

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

Wettstein, Markus; Spuling, Svenja M.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wettstein, M., & Spuling, S. M. (2019). Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männer im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: älterwerden im sozialen Wandel* (S. 53-70). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_4

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>



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

Markus Wettstein und Svenja M. Spuling

Kernaussagen

Die Lebenszufriedenheit nimmt im höheren Alter etwas ab, und das Depressionsrisiko steigt an. Diese Veränderungen fallen bei Frauen deutlicher aus als bei Männern: 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. 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 weisen günstigere Altersverläufe der Lebenszufriedenheit auf, dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen: 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).

Nachfolgende Kohorten unterscheiden sich nicht bedeutsam in ihren Altersverläufen depressiver Symptome, auch dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen: Für den Altersverlauf des Depressionsrisikos zeigt sich kein signifikanter Kohortenunterschied. Vergleicht man zudem die Verläufe über die hier untersuchten Geburtskohorten zwischen Männern und Frauen, so tritt kein statistisch bedeutsamer Unterschied auf. Der Unterschied im Altersverlauf zwischen Frauen und Männern fällt also in allen Geburtskohorten ähnlich aus.

4.1 Einleitung

Glücklich zu sein ist zweifellos ein wünschenswerter Zustand, den die meisten Personen, unabhängig von ihrem Alter, anstreben. Um Frauen und Männern ein gutes und glückliches Leben im Alter zu ermöglichen, ein wichtiges Ziel der Politik, ist es wichtig zu wissen, wie es ihnen in der zweiten Lebenshälfte geht. Ebenso sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie sehr und in welche

Richtung sich ihre Lebensqualität mit zunehmendem Alter verändert, und ob diese Veränderungen für Frauen und Männer unterschiedlich ausfallen. Möglicherweise sind in einer bestimmten Lebensphase Frauen stärker in ihrer Lebensqualität eingeschränkt als Männer (oder umgekehrt), so dass für mögliche Interventionen „Risiko-Lebensphasen“ identifiziert werden können, die unterschied-

lich ausfallen könnten für Frauen und Männer. Schließlich stellt sich auch die Frage, inwieweit der gesellschaftliche Wandel, charakterisiert unter anderem durch technischen und medizinischen Fortschritt sowie veränderte Arbeits- und Lebensbedingungen, dazu geführt hat, dass sich Altersverläufe der Lebensqualität über nachfolgende Geburtskohorten verändert haben. Hieran knüpft sich wiederum unmittelbar die Frage nach Geschlechterunterschieden an: Haben Frauen und Männer gleichermaßen 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?

In diesem Kapitel wird untersucht, wie es Frauen und Männern geht, wenn sie älter werden. Dafür müssen unterschiedliche Maße herangezogen werden, denn Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden setzen sich aus verschiedenen Komponenten zusammen (Diener, Suh, Lucas, & Smith 1999), die innerhalb einer Person unterschiedlich ausgeprägt sein können. Deshalb werden in diesem Kapitel zwei Maße herangezogen: die Lebenszufriedenheit sowie depressive Symptome. Ein weiteres Maß zur Beschreibung der subjektiven Lebensqualität, das Einsamkeitserleben, wird in Kapitel 5 *Soziale Isolation und Einsamkeit* in diesem Band thematisiert.

Die Lebenszufriedenheit entspricht einer globalen Bewertung der eigenen Lebensqualität („Ich bin mit meinem Leben zufrieden“; Diener et al. 1999) und kann dem „hedonischen Wohlbefinden“ (Ryan & Deci 2001) zugeordnet werden, dessen Kernaspekte das Anstreben von Vergnügen und das Vermeiden von Schmerz sind. Dagegen sind depressive Symptome Komponenten „negativen Wohlbefindens“ („ill-being“; Ryff, Diener, Love, Urry, Muller, Rosenkranz, Friedman, Davidson, & Singer 2006), und sie schließen verschiedene Aspekte ein (Radloff 1977). 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). Wichtig ist es, beide Komponenten zu untersuchen, denn Veränderungstrends in der Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Alter können durchaus anders ausfallen als Veränderungstrends in depressiver Symptomatik (z. B. Wettstein, Schilling, Reidick, & Wahl 2015).

Unterscheiden sich Frauen und Männer in ihren Altersverläufen von Lebenszufriedenheit und depressiven Symptomen?

Wie unterscheiden sich Frauen und Männer in ihrer Lebenszufriedenheit und ihrer depressiven Symptomatik? Und verändern sich diese mit zunehmendem Alter bei Frauen und Männern in unterschiedlicher Weise? Ältere Frauen sind etwas weniger mit ihrem Leben zufrieden als ältere Männer (Pinquart & Sörensen 2001; Wolff & Tesch-Römer 2017), während Geschlechterunterschiede hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit in früheren Altersphasen eher gering sind. Zudem sind Frauen häufiger von depressiven Symptomen betroffen als Männer (Sutin, Terracciano, Milaneschi, An, Ferrucci, & Zonderman 2013b; Tesch-Römer, Motel-Klingebiel, & Tomasik 2008; Wolff & Tesch-Römer 2017), und dieser Unterschied wird mit zunehmendem Alter größer. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass Frauen im Alter stärker von gesundheitlichen Problemen betroffen sind als Männer (siehe Kapitel 3 *Funktionale und subjektive Gesundheit* in diesem Band), und diese gesundheitlichen Probleme sind ihrerseits Risikofaktoren für depressive Verstimmungen (z. B. Diegelmann, Schilling, & Wahl 2016).

Was ist bereits bekannt darüber, ob und wie sich Frauen und Männer verschiedenen Alters darin unterscheiden, wie zufrieden sie mit ihrem Leben sind oder wie sehr sie von depressiven Symptomen

betroffen sind? Gemäß des Wohlbefindens- oder Zufriedenheitsparadoxons (Herschbach 2002; Staudinger 2000) unterscheiden sich Personen unterschiedlichen Alters nicht oder nur geringfügig in ihrer Lebenszufriedenheit. Das mag deshalb „paradox“ erscheinen, da mit dem Alter etwa die Gesundheit im Allgemeinen nachlässt (siehe Kapitel 3 *Funktionale und subjektive Gesundheit* in diesem Band), und man daher erwarten könnte, dass Frauen und Männer mit zunehmendem Alter weniger zufrieden mit ihrem Leben sind. Tatsächlich bleibt aber die Lebenszufriedenheit relativ stabil beim Vergleich über verschiedene Altersgruppen hinweg (Wolff & Tesch-Römer 2017), und sogar bei Personen im (sehr) hohen Alter verändert sich die Lebenszufriedenheit im Durchschnitt kaum (Wettstein et al. 2015). Andererseits muss jedoch einschränkend konstatiert werden, dass längsschnittliche Analysen von Lebenszufriedenheitsverläufen *keine* völlige Stabilität bestätigen konnten: Vielmehr tritt etwa ab dem 60. Lebensjahr im Durchschnitt – bei sehr großer Unterschiedlichkeit individueller Verläufe – ein leichter Rückgang in der Lebenszufriedenheit auf (Mroczek & Spiro 2005; Schilling 2006), der in den letzten drei bis fünf Lebensjahren deutlicher ausfällt (Gerstorff, Ram, Mayraz, Hidajat, Lindenberger, Wagner, & Schupp 2010). Allerdings verändern sich Lebenszufriedenheit und depressive Symptome keineswegs bei allen Frauen und Männern in gleicher Weise. Vielmehr sind die beobachteten Altersverläufe sehr unterschiedlich von Individuum zu Individuum.

Unterscheiden sich nachfolgende Geburtskohorten in ihren Altersverläufen von Lebenszufriedenheit und depressiven Symptomen, und fallen diese Kohortentrends für Frauen und Männer unterschiedlich aus?

Unsere Gesellschaft befindet sich im fortwährenden Wandel. Faktoren wie technischer und medizinischer Fortschritt, ein Wandel in Lebensstil und Gesundheitsverhalten sowie veränderte Ar-

beits- und Lebensbedingungen könnten auch eine Veränderung der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symptomatik sowie ihrer Altersverläufe über nachfolgende Geburtsjahrgänge mit sich bringen.

Allerdings fallen die Ergebnisse bisheriger Kohortenvergleiche der Lebenszufriedenheit sehr unterschiedlich aus: So gibt es Befunde, dass später geborene Kohorten im höheren Alter eine höhere Lebenszufriedenheit berichten sowie geringere Einbußen der Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Alter aufweisen als früher geborene Kohorten (Hülür, Ram, & Gerstorff 2015; Sutin, Terracciano, Milaneschi, An, Ferrucci, & Zonderman 2013a). Es gibt aber auch gegenteilige Befundmuster (Schilling 2005).

Ähnlich uneinheitlich verhält es sich mit Kohorten-Befunden zu depressiven Symptomen: In früheren Auswertungen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) hat sich gezeigt, dass zumindest für ältere Frauen und Männer (66–83 Jahre) bei nachfolgenden Kohorten die depressiven Symptome über den Zeitraum von 2002 bis 2014 zurückgegangen sind (Wolff & Tesch-Römer 2017). Dagegen haben Murphy, Laird, Monson, Sobol, und Leighton (2000) eine relativ stabile Prävalenz klinischer Depression bei 18-Jährigen und Älteren im Zeitraum von 1952 bis 1992 beobachtet. In anderen Nationen, etwa China und Belgien, wurde ein Anstieg depressiver Symptome über die Kohorten allgemein (Brault, Meuleman, & Bracke 2012), oder zumindest bei älteren Erwachsenen (Shao, Li, Zhang, Zhang, Zhang, & Qi 2013), festgestellt. Was Kohortenunterschiede in Altersverläufen depressiver Symptome betrifft, berichten einige Studien günstigere Altersverläufe über nachfolgende Kohorten hinweg (Kasen, Cohen, Chen, & Castille 2003), während andere Studien weniger günstige Altersverläufe bei nachfolgenden Kohorten beobachtet haben (Yang 2007).

Aufgrund dieser uneinheitlichen Befundlage sind unterschiedliche Annahmen denkbar, wie sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Deutschen Alterssurveys Altersverläufe der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symp-

tome über die Kohorten gewandelt haben. Möglicherweise haben sich nicht alle Lebensbedingungen verbessert, zum Beispiel stehen dem medizinischen Fortschritt auf der einen Seite berufliche Arbeitsanforderungen auf der anderen Seite gegenüber, die im Wandel der Zeit vielleicht eher belastender geworden sind. Daher sind von einem positiven oder negativen bis hin zu einem ausbleibenden Kohorteneffekt alle Szenarien denkbar.

Die Frage, ob sich der gesellschaftliche Wandel unterschiedlich auswirkt auf die Alternsverläufe der Frauen und Männer, also ob Kohortentrends für beide Geschlechter verschieden ausfallen, wurde unseres Wissens noch nicht systematisch untersucht. Murphy et al. (2000) beobachteten einen geschlechtsspezifischen Kohorteneffekt, nämlich ein höheres Depressionsrisiko bei Frauen in einer im Jahr 1992 gezogenen Stichprobe im Vergleich zu einer im Jahr 1970 gezogenen Stichprobe, aber kein höheres Risiko bei Männern 1992 im Vergleich zu 1970. Jedoch untersuchten die Autoren nicht den *Alternsverlauf* depressiver Symptome in diesen beiden Stichproben. Einen stärkeren Anstieg depressiver Symptome bei Frauen als bei Männern über verschiedene, 24 Jahre auseinander liegende Stichproben chinesischer Erwachsener hinweg berichten zudem Shao et al. (2013), jedoch beobachteten auch sie diese Stichproben nicht längsschnittlich und können daher keine Aussage über Geschlechterunterschiede in Alternsverläufen treffen. Kasen et al. (2003) verglichen den Alternsverlauf depressiver Symptome – allerdings nur bei Frauen, und nur über das mittlere Erwachsenenalter – für zwei Kohorten, Babyboomer und Preboomer, und fanden einen Rückgang der depressiven Symptome im Alternsverlauf bei der Babyboomer-Kohorte, jedoch einen Anstieg in der Preboomer-Kohorte.

Denkbar ist in Bezug auf Geschlechterunterschiede in Kohortentrends, dass es zu einer Angleichung der Alternsverläufe von Frauen und Männern über nachfolgende Geburtskohorten gekommen ist, da die Lebensbedingungen von Frauen und Männern teilweise ähnlicher geworden sind: In später geborenen Kohorten sind mehr

Frauen berufstätig als in früher geborenen, so dass der Geschlechterunterschied hinsichtlich Berufstätigkeit kleiner geworden ist. Ähnliches gilt für die Bildung, die einen Schutzfaktor darstellt in Bezug auf Lebenszufriedenheit und depressive Symptome (Wolff & Tesch-Römer 2017) und hinsichtlich derer sich Frauen und Männer heute weniger unterscheiden als noch vor einigen Jahrzehnten. Andererseits könnten Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich ihrer Gesundheit stabil geblieben sein über verschiedene Geburtskohorten hinweg (siehe Kapitel 3 *Funktionale und subjektive Gesundheit* in diesem Band). Zwar hat sich das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in unterschiedlicher Weise verändert (Spuling, Ziegelmann, & Wünsche 2017), diese Geschlechterunterschiede in der Gesundheit werden aber teilweise durch biologische Faktoren bedingt, auf die der gesellschaftliche Wandel keinen Einfluss hat. Insofern ist eine Angleichung der Alternsverläufe von Frauen und Männern hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit und ihrer depressiven Symptomatik über nachfolgende Kohorten ebenso denkbar wie eine kohortenübergreifende Stabilität der Geschlechterunterschiede in den Alternsverläufen.

Fragestellungen

Folgende Forschungsfragen werden in diesem Kapitel untersucht:

- 1) Unterscheiden sich Frauen und Männer in ihren Alternsverläufen von Lebenszufriedenheit und depressiven Symptomen?
- 2) Wie wandeln sich die Alternsverläufe der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symptome über verschiedene Geburtskohorten bei Frauen und Männern?

4.2 Methoden

Stichprobe

Verwendet wurden für die nachfolgenden Analysen die Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Die Untersuchungsstichprobe bestand aus 20 038 Studienteilnehmenden, die seit 1996 zu mindestens einem der Erhebungszeitpunkte an der Studie teilgenommen haben. Details zur Stichprobe sowie zu Methoden sind in Kapitel 2 *Design, Inhalte und Methodik des Deutschen Alterssurveys* in diesem Band beschrieben.

Indikatoren

Lebenszufriedenheit. Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit wird die etablierte „Satisfaction with Life Scale“ (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin 1985) in deutscher Fassung (Glaesmer, Grande, Braehler, & Roth 2011) verwendet. Die Skala wird im schriftlichen Fragebogen vorgegeben und besteht aus fünf Items (z. B. „In den meisten Dingen ist mein Leben nahezu ideal“; „Ich bin mit meinem Leben zufrieden“), welche von den Befragten auf einer Antwortskala mit einem Range von „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft genau zu“ (5) beantwortet werden. Die Antworten jeder befragten Person werden zu einem Wert zusammengefasst, indem sie gemittelt werden. Dabei bedeuten höhere Werte eine höhere Lebenszufriedenheit (1: sehr unzufrieden, 2: unzufrieden, 3: weder zufrieden noch unzufrieden; 4: zufrieden, 5: sehr zufrieden).

Depressive Symptome. Anders als Lebenszufriedenheit wurden depressive Symptome erstmals 2002 (und nicht 1996) erhoben. Daher liegen den folgenden Auswertungen zu den depressiven Symptomen die Angaben aller Personen (15 223) zugrunde, die ab 2002 am Deutschen Alterssurvey teilgenommen haben. Die „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D; Radloff 1977) beziehungsweise ihre deutschsprachige Adaptation, die Kurzversion der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K; Hautzinger & Bailer 1993),

wird zur Erfassung depressiver Symptome im mündlichen Interview eingesetzt. Die Skala besteht aus 15 Items (z. B. „In der letzten Woche dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag“; „In der letzten Woche war alles anstrengend für mich“), die von den Befragten jeweils auf einer Häufigkeitsskala von „selten/überhaupt nicht (weniger als 1 Tag lang)“ bis „meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)“ beantwortet werden. Hier wurde pro Person ein Summenwert über alle Items gebildet, der zwischen 0 und 45 liegen konnte. Erreicht oder übersteigt dieser Summenwert den Wert von 18, weist dies auf klinisch auffällige depressive Symptome (beziehungsweise eine ernsthafte depressive Störung) hin (Lehr, Hillert, Schmitz, & Sosnowsky 2008). Um zu untersuchen, wie sich das Risiko, diese klinisch auffälligen Symptome zu entwickeln, über die zweite Lebenshälfte verändert, wird im Folgenden zwischen Personen, die keine klinisch auffälligen Symptome haben (also Werte unter 18 aufweisen), und denjenigen, deren depressive Symptome klinisch auffällig sind (also einen Wert von mindestens 18 haben), unterschieden.

Gruppierungsvariable: Geburtskohorte. Die Geburtsjahrgänge 1930–1939, 1940–1949 und 1950–1959 wurden jeweils zu einer Kohorte zusammengefasst.

Kontrollvariable: Region. Als Kontrollvariable wurde die Region zum jeweiligen Erstbefragungszeitpunkt (West-/Ostdeutschland) in allen Analysen berücksichtigt.

Statistische Analyseverfahren

Zur Untersuchung der Altersverläufe wurden für die Lebenszufriedenheit längsschnittliche Mehrebenen-Regressionsmodelle sowie für depressive Symptome logistische Random-Effects-Panelregressionsmodelle berechnet. Auf Grundlage dieser Methoden wird für jede Person ein individueller Altersverlauf geschätzt. Die Schätzmethode bei der Verfahren berücksichtigt selektiven Stichpro-

benausfall, indem sie auch Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in die Schätzung der Verläufe einbezieht, die nur einmal am Deutschen Alterssurvey teilgenommen haben. Die beiden Analysemethoden lassen außerdem zu, die Effekte von

Prädiktoren der Altersverläufe (hier: Geschlecht, Kohorte sowie die Interaktion von beiden) zu schätzen. Das Signifikanzniveau für alle inferenzstatistischen Tests wurde auf $p < 0,05$ festgelegt.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Lebenszufriedenheit im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

Altersverlauf der Lebenszufriedenheit bei Frauen und Männern: Frauen sind im mittleren Erwachsenenalter zufriedener, im hohen Alter aber weniger zufrieden mit ihrem Leben als Männer.

Die Verlaufskurve, die beschreibt, wie sich die Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Alter durchschnittlich verändert, ist auf den ersten Blick sehr ähnlich für Frauen und Männer (Abbildung 4-1): Zunächst werden Menschen vom 40. Lebensjahr an im Durchschnitt zufriedener mit ihrem Leben, ehe ab dem höheren Alter ein leichtes Absinken der durchschnittlichen Zufriedenheit zu beobachten ist.

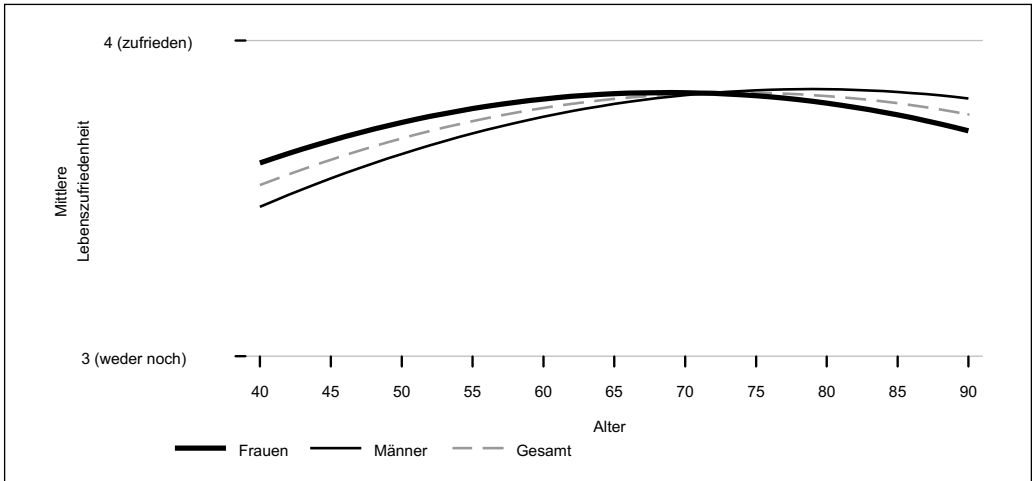
Die Verlaufskurven der Frauen und Männer sind jedoch nicht identisch, auch wenn sie in jedem Lebensalter über den betrachteten Altersverlauf nah beieinander liegen: Im Alter von ca. 64 Jahren (dies entspricht dem mittleren Alter der Gesamtstichprobe) berichten Frauen eine höhere Lebenszufriedenheit als Männer, wobei die absolute Differenz recht klein ist (0,04 Punkte auf der Zufriedenheitsskala von 1 „sehr unzufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“). Der Rückgang in der Lebenszufriedenheit tritt bei Frauen jedoch früher ein (um das 70. Lebensjahr) als bei Männern (um das 80. Lebensjahr). Bei Frauen fällt dieser auch im Durchschnitt steiler aus, so dass sich der Geschlechterunterschied mit zunehmendem Alter umkehrt und Männer ungefähr ab dem 75. Lebensjahr zufriedener mit ihrem Leben sind als Frauen. Jedoch ist dieser Unterschied relativ gering: Errei-

chen Frauen und Männer das 90. Lebensjahr, so ist die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Männer nur um 0,1 Punkte höher als die der Frauen.

Ebenso ist das durchschnittliche Ausmaß, in dem die Lebenszufriedenheit ab dem höheren Erwachsenenalter absinkt, gering: Bei Frauen beträgt die geschätzte mittlere Differenz zwischen ihrer „maximalen“ Lebenszufriedenheit (um das 70. Lebensjahr) und ihrer durchschnittlichen Lebenszufriedenheit, wenn sie 90 Jahre alt sind, 0,12 Punkte. Bei Männern ist diese mittlere Differenz (bei ihnen zwischen dem 80. und dem 90. Lebensjahr) noch geringer und beträgt 0,03 Punkte. Zudem ist über den Altersverlauf auch im sehr hohen Alter, mit 90 Jahren etwa, die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Frauen und Männer nahe am Wert von 4 (was auf der von 1 bis 5 reichenden Skala „zufrieden“ bedeutet) und somit deutlich über dem theoretischen Mittelwert der Skala: Die meisten Frauen und Männer sind in der zweiten Lebenshälfte mit ihrem Leben zufrieden, und sie bleiben es auch im sehr hohen Alter.

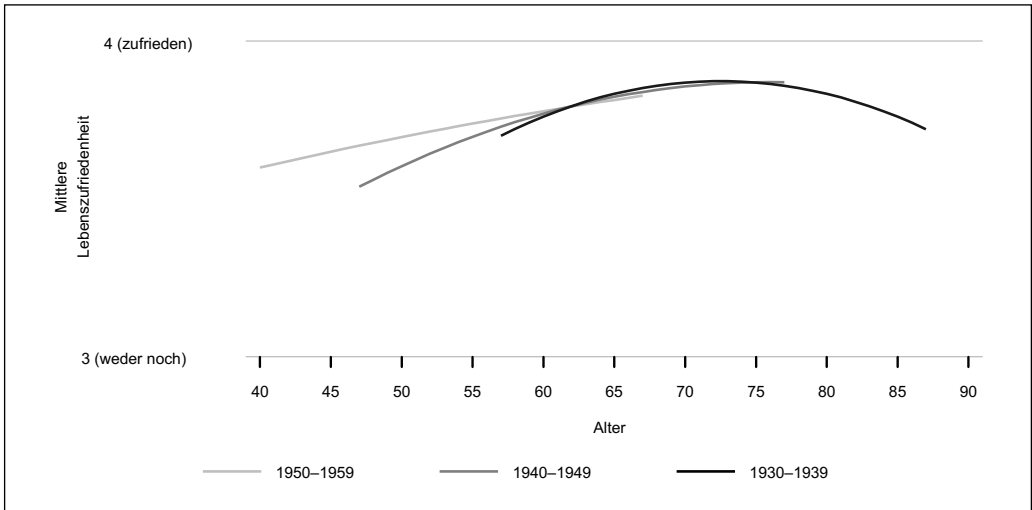
Die Rolle der Kohorten für Altersverläufe der Lebenszufriedenheit: Günstigere Altersverläufe der Lebenszufriedenheit für Frauen und Männer der später geborenen Kohorten.

Aus den Verlaufsschätzungen ergibt sich ein positiver Kohortentrend: Der im höheren Alter einsetzende durchschnittliche Rückgang der Lebenszufriedenheit fällt in den nachfolgenden Kohorten schwächer aus (vgl. Abbildung 4-2). Für die später geborene Kohorte (1950–1959) legt der geschätzte Altersverlauf sogar nahe, dass diese im hohen Al-

Abbildung 4-1 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.

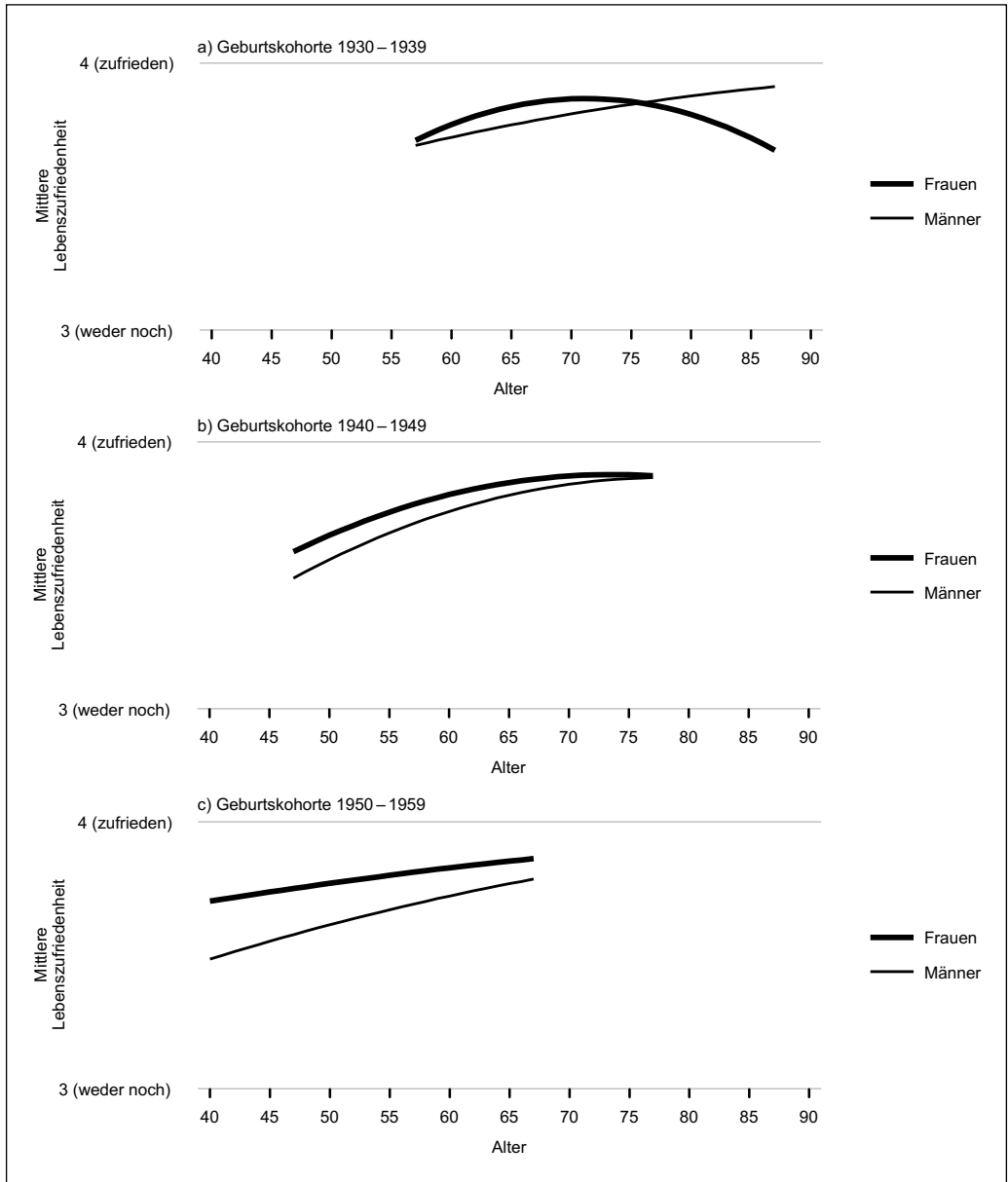
Frauen sind im Durchschnitt zunächst etwas zufriedener mit ihrem Leben als Männer, allerdings nimmt die Lebenszufriedenheit bei ihnen mit zunehmendem Alter stärker ab als bei Männern. Zudem tritt dieser Rückgang bei Frauen schon früher ein als bei Männern, so dass ihre Zufriedenheitswerte im höheren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

Abbildung 4-2 Lebenszufriedenheit nach Kohorten im Altersverlauf

Quelle: DEAS 1996–2017; Schätzungen basieren auf $n = 11\,655$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 23\,802$ Beobachtungen; kontrolliert für Region und Geschlecht. 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.

Abbildung 4-3 Lebenszufriedenheit bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf



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.

ter – das dieser Geburtsjahrgang aktuell noch nicht erreicht hat – voraussichtlich durch eine stabil bleibende oder sogar leicht ansteigende Lebenszufriedenheit charakterisiert ist, während bei den früher geborenen Kohorten (1930–1939 sowie 1940–1949) ein Rückgang der Lebenszufriedenheit im hohen Alter (Kohorte 1930–1939: ca. ab dem 75. Lebensjahr; Kohorte 1940–1949: ca. ab dem 80. Lebensjahr) auftritt. Dieser positive Kohortentrend gilt gleichermaßen für Frauen und Männer, die sich hierin nicht statistisch bedeutsam unterscheiden (Abbildung 4-3).

4.3.2 Depressive Symptome im Verlauf der zweiten Lebenshälfte

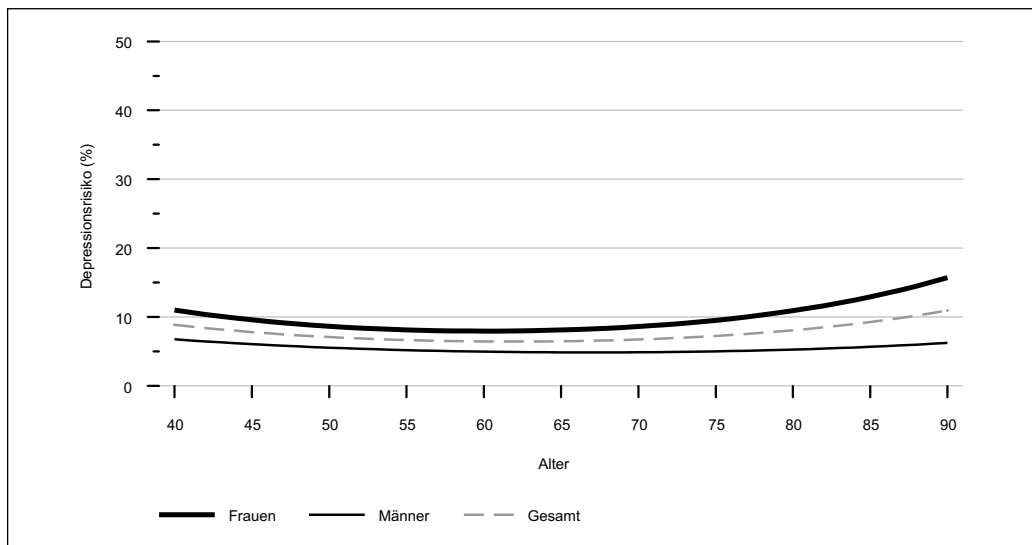
Altersverlauf der depressiven Symptome bei Frauen und Männern: Frauen sind häufiger von klinisch auffälligen depressiven Symptomen betroffen, und

ihre Wahrscheinlichkeit für diese Symptome steigt mit dem Alter stärker an als die der Männer.

Vom 40. Lebensjahr an sinkt das Risiko für klinisch auffällige depressive Symptome zunächst, und zwar sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Im Übergang vom höheren ins sehr hohe Alter steigt ihr durchschnittliches Risiko dagegen an.

Neben dieser grundsätzlich ähnlichen Verlaufsförmigkeit bei Frauen und Männern gibt es jedoch auch Unterschiede: Über den Altersverlauf betrachtet, haben im Alter von ca. 64 Jahren (mittleres Alter der Stichprobe) Frauen ein höheres Risiko, an klinisch auffälligen depressiven Symptomen zu leiden. Darüber hinaus ist der im Altersverlauf auftretende Anstieg der Wahrscheinlichkeit, im hohen oder sehr hohen Alter an klinisch auffälligen Symptomen zu leiden, bei Frauen stärker als bei Männern, so dass die Diskrepanz zwischen Frauen und Männern mit steigendem Alter zu-

Abbildung 4-4 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.

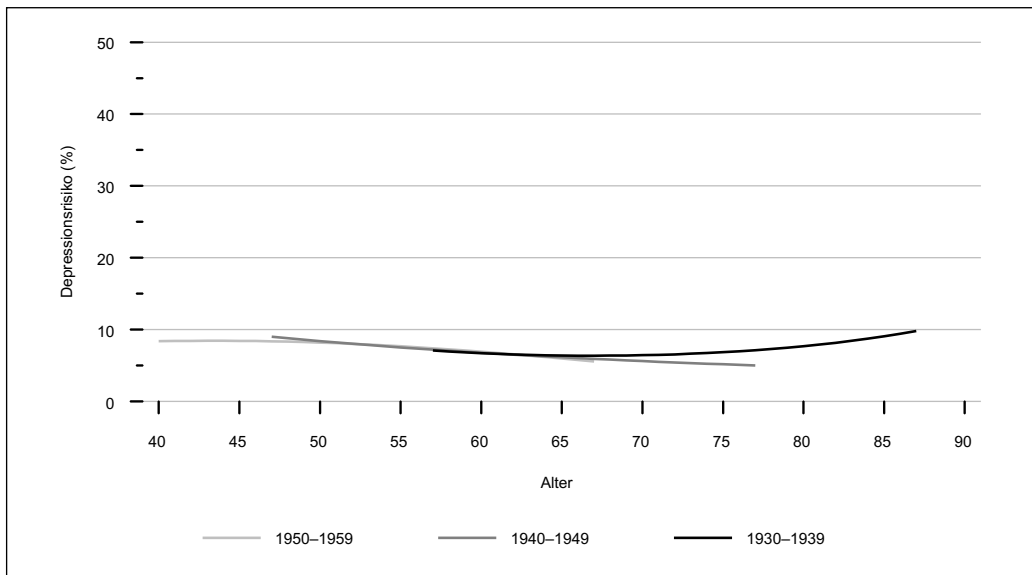
Frauen sind, wenn sie das Alter von 64 Jahren erreichen, von einem höheren Depressionsrisiko betroffen als Männer, zudem steigt ihr Depressionsrisiko mit zunehmendem Alter stärker an als das der Männer.

nimmt (Abbildung 4-4). Dies führt dazu, dass spät im Altersverlauf, im Alter von etwa 90 Jahren, die geschätzte Wahrscheinlichkeit für eine klinisch auffällige Depression bei Frauen knapp 16 Prozent beträgt, während sie bei Männern mit ungefähr sechs Prozent deutlich geringer ist. Bei Frauen steigt das durchschnittliche Depressionsrisiko zudem früher im Altersverlauf an, bereits ungefähr ab dem 60. Lebensjahr, bei Männern ist dieser Anstieg dagegen erst ab dem ca. 70. Lebensjahr zu beobachten.

Die Rolle der Kohorten für Altersverläufe klinisch auffälliger depressiver Symptome: Weder bei Frauen noch bei Männern unterscheiden sich die Verläufe zwischen den Geburtsjahrgängen.

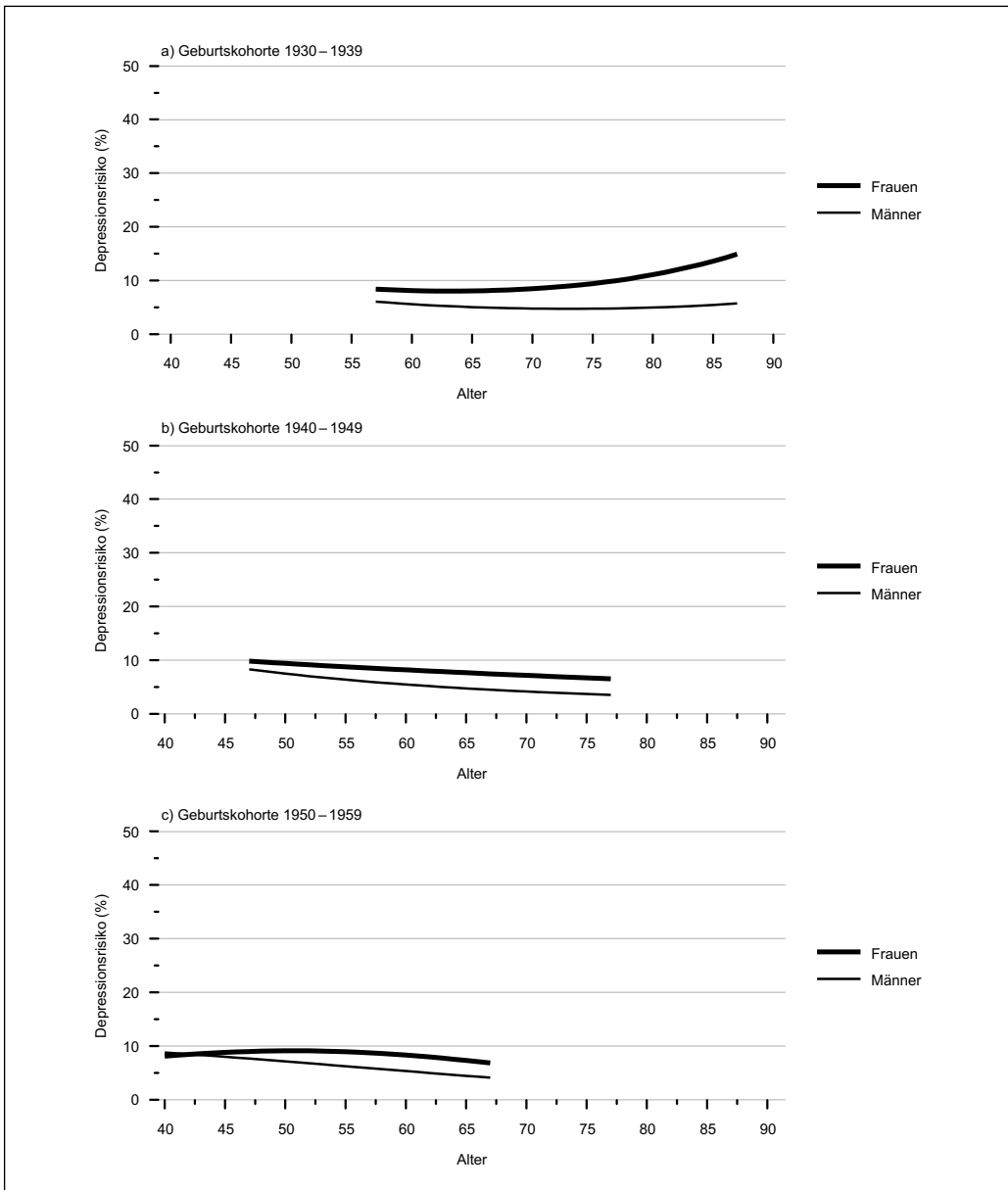
Anders als für die Lebenszufriedenheit unterscheiden sich die drei ausgewählten Geburtskohorten nicht hinsichtlich ihres Depressionsrisikos mit ca. 64 Jahren und hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Altersveränderung im Depressionsrisiko. Dieses scheint also über die untersuchten nachfolgenden Kohorten hinweg relativ stabil geblieben zu sein (Abbildung 4-5). Da es auch keine signifikante Interaktion von Kohortenzugehörigkeit und Geschlecht gibt, kann zudem gefolgert werden, dass für Frauen und Männer gleichermaßen der Altersverlauf des Depressionsrisikos über die Kohorten, und damit auch die Diskrepanz in den Altersverläufen zwischen Frauen und Männern, stabil geblieben ist (Abbildung 4-6).

Abbildung 4-5 Depressionsrisiko nach Kohorten im Altersverlauf



Quelle: DEAS 2002–2017; Schätzungen basieren auf $n = 10\,504$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 16\,677$ Beobachtungen; kontrolliert für Region und Geschlecht. 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.

Abbildung 4-6 Depressionsrisiko bei Frauen und Männern nach Kohorten im Altersverlauf

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 und verändern sich nicht signifikant über die Kohorten.

4.4 Diskussion

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die Altersverläufe von Lebenszufriedenheit und depressiven Symptomen, die zentrale Maße des allgemeinen Wohlbefindens und der subjektiven Lebensqualität sind, über die zweite Lebenshälfte für Frauen und Männer sowie die Rolle von geschlechtsspezifischen Kohortenunterschieden untersucht.

Bei Frauen und Männern folgen die durchschnittlichen Altersverläufe von Lebenszufriedenheit und depressiven Symptomen zunächst einem positiven Trend vom 40. Lebensjahr an (also ein Zuwachs der Lebenszufriedenheit sowie ein Rückgang des Risikos klinisch auffälliger depressiver Symptome). Ab dem höheren Alter sinkt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit, und das Depressionsrisiko steigt an. Frauen berichten, wenn sie das 64. Lebensjahr erreichen, eine höhere Lebenszufriedenheit als Männer, jedoch ist bei ihnen der durchschnittliche Rückgang der Lebenszufriedenheit im höheren Alter stärker als bei Männern. Zudem weisen Frauen über die gesamte zweite Lebenshälfte ein höheres Depressionsrisiko auf als Männer, das bei ihnen im höheren Alter auch stärker ansteigt als bei Männern. Was Kohortenunterschiede betrifft, legen unsere Befunde nahe, dass die später geborenen Kohorten mit einer höheren Lebenszufriedenheit das hohe und sehr hohe Alter erreichen werden, während der Altersverlauf des Depressionsrisikos nicht unterschiedlich für die Kohorten ausgefallen ist, weder für Frauen noch für Männer.

Interpretation

Die jungen Alten (Baltes & Smith 2003), also Personen um das 60. Lebensjahr, scheinen diejenigen zu sein, die im Durchschnitt das höchste psychische Wohlbefinden aufweisen (Mroczek & Spiro 2005). Andere Studien beobachten ebenfalls, dass die mittlere Lebenszufriedenheit im mittlere

ren Erwachsenenalter niedriger und die Depressionswahrscheinlichkeit größer ist als im höheren Alter von 60 Jahren (Blanchflower & Oswald 2008; McAdams, Lucas, & Donnellan 2012; Sutin et al. 2013b). Möglicherweise ist also das mittlere Erwachsenenalter eine belastungsreiche Phase für Frauen und Männer, in der Anforderungen aus verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit und Familie kumulieren und Zielkonflikte zwischen diesen Lebensbereichen auftreten können (Knecht, Bauer, Gutzwiller, & Hämmig 2011). Dies kann eine Gefährdung der Work-Life-Balance und in der Folge auch des psychischen Wohlbefindens darstellen.

Dass im Durchschnitt die maximale Lebenszufriedenheit in einer Altersphase um das 65. Lebensjahr und später erreicht wird, kann zudem daran liegen, dass bei Frauen und Männern der Übergang in den Ruhestand, der ja bei einigen um dieses Alter herum vollzogen wird, zunächst mit einem Anstieg der Lebenszufriedenheit verknüpft ist (Wetzel, Huxhold, & Tesch-Römer 2016), was Atchley (1976) als „Honeymoon-Phase“ bezeichnete.

Gleichzeitig ist es wichtig zu bedenken, dass die individuellen Altersverläufe der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symptome sehr unterschiedlich ausfallen von Frau zu Frau und von Mann zu Mann. Der beschriebene Verlauf der Lebenszufriedenheit und der Depression entspricht dem durchschnittlichen Veränderungstrend. Es werden also nicht alle Menschen mit einem Anstieg ihrer Lebenszufriedenheit oder einem Rückgang depressiver Symptome ab dem 40. Lebensjahr rechnen können, bei manchen wird die Lebenszufriedenheit stattdessen stabil bleiben oder sogar zurückgehen. Das gilt auch für spätere Lebensphasen: Im Übergang vom höheren ins sehr hohe Alter wird nicht jede Person zwingend einen Rückgang ihrer Lebenszufriedenheit oder einen Anstieg ihrer depressiven Symptomatik erleben.

Zudem halten der durchschnittliche Anstieg der Lebenszufriedenheit sowie der Rückgang der De-

pressionswahrscheinlichkeit nicht über die gesamte Lebensspanne an. Vielmehr treten im Durchschnitt ca. zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr Rückgänge in der Lebenszufriedenheit auf, während die Depressionswahrscheinlichkeit sogar bereits früher, nämlich um das 60. Lebensjahr, ansteigt. Dass Lebenszufriedenheit im höheren Alter zurückgeht (mit besonders deutlichen Einbußen in den letzten 3 bis 5 Lebensjahren; Gerstorff et al. 2010), steht im Einklang mit der bisherigen Forschung (Mroczek & Spiro 2005; Schilling 2006). Ebenso ist belegt, dass es im hohen und sehr hohen Alter eine erhebliche Gruppe von Frauen und Männern gibt, die mit einem Anstieg depressiver Symptome konfrontiert sind (Diegelmann et al. 2016; Schupp, Goebel, Kroh, & Wagner 2013; Wettstein et al. 2015). Das sehr hohe Alter stellt in vielerlei Hinsicht eine verletzliche Lebensphase dar (Baltes & Smith 2003; Schilling & Wahl 2014; Wahl & Schilling 2012), etwa in Bezug auf das Risiko für Demenz oder Einbußen der funktionalen Gesundheit (siehe Kapitel 3 *Funktionale und subjektive Gesundheit* in diesem Band), was eine geringere Lebenszufriedenheit sowie ein erhöhtes Depressionsrisiko in dieser Lebensphase erklären könnte.

Gleichzeitig kann jedoch, zumindest für die Lebenszufriedenheit, „Entwarnung“ gegeben werden: Unsere Befunde zeigen auch, dass die meisten Frauen und Männer mit ihrem Leben zufrieden sind und es bis ins sehr hohe Alter bleiben. In jedem Lebensalter über den Alternsverlauf liegt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit über dem theoretischen Skalenmittelwert von 3. Zwar sinkt nach dem 75. bis 80. Lebensjahr die Lebenszufriedenheit im Durchschnitt ab, dieser Effekt ist jedoch – in Skaleneinheiten betrachtet – insgesamt klein.

Die durchschnittlichen Alternsverläufe in Lebenszufriedenheit und depressiver Symptomatik sind nicht identisch für Frauen und Männer: Frauen sind zwar um das 64. Lebensjahr im Durchschnitt zunächst zufriedener mit ihrem Leben als Männer. Allerdings ist der im höheren Alter auftretende mittlere Rückgang in der Lebenszufrie-

denheit bei Frauen stärker als bei Männern. Gerade im hohen und sehr hohen Alter sind Frauen also weniger zufrieden als Männer. Ähnlich zeigt sich für das Risiko depressiver Symptome, dass dieses allgemein bei Frauen höher ist als bei Männern. Zudem steigt dieses Risiko bei Frauen stärker und schon früher im Alternsverlauf an als bei Männern. Somit stellen Frauen eine Risikogruppe dar, die von ungünstigeren Verläufen der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symptome im hohen und sehr hohen Alter betroffen sind und daher möglicherweise besonders von Maßnahmen und Interventionen zum Erhalt der Lebensqualität bis ins sehr hohe Alter profitieren könnten.

Naheliegender ist die Vermutung, dass die beschriebenen Geschlechterunterschiede daran liegen, dass Frauen im Allgemeinen eine deutlichere Verschlechterung der funktionalen Gesundheit mit dem Alter erleben als Männer (siehe Kapitel 3 *Funktionale und subjektive Gesundheit* in diesem Band), was in der Folge stärkere Einbußen in der Lebenszufriedenheit sowie einen deutlicheren Anstieg depressiver Symptomatik im hohen Alter mit sich bringen könnte. Möglicherweise ist Verwitwung ein weiterer Erklärungsfaktor, denn sie stellt eine bedeutsame Gefährdung des psychischen Wohlbefindens dar (Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas 2012), von der Frauen im Alter aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung häufiger betroffen sind als Männer (Statistisches Bundesamt 2014). Darüber hinaus könnten Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern und eine höhere Armutsgefährdung der Frauen im Alter (Lejeune, Romeu Gordo, & Simonson 2017) oder Geschlechterunterschiede in anderen Ressourcen und Aufgaben (siehe Kapitel 6 *Unbezahlte Sorgetätigkeiten* und Kapitel 7 *Ehrenamtliches Engagement* in diesem Band) eine Rolle für die geschlechterdifferenziellen Alternsverläufe der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symptomatik spielen.

Was Kohortenunterschiede betrifft, fällt der voraussichtliche Alternsverlauf bis ins hohe Alter für die Lebenszufriedenheit bei den später geborenen Kohorten – für Frauen und Männer gleichermaßen – positiver aus. Während also bei der

früher geborenen Kohorte (1930–1939 Geborene) ein mittlerer Rückgang der Lebenszufriedenheit im hohen Alter beobachtet wird, wird ein solcher Rückgang nicht, oder in deutlich abgeschwächter Form, erwartet für die später geborenen Kohorten. Naheliegend und plausibel ist, dass veränderte Lebensbedingungen, etwa technischer Fortschritt, positive Kohortentrends in der Lebenszufriedenheit mit sich gebracht haben könnten. Positive Kohortentrends in Lebenszufriedenheit und anderen Wohlbefindensmaßen wurden – zumindest teilweise – auch in anderen Studien berichtet (Gerstorff, Hülür, Drewelies, Eibich, Duezel, Demuth, Ghisletta, Steinhagen-Thiessen, Wagner, & Lindenberger 2015; Hülür, Drewelies, Eibich, Düzel, Demuth, Ghisletta, Steinhagen-Thiessen, Wagner, Lindenberger, & Gerstorff 2016; Hülür et al. 2015; Sutin et al. 2013a).

Derartige in die Zukunft gerichtete Verlaufsschätzungen könnten sich für die später geborenen Kohorten womöglich als unzutreffend erweisen, sie setzen voraus, dass sich bisherige Kohortentrends fortsetzen werden. Betrachtet wurden zudem in diesen Analysen nur drei Geburtskohorten, die relativ nahe beieinander liegen. Kohortentrends mögen stärker (und womöglich auch stärker geschlechterdifferenziell) ausfallen, wenn chronologisch weiter auseinander liegende Geburtsjahrgänge betrachtet werden, und dies über einen (noch) ausgedehnten Beobachtungszeitraum.

Anders als bei der Lebenszufriedenheit zeigt sich für das Risiko depressiver Symptome kein positiver Kohortentrend. Dieser Befund legt nahe, dass noch mehr in eine Verbesserung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen investiert werden muss, damit künftige Ältere nicht nur mit einer höheren Lebenszufriedenheit, sondern auch mit einem geringeren Depressionsrisiko ins hohe und sehr hohe Alter kommen. Das gilt besonders für Frauen, denn dieser nicht beobachtbare Kohortentrend bedeutet auch, dass die diskrepanten Altersverläufe im Depressionsrisiko von Frauen und Männern über die Kohorten stabil geblieben sind. Auch künftig müssen also Frauen im Übergang vom hohen ins sehr hohe Alter wohl damit rech-

nen, dass ihr Depressionsrisiko stärker ansteigt als das der Männer. Faktoren, die der gesellschaftliche Wandel mit sich gebracht hat, etwa veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen, mögen also positiv beeinflusst haben, wie sich Frauen und Männer unterschiedlicher Geburtsjahrgänge hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit entwickelt haben, nicht jedoch, wie sich ihr Depressionsrisiko im Altersverlauf ändert. Das Depressionsrisiko ist insbesondere im hohen und sehr hohen Alter stark von Aspekten der körperlichen Gesundheit einer Person abhängig (Diegelmann et al. 2016; Schilling, Wahl, & Reidick 2013). Befunde zur Gesundheit (siehe Kapitel 3 *Funktionale und subjektive Gesundheit* in diesem Band) legen nahe, dass sich der ungünstigere durchschnittliche Altersverlauf der funktionalen Gesundheit bei Frauen im Vergleich zu Männern ebenfalls über nachfolgende Kohorten fortgesetzt hat beziehungsweise fortsetzen wird. Die Diskrepanz im gesundheitlichen Altersverlauf von Frauen und Männern hat also nicht abgenommen, und das könnte eine Erklärung dafür sein, dass auch die diskrepanten Altersverläufe der depressiven Symptomatik bei Frauen und Männern stabil geblieben sind.

Politische Implikationen

Anders als für die Lebenszufriedenheit gibt es für das Depressionsrisiko auf Grundlage unserer Ergebnisse 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, und zwar in ähnlicher Weise wie bei früher geborenen Jahrgängen. 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, gemäß unserer Befunde 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 beschrie-

bene 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 Interventionen sein, um die Gesundheit der Frauen im hohen und sehr hohen Alter – und auch bereits in früheren Lebensaltern – zu erhalten oder zu steigern. Dies gilt ebenso für weitere Maßnahmen, die auf die Prävention von Depression – besonders bei Frauen – abzielen. Diese könnten einen erheblichen Beitrag leisten, damit Frauen künftig mit einem geringeren Depressionsrisiko alt werden.

Literatur

- Atchley, R. C. (1976). *The sociology of retirement*. New York: Halsted Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology, 49*(2), 123–135.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine, 66*(8), 1733–1749. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.030.
- Brault, M.-C., Meuleman, B., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms in the Belgian population: disentangling age and cohort effects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(6), 903–915. doi: 10.1007/s00127-011-0398-0.
- Diegelmann, M., Schilling, O. K., & Wahl, H.-W. (2016). Feeling blue at the end of life: Trajectories of depressive symptoms from a distance-to-death perspective. *Psychology and Aging, 31*(7), 672–686. doi: 10.1037/pag0000114.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276–302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
- Gerstorff, D., Hülür, G., Drewelies, J., Eibich, P., Duzel, S., Demuth, I., Ghisletta, P., Steinhagen-Thiessen, E., Wagner, G. G., & Lindenberger, U. (2015). Secular changes in late-life cognition and well-being: Towards a long bright future with a short brisk ending? *Psychology and Aging, 30*(2), 301–310. doi: 10.1037/pag0000016.
- Gerstorff, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G., & Schupp, J. (2010). Late-Life Decline in Well-Being Across Adulthood in Germany, the UK, and the US: Something is Seriously Wrong at the End of Life. *Psychology and Aging, 25*(2), 477–485. doi: 10.1037/a0017543.

- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German version of the satisfaction with life scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment, 27*(2), 127–132. doi: 10.1027/1015-5759/a000058.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *ADS – Allgemeine Depressions Skala*. Weinheim: Beltz.
- Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 52*(03/04), 141–150. doi: 10.1055/s-2002-24953.
- Hülür, G., Drewelies, J., Eibich, P., Düzel, S., Demuth, I., Ghisletta, P., Steinhagen-Thiessen, E., Wagner, G. G., Lindenberger, U., & Gerstorf, D. (2016). Cohort differences in psychosocial function over 20 years: current older adults feel less lonely and less dependent on external circumstances. *Gerontology, 62*(3), 354–361. doi: 10.1159/000438991.
- Hülür, G., Ram, N., & Gerstorf, D. (2015). Historical improvements in well-being do not hold in late life: Birth- and death-year cohorts in the United States and Germany. *Developmental Psychology, 51*(7), 998–1012. doi: 10.1037/a0039349.
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., & Castille, D. (2003). Depression in adult women: age changes and cohort effects. *American Journal of Public Health, 93*(12), 2061–2066.
- Knecht, M. K., Bauer, G. F., Gutzwiller, F., & Hämmig, O. (2011). Persistent work-life conflict and health satisfaction – A representative longitudinal study in Switzerland. *BMC Public Health, 11*(271), 1–8. doi: 10.1186/1471-2458-11-271.
- Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E., & Sosnowsky, N. (2008). Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (STDS-T). *Diagnostica, 54*(2), 61–70.
- Lejeune, C., Romeu Gordo, L., & Simonson, J. (2017). Einkommen und Armut in Deutschland: Objektive Einkommenssituation und deren subjektive Bewertung. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 97–110). Wiesbaden: Springer VS.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(3), 592–615.
- McAdams, K. K., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2012). The Role of Domain Satisfaction in Explaining the Paradoxical Association Between Life Satisfaction and Age. *Social indicators research, 109*(2), 295–303. doi: 10.1007/s11205-011-9903-9.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A., III. (2005). Change in Life Satisfaction During Adulthood: Findings From the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 189–202. doi: 10.1037/0022-3514.88.1.189.
- Murphy, J. M., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M., & Leighton, A. H. (2000). A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Archives of General Psychiatry, 57*(3), 209–215.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(4), 195–213.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385–401. doi: 10.1177/014662167700100306.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 141–166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141.

- Ryff, C. D., Dienberg Love, G., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., Davidson, R. J., & Singer, B. (2006). Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(2), 85–95. doi: 10.1159/000090892.
- Schilling, O. K. (2006). Development of Life Satisfaction in Old Age: Another view on the ‚paradox‘. *Social Indicators Research*, 75(2), 241–271. doi: 10.1007/s11205-004-5297-2.
- Schilling, O. K. (2005). Cohort- and age-related decline in elder’s life satisfaction: is there really a paradox? *European Journal of Ageing*, 2(4), 254–263. doi: 10.1007/s10433-005-0016-7.
- Schilling, O. K., & Wahl, H.-W. (2014). Herausforderungen am Ende der Lebensspanne – Facetten von Hochaltrigkeit zwischen bedeutsamer Anpassung und hoher Verletzlichkeit. In: H.-W. Wahl & A. Kruse (Hrsg.) *Lebensläufe im Wandel* (S. 201–214). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schilling, O. K., Wahl, H.-W., & Reidick, O. (2013). Trajectories of depressive symptoms in advanced old age: A functional approach concerning the role of physical functioning. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 26(1), 29–38. doi: 10.1024/1662-9647/a000079.
- Schupp, J., Goebel, J., Kroh, M., & Wagner, G. G. (2013). Zufriedenheit in Deutschland so hoch wie nie nach der Wiedervereinigung: Ostdeutsche signifikant unzufriedener als Westdeutsche. *DIW Wochenbericht*, 80(47), 34–43.
- Shao, J., Li, D., Zhang, D., Zhang, L., Zhang, Q., & Qi, X. (2013). Birth cohort changes in the depressive symptoms of Chinese older adults: a cross-temporal meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1101–1108. doi: 10.1002/gps.3942.
- Spuling, S., Ziegelmann, J. P., & Wünsche, J. (2017). Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer VS.
- Statistisches Bundesamt (2014). *Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51(4), 185–197. doi: 10.1026//0033-3042.51.4.185
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Milaneschi, Y., An, Y., Ferrucci, L., & Zonderman, A. B. (2013a). The effect of birth cohort on well-being: the legacy of economic hard times. *Psychological Science*, 24(3), 379–385. doi: 10.1177/0956797612459658.
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Milaneschi, Y., An, Y., Ferrucci, L., & Zonderman, A. B. (2013b). The trajectory of depressive symptoms across the adult lifespan. *JAMA psychiatry*, 70(8), 803–811. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.193.
- Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., & Tomasik, M. J. (2008). Gender Differences in Subjective Well-Being: Comparing Societies with Respect to Gender Equality. *Social Indicators Research*, 85(2), 329–349. doi: 10.1007/s11205-007-9133-3.
- Wahl, H.-W., & Schilling, O. (2012). Das hohe Alter. In: W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie* (S. 311–336). Weinheim: Beltz Verlag.
- Wettstein, M., Schilling, O. K., Reidick, O., & Wahl, H.-W. (2015). Four-year stability, change, and multidirectionality of well-being in very-old age. *Psychology and Aging*, 30(3), 500–516. doi: 10.1037/pag0000037.
- Wetzel, M., Huxhold, O., & Tesch-Römer, C. (2016). Transition into Retirement Affects Life Satisfaction: Short-and Long-Term Development Depends on Last Labor Market Status and Education. *Social Indicators Research*, 125(3), 991–1009. doi: 10.1007/s11205-015-0862-4.

Wolff, J. K., & Tesch-Römer, C. (2017). Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 171–183). Wiesbaden: Springer VS.

Yang, Y. (2007). Is old age depressing? Growth trajectories and cohort variations in late-life depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1), 16–32.

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

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

