



Ilse Hartmann-Tews

Uli Tischer

Claudia Combrink

Bewegtes Alter(n)

Eine Frage des Geschlechts

Verlag Barbara Budrich



Bewegtes Alter(n)

Ilse Hartmann-Tews
Ulrike Tischer
Claudia Combrink

Bewegtes Alter(n)

Sozialstrukturelle Analysen von Sport im Alter

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2012

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2012 Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto
www.budrich-verlag.de

ISBN 978-3-86649-419-0

eISBN 978-3-86649-596-8

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: disegno visuelle kommunikation, Wuppertal – www.disenjo.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
1. Forschungshintergrund: Alter(n), Geschlecht und Sport	11
1.1 Demographische Entwicklung	11
1.1.1 Lebenserwartung und demographische Alterung.....	12
1.1.2 Soziale Strukturierung der Lebensphase Alter.....	14
1.2 Alter(n)sforschung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive	16
1.2.1 Soziale Ungleichheit im Alter	19
1.2.2 Alter und Geschlecht als soziale Konstruktion	24
1.3 Sportengagement in der Lebensspanne	29
1.3.1 Methodologische Aspekte der Untersuchungen.....	30
1.3.2 Der sozialstrukturelle Kontext des Sportengagements	32
1.3.3 Sportengagement im Lebensverlauf.....	38
1.3.4 Motive des Sportengagements im Alter	40
1.3.5 Arten und Orte des Sportengagements im Alter	42
1.3.6 Zusammenfassung.....	43
2. Analytischer Bezugsrahmen.....	47
2.1 Das akteurtheoretische Modell.....	48
2.1.1 Handlungsmodi	48
2.1.2 Soziale Strukturen	51
2.2 Konstruktivistische Ansätze: doing gender – doing age	53
2.3 Gesellschaftstheoretische Ansätze: Beobachtung und Inklusion	55
2.4 Zusammenfassung und Forschungsfragen	57
3. Forschungsdesign.....	59
3.1 Qualitative Interviewstudie	59
3.1.1 Diskursive Interviews und Deutungsmusteranalyse.....	59
3.1.2 Rekrutierung der Interviewpartner/innen	61
3.2 Institutionenanalyse	62

3.2.1	Auswahl der Sportanbieter	63
3.2.2	Dokumentenanalyse	65
3.2.3	Experteninterviews.....	65
3.3	Bevölkerungsbefragung	67
3.3.1	Vor- und Nachteile computergestützter Telefoninterviews	68
3.3.2	Inhalte des Fragebogens.....	69
3.3.3	Repräsentativität der Stichprobe	72
3.3.4	Schicht-Index	73
4.	Alter(n) und Sport in geschlechtsbezogener	
	Rahmung – die individuelle Perspektive	79
4.1	Das Alter(n) und Sport im Alter.....	79
4.1.1	Situationsdefinitionen: mehr Optionen im Alter	79
4.1.2	Selbstdefinitionen: Leistungsabbau und Gewichtszunahme im Alter.....	81
4.1.3	Kognitive Deutungsmuster: Sport ist gesund und Sport kann jede/r machen	83
4.1.4	Evaluative Deutungsmuster: Fitness und Jungbleiben	84
4.1.5	Beziehungsdefinitionen: Sport und Gesundheit als individuelle Pflicht und soziale Verantwortung	86
4.2	Sport und Geschlecht	87
4.2.1	Normative Rahmung: Geschlechterneutralität	88
4.2.2	Sportorientierungen und Motive	89
4.2.3	Geschlechtliche Konnotation von Sportarten und Sport	95
4.2.4	Körperwahrnehmung von Frauen und Männern	98
5.	Sport für Ältere – die Perspektive der Sportanbieter	101
5.1	Sport und Alter(n) – Deutungsmuster und Angebote.....	102
5.1.1	Organisationsbezogene Kommunikationen von Alter.....	102
5.1.2	Sport für Ältere – Entwicklungen, Ziele und Angebote.....	104
5.2	Geschlechteraspekte von Sport und Alter(n).....	110
5.2.1	Geschlechterbilder in den Institutionen.....	110
5.2.2	Geschlechterhomogene und / oder -heterogene Angebote.....	112

5.3	Konkurrenz oder Komplementarität in der Organisation von Sport für Ältere ?	115
6.	Sozialstrukturelle Dimensionen von Sport und Alter(n)	121
6.1	Das Alter im Alter.....	122
6.1.1	Das subjektiv empfundene Alter	122
6.1.2	Gesundheit im Alter – beeinflussbar?	125
6.1.3	Herausforderungen des Alters.....	129
6.2	Bewegung und Sport im Alter.....	135
6.2.1	Freizeitaktivitäten im Alter	135
6.2.2	Körperliche Aktivitäten jenseits von Sport	137
6.2.3	Das aktuelle Sportengagement der Älteren	139
6.2.4	Die sportbezogene Biographie	144
6.2.5	Sportaktivitäten und institutioneller Rahmen.....	146
6.2.6	Sozialer Kontext des Sportengagements	152
6.3	Deutungsstrukturen in Bezug auf Sport	157
6.3.1	Das Sportverständnis der Älteren.....	157
6.3.2	Geschlechterstereotypisierung von Sportarten.....	164
6.3.3	Einstellungen zu Bewegung und Sport im Alter	167
6.3.4	Motive für das Sportengagement	173
6.3.5	Gründe für sportliche Inaktivität	183
7.	Resümee	185
7.1	Zentrale Befunde der drei Studien	185
7.1.1	Explorative Interviewstudie mit Älteren	185
7.1.2	Bevölkerungsbefragung	189
7.1.3	Organisationsbezogene Analyse von Sportanbietern	198
7.2	Soziale Strukturen und Handlungsmodi im Kontext von Alter(n) und Bewegung.....	201
8.	Literaturverzeichnis.....	211

Einleitung

Sportanbieter entwickeln zunehmend Programme und Kampagnen, um mehr ältere Menschen an sich zu binden und damit dem demographischen Wandel zu begegnen. Der 6. Bericht der Bundesregierung zur Lage der Älteren fordert einen verstärkten Wandel der Altersbilder in der Gesellschaft – hin zum aktiven und produktiven Alter. Gleichzeitig bevölkern pensionierte Ehepaare die Wanderwege, laufen 75-Jährige Triathlon und freut sich die Sport- und Fitnessindustrie über die konsumfreudigen ‚Best Ager‘. Die Babyboomer, die 50- bis 70-Jährigen, sind bereits "unterwegs zur Gesellschaft des langen Lebens" (Opaschowski 2005: 54) – und die Forschung macht sich auf, ihren Spuren zu folgen und zu fragen: was steckt dahinter?

Eine Antwort hierauf zu finden, ist das zentrale Anliegen unserer Studien, mit denen wir einen Blick auf die Veränderungen des Alter(n)s im Zeichen des sozialen Wandels werfen. Sport der Älteren war lange Zeit ein Randthema, Sportlichkeit und Aktivität Eigenschaften, die der Jugend zugeschrieben wurden. Wir wollen daher wissen, ob Fitness und die Orientierung an einem aktiven Lebensstil ebenso für ältere Frauen und Männer inzwischen zum Leitbild geworden sind, wie und warum sie sportaktiv sind – oder auch nicht. Gibt es hierbei Unterschiede in Bezug auf das Alter, die aktuellen sozialen Lebensumstände oder das Geschlecht der Personen? Was denken Institutionen, die Sport anbieten über ‚die Alten‘ – werden sie als eine Zielgruppe wahrgenommen und wenn ja, mit welchen Schablonen über das Alter(n)?

Zur Beantwortung dieser Fragen nehmen wir eine soziologische Perspektive ein, die gesellschaftliche Konstellationen sowie Normen und Werte in den Blick nimmt und diese als prägende Rahmenbedingungen des Handelns der Akteure begreift. Auf der Seite der individuellen Akteure heißt dies vor allem, die Faktoren Geschlecht, Alter und Schicht in ihren Auswirkungen auf Deutungsmuster zum Alter(n) und Sport sowie dem bewegungsbezogenen Handeln zu analysieren. Hiermit tragen wir der Tatsache Rechnung, dass Ältere mitnichten eine homogene Gruppe sind, sondern in ihrer Vielfalt andere Altersgruppen sogar übertreffen. Empirisch haben wir dies in einer qualitativ basierten Interviewstudie mit 55- bis 75-Jährigen (Kap. 4) und einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung der 55- bis 75-Jährigen in Köln (Kap. 6) umgesetzt. Um zu verstehen, in welcher Logik Sportanbieter das Alter konstruieren und Ältere als (potentielle) Zielgruppe sehen, haben wir außerdem die Perspektive von kollektiven Akteuren – Sportvereinen, kommerziellen Sportanbietern und Bildungseinrichtungen – in die Analyse mit einbezogen (Kap. 5).

Umfassende empirische Forschung, die hier in ihren Ergebnissen vorliegt, ist ohne finanzielle Unterstützung nicht realisierbar. Deshalb gilt an dieser Stelle

unser herzlicher Dank dem Bundesministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie NRW, das das Forschungsprojekt in den Jahren 2007 bis 2008 gefördert hat. Damit wurde nicht nur die Durchführung des konkreten Projektes ermöglicht, sondern auch zahlreiche weitere Forschungs-ideen angestoßen, die wiederum in Qualifizierungsarbeiten und Lehrprojekten an der DSHS umgesetzt werden konnten.

Durchgeführt wurde das Projekt in der Abteilung Geschlechterforschung des Instituts für Sportsoziologie an der Deutschen Sporthochschule Köln. Für die tatkräftige Unterstützung im Laufe des Erhebungs-, Schreib- und Redaktionsprozesses möchten wir vor allem Claudia Döhring und Elke Heinen im Sekretariat sowie unseren studentischen Mitarbeiterinnen Tanja Jost, Angela Näf und Theresa Hoppe danken. Ein herzlicher Dank für die Bereitschaft und die Zeit, sich interviewen zu lassen, geht an alle Personen, die an der Studie teilgenommen haben und uns einen Einblick in ihre Lebenswelt und die Logik von Instituten erlaubt haben. Ohne sie wären die einzelnen Studien nicht möglich gewesen.

Köln, Januar 2012

1. Forschungshintergrund: Alter(n), Geschlecht und Sport

1.1 Demographische Entwicklung

Altwerden ist nicht nur ein biologischer Prozess, sondern wird durch vielfältige soziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst. Die historische Demographie konnte nachweisen, dass seit dem 17. Jahrhundert und verstärkt seit den Anfängen der Industrialisierung gegen Ende des 18. Jahrhunderts ein Ansteigen der Lebenserwartung stattgefunden hat (Ehmer 1990). Dieser Prozess betrifft alle Bevölkerungsgruppen und wird von Imhof (1988) als Entwicklung „von der unsicheren zur sicheren Lebenszeit“ zusammengefasst. Vor allem durch die Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit und dem medizinischen Fortschritt in der Bekämpfung von Epidemien und Infektionskrankheiten wurde die Sterblichkeit in jüngeren Jahren stark zurückgedrängt. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts verstarb fast die Hälfte der Menschen in den ersten fünf Lebensjahren, heute überleben beinahe 100 Prozent diese Jahre (Prahl & Schroeter 1996: 94f.).

Neben sich verbessernden gesundheitlichen Lebensbedingungen, wie die bessere Ernährungs- und Wohnsituation, und verbesserten Konservierungstechniken spielen auch bisher nicht geklärte biologische Phänomene, wie das zunehmende Verschwinden des Pesterregers, eine Rolle (Prahl & Schroeter 1996: 94f.). Insgesamt werden die sogenannten exogenen Todesfaktoren wie „Pest, Hunger und Krieg“ (Imhof 1988: 42) weniger ausschlaggebend für die Mortalität.

Die Lebenszeitverhältnisse kehren sich damit sozusagen um: Eine lange Lebensdauer des Individuums von über 50 Jahren, die in früheren Zeiten selten war, wird zum Standard, und der frühe und oft plötzlich eintretende Tod von Menschen zur Ausnahme (Imhof 1988: 42). Diese Entwicklung lässt sich für den gesamten europäischen Raum nachvollziehen. Das Transitionstheorem geht davon aus, dass dieser demographische Übergang ein zwangsläufiger Bestandteil des soziostrukturellen Wandels von traditionellen zu modernen Gesellschaften (Höpflinger 1997) und daher ein universaler Trend sei. Der demographische Übergang bringt fundamentale Änderungen mit sich: Durch den Anstieg der Lebenserwartung für die gesamte Bevölkerung werden Lebensperspektiven und die altersstrukturelle Zusammensetzung der Bevölkerung auf eine völlig neue Basis gestellt (Laslett 1995: 117). Die Orientierung an langfristigen Zielen und persönlicher Sicherheit im höheren Alter nehmen zu, Generationenbeziehungen und kulturelle Normen des Umgangs mit dem Tod ändern sich. Gleichzeitig besteht die Herausforderung,

errungenen materiellen Wohlstand und die Strukturen des Wohlfahrtsstaates zu sichern, bzw. die sozialen Sicherungssysteme an die neue Situation anzupassen.

1.1.1 Lebenserwartung und demographische Alterung

Für die letzten 100 Jahre kann genau nachvollzogen werden, dass die durchschnittliche Lebenserwartung weiter ansteigt, da die Geburts- und Sterbefälle standesamtlich systematisch aufgenommen wurden. Generell wird zwischen der Lebenserwartung bei Geburt und der ferneren Lebenserwartung unterschieden. Letztere bezeichnet die noch zu erwartende Lebenszeit zu einem bestimmten Zeitpunkt, meist wird sie für 60- und 80-Jährige berechnet. Die Summe von erreichtem Alter (60 oder 80) und fernerer Lebenserwartung ist dabei höher als die Lebenserwartung bei Geburt, da die Person bzw. Altersgruppe bereits viele Jahrzehnte überlebt hat und die Risiken eines früheren Todes wegfallen.¹

In Deutschland ist die Lebenserwartung bei Geburt im letzten Jahrhundert um rund 30 Jahre gestiegen. Lag sie im Jahr 1900 bei den Männern noch bei ungefähr 45 Jahren und bei den Frauen um 48 Jahre (Statistisches Bundesamt: Sterbetafel 1900), so liegt die aktuelle Lebenserwartung bei Geburt für Frauen bei 82,53 Jahren und für Männer bei 77,33 Jahren (Statistisches Bundesamt: Sterbetafel 2007/2009). Die heute 60-Jährigen haben dabei eine fernere Lebenserwartung von 24,81 Jahren (Frauen) bzw. 21,04 Jahren (Männer). Auch heute erreicht jede Kohorte im Durchschnitt ein höheres Alter als die Kohorten vor ihr, die Lebenserwartung steigt also weiterhin an.

Die derzeitigen Zuwächse sind dabei vor allem durch eine bessere soziale und medizinische Versorgung im Alter und durch das geringere Auftreten von verschiedenen chronischen Krankheiten zu erklären (Lange 2006: 19). Insgesamt zeigen die über 60-Jährigen dementsprechend einen weit verbesserten Gesundheitsstatus auf: sie sind fitter als vorherige Generationen in ihrem Alter und haben eine veränderte Lebensperspektive, da sie damit rechnen können, dass sie – zumindest sehr wahrscheinlich – noch etwa zwei Jahrzehnte leben werden.

Auffällig bei der Analyse der Lebenserwartung ist der in westlichen Ländern durchgängige Befund, dass Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer. Die Geschlechterdifferenz zeigt sich in allen EU-Ländern, jedoch unterscheiden sich die Differenzwerte stark voneinander – während in Schweden der Abstand der Lebenserwartung bei Geburt zwischen Frauen und

1 So hat nach den Sterbetafeln der Jahre 2007/2009 ein neugeborenes Mädchen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 82,53 Jahren, eine 60-Jährige hat eine fernere Lebenserwartung von 24,81 Jahren und eine 80-Jährige von 9,04 Jahren (Statistisches Bundesamt: Sterbetafel 2007/2009).

Männern „nur“ 4,4 Jahre beträgt, werden lettische Frauen im Durchschnitt elf Jahre ältere als die Männer (Lange 2006: 21). In Deutschland beträgt der Abstand in den letzten Jahren zwischen fünf und sechs Jahren. Diese unterschiedlichen Lebenserwartungen innerhalb Europas lassen darauf schließen, „dass die Lebenserwartung maßgeblich von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmt ist und auch die Geschlechterdifferenz keine konstante Größe darstellt. Das Augenmerk ist hierbei besonders auf die unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern zu richten“ (Lange 2006: 23). In welchem Maße biologische und nicht-biologische Faktoren an der Differenz beteiligt sind, ist bis heute v.a. wegen methodischer Gründe nicht abschließend geklärt. Dass soziale, ökonomische und kulturelle Faktoren eine primäre Rolle bei der Erklärung der geschlechtsbezogenen Differenzen in der Lebenserwartung, die größer als zwei Jahre sind, spielen, wird in verschiedenen Studien nachgewiesen (Luy 2006: 37ff.).

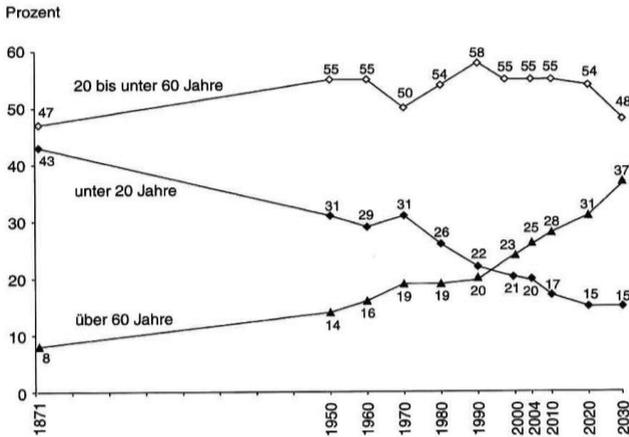
Neben dem Geschlecht werden Gesundheit und Lebenserwartung stark von sozio-ökonomischen Faktoren beeinflusst. Dies zeigt sich in vielfältigen gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen zu sozialer Ungleichheit, die eindrücklich nachweisen konnten, wie sehr Bildung und sozialer Status die Gesundheit im Lebenslauf beeinflussen (Bauer et al. 2008). Hinsichtlich der Lebenserwartung besteht beispielsweise bei den niedrigen Einkommensgruppen ein eklatant höheres Risiko, vor dem 65. Lebensjahr zu sterben.

In den letzten Jahrzehnten hat der Begriff der demographischen Alterung Einzug in die politische und akademische Diskussion gehalten. Von einer demographischen Alterung der Bevölkerung wird dann gesprochen, wenn es eine wachsende Anzahl älterer Personen bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl jüngerer Personen in einer Gesellschaft gibt. Dieser Sachverhalt ist zum einen durch die höhere Lebenserwartung bedingt und zum anderen durch die sinkende Geburtenrate²: es kommt zu einer Verschiebung der Relation der Altersgruppen, da weniger Kinder geboren werden und gleichzeitig immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen (vgl. Abb.1.1).

Der Anteil der jüngeren Altersgruppen hat in den vergangenen Jahrzehnten beständig abgenommen, so dass die unter 20-Jährigen, die 1960 noch 28,4% der Bevölkerung stellten, im Jahr 2009 nur noch 18,8% ausmachten. Parallel hierzu stieg der Anteil der älteren Altersgruppen an der Bevölkerung zwischen 1960 und 2009 beständig: bei den über 60-Jährigen von 17,4 auf 25,9% (Bundeszentrale für politische Bildung/bpb 2008a).

2 In den letzten 15 Jahren bewegte sich die Geburtenziffer je Frau zwischen 1,3 und 1,4 Kindern (Statistisches Bundesamt 2009) – für eine vollständige Reproduktion wären 2,1 Kinder nötig.

Abb. 1.1: Demographische Alterung 1871-2030 (in %)



Quelle: Geißler 2006: 54

Jedes Jahr sterben mehr Menschen als geboren werden – im Jahr 2007 kamen auf 8,3 Lebendgeburt pro 1000 Einwohner 10,1 Gestorbene. Seit dem Jahr 2005 geht die Bevölkerung daher zurück und auch bei der Annahme einer Einwanderungszahl, die die Zahl der Auswanderungen übersteigt, gilt es als relativ sicher, dass die Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten weiter schrumpfen wird (Kaufmann 2005).

Unter der Annahme einer Fortsetzung der aktuellen demographischen Entwicklung und einem jährlichen Wanderungssaldo von 200.000 Personen hat das Statistische Bundesamt vorausgerechnet, dass im Jahr 2050 die unter 20-Jährigen 15,7% der Bevölkerung ausmachen könnten, während die über 60-Jährigen dann 39,2% der Bevölkerung stellen würden (bpb 2008a).

1.1.2 Soziale Strukturierung der Lebensphase Alter

Das Alter als planbare und von anderen Lebensabschnitten deutlich abgrenzbare Lebensphase wurde vor allem durch sozialstaatliche Maßnahmen Ende des 19. Jahrhunderts institutionalisiert. Der Beginn der Lebensphase Alter wird seit der unter Bismarck 1889 eingeführten Alters- und Invaliditätsversicherung nicht mehr ausschließlich an die körperliche Leistungsfähigkeit gekoppelt, sondern erfolgt durch den sozialversicherungsrechtlich abgesicherten Austritt aus dem Erwerbsleben. Mit der Festlegung von Altersgrenzen für den Renten- bzw. Pensionsbezug wurden zunehmend mehr Bevölke-

rungsgruppen von dieser sozialstaatlichen Strukturierung des Lebenslaufes erfasst, so dass heute das Alter als Renten- und Pensionsphase der Normalfall ist (Ehmer 1990; Kohli 1985).

Das Alter als erwerbsfreie Phase unter Inanspruchnahme sozialstaatlicher Leistungen ist die vorherrschende Form der Vergesellschaftung des Alters in westlichen Gesellschaften, und trotz der Individualisierungstendenz von Lebensverläufen kann insbesondere aus einer langfristigen historischen Perspektive heraus hinsichtlich des Alters nach wie vor von einer Standardisierung des Lebenslaufs ausgegangen werden (Kohli 1985).

In der Diskussion über die Lebensphase Alter werden die Thesen von Tews (1993) zum Altersstrukturwandel immer wieder aufgegriffen. Hiernach ist die sozialstrukturelle Entwicklung des Alters durch fünf Trends gekennzeichnet: Entberuflichung, Verjüngung, Feminisierung, Singularisierung und Hochaltrigkeit. Diese Trends bestätigen sich mit einigen Einschränkungen auch in den aktuellen empirischen Daten.

So ist die *Entberuflichung* als Charakteristikum des Alters v.a. durch die Institutionalisierung der Ruhestandsphase gegeben. Trotz Flexibilisierungstendenzen beim Übergang in den beruflichen Ruhestand und eines Rückgangs des Renteneintrittsalters in den letzten Jahrzehnten beginnt der Eintritt in das Rentenalter für die Mehrheit im Alter zwischen 60 und 65 Jahren (2007: durchschnittliches Renteneintrittsalter Frauen: 63,0 und Männer: 63,3) (bpb 2008b). Für die über 65-Jährigen stellen die Rentenbezüge aus der gesetzlichen Rentenversicherung (66% des verfügbaren Einkommens) und anderen Alterssicherungssystemen (21%) die wichtigsten Einkommensquellen dar. Nur vier Prozent des Einkommens dieser Altersgruppe ergeben sich aus Erwerbsarbeit (bpb 2008c). Gleichzeitig ist der Trend zu einem immer früheren Ende der Erwerbsphase, der seit den 1970er Jahren durch staatliche Optionen zur Frühverrentung getragen wurde, inzwischen gestoppt. In Deutschland stieg die Beschäftigungsquote der über 55-Jährigen von 37,4% im Jahr 2000 auf 51,5% im Jahr 2007 (bpb 2008d). Die Prognosen der oben beschriebenen demographischen Entwicklung in der Zukunft und die längeren Rentenbezugsdauern spiegeln sich in der vom Gesetzgeber beschlossenen stufenweisen Erhöhung der Regelaltersgrenze zum Rentenbezug auf 67 Jahre, die für zukünftige Bezugsberechtigte gelten wird, und die aktuelle Debatte um die Notwendigkeit weiterer Erhöhungen der Altersgrenze.

Mit dem Schlagwort *Verjüngung* wird die körperliche und geistige Verfassung der heutigen Älteren im Vergleich mit früheren gekennzeichnet. Die heutigen Alten sind in besserer gesundheitlicher Verfassung (BMFSFJ 2001: 15) und verfügen beim Übergang in den Ruhestand über einen höheren Bildungsstand sowie eine bessere materielle Absicherung als frühere Generationen (Kohli & Künemund 2005: 335). Da die Einstellung zum eigenen Altern und die subjektive Altersempfindung mehr von der Ausstattung mit Ressourcen im gesundheitlichen, materiellen und Bildungsbereich als vom kalendari-

schen Alter beeinflusst ist (Schelling & Martin 2008), fühlen sich die Älteren auch jünger.

Mit der *Feminisierung* des Alters wird der Tatbestand bezeichnet, dass durch die höhere Lebenserwartung von Frauen deren Anteil im höheren Alter steigt, so dass die Männer insbesondere im hohen Alter in der Minderheit sind – bei den über 80-Jährigen stehen 36 Männer 64 Frauen gegenüber (Kelle 2008: 20). Außerdem lässt sich durch die traditionell an Frauen delegierten Pflege- und Versorgungsaufgaben ebenfalls eine zahlenmäßige Dominanz von Frauen in den Pflegeberufen und im Betreuungsumfeld von Älteren beobachten.

Der Trend zur *Hochaltrigkeit* beschreibt den weiter oben aufgezeigten Sachverhalt der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung und das damit einhergehende Wachstum der Gruppe der Hochaltrigen: die Gruppe der über 80-Jährigen ist die zurzeit am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe (Kaufmann 2005: 46).

1.2 Alter(n)sforschung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive

Das empirisch mittlerweile gründlich bearbeitete Forschungsfeld Alter(n) zeichnet sich durch vielfältige Ansätze, unterschiedliche disziplinäre Grenzziehungen und auch Unübersichtlichkeit aus (Kelle 2008: 19). Insbesondere die Gerontologie, die sich mit den körperlichen, seelischen und sozialen Prozessen des Alterns von Menschen auseinandersetzt, ist multi- und partiell interdisziplinär ausgerichtet. Ihre Anfänge hat sie in den USA der 1930er Jahre, während sie sich in der Bundesrepublik Deutschland als eigenständige Disziplin erst in den 1950er und -60er Jahren etablierte (Backes & Clemens 2003: 118f.). Die Gerontologie ist in ihren Ursprüngen praxisorientiert, weshalb oft Probleme des Alterns und sozialpolitische Kontexte das Erkenntnisinteresse leiten. Die Berücksichtigung soziologischer Fragestellungen und Konzepte ist dabei unterschiedlich stark ausgeprägt und bisher dominieren eher sozio-psychologische Ansätze (Jansen et al. 1999).

Eine „Soziologie des Alterns“ etablierte sich in den 1990er Jahren vor allem durch das Bestreben, eine eigenständige sozialwissenschaftliche Altersforschung zu institutionalisieren, mit der sowohl spezifisch soziologische Fragestellungen als auch empirische und theoretische Grundlagen einer Alterssoziologie erarbeitet werden (Backes, Clemens & Schroeter 2001; Motel-

Klingebliel & Kelle 2002).³ Gleichzeitig wurde auch für die allgemeine Soziologie das Thema Alter(n) in den letzten Jahren zunehmend relevant, da der demographische Wandel vielfältige neue Forschungsaufgaben für die soziologische Analyse eröffnet und bisherige theoretische Konzeptionen vor Herausforderungen stellt (Kohli 2001; Backes 1997). Das Altern der Gesellschaft rückt das Alter als sozialpolitisches Problem und Herausforderung für alle relevanten gesellschaftlichen Bereiche in den Fokus des öffentlichen Interesses und hat so dazu beigetragen, dass sich die Alterssoziologie von einer kaum wahrgenommenen „Bindestrichsoziologie“ zu einer etablierten Fachrichtung entwickeln konnte (Kelle 2008).

Bis in die 1990er Jahre hinein hat die Alter(n)sforschung das Alter als eigenständige Lebensphase und ‚die Alten‘ weitgehend auch als eigenständige und homogene Gruppierung in den Blick genommen. In der soziologischen Forschung wurde dies durch die strukturfunktionalen Ansätze der 1960er Jahre fundiert, die in ihrer Gesellschaftsanalyse die Lebenszeit jenseits der Erwerbstätigkeit als eine für die Gesellschaft *funktionslose Altersphase* diagnostiziert haben, wie es im Begriff des Ruhestands versinnbildlicht wird. Theoretisch wie empirisch wurde der These nachgegangen, dass Alter(n) ein über den biologischen Abbau vermittelter sozialer Rollen- und Funktionsverlust sei, mit dem individuelle Rückzugs- und gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse verbunden sind. Ein Jahrzehnt später entwickelte sich eine ablehnende Haltung gegen den biologischen Determinismus dieser Perspektive und die bisherige Perspektive wurde als "Defizitperspektive" auf das Alter kritisiert. Im Gegenzug wurden mit gesellschaftskritischen Ansätzen die sozialen Strukturen und Werte der Gesellschaft als Generator für die Problematisierung des Alters herausgearbeitet. In das Blickfeld kamen hierbei sowohl diskriminierende Strukturen und Prozesse von Seiten der Gesellschaft als auch problematische Alters-Konstruktionen seitens der ‚alten Menschen‘ selbst, die zu einer Marginalisierung und Stigmatisierung der Alten führen würden (Überblick Backes & Clemens 2003; Saake 2006: 35ff.).

Gesellschaftlicher Wandel und Individualisierungsprozesse haben mittlerweile dazu geführt, dass die Altersphase nicht nur einen neuen Stellenwert in der sozialen und politischen Wahrnehmung erhalten hat, sondern auch dazu, dass sich ihre Bedeutung im Lebensverlauf und damit in der Lebenslaufforschung grundlegend gewandelt hat. Zum einen haben sich die körperlichen Ausprägungen des Alterns und die auftretende Morbidität geändert: Relativ viele medizinische Probleme, die in früheren Jahrzehnten schnell zu Invalidität oder Tod der Betroffenen führten, sind inzwischen heilbar oder die Funktionsverluste kompensierbar. Man denke hier zum Beispiel an den inzwischen massenhaft durchgeführten Einsatz von künstlichen Hüftgelenken,

3 Diese Institutionalisierung zeigt sich zum Beispiel in der Gründung einer eigenständigen Sektion „Alter(n) und Gesellschaft“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Jahr 2000.

der jährlich hunderttausenden meist älteren Personen eine relativ hohe Mobilität erhält. Die durchschnittliche Ausprägung körperlicher Alterungsphänomene ist in immer höhere Lebensjahre gerückt (Laslett 1995) und eine wissenschaftliche Differenzierung zwischen alters-, lebensstil- und krankheitsbedingten Veränderungen im höheren Lebensalter steht zunehmend im Zentrum des wissenschaftlichen Interesses (zsf. Vincent 2006; Mechling 2005: 899f.). Zum anderen produzieren Differenzierungsprozesse der Gesellschaft größere Unterschiede in den individuellen Lebensläufen, die sich im Alter niederschlagen. Entsprechend rücken in der wissenschaftlichen Beschreibung und theoretischen Konzepten der Altersphase nicht mehr nur ‚das Alter‘ und ‚die Alten‘, sondern das *differentielle Altern* in den Mittelpunkt der Analyse. So wird heutzutage zwischen einem ‚Dritten Alter‘, das wiederum zwei Gruppen, die ‚jungen Alten‘ (ca. 60- bis 74-Jährigen) sowie die ‚alten Alten‘ (ca. 75- bis 84-Jährigen) umfasst, und einem ‚Vierten Alter‘, in dem sich die Hochbetagten (ab ca. 85 Jahren) befinden, unterschieden. Darüber hinaus werden Begriffe und Sozialfiguren wie die ‚jungen Alten‘ (van Dyck & Lessenich 2009) oder die ‚neuen Alten‘ geprägt und das ‚aktive Alter‘ wird den ‚Hochbetagten‘ oder ‚Langlebigen‘ gegenüber gestellt (Thieme 2008: 234). Eine einheitliche Bezeichnung hat sich in den verschiedenen Disziplinen und bei den Autorinnen und Autoren bisher nicht etabliert, und die jeweils gesetzten Altersgrenzen variieren dabei beträchtlich.

Mit diesen Differenzierungen wurden auch Konzepte des ‚erfolgreichen‘ und ‚produktiven‘ Alters populär, in denen die Erhaltung der psychischen und physischen Gesundheit und somit der Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit bis ins hohe Alter im Fokus der Betrachtung stehen (Baltes 1990). Als Einflussfaktoren auf erfolgreiches Altern sind in diesen Konzepten sowohl Aspekte der sozialstrukturellen Positionierung als auch Aspekte des Lebensstils identifiziert worden. In den vergangenen Jahrzehnten wird dieses neue Bild des Alter(n)s von einer ‚Anti-Aging-Bewegung‘ flankiert, die die Modellierbarkeit des Alters und die Modifizierbarkeit des alternden Körpers zum Mittelpunkt ihrer Aktivitäten macht und neue Märkte für pharmazeutische und medizinische Produkte sowie Dienstleistungen entwickelt. Das Spektrum der gegen das Alter(n) empfohlenen Strategien reicht dabei vom Vorbeugen, Verdecken oder Kompensieren von Symptomen des Alterns bis hin zum Verlangsamten, Stoppen oder Rückgängigmachen von molekularen Ursachen des Alterungsprozesses. Als Mittel und Methoden werden dabei sowohl eine gesunde Lebensführung (u.a. gesunde Ernährung und Sport) als auch besondere Technologien (z.B. Hormontherapien, ästhetische Dermatologie, plastische Chirurgie) identifiziert und vermarktet (Spindler 2007: 92ff.).

Im Folgenden geben wir einen Überblick über zentrale empirische Ergebnisse zu den Lebenslagen älterer Menschen in Deutschland, wobei insbesondere ein Blick auf Unterschiede in den Lebenslagen von älteren Frauen und Männern geworfen werden.

1.2.1 Soziale Ungleichheit im Alter

Die Lebensführung im Alter wird durch die unterschiedlichen Lebenslagen geprägt. Wie in den anderen Lebensphasen auch sind Lebenschancen und Risiken im Alter ungleich verteilt und soziale Herkunft, Geschlecht und Bildung beeinflussen die Lebenssituation. Zwar werden in der Alterssoziologie die sozialen Ungleichheiten zunehmend thematisiert, gleichzeitig ist dieser Zusammenhang im deutschsprachigen Raum bislang noch nicht ausreichend theoretisch konzipiert und empirisch mit Leben gefüllt worden (Clemens 2008).

Parallel zu der akademischen Ausdifferenzierung der Altersforschung hat sich seit den 1990er Jahren aufgrund des anhaltenden politischen und öffentlichen Interesses eine systematische Sozialberichterstattung über das Alter etabliert. So wurde im Auftrag der Bundesregierung im Jahr 1990 der „Erste Altenbericht“ veröffentlicht und 20 Jahre später in dieser Reihe der „Sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“ herausgegeben (BMFSFJ 2010). Die soziale Situation der Älteren, d.h. Einkommen, Wohnsituation, Haushaltsformen, soziale Netzwerke, gesellschaftliche Partizipation oder auch Generationenbeziehungen und die gesundheitliche Situation, wurden durch die sechs Altenberichte des Bundes, die Berliner Altersstudie (Mayer et al. 1996), die beiden Alterssurveys (Kohli & Kühnemann 2005; Tesch-Römer et al. 2006) und auch durch die Bundesgesundheitsurveys des Robert Koch-Instituts dokumentiert. Neben diesen Bestandsaufnahmen im Querschnittsdesign liegen inzwischen auch einige Längsschnittstudien vor, wie z.B. die interdisziplinäre Längsschnittstudie zur Situation der Hochaltrigen (ILSE) (Jansen, Pache, Vogt 1999).⁴

Der sozialstrukturelle Zusammenhang von Alter und Geschlecht rückt erst in jüngster Zeit in das Blickfeld der Forschung, insgesamt ist dieser Bereich jedoch immer noch wenig erforscht (Backes 2002, 2005). Die Geschlechterforschung hat in den vergangenen Jahrzehnten in vielfältiger Weise darauf aufmerksam gemacht, dass Geschlecht eine elementare Strukturkategorie der Gesellschaft ist, die alle Bereiche der Gesellschaft durchzieht. Es existieren geschlechtsbezogene Erwartungen, Handlungsoptionen und Strukturen, die dazu führen, dass sich die Lebensläufe von Frauen und Männern

4 Sport und physische Aktivität von Älteren werden in einigen dieser Studien ausführlich, in anderen nur am Rande oder gar nicht thematisiert – die Ergebnisse zu diesem Themenbereich werden in Kap. 1.3 gesondert zusammenfassend dargestellt.

und damit auch ihre Lebenslage im Alter stark voneinander unterscheiden. So weisen z.B. die Erwerbsbiographien der Frauen mehr Brüche und Auszeiten auf als die der Männer, da die Frauen traditionell Reproduktionsfunktionen und damit nicht entlohnte Tätigkeiten übernehmen.

Backes (2002) verweist darauf, dass die Analyse des Alters und seiner Probleme lange Zeit unter einer am männlichen Lebenslauf orientierten Perspektive erfolgte, die das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben als zentrales Element definierte und unterstellte, dass Frauen weniger Probleme mit dem Übergang in den Ruhestand hätten. Diese Einseitigkeit ist inzwischen durch die Einsicht in die Notwendigkeit einer geschlechtsbezogenen Sicht auf das höhere Lebensalter ersetzt worden.

„Weibliches Alter(n) ist in unserer Gesellschaft widersprüchlicher, ambivalenter und sozial problematischer als männliches ... Frauen sind im Alter nicht nur häufiger und zum Teil stärker von Armut und psychosozialen Notlagen betroffen als Männer. Diese Probleme erfahren eine besondere Qualität infolge des ‚typisch weiblichen‘ Lebenslaufes.“ (Backes 2002: 116)

Die empirischen Altersstudien belegen diese Aussagen über die deutlichen Differenzen in den Lebenslagen von älteren Frauen und Männern in Bezug auf Familienstand, Haushaltsstruktur, Wohnform und kritische Lebensereignisse, wie die folgende Zusammenfassung zeigt.

Einkommen, Vermögen und Bildung

Die materielle Lage älterer Menschen in Deutschland ist, verglichen mit früheren Zeiten, so gut wie nie zuvor. Ein Großteil der Älteren bezieht den überwiegenden Anteil seines Einkommens aus eigenen oder abgeleiteten Rentenansprüchen (Motel-Klingebiel 2005: 76ff.). Immerhin drei Fünftel der Älteren sind Eigentümer/innen der Wohnung oder des Hauses, in der/dem sie leben (Kohli et al. 2005: 326). Die Wohnsituation ist dabei nur bei einem Siebtel durch eine mangelhafte Wohnausstattung gekennzeichnet (kein Bad, keine Zentralheizung etc., ebd.).

Zwei Drittel der Befragten des Alterssurveys waren in der Lage, in den letzten zwölf Monaten etwas Geld zu sparen, und ebenso viele schätzen ihren Lebensstandard als gut oder sehr gut ein (Kohli et al. 2005: 325). Gleichzeitig gehören die älteren im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen wesentlich häufiger zu den sozial niedrigeren Schichten. Von Armut betroffen ist jedoch nur ein relativ kleiner Teil von 7,4% (Motel-Klingebiel 2005: 63). Haushalte von Älteren haben im Vergleich zu anderen Haushaltstypen wie Alleinerziehende mit Kindern oder Paarhaushalte mit mehreren Kindern ein unterproportionales Armutsrisiko (bpb 2008e). In Westdeutschland sind Frauen dabei häufiger von Altersarmut betroffen als Männer (Motel-Klingebiel 2005: 63), was in der kohortenspezifisch geringen Teilnahme der Frauen am Erwerbsleben sowie in bestimmten Regelungen der Hinterbliebenengesetzgebung be-

gründet ist. In Ostdeutschland hingegen sind in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen die Männer häufiger von Armut betroffen als Frauen. Für die nächsten Jahrgänge wird aufgrund der hohen aktuellen Erwerbslosigkeit im mittleren Alter erwartet, dass sich die Einkommensarmut im Alter insbesondere in den neuen Bundesländern ausbreiten wird.

Im Alterssurvey zeigt sich auch eine Verschiebung des Austausches von Ressourcen zwischen den Generationen. Die ältere Generation unterstützt die Jüngeren durch vielfältige materielle Ressourcen, also durch Geld- und Sachtransfers (Kohli et al. 2005: 192f.), während insbesondere die 70- bis 85-Jährigen kaum materielle, sondern vorwiegend instrumentelle Hilfen wie die Erledigung von Haushaltstätigkeiten, Einkäufen etc. von Kindern und Enkelkindern bekommen.

Familienstand, Haushaltsformen und soziale Netzwerke

Nur ein sehr kleiner Teil der Älteren ist ledig und alleinstehend⁵ – in den Altersgruppen ab 60 Jahren sind dies zwischen 4,4 und 9% (Menning 2007:13). Während in der Gruppe der 55- bis 74-Jährigen die Mehrheit verheiratet mit ihrem Partner/ihrer Partnerin in einem Haushalt lebt, sinkt der Anteil dieser Lebensform durch den Tod des Partners oder der Partnerin ab dem 75. Lebensjahr deutlich, so dass bei den über 80-Jährigen der Anteil der Verwitweten hoch ist (33% der Männer und knapp 70% der Frauen) (Menning 2007: 14). Nur noch knapp ein Viertel der Altersgruppe 80+ lebt mit ihrem Ehepartner/ihrer Ehepartnerin zusammen.

Mit steigendem Alter zeichnet sich dabei eine deutliche Geschlechterdifferenz ab. Frauen sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung häufiger von Verwitwung betroffen: Nur 24 der über 75-jährigen Männer hat keine Ehepartnerin, im Vergleich zu 62% der Frauen, die in diesem Alter keinen Ehepartner haben (Rübenach & Weinmann 2008: 132). Frauen leben entsprechend deutlich öfter als Männer in Single-Haushalten – bei den über 65-Jährigen sind dies 50,2% der Frauen, jedoch nur 18,6% der Männer (Menning 2007:14). Bei der Altersgruppe der 55-bis 64-Jährigen leben außerdem 17,5% verheiratet und mit Kind oder Kindern zusammen, der Anteil sinkt dann jedoch stark ab.

Als primäre Bezugs- und Unterstützungspersonen dominieren Familienmitglieder, also (Ehe)Partner bzw. -Partnerin und Kinder. Über 70% der Älteren haben Angehörige von zumindest zwei weiteren Generationen (Künemund & Hollstein 2005: 268). Die gemeinsame Lebenszeit der Generationen hat sich erhöht, so dass die strukturellen Chancen für familiäre intergenerationale Unterstützungsleistungen trotz Kinderrückgang und Individualisierung sogar besser geworden sind (ebd.: 213). Soziale Netzwerke außerhalb

5 Verwitwete werden in der Statistik unter „nicht ledig, aber alleinstehend“ kategorisiert.

der Familie haben fast alle Älteren, wobei sich diese Netzwerke im Alter verkleinern: Die Anzahl der benannten Bezugspersonen im Alter geht zurück und die Zahl der Befragten, die keine Person nennen, nimmt zu. Frauen nennen im Durchschnitt etwas mehr Personen als Männer, diese Geschlechterunterschiede verlieren sich jedoch bei den Hochaltrigen (ebd.: 238).

Gesundheit

Das Alter ist eine wichtige Einflussgröße in Bezug auf den Gesundheitszustand, wobei zunehmend darauf hingewiesen wird, dass viele der auftretenden Krankheiten nicht ursächlich im physiologischen Alterungsprozess verankert sind, das Alter also nicht der Auslöser der Morbidität ist. Vielmehr wird angenommen, dass der überwiegende Teil der auftretenden Funktionsstörungen „alternde Krankheiten“ sind, da sie sich im Laufe des Lebens entwickeln und chronifizieren, d.h. das Altern begleiten und sich im Alter aufgrund von nachlassenden Adaptionsmöglichkeiten des Körpers stärker ausprägen können (Backes & Clemens 2003: 202; Mechling 2005). Daneben gibt es „primäre Alterskrankheiten“, die erstmals im Alter auftreten, wie Altersdiabetes, Arteriosklerose, degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates sowie dementielle Erkrankungen. Außerdem zeigen viele akute Erkrankungen wie Infektionen oder Entzündungen im Alter einen schwereren Verlauf als in jüngeren Altersgruppen.

Diese drei unterschiedlichen Gruppen von Krankheiten führen dazu, dass ältere Menschen häufiger krank sind als jüngere, und dass sie öfter von mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität) betroffen sind (Backes & Clemens 2003: 203; Künemund 2005). So geben im Alterssurvey in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen ca. 40% an, keine oder eine Erkrankung zu haben, bei den 70- bis 85-Jährigen sind es hingegen nur noch 20% (Künemund 2005). Zur besseren Erfassung der Auswirkungen von Krankheiten wird das Konzept der funktionalen Gesundheit genutzt. Sie beinhaltet physische, psychische und soziale Aspekte und beschreibt, „wie Menschen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen“ (Menning 2006: 4). In verschiedenen Studien zeigt sich dabei übereinstimmend, dass der überwiegende Teil der über 60-Jährigen in der Lage ist, Alltagsanforderungen – teilweise trotz funktionaler Einschränkungen – selbstständig zu bewältigen. In den höheren Altersgruppen werden Frauen und Männer jedoch vermehrt durch gesundheitliche Probleme daran gehindert, ihre üblichen Aktivitäten durchzuführen: Sind es bei den 50- bis 59-Jährigen nur ein Drittel, geben bei den über 80-Jährigen über 80% an, durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt zu sein (Menning 2006: 4). Außer bei den über 80-Jährigen geben Frauen dabei häufiger Einschränkungen an als Männer (ebd.). Insbesondere in Bezug auf die Mobilität sind Frauen mehr von

Einbußen betroffen als Männer. Starke Einschränkungen der Mobilität nehmen zwar in den höheren Altersgruppen zu, betreffen jedoch weniger Ältere als oftmals angenommen wird: In der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen sind es ein Viertel der Befragten, die sich stark eingeschränkt fühlen, wenn es darum geht, "mehr als einen Kilometer zu Fuß zu gehen" oder "mehrere Treppenabsätze zu steigen" (Menning 2006: 7).

Starke Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten werden mit bestimmten Indikatoren gemessen, die Selbstauskünfte zu den Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei Basishandlungen wie dem Anziehen, der Körperpflege oder dem Essen erfassen (ADL – „Activity of Daily Living“). Bis zum 80. Lebensjahr ist der Anteil der Personen, die Einschränkungen in diesen Tätigkeiten erfahren, relativ gering, jenseits der 80 steigt er rapide an: Ein Drittel der Hochaltrigen ist bei mindestens einer der Tätigkeiten eingeschränkt (Menning 2006: 8). Dementsprechend nimmt die Pflegebedürftigkeit im Alter – definiert durch Leistungsbezug nach SGB XI – zu.⁶ Weit verbreitet sind im höheren Alter sensorische Einschränkungen: Das Nachlassen von Sehen und Hören sind typische altersbezogene Veränderungen des Organismus. So sind bei den 70- bis 79-Jährigen 17% der Frauen und 31% der Männer schwerhörig (ebd.: 6).

In den höheren Altersgruppen ist der Anteil von übergewichtigen und adipösen Personen überdurchschnittlich hoch: Ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer über 60 Jahre leidet an Adipositas, normalgewichtig sind nach der Definition des Robert-Koch-Instituts hingegen nur ein Fünftel der Frauen und noch weniger Männer (Menning 2006: 22).

Insgesamt zeigt sich, dass Männer einerseits im Lebenslauf in vielen Bereichen privilegiert sind und dass sie durch die geschlechtstypisch geprägten Erwerbsbiographien Vorteile erworben haben – zum Beispiel tragen sie ein geringeres Armutsrisiko im Alter. Andererseits werden Männer im Alter aber in einigen Merkmalen auch als das „schwächere“ Geschlecht angesehen. Sie haben eine geringere Lebenserwartung und werden, je älter sie werden, mehr und mehr zu einer Minderheit. Ihre sozialen Netzwerke sind kleiner und sie sind unselbstständiger im Haushalt (Fooken 1999). Gleichzeitig profitieren Männer aber häufiger von Pflegeleistungen ihrer Partnerinnen, da diese oft jünger sind als sie und die Pflege und Versorgungsaufgaben in der traditionellen Rollenverteilung den Frauen zugeschrieben sind. Durch ihre Langlebigkeit sind Frauen hingegen häufiger als Männer von Multimorbidität betroffen und nehmen dann institutionelle Pflegeleistungen in Anspruch (Bacces 2002: 112).

6 Bei den 75- bis 84-Jährigen sind 11% der Männer und 14% der Frauen pflegebedürftig, bei den 85- bis 90-Jährigen 26,9% (Männer) bzw. 36,3% (Frauen) und bei den über 90-Jährigen 39,2% (Männer) bzw. 60,2% (Frauen).