

Abschlussbericht: Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW (Folgebefragung NRW80+)

Wagner, Michael (Ed.); Zank, Susanne (Ed.)

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Abschlussbericht / final report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wagner, M., & Zank, S. (Hrsg.). (2022). *Abschlussbericht: Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW (Folgebefragung NRW80+)*. Köln: Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-83335-2>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

November 2022

Abschlussbericht: Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW (Folgebefragung NRW80+)

Herausgeber:innen
Michael Wagner
Susanne Zank

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social
Sciences of Health (**ceres**)
Universität zu Köln

Fördernde Institution:
**Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes
Nordrhein-Westfalen**



NRW 80+



ceres

cologne center for
ethics, rights, economics, and social sciences
of health

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	3
1.1	Theoretischer Ansatz: das CHAPO-Modell	4
1.2	Bedeutung eines Hochaltrigen-Panels	5
1.3	Struktur dieses Berichtes	7
2	Studienbeschreibung	10
2.1	Einleitung	10
2.2	Empirische Vorarbeiten	11
2.3	Repräsentativbefragung 2017/2018 (Welle 1)	11
2.4	Repräsentativbefragung 2019-2021 (Welle 2)	12
2.4.1	Wiederbefragung panelbereiter Teilnehmer:innen der ersten Welle	12
2.4.2	Aufstockungsstichprobe zur Sicherung der Repräsentativität	12
2.4.3	Änderung aufgrund der Coronapandemie	13
2.5	Inhalte	15
2.5.1	Änderungen wegen Coronapandemie	15
2.6	Realisierte Befragungen	16
2.7	Untersuchungsgruppen	16
2.8	Analysen	17
2.8.1	Trendanalysen	17
2.8.2	Analysen intraindividuelle Veränderungen	17
2.9	Repräsentativität/Geltungsbereich der Aussagen	18
3	Ergebnisse zu ausgewählten Aspekten der Lebensqualität im hohen Alter	20
3.1	Gesundheit	20
3.1.1	Einleitung	21
3.1.2	Methoden	23
3.1.3	Ergebnisse	25
3.1.4	Diskussion	39
3.2	Soziale Lebensbedingungen	47
3.2.1	Soziale Ungleichheit	47
3.2.2	Soziales Netzwerk und soziale Beziehungen	62
3.3	Lebensqualitätsresultate	77
3.3.1	Veränderung der subjektiven Lebensqualität im sehr hohen Alter	77
3.3.2	Empfundene gesellschaftliche Wertschätzung	97
3.3.3	Gelingende Lebensführung: Autonomie und aktive Verbundenheit	113
4	Abschlussbetrachtung und Empfehlungen	127
4.1	Methodisches Design	127
4.2	Ergebnisse	127
4.3	Empfehlungen	132
4.4	Implikationen für die Wissenschaft	133

1 Einführung

Roman Kaspar, Marcella Reissmann, Judith Wenner, Michael Wagner & Susanne Zank

Der demographische Wandel bringt insbesondere eine Zunahme von Menschen im hohen und sehr hohen Alter mit sich. Der Anteil an der Bevölkerung von Menschen im Alter von 80 Jahren und älter wird von etwa 5 % im Jahr 2013 auf etwa 13 % im Jahr 2060 steigen – ein Anstieg um das Zweieinhalbfache (Peters et al., 2010; Statistisches Bundesamt, 2015). Gleichzeitig erfährt die Lebensphase des hohen Alters durch nachrückende Geburtskohorten (Mahne et al., 2017), die zunehmende Digitalisierung aller Lebensbereiche (Jokisch & Wahl, 2016) sowie die im Zuge der demographischen Entwicklung veränderten Diskurse um die Herausforderungen und Potenziale des hohen Lebensalters (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2002; Tesch-Römer et al., 2022) einen deutlichen Wandel. All dies stellt gesellschaftliche und politische Akteure vor neue Aufgaben, bedeutet aber vor allem auch die Herausforderung, Bedingungen zu schaffen, die ein sehr langes Leben in Selbständigkeit und hoher Lebensqualität ermöglichen.

Trotz vielfältiger spezifischer Studien zu Teilgruppen sehr alter Menschen (z.B. Menschen mit Demenz, Hundertjährige) und dem zunehmenden Anteil sehr alter Menschen auch in größeren bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitsstudien (z.B. GEDA) und sozialwissenschaftlichen Altersstudien (z.B. SHARE, SOEP, DEAS), fehlt es an grundlegenden Erkenntnissen zu Lebensqualität und Lebensumständen der Hochaltrigen, um ihre Bedürfnisse und den gesellschaftlichen Gestaltungsbedarf sinnvoll bestimmen zu können. Entgegen der gesellschaftlichen Bedeutung dieser Altersgruppe – starkes Wachstum, spezifische Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe – liegen deutschlandweit keine Panelstudien des höheren Lebensalters vor, die hinreichend präzise Aussagen zur Entwicklung jenseits des achtzigsten Lebensjahres erlauben. Die Befragten des Deutschen Alterssurveys erreichen frühestens bei der ersten Folgebefragung drei Jahre nach ihrem Studieneinschluss ein Alter über 85 Jahre, und stellen darum für sich genommen keine Zufallsauswahl aus der entsprechenden Grundgesamtheit mehr dar. Darüber hinaus berücksichtigen die bislang verfügbaren Daten des DEAS praktisch keine Stellvertreterinterviews für den Fall, dass die hochaltrige Person selbst nicht mehr auskunftsfähig ist, weshalb von einer hohen altersspezifischen Panelmortalität ausgegangen werden muss. Das im DEAS vorgesehene Befragungsintervall von drei Jahren erscheint darüber hinaus zu lang, um die Entwicklungsdynamik in der Hochaltrigkeit und am Lebensende zuverlässig abbilden zu können (Cadar et al., 2015; Wettstein & Schilling, 2017).

Im Rahmen der Studie „NRW80+“ wurde darum im Jahr 2017 erstmals landesweit und repräsentativ erfasst, unter welchen Umständen hochaltrige Menschen leben, welche Rolle sie in unserer Gesellschaft spielen, wie zufrieden sie sind – selbst mit vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen –, und was ihnen für ein möglichst unbeschwertes Leben im Alltag fehlt. Auf dieser Grundlage sollen am ceres Vorschläge für alltagsnahe Konzepte entwickelt werden: Wie kann die medizinische und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen verbessert werden? Wie können wir Lebenswelten so gestalten, dass eine als sinnvoll empfundene Lebensführung und ein hohes subjektives Wohlbefinden möglich sind? Welche Diskurse über gelingendes Altern und Potenziale des Alterns sind hilfreich auch für sehr alte Menschen und Menschen am Lebensende?

Ceres, das Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, ist ein Zentrum für die interdisziplinäre Forschung, Aus- und Fortbildung sowie Beratung zu gesellschaftsrelevanten Fragen im Bereich der Gesundheit. Es wird getragen von fünf Fakultäten und dem Rektorat der Universität zu Köln. Die gezielt inter- und transdisziplinäre Ausrichtung von ceres ermöglicht die Bündelung bislang kaum verknüpfter Forschung und damit einen übergreifenden und zugleich praxisrelevanten Erkenntnisgewinn. Dabei sind das Altern und der demographische Wandel besondere inhaltliche Schwerpunkte, da sie Wissenschaft und Gesellschaft aktuell vor Herausforderungen stellen, die nur unter

Einbeziehung einer Vielfalt wissenschaftlicher Disziplinen sowie gesellschaftlicher Akteur:innen bewältigt werden können.

Im NRW80+ Hochaltrigenpanel werden die Zugänge aller bei ceres vertretenen Disziplinen zusammengeführt und deskriptive, evaluative und normative Aspekte des Lebens im sehr hohen Alter beleuchtet. Dadurch wurde es möglich, einen umfassenden und disziplinübergreifenden Kompetenz- und Datenpool zu generieren, damit gemeinsam praxismgerechte und gesamtheitliche Lösungen für eine Gestaltung guter Rahmenbedingungen des Alterns geschaffen werden. Diese Ergebnisse sind ein wichtiger Baustein für die weitere Forschung im Wissenschaftsschwerpunkt zur inter- und transdisziplinären Altersforschung an der Universität zu Köln und bei ceres.

1.1 Theoretischer Ansatz: das CHAPO-Modell

Zur umfassenden Abbildung von Lebensqualität im hohen Alter wurde während der ersten Projektphase ein interdisziplinäres Rahmenkonzept entwickelt. In diesem können unterschiedliche disziplinäre Marker von Lebensqualität verortet und zueinander in Beziehung gesetzt werden (Abbildung 1). Diese umfassen zum einen externale Ressourcen, z.B. eine gute Sicherung und Versorgungslage (Wohlstandsindikatoren, Lebenswerte Umwelten), sowie individuelle sozioökonomische Ressourcen und Ressourcen im Sinne vielfältiger Kompetenzen und Handlungsoptionen älterer Menschen selbst (Lebenstüchtigkeit). Zum anderen betreffen sie Ergebnisse individueller und gesellschaftlicher Bewertungsprozesse als Marker des subjektiven Wohlbefindens und erfolgreichen Alterns.

	Umwelt		Person
Lebensmöglichkeiten	Lebenswerte Umwelten		Lebenstüchtigkeit/ Befähigung der Person
	Ansprüche (Soll)	- Über-individuelles Wertesystem	- Individuelles Wertesystem
	Bedingungen (Ist)	- Umweltbedingungen und Opportunitätsstrukturen	- Verfügbare Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person
Lebensergebnisse	Wertschätzung durch Andere		Gelingende Lebensführung
	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung von (Lebens-) Leistungen - Akzeptanz des So-Seins Hochaltriger - Sozialer Status 		<ul style="list-style-type: none"> - Funktionalität in Lebensvollzügen - Kohärenz - Generativität - Soziale Eingebundenheit
			Wertschätzung des eigenen Lebens
			<ul style="list-style-type: none"> - Affektives Wohlbefinden - Psychische Belastung - Lebenszufriedenheit

Abbildung 1. Das Challenges and Potentials (CHAPO) Modell der Lebensqualität im sehr hohen Alter (Wagner et al., 2018; übersetzt durch Neise et al., 2019; Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des NOMOS-Verlages).

Das Challenges and Potentials Model (CHAPO; Neise et al., 2019; Wagner et al., 2018) differenziert etablierte Lebensqualitätsmodelle in zweierlei Hinsicht weiter aus, um den Spezifika der Hochaltrigkeit gerecht zu werden: Erstens werden gesellschaftliche und individuelle Anspruchs- und Werthaltungen unterschieden, vor deren Hintergrund die Lebensqualität älterer Menschen beurteilt wird. Das ist wichtig, weil die Lebenserfahrungen und Werthaltungen sehr alter Menschen im Zuge steigender Lebenserwartung und des

gesellschaftlichen Wandels sowie mit zunehmender zeitlicher Distanz zu aktiv übernommenen Rollen in Beruf und Gesellschaft ggfs. aus dem Blick gesellschaftlicher Akteur:innen geraten, die durch ihre Entscheidungen auch Lebensbedingungen im Alter mitbestimmen. Nur wenn die Vorstellungen Hochaltriger selbst im gesellschaftlichen Diskurs über das hohe Alter ebenfalls berücksichtigt werden, kann eine umfassende Beurteilung ihrer Lebensqualität erfolgen. Zweitens wird mit dem Konstrukt der Gelingenden Lebensführung jenes Spannungsfeld, das sich aus den Ansprüchen des Individuums selbst und seines sozialen/gesellschaftlichen Kontexts ergibt, explizit angesprochen. Gesellschaftliche Leitbilder des produktiven, erfolgreichen, selbstverantwortlichen, oder generativen Alterns werden bereits kontrovers diskutiert: Gerade angesichts der im sehr hohen Lebensalter gesteigerten Wahrscheinlichkeit von in schlechtem Gesundheitszustand und in ungünstigen Ressourcenlagen verbrachten Lebensjahren (Tesch-Römer et al., 2022; Tesch-Römer & Wahl, 2017) versagen einige der vorgeschlagenen Vorstellungen vom positiven und aktiven Altern. Es müssen stattdessen Formen gelingender Lebensführung herausgearbeitet und als neues Leitbild angeboten werden, die prinzipiell bis zum Tod angestrebt werden können.

Durch die in den Jahren 2017/2018 erfolgreich durchgeführte Repräsentativbefragung NRW80+ konnte ein umfassendes Bild zur Lebenssituation hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen ermittelt werden. Erste Ergebnisse zu verschiedenen Bereichen der Lebensqualität wie z. B. Gesundheit, finanzielle Lage, Alltagsgestaltung, Werte, Einstellungen, subjektives Wohlbefinden oder soziale Beziehungen wurden mit großem Interesse aufgenommen. Zentrale Ergebnisse zu grundsätzlich beobachteten Unterschieden in der Lebensqualität zwischen verschiedenen Gruppen von hochaltrigen Menschen wurden dabei bereits kondensiert in einem internen Ministeriumsbericht (Woopen et al., 2018) und differenziert in einem Sonderheft „Lebensqualität im hohen Alter“ der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Zank et al., 2021) sowie einer Vielzahl thematischer Einzelpublikationen veröffentlicht (s. hierzu separate Aufstellung aller projektbezogener Publikationen in Anhang 1).

1.2 Bedeutung eines Hochaltrigen-Panels

Um zu verstehen, wie sich die Ressourcen und die Lebensqualität im sehr hohen Alter entwickeln, förderte das Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes NRW für weitere drei Jahre eine Folgebefragung (NRW80+ Hochaltrigenpanel). Mit Blick auf die mit der NRW80+ Hochaltrigenstudie verfolgten deskriptiven, evaluativen und normativen Studienziele ergeben sich aus einer Überführung in ein längsschnittliches NRW80+ Hochaltrigen-Panel konkret die im Folgenden beschriebenen, deutlich erweiterten Aussagemöglichkeiten.

(1) Umfassende Beschreibung individueller Entwicklungsverläufe von Ressourcenlagen und Lebensqualität (deskriptiver Ansatz):

Durch eine längsschnittliche Verfolgung der Lebenssituation der hochaltrigen Bevölkerung ist die Abschätzung der zeitlichen Dynamik sowohl im Einzelfall (individuelle Verlaufsformen) als auch in der Gesamtgruppe der Hochaltrigen (Trend) möglich. Diese Mikro- und Makroperspektiven geben wichtige Hinweise für die Prognose zukünftiger Ressourcen- und Bedarfslagen. Auch lassen sich Risikogruppen mit besonders ungünstigen Ressourcenveränderungen (z.B. Verlust sicher geglaubter Unterstützungsleistungen, sich schleichend einstellende Gefährdungssituationen) identifizieren und daraus spezifische Handlungsbedarfe ableiten.

Die Lebensphase der Hochaltrigkeit wird durch signifikante Übergänge wie Pflegebedürftigkeit, Umzug in ein Heim oder Verlust nahestehender Personen strukturiert, welche neue Entwicklungsaufgaben markieren. Diese können durch eine längsschnittliche Beobachtung in situ nachvollzogen werden. Hochaltrige, die bereits gesundheitliche Verluste erlebt haben, die ihre Auskunftsfähigkeit für eine eigene Studienteilnahme zu sehr einschränken, werden in

NRW80+ nach Möglichkeit durch Stellvertreterinterviews (sog. Proxy-Interviews, überwiegend mit betreuenden und pflegenden Angehörigen) einbezogen. Da hierbei sowohl Merkmale der Hochaltrigen selbst als auch der Stellvertreter:innen erfragt werden, lassen sich im Längsschnitt Erfolgs- und Risikofaktoren für eine stabile (informelle) Versorgungskonstellation beschreiben.

Schließlich zeigen querschnittliche Befunde der ersten Welle von NRW80+, dass auch innerhalb der Hochaltrigkeit Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Gruppen, etwa mit Blick auf individuelle Werthaltungen und Deutungsdispositive, bestehen. Eine längsschnittliche Analyse ermöglicht hier die Klärung der bedeutsamen Frage, ob solche Unterschiede auf das Lebensalter, auf ein Kohortenschicksal (z.B. Kriegskindergeneration) oder auf selektive Überlebenswahrscheinlichkeiten zurückzuführen sind.

(2) Valide Aussagen zu Faktoren und Mechanismen der Erhaltung von Selbständigkeit und Lebensqualität (evaluativer Ansatz):

Durch die Betrachtung von Ressourcenverlusten oder -gewinnen und sich einstellenden Veränderungen in der objektiven und subjektiven Lebensqualität der Hochaltrigen bestehen im Längsschnitt Möglichkeiten einer systematischen Kausalanalyse. So sprechen beispielsweise erste querschnittliche Befunde der Repräsentativbefragung zwar dafür, dass Hochaltrige mit einem aktiveren Lebensstil höhere gesellschaftliche Wertschätzung empfinden (Reissmann et al., 2021); ob eine (z.B. aus gesundheitlichen Gründen erzwungene) Veränderung des Lebensstils im individuellen Fall zu Verlusten in diesem Aspekt von Lebensqualitätsresultaten führt, kann jedoch erst mit längsschnittlichen Daten beantwortet werden.

Paneldaten bieten somit auch bessere Möglichkeiten zur Identifikation geeigneter Interventionsansätze und ihrer Nachhaltigkeit. So ist beispielsweise bekannt, dass Personen mit einer positiven Einstellung zum Altern gesünder alt werden und länger leben (Levy et al., 2002). Gleichzeitig konnte im Zuge der empirischen Vorbereitungsarbeiten zur NRW80+ gezeigt werden, dass körperliche oder kognitive Veränderungen für das Alternserleben Hochaltriger einen geringeren Stellenwert haben als für jüngere Altersgruppen (Kaspar et al., 2018). Eine Folgebefragung könnte klären, ob es sich dabei um ein spezifisches Entwicklungsmerkmal im höheren Lebensalter handelt, mit dem auch Unterschiede in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen besser verstanden werden können.

Eine erneute Ansprache der Befragungsteilnehmer:innen erlaubt zudem, durch vertiefende Fragen unerwartete oder vor dem Hintergrund der verfügbaren Informationen (noch) nicht schlüssig interpretierbare Befunde aus der Erstbefragung aufzuklären. So waren beispielsweise die Angaben zum Einkommen der Heimbevölkerung schwer zu interpretieren. Hier konnte mit einer erweiterten Abfrage in Welle 2 eine bessere Datengrundlage geschaffen werden. Beinahe allen Befragten gelang es, die eigene Vergangenheit mit ihren positiven wie negativen Lebensereignissen zu einem kohärenten Lebenssinn zu integrieren. Um zu dieser Thematik dennoch Unterschiede zwischen Individuen aufdecken und somit tiefere Erkenntnisse generieren zu können, wurde die Erfassung in Welle 2 differenzierter gestaltet.

Im betrachteten Alterssegment sind die erwarteten weiteren Überlebenszeiten mitunter kurz und einige der NRW80+ Teilnehmer:innen bei Wiederansprache bereits verstorben. In den letzten Jahren werden diese Informationen über die Nähe zum Tod verstärkt genutzt, um die Entwicklung von Funktionalität und Wohlbefinden in der letzten Lebensphase zu beschreiben (sog. terminal decline/drop). Damit wird eine Brücke zu Konzepten der Hochaltrigkeit geschlagen, die weniger am normativen (und mit dem chronologischen Alter assoziierten) primären Alterungsprozess orientiert sind als an krankheitsbezogenen (sekundären) oder mortalitätsbezogenen (tertiären) Alterungsprozessen (Birren & Cunningham, 1985) und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität.

(3) Diskussion des Alterns als individuelle und gesellschaftliche Aufgabe (normativer Ansatz):

Der Übergang vom querschnittlichen Vergleich zwischen Altersgruppen hin zur Betrachtung individueller Verläufe bietet auch neue Chancen für die Diskussion der normativen Implikationen der Studienbefunde. Diese Diskussion kann sich direkt auf den Prozess des Alterns selbst beziehen. So verweist bspw. die oben angesprochene Untersuchung von kausalen Mechanismen mit Blick auf die von Hochaltrigen empfundene gesellschaftliche Wertschätzung auf gesellschaftlich herrschende Imperative des Alterns (z.B. produktives, erfolgreiches Altern) und schließt damit an die aktuelle Diskussion um mögliche (neue) Formen der Lebensführung im Alter an.

Die Wiederholungsbefragung der Teilnehmer:innen der NRW80+ Hochaltrigenstudie legt den Grundstock für eine kontinuierliche Berichterstattung zur Lage der Ältesten in NRW, wie sie für jüngere Teile der Allgemeinbevölkerung mit dem Deutschen Alterssurvey bereits regelmäßig verfügbar ist. Im Populationssegment der Hochaltrigen muss dabei allerdings bedacht werden, dass bei der längsschnittlichen Weiterverfolgung der Befragungsteilnehmer:innen aufgrund der geringen weiteren Lebenserwartung und der hohen Inzidenzraten für die Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit mit einer vergleichsweise hohen Panelmortalität zu rechnen ist. In der NRW80+ Folgebefragung wurde für 57 % der erneut angesprochenen Personen ein Interview realisiert. Mit diesen über 900 Fällen sind auch vertiefende Analysen in Subgruppen (z.B. nach Altersgruppen oder Geschlecht) zwar noch gut möglich. Sollen sich jedoch längerfristig weitere Erhebungswellen anschließen, ist davon auszugehen, dass die reduzierte Fallzahl die Möglichkeiten für Detailanalysen deutlich beeinträchtigt und die Repräsentativität der dann noch einbezogenen Gruppe von Hochaltrigen fraglich ist. Zur Sicherung einer vergleichbar hohen Repräsentativität und eines hohen Auflösungsgrades der Analysen wurde darum zusätzlich eine neue Personenstichprobe aus der Grundgesamtheit der in der Studie NRW80+ betrachteten Gemeinden gezogen (Aufstockungsstichprobe). Hieraus wurden weitere 950 Erstinterviews realisiert, womit die Fallzahl für bevölkerungsrepräsentative Aussagen wiederum bei insgesamt 1.800, also mit der Datenbasis der NRW80+ Hochaltrigenstudie vergleichbar hoch, liegt. Durch die Einbeziehung von Personen, die erst kürzlich die Altersgrenze von 80 Jahren überschritten haben, konnten mit der Aufstockungsstichprobe auch die „neuen“ Hochaltrigen abgebildet und mit den entsprechenden Altersjahrgängen in der Vorbefragung NRW80+ verglichen werden.

Eine kontinuierliche Berichterstattung über hochaltrige Teile der Gesellschaft erscheint auch darum wichtig, weil dieses Bevölkerungssegment ggfs. besonders vulnerabel für gesellschaftlichen Wandel und historische Ereignisse ist. So waren sehr alte Menschen, und vor allem solche mit Versorgungsbedarf oder Menschen in Heimen, in besonderer Weise von der Coronapandemie betroffen. Die mitunter drastischen Einschränkungen individueller Freiheiten im sozialen Miteinander und die Diskontinuität von Versorgungsarrangements lassen sich in einem Teil der Befragungen empirisch nachvollziehen. Es muss angenommen werden, dass auch andere historische Ereignisse wie beispielsweise Finanzkrisen den Lebensstandard der hochaltrigen Bevölkerung erheblich beeinträchtigen können. Ebenso könnte der Ausbruch eines neuen Kriegs in Europa mit dem Ukraine-Konflikt Ende Februar 2022 spezifische Auswirkungen auf die hochaltrige Bevölkerung haben, die zu einem nicht unerheblichen Anteil auch im hohen Alter von Belastungen durch Weltkriegserfahrungen berichtet.

1.3 Struktur dieses Berichtes

Der vorliegende Bericht beschreibt Kernbefunde des NRW80+ Hochaltrigenpanels mit Blick auf zentrale Aspekte der Lebensqualität älterer Menschen. Der Fokus liegt dabei auf beobachteten Unterschieden in der Lebensqualität älterer Menschen zur ersten Welle (2017/2018) und zweiten Welle (2019/2020) der Befragung. In Kapitel 2 werden zunächst die Studienanlage des Gesamtprojektes und seiner Untersuchungswellen erläutert und die

Möglichkeiten für verschiedene veränderungsbezogene Analysen aufgezeigt. Kapitel 3 beschreibt in einzelnen Unterkapiteln verschiedene Facetten der individuellen Ressourcenlage sowie der subjektiven Lebensqualität sehr alter Menschen in NRW. Im Bereich persönlicher gesundheitlicher Ressourcen (Kapitel 3.1) werden dabei Verläufe von Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne, der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustands und der Depressivität betrachtet. Kapitel 3.2 widmet sich verschiedenen Facetten von umweltseitigen Ressourcenlagen. Ein erstes Unterkapitel vergleicht, wie sich soziale Ungleichheit in der Hochaltrigkeit zur ersten Repräsentativbefragung 2017 und der zweiten Repräsentativbefragung 2019 jeweils darstellen (Trendanalyse). Daneben wird untersucht, inwieweit sich soziale Ungleichheit in der Folge auch in gesundheitlicher Ungleichheit niederschlägt. In einem weiteren Unterkapitel werden auf individueller Ebene Veränderungen im sozialen Netzwerk hochaltriger Menschen beschrieben. Das Kapitel 3.3 zu Lebensergebnissen greift in drei Unterkapiteln die im CHAPO-Modell angelegte Dreiteilung von Lebensbewertungen auf und beschreibt, wie sich (1) Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden sehr alter Menschen, (2) die von ihnen wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung und (3) Aspekte der auch im hohen Lebensalter gelingenden Lebensführung (Autonomie und Verbundenheit mit dem Leben) in der Hochaltrigkeit verändern und welche Merkmale diese Veränderung oder Stabilität beeinflussen. Der Bericht schließt mit einer integrierenden Diskussion zentraler Erkenntnisse und entsprechenden Empfehlungen für die zukünftige Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen (Kapitel 4).

Literaturverzeichnis

- Birren, J. E. & Cunningham, W. R. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Hrsg.), *Handbook of the psychology of aging* (2. Aufl., S. 3–34). Van Nostrand Reinhold.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. BMFSFJ.
- Cadar, D., Stephan, B. C. M., Jagger, C., Johansson, B., Hofer, S. M., Piccinin, A. M. & Muniz-Terrera, G. (2015). The role of cognitive reserve on terminal decline: A cross-cohort analysis from two European studies: OCTO-Twin, Sweden, and Newcastle 85+, UK. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(6), 601–610. <https://doi.org/10.1002/gps.4366>
- Jokisch, M. & Wahl, H.-W. (März 2016). *Alter und Technik in Deutschland: Expertise für die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)*. Heidelberg.
- Kaspar, R., Gabrian, M., Brothers, A., Wahl, H.-W. & Diehl, M. (2018). Measuring awareness of age-related change: Development of a 10-item short form for use in large-scale surveys. *The Gerontologist*, 59(3), e130-e140. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx213>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R. & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.2.261>
- Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (2017). *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8>
- Neise, M., Janhsen, A., Geithner, L., Schmitz, W. & Kaspar, R. (2019). Lebensqualitäten in der Hochaltrigkeit. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.), *Altenforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (1. Aufl., S. 581–604). Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-581>
- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F. & Katalinic, A. (2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten: Eine Projektion bis 2050 [Demographic change and disease

- rates: a projection until 2050]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(5), 417–426. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1050-y>
- Reissmann, M., Geithner, L., Janhsen, A. & Woopen, C. (2021). Stereotypes about very old people and perceived societal appreciation in very old age. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54, 93–100. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01971-y>
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile
- Tesch-Römer, C. & Wahl, H.-W. (2017). Toward a More Comprehensive Concept of Successful Aging: Disability and Care Needs. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 72(2), 310–318. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162>
- Tesch-Römer, C., Wahl, H.-W., Ayalon, L. & Rattan, S. I. S. (2022). *Successful ageing: Ambition and ambivalence*. Oxford University Press.
- Wagner, M., Rietz, C., Kaspar, R., Janhsen, A., Geithner, L., Neise, M., Kinne-Wall, C., Woopen, C. & Zank, S. (2018). Quality of life of the very old: Survey on quality of life and subjective well-being of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(2), 193–199. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1217-3>
- Wettstein, M. & Schilling, O. K. (2017). Terminal drop of well-being in very old age. *Innovation in Aging*, 1(suppl_1), 1024. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3725>
- Woopen, C., Rietz, C., Wagner, M., Zank, S., Kaspar, R., Geithner, L., Janhsen, A., Neise, M. & Schmitz, W. (2018). *NRW80+ Hochaltrigenstudie: Erste Ergebnisse der Repräsentativbefragung*. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health.
- Zank, S., Woopen, C., Wagner, M., Kaspar, R. & Hansen, S. (Hrsg.). (2021). Lebensqualität im hohen Alter [Sonderheft]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.

2 Studienbeschreibung

Andrea Albrecht, Jonas Fey & Roman Kaspar

Kernaussagen

- Die zwei Befragungswellen der Studie NRW80+ sollen die Datenlage zur Lebenssituation Hochaltriger in Nordrhein-Westfalen verbessern. Prinzipiell hatten alle Personen mit Wohnsitz in NRW, die 80 Jahre oder älter waren, eine definierte Wahrscheinlichkeit, zufällig für diese Studie ausgewählt zu werden.
- Die Einbeziehung kognitiv eingeschränkter Personen sowie solcher, die im Heim wohnen, wurde ermöglicht. Zur Erhöhung der Ausschöpfung in diesen vulnerablen Gruppen wurden Stellvertreter:innen-Interviews zugelassen. Das Ausschlussrisiko für Heimadressen wurde minimiert, indem die Einwohnermeldeamtsstichproben direkt an die Universität zu Köln als öffentliche Stelle gingen. Hierdurch durften von den Einwohnermeldeämtern auch Adressen mit bedingtem Sperrvermerk weitergegeben werden.
- Um Altersverläufe nachzuzeichnen, wurden die befragten Hochaltrigen aus 2017/18 in 2019/2020 erneut befragt. Um auch in der zweiten Welle repräsentative Aussagen machen zu können, wurde eine Aufstockungstichprobe gezogen. Die zweite Welle ergab verwertbare Befragungsdaten von 912 Panelteilnehmenden und 950 Teilnehmende der Aufstockungstichprobe.
- Die Inhalte beider Befragungen waren weitgehend dieselben, um sowohl individuelle Veränderungen bei den Panelteilnehmenden (Längsschnittanalysen) als auch generelle Veränderungen über den Zeitverlauf (Trendanalysen) möglichst gut analysieren zu können.
- Das Auftreten der Coronapandemie gegen Ende der Befragungszeit erforderte eine Umstellung des face-to-face-Interviews auf selbst auszufüllende Fragebögen bei noch ausstehenden Befragungen von Aufstockungsteilnehmenden. Hierbei musste auf einige Inhalte verzichtet werden.
- Die Gewichtung der Gesamtdaten der Welle 2 in Hinblick auf Geschlecht, Alter, Heimanteil, Haushaltsgröße, Familienstand, Regierungsbezirk, BIK und politische Gemeindegrößenklasse gewährleistet die Repräsentativität der Analysen.
- Die Gewichtung der realisierten Panelinterviews auf Basis ihrer Ausfallwahrscheinlichkeiten gleicht unterschiedlich hohe Wiederteilnahmewahrscheinlichkeiten für die Längsschnittanalysen aus.

2.1 Einleitung

Ziel der Studie ist es die eingeschränkte Datenlage zu Hochaltrigen in Deutschland zu erweitern. Insbesondere der Deutsche Alterssurvey (DEAS) erhebt umfangreich Daten zu Personen von 40 bis 85 Jahren. Personen über 85 werden derzeit nur im Rahmen der Wiederholungsbefragungen befragt und sind somit selektiert. Personen in Heimen sind nicht in die Befragungen eingeschlossen. Durch die Studie „Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW“ (NRW80+) sollen repräsentative Aussagen über die Lebenssituation der Ab-80-Jährigen in Nordrhein-Westfalen ermöglicht werden. Die Erhebungsinhalte und -instrumente wurden nach Möglichkeit vergleichbar zu denen des DEAS gehalten, um bestmöglich an Erwartungen zu Altersverläufen aus dem DEAS anschließen zu können.

Für ein möglichst **repräsentatives Bild aller hochaltrigen Menschen in NRW** wurden insbesondere auch “schwer befragbare“ Personen in mit fortschreitendem Alter häufigeren schwierigen Lebenslagen gezielt einbezogen: Menschen im Heim, Menschen mit einer

(beginnenden) Demenz oder Menschen mit anderen gesundheitlichen Einschränkungen, die für eine persönliche Befragung zur Herausforderung werden können. Hierzu wurde zum einen Sorge getragen, dass Heimadressen bei den Einwohnermeldeamtsstichproben nicht systematisch ausgeschlossen werden mussten. Zum anderen wurden stellvertretende Auskünfte (Proxy-Interviews) zugelassen, wenn die eigentliche Zielperson das Interview aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst führen konnte.

Das NRW80+ Hochaltrigenpanel basiert auf einer ausführlichen, in den Jahren 2015 und 2016 durchgeführten Machbarkeitsstudie und umfasst derzeit zwei Befragungswellen (Welle 1: 2017/18, Welle 2: 2019/20) mit Wiederholungsbefragungen im Abstand von etwa zwei Jahren. Finanziert wurde die Studie nach einer Anschubfinanzierung der Universität zu Köln aus Mitteln des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung bzw. des Ministeriums für Kultur und Wissenschaft des Landes NRW. Im Rahmen der Machbarkeitsstudie beteiligten sich die Umfrageinstitute infas und TNS Infratest mit jeweils eigenständigen Expertisen. Die Repräsentativbefragungen wurden von KANTAR (ehemals TNS Infratest) durchgeführt.

2.2 Empirische Vorarbeiten

Im Zuge einer mehrjährigen **Machbarkeitsstudie** wurden Fragen des Stichprobendesigns, der optimalen Ansprache von hochaltrigen Menschen und einer altersangemessenen und validen Abbildung von Lebensqualität beantwortet.

Infas erstellte auf der Grundlage von Altersstrukturdaten eine Expertise zur Frage, wie eine zufällige Gemeindestichprobe so gezogen werden kann, dass statistisch zuverlässige Aussagen für das gesamte Landesgebiet Nordrhein-Westfalens und für Subpopulationen innerhalb der Hochaltrigkeit (Männer, Frauen, 80-84, 85-89, 90+ Jahre) möglich sind. Das Projektteam am ceres klärte indes mittels telefonischer und schriftlicher Befragung von Einwohnermeldeämtern, ob die vorgesehenen Personenstichproben auch landesweit so bezogen werden konnten wie vorgesehen: Als Zufallsauswahl der Bevölkerung ab 80 Jahren zu einem festen Stichtag, mit allen notwendigen Angaben wie Geschlecht und komplettem Geburtsdatum, unter Einschluss von Adressen mit Sperrvermerk, in der benötigten Menge und zu möglichst guten finanziellen Konditionen. Kantar führte eine empirische Pilotstudie mit 1.800 angesprochenen hochaltrigen Personen aus wenigen Gemeinden durch, um Ausschöpfungsquoten für verschiedene Wege der Ansprache (persönlich oder telefonisch) miteinander zu vergleichen, Bedingungen für die optimale Gestaltung der Befragungssituation zu identifizieren (z.B. Anwesenheit von vertrauten Angehörigen) und besonders wichtige Erhebungsinstrumente (Handgreifkraft, Kognitionstestung) zu pilotieren.

Das Projektteam am ceres entwickelte – teils auf der Grundlage von Instrumenten aus bereits veröffentlichten Altersstudien, teils durch Skalenneukonstruktion – auf der Grundlage eines konzeptionellen Rahmenmodells (CHAPO, Wagner et al., 2018) ein handhabbares Instrumentarium zur umfassenden Abbildung der Lebensqualität sehr alter Menschen. Durchführbarkeit und Verständlichkeit der Instrumente sowie die korrekte technische Umsetzbarkeit in ein computergestütztes Befragungsprogramm (z.B. mit Blick auf Gesprächssteuerung/Filterführung) wurden während der verschiedenen Entwicklungsphasen mit insgesamt knapp 100 Interviews mit Hochaltrigen aus verschiedenen Kontexten durch Projektmitarbeitende getestet.

2.3 Repräsentativbefragung 2017/2018 (Welle 1)

Die Stichprobe der Repräsentativbefragung wurde in einem zweistufigen Verfahren (Stufe 1: Gemeinden, Stufe 2: Personen), unter Berücksichtigung der Anzahl hochaltriger Menschen in den jeweiligen Gemeinden (pps, proportional-to-size), gezogen. Auf der ersten Auswahlstufe wurden 120 primary sampling units (PSU) in 94 Gemeinden gezogen. Auf der zweiten Auswahlstufe wurde in jedem PSU eine **Zufallsstichprobe von 400 Ab-80-Jährigen**

Personen (vor dem 01.08.1937 geboren) durch die Einwohnermeldeämter gezogen. Sofern in der Gemeinde weniger als 400 Personen der Zielgruppe lebten, wurde ein synthetischer PSU aus zwei Nachbargemeinden vergleichbarer Struktur gebildet und aus diesen jeweils 200 Personen gezogen. Für 78 % der PSU kann angenommen werden, dass im Heim lebende Personen nicht durch vorhandene Sperrvermerke ausgeschlossen wurden. Für die restlichen PSU wurden Adressen mit bedingtem Sperrvermerk zum Teil ausgeschlossen.

Die Ziehung der **Einsatzstichprobe** erfolgte disproportional für sechs Designgruppen aus Alter (80-84, 85-89, ab 90) und Geschlecht. So sollte gewährleistet werden, dass auch in der Population selten vertretene Gruppen (z.B. Männer ab 90 Jahren) ausreichend erfasst werden und aussagekräftige Vergleiche zwischen Teilpopulationen möglich sind. Zusätzlich wurden bei der Zusammenstellung der Einsatzstichprobe die in der Machbarkeitsstudie ermittelten unterschiedlichen Ausschöpfungsquoten in den Designgruppen berücksichtigt, um die vorgesehene Anzahl von insgesamt 1.800 realisierten Interviews erreichen zu können.

Die Interviews wurden zwischen 12.08.2017 und 26.02.2018 in Hausbesuchen als **computer-gestützte persönliche Interviews** geführt. Aus der Einsatzstichprobe mit 8.040 Personen konnten 1.878 Interviews realisiert werden: 1.702 mit den Zielpersonen und 176 mit Stellvertreter:innen. Es ergibt sich somit eine Responserate von 23,4 %. Nach Ausschluss von 15 abgebrochenen Interviews mit Zielpersonen konnten 1.863 Interviews verwendet werden. Details zur Umsetzung der Befragung finden sich im Methodenbericht des Dienstleisters (Brix et al., 2018).

2.4 Repräsentativbefragung 2019-2021 (Welle 2)

Insgesamt 1.612 Teilnehmende der ersten Welle konnten nach durchschnittlich zwei Jahren erneut angesprochen und um Teilnahme an der Wiederholungsbefragung im Rahmen der Zweiten Welle NRW80+ gebeten werden. Die Erhebungen der Welle 2 fanden zwischen Juni 2019 und Februar 2021 statt. Die Wiederbefragung der Welle 1-Teilnehmenden erfolgte von Juni 2019 bis Februar 2020. Die Befragung der Aufstockungsstichprobe begann, wie vorgesehen, etwas zeitversetzt im September 2019, konnte - nach einer coronabedingten Zwangspause zwischen März und Dezember 2020 - aber erst im Februar 2021 und mit einem veränderten Befragungsmodus (schriftlicher Fragebogen) abgeschlossen werden.

2.4.1 Wiederbefragung panelbereiter Teilnehmer:innen der ersten Welle

Insgesamt konnten 918 Zweitbefragungen von Welle 1-Teilnehmer:innen realisiert werden. Hiermit ergibt sich eine Ausschöpfung von 56,9 %. Im Rahmen der Qualitätskontrollen mussten sechs der Interviews ausgeschlossen werden, so dass 912 Panelbefragungen verbleiben.

2.4.2 Aufstockungsstichprobe zur Sicherung der Repräsentativität

Um Ausfälle von Teilnehmenden aus der ersten Welle auszugleichen und auch für die zweite Welle repräsentative Aussagen über die Grundgesamtheit aller Ab-80-Jährigen treffen zu können, musste eine Aufstockungsstichprobe gezogen werden.

Für die Aufstockungsstichprobe wurden 60 **PSU** neu gezogen, die sich auf 54 Gemeinden verteilen. Enthalten sind fünf Großstädte mit mehreren PSU. Wie schon für Welle 1 erfolgte die Ziehung der Gemeindestichprobe als geschichtete (BIK, Regierungsbezirk und Fläche) und gewichtete (Bevölkerung ab 80 Jahren) Zufallsauswahl.

Innerhalb von Gemeinden wurden von den Einwohnermeldeämtern **Zufallsstichproben der Ab-80-Jährigen** gezogen, definiert über ein Geburtsdatum vor dem 31.08.1939. Wie schon in Welle 1 wurde für diese anhand eines Abgleichs mit recherchierten Heimadressen kontrolliert,

ob Personen mit bedingtem Sperrvermerk offensichtlich ausgeschlossen wurden. Gab es Hinweise hierauf, so wurde das Einwohnermeldeamt um eine erneute Stichprobenziehung gebeten. Auf diese Weise konnte weitgehend sichergestellt werden, dass Bewohner:innen von Heimen in der Stichprobe nicht unterrepräsentiert sind. Lediglich für 5 % der erhaltenen Gemeindestichproben muss davon ausgegangen werden, dass Heimaadressen trotz der aufwändigen Qualitätskontrolle unterrepräsentiert bleiben mussten.

Die Ziehung der **Einsatzstichprobe** erfolgte, wie schon in Welle 1, disproportional für die durch Geschlecht und Alter definierten Designgruppen. In Welle 2 musste über die Aufstockungsstichprobe zusätzlich ausgeglichen werden, dass die Panelteilnehmer:innen selbst älter geworden sind und nun keine 80 und 81 Jahre alten Personen mehr einschließen. Diese jüngsten Altersjahrgänge wurden darum in der Aufstockungsstichprobe gezielt übersteuert.

Für die disproportionale Ziehung der Einsatzstichprobe aus den sich ergebenden acht Designgruppen wurden zusätzlich noch die unterschiedlichen **Ausschöpfungsquoten** dieser Designgruppen in Welle 1 mit einbezogen, um auch hier mit insgesamt ca. 900 realisierten Interviews rechnen zu können. Insgesamt wurde eine Einsatzstichprobe von 4.040 Personen gezogen. Überschneidungen mit Adressen der Panelteilnehmer:innen traten nicht auf.

2.4.3 Änderung aufgrund der Coronapandemie

Aufgrund der Coronapandemie und ihrer Risiken für die besonders vulnerable Gruppe der Hochaltrigen wurden computergestützte persönliche Interviews (CAPI) zum 17.3.2020 gestoppt. Zu diesem Zeitpunkt war die Befragung der Panelteilnehmer:innen bereits abgeschlossen, jedoch nicht die Befragung der Aufstockungsstichprobe. Um das übergeordnete Projektziel zu erreichen, auch für die zweite Erhebungswelle uneingeschränkt repräsentative Aussagen zum Populationssegment der Ab-80-Jährigen in NRW machen zu können, wurde entschieden, die restlichen Personen der Aufstockungsstichprobe ab Dezember 2020 schriftlich per zugesendetem Fragebogen zu befragen. Dabei wurde die Chance genutzt, auch Personen noch einmal anzusprechen und um die Beantwortung des Fragebogens zu bitten, für die zuvor in der persönlichen Ansprache z.B. wegen längerer Krankenhausaufenthalte oder Urlaube kein Gesprächstermin in der vorgesehenen Feldzeit möglich war.

Die schriftliche Erhebung der für die Aufstockungsstichprobe noch zur Verfügung stehenden potenziellen Teilnehmer:innen konnte im März 2021 final abgeschlossen werden. Im **Unterschied zu einer computergestützten** Erhebung im persönlichen Gespräch (CAPI), wie sie vor der Coronapandemie umgesetzt wurde, waren die Daten aus den zurückerhaltenen Fragebögen weniger vollständig und erforderten unter anderem wegen beim Ausfüllen nicht beachteter Filterführungen oder Mehrfachangaben einen höheren Aufwand in der Datenaufbereitung.

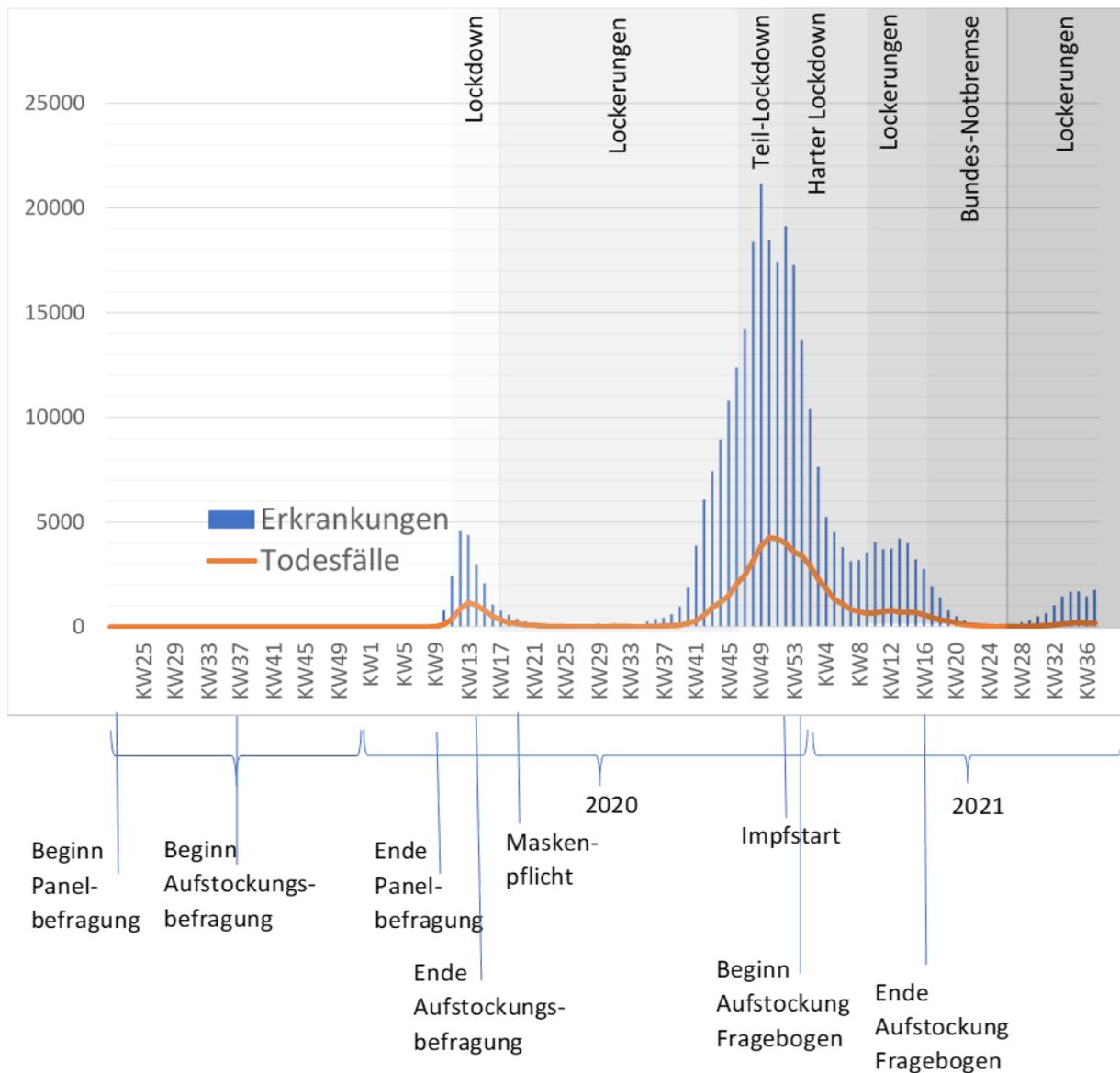


Abbildung 1. Anzahl Erkrankungen und Todesfälle der Über-80-Jährigen in Deutschland seit Beginn der Pandemie (KW = Kalenderwoche)

Als qualitätssichernde Maßnahme wurde darum projektintern eine mögliche telefonische Nacherhebung diskutiert. Wegen der Schwierigkeiten in der doch sehr volatilen Phase der zweiten und dritten Welle der Coronapandemie Ende 2020/Anfang 2021, die im Fragebogen gemachten Angaben retrospektiv zu korrigieren und mit Blick auf das ungünstige Verhältnis von hohem Realisierungsaufwand und nur punktuell möglicher Verbesserung der Datenqualität wurde diese Idee verworfen. Stattdessen wurde mit dem Dienstleister eine kurze weitere schriftliche Befragung von allen Teilnehmer:innen der schriftlichen Befragung vereinbart, mit der die Informationen zur Beeinflussung der eigenen Lebenssituation durch die Coronapandemie nochmals für alle Befragten aktualisiert werden sollten. Diese wurde im Mai 2021 durchgeführt. Details zur Durchführung der zweiten Befragungswelle sind im Methodenbericht des Dienstleisters beschrieben (Brix et al., 2021).

2.5 Inhalte

In der Befragung der Panelteilnehmer:innen wurden **zeitinvariante Inhalte**, die für die Panelteilnehmer:innen bereits in Welle 1 erhoben wurden, in Welle 2 nicht erneut erhoben. In der Aufstockungsstichprobe wurden selbstverständlich alle Informationen (erstmalig) erfasst. Für einige Inhalte wurde bei den Panelteilnehmer:innen zunächst erfragt, ob sich eine **Änderung seit der letzten Befragung** ergeben hatte (z.B. Familienstand, Wohnung, Bildung, Beruf). Nur in diesem Fall wurden die diesbezüglichen Fragen in Welle 2 wiederholt.

Einige Variablen wurden **neu eingeführt**, um weitere Aspekte messbar zu machen. Zusätzlich erfasst wurde die geografische Herkunft der Eltern, die Anzahl genommener Medikamente zu den Zeitpunkten der Welle 2 sowie retrospektiv der Welle 1. Die Abfrage des Haushaltseinkommens wurde auf Heimbewohner:innen ausgeweitet.

Zu einigen Inhalten wurden **Präzisierungen** in die Befragung eingebaut. So wurde die Erfassung des höchsten beruflichen Ausbildungsabschlusses in Hinblick auf Art der Ausbildung und Institution, in der die Ausbildung gemacht wurde, präzisiert. Ebenso wurde die Erfassung detaillierter Angaben zu Kontaktpersonen im sozialen Netzwerk auf sechs, statt bisher nur vier Personen, ausgeweitet.

2.5.1 Änderungen wegen Coronapandemie

Die Änderung zu einer schriftlichen Befragung als Folge der Coronapandemie erforderte leider zahlreiche Anpassungen. Insbesondere musste eine Reduzierung der Inhalte durchgeführt werden. Einige Inhalte konnten grundsätzlich nicht in eine schriftliche Befragung überführt werden (Handgreiftest, kognitive Tests). Aber auch der Umfang der verbleibenden Inhalte war für einen Fragebogen mit möglichst hoher Akzeptanz zu groß. Um den Fragebogen auf eine Seitenzahl von ca. 30 Seiten zu begrenzen, wurden sowohl ganze Themenkomplexe als auch Detailfragen zu einigen Themen herausgenommen. Bei einigen Fragen wurde die Komplexität der Antwortkategorien reduziert und zum Teil auch die Filterführung vereinfacht. Generell wurden die Frageformulierungen auf ihre Eignung für eine schriftliche Befragung geprüft und gegebenenfalls angepasst.

Einige Inhalte aus der Interviewer:innenbefragung zum Wohnumfeld (z.B. Vorhandensein eines Aufzugs, Zustand der Wohnung/des Hauses) und Befragungssituation (Anwesenheit Dritter) wurden als schriftliche Fragen an die Zielperson in den Fragebogen integriert. Um Aufschluss über die Auswirkungen der Pandemie, die einen außerordentlichen Einschnitt in die Lebensbedingungen bedeuten könnte, zu erhalten, wurden diesbezügliche Fragen in den Fragebogen aufgenommen. So wurde nach einer eigenen Covid-Erkrankung sowie Erkrankung von Verwandten, Freund:innen, Bekannten und Partner:innen gefragt. Für elf der Themenbereiche wurde gefragt, ob und wie stark sich die Pandemie hierauf ausgewirkt hat und wie die Änderung empfunden wurde. Des Weiteren wurden die Erfahrungen mit Schutzmaßnahmen und in einer weiteren offenen Frage generelle Erfahrungen mit der Coronapandemie thematisiert.

2.6 Realisierte Befragungen

Insgesamt gibt es 1.862 verwertbare Interviews und Fragebögen, davon 912 von Panelteilnehmer:innen und 950 von Teilnehmer:innen der Aufstockungstichprobe (Tab. 1).

Tabelle 1. Realisierte, verwertbare Befragungen nach Stichprobe und Befragungsmodus.

Panel	Aufstockung	
Computergestütztes persönliches Interview (CAPI)	Computergestütztes persönliches Interview (CAPI)	Fragebogen
N = 912	N = 731	N = 219
	N = 950	
N = 1.862		

Um Repräsentativität in Bezug auf die Grundgesamtheit der Ab-80-Jährigen in NRW zu erreichen, erfolgte eine abschließende Kalibrierung. Diese Gewichtung basiert auf den jeweils neuesten verfügbaren amtlichen Zahlen für NRW zu Haushaltsgröße nach Geschlecht, Heimanteil nach Geschlecht, Familienstand nach Geschlecht, Regierungsbezirk, BIK, politische Gemeindegrößenklasse, Einzeljahrgänge nach Geschlecht und Altersgruppen nach Geschlecht.

2.7 Untersuchungsgruppen

Trotz der besonderen Bemühungen, **Personen, die im Heim leben**, mit einzubeziehen, sind sie mit 9,1 % der Teilnehmenden leicht unterrepräsentiert. Gewichtet entspricht ihr Anteil mit 11,3 % dem Anteil in der Grundgesamtheit (Vergleichsbasis NRW 2019). Die im Vergleich zu anderen Studien hohe Befragungsquote von im Heim Lebenden beruht neben dem besonderen Aufwand bezüglich der Einwohnermeldeamtsstichproben auch auf der Möglichkeit von **Stellvertreter:innen-Interviews**. Für 6,6 % (N=122) der Teilnehmenden wurden Interviews mit einem/einer legitimierten Stellvertreter:in geführt (bei den Fragebögen wurden Rücksendungen, die offensichtlich von Anderen ausgefüllt wurden, ausgeschlossen). Für im Heim lebende Teilnehmende wurden mit 17,0 % besonders häufig Proxy-Interviews geführt, während lediglich für 5,5 % der privat lebenden Teilnehmenden Proxy-Interviews geführt wurden.

Neben den im Heim Lebenden stellen **Personen mit kognitiver Beeinträchtigung** eine weitere schwer erreichbare Gruppe dar. Insbesondere auch für sie stellen **Stellvertreter:inneninterviews** eine Möglichkeit dar, bei der Erfassung der Lebensbedingungen von Hochaltrigen miteinbezogen zu werden. Allerdings besteht dann das Problem, dass die kognitive Beeinträchtigung nicht über das bei Zielpersoneninterviews verwendete Testverfahren gemessen werden kann (DemTect), sondern lediglich die Einschätzung des Proxys erfragt werden kann. Ein hoher Anteil von kognitiv Beeinträchtigten bei den durch Proxy-Interviews präsentierten Personen zeigt sich aber auch deutlich anhand dieser Einschätzung. Von den 122 Stellvertreter:innen (ungewichtet) gaben 120 eine Einschätzung ab. Hiervon gaben 4,2 % (N=5) an, dass die vertretene Person geringe kognitive Leistungseinbußen aufweise und 85,8 % (N=103) gaben mäßige bis sehr schwere kognitive Leistungseinbußen an. Lediglich 10,0 % (N=12) gaben keine bis sehr geringe kognitive Leistungseinbußen an. Neben den 122 Proxy-Interviews konnte auch für die 219 Fragebogenteilnehmer:innen sowie 205 im Hören oder Sehen eingeschränkte Personen die Testung nicht durchgeführt werden. 49 Personen verweigerten die Durchführung. Unter den übrigen 1.267 Teilnehmenden zeigten sich ungewichtet bei 15,4 % eine beginnende und bei 9,6 % eine fortgeschrittene kognitive Beeinträchtigung. Eine gemeinsame Betrachtung der Testungen und der Einschätzungen durch Stellvertreter:innen ergibt 14,4 % mit einer beginnenden und 16,1 % mit einer fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigung. Dies

entspricht in etwa dem in diesem Alterssegment zu erwartenden Anteil von einem Drittel mit kognitiver Beeinträchtigung (Doblhammer et al., 2012).

2.8 Analysen

2.8.1 Trendanalysen

Für die **Trendanalysen** werden die Angaben aller zum jeweiligen Zeitpunkt befragten Personen mit der für den jeweiligen Zeitpunkt angemessenen Gewichtung ausgewertet, um optimal auf die Verhältnisse in der hochaltrigen Gesamtbevölkerung zu diesen Zeitpunkten schließen zu können.

Zwischen den Teilgruppen der Erhebung in Welle 2, insbesondere Zweitbefragte (Panel) und Erstbefragte (Aufstockung), oder vor und während Corona befragte Aufstockungsteilnehmende kann unterschieden werden, um die Ergebnisse der Trendanalyse besser interpretieren zu können.

Ein besonderes Augenmerk kann auf mögliche Veränderungen in Lebensbedingungen von „nachwachsenden“ Kohorten von hochaltrigen Menschen in NRW gelegt werden. Zwischen Welle 1 und Welle 2 sind die Teilnehmer:innen der NRW80+ Studie im Mittel um 1,8 Jahre gealtert. Um diese Alterung „auszugleichen“ und auch zur Welle 2 zuverlässige Aussagen über den gesamten Altersbereich der Ab-80-Jährigen machen zu können, wurden die Altersjahrgänge 80 und 81 Jahre in der Aufstockungsstichprobe von Welle 2 entsprechend übersteuert. Hierdurch ergibt sich die Möglichkeit, zumindest explorativ zu untersuchen, wie sich die Lebensverhältnisse von 2017 und 2019 neu in die Hochaltrigkeit „eintretenden“ Personen in NRW im Vergleich darstellen.

Neben dem ‚Herauswachsen‘ der vormals 80- bis 81-Jährigen musste aber auch der zum Teil systematische Wegfall von Teilnehmenden aus der ersten Welle (z.B. durch Versterben, fehlende Panelbereitschaft, unauffindbar nach Umzug etc.) ausgeglichen werden. Hierzu wurde das spezifische Risiko, mit bestimmten Merkmalen von der ersten zur zweiten Welle auszufallen, berechnet und umgekehrt proportional als Gewicht zum Ausgleich der **Panelselektivität** verwendet.

Als besonderer **Periodeneffekt** sind die Einflüsse der Coronapandemie zu werten. Ungefähr ein Viertel aller Personen im Alter von 80 bis 81 Jahren (ausschließlich Teilnehmende der Aufstockungsstichprobe) wurde während der Coronapandemie befragt. Es besteht also die Möglichkeit, dass positive Kohorteneffekte (z.B. eine höhere Lebensqualität nachfolgender Kohorten) durch die ungünstigeren Lebensumstände während der Coronapandemie „maskiert“ werden.

Betrachtet man die Entwicklung, z.B. der Lebensqualität, jeweils nur innerhalb der Gruppen der vor oder während der Pandemie Befragten, lassen sich unabhängig von der Pandemie (Periodeneffekt) vorhandene Einflüsse des Alters und der Kohortenzugehörigkeit besser analysieren.

2.8.2 Analysen intraindividuelle Veränderungen

Für längsschnittliche Veränderungsanalysen auf Individualebene werden die Angaben der Panelteilnehmer:innen zu den verschiedenen Zeitpunkten ausgewertet. Hierbei wird untersucht, wie sich die Angaben der Individuen im Zeitverlauf entwickeln.

Um den möglicherweise systematischen Ausfall von Welle 1-Teilnehmer:innen in Welle 2 (z.B. durch Versterben) auszugleichen und bestmöglich die ursprüngliche Bevölkerungsstruktur abzubilden, wurde die Ausfallwahrscheinlichkeit in Abhängigkeit individueller Merkmale (z.B. Alter, Gesundheitszustand) modelliert und die Teilnehmer:innen der Wiederholungsbefragung entsprechend gewichtet.

Im Rahmen von Längsschnittanalysen bergen die **Proxy-Interviews** besondere Schwierigkeiten. Dies gilt insbesondere für stark subjektiv bestimmte Zielmerkmale (wie z.B. intraindividuelle Entwicklung der subjektiven Lebensqualität). Hier machen vor allem die komplexen Muster von stellvertretend Auskunft gebenden Personen die feststellbaren Veränderungen schwer interpretierbar. So gibt es neben dem Wechsel von Zielperson zu Proxy oder umgekehrt auch Wechsel von einem Proxy zu einem anderen. Insbesondere für stark subjektiv gefärbte Zielmerkmale ist mit vermehrter Unschärfe durch einen solchen Wechsel zu rechnen. Für die Längsschnittanalysen kann es insofern z.T. sinnvoll sein, lediglich die 840 Teilnehmer:innen miteinzubeziehen, die zu beiden Zeitpunkten Selbstauskünfte getätigt haben.

Über die Wellen wurden die Konstrukte weitestgehend identisch erfasst, um gültige Aussagen zu Merkmalsveränderungen machen zu können. Um abzusichern, dass die beiden Messungen wirklich identisch funktionieren (also nicht beispielsweise eine Bedeutungsverschiebung stattgefunden hat), kann für Mehr-Item-Messungen (Skalen) die **Messinvarianz** zwischen den Wellen 1 und 2 empirisch geprüft werden.

Ein durch die Coronapandemie hervorgerufener Periodeneffekt muss für die Panelteilnehmer:innen nicht befürchtet werden, da ihre Befragung bereits vor dem Auftreten von Corona abgeschlossen war.

Den über Fragebogen erfassten Aufstockungsteilnehmer:innen, wurde im Mai 2020 ein **Kurzfragebogen** zur Beeinflussung verschiedener Lebensbereiche durch die Coronapandemie zugeschickt, dessen Inhalte schon in vergleichbarer Form im eigentlichen Fragebogen erhoben wurden. Von den 219 Fragebogenteilnehmer:innen beantworteten 67 auch diesen Fragebogen. Hierdurch ergeben sich ebenfalls längsschnittliche Analysemöglichkeiten.

Die Annahme eines **kausalen Einflusses** setzt voraus, dass die angenommene Ursache zeitlich vor der angenommenen Wirkung vorhanden ist und dass eine Änderung in der Ursache auch eine Änderung in der Wirkung hervorruft. Ein Panel mit mindestens zwei Wellen schafft die Voraussetzung, um dies zu überprüfen. Um Hypothesen über mögliche kausale Zusammenhänge zu überprüfen, können je nach Fragestellung Analysen angewendet werden, die sich auf Merkmalsunterschiede zwischen Personen und rein assoziative Beziehungen stützen oder solche, die Merkmalsveränderungen betrachten, die sich innerhalb des Individuums über die Zeit hinweg ergeben.

2.9 Repräsentativität/Geltungsbereich der Aussagen

Für die Analyse der zweiten Erhebung wurden mehrere Gewichtungsfaktoren der Interviewdaten berechnet, die für unterschiedliche Fragestellungen jeweils bestmögliche Repräsentativaussagen sicherstellen sollen.

Die **Längsschnittgewichtung des Panels** berücksichtigt die anhand einer logistischen Regression (Wiederteilnahme ja versus nein) mit den Prädiktoren Altersgruppe, Geschlecht, Wohnform, allgemeine Gesundheitseinschätzung, Haushaltsgröße, funktionale Gesundheit, Stadt-Land-Gliederung, kognitiver Status und sozialer Status anhand des letzten Berufs ermittelte Wiederteilnahmewahrscheinlichkeit. Mit dem Längsschnittgewicht können repräsentative Aussagen zu intraindividuellen Veränderungen gemacht werden.

In einem nächsten Schritt wurden im Rahmen einer **Kalibrierung** mögliche Verzerrungen der Nettostichprobe durch eine selektive Teilnahme einzelner Bevölkerungsgruppen an der Befragung minimiert. Diese sollen die Repräsentativität der tatsächlich realisierten Stichprobe gewährleisten. Hierbei wurden folgende Gewichtungsmerkmale berücksichtigt:

Haushaltsgröße, Wohnform, Familienstand, Regierungsbezirk, BIK-Gemeindetyp, politische Gemeindegrößenklasse, Designgruppe (Altersgruppe x Geschlecht).

Anhand der Gesamtkalibrierung wurde ein **Hochrechnungsfaktor** erstellt, der auf den Bevölkerungsstand von NRW vom 31.12.2019 hochrechnet. Durch die Kalibrierungsgewichte können repräsentative Trendanalysen von Welle 1 zu Welle 2 oder Querschnittsanalysen für die jeweiligen Befragungszeitpunkte berechnet werden. Detailliertere Informationen zu Gewichtungsarbeiten finden sich im Methodenbericht des Auftragnehmers Kantar (Brix et al., 2021).

Die durchgeführten **Stellvertreter:innen-Interviews** bilden eine besondere, beeinträchtigte Population innerhalb der untersuchten Ab-80-Jährigen ab. Dies zeigt eine erhöhte Proxy-Interview-Quote bei den Heimbewohner:innen, der Anstieg an Proxy-Interviews mit zunehmendem Alter, eine hohe berichtete Rate an kognitiven Einschränkungen und das erhöhte Vorhandensein einer Pflegestufe oder -grades der vertretenen Person. Die Interviewer:innen berichteten, dass Proxy-Interviews tatsächlich nur durchgeführt wurden, wenn die Zielperson nicht mehr selbstständig teilnehmen konnte. Die Ergebnisse aus den Interviews legen nahe, dass die Interviewten die Lebenssituation der Personen, die sie vertreten, gut kennen und inhaltlich sinnvolle Antworten gaben. Erhöhte fehlende Werte zeigten sich bei Antworten zu konkreten Jahreszahlen oder Altersangaben, der Angabe von Geldbeträgen und bei Einstellungsfragen.

Literaturverzeichnis

- Brix, J., Steinacker, G. & Schneekloth, U [Ulrich]. (2021). *NRW80+ Lebensqualität und Wohlbefinden älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen: Methodenbericht*. München. Kantar Public.
- Brix, J., Steinacker, G., Stadler, M. & Schneekloth, U [U.]. (2018). *NRW80+ Methodenbericht*. München. Kantar Public.
- Doblhammer, G., Schulz, A., Steinberg, J. & Ziegler, U. (2012). *Demografie der Demenz* (1. Aufl.). *Programmbereich Gesundheit*. Huber.
- Wagner, M., Rietz, C., Kaspar, R., Janhsen, A., Geithner, L., Neise, M., Kinne-Wall, C., Woopen, C. & Zank, S. (2018). Quality of life of the very old: Survey on quality of life and subjective well-being of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(2), 193–199.
<https://doi.org/10.1007/s00391-017-1217-3>

3 Ergebnisse zu ausgewählten Aspekten der Lebensqualität im hohen Alter

Im Folgenden werden die Befunde des NRW80+ Hochaltrigenpanels gegliedert nach für die Lebenssituation im hohen Alter zentralen Merkmalsbereichen dargestellt. Die jeweiligen Analysen unterschieden sich dabei mitunter in den angewandten Analysemethoden und betrachteten Datenbeständen und Teilgruppen, um eine möglichst zielgenaue und umfassende Diskussion der Bedeutung dieser Merkmalsbereiche im sehr hohen Alter sicherzustellen.

3.1 Gesundheit

Jaroslava Zimmermann & Thomas Brijoux

Kernaussagen

- Mehr als 90 % der Hochaltrigen waren in beiden Wellen in Behandlung mit mindestens einer Erkrankung. Bei einer differenzierten Betrachtung der zweiten Welle zeigt sich, dass vor der Pandemie deutlich mehr Hochaltrige (6,9 %) keine behandelte Erkrankung berichteten als während der Pandemie (2,1 %). Ähnliche Ergebnisse sind mit Blick auf die durchschnittliche Anzahl an Erkrankungen zu beobachten. Während in beiden Wellen die 80-Jährigen und Älteren im Durchschnitt 3,5 Erkrankungen hatten, lag dieser Wert während der Pandemie bei 4,2. Ähnliche Unterschiede sind in den meisten Altersgruppen (80-84-Jährige, 85-89-Jährige) sowie bei beiden Geschlechtern erkennbar. Auf der individuellen Ebene kann ein Rückgang in der Anzahl an Erkrankungen über die Zeit beobachtet werden. Dieser Rückgang wird durch eine Verbesserung in der subjektiven Gesundheitseinschätzung und eine Minderung des Pflegebedarfs vorhersagt.
- Der Anteil an hochaltrigen Menschen mit Demenz lag in der ersten Welle bei 16 % und in der zweiten Welle bei knapp 18 %. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von Demenzerkrankungen. Frauen werden öfter als demenzerkrankt eingestuft als Männer. Auch im individuellen Verlauf kann eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten beobachtet werden. Besonders bei den 90-Jährigen und Älteren und Männern zeigt sich ein deutlicher Rückgang. Die Verschlechterung in der Kognition stand auf der intraindividuellen Ebene im Zusammenhang mit einer Erhöhung des Pflegebedarfs.
- Die Hälfte der Hochaltrigen berichteten in beiden Wellen, keine Depressionssymptome zu haben. Betrachtet man getrennt die Teilstichproben der zweiten Welle, ist ein statistisch signifikanter Anstieg in der Anzahl an Depressionssymptomen während der Pandemie zu beobachten. Vor der Pandemie wiesen die Befragten im Durchschnitt 0,8 Symptome auf, die während der Pandemie Befragten zeigten 1,1 Depressionssymptome. Ein ähnlicher Zuwachs an Symptomen während der Pandemie ist ebenfalls bei den 80-89-Jährigen sowie bei Männern zu erkennen. Im individuellen Verlauf konnten keine Veränderungen in der Depressivität nachgewiesen werden.
- Mehr als 60 % der 80-Jährigen und Älteren bewerteten in beiden Wellen ihren Gesundheitszustand positiv. Zur zweiten Welle ist eine leichte Verbesserung in der Bewertung erkennbar. Die Gesundheitseinschätzungen unterscheiden sich vor und während der Pandemie in der zweiten Welle kaum. Ebenfalls sind keine Unterschiede in Bezug auf die Altersgruppe und das Geschlecht zwischen den Wellen zu beobachten. Allerdings zeigt sich im individuellen Verlauf eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheitsbewertung über die Zeit hinweg. Die multivariaten

längsschnittlichen Analysen erwiesen, dass diese Verschlechterung mit einem Anstieg an Erkrankungen und einer Erhöhung der Pflegebedürftigkeitsschwere verbunden ist.

- Der Anteil an hochaltrigen Personen ohne Pflegebedarf verringerte sich zur zweiten Welle um ungefähr drei Prozentpunkte. Vergleicht man die befragten Personen der zweiten Welle vor und während der Pandemie, zeigt sich, dass die während der Pandemie Befragten häufiger niedrigeren Pflegebedarf hatten als die vor der Pandemie befragten Hochaltrigen. Der Anstieg in dem Ausmaß an Pflegebedürftigkeit zwischen den Wellen ist ebenfalls in allen Altersgruppen und bei Frauen erkennbar. Das Vorhersagemodell zum individuellen Verlauf bestätigte, dass der Pflegebedarf über den Befragungszeitraum zunimmt. Der Anstieg in der Pflegebedürftigkeitsschwere wird durch eine Erhöhung der Anzahl an behandelten Erkrankungen, einen Rückgang der kognitiven Fähigkeiten sowie durch eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheitsbewertung vorhersagt. Zudem hatte Frauen und die 85-Jährigen oder älteren Personen einen höheren Pflegebedarf.

3.1.1 Einleitung

Gesundheitliche Ressourcen stellen wichtige Aspekte von Lebensqualität im hohen Alter dar (Veenhoven 2000). Gesundheit kann sowohl Ursache von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit (z.B. beim Leiden an chronischen Schmerzen) als auch Resultat von eigenen Ressourcen oder Umweltbedingungen sein. Dementsprechend kann Gesundheit im Rahmen des CHAPO-Modells bei den persönlichen Ressourcen sowie bei den Lebensergebnissen verankert werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als *„Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“* (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 1). Unter dem Begriff Gesundheit können daher der objektive Gesundheitszustand, wie körperliche und psychische Gesundheit, sowie auch das subjektive Erleben der eigenen Gesundheit verstanden werden. Im vorliegenden Kapitel wird die gesundheitliche Lage hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen auf Grundlage von exemplarisch ausgewählten Indikatoren analysiert, die diese verschiedenen gesundheitlichen Aspekte abbilden. Zunächst wird anhand von ärztlich behandelten Erkrankungen die objektive körperliche Gesundheit berücksichtigt. Als Indikator psychischer Gesundheit wird die Kognition, Depressivität sowie die Anzahl depressiver Symptome betrachtet. Die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit wird durch die subjektive Gesundheitseinschätzung analysiert. Abschließend wird die Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne dargestellt, die dauerhafte körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen sowie die Folgen von körperlichen Erkrankungen widerspiegelt. Da ein Teil der Daten während der Coronapandemie erhoben wurde und statt persönlichen Interviews eine schriftliche Befragung durchgeführt wurde, ist davon auszugehen, dass diese Veränderung die erhobenen Daten beeinflusste. Daher wird in der zweiten Welle verglichen, ob sich die gesundheitliche Situation der Hochaltrigen, die vor und während der Pandemie befragt wurden, unterscheidet.

Erkrankungen und Multimorbidität

Der Lebensabschnitt des hohen und sehr hohen Alters ist durch eine Zunahme von Erkrankungen, insbesondere chronischer Erkrankungen, gekennzeichnet (Maresova et al. 2019). Laut Bericht des Robert Koch-Instituts (2015) werden Bluthochdruck, Arthrose und erhöhte Blutfette als die drei häufigsten Erkrankungen der über 75-jährigen Frauen genannt, während die gleichaltrigen Männer am häufigsten an Bluthochdruck, kardiovaskulären Erkrankungen und Arthrose erkrankt sind. Darüber hinaus sind hochaltrige Menschen häufig von mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig betroffen (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 2010). Das gleichzeitige Vorliegen von mehreren Erkrankungen wird Multimorbidität

genannt (Johnston et al. 2019). In der Berliner Altersstudie (BASE) wird die Multimorbidität als Vorliegen von fünf oder mehr Erkrankungen definiert (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 2010). In neueren Studien, wie zum Beispiel „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), werden als multimorbid Personen bezeichnet, die zwei oder mehr Erkrankungen haben. Die Multimorbidität wird durch funktionalen Abbau, höhere Depressivität, erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie durch ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko begleitet (Marengoni et al. 2011; Makovski et al. 2019). In der deutschlandweiten Hochaltrigenstudie (D80+) wurden 48,3 % (fünf oder mehr Erkrankungen) bzw. 90,2 % (zwei oder mehr Erkrankungen) der Menschen ab 80 Jahre als multimorbid eingestuft (Zimmermann et al. 2022). Darüber hinaus berichteten die 80- bis 84-Jährigen weniger Erkrankungen als die 85-Jährigen oder Älteren und Frauen hatten mehr Erkrankungen als Männer (Zimmermann et al. 2022).

Kognitive Fähigkeiten

Kognitive Fähigkeiten spielen im Alter eine wichtige Rolle in Bezug auf Alltagsselbständigkeit und soziale Teilhabe. Eine Einschränkung in der Kognition kann die Folge einer Demenzerkrankung sein. Demenz zeichnet sich durch Störungen des Gedächtnisses, des Denkvermögens und der emotionalen Kontrolle aus (Weltgesundheitsorganisation 2022). Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter (Robert Koch-Institut 2015). Die wissenschaftliche Evidenz bestätigt, dass das Alter einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenzerkrankung ist (Abbott 2011). In Deutschland liegt die Prävalenz von Demenzerkrankungen bei 80-Jährigen und Älteren bei 19 % (Alzheimer Europe 2019). Dabei liegt die Prävalenz in dieser Altersgruppe bei Frauen deutlich höher als bei Männern (Alzheimer Europe 2019). Als weitere Risikofaktoren zur Entwicklung einer Demenz wurden beispielsweise niedrige Bildung, Rauchen, Alkoholkonsum sowie Diabetes und Depressivität identifiziert (Anstey et al. 2019). In der D80+-Studie konnte der Alters- und Bildungseffekt nachgewiesen werden (Brijoux und Zank 2022).

Depressivität

Depressive Störungen sind durch eine depressive Stimmung (z.B. Traurigkeit, Reizbarkeit, Leere) oder Freudlosigkeit gekennzeichnet, die von anderen kognitiven oder neurovegetativen Symptomen begleitet werden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022). Depressionen gehören auch im hohen Alter zu den häufig auftretenden Erkrankungen. Eine Meta-Analyse internationaler Studien berichtet eine Prävalenz von 17,4 % für Depressionen und 7,2 % für Majordepressionen bei Menschen ab einem Alter von 75 Jahren (Luppa et al. 2012). Der Begriff Majordepression bezieht sich auf die Beschreibung des Konstrukts Depression im Diagnostischen Statistischen Manual der amerikanischen Gesellschaft für Psychologie und entspricht der depressiven Episode im ICD-10. National sind Depressionen nach den Demenzerkrankungen die zweithäufigste psychische Erkrankung im Alter (Robert Koch-Institut 2015). Eine Zunahme der Depressivität wird häufig als Konsequenz der Coronapandemie diskutiert. Mögliche Gründe werden in Maßnahmen der Kontaktreduktion, dem Erleben von Unsicherheit und Ängsten gegenüber dem Infektionsgeschehen, dem Wegfall von Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit oder dem Verlust von Angehörigen gesehen (Mauz et al. 2021; Santomauro et al. 2021).

Subjektive Gesundheitseinschätzung

Bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustands schätzen Menschen ein, wie sie sich gesundheitlich fühlen und ob sie durch ihre Erkrankung(en) eingeschränkt sind. Besonders im Alter wird die subjektive Gesundheitsbewertung in Abgrenzung zu den objektiven Gesundheitsindikatoren (u.a. medizinischen Diagnosen) häufig untersucht, vor allem aufgrund der hohen Vorhersagekraft der Mortalität (Jylhä 2009; Berger et al. 2015; Chavan et al. 2021).

Zudem konnte eine zunehmende Diskrepanz zwischen objektiven Gesundheitsindikatoren und subjektiver Gesundheitsbewertung im höheren Alter nachgewiesen werden (Wettstein et al. 2016), d.h. Menschen bewerten ihre subjektive Gesundheit besser als es von den objektiven Indikatoren erwartbar wäre. Dieser konstante Befund wird in der Gerontologie als Gesundheitsparadox bezeichnet und wird durch hohe Resilienz gegenüber gesundheitlichen Verlusten im höchsten Alter erklärt (Wettstein et al. 2016). Die Befunde der D80+-Studie zeigen, dass die Mehrheit der 80-Jährigen und Älteren in allen Altersgruppen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bewertet (Zimmermann et al. 2022). Jedoch sinkt der Anteil an Hochaltrigen mit positiver Bewertung über die Altersgruppen hinweg und Frauen bewerten ihre Gesundheit schlechter als Männer (Zimmermann et al. 2022). Die aktuellen internationalen Studien zeigen, dass die Coronapandemie die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes negativ beeinflusste (Szwarcwald et al. 2021; Kim und Kim 2021).

Pflegebedürftigkeit

Durch die Pflegebedürftigkeit im Sinne des XI. Sozialgesetzbuches wird die Schwere der dauerhaften körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen sowie die Einschränkungen der Selbständigkeit abgebildet, die als Folgen von körperlichen Erkrankungen auftreten können. Zur Beurteilung der Schwere der Pflegebedürftigkeit werden die durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ermittelten Pflegegrade verwendet. Diese Einschätzung berücksichtigt die Selbständigkeit einer Person in Mobilität, Selbstversorgung, Alltagsgestaltung, individuelle kognitive Fähigkeiten sowie Behandlung und Therapie von vorhandenen Krankheiten. In Nordrhein-Westfalen sowie auf der bundesweiten Ebene ist ein Anstieg im Anteil an pflegebedürftigen Personen zu beobachten (Statistisches Bundesamt 2022). Die wenigen bisherigen Befunde zeigen, dass das Risiko für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit vom Alter, vorhandenen chronischen Erkrankungen sowie der Multimorbidität abhängig ist (Borchert 2008; Borchert und Rothgang 2008; Unger et al. 2015). In der D80+-Studie konnte ebenfalls nachgewiesen werden, dass Pflegebedürftigkeit mit dem Alter zunimmt, sowie dass Frauen häufiger pflegebedürftig sind und höhere Pflegegrade haben als Männer (Zimmermann et al. 2022). Betrachtet man Forschungsergebnisse bezogen auf die Coronapandemie, zeigt sich, dass sowohl die Einschränkungen der sozialen Kontakte als auch eine eigene Erkrankung an COVID-19 zum Abbau der funktionalen Gesundheit bei Älteren führte (Rosenblum und Cohen Elimelech 2021; Walle-Hansen et al. 2021).

3.1.2 Methoden

In diesem Kapitel werden Daten aus der landesweiten repräsentativen Längsschnittbefragung von hochaltrigen Menschen in Privathaushalten und Heimen in Nordrhein-Westfalen „Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW“ (NRW80+) analysiert. Mit der erneuten Kontaktierung der Teilnehmer:innen der ersten Erhebungsphase erschließen sich für NRW80+ als längsschnittliche Panelstudie mit einer Auffrischungstichprobe neue Möglichkeiten der Analysen. So können nun Trendanalyse und intraindividuelle Veränderungen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten gemessen werden. Die NRW80+ Studie besteht aus zwei Wellen. In der ersten Welle wurden im Zeitraum zwischen 2017 und 2018 1863 Personen persönlich befragt, in der zweiten Welle wurden zwischen 2019 und 2021 912 Personen aus der ersten Welle erneut befragt. Zusätzlich wurden 950 Personen neu befragt, von denen 219 Personen, aufgrund der pandemischen Lage, schriftliche Fragebögen ausfühlten. Die erste Welle ist anderweitig genauer beschrieben (vgl. Wagner et al. 2018; Hansen et al. 2021). Durch eine Gewichtung der Daten wurde auf das Erhebungs-Design in beiden Wellen, sowie die Nicht-Teilnahme und Panelausfall in der zweiten Welle kontrolliert, wodurch eine vermutete sozioökonomische Selektivität im Panel (z. B. erhöhte Nicht-Teilnahme oder Tod von ökonomisch Schwächeren) abgeschwächt wird und repräsentative Aussagen für die Bevölkerungsgruppe der über-80-Jährigen in NRW möglich sind (genauere Informationen zur Studie finden sich in Kapitel 2 „Studienbeschreibung“).

Ziel dieses Kapitels ist es zu beschreiben, wie sich die Anzahl an Erkrankungen, kognitive Fähigkeiten, Depressionssymptome, Bewertung subjektiver Gesundheit sowie Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht zwischen den beiden Befragungswellen unterscheiden. Da ein Teil der Daten der Welle 2 während der Coronapandemie erhoben wurde, wird in den Trendanalysen der Befragungszeitpunkt (vor und während der Coronapandemie) berücksichtigt. Darüber hinaus werden bei den Panelteilnehmer:innen Veränderungen in den jeweiligen Gesundheitsindikatoren zwischen den zwei Befragungszeitpunkten analysiert.

Indikatoren

Erkrankungen und Multimorbidität. Die Studienteilnehmer:innen wurden gefragt, mit welchen Erkrankungen sie aktuell in ärztlicher Behandlung sind. Aus einer Liste mit 22 Erkrankungen und Störungsbildern konnten sie mit „ja“ oder „nein“ antworten, ob sie diesbezüglich aktuell behandelt werden. Die Anzahl der positiven Angaben wurde summiert und als Anzahl der behandelten Erkrankungen abgebildet.

Kognitive Fähigkeiten. Zur Bestimmung der kognitiven Leistung wurde das DemTect-Erhebungsinstrument (Kalbe et al. 2004) in den Interviews mit den Zielpersonen und die Skala „Global Deterioration Scale“ (Reisberg et al. 1982) in den Interviews mit den Proxypersonen verwendet. Auf Grundlage der beiden Messinstrumenten wurde die kognitive Leistung der Studienteilnehmer:innen als „0=nicht kognitiv eingeschränkt“, „1=leicht kognitiv eingeschränkt“ oder „2=Demenz“ eingestuft. Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurde die Kognition nicht erfasst. Daher wurde bei diesem Indikator auf die Differenzierung nach Befragungszeitpunkt (vor und während der Coronapandemie) verzichtet. Um die intraindividuellen Veränderungen präzise zu untersuchen, wurden aus den Analysen der zeitlichen Veränderungen in der Kognition Personen ausgeschlossen, bei denen das Befragungsinstrument in beiden Wellen nicht identisch war. Zur Änderung des Befragungsinstruments kam es in Fällen, bei denen ein Wechsel der Befragungsmodus (Ziel- oder Proxyinterview) zwischen den Wellen stattfand.

Depressivität. In der NRW80+ Studie wurde die Depressivität der Befragten mit der Kurzversion der Depression im Alter Skala (DIA-S4) ermittelt (Heidenblut und Zank 2020). Die DIA-S4 fragt das Vorkommen der vier Depressionssymptome „Motivationsverlust“, „Grübeln“, „eingetrübte Stimmung“ und „Verlust von Lebensfreude“ innerhalb der letzten zwei Wochen ab. Die Befragten konnten diese Fragen mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Bei der Anzahl von Depressionssymptomen wird zusätzlich unterschieden, ob es sich in der Welle 2 um die wiederholt befragten oder neu befragten Teilnehmer:innen handelt. Diese Teilstichproben werden ebenfalls nach Alter und Geschlecht verglichen.

Subjektive Gesundheit. Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands erfolgte durch die Beantwortung der Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?“, die aus dem SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger und Kirchberger 1998) übernommen wurde. Die Studienteilnehmer:innen konnten ihren Zustand auf einer vierstufigen Skala von „1=sehr schlecht“ bis „4= sehr gut“ bewerten.

Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigkeit wurde durch die Frage „Welcher Pflegegrad oder welche Pflegestufe liegt bei Ihnen vor?“ ermittelt. Die Antwortkategorien reichen von „kein Pflegegrad/keine Pflegestufe“ bis „Pflegegrad 5 (Pflegestufe 3 mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder Pflegestufe 3 mit Härtefall)“. Als „nicht pflegebedürftig“ werden Personen betrachtet, die angeben, keinen Pflegegrad oder keine Pflegestufe zu haben.

Analysen

Bei allen Gesundheitsindikatoren wurden Trendanalysen der Befragungswellen vorgenommen. Die Unterschiede zwischen den Vergleichsvariablen sowie den zeitlichen

Veränderungen bei den Panelteilnehmer:innen werden anhand der korrigierten Chi-Quadrat-Statistik oder des Wald-Tests untersucht. Darüber hinaus wurden Längsschnittdatenanalysen mit Hilfe von Mehrebenenmodellen (Finch und Bolin 2017) durchgeführt, um Veränderungen in den Gesundheitsindikatoren zwischen den Befragungswellen vorherzusagen. Die Anwendung dieser Modelle ermöglicht zeitlich variierende (gesundheitsbezogene Merkmale) sowie invariable Prädiktoren (Geschlecht, Zugehörigkeit zur Altersgruppe) zu berücksichtigen. In allen Abbildungen und Tabellen werden gewichtete Daten unter Berücksichtigung des komplexen Stichprobendesigns dargestellt. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Analysen auf $p < 0,05$ festgesetzt.

3.1.3 Ergebnisse

Erkrankungen und Multimorbidität

Ähnlich wie in der D80+-Studie waren bei den Hochaltrigen in NRW in beiden Wellen Bluthochdruck (W1: 59,5 %; W2: 61,9 %), Gelenk- oder Knochenkrankungen (W1: 45,7 %; W2: 45,5 %), und Rückenschmerzen (W1: 32,7 %; W2: 34,9 %) die drei häufigsten ärztlich behandelten Erkrankungen. Ungefähr gleich viele Befragte geben in Welle 1 (6,1 %) und Welle 2 (6,5 %) an, keine Erkrankungsbehandlung zu haben (Abbildung 2). Betrachtet man differenziert die Studienteilnehmer:innen der Welle 2, zeigt sich, dass vor der Pandemie deutlich mehr Hochaltrige (6,9 %) keine behandelte Erkrankung berichteten als während der Pandemie (2,1 %). Als multimorbid können im Sinne der BASE-Studie (fünf und mehr Erkrankungen) knapp 30 % der Hochaltrigen in Welle 1 sowie in Welle 2 bezeichnet werden. Dieser Anteil unterscheidet sich jedoch statistisch bedeutsam zwischen den Personen, die in Welle 2 vor und während der Pandemie befragt wurden. So geben knapp 40 % der Befragten während der Pandemie an, fünf oder mehr behandelte Erkrankungen zu haben. Vor der Pandemie lag dieser Wert bei 27,9 %. Nach dem Verständnis der GEDA-Studie wurden knapp 80 % der Studienteilnehmer:innen in beiden Wellen als multimorbid (zwei und mehr Erkrankungen) identifiziert. Der Anteil an multimorbiden Hochaltrigen in Welle 2 unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Personen, die während (86,7 %) und vor der Pandemie (79,2 %) befragt wurden. Die Differenz ist jedoch nicht statistisch signifikant. Der Anteil der Personen, die angeben von fünf oder mehr Erkrankungen betroffen zu sein, liegt in der NRW-Befragung deutlich niedriger als in Gesamtdeutschland (Zimmermann et al. 2022).

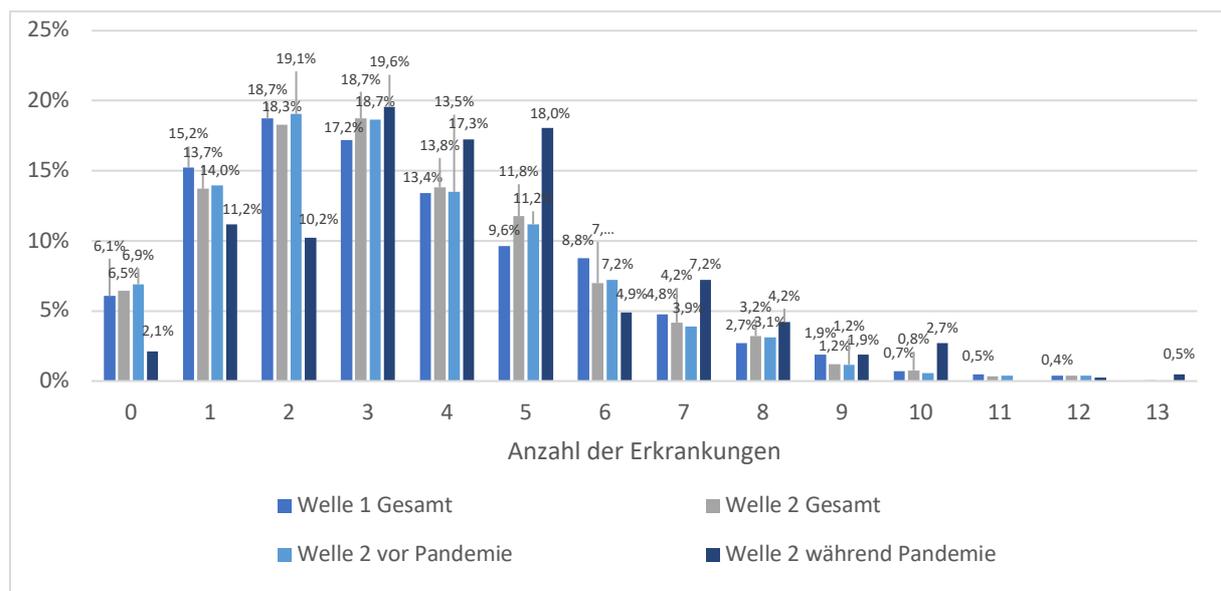


Abbildung 2. Häufigkeit der Erkrankungen in der Studienpopulation der Welle 1 (n=1840) und Welle 2 (n=1841); Welle 2 differenziert nach Befragungszeitpunkt: vor (n=1591) und während der Coronapandemie (n=250)

Die Hochaltrigen in NRW haben im Durchschnitt in beiden Wellen 3,5 Erkrankungen, die ärztlich behandelt werden (siehe Abbildung 3). In der D80+-Studie ist der Durchschnitt um 1,2 Erkrankungen höher. Die durchschnittliche Anzahl an Erkrankungen unterscheidet sich in den gesamten Stichproben der Welle 1 und Welle 2 innerhalb der Altersgruppen sowie zwischen den beiden Geschlechtern kaum. Allerdings kann man bei der differenzierten Betrachtung der Welle 2 sehen, dass die während der Pandemie Befragten eine deutlich höhere durchschnittliche Anzahl an Erkrankungen berichten als die vor der Coronapandemie befragten Hochaltrigen. Diese Unterschiede sind ebenfalls in allen Altersgruppen sowie bei beiden Geschlechtern zu beobachten und alle (bis auf die Gruppe der 90-Jährigen und Älteren) erreichen statistische Signifikanz.

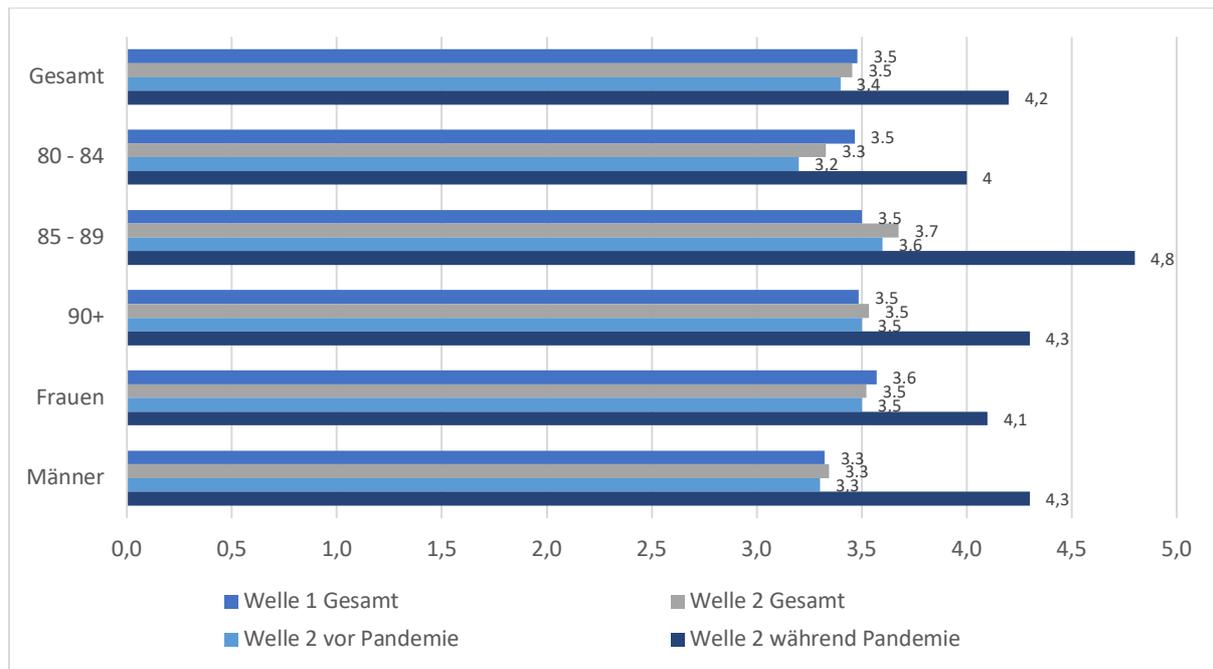


Abbildung 3. Anzahl der Erkrankungen nach Alter und Geschlecht in der Studienpopulation der Welle 1 (n=1840) und Welle 2 (n=1841); Welle 2 differenziert nach Befragungszeitpunkt: vor (n=1591) und während der Coronapandemie (n=250)

In der Abbildung 4 ist dargestellt, wie sich die Anzahl an Erkrankungen bei den wiederholt befragten Personen über den Zeitraum verändert. Interessanterweise verringert sich die durchschnittliche Anzahl an ärztlich behandelten Erkrankungen in der gesamten Studienpopulation, in allen Altersgruppen sowie bei beiden Geschlechtern. Diese Veränderung erwies sich allerdings als nicht statistisch signifikant.

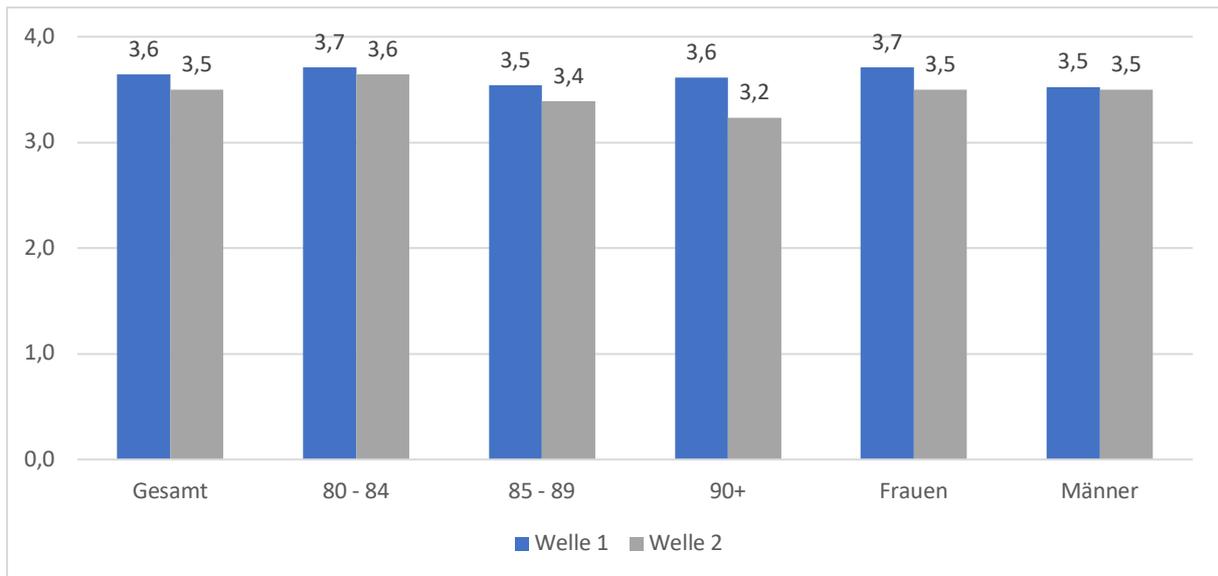


Abbildung 4. Zeitliche Veränderungen in der Anzahl an Erkrankungen differenziert nach Alter und Geschlecht bei den Panelteilnehmer:innen (n=897)

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse des Mehrebenenmodells zur Vorhersage von zeitlichen Veränderungen in der Anzahl an behandelten Erkrankungen präsentiert. Als zeitlich variierende Prädiktoren (intraindividuelle Ebene) werden im Modell Zeitraum, kognitive Fähigkeiten, Anzahl an Depressionssymptomen, Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands und Schwere der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Geschlecht und Zugehörigkeit zur Altersgruppe wurden als zeitlich-stabile Prädiktoren (interindividuelle Ebene) eingeschlossen. Auf der intraindividuellen Ebene zeigt sich ein statistisch signifikanter Rückgang in der Anzahl der Erkrankungen zwischen den Wellen. Die Kognition sowie Anzahl an Depressionssymptomen wirken sich auf die Anzahl der Erkrankungen nicht aus. Eine Verbesserung in der subjektiven Gesundheitseinschätzung steht mit sinkender Anzahl an Erkrankungen im Zusammenhang. Darüber hinaus geht eine Erhöhung der Pflegebedürftigkeitsschwere mit steigender Anzahl an behandelten Erkrankungen einher. Die interindividuellen Merkmale (Altersgruppe und Geschlecht) sind mit der Anzahl an Erkrankungen nicht assoziiert. Durch die zeitvariierenden Prädiktoren wird 22 % der intraindividuellen Varianz in der Anzahl an behandelten Erkrankungen vorhersagt. Nur 1 % der Varianz zwischen den Personen kann durch die eingeschlossenen zeitinvariablen Prädiktoren erklärt werden.

Tabelle 1. Vorhersage der Veränderungen in der Anzahl an Erkrankungen (n=794).

	Standardisierte Regressionschätzung	Standardfehler
<i>Intraindividuelle Ebene</i>		
Zeitraum (Welle 1 - Welle 2)	-0,09	0,03
Kognitive Fähigkeiten (0-2)	-0,02	0,04
Depressionssymptome (0-4)	0,00	0,04
Allgemeiner Gesundheitszustand (1-4)	-0,39	0,03
Pflegegrade (0-5)	0,18	0,05
<i>Interindividuelle Ebene</i>		
Geschlecht (Ref. Männer)	0,06	0,04
Altersgruppe (Ref. 80-84)		
85-89	-0,06	0,04
90+	-0,05	0,04
<i>Modelaufklärung R²</i>		
Intraindividuelle Ebene	0,22	0,03
Interindividuelle Ebene	0,01	0,01
<i>Modellanpassung</i>		
AIC	5668,3	
BIC	5725,6	

Anmerkung. Gewichtete Daten. Auf dem 5%-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt.

Kognitive Fähigkeiten

Wie in der Abbildung 5 zu sehen ist, liegt der Anteil an Studienteilnehmer:innen ohne kognitiver Einschränkung (W1: 68,1 %; W2: 69,1 %) sowie an Demenz Erkrankten (W1: 16,3 %; W2: 17,7 %) in beiden Stichproben auf einem vergleichbaren Niveau. In der Gesamtstichprobe Welle 1 ist der Anteil an leicht kognitiv eingeschränkten Personen etwas höher als in Welle 2 (W1: 15,5 %; W2: 12,9 %). Ähnliche Trends in der Verteilung der Befragten ohne und mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen können in allen Altersgruppen sowie bei beiden Geschlechtern beobachtet werden. Allerdings liegt der Anteil der an Demenz Erkrankten in den meisten Altersgruppen sowie bei Frauen und Männern in Welle 1 etwas niedriger als in Welle 2. Nur in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen konnten mehr Demenzkranke in Welle 1 als in Welle 2 identifiziert werden. Vergleichbar mit den Ergebnissen der D80+-Studie ist insgesamt ein Rückgang der kognitiven Fähigkeiten über die Altersgruppen hinweg zu sehen. Der Anteil an Personen mit leichten kognitiven Einschränkungen sowie mit Demenz liegt bei Frauen höher als bei Männern.

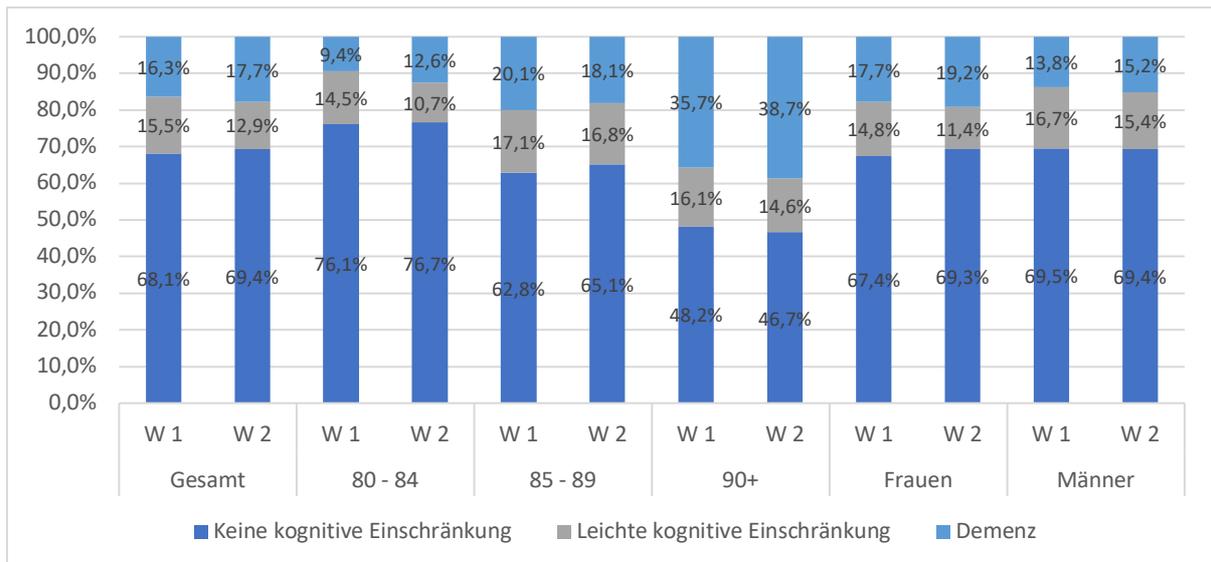


Abbildung 5. Trend in den kognitiven Fähigkeiten der Studienpopulation der Welle 1 (n=1551) und Welle 2 (n=1348) differenziert nach Alter und Geschlecht

Im individuellen zeitlichen Verlauf kann ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Wellen beobachtet werden. Wie in Abbildung 6 zu sehen ist, ist der Anteil an wiederholt Befragten ohne kognitive Einschränkungen in Welle 2 (60,4 %) um knapp sieben Prozentpunkte niedriger als in Welle 1 (67,1 %). Der Anteil an Personen mit leichter kognitiver Einschränkung steigt um einen Prozentpunkt (W1: 16,2 %; W2: 17,6 %) und mit Demenz um mehr als fünf Prozentpunkte (W1: 16,7 %; W2: 22,0 %). Eine Verschlechterung in der kognitiven Leistung zur Welle 2 kann in allen Altersgruppen sowie bei beiden Geschlechtern beobachtet werden. Ein statistisch relevanter Unterschied konnte jedoch nur in der Gruppe der 90-Jährigen oder Älteren sowie bei den Männern nachgewiesen werden.

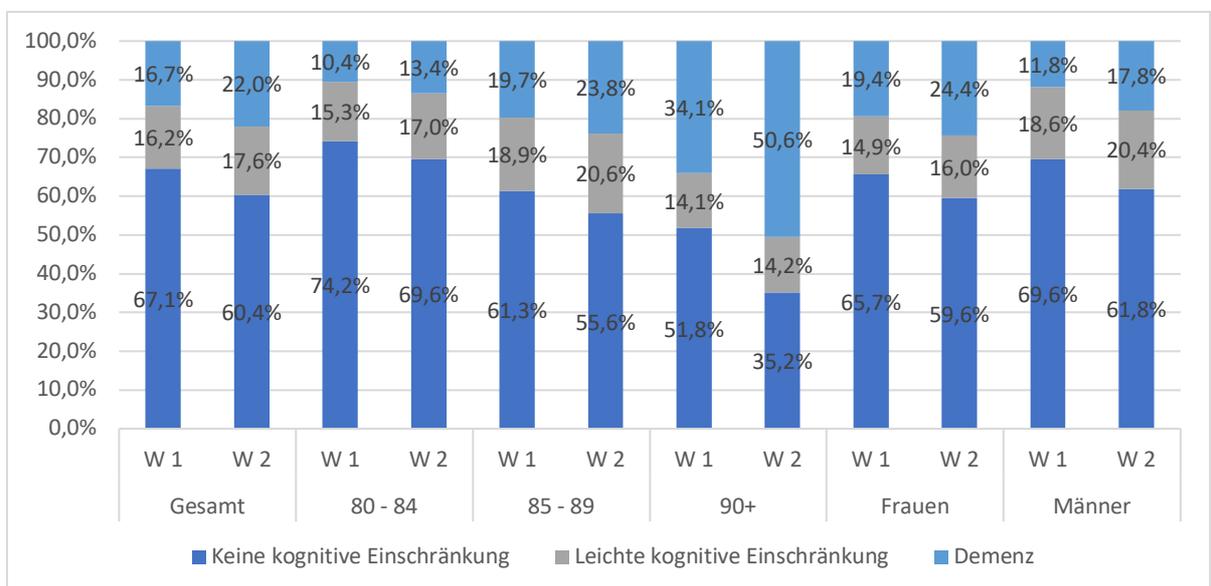


Abbildung 6. Zeitliche Veränderungen in der kognitiven Fähigkeiten differenziert nach Alter und Geschlecht bei den Panelteilnehmer:innen (n=728).

Die Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse des Mehrebenenmodells zur Vorhersage der Veränderungen in der Kognition der wiederholt befragten Studienteilnehmer:innen. In dem Zeitraum zwischen der Erst- und Zweitbefragung kann eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten der Hochaltrigen auf der intraindividuellen Ebene nachgewiesen werden. Nimmt die Schwere der Pflegebedürftigkeit zwischen der Welle 1 und 2 zu, so verschlechtert sich auch die kognitive Leistung. Die Anzahl an Erkrankungen und Depressionssymptome sowie

die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands zeigt sich unabhängig von der Kognition. Die kognitive Leistung ist ebenfalls unabhängig von der Altersgruppe und dem Geschlecht. Die zeitvariierenden Prädiktoren sagen 22 % der intraindividuellen Varianz in der Kognition vorher. Die Unterschiede in der Gesundheitsbewertung zwischen den Personen konnten durch die zeitlich stabilen Prädiktoren nur zu 1 % erklärt werden.

Tabelle 2. Vorhersage der Veränderungen in den kognitiven Fähigkeiten (n=794).

	Standardisierte Regressionsschätzung	Standardfehler
<i>Intraindividuelle Ebene</i>		
Zeitraum (Welle 1 - Welle 2)	-0,08	0,03
Anzahl der Erkrankungen	-0,02	0,04
Depressionssymptome (0-4)	0,03	0,04
Allgemeiner Gesundheitszustand (1-4)	0,05	0,04
Pflegegrade (0-5)	-0,43	0,06
<i>Interindividuelle Ebene</i>		
Geschlecht (Ref. Männer)	0,02	0,04
Altersgruppe (Ref. 80-84)		
85-89	-0,07	0,06
90+	-0,08	0,05
<i>Modelaufklärung R²</i>		
Intraindividuelle Ebene	0,22	0,04
Interindividuelle Ebene	0,01	0,01
<i>Modellanpassung</i>		
AIC	2417,0	
BIC	2474,4	

Anmerkung. Gewichtete Daten. Auf dem 5 %-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt.

Depressivität

In Abbildung 7 wird Häufigkeit der Depressionssymptome in der Studienpopulation der Welle 1 und Welle 2 dargestellt. In Welle 2 werden drei Teilstichproben getrennt beschrieben: wiederholt Befragte, neu Befragte durch persönliche Interviews vor der Coronapandemie und neu Befragte durch einen schriftlichen Fragenbogen während der Pandemie. In Hinblick auf die Gesamtstichproben der Welle 1 und Welle 2 zeigen sich keine Unterschiede in den Häufigkeiten der Symptome. Betrachtet man getrennt die drei Teilstichproben der Welle 2, ist ein statistisch signifikanter Anstieg in der Depressivität zu beobachten. Der Anteil der symptomfreien neu Befragten sank von 55,3 % vor der Pandemie auf 42 % während der Pandemie. Der Anteil von Personen, die alle abgefragten Depressionssymptome zeigen, stieg von 2,2 % auf 7,5 %. Im Durchschnitt weisen die in Welle 2 neu Befragten 0,9 Depressionssymptome auf. Auch in der Anzahl an Symptomen zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Differenzierung zwischen den Personen, die persönlich vor der Pandemie und schriftlich während der Pandemie befragt wurden. Die vor der Pandemie Befragten weisen durchschnittlich 0,8 Symptome auf. Hochaltrige Personen, die während der Pandemie befragt wurden, zeigen durchschnittlich 1,1 Symptome.

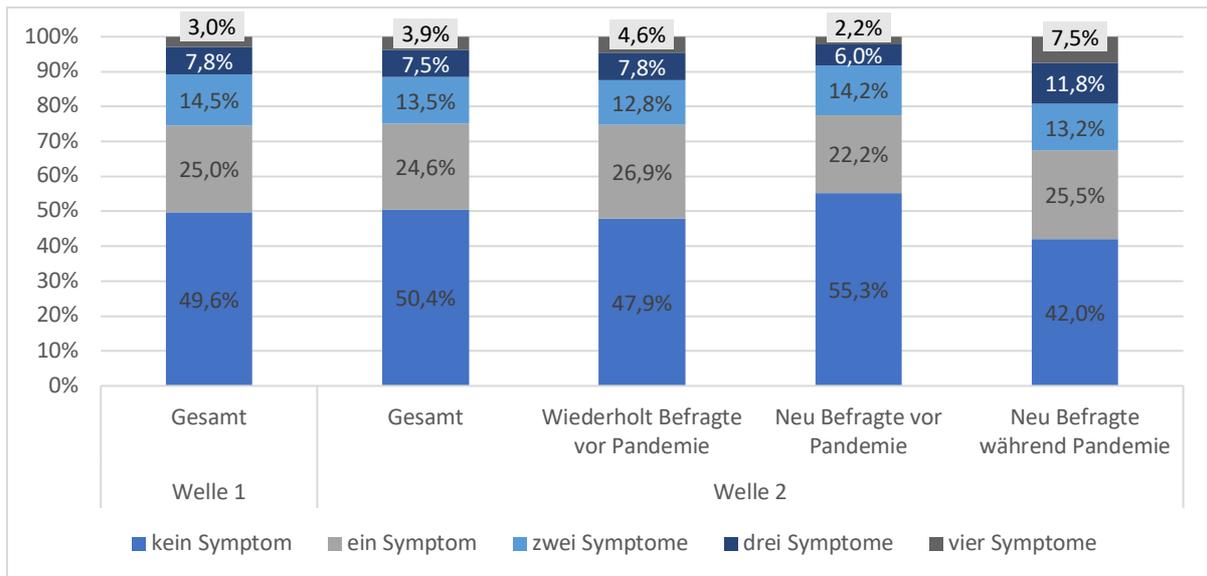


Abbildung 7. Häufigkeit der Depressionssymptome in der Studienpopulation der Welle 1 (n=1728) und Welle 2 (n=1690); Welle 2 differenziert nach Befragungszeitpunkt: wiederholt (n=702) und neu Befragte vor der Pandemie (n=766), neu Befragte während der Pandemie (n=222).

Die Differenzierung nach Altersgruppen macht deutlich, dass die Unterschiede zwischen vor und während der Pandemie Befragten nur bei den 80-89-Jährigen auftreten und nicht in der Altersgruppe der 90+-Jährigen (Abbildung 8). In den beiden jüngeren Altersgruppen ist zwischen der ersten und der zweiten Befragungswelle vor der Pandemie im Durchschnitt ein Rückgang um 0,1 Symptome zu erkennen. Während der Pandemie ist ein Zuwachs um 0,3 (80-84-Jährige) bzw. 0,4 (85-89-Jährige) auf jeweils 1,1 Symptome zu beobachten. Bei den ab 90-Jährigen beträgt der Mittelwert zu allen Erhebungszeitpunkten 1,1 Symptome. In der Differenzierung nach Geschlecht sind bei Frauen keine großen Unterschiede zwischen den Wellen zu erkennen (Abbildung 8). Bei den Männern sind zwischen den Befragungswellen deutliche Unterschiede erkennbar. Zur zweiten Befragungswelle ist zunächst ein Rückgang der Depressivität von 1,0 (Welle 1 Gesamt) auf 0,6 Symptome (Welle 2 neu Befragte vor Pandemie) zu beobachten. Während der Pandemie stieg die Anzahl der Symptome auf 1,3 an.

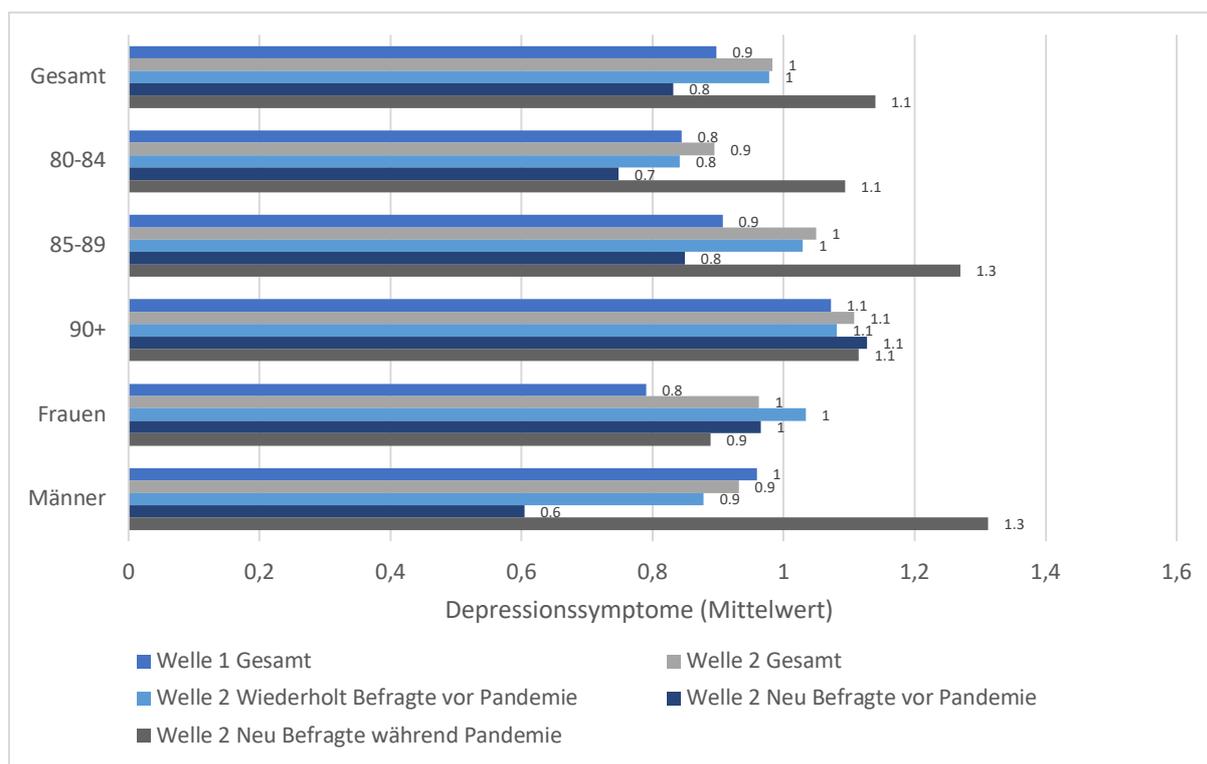


Abbildung 8. Häufigkeiten der Depressionssymptome nach Alter und Geschlecht in der Studienpopulation der Welle 1 (n=1727) und Welle 2 (n=1690); Welle 2 differenziert nach Befragungszeitpunkt: wiederholt (n=702) und neu Befragte vor der Pandemie (n=766), neu Befragte während der Pandemie (n=222).

Die Betrachtung des individuellen Verlaufs in Bezug auf Depressivität erwies keine statistisch signifikanten Unterschiede weder über die Zeit hinweg noch zwischen den Altersgruppen und Geschlechtern (nicht dargestellt). Ebenso konnten mittels der längsschnittlichen Mehrebenenanalyse die Veränderungen in der Depressivität durch die demografischen und weiteren gesundheitlichen Merkmale nicht erklärt werden (nicht dargestellt).

Subjektive Gesundheit

Wie sich die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands zwischen den Stichproben der Welle 1 und Welle 2 unterscheidet, ist in der Abbildung 9 dargestellt. Ähnlich wie in früheren Berichten des Deutschen Alterssurvey (Spuling et al. 2017; Wurm et al. 2009) wird eine leichte Verbesserung in der Bewertung der subjektiven Gesundheit beobachtet. So bewerteten 60,1 % der Hochaltrigen in Welle 1 ihre Gesundheit als positiv, während in Welle 2 dieser Anteil bei

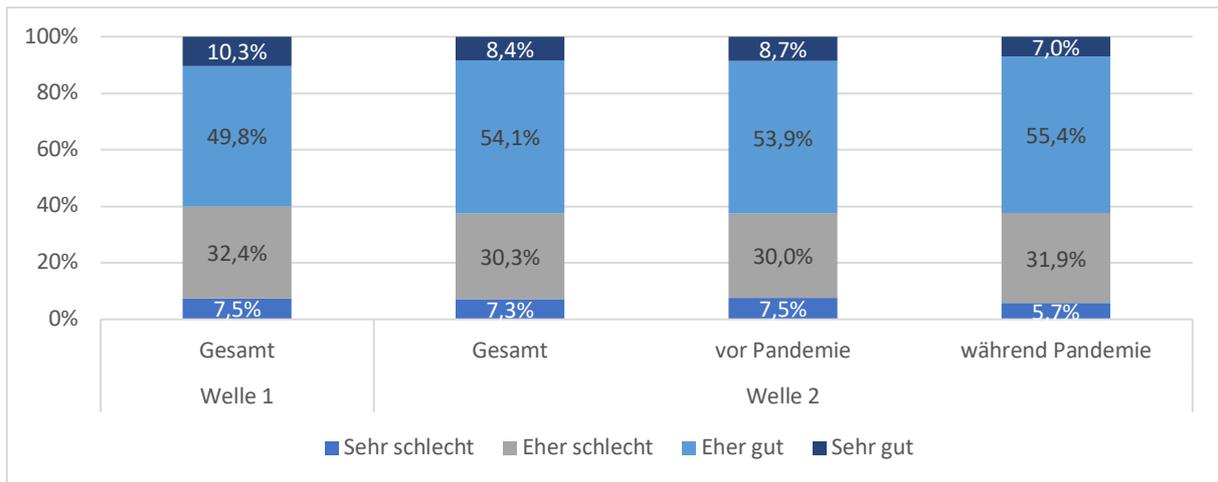


Abbildung 9. Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands in der Studienpopulation der Welle 1 (n=1858) und Welle 2 (n=1843); Welle 2 differenziert nach Befragungszeitpunkt: vor (n=1591) und während der Coronapandemie (n=252).

62,5 % lag. Die Bewertungen der hochaltrigen Personen, die vor und während der Coronapandemie erhoben wurden, unterschieden sich nicht statistisch signifikant.

In Abbildung 10 wird die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands nach Alter und Geschlecht unterschieden. Die 80- bis 84-jährigen Teilnehmer:innen der Welle 1 bewerten ihre Gesundheit insgesamt seltener positiv (60 %) als die gleichaltrigen Befragten der Welle 2 (64,3%). Die 85-Jährigen und Älteren fühlten sich gesundheitlich in beiden Wellen ungefähr gleich. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der D80+-Studie, erreichen die Unterschiede der subjektiven Bewertungen in den Altersgruppen in keiner der Wellen eine statistische Signifikanz. Die Bewertung des Gesundheitszustands verfolgt einen ähnlichen Trend bei Frauen und Männern wie in den Gesamtstichproben. So schätzen 59,8 % Frauen und 60,6 % Männer in der Welle 1 ihre Gesundheit als eher gut oder sehr gut, während in Welle 2 dieser Anteil höher lag (Frauen: 60,8 %; Männer: 65,3 %). Anders als in der D80+-Studie waren die Differenzen zwischen den Geschlechtern in beiden Wellen statistisch nicht signifikant (Zimmermann et al. 2022).

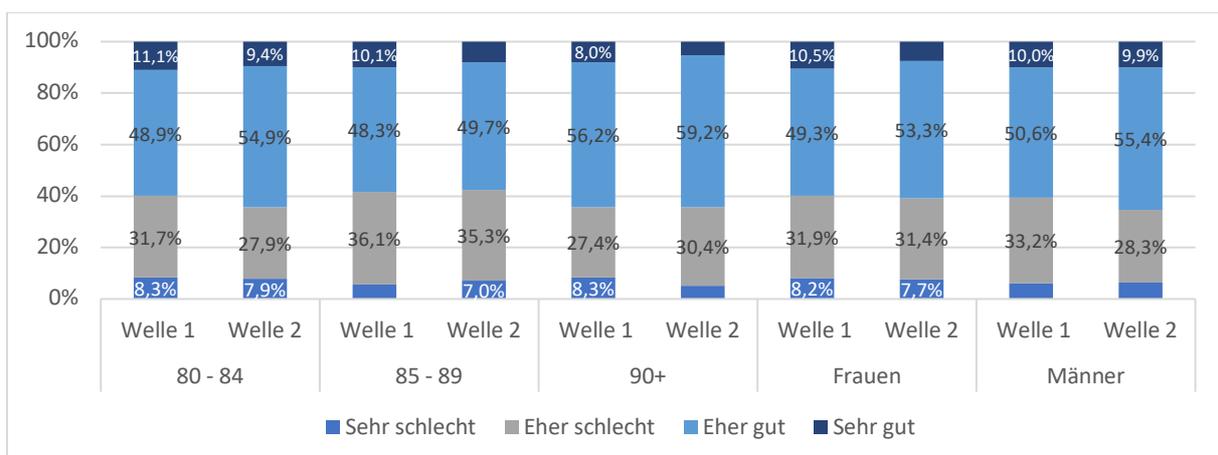


Abbildung 10. Trend in der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands in der Studienpopulation der Welle 1 (n=1858) und Welle 2 (n=1843) differenziert nach Alter und Geschlecht.

Vergleicht man die zeitlichen Veränderungen in der Bewertung des eigenen Gesundheitszustands bei den wiederholt befragten Hochaltrigen, zeigt sich überwiegend eine leichte Verbesserung in der Einschätzung (Abbildung 11). Insgesamt ist bei den

Panelteilnehmer:innen eine leichte Steigerung im Anteil an positiven Bewertungen um 1,7 Prozentpunkte (W1: 58,7 %; W2: 60,4 %) zu sehen. Die 80- bis 84-Jährigen bewerten ihren Gesundheitszustand in Welle 2 um 3,4 Prozentpunkte schlechter als in Welle 1. In den Altersgruppen der 85- bis 89-Jährigen sowie der 90+-Jährigen verbessert sich die Einschätzung um jeweils 7,2 und 8 Prozentpunkte. Anders als in den bisherigen Studien, die jüngere Altersgruppen einschließen (Wurm et al. 2009; Spuling et al. 2019; Lee et al. 2012), waren die Veränderungen in der Bewertung der subjektiven Gesundheit in keiner der Altersgruppe statistisch signifikant. Bei Frauen ist eine leichte Verbesserung um 2,6 Prozentpunkte in der Bewertung zwischen der Welle 1 und Welle 2 zu beobachten. Die hochaltrigen Männer schätzten ihren Gesundheitszustand ungefähr gleich in beiden Wellen ein. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen des Deutschen Alterssurveys (Spuling et al. 2019) unterscheiden sich die zeitlichen Veränderungen weder bei Frauen noch Männern statistisch signifikant.

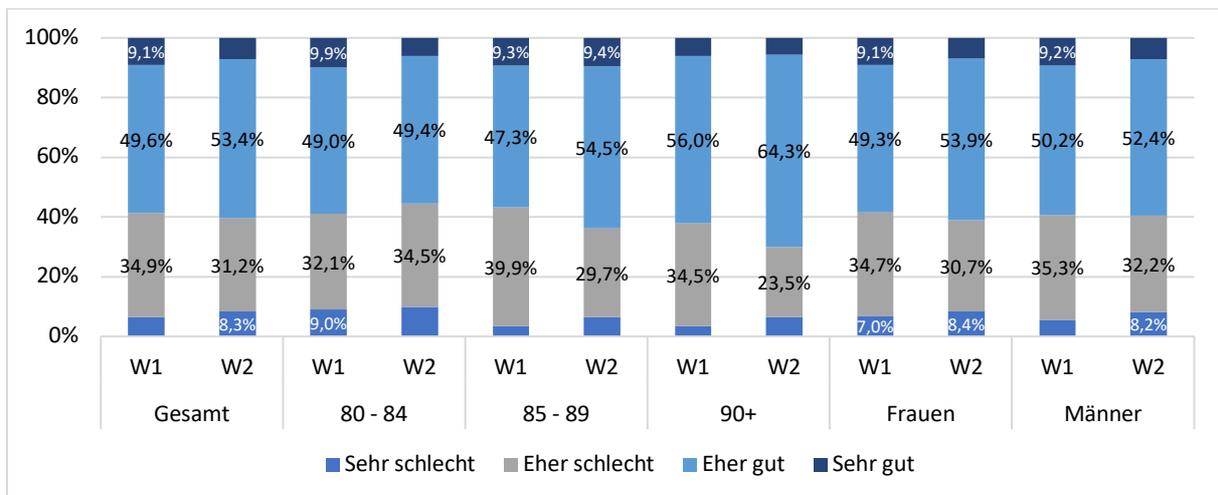


Abbildung 11. Zeitliche Veränderungen in der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands differenziert nach Alter und Geschlecht bei den Panelteilnehmer:innen (n=909).

Tabelle 3 stellt die Ergebnisse des Mehrebenenmodells zur Vorhersage von Veränderungen in der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands hochaltriger Menschen dar. Diese deuten auf eine Verschlechterung der Gesundheitsbewertung von Hochaltrigen auf der intraindividuellen Ebene in dem Zeitraum zwischen der Erst- und Zweitbefragung hin. Steigt die Anzahl an behandelten Erkrankungen, so verschlechtert sich die subjektive Gesundheitsbewertung. Eine Verschlechterung der Gesundheitseinschätzung zeigt sich ebenfalls, wenn die Schwere der Pflegebedürftigkeit zwischen der Welle 1 und 2 zunimmt. Interessanterweise ist die kognitive Leistung sowie die Anzahl an Depressionssymptomen unabhängig von der Gesundheitsbewertung. Die subjektive Gesundheitsbewertung war unabhängig von der Altersgruppe und dem Geschlecht. Die zeitvariierenden Prädiktoren sagen 22 % der intraindividuellen Varianz in der Gesundheitseinschätzung vorher. Die Unterschiede in der Gesundheitsbewertung zwischen den Personen konnten durch die zeitlich stabilen Prädiktoren nur zu 2 % erklärt werden.

Tabelle 3. Vorhersage der Veränderungen in der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands (n=794).

	Standardisierte Regressionschätzung	Standardfehler
<i>Intraindividuelle Ebene</i>		
Zeitraum (Welle 1 - Welle 2)	-0,06	0,02
Anzahl der Erkrankungen	-0,38	0,03
Kognitive Leistung (0-2)	0,04	0,03
Depressionssymptome (0-4)	-0,02	0,03
Pflegegrade (0-5)	-0,17	0,03
<i>Interindividuelle Ebene</i>		
Geschlecht (Ref. Männer)	0,03	0,05
Altersgruppe (Ref. 80-84)		
85-89	0,09	0,06
90+	0,13	0,07
<i>Modelaufklärung R²</i>		
Intraindividuelle Ebene	0,22	0,03
Interindividuelle Ebene	0,02	0,02
<i>Modellanpassung</i>		
AIC	2674,3	
BIC	2731,6	

Anmerkung. Gewichtete Daten. Auf dem 5%-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt.

Pflegebedürftigkeit

Wie aus der Abbildung 12 ersichtlich ist, kann in der gesamten Studienpopulation der Welle 1 und Welle 2 ein leichter Anstieg im Anteil von hochaltrigen Personen mit Pflegegrad 1 (W1: 3,2 %; W2: 4,5 %), Pflegegrad 2 (W1: 11,8 %; W2: 12,8 %) und Pflegegrad 4 (W1: 5,3 %; W2: 6,9 %) beobachtet werden. Dahingegen verringerte sich der Anteil an Personen, die keinen Pflegebedarf hatten (W1: 66,8 %; W2: 63,6 %), sowie an Personen mit Pflegegrad 3 (W1: 10,6%; W2: 10,3 %) und Pflegegrad 5 (W1: 2,4 %; W2: 1,9 %). Vergleicht man die befragten Personen vor und während der Pandemie, zeigt sich, dass Teilnehmer:innen an der schriftlichen Befragung während der Coronapandemie signifikant häufiger einen niedrigeren Pflegebedarf hatten als Personen, die vor der Pandemie an einem persönlichen Interview teilnahmen. Die vor der Pandemie befragten Personen zeigen einen statistisch signifikant höheren Pflegebedarf auf als die während der Pandemie befragten Hochaltrigen.

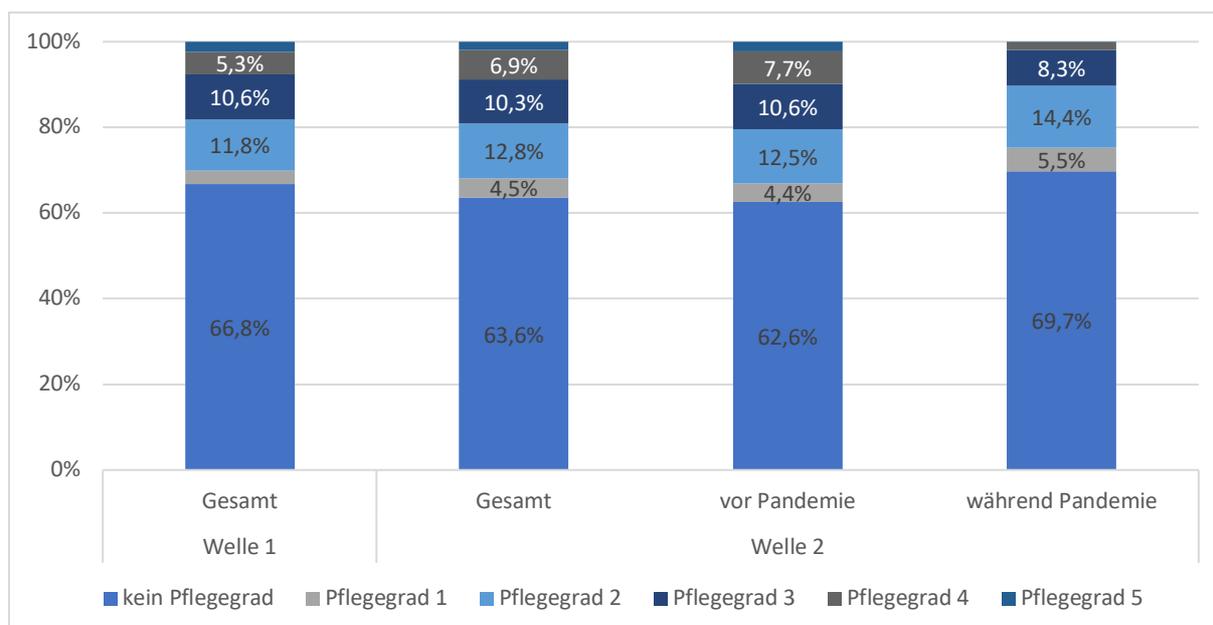


Abbildung 12. Verteilung von Pflegegraden in der Studienpopulation der Welle 1 (n=1813) und Welle 2 (n=1805); Welle 2 differenziert nach Befragungszeitpunkt: vor (n=1560) und während der Coronapandemie (n=245).

Auch innerhalb der Altersgruppen ist der Trend des steigenden Pflegebedarfs zu beobachten (Abbildung 13). Bei den ältesten Personen (90 Jahre und älter) ist die Differenz am deutlichsten sichtbar. In Welle 2 waren 29,4 % der 90-Jährigen und Älteren als nicht pflegebedürftig identifiziert, während in der ersten Welle 37,7 % der Teilnehmer:innen keinen Pflegebedarf hatten. Ein deutlicher Anstieg zwischen den zwei Erhebungen zeigt sich ebenfalls im Anteil der Hochaltrigen mit Pflegegrad 2 (W1: 18,5 %; W2: 22,0 %) und Pflegegrad 3 (W1: 16,8 %; W2: 24,0 %). Bei dem Pflegegrad 1 (W1: 7,2 %; W2: 5,7 %) und Pflegegrad 4 (W1: 13,1 %; W2: 12,7 %) ist ein leichter Rückgang zu beobachten. Dennoch ist der rückläufige Trend beim Pflegegrad 5 (W1: 6,8 %; W2: 6,3 %) auch in der ältesten Altersgruppe zu sehen. Darüber hinaus kann in beiden Wellen mit steigendem Alter ein deutlicher Anstieg des Pflegebedarfs beobachtet werden. Die Altersunterschiede in Welle 1 sowie in Welle 2 sind statistisch signifikant. Betrachtet man die Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Abbildung 13), zeigt sich ähnlich wie in der Pflegestatistik, dass deutlich weniger Frauen als Männer in beiden Wellen keine Pflegeleistungen nach SGB XI benötigen. Auch diese Differenzen erwiesen sich in beiden Wellen als statistisch signifikant. Vergleichbar mit der Verteilung in der gesamten Studienpopulation kann bei Frauen ein ähnlicher Trend des geringeren Anteils der Personen ohne Pflegebedarf (W1: 62,6 %; W2: 56,5 %) sowie der höheren Proportionen bei den meisten Pflegegraden beobachtet werden. Allerdings weisen die hochaltrigen Männern einen anderen Trend auf. Im Gegensatz zu den Pflegestatistiken, war der Anteil an Männer ohne Pflegebedarf in Welle 2 etwas höher als in Welle 1 (W1: 73,8%; W2: 74,9 %). In der Verteilung von Pflegegraden zeigt sich jedoch ein leichter Anstieg beim Pflegegrad 1 (W1: 1,9 %; W2: 2,7 %), Pflegegrad 4 (W1: 4,8 %; W2: 5,5 %) und Pflegegrad 5 (W1: 1,0 %; W2: 1,2 %).

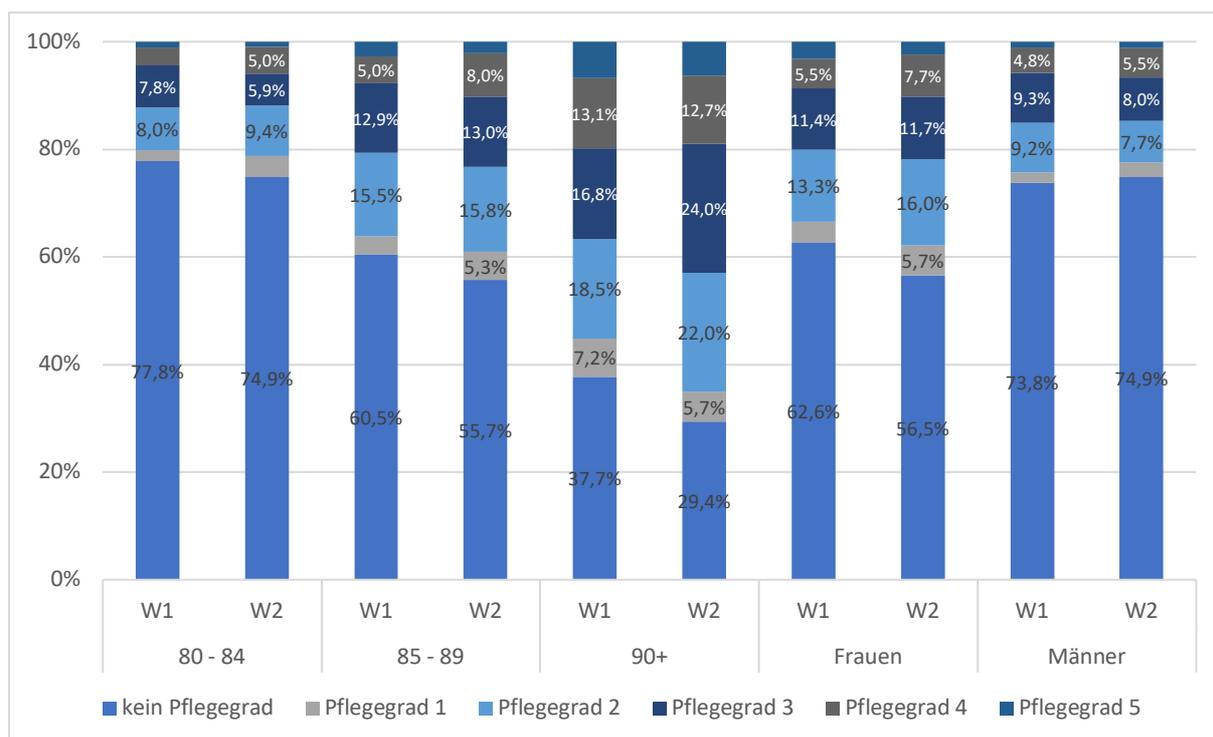


Abbildung 13. Trend in der Verteilung von Pflegegraden differenziert nach Alter und Geschlecht in der Studienpopulation der Welle 1 (n=1813) und Welle 2 (n=1805).

In Abbildung 14 werden zeitliche Veränderungen in der Verteilung der Pflegegrade differenziert nach Alter und Geschlecht bei den Studienteilnehmer:innen dargestellt, die in beiden Wellen befragt wurden. Insgesamt ist eine signifikante Zunahme des Pflegebedarfs zwischen der Welle 1 und Welle 2 zu sehen. Während in der ersten Welle 67,1 % der Hochaltrigen keine Pflegeleistungen benötigen, geben in der zweiten Welle 50,7 % dieser Teilnehmer:innen an, nicht pflegebedürftig zu sein. Der Anstieg ist ebenfalls in der Verteilung aller Pflegegrade ersichtlich. So steigt der Anteil an Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1, Pflegegrad 2 und Pflegegrad 3 um etwa 3 Prozentpunkte an. Der Anteil an Panelbefragten mit Pflegegrad 4 nahm um mehr als 6 Prozentpunkte zu. In Welle 2 wurde um knapp 2 Prozentpunkte mehr Teilnehmer:innen mit dem Pflegegrad 5 identifiziert als in Welle 1. Eine signifikante Zunahme in der Pflegebedürftigkeit tritt in allen Altersgruppen und beiden Geschlechtern auf. Ähnlich wie in den Gesamtstichproben der beiden Wellen ist auch bei den Panelteilnehmer:innen der progressive Trend in der Schwere der Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter deutlich zu sehen. Während die meisten 80- bis 84-jährigen in Welle 1 (79,7 %) sowie in Welle 2 (63,9 %) noch keinen Pflegebedarf hatten, liegt der Anteil an 85- bis 89-jährigen nicht pflegebedürftigen Personen bei 59,9 % in Welle 1 und bei 41,7 % in Welle 2. In der ältesten Altersgruppe ist der Anteil an Personen ohne Pflegeleistungen um etwa 15 Prozentpunkte niedriger (W1: 36,2 %; W2: 21,2 %). In der Verteilung der Pflegegrade ist innerhalb aller Altersgruppen ebenfalls eine Steigerung des Pflegebedürftigkeitsumfangs zu beobachten. Betrachtet man den Verlauf innerhalb der Geschlechtergruppen, steigt der Anteil an Pflegebedürftigen statistisch signifikant an. So haben in Welle 1 noch 60,2 % hochaltriger Frauen keinen Pflegegrad. In Welle 2 lag dieser Anteil bereits bei 42,1 %. Bei den hochaltrigen Männern war die Mehrheit in beiden Wellen nicht pflegebedürftig (W1: 79,1 %; W2: 65,2 %). Dennoch ist die Zunahme in der Schwere der Pflegebedürftigkeit auch in der Verteilung von Pflegegraden bei Frauen sowie bei Männern zu sehen.

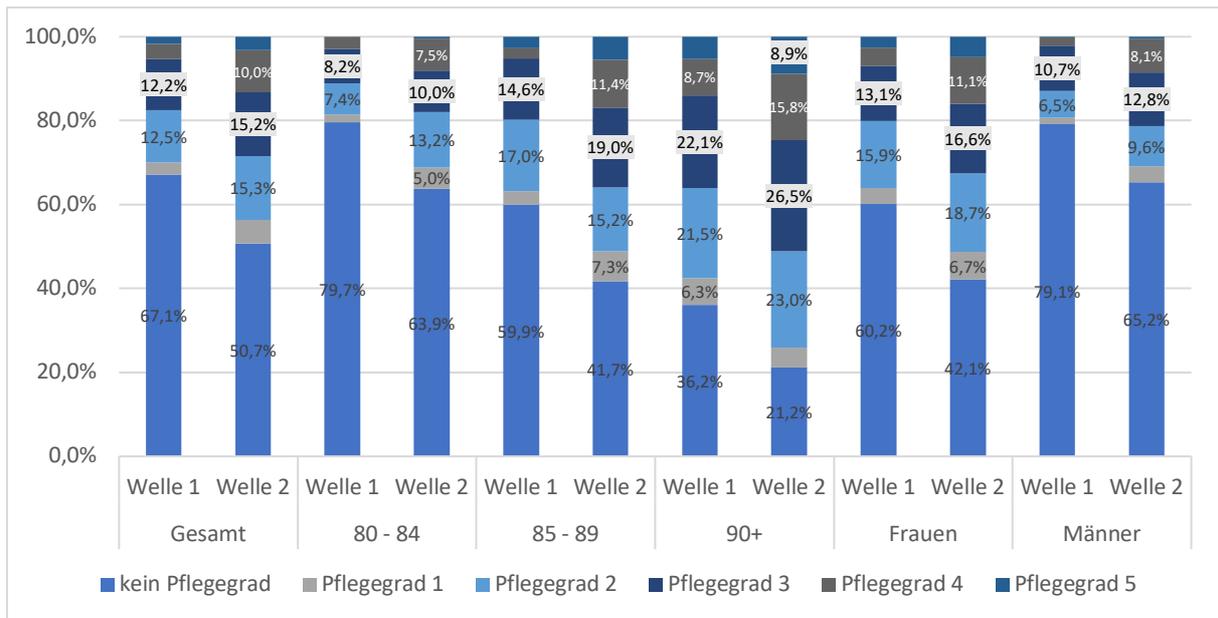


Abbildung 14. Zeitliche Veränderungen in der Verteilung von Pflegegraden differenziert nach Alter und Geschlecht bei den Panelteilnehmer:innen (n=878).

In

Tabelle 4 werden Ergebnisse eines Mehrebenenmodells zur Vorhersage der Veränderungen in der Pflegebedürftigkeit dargestellt. Diese bestätigen, dass die Pflegebedürftigkeit hochaltriger Personen auf der intraindividuellen Ebene über den Zeitraum zwischen den beiden Wellen signifikant zunimmt. Erwartungsgemäß steht die Zunahme an Erkrankungen sowie die Verschlechterung der kognitiven Leistung mit einer Erhöhung des Pflegebedarfs im Zusammenhang. Ebenfalls ist eine Verschlechterung in der Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands innerhalb einer Person mit einem Anstieg am Pflegebedarf verbunden. Die Anzahl der Depressionssymptome hat keine Auswirkung auf die Pflegebedürftigkeit der Hochaltrigen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen konnten in dem Mehrebenenmodell ebenfalls bestätigt werden. Frauen und die Personen, die 85 Jahre oder älter sind, haben einen signifikant höheren Pflegebedarf als die jüngeren Hochaltrigen. Die zeitlich variierenden Prädiktoren erklären 30 % der intraindividuellen Varianz des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit. Durch zeitlich invariable Prädiktoren konnte 12 % der Varianz im Pflegebedarf zwischen den Hochaltrigen erklärt werden.

Tabelle 4. Vorhersage von Veränderungen in Pflegebedürftigkeit (n=794).

	Standardisierte Regressionschätzung	Standardfehler
<i>Intraindividuelle Ebene</i>		
Zeitraum (Welle 1 - Welle 2)	0,21	0,02
Anzahl der Erkrankungen	0,16	0,04
Kognitive Leistung (0-2)	-0,40	0,04
Depressionssymptome (0-4)	-0,01	0,03
Allgemeiner Gesundheitszustand (1-4)	-0,15	0,04
<i>Interindividuelle Ebene</i>		
Geschlecht (Ref. Männer)	0,15	0,04
Altersgruppe (Ref. 80-84)		
85-89	0,18	0,04
90+	0,32	0,05
<i>Modelaufklärung R²</i>		
Intraindividuelle Ebene	0,30	0,04
Interindividuelle Ebene	0,12	0,03
<i>Modellanpassung</i>		
AIC	4021,1	
BIC	4078,4	

Anmerkung. Gewichtete Daten. Auf dem 5 %-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt.

3.1.4 Diskussion

Das vorliegende Kapitel beschreibt auf der Grundlage von zwei repräsentativen Erhebungen zwischen 2017 und 2021 die gesundheitliche Situation der hochaltrigen Menschen in Nordrhein-Westfalen. Die zweite Befragungswelle wurde von der Coronapandemie und den umfangreichen Maßnahmen zur Kontaktreduzierung beeinflusst. Daher wurde in den Analysen berücksichtigt, dass die während der Coronapandemie erhobenen Daten durch diese gravierende gesellschaftliche Veränderung und damit einhergehende Veränderung der Befragungsform (statt persönlichen computergestützten Interviews Anwendung von schriftlichen Fragebogen) beeinflusst werden konnten. Die Ergebnisse zeigen, dass die gesundheitliche Lage der Hochaltrigen in beiden Wellen insgesamt ähnlich war. Im Vergleich zu den Befunden der deutschlandweiten Studie berichten die ab 80-Jährigen und Älteren in NRW einen besseren Gesundheitszustand als die Hochaltrigen in Gesamtdeutschland (vgl. Zimmermann et al. 2022). Jedoch deuten die differenzierten Ergebnisse der zweiten Welle darauf hin, dass sich insbesondere die psychische und körperliche Gesundheit während der Coronapandemie verschlechtert hat.

In Übereinstimmung mit den bisherigen Forschungsbefunden (Mauz et al. 2021; Santomauro et al. 2021) zeigt sich, dass die Anzahl von Depressionssymptomen während der Coronapandemie deutlich höher lag als vor der Pandemie. Dieser Trend war insbesondere in den jüngeren Altersgruppen (80-89-Jährige) erkennbar. Bei den 90-Jährigen und Älteren sind keine Unterschiede zu erkennen. Ein möglicher Grund kann darin bestehen, dass die ab 90-jährigen weniger Freizeitaktivitäten nachgehen und damit auch weniger von Maßnahmen zur Kontaktreduktion betroffen waren als die jüngeren Hochaltrigen. Darüber hinaus geht aus der geschlechtsspezifischen Darstellung hervor, dass vor allem bei Männern die Depressivität während der Pandemie zunahm. Bei den vier erfragten Depressionssymptomen wurde eine durchschnittliche Zunahme von 0,3 Symptomen festgestellt. Die zugehörige Effektstärke wird

in der Psychotherapie als klinisch relevant bezeichnet (Cuijpers et al. 2009). Des Weiteren sollte beachtet werden, dass die von den Maßnahmen besonders betroffene Heimbevölkerung in der Fragebogenstichprobe kaum vertreten ist. Daher könnte die Berücksichtigung dieser vulnerablen Gruppe den Anstieg an Depressivität während der Coronapandemie in der hochaltrigen Population in NRW noch deutlich verstärken.

Außerdem ist bemerkenswert, dass die während der Pandemie Befragten einerseits eine höhere Anzahl an Erkrankungen andererseits einen niedrigeren Pflegebedarf berichteten als die vor der Pandemie befragten Hochaltrigen. Die bisherigen Forschungsbefunde deuten allerdings auf eine Verschlechterung der funktionalen Fähigkeiten bei Älteren während der Pandemie hin (Rosenblum und Cohen Elimelech 2021; Walle-Hansen et al. 2021), die ebenfalls mit einer Entwicklung von weiteren chronischen Erkrankungen einher gehen könnte. Diese Ergebnisse könnten durch die Änderung des Befragungsinstrumentes erklärt werden. Die schriftliche Datenerhebung könnte dazu führen, dass die besonders gesundheitlich eingeschränkten Personen durch diese Befragungsform nicht erreicht werden konnten. Weiterhin ist zu bedenken, dass in dieser Studie die Pflegebedürftigkeit nur nach Sozialgesetzbuch XI erhoben wurde. Pflegebedürftige, die keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, blieben unberücksichtigt. Darüber hinaus kann der Anstieg in der Anzahl von chronischen Erkrankungen bei den schriftlich befragten Personen durch unterschiedliche Interpretationen der Fragen beziehungsweise durch fehlende Aufklärung durch eine:n Interviewer:in erklärt werden. In Bezug auf die subjektive Gesundheitsbewertung konnten, im Gegensatz zu bisherigen Studien, die sich auf jüngere Population fokussieren, keine Unterschiede in den Einschätzungen vor und während der Pandemie beobachtet werden. Andere Studien zeigen, dass sich in den jüngeren Generationen die Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands während der Pandemie verschlechterte (vgl. Szwarcwald et al. 2021; Kim und Kim 2021). Dieser Befund könnte darauf hindeuten, dass hochaltrige Menschen die Auswirkungen der Coronapandemie besser bewältigen können als die jüngere Population (vgl. Gilan et al. 2020).

Betrachtet man die zwei Befragungswellen insgesamt im Querschnitt, werden unterschiedliche Trends erkennbar. Bei der Anzahl an chronischen Erkrankungen, kognitiver Leistungsfähigkeit und Depressionssymptomen sind kaum Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Befragungswelle zu beobachten. Interessanterweise verbessert sich die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands leicht in Welle 2, während der Pflegebedarf der Hochaltrigen in Welle 2 etwas höher lag als in Welle 1. In der Anzahl der Erkrankungen sowie in der Bewertung der subjektiven Gesundheit wurden keine Unterschiede bezogen auf Alter und Geschlecht identifiziert. Betrachtet man die Kognition nach Alter und Geschlecht, ist die Prävalenz von Demenzerkrankungen in allen Altersgruppen sowie bei beiden Geschlechtern in Welle 2 höher als in Welle 1. Dahingegen sinkt die Prävalenz von leichten kognitiven Einschränkungen. In Bezug auf Depressivität zeigen Frauen in Welle 2 mehr Depressivitätssymptome als in Welle 1. Bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit sind Alters- sowie Geschlechterunterschiede zwischen den Wellen zu beobachten. So berichteten vor allem die ältesten Personen und Frauen in Welle 2 einen höheren Pflegebedarf als in Welle 1. Die Befunde könnten einen Hinweis auf die Diskrepanz zwischen einerseits dem objektiven Gesundheitsmaß der Pflegebedürftigkeit und andererseits der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands der Hochaltrigen in NRW liefern. Diese Beobachtung ist in jüngeren Altersgruppen nicht erkennbar und kann als Gesundheitsparadoxon im späten Lebensalter interpretiert werden. Das Gesundheitsparadoxon wird dadurch erklärt, dass sehr alte Menschen eine Anpassungsfähigkeit an die zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben und daher ihre subjektive Wahrnehmung der Gesundheit über die Zeit hinweg positiv bleibt (vgl. Wettstein et al. 2016).

In Bezug auf die intraindividuellen gesundheitlichen Verläufe können ebenfalls unterschiedliche Entwicklungen beobachtet werden. Während bei der Depressivität der Hochaltrigen in NRW keine Veränderung über den Befragungszeitraum erkennbar war, nahm die Anzahl an behandelten Erkrankungen ab. Die kognitiven Einschränkungen sowie der

Pflegebedarf stiegen an. Auch die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands verschlechtert sich auf der intraindividuellen Ebene. Die Wiederbefragung der Studienteilnehmer:innen wurde bereits vor der Coronapandemie abgeschlossen und daher ist die individuelle Verschlechterung der psychischen Gesundheit in diesen Daten nicht erkennbar. Das Vorhersagemodell zeigt, dass der Rückgang in der Anzahl der Erkrankungen mit einer Verbesserung der subjektiven Gesundheit sowie mit einer Verminderung des Pflegebedarfs auf der intraindividuellen Ebene verbunden ist. Die Abnahme in der Anzahl an Erkrankungen kann dadurch erklärt werden, dass Personen mit verfügbaren Ressourcen zur Heilung vermutlich eher im Panel verblieben sind als Personen, die über entsprechende Ressourcen nicht (mehr) verfügen. In Übereinstimmung mit der bisherigen Literatur (Abbott 2011), nehmen die kognitiven Fähigkeiten einer Person über die Zeit hinweg deutlich ab. Unsere Ergebnisse bestätigen, dass mit steigendem Alter das Risiko für die Entwicklung einer Demenzerkrankung zunimmt. Erwartungsgemäß ist die Verschlechterung in der Kognition mit einer Erhöhung des Pflegebedarfs verbunden. Weitere Gesundheitsindikatoren spielten dabei keine Rolle. Zukünftige Untersuchungen sollten weitere Einflussfaktoren einschließen, um die Veränderungen in der Kognition besser erklären zu können. Auch die subjektive Gesundheitseinschätzung verschlechtert sich auf individueller Ebene über den Befragungszeitraum. Ähnliche Befunde wurden in den bisherigen Studien berichtet (vgl. Wurm et al. 2009; Lee et al. 2012; Spuling et al. 2019). Dieser Effekt ist jedoch deutlich schwächer als bei den anderen Gesundheitsindikatoren. Die Veränderung in der subjektiven Gesundheitsbewertung konnte durch die steigende Anzahl an Erkrankungen und erhöhten Pflegebedarf auf der intraindividuellen Ebene erklärt werden. In Übereinstimmung mit der bisherigen Forschungsliteratur (d'Orsi et al. 2014; Palese et al. 2016; Wettstein et al. 2020) wurde auf der individuellen Ebene eine Zunahme des Pflegebedarfs in allen Altersgruppen sowie bei beiden Geschlechtern identifiziert. Die Mehrebenenanalyse bestätigte, dass Veränderung der Pflegebedürftigkeitsschwere innerhalb einer Person mit einer Zunahme an Erkrankungen, einem Rückgang kognitiver Fähigkeiten sowie mit einer Verschlechterung der subjektiven Gesundheit einhergeht. Ältere Altersgruppen und Frauen werden zunehmend pflegebedürftiger.

Empfehlungen

Im Bereich der physischen Gesundheit ist eine Zunahme in der Pflegebedürftigkeit sowohl im Trend wie auch im individuellen Verlauf einzelner hochaltrigen Personen zu beobachten. Übereinstimmend mit der These des Gesundheitsparadoxons verschlechtert sich dennoch die subjektive Bewertung der Gesundheit bei den Hochaltrigen in NRW nicht in gleichem Maße. Nichtsdestotrotz zeigen weitere Untersuchungen, dass die Gesundheit auch im hohen Alter mit verfügbaren Ressourcen im Zusammenhang steht. Im Kapitel 3.2 wird beispielsweise von sozioökonomischen Ungleichheiten in der Gesundheit bei Hochaltrigen in NRW berichtet, die auch in der deutschlandweiten Hochaltrigenstudie nachgewiesen werden konnten (Zimmermann et al. 2022). Darüber hinaus berichten weitere Studien, dass gesundheitliche Nachteile im Alter mit geringerer sozialer Eingebundenheit (Vonneilich et al. 2012) oder mit schlechter Wohnumgebung (Zimmermann et al. 2021) einhergehen. Daher könnte zum einen die Förderung sozialer Teilhabe älterer Menschen durch Unterstützung von sozialen Aktivitäten in unmittelbaren Wohnumgebung, zum anderen die Anpassung des Wohnraums an die Bedürfnisse von Älteren (z.B. Ausbau bzw. Erhalt von Fußwegen, Sitzgelegenheiten, öffentlichen Toiletten) helfen, die Ungleichheiten in der Gesundheit auszugleichen.

Insgesamt wurden 16 % der Hochaltrigen in der Gesamtstichprobe der Welle 1 und 18 % in Welle 2 als demenzerkrankt identifiziert. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit der Prävalenz von Demenz, die in der deutschlandweiten Hochaltrigenstudie ermittelt wurde (Brijoux und Zank 2022). Bemerkenswert ist, dass die längsschnittlichen Daten auf deutlichen individuellen Rückgang der kognitiven Fähigkeiten über die Befragungszeitraum hindeuten. Besonders in der Gruppe von 90-jährigen und älteren Personen kann ein Zuwachs an wiederholt befragten Teilnehmer:innen mit Demenz von 34 % auf knapp 51 % beobachtet werden. Diese

Ergebnisse heben die in der Nationalen Demenzstrategie (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit 2020) beschriebenen Handlungsbedarfe hervor. Da die Mehrheit der hochaltrigen Menschen mit Demenz in Privathaushalten lebt (Brijoux und Zank 2022), sollen zum Beispiel mehr demenzfreundliche öffentliche Räume und Mobilitätsangebote in den Gemeinden ausgebaut werden, um gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz möglichst lange aufrechtzuerhalten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit 2020). Darüber hinaus sollte die breite Öffentlichkeit für Menschen mit Demenz sensibilisiert werden, um die Ausgrenzung dieser Menschen zu vermeiden sowie die Krankheit frühzeitig zu erkennen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit 2020).

Besonders die Zunahme der Depressivität bei hochaltrigen Männern und den 80-89-Jährigen scheint problematisch zu sein, weil bei einer Depressionen im Alter generell von einer Unterversorgung ausgegangen werden kann (Riedel-Heller et al. 2012). Des Weiteren werden Depressionen bei Männern seltener diagnostiziert, da sie weniger aktiv Hilfe suchen und Ärzt:innen die Diagnose Depression bei Männern schwerer fällt (Karger 2014). Zudem begehen Männer im Alter häufiger Suizid als Frauen (DGPPN et al. 2017). Entsprechend werden geschlechtsspezifische Angebote und Zugänge benötigt, die auf diese neu entstandenen Bedürfnisse reagieren. Unsere Ergebnisse deuten auf einen akuten Bedarf an weiteren repräsentativen Untersuchungen hin, die zur Erklärung sowie Vorhersage von Depressivität im hohen Alter beitragen könnten.

Vermutlich aufgrund der aktuellen Lage war die Heimbevölkerung und besonders die vulnerabelsten Personen während der Coronapandemie mit einer schriftlichen Befragung schwer erreichbar. Die Interessenvertreter:innen, wie das Kuratorium Deutsche Altershilfe sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen wies darauf hin, dass in Bezug auf die psychische Gesundheit während der Pandemie die Heimbevölkerung zu einer besonders gefährdeten Gruppe gehört (Schulz-Nieswandt 2020). Darüber hinaus wurde der überwiegende Teil der Befragung bereits vor der Pandemie durchgeführt. Daher können unsere Befunde bezüglich der gesundheitlichen Situation der Hochaltrigen in NRW während der Coronapandemie nur eingeschränkt generalisiert werden.

Literaturverzeichnis

- Abbott, Alison (2011): Dementia: a problem for our age. In: *Nature* 475 (7355), S2-4. DOI: 10.1038/475S2a.
- Alzheimer Europe (2019): Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe.
- Anstey, Kaarin J.; Ee, Nicole; Eramudugolla, Ranmalee; Jagger, Carol; Peters, Ruth (2019): A Systematic Review of Meta-Analyses that Evaluate Risk Factors for Dementia to Evaluate the Quantity, Quality, and Global Representativeness of Evidence. In: *Journal of Alzheimer's Disease* 70, S165-S186. DOI: 10.3233/JAD-190181.
- Berger, Nicolas; van der Heyden, Johan; van Oyen, Herman (2015): The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality. In: *Archives of public health = Archives belges de sante publique* 73 (1), S. 25. DOI: 10.1186/s13690-015-0073-0.
- Borchert, L. (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Augsburg: MaroVerlag.

- Borchert, L.; Rothgang, H. (2008): Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: U. Bauer und A. Büscher (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Brijoux, Thomas; Zank, Susanne (2022): Auswirkungen kognitiver Einschränkungen (Demenz) auf Lebensqualität und Versorgung. BMFSFJ; ceres; DZA. Köln (D80+Kurzberichte, 7). Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-78948-9>, zuletzt geprüft am 05.09.2022.
- Bullinger, Monika; Kirchberger, Inge (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022): ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung. Online verfügbar unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=060D6F7CBAA66C3F94ABD44B270F92D6.intranet242, zuletzt geprüft am 06.04.2022.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2020): Nationale Demenzstrategie. Berlin. Online verfügbar unter https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf, zuletzt geprüft am 07.09.2022.
- Chavan, Prachi P.; Kedia, Satish K.; Mzayek, Fawaz; Ahn, SangNam; Yu, Xinhua (2021): Impact of self-assessed health status and physical and functional limitations on healthcare utilization and mortality among older cancer survivors in US. In: *Aging Clin Exp Res* 33 (6), S. 1539–1547. DOI: 10.1007/s40520-020-01654-5.
- Cuijpers, Pim; van Straten, Annemieke; van Schaik, Anneke; Andersson, Gerhard (2009): Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 59 (559), e51-60. DOI: 10.3399/bjgp09X395139.
- DGPPN; BÄK; KBV; AWMF (2017): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Kurzfassung. 2. Aufl.
- d'Orsi, Eleonora; Xavier, Andre Junqueira; Steptoe, Andrew; Oliveira, Cesar de; Ramos, Luiz Roberto; Orrell, Martin et al. (2014): Socioeconomic and lifestyle factors related to instrumental activity of daily living dynamics: results from the English Longitudinal Study of Ageing. In: *J Am Geriatr Soc* 62 (9), S. 1630–1639. DOI: 10.1111/jgs.12990.
- Finch, William Holmes; Bolin, Jocelyn E. (2017): Multilevel modeling using Mplus. Boca Raton, FL: CRC Press (Chapman & Hall/CRC statistics in the social and behavioral sciences series).
- Gilan, Donya; Röthke, Nikolaus; Blessin, Manpreet; Kunzler, Angela; Stoffers-Winterling, Jutta; Müssig, Markus et al. (2020): Psychomorbidity, Resilience, and Exacerbating and Protective Factors During the SARS-CoV-2 Pandemic. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117 (38), S. 625–630. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0625.
- Hansen, Sylvia; Kaspar, Roman; Wagner, Michael; Woopen, Christiane; Zank, Susanne (2021): The NRW80+ study: conceptual background and study groups. In: *Z Gerontol Geriat* 54, S. 76–84. DOI: 10.1007/s00391-021-01970-z.
- Heidenblut, Sonja; Zank, Susanne (2020): Screening for Depression in Old Age With Very Short Instruments: The DIA-S4 Compared to the GDS5 and GDS4. In: *Gerontology & geriatric medicine* 6, 2333721420981328. DOI: 10.1177/2333721420981328.
- Johnston, Marjorie C.; Crilly, Michael; Black, Corri; Prescott, Gordon J.; Mercer, Stewart W. (2019): Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. In: *Eur J Public Health* 29 (1), S. 182–189. DOI: 10.1093/eurpub/cky098.
- Jylhä, Marja (2009): What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. In: *Soc Sci Med* 69 (3), S. 307–316. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013.

- Kalbe, E.; Kessler, J.; Calabrese, P.; Smith, R.; Passmore, A. P.; Brand, M.; Bullock, R. (2004): DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19 (2), S. 136–143. DOI: 10.1002/gps.1042.
- Karger, A. (2014): Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57 (9), S. 1092–1098. DOI: 10.1007/s00103-014-2019-z.
- Kim, Harris Hyun-soo; Kim, Hyun-jin Katelyn (2021): Income inequality, emotional anxiety, and self-rated health in times of the coronavirus pandemic: Evidence from a cross-national survey. In: *Research in Social Stratification and Mobility* 75 (100640). DOI: 10.1016/j.rssm.2021.100640.
- Lee, Hui-Lan; Huang, Hui-Chuan; Lee, Ming-Der; Chen, Jeen Hsiu; Lin, Kuan-Chia (2012): Factors affecting trajectory patterns of self-rated health (SRH) in an older population--a community-based longitudinal study. In: *Arch Gerontol Geriatr* 54 (3), e334-41. DOI: 10.1016/j.archger.2011.10.009.
- Luppa, M.; Sikorski, C.; Luck, T.; Ehreke, L.; Konnopka, A.; Wiese, B. et al. (2012): Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 136 (3), S. 212–221. DOI: 10.1016/j.jad.2010.11.033.
- Makovski, Tatjana T.; Schmitz, Susanne; Zeegers, Maurice P.; Stranges, Saverio; van den Akker, Marjan (2019): Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. In: *Ageing Res Rev* 53, S. 100903. DOI: 10.1016/j.arr.2019.04.005.
- Marengoni, Alessandra; Angleman, Sara; Melis, René; Mangialasche, Francesca; Karp, Anita; Garmen, Annika et al. (2011): Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. In: *Ageing Res Rev* 10 (4), S. 430–439. DOI: 10.1016/j.arr.2011.03.003.
- Maresova, Petra; Javanmardi, Ehsan; Barakovic, Sabina; Barakovic Husic, Jasmina; Tomson, Signe; Krejcar, Ondrej; Kuca, Kamil (2019): Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age - a scoping review. In: *BMC Public Health* 19 (1), S. 1431. DOI: 10.1186/s12889-019-7762-5.
- Mauz, Elvira; Eicher, Sophie; Peitz, Diana; Junker, Stephan; Hölling, Heike; Thom, Julia (2021): Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. DOI: 10.25646/9178.2.
- Palese, Alvisa; Menegazzi, Giulio; Tullio, Annarita; Zigotti Fuso, Maria; Hayter, Mark; Watson, Roger (2016): Functional Decline in Residents Living in Nursing Homes: A Systematic Review of the Literature. In: *J Am Med Dir Assoc* 17 (8), S. 694–705. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.04.002.
- Reisberg, B.; Ferris, S. H.; Leon, M. J. de; Crook, T. (1982): The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. In: *American Journal of Psychiatry* 139 (9), S. 1136–1139.
- Riedel-Heller, S. G.; Weyerer, S.; König, H-H; Luppa, M. (2012): Depression im Alter : Herausforderung für eine Gesellschaft der Langlebigen. In: *Der Nervenarzt* 83 (11), S. 1373–1378. DOI: 10.1007/s00115-012-3586-6.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile.
- Rosenblum, Sara; Cohen Elimelech, Ortal (2021): Gender Differences in State Anxiety Related to Daily Function Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic: Questionnaire Study. In: *JMIR aging* 4 (2), e25876. DOI: 10.2196/25876.
- Santomauro, Damian F.; Mantilla Herrera, Ana M.; Shadid, Jamileh; Zheng, Peng; Ashbaugh, Charlie; Pigott, David M. et al. (2021): Global prevalence and burden of

- depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. In: *The Lancet* 398 (10312), S. 1700–1712. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“. Online verfügbar unter <https://kda.de/wp-content/uploads/2020/05/Gefahren-und-Abwege-der-Sozialpolitik.pdf>.
- Spuling, Svenja M.; Cengia, A.; Wettstein, Markus (2019): Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Claudia Vogel, Markus Wettstein und Clemens Tesch-Römer (Hg.): *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel*. Wiesbaden: Springer VS, S. 35–52.
- Spuling, Svenja M.; Wurm, S.; Wolf, J. K.; Wünsche, J. (2017): Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In: Katharina Mahne, Julia Katharina Wolff, Julia Simonson und Clemens Tesch-Römer (Hg.): *Altern im Wandel*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 157–170.
- Statistisches Bundesamt (2022): Pflegebedürftige: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen, Art der Versorgung von Pflegebedürftigen. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>.
- Steinhagen-Thiessen, Elisabeth; Borchelt, Markus (2010): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Ulman Lindenberger, Jaqui Smith, Karl Ulrich Mayer und Paul B. Baltes (Hg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 175–207.
- Szwarcwald, Celia Landmann; Damacena, Giseli Nogueira; Barros, Marilisa Berti de Azevedo; Malta, Deborah Carvalho; Souza Júnior, Paulo Roberto Borges de; Azevedo, Luiz Otávio et al. (2021): Factors affecting Brazilians' self-rated health during the COVID-19 pandemic. In: *Cadernos de saude publica* 37 (3), e00182720. DOI: 10.1590/0102-311X00182720.
- Unger, R.; Giersiepen, K.; Windzio, M. (2015): Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf: Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In: Karsten Hank und M. Kreyenfeld (Hg.): *Social Demography Forschung and der Schnittstelle von Soziologie und Demografie*. Wiesbaden: Springer VS, S. 193–215.
- Veenhoven, Ruut (2000): The Four Qualities of Life. In: *Journal of Happiness Studies* 1 (1), S. 1–39. DOI: 10.1023/A:1010072010360.
- Vonneilich, N.; Jöckel, K. H.; Klein, J.; Dragano, Nico; Siegrist, Johannes; Knesebeck, O. von dem (2012): The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health - results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study. In: *BMC Public Health* 12:285. DOI: 10.5194/gi-2016-11-RC2.
- Wagner, Michael; Rietz, Christian; Kaspar, Roman; Janhsen, Anna; Geithner, Luise; Neise, Michael et al. (2018): Quality of life of the very old. Survey on quality of life and subjective well-being of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). In: *Z Gerontol Geriatr* 51 (2), S. 193–199. DOI: 10.1007/s00391-017-1217-3.
- Walle-Hansen, M. M.; Ranhoff, A. H.; Mellingsæter, M.; Wang-Hansen, M. S.; Myrstad, M. (2021): Health-related quality of life, functional decline, and long-term mortality in older patients following hospitalisation due to COVID-19. In: *BMC geriatrics* 21 (1), S. 199. DOI: 10.1186/s12877-021-02140-x.
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (2014): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*.
- Weltgesundheitsorganisation (2022): *ICD-10-GM Version 2022*. Online verfügbar unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F09.html>, zuletzt geprüft am 05.09.2022.
- Wettstein, Markus; Schilling, Oliver K.; Wahl, Hans-Werner (2016): "Still feeling healthy after all these years": The paradox of subjective stability versus objective decline in very

- old adults' health and functioning across five years. In: *Psychol Aging* 31 (8), S. 815–830. DOI: 10.1037/pag0000137.
- Wettstein, Markus; Spuling, Svenja M.; Cengia, Anja (2020): Trajectories of functional health and its associations with information processing speed and subjective well-being: The role of age versus time to death. In: *Psychology and aging* 35 (2), S. 190–203. DOI: 10.1037/pag0000418.
- Wurm, S.; Lampert, T.; Menning, S. (2009): Subjektive Gesundheit. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer und T. Ziese (Hg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, S. 79–91.
- Zimmermann, J.; Hansen, S.; Wagner, M. (2021): Home environment and frailty in very old adults. In: *Z Gerontol Geriatr* 54, S. 114–119. DOI: 10.1007/s00391-021-01969-6.
- Zimmermann, Jaroslava; Brijoux, Thomas; Zank, Susanne (2022): Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter. BMFSFJ; ceres; DZA. Köln (D80+Kurzberichte, 3). Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-76808-6>, zuletzt geprüft am 05.09.2022.

3.2 Soziale Lebensbedingungen

3.2.1 Soziale Ungleichheit

Jonas Fey & Judith Wenner

Kernaussagen

- Das monatliche Nettoäquivalenzeinkommen der privat wohnenden über-80-Jährigen in NRW ist im Trend zwischen den Erhebungszeitpunkten (2017/18 und 2019-21) um 13,7 % gestiegen (1724€ auf 1960€).
- Die Armutsquote der Hochaltrigen in NRW ist zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten stabil geblieben (15,2 % zu 15,5 %).
- Hochaltrige Frauen in NRW besitzen häufiger ein geringeres, bzw. gar kein Vermögen (1. Welle: 20,9 %; 2. Welle: 13,2 %), besitzen seltener das eigene Zuhause (1. Welle: 39,5 %; 2. Welle: 43,8 %) und sind bei Bildung und beruflichem Status schlechter gestellt als Männer.
- Nur ein geringer Anteil der hochaltrigen Personen in NRW hat Schulden (2,2 %).
- Jüngere Altersgruppen bei den Hochaltrigen in NRW weisen ein höheres formales Bildungsniveau auf als die älteren Alterskohorten.
- Ein niedriges Bildungsniveau ist mit einer stärkeren Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit zwischen den Beobachtungszeitpunkten bei hochaltrigen NRWler:innen assoziiert.

3.2.1.1 Einleitung

Soziale Ungleichheit ist ein Phänomen, das in allen Gesellschaften, in allen Lebensphasen zu beobachten ist (O'Rand 2006; Erlinghagen 2016). Oftmals tritt das Thema der sozialen Ungleichheit in Verbindung mit der Frage nach sozialer Gerechtigkeit auf. Somit wird es zu einer politischen Frage, die Fragen nach Chancengleichheit, gerechte Ressourcenverteilung und damit auch nach Stabilität von Demokratie und Gesellschaft aufwirft. Soziale Ungleichheit ist hierdurch zu einem breiten Forschungsthema, mit hoher gesellschaftspolitischer Relevanz geworden. Durch die zunehmende Altersarmut auf hohem Niveau in Deutschland (Fey und Wagner 2021; Pieper et al. 2021) vor der Sozialverbände warnen, ist auch die Gruppe der alten und hochaltrigen Menschen hierbei wieder vermehrt in den Fokus gerückt.

Materielle Ressourcen, wie Einkommen oder Vermögen als eine Dimension von sozialer Ungleichheit haben konkrete Auswirkungen auf Lebenschancen und Lebensrisiken von Menschen. Sie ermöglichen „Handlungsspielräume“ in Konsum, Wahl des Wohnorts, in sozialen Netzwerken, bei Freizeitaktivitäten, etc. (Simonson und Vogel 2019). Aber auch andere Indikatoren des sozioökonomischen Status (SES), wie berufsbezogener Status oder Bildung sind hierbei relevante Prädiktoren für insbesondere gesundheitliche Ungleichheitsaspekte (Darin-Mattsson et al. 2017). Soziale Ungleichheit ist in allen Lebensphasen mit Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage assoziiert. Besonders deutlich wird dies an der nach SES gestaffelten Lebenserwartung. So haben Frauen und Männer mit einem niedrigen SES (hier gemessen auf der Grundlage des Nettoäquivalenzeinkommens) eine um 8,4 Jahre (Frauen) bzw. 10,8 Jahre (Männer) geringere Lebenserwartung (Lampert und Kroll 2014). Wie sich die soziale und gesundheitliche Lage im hohen Lebensalter bedingen, ist bisher seltener analysiert worden als beispielsweise im mittleren Alter (Lampert und Hoebel 2019). Dies liegt auch daran, dass für sehr alte Personen weniger Daten vorliegen oder aufgrund ihres geringen Anteils in bevölkerungsweiten Erhebungen keine repräsentativen Aussagen möglich sind (Knesebeck und Schäfer 2009). Noch seltener sind Längsschnittdaten, die eine Analyse der Veränderung im hohen Alter ermöglichen. Für die hochaltrigen Menschen in NRW können mit den aktuellen Daten der Folgebefragung der Studie NRW80+

(„Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW“) neueste Erkenntnisse für diese Gruppe präsentiert werden.

3.2.1.2 Methoden

Die Studie NRW80+ ist eine landesweite repräsentative Längsschnittbefragung von hochaltrigen Menschen in Privathaushalten und Heimen in Nordrhein-Westfalen, die wichtige Erkenntnislücken in der Hochaltrigkeitsforschung schließt. Mit der erneuten Kontaktierung der Teilnehmer:innen der ersten Erhebungsphase erschließen sich für NRW80+ als längsschnittliche Panelstudie mit einer Auffrischungstichprobe neue Analysemöglichkeiten. So können nun Trendanalysen und Analysen intraindividuelle Veränderungen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten realisiert werden.

Die NRW80+ Studie besteht aus zwei Wellen. In der ersten Welle wurden zwischen 2017 und 2018 1863 Personen persönlich befragt (CAPI), in der zweiten Welle wurden zwischen 2019 und 2021 912 Personen aus der ersten Welle erneut befragt. Zusätzlich kamen 950 Aufstocker:innen hinzu, von denen 219 Personen aufgrund der pandemischen Lage per Fragebogen befragt wurden (FB). Die erste Welle ist anderweitig genauer beschrieben (vgl. Wagner et al. 2018; Hansen et al. 2021). Durch eine Gewichtung der Daten wurde auf das Erhebungs-Design in beiden Wellen, sowie die nicht-Teilnahme und Panelausfall in der zweiten Welle kontrolliert, wodurch eine vermutete sozioökonomische Selektivität im Panel (erhöhte nicht-Teilnahme oder Tod von ökonomisch Schlechtergestellten) abgeschwächt wird und repräsentative Aussagen für die Bevölkerungsgruppe der über-80-Jährigen in NRW möglich sind (genauere Informationen zur Studie finden sich in Kapitel 2 „Studienbeschreibung“).

Zunächst werden beide Wellen im Querschnitt deskriptiv dargestellt, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen, um mögliche Trends zwischen den Erhebungen festzustellen. Danach wird in diesem Kapitel analysiert, ob sich die soziale Ungleichheit auch in der gesundheitlichen Lage widerspiegelt. Dabei soll ein besonderes Augenmerk auf die Veränderung zwischen Welle 1 und Welle 2 gelegt werden, sodass hier nur Personen berücksichtigt werden, die in beiden Wellen teilgenommen haben (Panel). Um Verzerrungen durch einen Wechsel der interviewten Person zu vermeiden, werden Proxy-Interviews für diese Panel-Analysen nicht berücksichtigt. Als Indikatoren gesundheitlicher Ungleichheit werden der subjektiv eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand und die Pflegebedürftigkeit gewählt. Als Indikatoren sozialer Ungleichheit in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit werden formale Bildung, beruflicher Status der letzten Tätigkeit und Einkommen gewählt. Bei Bildung und beruflichem Status handelt es sich um konstante Merkmale, die sich zwischen den Wellen intraindividuell nicht verändert haben. Beim Einkommen hingegen handelt es sich um ein Merkmal, welches sich zwischen den Wellen verändern kann. Mit diesen zeitveränderlichen (intraindividuellen) und unveränderlichen (interindividuellen) Variablen wurde ein *Mixed-Effects-Modelle* gerechnet, um den Einfluss der Prädiktoren auf die Veränderung der Gesundheitsoutcomes zwischen den Erhebungszeitpunkten zu analysieren. Als kontrollierende Variablen wurden auf der intraindividuellen (within) Ebene das Alter und die Haushaltsgröße mit aufgenommen und auf der interindividuellen (between) Ebene das Geschlecht und die Altersgruppe (80-84, 85-89,90+) aus der ersten Welle.

Das *Nettohaushaltseinkommen* wurde in beiden Erhebungen im CAPI als offener Betrag erhoben. Gefragt wurde: „Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Dies setzt sich zusammen aus den eben genannten Einkommensquellen abzüglich der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge.“. Falls die Angabe des genauen Betrags abgelehnt wurde, die befragte Person nicht antworten konnte oder per FB befragt wurde, gab es die Möglichkeit, das Einkommen in einer von 24 Kategorien zu verorten („unter 150 Euro“ bis „20.000 und mehr“). Diese Kategorien wurden eng gewählt, um gut einschätzen zu können, wo der genaue Einkommenswert liegt. Unter der Annahme der Gleichverteilung der Werte in den Kategorien wurden diese durch ihren Mittelwert ersetzt, um

einen tatsächlichen Einkommenswert zu generieren (gesis 2021). Anders als in der ersten Erhebung wurde die Frage nach dem Nettohaushaltseinkommen in der zweiten Erhebung auch Heimbewohner:innen gestellt. Aus dem Nettohaushaltseinkommen wird das Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen berechnet. Dabei wird die erste Person im Haushalt mit dem Gewicht 1,0, jede weitere Person mit dem Gewicht 0,5 berücksichtigt. Für Personen, die vollstationär versorgt werden bzw. institutionell wohnen (Welle 1: 13,9 %; Welle 2: 11,3 %), kann kein Nettoäquivalenzeinkommen berechnet werden. Allgemein sind Personen in Befragungen häufiger nicht bereit oder in der Lage ihr Haushaltseinkommen anzugeben. Im Hinblick auf die Gruppe der Hochaltrigen haben Wagner und Motel (1996) dies ausführlich untersucht. Nach Ausschluss der Heimbewohner:innen in der zweiten Welle und Personen ohne Angaben zur Haushaltsgröße, konnte für 71,1 % der Befragten in Welle 1 und für 76,4 % in Welle 2 ein Nettoäquivalenzeinkommen berechnet werden.

Anhand des Nettoäquivalenzeinkommens kann geprüft werden, ob eine Person mit ihrem Einkommen unterhalb der relativen *Einkommensarmutsschwelle* liegt. Als Schwellenwert hat sich ein Einkommen von weniger als 60 % des mittleren Einkommens (Median) etabliert, um Armut oder ein Armutsrisiko zu definieren (Goebel und Krause 2018). Personen bzw. Haushalte mit einem Einkommen unter diesem Schwellenwert gelten als armutsgefährdet. Man spricht von Armutsgefährdung oder Armutsrisiko, da Faktoren wie Lebenshaltungskosten, Wohnform oder die familiäre Situation beeinflussen, ob die betroffene Person tatsächlich in Armut lebt (Vogel und Künemund 2014). Im Jahr 2017 betrug der landesweite Schwellenwert für Armut in NRW 968€ monatlich (MAGS 2021). Für das Jahr 2019 betrug er 1.042€ monatlich (MAGS 2021).

Bei der Frage nach den *Einkommensquellen* der Befragten waren Mehrfachantworten möglich. Möglich waren: „Eigene Erwerbstätigkeit“, „Altersrente, Pension, Witwen- oder Hinterbliebenenrente, (Rente wegen Erwerbsminderung)“, „Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes“, „Vorruhestandgeld und andere Leistungen, gezahlt vom Arbeitgeber“, „Wohngeld“, „Krankengeld, gezahlt von einer Krankenkasse“, „Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung“, „Zinseinnahmen und Kapitalvermögen“, „Regelm. Leistungen aus einer priv. Lebensversicherung oder aus priv. Vorsorgeplänen“, „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“, „Sozialhilfe“, „Leistungen der Pflegeversicherung“, „Familienangehörige“, „Unterstützung durch andere Personen“ oder „Sonstige“. Nicht befragt zu den Einkommensquellen wurden Aufstocker:innen, die per FB befragt wurden. Für Welle 1 fehlen für 1,2 % der Fälle Angaben zu den Einkommensquellen. Für Welle 2 liegt der Anteil der fehlenden Angaben bedingt durch die Fragebogenaufstocker:innen bei 15,0 %.

In Welle 1 wurden nur privat wohnende Personen nach ihrem *Vermögen* befragt („Wenn Sie einmal an Ihr gesamtes Vermögen denken, also an Sparbücher, Bausparverträge, Lebensversicherungen, Wertpapiere und Wertgegenstände, die Ihnen oder Ihrem (Ehe-) Partner gehören, nicht aber an Immobilien: Wie hoch ist der Betrag in etwa?“). In Welle 2 wurde die Befragung auf Heimbewohner:innen ausgeweitet. Das Vermögen von Aufstocker:innen, die per FB befragt wurden, wurde nicht erfasst. Verweigerung, nicht-Wissen, Ausschluss von Heimbewohner:innen in Welle 1 und Ausschluss der Fragebogenteilnehmenden in Welle 2 führen zu einem hohen Anteil fehlender Angaben: 42,6% in Welle 1, bzw. 42,5 % in Welle 2. Die Angaben zum Vermögen schließen hierbei *Immobilienbesitz* explizit nicht mit ein. Dies wurde abgeleitet anhand der Frage nach den Besitzverhältnis der Wohnung oder des Hauses, in dem die befragte Person wohnt („Bewohnen Sie diese Wohnung oder dieses Haus als...Eigentümer, Hauptmieter, Untermieter, Mietfrei (z.B. durch Wohn- oder Nießrecht)“). Das bedeutet, dass Personen, die ihr eigenes Zuhause nicht besitzen, aber eine andere Immobilie, hierüber nicht erfasst wurden. Ebenfalls nicht erfasst wurde das Besitzverhältnis von Aufstocker:innen, die per FB befragt wurden und Heimbewohner:innen. Dies führt zu einer Rate fehlender Werte von 15,1 % in der ersten Welle, bzw. 26,0 % in der zweiten Welle.

Schulden wurden in beiden Wellen nur für privat wohnende Personen erhoben und außerdem auch nicht für Aufstocker:innen per FB. Dadurch fehlen für Welle 1 insgesamt für 15,4% der Fälle Antworten und für Welle 2 26,2 %. Gefragt wurde: „Einmal abgesehen von Hypotheken: Haben Sie oder Ihr (Ehe-)Partner zurzeit Schulden aus Krediten, die Sie z.B. bei einer Bank oder Sparkasse, bei einem Kauf- oder Versandhaus oder bei einer Privatperson aufgenommen haben? Wie hoch ist der Betrag in etwa?“.

Zur Klassifizierung von *Bildung* wurde die „International Standard Classification of Education“ (ISCED) herangezogen (UNESCO 2012). Hierbei wird anhand des „Bildungslevels“ (Höhe des Abschluss) und des „Bildungsfelds“ (schulisch oder betrieblich) eine Kategorisierung vorgenommen (UNESCO 2012). Die Unterscheidung basiert auf acht Ebenen: 1. Primarbereich, 2. Sekundarbereich I, 3. Sekundarbereich II, 4. Postsekundärer, nichttertiärer Bereich, 5. Kurzes tertiäres Bildungsprogramm, 6. Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm, 7. Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm, 8. Promotion (KANTAR Public 2018). Zusätzlich wird eine Gruppe 0 gebildet, deren Bildungsniveau weniger als Grundschule beträgt. 4,5 % der Befragten der ersten Welle, respektive 3,2 % der zweiten Welle konnten keiner der Kategorien zugeordnet werden. Die ISCED-Skala wurde in drei Kategorien aufgeteilt: 1. Niedrig (ISCED 0-2), 2. Mittel (ISCED 3-4) und 3. Hoch (ISCED 5-8) (KANTAR Public 2018; Engstler und Hameister 2019).

Um den *Status* anhand des letzten *Berufs* der Befragten zu messen, wurde der „Internationale Sozioökonomische Index des beruflichen Status“ (ISEI) nach Ganzeboom gebildet (Ganzeboom und Treiman 1996). Ein höherer Wert steht hierbei für einen höheren sozialen Status. Personen, die nie erwerbstätig waren (hier ausschließlich Frauen), bekamen den Berufsstatus ihres Partners bzw. ihrer Partnerin zugeordnet (Welle 1: 5,3 %; Welle 2: 4,6 %). 3,4 % der Befragten in Welle 1 und 5,4 % der Befragten in Welle 2 konnte kein Berufsstatus zugeordnet werden.

Die *subjektive Gesundheit* wurde anhand einer vierstufigen Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit in den letzten vier Wochen erhoben („Sehr schlecht“, „Eher schlecht“, „Eher gut“, „Sehr gut“). 0,2 % der Befragten der ersten Welle und 1,0 % der Befragten der zweiten Welle konnten oder wollten diese Einschätzung nicht vornehmen. Die *Pflegebedürftigkeit* wurde anhand der Pflegegrade/-stufen abgefragt. Hier fehlten für die erste Welle in 2,7 % und für die zweite Erhebung in 3,1 % der Fälle die Angaben.

3.2.1.3 Ergebnisse

Zunächst sollen die Querschnittsdaten der ersten Welle und der zweiten Welle dargestellt werden, um Trends zu identifizieren. Tabelle 1 gibt einen Überblick darüber, welche Variablen für welche Gruppe (Heim vs. Privat) und welchen Befragungsmodi (persönlich oder Fragebogen) jeweils abgefragt wurden, bzw. gebildet werden konnten.

Tabelle 5. Übersicht der Variablenenerhebung (NRW80+) nach Welle, Befragungsmodus, Wohnform und (x=wurde erhoben).

	1. Welle		2. Welle					
			Panel		Aufstockung			
	CAPI						FB	
	Heim	Privat	Heim	Privat	Heim	Privat	Heim	Privat
Nettoäqu. Einkommen	-	x	-	x	-	x	-	x
Einkommensquellen	x	x	x	x	x	x	-	-
Vermögen	-	x	x	x	x	x	-	-
Immobilienbesitz	-	x	-	x	-	x	-	-
Schulden	-	x	-	x	-	x	-	-

Einkommen

Anders als in der ersten Welle wurden in der zweiten Welle auch Heimbewohner:innen nach ihrem Haushaltseinkommen befragt. Jedoch kann für diese Gruppe kein plausibles Haushaltsäquivalenzeinkommen berechnet werden. Das Einkommen muss daher zum Vergleich zwischen Heimbewohner:innen und privat lebenden Personen als einfaches Haushaltseinkommen dargestellt werden.

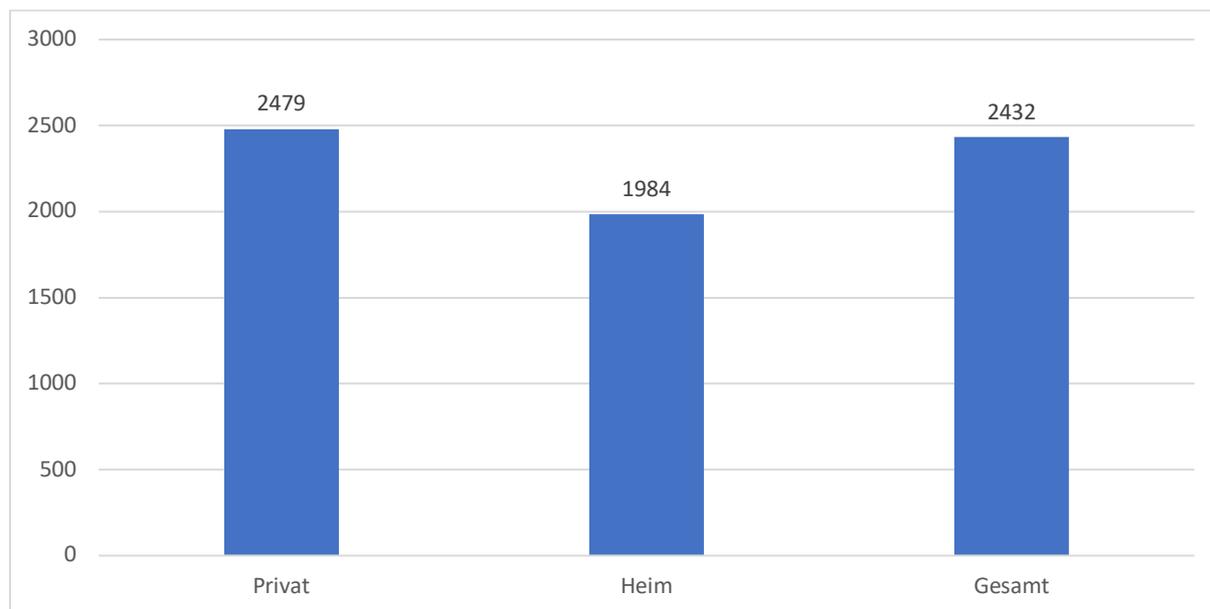


Abbildung 15. Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in € der Hochaltrigen nach Wohnform. Quelle: NRW80+ 2. Welle (n=1.588); gewichtete Mittelwerte; keine Äquivalenzeinkommen.

Der Vergleich zwischen Heimbewohner:innen und privat lebenden Personen zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen dem Mittelwert des Haushaltseinkommens beider Gruppen (Haushaltsgröße nicht berücksichtigt; vgl. Abb. 1). Heimbewohner:innen haben ein niedrigeres durchschnittliches Nettohaushaltseinkommen von 495€. Für die erste Welle fehlen für einen solchen Vergleich die Daten. Im Folgenden wurden die Heimbewohner:innen von den Analysen ausgeschlossen, um das besser vergleichbare Nettoäquivalenzeinkommen nutzen zu können und Trends zwischen den Erhebungszeitpunkten darzustellen.

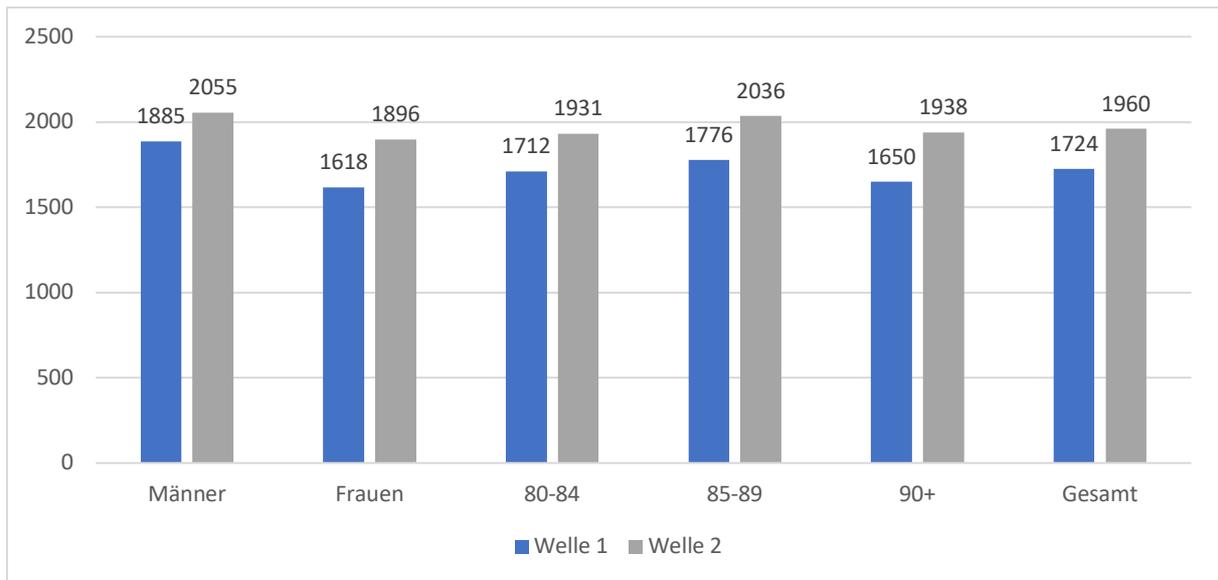


Abbildung 16. Monatliches Nettoäquivalenzeinkommen in € der Hochaltrigen in privaten Haushalten nach Geschlecht und Altersgruppen. Quelle: NRW80+ (Welle 1: n=1.325; Welle 2: n=1.422); gewichtete Mittelwerte.

In der ersten Erhebung sind signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu beobachten, zu Gunsten der Männer (vgl. Abb. 2). Diese haben ein durchschnittlich höheres Nettoäquivalenzeinkommen mit einer Differenz von 267€. Dieser signifikante Unterschied verschwindet in der zweiten Welle. In den Altersgruppen sind in beiden Erhebungen keine signifikanten Unterschiede zu beobachten. Zwischen den Erhebungszeitpunkten steigt das Nettoäquivalenzeinkommen im Mittel deutlich an (236€). Bei der Gruppe der Frauen und der über-90-Jährigen ist dieser Anstieg signifikant. Die Überprüfung des Interaktionseffekts von Altersgruppen und Geschlecht zeigt jedoch, dass über-90-jährige Frauen die Gruppe mit dem geringsten durchschnittlichen Einkommen sind.

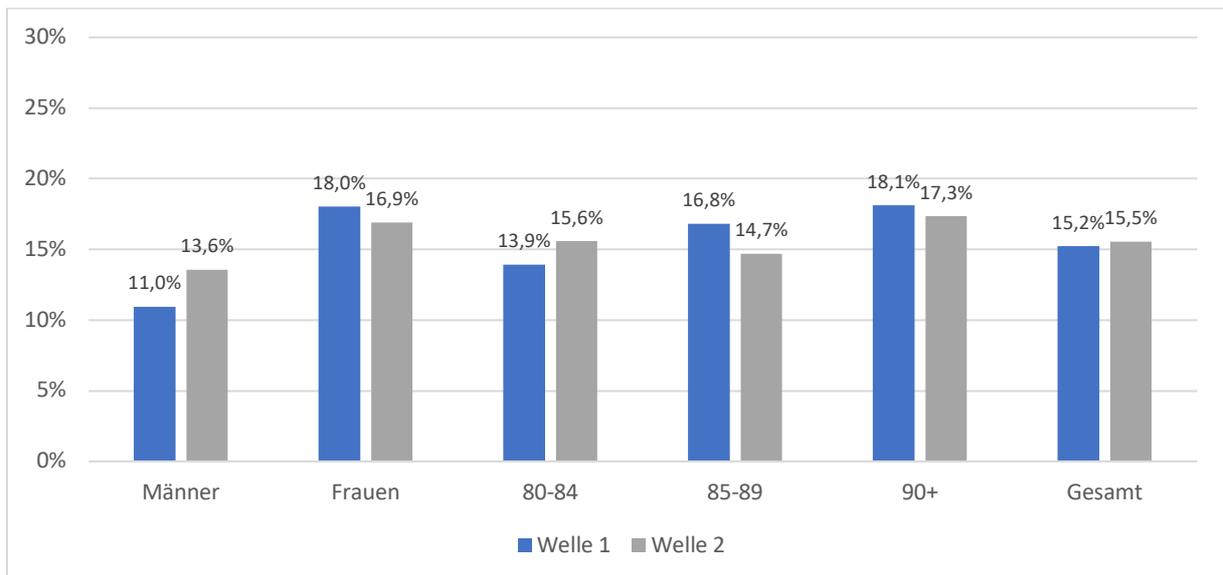


Abbildung 17. Hochaltrige in privaten Haushalten unter der Armutsgrenze (Welle 1: <968€; Welle 2: <1.042€) nach Geschlecht und Altersgruppen. Quelle: NRW80+ (Welle 1: n=1.325; Welle 2: n=1.422); gewichtete gültige Prozent.

Bei der Altersarmutsquote lassen sich keine signifikanten Alters- und Geschlechtsunterschiede feststellen (vgl. Abb. 3). Hier gibt es zwischen den Wellen keine signifikanten Veränderungen, die Armutsquote bleibt stabil bei 15,2 %, bzw. 15,5 %.

Einkommensquellen

Die Einkommenskategorie „Altersrente, Pension, Witwen- oder Hinterbliebenenrente, (Rente wegen Erwerbsminderung)“ ist mit Abstand diejenige, die von den meisten Befragten angegeben wird. 98,2 %, bzw. 97,4 % der Befragten in Welle 1, respektive Welle 2 beziehen ihr Einkommen unter anderem aus den genannten Renten. „Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes“ bezogen ebenfalls viele Befragte (24,3 % der ersten Welle und 28,7 % der zweiten Welle). In beiden Wellen wurden Betriebsrenten o.ä. jedoch häufiger von Männern als von Frauen und seltener von über-90-Jährigen als von Jüngeren bezogen. Bezüge aus privater Vorsorge, wie „Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung“ (8,1 %, bzw. 11,4 %), „Zinseinnahmen und Kapitalvermögen“ (5,5 %, bzw. 7,3%) und „Regelm. Leistungen aus einer priv. Lebensversicherung oder aus priv. Vorsorgeplänen“ (1,7 %, bzw. 2,6 %) werden seltener von den Befragten bezogen. Hier zeigt sich ebenfalls ein Geschlechter- und Alterseffekt, Männer geben solche Einnahmen häufiger an und mit höherer Altersgruppe sinkt der Anteil derjenigen, die solche Einkommen beziehen in beiden Wellen. Ebenfalls selten bezogen werden staatliche Transferleistungen, wie „Wohngeld“ (0,7 % in beiden Wellen), „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ (1,5 %, bzw. 1,2 %) und „Sozialhilfe“, bzw. „Hilfe zum Lebensunterhalt“ (0,8 %, bzw. 1,0 %). Hier scheinen Frauen prozentual häufiger vertreten. Angesichts der insgesamt geringen Fallzahlen sind diese Geschlechterunterschiede mit Vorsicht zu interpretieren. Auch sind Aussagen über die jeweilige Bedeutung der einzelnen Einkommensarten für das gesamte Einkommen nicht möglich.

3.2.1.3.1 Vermögen

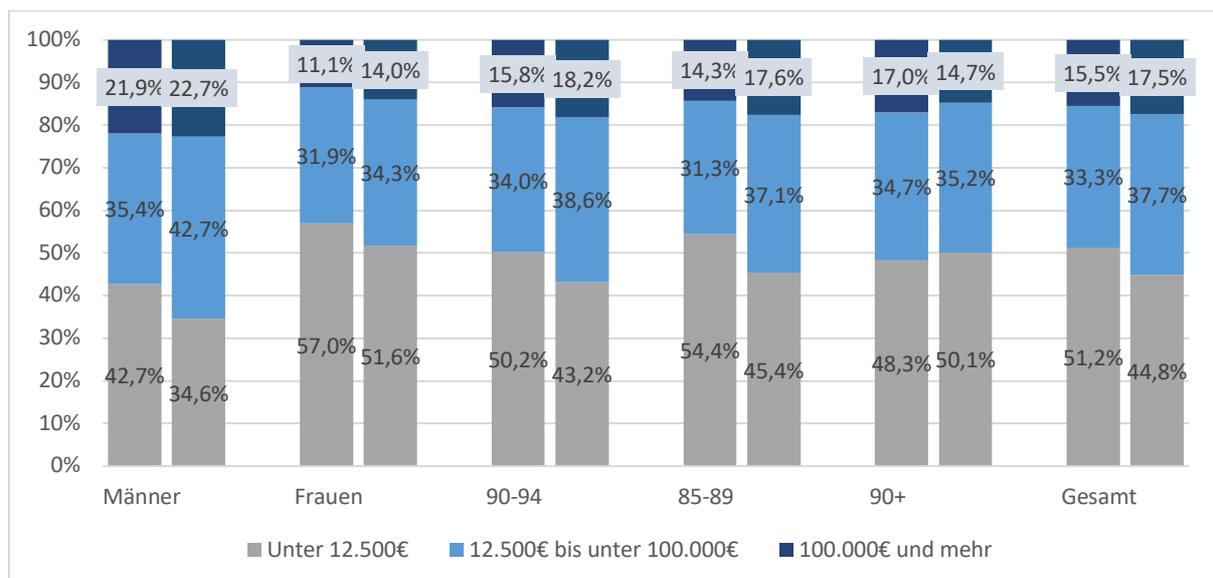


Abbildung 18. Hochaltrige in privaten Haushalten (Welle 1; linke Balken) und privaten Haushalten und Altersheimen (Welle 2; rechte Balken) in Vermögenskategorien nach Geschlecht und Altersgruppe. Quelle: NRW80+ (Welle 1: n=1.069; Welle 2: n=1.071); gewichtete gültige Prozent.

In Bezug auf das Vermögen, lässt sich in beiden Wellen ein signifikanter Geschlechterunterschied beobachten (vgl. Abb. 4). Frauen sind häufiger in den niedrigen Vermögenskategorien und Männer häufiger in den höchsten Vermögenskategorie vertreten. Dieser Geschlechtereffekt zeigt sich insbesondere auch für Personen ohne Vermögen (ohne Abbildung). In der ersten Welle geben 16,9 % an, kein Vermögen zu besitzen. Unter Frauen sind es 20,9 % und unter Männern 10,9 % der Befragten. In der zweiten Welle sinkt dieser Anteil signifikant auf nur noch 9,6 % ohne Vermögen. Der Geschlechterunterschied bleibt jedoch deutlich erhalten (13,2 % der Frauen und 4,3 % der Männer haben kein Vermögen).

Signifikante Unterschiede im Vermögen zwischen den Altersgruppen und zwischen den Wellen lassen sich nicht beobachten.

3.2.1.3.2 Immobilienbesitz

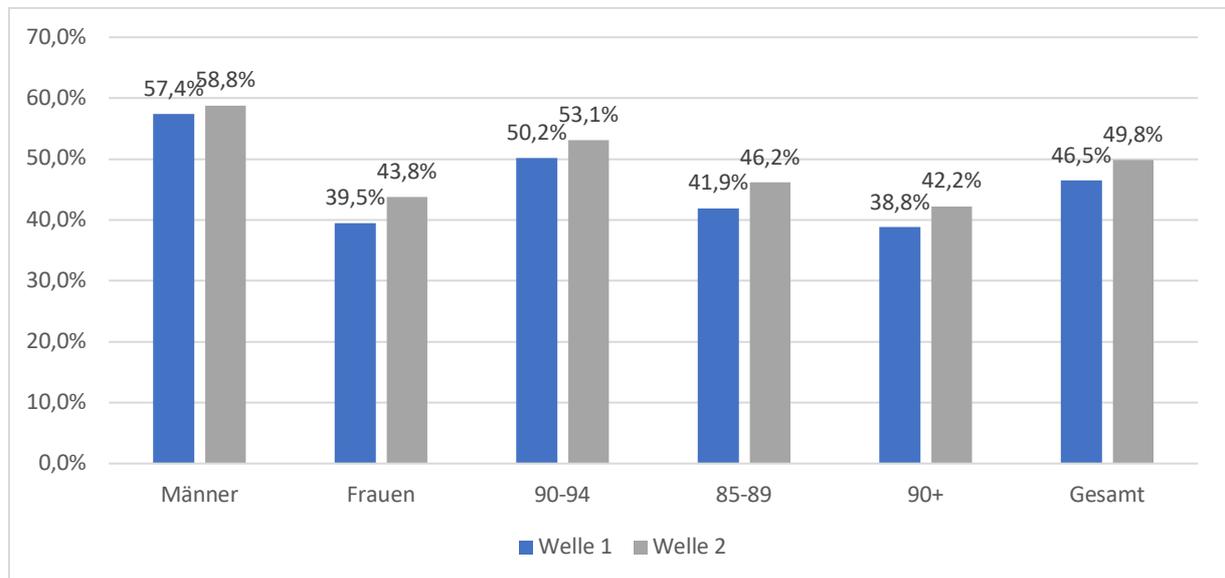


Abbildung 19. Hochaltrige in privaten Haushalten mit Immobilienbesitz nach Geschlecht und Altersgruppe. Quelle: NRW80+ (Welle 1: n=1.583; Welle 2: n=1.377); gewichtete gültige Prozente.

In der ersten Befragungswelle gaben 46,5 % an, ihre Wohnung oder ihr Haus zu besitzen, in Welle 2 waren es 49,8 %. Frauen besitzen in beiden Erhebungen signifikant seltener ihr eigenes Zuhause. Ein Unterschied zwischen den Altersgruppen lässt sich nur in der ersten Welle beobachten. Hier besitzen signifikant weniger Personen aus der Altersgruppe der über-90-Jährigen ihre eigene Wohnung im Vergleich zu den 80 bis 84-Jährigen. Nicht zu beobachten sind signifikante Veränderungen zwischen den Erhebungswellen.

Schulden

In Welle 1 gaben 1,8 % der Befragten an, dass sie Schulden haben. Davon berichteten 50,4% von Schulden unter 12.500€, 39,3 % von 12.500€ bis unter 100.000€ und 10,3 % von Schulden über 100.000€. In der zweiten Welle berichteten 2,2 % Personen von Schulden. Darunter waren 58,0 % mit Schulden unter 12.500€, 33,9 % mit Schulden zwischen 12.500€ bis unter 100.000€ und 8,1 % mit Schulden über 100.000€. Da diese Fallzahlen sehr gering sind, können keine weiterführenden differenzierten Ergebnisse zu den Schulden präsentiert werden.

Bildung

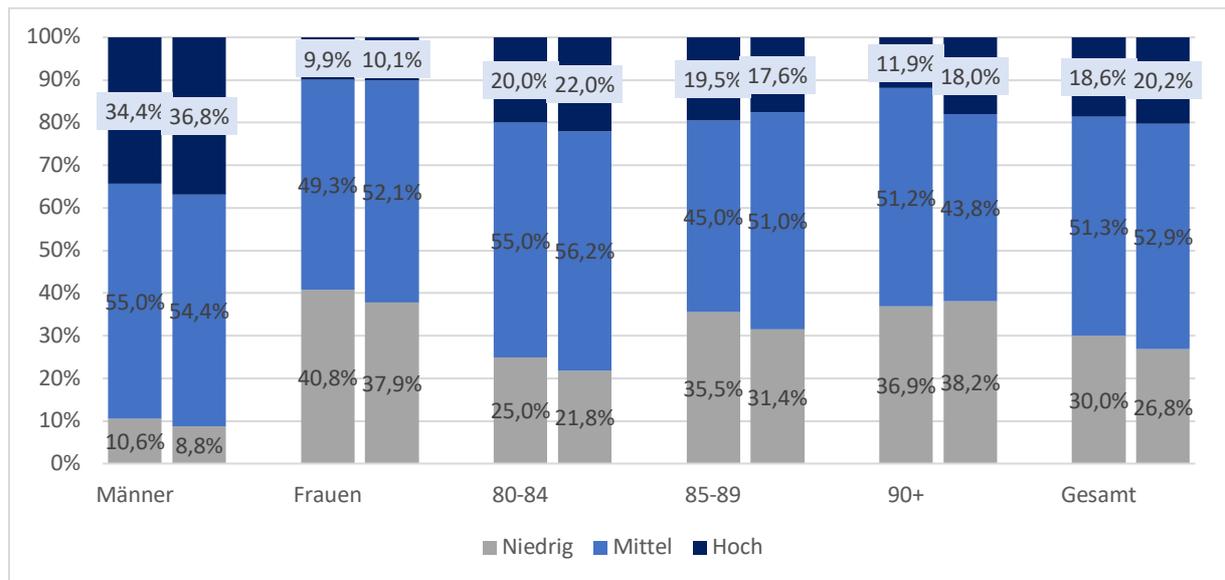


Abbildung 20. Hochaltrige in Bildungskategorien nach Geschlecht und Altersgruppe. Quelle: NRW80+ (Welle 1: n=1.779, linker Balken; Welle 2: n=1.802, rechter Balken); gewichtete gültige Prozent.

Zu beiden Erhebungszeitpunkten unterscheiden sich Männer und Frauen signifikant in der hohen und niedrigen Bildungskategorie zu Gunsten der Männer, die jeweils häufiger eine hohe formale Bildung und seltener eine niedrige formale Bildung haben als Frauen (vgl. Abb. 6). In den Altersgruppen gibt es ebenfalls signifikante Unterschiede zu Gunsten der jüngeren Kohorten. Insbesondere in der niedrigen Bildungskategorie nimmt der Anteil mit steigender Altersgruppe in beiden Wellen zu.

Status

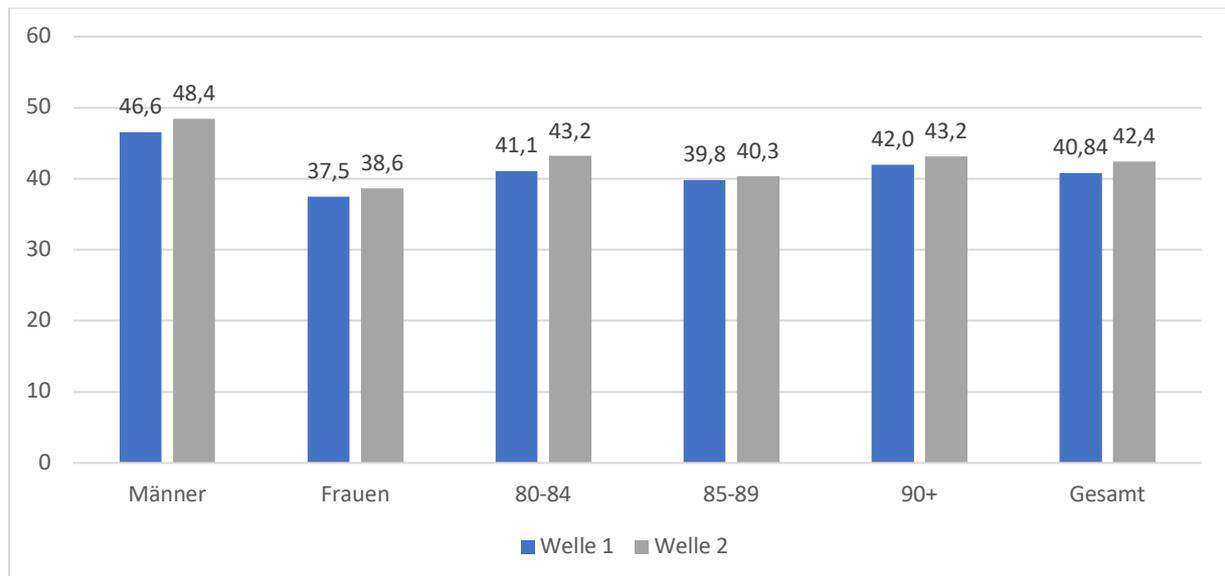


Abbildung 21. Wert des ISEI-Index der Hochaltrigen nach Geschlecht und Altersgruppen. Quelle: NRW80+ (Welle 1: n=1.800; Welle 2: n=1.762); gewichtete Mittelwerte.

Die ISEI-Statusskala weist signifikante Geschlechterunterschiede auf, wobei Männer im Durchschnitt einen höheren Status haben als Frauen (vgl. Abb. 7). Altersunterschiede und Trends im Zeitverlauf sind nicht zu beobachten.

Gesundheitliche Ungleichheit

Die bisherigen Darstellungen haben sich auf die Analyse der vorhandenen sozio-ökonomischen Ressourcen bezogen. In den folgenden Analysen soll dargestellt werden, welche Auswirkungen unterschiedliche Ressourcenlagen auf die Entwicklung der subjektiven Gesundheit und des Pflegebedarfs zwischen den beiden Erhebungswellen haben.

Tabelle 6. Vorhersage von Veränderungen des Pflegegrades.

	Standardisierter Regressionsschätzer	Standardfehler
<i>Intraindividuelle Ebene</i>		
Zeitraum (Welle 1 - Welle 2)	0.160	0.043
Alter	0.396	0.115
Haushaltsgröße	0.118	0.054
Einkommen (in Tausend)	0.073	0.044
<i>Interindividuelle Ebene</i>		
Geschlecht	0.071	0.046
Bildung (Ref. niedrige Bildung)		
mittlere Bild.	-0.211	0.065
hohe Bild.	-0.222	0.071
beruflicher Status	-0.041	0.050
Altersgruppe (Ref. 80-84)		
85-89	-0.023	0.074
90+	-0.009	0.126
<i>Modellaufklärung R²</i>		
Intraindividuelle Ebene	0.216	0.077
Interindividuelle Ebene	0.058	0.023
<i>Modellanpassung</i>		
AIC	3.616,6	
BIC	3.683,8	

Anmerkung: Gewichtete Daten. Auf dem 5 %-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt (n=646).

Das in Tabelle 2 dargestellte Modell zeigt den Zusammenhang zwischen den Indikatoren des SES und der Veränderung des Pflegebedarfs zwischen Welle 1 und Welle 2. Bildung ist der einzige SES-Indikator, für den sich ein signifikanter Zusammenhang zeigt. Für eine mittlere oder hohe formale Bildung im Vergleich zu einer niedrigen Bildung zeigt sich eine negative Entwicklung (-0,21, bzw. -0,22) des Pflegegrades. Da ein hoher Pflegegrad für eine hohe Pflegebedürftigkeit steht, zeigt sich hier eine günstigere Entwicklung des Pflegebedarfs für Personen mit hoher und mittlerer Bildung im Vergleich zu Personen mit niedriger Bildung. Hohe und niedrige Bildung sind hierbei in ihrer Effektstärke sehr ähnlich. Die anderen einbezogenen sozioökonomischen Faktoren (Einkommen und beruflicher Status) weisen keinen signifikanten Effekt auf den Pflegegrad auf. Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch zwischen Veränderungen der Haushaltsgröße sowie des Alters und der Pflegebedürftigkeit.

Tabelle 7. Vorhersage von Veränderungen des subjektiven Gesundheitszustands.

	Standardisierter Regressionsschätzer	Standardfehler
<i>Intraindividuelle Ebene</i>		
Zeitraum (Welle 1 - Welle 2)	-0,092	0,037
Alter	-0,042	0,108
Haushaltsgröße	0,035	0,05
Einkommen (in Tausend)	-0,007	0,041
<i>Interindividuelle Ebene</i>		
Geschlecht	0,019	0,058
Bildung (Ref. niedrige Bildung)		
mittlere Bild.	0,088	0,077
hohe Bild.	0,171	0,077
beruflicher Status	0,004	0,062
Altersgruppe (Ref. 80-84)		
85-89	0,091	0,086
90+	0,070	0,130
<i>Modellaufklärung R²</i>		
Intraindividuelle Ebene	0,014	0,011
Interindividuelle Ebene	0,024	0,023
<i>Modellanpassung</i>		
AIC	2.699,3	
BIC	2.766,4	

Anmerkung. Gewichtete Daten. Auf dem 5 %-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt (n=648).

Das in Tabelle 3 dargestellte Modell zeigt den Zusammenhang zwischen den SES-Indikatoren und dem subjektiven Gesundheitszustand. Da die Prädiktoren des Modells nur eine sehr geringere Erklärungskraft aufweisen (1,4 % auf intraindividuelle Ebene, bzw. 2,4 % auf interindividueller Ebene), müssen die Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden. Von den SES-Indikatoren konnte lediglich ein positiver signifikanter Effekt von hoher Bildung auf den allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand gemessen werden.

3.2.1.4 Diskussion und Empfehlungen

Die Ergebnisse aus der zweiten Welle der NRW80+ Studie zeichnen ein aktuelles Bild der sozio-ökonomischen Ressourcen und der sozialen Ungleichheit der über-80-Jährigen in NRW. Die Armutsquoten aus dem „Bericht zur Lage der Älteren“ sind mit den hier dargestellten vergleichbar. Sie lagen bei 10,7 % der über-80-jährigen Männer (13,6 % in NRW80+) und 16,9% der über 80-jährigen Frauen (gleicher Wert in NRW80+), die unterhalb der Armutsrisikoschwelle liegen. Diese Geschlechterunterschiede sind auch bei vielen anderen Indikatoren zu beobachten. So haben Frauen ein geringeres Einkommen, ein geringeres Vermögen (und öfter kein Vermögen), sie besitzen seltener das eigene Zuhause und sind bei Bildung und beruflichem Status schlechter gestellt als Männer. Gründe hierfür sind

insbesondere traditionelle Rollenmuster in Bildungs- und Erwerbsbiographien, die sich über weite Phasen des Lebenslaufs bis heute auswirken (Möhring und Weiland 2018; Götz und Lehnert 2016). Interessant ist die Zunahme des Nettoäquivalenzeinkommens im Trend über beide Erhebungszeitpunkte, insbesondere bei Frauen, welche die signifikanten Geschlechterunterschiede beim Einkommen in der zweiten Erhebung aufheben. Eine Erklärung für diese Entwicklung bleibt offen, sie kann kaum mit der „Grundrente“ erklärt werden, da die Befragung zum Zeitpunkt der Einführung größtenteils abgeschlossen war. Möglich ist, dass Veränderungen in der Haushaltsgröße direkten Einfluss auf das von der Haushaltsgröße abhängige Nettoäquivalenzeinkommen haben, sodass veränderte Wohnsituationen für die Abweichung zwischen den Wellen ursächlich sind. Bei der Armutsrisikoquote ist ein ähnlicher Effekt wie beim Einkommen zu beobachten. Der Prozentsatz der Frauen mit Armutsrisiko ist höher als bei den Männern, jedoch nähern sich beide Gruppen in der zweiten Erhebung an. Hierbei muss bedacht werden, dass die offizielle Armutsrisikoschwelle nominal zwischen den Erhebungen gestiegen ist. Diese deskriptiv beobachteten Geschlechterunterschiede beim Einkommen und der Altersarmut in der aktuellsten Erhebung spiegeln in etwa die Ergebnisse des „Bericht zur Lage der Älteren“ in NRW wider (MAGS 2020). Die zusätzliche Signifikanzprüfung der NRW80+-Ergebnisse macht jedoch deutlich, dass es sich hierbei auch um zufällige Schwankungen handeln kann. Große Übereinstimmung gibt es zwischen dem Altenbericht und den NRW80+-Daten in Bezug auf die Geschlechterunterschiede im Vermögen der über 80-Jährigen.

Bei den Altersgruppen sind nur in Teilen Unterschiede zu beobachten. Beim Einkommen, der Altersarmutsquote, Vermögen und beruflichen Status lassen sich keine signifikanten (und damit überzufälligen) Unterschiede zwischen den Altersgruppen finden. Beim Immobilienbesitz sind Unterschiede nur in der ersten Erhebung zu beobachten. Die älteste Altersgruppe besitzt im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe seltener das eigene Zuhause. Bei der Bildung finden sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen, die ein steigendes Bildungsniveau für die jüngeren Altersgruppen zeigen. Hier ist vermutlich ein Kohorteneffekt zu beobachten, der sich auch im „Bericht zur Lage der Älteren“ beim Vergleich zwischen den 65- bis 80-Jährigen und über-80-Jährigen zeigt (MAGS 2020). Bezüglich der anderen Indikatoren können die Daten aus dem „Bericht zur Lage der Älteren“ nicht als Vergleich für Altersgruppenunterschiede herangezogen werden, da die Gruppe der über-80-Jährigen in diesem Bericht nicht durchgehend ausdifferenziert wird. Hier bieten die vorliegenden Daten von NRW80+ erstmalige Einblicke in die Altersunterschiede der Hochaltrigen in NRW.

Darüber hinaus zeigt sich, dass nur ein geringer Anteil der hochaltrigen Personen in NRW Schulden hat. Es ist denkbar, dass dieses Thema sehr schambesetzt ist, sodass vorhandene Schulden nicht berichtet werden. Allerdings sind die Verweigerungsraten sehr gering (0,4 % für „weiß nicht“ und „verweigert“), sodass das Schuldenniveau als tatsächlich sehr gering angegeben werden kann.

Neben dem berichteten Trend beim Einkommen, lassen sich nur bei der Gruppe der Personen ohne Vermögen weitere Veränderungen zwischen den Wellen feststellen. Diese Gruppe ist in der zweiten Erhebung deutlich kleiner geworden. Für die Indikatoren Bildung und Status ist das Ausbleiben von Veränderungen wenig verwunderlich, da hier in den meisten Fällen keine Veränderungen im hohen Alter mehr stattfinden und die Personen im Panel die gleichen Werte aus Welle 1 aufweisen.

Die untersuchten Einflüsse im Panellängsschnitt von Einkommen, Bildung und beruflichem Status auf die allgemeine subjektive Gesundheit sind gering und kaum aussagekräftig. Anders verhält es sich bei dem untersuchten Einfluss auf den Pflegegrad. Ein mittleres oder hohes Bildungsniveau ist mit einer Abnahme des Pflegegrades über die Beobachtungszeitpunkte assoziiert. Dies deckt sich mit bundesweiten Ergebnissen, die im Querschnitt eine niedrigere Pflegebedürftigkeit feststellen für höher gebildete über-80-Jährige (Zimmermann et al. 2022). Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass bestehende Ungleichheit in der formalen Bildung sich nicht nur bis ins hohe Alter auswirkt, sondern sich sogar im Falle der

Pflegebedürftigkeit noch innerhalb der Altersspanne der Hochaltrigkeit verstärkt. Für weitere Indikatoren des SES konnte kein Zusammenhang mit einer Veränderung des Pflegegrads festgestellt werden. Insgesamt wird der Einfluss des SES in diesen Analysen durch den Ausschluss aller Proxy-Interviews und aller Heimbewohner:innen eher unterschätzt. Hierbei handelt es sich um Personen mit überproportional schlechteren Gesundheitswerten und -veränderungen, die aus der Analyse ausgeschlossen wurden. Auch durch die Corona-bedingte Umstellung der Erhebung auf einen Fragebogen für einen Teil der Aufstocker:innen in Welle 2, sind gewisse Verzerrungen nicht auszuschließen, da für diese Gruppe nicht alle Informationen erhoben werden konnten (vgl. Tab. 1). Für genauere Einblicke in die gesundheitliche Lage Hochaltriger in der NRW80+-Studie kann auf den Beitrag von Zimmermann et al. in diesem Band verwiesen werden.

Dieser Bericht gibt einen Überblick über die aktuelle ökonomische Situation der über-80-Jährigen und die sich darstellende Differenzierung, bzw. Ungleichheit anhand von Geschlecht und Altersgruppen. Insbesondere gezeigte Geschlechterunterschiede sollten bei politischen Maßnahmen zur Reduzierung von Ungleichheit von Einkommen, Vermögen, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit bedacht werden. Über 15 % der über-80-Jährigen in NRW leben unterhalb der Armutsgrenze und dieser Wert bleibt stabil. Angesichts der großen Bedeutung der gesetzlichen Renten als Einnahmequelle, erscheint die Stärkung der (gesetzlichen) Rentenversicherung ein probatestes Mittel als Reaktion auf die prekäre Situation einiger Hochaltriger zu sein. Bezogen auf den Anteil am Einkommen ist die gesetzliche Rente immer noch die größte Einkommensquelle von älteren Menschen (Fachinger 2019). Die Renten scheinen somit die beste Stellschraube zu sein, um an der materiellen Situation von heutigen und zukünftigen alten Menschen etwas zu ändern. Hierbei sind betriebliche und private Altersversorgung wichtige und ergänzende Systeme, die jedoch gerade von Personen mit einem geringen Vermögen und geringer Bildung vergleichsweise selten genutzt werden. Die Bildungsunterschiede in der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und teilweise auch der allgemeinen gesundheitlichen Lage machen deutlich, dass die Chancen auf ein langes Leben in Gesundheit sozial ungleich verteilt sind. Interventionen bzw. Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und Erhaltung der Gesundheit müssen daher auf ihre Zugänglichkeit für und ihre Wirksamkeit bei Personen mit niedrigerer formaler Bildung überprüft werden und gegebenenfalls angepasst werden. Weitere Forschungsvorhaben sollten einen besonderen Fokus auf die Mechanismen legen, die im hohen Alter die Ungleichheit zwischen Bildung und Gesundheit bzw. Pflegebedürftigkeit vermitteln.

Literaturverzeichnis

- Darin-Mattsson, Alexander; Fors, Stefan; Kåreholt, Ingemar (2017): Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. In: *International Journal for Equity in Health* 16 (1), S. 1–11. DOI: 10.1186/s12939-017-0670-3.
- Engstler, Heribert; Hameister, Nicole (2019): Deutscher Alterssurvey (DEAS): Kurzbeschreibung des Datensatzes SUF DEAS 2014, Version 2.0. Online verfügbar unter <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/63357>, zuletzt geprüft am 26.04.2021.
- Erlinghagen, Marcel (2016): Ungleichheit, soziale. In: Johannes Kopp und Anja Steinbach (Hg.): *Grundbegriffe der Soziologie*. 11. Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch), S. 349–351.
- Fachinger, Uwe (2019): Alterssicherung und Armut. In: Karsten Hank, Frank Schulz-Nieswandt, Michael Wagner und Susanne Zank (Hg.): *Alternsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Alternsforschung. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos, 131-170.

- Fey, Jonas; Wagner, Michael (2021): Das Einkommen der Hochaltrigen in Deutschland. *ceres*; DZA; BMFSFJ (D80+ Kurzberichte, 2).
- Finch, William Holmes; Bolin, Jocelyn E. (2017): *Multilevel modeling using Mplus*. Boca Raton, FL: CRC Press (Chapman & Hall/CRC statistics in the social and behavioral sciences series).
- Ganzeboom, Harry B.G.; Treiman, Donald J. (1996): Internationally Comparable Measures of Occupational Status for the 1988 International Standard Classification of Occupations. In: *Social Science Research* 25 (3), S. 201–239. DOI: 10.1006/ssre.1996.0010.
- gesis (2021): Auswertungsbeispiele: Berechnung des Äquivalenzeinkommens. Online verfügbar unter https://www.gesis.org/missy/files/documents/MZ/Auswertungsbeispiel_BerechnungDes%C3%84quivalenzeinkommens.pdf, zuletzt geprüft am 12.11.2021.
- Goebel, Jan; Krause, Peter (2018): Quantitative Messung von Armut. In: Petra Böhnke, Jörg Dittmann und Jan Goebel (Hg.): *Handbuch Armut. Ursachen, Trends, Maßnahmen*. 1. Auflage. Stuttgart: UTB GmbH; Barbara Budrich (UTB Sozialwissenschaften, 4957), S. 56–68.
- Götz, Irene; Lehnert, Katrin (2016): Präventive Vermeidung von Altersarmut. In: Stefan Pohlmann (Hg.): *Alter und Prävention*. Wiesbaden: Springer VS, S. 85–106.
- Hansen, Sylvia; Kaspar, Roman; Wagner, Michael; Woopen, Christiane; Zank, Susanne (2021): The NRW80+ study: conceptual background and study groups. In: *Z Gerontol Geriat* 54, S. 76–84. DOI: 10.1007/s00391-021-01970-z.
- KANTAR Public (2018): Die Vercodung der Angaben zum Bildungshintergrund nach der International Standard Classification of Education (ISCED 2011). NRW80+. München.
- Knesebeck, Olaf von dem; Schäfer, Ingmar (2009): Gesundheitliche Ungleichheiten im höheren Lebensalter. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 253–265.
- Lampert, Thomas; Hoebel, Jens (2019): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52 (Suppl 1), S. 91–99. DOI: 10.1007/s00391-018-01487-y.
- Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: *GBE kompakt* 5 (2). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-017.
- MAGS (2020): Alt werden in Nordrhein-Westfalen. Bericht zur Lage der Älteren. *Altenbericht 2020*. Hg. v. Ministerium für Arbeit und Gesundheit und Sozials des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/altenbericht_langfassung_bf-2.pdf, zuletzt geprüft am 07.04.2022.
- MAGS (2021): Sozialberichte NRW. Indikator 7.2 Armutsrisikoschwelle. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialindikatoren_nrw/indikatoren/7_einkommensarmut/Indikator7_21/Archiv_7_2_2005-2019/index.php, zuletzt geprüft am 23.03.2021.
- Möhring, Katja; Weiland, Andreas (2018): Ausgleich oder Verschärfung von Einkommensrisiken? Lebensläufe und Alterseinkommen in Deutschland aus der Paarperspektive. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 64 (4), S. 463–493. DOI: 10.1515/zsr-2018-0023.
- O’Rand, Angela M. (2006): Stratification and the Life Course. In: *Handbook of Aging and the Social Sciences*: Elsevier, S. 145–162.
- Pieper, Jonas; Rock, Joachim; Schneider, Ulrich; Schröder, Wiebke (Hg.) (2021): *Armut in der Pandemie. Der Paritätische Armutsbericht 2021*. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband (Bericht

- zur Armutsentwicklung in Deutschland, 2021). Online verfügbar unter https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Armutsbericht/doc/broschuere_armutsbericht-2021_web.pdf, zuletzt geprüft am 29.12.2021.
- Simonson, Julia; Vogel, Claudia (2019): Aspekte sozialer Ungleichheit im Alter. In: Karsten Hank, Frank Schulz-Nieswandt, Michael Wagner und Susanne Zank (Hg.): *Altersforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Altersforschung*. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos, S. 171–195.
- UNESCO (2012): *International standard classification of education. ISCED 2011*. Montreal, Quebec, zuletzt geprüft am 12.11.2021.
- Vogel, Claudia; Künemund, Harald (2014): Armut im Alter. In: Siegfried Frech und Olaf Groh-Samberg (Hg.): *Armut in Wohlstandsgesellschaften. Unter Mitarbeit von Sarah Klemm*. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verl. (Basisthemen Politik), S. 123–136.
- Wagner, Michael; Motel, Andreas (1996): Die Qualität der Einkommensmessung bei alten Menschen. In: *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48 (3), S. 493–512.
- Wagner, Michael; Rietz, Christian; Kaspar, Roman; Janhsen, Anna; Geithner, Luise; Neise, Michael et al. (2018): Quality of life of the very old. Survey on quality of life and subjective wellbeing of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51 (2), S. 193–199. DOI: 10.1007/s00391-017-1217-3.
- Zimmermann, Jaroslava; Brijoux, Thomas; Zank, Susanne (2022): Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter (D80+ Kurzberichte, 3).

3.2.2 Soziales Netzwerk und soziale Beziehungen

Veronica Oswald & Jonas Fey

Kernaussagen

- 50 % der hochaltrigen Personen in NRW lebt allein und 45 % mit einer weiteren Person zusammen. Insbesondere Frauen und über-90-Jährige wohnen häufiger allein (65,5 %, respektive 70 %), sind häufiger verwitwet (64 %, respektive 73 %) und haben seltener eine:n Partner:in (5 %, respektive 5 %) als Männer und jüngere Altersgruppen. Zugleich sind auch im Heim wohnende Hochaltrige häufiger verwitwet (70 %) und seltener in einer Partnerschaft (1 %).
- Die Mehrheit (ca. 75 %) der Hochaltrigen hat ein bis drei Kinder. Demgegenüber sind etwa 12 % der Hochaltrigen kinderlos. 29 % der Hochaltrigen haben ein bis zwei Enkel und zu etwa gleichen Teilen haben jeweils ca. 24 % keine oder drei bis vier Enkelkinder. Dabei zeigen sich keine Alters- und Geschlechterunterschiede. Bezüglich der Urenkelkinder zeigen die Ergebnisse, dass Frauen und ältere Hochaltrige häufiger mindestens ein Urenkelkind haben. Jedoch hat der Großteil der Hochaltrigen über die Alters- und Geschlechtergruppen hinweg keine Urenkelkinder.
- Die Hochaltrigen in NRW haben mehrheitlich ein kleines soziales Netzwerk von zwei bis vier Personen (39 %) oder ein großes Netzwerk mit neun oder mehr Personen (31%). Dabei haben Heimbewohner:innen ein signifikant kleineres Netzwerk als privatwohnende Hochaltrige.
- Familiäre Beziehungen haben eine hohe Wichtigkeit für hochaltrige Personen: Die am häufigsten genannten wichtigen Bezugspersonen sind Kinder, Partner:innen und Enkelkinder. Dabei nennen Männer und jüngere Hochaltrige häufiger den/die Partner:in als wichtigste Bezugsperson, wohingegen Frauen und ältere Hochaltrige häufiger ihr Kind als wichtigste Bezugsperson nennen.
- Im Längsschnitt zeigt sich, dass eine Vereinsmitgliedschaft, das Maß an Vertrauen in die Nachbarschaft und die Anzahl an Enkelkindern einen signifikant positiven Effekt auf die Netzwerkgröße hat.

3.2.2.1 Einleitung

Die Coronapandemie und die damit verbundenen „Shutdowns“ haben die Diskussion um das soziale Netzwerk und die soziale Eingebundenheit von alten und hochaltrigen Menschen wieder vermehrt in den medialen und wissenschaftlichen Fokus gerückt (Kemptner & Marcus, 2020; Wenner et al., 2022). Soziale Netzwerke bleiben auch im hohen Alter eine wichtige Ressource, um gesellschaftlich eingebunden zu sein und nicht zu vereinsamen (Kaspar et al., 2022; Petrich, 2011). Sie prägen Lebensstile (Geithner & Wagner, 2022) und sind ein wichtiger Prädiktor für Gesundheit, Überlebenswahrscheinlichkeit (Ellwardt & Hank, 2019) und Lebenszufriedenheit (Bennett & Riedel, 2013). Soziale Netzwerke sind hierbei definiert als „[...] ein abgrenzbares Gefüge interpersoneller Beziehungen [...] meist zwischen den Mitgliedern einer sozialen Gruppe.“ (Ellwardt & Hank, 2019, S. 340). Andere Konzepte sozialer Integration und Eingebundenheit sind Teilhabe oder Partizipation, die durch Engagement in Vereinen, Kirchen o.ä. geschehen kann. Neben dem sozialen Netzwerk werden in diesem Kapitel auch soziale Beziehungen der Hochaltrigen in NRW untersucht. Soziale Beziehungen sind nach Weber *„[...] ein seinem Sinngehalt nach aufeinander gegenseitig eingestelltes und dadurch orientiertes Sichverhalten mehrerer [...] Die soziale Beziehung besteht also durchaus und ganz ausschließlich: in der Chance, daß in einer (sinnhaft) angebbaren Art sozial gehandelt wird, einerlei zunächst: worauf diese Chance beruht.“* (1922, S. 13). Dies ist sehr weit gefasst und wurde in der NRW80+-Erhebung in Bezug auf „Kontaktpersonen“ auf die

„Wichtigkeit“ von sozialen Kontakten eingeschränkt. Hierbei wurden die Befragten gebeten, bis zu vier bzw. sechs wichtige Personen in ihrem Leben zu nennen. Zudem wurden die Kontakthäufigkeit und die empfundene Verbundenheit zu der jeweiligen Person erfragt. Soziale Beziehungen können im Sinne der Sorge *für* und *um* Andere, Aspekte von „Potenzialität im Alter“ sein, welches als Lebensphase ansonsten häufig von Vulnerabilität geprägt ist. Dies kann sich in Gerotranszendenz, respektive Generativität äußern, also der Einbettung des Selbst in größere, Generationen übergreifende Kontexte (Kruse & Schmitt, 2015), was sich besonders auf die Beziehung zu den eigenen Kindern, Enkel- und Urenkelkindern bezieht.

Es gibt mehrere theoretische Annahmen wie soziale Beziehungen im (hohen) Alter geprägt sind und wie sie sich verändern. Die *Sozioemotionale Selektivitätstheorie* postuliert, dass ältere Menschen zunehmend wählerischer bei der Auswahl ihrer sozialen Kontakte werden und sich auf die für sie wichtigen oder auch nützlichen Kontakte fokussieren (Ellwardt & Hank, 2019). Das *Modell des sozialen Konvois* beschreibt soziale Netzwerke als einen Art Zug, bei dem im Laufe der Zeit Personen abgehen, hinzukommen oder dauerhaft bleiben. Auch hier wird jedoch von einer Verkleinerung des sozialen Netzwerks im höheren Alter ausgegangen (ebd.). Wichtig bleiben aber in vielen Fällen die familiäre Einbettung (Klaus & Mahne, 2019), die als „stabiler Konvoi“ bestehen bleibt (Ellwardt & Hank, 2019). Familie und Partnerschaften sind ein wichtiger Teil von sozialen Beziehungen in allen Lebensphasen. Hierbei finden gesamtgesellschaftliche Veränderungen statt, Differenzierung und Deinstitutionalisierung von Lebensentwürfen, die auch Themen wie Kinderlosigkeit, Nicht-Ehe und Partnerlosigkeit betreffen (Klaus & Mahne, 2019; Lengerer, 2015). Es bleibt jedoch fraglich, inwieweit solche Entwicklungen, die stark kohortenspezifisch sind, die Gruppe der Hochaltrigen bereits erreicht haben (Lengerer, 2015).

3.2.2.2 Ziel

Mit den Ergebnissen der zweiten Welle der Studie „Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW“ (NRW80+) können die Datenlücken, die es in dieser Altersgruppe und insbesondere bei Personen in Heimkontexten und mit besonderem Pflegebedarf gibt (Klaus & Mahne, 2019), längsschnittlich weiter geschlossen werden. Dieses Kapitel soll die erhobenen (strukturellen) Merkmale zu sozialen Netzwerken und Beziehungen darstellen und in Zusammenhang bringen. Zunächst werden das soziale Netzwerk und die sozialen Beziehungen der Hochaltrigen in NRW im Querschnitt der zweiten Befragung dargestellt und gegebenenfalls nach Altersgruppen, Geschlecht und Wohnform differenziert. Außerdem wird geprüft, ob längsschnittliche Unterschiede bestehen. Es wird untersucht, ob die Netzwerkgröße durch verschiedene Prädiktoren vorhergesagt werden kann. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und mögliche politische Implikationen aus den Ergebnissen präsentiert.

3.2.2.3 Methoden

Die Studie NRW80+ ist eine landesweite repräsentative Längsschnittbefragung von hochaltrigen Menschen in Privathaushalten und Heimen in Nordrhein-Westfalen, welche versucht wichtige Erkenntnislücken in der Hochaltrigkeitsforschung zu schließen. Mit der erneuten Kontaktierung der Teilnehmer:innen der ersten Erhebungsphase erschließen sich für NRW80+ als längsschnittliche Panelstudie mit einer Auffrischungstichprobe neue Möglichkeiten der Analysen. So können nun Trendanalyse und intraindividuelle Veränderungen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten gemessen werden.

Die NRW80+ Studie besteht aus zwei Wellen. In der ersten Welle wurden zwischen 2017 und 2018 1863 Personen persönlich befragt (CAPI), in der zweiten Welle wurden zwischen 2019 und 2021 912 Personen aus der ersten Welle erneut befragt. Zusätzlich kamen 950 Aufstocker:innen hinzu, von denen 219 Personen, aufgrund der pandemischen Lage, per Fragebogen befragt wurden (FB). Die erste Welle ist anderweitig genauer beschrieben (vgl.

Hansen et al., 2021; Wagner et al., 2018). Durch eine Gewichtung der Daten wurde auf das Erhebungs-Design in beiden Wellen, sowie die nicht-Teilnahme und Panelausfall in der zweiten Welle kontrolliert, wodurch eine vermutete soziökonomische Selektivität im Panel (z. B. erhöhte nicht-Teilnahme oder Tod von ökonomisch schwächeren) abgeschwächt wird und repräsentative Aussagen für die Bevölkerungsgruppe der über-80-Jährigen in NRW möglich sind (genauere Informationen zur Studie finden sich in Kapitel 2 „Studienbeschreibung“).

Die querschnittlichen Analysen der zweiten Welle beruhen auf 1862 Fällen. Das Vorhersagemodel der Netzwerkgröße beruht auf den Daten von 912 Befragten, die an beiden Befragungen teilgenommen haben. Alle Analysen stellen die gewichteten Häufigkeiten unter Berücksichtigung des komplexen Stichprobendesigns dar. Die Inhalte wurden wie folgt operationalisiert:

Die *Haushaltsgröße* wurde mit der Frage „Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie eingeschlossen?“ erhoben, mit dem Hinweis „Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie dabei auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.“. Hierauf konnten Befragte mit einer Anzahl antworten.

Für die Erfassung des *Familienstands* konnten die Befragten sich den Kategorien „ledig“, „verheiratet“, „verheiratet, aber vom Ehepartner getrennt“, „geschieden“ oder „verwitwet“ zuordnen (alle Kategorien außer „ledig“ hatten in ihrem Antworttext „eingetragene Lebenspartnerschaft“ mit inbegriffen). Für die Analysen dieses Kapitels wurden die Kategorien „verheiratet“ und „verheiratet, aber vom Ehepartner getrennt“ zusammengefasst. Personen, die nicht den Familienstand verheiratet angaben, wurden zusätzlich gefragt, ob sie eine feste *Partnerschaft* führen oder nicht.

Ergänzend wurde die *Anzahl der Kinder, Enkelkinder und Urenkelkinder* erfragt („Wie viele Kinder/Enkel/Urenkel haben Sie?“). Auf diese drei Fragen konnte jeweils mit einer Zahl geantwortet werden. In der zweiten Befragungswelle wurde erweiternd gefragt, wie häufig *Kontakt zu den Enkelkindern und Urenkelkindern* besteht (z. B. durch Besuche, Briefe, Telefonate, SMS oder E-Mail). Dabei konnte geantwortet werden mit „täglich“, „wöchentlich“, „monatlich“, „mehrmals im Jahr“ oder „seltener“. Diese Daten wurden nur im CAPI der zweiten Welle erhoben.

Für eine detaillierte Darstellung der sozialen Beziehungen wurden die Befragten gebeten, bis zu vier *Kontaktpersonen* zu nennen und anzugeben, in welcher Beziehung sie mit dieser Person stehen. In der zweiten Erhebung wurde die mögliche Anzahl von vier Kontaktpersonen auf sechs Kontaktpersonen erweitert. Diese zusätzlichen Personen wurden in diesem Bericht in der Netzwerkgröße berücksichtigt, jedoch nicht in der detaillierten Darstellung der sozialen Kontakte (Art der Beziehung, Kontakthäufigkeit und Verbundenheit zu der jeweiligen Person), um die Daten möglichst vergleichbar zu halten. Die Personen wurden folgenden Kategorien zugeordnet: Kinder, Enkelkinder, Partner, Geschwister, Schwiegertochter/-sohn, andere Verwandte, Freunde, Nachbarn oder andere Bekannte.

Für die jeweilige Person wurde auch die *Kontakthäufigkeit* und die empfundene *Verbundenheit* zu der jeweiligen Person erfragt. Bei der Kontakthäufigkeit wurde gefragt „Wie oft haben Sie Kontakt zu dieser Person, z.B. durch Besuche, Briefe, Telefonate, SMS oder E-Mail?“ Hierbei konnte mit „täglich“, „wöchentlich“, „monatlich“, „mehrmals im Jahr“ oder „seltener“ geantwortet werden. Um die Verbundenheit zu erheben, wurde gefragt, wie eng sich die befragte Person mit der angegebenen Person heute verbunden fühlt. Die vierstufige Antwortskala reicht von „sehr eng“ bis „überhaupt nicht eng“.

Darüber hinaus hatten die Befragten die Möglichkeit anzugeben, wie viele Kontaktpersonen sie zusätzlich nennen könnten. Basierend auf diesen Angaben und den zuvor genannten bis zu vier bzw. sechs Personen wurde die *Netzwerkgröße* errechnet (Anzahl an Personen). Für die deskriptive Analyse wurde die Anzahl an Personen in die Kategorien „sehr kleines

Netzwerk“ (0-1 Person), „kleines Netzwerk“ (2-4 Personen), „mittelgroßes Netzwerk“ (5-8 Personen) und „großes Netzwerk“ (9 und mehr Personen) zusammengefasst.

Zur Vorhersage der Netzwerkgröße wurden zusätzlich die Inhalte funktionale Gesundheit, Religionsgemeinschaft, Vereinsmitgliedschaft, das Vertrauen in die Nachbarschaft und die Wohndauer miteinbezogen. Die *funktionale Gesundheit* wurde durch die erhaltene Selbständigkeit im Alltag erhoben. Dazu wurde erfragt, wie viel Hilfe die Befragten bei Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen: „nur mit Hilfe möglich“, „etwas Hilfe“ oder „keine Hilfe“. Die erfragten Aktivitäten beinhalten: Essen, An- und Ausziehen, Körperpflege, Gehen, aus dem Bett steigen oder hinlegen, Baden oder Duschen und die Toilette rechtzeitig erreichen.

Das *Vertrauen in die Nachbarschaft* konnte auf einer fünfstufigen Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft zu“ eingestuft werden. Dazu wurde gefragt, ob die Befragten den Menschen in ihrer Nachbarschaft vertrauen können. Zur Erhebung der *Wohndauer* im aktuellen Haus, der aktuellen Wohnung bzw. der aktuellen Einrichtung wurde gefragt, seit welchem Jahr die befragte Person dort wohnt. Basierend auf dieser Angabe wurde die Dauer in Jahren errechnet.

Um zu erfahren, ob die befragte Person in einem *Verein Mitglied* ist, wurde sie gefragt: „Sind Sie ein aktives Mitglied in einer Organisation oder einem Verein?“ (ja/nein). Zur Ermittlung der *Religionsgemeinschaft* wurde gefragt, welcher Religionsgemeinschaft die Person angehört. Für das vorliegende Kapitel wurde nur beachtet, ob jemand einer Religionsgemeinschaft angehört oder nicht.

Die soziodemografischen Merkmale beinhalten das *Geschlecht* (männlich und weiblich) das *Alter* (in Jahren), die *Altersgruppen* (80-84 Jahre, 85-89 Jahre und 90+ Jahre) der ersten Welle, die *Bildung* (Klassifizierung nach ISCED: niedrig, mittel und hoch) sowie die *Wohnform* (Privathaushalt und Heim).

Zur Vorhersage der inter- und intraindividuellen Veränderungen der Netzwerkgröße zwischen den zwei Messzeitpunkten wurde ein Regressionsmodell berechnet. Dabei wurde angenommen, dass der Einfluss der Prädiktoren auf die Netzwerkgröße gleich groß zu beiden Zeitpunkten ist (Random-Effects Modell)

3.2.2.4 Deskriptive Ergebnisse

Familie, Partnerschaft und Haushalt

Die Haushaltszusammensetzung der Hochaltrigen in NRW setzt sich in der zweiten Erhebung zu ähnlich gleich großen Teilen aus Ein- (50,3 %) und Zwei-Personen-Haushalten (45,1 %) zusammen (Abb. 1). Nur ein geringer Anteil wohnt in einem Haushalt mit drei oder mehr Personen (3,1 %). Diese Zusammensetzung ändert sich kaum über die Befragungswellen hinweg. Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass Frauen im Vergleich zu Männern signifikant häufiger allein wohnen (65,5 % vs. 27,6 %). Ebenso wohnen ältere Hochaltrige signifikant häufiger allein als jüngere Hochaltrige (80- bis 84-Jährige: 43,7 %, 85- bis 89-Jährige 56,9%, 90-Jährige und älter 69,5 %).

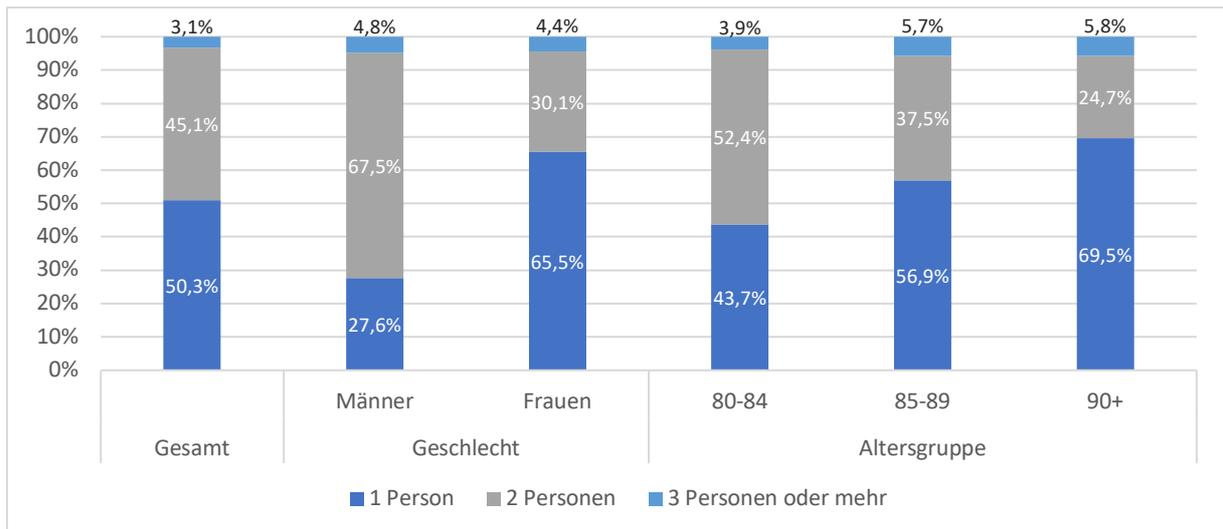


Abbildung 22. Haushaltsgröße der Hochaltrigen nach Geschlecht und Altersgruppe. Quelle: NRW80+ (Welle 2: n=1676); gewichtete gültige Prozente.

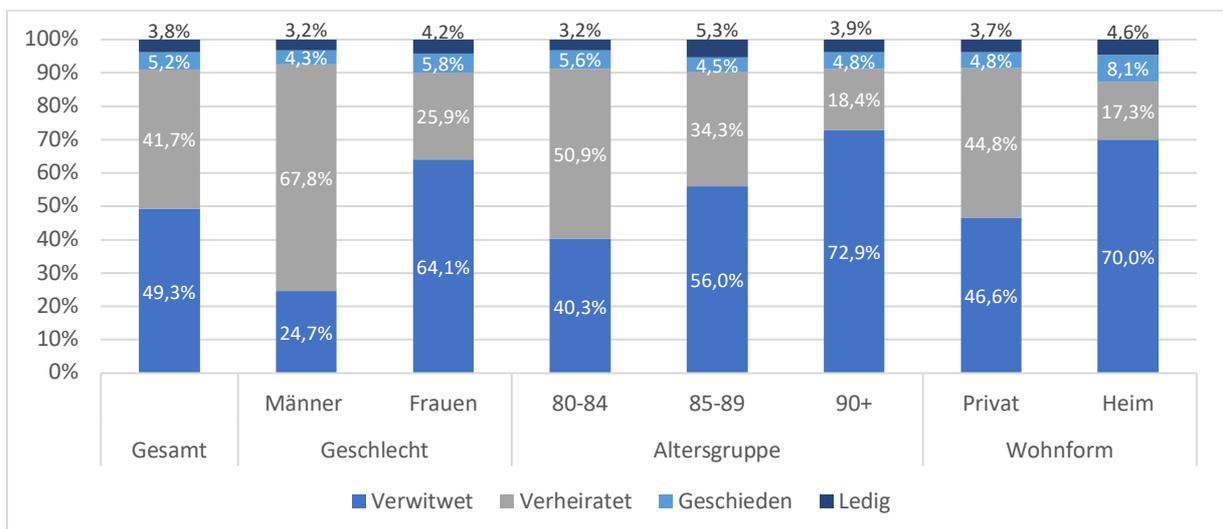


Abbildung 23. Familienstand der Hochaltrigen nach Geschlecht, Altersgruppe und Wohnform. Quelle: NRW80+ (Welle 2: n=1851); gewichtete gültige Prozente.

Die partnerschaftlichen Strukturen sind insgesamt über die zwei Befragungswellen hinweg stabil geblieben, es lassen sich nur vereinzelt Veränderungen erkennen. So hat sich der Familienstand von 4,7 % von verheiratet zu verwitwet geändert. Neben der Verwitwung gab es keine weiteren intraindividuellen Veränderungen. Bezüglich des Familienstandes zeigt sich, dass die Befragten am häufigsten verwitwet (49,3 %) oder verheiratet (41,7 %) sind (Abb. 2). Nur ein kleiner Anteil ist geschieden (5,2 %) oder ledig (3,8 %). Vergleicht man den Familienstand der hochaltrigen Frauen und Männer, ist ein deutlicher Unterschied zu erkennen. Frauen sind mit 64,1 % im Vergleich zu Männern mit 24,7 % häufiger verwitwet. Dementsprechend sind Männer (67,8 %) im Vergleich zu Frauen (25,9 %) häufiger verheiratet. Auch im Altersgruppenvergleich zeigen sich Unterschiede, jüngere Hochaltrige sind häufiger verheiratet und seltener verwitwet im Vergleich zu älteren Hochaltrigen. Hochaltrige Heimbewohner:innen sind signifikant seltener verheiratet im Vergleich zu privat wohnenden Hochaltrigen (17,3 % vs. 44,8 %). Sie sind zudem signifikant häufiger verwitwet als privat wohnende Hochaltrige (70,0 % vs. 46,6 %).

Personen, die einen anderen Familienstand angegeben haben als verheiratet, wurden zusätzlich gefragt, ob sie in einer festen Partnerschaft leben. Insgesamt haben 11,1 % dieser

Personen eine feste Partnerschaft zum Zeitpunkt der zweiten Befragung angegeben. Nicht-verheiratete Männer sind mit 28,9 % häufiger verpartnert im Vergleich zu nicht-verheirateten Frauen (5,1 %). Zudem haben auch jüngere nicht-verheiratete Hochaltrige häufiger eine feste Partnerschaft als ältere nicht-verheiratete Hochaltrige. 13,4 % der 80- bis 84-Jährigen haben einen festen Partner oder eine feste Partnerin. Bei den 85- bis 89-Jährigen beträgt dieser Anteil noch 8,9 % und bei den ab-90-Jährigen 5,3 %. Die Auswertung der Partnerschaften nach Wohnform ergab, dass nur eine nicht-verheiratete Person, die im Heim wohnt in einer Partnerschaft war (1,0 %). Bei den privat wohnenden, nicht-verheirateten Hochaltrigen waren es 12,8 %, die eine Partnerschaft angeben.

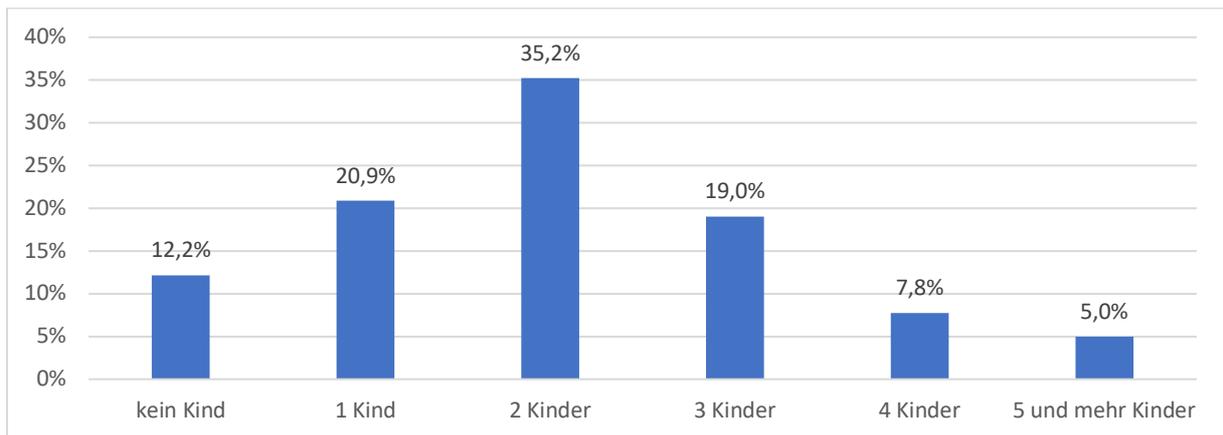


Abbildung 24. Anzahl an Kindern von Hochaltrigen. Quelle: NRW80+ (Welle 2: n=1852); gewichtete gültige Prozente und 95 % Konfidenzintervalle.

Abb. 3 und 4 stellen die Verteilung der Anzahl an Kindern und Enkelkindern der Hochaltrigen dar. Da keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen gefunden wurden, werden nur Gesamtverteilungen der zweiten Erhebung, ohne Differenzierung dargestellt. Die Mehrheit der Befragten hat zum Befragungszeitpunkt der zweiten Welle zwei Kinder (35,2 %; Abb. 3). Jeweils ca. ein Fünftel der Befragten hat ein (20,9%) oder drei Kinder (19,0 %). Weitere 12,2 % haben keine Kinder und nur 12,8 % haben vier oder mehr Kinder.

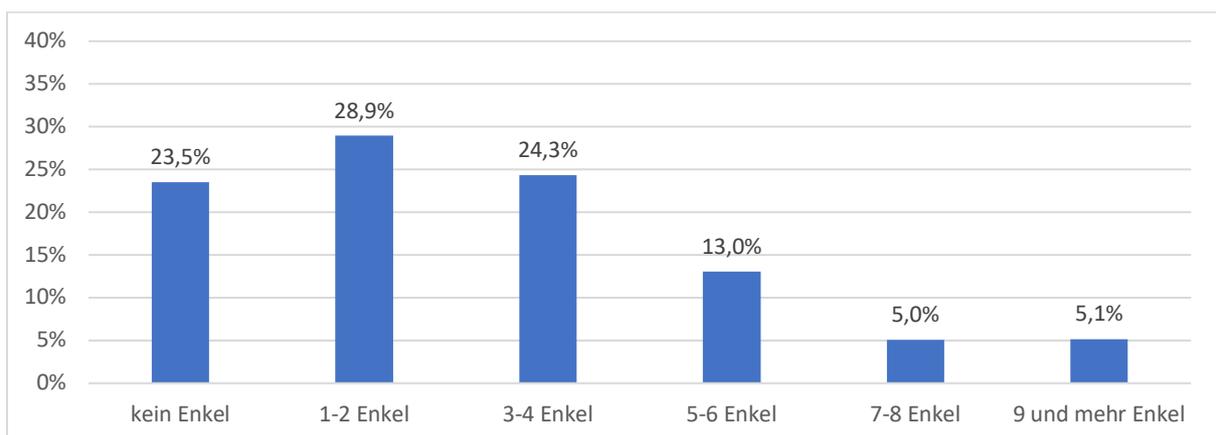


Abbildung 25. Anzahl an Enkeln von Hochaltrigen. Quelle: NRW80+ (Welle 2: Enkelkinder n=1831); gewichtete gültige Prozente und 95 % Konfidenzintervalle.

Hinsichtlich der Enkelkinder haben zum zweiten Befragungszeitpunkt 28,9 % der befragten Hochaltrigen ein bis zwei Enkelkinder (Abb. 4). Etwa jeweils gleich große Anteile der Befragten haben keine Enkelkinder (23,5 %) oder drei bis vier Enkelkinder (24,3 %). Noch 13,0 % haben fünf bis sechs Enkelkinder und 10,1 % haben sieben oder mehr Enkelkinder.

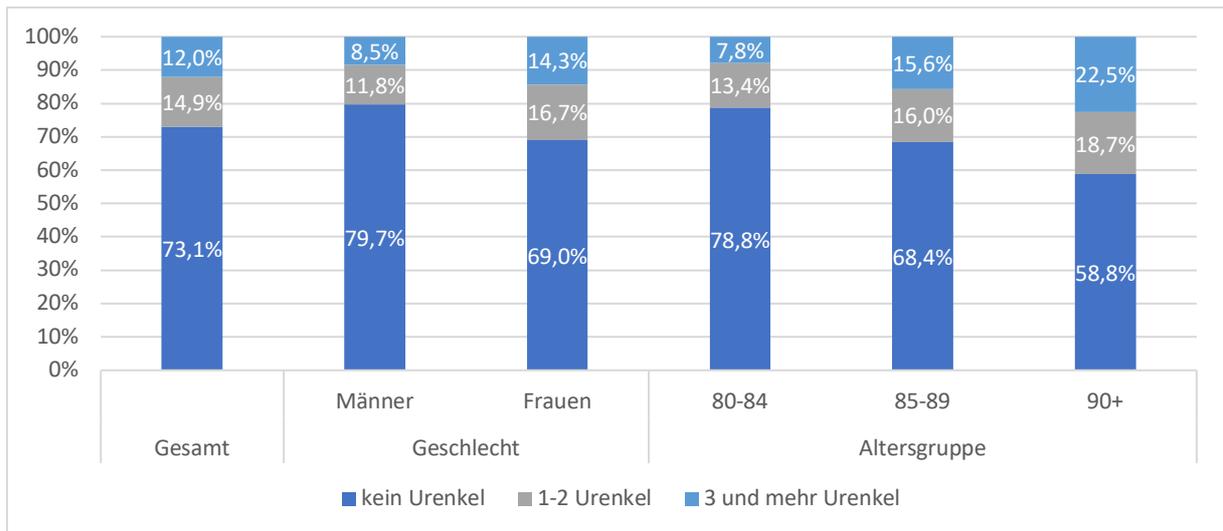


Abbildung 26. Anzahl an Urenkeln von Hochaltrigen. Quelle: NRW80+ (Welle 2 n=1800); gewichtete gültige Prozente.

Im Gegensatz zu der Anzahl der Kinder und Enkelkinder zeigen sich bei der Anzahl an Urenkelkindern signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen. Insgesamt hat die Mehrheit (73,1 %) der hochaltrigen Befragten zum Zeitpunkt der zweiten Befragung keine Urenkelkinder (Abb. 5). 14,9 % haben ein bis zwei Urenkelkinder und 12,0 % haben drei oder mehr Urenkelkinder. Hierbei geben Frauen häufiger an eine größere Anzahl an Urenkelkindern zu haben als Männer. Zugleich haben ältere Hochaltrige mehr Urenkel als jüngere Hochaltrige. Neben diesen Gruppenunterschieden zeigt sich ein deutlicher Zuwachs von einem hinzukommenden Urenkelkind bei 15,9 % der befragten Hochaltrigen im Längsschnitt.

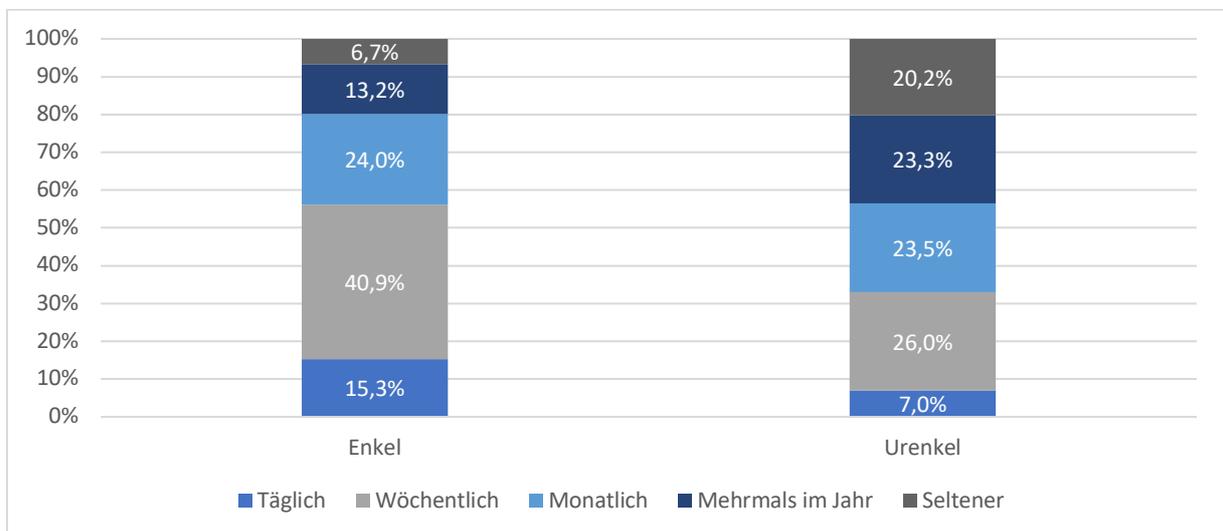


Abbildung 27. Kontakthäufigkeit zu Enkeln und Urenkeln der Hochaltrigen. Quelle: NRW80+ (Welle 2: Enkel n=1246; Urenkel n=453); gewichtete gültige Prozente.

In der zweiten Erhebung wurden die Hochaltrigen zusätzlich gefragt, wie häufig sie Kontakt zu ihren Enkel- und Urenkelkindern haben (Abb. 6). Der Großteil (40,9 %) der Hochaltrigen hat wöchentlich Kontakt zu ihren Enkelkindern. 15,3 % haben täglich Kontakt und 24,0 % haben monatlich Kontakt zu ihren Enkelkindern. Weitere 13,2 % haben mehrmals im Jahr Kontakt zu ihren Enkelkindern und nur 6,7 % haben seltener Kontakt zu ihren Enkelkindern. Bei der Kontakthäufigkeit zu den Urenkelkindern sieht die Häufigkeitsverteilung der Antworten anders aus. 7,0 % haben täglich Kontakt zu ihren Urenkelkindern. Etwa jeweils ein Viertel hat wöchentlichen (26,0 %), monatlichen (23,5 %) oder mehrmals im Jahr (23,3 %) Kontakt zu

ihren Urenkelkindern. Über ein Fünftel (20,2 %) hat seltener Kontakt zu den Urenkelkindern. Die Kontakthäufigkeit zu den Enkel- und Urenkelkindern unterscheidet sich nicht bezüglich der Geschlechter der Befragten. Jedoch haben ältere Hochaltrige signifikant weniger Kontakt zu ihren Enkelkindern. Dieser Altersgruppenunterschied in der Kontakthäufigkeit besteht bei den Urenkelkindern nicht.

Soziales Netzwerk

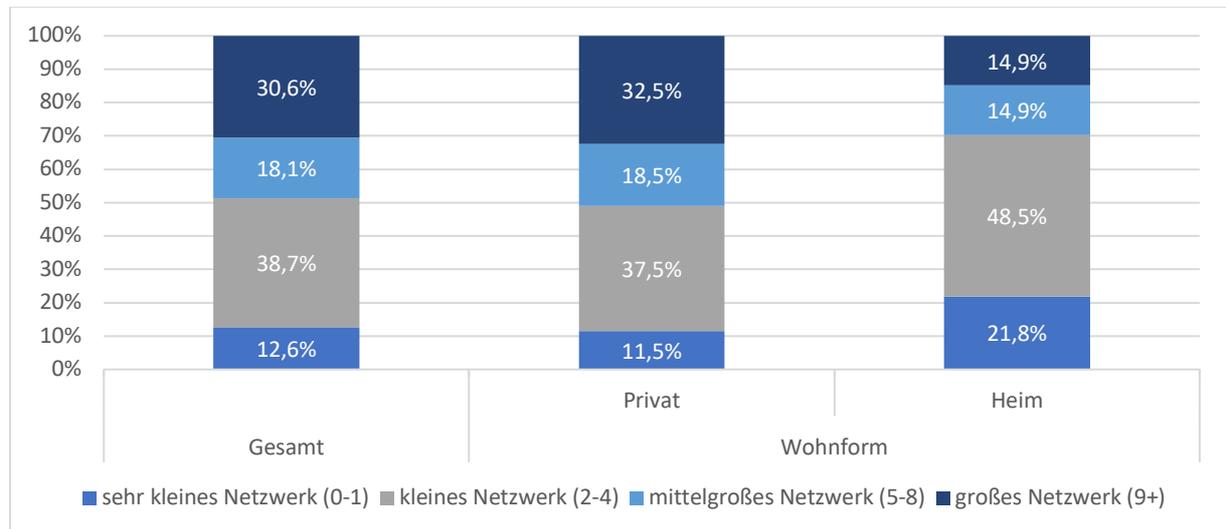


Abbildung 28. Netzwerkgröße der Hochaltrigen in NRW. Quelle: NRW80+ (Welle 2: n=1833); gewichtete gültige Prozente.

Die Größe des sozialen Netzwerks lässt in beiden Wellen keine Geschlechter oder Altersgruppen Unterschiede erkennen. Abb. 7 zeigt die Netzwerkgröße der Befragten in der zweiten Erhebung insgesamt und den Vergleich von privatwohnenden Personen und Heimbewohner:innen. Insgesamt nennt der Großteil der Hochaltrigen ein kleines soziales Netzwerk aus zwei bis vier Personen (38,7 %). 12,6 % berichten ein sehr kleines soziales Netzwerk aus einer oder keiner Person. 18,1 % berichten von einem mittelgroßen sozialen Netzwerk aus fünf bis acht Personen und 30,6 % berichten von einem sozialen Netzwerk, das neun oder mehr Personen umschließt.

Die Anteile der Netzwerkgröße der Hochaltrige Heimbewohner:innen im Querschnitt der zweiten Erhebung unterscheiden sich signifikant von denen der privat wohnenden Hochaltrigen. Heimbewohner:innen haben häufiger ein sehr kleines (11,5 % vs. 21,8 %) oder kleines Netzwerk (37,5 % vs. 48,5 %) und seltener ein mittelgroßes (18,5 % vs. 14,9 %) oder großes Netzwerk (32,5 % vs. 14,9 %). Eine Analyse im Längsschnitt ergab keine Unterschiede in der Veränderung der Größe des sozialen Netzwerks bei Personen, die zwischen der Erhebungszeitpunkte in ein Altersheim gezogen sind.

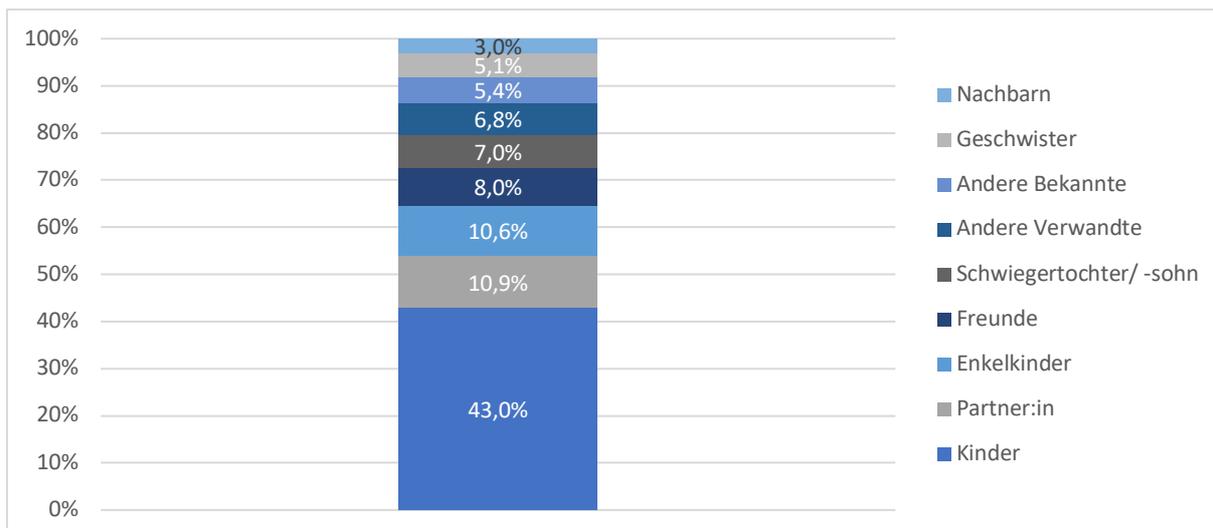


Abbildung 29. Zusammensetzung der wichtigsten sozialen Beziehungen. Quelle: NRW80+ (Welle 2: n=1750); gewichtete gültige Prozente. Die prozentualen Anteile beziehen sich auf Mehrfachantworten von bis zu sechs Nennungen pro befragte Person.

Im sozialen Netzwerk der Hochaltrigen spielen vor allem Kinder eine große Rolle. Das eigene Kind wird am häufigsten mit 43,0 %, aller Nennungen angegeben (Abb. 8). Neben den Kindern sind Partner:innen mit 10,9 % und Enkelkinder mit 10,6 % aller Nennungen wichtige Bezugspersonen. Nachfolgend sind Freunde, Schwiegertöchter oder Schwiegersöhne, andere Verwandte, andere Bekannte, Geschwister und Nachbarn als wichtige Bezugsperson genannt.

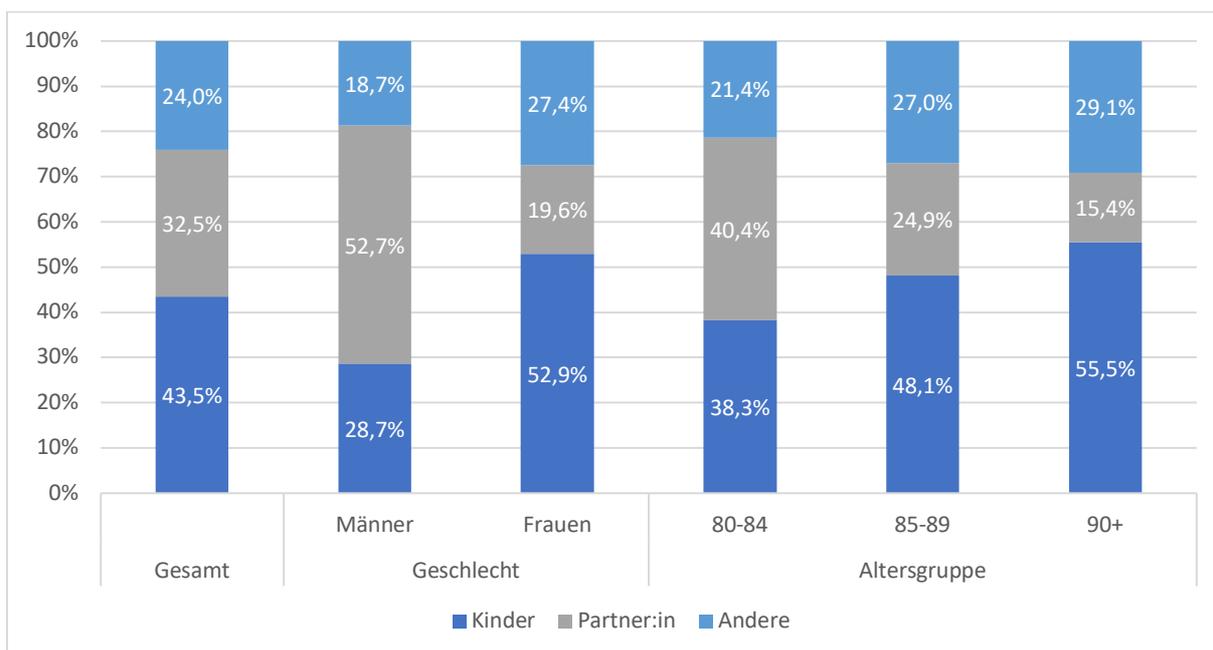


Abbildung 30. Wichtigste Bezugsperson nach Alter und Geschlecht Quelle: NRW80+ (Welle 2: n=1702); gewichtete gültige Prozente.

Betrachtet man nur die erstgenannte Person, zeigen sich innerhalb der zweiten Erhebung deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den Altersgruppen, welche sich insbesondere in der Nennung von Kindern oder der/dem Partner:in zeigt (Abb. 9). Bei Männern ist die erstgenannte Bezugsperson am häufigsten die/der Partner:in mit 52,7 % aller Nennungen. Bei Frauen hingegen ist am häufigsten das eigene Kind als erste Bezugsperson genannt mit 52,9 %. Mit dem Alter nimmt der Anteil derer, die ihre:n Partner:in als erste Bezugsperson nennen, ab. In der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen nennen 40,4 % ihre:n Partner:in als erste Bezugsperson, bei den 85- bis 89-Jährigen sind es noch 24,9 % und bei

den 90-Jährigen und Älteren sind es nur noch 15,4 %. Mit diesem Verlauf wird das Kind zunehmend häufiger als erste Bezugsperson genannt. 38,3 % der 80- bis 84-Jährigen nennen ihr Kind als erste Bezugsperson, bei den 85- bis 89-Jährigen sind es 48,1 % und bei den 90-Jährigen und Älteren nennen 55,5 % ihr Kind als erste Bezugsperson.

Zusätzlich zur Nennung der wichtigsten Kontakte, wurde im Detail gefragt, wie häufig die Hochaltrigen Kontakt zu den bis zu vier konkret genannten Personen haben (nicht abgebildet). Dabei gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erhebungen. In der zweiten Erhebung ist die Kontakthäufigkeit am höchsten mit der erstgenannten Person (täglicher Kontakt bei 62,8 %). Bei den darauffolgenden Personen besteht größtenteils wöchentlicher Kontakt zur angegebenen Person (53,5 %, respektive 54,9 %, respektive 54,3 %).

Neben der Kontakthäufigkeit wurde die Verbundenheit zu den vier genannten Personen erfragt (nicht abgebildet). Auch hier finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erhebungswellen. 75,4 % der Befragten der zweiten Erhebung fühlen sich sehr eng verbunden zur erstgenannten Person. Dieser Anteil beläuft sich bei der zweitgenannten Person noch auf 58,0 % sinkt bei der drittgenannten Person auf 47,4 % und bei der viertgenannten Person auf 41,4 % ab.

Vorhersagemodell für die Netzwerkgröße

Tab. 1 stellt das Vorhersagemodell für die Veränderung der Netzwerkgröße dar. In diesem Modell hat eine Vereinsmitgliedschaft einen positiven Effekt auf die Netzwerkgröße der Hochaltrigen. Demnach umschließt die Netzwerkgröße bei Personen mit einer Vereinsmitgliedschaft ca. 3 Personen mehr im Vergleich zu Personen ohne eine Vereinsmitgliedschaft. Auch das Vertrauen in die Nachbarschaft hat einen positiven Effekt auf die Netzwerkgröße. Weist eine Person zwei Skalenpunkte mehr auf der Vertrauensskala auf, so steigt auch die Netzwerkgröße um ca. eine Person.

Ein weiterer signifikant positiver Effekt zeigt sich bei der Anzahl an Enkelkindern. Mit jedem zusätzlichen Enkelkind steigt die Netzwerkgröße um 3 Personen an. Weitere signifikante Effekte zur Vorhersage der Veränderung der Netzwerkgröße wurden nicht gefunden. Das Modell erklärt insgesamt 7,1 % der Gesamtvarianz in der Netzwerkgröße.

Tabelle 8: Vorhersagemodell für die Veränderung der Netzwerkgröße.

	Koeffizient	Standardfehler
Funktionale Gesundheit	1,21	0,64
Religionsgemeinschaft (ref. nein)	-0,91	0,97
Vereinsmitgliedschaft (ref. nein)	3,18	0,60
Vertrauen in die Nachbarschaft	0,59	0,23
Wohnform (ref. privates Wohnen)	-1,37	1,87
Wohndauer	-0,01	0,01
Haushaltsgröße	0,37	0,49
<i>Familienstand (ref. verwitwet)</i>		
geschieden	-0,32	1,46
verheiratet	0,41	0,72
ledig	0,85	2,07
Anzahl Kinder	-0,16	1,19
Anzahl Enkelkinder	2,45	0,82
Anzahl Urenkelkinder	1,17	0,64
Geschlecht (ref. Männer)	-0,03	0,64
<i>Bildung (ref. niedrig)</i>		
mittel	0,52	0,74
hoch	0,74	0,92
<i>Altersgruppe (ref. 80-84 J.)</i>		
85-89 J.	-0,69	0,87
90+ J.	-0,93	1,42
Alter	0,08	0,13
Konstante	-5,85	10,95
Modellfit	Wald-chi ² (19) =79,22; p<,001 R ² =0,07	

Anmerkung. Gewichtete Daten. Auf dem 5 %-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt (n=768).

3.2.2.5 Diskussion und Empfehlung

Die Ergebnisse dieses Kapitels zeigen, dass es zwischen den Erhebungswellen nur geringfügige Veränderungen in den sozialen Netzwerken und Beziehungen gibt. Allerdings lassen sich im Querschnitt der zweiten Erhebung einige Geschlechter- und Altersgruppenunterschiede sowie Unterschiede zwischen Heimbewohner:innen und privat wohnenden Hochaltrigen erkennen. Über 90 % der hochaltrigen Personen in NRW lebt allein oder mit einer anderen Person zusammen. Hierbei leben Frauen häufiger allein als Männer und sind auch deutlich häufiger verwitwet und partnerlos. Dies deckt sich mit bundesweiten Ergebnissen aus der D80+-Studie (Wenner et al., 2022) und Ergebnissen aus anderen NRW Befunden (MAGS, 2020). Hierbei ist nicht nur ein Geschlechtereffekt zu beobachten, sondern auch ein (mutmaßlicher) Alterseffekt. Ältere Personen leben häufiger allein, sind häufiger verwitwet, seltener verheiratet und seltener in Partnerschaften. Auch dieser Alterseffekt wurde bundesweit und für NRW bereits in anderen Studien berichtet (Kemptner & Marcus, 2020; MAGS, 2020). Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass Heimbewohner:innen signifikant häufiger verwitwet und seltener verpartnert sind. Dies kann zum einen daran liegen, dass

der/die Partner:in häufig Pflegeleistungen übernimmt (Tesch-Römer, 2010). Bei verwitweten Personen gibt es diese Möglichkeit nicht mehr. Fehlen hier auch alternative Angehörige, die sich um die Pflege kümmern können oder wollen, so ist ein Übergang ins Heim wahrscheinlicher. Zum anderen kann eine Verwitwung mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergehen. Dabei kann sowohl die körperliche als auch die seelische Gesundheit betroffen sein. Zusätzlich steigt auch das Sterberisiko an (Stroebe et al., 2007).

Die Kinderlosigkeit bei den Hochaltrigen in NRW von ca. zwölf Prozent entspricht nahezu den Zahlen, die bundesweit berichtet werden (bpb, 2020; Pöttsch, 2021; für die Gruppe der Frauen). Ein mutmaßlicher Kohorteneffekt, wie er bundesweit berichtet wird, lässt sich in unseren Daten nicht feststellen, ebenso wenig ein Geschlechterunterschied (ebd.). Bezüglich der Anzahl von Enkelkindern sind vergleichbare Daten eher rar. Die Daten dieses Kapitels können beispielsweise mit bundesweiten Daten des Deutschen Alterssurvey (DEAS) verglichen werden (Mahne & Huxhold, 2017). Hierbei zeigt sich für 2014 eine Quote von 80,0% der 78- bis 83-Jährigen, die Enkelkinder hat. Diese Quote ist mit der aus den NRW80+ Daten vergleichbar (ca. 76 %). Interessanterweise ließ sich hierbei kein Altersgruppeneffekt beobachten. Dies liegt vermutlich daran, dass die Geburt eines oder mehrerer Enkelkinder, zu einem Zeitpunkt im früheren Lebensalter geschieht. In Deutschland sind Frauen im Durchschnitt 56 Jahre alt bei der Geburt ihres ersten Enkelkindes. Männer sind im Schnitt drei bis vier Jahre älter (Bucher, 2019). In den DEAS Daten lässt sich dies ebenfalls beobachten. So verändert sich die „Enkelkinderquote“ ab der Altersgruppe der 66- bis 71-Jährigen kaum noch (Mahne & Huxhold, 2017). Ein anderes Bild ergibt sich bei den NRW80+ Daten zu Urenkelkindern. Hier sind Altersgruppen- und Geschlechterunterschiede zu beobachten. Die untersuchten Hochaltrigen scheinen in einer Lebensphase zu sein, in der viele Geburten von Urenkelkindern erfolgen. So sind insgesamt in der zweiten Erhebung nur knapp 27 % der Befragten Urgroßeltern. Dieser Anteil steigt jedoch mit steigender Altersgruppe signifikant an. Auch bei der Betrachtung im Panel kam bei knapp 16 % der Befragten ein Urenkelkind hinzu. Daneben zeigen sich bezüglich des Kontakts zu Enkel- und Urenkelkinder Unterschiede. Der Kontakt mit Enkelkindern erfolgt regelmäßiger als der mit Urenkelkindern. Ein möglicher Grund könnte das Alter der Urenkelkinder sein, die in manchen Fällen eventuell noch zu klein für Telefonate o.ä. sind. Ältere Hochaltrige haben signifikant seltener Kontakt zu ihren Enkelkindern. Gründe könnten hierbei fehlende Kenntnisse oder der fehlende Besitz von Computern, Handys/Smartphones etc. sein, welche mehr Kontaktmöglichkeiten zu Enkelkindern bieten.

Die Analysen der Netzwerkgröße der Hochaltrigen zeigen in der Gesamtgruppe der Hochaltrigen keine Geschlechter- und Altersgruppenunterschiede. Die Mehrheit der Hochaltrigen hat ein kleines Netzwerk mit zwei bis vier Personen oder ein großes Netzwerk, das neun oder mehr Personen umfasst. Der Vergleich des sozialen Netzwerks und der sozialen Beziehungen von Heimbewohner:innen mit privat wohnenden Hochaltrigen zeigt Unterschiede. Heimbewohner:innen haben im Schnitt ein kleines Netzwerk, hingegen haben privat wohnende Hochaltrige im Schnitt ein mittelgroßes Netzwerk. Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, dass der Umzug in ein Heim oftmals mit dem Verlust von sozialen Beziehungen einhergeht (Iecovich, 2014). Zudem sind gesundheitliche Einschränkungen, die besonders bei Heimbewohner:innen häufiger vorkommen, mit der Abnahme der Netzwerkgröße verbunden (Aartsen et al., 2004; Houtjes et al., 2014).

Darüber hinaus bestätigen die Daten aus NRW80+ die Annahme der hohen Wichtigkeit von familialen Beziehungen im sozialen Netzwerk. Kinder, Partner:innen und Enkelkinder waren die meistgenannten wichtigsten Kontaktpersonen, zu denen auch der meiste Kontakt bestand und die höchste Verbundenheit berichtet wurde. Hierbei unterscheiden sich Männer, die eher ihre:n Partner:in als wichtigste Kontaktperson angeben, zu Frauen, die eher ihr Kind als wichtigste Kontaktperson nannten. Bei beiden Nennungen (Kinder und Partner:in) gab es zudem auch Unterschiede in den Altersgruppen. Die erste Nennung des/der Partners/in nahm mit höherer Alterskategorie ab und die Angabe von Kindern nahm zu. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass Partner:innen im hohen Alter mit einer höheren Wahrscheinlichkeit

verstorben sein könnten. Laut der These der hierarchischen Kompensation (Cantor, 1979) wird bei Versterben bzw. Wegfall der wichtigsten Bezugsperson (hier Partner:in) die nächstwichtigste Person (hier Kind) zur wichtigsten Bezugsperson. Des Weiteren liegt es nahe, dass Kinder ihre Eltern im hohen Alter häufiger pflegen bzw. unterstützen und somit die Beziehung enger wird.

Abschließend wurde in diesem Kapitel gezeigt, dass eine Vereinsmitgliedschaft, das Maß an Vertrauen in die Nachbarschaft und die Anzahl an Enkelkindern einen positiven Effekt auf die Netzwerkgröße haben. Vereine sind somit wie vermutet im hohen Alter ein Ort, an dem neben familialen Netzwerken sozialer Kontakt stattfindet und aus dem sich soziale Netzwerke generieren. Dies ist ein Aspekt sozialer Netzwerke und Beziehungen, der weitergehende Untersuchungen sinnvoll erscheinen lässt. Der positive Effekt des Vertrauens in die Nachbarschaft auf die Netzwerkgröße ist insofern naheliegend, dass ein hohes Vertrauen in die Nachbarschaft mit häufigeren Kontakten in der Nachbarschaft einhergeht. Da ältere Menschen aufgrund von bspw. Mobilitätseinschränkungen einen Großteil ihrer Zeit in der näheren Wohnumgebung verbringen (vgl. Kaspar et al., 2015; Oswald & Konopik, 2015), kommt der Nachbarschaft im Alter eine höhere Bedeutung zu. Der positive Einfluss von Enkelkindern auf die Größe des sozialen Netzwerks könnte einerseits auf den Enkelkindern als Teil dieses Netzwerks beruhen. Aber auch darüber hinaus könnten zusätzliche Vernetzungsmöglichkeiten durch die neue soziale Rolle als Großmutter oder als Großvater eine Erweiterung des sozialen Netzwerks begünstigen.

Die präsentierten Daten aus der zweiten NRW80+ Erhebung bieten einen Einblick in die aktuelle Situation der sozialen Netzwerke und Beziehungen von Hochaltrigen Menschen in NRW. Als eine besonders vulnerable Gruppe, was das soziale Netzwerk und partnerschaftliche Beziehungen betrifft, stellen sich hochaltrige Personen in Pflegeheimen heraus. Diese haben im Durchschnitt ein kleineres soziales Netzwerk, sind häufiger verwitwet und seltener verheiratet. Diese Gruppe sollte bei potenziellen politischen Maßnahmen unbedingt mit bedacht werden. Solche Maßnahmen können z.B. besondere Freizeit- und Vernetzungsangebote für Hochaltrige sein, mittels derer sich Menschen auch im hohen Alter noch begegnen und kennenlernen können. Allerdings müssten Interventionen hier vermutlich in einer früheren Lebensphase ansetzen, da neue soziale Kontakte im hohen Alter unwahrscheinlicher werden (Ellwardt & Hank, 2019). Hierbei kommt es in großen Teilen auf die Gesellschaft und ihr Verhältnis zu älteren Menschen an. Es sollte ein inklusiver Sozialraum geschaffen werden, der Pflegeheime und alte Menschen miteinschließt, Begegnungsräume schafft und Möglichkeiten eröffnet, an Aktivitäten zu partizipieren.

Literaturverzeichnis

- Aartsen, M. J., van Tilburg, T., Smits, C. H. M. & Knipscheer, K. C. P. M. (2004). A Longitudinal Study of the Impact of Physical and Cognitive Decline on the Personal Network in Old Age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 249–266. <https://doi.org/10.1177/0265407504041386>
- Bennett, J. & Riedel, M. (2013). Was beeinflusst die Lebenszufriedenheit im hohen Alter? Repräsentative Studie zur ambulanten Altenpflege und -betreuung in der Deutschschweiz [What influences life satisfaction in old age? Representative study for home health care and custodial support in German-speaking Switzerland]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(1), 21–26. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0457-5>
- bpb. (2020). *Kinderlosigkeit und Kinderzahl*. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61553/kinderlosigkeit-und-kinderzahl/>
- Bucher, A. A. (2019). *Lebensernte: Psychologie der Großelternschaft*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-57988-6>

- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and Friends: An Overlooked Resource in the Informal Support System. *Research on Aging*, 1(4), 434–463.
<https://doi.org/10.1177/016402757914002>
- Ellwardt, L. & Hank, K. (2019). Soziale Netzwerke im Alter. In *Alternforschung* (S. 339–356). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-339>
- Geithner, L. & Wagner, M. (2022). Old-age lifestyles: Patterns of participation in leisure activities and their associations with different forms of capital. *Journal of Aging Studies*, 61, 101022. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101022>
- Hansen, S., Kaspar, R., Wagner, M., Woopen, C. & Zank, S. (2021). The NRW80+ study: conceptual background and study groups. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54, 76–84. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01970-z>
- Houtjes, W., van Meijel, B., van de Ven, P. M., Deeg, D., van Tilburg, T. & Beekman, A. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: a longitudinal study in the community. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(10), 1010–1017. <https://doi.org/10.1002/gps.4091>
- Iecovich, E. (2014). Aging in Place: From Theory to Practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21–32.
- Kaspar, R., Oswald, F., Wahl, H.-W., Voss, E. & Wettstein, M. (2015). Daily mood and out-of-home mobility in older adults: does cognitive impairment matter? *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 34(1), 26–47. <https://doi.org/10.1177/0733464812466290>
- Kaspar, R., Wenner, J. & Tesch-Römer, C. (2022). *Einsamkeit in der Hochaltrigkeit* (D80+ Kurzberichte Nr. 4).
- Kemptner, D. & Marcus, J. (2020). Alleinlebenden älteren Menschen droht in Corona-Zeiten Vereinsamung. *DIW aktuell*(45).
- Klaus, D. & Mahne, K. (2019). Partnerschaft und Familie im Alter. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.), *Alternforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (1. Aufl., S. 357–390). Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-357>
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2015). Sorge um und für andere als zentrales Lebensthema im sehr hohen Alter. In J. Stauder, I. Rapp & J. Eckhard (Hrsg.), *Soziale Bedingungen privater Lebensführung* (S. 325–352). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Lengerer, A. (2015). Partnerschaftliches Zusammenleben im Alter. In J. Stauder, I. Rapp & J. Eckhard (Hrsg.), *Soziale Bedingungen privater Lebensführung* (S. 15–40). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10986-8_2
- MAGS. (2020). *Alt werden in Nordrhein-Westfalen: Bericht zur Lage der Älteren. Altenbericht 2020*. https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/altenbericht_langfassung_bf-2.pdf
- Mahne, K. & Huxhold, O. (2017). Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut? In K. Mahne, C. Tesch-Römer, J. K. Wolff & J. Simonson (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 215–230). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_14
- Oswald, F. & Konopik, N. (2015). Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter [Impact of out-of-home activities, neighborhood and urban-related identity on well-being in old age]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(5), 401–407. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0912-1>
- Petrich, D. (2011). Einsamkeit im Alter: Notwendigkeit und (ungenutzte) Möglichkeiten Sozialer Arbeit mit allein lebenden alten Menschen in unserer Gesellschaft. *Jenaer*

- Schriften zur Sozialwissenschaft*, 4(6). https://www.sw.eah-jena.de/dat/publikationen/Schriftenreihe_6_Einsamkeit_im_Alter.pdf
- Pöttsch, O. (2021). Kinderlosigkeit. In *Datenreport 2021: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (S. 75–79). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; Deutschland; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen* (1. Aufl.). *Kohlhammer-Urban-Taschenbücher: Bd. 758*. Kohlhammer.
<http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-17-018459-6>
- Wagner, M., Rietz, C., Kaspar, R., Janhsen, A., Geithner, L., Neise, M., Kinne-Wall, C., Woopen, C. & Zank, S. (2018). Quality of life of the very old: Survey on quality of life and subjective wellbeing of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(2), 193–199.
<https://doi.org/10.1007/s00391-017-1217-3>
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Mohr.
- Wenner, J., Albrecht, A., Schäfer, N. & Wagner, M. (2022). *Soziale Eingebundenheit* (D80+ Kurzberichte Nr. 5). https://ceres.uni-koeln.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Dokumente/NRW80plus_D80plus/20220302_D80__Kurzbericht-Nummer-5_Soziale-Eingebundenheit_Maerz2022.pdf

3.3 Lebensqualitätsresultate

3.3.1 Veränderung der subjektiven Lebensqualität im sehr hohen Alter

Roman Kaspar, Annika Ernst & Marcella Reissmann

Kernbefunde

- Ältere Menschen in Heimen haben eine geringere subjektive Lebensqualität im Vergleich zu sehr alten Menschen in NRW, die privat wohnen. Auch für Personen, die zu krank waren, um das durchschnittlich 90 Minuten dauernde Interview selbst zu führen, wurden eine deutlich geringere Lebenszufriedenheit und weniger positive Emotionen berichtet.
- Zwischen 2017 und 2019 hat sich die subjektive Lebensqualität der Hochaltrigenbevölkerung in NRW nicht systematisch verändert. Die Coronapandemie hat jedoch auch in der Gruppe hochaltriger Menschen nachweislich zu reduziertem Wohlbefinden geführt.
- Für ältere Gruppen von hochaltrigen Menschen konnten über einen 2-Jahres-Zeitraum deutlichere Verluste an subjektiver Lebensqualität beobachtet werden als für jüngere Hochaltrige.
- Die Lebenszufriedenheit der Hochaltrigen sinkt bei Verlust einer Partnerschaft und einem Ansteigen behandelter Erkrankungen (Multimorbidität). Darüber hinaus gibt es weniger starke Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einer höheren allgemeinen Lebenszufriedenheit und Unterschieden zwischen Personen mit Blick auf die Anzahl von ausgeübten Freizeitaktivitäten und erhaltener Alltagsselbständigkeit.
- Veränderungen in der Alltagsselbständigkeit und in Freizeitaktivitäten sind signifikante Prädiktoren von Veränderungen des Wohlbefindens im hohen Alter. Daneben können Unterschiede im Wohlbefinden auch durch das Geschlecht erklärt werden, das in diesem Alterssegment stark mit bestimmten Lebenslagen (wie z.B. Partnerschaft) verknüpft ist.
- Auch über mehrere Zeitpunkte in der Coronapandemie zeigt sich, dass sich hochaltrige Menschen in ihrem Wohlbefinden überwiegend nicht beeinträchtigt erleben. Werden Veränderungen berichtet, sind diese aber nur in den seltensten Fällen positiv.

3.3.1.1 Einleitung

In diesem Kapitel sollen zwei für die Planung von möglichen Maßnahmen für eine Stabilisierung und Förderung von subjektiver Lebensqualität im hohen Alter grundlegende Fragen beantwortet werden:

1. Wie hat sich die subjektive Lebensqualität der Gesamtgruppe der Hochaltrigen zwischen 2017 und 2019 verändert?
2. Wodurch können die auf individueller Ebene beobachteten Verluste und Gewinne in der subjektiven Lebensqualität erklärt werden und welche Ressourcen scheinen verantwortlich für eine Stabilität von Zufriedenheit und Wohlbefinden im vierten Lebensalter?

Es werden verschiedene Facetten der subjektiv erlebten Lebensqualität sehr alter Menschen in Nordrhein-Westfalen zunächst deskriptiv dargestellt. Dabei wird zwischen einer affektiven Komponente (Emotionen, Subjektives Wohlbefinden, SWB) und einer stärker kognitiv-evaluativen Komponente (allgemeine Lebenszufriedenheit, ALZ) subjektiver Lebensqualität unterschieden. Es wird davon ausgegangen, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit stark auch durch persönliche Bewertungsmaßstäbe, Erwartungen an das hohe Alter und den subjektiven Vergleich mit anderen Menschen bestimmt ist. Dahingehend wurden für das sehr hohe Lebensalter verschiedene Strategien zur mehr oder minder stark bewussten Bewältigung schwieriger Lebenslagen und Verlusterfahrungen beschrieben (Heckhausen et al., 2013). Das

SWB ist dagegen wahrscheinlich stärker durch unmittelbare, wenig kognitiv überformte emotionale Reaktionen auf Lebensereignisse und Erfahrungen bestimmt. In NRW80+ wurde neben den negativ erlebten depressiven Symptomen das positive affektive Wohlbefinden mit einer etablierten Skala erfasst.

Für beide Entwicklungsergebnisse liegen bereits einige, auch längsschnittliche, Befunde aus relevanten (auch deutschen) Altersstudien vor, die in beschränktem Maß auch hochaltrige Menschen miteinschließen. Relevante Indikatoren von SWB sind dabei beispielsweise Depressivität, Stress oder positive und negative Emotionen. Zufriedenheitsurteile wurden in diesen Studien sehr unterschiedlich konkret erfasst, z.B. mit Blick auf eng umrissene Lebensbereiche (z.B. Zufriedenheit mit der Gesundheit), verschiedene Bewertungsperspektiven (z.B. rückblickend: würde ich mein Leben anders führen, wenn ich die Möglichkeit dazu hätte?) oder allgemeiner in Form von „Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt“. Eine aktuelle Studie aus dem Projekt *European Welfare Models and Mental Wellbeing in Final Years of Life (EMMY)* argumentiert, dass es an Untersuchungen mangelt, die *alle* in der Hochaltrigkeit (qualitativ definierten) zentralen Konzeptionen von *mentalem* Wohlbefinden abbilden (Cresswell-Smith et al., 2019). Dem kann NRW80+ mit einer sehr umfassenden Definition von erlebter Lebensqualität begegnen (s. auch nachfolgendes Kapitel zu gelingender Lebensführung).

Im deutschsprachigen Raum stechen vor allem die Arbeiten der Arbeitsgruppe von Denis Gerstorf hervor, die überwiegend mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) Altersverläufe und insbesondere den sog. „Terminal Decline“ im Wohlbefinden sowie moderierende Faktoren (z.B. Ost-West, Versorgungsinfrastruktur N. Vogel et al., 2017; 2018; Persönlichkeit Potter et al., 2020) untersucht hat. Dabei standen v.a. die im SOEP verfügbaren Zufriedenheitsurteile im Fokus. Zum Teil wurden aus den Daten der zweiten Berliner Altersstudie (BASE-II) weitere Wohlbefindensindikatoren vergleichend genutzt (Mantantzis et al., 2020; Potter et al., 2020). Die SOEP-Analysen dieser Gruppe wurden bereits mit anderen internationalen Altersstudien verknüpft und lieferten ähnliche Befunde (Gerstorf et al., 2010). Daneben gibt es mehrere Arbeiten zum Wohlbefindensverlauf von Hochaltrigen aus einer dezidiert auf die Hochaltrigkeit abgestellten Studie aus Heidelberg (ENABLEAge, Lateline), die verschiedene kognitive, affektive und eudaimonische Lebensqualitätsmarker betrachtet. Hierbei wurde eine kleine (N=124) und lokale (alleinlebende Personen im Raum Mannheim/Heidelberg) Stichprobe von Hochaltrigen ab 87 Jahren zu Studienbeginn über 4 Jahre hinweg insgesamt siebenmal befragt. Hieraus entstanden in der Arbeitsgruppe von Hans-Werner Wahl mehrere Arbeiten zu Wohlbefindensverläufen in Abhängigkeit vom Todeszeitpunkt (Schilling et al., 2013; Wettstein et al., 2015). Beide Autoren arbeiteten in der Folge auch mit anderen Datensätzen zu ähnlichen Fragestellungen (Wettstein et al., 2020 mit DEAS-Daten, Schilling et al., 2018; N. Vogel et al., 2013 mit Daten der Longitudinal Amsterdam Study on Aging LASA).

Befunde aus Vergleichen über Altersgruppen hinweg

In Querschnittsstudien wurde häufiger ein U-förmiger „Verlauf“ subjektiver Lebensqualität über Altersgruppen hinweg beobachtet: Abnahme ab frühem Erwachsenenalter, geringstes Niveau um 45–55 Jahre, anschließend wieder höhere Niveaus (siehe für eine kritische Übersicht Blanchflower & Graham, 2021). In Längsschnittstudien mit Alter als Veränderungsvariable (statt Kohorte) finden sich dagegen i.d.R. flachere Verläufe. Für Gruppen unterschiedlichen Alters innerhalb der Hochaltrigkeit (80-84 Jahre, 85-89 Jahre, 90 Jahre und älter) in NRW können aus bisherigen Befunden nur sehr eingeschränkt konkrete Erwartungen zu Unterschieden in der subjektiven Lebensqualität abgeleitet werden. Beispielsweise differenzieren die NRW-Sonderauswertungen aus dem Deutschen Alterssurvey für den Altenbericht NRW 2016 nicht über das 85. Lebensjahr hinaus, da sie auf den Querschnittserhebungen des DEAS beruhen (MGPEA, 2016, S. 120). Woopen et al. (2018) beschrieben für die Querschnittsdaten aus NRW80+ einen größeren Anteil von Befragten mit geringerer Lebenszufriedenheit insbesondere bei den ältesten Befragten (90+ Jahre).

Befunde zur längsschnittlichen Entwicklung

Die Lebenszufriedenheit nimmt im höheren Alter etwas ab (Wettstein & Spuling, 2019, DEAS). Der Rückgang der Lebenszufriedenheit im höheren Alter ist dabei für Frauen etwas stärker ausgeprägt als bei Männern. Später geborene Kohorten zeigen einen geringeren Verlust von Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter als ältere Kohorten. Positive Aspekte der erlebten Lebensqualität (Positiver Affekt, Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit Alter) nahmen über das sehr hohe Alter ab, negative Aspekte erlebter Lebensqualität dagegen blieben stabil (Smith, 2001, BASE-I). Modelle, die das achte Lebensjahrzehnt (70+) als stabil und das neunte Lebensjahrzehnt (80+) mit deutlichen Verlusten für Alterszufriedenheit und positiven Affekt verbunden annahmen, passten gut auf die BASE-Daten und führten in der Folge zur Unterscheidung von einem relativ ressourcenreichen „dritten“ und einem eher ressourcenarmen „vierten Lebensalter“ (Baltes & Smith, 2003). Potter et al. (2020) berichten über einen größeren Altersbereich (65+) für Daten von BASE-II und SOEP eine geringe Abnahme negativer Indikatoren erlebter Lebensqualität, Stabilität mit Blick auf Glück (happiness) und psychologischer Moral, sowie eine sehr geringe Abnahme der Lebenszufriedenheit. Spezifische Befunde für die Teilgruppe ab 80 Jahren wurden jedoch nicht berichtet. Die Längsschnittanalysen aus dem SOEP weisen eine hohe Stabilität von Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit) bis ins hohe Alter nach (nur leichter Rückgang mit chronologischem Alter, im sehr hohen Alter jedoch stärkerer Rückgang).

Im Vergleich zu einer am chronologischen Lebensalter orientierten Betrachtung von Verläufen in der erlebten Lebensqualität erscheint eine Perspektive, welche die Zeit bis zum Tod (time-to-death) betrachtet, erklärungskräftiger. Hier wurde recht konsistent ein deutlicher Abfall der erlebten Lebensqualität (Terminal decline) gefunden, der wenige Jahre vor dem Tod einsetzt (Delius et al., 2015; Gerstorff et al., 2016; Gerstorff et al., 2018; Gerstorff & Ram, 2015; Gerstorff, Ram, Estabrook et al., 2008; Gerstorff, Ram, Röcke et al., 2008). Es gibt zumindest schwache Hinweise darauf, dass die pflegerische Versorgungsstruktur den Terminal decline in Subgruppen (Männer) beeinflussen können (N. Vogel et al., 2018). Eine Studie wie NRW80+, die systematisch auch Menschen in Heimen einbezieht, könnte hier weitergehende Klarheit bringen. Ein Terminal decline (3-4 Jahre vor dem Tod) setzt bei Menschen in Ostdeutschland ca. 5 Monate später ein als bei Westdeutschen (N. Vogel et al., 2017). Da der Beginn eines Terminal Decline nach Gerstorff et al. (2010) zwischen 3 und 5 Jahre vor dem Tod liegt (SOEP 4.27; BHPS 4.85; HRS 2.92), wäre es erst mit einer 3. Welle NRW80+ (Beobachtungszeitraum 4 Jahre) erwartbar, den Beginn terminaler Prozesse empirisch hinreichend zuverlässig nachvollziehen zu können.

Hinweise auf mit dem Todeszeitpunkt assoziierte Wohlbefindensverläufe mit Blick auf eher affektive Wohlbefindenskomponenten gibt es auch aus der spezifischeren Hochaltrigenstudie LateLine. Schilling et al. (2013) fanden eine komplexe todesbezogene Dynamik von Negativem Affekt dergestalt, dass negativer Affekt in den letzten 7 Lebensjahren zunimmt, um dann im letzten Lebensjahr deutlich abzufallen (i.S. eines terminal drops/“calm downs“). Aus dieser Studie kommt auch eine sehr breit aufgestellte Analyse zu Entwicklungsverläufen in einer Vielzahl verschiedener Facetten der erlebten Lebensqualität (Wettstein et al., 2015). Wettstein und Kollegen fanden insbesondere ungünstige Altersverläufe in positivem Affekt, Umweltkontrolle, Lebenszweck und Depressivität. Dem stehen eher positive Verläufe mit Blick auf Einstellung gegenüber dem Tod, Todesangst und (marginal signifikant) Lebenszufriedenheit gegenüber. Negativer Affekt, Autonomie, Selbstakzeptanz und Krankheitsbefürchtungen waren dagegen längsschnittlich stabil. Die Generalisierbarkeit dieser Befunde ist wegen der Stichprobenselektivität (lokale Stichprobe, Alleinlebende, langjährige Teilnahme am Forschungsprogramm) allerdings eingeschränkt.

Aus Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) wurden Entwicklungsverläufe für verschiedene Geburtskohorten und Wohlbefindensindikatoren von Bussière et al. (2021) veröffentlicht. Danach entwickelte sich die Lebenszufriedenheit in der

ältesten Kohorte (*1920er) über die Messzeitpunkte hinweg positiv. Für positiven Affekt wurde in dieser Gruppe ein negativer Verlauf, für negativen Effekt dagegen ein umgekehrt u-förmiger Verlauf geschätzt. Die mit dem CASP-19 eingeschätzten eudaimonischen Wohlbefindensaspekte nahmen dagegen in der ältesten Altersgruppe über die betrachteten 7 Jahre hinweg am deutlichsten ab (s. auch für die Gesamtgruppe den von Nimrod und Shrira (2016) berichteten negativen Entwicklungstrend). Verschiedene SWB-Verläufe wurden unterschiedlich stark durch gesundheitliche Beeinträchtigungen moderiert, insgesamt sprechen die Befunde aber gegen die Annahme, dass sich sehr alte Menschen an ihre reduzierte Gesundheit hedonisch anpassen. Bourassa et al. (2015) berichten für das eudaimonische Wohlbefinden einen positiven Verlauf über die Zeit hinweg, wenn die Stichprobe auf Personen in intakt bleibenden Partnerschaften/Ehen beschränkt bleibt.

Zusammenfassend sind die meisten Studien in ihrer Operationalisierung von erlebter Lebensqualität eingeschränkt (SOEP: LZ) oder sind durch Verzicht auf die Heimbevölkerung (SOEP, DEAS) oder eine bewusste Altersbeschränkung beim Sampling (DEAS; bis 85 Jahre) im Bereich der Hochaltrigkeit eher selektiv. Auch die Erhebungsmodi erscheinen in manchen Studien nicht optimal auf die Erfordernisse dieser Altersgruppe angepasst (v.a. schriftliche Erfassung in DEAS und BASE-II). Spezifischere Hochaltrigenstudien sind eingeschränkt generalisierbar (LateLine) oder berichten keine Befunde zur Veränderung der erlebten LQ (Hundertjährigenstudien).

Prädiktoren des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit im hohen Alter

Das affektive Wohlbefinden stellt einen vergleichsweise wenig kognitiv überformten Marker der Lebensqualität dar. Es ist über verschiedene Situationen hinweg variabel und signalisiert beispielsweise Erfolge in Richtung Zielerreichung oder aber ungünstig verlaufende Austauschprozesse der Person mit ihrer Umwelt (z.B. Langeweile bei zu geringer Umwelanforderung, Stress bei Überforderung durch Ansprüche an das eigene Handeln). Für negative Emotionen wurden im Sinne der Dual-Channel-Hypothese von Lawton et al. (1999) auch Determinanten innerhalb der Person (vor allem Neurotizismus) diskutiert, während das Erleben von positiven Emotionen deutlich stärker von externen Faktoren (wie z.B. sozialen Austauschprozessen, Verwirklichungsmöglichkeiten) bestimmt ist. Gerade im sehr hohen Alter können sich Möglichkeitsräume für positive Alltagserfahrungen durch einen Verlust an Gesundheit und Mobilität oder sozialen Interaktionspartner:innen gegebenenfalls auch über einen kurzen Zeitraum hinweg stark verändern. Beispiele hierfür wären der Verlust eines Lebenspartners oder einer Lebenspartnerin, der Umzug in ein Heim, die Aufgabe von Freizeitaktivitäten, der Verlust von kognitiven Kapazitäten, die Kumulation von behandelten Erkrankungen im hohen Alter oder der Verlust von Alltagsselbständigkeit.

3.3.1.2 Ziel

Die folgenden aus dem bisherigen Forschungsstand abgeleiteten Erwartungen sollen mit den in NRW80+ erarbeiteten Trend- und Längsschnittdaten überprüft werden:

- Im Trend zwischen den Erhebungswellen 2017 und 2019 erwarten wir einen leichten Anstieg der subjektiven Lebenszufriedenheit im Sinne des Trends zu besserer Gesundheit und mehr Teilhabemöglichkeiten von nachwachsenden Kohorten sehr alter Menschen. Dieser Unterschied sollte sich in der Gruppe der 80- und 81-Jährigen, d.h. den neu in die Hochaltrigkeit hineinwachsenden Personen, am deutlichsten zeigen.
- Zu jedem Messzeitpunkt erwarten wir über die innerhalb der Hochaltrigkeit betrachteten Altersgruppen hinweg jeweils einen Rückgang der subjektiven Lebensqualität bei den Ältesten, der auf einen möglichen substanziellen Verlust von (sozialen) Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten vor dem Tode hinweisen könnte.
- Im Längsschnitt erwarten wir einen Rückgang des affektiven Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit über den betrachteten 2-Jahres-Zeitraum. Diese LQ-Verluste sollten

neben dem Lebensalter v.a. durch Veränderungen der gesundheitlichen Situation, aber auch durch Verluste im sozialen Netzwerk erklärt werden können.

3.3.1.3 Methodik

Die Studie NRW80+ ist eine landesweite repräsentative Längsschnittbefragung von hochaltrigen Menschen in Privathaushalten und Heimen in Nordrhein-Westfalen, welche versucht, wichtige Erkenntnislücken in der Hochaltrigkeitsforschung zu schließen. Mit der erneuten Kontaktierung der Teilnehmer:innen der ersten Erhebungsphase erschließen sich für NRW80+ als längsschnittliche Panelstudie mit einer Auffrischungstichprobe neue Möglichkeiten der Analysen. So können nun Entwicklungstrends und intraindividuelle Veränderungen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten untersucht werden.

Die NRW80+ Studie besteht aus zwei Wellen. In der ersten Welle wurden zwischen 2017 und 2018 1863 Personen persönlich befragt (CAPI), in der zweiten Welle wurden zwischen 2019 und 2021 912 Personen aus der ersten Welle erneut befragt. Zusätzlich kamen 950 Aufstocker:innen hinzu, von denen 219 Personen, aufgrund der pandemischen Lage, per Fragebogen befragt wurden (FB). Die erste Welle ist anderweitig genauer beschrieben (vgl. Wagner et al. 2018; Hansen et al. 2021). Durch eine Gewichtung der Daten wurde auf das Erhebungs-Design in beiden Wellen, sowie die nicht-Teilnahme und Panelausfall in der zweiten Welle kontrolliert, wodurch mögliche Selektivität im Panel abgeschwächt wird und repräsentative Aussagen für die Bevölkerungsgruppe der über-80-Jährigen in NRW möglich sind. Detailliertere Informationen zur methodischen Anlage der Studie, zu zentralen Untersuchungsgruppen und zu Auswertungsmöglichkeiten finden sich in Kapitel 2 dieses Berichtes.

Für die Analyse dieser Fragestellungen wurden die Inhalte wie folgt operationalisiert:

Die **allgemeine Lebenszufriedenheit** als kognitiver Marker erlebter Lebensqualität wurde vergleichbar mit anderen großen sozialwissenschaftlichen Surveys (z.B. Sozioökonomisches Panel SOEP) mit der Frage „Alles in allem, wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrem Leben?“ erhoben und konnte auf einer 11-stufigen Skala mit den Polen 0=„ganz und gar unzufrieden“ bis 10=„ganz und gar zufrieden“ beantwortet werden.

Das **affektive Wohlbefinden** wurde anhand der positiven Subskala der Kurzskala des Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Kercher, 1992) erhoben. Dabei wurde nach der Häufigkeit gefragt, mit der in den vergangenen 12 Monaten die positiven Gefühlszustände „begeistert“, „aufmerksam“, „freudig erregt, erwartungsvoll“, „angeregt“ und „entschlossen“ erlebt wurden.

Die Operationalisierung dieser beiden Aspekte der subjektiven Lebensqualität wurde unverändert nach Welle 2 übernommen, so dass prinzipiell gültige Vergleiche zwischen den Zeitpunkten möglich sind. Der beobachtete Gesamtscore des positiven Affekts erlaubt mit einer hohen Reliabilität (Cronbach's $\alpha = 0,89$) zu beiden Messzeitpunkten eine zuverlässige Erhebung des allgemeinen Gefühlszustandes. Darüber hinaus wurde in weitergehenden psychometrischen Analysen gezeigt, dass die Messung des hinter den beobachteten Items stehenden latenten Skalenscores mit Blick auf die Messstruktur und Antwortskalen über beide Messzeitpunkte hinweg vergleichbar ist (Messinvarianz), d.h. valide Aussagen zu intraindividuellen Merkmalsveränderungen über die Zeit möglich sind.

Der längsschnittlichen Anlage des Hochaltrigenpanels entsprechend, erfolgen deskriptive Analysen möglicher Veränderungen von subjektiver Lebensqualität vorrangig mit Blick auf Zeitpunkte und Altersgruppen. Unterschiede mit Blick auf Geschlecht und Wohnform (Heim vs. Privat) der Befragten werden als weitere für die Gesamtstudie bedeutsame Differenzierungsmerkmale jedoch in den Tabellen mitberichtet.

Für die **Trendanalysen** werden alle zum jeweiligen Zeitpunkt befragten Personen mit der für den jeweiligen Zeitpunkt angemessenen Gewichtung ausgewertet, um optimal auf die Verhältnisse in der hochaltrigen Gesamtbevölkerung zu diesen Zeitpunkten schließen zu können. Teilgruppen der Erhebung in Welle 2, insbesondere Zweitbefragte (Panelisten) und Erstbefragte (Aufstocker), oder vor und während Corona befragte Aufstockungsteilnehmer werden dargestellt, um die Ergebnisse des Trendtests besser interpretieren zu können.

Für die längsschnittlichen **Veränderungsanalysen auf Individualniveau** (intraindividuelle Entwicklung der subjektiven Lebensqualität) werden dagegen nur diejenigen 840 Teilnehmer:innen eingeschlossen, die sowohl zur ersten als auch zur zweiten Welle eine Selbstauskunft zu ihrer Zufriedenheit und Gefühlslage geben konnten. Gründe hierfür sind einerseits die stark subjektiv bestimmten Zielmerkmale und andererseits das komplexe Muster von zu verschiedenen Zeitpunkten stellvertretend Auskunft gebenden Personen in Proxyinterviews.

Zur **Vorhersage** der intraindividuellen Veränderung der subjektiven Lebensqualität werden neben Alter und Geschlecht im Bereich Gesundheit die Veränderung der körperlichen Gesundheit (Multimorbidität: Anzahl ärztlich behandelter Erkrankungen), der kognitiven Leistungsfähigkeit (festgestellt mit einem objektiven Screeningtest) und der Selbständigkeit in sieben Tätigkeiten des täglichen Lebens (IADL, z.B. Finanzen regeln, Medikamenteneinnahme organisieren) betrachtet. Im Bereich sozialer Ressourcen werden Veränderungen des Familienstandes (Partnerschaft), der Wohnform (Alleinlebend inkl. Heim vs. Mehr-Personen-Haushalt) und der Freizeitaktivitäten (bis zu 17 regelmäßig ausgeübte Aktivitäten) verwendet. Aussagen bezüglich einer anzunehmenden Kausalität werden dabei durch statistische Verfahren abgesichert, die potenziell konfundierende Variablen und eine mögliche entgegengesetzte Wirkrichtung mitberücksichtigen (sog. Semi-cross-lagged fixed effects models, Allison et al., 2017). Möglichen Alternativerklärungen kann somit bestmöglich begegnet werden und Hinweise auf Interventionsmöglichkeiten sind besonders robust bzw. zuverlässig.

3.3.1.4 Ergebnisse

Tabelle 1 gibt eine deskriptive Übersicht zur mittleren Lebenszufriedenheit und zum durchschnittlichen positiven Affekt nach Erhebungswellen und Studiengruppen. Bei der Studienanlage wurde darauf geachtet, dass auch in nach Geschlecht und Alter differenzierten Subpopulationen zuverlässige Aussagen zur Lebensqualität möglich sind. Daneben wurde auch nach Wohnform und Art des Interviews (Selbst- vs. Proxyauskunft) unterschieden, da diese Merkmale zwar nicht Bestandteil des Studienplans, aber für eine möglichst umfassende Repräsentation besonders der kränkeren, sehr alten Menschen von großer Bedeutung sind. Die subjektive Lebensqualität hochaltriger Frauen scheint etwas geringer zu sein als die von hochaltrigen Männern. Jedoch können diese in der Gesamtgruppe oder in Teilpopulationen beobachteten geringen Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit oder dem Wohlbefinden weder zu Welle 1 noch zu Welle 2 auch als statistisch überzufällig gelten. Personen in Heimen haben dagegen im Vergleich zu sehr alten Menschen in Privathaushalten zu beiden Messzeitpunkten eine konsistent geringere subjektive Lebensqualität. Deutlich fallen auch die Diskrepanzen in der subjektiven Lebensqualität aus, wenn man Selbstauskünfte mit Proxyauskünften vergleicht. Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden werden in Proxyinterviews deutlich geringer eingeschätzt. Es bleibt offen, ob Fremdauskünfte in jedem Fall auch gut mit den Selbstauskünften hochaltriger Menschen vergleichbar sind. Einerseits handelt es sich um subjektive Erlebensinhalte, andererseits waren die Auskunftspersonen (Ehepartner:innen, Kinder) in der Regel sehr eng mit den hochaltrigen Zielpersonen vertraut.

Tabelle 1. Deskriptiver Überblick der durchschnittlichen subjektiven Lebensqualität im NRW80+ Hochaltrigenpanel nach Studiengruppen.

Mittelwert	Welle 1 (N=1.863)						Welle 2 (N=1.862)					
	Gesamt	Männer	Frauen	80-84	85-89	90+	Gesamt	Männer	Frauen	80-84	85-89	90+
Allgemeine Lebenszufriedenheit (0-10)												
Gesamt	7,8	7,9	7,7	8,0	7,7	7,3	7,7	7,8	7,6	7,8	7,6	7,4
Privathaushalt	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	7,7	7,8	7,8	7,8	7,9	7,7	7,5
Heim	6,7	6,6	6,7	7,1	6,4	6,6	6,9	7,6	6,7	7,0	6,6	7,1
Selbstauskunft ¹	8,0	8,0	8,0	8,1	7,9	7,7	7,9	8,0	7,8	7,9	7,8	7,7
Stellvertreter:innen	5,7	5,8	5,7	5,8	5,6	5,8	5,2	4,9	5,3	4,9	4,9	5,8
Affektives Wohlbefinden (PANAS, 1-5)												
Gesamt	3,3	3,3	3,3	3,4	3,2	3,1	3,2	3,3	3,2	3,3	3,1	3,1
Privathaushalt	3,3	3,3	3,3	3,4	3,2	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2	3,1
Heim	2,9	2,8	2,9	3,1	2,9	2,7	2,8	2,8	2,8	3,0	2,7	2,9
Selbstauskunft ¹	3,3	3,3	3,3	3,4	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,2	3,2
Stellvertreter:innen	2,6	2,5	2,6	2,6	2,5	2,6	2,4	2,5	2,3	2,3	2,3	2,4

Anmerkungen. Querschnittsgewichtete Daten. ¹In Welle 2 wurden für diesen Vergleich Selbstauskunfts-Interviews und Fragebögen zusammengefasst.

Trendanalysen für die Wellen des Hochaltrigenpanels

Fragen zu möglichen Veränderungen im Niveau der subjektiven LQ in der Bevölkerungsgruppe hochaltriger Menschen in NRW zwischen 2017 und 2019 können mithilfe von Trendanalysen der beiden Erhebungswellen NRW80+ beantwortet werden. Für die zweite Befragungswelle 2019/2020 wurde neben den Zweitbefragungen der Welle 1-Teilnehmer auch Erstinterviews mit Personen aus einer Aufstockungsstichprobe geführt, um auch in Welle 2 möglichst alle hochaltrigen Menschen in NRW repräsentativ abbilden zu können.

Die für beide Messzeitpunkte in der Gesamtgruppe und den in der Hochaltrigkeit differenzierten Altersgruppen geschätzte mittlere allgemeine Lebenszufriedenheit und der mittlere positive Affekt sind in Abbildung 1 dargestellt.

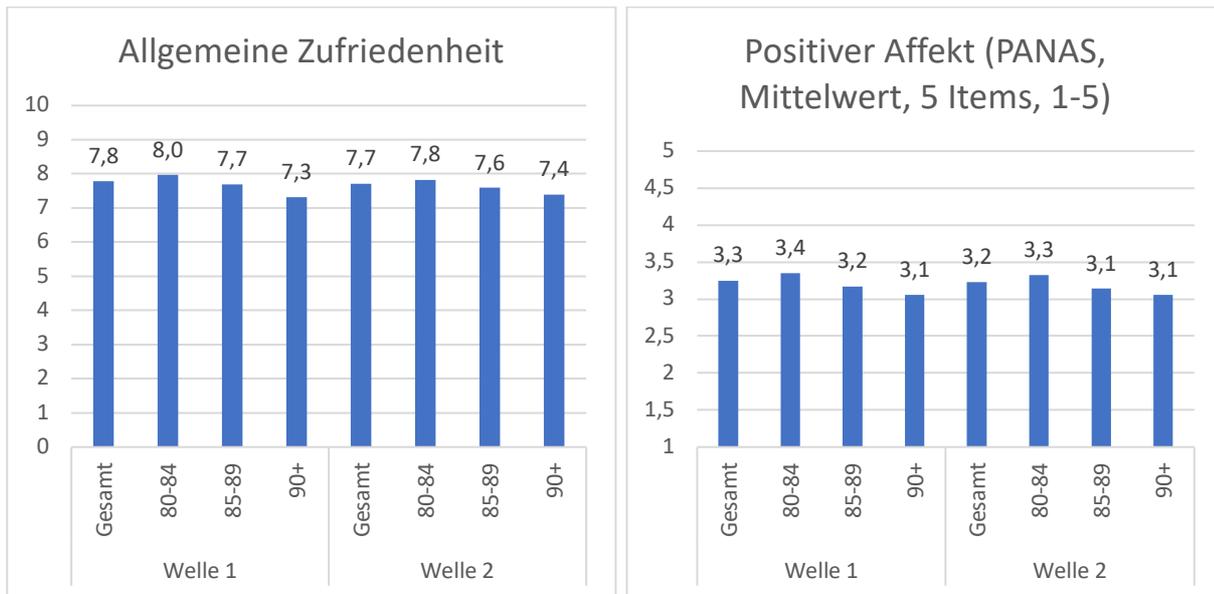


Abbildung 1. Mittlere allgemeine Lebenszufriedenheit und affektives Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW zu Welle 1 (2017, N=1.863) und Welle 2 (2019, N=1.862).

Danach lassen sich sowohl für die erste als auch die zweite Welle Altersunterschiede im Niveau der allgemeinen Lebenszufriedenheit und im affektiven Wohlbefinden zuungunsten der älteren Teilnehmer:innen beobachten. Statistisch signifikant sind dabei jedoch jeweils nur die Vergleiche der Ältesten (90+) versus die Jüngsten (80-84) Personen. Die Hypothese eines historischen Trends hin zu besserer subjektiven Lebensqualität findet in den Daten bei einem Abstand von 2 Jahren keine Bestätigung; im Gegenteil erscheint das Ausmaß erlebter positiver Gefühle auch in 2019/2020 fast identisch zu sein wie noch in 2017/2018 und die Gesamtzufriedenheit weist zu Welle 2 sogar geringfügig niedrigere Werte auf als zu Welle 1. Mögliche Gründe hierfür sind einmal der geringe zeitliche Abstand und damit ein nur kleiner Anteil von neu in die Hochaltrigkeit hineinwachsenden Personen, die voraussichtlich negative intraindividuelle Veränderung der subjektiven LQ bei wiederholt befragten Personen und gegebenenfalls eine eingetrübte LQ derjenigen Personen der Aufstockungsstichprobe, die zur Zeit ihrer Teilnahme bereits Auswirkungen der Coronapandemie berichten. Hinweise auf die Bedeutung des letzten Punktes zeigen sich in einer nach Erhebungszeitpunkt differenzierten Darstellung der Welle-2-Ergebnisse (Abbildung 2). Diejenigen Teilnehmer:innen der Aufstockungsstichprobe, die während der Coronapandemie befragt wurden, weisen eine geringere Lebenszufriedenheit auf als vor der Coronapandemie befragte Personen. Da diese Gruppe mit nur etwas mehr als 200 Personen vergleichsweise klein ist, ist hier auch die Unsicherheit bezüglich zufälliger Abweichungen größer und der beobachtete Unterschied kann statistisch nicht auf dem 5 % Niveau abgesichert werden. Ein mit Blick auf Mittelwertsunterschiede und statistische Tests vergleichbares Bild zeigt sich auch für das Ausmaß berichteter positiver Gefühle (ohne Abbildung).

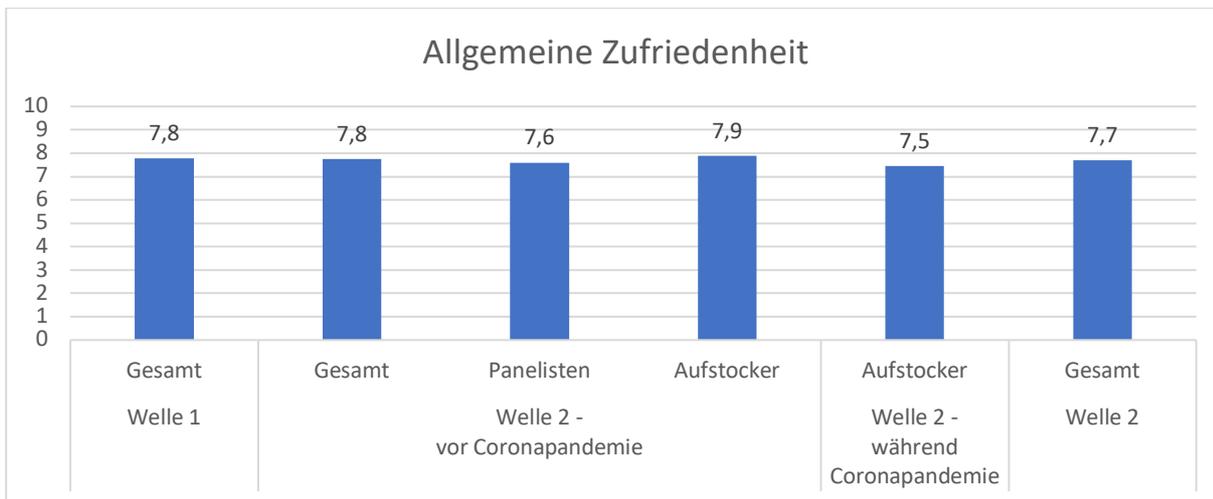


Abbildung 2. Mittlere allgemeine Lebenszufriedenheit hochaltriger Menschen in NRW vor und während der Coronapandemie. Welle 1: N=1.863, Welle 2: N=1.862.

Ein besonderes Augenmerk kann auch auf mögliche Veränderungen in der subjektiven Lebensqualität von „nachwachsenden“ Kohorten von hochaltrigen Menschen in NRW gelegt werden. Zwischen Welle 1 und Welle 2 sind die Teilnehmer:innen der NRW80+ Studie im Mittel um 1,8 Jahre gealtert. Um diese Alterung „auszugleichen“ und auch zur Welle 2 zuverlässige Aussagen über den gesamten Altersbereich 80+ machen zu können, wurden die Altersjahrgänge 80 und 81 Jahre in der Aufstockungsstichprobe von Welle 2 entsprechend übersteuert. Damit ergibt sich die Möglichkeit, zumindest explorativ zu untersuchen, wie sich die subjektive Lebensqualität von 2017 und 2019 neu in die Hochaltrigkeit „eintretenden“ Personen in NRW im Vergleich darstellen. Die Lebenszufriedenheit der 80-81-Jährigen in 2017 war mit 8,2 Punkten leicht, aber nicht signifikant höher als die Lebenszufriedenheit gleichaltriger Personen in 2019/2020 (7,9 Punkte, ohne Abbildung). Auch das affektive Wohlbefinden war 2017 in dieser engen Altersgruppe nur geringfügig und nicht signifikant höher als bei Personen derselben Altersgruppe zwei Jahre später (3,4 vs. 3,3 Punkte). Ungefähr ein Viertel aller Personen im Alter von 80-81 Jahren zu Welle 2 wurden während der Coronapandemie befragt; auch hier besteht also die Möglichkeit, dass positive Kohorteneffekte (höhere LQ nachfolgender Kohorten) durch die ungünstigeren Lebensumstände während der Coronapandemie „maskiert“ werden. Trotz der relativ kleinen Gruppe von 80-81-Jährigen zeigt sich ein signifikant geringeres Wohlbefindensniveau „junger“ Hochaltriger während der Pandemie im Vergleich zu vor der Pandemie befragten Personen (s. Abbildung 3).

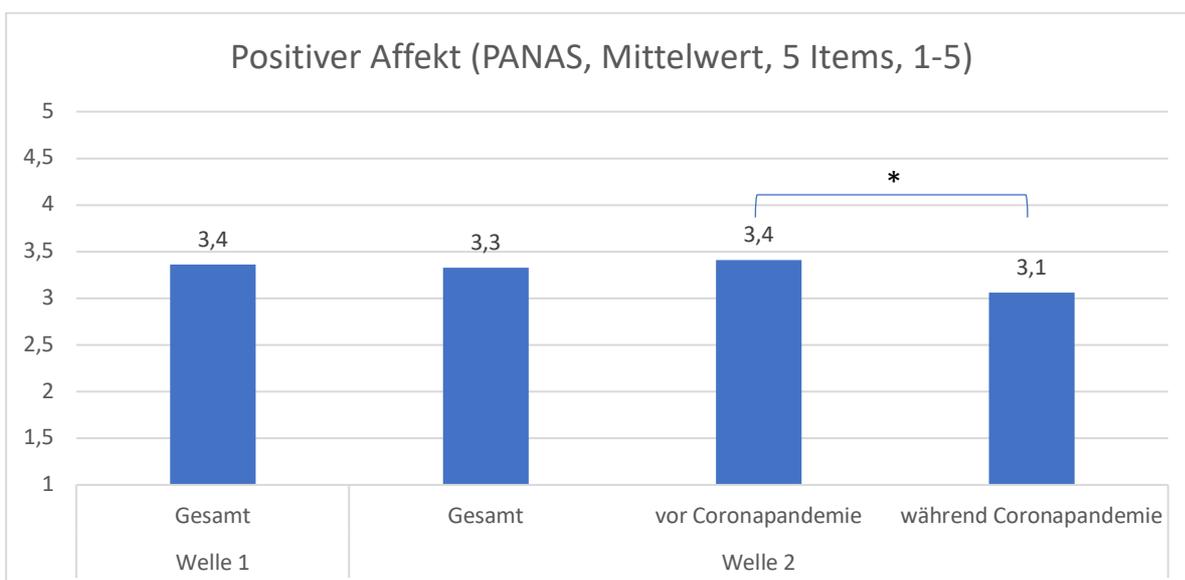


Abbildung 3. Mittleres affektives Wohlbefinden von Menschen in NRW vor und während der Coronapandemie.

Ein weiterer Hinweis darauf, dass Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität über den betrachteten Zeitraum weniger durch den Wandel der Gruppe von Hochaltrigen (Kohorteneffekt), sondern vor allem durch das aktuelle Ereignis der Coronapandemie (Periodeneffekt) bestimmt sind, zeigen auch die subjektiven Einschätzungen zu Veränderungen in der eigenen Lebenssituation durch die 219 während Corona befragten Hochaltrigen selbst. Nur 30,6 % aller Befragten gab an, dass die Coronapandemie das eigene Wohlbefinden überhaupt nicht beeinflusst hätte. Für den Rest erscheinen diese Erfahrungen überwiegend (76,5 %) ambivalent, in der Summe jedoch „ausgeglichen“ zu sein (Abbildung 4). Allerdings berichten auch 20,5 % von überwiegend negativen Veränderungen ihres Wohlbefindens durch die Pandemie. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass ein geringer Anteil der älteren Menschen von durch die Coronapandemie insgesamt verbessertem Wohlbefinden berichtet. In einer ausführlicheren Darstellung coronabedingter Veränderungen in der Hochaltrigkeit aus der D80+ Studie konnte gezeigt werden, dass die Pandemie zwar überwiegend negativ erlebt wurde, es aber auch Lebensbereiche gab (z.B. soziale Anerkennung älterer Menschen, Vertrauen in die Nachbarschaft oder Veränderungen in der Internetnutzung), in denen insgesamt positive Veränderungen berichtet wurden (Hansen et al., 2021).

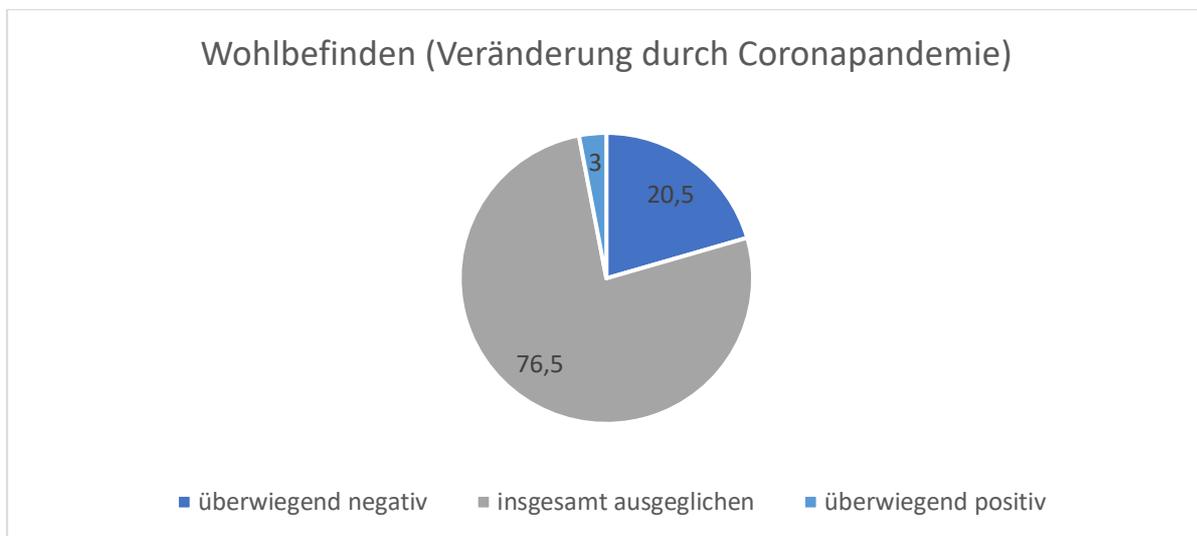


Abbildung 4. Einschätzung der Veränderungen des Wohlbefindens durch die Coronapandemie. Basis sind 131 von 215 Personen, die erlebte Veränderungen ihres Wohlbefindens durch die Coronapandemie berichtet hatten.

Intraindividuelle Veränderungen in der subjektiven Lebensqualität

Anhand der Zweitbefragungen der Panelteilnehmer:innen können intraindividuelle Veränderungen der subjektiven Lebensqualität hochaltriger Menschen über einen Zeitraum von ca. zwei Jahren nachvollzogen und mögliche Schutz- oder Risikofaktoren identifiziert werden. Dabei ist wichtig zu betonen, dass die zuvor für Trendanalysen berichteten Schwierigkeiten bei der Interpretation der Befunde durch den Einfluss der Coronapandemie auf einen Teil der Befragungen für die Teilnehmer:innen der Wiederholungsbefragung nicht zutreffen, da die Zweitinterviews bereits vollständig erhoben waren, bevor Anfang 2020 erste Einschränkungen durch die Coronapandemie erfolgten. Tabelle 2 beschreibt die für diese Analysen relevante Stichprobe zu Welle 1 und Welle 2.

Tabelle 2. Subjektive Lebensqualität und interindividuelle Ressourcenlagen in den Wellen 1 und 2 (nur Personen mit Selbstauskunft zu beiden Erhebungswellen N=840).

	Welle 1	Welle 2	% invariant
	% oder MW (KI95)	% oder MW (KI95)	
Allg. Lebenszufriedenheit (0-10)	7,98 (7,81 – 8,16)	7,87 (7,70 – 8,03)	35,4 %
Affektives Wohlbefinden (PANAS, 1-5)	3,31 (3,20 – 3,42)	3,29 (3,15 – 3,42)	10,6 %
Geschlecht			
Männer	37,5 %	37,5 %	100 %
Frauen	62,5 %	62,5 %	100 %
Altersgruppe			
80-84	56,5 %	38,0 %	68,0 %
85-89	30,2 %	37,2 %	64,0 %
90+	13,3 %	24,8 %	100 %
Wohnform			
Ein-Personen-Haushalt (inkl. Heim)	56,7 %	59,9 %	95,2 %
Mehr-Personen-Haushalt	43,3 %	40,1 %	87,3 %
Familienstand			
Verheiratet/Verpartnert	38,0 %	33,5 %	89,5 %
Keine formale Partnerschaft	62,0 %	66,5 %	100 %
Freizeitaktivitäten (0-17)	7,99 (7,73 – 8,26)	7,27 (7,02 – 7,51)	18,6 %
Alltagsselbständigkeit (IADL 0-2)	1,54 (1,49 – 1,60)	1,40 (1,34 – 1,46)	36,1 %
Multimorbidität (0-19)	3,56 (3,30 – 3,83)	3,34 (3,09 – 3,58)	20,9 %
Kognition (DemTect)			
Altersadäquat	74,4 %	69,8 %	82,9 %
Leichte kognitive Beeinträchtigung	16,2 %	19,5 %	41,5 %
Beginnende Demenz	9,4 %	10,7 %	65,5 %

Anmerkung. Längsschnittgewichtete Daten (N=840). KI95=95 % Konfidenzintervall.

Das mittlere Niveau der subjektiven Lebensqualität ist in der Gesamtgruppe zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zum Ausgangsniveau sowohl für Lebenszufriedenheit als auch positiven Affekt nahezu unverändert. Auf individueller Ebene weist aber nur ca. ein Drittel (35,4 %) aller Hochaltrigen eine zu beiden Messzeitpunkten identische Lebenszufriedenheit auf (Abbildung 5, links). Sehr wenigen Personen, die dabei sehr starke Zufriedenheitsgewinne zeigen, stehen dabei etwas mehr Personen mit moderaten Lebenszufriedenheitsverlusten gegenüber. Mit Blick auf das Wohlbefinden beträgt der Anteil von Personen mit nach zwei Jahren exakt gleichem Wohlbefindenswert (Differenz=0,0) sogar nur 10,6 %, was angesichts der zeitlich stärker variierenden Gefühlslage und der genaueren Messung durch eine Skala auch erwartet werden kann. Hierbei stehen wenige Personen mit deutlichen Wohlbefindensverlusten einer größeren Anzahl von Personen mit geringen oder moderaten Wohlbefindensgewinnen gegenüber (Abbildung 5, rechts).

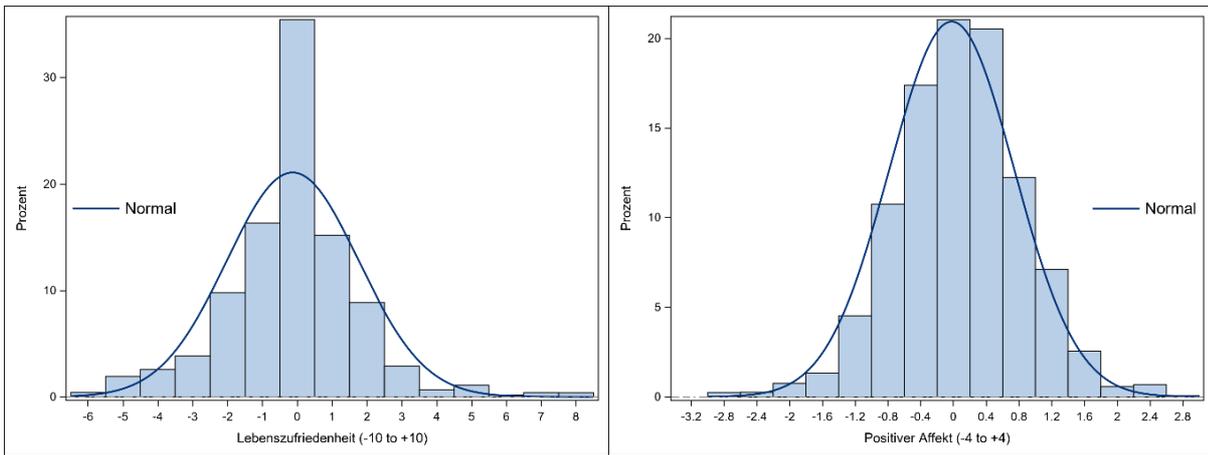


Abbildung 5. Verteilung der individuellen Veränderungswerte im affektiven Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit (N=840).

Veränderungen von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden verlaufen für Personen unterschiedlichen Alters im Mittel verschieden (Abbildung 6). Während das mittlere Lebenszufriedenheitsniveau in der Gruppe der jüngsten Hochaltrigen über die Messzeitpunkte hinweg nur geringfügig abnimmt, sind Verluste in der Gruppe der 85-89-Jährigen etwas deutlicher und entsprechen auf deutlich höherem Niveau in etwa der durchschnittlichen Entwicklung, die für die höchste Altersgruppe (90+) beobachtet wird. Beim affektiven Wohlbefinden sind die Veränderungen in den drei Altersgruppen weniger unterschiedlich, Wohlbefindensverluste in der Gruppe der ältesten Hochaltrigen jedoch etwas deutlicher als in den jüngeren Gruppen.

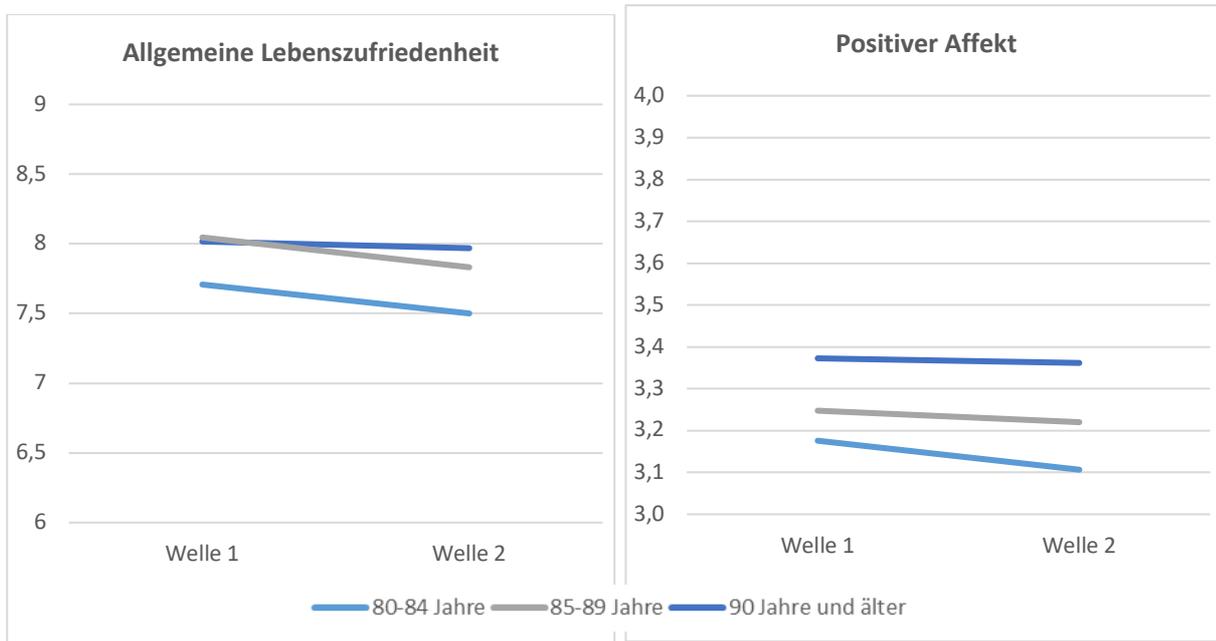


Abbildung 6. Durchschnittliche Veränderungen der subjektiven Lebensqualität von wiederholt befragten Menschen nach Altersgruppen (N=840).

Weitere für die subjektive Lebensqualität im hohen Lebensalter mitverantwortliche Prädiktoren sind neben Geschlecht und Alter einerseits soziale Ressourcen in den Bereichen Familie, Wohnen oder Freizeitgestaltung, daneben aber natürlich auch die körperliche Gesundheit, kognitive Funktion und Alltagsselbstständigkeit. Diese Determinanten der Lebensqualität sind ihrerseits Veränderungen unterworfen (s. Tabelle 2). So zeigt sich, dass der Anteil verheirateter Personen vor allem durch zwischenzeitliche Verwitwung in der Gruppe der Hochaltrigen auch über den relativ kurzen 2-Jahres-Zeitraum abnimmt, ebenso steigt der Anteil von Ein-Personen-Haushalten und die durchschnittlich ausgeübten Freizeitaktivitäten nehmen ab. Im Bereich Gesundheit zeigt sich ein deutlicher mittlerer

Verlust an Alltagsselbständigkeit, während die mittlere Anzahl ärztlich behandelter Erkrankungen (Multimorbidität) leicht, aber nicht überzufällig abnimmt. Der Anteil von Personen mit altersgemäßer kognitiver Leistung nahm auch in der Gruppe derjenigen Panelteilnehmer:innen, die zu beiden Messzeitpunkten die Fragen selbst beantworten konnten, leicht ab. Erwartungsgemäß zeigt sich eine geringere Stabilität über die Zeit hinweg insbesondere für die Gruppe, für die bereits in der ersten Welle eine leichte kognitive Beeinträchtigung beobachtet wurde.

Tabelle 3 beschreibt den geschätzten Zusammenhang von subjektiver Lebensqualität mit Ressourcenlagen im sozialen und gesundheitlichen Bereich sowie mit deren Veränderung. In einem ersten Modell zeigt sich, dass die Anzahl von zu W1 und W2 ausgeübten Freizeitaktivitäten signifikant mit einer höheren Lebenszufriedenheit zusammenhängt. Für hochaltrige Menschen in Ein- und Mehrpersonenhaushalten oder Personen mit oder ohne formale Partnerschaft konnten dagegen keine systematischen Unterschiede in der Lebenszufriedenheit beobachtet werden. Ein mit den Freizeitaktivitäten vergleichbar hoher Zusammenhang mit allgemeiner Lebenszufriedenheit kann auch für die im hohen Alter erhaltene Alltagsselbständigkeit nachgewiesen werden. Interessanterweise gilt das auch unabhängig von der Anzahl aktuell ärztlich behandelter Erkrankungen, die ihrerseits signifikant mit einer schlechteren Lebenszufriedenheit verknüpft sind. Keine Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit haben dagegen Unterschiede in der Gedächtnisleistung, das Geschlecht der Befragten oder deren Alter. Der Nachweis eines statistischen Zusammenhangs zwischen den Prädiktoren und der Zufriedenheit ist eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für eine kausale Interpretation der Befunde. In einem zweiten Modell wurden darum für zeitvariable Prädiktoren nur die intraindividuellen Veränderungen betrachtet. Aussagen zur Kausalität werden damit sicherer, weil auch die gemeinsame Veränderung von Prädiktor und Outcome betrachtet wird und die geschätzten Effekte statistisch unabhängig sind von allen (d.h. beobachteten und unbeobachteten) zeitstabilen Unterschieden zwischen Personen, die ansonsten die Gültigkeit der Kausalaussagen einschränken könnten. Es zeigt sich, dass die Lebenszufriedenheit bei Personen gesunken ist, wenn ihre behandelten Erkrankungen seit der Erstbefragung zugenommen haben. Die Effekte von Veränderungen in der Alltagsselbständigkeit und dem Freizeitverhalten sind bei einer Betrachtung ausschließlich von Veränderungen jedoch nicht mehr überzufällig. Es sind hier darum eher bestehende Unterschiede zwischen Personen zu beiden Messzeitpunkten, die mit Lebenszufriedenheit verknüpft sind, nicht aber die beobachtete Veränderung innerhalb von Personen. Demgegenüber haben Veränderungen in der Partnerschaft einen starken Einfluss auf die Veränderung der Lebenszufriedenheit. Das dritte Modell integriert die bisherigen Befunde und berücksichtigt für Prädiktoren, deren Veränderung nicht mit Änderungen der Lebenszufriedenheit zusammenhängen wenigstens die zu beiden Zeitpunkten beobachteten interindividuellen Unterschieden mit, so wie das z.B. auch für das stabile Merkmal Geschlecht der Fall ist. Danach kann zusammengefasst festgehalten werden: die Lebenszufriedenheit der Hochaltrigen sinkt bei Verlust einer Partnerschaft und einem Ansteigen behandelter Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es weniger starke Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einer höheren allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Anzahl von ausgeübten Freizeitaktivitäten und einer höheren erhaltenen Alltagsselbständigkeit. Eine Kontrolle möglicher umgekehrter Wirkrichtungen führte nicht zu einer besseren Erklärung der Daten. Die Befunde können also als robust gelten.

Für die Vorhersage von Veränderungen im affektiven Wohlbefinden der Hochaltrigen zeigt sich erwartungsgemäß ein leicht anderes Bild (Tabelle 4). In der Ausgangsbetrachtung der Gesamtunterschiede über die beiden Wellen hinweg stellen Unterschiede in den Freizeitaktivitäten und in der Alltagsselbständigkeit wiederum signifikante Prädiktoren des Wohlbefindensniveaus dar. Körperliche oder kognitive Gesundheitsmarker scheinen jedoch überhaupt nicht mit Wohlbefindensunterschieden assoziiert zu sein. Bei Betrachtung der intraindividuellen Veränderungen im Fixed-effects Modell bleiben beide Effekte signifikant, d.h. mit Blick auf Wohlbefinden kann ein stärkerer kausaler Zusammenhang mit Freizeitverhalten und Selbständigkeit nachgewiesen werden. Dieser Befund deutet darüber hinaus darauf hin, dass durch spezifische Förderprogramme zur Erhaltung bestehender oder Erschließung von neuen Aktivitätsräumen das Wohlbefinden hochaltriger Menschen gezielt gefördert werden kann. Gleiches gilt auch für die Unterstützung bei der Erhaltung von Alltagsselbständigkeit.

Tabelle 3. Vorhersage von Veränderungen in der allgemeinen Lebenszufriedenheit (nur Personen mit Selbstauskunft zu beiden Erhebungswellen N=840).

Standardisiertes Regressionsgewicht (STB) zu W1 oder Pearson's Korrelation (r)	M1: Intraindividuelle Veränderung				M3: Intra- und interindividuelle Unterschiede STB
	Interindividuelle Unterschiede STB	M2: nur intraindividuelle Unterschiede in zeitvariablen Prädiktoren STB	$r_{\alpha 1}$	$r_{\alpha 2}$	
Freizeitaktivitäten (0-17)	0,13	0,12	-0,03	-0,08	0,12¹
Wohnform (Ref. 1-Pers.-HH)	0,01	-0,22	-0,03	0,02	-0,21 ¹
Partnerschaft (Ref. ohne)	0,03	0,34	-0,21	-0,19	0,34
Alltagsselbständigkeit (IADL 0-2)	0,15	0,15	-0,09	-0,08	0,12¹
Multimorbidität (0-19)	-0,11	-0,11	-0,06	0,10	-0,12
Kognition (Ref. altersadäquat)					
Leichte kogn. Beeinträchtigung	0,05	0,02	0,02	0,07	0,05 ¹
Beginnende Demenz	0,01	-0,02	0,08	0,08	0,02 ¹
Geschlecht (Ref. Männer)	0,01	0,00			0,01
Altersgruppe (Ref. 80-84)					
85-89	0,04	0,04			0,04
90+	0,01	0,01			0,02
Modellaufklärung R ² W1/W2	0,49/0,46		0,51/0,46		0,51/0,47
Modellfit Akaike's AIC	27.554,1		25.150,9		25.144,2
Modellfit Bayesian BIC	28.429,7		25.851,4		25.797,4

Anmerkung. Gewichtete Daten. Auf dem 5 %-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt. ¹Zeitvariablen Prädiktor wurde im finalen Modell nur hinsichtlich interindividueller Niveauunterschiede berücksichtigt.

Daneben zeigt sich auch mit Blick auf das Wohlbefinden ein deutlicher Effekt von erlebten Veränderungen in der Partnerschaft. In einem integrierenden Gesamtmodell, das bestmöglich entweder interindividuelle Unterschiede oder intraindividuelle Veränderung in den Determinanten von Wohlbefinden berücksichtigt, bleiben die zuvor genannten festen Effekte erwartungsgemäß stabil. Darüber hinaus zeigen sich nun aber auch Hinweise darauf deutlicher, dass hochaltrige Männer im Vergleich zu hochaltrigen Frauen mehr positiven Affekt erleben. Offensichtlich ist dieser Effekt eng mit demjenigen für Veränderung der Partnerschaftssituation und Unterschieden in der Wohnform verknüpft. Letzterer verfehlt jedoch knapp das gesetzte Irrtumsniveau von 5 % ($p=0,083$) und soll wegen der ausreichend großen Stichprobe nicht inhaltlich interpretiert werden. Die Robustheit der Befunde wurde in einem Modell mit Kontrolle möglicher umgekehrter Wirkrichtungen geprüft. Da ein solches Modell schlechter auf die empirischen Daten passte, können die Effekte in der angenommenen Wirkrichtung als robust gelten.

Tabelle 4. Vorhersage von Veränderungen im affektiven Wohlbefinden (nur Personen mit Selbstauskunft zu beiden Erhebungswellen N=840).

Standardisiertes Regressionsgewicht (STB) zu W1 oder Pearson's Korrelation (r)	M1: Intraindividuelle Veränderung				M3: Intra- und interindividuelle Unterschiede STB
	Interindividuelle Unterschiede STB	M2: nur intraindividuelle Unterschiede in zeitvariablen Prädiktoren STB	$r_{\alpha 1}$	$r_{\alpha 2}$	
Freizeitaktivitäten (0-17)	0,26	0,14	0,19	0,18	0,15
Wohnform (Ref. 1-Pers.-HH)	-0,01	-0,11	-0,05	-0,01	-0,15 ¹
Partnerschaft (Ref. ohne)	0,04	0,22	-0,12	-0,10	0,24
Alltagsselbständigkeit (IADL 0-2)	0,20	0,19	0,06	0,09	0,21
Multimorbidität (0-19)	-0,02	-0,06	-0,02	0,08	-0,04 ¹
Kognition (Ref. altersadäquat)					
LKB	-0,02	-0,04	0,00	0,08	-0,03 ¹
Beginnende Demenz	-0,02	-0,01	0,08	-0,09	-0,03 ¹
Geschlecht (Ref. Männer)	0,06	0,09			0,09
Altersgruppe (Ref. 80-84)					
85-89	0,01	0,01			0,01
90+	0,04	0,03			0,04
Modellaufklärung R ² W1/W2	0,60/0,63		0,61/0,64		0,61/0,64
Modellfit Akaike's AIC	24.719,5		24.712,1		24.714,3
Modellfit Bayesian BIC	25.595,1		25.654,1		25.618,4

Anmerkung. Gewichtete Daten. Auf dem 5 %-Niveau signifikante Effekte sind fettgedruckt. ¹Zeitvariablen Prädiktor wurde im finalen Modell nur hinsichtlich interindividueller Niveauunterschiede berücksichtigt.

In der Gruppe derjenigen Befragten, die aufgrund der Coronapandemie ab Ende 2020 schriftlich an der Studie teilnahmen, wurde Anfang 2021 eine Folgebefragung durchgeführt, um in einem „Mini-Längsschnitt“ wenigstens explorativ intraindividuelle Veränderungen, u. a. im subjektiven Wohlbefinden, im Verlauf der Coronapandemie abbilden zu können. Von insgesamt 67 Personen konnten solche „Follow-Up“ Informationen eingeholt werden, davon machten 64 Personen erneut Angaben zur Beeinflussung ihres Wohlbefindens durch die Coronapandemie. Auch zu diesem späteren Zeitpunkt im Pandemieverlauf gaben die Befragten überwiegend (62,1 %) an, dass sich ihr Wohlbefinden durch die Corona-Pandemie nicht verändert habe. Weitere 37,9 % gaben an, dass sich ihr Wohlbefinden verschlechtert habe und niemand berichtete über eine Verbesserung des Wohlbefindens durch Corona. Personen waren zum Follow-Up aber insgesamt deutlicher in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt als noch zu Beginn der Pandemie (Abbildung 7): So berichtet ca. ein Drittel derjenigen, die zunächst noch „keine Veränderung“ ihres Wohlbefindens berichteten und knapp 30 % derjenigen, die solche Veränderungen zunächst als „insgesamt ausgeglichen“ wahrnahmen, zum Follow-up eine Verschlechterung ihres Wohlbefindens durch die Coronapandemie. Befragte, die in der Erstbefragung eine überwiegend negative Veränderung ihres Wohlbefindens angaben, berichten etwas häufiger (52,6 %) von einer Verschlechterung ihres Wohlbefindens im Follow-up, was darauf schließen lässt, dass eine initial negative Erfahrung mit den durch die Pandemie verursachten Veränderungen auch nach einigen Monaten nicht verbessert wird, sondern gleichbleibt oder sich sogar verschlimmert.

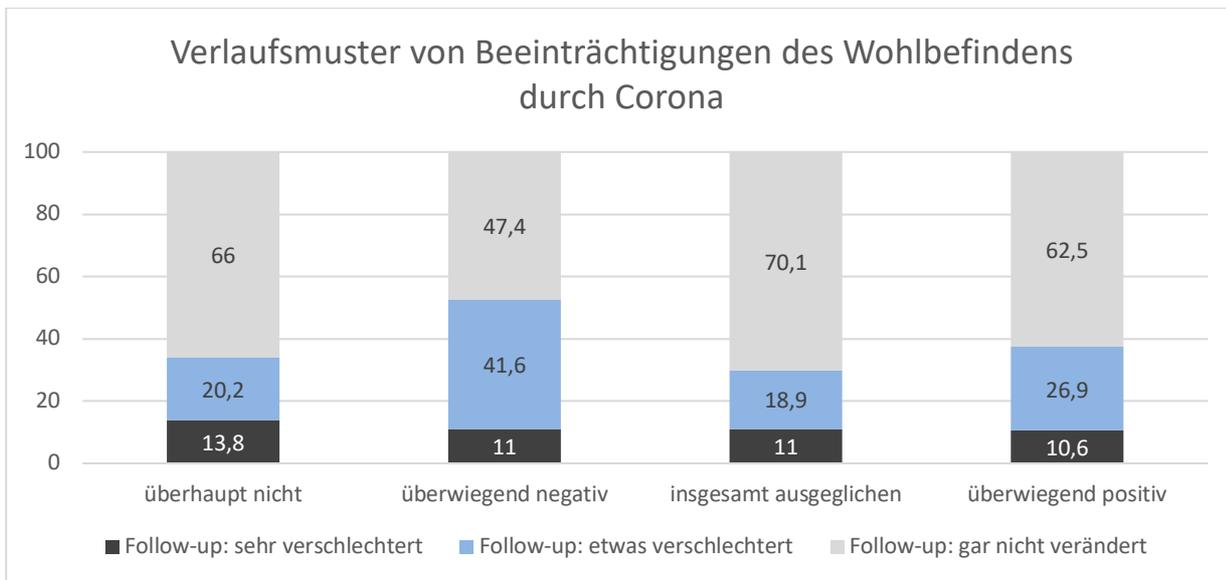


Abbildung 7. Einschätzung der Veränderungen des Wohlbefindens durch die Coronapandemie Ende 2020 und Anfang 2021. Basis sind 64 von 215 Personen, die zweifach befragt werden konnten (Follow-up).

3.3.1.5 Diskussion und Empfehlungen

Deskriptiv zeigten sich deutliche Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität zwischen in Privathaushalten und Heimen wohnenden sehr alten Menschen in NRW. Für Personen, die zu krank waren, um das durchschnittlich 90 Minuten dauernde Interview selbst zu führen, wurden eine deutlich geringere Lebenszufriedenheit und weniger positive Emotionen berichtet. Durch die Berücksichtigung dieser in der Umfrageforschung häufig ausgeschlossenen Personengruppen ergibt sich einerseits ein weniger positiv verzerrtes Bild der Lebenssituation sehr alter Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand. Andererseits bedeutet die Diskussion der Befunde für diese Gruppen in der wissenschaftlichen Community einen deutlich höheren Aufwand und eine explizite Abwägung der Vorteile einer besseren Repräsentativität der Stichprobe und der Nachteile einer ggfs. abweichenden Perspektive von Stellvertreter:innen (Kaspar et al., 2021; Kaspar et al., 2022). Es wird empfohlen, Angebote für die Gruppe sehr kranker und kommunikationsbeeinträchtigter ältere Menschen zu machen, um Zufriedenheit und Wohlbefinden zu fördern. Ersteres könnte aufgrund der Studienbefunde ggfs. dadurch erreicht werden, dass Stigmatisierung im Bereich der Krankheitsbehandlung weiter reduziert wird. Für positive Emotionen scheinen dagegen Freizeitmöglichkeiten relevanter, die ggfs. durch Entlastungsangebote für (pflegende) Angehörige oder zugehende Angebote gefördert werden könnten. Notwendig erscheint darüber hin aus auch, die Möglichkeiten für stellvertretende Auskünfte in zukünftigen Erhebungen zur Altenberichterstattung auszubauen, beispielsweise durch Aufwandsentschädigung oder Freistellung von professionell Pflegenden, einer stärkeren Verschränkung mit externen Datenbeständen zur Ergänzung und Validierung von Fremdauskünften oder einem längerfristig angelegtem Multi-Aktor-Design der Befragung, bei dem systematisch auch die Perspektive wichtiger Bezugspersonen erhoben wird, die (im weiteren Studienverlauf) ggfs. auch stellvertretende Auskünfte zu hochaltrigen Zielpersonen geben.

Trendanalysen erbrachten keine Hinweise auf eine systematische Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und des affektiven Wohlbefindens der Hochaltrigenpopulation in NRW zwischen 2017 und 2019. Dies gilt nicht nur für die Gesamtgruppe der Hochaltrigen der ersten und zweiten Erhebungswelle, sondern auch für „junge Hochaltrige“ (80-81 Jahre), die im Beobachtungszeitraum neu in die Hochaltrigkeit hineingewachsen sind. Offensichtlich ist der Beobachtungszeitraum mit etwas weniger als 2 Jahren zu kurz, um einen möglichen historischen Wandel zugunsten einer höheren Lebensqualität nachfolgender Generationen hochaltriger Menschen nachzuvollziehen. Es wird darum empfohlen, für eine systematische Altenberichterstattung zum historischen Wandel des sehr hohen Alters in NRW wenige Kriterien festzuschreiben, die in zukünftigen Erhebungen miterfasst werden sollen, um auch über

verschiedene Ministeriumsprojekte und einen längeren Zeitraum hinweg einen solchen Wandel zu dokumentieren.

Aus den vor und während der Coronapandemie 2020 erhobenen Daten kann allerdings geschlossen werden, dass die Coronapandemie deutliche negative Effekte auch auf die subjektiv erlebte Lebensqualität sehr alter Menschen hatte. Es ist möglich, dass nicht alle Unterschiede, die in den Teilgruppen der vor Corona und während Corona erhobenen Daten tatsächlich auf eine durch Corona veränderte Lebenslage zurückzuführen sind. Über die schriftlichen Befragungen wurden auch Personen einbezogen, für die zuvor in der persönlichen Ansprache ein ausführlicheres Interview (z.B. wegen [vorübergehender] schlechter Gesundheit, Krankenhausaufenthalt, Aufmerksamkeitsspanne, Kommunikationsschwierigkeiten) nicht möglich war. Zum Teil könnten ungünstigere Lebensbedingungen bzw. Lebensbeurteilungen in dieser Gruppe also bereits vor oder unabhängig von Corona existiert haben. Allerdings zeigen sich auch in der längsschnittlichen Weiterverfolgung der Teilnehmer:innen mit einem Follow-up wenigstens explorativ (weitere) Verschlechterungen des Wohlbefindens durch die Coronapandemie. Prinzipiell zeigen die Befunde eine relativ hohe Resilienz älterer Menschen im Umgang mit der Corona-„Krise“. Offensichtlich halten negative Erfahrungen im Zusammenhang mit der Pandemie in der Teilgruppe von in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigten Personen aber längerfristig an oder verschlechtern sich weiter, so dass hier auch stützende Maßnahmen angezeigt erscheinen. Um coronabedingte vorübergehende Veränderungen in der Lebenssituation methodisch klar von entwicklungsbezogenen Veränderungen der Lebenslage hochaltriger Menschen abgrenzen zu können wird empfohlen, die Studie als einen intraindividuellen Längsschnitt auch über die zweite Befragungswelle hinweg fortzuführen. Sinnvoll wären auch zwischengeschaltete Kurzerhebungen beispielsweise in Form von Tagebuchstudien, die Auskunft zu einer kurzfristigen Fluktuation erlebter Lebensqualität und zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen geben könnten, die von Entwicklungsverläufen abgegrenzt werden können.

Analysen zur intraindividuellen Veränderung der subjektiven Lebensqualität legen nahe, dass besonders die Erfahrung von Verlusten im Bereich der Partnerschaft zu Einbußen in der Zufriedenheit und dem Wohlbefinden führt. Partnerschaften im hohen Alter stellen eine wichtige Ressource für Lebensqualität dar. Mit dem Ansteigen der Wahrscheinlichkeit für Morbidität und Versterben des/der Partner:in sind Partnerschaften im sehr hohen Alter dagegen auch mit kumulierten Risiken für die Lebensqualität verbunden. Eine systemische Untersuchung der Lebensqualität im sehr hohen Alter wäre wünschenswert, bei der beispielsweise dyadische Prozesse zwischen Ehepartnern oder Effekte des sozialen Nahraumes besser gegriffen werden könnten, die im höheren Alter zunehmend wichtig werden (Wahl et al., 2012). Darüber hinaus zeigen sich je nach LQ-Facette aber auch unterschiedliche Determinanten: Ein Anstieg der ärztlich behandelten Erkrankungen (Multimorbidität) ging mit einem Verlust an allgemeiner Lebenszufriedenheit einher, wohingegen für Verschlechterungen im subjektiven Wohlbefinden vor allem Veränderungen im Freizeitverhalten und in der Alltagsselbständigkeit verantwortlich gemacht werden können. Das positive subjektive Wohlbefinden im hohen Alter erscheint danach in besonderem Ausmaß auch durch äußere Ereignisse bestimmt zu sein. Teilhabemöglichkeiten zu erhalten wäre danach ein wichtiger Baustein der Förderung von Wohlbefinden bis ins hohe Alter. Auch einer möglichen Stigmatisierung und erlebten gesellschaftlichen Abwertung durch die Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen sollte entgegengewirkt werden.

Die beobachteten Unterschiede in der kognitiven Leistungsfähigkeit der befragten Personen und deren Veränderung über den betrachteten Zeitraum scheinen weder auf die Lebenszufriedenheit, noch auf das Erleben positiver Emotionen einen bedeutsamen Einfluss zu haben. Eine Erklärung dieses Befundes könnte sein, dass die Subgruppe derjenigen Personen, die sowohl zu Welle 1 als auch noch nach 2 Jahren das Interview selbst führen konnten, vergleichsweise hohe kognitive Funktionsniveaus aufweisen. Deutlichere Einbußen in der Kognition werden vor allem in den Gruppen der durch stellvertretende Interviews repräsentierten Zielpersonen beobachtet. In diesen Gruppen wurden zu jedem Messzeitpunkt besonders niedrige Zufriedenheits- und Wohlbefindenswerte beobachtet. Es wird darum empfohlen, unter anderem über eine Anpassung des Fragenprogrammes, die Stärkung multiperspektivischer Zugänge oder über Stellvertreterauskünfte die Perspektive von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung noch stärker zu berücksichtigen. In der Gruppe hinreichend auskunftsfähiger Menschen mit beginnender

kognitiver Beeinträchtigung gälte es hingegen, die persönlichen und sozialen Resilienzfaktoren zu identifizieren und weiter zu fördern, die auch bei drohendem Verlust der Gedächtnisleistung die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden sehr alter Menschen stabilisieren.

Literaturverzeichnis

- Allison, P. D., Williams, R. & Moral-Benito, E. (2017). Maximum Likelihood for Cross-lagged Panel Models with Fixed Effects. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 3, 237802311771057. <https://doi.org/10.1177/2378023117710578>
- 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. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Blanchflower, D. G. & Graham, C. L. (2021). The Mid-Life Dip in Well-Being: a Critique. *Social Indicators Research*, 1–58. <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02773-w>
- Bourassa, K. J., Memel, M., Woolverton, C. & Sbarra, D. A. (2015). A dyadic approach to health, cognition, and quality of life in aging adults. *Psychology and Aging*, 30(2), 449–461. <https://doi.org/10.1037/pag0000025>
- Bussière, C., Sirven, N. & Tessier, P. (2021). Does ageing alter the contribution of health to subjective well-being? *Social science & medicine (1982)*, 268, 113456. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113456>
- Cresswell-Smith, J., Amaddeo, F., Donisi, V., Forsman, A. K., Kalseth, J., Martin-Maria, N., Miret, M. & Walhbeck, K. (2019). Determinants of multidimensional mental wellbeing in the oldest old: a rapid review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(2), 135–144. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1633-8>
- Delius, J. A. M., Düzel, S., Gerstorf, D. & Lindenberger, U. (2015). Berlin Aging Studies (BASE and BASE-II). In N. A. Pachana (Hrsg.), *Encyclopedia of Geropsychology* (S. 1–11). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-080-3_44-1
- Gerstorf, D., Hoppmann, C. A., Löckenhoff, C. E., Infurna, F. J., Schupp, J., Wagner, G. G. & Ram, N. (2016). Terminal decline in well-being: The role of social orientation. *Psychology and Aging*, 31(2), 149–165. <https://doi.org/10.1037/pag0000072>
- Gerstorf, D., Hülür, G., Wagner, G. G., Kunzmann, U. & Ram, N. (2018). Terminal change across facets of affective experience and domain satisfaction: Commonalities, differences, and bittersweet emotions at the end of life. *Developmental Psychology*, 54(12), 2382–2402. <https://doi.org/10.1037/dev0000599>
- Gerstorf, D. & Ram, N. (2015). A framework for studying mechanisms underlying terminal decline in well-being. *International Journal of Behavioral Development*, 39(3), 210–220. <https://doi.org/10.1177/0165025414565408>
- Gerstorf, D., Ram, N., Estabrook, R., Schupp, J., Wagner, G. G. & Lindenberger, U. (2008). Life satisfaction shows terminal decline in old age: Longitudinal evidence from the German Socio-Economic Panel Study (SOEP). *Developmental Psychology*, 44(4), 1148–1159. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.1148>
- Gerstorf, 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 United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging*, 25(2), 477–485. <https://doi.org/10.1037/a0017543>
- Gerstorf, D., Ram, N., Röcke, C., Lindenberger, U. & Smith, J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and aging*, 23(1), 154–168. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.1.154>
- Heckhausen, J., Wrosch, C. & Schulz, R. (2013). A lines-of-defense model for managing health threats: a review. *Gerontology*, 59(5), 438–447. <https://doi.org/10.1159/000351269>
- Kaspar, R., Brijoux, T., Albrecht, A., Zimmermann, J., Wenner, J., Fey, J., Reissmann, M., Wagner, M. & Zank, S. (2022). *Challenges and benefits of including the institutionalized*,

- non-communicative and cognitively impaired in a representative survey of the very old* [Manuscript submitted for publication]. University of Cologne.
- Kaspar, R., Wahl, H.-W. & Diehl, M. (2021). Awareness of age-related change as a behavioral determinant of survival time in very old age. *Frontiers in Psychology*, 12, 727560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727560>
- Kercher, K. (1992). Assessing Subjective Well-Being in the Old-Old: The PANAS as a Measure of Orthogonal Dimensions of Positive and Negative Affect. *Research on Aging*, 14(2), 131–168. <https://doi.org/10.1177/0164027592142001>
- Lawton, M. P., Winter, L., Kleban, M. H. & Ruckdeschel, K. (1999). Affect and quality of life: Objective and subjective. *Journal of Ageing and Health*, 11(2), 169–198.
- Mantantzis, K., Drewelies, J., Duezel, S., Steinhagen-Thiessen, E., Demuth, I., Wagner, G. G., Lindenberger, U. & Gerstorf, D. (2020). Dehydration predicts longitudinal decline in cognitive functioning and well-being among older adults. *Psychology and Aging*, 35(4), 517–528. <https://doi.org/10.1037/pag0000471>
- MGEPA. (2016). *Alt werden in Nordrhein-Westfalen: Bericht zur Lage der Älteren*. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Nimrod, G. & Shrira, A. (2016). The Paradox of Leisure in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(1), 106–111. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu143>
- Potter, S., Drewelies, J., Wagner, J., Duezel, S., Brose, A., Demuth, I., Steinhagen-Thiessen, E., Lindenberger, U., Wagner, G. G. & Gerstorf, D. (2020). Trajectories of multiple subjective well-being facets across old age: The role of health and personality. *Psychology and Aging*, 35(6), 894–909. <https://doi.org/10.1037/pag0000459>
- Schilling, O. K., Deeg, D. J. H. & Huisman, M. (2018). Affective well-being in the last years of life: The role of health decline. *Psychology and Aging*, 33(5), 739–753. <https://doi.org/10.1037/pag0000279>
- Schilling, O. K., Wahl, H.-W. & Wiegering, S. (2013). Affective development in advanced old age: analyses of terminal change in positive and negative affect. *Developmental Psychology*, 49(5), 1011–1020. <https://doi.org/10.1037/a0028775>
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9(4), 461–477. <https://doi.org/10.1017/S1062798701000424>
- Vogel, N., Gerstorf, D., Ram, N., Goebel, J. & Wagner, G. G. (2017). Terminal decline in well-being differs between residents in East Germany and West Germany. *International Journal of Behavioral Development*, 41(1), 115–126. <https://doi.org/10.1177/0165025415602561>
- Vogel, N., Ram, N., Goebel, J., Wagner, G. G. & Gerstorf, D. (2018). How does availability of county-level healthcare services shape terminal decline in well-being? *European Journal of Ageing*, 15(2), 111–122. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0425-4>
- Vogel, N., Schilling, O. K., Wahl, H.-W., Beekman, A. T. F. & Penninx, B. W. J. H. (2013). Time-to-death-related change in positive and negative affect among older adults approaching the end of life. *Psychology and Aging*, 28(1), 128–141. <https://doi.org/10.1037/a0030471>
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S. & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52(3), 306–316. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr154>
- 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. <https://doi.org/10.1037/pag0000037>
- Wettstein, M. & Spuling, S. M. (2019). Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte* (S. 53–70). Springer Fachmedien.
- Wettstein, M., Spuling, S. M. & Cengia, A. (2020). Trajectories of functional health and its associations with information processing speed and subjective well-being: The role of age

versus time to death. *Psychology and aging*, 35(2), 190–203.

<https://doi.org/10.1037/pag0000418>

Woopen, C., Rietz, C., Wagner, M., Zank, S., Kaspar, R., Geithner, L., Janhsen, A., Neise, M. & Schmitz, W. (2018). *NRW80+ Hochaltrigenstudie: Erste Ergebnisse der Repräsentativbefragung*. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health.

3.3.2 Empfundene gesellschaftliche Wertschätzung

Marcella Reissmann & Michael Wagner

Kernbefunde

- Sowohl 2017 als auch 2019 fühlte sich die Mehrheit der Hochaltrigen in NRW eher oder gar nicht von der Gesellschaft gebraucht. Immerhin ca. jede:r Siebte fühlte sich von der Gesellschaft als Last behandelt.
- Das Gefühl von gesellschaftlicher Wertschätzung hat sich in der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung über den Zweijahreszeitraum nicht systematisch verändert.
- Auf individueller Ebene jedoch nahm das Gefühl, von der Gesellschaft gebraucht zu werden, im Mittel über den Zweijahreszeitraum ab. Dies gilt insbesondere für die älteren Altersgruppen. Zu einem Verlust kam es auch bei verschlechtertem kognitivem Status sowie bei sinkender produktiver Aktivität (durch Vereinsmitgliedschaft, Ehrenamt, gegebene praktische und emotionale Unterstützung).
- Das Gefühl, von der Gesellschaft als Last behandelt zu werden, verstärkte sich intraindividuell bei zwischen den Wellen ansteigender Multimorbidität, einem Umzug in ein Heim, sowie bei abnehmendem Engagement in einem Verein oder Ehrenamt.
- Die Coronapandemie hat für die Mehrheit der Hochaltrigen das Gefühl von gesellschaftlicher Wertschätzung nicht beeinflusst. Diejenigen, die eine Veränderung angeben, nehmen diese mehrheitlich nicht als eindeutig positiv oder negativ, sondern als insgesamt ausgeglichen wahr. Daneben gibt es ähnlich große Anteile von Personen, die positive bzw. negative Veränderungen angeben.

3.3.2.1 Hintergrund

Dieses Kapitel widmet sich mit den wahrgenommenen Bewertungen Anderer über das eigene Leben oder die eigene Person einem weiteren bedeutsamen Aspekt von Lebensqualitätsresultaten. Es ergänzt damit die rein subjektivistische Betrachtung von Lebensqualität (d.h. die subjektiven Bewertungen der Person selbst über ihr Leben, siehe Kap. 3.3.1).

Dieser Bereich der Qualität des eigenen Lebens für Andere wird in der sozialwissenschaftlichen Lebensqualitätsforschung bislang nur selten betrachtet (Neise et al., 2019). Doch beschäftigt es Personen durchaus, wie Andere über sie denken, und wünschen sie sich, positiv bewertet zu werden (Finkelstein et al., 2013; Frey et al., 2006; Pinel, 1999; Vorauer, 2001; Vorauer et al., 1998; Vorauer et al., 2000). Externale Bewertungen hängen zudem mit weiteren Aspekten von Lebensqualität zusammen. Beispielsweise erleben Personen, die sich von Anderen gebraucht fühlen, einen höheren Lebenssinn (Cohen et al., 2016) und weisen eine positivere Lebensorientierung auf (Tilvis et al., 2012). Dahingegen hängt der Eindruck, von Anderen als Last wahrgenommen zu werden, mit erhöhter Suizidalität zusammen (Chu et al., 2017).

Bewertungen von außen scheinen umso relevanter für das Alter, als dass sie in Form von Altersstereotypen teils gesellschaftlich konsentiert auftreten (Neise et al., 2019). Altersstereotype bestehen in pauschalen Vorstellungen über ältere Menschen und deren Charakteristika, Verhalten, Fähigkeiten, Bedürfnisse etc. Sie manifestieren sich in konkreten Einstellungen und Verhaltensweisen älteren Menschen gegenüber, in Erwartungen an sie und Bewertungen über sie (Angus & Reeve, 2006; Bai, 2014; BMFSFJ, 2010; Levy, 2017). Zwar zeichnen positive Altersstereotype ein Bild von älteren Menschen etwa als warmherzig, loyal oder verlässlich (Bai, 2014), doch wurde wiederholt gezeigt, dass negative Altersstereotype in westlichen Gesellschaften überwiegen (Angus & Reeve, 2006; Bai, 2014; Levy, 2017; Thornton, 2002; Weiss & Kornadt, 2018). Diese stellen ältere Menschen etwa als generell krank, einsam, unattraktiv, inkompetent oder unproduktiv dar. In der Forschung wurden die Bedeutung und Problematik von Altersbildern vielfach herausgestellt. Nachgewiesen sind u.a. negative Konsequenzen für das individuelle Wohlbefinden, die kognitive (Lamont et al., 2015), objektive und subjektive Gesundheit (Levy et al., 2009; Wurm et al., 2008) sowie Mortalität (Levy et al., 2002). Auf gesellschaftlicher Ebene führen negative

Altersstereotype vor dem Hintergrund moderner Normen von Jugendlichkeit und Produktivität laut Fürstenberg (2013) zu einer fehlenden Akzeptanz insbesondere von hochaltrigen Menschen: Im Unterschied zu Personen im (vermeintlich) aktiven und gesunden „Dritten Alter“ stellen Hochaltrige einseitigen Zuschreibungen von mangelnder Nützlichkeit und Unproduktivität zufolge keinen aktiven oder wichtigen Teil der Gesellschaft mehr dar (Haber, 1983) – oder gar: eine ökonomische Last (Martinson & Halpern, 2011).

Auch die Politik ist sich der möglichen Konsequenzen von Altersstereotypen und des entsprechenden Handlungsbedarfs bewusst (BMFSFJ, 2010). Mit Beginn der Coronapandemie erfuhr die ältere Bevölkerung jedoch besondere politische und mediale Aufmerksamkeit. Als vielbenannte Risikogruppe mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf wurden sie überwiegend als hilflos, vulnerabel und gefährdet dargestellt (Ayalon et al., 2021). Solche stereotypen Beschreibungen mündeten zum Teil in diskriminierenden Äußerungen, wie sie in den sozialen Medien zu finden sind (Jimenez-Sotomayor et al., 2020; Xiang et al., 2021). So wird etwa der Tod älterer Menschen im Vergleich zu dem jüngerer Menschen verharmlost (Brooke & Jackson, 2020) oder mit dem Hashtag #BoomerRemover zynisch-euphemistisch beschrieben (Meisner, 2021). Negative Altersstereotype und damit verbundene Altersdiskriminierung haben sich aus Sicht der Autoren solcher Studien durch die Coronapandemie intensiviert. Andere Studien jedoch finden keine Hinweise auf höhere psychosoziale Auswirkungen der Coronapandemie auf die ältere Generation (Wettstein et al., 2020) oder für eine konkrete Steigerung der wahrgenommenen Altersdiskriminierung: Nur 5 % der Bevölkerung ab 80 Jahren in Deutschland gaben in einer Befragung des Deutschen Alterssurveys an, während der Pandemie aufgrund ihres Alters benachteiligt worden zu sein (Wettstein & Nowossadeck, 2021). Im Rahmen der Studie D80+ gaben 28,4 % der Befragten ab 80 Jahren an, dass sich ihre wahrgenommene Wertschätzung durch die Gesellschaft durch die Coronapandemie verändert hat (Hansen et al., 2020). Allerdings wurde diese Veränderung nicht zwingend negativ, und von manchen sogar positiv erlebt. Dies weist darauf hin, dass einem möglichen Anstieg der Präsenz von negativen Altersstereotypen oder Altersdiskriminierung auch positive Erfahrungen während der Pandemie, etwa von gesteigerter Solidarität, gegenseitigem Schutz und (z.B. nachbarschaftlicher) Hilfsbereitschaft gegenüberstehen könnten.

3.3.2.2 Ziel

In diesem Kapitel wird die wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung der Hochaltrigen in Nordrhein-Westfalen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet.

Zunächst wird die empfundene Wertschätzung während der 1. und 2. Erhebungswelle für die Gesamtgruppe sowie für Teilgruppen Hochaltriger beschrieben und verglichen (*wie hat sich die empfundene gesellschaftliche Wertschätzung Hochaltriger in NRW innerhalb von 2 Jahren entwickelt?*). Dabei wird auch die Bedeutung der Coronapandemie in den Blick genommen (*wie hat sich die empfundene Wertschätzung mit der Coronapandemie verändert?*).

Zudem werden intraindividuelle Veränderungen der empfundenen gesellschaftlichen Wertschätzung zwischen der 1. und 2. Erhebungswelle und deren Prädiktoren untersucht (*wie/wodurch verändert sich empfundene Wertschätzung auf individueller Ebene?*).

3.3.2.3 Methodik

Die Studie NRW80+ ist eine landesweite repräsentative Längsschnittbefragung von hochaltrigen Menschen in Privathaushalten und Heimen in Nordrhein-Westfalen, welche versucht, wichtige Erkenntnislücken in der Hochaltrigkeitsforschung zu schließen. Mit der erneuten Kontaktierung der Teilnehmer:innen der ersten Erhebungsphase erschließen sich für NRW80+ als längsschnittliche Panelstudie mit einer Auffrischungstichprobe neue Möglichkeiten der Analysen. So können nun Trendanalysen und intraindividuelle Veränderungen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten gemessen werden.

Die NRW80+ Studie besteht aus zwei Wellen. In der ersten Welle wurden zwischen 2017 und 2018 1863 Personen persönlich befragt (CAPI), in der zweiten Welle wurden zwischen 2019 und 2021 912 Personen aus der ersten Welle erneut befragt. Zusätzlich kamen 950 Aufstocker:innen hinzu,

von denen 219 Personen, aufgrund der pandemischen Lage, per Fragebogen befragt wurden (FB). Die erste Welle ist anderweitig genauer beschrieben (vgl. Wagner et al. 2018; Hansen et al. 2021). Durch eine Gewichtung der Daten wurde auf das Erhebungs-Design in beiden Wellen, sowie die nicht-Teilnahme und Panelausfall in der zweiten Welle kontrolliert, wodurch eine vermutete soziökonomische Selektivität im Panel (erhöhte nicht-Teilnahme oder Tod von ökonomisch schwächeren) abgeschwächt wird und repräsentative Aussagen für die Bevölkerungsgruppe der über-80-Jährigen in NRW möglich sind (genauere Informationen zur Studie finden sich in Kapitel 2 „Studienbeschreibung“).

Abhängige Variablen (Outcomes)

Teilnehmende der Studie NRW80+ wurden gefragt, inwieweit sie sich von der Gesellschaft gebraucht fühlen und inwieweit sie sich von der Gesellschaft als Last behandelt fühlen, zum Beispiel aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen. Antworten auf die beiden Fragen wurden auf einer 4-stufigen Skala gegeben (1=trifft nicht zu, 2=trifft eher nicht zu, 3=trifft eher zu, 4=trifft genau zu). Ein hoher Wert auf der Variable „sich gebraucht fühlen“ stellt also eine hohe empfundene Wertschätzung dar, auf der Variable „sich wie eine Last behandelt fühlen“ dagegen eine niedrige.

Im schriftlichen Fragebogen, der pandemiebedingt in einem Teil der Aufstockungsstichprobe der 2. Welle eingesetzt wurde (n=219), wurden vor dem Hintergrund der Coronapandemie zwei Fragen ergänzt. Zunächst wurden Teilnehmende danach gefragt, wie stark die Coronapandemie ihr Gefühl, von der Gesellschaft wertgeschätzt zu werden, verändert hat (1=überhaupt nicht, 2=ein wenig, 3=mäßig, 4=stark, 5=sehr stark). Eine anschließende Frage erhob die subjektive Bewertung einer angegebenen Veränderung (1=überwiegend negativ, 2=insgesamt ausgeglichen, 3=überwiegend positiv).

Unabhängige Variablen (Prädiktoren/erklärende Variablen)

Als mögliche Prädiktoren empfundener Wertschätzung wurden die folgenden Gruppen individueller Merkmale ausgewählt. Sie geben Informationen darüber, inwiefern einer Person womöglich von außen die nötigen Ressourcen zugeschrieben werden, den Anforderungen moderner gesellschaftlicher Normen (etwa von Jugendlichkeit, Leistungsfähigkeit und Produktivität) gerecht zu werden und einen „Mehrwert“ oder zumindest keine gesellschaftliche „Belastung“ darzustellen.

- 1) Demographische Angaben: *Geschlecht* (männlich/weiblich) und *Lebensalter* (80-84/85-89/90+).
- 2) Marker von Gesundheit und Pflegebedarf: *Pflegenutzung* (ja/nein) wurde auf Grundlage von Angaben zur Nutzung von Pflegeangeboten im ambulanten oder stationären Setting gebildet. *Multimorbidität* (Anzahl behandelter Krankheiten) wurde mit dem Self-Administered Comorbidity Questionnaire (Sangha et al., 2003) gemessen. Die *kognitive Leistung* (altersadäquat/leichte kognitive Einschränkung/Verdacht auf beginnende Demenz) wurde in Interviews mit Zielpersonen mit dem DemTect (Kalbe et al., 2004) und in Interviews mit Proxypersonen mit der Global Deterioration Scale (Reisberg et al., 1982) erhoben. Zuletzt berücksichtigen wir die *Wohnsituation* (privat/Heim).
- 3) Indikatoren von (produktiver) Aktivität/Leistung: *Vereinsmitgliedschaft* (ja/nein), *Ehrenamt* (ja/nein), Teilnahme an einer *Weiterbildung* (ja/nein), eigene *informelle Pfl egetätigkeit* (ja/nein), *gegebene soziale Unterstützung*: finanziell (ja/nein), praktisch (5-stufige Erhebung der Häufigkeit von 1=nie bis 5=immer), emotional (5-stufige Erhebung der Häufigkeit von 1=nie, 5= immer).

Analysen

Zunächst werden die Niveaus empfundener gesellschaftlicher Wertschätzung zu den verschiedenen Messzeitpunkten (Welle 1: n=1863; Welle 2 vor Coronapandemie: n=1643; Welle 2 während Coronapandemie: n=219) deskriptiv dargestellt. Es werden Werte für die Gesamtgruppe sowie differenziert nach Geschlecht und Alter angegeben. Alle Gruppenunterschiede werden auf statistische Signifikanz geprüft (konventionelles Fehlerniveau 5 %). Für die Teilgruppe, die nach Beginn der Coronapandemie per Fragebogen an der Studie teilgenommen hat, wird auch die

Auswirkung der Pandemie auf die empfundene Wertschätzung deskriptiv beschrieben und auf Gruppenunterschiede untersucht.

In der Teilstichprobe, die sowohl an der ersten als auch an der zweiten Erhebung teilgenommen hat (Panel; n=912), sind Analysen zu intraindividuellen Veränderungen zwischen der ersten und zweiten Erhebungswelle möglich. Hier werden längsschnittliche Vorhersagemodelle gerechnet, die intraindividuelle Unterschiede in der wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung zwischen den Messzeitpunkten erklären. Dabei fließen sowohl interindividuelle Niveauunterschiede zwischen Personen als auch die über die Zeit beobachteten intraindividuellen Veränderungen in den Prädiktoren in die Schätzung mit ein; der Einfluss der Prädiktoren wird als auf die jeweilige abhängige Variable als zu beiden Messzeitpunkten gleich angenommen (sog. random effects models). Um kausale Aussagen abzusichern, werden zur Kontrolle in einem ersten Schritt Modellrechnungen angeschlossen, die nur intraindividuelle Veränderungen (unter Kontrolle interindividueller Niveauunterschiede) und potenziell konfundierende Variablen berücksichtigen (sog. fixed effects models). In einem zweiten Schritt werden Modelle berechnet, die zusätzlich mögliche entgegengesetzte Wirkrichtungen mitberücksichtigen (sog. semi-cross-lagged fixed effects models).

Alle Analysen beruhen auf gewichteten Daten und berücksichtigen die komplexe Stichprobenstruktur. Durch dezidierte Gewichtungen der Daten, die die jeweiligen Auswahl- und Teilnahmewahrscheinlichkeiten berücksichtigen, ist die Repräsentativität der Panel- und Basisstichproben für wesentliche Strukturmerkmale (z.B. Alters- und Geschlechtsverteilung) sichergestellt. Für die Teilgruppe der Aufstockungsstichprobe, die pandemiebedingt schriftlich befragt werden musste, sind generalisierende Aussagen nur beschränkt möglich.

3.3.2.4 Ergebnisse

Trendanalysen für die Wellen des Hochaltrigenpanels

Abbildung 1 und 2 stellen die empfundene gesellschaftliche Wertschätzung zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten dar. Sie unterscheiden dabei zusätzlich zur Erhebungswelle 1 und Erhebungswelle 2 innerhalb letzterer auch zwischen den Befragungen im Zeitraum vor und nach Beginn der Coronapandemie.

Zu jedem Messzeitpunkt fühlte sich die Mehrheit der Hochaltrigen wenig von der Gesellschaft gebraucht (Abbildung 1): In Welle 1 gaben 60 % an, sich eher oder gar nicht gebraucht zu fühlen; in Welle 2 vor Beginn der Coronapandemie waren es 61,6 %. Nach Beginn der Pandemie sank dieser Anteil leicht auf 56,8 %, allerdings stimmten hier auch weniger Hochaltrige der Aussage, sich gesellschaftlich gebraucht zu fühlen, voll zu, während mehr Hochaltrige angaben, dass sie für sie nur „eher“ zutraf.

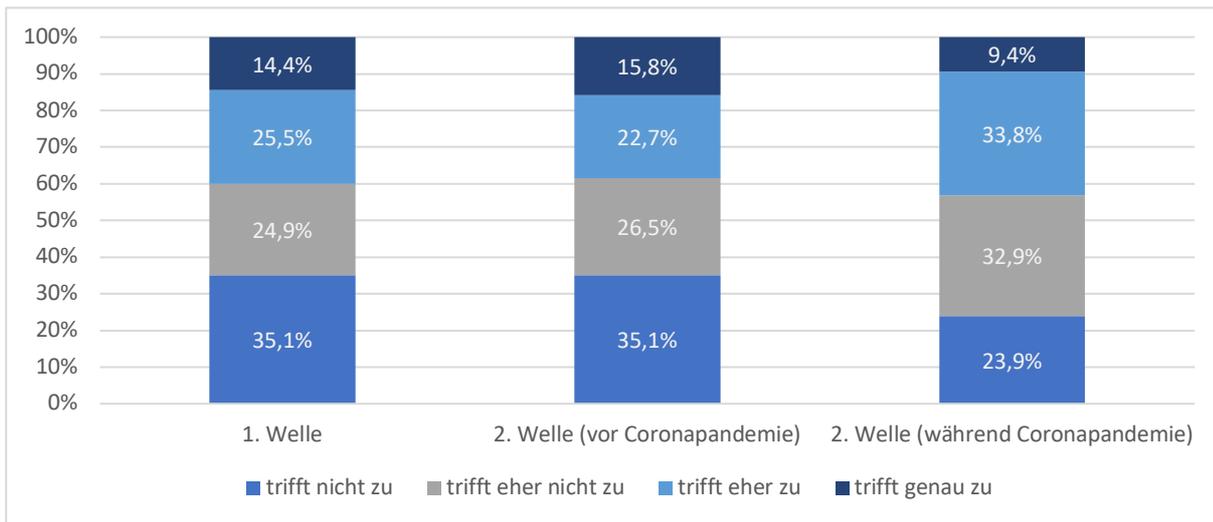


Abbildung 1. Gefühl der Hochaltrigen, von der Gesellschaft gebraucht zu werden, nach Messzeitpunkten. Welle 1: N=1863, Welle 2: N=1862.

Abbildung 2 zeigt, dass zu jedem Messzeitpunkt die Mehrheit der Hochaltrigen nicht das Gefühl hatte, wie eine Last behandelt zu werden (Welle 1: 65,3 %; Welle 2 vor Coronapandemie: 71,2 %; Welle 2 während Coronapandemie: 63,3 %). Dennoch muss zur Kenntnis genommen werden, dass immerhin etwa jede:r Siebte (13,9 %) dieses Gefühl zum ersten Erhebungszeitpunkt (eher oder gänzlich) erlebte. Dieser Anteil blieb in der 2. Welle vor Coronapandemie vergleichbar hoch (13,5%) und sank leicht auf 12,8 % während der Coronapandemie. Nach Ausbruch der Pandemie konnten jedoch auch weniger Hochaltrige die Aussage, sich wie eine Last behandelt zu fühlen, völlig ablehnen (63,3 %) und ein größerer Anteil als zuvor (23,9 %) konnte sie „eher“ bestätigen.

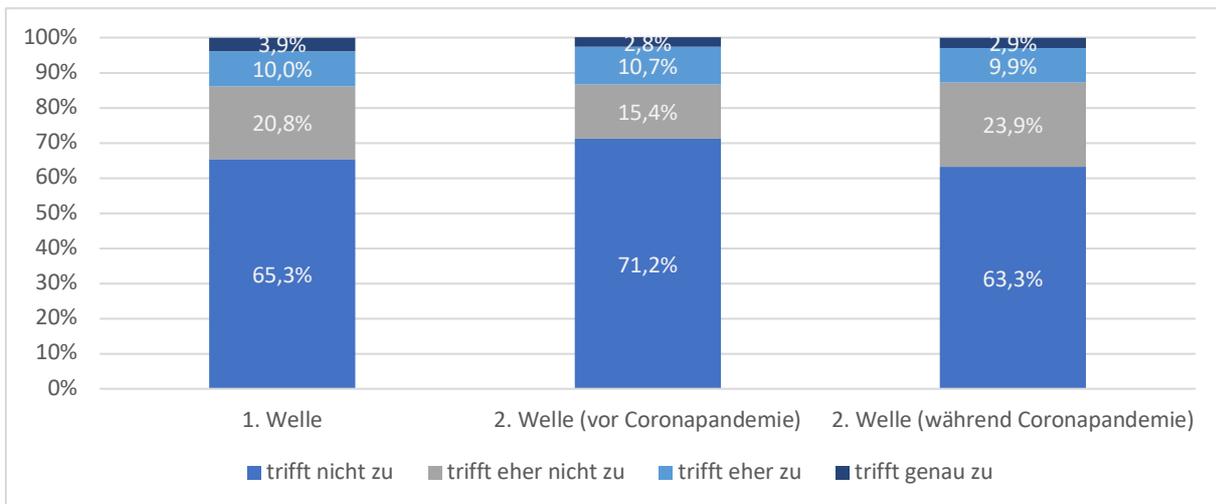


Abbildung 2. Gefühl der Hochaltrigen, von der Gesellschaft als Last behandelt zu werden, nach Messzeitpunkten. Welle 1: N=1863, Welle 2: N=1862.

Abbildung 3 stellt Mittelwerte für das Gefühl, von der Gesellschaft gebraucht zu werden, zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten in der Gesamtgruppe der Hochaltrigen, sowie differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen dar. Es können keine Hinweise auf substanziellen Unterschiede nach Messzeitpunkten in der Gesamtgruppe, in den verschiedenen Altersgruppen und bei hochaltrigen Männern gefunden werden. Lediglich hochaltrige Frauen, die in der 2. Welle während der Pandemie befragt wurden, fühlten sich signifikant stärker gebraucht als solche vor Beginn der Pandemie ($p < .05$). Zu keinem Messzeitpunkt lässt sich ein signifikanter Geschlechterunterschied nachweisen: Hochaltrige Männer und Frauen fühlten sich zu jedem Zeitpunkt vergleichbar gebraucht. Mit Blick auf die Altersgruppen jedoch zeigen sich statistisch bedeutsame Unterschiede: So sinkt in Welle 1 das Gefühl, gebraucht zu werden, über die Altersgruppen ($p < .05$ bzw. $p < .001$). Dies ist ebenso in Welle 2 vor der Pandemie zu beobachten (beide $p < .001$). Nach Beginn der Pandemie fühlen sich

Personen der mittleren Gruppe weniger gebraucht als diejenigen der jüngsten Altersgruppe ($p < .01$); die älteste Gruppe fühlte sich jedoch im Schnitt wieder etwas stärker gebraucht und weist keinen signifikanten Unterschied zur jüngsten oder mittleren Gruppe auf.

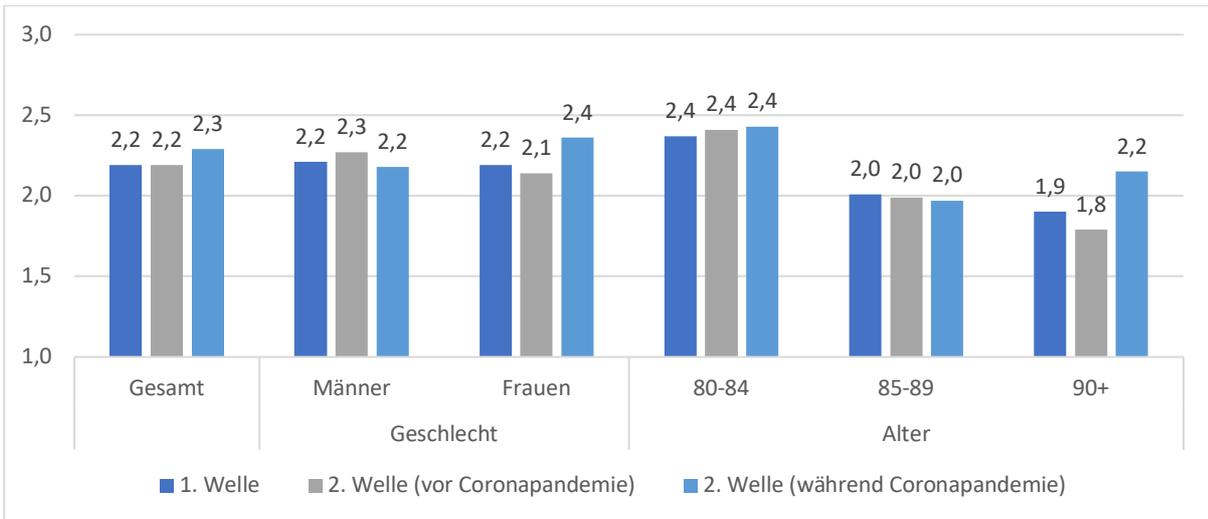


Abbildung 3. Gefühl, gebraucht zu werden (Mittelwert, 1-4) nach Messzeitpunkten, Geschlecht und Lebensalter. Welle 1: N=1863, Welle 2: N=1862.

In Abbildung 4 sind Mittelwerte für das Gefühl, von der Gesellschaft als Last behandelt zu werden, dargestellt. Auch hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten. Ein Geschlechterunterschied lässt sich nur in der 2. Welle für den Zeitraum vor der Coronapandemie nachweisen: Hochaltrige Frauen fühlten sich hier stärker als Last behandelt als Männer ($p < 0.5$). Altersgruppenunterschiede sind für diesen Aspekt der empfundenen gesellschaftlichen Wertschätzung weniger ausgeprägt, lassen sich aber in Welle 1 zwischen der jüngsten und ältesten Gruppe ($p < .05$) sowie in Welle 2 vor Beginn der Pandemie zwischen der jüngsten und mittleren Altersgruppe finden ($p < .001$).

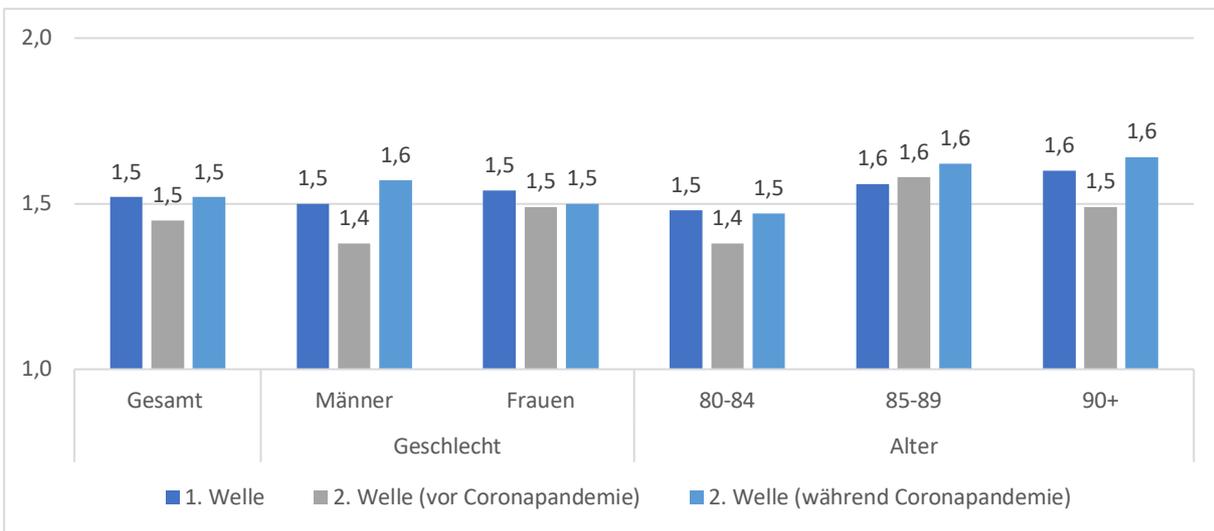


Abbildung 4. Gefühl, als Last behandelt zu werden (Mittelwert, 1-4) nach Messzeitpunkten, Geschlecht und Lebensalter. Welle 1: N=1863, Welle 2: N=1862.

Auswirkungen der Coronapandemie auf die empfundene gesellschaftliche Wertschätzung

Personen, die nach Beginn der Coronapandemie per Fragebogen an der Studie teilnahmen, wurden gefragt, ob die Coronapandemie ihr Gefühl von gesellschaftlicher Wertschätzung beeinflusst hat. Die Mehrheit (66,9 %) der Teilnehmenden dieser schriftlichen Befragung gab an, dass diesbezüglich keine Veränderung stattgefunden hat. Dies gilt auch in den Subgruppen (Abbildung 5). Insgesamt nahm etwa jede:r dritte Hochschultrige eine Veränderung der gesellschaftlichen Wertschätzung durch die Coronapandemie wahr, wobei diese meist nur leicht (16,5 %) oder mäßig (11,8 %) ausfiel.

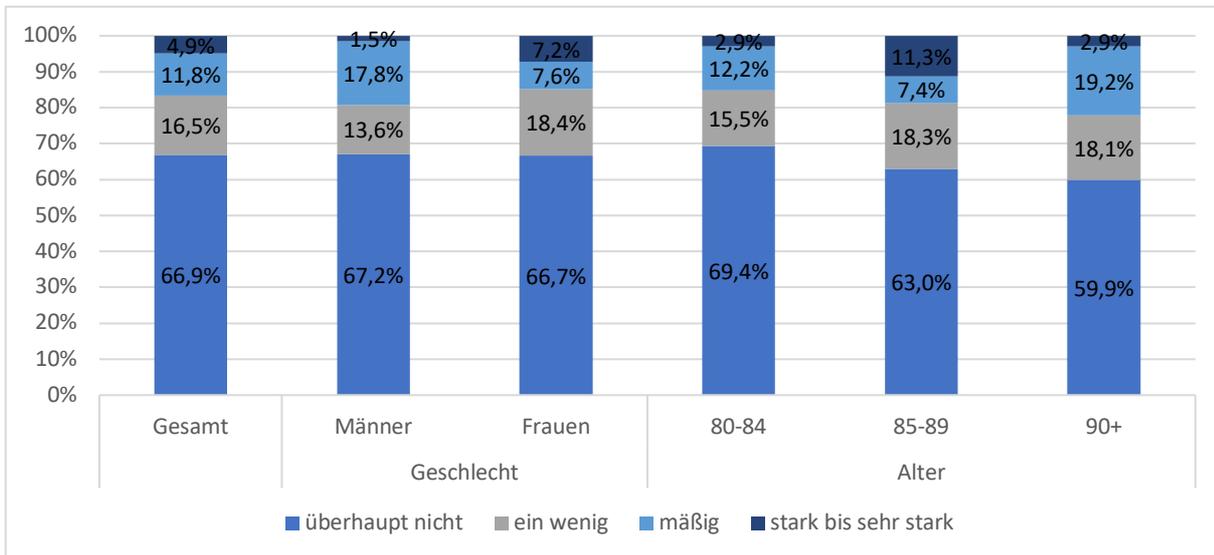


Abbildung 5. Veränderung der empfundenen gesellschaftlichen Wertschätzung durch die Coronapandemie nach Geschlecht und Lebensalter (Basis sind Angaben von Befragten nach Beginn der Coronapandemie; N=219).

Es lassen sich deskriptive Unterschiede in den Gruppen erkennen, die jedoch keine statistische Relevanz haben.

Personen, die eine Veränderung wahrgenommen hatten (also nicht mit „überhaupt nicht“ geantwortet hatten), wurden anschließend nach ihrer subjektiven Bewertung dieser Veränderung gefragt. Der Anteil derjenigen, die diese Veränderung als weder eindeutig positiv noch negativ, sondern als insgesamt ausgeglichen beschreiben, ist hoch (70,9 %). Auch dies lässt sich ebenso in den Subgruppen beobachten (Abbildung 6). Einen statistisch überzufälligen Unterschied gibt es nur zwischen der jüngsten und mittleren Altersgruppe: Letztere nahm die Veränderung der gesellschaftlichen Wertschätzung durch die Coronapandemie im Durchschnitt negativer wahr ($p < .05$).

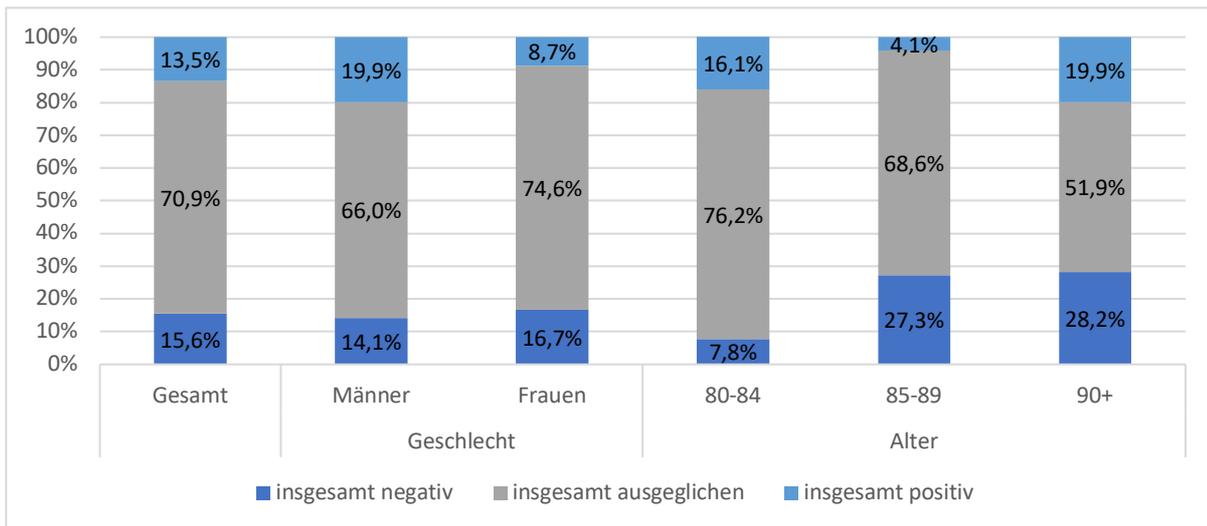


Abbildung 6. Subjektive Bewertung der empfundenen Veränderung der gesellschaftlichen Wertschätzung durch die Coronapandemie nach Geschlecht und Lebensalter (Basis sind Angaben von Befragten nach Beginn der Coronapandemie; N=219).

Insgesamt weisen die Ergebnisse der zusätzlichen Corona-Fragen auf zwei Dinge hin: Erstens scheint die Coronapandemie aus Sicht der Mehrheit der Hochaltrigen keinen Einfluss auf die ihnen entgegengebrachte gesellschaftliche Wertschätzung gehabt zu haben. Zweitens war für den kleineren Teil der Hochaltrigen, die hier eine Veränderung angaben, diese nicht zwingend negativ: Neben Personen, die eine Verschlechterung der gesellschaftlichen Wertschätzung erlebten, gibt es auch solche, die eine positive Entwicklung erlebten – und für einen Großteil dieser Gruppe war diese Veränderung ambivalent, d.h. insgesamt weder eindeutig positiv noch negativ.

Anfang 2021 wurde eine Folgebefragung derjenigen, die während der Coronapandemie an der schriftlichen Befragung teilgenommen hatten, durchgeführt. Von insgesamt 67 Personen konnten solche „Follow-Up“ Informationen eingeholt werden, davon machten 62 Personen erneut Angaben zur Beeinflussung ihrer empfundenen gesellschaftlichen Wertschätzung durch die Pandemie. Aufgrund der kleinen Teilgruppengröße sind generalisierende Aussagen auf Basis dieser Daten nur sehr eingeschränkt möglich; dennoch sollen zumindest explorativ intraindividuelle Veränderungen im Verlauf der Pandemie analysiert werden.

Die Ergebnisse bekräftigen den Eindruck aus der ersten Befragung, dass sehr viele Hochaltrige entweder keine Veränderung der gesellschaftlichen Wertschätzung wahrnehmen oder diese als insgesamt ausgeglichen bewerten: Auch in der Zweitbefragung fühlten sich 90,1 % genauso wertgeschätzt wie vor der Pandemie. Nur 2,4 % der Teilnehmenden fühlten sich weniger wertgeschätzt und 7,6 % sogar stärker wertgeschätzt. Von denjenigen, die zunächst noch keine Veränderung angegeben hatten, fühlten sich zum Zeitpunkt der Follow-Up-Erhebung 2,8 % weniger wertgeschätzt und 8,3 % stärker wertgeschätzt. Mit 88,9 % gab die Mehrheit dieser Gruppe jedoch auch bei der zweiten Befragung keine Veränderung an. Personen, die bereits in der ersten Befragung eine Veränderung angaben, gaben im Follow-Up 95,0 % keine Veränderung mehr an. 5% von ihnen fühlten sich jedoch stärker wertgeschätzt.

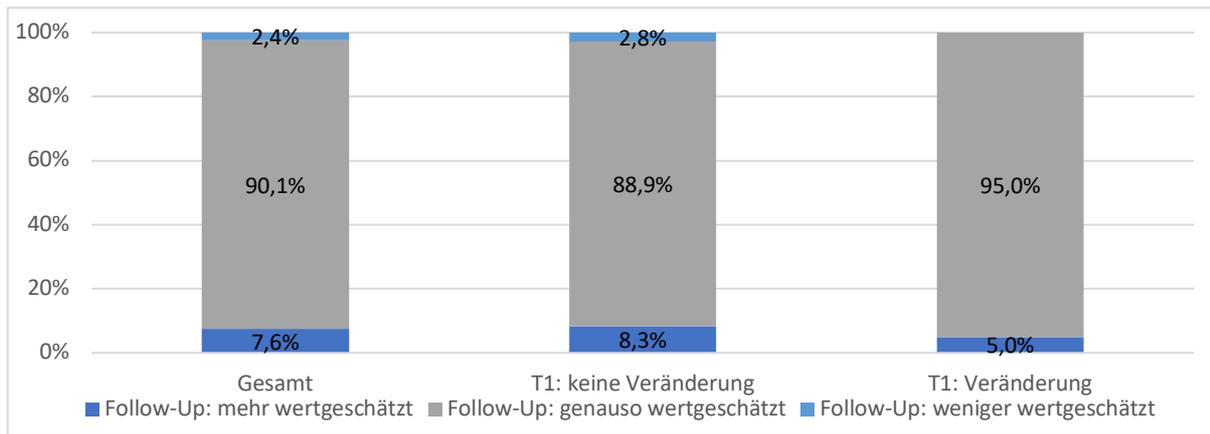


Abbildung 7. Einschätzung der Veränderung der empfundenen gesellschaftlichen Wertschätzung durch die Coronapandemie Ende 2020 (T1) und Anfang 2021 (T2/Follow-Up). Basis sind 62 von 215 Personen, die zweifach befragt werden konnten.

Intraindividuelle Veränderungen in der empfundenen gesellschaftlichen Wertschätzung

Eine Betrachtung der Personen, die sowohl zu Welle 1 als auch zu Welle 2 an der Studie teilgenommen haben (Panel; n=912), ermöglicht es, intraindividuelle Verläufe der empfundenen gesellschaftlichen Wertschätzung über die betrachteten 2 Jahre hinweg und mögliche Risiko- bzw. Schutzfaktoren zu untersuchen. Reissmann et al. (2021) analysierten anhand der Daten der 1. Welle des NRW-Hochaltrigenpanels bereits querschnittlich, durch welche Prädiktoren die beiden Aspekte gesellschaftlicher Wertschätzung vorhergesagt werden können. Insgesamt untermauern die Ergebnisse dieser Untersuchung die Vermutung, dass die Wertschätzung, die Hochaltrigen von der Gesellschaft entgegengebracht wird, vom individuellen Engagement für Andere sowie von verschiedenen Gesundheitsmarkern (und der damit verbundenen (möglichen) Nutzung gesellschaftlicher Ressourcen, z.B. im Sinne von Pflegeleistungen, Gesundheitskosten) abhängt. Im Folgenden soll nun auch die längsschnittliche Entwicklung der individuellen Erfahrung von gesellschaftlicher Wertschätzung in Abhängigkeit dieser möglichen Prädiktoren und deren intraindividuelle Veränderung über die Zeit untersucht werden. Die Coronapandemie spielt dabei für die Interpretation dieser Daten keine Rolle, da die Panelbefragungen bereits vor Beginn der Pandemie abgeschlossen waren.

Tabelle 1 zeigt, dass das Gefühl, gebraucht zu werden, im Panel zu Welle 1 leicht über der Mitte der 4-stufigen Skala (M=2,15) lag, jedoch zur 2. Welle signifikant sank (M=1,97). Für über die Hälfte (56,0 %) der Panelteilnehmenden veränderte sich dieser Aspekt der gesellschaftlichen Wertschätzung zwischen den Wellen. Dahingegen veränderte sich das Gefühl, wie eine Last behandelt zu werden, nicht systematisch und verblieb auf der 4-stufigen Skala im Mittel recht stabil ausgeprägt (Welle 1: M=1,56; Welle 2: MW=1,53). Jedoch erlebten auch hier 41,9 % der Teilnehmenden eine intraindividuelle Veränderung.

Mit Blick auf die Gesundheitsindikatoren sind einige signifikante Verluste über den Zweijahreszeitraum zu beobachten. Im Vergleich zur 1. Welle nutzte in der 2. Welle ein größerer Anteil der Panelteilnehmenden formale Unterstützungsangebote (36,8 % vs. 46,8 %) oder wohnte in einer Pflegeeinrichtung (13,1 % vs. 16,2 %). Insgesamt verschlechterte sich auch die kognitive Gesundheit der Untersuchungsgruppe hin zu mehr Personen mit leichter kognitiver Einschränkung oder Verdacht auf beginnende Demenz (veränderte kognitive Leistung bei 25 % der Teilnehmenden). Für die Anzahl der behandelten Krankheiten (Multimorbidität) zeigt sich im Mittel keine Veränderung auf statistisch signifikantem Niveau.

Die Anteile von Personen, die sich in einem Verein oder Ehrenamt engagierten, nahmen zur 2. Welle hin insgesamt signifikant ab: Zum Zeitpunkt der ersten Erhebung waren 26,3 % in einem Verein und 13,7 % ehrenamtlich aktiv, in Welle 2 waren es nur noch 22,8 bzw. 11,1 %. Auch sank die Häufigkeit, mit der Hochaltrige Andere emotional (M=2,58 vs. M=2,46) und, stärker noch, praktisch (M=2,08 vs.

M=1,80) unterstützten über den betrachteten Zeitraum. Gegebene finanzielle Unterstützung, ebenso wie die Teilnahme an einer Weiterbildung und informelle Pfllegetätigkeit, änderten sich für die Gesamtgruppe des Panels nicht auf signifikantem Niveau.

Tabelle 1 Mittelwerte und prozentuale Verteilungen der Analysestichprobe (N=912).

		1. Welle	2. Welle	Personen ohne Veränderung (%)
Gefühl, gebraucht zu werden	M	2,15	1,97	44,0
Gefühl, als Last behandelt zu werden	M	1,56	1,53	58,1
Pflegenutzung	ja (%)	36,8	46,8	83,7
	nein (%)	63,1	53,2	
Multimorbidität	M	0,19	0,18	20,4
Kognition	normal (%)	66,7	60,4	81,6
	MCI (%)	15,9	16,8	34,6
	Demenz (%)	17,4	22,8	85,3
Wohnform	Privat (%)	86,9	83,8	95,1
	Heim (%)	13,1	16,2	
Vereinsmitgliedschaft	ja (%)	26,3	22,8	82,1
	nein (%)	73,7	77,2	
Ehrenamt	ja (%)	13,7	11,1	89,6
	nein (%)	86,3	88,9	
Weiterbildung	ja (%)	9,9	7,4	89,3
	nein (%)	90,1	92,6	
Priv. Pfllegetätigkeit	ja (%)	6,1	5,2	95,5
	nein (%)	93,9	94,8	
<i>Gegebene Unterstützung:</i>				
emotional	M	2,58	2,46	39,5
praktisch	M	2,08	1,80	53,7
finanziell	ja (%)	34,2	34,3	71,3
	nein (%)	65,8	65,7	
Geschlecht	männlich (%)	35,7	35,7	100
	weiblich (%)	64,3	64,3	100
Alter	80-84 (%)	52,8	35,0	66,4
	85-89 (%)	31,2	36,7	60,9
	90+ (%)	16,0	28,2	100

Anmerkungen. Panelgewichtete Daten. M= Mittelwert. *** p<.001 ** p<.01 p<.05

Abbildung 8 stellt näher dar, wie sich die empfundene gesellschaftliche Wertschätzung für die Panelteilnehmenden intraindividuell entwickelt hat. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt fühlten sich 32,6 % der Hochaltrigen weniger gebraucht als zum Zeitpunkt der ersten Erhebung; 23,4 % fühlten sich stärker gebraucht und für 44,0 % hatte sich an dieser Einschätzung nichts geändert. Das Gefühl, wie eine Last behandelt zu werden, ist für 22,3 % der Panelteilnehmenden zwischen den Erhebungszeiträumen gesunken, für 19,8 % gestiegen und für die Mehrheit von 58,1 % unverändert geblieben.

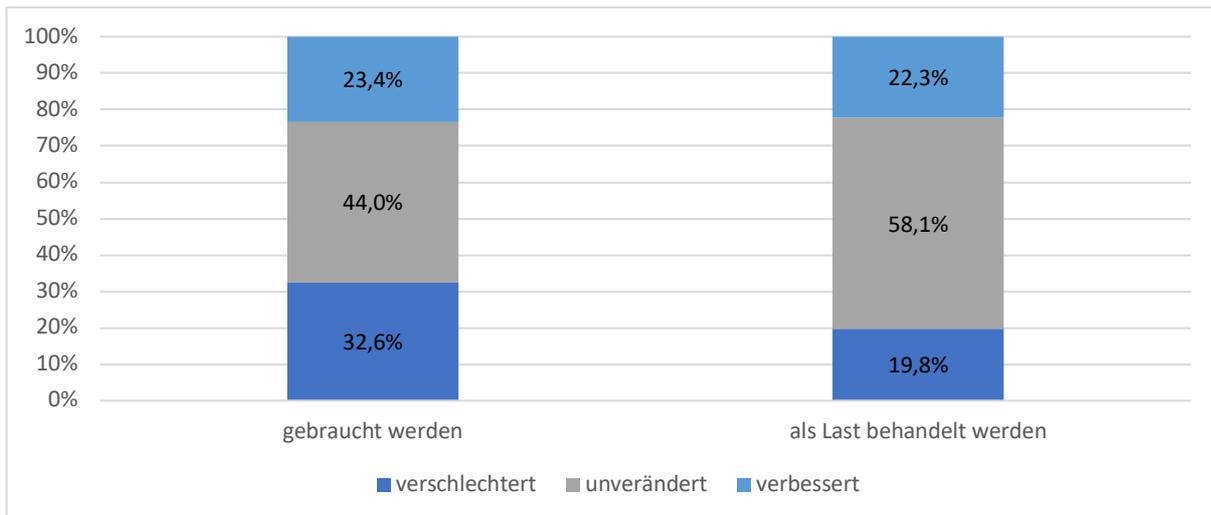


Abbildung 8. Intraindividuelle Veränderungen von gesellschaftlicher Wertschätzung von wiederholt befragten Personen (N=912).

In Tabelle 2 sind die geschätzten Zusammenhänge der beiden Aspekte gesellschaftlicher Wertschätzung mit den gewählten Prädiktoren dargestellt. Die Modelle geben Aufschluss darüber, von welchen der betrachteten soziodemographischen, gesundheitlichen und aktivitätsbezogenen Merkmale die Entwicklung empfundener gesellschaftlicher Wertschätzung in der Phase der Hochaltrigkeit abhängt.

Für die Vorhersage des Gefühls, gebraucht zu werden, ist die Altersgruppenzugehörigkeit bedeutsam: Für die älteren beiden Altersgruppen entwickelt es sich im Vergleich zur Gruppe der 80-84-Jährigen stärker in eine negative Richtung. Für hochaltrige Frauen und Männer zeigt sich jedoch kein systematischer Unterschied im Verlauf dieses Aspekts gesellschaftlicher Wertschätzung. Unter den Gesundheitsindikatoren ist nur der kognitive Status ein signifikanter Prädiktor: Schlechtere kognitive Leistung hängt mit einem geringeren Gefühl, gebraucht zu werden, zusammen. Für Pflegenutzung, Multimorbidität und das Wohnen in einer Pflegeinstitution hingegen kann kein signifikanter Einfluss nachgewiesen werden. Mehr als die genannten demographischen und gesundheitlichen Merkmale sind jedoch Indikatoren von Aktivität und produktiver Leistung bedeutsam für die Entwicklung des Gefühls, gebraucht zu werden: Vereinsmitgliedschaft, Ehrenamt, sowie gegebene praktische und emotionale Unterstützung gehen mit einem stärkeren Gefühl, gebraucht zu werden, einher. Von der Teilnahme an einer Weiterbildung, eigener informeller Pfl egetätigkeit und finanzieller Unterstützung Anderer scheinen Hochaltrige jedoch nicht im Sinne eines gesteigerten Gefühls, von der Gesellschaft gebraucht zu werden, zu profitieren.

Für die Entwicklung des Gefühls, wie eine Last behandelt zu werden, kann keine statistische Bedeutsamkeit der demographischen Merkmale nachgewiesen werden. Anders als für das Gefühl, gebraucht zu werden, sind hier die Multimorbidität (also eine höhere Anzahl behandelter Krankheiten) sowie das Leben in einem Heim signifikante Prädiktoren – sie sagen ein stärkeres Gefühl, wie eine Last behandelt zu werden, vorher. Zudem sind hier im Vergleich zum ersten Modell weniger Indikatoren von produktiver Aktivität (und mit kleinerem Betagewicht) beteiligt. Für Vereinsmitgliedschaft und Ehrenamt kann jedoch auch hier eine positive Wirkung im Sinne eines geringeren Gefühls, wie eine Last behandelt zu werden, nachgewiesen werden.

Tabelle 2. Vorhersagemodelle für empfundene gesellschaftliche Wertschätzung (N=912).

		Gebraucht werden	Als Last behandelt werden
		STB	STB
<i>Demographische Merkmale</i>	Geschlecht (Ref. Männlich)	0,01	0,02
	Altersgruppe 85-89 (Ref. 80-84)	-0,08	-0,00
	Altersgruppe 90+ (Ref. 80-84)	-0,05	-0,03
<i>Gesundheitsindikatoren</i>	Pflegenutzung	-0,02	0,06
	Multimorbidität	-0,03	0,24
	Kognition (1= normal, 3=Demenz)	-0,09	0,05
	Wohnsituation (0=privat, 1=Heim)	-0,04	0,09
<i>Aktivität/ produktive Leistung</i>	Vereinsmitgliedschaft	0,13	-0,09
	Ehrenamt	0,12	-0,08
	Weiterbildung	0,04	-0,02
	Pflegetätigkeit	-0,03	0,03
	Finanzielle Unterstützung	-0,01	-0,01
	Praktische Unterstützung	0,15	-0,02
	Emotionale Unterstützung	0,13	-0,01
Modellaufklärung	R ² (W1/W2)	0,47/0,43	0,37/0,35
Modellfit	Akaike's AIC	24718,1	27452,5
Modellfit	Bayesian BIC	25323,2	29064,8

Anmerkung. Panelgewichtete Daten. Signifikante Schätzungen auf 5 % Fehlerniveau sind fettgedruckt.

Alle in Tabelle 2 als signifikant aufgeführten Prädiktoren behielten in den anschließend gerechneten fixed-effects-Modellen und semi-cross-lagged fixed-effects-Modellen ihre Signifikanz. Die gefundenen Effekte hielten also der Berücksichtigung nur von intraindividuellen Veränderungen (unter Kontrolle von interindividuellen Niveauunterschieden) und möglichen entgegengesetzten Wirkrichtungen stand. Sie können damit als robust gelten und kausal interpretiert werden. So lassen sich die Befunde wie folgt zusammenfassen:

Personen insbesondere der älteren Altersgruppen fühlen sich weniger von der Gesellschaft gebraucht. Zudem führen intraindividuelle Verluste in kognitiver Leistung zu einer geringeren empfundenen Wertschätzung. Steigendes Engagement (in einem Verein, Ehrenamt oder in Form von praktischer oder emotionaler sozialer Unterstützung) führt hingegen zu einem stärkeren Gefühl, gebraucht zu werden. Steigende Multimorbidität, der Umzug in ein Heim, sowie abnehmendes Engagement in einem Verein oder Ehrenamt verstärken das Gefühl, von der Gesellschaft als Last behandelt zu werden.

3.3.2.5 Diskussion und Empfehlungen

Der vorliegende Beitrag zeigt, dass die meisten der Hochaltrigen in NRW sich nicht von der Gesellschaft gebraucht fühlen. Zwar fühlt sich nur ein kleiner Teil der Hochaltrigen in NRW wie eine Last behandelt – dennoch ist bedenklich, dass immerhin etwa jede:r Siebte der Hochaltrigen dieses Gefühl erlebt. Zwischen 2017/18 und 2019/20 hat sich die empfundene gesellschaftliche Wertschätzung außerdem nicht verbessert. Mehr politische Aufmerksamkeit und aktiver Einsatz für ein besseres gesellschaftliches Altersklima scheinen notwendig.

Mit steigendem Alter nimmt das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, außerdem noch zu. Dies gilt ebenso bei abnehmender kognitiver Gesundheit oder wenn kein Engagement in einem Verein, Ehrenamt oder in Form von sozialer Unterstützung (mehr) ausgeführt wird oder werden kann. Ältere Gruppen fühlen sich außerdem tendenziell stärker als Last behandelt. Im intraindividuellen Verlauf führen der Anstieg von Krankheiten, ein Umzug in ein Heim, sowie sinkendes Engagement in einem

Verein oder in Form eines Ehrenamtes dazu, dass Hochaltrige stärker erleben, dass die Gesellschaft sie als Last behandelt.

Die Relevanz des Gesundheitszustands sowie eines engagierten Lebensstils für die gesellschaftliche Wertschätzung, die Hochaltrige empfinden, illustriert die Problematik, die im Zusammenhang mit vorherrschenden Altersbildern und gesellschaftlichen Normen aufgerissen wurde. Sie verdeutlicht den Erwartungsdruck, der offenbar auch auf sehr alten Menschen lastet: Der Gesellschaft einerseits nicht zur Last zu fallen und andererseits etwas zum Wohle Anderer zu tun. Dies kann zur Diskriminierung derjenigen führen, die dies nicht erfüllen (können) (Fürstenberg, 2012; Jönson & Taghizadeh, 2019; van Dyck, 2014). In einem Artikel in der Berliner Zeitung beschreibt eine Seniorin dies aus ihrer Sicht anhand eigener Erlebnisse. Dort schreibt sie etwa: „Wer nicht mehr zum Bruttosozialprodukt beiträgt, wird nicht mehr umgarnt. Als Rentenabzocker wird man wahrgenommen, als diejenigen, die zwar ihr Leben lang gearbeitet haben, aber nun nicht mehr gebraucht werden (...)“ (Mayer, 2022). Die Bewertung von Menschen auf Grundlage ihrer *Nützlichkeit* oder *Leistungsfähigkeit* ist ethisch problematisch – selbstverständlich nicht nur bezogen auf ältere Menschen. Doch werden gerade der älteren Generation Maßstäbe der jüngeren Generation übergestülpt, geraten die für das Alter ganz eigenen Qualitäten aus dem Blick (z.B. Kruse, 2017).

Ein Mangel an gesellschaftlicher Wertschätzung von älteren Menschen hängt auch mit den vorwiegend negativ geprägten Altersbildern zusammen. Der Abbau pauschaler Altersbilder in der Gesellschaft würde daher nicht nur eine realistischere Wahrnehmung älterer Menschen ermöglichen – er würde auch zu einer höher empfundenen Wertschätzung Hochaltriger durch die Gesellschaft führen und somit zu einer besseren Lebensqualität im hohen Alter beitragen. Für die Reduktion von Altersbildern wurden bereits viele Maßnahmen vorgeschlagen. Dabei muss beachtet werden, dass Altersbilder auf verschiedenen Wegen wirken. Erstens beeinflussen sie das Verhalten gegenüber älteren Menschen und führen bis hin zu Stigmatisierung und Diskriminierung (Angus & Reeve, 2006). Die hier darstellten Ergebnisse illustrieren dabei die häufige Verflechtung von Ageismus (Ungleichbehandlung aufgrund des Lebensalters) und Ableismus (Ungleichbehandlung aufgrund körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung) (Jönson & Taghizadeh, 2019). Nützlich für die Auflösung pauschaler, negativer Altersbilder können etwa Bildungsinitiativen an Schulen, intergenerationale Programme oder realistischere Darstellung von älteren Menschen in der Medienwelt (Bai, 2014) sein; vorgeschlagen wurde gar ein eigens zur gezielten Bekämpfung von Stereotypen einzusetzendes politisches Amt (Levy, 2017). Zweitens internalisieren Personen gesellschaftliche Altersbilder auch als Altersselbstbilder (Bai, 2014; Weiss & Kornadt, 2018; Wurm et al., 2013). Sie haben dadurch selbst negative Erwartungen an das Alt-Sein und -Werden, die nachweislich das Selbstbild und die weitere eigene Entwicklung beeinflussen. Als Folge der Konfrontation mit negativen Altersbildern verstärkt ein negatives Selbstbild wiederum die Erwartung, von Anderen negativ bewertet zu werden (Frey & Tropp, 2006). Wichtig ist also auch die Sensibilisierung älterer Menschen selbst für Altersstereotype, deren Erscheinungsformen und Konsequenzen sowie Internalisierungsprozesse, um ihr Selbstbild zu stärken und sich besser gegen stereotype Behandlung schützen zu können (Bai, 2014).

Grundsätzlich erfreulich scheint der Befund, dass – entgegen mancher Befürchtung – der Großteil der Hochaltrigen angab, dass sich ihr Gefühl von gesellschaftlicher Wertschätzung durch die Coronapandemie nicht verschlechtert hat. Auch der Vergleich der Angaben von vor und während der Pandemie Befragten geben hierauf keinen Hinweis. Dies steht im Einklang mit Ergebnissen aus der Studie D80+ (Hansen et al., 2021) und dem Befund des Deutschen Alterssurveys, dass die Coronapandemie nicht zu einer erhöhten Altersdiskriminierung beigetragen hat (Wettstein & Nowossadeck, 2021). Nur etwa jede:r Dritte nahm eine Veränderung der gesellschaftlichen Wertschätzung durch die Pandemie wahr, wobei diese (wie auch bei den Befragten in D80+) nicht zwingend in eine negative Richtung zu interpretieren ist, sondern für manche sogar positiv verlief und durch die meisten als insgesamt ausgeglichen bewertet wurde. Dennoch sollte die Kommunikation über ältere Menschen auch im Zusammenhang mit der Coronapandemie im Blick behalten werden. Negative Auswirkungen einer ungünstigen Heranziehung des pauschalen Kriteriums „Alter“ in der Pandemie können einen generalisierenden und diskriminierenden Diskurs

intensivieren (Spuling et al., 2020), werden möglicherweise lediglich durch parallele positive Entwicklungen nur ausgeglichen und sollten demnach dennoch vermieden werden. Auch in Zeiten der Pandemie ist die Kommunikation eines differenzierten Altersbildes angemessen (Tesch-Römer et al., 2020) und wichtig für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung.

Literaturverzeichnis

- Angus, J. & Reeve, P. (2006). Ageism. A Threat to "Aging Well" in the 21st Century. *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 137–152.
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2021). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), 49–52.
- Bai, X. (2014). Images of ageing in society: A literature review. *Journal of Population Ageing*, 7(3), 231–253.
- Benke, C., Autenrieth, L. K., Asselmann, E., & Pané-Farré, C. A. (2020). Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research*, 293, 113462.
- Brooke, J. & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2044–2046.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. (Drucksache / Deutscher Bundestag, 17/3815)*. Berlin.
- Chu, C., Buchmann-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P. et al. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345.
- Cohen, R., Bavishi, C. & Rozanski, A. (2016). Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events. A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 122–133.
- Finkelstein, L. M., Ryna, K. M. & King, E. B. (2013). What do the young (old) people think of me? Content and accuracy of age-based metastereotypes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(6), 633–657.
- Frey, F. E. & Tropp, L. R. (2006). Being Seen As Individuals Versus As Group Members: Extending Research on Metaperception to Intergroup Contexts. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 265–280.
- Fürstenberg, F. (2013). Hochaltrigkeit als Akzeptanzproblem. Ein Thesenpapier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 16–20.
- Ganzeboom, H. B. G. (2010). A new international socio-economic index (ISEI) of occupational status for the international standard classification of occupation 2008 (ISCO-08) constructed with data from ISSP 2002-2007. With an analysis of quality of occupational measurement in ISSP. Paper presented at Annual Conference of International Social Survey Programme, Lisbon, May 1 2010.
https://www.researchgate.net/publication/242660186_A_new_International_Socio-Economic_Index_ISEI_of_occupational_status_for_the_International_Standard_Classification_of_Occupation_2008_ISCO-08_constructed_with_data_from_the_ISSP_2002-2007. Retrieved: 11th November 2020
- Gilan, D., Röthke, N., Blessin, M., Kunzler, A., Stoffers-Winterling et al. (2020). Psychomorbidity, resilience, and exacerbating and protective factors during the SARS-CoV-2 pandemic. *Deutsches Ärzteblatt international*, 117(38), 625–632.
- Haber, C. (1983). *Beyond Sixty-Five. The Dilemma of old Age in America's Past*. Cambridge, New York and Melbourne, Cambridge University Press.
- Hansen, S., Schäfer, N., & Kaspar, R. (2021). *Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen. (D80+ Kurzberichte, 1)*. Köln, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne

- Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaoar-75927-0>
- Jimenez-Sotomayor, M. R., Gomez-Moreno, C. & Soto-Perez-de-Celis, E. (2020). Coronavirus, ageism, and Twitter: An evaluation of tweets about older adults and COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8), 1661–1665.
- Jönson, H. & Taghizadeh Larsson, A. (2019). Ableism and Ageism. In: D. Gu & M. E. Dubre (Hrsg.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Cham, Springer Nature Switzerland.
- Kalbe, E., Kessler, J., Calabrese, P., Smith, R., Passmore, A. P. et al. (2004). DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 136–143.
- Kruse, A. (2017) *Lebensphase Hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin, Springer.
- Lamont, R. A., Swift, H. J. & Abrams, D. (2015). A Review and Meta-Analysis of Age-Based Stereotype Threat: Negative Stereotypes, Not Facts, Do the Damage. *Psychology and Aging*, 30(1), 180–193.
- Levy, B. R. (2017). Age-Stereotype Paradox. Opportunity for Social Change. *The Gerontologist*, 57(S2), 118–126.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R. & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261–270.
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D. & Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological Science*, 20(3), 296–298.
- Martinson, M. & Halpern, J. (2011). Ethical implications of the promotion of elder volunteerism: A critical perspective. *Journal of Aging Studies*, 25, 427–435.
- Mayer, C. (2022). *Die alltägliche Verzweiflung: Ältere Menschen werden systematisch gemobbt*. Zugriff am 19.04.2022, <https://www.berliner-zeitung.de/open-source/die-alltaegliche-verzweiflung-aeltere-menschen-werden-systematisch-gemobbt-li.218984>
- Meisner, B. A. (2021). Are you ok, Boomer? Intensification of ageism and intergenerational tensions on social media amid COVID-19. *Leisure Sciences*, 43(1-2), 56–61.
- Neise, M., Janhsen, A., Geithner, L., Schmitz, W., & Kaspar, R. (2019). Lebensqualitäten in der Hochaltrigkeit. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.), *Alternsforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (1. Aufl., S. 581–604). Baden-Baden, Nomos.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma Consciousness. The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114–128.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139.
- Reissmann, M., Geithner, L., Storms, A. & Woopen, C. (2021). Stereotypes about Very Old People and Perceived Societal Appreciation in Very Old Age. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54 (S2), 93–100.
- Sangha, O., Stucki, G., Liang, M. H., Fossel, A. H. & Katz, J. N. (2003). The self-administered comorbidity questionnaire: A new method to assess comorbidity for clinical and health services research. *Arthritis Care & Research*, 49, 156–163.
- Spuling, S. M., Wettstein, M. & Tesch-Römer, C. (2020). *Altersdiskriminierung und Altersbilder in der Corona-Krise. (DZA-Fact Sheet)*. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Tesch-Römer, W., Vogel, C., Wettstein, M. & Spuling, S. (2020). *Alte Menschen sind unterschiedlich, auch in der Corona-Krise. (DZA-Fact Sheet)*. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Thornton, J. E. (2002.) Myths of Aging or Ageist Stereotypes. *Educational Gerontology*, 28, 301–312.
- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P., Strandberg, T. E. & Pitkala, K. H. (2012). Positive life orientation predicts good survival prognosis in old age. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(1), 133–137.
- Vorauer, J. D., Hunter, A. J., Main, K. J. & Roy, S. A. (2000). Meta-Stereotype Activation: Evidence From Indirect Measures for Specific Evaluative Concerns Experienced by Members of Dominant Groups in Intergroup Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), 690–707.

- Vorauer, J. D. & Kumhyr, S. M. (2001). Is This About You or Me? Self- Versus Other-Directed Judgments and Feelings in Response to Intergroup Interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(6), 706–719.
- Vorauer, J. D., Main, K. J. & O'Connell, G. B. (1998). How Do Individuals Expect to Be Viewed by Members of Lower Status Groups? Content and Implications of Meta-Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(4), 917–937.
- Weiss, D., Kornadt, A.E. (2018). Age-Stereotype Internalization and Dissociation: Contradictory Processes or Two Sides of the Same Coin? *Current Directions in Psychological Science*, 27(6), 477–483.
- Wettstein, M. & Nowossadeck, S. (2021). *Altersdiskriminierung in der Pandemie ist nicht die Regel – Jede zwanzigste Person in der zweiten Lebenshälfte berichtet erfahrene Benachteiligung wegen ihres Alters. DZA Aktuell 06/2021*. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Wettstein, M., Vogel, C., Nowossadeck, S., Spuling, S. M., & Tesch-Römer, C. (2020). *Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise? – Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus. DZA Aktuell 01/2020*. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Wurm, S., Tomasik, M. J. & Tesch-Römer, C. (2008). Serious health events and their impact on changes in subjective health and life satisfaction: the role of age and a positive view on ageing. *European Journal of Ageing*, 5, 117–127.
- Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K. & Schüz, B. (2013). How Do Negative Self-Perceptions of Aging Become a Self-Fulfilling Prophecy? *Psychology and Aging*, 28(4), 1088–1097.
- Xiang, X., Lu, X., Halavanau, A., Xue, J., Sun, Y., Lai, P. H. L. & Wu, Z. (2021). Modern senicide in the face of a pandemic: An examination of public discourse and sentiment about older adults and COVID-19 using machine learning. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(4), 190–200.

3.3.3 Gelingende Lebensführung: Autonomie und aktive Verbundenheit

Roman Kaspar, Veronica Oswald & Marcella Reissmann

Kernbefunde

- Obwohl sich das Autonomieerleben der meisten hochaltrigen Menschen (63,8 %) über 2 Jahre hinweg nicht verändert, sinkt die für die Gesamtgruppe älterer Menschen beobachtete mittlere wahrgenommene Autonomie über diesen Zeitraum. Auch für die aktive Verbundenheit mit dem Leben lassen sich nach zwei Jahren im Durchschnitt geringere Werte beobachten als noch zur Erstbefragung.
- Männer und hochaltrige Menschen mit einer höheren Alltagsselbständigkeit weisen im sehr hohen Lebensalter eine höhere aktive Verbundenheit mit dem eigenen Leben auf. Nur für Verluste in der Alltagsselbständigkeit konnten auch zeitgleiche Veränderungen im Sinne eines Verlustes von Verbundenheit mit dem Leben nachgewiesen werden, was als stärkerer Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang gewertet werden kann. Ein systematischer/robuster Zusammenhang von Lebensverbundenheit und gegebener oder erhaltener Unterstützung findet sich dagegen nicht.
- Interindividuelle Unterschiede in der subjektiven Gesundheit, der Alltagsselbständigkeit sowie dem Ausmaß und der Reziprozität der erhaltenen emotionalen Unterstützung scheinen für die erlebte Autonomie im sehr hohen Alter bedeutsam. Nur für die funktionale Gesundheit (Alltagsselbständigkeit) konnten dabei auch robuste kausale Beziehungen zu intraindividuellen Veränderungen des Autonomieerlebens nachgewiesen werden. Der Zusammenhang zwischen erhaltener emotionaler Unterstützung und erlebter Autonomie stellt sich unterschiedlich stark dar, je nachdem wie reziprok emotionale Unterstützungsleistungen gestaltet sind. Besonders ungünstig wirkt sich erhaltene emotionale Unterstützung auf die Autonomie aus, wenn nicht gleichzeitig auch ein gewisses Maß an Trost „zurückgegeben“ werden kann.

3.3.3.1 Einleitung

Dieses Kapitel gilt abschließend einem dritten Bereich von Lebensqualitätsresultaten, der durch das CHAPO-Modell berücksichtigt wird: der *Gelingenden Lebensführung*. Neben den subjektiven und externalen Bewertungen des Lebens zielt diese explizit auf das Spannungsfeld, das sich aus der Kombination beider Perspektiven ergibt.

Gerade im hohen Alter gewinnt die Interaktion von personalen und umweltbezogenen Ressourcen an Bedeutung für die Lebensqualität. Klassische ökologische Modelle wie das Anforderungs-Kompetenz-Modell nach Lawton (1982) gehen davon aus, dass das Verhalten und Erleben eines Individuums umso stärker durch die Umwelt beeinflusst wird, je geringer seine/ihre individuellen Ressourcen sind. Bei hohen individuellen Ressourcen kann eine barrierehafte Umwelt ausgeglichen werden, sodass auch dann ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit möglich ist – bei Verlust individueller Kompetenzen hingegen bietet nur ein ressourcenreiches Umfeld die nötige Unterstützung oder Kompensation. Dabei spielen nicht nur etwa physische oder personale Ressourcen eine Rolle, sondern auch die mentalen Strukturen menschlicher Umwelterfahrung (z.B. individuelle und gesellschaftliche Altersbilder; Friedrich, 2021). Da das Altern oft mit Verlusten verschiedener individueller Kompetenzen verbunden ist, nimmt die Bedeutung der Umwelanforderungen für das Erleben und Verhalten im Alter demnach theoretisch zu (*Umweltfügsamkeitshypothese*, Lawton & Simon, 1968).

In diesem Sinne ist eine gelingende Lebensführung durch die Kongruenz oder erfolgreiche Aushandlung von Ansprüchen und Möglichkeiten der älteren Person selbst, ihrer unmittelbaren Umwelt und dem übergeordneten gesellschaftlichen Kontext gekennzeichnet. Konstrukte, die eine gelingende Lebensführung als Aspekt von Lebensqualität repräsentieren, nehmen in den Blick, in welcher Weise das Leben geführt wird und inwieweit individuelle Lebensmotive und Ressourcen mit external bestimmten Ansprüchen und Möglichkeitsräumen im Einklang stehen.

Hierzu zählt **1) die aktive Verbundenheit mit dem Leben**. Als Teilaspekt des Konstrukts *Valuation of Life (VoL)*, das den vom Individuum erfahrenen Wert und Sinn des eigenen Lebens repräsentiert, beschreibt diese die aktive Bindung an das gegenwärtige Leben im Sinne der Lebenszielverfolgung und der Aufrechterhaltung von Lebenswillen. Das Konzept VoL entstand aus der Idee, dass nicht nur der gesundheitliche Zustand über das Lebenswerte und Sinnhafte des Lebens entscheidet, sondern dass hierfür eine ganze Reihe von positiven wie negativen person- und umweltseitigen Faktoren eine Rolle spielen (Lawton et al., 1999; Lawton et al., 2001). Der erlebte Lebenssinn ist dynamisch, entwickelt sich also über das Leben hinweg und passt sich an Veränderungen der Person und der Umwelt an (Dittmann-Kohli, 1990; Vogel, 2010). Er sagt u.a. etwas darüber aus, wie lange eine Person noch leben möchte (Lawton et al., 1999). Wird kein Sinn im Leben gesehen, gelingt es nicht, eine Zielorientierung zu finden oder besteht eine unüberwindbare Diskrepanz zwischen der Realität und den eigenen Zielen und Werten, dann können existenzielle Sinnkrisen entstehen, die bis hin zum Verlust des Lebenswillens führen.

Umweltseitig zählen zu zentralen Sinndimensionen - insbesondere im Alter - die sozialen Beziehungen. So ist VoL theoretisch stark von sozialen Faktoren abhängig und auch empirisch zeigte die Qualität der Beziehung zu Freund:innen in einer Studie von Lawton (1999) den stärksten Zusammenhang mit VoL, während dieser für den Gesundheitszustand nur schwach ausgeprägt war. Jopp et al. (2008) konnten zeigen, dass bei Personen ab 80 Jahren soziale Indikatoren stärker mit VoL verbunden waren als bei Personen zwischen 65 und 79 Jahren, während der Zusammenhang von Gesundheit mit VoL in der älteren Gruppe geringer ausfiel als in der jüngeren Gruppe. Dies legt nahe, dass angesichts nachlassender gesundheitlicher Ressourcen Adaptionsprozesse stattfinden, durch welche sich der Lebenssinn im Alter zunehmend aus sozialen Ressourcen speist. Anders als bei Lawton war die soziale Domäne in der Studie von Jopp et al. (2008) weniger bedeutsam für VoL als die Gesundheit, wobei hier statt Indikatoren für Beziehungsqualität nur die Kontakthäufigkeit erhoben wurde. Während Kontakte an sich durchaus auch ambivalent oder negativ erlebt werden können, scheint also insbesondere die wahrgenommene Qualität der Beziehungen von Bedeutung für den Lebenssinn zu sein. Dabei liegt es nahe anzunehmen, dass nicht nur Investitionen Anderer in gemeinsame Beziehungen, sondern auch das Gefühl, selbst Andere unterstützen zu können (vgl. Lawton et al., 2002) und Beziehungen somit reziprok mitgestalten zu können, eine relevante Quelle für das Erleben des eigenen Lebens als sinnvoll sein kann.

Es konnte gezeigt werden, dass sich VoL aus zwei Aspekten zusammensetzt (Gitlin et al., 2016). Ein erster Aspekt verkörpert eher kognitiv-affektive Ressourcen der Person (Gefühle von Optimismus, Hoffnung, Freude). Ein zweiter Aspekt hingegen repräsentiert die Erfahrungen und Überzeugungen über die eigenen Möglichkeiten der Zielverfolgung und -erreichung, Problemlösung und Befreiung aus schwierigen Lebenslagen. Er steht somit für die verhaltensbezogene, *aktive Verbundenheit mit dem Leben*. Als solche verkörpert er auch das Zusammenspiel von personalen Ressourcen und Merkmalen der Umwelt, welche ein Leben nach den eigenen Zielen und Werten entweder erschweren oder aber (auch bei Verlust persönlicher Ressourcen) unterstützen können. Daher betrachten wir diesen Aspekt von VoL als geeigneten Repräsentanten der gelingenden Lebensführung.

Als weiteren Aspekt der gelingenden Lebensführung betrachten wir **2) die Autonomie**. Autonomie ist ein universelles psychologisches Grundbedürfnis, welches im gerontologischen Kontext von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert wird als „*the perceived ability to control, cope with and make personal decisions about how one lives on a day-to-day basis, according to one`s own rules and preferences*“ (WHO, 2002, S. 13). Autonomie geht demnach über die Konzepte Selbstständigkeit und Unabhängigkeit hinaus und ist maßgeblich von empfundenen Wahlmöglichkeiten bestimmt (Ryan & Deci, 2006). Ein hohes Maß an wahrgenommener Autonomie und Selbstbestimmung stehen in Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus und gesundheitsbezogener Lebensqualität älterer Menschen (Hertz & Anschutz, 2002; Kasser & Ryan, 1999).

Funktionelle Einschränkungen im Alter und der Verlust von bestimmten sozialen Rollen (z.B. durch den Renteneintritt) können jedoch ein Risikofaktor für Handlungsspielräume und somit für die empfundene Autonomie und Selbstbestimmung sein (Baltes & Silverberg, 1994; Sibley et al., 2006).

Unklar ist, inwieweit trotz Unterstützungsbedarf ein hohes Maß an Autonomie erlebt werden kann. Die Mobilisationsthese nimmt an, dass vorhandene gesundheitliche Einschränkungen das soziale Netzwerk mobilisieren, mehr soziale Unterstützung anzubieten (Warner et al., 2011). Dabei kann die Unterstützung jedoch als Beschränkung der eigenen Freiheiten wahrgenommen werden (Brehm & Cole, 1966) und Gefühle von Abhängigkeit und Kompetenzverlust auslösen (Bengtson & Kuypers, 1985). Ob soziale Unterstützung als Ressource wahrgenommen wird oder nicht, ist theoretisch von der Person-Umwelt-Passung abhängig. Studien zeigen, dass die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung Gefühle von Abhängigkeit, Schuld und reduziertem Selbstvertrauen auslösen können (Lu & Argyle, 1992; Newsom & Schulz, 1998; Warner et al., 2011). Im Gegensatz dazu zeigen Matsui und Capezuti (2008), dass bei Personen, die auf Unterstützung angewiesen sind, die Zufriedenheit mit externen Unterstützungsdienstleistern und sozialer Unterstützung zur Autonomie beiträgt. Ein weiterer wichtiger Aspekt des Autonomieerlebens in Hilfebeziehungen ist die wahrgenommene Reziprozität von Unterstützungsleistungen und das Gefühl, auch im hohen Lebensalter noch für andere Menschen da sein zu können.

Basierend auf theoretischen Überlegungen und empirischen Befunden scheint also die Passung von persönlichen Ressourcen oder Anforderungen und entsprechenden Umweltmerkmalen entscheidend zu sein. So ist auch Autonomie ein guter Indikator dafür, inwieweit das Leben unter gegebenen persönlichen und umweltseitigen Charakteristika den eigenen Vorstellungen entsprechend geführt werden kann und repräsentiert damit ebenso eine gelingende Lebensführung.

3.3.3.2 Ziel

Dieses Kapitel betrachtet die *Autonomie* und die *aktive Verbundenheit* der Hochaltrigen *mit dem Leben* und wie diese sich intraindividuell zwischen den beiden Erhebungswellen verändert haben. Es wird geprüft, inwieweit intraindividuelle Veränderungen durch Änderungen in der *erhaltenen oder gegebenen sozialen Unterstützung* bzw. deren *Verhältnis* sowie in der *Nutzung formaler Unterstützungsangebote* erklärt werden können. Dabei wird mit der subjektiven Gesundheit für gesundheitsbedingte Bedarfslagen kontrolliert. Es soll einerseits untersucht werden, ob hochaltrige Menschen sich trotz eventuell nötiger und in Anspruch genommener sozialer Unterstützung als autonom erleben. Andererseits soll empirisch geprüft werden, welche Konsequenzen Veränderungen in der sozialen Unterstützung im Alter selbst für die erlebte Verbundenheit mit dem eigenen Leben haben.

3.3.3.3 Methodik

Die Studie NRW80+ ist eine landesweite repräsentative Längsschnittbefragung von hochaltrigen Menschen in Privathaushalten und Heimen in Nordrhein-Westfalen, welche versucht wichtige Erkenntnislücken in der Hochaltrigkeitsforschung zu schließen. Mit der erneuten Kontaktierung der Teilnehmer:innen der ersten Erhebungsphase erschließen sich für NRW80+ als längsschnittliche Panelstudie mit einer Auffrischungsstichprobe neue Möglichkeiten der Analyse intraindividuelle Veränderungen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten.

Die NRW80+ Studie besteht aus zwei Wellen. In der ersten Welle wurden zwischen 2017 und 2018 1863 Personen persönlich befragt (CAPI), in der zweiten Welle wurden zwischen 2019 und 2021 912 Personen aus der ersten Welle erneut befragt. Zusätzlich kamen 950 Aufstocker:innen hinzu, von denen 219 Personen, aufgrund der pandemischen Lage, per Fragebogen befragt wurden (FB). Die erste Welle ist anderweitig genauer beschrieben (vgl. Wagner et al. 2018; Hansen et al. 2021). Durch eine Gewichtung der Daten wurde auf das Erhebungs-Design in beiden Wellen, sowie die nicht-Teilnahme und Panelausfall in der zweiten Welle kontrolliert, wodurch eine mögliche Selektivität im Panel abgeschwächt wird und repräsentative Aussagen für die Bevölkerungsgruppe der über-80-Jährigen in NRW möglich sind. Detailliertere Informationen zur methodischen Anlage der Studie, zu zentralen Untersuchungsgruppen und zu Auswertungsmöglichkeiten finden sich in Kapitel 2 dieses Berichtes.

Für alle Analysen werden ausschließlich Personen betrachtet, die sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt zu Selbstauskünften in der Lage waren. Einerseits sinkt die

Stichprobengröße damit von 912 auf 840 Personen, andererseits sind die Interpretationen einfacher, wenn nicht auch möglicherweise unterschiedliche Perspektiven von Zielpersonen und Proxypersonen berücksichtigt werden müssen.

Für die Analyse dieser Fragestellungen wurden die Inhalte wie folgt operationalisiert:

Die aktive Verbundenheit mit dem Leben wurde mit der Subskala *Engagement with Life* der Valuation of Life Skala (Lawton et al., 2001) erhoben (4 Items: „Fühlen Sie sich in der Lage, Ihre Lebensziele zu erreichen?“, „Haben Sie viele Ideen, um aus einer schwierigen Lage wieder herauszufinden?“, „Können Sie sich viele Möglichkeiten vorstellen, um die Dinge zu erreichen, die Ihnen wichtig sind?“, „Finden Sie immer einen Weg, um ein Problem zu lösen, auch wenn andere schon aufgegeben haben?“). Die Antwortmöglichkeiten auf diese vier Fragen waren „ja“, „weder noch“ oder „nein“. Aus diesen beobachteten Indikatoren wurde ein latenter Skalenscore berechnet, der das individuelle Ausmaß der aktiven Verbundenheit mit dem eigenen Leben schätzt.

Autonomie: Die subjektiv empfundene Autonomie wurde mit der Frage „Gestalten Sie Ihr Leben nach Ihren eigenen Vorstellungen?“ operationalisiert. Geantwortet werden konnte auf einer vierstufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“.

Soziale Unterstützung: Es wurde jeweils die erhaltene und gegebene finanzielle, praktische und emotionale Unterstützung erhoben. Hinsichtlich der finanziellen gegebenen und erhaltenen Unterstützung wurde gefragt, ob die befragte Person in den vergangenen 12 Monaten jemandem Geld geschenkt oder größere Sachgeschenke gemacht beziehungsweise diese Geschenke selbst von anderen bekommen hat. Geantwortet werden konnte mit „ja“ oder „nein“. Die praktische Unterstützung wurde mit der Frage „Wie oft haben Sie anderen Personen bei deren Aufgaben und Erledigungen geholfen?“ beziehungsweise „Wie oft haben Sie bei Aufgaben und Erledigungen Hilfe von anderen Personen erhalten?“ erhoben. Es wurde explizit darauf hingewiesen, dass hierbei keine bezahlten Leistungen gemeint sind. Zur Erhebung der emotionalen Unterstützung wurde gefragt, wie oft die Befragten von anderen Personen getröstet oder aufgemuntert wurden beziehungsweise wie oft sie selbst andere Personen getröstet oder aufgemuntert haben. Die Antwortmöglichkeiten zur praktischen und emotionalen Unterstützung konnten jeweils auf einer fünfstufigen Skala von „nie“ bis „immer“ beantwortet werden.

Gesundheit: Für die Erhebung der allgemeinen subjektiven Gesundheit wurde gefragt, wie die Befragten ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen auf einer vierstufigen Skala von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ im Allgemeinen beschreiben würden. Zudem wurde auch die funktionelle Gesundheit im Sinne der erhaltenen Alltagsselbständigkeit erhoben. Dazu wurde erfragt, wie viel Hilfe die Befragten bei Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen: „nur mit Hilfe möglich“, „etwas Hilfe“ oder „keine Hilfe“. Die erfragten Aktivitäten beinhalten: das Telefon benutzen, Strecken außerhalb der Lauf-Reichweite organisieren, Lebensmittel und Kleidung selbst einkaufen, eigene Mahlzeiten zubereiten, Hausarbeit erledigen, Einnahme von Medikamenten und die Regelung finanzieller Dinge.

Pflegenutzung: Um die formelle Unterstützung zu erheben, wurde gefragt, ob Befragte in Privathaushalten oder Heimen professionelle Pflegeleistungen erhalten (ja/nein).

Demografische Merkmale: Zusätzlich wurde das Geschlecht (männlich/weiblich) und das Alter (80 bis 84 Jahre, 85 bis 89 Jahre und 90 Jahre und älter) in die Analyse mit aufgenommen.

Kausalanalysen: Zur Vorhersage der intraindividuellen Veränderung der aktiven Verbundenheit mit dem Leben und der Autonomie wurden aufeinander aufbauende Regressionsmodelle mit den zuvor genannten Prädiktoren berechnet. Im ersten Schritt wurden zur Vorhersage von Unterschieden in der Autonomie oder Verbundenheit über beide Messzeitpunkte hinweg einfache Kausalmodelle berechnet. Dabei wurde der Einfluss der Prädiktoren auf die abhängige Variable als zu beiden Messzeitpunkten gleich groß angenommen (sog. Random-effects Modelle). Hierbei fließen sowohl interindividuelle Niveauunterschiede zwischen Personen zu beiden Messzeitpunkten mit in die Vorhersage ein als auch die über die Zeit beobachteten intraindividuellen Veränderungen in den Prädiktoren. In einem zweiten Schritt wurden sog. Fixed-effects Kausalmodelle geschätzt, die

lediglich intraindividuelle Veränderungen (unter Kontrolle von interindividuellen Niveauunterschieden) berücksichtigen und damit neben der Assoziation eine weitere Grundbedingung für eine kausale Interpretation der Effekte, nämlich die gemeinsame Veränderung, erfüllen. Falls hierbei ersichtlich wurde, dass eine Veränderung in bestimmten Prädiktoren nicht signifikant mit dem Faktor der latenten invarianten Personenunterschiede verknüpft war, wurden für diese Prädiktoren (genauso wie für die nicht zeitvariablen Merkmale Geschlecht und Altersgruppe) zumindest noch Effekte für die interindividuellen Niveauunterschiede mitgeschätzt. Für eine kausale Interpretation ist es wichtig, auch die Möglichkeit einer umgekehrten Wirkrichtung zwischen den erklärenden Variablen und den Prädiktoren zu berücksichtigen. Um für solche umgekehrten Wirkrichtungen statistisch zu kontrollieren, wurden in einem finalen Modell die zum zweiten Messzeitpunkt beobachteten Prädiktoren mit dem Outcome der vorangehenden Welle korreliert.

3.3.3.4 Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse

Die deskriptiven Ergebnisse zeigen, dass die aktive Verbundenheit mit dem Leben der hochaltrigen Menschen in Nordrhein-Westfalen in der Analytestichprobe (N=840) zu beiden Messzeitpunkten im mittleren Bereich liegt (0,75 bzw. 0,70 auf einer Skala von 0-2) und dass sie ein relativ hohes Autonomieempfinden haben (3,59 bzw. 3,44 auf einer Skala von 1-4) (vgl. Tabelle 1). Diese mittleren Niveaus sind zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle signifikant geringer. Bei der sozialen Unterstützung lässt sich ein gemischtes Bild der Unterschiede in den mittleren Niveaus erkennen. Das mittlere Niveau der gegebenen emotionalen und praktischen Unterstützung sinkt signifikant, während der Anteil von Personen, die andere Menschen finanziell unterstützen vergleichbar groß bleibt. Bei der erhaltenen praktischen und emotionalen Unterstützung finden sich keine signifikanten Unterschiede in den mittleren Niveaus zu beiden Zeitpunkten. Der Anteil von Personen, die von anderen Personen informelle finanzielle Unterstützung erhalten, sinkt über die Messzeitpunkte hinweg etwas ab (12,2 % vs. 8 %).

Die mittleren Niveaus der funktionalen und allgemeinen subjektiven Gesundheit sind zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle signifikant niedriger als noch in der ersten Welle. Der Anteil der Pflegenutzung unterscheidet sich signifikant mit 28,5 % aller Fälle in der ersten Welle und 38,2 % aller Fälle in der zweiten Welle.

Auf individueller Ebene sind Aspekte der Pflegenutzung (83,0 %), der erhaltenen (84,0 %) und gegebenen finanziellen Unterstützung (69,6 %) für die meisten Personen unverändert geblieben. Auch die allgemeine subjektive Gesundheit (54,5 %) und die gegebene praktische Unterstützung (49,5 %) ist noch bei rund der Hälfte aller Befragten stabil geblieben. Für die gegebene und erhaltene emotionale Unterstützung, funktionale Gesundheit und die erhaltene praktische Unterstützung wurden dagegen für ca. jeweils zwei Drittel aller Befragten Veränderungen seit dem Erstgespräch festgestellt.

Tabelle 9. Mittelwerte und prozentuale Verteilungen der Analysestichprobe

		1. Welle	2. Welle	Personen ohne Veränderung in %
Aktive Verbundenheit mit dem Leben	M	0,75	0,70*	0,5
Autonomie	M	3,59	3,44*	63,8
<i>Gegebene Unterstützung:</i>				
emotional	M	2,70	2,59*	37,6
praktisch	M	2,22	1,89*	49,5
finanziell	ja (%)	37,2	38,2	69,6
	nein (%)	62,8	61,8	
<i>Erhaltene Unterstützung:</i>				
emotional	M	2,45	2,50	38,8
praktisch	M	3,02	3,12	33,6
finanziell	ja (%)	12,2	8,0*	84,0
	nein (%)	87,8	92,0	
Allgemeine subjektive Gesundheit	M	2,67	2,60*	54,5
Funktionale Gesundheit	M	1,54	1,40*	36,1
Pflegenutzung	ja (%)	28,5	38,2*	83,0
	nein (%)	71,5	61,8	
Geschlecht	Männer (%)	37,5	37,5	100
	Frauen (%)	62,5	62,5	100
Alter	80-84 (%)	56,5	38,0	68,0
	85-89 (%)	30,2	37,2	64,0
	90+ (%)	13,3	24,8	100

Anmerkungen. Panelgewichtete Daten. M= Mittelwert. * $p < .05$

Abbildung 1 stellt die Verteilung der intraindividuellen Veränderungswerte auf der Skala der aktiven Verbundenheit mit dem Leben dar. Da es sich hierbei um einen geschätzten latenten Faktorwert handelt, ist der Anteil von Personen mit exakt demselben Faktorscore für die Verbundenheit mit dem Leben sehr gering (0,5 %). Bei der Mehrheit der Befragten lässt sich eine negative Veränderung auf der Verbundenheitsskala von bis zu einem Skalenpunkt erkennen. Im Mittel ist die Verbundenheit mit dem Leben zur zweiten Befragungswelle um 0,5 Skalenpunkte gesunken. Auf der anderen Seite weisen Befragte eine positive Veränderung von bis zu einem Skalenpunkt auf der Verbundenheitsskala auf. Nur einzelne Befragte weisen eine größere Veränderung von mehr als einem Skalenpunkt in negativer oder positiver Richtung in ihrer Verbundenheit mit dem Leben auf.

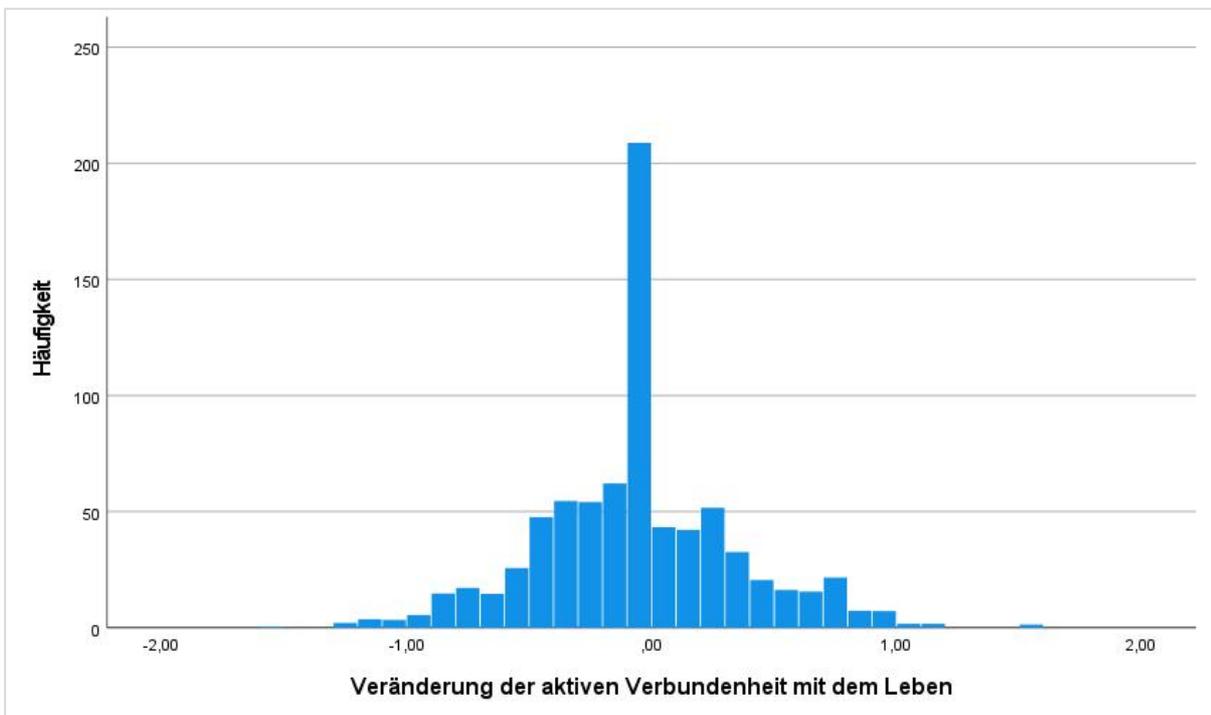


Abbildung 31. Intraindividuelle Veränderung der aktiven Verbundenheit mit dem Leben.

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der intraindividuellen Veränderung in der Autonomie zwischen den zwei Erhebungswellen. Bei der Mehrheit (63,8 %) hat sich das Autonomieempfinden nicht verändert. Bei knapp einem Viertel (24,2 %) ist das Autonomieempfinden zum zweiten Erhebungszeitpunkt gesunken. Dem gegenüber haben 12,1 % zum Zeitpunkt der zweiten Befragung ein erhöhtes Autonomieempfinden im Vergleich zum ersten Befragungszeitpunkt.

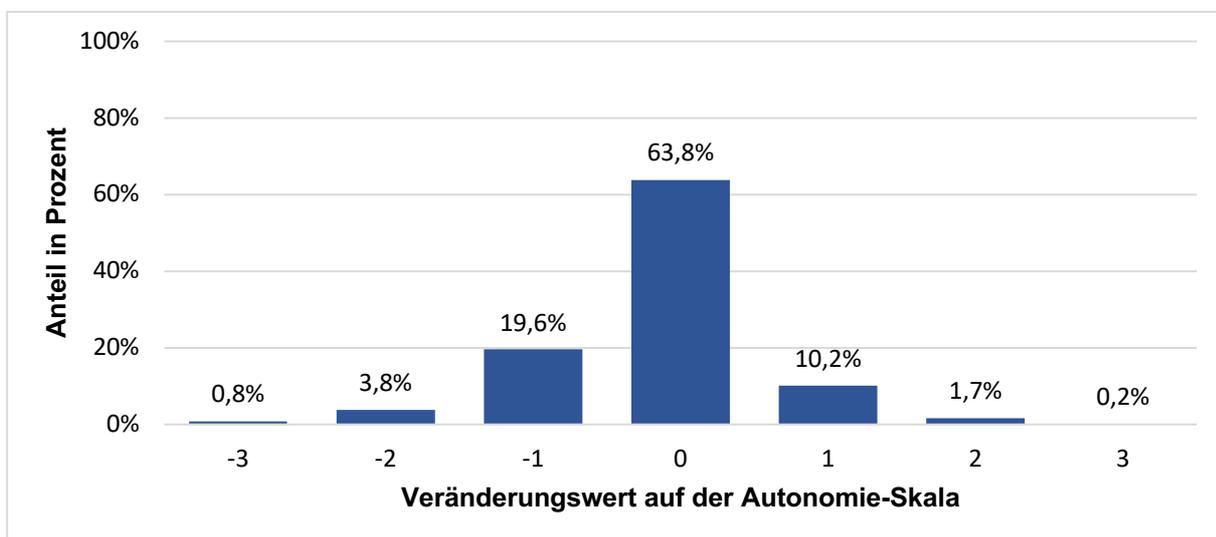


Abbildung 32. Intraindividuelle Veränderung der Autonomie.

Aktive Verbundenheit mit dem Leben

Tabelle 2 stellt die geschätzten Zusammenhänge zwischen der aktiven Verbundenheit mit dem Leben und den gesundheitlichen und sozialen Ressourcen dar. Im einfachsten längsschnittlichen Vorhersagemodell zeigt von allen Indikatoren der sozialen Unterstützung nur die gegebene emotionale Unterstützung einen signifikant positiven Effekt ($\beta = 0,07$) auf die aktive Verbundenheit von hochaltrigen Menschen mit ihrem Leben. Daneben haben die allgemeine subjektive ($\beta = 0,08$)

und funktionale Gesundheit ($\beta = 0,24$) einen signifikant positiven Effekt. Frauen weisen eine geringere aktive Verbundenheit mit dem Leben auf als Männer ($\beta = -0,11$).

Der Vorteil des ersten Modells ist, dass sowohl interindividuelle Unterschiede (z.B. nach Geschlecht oder im Ausgangsniveau der Ressourcen) als auch intraindividuelle Veränderungen in den Prädiktoren mit der Verbundenheit assoziiert werden können. Für Kausalaussagen sind jedoch Modelle mit festen Effekten besser geeignet, da sie für alle beobachteten und nicht beobachteten Unterschiede in zeitinvarianten konfundierenden Variablen kontrollieren und Aussagen zu Kausaleffekten damit robuster sind. In einem solchen Modell (M2) behält nur die funktionale Gesundheit einen signifikant positiven Effekt auf die aktive Verbundenheit mit dem Leben ($\beta = 0,11$). Intraindividuelle Verluste in der Alltagsselbständigkeit führen demnach zu signifikanten Einbußen in der erlebten Verbundenheit mit dem Leben. Darüber hinaus weisen auch in diesem Modell Frauen eine signifikant geringere aktive Verbundenheit mit dem Leben auf als Männer ($\beta = -0,08$). Im Vergleich zu Modell 1 sind diese Effekte in ihrer Stärke gesunken. Da das zweite Modell eine höhere erklärte Varianz (R^2) sowie kleinere AIC und BIC Werte aufweist, kann angenommen werden, dass dieses Modell die Daten besser erklärt. Intraindividuelle Veränderungen im Verhältnis von gegebener zu erhaltener emotionaler Unterstützung scheinen jedoch weder in der ersten noch der zweiten Welle mit dem latenten Faktor zeitinvarianter möglicherweise konfundierender Prädiktoren verknüpft zu sein ($r = -0,03$ bzw. $0,10$; n.s.). Dieser Prädiktor wurde in Modell 3 darum nicht mehr als fester Prädiktor berücksichtigt; das Effektmuster und die Modellaufklärung verändern sich dadurch jedoch kaum. Die Berücksichtigung einer möglichen umgekehrten Wirkrichtung (Sensitivitätsanalysen) führt nicht zu einer besseren Modellaufklärung (R^2) oder Modellpassung (AIC, BIC steigen an), so dass die Ergebnisse dieses Kontrollmodells nicht interpretiert werden sollen.

Tabelle 2. Vorhersagemodelle für die aktive Verbundenheit mit dem Leben im hohen Alter

Standardisiertes Regressionsgewicht (STB) zu W1 oder Pearson's Korrelation (r)	M1:		Intraindividuelle Veränderung		
	Interindividuelle Unterschiede	M2: nur intraindividuelle Unterschiede in zeitvariablen Prädiktoren			M3: Intra- und interindividuelle Unterschiede
		STB	STB	$r_{\alpha 1}$	
Allgemeine subj. Gesundheit	0,08	0,04	0,22	0,14	0,04
Funktionale Gesundheit	0,24	0,11	0,35	0,36	0,11
Pflegenutzung	-0,01	0,00	-0,27	-0,25	0,00
<i>Gegebene Unterstützung:</i>					
finanziell	-0,01	-0,02	0,10	0,14	-0,02
praktische	0,05	0,02	0,25	0,23	0,03
emotional	0,07	0,03	0,10	0,19	0,04
<i>Erhaltene Unterstützung:</i>					
finanziell	-0,02	-0,02	0,05	0,09	-0,03
praktisch	-0,03	0,00	-0,20	-0,19	0,00
emotional	-0,08	-0,08	-0,15	-0,05	-0,07
<i>Reziprozität:</i>					
finanziell	0,01	0,01	0,06	0,12	0,01
praktisch	0,04	0,02	0,12	0,12	0,02
emotional	0,05	0,07	-0,03	0,10	0,07 ¹
Geschlecht (ref. Männer)	-0,11	-0,08			-0,08
<i>Altersgruppe (ref. 80-84):</i>					
85-89	-0,02	<0,01			<0,01
90+	-0,02	0,02			0,01
Modellaufklärung: R^2 (W1/W2)	0,78/0,77		0,81/0,79		0,81/0,79
Modellfit: Akaike's AIC	43.180,81		40.584,75		40.590,43
Modellfit: Bayesian BIC	45.192,51		42.326,64		42.322,86

Anmerkung. ¹Zeitvariabler Prädiktor wurde im finalen Modell nur hinsichtlich interindividueller Niveauunterschiede berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Kausalmodelle lassen sich demnach für die Verbundenheit mit dem Leben in der Hochaltrigkeit wie folgt zusammenfassen:

Männer, Personen mit höherer Alltagsselbständigkeit, Personen mit besserer subjektiver Gesundheit und Personen, die mehr emotionale Unterstützung geben, weisen im sehr hohen Lebensalter eine höhere aktive Verbundenheit mit dem eigenen Leben auf. Nur für intraindividuelle Verluste in der Alltagsselbständigkeit konnten auch kausal interpretierbare Veränderungen im Sinne eines Verlustes von Verbundenheit mit dem Leben nachgewiesen werden.

Autonomie

Kausalmodelle zur Vorhersage von Autonomieerleben sind in Tabelle 3 dargestellt. Es wurde dasselbe abgestufte Vorgehen zur Untersuchung möglicher Kausalbeziehungen wie zur Vorhersage von aktiver Verbundenheit zum Leben verfolgt.

Das erste Modell zeigt einen negativen Effekt der erhaltenen emotionalen Unterstützung auf die Veränderung der Autonomie ($\beta = -0,21$). Darüber hinaus zeigt sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen der gegebenen und erhaltenen emotionalen Unterstützung ($\beta = 0,25$).

Tabelle 3. Vorhersagemodelle für erlebte Autonomie im hohen Alter

Standardisiertes Regressionsgewicht (STB) zu W1 oder Pearson's Korrelation (r)	M1: Interindividuelle Unterschiede STB	Intraindividuelle Veränderung			M3: Intra- und interindividuelle Unterschiede STB
		M2: nur intraindividuelle Unterschiede in zeit- variablen Prädiktoren			
		STB	$r_{\alpha 1}$	$r_{\alpha 2}$	
Allgemeine subj. Gesundheit	0,09	0,06	0,09	0,19	0,06
Funktionale Gesundheit	0,44	0,24	0,44	0,42	0,32
Pflegenutzung	-0,07	-0,07	-0,32	-0,30	-0,09
<i>Gegebene Unterstützung:</i>					
finanziell	0,02	0,02	0,12	0,10	0,04 ¹
praktisch	-0,07	-0,02	0,16	0,15	0,01 ¹
emotional	-0,09	0,00	0,01	-0,01	-0,10 ¹
<i>Erhaltene Unterstützung:</i>					
finanziell	-0,04	-0,05	0,09	0,11	-0,02 ¹
praktisch	0,01	0,04	-0,24	-0,18	0,02
emotional	-0,21	-0,18	-0,13	-0,09	-0,28¹
<i>Reziprozität:</i>					
finanziell	0,04	0,04	0,08	0,13	0,03
praktisch	0,09	0,03	0,03	0,07	0,03 ¹
emotional	0,25	0,16	-0,04	-0,03	0,31¹
Geschlecht (ref. Männer)	-0,04	-0,04			-0,05
<i>Altersgruppe (ref. 80-84):</i>					
85-89	0,01	0,02			0,01
90+	0,05	0,06			0,06
Modellaufklärung: R ² (W1/W2)	0,43/0,56		0,42/0,61		0,41/0,59
Modellfit: Akaike's AIC	44.157,94		41.583,68		41.580,71
Modellfit: Bayesian BIC	46.169,64		43.325,57		43.256,33

Anmerkung. ¹Zeitvariabler Prädiktor wurde im finalen Modell nur hinsichtlich interindividueller Niveauunterschiede berücksichtigt.

Dabei puffert die selbst gegebene emotionale Unterstützung den abträglichen Effekt erhaltener emotionaler Unterstützung auf das eigene Autonomieerleben ab: Sobald ein mittleres Ausmaß an emotionaler Unterstützung selbst gegeben wird, ist der Effekt von erhaltener Unterstützung auf das Autonomieerleben nicht mehr statistisch signifikant (Abbildung 3). Zudem hängen die subjektive ($\beta =$

0,09) und funktionale Gesundheit ($\beta = 0,44$) signifikant positiv mit Autonomie zusammen, wobei der Effekt der funktionalen Gesundheit stärker ausgeprägt ist.

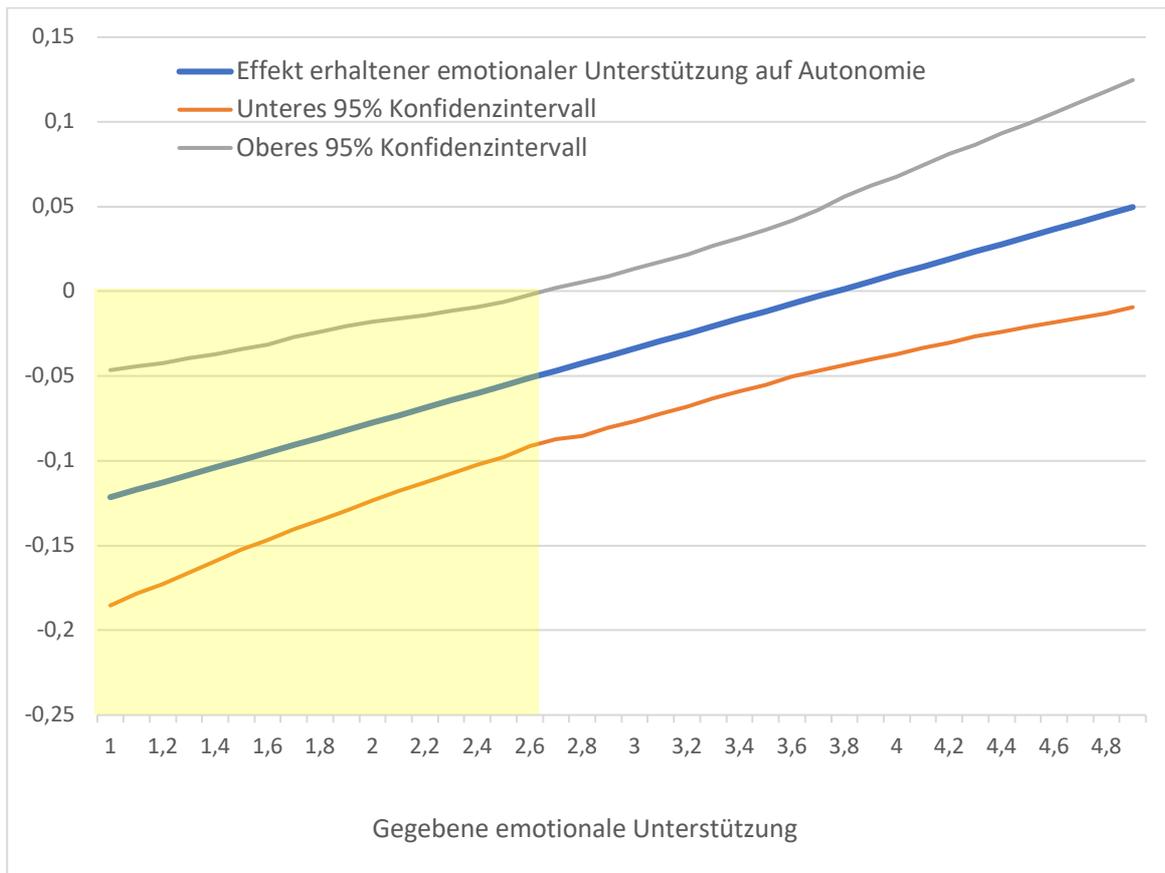


Abbildung 3. Erlebte Autonomie als Folge erhaltener und selbst gegebener emotionaler Unterstützung. Im hohen Alter selbst emotionale Unterstützung geben zu können verhindert, dass selbst erhaltener Trost das Autonomieerleben negativ beeinflusst. Der Bereich (geringer und mittlerer) gegebener emotionaler Unterstützung, in dem die erhaltene emotionale Unterstützung das Autonomieerleben signifikant reduziert, ist gelb hinterlegt.

Werden die Effekte der Prädiktoren in einem Fixed-Effects-Modell (M2) geschätzt, bleibt lediglich der Effekt der funktionalen Gesundheit signifikant ($\beta = 0,24$). Das bedeutet, dass nur die intraindividuellen Veränderungen in der Alltagsselbständigkeit auch mit Veränderungen in der erlebten Autonomie einhergehen. Da in diesem Modell aber nahezu alle intraindividuellen Veränderungen in der sozialen Unterstützung nur gering mit dem latenten Faktor der zeitinvarianten Prädiktoren zusammenhängen, wurden für diese Prädiktoren in Modell 3 (wieder) die interindividuellen Unterschiede mitberücksichtigt. Die geschätzten Effekte sowie die Modellanpassung verändern sich dadurch jedoch nur unwesentlich. Alle im gemischten Modell 3 als statistisch signifikant geschätzten Effekte bleiben auch dann bestehen, wenn in einem zusätzlichen Modell für mögliche umgekehrte Wirkeffekte kontrolliert wird. Allerdings zeigt sich auch hier, dass die Berücksichtigung rekursiver Effekte nicht zu einer besseren Modellanpassung führt, weshalb hier die Ergebnisse des dritten Modells interpretiert werden sollen. Zusammenfassend ergeben sich aus den Modellen für die erlebte Autonomie in der Hochaltrigkeit die folgenden Befunde:

Interindividuelle Unterschiede in der subjektiven Gesundheit, der Alltagsselbständigkeit, sowie dem Ausmaß und der Reziprozität der erhaltenen emotionalen Unterstützung scheinen für die Autonomie im sehr hohen Alter bedeutsam. Nur für die funktionale Gesundheit (Alltagsselbständigkeit) konnten dabei auch robuste kausale Beziehungen zu intraindividuellen Veränderungen des Autonomieerlebens nachgewiesen werden. Der Zusammenhang zwischen erhaltener emotionaler Unterstützung und erlebter Autonomie stellt sich unterschiedlich stark dar, je nachdem wie reziprok emotionale Unterstützungsleistungen gestaltet sind.

3.3.3.5 Diskussion und Empfehlungen

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, wie sich das Gefühl, ein gelingendes Leben zu führen, in der Hochaltrigkeit entwickelt. Die der NRW-Hochaltrigenstudie zugrundeliegende Auffassung von Lebensqualität versteht ein *gutes, gelingendes* Leben so, „dass ein Mensch sein Leben dann als gelingend empfindet, wenn er diejenigen seiner Eigenschaften entfalten und Werte sowie Überzeugungen leben kann, die ihm besonders wichtig sind“ (Woopen et al., 2021, S. 139). Es ist offensichtlich, dass dies für jeden Menschen in der konkreten Ausgestaltung etwas anderes bedeutet und kaum objektiv beurteilt werden kann. Sicher ist jedoch, dass für die Möglichkeit, ein aus subjektiver Sicht gutes Leben zu führen, sowohl die persönlichen als auch die umweltbezogenen Gegebenheiten und Anforderungen, sowie deren (dynamische) wechselseitige Bedingung eine Rolle spielen. Als zwei beispielhafte Konstrukte, die die subjektive Bewertung des eigenen Lebens als *gut, gelingend oder sinnvoll* auf Basis dieses komplexen Gefüges verkörpern, wurden die aktive Verbundenheit mit dem eigenen Leben und die erlebte Autonomie gewählt.

Für die aktive Verbundenheit mit dem Leben zeigt sich ein im Mittel signifikant verschlechterter Wert über den 2-Jahres-Zeitraum. Dieser längsschnittliche Befund erweitert bisherige querschnittliche Altersgruppenvergleiche (z.B. Jopp et al., 2008) und unterstützt die Vermutung, dass die Lebensverbundenheit mit steigendem Alter nicht so einfach aufrecht zu erhalten ist. Dabei zeigte sich jedoch eine positivere Entwicklung von der Lebensverbundenheit bei hochaltrigen Männern im Vergleich zu hochaltrigen Frauen, bei besserer funktioneller und subjektiver Gesundheit sowie bei höherer gegebener emotionaler Unterstützung. Wichtig ist zu betonen, dass sich diese Aussagen zunächst nur auf die Bedeutung von interindividuellen Niveauunterschieden beziehen, und nicht für alle Prädiktoren in weiteren Kausalmodellen stärkere Hinweise auf einen kausalen Einfluss auf die Lebensverbundenheit bestätigt werden konnten. Dennoch ergänzen diese Ergebnisse zum Verlauf von Lebensverbundenheit in der Hochaltrigkeit bisherige querschnittliche Befunde zum globalen Konstrukt des Lebenssinns. Beispielsweise sank in der Studie von Jopp et al. (2008) die Bedeutung der Domäne Gesundheit für Lebenssinn bei Personen ab 80 Jahren zwar substanziell, die funktionelle Gesundheit behielt jedoch (als einziger Gesundheitsindikator) auch im sehr hohen Alter signifikante Erklärungskraft. Erklärt werden könnte die Bedeutung der funktionellen Gesundheit damit, dass diese kein reiner Indikator des Gesundheitszustands ist, sondern vor allem auch etwas über Möglichkeiten der Ausübung von als sinnvoll empfundenen Aktivitäten aussagt (Jopp et al., 2008). Dennoch ist in der vorliegenden Untersuchung auch die allgemeine subjektive Gesundheit relevant für die Lebensverbundenheit von Personen ab 80 Jahren. Ähnlich zeigte bei Lawton et al. (2002) die selbstberichtete Anzahl von Krankheiten eine Bedeutung für den Lebenssinn.

Ein besonders sinnstiftender Aspekt in der Hochaltrigkeit scheint es zu sein, andere Menschen emotional zu unterstützen. Dabei scheint das Gefühl von Gegenseitigkeit innerhalb der jeweiligen Beziehung keine Rolle zu spielen. Vielmehr hängt das reine Gefühl, für Andere auf diese Weise da sein zu können, mit einer höheren Lebensverbundenheit zusammen. Für Personen ab 70 Jahren wurde bereits gefunden, dass Aktivitäten zur Unterstützung Anderer einen höheren Lebenssinn vorhersagen (Lawton et al., 2002). Im sehr hohen Alter ab 80 Jahren scheint sich dieser Effekt, möglicherweise durch Adaptionsprozesse wegen fehlender Möglichkeiten für andere Arten der Unterstützung, auf die emotionale Unterstützung zu begrenzen.

Der hier gefundene Geschlechtereffekt zuungunsten von Frauen ist wie auch bei Jopp et al. (2008) überraschend, da in anderen Studien keine substanziellen Unterschiede zwischen Männern und Frauen berichtet wurden. Jopp et al. (2008) spekulieren, es könne an einer möglicherweise häufigeren Ausübung von familiärer Pflege bei Frauen liegen – dies trifft in der hier betrachteten Stichprobe jedoch nicht zu. Im Gegenteil agieren hier mehr Männer als Frauen als pflegende Angehörige. Während die familiäre Pflege oftmals mit negativen Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit verbunden ist, können Pflegenden aus dieser helfenden Rolle jedoch möglicherweise im Sinne ihrer Lebensverbundenheit profitieren. Falls dem so ist, kann empfohlen werden, Erfolgsfaktoren der „männlichen“ informellen Pflege zu identifizieren und nach Möglichkeit auch bei älteren Frauen zu stärken.

Für intraindividuelle Veränderungen in den Determinanten konnte ein robuster, aber geringer Effekt auf die Lebensverbundenheit nur für die funktionelle Gesundheit (d.h. die eigene Alltagsselbständigkeit) nachgewiesen werden. Dies spricht für eine im sehr hohen Alter ausgebildete Resilienz bzw. Adaption gegenüber weiteren Verlusten in den ausgewählten gesundheitlichen und sozialen Ressourcenlagen, während jedoch bestehende Niveauunterschiede durchaus Unterschiede in der Lebensverbundenheit mitbestimmen. Eine Förderung von Lebensverbundenheit sollte darum bereits in früheren Lebensphasen ansetzen und eine weitere Verschärfung sozialer Ungleichheiten im Lebensverlauf zu verhindern suchen. Da Alltagsselbständigkeit ganz wesentlich auch von Umwelthanforderungen mitbestimmt ist, kann auch durch Technik und Wohnraumanpassung eine substanzielle Abnahme der Selbständigkeit verhindert und darüber auch die Lebensverbundenheit gesichert werden.

Auch das Autonomieerleben hochaltriger Menschen nahm über den betrachteten Zeitraum von ca. 2 Jahren im Durchschnitt signifikant ab. Starke Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang mit dem Autonomieerleben im sehr hohen Alter wurden für Veränderungen in der Alltagsselbständigkeit identifiziert. Dieses Ergebnis ist sehr plausibel, bestimmt doch die Alltagsselbständigkeit in hohem Maße die Möglichkeiten der selbstständigen Lebensführung und Alltagsbewältigung sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Menning & Hoffmann, 2009). Darüber hinaus ist das Niveau erlebter Autonomie bei sehr alten Menschen in unkontrollierten Kausalmodellen auch von der subjektiven Gesundheit abhängig. Dies verdeutlicht einmal mehr die hohe Bedeutung der selbsteingeschätzten Gesundheit (neben dem rein objektiv gemessenen Gesundheitszustand) als Indikator für die individuelle Lebensqualität. Gegen (weitere) Verluste in der subjektiven Gesundheit scheinen Menschen im sehr hohen Alter jedoch über eine gewisse Resilienz zu verfügen: Für Veränderungen in der subjektiven Gesundheit konnte kein prädiktiver Wert für das Autonomieerleben nachgewiesen werden.

Kein Zusammenhang wurde zwischen Autonomieerleben und finanzieller und alltagspraktischer Unterstützung oder formalen Pflegeleistungen festgestellt. Ob sehr alte Menschen sich in ihrer Lebensgestaltung als autonom erleben, hängt stärker und in einer komplexen Weise mit der erhaltenen und gegebenen emotionalen Unterstützung zusammen: Erhaltene emotionale Unterstützung ist insbesondere dann mit geringeren Autonomiewerten verbunden, wenn selbst nur wenig emotionale Unterstützung „zurückgegeben“ werden kann. Die geringeren Autonomiewerte, besonders bei nur wenig zurückgegebener emotionaler Unterstützung, können im Rahmen der Social Breakdown Theory erklärt werden (Bengtson & Kuypers, 1985). Wie eingangs erwähnt, kann erhaltene Unterstützung im hohen Alter neben einem Gefühl des persönlichen Kompetenzverlusts auch ein Gefühl von Abhängigkeit verstärken. Selbst gegebene emotionale Unterstützung scheint dieser empfundenen Abhängigkeit und dem damit verbundenen Autonomieverlust jedoch entgegenzuwirken. Es ist naheliegend, dass sich Personen weniger abhängig fühlen, wenn sie selbst auch emotionale Unterstützung geben können und so ein Gefühl von wechselseitiger Abhängigkeit bzw. Unterstützung entsteht. Es kann darum empfohlen werden, informelle Sorgestrukturen zu fördern, in denen auch sehr alte Menschen mit eingeschränkter Gesundheit und Alltagsselbständigkeit niedrigschwellig Aufmerksamkeit, Austausch und ggfs. Trost anbieten können.

Interessant ist daneben, dass weder Geschlecht noch Altersgruppe einen prädiktiven Wert für die erlebte Autonomie besitzen, wenn für Gesundheit und Unterstützungssysteme kontrolliert wird. Zusammenfassend scheinen die Möglichkeiten, über die Phase der Hochaltrigkeit hinweg ein *gelingendes Leben* führen zu können, vorrangig zum einen von der Entwicklung der eigenen Alltagsselbständigkeit abzuhängen. Verluste in der funktionellen Gesundheit gehen mit Verlusten in der Lebensverbundenheit und empfundenen Autonomie einher. Personen im sehr hohen Alter müssen daher in ihrer Alltagsselbständigkeit gestärkt werden, etwa durch gezielte Anpassung ihres Wohnraums an ihre sich gegebenenfalls ändernden körperlichen Fähigkeiten und Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen bei der Gestaltung öffentlicher Räume. Oswald und Wagner (2022) konnten zeigen, dass die häusliche Wohnumgebung der hochaltrigen Bevölkerung in Deutschland nur teilweise an bestehende körperliche Einschränkungen angepasst ist und viele Barrieren aufweist. Hier liegt demnach ein großes Potenzial, Menschen im sehr hohen Alter eine eigenständige Lebensführung besser und länger zu ermöglichen.

Wesentlich für eine gelingende Lebensführung in der Hochaltrigkeit scheinen zum anderen die Möglichkeiten, Andere selbst emotional unterstützen zu können: Sie spenden Lebenssinn und fangen mit Blick auf das Autonomieempfinden die negativen Auswirkungen eines eigenen Unterstützungsbedarfs ab. Anderen (v.a. jüngeren Generationen) und der Gesellschaft als Ganzes etwas weiterzugeben wurde bereits als wichtiges Anliegen der hochaltrigen Bevölkerung in Deutschland identifiziert (Reissmann & Wagner, 2022). Es ist daher unerlässlich, Menschen im sehr hohen Alter als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft wahrzunehmen und ihnen Wege zu bieten, sich als solche einzubringen; etwa durch mehr Angebote des ehrenamtlichen Engagements auch als sehr alte oder (z.B. körperlich) eingeschränkte Person. Maßgeblich für eine stärkere formelle wie auch informelle Wertschätzung und Einbindung älterer Menschen ist auch eine stärkere Wahrnehmung und Wertschätzung ihrer Lebenserfahrung, Kenntnisse und Fähigkeiten durch den Abbau negativer Altersbilder.

Literaturverzeichnis

- Baltes, M. M. & Silverberg, S. (1994). The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span. In D. L. Featherman, R. M. Lerner & M. Perlmutter (Hrsg.), *Life-span development and behavior* (S. 41–90). Erlbaum.
- Bengtson, V. L. & Kuypers, J. (1985). The Family support cycle: Psychosocial issues in the aging family. In J. M. A. Munnichs, P. Mussen, E. Olbrich & P. G. Coleman (Hrsg.), *Life-Span and Change in a Gerontological Perspective* (S. 257–273). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-510260-5.50020-7>
- Brehm, J. W. & Cole, A. H. (1966). Effect of a favor which reduces freedom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(4), 420–426. <https://doi.org/10.1037/h0023034>
- Dittmann-Kohli, F. (1990). The construction of meaning in old age: Possibilities and constraints. *Ageing and Society*, 10(3), 279–294. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00008291>
- Friedrich, K. (2021). *Sozialgeographie des Alterns. Geographie: Band 5*. Franz Steiner Verlag.
- Gitlin, L. N., Parisi, J., Huang, J., Winter, L. & Roth, D. L. (2016). Attachment to life: Psychometric analyses of the valuation of life scale and differences among older adults. *The Gerontologist*, 56(3), e21–31. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv696>
- Hertz, J. E. & Anschutz, C. A. (2002). Relationships among perceived enactment of autonomy, self-care, and holistic health in community-dwelling older adults. *Journal of Holistic Nursing*, 20(2), 166–186. <https://doi.org/10.1177/08910102020002006>
- Jopp, D., Rott, C. & Oswald, F. (2008). Valuation of life in old and very old age: The role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48(5), 646–658. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.646>
- Kasser, V. G. & Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935–954. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00133.x>
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley & T. O. Byerts (Hrsg.), *Aging and the environment* (S. 33–59). Springer.
- Lawton, M. P. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45(4), 181–183. <https://doi.org/10.1159/000022083>
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Grant, R., Have, T. ten & Kleban, M. H. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *The Gerontologist*, 39(4), 406–416. <https://doi.org/10.1093/geront/39.4.406>
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Kleban, M. H., Ruckdeschel, K. & Winter, L. (2001). Valuation of life: A concept and a scale. *Journal of Aging and Health*, 13(1), 3–31. <https://doi.org/10.1177/089826430101300101>
- Lawton, M. P., Moss, M. S., Winter, L. & Hoffman, C. (2002). Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging*, 17(4), 539–547. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.17.4.539>

- Lawton, M. P. & Simon, B. (1968). The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist*, 8(2), 108–115. <https://doi.org/10.1093/geront/8.2.108>
- Lu, L. & Argyle, M. (1992). Receiving and giving support: Effects on relationships and well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 5(2), 123–133. <https://doi.org/10.1080/09515079208254456>
- Matsui, M. & Capezuti, E. (2008). Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing*, 29(2), 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.09.001>
- Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 62–78). Robert Koch-Institut.
- Newsom, J. T. & Schulz, R. (1998). Caregiving from the recipient's perspective: Negative reactions to being helped. *Health Psychology*, 17(2), 172–181. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.2.172>
- Oswald, V. & Wagner, M. (2022). *Die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld hochaltriger Menschen in Deutschland* (D80+ Kurzberichte).
- Reissmann, M. & Wagner, M. (2022). *Werthaltungen hochaltriger Menschen und ihre Wünsche für die eigene Lebenssituation und das gesellschaftliche Zusammenleben* (D80+ Kurzberichte).
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74(6), 1557–1585. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>
- Sibley, A., Kersten, P., Ward, C. D., White, B., Mehta, R. & George, S. (2006). Measuring autonomy in disabled people: Validation of a new scale in a UK population. *Clinical Rehabilitation*, 20(9), 793–803. <https://doi.org/10.1177/0269215506070808>
- Vogel, R. (2010). *Lebenssinn in schweren Erkrankungen älterer Menschen: Eine empirische Untersuchung über Selbsttranszendenz Sinnerfüllung Sinnkrise im Alter* [Dissertation]. Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Schüz, B., Wurm, S., Tesch-Römer, C. & Schwarzer, R. (2011). Maintaining autonomy despite multimorbidity: Self-efficacy and the two faces of social support. *European Journal of Ageing*, 8(1), 3–12. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0176-6>
- WHO. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva.
- Woopen, C., Wagner, M. & Zank, S. (2021). Das gute Leben : Gesellschaft, Politik und die Praxis des hohen Alters [The flourishing life : Society, politics and the practice of old age]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(Suppl 2), 138–143. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01979-4>

4 Abschlussbetrachtung und Empfehlungen

Michael Wagner, Roman Kaspar, Judith Wenner, Jaroslava Zimmermann & Susanne Zank

4.1 Methodisches Design

Die hier vorliegenden Ergebnisse basieren auf einem in der Bundesrepublik einzigartigen Datensatz zur Lebensqualität Hochaltriger. Einzigartig einerseits, weil verschiedene Dimensionen von Lebensqualität umfassend abgebildet werden und andererseits, weil durch den bewussten Einschluss der Heimbevölkerung und gesundheitlich eingeschränkter Personen über Proxy-Interviews repräsentative Aussagen möglich sind. Mit der Realisierung einer Wiederholungsbefragung liegen zudem erstmals Längsschnittbefunde zur Veränderung der Lebenssituation älterer Menschen *innerhalb* der Hochaltrigkeit über einen Zeitraum von ca. 2 Jahren vor (2017/18 und 2019/20)¹. Die in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Analysen nehmen dabei zwei unterschiedliche Perspektiven auf die Veränderung der Lebenslage sehr alter Menschen in NRW ein. Zum einen beschreiben sie Veränderungen auf der Mikro- oder Individualebene. Von den 1.863 Befragten der ersten Erhebungswelle der NRW80+ Studie im Jahr 2017/18 konnten 912 (57 %) Teilnehmer:innen im Jahr 2019 erneut befragt werden. Damit können individuelle Veränderungen über zwei Jahre beschrieben werden (vgl. Kapitel 2). Zum anderen werden auf einer Makro- oder Bevölkerungsebene Vergleiche zwischen der Lebenssituation der hochaltrigen Gesamtbevölkerung im Jahr 2017 versus 2019 vorgenommen (Trendanalyse)². Die Gruppe der nach zwei Jahren erneut befragten Personen ist nicht nur älter geworden, sondern sie stellt eine gegebenenfalls positiv selektierte Gruppe dar, welche die Gesamtheit sehr alter Menschen in 2019 nur unzureichend repräsentiert. Zur Sicherstellung der Repräsentativität der Aussagen aus den Ergebnissen der zweiten Welle wurde darum eine Aufstockungsstichprobe aus der Grundgesamtheit aller ab 80-jährigen Personen in NRW gezogen. Personen im Alter von 80 und 81 Jahren wurden dabei überproportional stark einbezogen, da diese Altersgruppen in der Panelbefragung nicht mehr vertreten waren. Aus der Aufstockungsstichprobe wurden 950 Erstinterviews realisiert, so dass in Welle 2 insgesamt 1.862 Personen teilnahmen (950 Erst- plus 912 Zweitinterviews). Einschränkend ist darauf zu verweisen, dass aufgrund der Corona-Pandemie³ für eine Teilstichprobe der Befragungsmodus geändert werden musste. Nach 731 erfolgreich vor der Pandemie durchgeführten persönlichen Interviews konnten 219 weitere Personen der Aufstockungsstichprobe nunmehr schriftlich per Fragebogen an der Studie teilnehmen. In dieser Gruppe musste zudem der Umfang der erhobenen Variablen reduziert werden⁴.

4.2 Ergebnisse

Die Corona-Pandemie: Auswirkungen eines epochalen Ereignisses

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen spiegeln sich auch in den Ergebnissen wider. Die Befragten, deren Daten während der Pandemie erhoben wurden, berichten durchschnittlich für deutlich mehr Erkrankungen in Behandlung zu sein als diejenigen, die vor der Pandemie befragt wurden (4,2 versus 3,5). Ebenfalls zeigte sich eine substantielle Erhöhung von depressiven Symptomen bei den in der Pandemie Befragten bis zum 89. Lebensjahr. Auffällig ist, dass diese Erhöhung insbesondere bei Männern zu verzeichnen ist.

¹ Eine ausführliche Darstellung der Befunde des ersten Messzeitpunktes wurde in einer Artikelserie der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie publiziert (Zank et al., 2021).

² Hier wird auch untersucht, ob sich die Personen, die zwischen 2017 und 2019 neu in die Hochaltrigkeit eintreten, von denjenigen der ersten Welle unterscheiden.

³ Als besonderer Periodeneffekt kann die Corona-Pandemie Einflüsse auf die Erhebungsergebnisse bewirken. Dieser Einfluss zeigt sich in unterschiedlichen Ergebnissen der 219 Fragebogenteilnehmer:innen.

⁴ Die Erhebung kognitiver Fähigkeiten mit dem Demtect und die Erhebung der Handgreifkraftmessung sind in einer Fragebogenerhebung nicht möglich.

Weiterhin berichten diese Probanden eine deutlich reduzierte subjektive Lebenszufriedenheit und verringerte positive Affekte im Vergleich zu denjenigen, die vor der Pandemie befragt wurden.

Die objektive und die subjektive Gesundheit bleiben stabil, aber die kognitiven Beeinträchtigungen nehmen zu.

Die meisten Menschen haben die Vorstellung, dass sich im hohen Alter die Gesundheit kontinuierlich verschlechtert. Die vorliegenden Ergebnisse sind ein Hinweis darauf, dass sich diese Annahme nicht uneingeschränkt bestätigt. Vielmehr ist eine differenziertere Betrachtung der Gesundheit im hohen Alter erforderlich. In einer Trendbetrachtung zeigt sich, dass die Hochaltrigen in beiden Wellen im Durchschnitt etwa gleich viele Erkrankungen haben (3,5), die ärztlich behandelt werden, wobei die drei häufigsten Erkrankungen Bluthochdruck, Gelenk- und Knochenerkrankungen sowie Rückenschmerzen sind. Überraschenderweise verringert sich die Zahl der ärztlich behandelten Erkrankungen auf der intraindividuellen Ebene innerhalb von zwei Jahren in allen Altersgruppen sowie bei Männern und Frauen. Dieses Ergebnis konnte durch eine multivariate Analyse bestätigt werden, bei der zahlreiche Drittvariablen kontrolliert wurden. Möglicherweise haben überproportional solche Hochaltrige an der Panelbefragung teilgenommen, die über Ressourcen verfügen, die zu einer erfolgreichen ärztlichen Behandlung der Erkrankungen beitragen.

Die subjektive Gesundheit bleibt im Gruppenvergleich zwischen Welle 1 und 2 etwa gleich. Jedoch verschlechtert sie sich signifikant, wenn man die Veränderungen intraindividuell und unter Kontrolle weiterer Variablen betrachtet. Dabei führen Veränderungen in der kognitiven Leistung oder eine Zunahme der Depressivität nicht zu einer Veränderung der von den Befragten eingeschätzten Gesundheit. Vielmehr geht die Veränderung der subjektiven Gesundheit mit einer Zunahme behandelter Erkrankungen und dem Eintreten oder einer Erhöhung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (Pflegegrad) einher.

Auch das Ausmaß an Depressivität ist in beiden Stichproben, also zu Welle 1 und Welle 2, vergleichbar hoch. Sogar im individuellen Verlauf bleibt die Depressivität stabil. Alter und Geschlecht sowie Multimorbidität und die subjektive Gesundheit sind mit der Depressivität nicht assoziiert. Allerdings wurden, wie oben schon berichtet, während der Pandemie vor allem bei Männern besonders viele Depressionssymptome bei den Hochbetagten beobachtet.

Deutliche Verschlechterungen ergeben sich allerdings im Zuge des Alterns bei den kognitiven Einschränkungen, wobei Frauen häufiger als demenzerkrankt eingestuft werden als Männer. Der Anteil an hochaltrigen Menschen mit Demenz lag in der ersten Welle bei 16 % und in der zweiten Welle bei knapp 18 %. Auch im individuellen Verlauf, besonders aber bei den 90-Jährigen und Älteren, kann eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeit beobachtet werden. Die Verschlechterung in der Kognition stand auf der intraindividuellen Ebene im Zusammenhang mit einer Erhöhung der Pflegebedürftigkeit.

Obwohl mit Ausnahme der Demenz der Gesundheits- bzw. Erkrankungszustand im Durchschnitt stabil bleibt, ist in den Stichproben eine Erhöhung der Pflegebedürftigkeit von Welle 1 zu Welle 2 zu verzeichnen. Der Grad der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI indiziert das Ausmaß der finanziellen Mittel, die durch die Pflegeversicherung übernommen werden. Da das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit durch ein Begutachtungsverfahren festgestellt wird, bezeichnet er die registrierte Pflegebedürftigkeit. Es darf nicht übersehen werden, dass nicht alle pflegebedürftigen Personen einen Pflegegrad besitzen, weil nicht alle pflegebedürftigen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragen wollen oder können. Personen mit starken kognitiven Einschränkungen sind möglicherweise nicht in der Lage entsprechende Leistungen zu beantragen. Auch wird es Bevölkerungsgruppen geben, die ihre Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung nicht kennen oder die es vorziehen, sich privat ohne finanzielle Versicherungsentlastungen versorgen zu lassen.

Der intraindividuelle Anstieg der Pflegebedürftigkeit wird durch Multimorbidität, den subjektiven Gesundheitszustand sowie durch die kognitiven Fähigkeiten erklärt. Dieser Zusammenhang deutet

darauf hin, dass es bei denjenigen Hochaltrigen, die eine Verschlechterung ihres körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes erleben, zu einem erhöhten Pflegebedarf kommt. Interessant ist aber auch, dass mit zunehmender Bildung die Wahrscheinlichkeit abnimmt, dass sich der Pflegegrad zwischen den Wellen verschlechtert. Einerseits könnte sich hier ein geringerer Pflegebedarf bei höherem Sozialstatus zeigen – ein Hinweis auf gesundheitliche Ungleichheit –, andererseits könnten bessergestellte Pflegebedürftige eher auf eine private Pflege durch Partner:innen, Kinder oder Geschwister zurückgreifen, ohne die Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen.

Die berichteten längsschnittlichen Befunde zur Gesundheit der Hochaltrigen sind überwiegend deskriptiver Natur und erlauben kaum Empfehlungen bezüglich möglicher Maßnahmen zur Gesundheitsprävention. Die längsschnittliche Erhöhung der Pflegebedürftigkeit zeigt allerdings, dass bei immer mehr sehr alten Menschen im Zeitverlauf eine Situation eintritt, in der sie vermehrt eine Betreuung oder Pflege in Anspruch nehmen müssen, die sich nicht mehr privat organisieren oder finanzieren lässt. Dieses deutet wiederum daraufhin, dass nicht so sehr die Anzahl der einzelnen körperlichen und psychischen Erkrankungen ausschlaggebend ist, sondern deren Schweregrad, vor allem bei den dementiellen Erkrankungen. Bei alledem ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen dieser Untersuchung die selektive Mortalität zwar durch ein Ausfallmodell mit entsprechender Längsschnittgewichtung berücksichtigt wird, dass verbleibende systematische Verzerrungen aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden können. Bei Befragten aus der ersten Welle, die im Laufe der zwei Jahre so stark beeinträchtigt waren, dass deren Wiederbefragung nicht möglich war, wurde ein Proxy-Interview ermöglicht. Nicht alle Personen konnten und wollten jedoch diese Möglichkeit in Anspruch nehmen.

Soziale Ungleichheit ist vor allem mit der Pflegebedürftigkeit assoziiert, Frauen sind gegenüber Männern finanziell schlechter gestellt.

Zu den wichtigsten objektiven Handlungsbedingungen im hohen Alter zählen die finanziellen Mittel, insbesondere das Einkommen sowie das Vermögen. Es gibt indessen nur wenige Umstände und Ereignisse, die zu einer Veränderung dieser Mittel im Altersverlauf führen sollten. So verbessern allgemeine Rentenerhöhungen die Einkommen im Zeitverlauf für alle Hochaltrigen. Das wichtigste Ereignis ist indessen die Veränderung des Partnerschaftsstatus, insbesondere die Verwitmung, die gerade in der Folge steigender Wohnkosten in eine prekäre finanzielle Lage führen kann. Alles in allem dürfte jedoch entscheidend sein, Altersunterschiede als Kohortenunterschiede zu interpretieren. So kommen die Kohortenunterschiede in den vorangegangenen Erwerbsverläufen in den Blick, aus denen sich die Rentenanwartschaften ergeben. Insbesondere die Frauen der hier betrachteten Geburtsjahrgänge haben im Vergleich zu Männern ein niedrigeres Bildungsniveau, statusniedrigere Jobs und weisen vielfach unvollständige oder unterbrochene Erwerbsverläufe sowie Teilzeitbeschäftigungen auf. Diese erklären die deutlichen Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen in den hohen und höchsten Altersgruppen.

Das mittlere Nettoäquivalenzeinkommen der privat Wohnenden stieg zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten in der Trendanalyse um 267 Euro von 1.724 Euro auf 1.960 Euro (13,6 %). Ein Anstieg des Einkommens ist in allen Altersgruppen sowie bei Männern und Frauen zu beobachten. Bei den Frauen, die 90 Jahre und älter sind, ist dieser Anstieg allerdings am geringsten. Geschlechterunterschiede bestehen auch im Hinblick auf das Vermögen, das bei Frauen in beiden Wellen niedriger ist als bei den Männern. Dies gilt auch für den Immobilienbesitz. Hochaltrige Frauen müssen daher häufiger Mietzahlungen leisten als hochaltrige Männer. Die Armutquote bleibt im Vergleich der beiden Wellen allerdings stabil (15,2 % bzw. 15,5 %), liegt aber deutlich unterhalb der Quote aus der deutschlandweiten Hochaltrigenstudie (22,4 %; vgl. Kapitel 3.2.1).

Der Einfluss von Einkommen, Bildung und beruflichem Status zur Vorhersage der Veränderung der allgemeinen Gesundheit ist in der Panelbefragung gering. Diese Variablen haben vermutlich bereits im früheren Lebenslauf die gesundheitliche Lage beeinflusst. In diesem Zusammenhang spielt für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit im hohen Alter eine große Rolle, dass die Lebenserwartung in einem beträchtlichen Ausmaß von der sozialen Ungleichheit abhängt und daher

Angehörige der unteren Schichten besonders „fit“ sind, sofern sie das hohe Alter erreichen. Allerdings sind im Panel deutliche Auswirkungen auf den Pflegegrad feststellbar: Je niedriger das Bildungsniveau, desto eher hat die Pflegebedürftigkeit über die beobachteten zwei Jahre zugenommen.

Die meisten Hochaltrigen sind stabil in soziale Netze eingebunden. (Ur-)Großelternschaft, Vereinsmitgliedschaft und Nachbarschaft erhöhen die Zahl der Netzwerkmitglieder.

Schon die amtliche Statistik belegt, dass ein großer Teil der alten Menschen – vor allem Frauen – alleine in ihrer Wohnung leben. Dies wird häufig mit der Vorstellung verbunden, alte Menschen wären häufig allein oder einsam und hätten nur noch wenige soziale Beziehungen.

Unsere Untersuchung zeigt zunächst, dass sich die Haushaltszusammensetzung in den zwei Jahren der Panelbefragung kaum verändert und die Hochaltrigen zum Zeitpunkt der zweiten Welle überwiegend in Ein- (50,3 %) oder in Zwei-Personen-Haushalten (45,1 %) leben. Besonders bei den alleinlebenden Frauen und von Altersgruppe zu Altersgruppe nimmt der Anteil der Hochaltrigen in Ein-Personen-Haushalten zu. Es ist vor allem der Verlust des Partners bzw. der Partnerin, der diese Veränderungen in der Haushaltszusammensetzung herbeiführt. Frauen verwitwen viel häufiger als Männer. Erwähnt sei, dass sich der Familienstand zwischen den beiden Wellen bei 4,7 % der erneut Befragten von verheiratet zu verwitwet verändert.

Die Größe des Netzwerkes bei der zweiten Welle wird maßgeblich durch die Anzahl von Enkelkindern, Vereinsmitgliedschaft und (subjektive) nachbarschaftliche Bindungen bedingt. Die funktionale Gesundheit hängt mit der Netzwerkgröße nicht zusammen.

Erwartungsgemäß wird als erste Bezugsperson die/der Partner:in genannt. Dieser Anteil verringert sich innerhalb der betrachteten zwei Jahre zugunsten eines Kindes. In der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen nennen 40,4 % ihre:n Partner:in als erste Bezugsperson, bei den 85- bis 89-Jährigen sind es noch 24,9 % und bei den 90-Jährigen und Älteren sind es nur noch 15,4 %. Ein deutlicher Zuwachs im sozialen Netzwerk ist bei den Urenkeln zu verzeichnen (15,9 %), wobei der Kontakt zu den Urenkeln in vielen Fällen mit Kontakten zu Enkeln und Kindern einhergehen wird. Allgemein kann man feststellen, dass die intergenerationalen Beziehungen im Altersverlauf bedeutsamer werden.

Eine in sozialer Hinsicht besonders vulnerable Gruppe sind die hochaltrigen Personen in Pflegeheimen. Sie sind häufig verwitwet, geschieden oder ledig. Zum Zeitpunkt der zweiten Welle sind nur 17,3 % der Heimbewohner:innen verheiratet (im Vergleich: 41,7 % in der gesamten Stichprobe). Zu berücksichtigen ist, dass die verheirateten Heimbewohner:innen nicht immer mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin im Heim zusammenleben, sondern manche Paare auch getrennt.

Das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit der meisten hochaltrigen Menschen ist hoch.

Vergleicht man die Ergebnisse aus den beiden Wellen, so stellt man fest, dass sowohl die durchschnittliche subjektive Lebenszufriedenheit als auch der durchschnittliche positive Affekt nahezu unverändert bleiben. Besonders gering sind Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden bei Personen, die nur über Stellvertreterinterviews in die Studie einbezogen werden konnten. Allerdings liegen diese Proxy-Interviews nur für Personen mit gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen vor, da alle anderen Personen selbst befragt werden konnten.

Auf der individuellen Ebene zeigt aber nur ein Drittel aller Hochaltrigen identische Werte in beiden Befragungswellen. Wenigen Personen mit starken Zufriedenheitsgewinnen stehen dabei mehr Personen mit moderaten Zufriedenheitsverlusten gegenüber. Für die älteste Gruppe der Befragten (90 Jahre und älter) konnte ein deutlicher Verlust an subjektiver Lebenszufriedenheit und subjektivem Wohlbefinden verzeichnet werden. Bei einer Kontrolle von Drittvariablen zeigt sich, dass

die Anzahl der Freizeitaktivitäten, die Alltagsselbständigkeit, eine geringere Multimorbidität sowie das Bestehen einer Partnerschaft zu höherer Lebenszufriedenheit beitragen, nicht jedoch das Alter, das Geschlecht oder die kognitiven Leistungen.

Viele Menschen im hohen Alter erfahren nur geringe gesellschaftliche Wertschätzung.

In einer Gesellschaft, in der Fortschritt, Wachstum und Leistung dominante Leitvorstellungen sind, haben es die hochaltrigen Gesellschaftsmitglieder schwer, diesen Leitvorstellungen zu entsprechen. Sie haben im Lebenslauf viel geleistet, aber im hohen Alter ist ihnen der Arbeitsmarkt verschlossen und sie werden eher zu Leistungsempfängern, vor allem dann, wenn sie betreut und gepflegt werden müssen.

Die Trendanalysen zeigen, dass sich in beiden Erhebungswellen die Mehrheit der Hochaltrigen eher oder gar nicht gebraucht fühlt. Ferner meint jeder Siebte der Hochaltrigen, von der Gesellschaft als Last behandelt zu werden, wobei sich dieser Wert im Zeitvergleich kaum verändert. Allerdings finden sich im Vergleich der Wellen deutliche Altersunterschiede. Das Gefühl, von der Gesellschaft gebraucht zu werden, nimmt mit dem Alter ab.

Schaut man sich an, welche Prädiktoren im intraindividuellen Vergleich erklärungskräftig sind, dann ergeben sich mehrere Zusammenhänge: Mit abnehmenden kognitiven Leistungen verringert sich das Gefühl gebraucht zu werden. Dagegen tragen Vereinsmitgliedschaften, die Einnahme eines Ehrenamts sowie gegebene praktische und emotionale Unterstützung dazu bei, dass sich das Gefühl gebraucht zu werden verstärkt. Die Multimorbidität sowie der Heimaufenthalt verstärken das Gefühl, von der Gesellschaft als Last behandelt zu werden.

Die Autonomie und Verbundenheit mit dem Leben sind überwiegend hoch, aber es gibt große Unterschiede.

Zwei Merkmale können eine gelingende Lebensführung indizieren: die berichtete Autonomie und die subjektive Verbundenheit mit dem Leben. Insbesondere die wahrgenommene Autonomie wird von der WHO als universelles Grundbedürfnis angesehen, die subjektive Verbundenheit mit dem Leben repräsentiert den erlebten Lebenssinn und den Lebenswert.

In der Trendanalyse sinken die Autonomie und die aktive Verbundenheit mit dem Leben zwischen den Wellen. Unter Kontrolle von Drittvariablen zeigt sich bei einer Untersuchung interindividueller Zusammenhänge, dass die aktive Verbundenheit mit dem Leben bei Männern, einer höheren Selbstständigkeit, besserer subjektiver Gesundheit und gegebener emotionaler Unterstützung vergleichsweise hoch ist. Kausal interpretierbare Veränderungen konnten nur hinsichtlich der Selbstständigkeit nachgewiesen werden. So tragen die intraindividuellen Verluste in der Selbstständigkeit bei Hochaltrigen zum Verlust aktiver Verbundenheit mit dem Leben bei.

Was die Autonomie anbelangt, so ergeben die interindividuellen Analysen, dass die subjektive Gesundheit, die Alltagsselbständigkeit sowie Ausmaß und Reziprozität der erhaltenen emotionalen Unterstützung die erlebte Autonomie beeinflussen. Auch hier konnten nur für die Selbstständigkeit kausal interpretierbare Veränderungen bestätigt werden.

Danach ist für eine gelingende Lebensführung im hohen Alter durchaus bedeutsam, ob man andere Menschen unterstützt bzw. unterstützen kann. Dies ist ein Hinweis darauf, dass ein gutes Leben auch im Alter davon abhängt, ob man für andere Menschen etwas „leistet“ und insofern dem vorherrschenden Leistungsdenken gerecht wird.

4.3 Empfehlungen

Die Mehrzahl der Personen im hohen Alter ist trotz gesundheitlicher Einschränkungen mit dem Leben zufrieden, nimmt sich als autonom wahr und ist sozial gut integriert. Damit erscheinen wesentliche Ziele, die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes 2020 im 2. Altenbericht definiert hat, auch für die Mehrheit der sehr alten Menschen in NRW erreichbar zu sein. Dennoch bleiben große Unterschiede zwischen Personengruppen bestehen und schwierige Lebenslagen (gesundheitlich, beruflich, finanziell, sozial) setzen sich im Alter fort. Hiervon sind überproportional häufig Frauen und Menschen mit niedriger Bildung betroffen.

Nimmt man die allgemeine Lebenszufriedenheit und das affektive Wohlbefinden der Hochaltrigen in den Blick, dann zeigt sich die Bedeutung des Erhaltens oder der Neuaufnahme von Freizeitaktivitäten und des Erhaltens oder der Wiedererlangung von Alltagsselbstständigkeit. Sofern die Landesregierung durch Förderprogramme die Gelegenheiten für Aktivitäten Hochaltriger ausbauen sowie zum Erhalt der Selbstständigkeit beitragen würde, wären signifikante positive Auswirkungen auf Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden zu erwarten. Vermehrte Gelegenheiten für Freizeitaktivitäten können auch Gelegenheiten für neue Partnerschaften bieten, denn das (Fort-)Bestehen einer Partnerschaft geht mit einem erhöhten Wohlbefinden einher. Und obgleich neue Lebensformen im Alter, beispielsweise Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser oder Partnerschaften mit getrennten Haushalten („living apart together“) die Intimität und Vertrautheit einer Partnerschaft in einem gemeinsamen Haushalt nicht voll „ersetzen“ können, spricht vieles dafür, dass eine kulturelle und finanzielle Förderung neuer Lebensformen das Wohlbefinden der Hochaltrigen erhöhen könnte.

Eine große Herausforderung stellt die Zunahme von demenziell Erkrankten in der Hochaltrigkeit dar. Die Panelergebnisse belegen eine Zunahme im Zweijahreszeitraum über alle Altersgruppen, besonders aber bei den über 90-Jährigen. Bei einer Demenzerkrankung wächst das Risiko für eine Institutionalisierung. Die Landesregierung sollte weiterhin auf verschiedenen Ebenen tätig werden: a) Möglichkeiten der sozialen Integration und Teilhabe schaffen sowie die Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung von allein lebenden demenziell Erkrankten garantieren; b) die Gestaltung alternativer Wohnformen fördern (z.B. Demenz-Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser); c) Beratungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehöriger verbessern; d) die Lebenszufriedenheit von Heimbewohner:innen verbessern, indem entsprechende wissenschaftlich evaluierte Konzepte umgesetzt werden (z.B. Bezugspflege, personenzentrierte Pflege, architektonische Gestaltung von Institutionen). Auch in den hier vorliegenden Analysen zeigen sich erhebliche Herausforderungen für die soziale Teilhabe und die allgemeine Lebenszufriedenheit von Personen in Heimen. Diese Herausforderungen sind auch, aber nicht nur von einem Mangel an Pflegekräften geprägt, sondern es fehlt eine altersfreundliche, anregende Kultur, die zwischenmenschliche Begegnungen ermöglicht und fördert.

Die meisten alten Menschen in NRW fühlen sich von der Gesellschaft nicht gebraucht, dieser Befund ist über die Zeit stabil. Politische Versuche, ein besseres gesellschaftliches Klima zu schaffen, haben noch keine durchgreifende Wirkung gezeigt. Normen der Leistungsgesellschaft sind kollektiv tief verankert, so auch im hohen Alter. Gesundheitlich und kognitiv beeinträchtigte Menschen oder Pflegebedürftige können nurmehr eingeschränkt (finanziell) produktiv, ehrenamtlich oder im Familienkreis unterstützend tätig sein. Auch kann nicht vermieden werden, dass Andere sich auf die besondere Lebenssituation älterer Verwandter oder Bekannter einstellen müssen und dadurch belastet werden. Die Bewertung von Menschen gemessen an ihrer Nützlichkeit oder Leistungsfähigkeit ist nicht nur ethisch problematisch. Das hohe Alter hat eine eigene Qualität, die es gegenwärtig offenbar vielen Menschen erlaubt, sowohl mit ihrem Leben zufrieden zu sein als auch sich nicht gebraucht zu fühlen. Möglicherweise spielen hierbei eine hohe (Selbst-)Genügsamkeit sowie geringere Erwartungen an die Wirksamkeit und Mitverantwortung für Andere eine Rolle. Insofern sollten pauschale, negative Altersbilder abgebaut und ein differenziertes, realistisches Bild dieser langen Zeitspanne vermittelt werden. Negative, angstbesetzte Altersbilder führen zur Internalisierung aversiver Erwartungen und bewirken negative Selbstbilder alternder Menschen.

Auch der Umgang mit der Pandemie hat Spuren hinterlassen. Alte Menschen sollten durch Kontaktbeschränkungen geschützt werden, viele konnten diese sozialen Restriktionen verkraften. Dennoch wurden vermehrt Erkrankungen berichtet und insbesondere bei Männern wurde eine erhöhte Depressivität festgestellt.

Die hohe Armutsrate der Hochaltrigen und insbesondere die sozioökonomische Schlechterstellung alter Frauen sind nicht akzeptabel. Eine ausgewogene Sozialpolitik sollte Transferleistungen für diese Gruppe ermöglichen, insbesondere in der jetzigen Situation mit hohen Zusatzkosten für Energie und Inflation. Obwohl wir nicht Verläufe der Armut im hohen Alter untersucht haben, kann man doch davon ausgehen, dass es für die Betroffenen schwierig ist, den Ausstieg aus der Armut zu erreichen. Das effektivste Mittel, um die Einkommenssituation zu verbessern und Armut im hohen Alter zu verringern scheinen die Stärkung der (gesetzlichen) Rentenversicherung sowie die betriebliche und private Altersvorsorge zu sein. Wichtig ist die Reduzierung von Geschlechterunterschieden. Frauen haben häufiger Lücken in ihrem Erwerbsleben oder haben in Teilzeit gearbeitet, da sie in höherem Maße *Care-Arbeit* übernehmen.

4.4 Implikationen für die Wissenschaft

Eine kontinuierliche Altenberichterstattung muss zwingend die zunehmende Zahl sehr alter Menschen in den Blick nehmen. Dies stellt eine Herausforderung für die Wissenschaft dar, denn repräsentative Erhebungen müssen schwer befragbare sehr alte Menschen (z.B. Pflegebedürftige, dementiell Erkrankte) inkludieren. Dies kann die Befragung von Stellvertreter:innen erfordern (Proxy-Interviews). Die NRW80+ Studie zeigt zum einen, dass dies möglich ist. Zum anderen zeigen die Befunde zu den Heimbewohner:innen, dass diese eine eigene Gruppe darstellen und deren Ausschluss zu einem verzerrten Bild des hohen Alters führen würde. Zur Beschreibung und kausalen Erklärung von Alternsprozessen im sehr hohen Alter sind Längsschnittstudien mit einer möglichst hohen Anzahl von Wellen in Abständen von wenigen Jahren besonders geeignet. Mit der Studie NRW80+ Hochaltrigenpanel wurde der Grundstock für ein umfassendes kontinuierliches Monitoring der Lebenssituationen von sehr alten Menschen in Nordrhein-Westfalen gelegt. Damit wird sie auch für die kommenden Jahre eine hervorragende Entscheidungsgrundlage für eine auf Stabilisierung und Förderung von Lebenslagen ausgerichtete Altenpolitik bleiben.

Literaturverzeichnis

Zank, S., Woopen, C., Wagner, M., Kaspar, R. & Hansen, S. (Hrsg.). (2021). Lebensqualität im hohen Alter [Sonderheft]. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.