

Frauen und Männer im Verlauf der zweiten Lebenshälfte: eine Gesamtbetrachtung der empirischen Befunde

Berner, Frank; Vogel, Claudia; Wettstein, Markus; Tesch-Römer, Clemens

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Berner, F., Vogel, C., Wettstein, M., & Tesch-Römer, C. (2019). Frauen und Männer im Verlauf der zweiten Lebenshälfte: eine Gesamtbetrachtung der empirischen Befunde. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: älterwerden im sozialen Wandel* (S. 133-143). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_8

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-SA Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-SA Licence (Attribution-NonCommercial-ShareAlike). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



8. Frauen und Männer im Verlauf der zweiten Lebenshälfte: Eine Gesamtbetrachtung der empirischen Befunde

*Frank Berner, Claudia Vogel, Markus Wettstein
und Clemens Tesch-Römer*

In wissenschaftlichen und politischen Diskursen über das Älterwerden wird immer wieder argumentiert, dass Frauen und Männer auf sehr unterschiedliche Weise alt werden und dass das Älterwerden für Frauen etwas anderes bedeutet als für Männer. Im vorliegenden Bericht wurde anhand der längsschnittlichen Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) untersucht, ob tatsächlich Unterschiede in den Alternsverläufen zwischen Frauen und Männern für verschiedene Lebensbereiche beobachtbar sind. Dazu wurden die Alternsverläufe von Frauen und Männern über eine Altersspanne vom 40. bis zum 90. Lebensjahr analysiert. Die folgenden Lebensbereiche mit insgesamt neun Merkmalen wurden in den vorangegangenen Kapiteln betrachtet: Gesundheit (funktionale und subjektive Gesundheit), psychisches Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit und depressive Symptome), soziale Isolation und Einsamkeitserleben, Übernahme von Sorgetätigkeiten (die Betreuung von Enkelkindern und die Pflege und Unterstützung kranker Personen) sowie ehrenamtliches Engagement.

In diesem abschließenden Kapitel werden die Befunde aus den empirischen Kapiteln zusammengefasst, so dass eine Zusammenschau über das Äl-

terwerden von Frauen und Männern in Deutschland resultiert. Alternsverläufe in den genannten fünf Lebensbereichen werden in diesem Bericht mit vier Fragestellungen untersucht:

- 1) *Alternsverläufe*: Wie verändern sich die betrachteten Lebensbereiche mit dem Älterwerden?
- 2) *Geschlechterunterschiede in Alternsverläufen*: Unterscheiden sich die Alternsverläufe der Frauen und der Männer, und wenn ja, in welcher Weise?
- 3) *Alternsverläufe im sozialen Wandel*: Verändern sich die Alternsverläufe im Wandel der Zeit? Unterscheiden sich also aufeinander folgende Geburtsjahrgänge in ihren Alternsverläufen?
- 4) *Geschlechterunterschiede der Alternsverläufe im sozialen Wandel*: Verändern sich die Unterschiede in den Alternsverläufen von Frauen und Männern im Wandel der Zeit (also über aufeinander folgende Geburtsjahrgänge)?

Im Folgenden werden die Ergebnisse, die im vorliegenden Bericht zu diesen vier Fragen erarbeitet wurden, zusammenfassend dargestellt und diskutiert.

8.1 Altersverläufe

Welche Veränderungen bringt das Älterwerden in verschiedenen Lebensbereichen mit sich? Die Ergebnisse der voranstehenden Kapitel geben Antworten auf diese Fragen. In Übersicht 1 sind diese zusammengestellt.

Man kann mehrere Gruppen von Altersverläufen unterscheiden: Es gibt Merkmale, die sich mit dem Älterwerden zwischen dem 40. und dem 90. Lebensjahr nur in eine Richtung verändern: Die funktionale und die subjektive Gesundheit nehmen mit dem Älterwerden durchgehend ab;

die soziale Isolation nimmt mit dem Älterwerden kontinuierlich zu. Zu einer weiteren Gruppe gehören Merkmale, die mit dem Älterwerden zunächst zunehmen und später wieder abnehmen (glockenförmiger oder umgekehrt u-förmiger Verlauf). Dies ist der Fall bei der Lebenszufriedenheit, bei der Betreuung von Enkelkindern, bei der Pflege und Unterstützung kranker Personen und beim ehrenamtlichen Engagement. Eine weitere Gruppe enthält Merkmale, die mit dem Älterwerden zunächst abnehmen und später wieder zunehmen

Übersicht 8-1 Altersverläufe bezüglich verschiedener Merkmale

Merkmal	Altersverlauf
Funktionale Gesundheit	Die funktionale Gesundheit nimmt mit dem Älterwerden ab – und zwar beschleunigt: Mit zunehmendem Alter nimmt die funktionale Gesundheit stärker ab.
Subjektive Gesundheit	Die Bewertung der eigenen Gesundheit nimmt mit zunehmendem Alter ab.
Lebenszufriedenheit	Die Lebenszufriedenheit steigt vom 40. Lebensjahr bis zum Alter von etwa Mitte 70, von da an sinkt die Lebenszufriedenheit wieder leicht.
Depressive Symptome	Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten depressiver Symptome verläuft mit dem Älterwerden u-förmig: Ab dem 40. Lebensjahr sinkt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten depressiver Symptome, ab dem Alter von etwa Mitte 60 steigt sie wieder an.
Soziale Isolation	Die Wahrscheinlichkeit, sozial isoliert zu sein, steigt mit dem Älterwerden deutlich und fast kontinuierlich von etwa vier Prozent im Alter von 40 Jahren auf etwa 22 Prozent im Alter von 90 Jahren an.
Einsamkeit	Die Wahrscheinlichkeit, einsam zu sein, verläuft mit dem Älterwerden u-förmig: Im Alter von 40 Jahren liegt sie bei etwa elf Prozent, dann sinkt sie auf etwa acht Prozent im Alter von 70 Jahren, danach steigt sie wieder an bis auf etwa elf Prozent im Alter von 90 Jahren.
Betreuung von Enkelkindern	Die Wahrscheinlichkeit, Enkelkinder zu betreuen, verläuft mit dem Älterwerden glockenförmig (umgekehrt u-förmig): Im Alter von 40 Jahren liegt sie bei null Prozent, dann steigt sie bis zum Alter von etwa 65 Jahren auf etwa 24 Prozent und sinkt dann bis zum 90. Lebensjahr wieder auf fast null Prozent ab.
Pflege und Unterstützung von kranken Personen	Die Wahrscheinlichkeit, kranke Personen zu unterstützen oder zu pflegen, steigt zwischen dem 40. und etwa dem 60. Lebensjahr von zehn Prozent auf etwa 16 Prozent an, um dann bis zum 90. Lebensjahr wieder bis auf etwa fünf Prozent abzusinken (umgekehrt u-förmiger Verlauf).
Ehrenamtliches Engagement	Die Wahrscheinlichkeit, sich ehrenamtlich zu engagieren, nimmt vom 40. Lebensjahr bis etwa zum 58. Lebensjahr von etwa 14 Prozent auf etwa 20 Prozent zu. Danach sinkt sie bis zum 90. Lebensjahr wieder bis auf etwa sechs Prozent ab (umgekehrt u-förmiger Verlauf).

(u-förmiger Verlauf). Dies betrifft das Auftreten depressiver Symptome und das Auftreten von Einsamkeitsgefühlen.

Diese Ergebnisse helfen dabei, ein differenziertes Bild vom Älterwerden zu entwickeln. Zwar geht das Älterwerden schon ab dem mittleren Erwachsenenalter bis ins hohe Alter durchgängig mit einem Rückgang der funktionalen und der subjektiven Gesundheit sowie mit einer Zunahme der sozialen Isolation einher. Bis ins siebte Lebensjahrzehnt hinein entwickeln sich jedoch andere Merkmale auf eine Weise, die in der Regel positiv bewertet wird: In dieser Altersphase nimmt die Lebenszufriedenheit zu, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von depressiven Symptomen und von Einsamkeitsgefühlen nimmt ab. Dazu kommt, dass in dieser Lebensspanne mit zunehmendem Alter auch zunehmend häufig Enkelkinder betreut werden und dass sich die Menschen mit zunehmendem Alter zunächst häufiger ehrenamtlich engagieren. Außerdem nimmt in dieser Phase die Unterstützung oder Pflege kranker Personen zu. Die drei zuletzt genannten Merkmale – die Betreuung von Enkelkindern, das ehrenamtliche Engagement und die Unterstützung/Pflege kranker Personen ist aus politischer Sicht häufig gewollt oder gewünscht, aus individueller Sicht kann jedoch gerade die Unterstützung oder Pflege kranker Angehöriger auch als eine Belastung empfunden werden.

Die meisten dieser Entwicklungen kehren sich im Verlauf oder ab dem Ende des siebten Lebensjahrzehnts (also im Alter zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr) jedoch um. Dann sinkt die Lebenszufriedenheit leicht ab und die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von depressiven Symptomen und von Einsamkeitsgefühlen steigt. Es sinkt auch die Wahrscheinlichkeit, Enkelkinder zu betreuen, sich ehrenamtlich zu engagieren oder sich um eine kranke Person zu kümmern. Bei diesen drei zuletzt genannten Entwicklungen sind verschiedene Einordnungen möglich: als Einbuße, weil man es nicht mehr schafft, oder auch als Entlastung und Entpflichtung.

Es wird dabei deutlich, dass das Älterwerden, zumindest wenn man es in der Spanne zwischen dem 40. und dem 90. Lebensjahr betrachtet, tatsächlich multidimensional und multidirektional ist und daher sehr unterschiedliche Facetten haben kann: Es gibt Anstiege und Rückgänge, kontinuierliche oder sich beschleunigende Entwicklungen, „Gewinne“ und „Verluste“. Je nach Merkmal sind die Altersverläufe sehr unterschiedlich – was bei der Unterschiedlichkeit der Lebensbereiche auch keine große Überraschung ist. Dennoch zeigt das Gesamtbild, das sich hier ergibt, dass das Alter und das Älterwerden differenziert betrachtet werden müssen.

8.2 Unterschiede zwischen Frauen und Männern

Eine zentrale Frage des vorliegenden Berichts bezieht sich auf Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Altern Frauen und Männer unterschiedlich? Verstärken sich die Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit dem Älterwerden, werden sie im Verlauf des Älterwerdens kleiner, oder bleiben sie stabil? In Übersicht 2 sind die entsprechenden Befunde aus diesem Bericht zusammengefasst:

Die Übersicht 2 zeigt zunächst, dass bei fast allen der untersuchten Merkmale Unterschiede in

den Altersverläufen zwischen Frauen und Männern festgestellt wurden, die teilweise deutlich ausfielen. Legt man die hier untersuchten Merkmale zugrunde, altern Frauen also tatsächlich anders als Männer – ein Befund, der zwar nicht überrascht, aber hier doch eindrucksvoll über einen langen Untersuchungszeitraum und über verschiedene Lebensbereiche hinweg empirisch belegt wird. Lediglich bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und seiner Veränderung mit zunehmendem Alter unterscheiden sich Frauen und

Übersicht 8-2 Unterschiede zwischen Frauen und Männern

Merkmal	Geschlechterunterschied
Funktionale Gesundheit	Frauen haben über die gesamte zweite Lebenshälfte hinweg eine eingeschränktere funktionale Gesundheit als Männer. Die funktionale Gesundheit nimmt bei Frauen zudem deutlicher mit dem Älterwerden ab als bei Männern. Folglich nimmt der Unterschied zwischen Frauen und Männern mit steigendem Alter zu.
Subjektive Gesundheit	Kein signifikanter Geschlechterunterschied
Lebenszufriedenheit	Frauen sind zunächst zufriedener mit ihrem Leben als Männer. Mit dem Älterwerden nimmt ihre Zufriedenheit dann aber stärker ab als bei Männern. Im hohen Alter sind Frauen deshalb weniger zufrieden mit ihrem Leben als Männer.
Depressive Symptome	Frauen haben ein höheres Depressionsrisiko als Männer. Bei beiden Geschlechtern nimmt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten depressiver Symptome mit dem Älterwerden zu, bei Frauen allerdings deutlich stärker als bei Männern.
Soziale Isolation	Bei Frauen ist bis zu einem Alter von ca. 80 Jahren die Wahrscheinlichkeit, sozial isoliert zu sein, etwas geringer als bei Männern. Allerdings steigt bei Frauen diese Wahrscheinlichkeit mit dem Älterwerden stärker an als bei den Männern. Ab einem Alter von ca. 80 Jahren ist dann bei Frauen die Wahrscheinlichkeit, sozial isoliert zu sein, größer als bei Männern.
Einsamkeit	Bis etwa zur Mitte des siebten Lebensjahrzehnts ist bei Frauen die Wahrscheinlichkeit, einsam zu sein, geringer als bei Männern. Dieser Unterschied nimmt aber kontinuierlich ab. Ab einem Alter von 68 Jahren ist bei Frauen die Wahrscheinlichkeit, einsam zu sein, größer als bei Männern, dieser Unterschied nimmt mit dem Älterwerden noch zu.
Betreuung von Enkelkindern	Frauen betreuen Enkelkinder häufiger und früher in der zweiten Lebenshälfte als Männer. Dieser Unterschied wird mit dem Älterwerden kleiner, ab einem Alter von 70 Jahren gibt es keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen Frauen und Männern.
Pflege und Unterstützung von kranken Personen	Bei Frauen ist die Wahrscheinlichkeit, eine kranke Person zu unterstützen und zu pflegen, größer als bei Männern. Frauen unterstützen und pflegen auch früher in der zweiten Lebenshälfte als Männer. Im hohen Alter etwa ab 77 Jahren gibt es allerdings keine nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen und Männern mehr.
Ehrenamtliches Engagement	Frauen haben über die gesamte zweite Lebenshälfte hinweg eine geringere Wahrscheinlichkeit als Männer, sich in Organisationen ehrenamtlich zu engagieren. Dieser Unterschied nimmt mit dem Älterwerden ab und ist im sehr hohen Alter (ab dem neunten Lebensjahrzehnt) nur noch sehr gering.

Männer nicht signifikant voneinander. Einige der beobachteten Unterschiede zwischen Frauen und Männern bleiben im Alternsverlauf stabil, einige Geschlechterunterschiede werden größer, einige Geschlechterunterschiede werden kleiner. Man kann unter anderem diese beiden Typen von Alternsveränderungen unterscheiden:

(a) Stabile und sich vergrößernde Geschlechterunterschiede im Alternsverlauf

Es gibt Merkmale, bei denen die Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit dem Älterwerden gleich groß bleiben oder bei denen sie sich sogar vergrößern. Dies betrifft die funktionale Gesundheit, das Auftreten depressiver Symptome, die soziale Isolation und Einsamkeitsgefühle. Die Merkmale beschreiben Zustände, Gefühle und

Selbsteinschätzungen von Personen (Gesundheit, Depressivität, soziale Isolation und Einsamkeit).

(b) Kleiner werdende Geschlechterunterschiede im Alternsverlauf

Es gibt Merkmale, bei denen die Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit dem Älterwerden, insbesondere im Verlauf des sehr hohen Alters, kleiner werden. Dies betrifft die Betreuung von Enkelkindern, die Übernahme von Aufgaben bei der Pflege und Unterstützung kranker Personen und das ehrenamtliche Engagement. Hinsichtlich dieser Merkmale scheint das sehr hohe Alter Frauen

und Männer zu nivellieren. Diese Merkmale beschreiben Tätigkeiten, die Personen übernehmen oder übernommen haben (Enkelkinder betreuen, kranke Personen unterstützen oder pflegen, sich ehrenamtlich engagieren). Es gibt aber auch Lebensbereiche (etwa Betreuung von Enkelkindern und Unterstützung und Pflege kranker Personen), bei denen sich die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bis zum mittleren Erwachsenenalter (etwa 40. bis 50. Lebensjahr) herausbilden und dann im Verlauf des sehr hohen Alters wieder kleiner werden.

8.3 Unterschiede zwischen Geburtskohorten

Zu jedem der genannten Merkmale wurde untersucht, welche Unterschiede in den Alternsverläufen es zwischen verschiedenen Geburtskohorten gibt. Dabei wurden die Geburtsjahrgänge zu drei 10-Jahres-Kohorten zusammengefasst: 1930–1939, 1940–1949 und 1950–1959.

Die Geburtsjahrgänge 1930 bis 1939 wurden während der Zeit des Nationalsozialismus sozialisiert und erlebten Kindheit und Jugendjahre zum großen Teil während des Zweiten Weltkriegs und unmittelbar danach. Im frühen Erwachsenenalter waren Angehörige dieser Geburtsjahrgänge die Träger des „Wirtschaftswunders“. Unterschiede in den Geschlechterrollen waren bei diesen Geburtsjahrgängen deutlich ausgeprägt.

Die Geburtsjahrgänge 1940 bis 1949 haben die Veränderungen der 68er Jahre als prägend erlebt – eine Zeit, in der auch die gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse eine Modernisierung erfahren haben. Die Erwerbs- und Familienbiografien dieser Geburtsjahrgänge wurden durch veränderte sozialpolitische Regelungen und den wirtschaftlichen Aufschwung im Nachkriegsdeutschland bestimmt.

Die Geburtsjahrgänge 1950 bis 1959 sind zu einem Teil bereits der Babyboomer-Generation zuzurechnen. Diese Geburtsjahrgänge profitierten

von der Bildungsexpansion, so dass ein deutlich größerer Anteil von Frauen, aber auch von Männern höhere Bildungsabschlüsse erreichte. Darüber hinaus waren in den 1950er geborene Frauen seltener Hausfrauen und zu höheren Anteilen erwerbstätig als die früher geborenen Frauen.

Beim Vergleich der drei beschriebenen Kohorten wird zunächst nicht nach Frauen und Männern unterschieden. Die folgende Übersicht fasst also die Ergebnisse des Kohortenvergleichs der allgemeinen Alternsverläufe zusammen:

Tatsächlich unterscheiden sich die Alternsverläufe hinsichtlich der meisten der untersuchten Merkmale von Kohorte zu Kohorte. Lediglich beim Verlauf der subjektiven Gesundheit und der depressiven Symptome gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kohorten. Der soziale Wandel hat einige Entwicklungen mit sich gebracht, die in der Regel positiv bewertet und zum Teil auch politisch gewollt werden: Nachfolgende Geburtsjahrgänge sind weniger sozial isoliert, sie sind aktiver im ehrenamtlichen Engagement und stärker an der Pflege und Unterstützung von kranken Personen beteiligt. Außerdem werden sie voraussichtlich mit einer höheren Lebenszufriedenheit sowie einer besseren funktionalen Gesundheit ins hohe und sehr hohe Alter kommen.

Übersicht 8-3 Unterschiede zwischen den drei Kohorten

Merkmal	Kohortenunterschiede
Funktionale Gesundheit	Zu Beginn der zweiten Lebenshälfte haben früher geborene Kohorten eine bessere funktionale Gesundheit als später geborene Kohorten; mit dem Älterwerden nimmt ihre funktionale Gesundheit jedoch deutlicher ab als dies für die später geborenen Kohorten erwartet wird. Im hohen Alter werden deshalb die später geborenen Kohorten voraussichtlich eine bessere funktionale Gesundheit aufweisen als früher geborene Kohorten.
Subjektive Gesundheit	Kein signifikanter Unterschied zwischen den Kohorten.
Lebenszufriedenheit	Die Lebenszufriedenheit ist in der zweiten Hälfte des siebten Lebensjahrzehnts bei allen drei 10-Jahres-Kohorten etwa gleich hoch. Bei den früher geborenen Kohorten nimmt die Lebenszufriedenheit ab einem Alter von etwa 70 Jahren allerdings deutlich stärker ab als dies für die später geborenen Kohorten erwartet wird.
Depressive Symptome	Kein signifikanter Unterschied zwischen den Kohorten.
Soziale Isolation	Je später eine der untersuchten Kohorten geboren ist, desto früher im Leben ist die maximale Wahrscheinlichkeit für soziale Isolation erreicht und desto niedriger ist die maximale Wahrscheinlichkeit für soziale Isolation. Bei den später geborenen Personen tritt soziale Isolation also früher im Leben auf als bei früher geborenen Personen, gleichzeitig ist diese Wahrscheinlichkeit aber geringer als bei den früher geborenen Personen.
Einsamkeit	Auch beim Verlauf des Einsamkeitsrisikos gibt es Unterschiede zwischen den drei 10-Jahres-Kohorten: Tendenziell verringert sich von Kohorte zu Kohorte die Wahrscheinlichkeit, einsam zu sein.
Betreuung von Enkelkindern	Je später eine der untersuchten Kohorten geboren ist, desto später in der zweiten Lebenshälfte werden Enkelkinder betreut.
Pflege und Unterstützung von kranken Personen	Je später eine der untersuchten Kohorten geboren ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, kranke Personen zu unterstützen und zu pflegen. Und je später eine der untersuchten Kohorten geboren ist, desto früher im Altersverlauf wird die Unterstützung und Pflege kranker Personen übernommen.
Ehrenamtliches Engagement	Je später eine der untersuchten Kohorten geboren ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, sich ehrenamtlich zu engagieren. Und je später eine Kohorte geboren ist, desto später in der zweiten Lebenshälfte sinkt die Wahrscheinlichkeit für ehrenamtliches Engagement.

Dass die Wahrscheinlichkeit für Pflege und Unterstützung kranker Personen bei später geborenen Personen früher im Leben ansteigt und auch insgesamt anwächst, entspricht dem politischen Paradigma der Betreuung von Pflegebedürftigen durch die Angehörigen. Diese Entwicklung geht aus individueller Sicht jedoch auch mit einer steigenden Belastung der Pflege- und Unterstützungspersonen einher. Im Wandel der Zeit gibt es also nicht nur Verbesserungen. So könnten von Kohorte zu Kohorte auch die Ansprüche an die eigene Ge-

sundheit gestiegen sein, weshalb nachfolgende Geburtsjahrgänge keine bessere subjektive Gesundheit aufweisen als frühere Jahrgänge, obwohl für sie eine bessere funktionale Gesundheit im hohen Alter erwartet werden kann als bei früher geborenen Jahrgängen. Auch das Depressionsrisiko ist über nachfolgende Geburtsjahrgänge nicht geringer geworden, womöglich, weil der soziale Wandel keine Reduzierung der Risikofaktoren von Depression mit sich gebracht hat.

8.4 Unterschiede zwischen Frauen und Männern von Kohorte zu Kohorte

Zudem wurden die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der untersuchten Merkmale getrennt nach Kohorten untersucht. Damit konnte der Frage nachgegangen werden, ob und wie sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern von Kohorte zu Kohorte verändern. Übersicht 4 zeigt die Ergebnisse dieser Analysen:

Im Abschnitt 8.2 wurde gezeigt, dass sich von den in diesem Bericht untersuchten Merkmalen lediglich bei der subjektiven Gesundheit kein Unterschied zwischen den Altersverläufen von Frauen und von Männern zeigt. Auch bei getrennter Betrachtung der drei Kohorten zeigen sich für die subjektive Gesundheit keine Unterschiede zwischen den Altersverläufen von Frauen und von Männern. Es kann überdies festgehalten werden, dass bei keinem der in diesem Bericht untersuchten Merkmale die Unterschiede zwischen den Altersverläufen von Frauen und den Altersverläufen von Männern von Kohorte zu Kohorte

zunehmen. Insgesamt sticht der folgende Befund ins Auge: Bei fast allen Merkmalen, hinsichtlich derer sich Frauen und Männer in ihren jeweiligen Altersverläufen unterscheiden, verändern sich diese Unterschiede von Kohorte zu Kohorte nicht oder nur unwesentlich. Bei keinem Merkmal nehmen die Geschlechterunterschiede in den Altersverläufen also nennenswert ab oder zu.

Es hat sich gezeigt, dass sich die Altersverläufe hinsichtlich der meisten Merkmale von Kohorte zu Kohorte zum Teil deutlich unterscheiden (siehe oben, Abschnitt 8.3). Der soziale Wandel zeigt sich also in der Veränderung der Altersverläufe in den verschiedenen Lebensbereichen. Doch bei fast allen untersuchten Merkmalen sind die Unterschiede zwischen den Altersverläufen von Frauen und von Männern über alle drei Kohorten hinweg jedoch relativ stabil. Lediglich die Betreuung von Enkelkindern bildet hier eine Ausnahme, allerdings nähern sich die Geschlechter

Übersicht 8-4 Veränderung der Geschlechterunterschiede von Kohorte zu Kohorte

Merkmal	Kleiner werdende Geschlechterunterschiede von Kohorte zu Kohorte	Gleich bleibende Geschlechterunterschiede von Kohorte zu Kohorte
Funktionale Gesundheit		✓
Subjektive Gesundheit	Kein Geschlechterunterschied, keine Veränderung von Kohorte zu Kohorte	
Lebenszufriedenheit		✓
Depressive Symptome		✓
Soziale Isolation		✓
Einsamkeit		✓
Betreuung von Enkelkindern	✓	
Pflege und Unterstützung von kranken Personen		✓
Ehrenamtliches Engagement		✓

hier nicht in ihren Verläufen an, sondern der Geschlechterunterschied im Alter von 60 Jahren wird über nachfolgende Kohorten kleiner. Dies bedeutet, dass sich im sozialen Wandel, der sich in den Unterschieden der Altersverläufe von Kohorte zu Kohorte ausdrückt, die Altersverläufe von Frauen und von Männern auf gleiche oder zumindest sehr ähnliche Weise verändern. Der soziale Wandel geht nicht mit einer Angleichung der Altersverläufe von Frauen und von Männern einher.

Dieses Fazit kann nur für die drei hier untersuchten, chronologisch nah beieinander liegenden Geburtsjahrgänge getroffen werden. Bei wei-

ter auseinander liegenden Kohorten und einem noch längeren Untersuchungszeitraum könnten sich künftig womöglich deutlichere Veränderungen von Geschlechterunterschieden zeigen. Es liegt insbesondere die Vermutung nahe, dass sich für noch später geborene Kohorten und auch in anderen Lebensbereichen und Merkmalen eine Angleichung der Altersverläufe von Frauen und Männern zeigt. Diese These kann jedoch erst in Zukunft untersucht werden, wenn eine entsprechende Datenbasis im Deutschen Alterssurvey vorliegt.

8.5 Politische Implikationen

Die Wirkung gleichstellungspolitischer Maßnahmen

Die deutlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei der Betreuung von Enkelkindern und bei der Pflege und Unterstützung von kranken Personen sind nicht überraschend. Die Ergebnisse vieler anderer Studien und die Alltagserfahrung vieler Menschen werden hier eindrucksvoll bestätigt. Auch hinsichtlich der Übernahme von Sorgetätigkeiten wurden in den letzten Jahrzehnten Anstrengungen unternommen, die Unterschiede zwischen Frauen und Männern auszugleichen. Ob dies gelingt, wird sich erst in zukünftigen Analysen mit Daten des Deutschen Alterssurveys zeigen. Zumindest bei der Enkelkinderbetreuung zeigt sich bereits auf Grundlage der verfügbaren Daten, dass sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern tatsächlich verringert haben.

Der vorliegende Bericht wirft die Frage auf, ob und wie Gleichstellungspolitik auf das Leben im Verlauf der zweiten Lebenshälfte wirkt. In der Regel wirken gleichstellungspolitische Maßnahmen auf die Arbeitsteilung innerhalb von Familien, auf die Erwerbstätigkeit und das Einkommen von Frauen während des Erwerbslebens, damit indirekt auf die Einkommensverteilung zwischen

Frauen und Männern im Alter. Aber kann man erwarten, dass sich gleichstellungspolitische Maßnahmen darauf auswirken, wie sich Frauen und Männer innerhalb von Familien die Übernahme von Sorgetätigkeiten im höheren Lebensalter aufteilen? Die Betreuung und Pflege von Menschen mit eingeschränkter Gesundheit übernehmen immer noch vor allem Frauen. Hier wirken wahrscheinlich neben unterschiedlichen Verdienstmöglichkeiten von Frauen und Männern nach wie vor traditionelle Rollenbilder sowie die eingeübte Lebenspraxis. Gleichstellungspolitische Maßnahmen, die auf eine gerechtere Aufteilung von Sorgetätigkeiten zwischen Frauen und Männern abzielen, sollten deshalb an verschiedenen Stellen ansetzen. Unter anderem sollte auch Männern die Bedeutung dieser Tätigkeiten verdeutlicht werden. Möglicherweise halten sich manche Männer auch für nicht ausreichend kompetent, um Betreuungs- und Pflegeaufgaben zu übernehmen. Angebote zur Weiterbildung könnten hier Wege sein, die Beteiligung von Männern in der informellen Pflege zu erhöhen. Insgesamt sollten Männer stärker dabei unterstützt werden, Sorgetätigkeiten zu übernehmen.

Fokus auf Risikogruppen

Es ist bekannt, dass ältere Menschen – Frauen und Männer – ein hohes und im Verlauf des Älterwerdens steigendes Risiko haben, an gesundheitlichen Einbußen zu leiden. Allerdings ist das Gesundheitssystem als Ganzes längst nicht optimal auf die Versorgung älterer Menschen ausgelegt. Gesundheitspolitische Empfehlungen zu einer besseren Versorgung älterer Menschen wurden vielfach vorgelegt (siehe die entsprechenden Empfehlungen des Vierten, Sechsten und Siebten Altenberichts). Zwei Risikogruppen sollen im Folgenden hervorgehoben werden: Menschen mit ausgeprägter depressiver Symptomatik sowie chronisch einsame alte Menschen. Die Prävalenz dieser Risiken ist relativ klein (sie beträgt jeweils weniger als 20 Prozent). Aufgrund der stark negativen Auswirkungen von Depressionen oder Einsamkeitsgefühlen sollten diese Risikogruppen aber stärker in den Blick von Senioren- und Gesundheitspolitik genommen werden.

(a) Depressive Symptomatik

Das Risiko, an klinisch auffällig depressiven Symptomen zu leiden, liegt im sehr hohen Alter, wenn Menschen das 90. Lebensjahr erreichen, bei 16 Prozent für Frauen und bei sechs Prozent für Männer. Auch im sehr hohen Alter ist also die Wahrscheinlichkeit, von schweren depressiven Symptomen betroffen zu sein, eher gering. Andererseits können die Auswirkungen einer depressiven Erkrankung gravierend sein, so kann neben der allgemeinen Lebensqualität auch die körperliche Gesundheit beeinträchtigt werden und das Risiko kognitiver Einbußen kann ansteigen. Hinzu kommt, dass für die hier betrachteten Geburtskohorten bei nachfolgenden Geburtsjahrgängen kein Rückgang im Depressionsrisiko zu erkennen ist. Der soziale Wandel ging also offenbar nicht mit einer Verringerung des Depressionsrisikos in der zweiten Lebenshälfte und im sehr hohen Alter einher. Das gilt ebenso für die Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Hinblick auf das Depressionsrisiko: Frauen aus späteren Geburtsjahrgängen werden

voraussichtlich weiterhin mit einem deutlich höheren Depressionsrisiko ins hohe und sehr hohe Alter kommen als Männer. Frauen, die ein sehr hohes Alter erreichen, bilden also eine Risikogruppe für depressive Erkrankungen, die von mehr Unterstützungsangeboten zur Behandlung und Prävention dieser Erkrankungen profitieren könnte.

Dies sollte Anlass sein, stärker über eine angemessene gesundheitliche Versorgung dieser Gruppe nachzudenken. Allgemeinmediziner und -medizinerinnen sind Gatekeeper für das Erkennen von Warnsignalen und die Überweisung zu Fachärztinnen und -ärzten. Hier sollte es mehr Wissen darüber geben, wie klinisch relevante Depressivitätssymptome – gerade bei älteren Frauen – zu erkennen sind (etwa über Screening-Instrumente). Zugleich sollte es stärkere Anreize geben, diese diagnostischen Maßnahmen durchzuführen. Aufseiten der Fachmedizin (Psychosomatik und Psychiatrie) sowie der klinischen Psychologie (Psychotherapie) sollte die teilweise vorherrschende Denkweise des „klinischen Nihilismus“ überwunden werden, die davon ausgeht, dass Psychotherapien bei älteren Menschen nur noch wenig Wirkung zeitigen. Auch hier ist es notwendig, mit Hilfe von Anreizen die Versorgung von älteren Menschen mit stark ausgeprägten depressiven Symptomen zu verbessern.

(b) Soziale Isolation und Einsamkeit

Zwar zeigen die Analysen des Deutschen Alterssurveys, dass von einer Ausbreitung der Einsamkeit und der sozialen Isolation keine Rede sein kann: Eine deutliche Mehrheit aller Menschen ist auch im hohen Alter weder sozial isoliert noch einsam. Die Wahrscheinlichkeit, sozial isoliert und einsam zu sein, nimmt zudem über die Kohorten hinweg nicht zu. Man kann allerdings auch argumentieren, dass bei den 90-Jährigen eine Wahrscheinlichkeit von fast 20 Prozent für soziale Isolation und eine Wahrscheinlichkeit von über elf Prozent für Einsamkeit zu groß sind. Je größer der Anteil Hochbetagter an der Bevölkerung wird, umso mehr Personen wird dies betreffen.

Soziale Isolation ist nicht nur problematisch,

weil man sich einsam fühlen kann, sondern auch, weil man niemanden oder nur wenige Menschen hat, an die man sich wenden kann, wenn man etwa aufgrund gesundheitlicher Einbußen Unterstützung braucht, um den Alltag zu bewältigen. Zudem ist Einsamkeit ein erheblicher Risikofaktor für das Entstehen von Erkrankungen und vorzeitige Mortalität. Im hohen Alter gefährden daher soziale Isolation und Einsamkeit die Aufrechterhaltung eines selbstständigen Lebens.

Auch wenn man den Daten des Deutschen Alterssurveys zufolge sozial isoliert sein kann, ohne sich einsam zu fühlen, sollte es ein politisches Ziel sein, sozialer Isolation und Einsamkeit entgegen zu wirken. Soziale Isolation und Einsamkeit sind eine Herausforderung für Unterstützungssysteme in der Nachbarschaft, im Quartier und in der Kommune. Hier ist die Förderung zugehender Dienste notwendig, wobei zu beachten ist, dass sich im Verlauf chronischer Einsamkeit nicht selten Abwehrhaltungen und Misstrauen entwickeln. Die Kontaktaufnahme mit isolierten und einsamen Menschen ist deshalb unter Umständen nicht einfach zu bewerkstelligen. Zudem ist es notwendig, die Privatsphäre und Autonomie jener Personen zu achten, die dabei unterstützt werden sollen, aus dem Teufelskreis von Einsamkeit und Isolation herauszukommen. Dabei gibt es keine Patentrezepte für geeignete Interventionen: Nicht immer ist es ein Mangel an Kontaktmöglichkeiten, der zu Einsamkeit führt. Schließlich sollte unbedingt vermieden werden, Interventionen gegen Einsamkeit einseitig auf das hohe Alter auszurichten. Denn erstens können dadurch negative Altersbilder verstärkt werden, und zweitens ist Einsamkeit ein Problem aller Altersgruppen. Bei jüngeren Personen etwa könnten entsprechende Interventionen auch präventiv wirken und ihr Einsamkeitsrisiko senken, wenn diese das hohe Alter erreichen. Daher müssen Interventionen auch für alle Altersgruppen entwickelt werden.

Förderung der gesellschaftlichen Partizipation

Die Politik kann die gesellschaftliche Partizipation älterer Menschen unterstützen. Vor allem aber ist es das gestiegene Gesundheits- und Aktivitätspotenzial der „jungen Alten“ (etwa 60 bis 80 Jahre), das diese Aktivitäten möglich macht. In den vergangenen Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Engagement- und Ehrenamtsquoten zu verzeichnen, auch bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Offensichtlich haben engagementpolitische Maßnahmen gewirkt, und zwar bei Frauen und Männern gleichermaßen. Auch die beobachteten positiven Kohortentrends hinsichtlich der funktionalen Gesundheit im höheren Alter könnten eine Ursache dafür sein, dass das Engagement angestiegen ist.

Eine Angleichung von Frauen und Männern in den Altersverläufen ehrenamtlicher Tätigkeiten ist nicht erkennbar. Würden bei engagementpolitischen Maßnahmen insbesondere Frauen in den Blick genommen, so könnte in diesem Bereich eine Angleichung zwischen den Geschlechtern erreicht werden. Wenn man davon ausgeht, dass freiwilliges und ehrenamtliches Engagement eine zentrale Form der gesellschaftlichen Partizipation im Alter ist, dann muss der Zugang dazu Frauen und Männern im gleichen Maße ermöglicht werden.

Ausblick

Im Vorwort zu diesem Buch haben wir eine wenig überraschende Aussage gemacht: Wenn wir älter werden, verändert sich unsere Lebenssituation in vielerlei Hinsicht. Allerdings wird diese Feststellung häufig ohne empirische Grundlage getroffen. Mit den Befunden im vorliegenden Buch legen wir eine solche empirische Grundlage vor. Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, Einsamkeit und soziale Isolation sowie das Engagement in Sorgetätigkeiten und im Ehrenamt verändern sich über die zweite Lebenshälfte hinweg – zum Teil nur gering, zum Teil sehr deutlich. Zwischen Frauen und Männern zeigen sich viele Unterschiede, aber auch

einige Ähnlichkeiten im Alterwerden, die im Verlauf der letzten Jahrzehnte relativ stabil geblieben sind. Es bleibt deshalb weiterhin auch eine Auf- gabe der Seniorenpolitik, die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in der Lebensphase Alter voranzutreiben.

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

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

