

Wie gesund fühlen sich ältere Menschen, die selbst keine Infektion erlebt haben, während der Corona-Pandemie

Stuth, Stefan; Wünsche, Jenna

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Stuth, S., & Wünsche, J. (2022). *Wie gesund fühlen sich ältere Menschen, die selbst keine Infektion erlebt haben, während der Corona-Pandemie*. (DZA aktuell, 01/2022). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-76786-0>

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>

dza aktuell deutscher alterssurvey

Heft 01/2022

Deutsches Zentrum für
Altersfragen

**Wie gesund fühlen sich ältere Menschen,
die selbst keine Infektion erlebt haben,
während der Corona-Pandemie?**

Stefan Stuth & Jenna Wünsche

Wie gesund fühlen sich ältere Menschen, die selbst keine Infektion erlebt haben, während der Corona-Pandemie?

Stefan Stuth & Jenna Wünsche

Inhalt

Kernaussagen	5
Einleitung	6
Daten und Methodik	11
Veränderungen in der subjektiven Gesundheit während der Corona-Pandemie	13
Altersunterschiede in der Veränderung der subjektiven Gesundheit.....	14
Geschlechterunterschiede in der Veränderung der subjektiven Gesundheit	16
Sozioökonomische Unterschiede in der Veränderung der subjektiven Gesundheit.....	17
Zusammenfassung und Fazit	19
Literatur	21

Kernaussagen

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen in der zweiten Lebenshälfte, die seit 1996 durchgeführt wird. Die jüngste Befragung fand im Zeitraum vom 4. November 2020 bis zum 1. März 2021 statt; auf ihrer Basis kann die Lebenssituation von Menschen in der zweiten Lebenshälfte in der Corona-Pandemie zum Zeitpunkt der zweiten Pandemiewelle dargestellt werden. Die vorliegenden Befunde zur subjektiven Gesundheit beziehen sich ausschließlich auf Personen, die angegeben haben, dass sie sich in der Zeit vor der Befragung nicht mit dem Corona-Virus infiziert haben.

Die subjektive Gesundheit von Menschen in der zweiten Lebenshälfte hat sich im Vergleich zwischen 2017 und der zweiten Pandemiewelle im Winter 2020/21 nicht verschlechtert. Bei Menschen, die selbst keine Infektion mit dem Corona-Virus angegeben haben, ist der Anteil an (sehr) guten und (sehr) schlechten Gesundheitseinschätzungen unverändert geblieben; einzig bei den mittleren Gesundheitseinschätzungen ließ sich eine Abnahme verzeichnen. Dies ist besonders bemerkenswert, weil sich die subjektive Gesundheit der Befragten im Zeitraum von 2014 bis 2017 verschlechtert hat. Möglicherweise hat der Vergleich des eigenen Gesundheitszustands mit der teilweise sehr schlechten gesundheitlichen Lage von schwer an Covid-19 erkrankten Menschen zu einer günstigeren Einschätzung der Gesundheit geführt. Dies könnte erklären, wieso der zuvor beobachtbare Abwärtstrend in der subjektiven Gesundheit während der Corona-Pandemie abgebremst wurde.

Veränderungen in der subjektiven Gesundheit zwischen 2017 und der zweiten Pandemiewelle sind abhängig davon, in welchem Alter Menschen die Corona-Pandemie erlebt haben: Der günstigste Entwicklungstrend bei Personen in der zweiten Lebenshälfte deutet sich in der jüngsten Altersgruppe an. Bei Befragten im Erwerbsalter zeigt sich zwischen 2017 und dem Winter 2020/21 eine Verbesserung der subjektiven Gesundheit, die interessanterweise noch nicht zwischen 2014 und 2017 erkennbar war und somit auf einen pandemiebezogenen Trend hindeuten könnte. Bei Befragten im Übergangsalter

zum Ruhestand stabilisierte sich die subjektive Gesundheit bis zum Winter 2020/21 nach einer beobachtbaren Verschlechterung zwischen 2014 und 2017. Befragte im Ruhestandsalter erlebten wiederum eine andauernde Verschlechterung ihrer Gesundheitseinschätzungen zwischen 2014, 2017 und dem Winter 2020/21, was somit eher auf einen alters- als einen pandemiebedingten Entwicklungstrend hinweist.

Sowohl Frauen als auch Männer beurteilen ihre Gesundheit während der zweiten Pandemiewelle ähnlich wie im Jahr 2017. Während sich bei Männern auch schon zwischen 2014 und 2017 keine Veränderungen in der subjektiven Gesundheit zeigten, erlebten Frauen im selben Erhebungszeitraum eine Verschlechterung ihrer subjektiven Gesundheit. Diese Entwicklung setzte sich während der Corona-Pandemie aber nicht weiter fort.

Die Entwicklung der subjektiven Gesundheit verläuft zwischen 2017 und der zweiten Pandemiewelle bei Personen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status ähnlich. Unabhängig davon, ob Menschen einen niedrigen, mittleren oder hohen sozioökonomischen Status haben, erlebten sie weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung ihrer subjektiven Gesundheitseinschätzungen zwischen 2017 und dem Winter 2020/21. Während sich bei Menschen aus der höchsten Statusgruppe auch schon zwischen 2014 und 2017 kein Auf- oder Abwärtstrends beobachten ließ, zeigte sich bei Menschen aus den anderen

beiden Statusgruppen eine Verschlechterung ihrer subjektiven Gesundheit in diesem Erhebungszeitraum. Insofern deutet sich bei diesen beiden Gruppen, wie auch schon bei Menschen im

Übergangsalter zum Ruhestand und Frauen eine Unterbrechung des Abwärtstrends der subjektiven Gesundheit bis zur zweiten Welle der Corona-Pandemie an.

Einleitung

Die subjektive Gesundheit beschreibt die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. In diese Selbsteinschätzung fließen Informationen zu Erkrankungen und körperlichen Beeinträchtigungen, aber auch zum psychischen und sozialen Wohlergehen ein (Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen, & Urponen 1997). Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsindikatoren, ist die subjektive Gesundheit jedoch durch außenstehende Beobachter schwer einschätzbar – unter anderem deshalb, weil sich Menschen bei der Beurteilung ihrer Gesundheit nicht allein auf objektive Informationen stützen, sondern über komplexe Bewertungsprozesse zu einem Gesamturteil ihrer Gesundheit gelangen. Beispielsweise vergleichen Menschen ihre eigene gesundheitliche Lage mit der Lage anderer Personen. Zudem können sich Menschen darin unterscheiden, wie stark sie verschiedenste Informationen zur eigenen Gesundheit in ihre gesundheitliche Gesamtbewertung einfließen lassen (Jylhä 2009). Dieses hohe Maß an Subjektivität spiegelt sich auch darin wieder, dass die Gesundheitseinschätzungen von Menschen bis ins späte Erwachsenenalter hinein deutlich positiver bleiben als es sich allein auf Grundlage altersbedingter körperlicher Einbußen erwarten ließe (Spuling, Wurm, Wolff, & Wünsche 2017). Ein Grund dafür ist, dass sich ältere Menschen hinsichtlich ihrer Gesundheit eher mit anderen älteren Menschen vergleichen. Das Vorhandensein von körperlichen Einschränkungen wird dadurch als „normaler“ empfunden und fällt bei der Beurteilung der eigenen Gesundheit weniger stark ins Gewicht (Cheng, Fung, & Chan 2007).

Die subjektive Gesundheit weist also eine gewisse Anpassungsfähigkeit gegenüber einer sich verschlechternden gesundheitlichen Ausgangslage auf, sodass sich Menschen auch dann subjektiv gesund fühlen können, wenn dies von außen betrachtet nicht gut nachvollziehbar erscheint. Die Frage, die im Folgenden beantwortet werden soll, lautet: Wie gut ist es Menschen in der zweiten Lebenshälfte gelungen, ihre subjektiven Gesundheitseinschätzungen angesichts der vielseitigen Herausforderungen der Corona-Pandemie zu bewahren? Um diese Frage zu beantworten und um den direkten gesundheitlichen Einfluss einer Corona-Infektion von den indirekten gesundheitlichen Herausforderungen durch die Infektionsschutzmaßnahmen trennen zu können, konzentriert sich dieser Beitrag auf Menschen in der zweiten Lebenshälfte, die sich selbst nicht mit dem Corona-Virus angesteckt haben.

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie könnten das gesundheitliche Wohlergehen auf vielfältige Weise negativ beeinflusst haben (Gaertner, Fuchs, Möhler, Meyer, & Scheidt-Nave 2021). Kontaktbeschränkungen und Abstandsregeln, Umstellungen auf Heim- oder Kurzarbeit sowie auch Ängste und Verluste im Zusammenhang mit dem Corona-Virus haben das alltägliche Leben geprägt. Es ist daher kaum überraschend, dass bisherige Untersuchungen teils sehr ungünstige Entwicklungstrends in verschiedensten gesundheitsrelevanten Lebensbereichen aufgedeckt haben: Bis zum Pandemiesommer 2020 ist das Einsamkeitsrisiko gestiegen (Huxhold & Tesch-Römer 2021), psychische Belastungen haben zugenommen (Skoda et

al. 2021) und der Anteil an Personen, die sportlich aktiv sind, ist zurückgegangen (Nowossadeck, Wettstein, & Cengia 2021). In Anbetracht dessen, dass soziale Eingebundenheit, psychisches Wohlbefinden und ein körperlich aktiver Lebensstil wichtige Säulen der Gesundheit darstellen, wäre es möglich, dass die Anpassungsfähigkeit der subjektiven Gesundheitseinschätzungen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte an seine Grenzen gestoßen ist. Wenn dies der Fall ist, sollte sich das in einer Verschlechterung der subjektiven Gesundheit äußern.

Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob es Bevölkerungsgruppen gibt, deren Gesundheit robuster gegenüber den Herausforderungen der Corona-Pandemie war und ob es soziale Gruppen gibt, die im Zuge der Corona-Pandemie stärkere Einbußen in den Gesundheitseinschätzungen erlebten.

Zunächst könnte das Lebensalter eine Rolle dafür spielen, wie sich die subjektive Gesundheit während der Corona-Pandemie verändert hat. Ältere Menschen standen und stehen in diesen Tagen im besonderen Fokus der Aufmerksamkeit. Laut dem Robert Koch-Institut (2020) steigt das Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung ab einem Alter von 50 bis 60 Jahren stetig an. Während das erhöhte Risiko älterer Erwachsener statistisch unumstritten ist, lässt sich dennoch vermuten, dass die politische und mediale Risikokommunikation auch unerwünschte gesundheitliche Nebenwirkungen hatte. Die omnipräsente Darstellung älterer Menschen als gesundheitlich besonders vulnerable Gruppe, die gezielte Vermeidung von sozialen Kontakten zu älteren Menschen sowie mögliche Bevormundungserfahrungen im Familien- und Freundeskreis könnten das gesundheitliche Selbstkonzept und das soziale Wohlbefinden älterer Erwachsener in besonderem Maße gefährdet haben. Es ist also denkbar, dass die subjektive Gesundheit älterer Altersgruppen im Zuge der Corona-Pandemie stärker gelitten hat als die jüngerer Altersgruppen.

Auch hinsichtlich des Geschlechts lassen sich Unterschiede in den pandemiebedingten Veränderungen der subjektiven Gesundheit erwarten. Zwar haben sich Männer und Frauen in vergangenen Erhebungen des DEAS ähnlich gesund gefühlt (Wurm, Schöllgen, & Tesch-Römer 2010; Spuling et al. 2017), allerdings könnte sich die subjektive Gesundheit von Frauen aufgrund der gestiegenen Pflege- und Unterstützungsbelastung besonders ungünstig entwickelt haben. Tatsächlich ließ sich bei Frauen im Pandemiesommer 2020 nicht nur ein stärkerer Zuwachs in der Übernahme der Angehörigenpflege beobachten, sondern pflegeleistende Frauen verzeichneten auch eine besonders starke Zunahme in der Depressivitätsrate (Klaus & Ehrlich 2021). Die zunehmende psychische Belastung aufgrund der Angehörigenpflege könnte dazu beitragen, dass sich die subjektive Gesundheit von Frauen während der Corona-Pandemie in stärkerem Maße verschlechtert hat als die der Männer.

Zuletzt könnten Unterschiede zwischen sozioökonomischen Statusgruppen für die Entwicklung der subjektiven Gesundheit während der Corona-Pandemie eine Rolle spielen. Frühere Untersuchungen haben bereits eindrücklich die gesundheitsbezogenen Nachteile von Menschen mit niedrigem im Vergleich zu Menschen mit höherem sozioökonomischem Status dokumentiert. So scheinen sozioökonomisch besser gestellte Personen seltener über gesundheitliche Einschränkungen in ihrem Alltag zu berichten, ihre Gesundheit und ihr psychisches Wohlbefinden insgesamt als besser zu bewerten und letztlich auch länger zu leben als Menschen aus sozioökonomisch schwächeren Verhältnissen (Lampert & Hoebel 2019 für einen Überblick). Bei der Einteilung von Personen in verschiedene Statusgruppen werden sowohl die berufliche Stellung und das Einkommen als auch der Bildungshintergrund berücksichtigt (Ganzeboom, De Graaf, & Treiman 1992). Insofern lässt sich die häufig schlechtere

Gesundheit von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status unter anderem auf psychische Belastungen durch finanzielle Nöte, ungünstige Arbeitsbedingungen, sowie auch auf ein weniger ausgeprägtes Gesundheitswissen zurückführen (Kroh, Neiss, Kroll, & Lampert 2012). Denkbar ist, dass sich diese Ungleichheitsdynamiken in Zeiten der Pandemie weiter verschärft haben: Weniger materielle Rücklagen zum Ausgleich von pandemiebedingten Lohneinbußen, eine größere Wahrscheinlichkeit in Berufen mit erhöhtem Infektionsrisiko zu arbeiten (z. B. Fabrikarbeiter*innen) und eine als gering erlebte Kontrollierbarkeit der eigenen Ansteckungswahrscheinlichkeit (Rattay et al. 2021; Wettstein, Vogel, Nowossadeck, Spuling, & Tesch-Römer 2020), könnten dazu beigetragen haben, dass sich sozioökonomisch benachteiligte Personen während der Corona-Pandemie gesundheitlich besonders bedroht und belastet gefühlt haben.

Forschungsfragen

Vor diesem Hintergrund werden in diesem Bericht die folgenden Fragen untersucht:

1. Welche Veränderungen in der subjektiven Gesundheit zeigen sich während der Corona-Pandemie bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte, die selbst nicht mit Corona infiziert waren?
2. Wie unterscheiden sich die Veränderungen in der subjektiven Gesundheit zwischen bestimmten Bevölkerungsgruppen (Altersgruppen, Geschlecht und sozioökonomische Statusgruppen)?

Der Verlauf der Corona-Pandemie in Deutschland

Die Corona-Pandemie begann im März 2020 und nahm einen wellenförmigen Verlauf (Abbildung 1). Die Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Eindämmung haben das Leben der Menschen in vielen Bereichen verändert. Ab etwa Mitte März 2020 wurden von der Bundesregierung und den Landesregierungen weitreichende Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens in der ersten Pandemiewelle erlassen. Der Gültigkeitszeitraum der einzelnen Maßnahmenpakete variierte dabei teilweise zwischen den Bundesländern (eine detaillierte Übersicht findet sich in der IAB-Datenbasis zu Corona-Eindämmungsmaßnahmen unter: http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/daten_corona-massnahmen.xlsx; (Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung 2021). Die Maßnahmen beinhalteten insbesondere Kontaktbeschränkungen, die Schließung von Schulen und Kindertagesstätten, der Gastronomie sowie von verschiedenen Dienstleistungseinrichtungen und Betrieben des Einzelhandels („1. Lockdown“). Nach Abflauen der ersten Pandemiewelle wurden einzelne Einschränkungen ab Ende April 2020 gelockert.

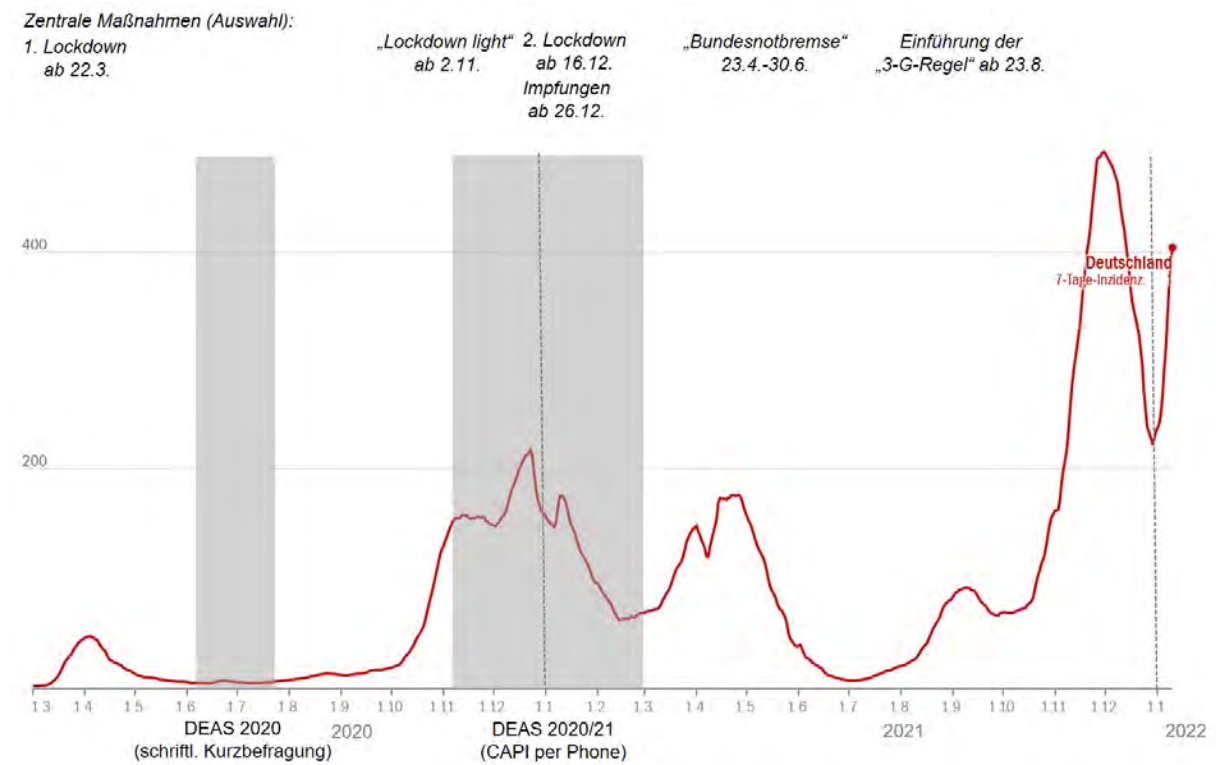
Nach einer Phase mit niedrigen Infektionszahlen im Sommer 2020 kam es im Herbst 2020 zu einem wiederholten Anstieg der Neuinfektionen und einer zweiten Pandemiewelle, der ab Anfang November 2020 mit erneuten Kontakteinschränkungen begegnet wurde („Lockdown light“). Ab Mitte Dezember wurden die Kontakteinschränkungen verschärft und erneut Schulen, Kindertagesstätten sowie Teile von Einzelhandel und Dienstleistungsbranchen geschlossen („2. Lockdown“). Ende 2020 fanden die ersten Impfungen gegen COVID-19 statt.

Einem Rückgang der Infektionszahlen bis Ende Februar 2021 folgte ein weiterer Anstieg (dritte Pandemiewelle), der von erneuten bzw. verschärften Kontaktbeschränkungen flankiert wurde. Im April 2021 beschloss der Bundestag den Einsatz einer bundeseinheitlichen Regelung („Bundesnotbremse“), mit einheitlichen Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens, gekoppelt an regionale Inzidenzwerte.

Ab Anfang Mai 2021 gingen die Infektionsraten wieder zurück, um ab Juli 2021 bis zum Winter 2021 wieder zur vierten Pandemiewelle anzusteigen. Zur Begrenzung der Zahl der Neuinfektionen wurden ab August 2021 sogenannte „3-G-Regelungen“ eingeführt (Zugangsbeschränkungen unter Vorlage eines Genesenen-, Geimpften- oder Getestetennachweises), teilweise gefolgt von „2-G-Regelungen“ (Zugang nur für genesene oder geimpfte Personen).

Der Deutsche Alterssurvey ermöglicht die Untersuchung der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Leben von Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter bislang bis einschließlich zur Phase des zweiten Lockdowns im Winter 2020/21.

Abbildung 1: Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) in der Corona-Pandemie



Quellen: Risklayer, CEDIM (KIT), Tagesspiegel, RKI: <https://interaktiv.tagesspiegel.de/lab/sars-cov-2-das-virus-in-echtzeit/> (18.11.2021). Eigene Darstellung.

Daten und Methodik

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS)

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen in der zweiten Lebenshälfte. Im Rahmen der Studie werden seit mehr als zwei Jahrzehnten Frauen und Männer auf ihrem Weg ins höhere und hohe Alter regelmäßig befragt (1996, 2002, 2008, 2011, 2014, 2017, 2020/21). Dieser lange Beobachtungszeitraum von mehr als zwei Jahrzehnten erlaubt einen umfassenden Einblick in das Älterwerden und die Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Zudem kann durch das kohortensequenzielle Design der Studie Älterwerden im sozialen Wandel untersucht werden. Der Deutsche Alterssurvey ist daher die zentrale Studie zu Alter und Altern in Deutschland. Mehr als 20.000 Personen haben bislang an der Studie teilgenommen. Befragt werden Personen, die zum Zeitpunkt der ersten Teilnahme 40 Jahre und älter sind. Die Teilnehmenden werden auf Basis einer nach Alter, Geschlecht und Region geschichteten Einwohnermeldeamtsstichprobe ausgewählt. Die Daten des Deutschen Alterssurveys sind daher repräsentativ für die in Privathaushalten lebende Wohnbevölkerung Deutschlands in der zweiten Lebenshälfte. Durch den Deutschen Alterssurvey können auch die Lebenssituationen in Krisenzeiten – wie wir sie aktuell aufgrund der Corona-Pandemie erleben – näher beleuchtet und besser verstanden werden.

Die jüngste Befragung fand im Zeitraum vom 4. November 2020 bis zum 1. März 2021 statt. Im Zentrum dieser Befragung standen Fragen zur aktuellen Lebenssituation etwa in sozialen Beziehungen, im Wohlbefinden und in der Erwerbsarbeit. Es haben 5.402 Personen ab einem Alter von 46 Jahren an der Befragung teilgenommen. Alle diese Personen hatten bereits zuvor mindestens einmal an der Studie teilgenommen. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys telefonisch (anstatt wie bisher im persönlichen Interview) befragt. Im Anschluss an das telefonische Interview bekamen die Befragten noch einen Fragebogen zugesandt, der von 4.419 Personen schriftlich oder online beantwortet wurde.

In den Analysen werden gewichtete Anteilswerte und gewichtete arithmetische Mittelwerte unter Verwendung von Methoden, die die geschichtete Stichprobenziehung berücksichtigen, dargestellt. Dabei werden Gruppenunterschiede oder Unterschiede zwischen Erhebungswellen auf statistische Signifikanz getestet. Verwendet wird ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$. Ist ein Befund statistisch signifikant, so kann mit mindestens 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ein festgestellter Unterschied nicht nur in der Stichprobe, sondern auch in der Gesamtbevölkerung vorhanden ist. Ist ein Befund nicht statistisch signifikant, ist es möglich, dass beobachtete Unterschiede in der Stichprobe nur zufällig zustande kamen.

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

Weitere Informationen zum Deutschen Alterssurvey (DEAS) finden sich unter www.deutscher-alterssurvey.de.

Die Ergebnisse dieses Kurzberichts beruhen auf der aktuellsten Erhebungswelle des Deutschen Alterssurveys, die während der zweiten Welle der Corona-Pandemie durchgeführt wurde (Winter 2020/21, Abbildung 1), sowie auf zwei weiteren Erhebungswellen, die vor der Corona-Pandemie durchgeführt wurden (2014 und 2017). Alle Auswertungen basieren auf einem längsschnittlichen Datensatz, in dem nur Befragte berücksichtigt werden, die an jeder der drei Erhebungswellen teilgenommen haben und die sich selbst bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht mit dem Corona-Virus infiziert haben. Um Aufschluss darüber zu erhalten, wie sich die subjektive Gesundheit im Zuge der Corona-Pandemie verändert hat, wird der Entwicklungstrend der subjektiven Gesundheit zwischen 2014 und 2017 geprüft und mit dem Entwicklungstrend zwischen 2017 und dem Winter 2020/21 verglichen. Auf diese Weise können „normale“ altersbedingte Veränderungen in der Einschätzung der subjektiven Gesundheit von Veränderungen unterschieden werden, die vermutlich auf die veränderte Lebenssituation durch die Eindämmungsmaßnahmen der Corona-Pandemie zurückzuführen sind. Natürlich könnte sich die Corona-Pandemie auch auf direktem Wege, das heißt über eine schwere Covid-19-Erkrankung, ungünstig auf den subjektiven Gesundheitszustand ausgewirkt haben. Im Winter 2020/21 haben allerdings nur 2,29 Prozent (n = 93) der DEAS-Teilnehmenden angegeben, sich mit dem Corona-Virus infiziert zu haben. Dieser Personenkreis ist zu klein für repräsentative Auswertungen zu den gesundheitlichen Folgen einer Corona-Infektion. Um jedoch die gesundheitlichen Folgen einer Corona-Infektion von der Gesamtwirkung der pandemischen Situation – etwa Bedrohung durch das Virus, Sorge um Angehörige, Folgen der Infektionsschutzmaßnahmen – trennen zu können, konzentriert sich das vorliegende DZA Aktuell ausschließlich auf die Gesundheitseinschätzungen von Personen, die angaben, sich selbst nicht mit dem Corona-Virus angesteckt zu haben.

Basierend auf diesen Auswahlkriterien stützen sich die folgenden Auswertungen auf die Angaben von 4.054 Personen, die in der DEAS-Befragung 2014 zwischen 40 und 90 Jahre alt waren, die ebenfalls an den DEAS-Befragungen 2017 und 2020/21 teilnahmen und die angegeben haben, dass sie sich bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht mit dem Corona-Virus infiziert haben. Es wird für diese Personen untersucht, wie sich ihre subjektive Gesundheit im Vergleich der Befragungsjahre 2014, 2017 und dem Winter 2020/21 veränderte. Dabei wird auch geprüft, ob es Alters-, Geschlechts-, oder sozioökonomische Unterschiede a) im Ausgangsniveau der subjektiven Gesundheit im Jahr 2014 und b) in den Veränderungen der subjektiven Gesundheit zwischen 2014 und 2017 beziehungsweise 2017 und dem Winter 2020/21 gab.

Ob beobachtbare Veränderungen statistisch signifikant sind, wurde über den Vergleich von Anteilswerten, unter Berücksichtigung der Streuung und des komplexen Stichprobendesigns des Deutschen Alterssurveys, geprüft.

Zu beachten ist, dass sich Personen, die an allen drei Erhebungswellen teilgenommen haben, systematisch von denjenigen Personen unterscheiden könnten, die mindestens eine Befragung ausgelassen haben. So besteht beispielsweise die Gefahr, dass vor allem diejenigen Personen durchgehend an den DEAS-Befragungen teilgenommen haben, denen es gesundheitlich eher gut ging, während Personen, denen es gesundheitlich zunehmend schlechter ging, aus der Studie ausgeschieden sind oder einzelne Befragungen verpasst haben. Wenn dieser Umstand nicht berücksichtigt wird, käme man auf Grundlage der Befragungsdaten zu einer zu positiven Einschätzung der gesundheitlichen Entwicklung während der Corona-Pandemie. Um diesem methodischen Problem zu begegnen, werden in den Auswertungen sogenannte Längsschnittgewichte eingesetzt. Die Gewichte werden mit Hilfe von statistischen Modellen entwickelt und weisen den

Bevölkerungsgruppen in den Analysen ein höheres Gewicht zu, die z. B. wegen schlechter Gesundheit, häufiger nicht an der Befragung teilnehmen. Dieses etablierte statistische Verfahren erlaubt es repräsentative und unverzerrte Ergebnisse auszuweisen, auch wenn nicht jede befragte Person an jeder DEAS-Erhebung teilnehmen konnte.

Zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellungen wurden Auskünfte zu den folgenden Fragen ausgewertet:

Subjektive Gesundheit

Die Befragten wurden gebeten, ihren derzeitigen Gesundheitszustand zu bewerten. Sie hatten die Wahl zwischen den Antwortalternativen sehr gut, gut, mittel, schlecht und sehr schlecht. Die Antworten sehr gut und gut wurden zur Gruppe ‚(sehr) gut‘ zusammengefasst. Die Antworten schlecht und sehr schlecht wurden zur Gruppe ‚(sehr) schlecht‘ zusammengefasst.

Gruppierungsvariablen

Alter. Es wurden drei Altersgruppen gebildet, um die Rolle des Lebensalters zu untersuchen. Dabei diente das Jahr 2014 als Referenzjahr. Im Jahr 2014 waren 43,3 Prozent der Befragten zwischen 40 bis 59 Jahre alt, 23,9 Prozent waren zwischen 60 bis 69 Jahre alt und 32,8 Prozent zwischen 70 bis 90 Jahre alt. Innerhalb des Beobachtungszeitraums werden alle Befragten ungefähr um sechs Jahre älter: So sind zum Beispiel Personen in der jüngsten Altersgruppe im Jahr 2014 zwischen 40 bis 59 Jahre alt gewesen; im Jahr 2017 zwischen 43 bis 62 Jahre und im Jahr

2020/21 zwischen 46 bis 65 Jahre alt. Der Einfachheit halber wird in den Auswertungen jeweils auf das Alter der Befragten im Ausgangsjahr 2014 verwiesen.

Geschlecht. Es wurden Frauen und Männer, gemäß ihrer Selbstauskunft unterschieden (Männer: 45 Prozent aller Befragten; Frauen: 55 Prozent aller Befragten).

Sozioökonomischer Status. Der sozioökonomische Status bildet die Stellung von Personen innerhalb der Gesellschaft ab. Der sozioökonomische Status der Befragten wird mit Hilfe des Sozioökonomischen Index des Beruflichen Status (ISEI; Ganzeboom et al. 1992) gemessen und basiert auf dem Beruf, den die Befragten ausüben oder zuletzt ausgeübt haben. Dabei verbindet der ISEI Information zu Einkommen und Bildung, um den sozioökonomischen Status der Berufe zu bestimmen und nimmt Werte zwischen 12 (landwirtschaftliche Hilfskräfte) und 90 (Richter und Richterinnen) an. Der ISEI-Wert der Befragten wurde über alle drei Befragungszeitpunkte gemittelt, anschließend in eine aufsteigende Rangfolge gebracht und in 5 gleich große Teilgruppen aufgeteilt (Quintile). In Anlehnung an das Vorgehen des RKI (Lampert, Kroll, Müters, & Stolzenberg 2013), werden Befragte, die der ersten Teilgruppe angehören (18,9 Prozent), als Befragte mit niedrigen sozioökonomischen Status kategorisiert. Befragte, die den Teilgruppen 2, 3, oder 4 angehören (61,1 Prozent), besitzen einen mittleren sozioökonomischen Status und Personen, die der letzten Teilgruppe angehören (20 Prozent), besitzen einen hohen sozioökonomischen Status.

Veränderungen in der subjektiven Gesundheit während der Corona-Pandemie

Im Jahr 2014 haben mehr als die Hälfte (55,5 Prozent) der Personen ab 40 Jahren ihre Gesundheit als (sehr) gut eingeschätzt (Abbildung 2). Ein gutes Drittel (34,6 Prozent) der Befragten berichteten von einer mittleren Gesundheit und jede*r Zehnte (9,9 Prozent) bewertete die eigene

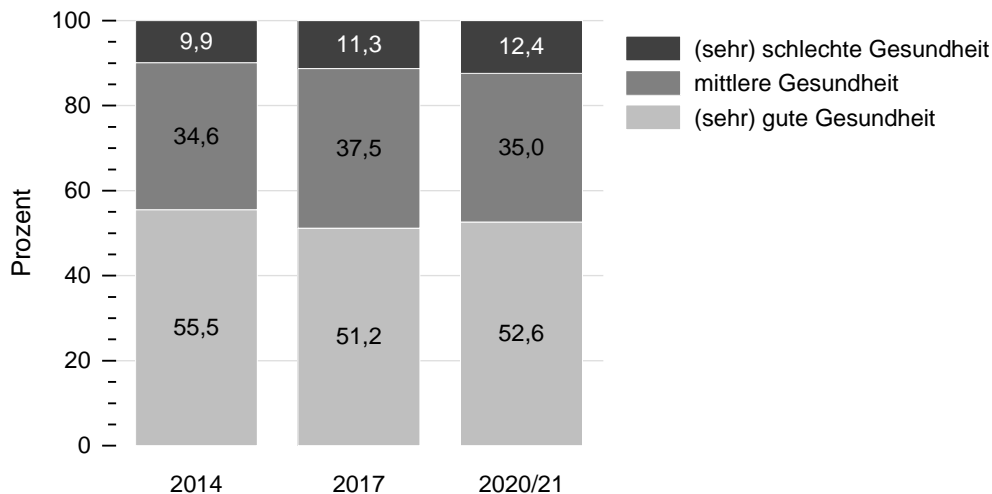
Gesundheit als (sehr) schlecht. Bis zum Jahr 2017 hat sich die subjektive Gesundheit der Befragten verschlechtert: Die (sehr) guten Gesundheitsbewertungen sind auf 51,2 Prozent zurückgegangen, während die mittleren Gesundheitsbewertungen auf 37,5 Prozent angestiegen sind. Die (sehr)

schlechten Gesundheitsbewertungen sind dagegen auf einem stabilen Niveau geblieben. Diese ungünstige Entwicklung setzte sich bis zum Pandemiewinter 2020/21 nicht fort, sondern wurde eher abgebremsst: Während der zweiten Welle der Corona-Pandemie haben sich die Befragten zu gleichen Anteilen gesundheitlich (sehr) gut beziehungsweise (sehr) schlecht gefühlt wie im Jahr 2017. Einzig der Anteil an mittleren

Gesundheitsbewertungen ist leicht (um 2,5 Prozentpunkte) zurückgegangen.

Um der Frage nachzugehen, wie sich die subjektive Gesundheit während der Corona-Pandemie bei Menschen aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen entwickelt hat, wurden die Veränderungen der subjektiven Gesundheit differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht und sozioökonomischem Status nachgezeichnet.

Abbildung 2: Veränderung der subjektiven Gesundheit, gesamt, 2014, 2017 und 2020/21 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.054), DEAS 2017 (n = 4.054), DEAS 2020/21 (n = 4.054). Gewichtet, gerundete Angaben. Statistisch signifikante Veränderungen zwischen 2014 und 2017, ($p < 0,05$): Abnahme im Anteil an Personen mit (sehr) guter subjektiver Gesundheit; Zunahme im Anteil an Personen mit mittlerer subjektiver Gesundheit. Statistisch signifikante Veränderungen zwischen 2017 und 2020/21 ($p < 0,05$): Abnahme im Anteil an Personen mit mittlerer subjektiver Gesundheit.

Altersunterschiede in der Veränderung der subjektiven Gesundheit

Für Menschen aus unterschiedlichen Altersgruppen zeigen sich unterschiedliche Entwicklungstrends der subjektiven Gesundheit im betrachteten Untersuchungszeitraum (2014, 2017 und 2020/21, Abbildung 3).

Das Niveau der subjektiven Gesundheit hat sich bereits im Ausgangsjahr zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe unterschieden: Im Jahr 2014 berichteten Personen im Erwerbsalter (40- bis 59-Jährige) häufiger von einer (sehr) guten Gesundheit (58,2 Prozent) und seltener von einer mittleren Gesundheit (31,5 Prozent) als

Personen im Ruhestandsalter (70- bis 90-Jährige), von denen 50,7 Prozent zu einer (sehr) guten und 39,5 Prozent zu einer mittleren Gesundheitseinschätzung kamen.

Über die Zeit hinweg zeigte sich, dass Befragte aus der jüngsten Altersgruppe in den Jahren 2014 (damals im Alter von 40- bis 59-Jahren) und 2017 (dann 43 bis 62 Jahre alt) zu ähnlichen Einschätzungen ihrer subjektiven Gesundheit kamen. Im Pandemiewinter 2020/21 (dann im Alter von 46 bis 65 Jahren) bewerteten sie ihre subjektive Gesundheit dagegen häufiger als (sehr) gut (Anstieg um 5,8 Prozentpunkte)

und seltener als mittel (Abnahme um 4 Prozentpunkte) als noch im Jahr 2017. Da die subjektive Gesundheit im Vergleich zwischen 2014 und 2017 stabil blieb, und sich der günstige Entwicklungstrend der subjektiven Gesundheit erst im Vergleich zwischen 2017 und 2020/21 abzeichnete, deutet sich hier ein Zusammenhang mit der Corona-Pandemie an.

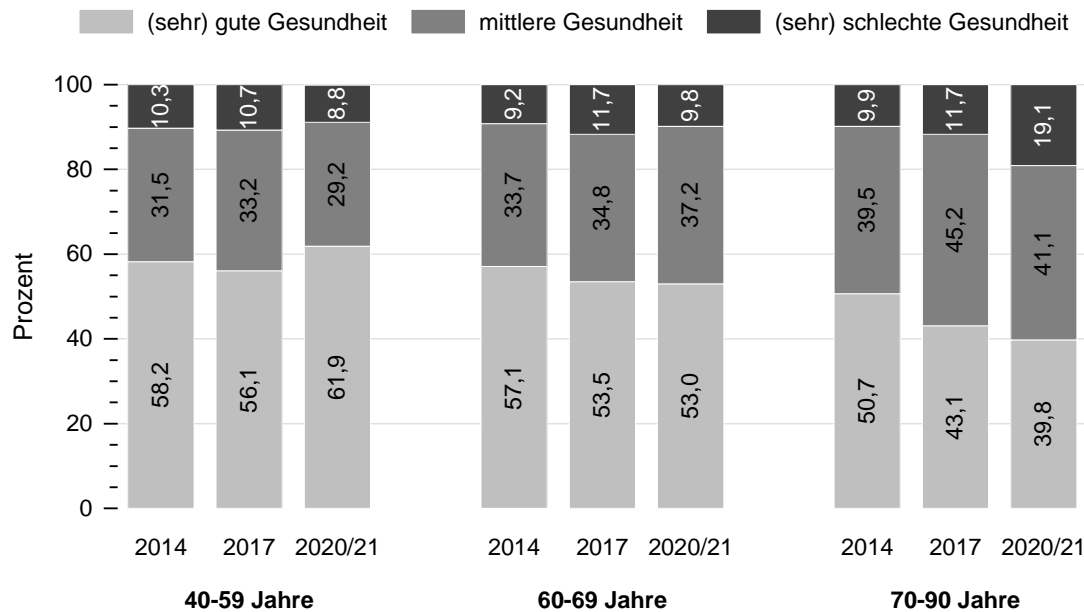
Bei Personen, die im Jahr 2014 der mittleren Altersgruppe angehörten (60- bis 69-Jährige in 2014) stellt sich die Entwicklung der subjektiven Gesundheit im selben Beobachtungszeitraum als weniger positiv dar. Im Jahr 2017 (dann 63 bis 72 Jahre alt) berichteten weniger Befragte von einer (sehr) guten Gesundheit als im Jahr 2014 (Abnahme um 3,6 Prozentpunkte). Dieser Trend setzte sich aber bis zur zweiten Pandemiewelle nicht weiter fort. Stattdessen schätzten Personen, die sich 2014 im Übergangsalter zum Ruhestand befanden, ihre Gesundheit im Befragungsjahr 2020/21 (dann im Alter von 66 bis 75 Jahren) ähnlich wie im Jahr 2017 ein. Die zuvor beobachtbare Verschlechterung der Gesundheitseinschätzungen wurde also gestoppt.

Bei der ältesten Altersgruppe (70- bis 90-Jährige im Jahr 2014) zeigt sich allerdings der ungünstigste Entwicklungstrend in der subjektiven Gesundheit. Ähnlich wie die mittlere Altersgruppe, bewerteten auch sie ihre subjektive Gesundheit im Jahr 2017 (dann im Alter von 73 bis 93 Jahren) schlechter als im Jahr 2014. Die Verschlechterung ergab sich aus einem Rückgang der (sehr) guten

Gesundheitsbewertungen um 7,6 Prozentpunkte. Im Gegensatz zur mittleren Altersgruppe, setzte sich bei Ihnen dieser Verschlechterungstrend jedoch bis zur zweiten Welle der Corona-Pandemie im Winter 2020/2021 (dann im Alter von 76 bis 96 Jahren) weiter fort und äußerte sich in einem Zuwachs an (sehr) schlechten Gesundheitsbewertungen um 7,4 Prozentpunkte. Dieser andauernde Verschlechterungstrend legt nahe, dass die ungünstige Veränderung der subjektiven Gesundheit in der ältesten Altersgruppe eher auf eine altersbedingte und weniger auf eine pandemiegebundene Verschlechterung der Gesundheit zurückzuführen ist.

Die getrennte Betrachtung der Veränderungen in der subjektiven Gesundheit für Menschen aus verschiedenen Altersgruppen legt also nahe, dass sich bestehende Altersgruppenunterschiede aus dem Jahr 2014 bis zur zweiten Welle der Corona-Pandemie vergrößert haben. Das weitere Auseinanderdriften der subjektiven Gesundheitsbewertungen ergibt sich einerseits aus der Verbesserung der subjektiven Gesundheit in der jüngsten Altersgruppe, die zeitlich mit der Pandemie zusammenfällt, und andererseits aus der Verschlechterung der subjektiven Gesundheit in der mittleren und ältesten Altersgruppe. Zu betonen ist jedoch nochmals, dass insbesondere der Verschlechterungstrend in der höchsten Altersgruppe eher auf eine altersgebundene als eine pandemiegebundene Entwicklung hindeutet.

Abbildung 3: Veränderung der subjektiven Gesundheit, nach Altersgruppen, 2014, 2017 und 2020/21 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n=4.054), DEAS 2017 (n=4.054), DEAS 2020/21 (n=4.054). Gewichtet, gerundete Angaben. Statistisch signifikante Veränderungen zwischen 2014 und 2017, ($p < 0,05$): Abnahme im Anteil an Personen mit (sehr) guter subjektiver Gesundheit bei den 60- bis 69-Jährigen und den 70- bis 90-Jährigen. Statistisch signifikante Veränderungen zwischen 2017 und 2020/21, ($p < 0,05$): Zunahme im Anteil an Personen mit (sehr) guter subjektiver Gesundheit und Abnahme im Anteil an Personen mit mittlerer subjektiver Gesundheit bei den 40- bis 59-Jährigen; Zunahme im Anteil an Personen mit (sehr) schlechter subjektiver Gesundheit bei den 70- bis 90-Jährigen. Altersgruppen unterscheiden sich statistisch signifikant ($p < 0,05$) im Ausgangsniveau im Jahr 2014 zwischen den 40- bis 59-Jährigen und den 70- bis 90-Jährigen bezogen auf die (sehr) gute und mittlere Gesundheit.

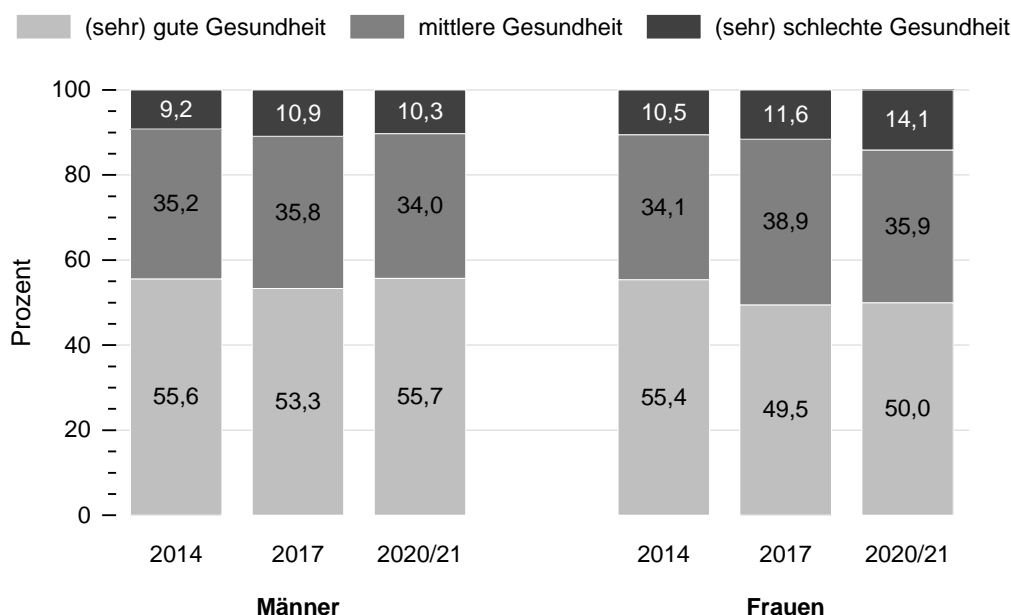
Geschlechterunterschiede in der Veränderung der subjektiven Gesundheit

Betrachtet man Geschlechterunterschiede in den Entwicklungstrends der subjektiven Gesundheit zwischen 2014, 2017 und 2020/21 (Abbildung 4), wird zunächst deutlich, dass sich Frauen und Männer nicht bedeutsam in ihrem Ausgangsniveau an subjektiver Gesundheit unterscheiden haben. Das heißt, Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte haben sich im Jahr 2014 ähnlich gesund gefühlt. Es lassen sich allerdings Geschlechterunterschiede in der Veränderung der subjektiven Gesundheit beobachten: Frauen, aber nicht Männer, berichteten 2017 seltener von einer (sehr) guten Gesundheit (Abnahme um 5,9 Prozentpunkte) und häufiger von einer mittleren Gesundheit (Zunahme um 4,8 Prozentpunkte) als im Jahr 2014. Dieser Verschlechterungstrend bei den Frauen

setzte sich jedoch bis zum Winter 2020/21 nicht weiter fort. Stattdessen sind die Gesundheitsbewertungen sowohl von Frauen als auch von Männern im Vergleich zwischen 2017 und der zweiten Welle der Corona-Pandemie stabil geblieben.

Geschlechterunterschiede in der subjektiven Gesundheit haben demnach während des Beobachtungszeitraums zuungunsten von Frauen zugenommen. Allerdings scheint diese zunehmende Unterschiedlichkeit nicht auf die Corona-Pandemie zurückführbar, da sich Geschlechterunterschiede in den Veränderungen der subjektiven Gesundheit nur zwischen den Jahren 2014 und 2017, nicht aber zwischen 2017 und 2020/21 abzeichneten.

Abbildung 4: Veränderung der subjektiven Gesundheit, nach Geschlecht, 2014, 2017 und 2020/21 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.054), DEAS 2017 (n = 4.054), DEAS 2020/21 (n = 4.054). Gewichtet, gerundete Angaben. Statistisch signifikante Veränderungen zwischen 2014 und 2017, ($p < 0,05$): Abnahme im Anteil an Frauen mit (sehr) guter subjektiver Gesundheit; Zunahme im Anteil an Frauen mit mittlerer subjektiver Gesundheit. Keine statistisch signifikanten Veränderungen zwischen 2017 und 2020/21, ($p < 0,05$). Geschlechterunterschiede im Ausgangsniveau im Jahr 2014 sind nicht statistisch signifikant ($p < 0,05$).

Sozioökonomische Unterschiede in der Veränderung der subjektiven Gesundheit

Unterschiede im sozioökonomischen Status spielen für die subjektiven Gesundheitseinschätzungen eine deutlich erkennbare Rolle (Abbildung 5). Im Vergleich zu Menschen mit niedrigem oder mittlerem sozioökonomischem Status berichteten Menschen mit höherem sozioökonomischem Status im Jahr 2014 häufiger eine (sehr) gute Gesundheit. Bei Personen aus der höchsten Statusgruppe lag der Anteil (sehr) guter Gesundheitsbewertungen bei 67,1 Prozent, während nur 55,4 Prozent aus der mittleren und 43,4 Prozent aus der niedrigen Statusgruppe zu einer (sehr) guten Gesundheitseinschätzung gelangten. Gleichzeitig waren (sehr) schlechte Gesundheitsbewertungen bei Menschen mit hohem sozioökonomischem Status (7,3 Prozent) seltener als bei Menschen aus der niedrigen Statusgruppe (16,4 Prozent). Doch wie haben sich die sozioökonomischen

Unterschiede bis zur zweiten Welle der Corona-Pandemie weiter entwickelt?

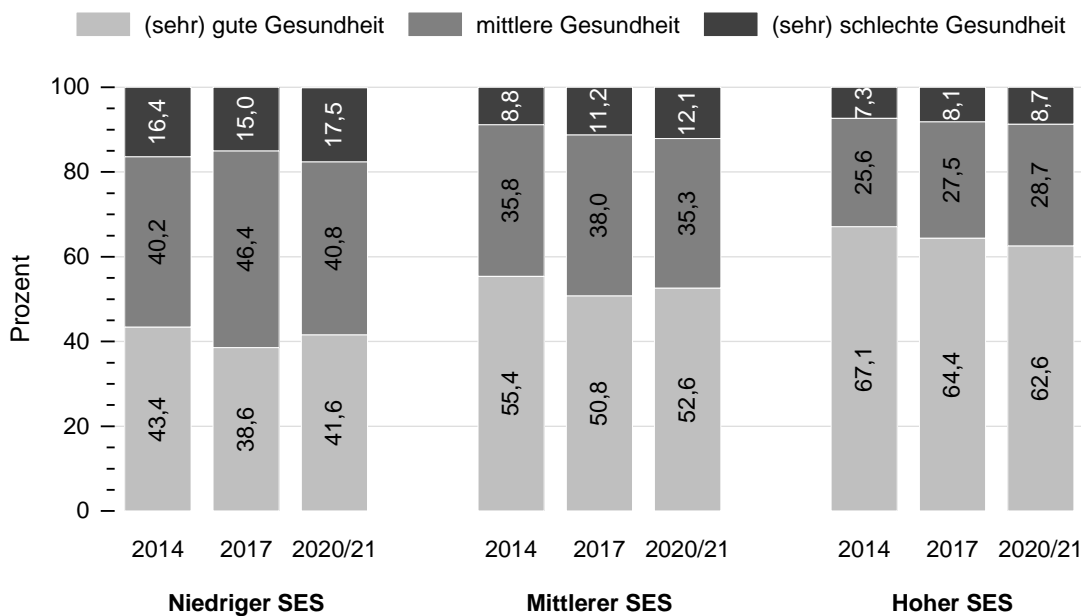
Während Menschen mit hohem sozioökonomischem Status über die Erhebungen hinweg eine stabile subjektive Gesundheit berichteten, haben Menschen mit niedrigem und mittlerem sozioökonomischem Status im Vergleich zwischen 2014 und 2017 eine Verschlechterung ihrer subjektiven Gesundheit gezeigt. Dieser Trend ergibt sich aus einer Abnahme der (sehr) guten Gesundheitseinschätzungen in beiden Gruppen (um 4,8 Prozentpunkte in der niedrigen Statusgruppe beziehungsweise um 4,6 Prozentpunkte in der mittleren Statusgruppe). Gleichzeitig kam es zu einer Zunahme an mittleren Gesundheitseinschätzungen bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (um 6,2 Prozentpunkte) und einer Zunahme

an (sehr) schlechten Gesundheitseinschätzungen bei Menschen aus der mittleren Statusgruppe (um 2,4 Prozentpunkte). Bis zum Pandemiewinter 2020/21 hat sich dieser Verschlechterungstrend jedoch nicht weiter fortgesetzt. Das heißt, während der zweiten Welle der Corona-Pandemie haben sich Personen aus der unteren und mittleren Statusgruppe zu ähnlichen Anteilen gesundheitlich (sehr) gut beziehungsweise (sehr) schlecht gefühlt wie im Jahr 2017. Bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigte sich

allerdings eine Abnahme im Anteil der mittleren Gesundheitseinschätzungen um 5,6 Prozentpunkte.

Die Befunde deuten also darauf hin, dass sich sozioökonomische Unterschiede seit 2014 vergrößert haben. Die Verschärfung der Ungleichheit ist jedoch auf die sozial geschichtete Verschlechterung der Gesundheit zwischen 2014 und 2017 zurückzuführen. Im Zuge der Corona-Pandemie haben sich die sozioökonomischen Unterschiede dagegen nicht weiter zugespitzt.

Abbildung 5: Veränderung der subjektiven Gesundheit, nach sozioökonomischem Status (SES), 2014, 2017 und 2020/21 (in Prozent)



Quelle: DEAS 2014 (n = 4.054), DEAS 2017 (n = 4.054), DEAS 2020/21 (n = 4.054). Gewichtet, gerundete Angaben. Statistisch signifikante Veränderungen zwischen 2014 und 2017, ($p < 0,05$): Abnahme im Anteil an Personen mit (sehr) guter subjektiver Gesundheit bei Menschen mit niedrigem und mittlerem sozioökonomischem Status; Zunahme im Anteil an Personen mit mittlerer subjektiver Gesundheit bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status; Zunahme im Anteil an Personen mit (sehr) schlechter subjektiver Gesundheit bei Menschen mit mittlerem sozioökonomischem Status. Statistisch signifikante Veränderungen zwischen 2017 und 2020/21, ($p < 0,05$): Abnahme im Anteil an Personen mit mittlerer subjektiver Gesundheit bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Sozioökonomische Unterschiede im Ausgangsniveau im Jahr 2014 sind statistisch signifikant ($p < 0,05$) mit folgenden Ausnahmen: Unterschiede zwischen Personen mit niedrigem und mittlerem sozioökonomischen Status sind bezogen auf die mittlere Gesundheit nicht signifikant. Unterschiede zwischen Personen mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status sind bezogen auf die (sehr) schlechte Gesundheit nicht signifikant.

Zusammenfassung und Fazit

Entgegen bestehender Bedenken zu den möglichen indirekten Gesundheitsfolgen der pandemischen Gesamtsituation (Gaertner et al. 2021), wie etwa der Bedrohung durch das Virus, Sorge um Angehörige oder Infektionsschutzmaßnahmen, sind die Gesundheitseinschätzungen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte relativ stabil geblieben. In der Tendenz fühlten sich die meisten Menschen im Winter 2020/21 – das heißt, inmitten der zweiten Welle der Corona-Pandemie – nicht weniger gesund als im Jahr 2017.

Dies ist besonders dann bemerkenswert, wenn man zusätzlich den Vergleich zwischen 2014 und 2017 heranzieht, bei dem sich eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheitseinschätzungen abzeichnete. Aus den Daten lässt sich also inmitten der Corona-Pandemie ein Stopp im gesundheitlichen Abwärtstrend erkennen und dieses Muster findet sich in vielen sozialen Gruppen wieder: Bei Frauen, bei Menschen, die sich im Jahr 2014 im Übergangsalter zum Ruhestand befanden und auch bei Menschen mit niedrigem oder mittlerem sozioökonomischem Status. Männer und Menschen mit hohem sozioökonomischen Status zeigten dagegen über alle Erhebungen hinweg keine Veränderungen in ihren Gesundheitseinschätzungen; während sich in der jüngsten Altersgruppe sogar ein positiver Entwicklungstrend im Zuge der Corona-Pandemie herauskristallisierte. Nur für eine Gruppe von Befragten deutete sich von 2014, über 2017 bis 2020/21 eine immer schlechtere Bewertung der Gesundheit an – für die Gruppe der ältesten Befragten, die im Jahr 2014 zwischen 70 bis 90 Jahre alt waren. Da dieser Abwärtstrend aber über alle drei Beobachtungszeitpunkte zu beobachten war, ist hier eher von einem „normalen“ gesundheitlichen Alterungstrend auszugehen, der vermutlich auch ohne den Einfluss der Corona-Pandemie ähnlich ausgefallen wäre.

Die vorliegenden Ergebnisse deuten also insgesamt daraufhin, dass es während der Corona-Pandemie für die meisten Menschen nicht – wie mitunter angenommen (Gaertner et al. 2021) – zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Wohlergehens, sondern eher zu einer Stabilisierung oder sogar Verbesserung der subjektiven Gesundheit gekommen ist. In Anbetracht der bis zum Pandemiesommer 2020 dokumentierten ungünstigen Entwicklungstrends in anderen gesundheitsrelevanten Lebensbereichen, wie etwa der sozialen Eingebundenheit, der sportlichen Aktivität und auch der psychischen Gesundheit (Huxhold & Tesch-Römer 2021; Nowossadeck et al. 2021; Skoda et al. 2021), bietet die beobachtbare Resilienz in den Gesundheitseinschätzungen einen erneuten Beleg für die erstaunliche Anpassungsfähigkeit der persönlichen Gesundheitsbewertungen.

So ist es möglich, dass soziale Vergleichsprozesse (Cheng et al. 2007) eine wichtige Rolle bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit in Zeiten der Pandemie gespielt haben. Die vielfache Berichterstattung zu schwer an Covid-19 erkrankten Patient*innen auf Intensivstationen und die häufige Darstellung älterer Menschen als gebrechliche Risikogruppe könnten dazu beigetragen haben, dass vielen Menschen bewusst geworden ist, wie gut es ihnen selbst – zumindest im Vergleich zu anderen – während der Corona-Pandemie ergangen ist. In der aktuellen Literatur wird diese Dynamik als „Eye of the Hurricane“-Paradox beschrieben (Recchi et al. 2020). Der Kerngedanke ist, dass sich Menschen, die selbst wenig von der Corona-Pandemie betroffen waren, im ruhigen Zentrum eines pandemischen Wirbelsturms wiederfanden, der augenscheinlich die Kraft besaß, nicht nur die eigene Gesundheit, sondern auch das alltägliche Leben und gesellschaftliche Miteinander zu gefährden. In der Konsequenz, wurde die aktuelle Lebenssituation von Menschen im „Auge

des Hurricanes“ vermutlich besser als normalerweise empfunden – zumindest aber kam es zu einer Unterbrechung im Abwärtstrend ihrer Gesundheitseinschätzungen.

Gleichzeitig lässt sich vermuten, dass ungünstige Entwicklungen im sozialen, sportlichen und psychischen Bereich für die Bewertung der eigenen Gesundheit in Zeiten der Corona-Pandemie kaum ins Gewicht gefallen sind, weil es sich bei diesen Entwicklungen um eine geteilte, beinahe „normale“ Belastungserfahrung handelte. So zeigte sich beispielsweise auch, dass Einsamkeitsgefühle in der zweiten Lebenshälfte über verschiedenste soziale Gruppen hinweg zugenommen haben, das heißt unabhängig von Alter, Geschlecht oder auch Bildungshintergrund (Huxhold & Tesch-Römer 2021).

Zusammen könnten die sozialen Vergleichsprozesse und Umgewichtungen die Stabilisierung der subjektiven Gesundheit und auch den positiven Trend in der jüngsten Altersgruppe erklären. Zu betonen bleibt allerdings, dass von diesem erfreulichen subjektiven Gesundheitstrend nicht notwendigerweise auf eine gleichermaßen günstige Entwicklung in anderen, objektiveren Gesundheitsindikatoren geschlossen werden kann. Stattdessen spiegelt dieser Trend mit hoher Wahrscheinlichkeit die Anpassungsfähigkeit der subjektiven Gesundheit an die veränderten Lebensbedingungen während der Pandemie wider.

Eine Frage aber bleibt: Warum findet sich der günstige subjektive Gesundheitstrend nicht bei der Gruppe der ältesten Befragten wieder? Die Antwort könnte sein, dass der ältesten Bevölkerungsgruppe eine Vergleichsgruppe fehlte, die Ihre Situation in ein besseres Licht rückt. Die epidemiologische Realität ist, dass das hohe Alter zu den größten empirischen Risikofaktoren zählt, schwer an Covid-19 zu erkranken. Und genau dieser Umstand wurde älteren Erwachsenen auf allen

verfügbaren medialen und politischen Kanälen vergegenwärtigt. Im Gegensatz zu anderen sozialen Gruppen dürfte es also für die ältesten in der Bevölkerung schwierig gewesen sein, ihr gesundheitliches Selbstkonzept gegen die einseitige Darstellung als besonders gefährdete und gebrechliche Personengruppe zu schützen. Bekannt ist, dass die mediale Verbreitung eines pauschalisierend negativen Bildes älterer Menschen eine ungünstigere Selbstwahrnehmung bei den Betroffenen fördern kann (Kessler 2015). Insofern könnte die häufig einseitig negative Darstellung älterer Menschen in der Corona-Pandemie dazu beigetragen haben, dass sich bei den ältesten Erwachsenen über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg eine Verschlechterung und keine Stabilisierung der subjektiven Gesundheit zeigte.

Erfreulicherweise erlauben die vorliegenden Befunde jedoch eine vorsichtige Entwarnung hinsichtlich einer möglichen Verschärfung der sozioökonomischen Ungleichheit in der subjektiven Gesundheit, denn die Schere zwischen den Gesundheitsbewertungen von Menschen aus unterschiedlichen Statusgruppen hat sich zumindest zwischen 2017 und der zweiten Welle der Corona-Pandemie nicht weiter vergrößert. Nichtsdestotrotz zeigen sich weiterhin deutliche gesundheitliche Nachteile von sozioökonomisch benachteiligten Menschen.

Fazit

Insgesamt zeichnen die aktuellen Befunde zur Entwicklung der subjektiven Gesundheit während der Corona-Pandemie ein eher optimistisches Bild: In den meisten Bevölkerungsgruppen zeigt sich eine Stabilisierung der Gesundheit, bei Menschen im Erwerbsalter wird sogar ein Verbesserungstrend deutlich. Auch sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit haben sich im Zuge der Corona-Pandemie nicht weiter zugespitzt. Diese Befunde spiegeln die beachtliche Anpassungsfähigkeit der subjektiven Gesundheitseinschätzungen wieder, wobei insbesondere soziale Vergleichsprozesse

eine entscheidende Rolle gespielt haben könnten.

Einzig bei den ältesten Erwachsenen lässt sich ein andauernder Verschlechterungstrend in der Gesundheit feststellen. Dieser scheint jedoch eher auf eine altersbedingte gesundheitliche Entwicklung zurückzugehen als auf eine Nebenwirkung der Corona-Pandemie.

Trotz der eher positiven Botschaft, die sich hinsichtlich der subjektiven Gesundheit in den meisten Bevölkerungsgruppen ableiten lässt, sollte nochmals hervorgehoben werden, dass sich die vorliegenden Befunde auf Menschen in der zweiten Lebenshälfte beziehen, die selbst keine Corona-Virus-Infektion durchlebt haben. Für Menschen, die unmittelbar von einer Corona-Virus-Infektion betroffen waren – und insbesondere für diejenigen mit einer schweren Covid-19-Erkrankung – sind deutlich schlechtere Verläufe in objektiven und subjektiven Gesundheitsmaßen

berichtet worden (Gamberini et al. 2021). Hinzukommt, dass die gesundheitliche Situation von Menschen in Pflegeeinrichtungen durch die aktuellen Befunde nicht abgebildet werden kann. Die besonders strengen Infektionsschutzmaßnahmen in Pflegeheimen dürften jedoch genau diesen Personenkreis gesundheitlich besonders belastet haben. Insofern ist das eher optimistische Bild zur subjektiven Gesundheit auch vor dem Hintergrund dieser eingeschränkten Datenlage zu interpretieren. Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass die vorgestellten Befunde die Veränderungen in den subjektiven Gesundheitseinschätzungen abbilden, wie sie sich bis zur zweiten Welle der Corona-Pandemie abzeichnen. Weitere Erhebungen sind notwendig, um die mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen der Corona-Pandemie für verschiedene Bevölkerungsgruppen aufzudecken.

Literatur

- Cheng, S.-T., Fung, H., & Chan, A. (2007). Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *The Journals of Gerontology: Series B*, 62(5), 277-285. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.5.P277>.
- Gaertner, B., Fuchs, J., Möhler, R., Meyer, G., & Scheidt-Nave, C. (2021). Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. *Journal of Health Monitoring*, 6(S4), 1-39. <https://doi.org/10.25646/7856>.
- Gamberini, L., Mazzoli, C. A., Prediletto, I., Sintonen, H., Scaramuzzo, G., Allegri, D., Colombo, D., Tonetti, T., Zani, G., Capozzi, C., Dalpiaz, G., Agnoletti, V., Cappellini, I., Melegari, G., Damiani, F., Fusari, M., Gordini, G., Laici, C., Lanza, M. C., Leo, M., Marudi, A., Papa, R., Potalivo, A., Montomoli, J., Taddei, S., Mazzolini, M., Ferravante, A. F., Nicali, R., Ranieri, V. M., Russo, E., Volta, C. A., Spadaro, S., Tartaglione, M., Chiarini, V., Buldini, V., Coniglio, C., Moro, F., Orlando, S., Fecarotti, D., Cilloni, N., Giuntoli, L., Bellocchio, A., Matteo, E., Pizzilli, G., Siniscalchi, A., Tartivita, C., Cavalli, I., Castelli, A., Marchio, A., Bacchilega, I., Bernabé, L., Facondini, F., Morini, L., Bissoni, L., Viola, L., Meconi, T., Pavoni, V., Venni, A., Pagni, A., Cleta, P. P., Cavagnino, M., Guzzo, A., Malfatto, A., Adduci, A., Pareschi, S., Bertellini, E., Maccieri, J., Marinangeli, E., Racca, F., Verri, M., Falò, G., Marangoni, E., Ottaviani, I., Boni, F., Felloni, G., Baccarini, F. D., Terzitta, M., Maitan, S., Tutino, L., Senzi, A., Consales, G., Becherucci, F., Imbriani, M., Orlandi, P., Candini, S., Golfieri, R., Ciccarese, F., Poerio, A., Muratore, F., Ferrari, F., Mughetti, M., Giampalma, E., Franchini, L., Neziri, E., Miceli, M., Minguzzi, M. T., Mellini, L., Piciocchi, S., Monari, M., Valli, M., Daniele, F., Ferioli, M., Nava, S., Lazzari Agli, L. A., Valentini, I., Bernardi, E., Balbi, B., Contoli, M., Padovani, M., Oldani, S., Ravaglia, C., & Goti, P. (2021). Health-related quality of life profiles, trajectories, persistent symptoms and pulmonary function one year after ICU discharge in invasively ventilated COVID-19

- patients, a prospective follow-up study. *Respiratory Medicine*, 189. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106665>.
- Ganzeboom, H. B. G., De Graaf, P. M., & Treiman, D. J. (1992). A standard international socio-economic index of occupational status. *Social Science Research*, 21(1), 1-56. [https://doi.org/10.1016/0049-089X\(92\)90017-B](https://doi.org/10.1016/0049-089X(92)90017-B).
- Huxhold, O., & Tesch-Römer, C. (2021). *Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich [DZA Aktuell 04/2021]*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZAAktuell_Einsamkeit_in_der_Corona-Pandemie.pdf (Zuletzt abgerufen am 29.11.2021).
- Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung. (2021). IAB-Datenbasis zu Corona-Eindämmungsmaßnahmen (Version 4, 28.07.2021). Online: http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/daten_corona-massnahmen.xlsx (Zuletzt abgerufen am 19.11.2021)
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.
- Kessler, E.-M. (2015). Altersbilder in den Köpfen und Altersbilder in den Medien – wie beeinflussen sie einander. In: M. Vollbracht (Hrsg.) *Ein Heim, kein Zuhause? Das Medienbild von Altenpflege im Kontext von Altersbildern und Berufsprestige* (S. 147-165). Hanoi, New York, Pretoria, Rapperswil: Innovatio.
- Klaus, D., & Ehrlich, U. (2021). *Corona-Krise = Krise der Angehörigenpflege? Zur veränderten Situation und den Gesundheitsrisiken der informell Unterstützungs- und Pflegeleistenden in Zeiten der Pandemie [DZA Aktuell 01/2021]*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZA_Aktuell_01_2021_Corona-Krise_Krise_der_Angehorigen-Pflege.pdf (Zuletzt abgerufen am 29.11.2021).
- Kroh, M., Neiss, H., Kroll, L., & Lampert, T. (2012). Menschen mit hohem Einkommen leben länger. *DIW Wochenbericht*, 79(38), 3-15
- Lampert, T., & Hoebel, J. (2019). Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(3), 238–246. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02917-x>.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(1), 131-143. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1583-3>.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 517-528. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00045-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00045-0).
- Nowossadeck, S., Wettstein, M., & Cengia, A. (2021). *Körperliche Aktivität in der Corona-Pandemie: Veränderung der Häufigkeit von Sport und Spazierengehen bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte [DZA Aktuell 03/2021]*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZA_Aktuell_03_2021_Koerperliche_Aktivitaet_in_der_Corona-Pandemie.pdf [Zuletzt abgerufen am 29.11.2021].
- Rattay, P., Michalski, N., Domanska, O., Kaltwasser, A., De Bock, F., Wieler, L. H., & Jordan, S. (2021). Bildungsunterschiede in Risikowahrnehmung, Wissen und Schutzverhalten bezüglich COVID-19 bei Frauen und Männern in Deutschland. Ergebnisse der COSMO-Studie (COVID-19 Snapshot Monitoring). *Gesundheitswesen*, 83(08/09), 717. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732175>.
- Recchi, E., Ferragina, E., Helmeid, E., Pauly, S., Safi, M., Sauger, N., & Schradie, J. (2020). The “Eye of the Hurricane” paradox: An unexpected and unequal rise of well-being during the Covid-19 lockdown in France. *Research in Social Stratification and Mobility*, 68. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100508>.
- Robert Koch-Institut (2020). Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. Online: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html (Zuletzt abgerufen am 29.11.2021)

- Skoda, E.-M., Spura, A., De Bock, F., Schweda, A., Dörrie, N., Fink, M., Musche, V., Weismüller, B., Benecke, A., Kohler, H., Junne, F., Graf, J., Bäuerle, A., & Teufel, M. (2021). Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(3), 322-333. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0>.
- Spuling, S. M., Wurm, S., Wolff, J. K., & Wünsche, J. (2017). Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 157-170). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_10.
- Wettstein, M., Vogel, C., Nowossadeck, S., Spuling, S. M., & Tesch-Römer, C. (2020). *Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise? Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus [DZA Aktuell 01/2020]*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZAAktuell_Einstellungen_Corona.pdf (Zuletzt abgerufen am 29.11.2021).
- Wurm, S., Schöllgen, I., & Tesch-Römer, C. (2010). Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 90-117). Stuttgart: Kohlhammer.

Impressum

Stuth, S., & Wünsche, J. (2022). *Wie gesund fühlen sich ältere Menschen, die selbst keine Infektion erlebt haben, während der Corona-Pandemie?* [DZA Aktuell 01/2022]. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Erschienen im Januar 2022.

DZA Aktuell ist ein Produkt des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA), Berlin. Das DZA wird gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

www.dza.de

