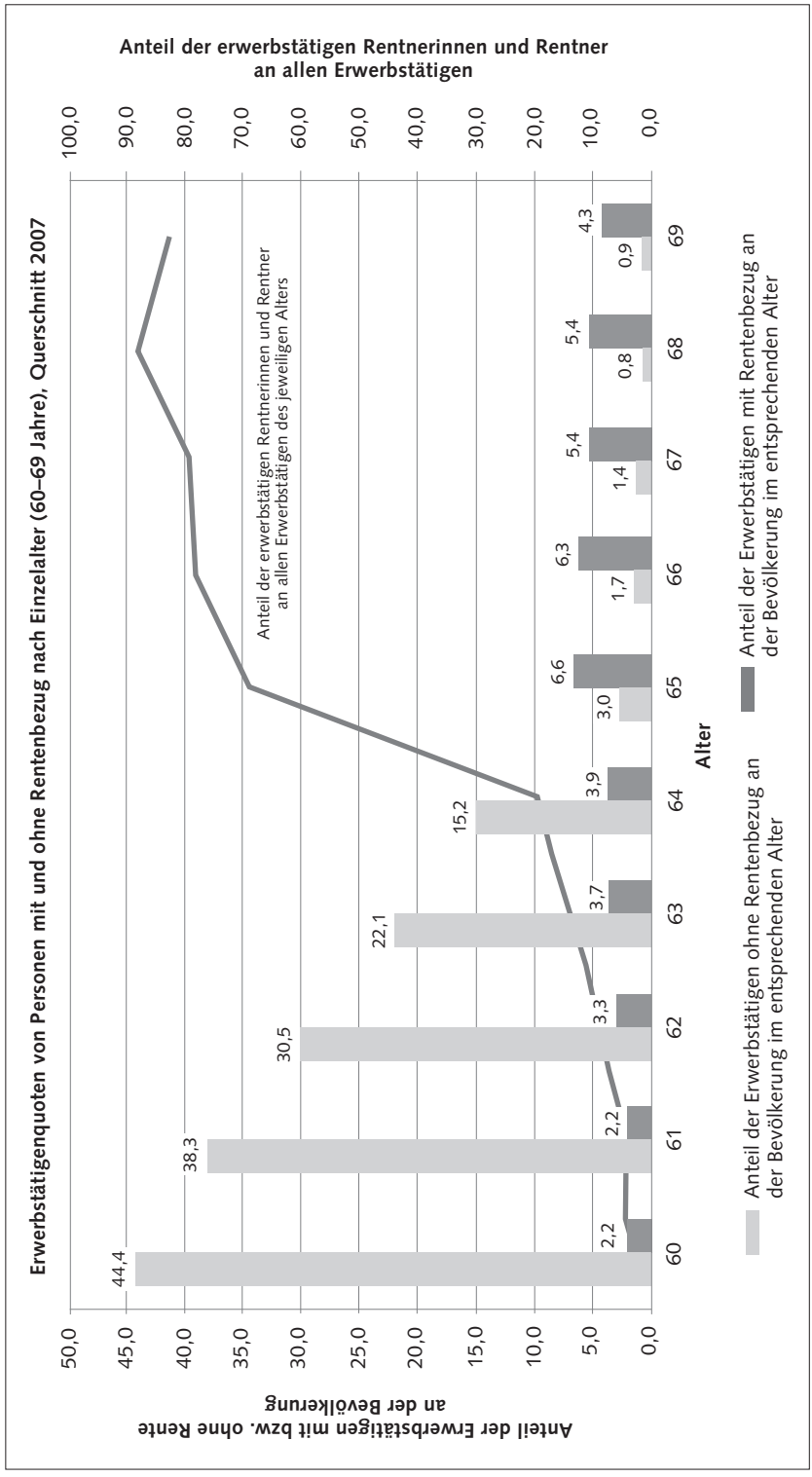


Abb. 35: Erwerbstätigenquoten von Personen mit und ohne Rentenbezug nach Einzelalter (60–69 Jahre), Querschnitt 2007 (Quelle: Mikrozensus 2007, eigene Berechnungen, in: Brüssig 2010b, S. 8)



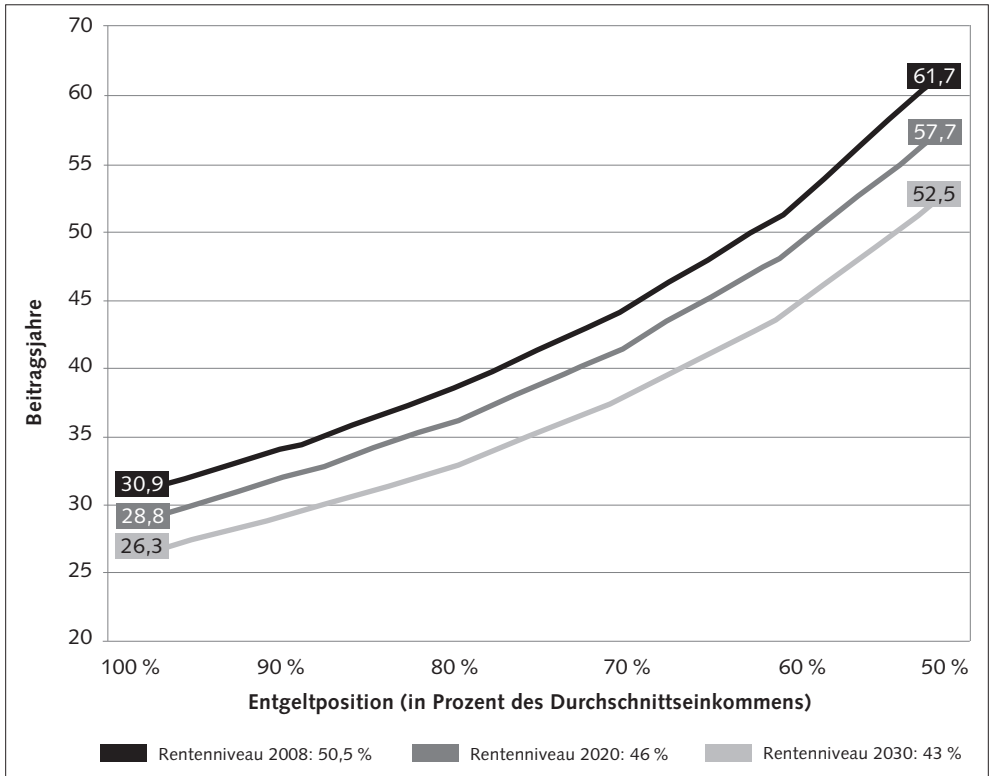
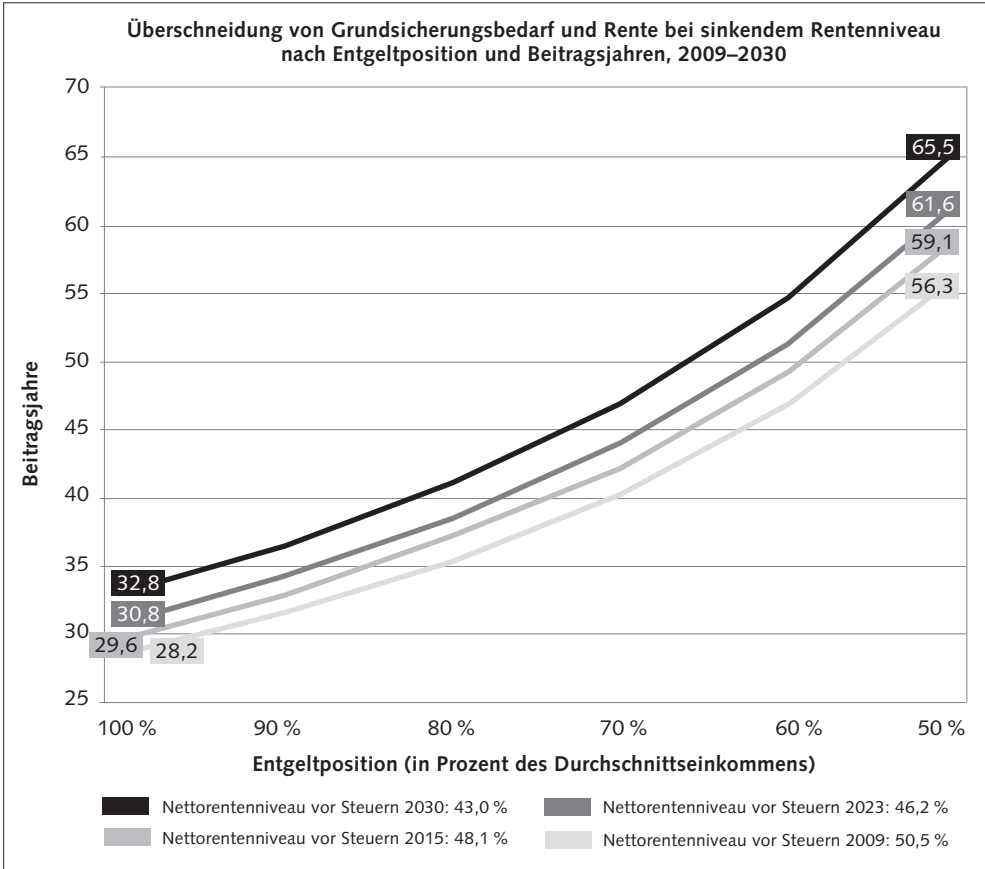


Abb. 36: Erforderliche Anzahl an Beitragsjahren zum Erreichen des Grundsicherungsbedarfs mit der Nettorente (Quelle: Eigene Berechnungen, in: Bäcker und Kistler 2009, S. 31)



**ANNAHMEN:**

Grundsicherungsbedarf 2009: Warmmiete 690 Euro; Rente: Nettorente vor Steuern;

Rentenniveau 2009, 2015, 2023 nach Rentenversicherungsbericht 2009; 2030: Untergrenze der Niveausicherungsklausel

Abb. 37: Überschneidung von Grundsicherungsbedarf und Rente bei sinkendem Rentenniveau (Quelle: Eigene Berechnungen nach Rentenversicherungsbericht 2009, aus: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))



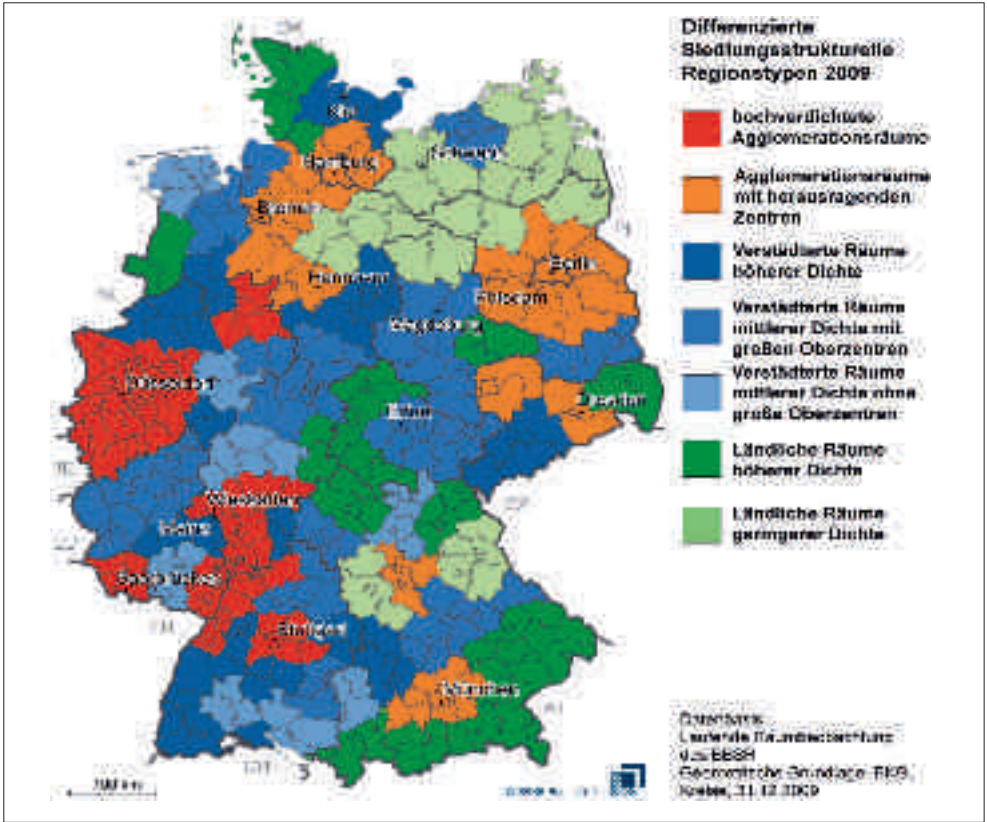


Abb. 38: Siedlungsstrukturelle Regionstypen 2009 in Deutschland. Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR. Geometrische Grundlage: BKG, Kreise, 31.12.2009. © BBSR Bonn 2011.

## 9.3

### Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch (KFM)<sup>44</sup>

1. Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen.
2. Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.
3. Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.
4. Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.
5. Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.
6. Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang.
7. Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.
8. In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.
9. Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.
10. Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe.
11. Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.

**Antwortkategorien:** trifft zu/trifft nicht zu

<sup>44</sup> Vgl. Watzl et al. 1991

# 9.4 Abkürzungsverzeichnis

<b>ALG I/II</b>	Arbeitslosengeld I (nach SGB III) bzw. Arbeitslosengeld II („Grundsicherung für Arbeitsuchende“ nach SGB II)
<b>BAMF</b>	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
<b>BAUA</b>	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
<b>BBSR</b>	Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung
<b>BMAS</b>	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
<b>BMFSFJ</b>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>BMVBS</b>	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
<b>DEAS</b>	Deutscher Alterssurvey
<b>DEGS</b>	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
<b>DSM IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder der American Psychiatric Association
<b>GEDA</b>	Gesundheit in Deutschland aktuell, Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts 2009
<b>GSTel</b>	Telefonischer Gesundheitssurvey 2003
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>IGEL</b>	Individuelle Gesundheitsleistungen
<b>ILO</b>	International Labour Organization
<b>MIV</b>	Motorisierter Individualverkehr
<b>NMIV</b>	Nichtmotorisierter Individualverkehr
<b>ÖPV</b>	Öffentlicher Personenverkehr
<b>RKI</b>	Robert Koch-Institut
<b>SOEP</b>	Sozioökonomisches Panel

# 9.5

## Literaturverzeichnis

- AOK Bundesverband (2008): Krankheitsartenstatistik – Arbeitsunfähigkeit bei AOK-Pflichtmitgliedern ohne Rentner. (Arbeitsunfähigkeitsfälle je 10.000 Mitglieder, Arbeitsunfähigkeitstage je 10.000 Mitglieder, Tage je Fall.) In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 01.11.2010.
- ARD Medien Basisdaten (2011): Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2009 in Prozent. In: [www.ard.de](http://www.ard.de) ([www.ard.de/intern/basisdaten/mediennutzung/mediennutzung\\_20und\\_20freizeitbesch\\_26\\_232\\_28\\_3Bfti/-/id=54992/15w2mhl/index.html](http://www.ard.de/intern/basisdaten/mediennutzung/mediennutzung_20und_20freizeitbesch_26_232_28_3Bfti/-/id=54992/15w2mhl/index.html)). Zugriff am 22.02.2011.
- Bäcker, Gerhard; Kistler, Ernst (2009): Rente mit 67 – Erhöhtes Risiko von Einkommenseinbußen und Armut im Alter. Zweiter Monitoring-Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente. Berlin.
- Bäcker, Gerhard; Kistler, Ernst; Trischler, Falk (2010): Rente mit 67? Zu wenig Arbeitsplätze und zu wenig gute Arbeit für ein Arbeiten bis 67. Vierter Monitoring-Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente. Berlin.
- Backes, Gertrud; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO-Diskurs. Berlin.
- Baumeister, Sebastian E.; Kraus, Ludwig; Stonner, Tina K.; Metz, Karin (2008): Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht. Jg. 54, Sonderheft 1. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, S. 26–35.
- Baykara-Krumme, Helen (2007): Gar nicht so anders: Eine vergleichende Analyse der Generationenbeziehungen bei Migranten und Einheimischen in der zweiten Lebenshälfte. WZB Discussion Paper Nr. SP IV 2007-604. Herausgegeben vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin. Download unter <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2007/iv07-604.pdf>. Zugriff am 22.02.2011.
- Beetz, Stephan; Müller, Bernhard; Beckmann, Klaus J.; Hüttl, Reinhard F. et al. (2009): Altern in Gemeinde und Region. Stuttgart.
- Bellmann, Lutz; Kistler, Ernst; Wahse, Jürgen (2007): Demographischer Wandel. Betriebe müssen sich auf alternde Belegschaften einstellen. In: IAB Kurzbericht. Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Heft Nr. 214/11.10.2007. Download unter <http://doku.iab.de/kurzber/2007/kb2107.pdf>. Zugriff am 22.02.2011.
- Berliner Beirat für Familienfragen (2011): Berliner Familienbericht 2011. Unter Mitarbeit von Peter Ruchenroth-Bauer. Stiftung Hilfe für die Familie. Stiftung des Landes Berlin. Berlin. Download unter [www.familienbeirat-berlin.de/fileadmin/Familienbericht/Berliner\\_Familienbericht\\_2011\\_online\\_NEU.pdf](http://www.familienbeirat-berlin.de/fileadmin/Familienbericht/Berliner_Familienbericht_2011_online_NEU.pdf). Zugriff am 17.02.2011.
- BFW – Bundesverband freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V. (2007): BFW-Studie „Wohnen im Alter“. BFW e.V., Berlin.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover.
- Blödorn, Sascha (2009): Medienhandeln im höheren Lebensalter. Die Bedeutung der Massenmedien für ältere Menschen. In: Schorb, Bernd; Hartung, Anja; Reißmann, Wolfgang (Hg.): Medien und höheres Lebensalter. Theorie – Forschung – Praxis. Wiesbaden, S. 157–170.
- Blüher, Stefan; Dräger, Dagmar (2011): Ältere Menschen als Pflegende: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schott, Thomas; Hornberg, Claudia (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden, S. 653–667.
- Brandt, Martina (2009): Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich. Wiesbaden.
- Brockmann, Hilke; Klein, Thomas (2004): ... bis dass der Tod uns scheidet? Der Einfluss der Familienbiografie auf die Lebenserwartung. In: Blüher, Stefan; Stosberg, Manfred (Hg.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden, S. 123–138.
- Brussig, Martin (2010a): Künftig mehr Zugänge in Altersrenten absehbar. Gegenwärtig kein Ausweichen in die Erwerbsminderungsrente zu beobachten. Altersübergangs-Report 2010–02. Herausgegeben von



- FNA, Universität Duisburg-Essen, IAQ und Hans-Böckler-Stiftung. Download unter [www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-02/auem2010-02.pdf](http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-02/auem2010-02.pdf). Zugriff am 12.01.2011.
- Brussig, Martin (2010b): Anhaltende Ungleichheiten in der Erwerbsbeteiligung Älterer: Zunahme an Teilzeitbeschäftigung. Inzwischen steigt auch die Erwerbsbeteiligung im Rentenalter. Altersübergangs-Report, Nr. 2010-03. Herausgegeben von FNA, Universität Duisburg-Essen, IAQ und Hans-Böckler-Stiftung. Download unter [www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-03/auem2010-03.pdf](http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-03/auem2010-03.pdf). Zugriff am 12.01.2011.
- Brussig, Martin (2010c): Erwerbstätigkeit im Alter hängt vom Beruf ab: Ausdifferenzierung der Erwerbschancen vor allem nach dem 60. Lebensjahr, in einigen Berufen aber schon früher. Altersübergangs-Report, Nr. 2010-05. Herausgegeben von FNA, Universität Duisburg-Essen, IAQ und Hans-Böckler-Stiftung. Internet: [www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/auem2010-05.php](http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/auem2010-05.php). Zugriff am 12.01.2011.
- Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigungsstatistik (2010): Geringfügig entlohnte Beschäftigte nach Altersgruppen in Deutschland. In: <http://statistik.arbeitsagentur.de>. Zugriff am 19.12.2010.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2010): Grundsicherung für Arbeitsuchende in Zahlen – August 2010. Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (Hg.) (2010): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Berlin.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (Hg.) (2008): Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Unter Mitarbeit von Martin Kohls. Nürnberg.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2010): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008. Unfallverhütungsbericht Arbeit. In Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2009): Altern im Wandel – Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2005): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. München.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Statistisches Bundesamt (Hg.) (2003): Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02. Download unter [www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/frueher/wobleibtdiezeit,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/frueher/wobleibtdiezeit,property=file.pdf). Zugriff am 01.07.2011.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2010): Daten des Gesundheitswesens 2010. Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hg.) (2010): Mobilität in Deutschland 2008. Ergebnisbericht. Bonn und Berlin.
- Bundesregierung (2010): Beschäftigungssituation Älterer, ihre wirtschaftliche und soziale Lage und die Rente ab 67. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage (Drucksache 17/169) der Abgeordneten Klaus Ernst, Agnes Alpers, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. 17. Wahlperiode. 23.06.2010. Deutscher Bundestag, Berlin (Drucksache 17/2271). Download unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/022/1702271.pdf>. Zugriff am 13.12.2010.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2010): Reha-Bericht 2010. Die medizinische und berufliche Rehabilitation im Licht der Statistik. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2009): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Leistungen zur Rehabilitation (2007): Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für 55- bis unter 60-Jährige in der Gesetzlichen Rentenversicherung (Anzahl). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 09.11.2010.



- Deutscher Bundestag (Hg.) (2008): Seniorinnen und Senioren in Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage (Drucksache 16/8301) der Abgeordneten Sibylle Laurischk, Ina Lenke, Miriam Gruß, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Drucksache 16/10155. 16. Wahlperiode. Download unter [www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-senioren-in-deutschland,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-senioren-in-deutschland,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf). Zugriff am 22.02.2011.
- Deutscher Olympischer Sportbund (Hg.): DOSB – Bestandserhebung 2009. Frankfurt am Main. Download unter [www.dosb.de/fileadmin/fmdosb/downloads/bestandserhebung/2009\\_Heft\\_Aktualisierung\\_vom\\_15.04.2010.pdf](http://www.dosb.de/fileadmin/fmdosb/downloads/bestandserhebung/2009_Heft_Aktualisierung_vom_15.04.2010.pdf). Zugriff am 22.02.2011.
- Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e.V. (2009): Wohnen im Alter. Bericht der Kommission des Deutschen Verbandes für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e.V. in Kooperation mit dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung. Berlin
- Diewald, Martin; Lüdicke, Jörg (2007): Akzentuierung oder Kompensation? Zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit, Sozialkapital und subjektiver Lebensqualität. In: Lüdicke, Jörg; Diewald, Martin (Hg.): Soziale Netzwerke und soziale Ungleichheit. Zur Rolle von Sozialkapital in modernen Gesellschaften. Wiesbaden, S. 11–52.
- Elsesser, K.; Sartory, G. (2009): Medikamentenabhängigkeit. In: Margraf, J.; Schneider, S. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie I. Heidelberg, S. 383–405.
- Engstler, Heribert; Motel-Klingebiel, Andreas (2010): Datengrundlage und Methoden des Deutschen Alterssurveys. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 34–60.
- Engstler, Heribert; Tesch-Römer, Clemens (2010): Lebensformen und Partnerschaft. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 163–187.
- Ferrucci, L. et al. (1999): Smoking, physical activity and live expectancy. *American Journal of Epidemiology*. Jg. 149, Heft 7, S. 645–653.
- Frick, Joachim R.; Fries, Alexander (2009): Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Forschungsstudie. Endbericht zum Auftrag des BMAS, Projektgruppe Soziale Sicherheit und Migration. Herausgegeben von Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Berlin (Forschungsbericht). Download unter [www.bmas.de/portal/42382/property=pdf/f398\\_forschungsbericht.pdf](http://www.bmas.de/portal/42382/property=pdf/f398_forschungsbericht.pdf). Zugriff am 01.07.2011.
- Frommert, Dina; Himmelreicher, Ralf K. (2010): Angleichung oder zunehmende Ungleichheit? Alterseinkünfte in den alten und den neuen Bundesländern. In: Krause, Peter; Ostner, Ilona (Hg.): Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine Sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990–2010. Frankfurt, New York, S. 351–372.
- Gauggel, Siegfried; Rößler, Dorothee (1999): Die Belastung älterer Menschen durch die Pflege eines Angehörigen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 4/1999, S. 175–182.
- GEDA siehe unter „Robert Koch-Institut GEDA“.
- GEKID (2010): Atlas der Krebsinzidenz und Krebsmortalität der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. „Der interaktive Krebs-Atlas der GEKID“. Internet: [www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/Inzidenz/atlas.html](http://www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/Inzidenz/atlas.html). Zugriff am 22.02.2011.
- Geldmacher, H.; Biller, H.; Herbst, A.; Urbanski, K.; Allison, M.; Buist, A. S. et al. (2008): Die Prävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. Ergebnisse der BOLD-Studie. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Jg. 133, S. 2609–2614.
- Gensicke, Thomas; Picot, Sibylle; Geiss, Sabine (2005): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004 (Langfassung). Survey im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Gensicke, Thomas et al. (2010): Monitor Engagement. Ausgabe Nr. 2: Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004–2009. Kurzbericht des 3. Freiwilligensurveys. Survey im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.



- Geyer, Johannes; Steiner, Viktor (2010): Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten. In: Wochenbericht des DIW Berlin, Heft Nr. 11/2010. Download unter [www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.353479.de/10-11-1.pdf](http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.353479.de/10-11-1.pdf). Zugriff am 13.12.2010.
- Hagen, Christine; Himmelreicher, Ralf K.; Kempfner, Daniel; Lampert, Thomas (2010): Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente. Eine Analyse auf Datenbasis von Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV). Research Note No. 44. Rat für Sozial- und Wirtschaftsfragen. Juni 2010. Download unter [www.ratswd.de/download/RatSWD\\_RN\\_2010/RatSWD\\_RN\\_44.pdf](http://www.ratswd.de/download/RatSWD_RN_2010/RatSWD_RN_44.pdf). Zugriff am 22.02.2011.
- Heusinger, Josefine (2011): Vernetzung im Stadtteil als Motor settingbezogener Gesundheitsförderung im Alter. In: Schott, Thomas; Hornberg, Claudia (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden, S. 635–651.
- Heusinger, Josefine; Klünder, Monika (2005): „Ich lass’ mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“. Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt am Main.
- Hoffmann, Falk (2007): Prevalence of Asthma among German Adults: Analysis of the German National Telephone Survey. In: Journal of Asthma. Jg. 44, S. 433–436.
- Höhne, A.; Schubert, M. (2007): Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. DRV-Schriften, Band 55, S. 103–125.
- Hollederer, Alfons (2010): Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
- Höllinger, Franz; Haller, Max (1993): Kinship and Social Networks in Modern Societies: A cross-cultural comparison among seven nations. In: European Sociological Review. Heft 6, S. 103–124.
- Hunger, Uwe; Kissau, Kathrin (Hg.) (2009): Internet und Migration. Theoretische Zugänge und empirische Befunde. Wiesbaden.
- Huxhold, Oliver; Mahne, Katharina; Naumann, Dörte (2010): Soziale Integration. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 215–233.
- Icks, Andreas; Kulzer, Bernhard; Razum, Oliver (2010): Diabetes bei Migranten. In: diabetes DE (Hg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2010. Berlin, S. 134–140.
- Initiative D21 e.V. (Hg.) (2008): (N)Onliner Atlas 2008 – Sonderauswertung. Internetnutzung und Migrationshintergrund in Deutschland. Unter Mitarbeit von Daniel Ott, Matthias Peterhans und Birgit Kampmann. TNS Infratest GmbH; Kompetenzzentrum Technik – Diversity – Chancengleichheit e.V. Download unter [http://old.initiaved21.de/fileadmin/files/08\\_NOA/NOA\\_Migration.pdf](http://old.initiaved21.de/fileadmin/files/08_NOA/NOA_Migration.pdf). Zugriff am 23.11.2010.
- Initiative D21 e.V.; TNS Infratest Holding GmbH & Co. KG (Hg.) (2010): (N)Onliner Atlas 2010. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Unter Mitarbeit von Matthias Peterhans und Wolfgang Neubarth. Download unter [www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2010/06/NONLINER\\_2010.pdf](http://www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2010/06/NONLINER_2010.pdf). Zugriff am 23.11.2010.
- INKAR 2009 – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Elektronische Ressource). Herausgegeben vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). CD-ROM. Bonn.
- Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse (AWA) (2009a): Besonderes Interesse an gesunder Ernährung, gesunder Lebensweise. In: [www.awa-online.de](http://www.awa-online.de). Zugriff am 29.10.2010.
- Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse (AWA) (2009b): Höhere Ausgabenbereitschaft für gute Ernährung und gutes Essen. In: [www.awa-online.de](http://www.awa-online.de). Zugriff am 29.10.2010.
- Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse (2010): Wie häufig gehen Sie zu medizinischen Vorsorgeuntersuchungen? In: [www.de.statista.com](http://www.de.statista.com). Zugriff am 10.11.2010.
- Jahoda, M. et al. (1933/1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Frankfurt am Main.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (2006): Wohnen im Alter. Köln.

- Keck, Wolfgang (2011): Pflege und Beruf. Ungleiche Chancen der Vereinbarkeit. WZBrief Arbeit, 09.01.2011. Internet: [www.wzb.eu/publikation/wzbriefarbeit.de.htm](http://www.wzb.eu/publikation/wzbriefarbeit.de.htm). Zugriff am 15.02.2011.
- Kieselbach, T. (2007): Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion und Gesundheit: Zur Notwendigkeit eines sozialen Geleitschutzes in beruflichen Transitionen. In: Gesundheit Berlin (Hg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, S. 1–35.
- Kirkcaldy, B.; Wittig, U.; Furnham, A.; Merbach, M.; Siefen, R. G. (2006): Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Jg. 49, S. 873–883.
- Knipper, Michael; Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. Herausgegeben von der Konrad-Adenauer-Stiftung und der Türkisch Deutschen Gesundheitsstiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin. Download unter [www.kas.de/wf/doc/kas\\_16451-544-1-30.pdf?100422141713](http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100422141713). Zugriff am 22.02.2011.
- Kohler, Martin; Ziese, Thomas (2004): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut. Berlin.
- Köhncke, Ylva (2009): Alt und behindert. Wie sich der demographische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Herausgegeben von Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin.
- Kraus, Ludwig; Pfeiffer-Gerschel, Tim; Pabst, Alexander (2008): Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, Jg. 54, H. Sonderheft 1, S. 16–25.
- Kumpmann, Ingmar; Gühne, Michael; Buscher, Herbert S. (2010): Armut im Alter – Ursachenanalyse und eine Projektion für das Jahr 2023. IWH-Diskussionspapiere Nr. 8. Institut für Wirtschaftsforschung, Halle. April 2010. Download unter [www.iwh-halle.de/e/publik/disc/8-10.pdf](http://www.iwh-halle.de/e/publik/disc/8-10.pdf). Zugriff am 22.02.2011.
- Lins, Cornelia (2009): Internetnutzung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Ergebnisse der Sonderauswertung des (N)Onliner Atlas 2008. In: Hunger, Uwe; Kissau, Kathrin (Hg.): Internet und Migration. Theoretische Zugänge und empirische Befunde. Wiesbaden, S. 151–172.
- ma – Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V. (2009): Pressemedien II. Frankfurt am Main.
- Mahne, Katharina; Motel-Klingebiel, Andreas (2010): Familiäre Generationenbeziehungen. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 188–214.
- Mahne, Katharina; Naumann, Dörte; Block, Jenny (2010): Das Wohnumfeld Älterer. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 142–162.
- Matthäi, Ingrid (2005): Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration. Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. Wiesbaden.
- Max Rubner-Institut (Hg.) (2008a): Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht, Teil 1. Die bundesweite Befragung zur Ernährung. Karlsruhe.
- Max Rubner-Institut (Hg.) (2008b): Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht, Teil 2. Die bundesweite Befragung zur Ernährung. Karlsruhe.
- Media-Micro-Census GmbH (Hg.) (2009): Pressemedien 2009. II. Nationale Darstellungen. Zeitschriften, Supplements, Tageszeitungen, KONPRESS, Lesezirkel und Kino. Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V.; Media-Micro-Census GmbH. Frankfurt am Main.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Präventionsbericht (2008): Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Erreichte Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 29.10.2010.
- Menning, Sonja (2006): Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. GeroStat Report 2/2006. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Menning, Sonja (2007): Haushalte, familiäre Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen. GeroStat Report Altersdaten 02/2007. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.

- Menning, Sonja (2008): Bildung und Alter. GeroStat Report Altersdaten 02/2008. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Menning, Sonja; Hoffmann, Elke (2009): Ältere Migrantinnen und Migranten. GeroStat Report 1/2009. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Menning, Sonja; Hoffmann, Elke; Engstler, Heribert (2007): Erwerbsbeteiligung älterer Menschen und Übergang in den Ruhestand. GeroStat Report 01/2007. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Meyer, Martha (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Münster.
- Micheelis, W.; Hoffmann, T. (2006): Vierte deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln.
- Mikrozensus: Fragen zur Gesundheit (2009a): Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index-Gruppen in Prozent. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 28.10.2010.
- Mikrozensus: Fragen zur Gesundheit (2009b): Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Gesundheitszustand in Prozent. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 15.10.2010.
- Mohr, Sabine (2007): Informations- und Kommunikationstechnologien in privaten Haushalten. Ergebnisse der Erhebung 2006. In: *Wirtschaft und Statistik*. Heft 6. S. 545–555. Download unter [www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Informationsgesellschaft/IKTPrivhaushalte0607,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Informationsgesellschaft/IKTPrivhaushalte0607,property=file.pdf). Zugriff am 24.01.2011.
- Motel-Klingebiel, Andreas; Simonson, Julia; Romeu Gordo, Laura (2010): Materielle Sicherung. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart, S. 61–89.
- Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Mahne, Katharina; Priller, Eckhard; Erlinghagen, Marcel; Schröder, Helmut et al. (2008): *Deutscher Alterssurvey (DEAS), 3. Welle. Dokumentation des Workshops „Soziale Kohäsion in der zweiten Lebenshälfte“*. Herausgegeben von Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.) (2010): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart.
- Naumann, Dörte; Romeu Gordo, Laura (2010): Gesellschaftliche Partizipation. Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart, S. 118–141.
- Pabst, Alexander; Kraus, Ludwig (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: *Sucht*, Jg. 54, Sonderheft 1. Verlag Hans Huber/Hogrefe AG, Bern, S. 36–46.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (1997): *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim und München.
- Pinquart, Martin (2003): Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, Heft 20, S. 31–54.
- Puch, Katharina (2009): Arbeitsmarkt. Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer. In: *STATmagazin*. Herausgegeben vom Statistischen Bundesamt (13.01.2009). Internet: [www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2009\\_01/2009\\_01Erwerbsbeteiligung,templateId=renderPrint.psm](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2009_01/2009_01Erwerbsbeteiligung,templateId=renderPrint.psm). Zugriff am 28.10.2010.
- Rehfeld, Uwe G. (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 30. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2004): *Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2006): *Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.

- Robert Koch-Institut (Hg.) (2007): Gesundheit in Deutschland. Datentabellen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2010a): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Robert Koch-Institut. Berlin. Vorabdruck, Sept. 2010.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2010b): Krebs in Deutschland 2005/06. Häufigkeiten und Trends. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2010c): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin.
- Robert Koch-Institut GEDA (2009) – Gesundheit in Deutschland aktuell, Telefonischer Gesundheitssurvey. Internet: [www.rki.de/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsveys/Geda/Geda\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsveys/Geda/Geda_node.html). Zugriff am 22.02.2011.
- Robert Koch-Institut GEDA (2009a): Ärztlich diagnostizierte Osteoporose. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 25.10.2010.
- Robert Koch-Institut GEDA (2009b): Gesundheitsschädigender Alkoholkonsum (Anteil der Befragten in Prozent). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 29.10.2010.
- Robert Koch-Institut GEDA (2009c): Inanspruchnahme der Grippe-Impfung in der Wintersaison 2007/2008. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 29.10.2010.
- Robert Koch-Institut GEDA (2009d): Prävalenz von Tetanusimpfungen (Anteil der Befragten in Prozent). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 29.10.2010.
- Robert Koch-Institut: AIDS-Fallregister (2009): HIV-positiv gemeldete Laborfälle (Anzahl je 100.000 Einwohner). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 28.10.2010.
- Robert Koch-Institut: Meldepflichtige Infektionskrankheiten (2008): Meldepflichtige Krankheiten absolut und je 100.000 Einwohner. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 25.10.2010.
- Robert Koch-Institut: Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) (2003): Lebenszeitprävalenz von ausgewählten Krankheiten in Prozent. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 25.10.2010.
- Robert Koch-Institut; Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister (Hg.) (2010): Krebs in Deutschland 2005/06. Häufigkeiten und Trends. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin und Lübeck.
- Rosenblatt, Bernhard von; Bilger, Frauke (2008): Weiterbildungsbeteiligung in Deutschland. Eckdaten zum BSW-AES 2007. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Berlin.
- Rösner, Susanne; Steiner, Susanne; Kraus, Ludwig (2008): Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: *Sucht*, Jg. 54, Sonderheft 1, S. 47–56.
- Schäufele, Martina; Köhler, Leonore; Teufel, Sandra; Weyerer, Siegfried (2006): Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In: Wahl, Ulrich; Schneekloth, Hans-Werner (Hg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*. Stuttgart, S. 103–145.
- Schneekloth, Ulrich (2006): Entwicklungstrends beim Hilfebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*. Stuttgart, S. 57–102.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.) (2006): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten (MuG III)*. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart.
- Schorb, Bernd; Hartung, Anja; Reißmann, Wolfgang (Hg.) (2009): *Medien und höheres Lebensalter. Theorie – Forschung – Praxis*. Wiesbaden.
- Schröder, Helmut; Waltersbacher, Andrea (2009): *Heilmittelbericht 2009/2010*. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK. Berlin.
- Schunck, R.; Rogge, B. G. (2010): Unemployment and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. In: *International of Journal Public Health*, Jg. 55, Heft 4, S. 271–278.

- Simon, Erk (2007): Migranten und Medien 2007. Zielsetzung, Konzeption und Basisdaten einer repräsentativen Studie der ARD/ZDF-Medienkommission. In: Media Perspektiven, Heft 9, S. 426–435. Download unter [www.media-perspektiven.de/uploads/tx\\_mppublications/09-2007\\_Simon.pdf](http://www.media-perspektiven.de/uploads/tx_mppublications/09-2007_Simon.pdf). Zugriff am 9.11.2010.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010): Alter bei Rentenbeginn, Erwerbsminderungs- und Altersrenten, 1980–2009. In: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de). Zugriff am 22.02.2011.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010): Alter beim Erstbezug von Altersrente im Kohortenvergleich, Geburtsjahrgänge 1904–1943. In: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de). Zugriff am 22.02.2011.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010): Altersaufbau der Bevölkerung 2008. In: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de). Zugriff am 22.02.2011.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010): Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2008. In: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de). Zugriff am 22.02.2011.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010): Durchschnittliche Rentenhöhe nach Rentenart und Geschlecht, alte und neue Bundesländer 2009. In: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de). Zugriff am 22.02.2011.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010): Entwicklung des Netto-Rentenniveaus vor Steuern 1985–2023. Höhe der Netto-Standardrente vor Steuern (45 Versicherungsjahre) in Prozent des durchschnittlichen Jahresentgelts. In: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de). Zugriff am 22.02.2011.
- Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2010): Überschneidung von Grundsicherungsniveau und Rente bei sinkendem Rentenniveau. In: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de). Zugriff am 22.02.2011.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis); Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS-ZUMA); Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hg.) (2008): Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2008): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Fachserie 1, Reihe 3, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009a): Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte. Fachserie 15, Reihe 1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009b): Weiterbildung. Ausgabe 2009. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009c): Aufstiegsförderung nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG). Fachserie 11, Reihe 8, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2010a): Statistisches Jahrbuch 2010. Für die Bundesrepublik Deutschland mit „internationalen Übersichten“. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2010b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt: Beschäftigungsstatistik (2009). Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen am 31.12.2009. In: [www.destatis.de](http://www.destatis.de). Zugriff am 08.11.2010.
- Statistisches Bundesamt: Durchschnittliche Nutzung des Internets durch Personen (2010). In: [www.destatis.de](http://www.destatis.de). Zugriff am 25.02.2010.
- Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik (2008a): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 25.10.2010.
- Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik (2008b): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Fälle, Pflgeetage, durchschnittliche Verweildauer). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 09.11.2010.
- Statistisches Bundesamt: Krankheitskostenrechnung (2008a): Krankheitskosten in Mio. Euro für Deutschland. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 02.11.2010.
- Statistisches Bundesamt: Krankheitskostenrechnung (2008b): Krankheitskosten je Einwohner in Euro. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 02.11.2010.
- Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik (2007): Pflegebedürftige in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (Anzahl). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 26.10.2010.



- Statistisches Bundesamt: Private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (2010). In: [www.destatis.de](http://www.destatis.de). Zugriff am 25.02.2010.
- Statistisches Bundesamt: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (2008): Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von ... in Jahren je Person. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 27.10.2010.
- Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen (2007): Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis (absolut und je 100.000 Einwohner). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 11.10.2010.
- Statistisches Bundesamt: Statistik der Straßenverkehrsunfälle (2009): Verletzte und Getötete bei Straßenverkehrsunfällen (Anzahl). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 26.11.2010.
- Statistisches Bundesamt: Todesursachen in Deutschland 2007 (2007): Fachserie 12, Reihe 4. In [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010.
- Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik (2008a): Sterbefälle (ab 1980). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010.
- Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik (2008b): Sterbefälle je 100.000 Einwohner (ab 1980). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 08.11.2010.
- Steppan, Martin; Hildebrand, Anja; Wegmann, Lena; Pfeiffer-Gerschel, Tim (2010): Jahresstatistik 2008 der professionellen Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Herausgegeben vom Institut für Therapieforschung. München.
- Tesch-Römer, Clemens; Wurm, Susanne (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 7–20.
- Watzl, H.; Rist, F.; Höcker, W.; Miehle, K. (1991): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. In: Heide, M.; Lieb, H. (Hg.): Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses, Bonn, S. 123–139.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Klose, Michael; Ryl, Livia (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Herausgegeben von Robert Koch-Institut, Berlin.
- Wübbecke, Christina (2007): Ältere Bezieher von Arbeitslosengeld II: Einmal arm, immer arm? In: IAB Kurzbericht. Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Heft 14/20.08.2007. Download unter <http://doku.iab.de/kurzber/2007/kb1407.pdf>. Zugriff am 13.12.2010.
- Wurm, Susanne; Schöllgen, Ina; Tesch-Römer, Clemens (2010): Gesundheit. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 90–117.
- Zähle, Tanja; Möhring, Katja (2010): Erwerbsverläufe beim Übergang in den Ruhestand. In: WSI-Mitteilungen, Jg. 62, Heft 11, S. 586–595.
- Zank, Susanne; Schacke, Claudia (o. J. [2005]): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2. Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. Universität Siegen. Download unter [www.uni-siegen.de/fb2/zank/daten/leander\\_phase\\_ii\\_langbericht.pdf](http://www.uni-siegen.de/fb2/zank/daten/leander_phase_ii_langbericht.pdf). Zugriff am 17.02.2011.
- Zelen, K.; Strippel, H. (2010): Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. Herausgegeben vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Düsseldorf. Download unter [www.gkv-spitzenverband.de/upload/PM\\_2010-11-11\\_Pr%C3%A4ventionsbericht\\_Anlage\\_14931.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/PM_2010-11-11_Pr%C3%A4ventionsbericht_Anlage_14931.pdf). Zugriff am 09.12.2010.
- Zenger, M.; Brahler, E.; Berth, H.; Stobel-Richter, Y. (2010): Unemployment during working life and mental health of retirees: Results of a representative survey. *Aging and Mental Health*, Heft 4, S. 1–8.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (2009): Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebses. Köln. In: [www.zi-berlin.de](http://www.zi-berlin.de).
- Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. In: *Gesundheitswesen*, Jg. 71, S. 281–290.
- Zok, K.; Schuldzinski, W. (2005): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis – Ergebnisse aus Patientbefragungen. Wissenschaftliches Institut der AOK (Hg.), Bonn.



# 9.6

## Tabellenverzeichnis

- Tab. 1: Verteilung der Altersgruppe 55–65 nach Jahrgängen, Stand 31.12.2008 (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010a: 44)
- Tab. 2: Bevölkerung 2009 nach Altersgruppen, Geschlecht und schulischem Bildungsabschluss (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010a, S. 131, eigene Darstellung)
- Tab. 3: 55- bis unter 65-jährige Männer und Frauen mit/ohne Migrationshintergrund mit Universitätsabschluss und ohne beruflichen Abschluss (Quelle: Menning und Hoffmann 2009, S. 26, berechnet nach Daten des Statistischen Bundesamts 2007)
- Tab. 4: Haushaltsgrößen nach Alter des Haupteinkommensbeziehers oder der Haupteinkommensbezieherin (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, S. 39)
- Tab. 5: Einpersonenhaushalte (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, S. 38 ff.)
- Tab. 6: Wohnentfernung zum nächsten erwachsenen Kind (Quelle: Menning und Hoffmann 2009, S. 16, nach Berechnungen von Baykara-Krumme 2007 auf Basis von Daten des Deutschen Alterssurveys 2002)
- Tab. 7: Zusammenleben mit erwachsenen Kindern/Koresidenz (Quelle: Menning und Hoffmann 2009, S. 16, nach Berechnungen von Baykara-Krumme 2007 auf Basis von Daten des Deutschen Alterssurveys 2002)
- Tab. 8: Kontakthäufigkeit mit erwachsenem Kind außer Haus (in Prozent) (Quelle: Baykara-Krumme 2007, S. 30, auf Basis von Daten des Deutschen Alterssurveys 2002, eigene Darstellung)
- Tab. 9: Emotionale Nähe zu erwachsenem Kind außer Haus (in Prozent) (Quelle: Baykara-Krumme 2007, S. 31, auf Basis von Daten des Deutschen Alterssurveys 2002, eigene Darstellung)
- Tab. 10: Durchschnittlicher wöchentlicher Zeitaufwand für die Pflege und Betreuung; Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten (Quelle: Schneekloth 2006, S. 80, nach TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002, eigene Darstellung)
- Tab. 11: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands 55- bis 65-Jähriger nach Geschlecht und Bildungsgruppe, 2009 (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnungen)
- Tab. 12: Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland im Alter von 55 bis unter 65 Jahren nach Geschlecht und Pflegestufe, 2007 (Quelle: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2007, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), eigene Darstellung)
- Tab. 13: Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für 55- bis unter 60-Jährige in der gesetzlichen Rentenversicherung (Anzahl) (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Leistungen zur Rehabilitation 2007, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))
- Tab. 14: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Altersgruppen, 2006 (Quelle: Baumeister et al. 2008, S. 29)
- Tab. 15: Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag) nach Altersgruppen, 2006 (Quelle: Pabst und Kraus 2008, S. 39)
- Tab. 16: Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index-Gruppen (in Prozent), 2009 (Quelle: Mikrozensus: Fragen zur Gesundheit 2009a, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))
- Tab. 17: Frührentenzugänge 2003 nach Einzelalter (Anteil im Alter von allen Frührentenzugängen) (Quelle: RKI 2006, S. 14)
- Tab. 18: Beteiligung am Erwerbsleben nach Wirtschaftsbereich (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010b, S. 256 f., nach Mikrozensus 2009)
- Tab. 19: Überwiegender Lebensunterhalt (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010b, S. 236 f., nach Mikrozensus 2009)



- Tab. 20: Beteiligung am Erwerbsleben (nach ILO, siehe unten), Stellung im Beruf (in Tausend) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010b, S. 265 f., nach Mikrozensus 2009)
- Tab. 21: Arbeitsmarktbeteiligung in Ost- und Westdeutschland, Altersgruppe 56–64 Jahre. Alle Angaben sind querschnittsgewichtet. Datenbasis: Sozioökonomisches Panel 1996, 2001, 2006 (Quelle: Statistisches Bundesamt et al. 2008, S. 124).
- Tab. 22: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter (Quelle: Statistisches Bundesamt: Beschäftigungsstatistik 2009, Auswertungen aus der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Vorläufiges Ergebnis. Einschließlich der Personen „ohne Angabe“.)
- Tab. 23: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit und ohne Personen in der Freistellungsphase der Altersteilzeit, in Tausend (Quelle: Deutscher Bundestag 2010, S. 195 und 162, in: Bäcker et al. 2010, S. 17)
- Tab. 24: Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer und -nehmerinnen (55 bis unter 65 Jahre) 2001–2010 (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 30)
- Tab. 25: Beschäftigte nach Ausbildung und Arbeitslose nach Schulabschluss (Quelle: Bundesregierung 2010, S. 17)
- Tab. 26: Status vor dem Rentenbezug – Altersrentenzugänge 2009 (in Prozent) (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 33)
- Tab. 27: Freiwilliges Engagement nach Alter und Geschlecht (Quelle: Gensicke 2010, S. 34/39, eigene Darstellung)
- Tab. 28: Außerberufliche Partizipation nach Jahr und Art der Partizipation bzw. Bildungsschicht (55- bis 69-Jährige) (Quelle: Naumann und Romeu Gordo 2010, S. 134, eigene Darstellung)
- Tab. 29: Soziale Ungleichheit des freiwilligen Engagements in der Altersgruppe 55–64 Jahre (Quelle: Gensicke et al. 2005, S. 373, eigene Darstellung)
- Tab. 30: Weiterbildungsbeteiligung der 55- bis 64-Jährigen nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in 2007, in Prozent der Altersgruppe (Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, S. 13, eigene Darstellung)
- Tab. 31: Mediennutzung und Freizeitbeschäftigung 2009 nach Altersgruppe (in Prozent) (Quelle: ARD Medien Basisdaten 2011, eigene Darstellung)
- Tab. 32: Internetnutzung nach Altersgruppe und Geschlecht (Quelle: Initiative D21 e.V. 2010, eigene Darstellung)
- Tab. 33: Mediennutzung in und außer Haus, Mo.–So. 5.00–24.00 Uhr, Nutzungsdauer in Minuten/Tag nach Alter für 2007 (Quelle: Blödorn 2009, S. 160)
- Tab. 34: Marktanteile der Fernsehsender 2007, Mo.–So. 3.00–3.00 Uhr, nach Altersgruppe (in Prozent) (Quelle: Blödorn 2009, S. 167)
- Tab. 35: Radionutzung 2007, Mo.–So. 5.00–24.00 Uhr, nach Altersgruppe (in Prozent bzw. Minuten/Tag) (Quelle: Blödorn 2009, S. 168, eigene Darstellung)
- Tab. 36: Reichweite von Presseerzeugnissen 2009 nach Altersgruppe (in Prozent) (Quelle: ma 2009: Pressemedien II, eigene Darstellung)
- Tab. 37: Reichweite von Presseerzeugnissen unter Männern 2009 nach Alter (in Prozent) (Quelle: ma 2009: Pressemedien II, eigene Darstellung)
- Tab. 38: Reichweite von Presseerzeugnissen unter Frauen 2009 nach Alter (in Prozent) (Quelle: ma 2009: Pressemedien II, eigene Darstellung)
- Tab. 39: Sportliche Betätigung nach Alter und Häufigkeit 2008 der Altersgruppe (in Prozent) 50–69 Jahre (Quelle: Wurm et al. 2010, Tabellenanhang A4-10, eigene Darstellung)
- Tab. 40: Sportliche Aktivität der 55- bis 69-Jährigen 2008 nach Bildungsgrad (in Prozent) (Quelle: Wurm et al. 2010, S. 111, eigene Darstellung)
- Tab. 41: Körperliche Aktivität der Altersgruppe 45–64 Jahre nach Bildung und Geschlecht der Altersgruppe (in Prozent) (Quelle: RKI 2010a, S. 77 ff., eigene Darstellung)
- Tab. 42: Anteil der Einwohner und Einwohnerinnen nach Altersgruppe und Bundesländern in Prozent der regionalen Gesamtbevölkerung, 2007 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung, komplette Tabelle siehe Anhang, Tabelle 69)



- Tab. 43: Anteil der Einwohner und Einwohnerinnen nach Altersgruppe und Siedlungsraumtypen in Prozent der regionalen Gesamtbevölkerung, 2007 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung)
- Tab. 44: Prognose der Einwohnerentwicklung nach Altersgruppe und Bundesländern für 2025 in Prozent der Altersgruppe 2007 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung)
- Tab. 45: Durchschnittliche Wohnkostenbelastungsquote in Prozent des Haushaltsnettoeinkommens nach Region und Alter des Haushaltsvorstands, 2006 (Quelle: Beetz et al. 2009, S. 48 [SOEP 2006], eigene Darstellung)
- Tab. 46: Binnenwanderungssaldo je 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen der Altersgruppe 50–65 Jahre 2007 in Bundesländern (Quelle INKAR 2009, eigene Darstellung)
- Tab. 47: Anzahl der Ärzte und Ärztinnen je 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen, 2005 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung)
- Tab. 48: Anzahl der Pflegeheimplätze je 10.000 Einwohner und Einwohnerinnen, 2005 (Quelle: INKAR 2009, eigene Darstellung)
- Tab. 49: Bevölkerung 2009, nach Altersgruppen und beruflichem Bildungsabschluss (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010a, S. 132)
- Tab. 50: Diagnosedaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten, 2008 (Primärquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern; Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2008). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010, eigene Darstellung.
- Tab. 51: Ärztlich diagnostizierte Muskel- und Skeletterkrankung Arthrose, 2009 (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnungen)
- Tab. 52: 12-Monats-Prävalenz von Diabetes mellitus, 2009 (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnung)
- Tab. 53: Ärztlich diagnostizierte koronare Herzerkrankung, 2009 (Anteil der 45- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010, eigene Darstellung)
- Tab. 54: Diagnostizierter Bluthochdruck oder Hypertonie in den vergangenen zwölf Monaten, 2009 (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnung)
- Tab. 55: Geschätzte altersspezifische Krebsinzidenz (Fallzahlen und je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner), 2007 (Quelle: GEKID 2010, eigene Darstellung)
- Tab. 56: Erkrankungs- und Sterberisiko an Krebs, gesamt in Deutschland, nach Alter und Geschlecht, 2006 (Quelle: RKI 2010b, S. 22)
- Tab. 57: Sterbefälle. Auswahlmerkmal: C00–C97 Bösartige Neubildungen, 2007 (Primärquelle: Statistisches Bundesamt 2007, S. 10) In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010, eigene Darstellung
- Tab. 58: Belastung durch Beeinträchtigung des seelischen Befindens in den letzten vier Wochen, 2009 (Anteil der 45- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent) (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009. In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 25.10.2010, eigene Darstellung.)
- Tab. 59: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis, nach Grad der Behinderung und Region, 2007 (absolut und je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) (Primärquelle: Statistisches Bundesamt – Statistik der schwerbehinderten Menschen, 2007). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 11.10.2010, eigene Darstellung.
- Tab. 60: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis, nach Geschlecht und Nationalität 2007 (absolut und je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) (Primärquelle: Statistisches Bundesamt – Statistik der schwerbehinderten Menschen, 2007). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 11.10.2010, eigene Darstellung.

- Tab. 61: Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2008 (Primärquelle: Statistisches Bundesamt – Todesursachenstatistik, 2008b). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriff am 22.10.2010, eigene Darstellung.
- Tab. 62: Prävalenz des Konsums verschiedener Getränkesorten in den vergangenen 30 Tagen und Trinkmenge (Mittelwert in Liter pro Woche, bezogen auf Konsumenten und Konsumentinnen des jeweiligen Getränks), 2006 (Quelle: Pabst und Kraus 2008, S. 40)
- Tab. 63: Subjektive Einschätzung des Obstverzehrs (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent), 2009 (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnung)
- Tab. 64: Subjektive Einschätzung des Gemüseverzehrs (Anteil der 55- bis unter 65-jährigen Befragten in Prozent), 2009 (Primärquelle: Robert Koch-Institut – Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA 2009, eigene Berechnung)
- Tab. 65: Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebses (in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe) im Jahr 2008 (Bundesgebiet) (Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009, eigene Darstellung)
- Tab. 66: Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen, Geschlecht, Altersgruppe 45 Jahre und älter, 2008 (Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2010, S. 105, eigene Darstellung)
- Tab. 67: Arbeitsunfähigkeit bei AOK-Pflichtmitgliedern ohne Rentnerinnen und Rentner, 2008 (Arbeitsunfähigkeitsfälle je 10.000 Mitglieder, Arbeitsunfähigkeitstage je 10.000 Mitglieder, Tage je Fall), 55- bis unter 65 Jahre (Primärquelle: AOK Bundesverband: Krankheitsartenstatistik [2008]). In: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), eigene Darstellung.
- Tab. 68: Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung von Personen über 50 Jahre, 2006–2009 in absoluten Zahlen (Quelle: Bundesagentur für Arbeit. In: Bundesregierung 2010, S. 12.)
- Tab. 69: Anteil der Einwohner und Einwohnerinnen nach Altersgruppe und Bundesländern in Prozent der regionalen Gesamtbevölkerung, 2007 (Quelle: INKAR 2009)
- Tab. 70: Entwicklung des Anteils der Altersgruppe 50–65 Jahre an der Gesamtbevölkerung nach Regionstypen von 2002 bis 2007 (Quelle: INKAR 2009)

# 9.7

## Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Anzahl berichteter Erkrankungen in den Jahren 1996, 2002 und 2008 (Quelle: BMFSFJ 2009, S. 22)
- Abb. 2: Mobilitätseinschränkungen nach Altersgruppen (in Prozent), 2008 (Quelle: BMFSFJ 2009, S. 23)
- Abb. 3: Altersspezifische Krebserkrankungsraten in Deutschland nach Geschlecht, 1980, 1990, 2006, ICD-10 C00-97, ohne C44 (Quelle: RKI 2010b, S. 21)
- Abb. 4: Anteil der jemals ärztlich oder therapeutisch festgestellten Depressionen in der erwachsenen Bevölkerung, 2009 (Quelle: RKI 2010c, S. 20)
- Abb. 5: Anteil der Männer und Frauen, die sich behindert fühlen und mit anerkannter Schwerbehinderung; in Prozent der Gesamtbevölkerung im Jahr 2006 nach Altersgruppen (Quelle: Köhncke 2009, S. 14)
- Abb. 6: Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen, 2008 (Quelle: BMAS 2010, S. 36)
- Abb. 7: Altersverteilung bei Beginn der Erwerbsminderungsrente für ausgewählte Diagnosehauptgruppen bei Deutschen und Menschen mit Migrationshintergrund (in Prozent) (Quelle: Höhne und Schubert 2007, S. 116 ff.)
- Abb. 8: Erwerbstätigenquoten nach Altersjahren 2005–2008 (Erwerbstätige in Prozent der Bevölkerung gleichen Alters). Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Fachserie 1, Reihe 4.1.1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit (verschiedene Jahrgänge), in: Bäcker et al. 2010, S. 11).
- Abb. 9: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Voll- und Teilzeit (nach Altersjahren und in Prozent der Bevölkerung, Stand Juni 2008) (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, in: Bäcker et al. 2010, S. 16)
- Abb. 10: Regelmäßige Wochenarbeitszeit von Erwerbstätigen im Rentenalter (60–69 Jahre) (Quelle: Brusisg 2010b, S. 12)
- Abb. 11: Ältere Arbeitslose (55 bis unter 65 Jahre) 2001–2010 (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktstatistik, in: Bäcker et al. 2010, S. 27)
- Abb. 12: Ältere Arbeitslose (55 bis unter 65 Jahre) in den neuen und alten Bundesländern 2001–2009, in Prozent aller Arbeitslosen (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktstatistik, in: Bäcker et al. 2010, S. 29)
- Abb. 13: Ältere Langzeitarbeitslose (55 bis unter 65 Jahre) 2001–2010, absolut und in Prozent aller älteren Arbeitslosen (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 30)
- Abb. 14: Abgänge aus Arbeitslosigkeit der über 55-Jährigen (in Prozent) (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 32)
- Abb. 15: Arbeitslosenquoten der 55- bis unter 65-Jährigen in ausgewählten Städten und Kreisen, April 2010 (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2010, in: Bäcker et al. 2010, S. 31)
- Abb. 16: Hauptgrund für Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit (Quelle: Mikrozensus in Abgrenzungen der EU-Arbeitskräfteerhebung. © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008, in: Puch 2009)
- Abb. 17: Alter bei Rentenbeginn, Erwerbsminderungs- und Altersrenten, 1980–2009. Bis 1993: Alte Bundesländer; ab 1993: Deutschland (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund [2010], Rentenversicherung in Zahlen, Berlin, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))
- Abb. 18: Alter beim Erstbezug von Altersrenten im Kohortenvergleich, Geburtsjahrgänge 1904–1943 (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund [2009], Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))
- Abb. 19: Durchschnittliche Rentenhöhe nach Rentenart und Geschlecht, alte und neue Bundesländer 2009 (Quelle: Deutsche Rentenversicherung [2010]: Rentenversicherung in Zahlen, Berlin, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))
- Abb. 20: Entwicklung des Nettorentenniveaus vor Steuern 1985–2023. Höhe der Nettostandardrente vor Steuern (45 Versicherungsjahre) in Prozent des durchschnittlichen Jahresentgelts (Quelle: Daten bis 2008: Deutsche Rentenversicherung Bund [2009]: Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin;

Daten ab 2009: Bundesregierung: Rentenversicherungsbericht 2009, Berlin, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))

- Abb. 21: Rentenzahlbetrag und Rentenniveau in Westdeutschland (Quelle: DIW Berlin 2010, in: Geyer und Steiner 2010, S. 8)
- Abb. 22: Rentenzahlbetrag und Rentenniveau in Ostdeutschland (Quelle: DIW Berlin 2010, in: Geyer und Steiner 2010, S. 8)
- Abb. 23: Wegestrecken, Wegedauer und Anzahl der Wege pro Tag nach Alter, MiD 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 75)
- Abb. 24: Mobilitätsquote und mittlere Wegezah nach Alter, 2002 und 2008 (MiD 2008) (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 75)
- Abb. 25: Wegezwecke nach Alter (in Prozent), MiD 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 76)
- Abb. 26: Wegezwecke nach Alter und Geschlecht (in Prozent), MiD 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 76)
- Abb. 27: Verkehrsaufkommen nach Verkehrsmittel, nach Alter (in Prozent), MiD 2008 (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 77)
- Abb. 28: Pkw-Führerscheinbesitz nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2002 und 2008 (Mid 2008) (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 71)
- Abb. 29: MIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008 (Mid 2008) (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 94)
- Abb. 30: ÖPV- und NMIV-Anteile nach Geschlecht und Alter in 2008 (MiD 2008) (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 104)
- Abb. 31: Fahrradnutzung nach Alterskohorten in 2002 und 2008 (MiD 2008) (Quelle: infas, DLR in: BMVBS 2010, S. 106)
- Abb. 32: Fahrradhelmgebrauch nach Alter in 2008 (MidD 2008) (Quelle: infas, DLR, in: BMVBS 2010, S. 107)
- Abb. 33: Altersaufbau der Bevölkerung 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt [2010]: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerungsfortschreibung, Fachserie 1, Reihe 1.3, Wiesbaden, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf))
- Abb. 34: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt [2010]: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerungsfortschreibung, Fachserie 1, Reihe 1.3, Wiesbaden, in: [www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf))
- Abb. 35: Erwerbstätigenquoten von Personen mit und ohne Rentenbezug nach Einzelalter (60–69 Jahre), Querschnitt 2007 (Quelle: Mikrozensus 2007, eigene Berechnungen, in: Brüssig 2010b, S. 8)
- Abb. 36: Erforderliche Anzahl an Beitragsjahren zum Erreichen des Grundsicherungsbedarfs mit der Netto-rente (Quelle: Eigene Berechnungen, in: Bäcker und Kistler 2009, S. 31)
- Abb. 37: Überschneidung von Grundsicherungsbedarf und Rente bei sinkendem Rentenniveau (Quelle: Eigene Berechnungen nach Rentenversicherungsbericht 2009, aus: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de))
- Abb. 38: Differenzierte Siedlungsstrukturelle Regionstypen 2009 in Deutschland. Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR. Geometrische Grundlage: BKG, Kreise, 31.12.2009. © BBSR Bonn 2011.





**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

**ISBN 978-3-942816-01-4  
ISSN 1439-7951**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.