



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte – Älterwerden im sozialen Wandel

Zentrale Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 1996 bis 2017

Zitationsempfehlung:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019):
Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte – Älterwerden im sozialen
Wandel. Zentrale Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 1996 bis 2017.
Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Diese Publikation basiert auf:

Vogel, C., Wettstein, M. und Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2019, im Erscheinen): Frauen
und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel.
Wiesbaden: Springer VS.

Grußwort

Liebe Leserinnen und Leser,

wer sich ein langes Leben wünscht, kommt am Älterwerden nicht vorbei. Und doch machen wir uns oft wenig Gedanken darüber. Wie werden wir alt? Hoffentlich gesund! Wie geht es uns dabei? Hoffentlich gut! Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) 2017 gibt Antworten auf diese Fragen. Seit mehr als 20 Jahren begleitet die Studie – gefördert vom Bundesfamilienministerium – Teilnehmerinnen und Teilnehmer beim Älterwerden. Wer zu Beginn der Befragung im Jahr 1996 also mit 40 Jahren noch zu den Jüngsten gehörte, ist heute über 60 Jahre alt.



Dieser lange Beobachtungszeitraum erlaubt einen umfassenden Einblick in das Älterwerden von Frauen und Männern. Es zeigt sich: Frauen und Männer altern anders. Frauen übernehmen häufiger und auch früher als Männer Aufgaben in der Pflege von Angehörigen – aber deutlich seltener ein Ehrenamt. Frauen fühlen sich bis zum Alter von 70–80 Jahren seltener einsam und isoliert als Männer; danach jedoch häufiger. Alles eine Frage des Alters? Nicht unbedingt: Denn die festgestellten Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind bemerkenswert stabil, also bei den jüngeren und älteren Geburtsjahrgängen gleichermaßen nachweisbar.

Es gibt auch gute Nachrichten: Großväter betreuen ihre Enkelkinder heute oft ähnlich engagiert wie die Großmütter. Jüngere Jahrgänge kommen voraussichtlich gesünder und mit einer höheren Lebenszufriedenheit ins (sehr) hohe Alter und sind häufiger ehrenamtlich engagiert als die vor ihnen geborenen. Und die oft befürchtete „Epidemie der Einsamkeit“ konnte nicht nachgewiesen werden. In allen Altersgruppen fühlen sich weniger als 10 Prozent der Menschen einsam.

So individuell Lebensentwürfe damals wie heute sind: Die Erkenntnisse der DEAS Langzeitstudie liefern uns spannende Einblicke in gesellschaftliche Entwicklungen. Sie bestärken uns, gute Bedingungen zu schaffen, um Sorgetätigkeiten in der Partnerschaft gerecht zu verteilen und die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern auch im Alter weiter zu stärken. Sie bestärken uns, dass wir Menschen einladen, ein Ehrenamt zu übernehmen, sich um andere zu kümmern. Dass sie teilhaben an unserer Gesellschaft – und auch ihren Teil geben. Damit tun wir etwas gegen Einsamkeit und für ein zufriedenes und gesundes Altwerden – von Männern und Frauen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Franziska Giffey
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhalt

1	Älterwerden von Frauen und Männern in Deutschland	6
	1.1 Altersverläufe bei Frauen und Männern	6
	1.2 Forschungsfragen	7
	1.3 Datenbasis	7
	1.4 Herausforderungen für Gleichstellungs- und Seniorenpolitik	8
2	Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	9
	2.1 Einleitung	9
	2.2 Funktionale Gesundheit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	10
	2.3 Subjektive Gesundheit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	12
	2.4 Diskussion	12
3	Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	13
	3.1 Einleitung	13
	3.2 Lebenszufriedenheit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	14
	3.3 Depressive Symptome im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	16
	3.4 Diskussion	18
4	Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	19
	4.1 Ergebnisse	19
	4.2 Soziale Isolation im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	20
	4.3 Einsamkeit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	22
	4.4 Diskussion	24
	5.1 Einleitung	25
5	Unbezahlte Sorgetätigkeiten von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	25
	5.2 Enkelbetreuung im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	26
	5.3 Unterstützung und Pflege im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	28
	5.4 Diskussion	30

6	Ehrenamtliches Engagement von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	31
6.1	Einleitung	31
6.2	Ausübung eines Ehrenamtes im Verlauf der zweiten Lebenshälfte	32
6.3	Diskussion	34
7	Frauen und Männer im Verlauf der zweiten Lebenshälfte: Eine Gesamtbetrachtung der empirischen Befunde	35
7.1	Einleitung	35
7.2	Unterschiede zwischen Frauen und Männern	35
7.3	Unterschiede der Altersverläufe von Frauen und Männern nachfolgender Geburtsjahrgänge	37
7.4	Politische Implikationen	38
	Die Wirkung gleichstellungspolitischer Maßnahmen	38
	Fokus auf Risikogruppen	38
	Förderung der gesellschaftlichen Partizipation	39
	Fazit	40

1

Älterwerden von Frauen und Männern in Deutschland

1.1 Alternsverläufe bei Frauen und Männern

Die große Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland kann ein langes Leben erwarten, dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt beträgt heute für Frauen 88 Jahre und für Männer 84 Jahre. Doch nicht nur die Lebenserwartung ist für Frauen und Männer unterschiedlich, auch in Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter unterscheiden sich die Lebensweisen und Lebensentwürfe der Geschlechter. Im vorliegenden Bericht geht es darum, ob sich auch die Alternsverläufe von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte unterscheiden, also vom mittleren bis ins sehr hohe Erwachsenenalter. Dabei geht es insbesondere um geschlechtsspezifische Alternsverläufe und deren Wandel über einander nachfolgende Geburtsjahrgänge. Hierzu werden unterschiedliche Lebensbereiche in den Blick genommen: Gesundheit, Lebenszufriedenheit und depressive Symptome, Einsamkeit und soziale Isolation, Sorgetätigkeiten sowie ehrenamtliches Engagement.

Vieles spricht dafür, dass Alternsverläufe für Frauen und Männer unterschiedlich ausfallen. Die Lebenssituationen im mittleren und höheren Lebensalter zeichnen sich durch vielfältige Geschlechterunterschiede aus: Frauen verfügen häufiger über eine bessere soziale Einbindung als Männer und sie übernehmen in stärkerem Ausmaß Sorgetätigkeiten als Männer. Ältere Frauen leben häufiger allein als ältere Männer. Frauen leiden zudem häufiger unter depressiven Symptomen sowie im höheren Alter stärker unter Einbußen der funktionalen Gesundheit als Männer. Doch wie verändern sich die Lebenssituationen von Frauen und Männern vom mittleren bis ins sehr hohe Lebensalter? Werden Geschlechterunterschiede im Alternsverlauf größer oder kleiner? Oder bleiben Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte stabil?

Zudem können sich Geschlechterunterschiede im Zuge gesellschaftlicher Modernisierung verändern. So hatten Frauen und Männer, die beispielsweise in den 1930er Jahren geboren wurden, andere Bildungs-, Erwerbs- und Familienbiografien als Frauen und Männer, die in

den 1940er Jahren und in den 1950er Jahren geboren wurden (also die heute 80- bis 90-Jährigen im Vergleich mit den heute 70- bis 80-Jährigen und den heute 60- bis 70-Jährigen). Frauenbewegung, Gleichstellungspolitik und sozialer Wandel der Erwerbs- und Familienbiografien haben in vielen (aber keineswegs in allen) Lebensbereichen zu einer Annäherung der Lebenssituationen von Frauen und Männern beigetragen. Das führt zur Frage, ob sich auch die Altersverläufe von Frauen und Männern aufeinander folgender Geburtskohorten zunehmend ähnlicher werden.

1.2 Forschungsfragen

Der vorliegende Bericht folgt zwei Leitfragen:

1. Unterscheiden sich Altersverläufe von Frauen und Männern in Deutschland? Sind die Altersverläufe von Frauen und Männern in bestimmten Lebensbereichen unterschiedlicher als in anderen?
2. Haben sich geschlechtsspezifische Altersverläufe in Deutschland über nachfolgende Geburtskohorten (1930–1939 Geborene, 1940–1949 Geborene und 1950–1959 Geborene) hinweg gewandelt? Sind also die Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Zuge des sozialen Wandels kleiner oder

größer geworden – oder sind sie stabil geblieben?

1.3 Datenbasis

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine repräsentative Langzeitstudie zu Lebenssituationen und Altersverläufen von Frauen und Männern in Deutschland ab 40 Jahren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys wurden über einen Zeitraum von bis zu 21 Jahren wiederholt befragt: Die erste Befragung fand im Jahr 1996 statt, die aktuellste Befragung im Jahr 2017. Unter Anwendung moderner längsschnittlicher statistischer Analysemethoden ist es möglich, Altersverläufe über eine große Spanne der zweiten Lebenshälfte zu beschreiben: Analysiert und dargestellt werden geschlechtsspezifische Verläufe ab einem Alter von 40 Jahren bis zu einem Alter von 90 Jahren.¹

1.4 Herausforderungen für Gleichstellungs- und Seniorenpolitik

Für Gesellschaft und Politik sind Antworten auf diese Forschungsfragen von großem Interesse. Aus dem Vergleich der

.....
¹ Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) wurde Geschlecht in der Vergangenheit lediglich binär, also mit den beiden Merkmalsausprägungen „weiblich“ und „männlich“ erfasst. Auf Basis des Deutschen Alterssurveys können somit keine Analysen über Personen gemacht werden, die sich nicht einem dieser beiden Geschlechter zuordnen können. In den allermeisten repräsentativen Studien in Deutschland fehlt bislang die Möglichkeit, neben „weiblich“ und „männlich“ auch die Geschlechtsangabe „divers“ wählen zu können, die im Personenstandsgesetz seit 2018 vorgesehen ist.

Altersverläufe geht hervor, ob Altersveränderungen bei Frauen stärker (oder schwächer) ausfallen als bei Männern und ob diese Veränderungen bei Frauen zu einem früheren (oder späteren) Zeitpunkt einsetzen als bei Männern. Möglicherweise gleichen sich die Altersverläufe von Frauen und Männern in einigen Lebensbereichen auch, so dass eine geschlechterdifferenzierende Sichtweise nicht notwendig ist.

Diese Erkenntnisse sind wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung politischer Handlungsoptionen: Für die Bewältigung von altersbezogenen Herausforderungen könnten in bestimmten Lebensbereichen Maßnahmen und optimierte Rahmenbedingungen in erster Linie für Frauen, in anderen Lebensbereichen für Männer zu entwickeln sein. Es ist aber durchaus möglich, dass sich die Altersverläufe für Frauen und Männer in bestimmten Lebensbereichen ähneln und dass Maßnahmen für Menschen eines bestimmten Alters insgesamt angeboten werden könnten. Zudem können aus Altersverläufen Schlüsse gezogen wer-

den, ob Maßnahmen sich eher an Personen im mittleren Erwachsenenalter, an Personen in der späten Erwerbsphase oder an Personen im (sehr) hohen Alter richten sollten.

Es ist notwendig, mehr über Verläufe des Älterwerdens sowie Geschlechterunterschiede in diesen Verläufen zu erfahren, um wirksame Programme und Maßnahmen für älter werdende Menschen entwickeln zu können und um Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Frauen und Männer gleichermaßen „erfolgreich altern“ und möglichst „gut“ ins hohe und sehr hohe Alter kommen. Die folgenden Befunde geben Aufschluss darüber, in welchen Lebensbereichen es bedeutsame Altersveränderungen im Leben von Frauen und Männern heute gibt – und welche Veränderungen in Zukunft voraussichtlich zu erwarten sind, wenn die in der Vergangenheit beobachteten Trends anhalten. Dieses Wissen ist unverzichtbar für seniorenpolitische und für gleichstellungspolitische Entscheidungen.

2

Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

2.1 Einleitung

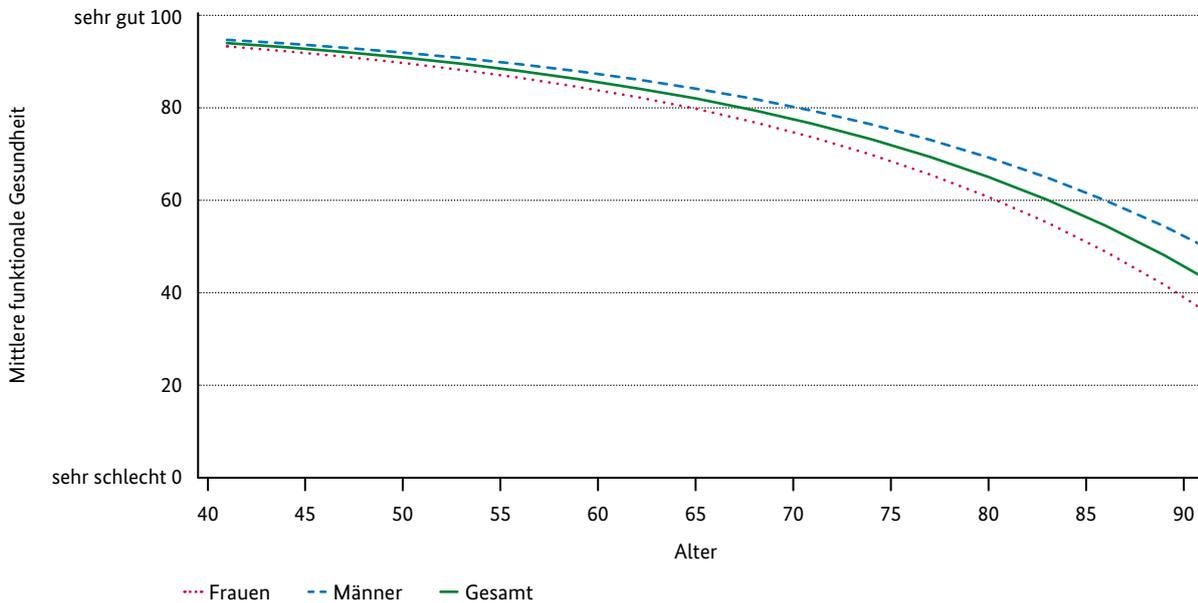
Gesundheit hat für alle Menschen einen hohen Stellenwert, und ihre Bedeutung steigt mit zunehmendem Alter. Der eigene Gesundheitszustand beeinflusst maßgeblich viele persönliche Lebensbereiche: Für Gesunde ist das Risiko hilflos und pflegebedürftig zu werden geringer, ihr allgemeines Wohlbefinden ist höher und sie können ihre Freizeit autonom gestalten und soziale Kontakte pflegen.

Zwei Gesundheitsindikatoren werden in diesem Kapitel untersucht: Beim Konzept der funktionalen Gesundheit wird die körperliche Funktionsfähigkeit im Alltag betrachtet. Menschen sind funktional gesund, wenn sie in ihrer Alltagsmobilität und in ihrer selbstständigen Lebensführung nicht eingeschränkt sind. Die subjektive Gesundheit ist die individuelle Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes.

Die Gesundheit kann sich im Verlauf der zweiten Lebenshälfte verändern, und dies möglicherweise für Frauen und Männer in unterschiedlicher Weise. Zudem können sich diese Veränderungen zwischen nachfolgenden Geburtskohorten unterscheiden, und das wiederum womöglich in anderer Weise für Frauen und Männer, was im Folgenden untersucht wird.¹

.....
1 Die ausführlichen Ergebnisse zu funktionaler und subjektiver Gesundheit sind nachzulesen in Spuling, S., Cengia, A. und Wettstein, M. (2019, im Erscheinen). Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel, C., Wettstein, M. und Tesch-Römer, C. (Hrsg.). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS.

Abbildung K2-1: Funktionale Gesundheit bei Frauen und Männern im Altersverlauf



Quelle: DEAS 2002–2017, Schätzungen basieren auf $n = 15.131$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 28.882$ Beobachtungen; kontrolliert für Region; Kategorisierung der Werte: sehr gute funktionale Gesundheit (80–100), gute funktionale Gesundheit (60–79), moderate funktionale Gesundheit (40–59), schlechte funktionale Gesundheit (20–39), sehr schlechte funktionale Gesundheit (0–19).

Unterschiede zwischen Frauen und Männern im geschätzten Ausgangsniveau (Alter Anfang 40 Jahre) sind signifikant – ebenso unterscheidet sich der geschätzte Verlauf zwischen Frauen und Männern signifikant. Frauen haben im Durchschnitt eine etwas schlechtere funktionale Gesundheit im Alter von 40 Jahren und die Abnahme mit zunehmendem Alter fällt bei Frauen im Durchschnitt stärker aus als bei Männern. Folglich vergrößern sich Geschlechterunterschiede hinsichtlich der funktionalen Gesundheit mit zunehmendem Alter.

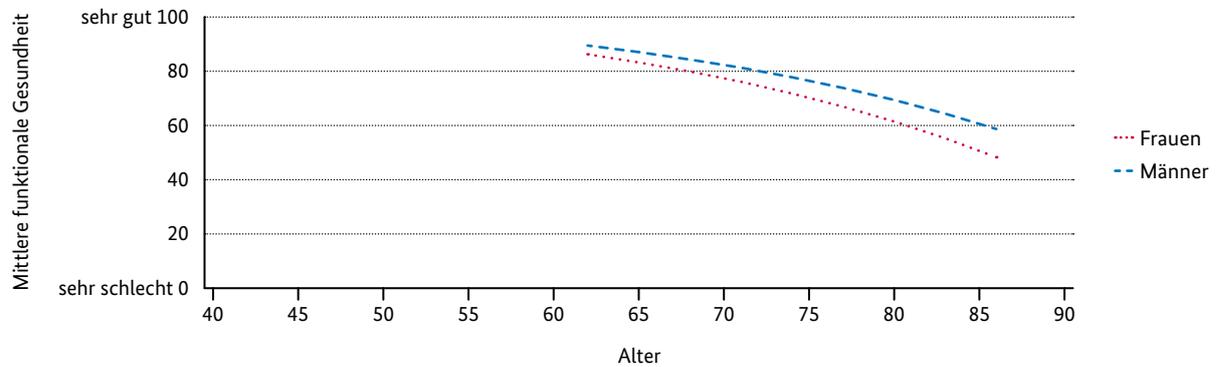
2.2 Funktionale Gesundheit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

Mit steigendem Alter berichten Frauen und Männer eine zunehmend eingeschränkte funktionale Gesundheit. Dabei unterscheiden sich die Altersverläufe der funktionalen Gesundheit von Frauen und Männern. Frauen berichten eine stärker eingeschränkte funktionale Gesundheit als Männer – und dieser Unterschied nimmt im Altersverlauf zu, wie Abbildung K2-1 zeigt.

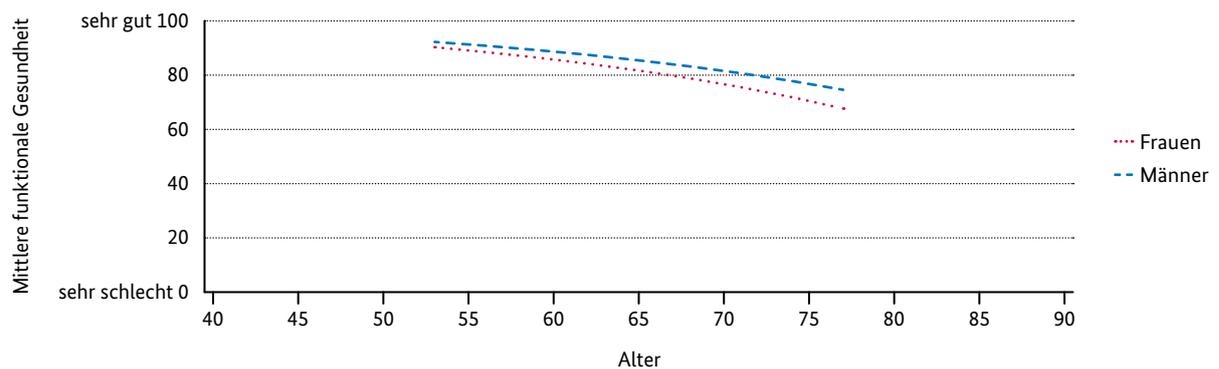
Für die funktionale Gesundheit zeigen sich zudem Kohortenunterschiede: Später Geborene werden voraussichtlich mit einer besseren funktionalen Gesundheit ins hohe und sehr hohe Alter kommen als früher Geborene. Dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen (s. Abbildung K2-2). Das heißt, die Altersverläufe der funktionalen Gesundheit haben sich zwischen Frauen und Männern nicht über nachfolgende Geburtskohorten hinweg angenähert.

Abbildung K2-2: Funktionale Gesundheit bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

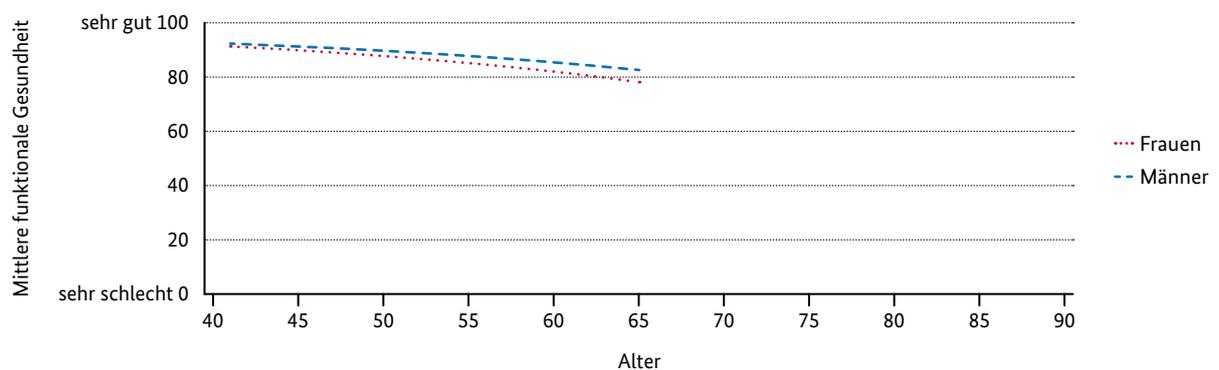
a) Geburtskohorte 1930–1939



b) Geburtskohorte 1940–1949



c) Geburtskohorte 1950–1959



Quelle: DEAS 2002–2017, Schätzungen basieren auf $n = 10.677$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 21.146$ Beobachtungen; kontrolliert für Region; Kategorisierung der Werte: sehr gute funktionale Gesundheit (80–100), gute funktionale Gesundheit (60–79), moderate funktionale Gesundheit (40–59), schlechte funktionale Gesundheit (20–39), sehr schlechte funktionale Gesundheit (0–19).

Die Abnahme der funktionalen Gesundheit mit steigendem Alter fällt bei später geborenen Frauen und Männern schwächer aus als bei früher geborenen Frauen und Männern. Geschlechterunterschiede zeigen sich gleichermaßen in allen drei betrachteten Kohorten.

2.3 Subjektive Gesundheit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

Mit steigendem Alter bewerten Frauen und Männer ihre Gesundheit weniger positiv. Die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit nimmt aber über den Altersverlauf von 40 bis 90 Jahren insgesamt weniger stark ab als es der Altersverlauf der funktionalen Gesundheit vermuten lassen würde. Subjektiv bewerten Frauen und Männer ihre Gesundheit ähnlich über die gesamte zweite Lebenshälfte, obwohl Frauen eine stärker eingeschränkte funktionale Gesundheit als Männer berichten und diese bei ihnen mit zunehmendem Alter stärker abnimmt als bei Männern.

Für die subjektive Gesundheit zeigen sich keine Kohortenunterschiede: Frauen und Männer späterer Geburtsjahrgänge unterscheiden sich weder im Ausgangsniveau mit Anfang 40 noch im Altersverlauf in ihrer Gesundheitsbewertung.

2.4 Diskussion

Eine gute funktionale Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung vor allem für die Lebensqualität und eine selbstständige Lebensführung, aber auch um Aktivitäten nachgehen zu können, die einem Freude bereiten, beispielsweise Zeit mit den Enkelkindern verbringen zu können oder ein Ehrenamt auszuüben. Wie die vorliegenden Befunde zeigen, sollte besonderes Augenmerk bei der Gesundheitsförderung – neben der Risikogruppe

alter und sehr alter Menschen insgesamt – auf Frauen im Alter gelegt werden. Obwohl Frauen gegenüber Männern keinen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand und mit zunehmendem Alter keinen stärkeren Rückgang in der subjektiven Gesundheit zeigen, berichten Frauen mehr funktionale Einschränkungen und stärkere Einbußen der funktionalen Gesundheit mit zunehmendem Alter.

Der Befund, dass auch in den später geborenen Kohorten der durchschnittliche Altersverlauf der funktionalen Gesundheit bei Frauen negativer ausfällt als bei Männern, sollte Anlass geben, über geschlechtsspezifische Interventionsmaßnahmen nachzudenken. Der gesellschaftliche Wandel hat offenbar nicht oder noch nicht dazu beigetragen, diese Geschlechterdiskrepanz zu reduzieren. Umso wichtiger ist es daher, Maßnahmen zu ergreifen und Rahmenbedingungen zu schaffen, damit nicht auch künftig Frauen mit einer im Vergleich zu Männern eingeschränkteren Gesundheit ins hohe und sehr hohe Alter kommen. Es ist wünschenswert, dass noch fortwährende geschlechtsspezifische Differenzen in der Arbeitswelt und in der Vereinbarkeitsproblematik hinsichtlich der Anforderungen aus dem Berufs- und Familienleben angegangen werden, um so eine nachhaltige Verbesserung der funktionalen Gesundheit für Frauen künftiger Kohorten zu erreichen.

3

Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

3.1 Einleitung

Glücklich zu sein ist zweifellos ein wünschenswerter Zustand, den die meisten Personen, unabhängig von ihrem Alter, anstreben. Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden setzen sich aus verschiedenen Komponenten zusammen: Die Lebenszufriedenheit entspricht einer globalen Bewertung der eigenen Lebensqualität. Dagegen sind depressive Symptome Komponenten „negativen Wohlbefindens“, und sie schließen verschiedene Aspekte ein. Dazu gehören emotionale Aspekte wie das Erleben depressiver Verstimmung (z. B. Empfinden von Traurigkeit) oder der Mangel an positiven Emotionen (etwa an Lebensfreude), aber auch weitere Aspekte wie somatische Beschwerden (z. B. Schlaflosigkeit) und interpersonelle Probleme (wie z. B. das Gefühl, von anderen nicht gemocht zu werden).

In der zweiten Lebenshälfte können sich Menschen hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit und ihrer depressiven

Symptome verändern. Dies kann für Frauen und Männer unterschiedlich sein. Möglicherweise sind in einer bestimmten Lebensphase Frauen stärker in ihrer Lebensqualität eingeschränkt als Männer (oder umgekehrt), so dass für mögliche Interventionen geschlechtsspezifische „Risiko-Lebensphasen“ identifiziert werden können. Auch stellt sich die Frage, inwieweit der gesellschaftliche Wandel, charakterisiert unter anderem durch technischen und medizinischen Fortschritt dazu geführt hat, dass sich Altersverläufe der Lebensqualität über nachfolgende Geburtskohorten verändert haben. Hieran knüpft sich wiederum die Frage nach Geschlechterunterschieden an: Haben Frauen und Männer in ähnlicher Weise vom gesellschaftlichen Wandel profitiert, so dass die über die Geburtskohorten gefundenen Trends – sofern vorhanden – gleichermaßen auf Frauen und Männer zutreffen? Oder hat sich der gesellschaftliche Wandel unterschiedlich ausgewirkt auf die Altersverläufe der Frauen und die der Männer? Dies soll im Folgenden untersucht werden.¹

.....

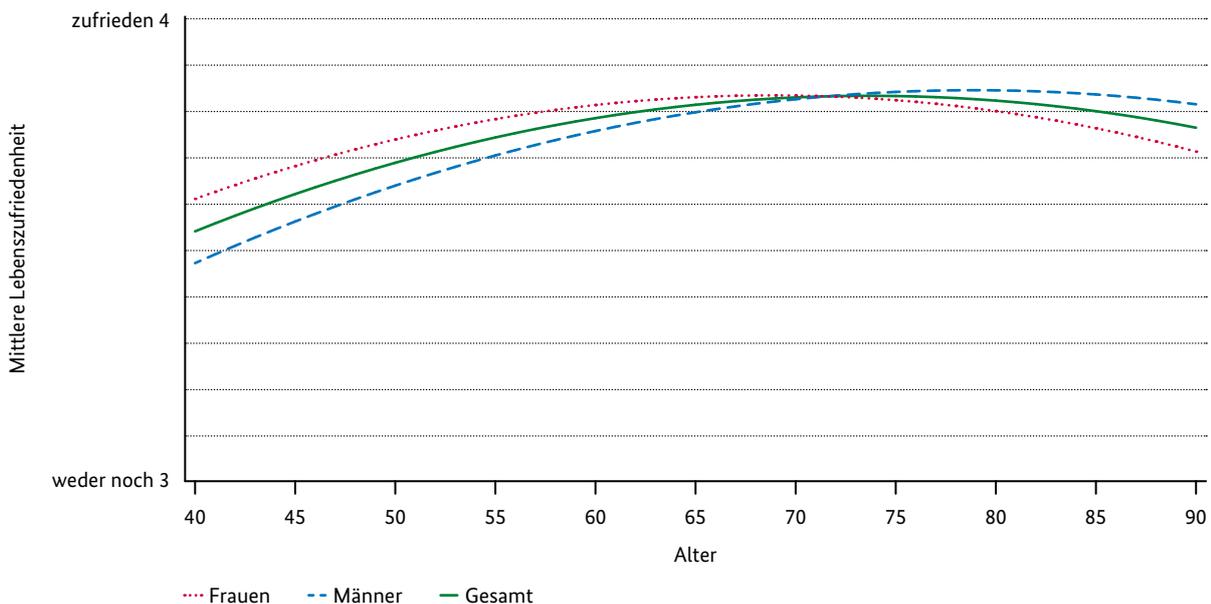
¹ Die ausführlichen Ergebnisse zu Lebenszufriedenheit und depressiven Symptomen sind nachzulesen in Wettstein, M. und Spuling, S. (2019, im Erscheinen). Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel, C., Wettstein, M. und Tesch-Römer, C. (Hrsg.). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Alterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS.

3.2 Lebenszufriedenheit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

Die Lebenszufriedenheit nimmt im höheren Alter etwas ab. Diese Veränderungen fallen bei Frauen und Männern unterschiedlich aus, wie Abbildung K3-1 zeigt: Um das 60. Lebensjahr sind Frauen im Durchschnitt zunächst zufriedener mit ihrem Leben als Männer; mit zunehmendem Alter setzt jedoch ein Rückgang in der Lebenszufriedenheit ein, der bei Frauen stärker ausfällt als bei Männern.

Nachfolgende Kohorten weisen günstigere Altersverläufe der Lebenszufriedenheit auf, dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen, wie Abbildung K3-2 zeigt: Die Abnahme der Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Alter ist stärker ausgeprägt in der früher geborenen Kohorte (1930–1939 Geborene) im Vergleich zu später geborenen Kohorten (1940–1949 sowie 1950–1959 Geborene).

Abbildung K3-1: Lebenszufriedenheit bei Frauen und Männern im Altersverlauf

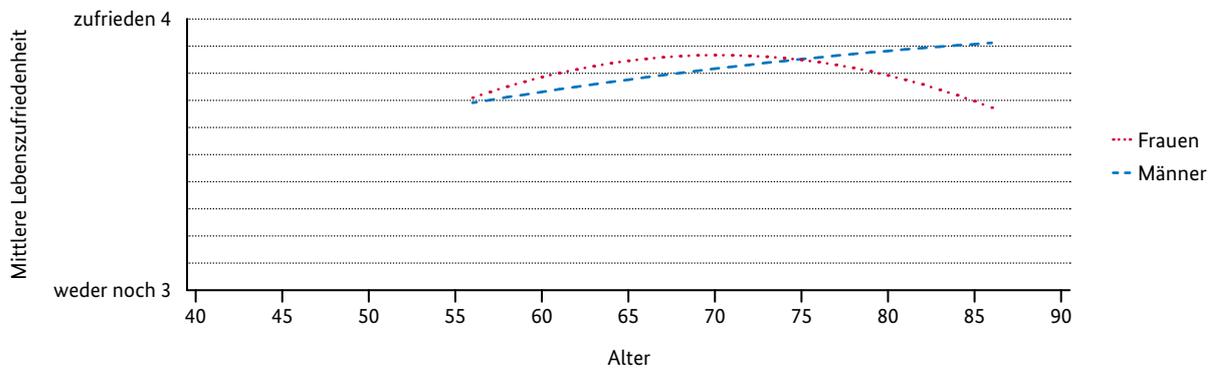


Quelle: DEAS 1996–2017; Schätzungen basieren auf $n = 16.528$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 31.519$ Beobachtungen; kontrolliert für Region. Die Lebenszufriedenheitsskala reicht von 1 („sehr unzufrieden“) bis 5 („sehr zufrieden“), in der Abbildung wird nur der Bereich von 3 („weder zufrieden noch unzufrieden“) bis 4 („zufrieden“) dargestellt.

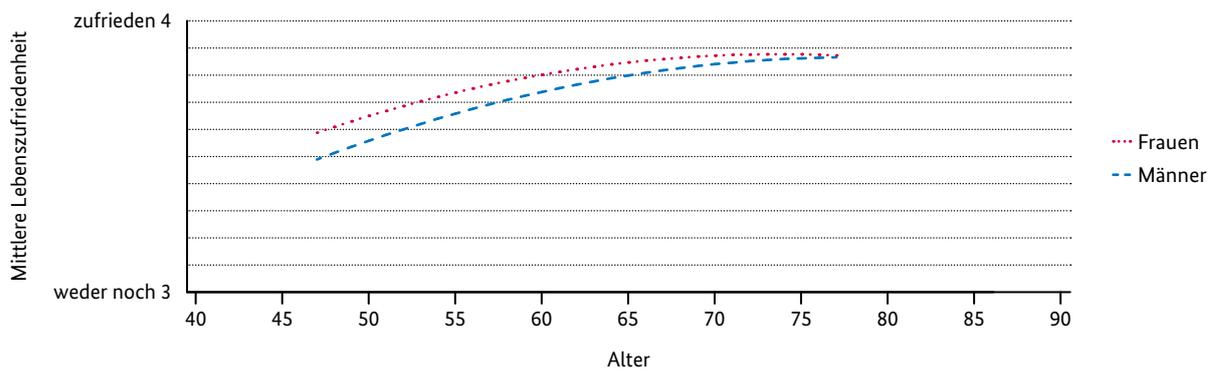
Frauen sind im Durchschnitt zunächst etwas zufriedener mit ihrem Leben als Männer, allerdings nimmt die Lebenszufriedenheit bei ihnen mit zunehmendem Alter stärker ab als bei Männern. Zudem tritt dieser Rückgang bei Frauen schon früher ein als bei Männern, so dass ihre Zufriedenheitswerte im höheren und hohen Alter etwas unter denen der Männer liegen.

Abbildung K3-2: Funktionale Gesundheit bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

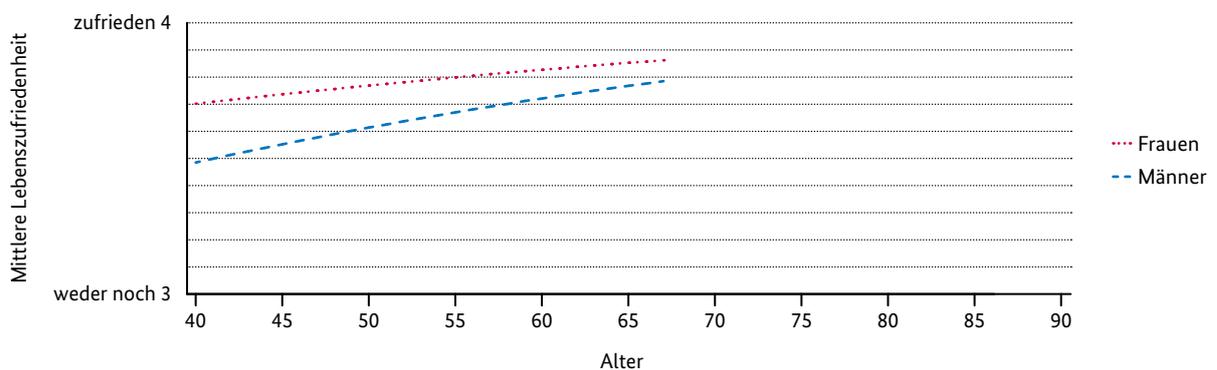
a) Geburtskohorte 1930–1939



b) Geburtskohorte 1940–1949



c) Geburtskohorte 1950–1959



Quelle: DEAS 1996–2017; Schätzungen basieren auf $n = 11.655$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 23.802$ Beobachtungen; kontrolliert für Region. Die Lebenszufriedenheitsskala reicht von 1 („sehr unzufrieden“) bis 5 („sehr zufrieden“), in der Abbildung wird nur der Bereich von 3 („weder zufrieden noch unzufrieden“) bis 4 („zufrieden“) dargestellt.

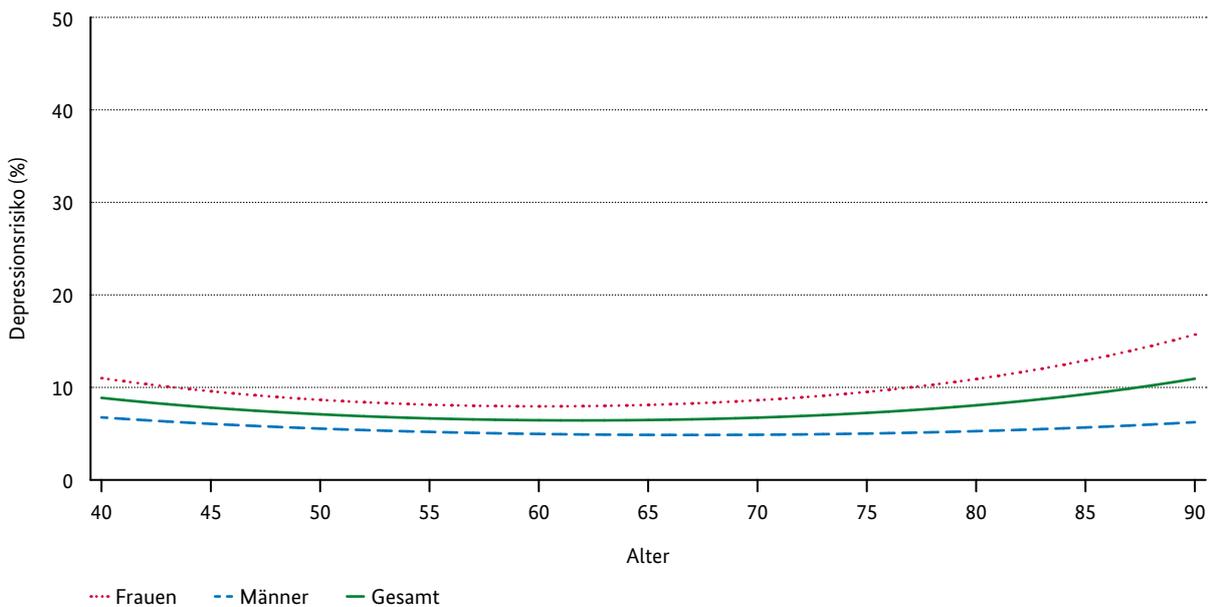
Der geschätzte Altersverlauf der Lebenszufriedenheit ist für die später geborenen Kohorten günstiger als für die früher geborene Kohorte. Dies gilt gleichermaßen für Frauen und Männer, da die Verlaufsunterschiede zwischen Frauen und Männern sich nicht signifikant über die nachfolgenden Kohorten verändert haben.

3.3 Depressive Symptome im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

Das Depressionsrisiko steigt mit dem Alter an, wie Abbildung K3-3 zeigt: Klinisch auffällige depressive Symptome kommen bei Frauen allgemein häufiger vor als bei Männern, und zudem steigt die Wahrscheinlichkeit für diese Symptome mit zunehmendem Alter bei Frauen stärker an als bei Männern.

Nachfolgende Kohorten unterscheiden sich nicht bedeutsam in ihren Altersverläufen depressiver Symptome, dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Der Unterschied im Altersverlauf zwischen Frauen und Männern fällt also in allen Geburtskohorten ähnlich aus (s. Abbildung K3-4).

Abbildung K3-3: Depressionsrisiko bei Frauen und Männern im Altersverlauf

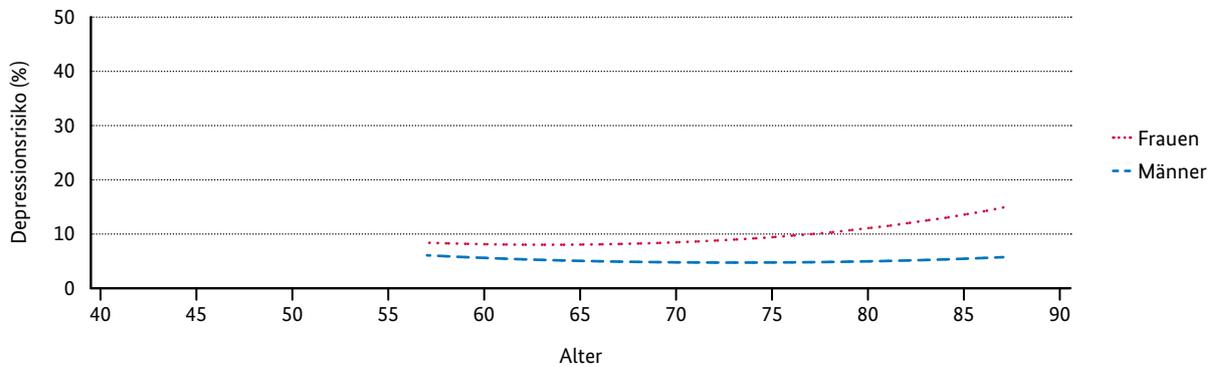


Quelle: DEAS 2002–2017; Schätzungen basieren auf $n = 14.906$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 28.554$ Beobachtungen; kontrolliert für Region. Der Wertebereich des Depressionsrisikos reicht von null Prozent bis 100 Prozent, in der Abbildung wird nur der Bereich null Prozent bis 50 Prozent gezeigt.

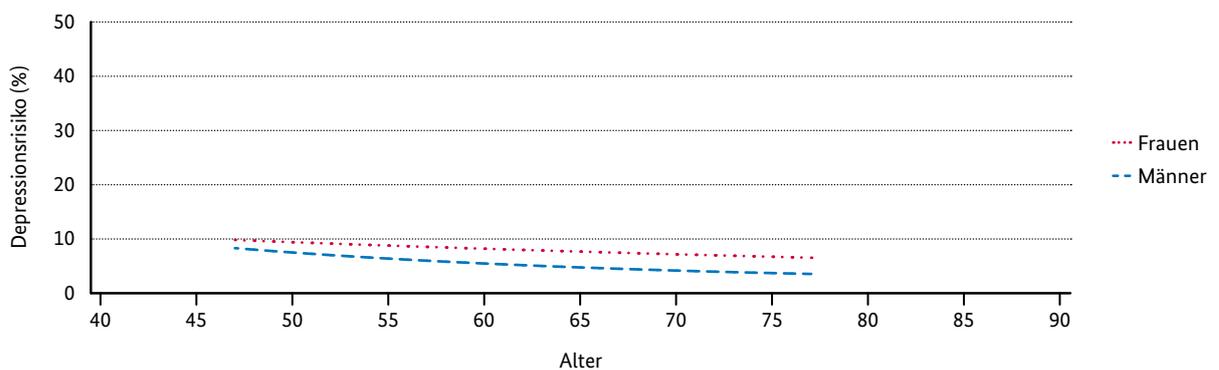
Frauen sind von einem höheren Depressionsrisiko betroffen als Männer, zudem steigt ihr Depressionsrisiko mit zunehmendem Alter stärker an als das der Männer.

Abbildung K3-4: Depressionsrisiko bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

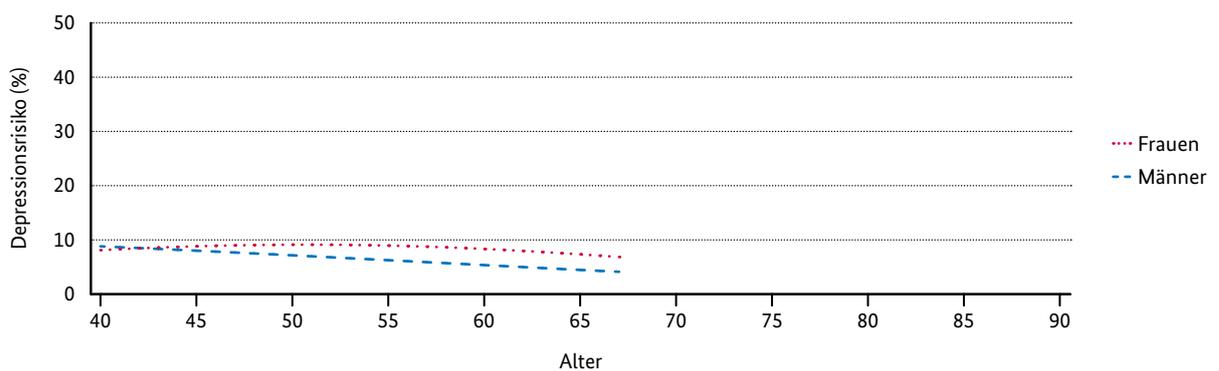
a) Geburtskohorte 1930–1939



b) Geburtskohorte 1940–1949



c) Geburtskohorte 1950–1959



Quelle: DEAS 2002–2017; Schätzungen basieren auf $n = 10.504$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 16.677$ Beobachtungen; kontrolliert für Region. Der Wertebereich des Depressionsrisikos reicht von null Prozent bis 100 Prozent, in der Abbildung wird nur der Bereich null Prozent bis 50 Prozent gezeigt.

Die Kohorten unterscheiden sich nicht signifikant im Altersverlauf des Depressionsrisikos, dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Somit bleiben die Geschlechterunterschiede im Altersverlauf bestehen.

3.4 Diskussion

Anders als für die Lebenszufriedenheit gibt es für das Depressionsrisiko keinen Hinweis darauf, dass die Altersverläufe sozialem Wandel unterliegen und für später Geborene günstiger ausfallen werden. Somit müssen auch später geborene Jahrgänge damit rechnen, dass ihr Depressionsrisiko im hohen und sehr hohen Alter ansteigt. Offenbar gibt es also noch Handlungsbedarf, damit Menschen künftig mit einem geringeren Risiko für ausgeprägte depressive Symptome das hohe und sehr hohe Alter erreichen. Insbesondere die Gesundheit als ein bedeutsamer Einflussfaktor auf depressive Symptomatik sollte dabei in den Blick genommen werden. Dabei ist zu bedenken, dass Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention von Erkrankungen nicht auf spätere Lebensphasen begrenzt sein sollten, sondern auch schon in früheren Lebensphasen wichtig sind, um Menschen zu einem „gesunden Altern“ zu verhelfen.

Zudem müssen, um möglichst vielen Menschen ein „gutes Leben“ in der zweiten Lebenshälfte zu ermöglichen, vor allem die Gruppe sehr alter Erwachsener – besonders sehr alter Frauen – sowie die offenbar ebenfalls belastete und gefährdete Gruppe der Frauen und Männer im mittleren Erwachsenenalter in den Blick genommen werden. Im mittleren Erwachsenenalter könnten Maßnahmen und Interventionen vielversprechend sein, welche die Work-Life-Balance erleichtern. Alarmierend ist, dass der beschriebene ausbleibende Wandel im Altersverlauf des Depressionsrisikos für Frauen und Männer gleichermaßen gilt. Die deutlichere Gefährdung von Frauen im Vergleich zu Männern, im hohen Alter unter depressiven Symptomen zu leiden, wird also in später geborenen Jahrgängen voraussichtlich bestehen bleiben. Umso wichtiger könnten daher Maßnahmen der Depressionsprävention und Interventionen sein, um die Gesundheit der Frauen im hohen und sehr hohen Alter – und auch bereits in früheren Lebensaltern – zu erhalten oder zu steigern.

4

Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

4.1 Ergebnisse

Das eigene Leben mit anderen zu teilen, gute und enge Beziehungen zu haben, ist allen Frauen und Männern ein angeborenes Bedürfnis. Aus diesem Grund sind soziale Isolation und Einsamkeit für viele Menschen zutiefst stressvolle Erfahrungen, die mit erheblichen Gesundheitsrisiken verbunden sind.

Bei „Sozialer Isolation“ und „Einsamkeit“ handelt es sich um unterschiedliche Phänomene. Soziale Isolation bezeichnet einen bedeutenden Mangel im Kontakt zu anderen Menschen. Sie kann von außen beobachtet werden. Menschen, die viel Zeit allein verbringen und wenig mit anderen Personen interagieren, können als sozial isoliert bezeichnet werden. Einsamkeit ist hingegen eine sehr subjektive Erfahrung. Sie beschreibt das zutiefst unangenehme Gefühl, dass die sozialen Beziehungen, die man pflegt, und der persönliche Austausch mit anderen Menschen nicht den eigenen

Bedürfnissen nach Zugehörigkeit und Geborgenheit entsprechen.

In den letzten Jahrzehnten hat sich eine starke öffentliche Debatte um die Themen Isolation und Einsamkeit herausgebildet. Zum einen befürchten viele Menschen, dass im Alter das Risiko, sozial isoliert und/oder einsam zu sein, enorm hoch sei. Zum anderen wird häufig die Meinung vertreten, dass der Anteil der Menschen, die unter sozialer Isolation und Einsamkeit leiden, in den letzten Jahren stark zugenommen habe. Teilweise wird sogar von einer „Epidemie der Einsamkeit“ gesprochen. Doch entsprechen diese beiden häufig geäußerten Befürchtungen der Wirklichkeit? Im Folgenden wird untersucht, ob sich die Altersverläufe des Einsamkeitsrisikos und des Isolationsrisikos von Frauen und Männern unterscheiden und – falls es Unterschiede gibt – ob sich die geschlechtsspezifischen Altersverläufe über nachfolgende Geburtsjahrgänge hinweg angeglichen haben.¹

.....
¹ Die ausführlichen Ergebnisse zu Isolation und Einsamkeit sind nachzulesen in Huxhold, O. und Engstler, E. (2019, im Erscheinen). Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel, C., Wettstein, M. und Tesch-Römer, C. (Hrsg.). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Alterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS.

4.2 Soziale Isolation im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

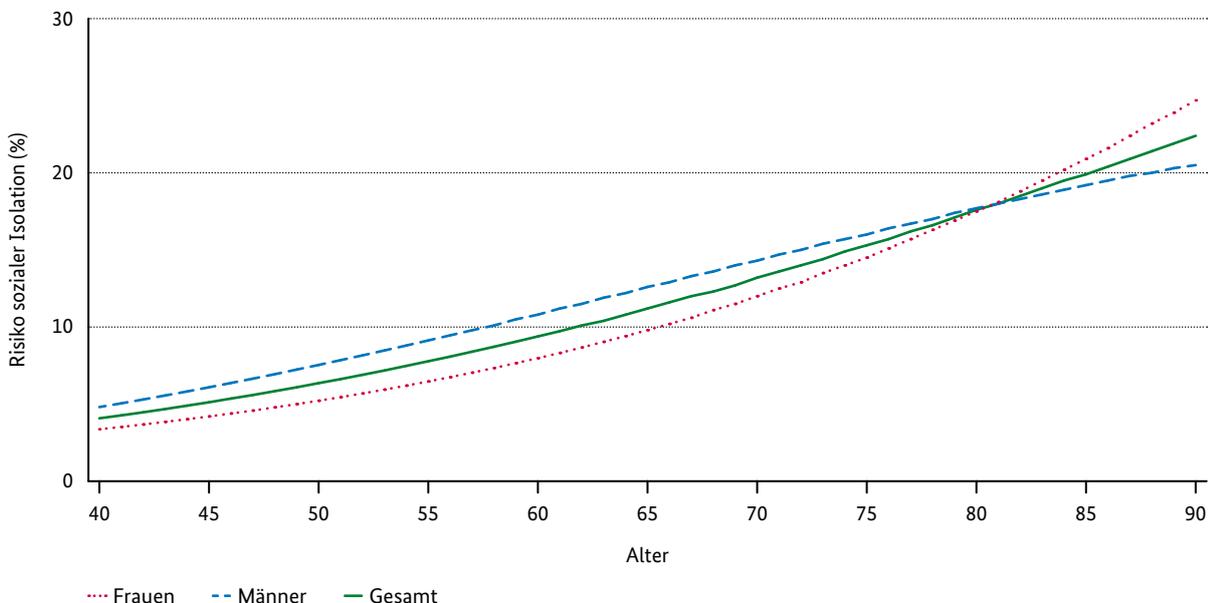
Das Risiko sozialer Isolation steigt mit dem Älterwerden und es unterscheidet sich im Altersverlauf zwischen Frauen und Männern (s. Abbildung K4-1). Bei Männern steigt das Risiko sozialer Isolation über die betrachtete Altersspanne zwischen 40 und 90 Jahren relativ gleichmäßig von fünf auf 20 Prozent an. Frauen erleben zunächst einen schwächeren Risikoanstieg, der sich im Rentenalter jedoch beschleunigt, so dass sie im Alter ab Ende 70 ähnlich häufig sozial isoliert sind wie Männer. Zuvor haben Frauen

mehr als drei Lebensjahrzehnte lang vom Alter Anfang 40 bis Mitte 70 ein geringeres Isolationsrisiko als Männer.

Der Altersverlauf des Risikos, sozial isoliert zu sein, hat sich zudem gewandelt. Bei später geborenen Geburtskohorten steigt das Isolationsrisiko mit dem Älterwerden nicht mehr auf einen so hohen Wert an wie bei den früher geborenen Jahrgängen.

Für alle Kohorten zeigen sich ähnliche Geschlechterunterschiede in den Altersverläufen des Isolationsrisikos (s. Abbildung K4-2). Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in ihren Verläufen des Isolationsrisikos haben sich also nicht verändert.

Abbildung K4-1: Risiko sozialer Isolation bei Frauen und Männern im Altersverlauf

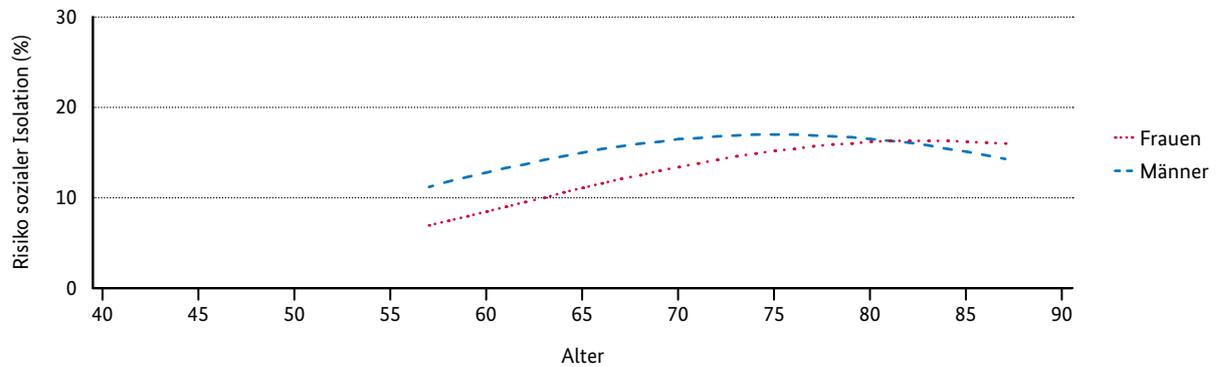


Quelle: DEAS 1996–2017, n = 19.969 Studienteilnehmende mit insgesamt n = 32.560 Beobachtungen; modellbasierte Schätzungen kontrolliert für Region; der Geschlechterunterschied im Altersverlauf ist signifikant.

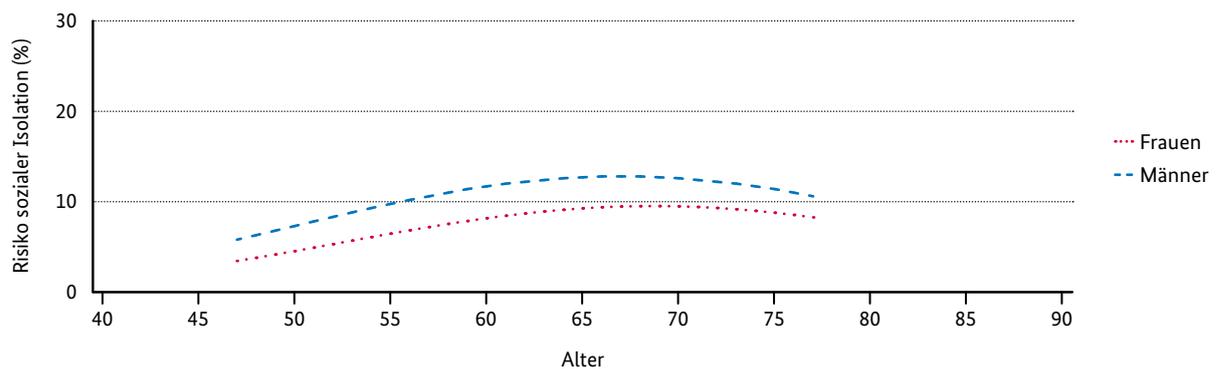
Die Wahrscheinlichkeit, im Alter von 65 Jahren sozial isoliert zu sein, beträgt für Frauen ca. zehn Prozent und für Männer ca. 13 Prozent.

Abbildung K4-2: Risiko sozialer Isolation bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

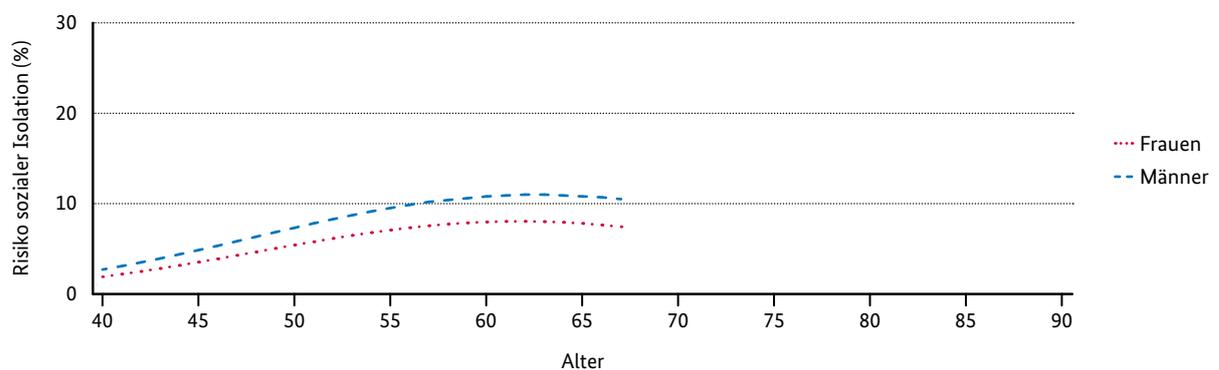
a) Geburtskohorte 1930–1939



b) Geburtskohorte 1940–1949



c) Geburtskohorte 1950–1959



Quelle: DEAS 1996–2017, n = 13.899 Studienteilnehmende mit insgesamt n = 24.028 Beobachtungen; modellbasierte Schätzungen kontrolliert für Region; kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und Geburtskohorte, die Geschlechterunterschiede haben sich zwischen den Geburtskohorten nicht verändert.

Die Wahrscheinlichkeit, im Alter von 65 Jahren sozial isoliert zu sein, beträgt für 1950–1959 geborene Männer ca. elf Prozent, für Frauen ca. acht Prozent.

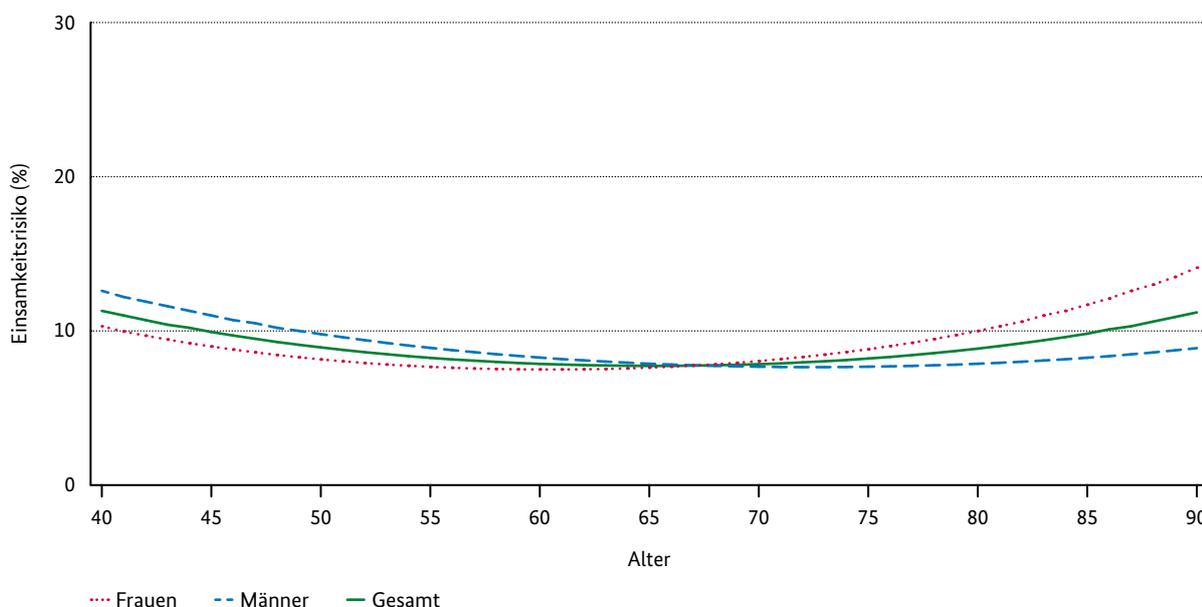
4.3 Einsamkeit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

Das Einsamkeitsrisiko unterscheidet sich im Altersverlauf zwischen Frauen und Männern (s. Abbildung K4-3). Im mittleren Erwachsenenalter zwischen 40 und 60 Jahren sind Männer etwas häufiger einsam als Frauen. Der Geschlechterunterschied nimmt mit steigendem Alter jedoch ab und dreht sich im Verlauf des Rentenalters um, so dass im hohen Alter mehr Frauen als Männer einsam sind. Mit 90 Jahren haben Frauen ein Risiko von 14 Prozent einsam zu sein. Bei Männern in diesem Alter beträgt das Einsamkeitsrisiko neun Prozent.

Das Einsamkeitsrisiko ist zudem in den später geborenen Jahrgängen weniger stark mit dem Älterwerden verknüpft. Beim Einsamkeitsrisiko zeigt sich für die 1950 bis 1959 Geborenen ein niedrigeres Ausgangsniveau im mittleren Erwachsenenalter und eine Abflachung des u-förmigen Altersverlaufs. Voraussichtlich werden also die künftig 70- bis 80-Jährigen weniger häufiger einsam sein als die heutigen 70- bis 80-Jährigen.

Bislang ist keine Angleichung in den Altersverläufen zwischen Frauen und Männern erkennbar: In allen betrachteten Kohorten zeigen sich ähnliche Geschlechterunterschiede in den Altersverläufen des Einsamkeitsrisikos (s. Abbildung K4-4).

Abbildung K4-3: Einsamkeitsrisiko bei Frauen und Männern im Altersverlauf

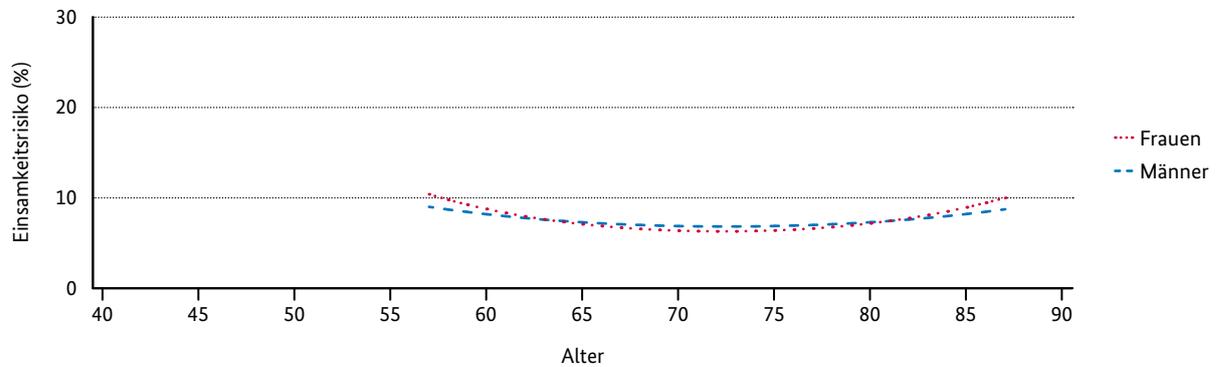


Quelle: DEAS 1996–2017, n = 16.151 Studienteilnehmende mit insgesamt n = 25.992 Beobachtungen; modellbasierte Schätzungen kontrolliert für Region; der Geschlechtereffekt ist signifikant.

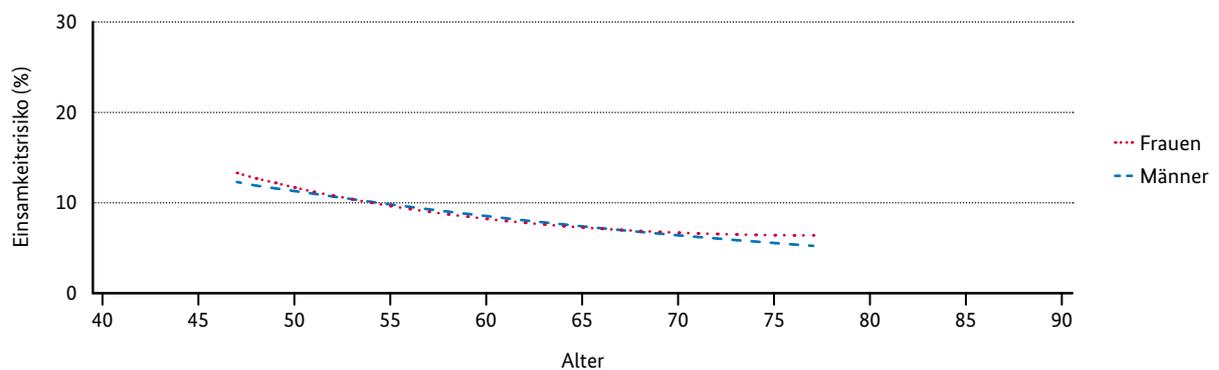
Die Wahrscheinlichkeit, im Alter von 90 Jahren einsam zu sein, beträgt für Frauen ca. 14 Prozent und für Männer ca. neun Prozent.

Abbildung K4-4: Einsamkeitsrisiko bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

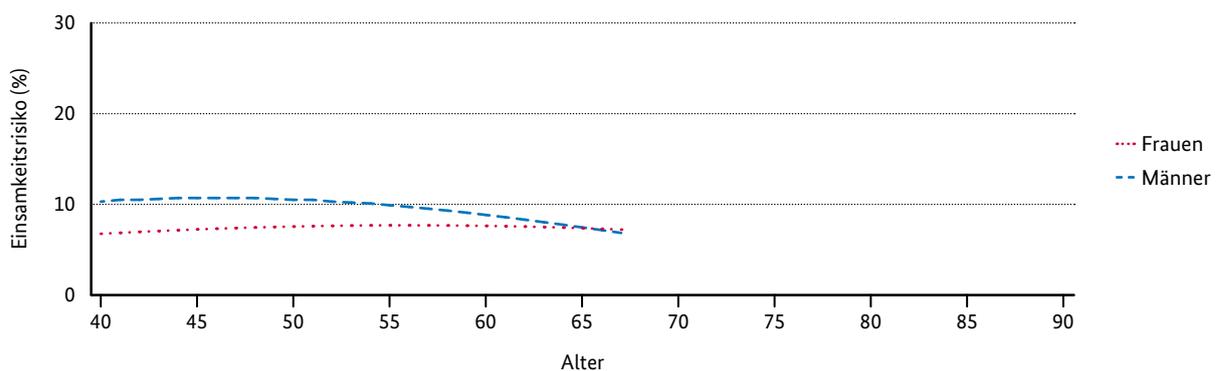
a) Geburtskohorte 1930–1939



b) Geburtskohorte 1940–1949



c) Geburtskohorte 1950–1959



Quelle: DEAS 1996–2017, $n = 11.405$ Studienteilnehmende mit insgesamt $n = 19.499$ Beobachtungen; modellbasierte Schätzungen kontrolliert für Region; kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und Geburtskohorte, die Geschlechterunterschiede haben sich zwischen den Geburtskohorten nicht verändert.

Die Wahrscheinlichkeit, im Alter von 60 Jahren einsam zu sein, beträgt für 1950–1959 geborene Männer ca. neun Prozent und für 1950–1959 geborene Frauen ca. acht Prozent.

4.4 Diskussion

Die überwiegende Mehrheit aller Menschen wird auch im hohen Alter weder sozial isoliert noch einsam sein. Außerdem hat der Anteil an Frauen und Männern, die soziale Isolation und Einsamkeit im Alter erleben, nicht zugenommen und wird es aller Voraussicht nach auch in der nächsten Dekade nicht. Diese Erkenntnisse sind deshalb so wichtig, weil die Erwartungen, die Menschen von ihrem eigenen Alter haben, zu selbsterfüllenden Prophezeiungen werden können, die den eigenen Alternsprozess beeinflussen. Eine einseitige öffentliche Debatte über Einsamkeit, die auf einer Unausweichlichkeit sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter beharrt, hat demzufolge das Potenzial, die individuellen Vorstellungen vom Älterwerden zum Negativen zu beeinflussen, und ruft vielleicht dadurch erst das Phänomen hervor, das es eigentlich zu vermeiden gilt.

Dennoch ist die öffentliche Debatte um das Thema wichtig. Angesichts der schwerwiegenden gesundheitlichen

Folgen bedeutet die Bekämpfung sozialer Isolation und Einsamkeit nichts anderes als breitflächige Gesundheitsvorsorge. Ein erster Schritt dazu könnte eine Aufklärungskampagne sein, die das soziale Stigma bekämpft, welches es vielen Menschen – Frauen wie Männern – schwer macht, über ihre Einsamkeit zu reden und sich Hilfe zu holen. Eine solche Aufklärungskampagne muss so gestaltet sein, dass sich Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen fühlen. Und es muss mit Augenmaß vorgegangen werden, um kein Stereotyp vom einsamen Alter zu bedienen und eine Verschlechterung der Vorstellungen vom Älterwerden zu vermeiden. Im nächsten Schritt sollten Maßnahmen ergriffen werden, die es mehr Menschen als bisher ermöglichen, sich aus ihrer Isolation oder Einsamkeit zu befreien. Dazu gehören beispielsweise niedrigschwellige Interaktions- und Teilhabeangebote im örtlichen Nahraum wie die Förderung von Nachbarschaftskontakten. Diese Interventionen könnten sich besonders auf den Beginn des mittleren Lebensalters und auf das hohe Alter konzentrieren.

5

Unbezahlte Sorgetätigkeiten von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

5.1 Einleitung

Unbezahlte Arbeiten wie Sorgetätigkeiten für (Familien-)Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn sowie für Personen aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis stoßen auf große Nachfrage. Die Betreuung von Enkelkindern sowie die Bereitstellung von Betreuung, Unterstützung oder Pflege für gesundheitlich eingeschränkte Personen sind zwei Sorgetätigkeiten, die typisch für die mittlere und hohe Lebensphase sind.

Bestehen aufgrund einer anhaltenden geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Übernahme von Sorgetätigkeiten im Verlauf der zweiten Lebenshälfte? Deutet sich infolge des demografischen Wandels sowie der Veränderungen im Erwerbsverhalten der vergangenen Jahrzehnte eine Veränderung der geschlechtsspezifischen Muster und Verläufe in der Übernahme unbezahlter Sorgetätigkeiten an, die als Verringerung der Geschlechterunterschiede in den Altersverläufen zu beschreiben wäre?¹

.....
¹ Die ausführlichen Ergebnisse zu Enkelkinderbetreuung und Unterstützung und Pflege sind nachzulesen in Klaus, D. und Vogel, C. (2019, im Erscheinen). Unbezahlte Sorgetätigkeiten von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel, C., Wettstein, M. und Tesch-Römer, C. (Hrsg.). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS.

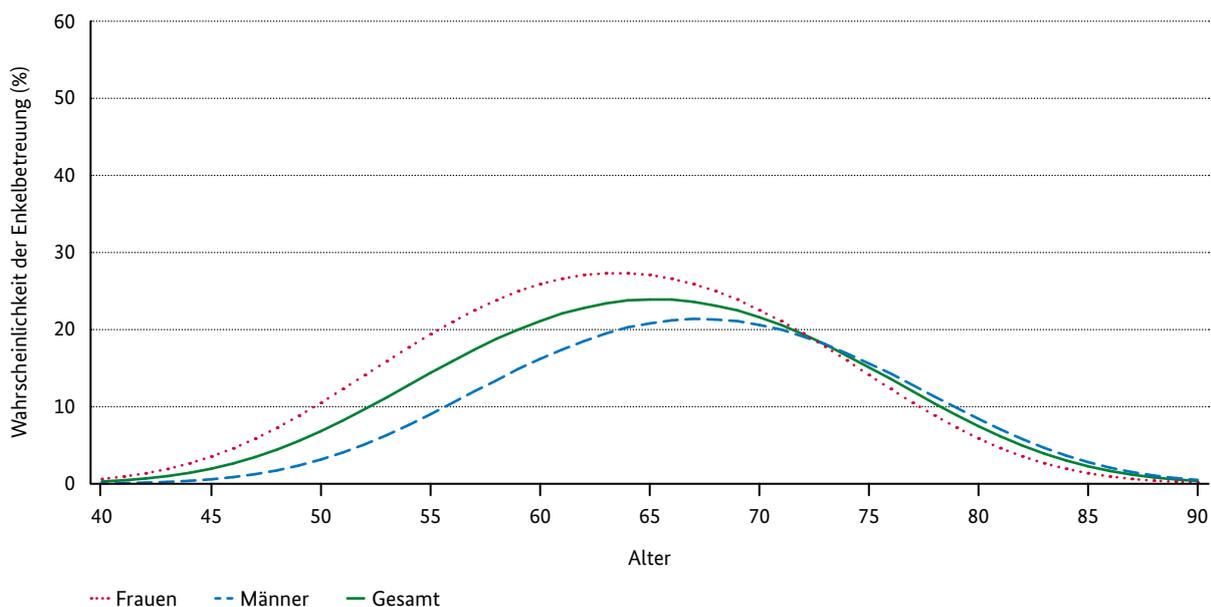
5.2 Enkelbetreuung im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

Frauen betreuen Enkelkinder früher im Verlauf der zweiten Lebenshälfte (s. Abbildung K5-1) als Männer: Bei Frauen ist die Wahrscheinlichkeit für die Betreuung von Enkelkindern im Alter von 63 Jahren am höchsten, für Männer

im Alter von 67 Jahren. Im Alter von 60 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit der Enkelbetreuung für Frauen um zehn Prozent höher als für Männer.

Frauen und Männer späterer Geburtskohorten betreuen Enkelkinder in zunehmend höherem Alter, und um das 60. Lebensjahr betreuen Frauen und Männer ihre Enkelkinder mit zunehmend ähnlicher Wahrscheinlichkeit (s. Abbildung K5-2).

Abbildung K5-1: Wahrscheinlichkeit der Enkelbetreuung bei Frauen und Männern im Altersverlauf

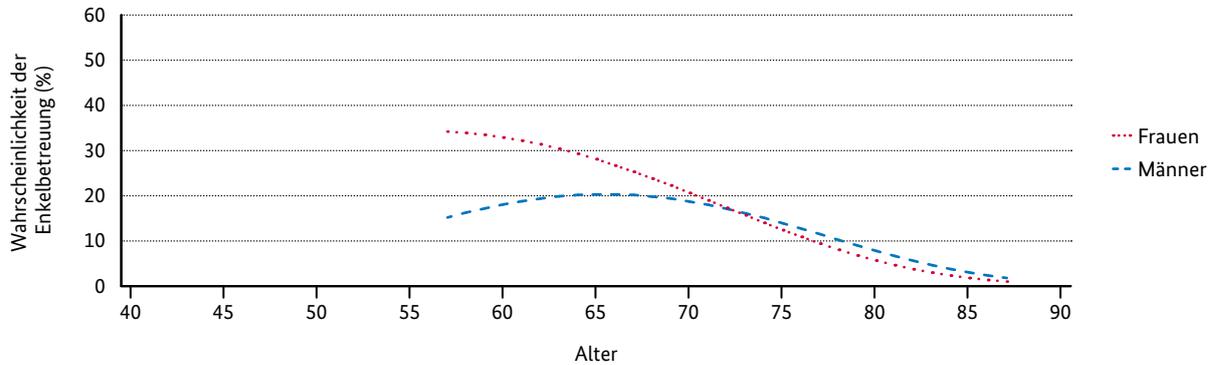


Quelle: DEAS 1996–2017, Schätzungen basieren auf $n = 20.114$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 39.361$ Beobachtungen, kontrolliert für Region.

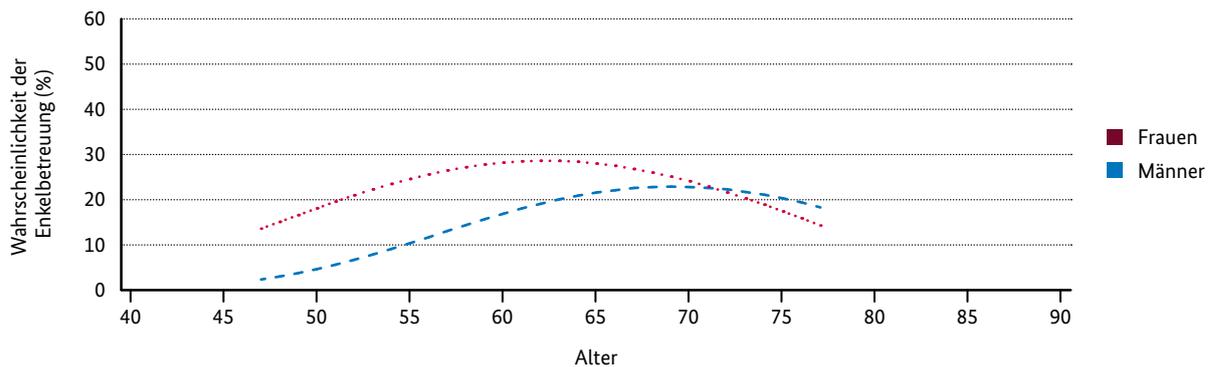
Bei Frauen steigt die Wahrscheinlichkeit, Enkelkinder zu betreuen auf ein Maximum von 27 Prozent an (mit 63 Jahren), um danach wieder zu sinken. Bei Männern steigt die Wahrscheinlichkeit auf ein Maximum von 21 Prozent an (mit 67 Jahren). Im Alter von 90 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit der Enkelkinderbetreuung sowohl bei Frauen als auch bei Männern bei null. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Wahrscheinlichkeit im Alter von 60 Jahren ist signifikant. Ebenso unterscheidet sich der geschätzte Verlauf der Wahrscheinlichkeit der Enkelbetreuung zwischen Frauen und Männern signifikant.

Abbildung K5-2: Wahrscheinlichkeit der Enkelbetreuung bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

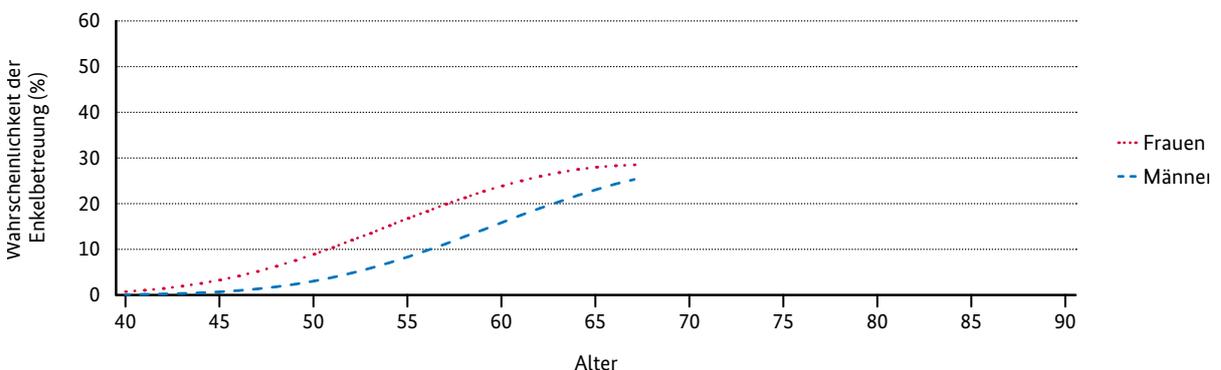
a) Geburtskohorte 1930–1939



b) Geburtskohorte 1940–1949



c) Geburtskohorte 1950–1959



Quelle: DEAS 1996–2017, Schätzungen basieren auf $n = 13.995$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 29.198$ Beobachtungen, kontrolliert für Region.

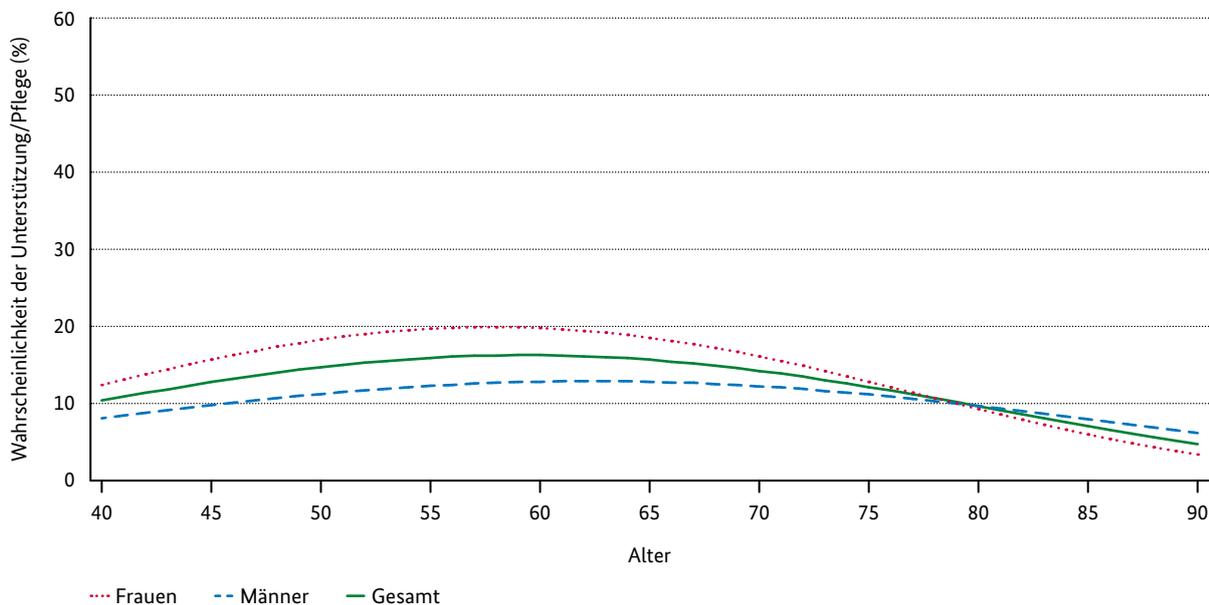
In der Kohorte der 1930 bis 1939 Geborenen liegt die Wahrscheinlichkeit der Enkelbetreuung im Alter von 60 Jahren bei 33 Prozent bei den Frauen und bei 18 Prozent bei den Männern. Dieser Unterschied reduziert sich über die nachfolgenden Kohorten hinweg signifikant: In der Kohorte der 1950 bis 1959 Geborenen beträgt die Wahrscheinlichkeit der Enkelbetreuung im Alter von 60 Jahren 24 Prozent bei den Frauen und 16 Prozent bei den Männern. Der geschätzte geschlechtsspezifische Verlauf der Wahrscheinlichkeit der Enkelbetreuung verändert sich über die Kohorten hinweg nicht signifikant.

5.3 Unterstützung und Pflege im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

Frauen übernehmen Pflege- und Unterstützungsleistungen mit höherer Wahrscheinlichkeit als Männer. Im Alter von 60 Jahren liegt der Unterschied zwischen Frauen und Männern bei sieben Prozentpunkten. Zudem werden Pflege- und Unterstützungsleistungen von den Frauen biografisch früher erbracht als von den Männern, nämlich verstärkt im Alter von 57 Jahren gegenüber 61 Jahren bei den Männern (s. Abbildung K5-3).

In später geborenen Kohorten werden Unterstützung und Pflege zunehmend früher im Verlauf der zweiten Lebenshälfte geleistet und ihre Wahrscheinlichkeit im Alter von 60 Jahren nimmt zu. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Bereich Unterstützung und Pflege bleiben über nachfolgende Geburtskohorten unverändert (s. Abbildung K5-4). Das bedeutet, auch bei später geborenen Kohorten übernehmen Frauen weiterhin mit höherer Wahrscheinlichkeit und biografisch früher Pflege- und Unterstützungsleistungen als Männer.

Abbildung K5-3: Wahrscheinlichkeit gesundheitsbedingter Unterstützung und Pflege bei Frauen und Männern im Altersverlauf

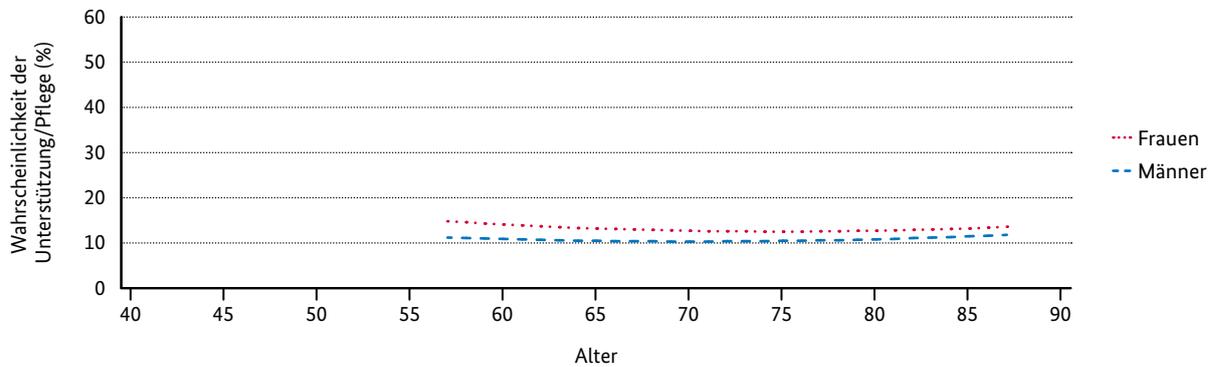


Quelle: DEAS 1996–2017, Schätzungen basieren auf $n = 20.114$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 39.342$ Beobachtungen, kontrolliert für Region.

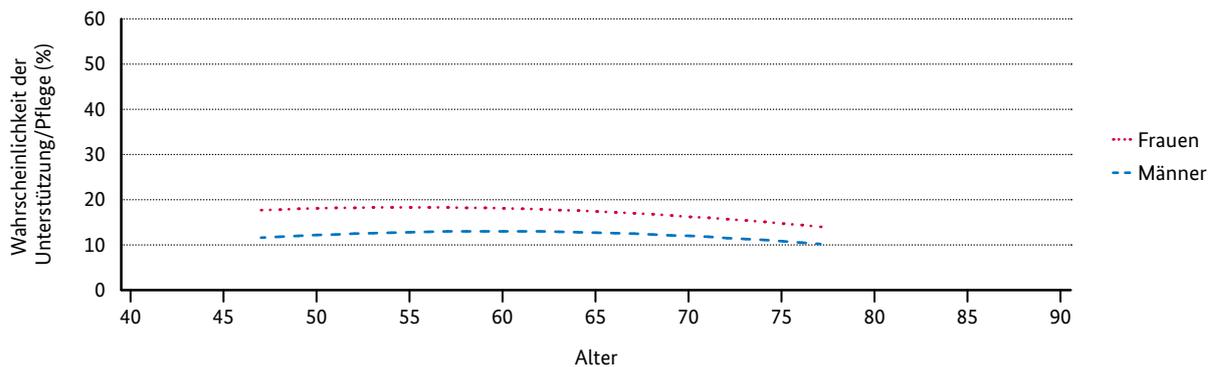
Bei Frauen steigt die Wahrscheinlichkeit, Angehörige zu unterstützen und/oder zu pflegen von zwölf Prozent (mit 40 Jahren), auf 20 Prozent (mit 57 Jahren) und geht danach zurück auf drei Prozent (mit 90 Jahren). Bei den Männern steigt die Wahrscheinlichkeit von acht Prozent (mit 40 Jahren) auf 13 Prozent (mit 61 Jahren). Nach diesem Höchstwert geht sie auf sechs Prozent zurück (mit 90 Jahren). Sowohl der Unterschied in der Wahrscheinlichkeit im Alter von 60 Jahren als auch im geschätzten Altersverlauf zwischen Frauen und Männern sind signifikant.

Abbildung K5-4: Wahrscheinlichkeit gesundheitsbedingter Unterstützung und Pflege bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

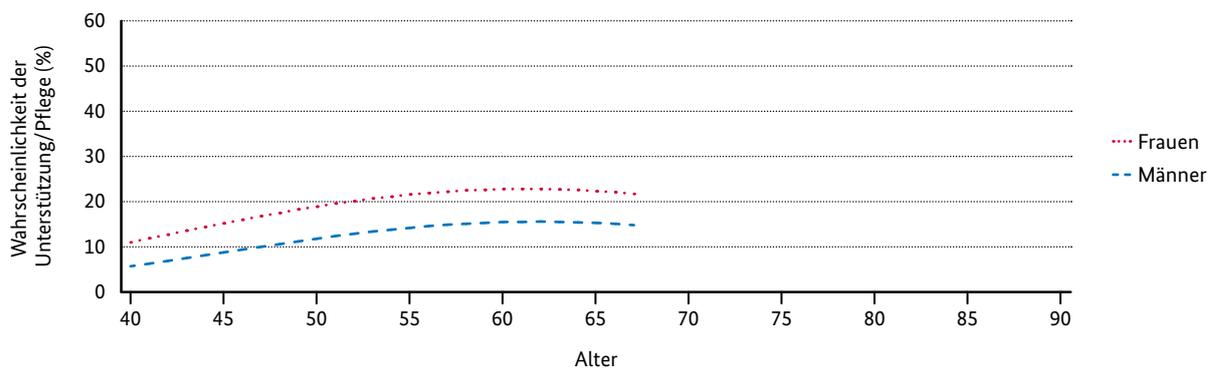
a) Geburtskohorte 1930–1939



b) Geburtskohorte 1940–1949



c) Geburtskohorte 1950–1959



Quelle: DEAS 1996–2017, Schätzungen basieren auf $n = 13.998$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 29.186$ Beobachtungen, kontrolliert für Region.

In der Kohorte der 1930 bis 1939 Geborenen liegt die Wahrscheinlichkeit, Unterstützung und/oder Pflege zu leisten, im Alter von 60 Jahren bei 14 Prozent bei den Frauen und bei elf Prozent bei den Männern. In der mittleren Kohorte (1940–1949) beträgt die vergleichbare Wahrscheinlichkeit 18 Prozent bei den Frauen und 13 Prozent bei den Männern. In der Kohorte der 1950 bis 1959 Geborenen beträgt sie 23 Prozent bei den Frauen und 16 Prozent bei den Männern. Die geschätzten Geschlechterunterschiede der Wahrscheinlichkeiten ändern sich weder in ihrem Niveau noch im Altersverlauf über die Kohorten hinweg.

5.4 Diskussion

Die Befunde deuten auf nach wie vor bestehende Geschlechterunterschiede in der Übernahme verschiedener Sorgetätigkeiten hin. Daher besteht weiterhin dringender politischer Handlungsbedarf, um einer einseitigen Be- oder gar Überlastung von Frauen entgegenzuwirken. Ein Ziel ist die Entlastung von Frauen aber auch von Männern, die im hohen (Erwerbs-)Alter Sorgetätigkeiten übernehmen (wollen) und möglicherweise zugleich erwerbstätig sind (bzw. sein wollen). Um das zu erreichen, sind in erster Linie bereits bestehende Maßnahmen und Vorhaben weiter voranzutreiben, die auf den Ausbau institutioneller Betreuungseinrichtungen (in den Bereichen Kinder- und Altenversorgung) und die Ausweitung des Angebots professioneller Dienstleister zielen.

Darüber hinaus sind, nicht nur unter der Prämisse der Entlastung der Frauen, sondern auch im Sinne einer Geschlechtergerechtigkeit, Männer stärker für relevante Sorgebereiche zu gewinnen. Auf diese Weise lassen sich nachgefragte Betreuungs- und Pflegeaufgaben im privaten Umfeld auf mehrere Schultern verteilen, um so das Risiko der Überlastung einzelner Hauptverantwortlicher zu mindern. Parallel dazu sind nach wie vor

Bedingungen zu schaffen und zu verbessern, die es erwerbstätigen Frauen und Männern gleichermaßen ermöglichen, Sorgearbeiten zu übernehmen. Neben der Gewährleistung von Arbeitsplatzsicherheit und finanzieller Absicherung in Phasen temporärer Erwerbsreduktion steht hier vor allem eine Flexibilisierung von Arbeitszeiten und -orten im Vordergrund.

Insgesamt ist es von großer Bedeutung, dass politische Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von unbezahlten familialen Sorgetätigkeiten und bezahlten Erwerbstätigkeiten nicht verkürzt auf jene Personen zugeschnitten werden, die derzeit mehrheitlich vor der Frage der Vereinbarkeit stehen. Das heißt, entsprechende Maßnahmen und Unterstützungsangebote sind grundsätzlich an alle Personen zu adressieren und nicht nur an Frauen. Von verbesserten Rahmenbedingungen sollten erwerbstätige Männer, die Angehörige betreuen und pflegen, ebenso profitieren wie erwerbstätige Frauen. Ohne politische Steuerung ist eine Gleichstellung der Geschlechter in Bezug auf familienbezogene Aufgaben und Sorgetätigkeiten in Deutschland jedenfalls kaum zu erreichen. Und bislang gestaltet sich in diesem Bereich die Situation späterer Jahrgänge kaum besser als die der früheren Jahrgänge von Frauen und Männern.

6

Ehrenamtliches Engagement von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

6.1 Einleitung

Ein ehrenamtliches Engagement in formalen Organisationen wie einem Verein oder einem Verband bringt für die Engagierten Vielerlei mit sich. Es kann sinnstiftend sein und das Gefühl vermitteln, gebraucht zu werden und mitbestimmen zu können. Es kann zudem Freude bereiten und den Alltag strukturieren. Auch geht ehrenamtliches Engagement mit der Knüpfung und Pflege sozialer Kontakte einher, sowie mit der Möglichkeit, seine Erfahrungen und Kenntnisse einzubringen und neue Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben. Ein Ehrenamt ermöglicht ferner sozial teilzuhaben, und es bringt auch Anerkennung mit sich. Gerade mit steigendem Alter, wenn der Beruf in den Hintergrund gerät, sind dies keine unwichtigen Aspekte.

Wie unterscheiden sich die Wahrscheinlichkeiten, sich ehrenamtlich zu engagieren bei Frauen und Männern, wenn sie das mittlere Lebensalter erreicht haben und älter werden? Und wie unterscheidet sich das ehrenamtliche Engagement später geborener Kohorten über die zweite Lebenshälfte hinweg vom ehrenamtlichen Engagement früher geborener Kohorten? Verringern sich die Geschlechterunterschiede in den Altersverläufen im ehrenamtlichen Engagement später geborener Kohorten oder bleiben diese bestehen?¹

.....
¹ Die ausführlichen Ergebnisse zum ehrenamtlichen Engagement sind nachzulesen in Vogel, C. und Romeu Gordo, L. (2019, im Erscheinen). Ehrenamtliches Engagement von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel, C., Wettstein, M. und Tesch-Römer, C. (Hrsg.). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS.

6.2 Ausübung eines Ehrenamtes im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

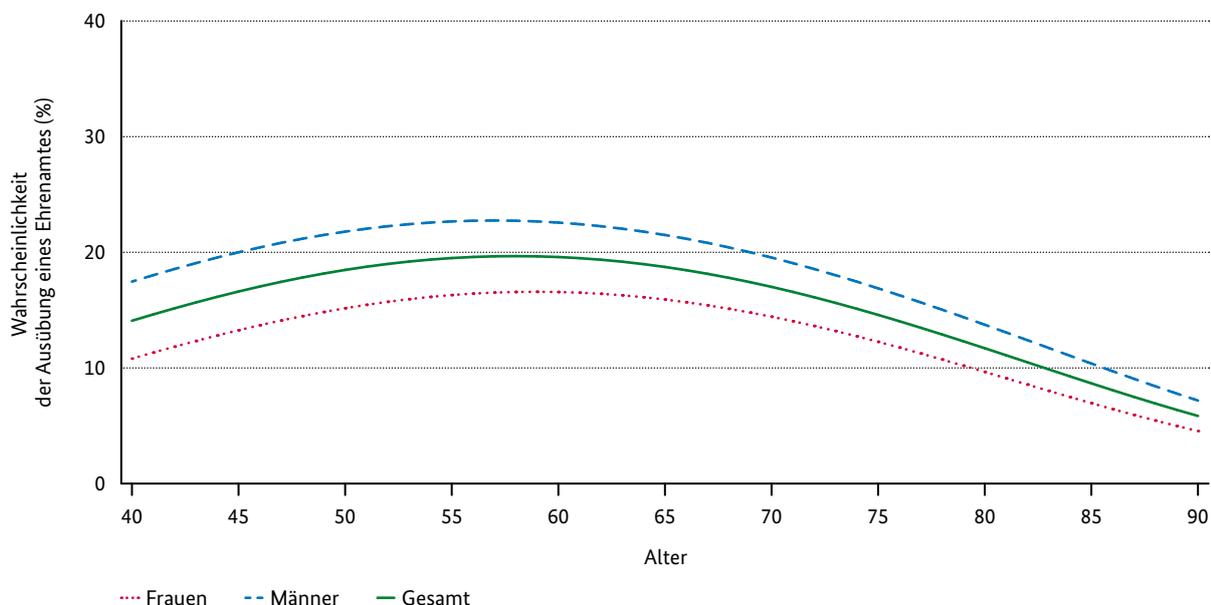
Über die zweite Lebenshälfte steigt die Wahrscheinlichkeit, sich in formalen Organisationen ehrenamtlich zu engagieren, zunächst an, sinkt dann mit steigendem Lebensalter jedoch wieder. Über den gesamten Verlauf der zweiten Lebenshälfte hinweg haben Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich ehrenamtlich zu engagieren, als Frauen. Diese Geschlechterunterschiede sind zu Beginn der zweiten Lebenshälfte größer als im höheren Alter. Das heißt, die Geschlechterunterschiede verringern sich mit steigendem

Alter insbesondere in der Ruhestandsphase (s. Abbildung K6-1).

Die Wahrscheinlichkeit für Frauen und Männer, ehrenamtlich engagiert zu sein, ist für später geborene Kohorten über den gesamten betrachteten Altersverlauf höher als für früher geborene. Während die Kohorten einen ähnlichen Altersverlauf aufweisen, scheint sich der Wendepunkt, ab dem die Ehrenamtswahrscheinlichkeit mit steigendem Alter sinkt, nach hinten zu verschieben.

Frauen weisen ähnliche Altersveränderungen im Ehrenamt über die Kohorten hinweg auf wie Männer, es ist also bislang keine Verringerung des Geschlechterunterschieds für später geborene Kohorten zu beobachten (s. Abbildung K6-2).

Abbildung K6-1: Ausübung eines Ehrenamtes bei Frauen und Männern im Altersverlauf

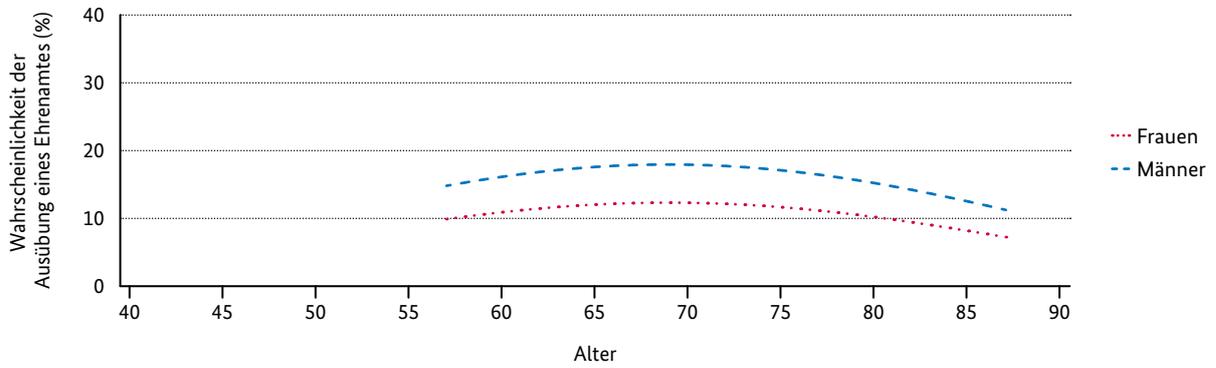


Quelle: DEAS 1996–2017, Schätzungen basieren auf $n = 20.070$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 39.280$ Beobachtungen; kontrolliert für Region.

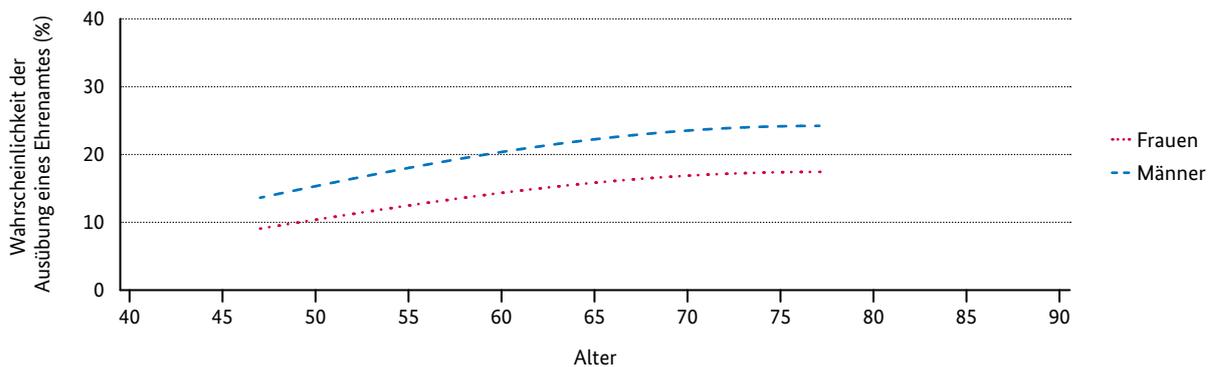
Bei Frauen steigt die Wahrscheinlichkeit, ehrenamtlich engagiert zu sein, von elf Prozent (mit 40 Jahren) auf ein Maximum von 17 Prozent (mit 60 Jahren) und sinkt auf fünf Prozent (mit 90 Jahren). Bei Männern steigt die Wahrscheinlichkeit, ehrenamtlich engagiert zu sein, auf ein Maximum von 23 Prozent (mit 60 Jahren) und sinkt später auf sieben Prozent ab (mit 90 Jahren).

Abbildung K6-2: Ausübung eines Ehrenamtes bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

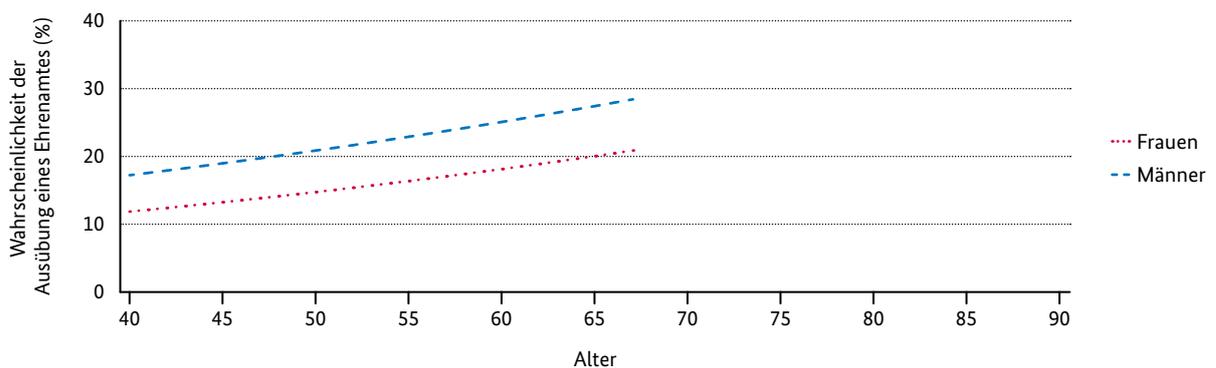
a) Geburtskohorte 1930–1939



b) Geburtskohorte 1940–1949



c) Geburtskohorte 1950–1959



Quelle: DEAS 1996–2017, Schätzungen basieren auf $n = 13.966$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 29.125$ Beobachtungen; kontrolliert für Region.

Für alle drei Kohorten sind die Altersverläufe der Wahrscheinlichkeit, ein Ehrenamt auszuüben, für Frauen und Männer ähnlich, so dass es keine Annäherung zwischen den Geschlechtern über die Kohorten hinweg gibt.

6.3 Diskussion

Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Chancen, sich bis ins hohe Alter ehrenamtlich zu engagieren, abzielen, können an unterschiedlichen Stellschrauben ansetzen: Erstens bei den Chancen, eine ehrenamtliche Tätigkeit neu aufzunehmen und zwar insbesondere auch in einem höheren Lebensalter (bei Personengruppen, die sich bislang eher selten engagieren, wie ältere Frauen mit geringer Bildung). Zweitens bei den Chancen, eine ehrenamtliche Tätigkeit länger auszuüben – auch bis in ein hohes Lebensalter – und diese nicht frühzeitig zu beenden (für alle Menschen, die sich bereits engagieren und länger engagiert bleiben wollen). Optimal wäre eine am Lebensverlauf orientierte Kombination aus beidem.

Menschen, die sich bislang in ihrem Leben noch nicht ehrenamtlich engagiert haben, im höheren Alter dazu in die Lage zu versetzen, wenn sie dies möchten, lenkt den Blick auf die sozial ungleichen Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe durch Ehrenamt etwa von Frauen und Männern. Hierbei ist relevant, die ungleichen Chancen von Frauen und Männern über den gesamten Verlauf der zweiten Lebenshälfte zu berücksichtigen. Die Wahrscheinlichkeit, sich zu engagieren, ist bei Frauen im mittleren Lebensalter deutlich niedriger als bei Männern und dieser Geschlechterunterschied reduziert sich erst ab einem höheren Lebensalter. Um eine bessere Teilhabe insbesondere von Frauen zu ermöglichen, sind somit Maßnahmen zielführend, die auf die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und ehrenamtlichem Engagement im mittleren Lebensalter zielen.

7

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

7.1 Einleitung

Im Folgenden werden die zentralen Befunde der vorangehenden Kapitel zusammengefasst und ihre politischen Implikationen diskutiert. Dabei werden zunächst die berichteten Unterschiede zwischen Frauen und Männern diskutiert, dann die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Alternsverläufen nachfolgender Kohorten.

7.2 Unterschiede zwischen Frauen und Männern

Altern Frauen und Männer unterschiedlich? In Übersicht K7-1 sind die entsprechenden Befunde aus dieser Studie

zusammengefasst: Bei fast allen der untersuchten Merkmale wurden Unterschiede in den Alternsverläufen zwischen Frauen und Männern festgestellt, die teilweise deutlich ausfielen. Legt man die hier untersuchten Merkmale zugrunde, altern also Frauen und Männer tatsächlich unterschiedlich – ein Ergebnis, das 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 ihrer Veränderung mit zunehmendem Alter unterscheiden sich Frauen und Männer statistisch nicht signifikant voneinander. Einige der beobachteten Unterschiede zwischen Frauen und Männern bleiben im Alternsverlauf stabil, einige Geschlechterunterschiede werden größer (z. B. für das Depressionsrisiko), einige Geschlechterunterschiede werden kleiner (z. B. für die Betreuung von Enkelkindern).

Übersicht K7-1: Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Merkmal	Geschlechterunterschied
Funktionale Gesundheit	Frauen haben über die gesamte zweite Lebenshälfte hinweg eine eingeschränktere funktionale Gesundheit als Männer. Mit steigendem Alter nimmt der Unterschied zwischen Frauen und Männern zu.
Subjektive Gesundheit	Bei subjektiver Gesundheit liegt kein statistisch signifikanter Geschlechterunterschied vor, weder im Ausgangsniveau noch im Altersverlauf.
Lebenszufriedenheit	Frauen sind im mittleren Erwachsenenalter zufriedener mit ihrem Leben als Männer, mit steigendem Alter aber unzufriedener als Männer.
Depressive Symptome	Frauen haben ein höheres Depressionsrisiko, das zudem stärker ansteigt als bei Männern.
Soziale Isolation	Frauen haben bis ins höhere Alter (etwa bis 80 Jahre) ein geringeres Isolationsrisiko als Männer, danach ein größeres Risiko.
Einsamkeit	Frauen haben bis in das siebte Lebensjahrzehnt ein geringeres Einsamkeitsrisiko als Männer, danach ein höheres Risiko.
Betreuung von Enkelkindern	Frauen betreuen Enkelkinder früher in der zweiten Lebenshälfte als Männer und häufiger, doch dieser Unterschied wird im Altersverlauf kleiner und ist ab etwa 70 Jahren statistisch nicht mehr signifikant.
Pflege und Unterstützung von kranken Personen	Frauen übernehmen Pfllegetätigkeiten früher in der zweiten Lebenshälfte und häufiger als Männer. Erst ab dem achten Lebensjahrzehnt gibt es keinen nennenswerten Geschlechterunterschied mehr.
Ehrenamtliches Engagement	Frauen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit als Männer, sich ehrenamtlich zu engagieren. Dieser Geschlechterunterschied nimmt mit dem Älterwerden ab und etwa ab dem neunten Lebensjahrzehnt ist er kaum noch vorhanden.

Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen 2019

7.3 Unterschiede der Altersverläufe von Frauen und Männern nachfolgender Geburtsjahrgänge

Übersicht K7-2 zeigt, ob und wie sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern von aufeinander folgenden Geburtsjahrgängen (1930–1939; 1940–1949; 1950–1959) verändern.

Mit Ausnahme der Enkelkinderbetreuung nehmen bei keinem der in dieser Studie untersuchten Merkmale die Unterschiede

zwischen Frauen und Männern von Kohorte zu Kohorte zu oder ab. Hinsichtlich der Enkelkinderbetreuung nähern sich die Geschlechter 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 also offenbar nicht (oder noch nicht) mit einer Angleichung der Altersverläufe von Frauen und von Männern in den untersuchten Lebensbereichen einher.

Übersicht K7-2: 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		✓

Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen 2019

7.4 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 künftig 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.

Die vorliegende Studie 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. Die Betreuung und Pflege von Menschen mit eingeschränkter Gesundheit übernehmen aber 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 hat sich in den vorliegenden Analysen bestätigt, 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. Zwei Risikogruppen sollen im Folgenden hervorgehoben werden: Menschen mit ausgeprägter depressiver Symptomatik sowie chronisch einsame alte Menschen. Die ermittelten Depressions- und Einsamkeitsrisiken sind relativ gering (sie betragen in jedem Altersbereich zwischen 40 und 90 Jahren 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.

Dass das Depressionsrisiko über nachfolgende Kohorten bisher nicht abgenommen hat, sollte Anlass sein, stärker über eine angemessene gesundheitliche Versorgung depressiver und depressionsgefährdeter Menschen nachzudenken. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sind Gatekeeper für das Erkennen von Warnsignalen und die Überweisung zu Fachärztinnen und -ärzten. Hier sollte es mehr Wissen darüber geben, wie Anzeichen einer Depression – 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.

Was soziale Isolation und Einsamkeit betrifft, kann man 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 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 Abwehr-

haltungen 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 – wie auch die vorliegenden Befunde zeigen – 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 bislang jedoch nicht erkennbar. Würden bei engagementpolitischen Maßnahmen insbesondere Frauen in den Blick genommen, so könnte in diesem Bereich womöglich 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.

Fazit

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 Älterwerden, die im Verlauf der letzten Jahrzehnte relativ stabil geblieben sind. Es bleibt deshalb weiterhin auch eine Aufgabe der Seniorenpolitik, die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in der Lebensphase Alter voranzutreiben.

Impressum

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de



Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20 179 130
Montag–Donnerstag: 9–18 Uhr
Fax: 030 18 555-4400
E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*

Autorinnen und Autoren:

Dr. Claudia Vogel, Dr. Markus Wettstein und
Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer
Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA),
Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin



Diese Publikation basiert auf:

Vogel, C., Wettstein, M., Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2019, im Erscheinen):
Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte.
Alterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS.

Stand: April 2019, 1. Auflage

Gestaltung: www.zweiband.de

Bildnachweis Dr. Franziska Giffey: Bundesregierung/Jesco Denzel

* Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 zur Verfügung. In den teilnehmenden Regionen erreichen Sie die 115 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 18 Uhr. Die 115 ist sowohl aus dem Festnetz als auch aus vielen Mobilfunknetzen zum Ortstarif und damit kostenlos über Flatrates erreichbar. Gehörlose haben die Möglichkeit, über die SIP-Adresse 115@gebaerdentelefon.d115.de Informationen zu erhalten. Ob in Ihrer Region die 115 erreichbar ist und weitere Informationen zur einheitlichen Behördenrufnummer finden Sie unter <http://www.d115.de>.

