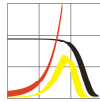


Max-Planck-Institut
für demografische Forschung



Rostocker Zentrum zur
Erforschung des Demografischen Wandels

EDITORIAL

Gesichtspunkte des Alterns

Das Altern ist der Themenschwerpunkt dieser Ausgabe von *Demografische Forschung Aus Erster Hand*. Auf den Seiten 1 und 2 wird der Frage nachgegangen, inwieweit sozio-ökonomische Bedingungen Unterschiede in der Lebenserwartung in Deutschland erklären. Erstmals können dazu Daten genutzt werden, die nahezu 90 Prozent der Bevölkerung Deutschlands im Rentenalter umfassen. Diese Daten haben eine hohe Qualität, da sie aus dem Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung stammen. Die Studie belegt, dass Menschen mit günstigeren ökonomischen Bedingungen eine höhere Lebenserwartung haben als jene mit schlechteren finanziellen Bedingungen. Interessant ist, dass sich Männer in Ost- und Westdeutschland in diesem Trend kaum unterscheiden.

Wie sich die stetig steigende Lebenserwartung auf das derzeitige Pflegesystem auswirkt, wird auf Seite 3 berichtet. Innerhalb des EU-Projektes FELICIE werden zwei Szenarien der gesundheitlichen Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland für Prognosen herangezogen. Nach beiden Szenarien ist ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen zu erwarten. Die Unterteilung der zukünftigen Pflegebedürftigen nach ihrer Familienzusammensetzung zeigt dabei, dass in den nächsten 25 Jahren vor allem der Anteil der Pflegebedürftigen steigen wird, der potenziell auf seine Familie als Pflegegeber zurückgreifen kann. Der Fokus zukünftiger Pflegepolitik muss sich daher stärker den Familien zuwenden, um diese in der Pflege ihrer Angehörigen zu unterstützen.

Dem Einfluss der Familie auf die mentale Gesundheit im Alter widmet sich *Demografische Forschung Aus Erster Hand* auf Seite 4. Demnach nimmt zwar in allen westeuropäischen Ländern die Anzahl der Symptome von Depressionen mit dem Alter eines Menschen zu. Aber die Existenz eines Partners bzw. einer Partnerin und der Kontakt zu Kindern wirken sich positiv auf die Gesundheit aus: Vor allem Menschen, die in einer Partnerschaft leben, sind mental gesünder als allein lebende. Außerdem hilft regelmäßiger Kontakt zu den Kindern, Depressionen vorzubeugen.

Gabriele Doblhammer

Steigt die Lebenserwartung mit der Rentenhöhe?

Effekt sozio-ökonomischer Differenzen in Deutschland

Die Frage, ob die Lebensspanne des Menschen eine Obergrenze hat, ist bisher nicht geklärt. Allgemein wird davon ausgegangen, dass günstige sozio-ökonomische Bedingungen mit hoher Lebenserwartung verbunden sind. Eine Bevölkerungsgruppe mit einem hohen sozio-ökonomischen Status wird die Grenze möglicher Sterblichkeitsentwicklung früher erreichen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Daher ist ein Blick auf die so genannten Vorreiter lohnenswert. Eine Analyse der sozio-ökonomischen Unterschiede in der Lebenserwartung ist erstmals in Deutschland anhand von Rentenzahlungen möglich.

Sozio-ökonomische Ungleichheiten der Sterblichkeit im höheren Alter haben eine hohe Re-

levanz, weil der Umfang der älteren Bevölkerung in der Bundesrepublik schnell zunimmt und weil große Unterschiede in der sozio-ökonomischen Situation bestehen. Über die sozio-ökonomischen Differenzen in Deutschland und deren Einfluss auf die Lebenserwartung ist bisher wenig bekannt, was weitgehend der restriktiven Handhabung des Datenschutzes geschuldet ist.

Durch die Öffnung der Rentenversicherungsdaten in Deutschland für die Forschung können nun – unter Berücksichtigung der strengen Datenschutzaufgaben – erstmals Analysen der rentenberechtigten Personen durchgeführt werden. Eine Studie, die in Zusammenarbeit des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung Rostock mit dem Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Deutschen Rentenversicherung (DRV-Bund) entstanden ist, wertet Mikrodaten des FDZ aus. Diese stehen anonymisiert seit 2005 für die Forschung

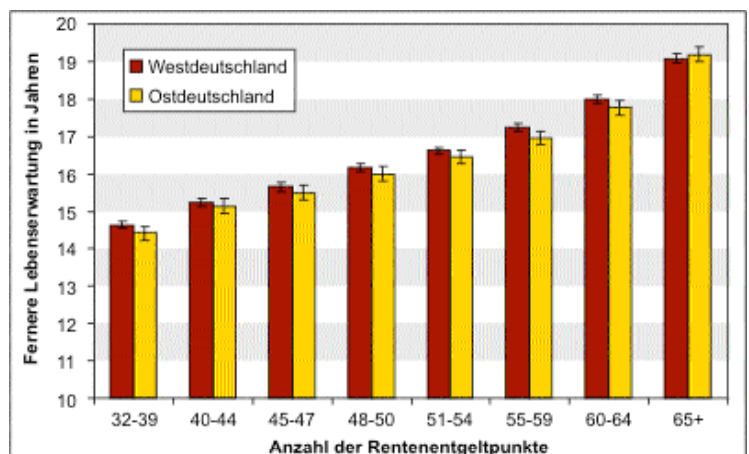


Abb. 1: Fernere Lebenserwartung in Deutschland für Männer im Alter von 65 Jahren nach Anzahl der persönlichen Rentenentgeltpunkte; Quelle: Daten des FDZ der DRV, 2003 (eigene Berechnungen). →

→ zur Verfügung und umfassenden Daten zu Zugang, Bestand, Wegfall, Berechnung und Bezug der Rente sowie demografische Daten der Versicherten.

Die DRV-Daten bestehen aus individuellen Datensätzen, die für jede Rente angelegt und die Grundlage aller Rentenzahlungen sind. Mit Ausnahme vieler Beamter und Selbstständiger führen die meisten Erwerbstätigen Beiträge an die Deutsche Rentenversicherung ab. Mehr als 90 Prozent der deutschen Männer über 65 Jahre beziehen gesetzliche Rente. Somit konnten in der Studie Angaben von

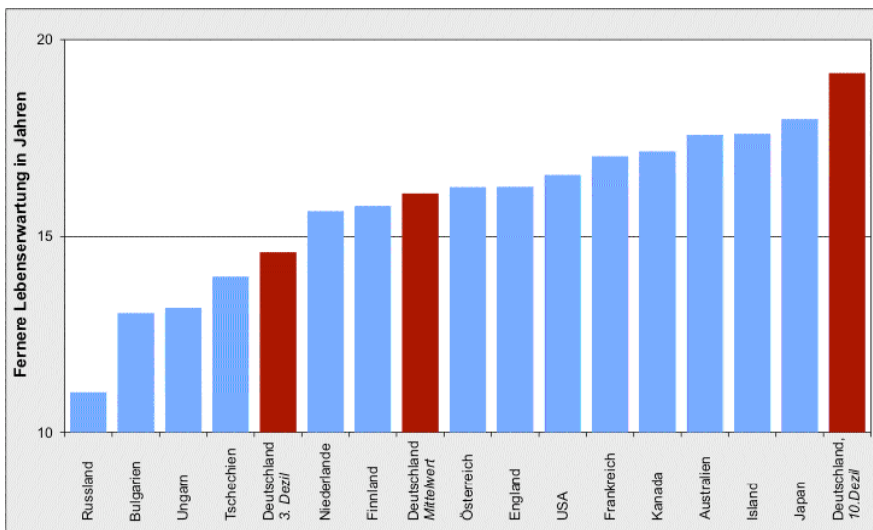


Abb. 2: Fernere Lebenserwartung für 65-jährige Männer im Ländervergleich und Streuung in den sozio-ökonomischen Gruppen in Deutschland; Quelle: Daten des FDZ der DRV, 2003 (eigene Berechnungen); Human Mortality Database.

über 5,2 Millionen männlichen Rentnern ausgewertet werden. Die Rentenstatistik ermöglicht, das Sterberisiko in Abhängigkeit von der persönlichen Einkommenssituation zu bestimmen, da ein Todesfall den Versicherungsanspruch beendet und gemeldet wird; die Analyse enthält 256.000 Sterbefälle. Die Höhe der Rente ist ein ungefähres Maß für die wirtschaftliche Lage des Versicherten; je mehr ein Erwerbstätiger im Laufe seines Lebens verdient hat, desto höher sind seine Altersbezüge. Jedoch sind vor allem in Westdeutschland, wo die traditionelle Rolle des Mannes als Ernährer der Familie erst langsam schwindet, nur die Angaben der Männer aussagekräftig. Viele Frauen der heutigen Rentengeneration waren nur wenige Jahre berufstätig oder nur teilzeitbeschäftigt, so dass die Beitragszahlungen keinen Rückschluss auf ihren sozialen Status zulassen. Auch konnten Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft bzw. Personen mit Migrationshintergrund in der Studie nicht berücksichtigt werden.

Der Rentenentgeltpunkt eines Jahres wird berechnet als relatives Verhältnis des Jahreseinkommens zum Durchschnitt aller Jahreseinkommen aller Personen des Jahres. Für den Durchschnitt ergibt sich der Wert 1, ein um zehn Prozent niedrigeres Einkommen entsprechend den Wert 0,9. Damit erzielt der durchschnittliche Rentner nach 45-jähriger Beschäftigung 45 Rentenentgeltpunkte. Die Multiplikation der Anzahl der Rentenpunkte mit dem Wert eines Rentenpunktes ergibt die Höhe der Rente. Der Wert eines Rentenentgeltpunktes beträgt in Ostdeutschland 22,97 Euro, in Westdeutschland 26,13 Euro (Stand 2004).

Die Rentenentgeltpunkte sind ein guter Indikator für das Einkommen über das gesamte Arbeitsleben in abhängiger Beschäftigung. Die individuelle Rente hat den kumulierten relativen Beitrag aller Arbeitsjahre zur Grundlage und stellt eine Kumulation der Rentenentgeltpunkte über das gesamte Leben dar. Es

ist zu vermuten, dass sich besonders in der Gruppe mit der geringsten Zahl von Rentenentgeltpunkten Personen befinden, die über andere Einnahmen verfügen, die zur Einschätzung des sozio-ökonomischen Status einbezogen werden müssten. So werden Beamte, Freiberufler, private Handwerker und Selbstständige nur teilweise im Rentensystem erfasst. Um diese Unschärfe zu vermeiden, werden die Personen in den ersten beiden Dezilen der Rentenpunkte ausgeschlossen. Die Analyse wird also eingeschränkt auf Personen, die mehr als 32 Rentenpunkte erreicht haben. Dieser Ausschluss von Personen betrifft 22 Prozent der Männer in Westdeutschland und drei Prozent der Männer in Ostdeutschland.

Die Berechnung von Sterbetafeln nach dem ökonomischen Status zeigt eine stetige Entwicklung (siehe Abbildung 1): Die Lebenserwartung ist am geringsten für Personen mit 32 bis 39 Rentenpunkten. Für Männer mit einer höheren Anzahl an Rentenentgeltpunkten steigt die Lebenserwartung linear. Die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren und älter variiert zwischen 14,6 und 19,1 Jahren. Die Gruppe mit der besten sozio-ökonomischen Situation erreicht die höchste Lebenserwartung. Im Ost-West-Vergleich zeigt sich das gleiche Bild. Dies spricht dafür, dass die Rentenhöhe die sozio-ökonomische Lage der Personen in Ost- und Westdeutschland in gleicher Weise beschreibt und den gleichen Zusammenhang zur Lebenserwartung hat.

In Abbildung 2 ist die fernere Lebenserwartung in ausgewählten Ländern von Männern im Alter von 65 Jahren dargestellt. Für Deutschland sind die niedrigste und die höchste sozio-ökonomische Gruppe sowie der Mittelwert abgebildet. Einerseits ist bemerkenswert, wie klein der Streubereich (+/-2,3 Jahre) in Deutschland ist. Andererseits relativiert die Einordnung der sozio-ökonomischen Streuung der Lebenserwartung in den internationalen Vergleich der Lebenserwartung die Bedeutung dieser Differenzen. Zu erkennen ist, dass auch die niedrigeren

sozio-ökonomischen Gruppen in Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld der durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung liegen.

Die Ergebnisse bestätigen, dass ein sozio-ökonomischer Gradient in der Sterblichkeit auch im höheren Alter besteht. Die signifikanten Mortalitätsunterschiede im hohen Alter lassen auf unterschiedliche Lebenschancen und Verhaltensweisen in

verschiedenen sozialen Gruppen schließen. Die Männer mit der höchsten Lebenserwartung sind in der Rentnergruppe mit den höchsten persönlichen Entgeltpunkten zu finden.

Allerdings sind daraus keine Kausalitätsaussagen abzuleiten. Wahrscheinlich wird der Zusammenhang über die Bildung und den Gesundheitszustand erklärt: Personen mit höherer Bildung gehen anders mit Gesundheitsgefährdungen um; weil sie zum Beispiel weniger Alkohol trinken und seltener rauchen, sind ihre Ernährung und Lebensstil insgesamt günstiger. Sie können sich bessere Wohnbedingungen leisten und die Angebote des Gesundheitssystems besser nutzen.

Bisher ist Deutschland ein klassisches Land mit universellem Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem. Mit der aktuellen Entwicklung im Gesundheitswesen und einer erhöhten Selbstbeteiligung ist jedoch zu erwarten, dass soziale Differenzierungen in der Lebenserwartung zunehmen werden.

Rembrandt Scholz, Vladimir Shkolnikov und Dimitri Jdanov

• Literatur:

Gaudecker, H.-M. von and R.D. Scholz: Lifetime earnings and life expectancy. Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock 2006 (MPIDR working paper; WP-2006-008). www.demogr.mpg.de/Papers/Working/wp-2006-008.pdf.

Shkolnikov, V.M., R.D. Scholz, D.A. Jdanov, M. Stegmann und H.-M. von Gaudecker: Length of live and wealth of German men after retirement.

Präsentation beim Symposium „Herausforderung Alternde Gesellschaft – Wie kann die Demografie zu einer neuen Perspektive beitragen?“ zum zehnjährigen Bestehen des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung, Rostock, 17. Oktober 2006.

Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung

Bedarfsprognosen zeigen Anstieg häuslichen Pflegepotenzials in Deutschland bis 2030

Die zunehmende Lebenserwartung der Menschen in den westlichen Industriestaaten stellt neue Herausforderungen an das derzeitige Pflegesystem. Das Projekt der Europäischen Union FELICIE (Future Elderly Living Conditions in Europe) berechnet Prognosen über die Zusammensetzung der zukünftigen pflegebedürftigen Bevölkerungsgruppen und diskutiert mögliche sozialpolitische Konsequenzen und Handlungsoptionen.

Alter ist der größte Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit. So steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, mit dem Alter 80 stark: Im Jahr 2003 waren in Deutschland 34 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen über 85 Jahre pflegebedürftig im Sinne von Leistungsbezügen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die Ergebnisse von FELICIE zeigen, dass auch eine Verbesserung der Gesundheit der steigenden Anzahl der Pflegebedürftigen nicht entgegenwirken kann. Zwei Szenarien können für die Prognose der Pflegebedürftigkeit im Alter 75+ bis zum Jahre 2030 angenommen werden (siehe Abbildung 1):

1) Das Konstante Pflegeszenario (Constant Disability Scenario): Dieses Szenario geht davon aus, dass die Jahre der Pflegebedürftigkeit proportional zu den hinzugewonnenen Lebensjahren steigen. Demnach wird für Deutschland bei den pflegebedürftigen Frauen ein Anstieg von 39 Prozent prognostiziert. Der Anstieg bei den Männern liegt bei 27 Prozent – die Zahl der pflegebedürftigen Männer würde sich also bis zum Jahr 2030 mehr als verdoppeln.

2) Das Gesunde-Lebensjahre-Szenario (Healthy Life Gain Scenario): Dieses Szenario basiert auf der Annahme, dass die hinzugewonnenen Lebensjahre gesunde Lebensjahre sind. Dennoch lässt sich ein deutlicher Anstieg der Pflegebedürftigen feststellen.

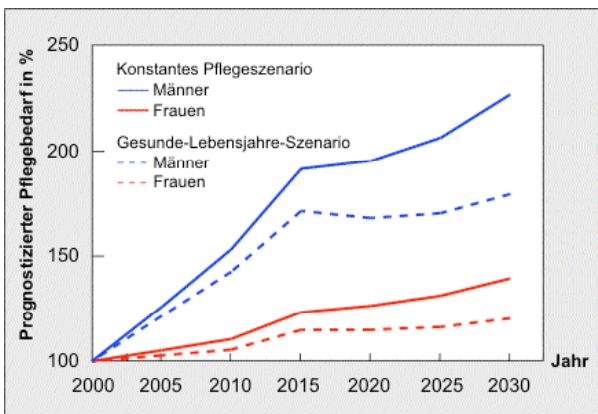


Abb. 1: Prognostizierter Pflegebedarf in Deutschland bis 2030 nach zwei Pflegeszenarien; Quelle: FELICIE (eigene Berechnungen).

Bei den Frauen liegt dieser bei 20 Prozent, bei den Männern bei 179 Prozent.

Bei den Männern ist jedoch zu berücksichtigen, dass ihr Ausgangswert deutlich unter dem der Frauen liegt, da die sich gegenwärtig im pflegebedürftigen Alter befindlichen Jahrgänge durch die beiden Weltkriege im 20. Jahrhundert dezimiert sind. Auch gehen die beiden Szenarien von einer Angleichung der Lebenserwartung der Männer an die höhere der Frauen aus.

In Deutschland werden Pflegeleistungen häufig von der Familie übernommen. Im Jahr 2003 waren etwa zwei Millionen Personen (2,5 Prozent der Bevölkerung) pflegebedürftig, davon 68 Prozent Frauen. Daten des Mikrozensus zeigen, dass von den Pflegebedürftigen zwei Drittel zu Hause gepflegt wurden und nur ein Drittel in Institutionen. 69 Prozent der Pflegeleistungen für diejenigen, die zu Hause gepflegt werden, übernehmen ausschließlich Familienangehörige, 31 Prozent greifen zusätzlich auf Angebote mobiler Pflegedienste zurück.

Um abzuschätzen, wie sich diese Pflegeleistungen in den nächsten Jahren entwickeln werden, können die zukünftigen Pflegebedürftigen nach ihrer Familienzusammensetzung in drei unterschiedliche Risikogruppen mit Hinblick auf institutionelle Pflege eingeteilt werden. Die Prognosen zeigen, dass vor allem die Zahl der Frauen in denjenigen Personengruppen am meisten steigt, die am wenigsten anfällig für institutionelle Pflege sind: Im Jahre 2000 hatten 13 Prozent der Frauen einen Partner und mindestens ein Kind, im Jahre 2030 werden dies 28 Prozent sein.

Der Anteil der Frauen ohne Partner und ohne Kind wird sich hingegen fast halbieren und von sieben Prozent im Jahre 2000 auf vier Prozent im Jahre 2030 zurückgehen (siehe Abbildung 2).

Künftige sozialpolitische Maßnahmen müssen deshalb darauf abzielen, die Familie bei der Pflege zu unterstützen. Allgemein wird zwischen Inzidenz und Intensität von Pflege unterschieden. Die Inzidenz reflektiert, ob Pflege angeboten wird, während die

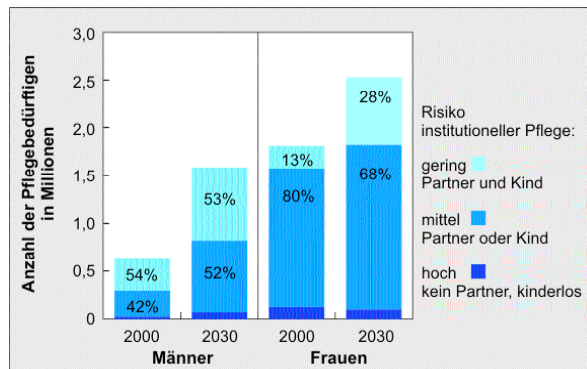


Abb. 2: Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Familienform in den Jahren 2000 und 2030; Quelle: FELICIE (eigene Berechnungen).

Intensität Aussagen über Dauer des Pflegeangebots macht. Die FELICIE-Prognosen zeigen, dass in Zukunft die Familie verstärkt als potenzieller Pflegegeber vorhanden sein wird. Der Fokus der Politik muss sich daher auf die Intensität der Pflege richten, zum Beispiel durch den Ausbau mobiler Pflegedienste.

Erfahrungen in den skandinavischen Ländern zeigen, dass eine Inanspruchnahme eines Pflegedienstes die innerhalb der Familie erbrachten Pflegeleistungen nicht senkt, sondern die Pflege in der Familie sogar gestärkt wird. In Ländern hingegen, in denen die Familien eine sehr hohe Pflegeleistung (Intensität) erbringen, sinkt die Häufigkeit (Inzidenz) der Pflegeleistung durch Familien. Dies ist zum Beispiel in Südeuropa der Fall. Zusätzlich müssen Arbeitsmärkte flexibler gestaltet und Pflegeleistungen besser anerkannt und honoriert werden, indem beispielsweise Pflegeleistungen bei späteren Rentenansprüchen berücksichtigt werden. Ferner muss noch mehr Gewicht auf die Forschung in diesem Bereich gelegt werden, vor allem auf Menschen, die in Institutionen leben.

Gabriele Doblhammer, Christina Westphal und Uta Ziegler

Literatur:

Doblhammer, G.: Das Alter ist weiblich: Demographie der weiblichen Bevölkerung. Der Gynäkologe 39(2006)5: 346-353.

Doblhammer G. und U. Ziegler: Future elderly living conditions in Europe: demographic insights. In: Gender, health and ageing: European perspectives, G.M. Backes, V. Lasch and K. Reimann (Eds.). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006 [Alter(n) und Gesellschaft].

www.felicie.org.

Regelmäßiger Kontakt zur Familie senkt Depressionsrisiko

Der Einfluss von Kindern und Partnern auf die mentale Gesundheit im Alter

Mentale Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil des allgemeinen Gesundheitsbegriffs und sowohl auf individueller als auf gesellschaftlicher Ebene von großer Bedeutung. Eine Analyse der älteren Bevölkerung Westeuropas zeigt, dass das Risiko einer Depression im Alter steigt, wenn Menschen allein im Haushalt leben und wenn ein Kontakt zu ihren Kindern nur selten besteht.

Eine neue Studie* des Wiener Instituts für Demographie befasst sich mit dem Einfluss von Kindern und Partnerschaft auf die mentale Gesundheit im Alter. Verwendet werden Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Die Studie umfasst nur Personen im Alter von 60 Jahren und älter, die weder berufstätig noch arbeitslos sind, um den Einfluss von Erwerbstätigkeit auszuschließen. Als Maß für mentale Gesundheit wird die zwölf Merkmale umfassende EURO-D Skala verwendet, auf der hohe Werte für ein hohes Depressionsniveau stehen (sämtliche Fragen bezogen sich auf den Monat vor der Befragung).

45 Prozent der Personen gaben an, traurig oder niedergeschlagen gewesen zu sein. Als zweithäufigste Symptome wurden Kraftlosigkeit (37 Prozent) und Schlafstörungen (36 Prozent) genannt. 31 Prozent der Interviewten hatten zumindest einmal im Monat geweint, und 29 Prozent gaben Konzentrations-schwierigkeiten an. Je 23 Prozent waren eher pessimistisch eingestellt und fühlten sich gereizt. Die weiteren Symptome verteilten sich wie folgt: wenig Freude an den Dingen des Lebens (19 Prozent),

IMPRESSUM

Herausgeber: James W. Vaupel, Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock, in Kooperation mit Wolfgang Lutz, Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien, und Gabriele Doblhammer, Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels
ISSN: 1613-5822

Verantwortliche Redakteurin: Gabriele Doblhammer (V.i.S.d.P.)

Redaktionsleitung: Nadja Milewski
Layout: Silvia Leek

Druck: Stadtdruckerei Weidner GmbH, 18069 Rostock
Anschrift: Max-Planck-Institut für demografische Forschung Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock, Deutschland
Telefon: (+49) 381/2081-132, **Telefax:** (+49) 381/2081-432
E-Mail: redaktion@demografische-forschung.org
Web: www.demografische-forschung.org

Erscheinungsweise: viermal jährlich
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht notwendigerweise die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wieder.

Der Abdruck von Artikeln, Auszügen und Grafiken ist nur bei Nennung der Quelle erlaubt.

Um Zusendung von Belegexemplaren wird gebeten.



Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V.

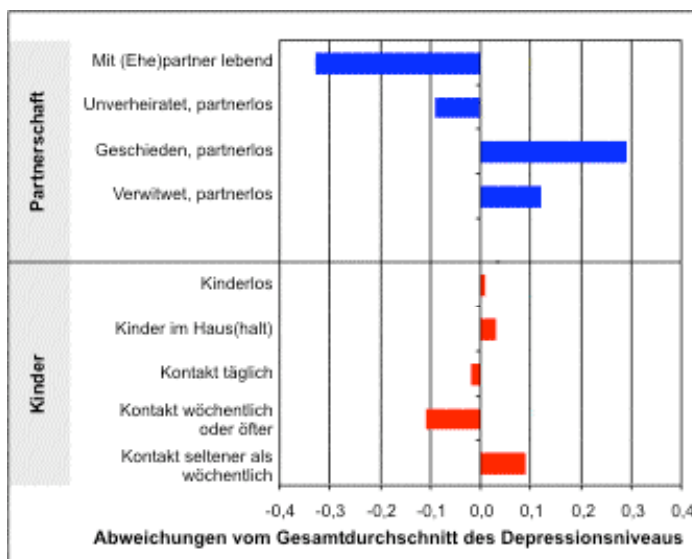


Abb. 1: Abweichung vom Gesamtdurchschnitt (2,9) der Depressionssymptome kontrolliert nach Geschlecht, Alter, Bildung, Land; Quelle: SHARE (eigene Berechnungen).

zumindest einmaliger Wunsch, tot zu sein (13 Prozent), Appetitlosigkeit (13 Prozent), wenig Interesse an der Umgebung (zwölf Prozent) und Schuldgefühle (sieben Prozent). Im Durchschnitt nannten die Befragten in dieser Studie 2,9 Symptome. Nach Prince et al. (1999) sind Personen mit einem EURO-D Wert über 3 als depressiv einzustufen; in dieser Stichprobe trifft dies auf 33 Prozent zu. Jedoch zeigen sich große Unterschiede zwischen den Ländern: Ältere in Spanien, Frankreich und Italien haben ein sehr hohes Depressionsniveau, jene in Dänemark das niedrigste. Deutschland und Österreich liegen im Mittelfeld.

In allen Ländern nimmt die Anzahl der Symptome von Depressionen mit dem Alter zu. Allgemein finden sich Symptome einer Depression häufiger bei Frauen als bei Männern sowie bei Personen mit relativ niedriger Bildung. Weiterhin sind allein lebende ältere Personen signifikant häufiger von Depressionen betroffen als verheiratete oder in Partnerschaft lebende Menschen. Unter den allein lebenden Frauen und Männern sind Geschiedene stärker von Depressionen betroffen als Verwitwete: Allein lebende Geschiedene schneiden auf der Depressionsskala um 0,3 Punkte schlechter ab als der Gesamtdurchschnitt (2,9), allein lebende Verwitwete um 0,1 Punkt schlechter als der Durchschnitt (siehe Abbildung 1).

Welchen Einfluss haben nun Kinder auf die mentale Gesundheit ihrer Eltern? Die Analyse berücksichtigt die Zahl der Kinder sowie räumliche Nähe und Kontakthäufigkeit zu den Kindern. Auf den ersten Blick zeigen kinderlose ältere Personen mehr Symptome von Depressionen als Eltern. Dieser Effekt verringert sich allerdings, sobald sozio-ökonomische Indikatoren berücksichtigt werden. Keinen Einfluss hat

die räumliche Nähe zu Kindern auf die mentale Gesundheit ihrer Eltern. Jedoch hat die Kontakthäufigkeit zu Kindern einen Effekt: Ältere mit wenig Kontakt zu ihren Kindern (seltener als einmal in der Woche) sind eher von Depressionen betroffen als der Durchschnitt. Interessant ist auch, dass Ältere, die mit einem ihrer Kinder im

Haus oder Haushalt leben, ein höheres Depressionsniveau haben als von den Kindern entfernt lebende Personen. Hier ist zu vermuten, dass gesundheitliche Probleme der Grund dafür sind, dass ältere Menschen mit ihren Kindern zusammenleben; die Kausalität läuft also eher in entgegengesetzte Richtung.

Die Studie beweist, dass Kinder einen Einfluss auf die mentale Gesundheit ihrer Eltern haben. Sowohl Kinderlose als auch Eltern mit wenig Kontakt zu ihren Kindern haben im Alter mehr Symptome von Depressionen als Ältere mit Kindern bzw. mit regelmäßigem Kontakt zu ihren Kindern. Neben Kindern schützt aber auch eine Partnerschaft vor Depressionen. Eine Partnerschaft hat sogar einen stärkeren protektiven Einfluss auf die mentale Gesundheit eines Menschen als Elternschaft oder Kontakthäufigkeit zu den Kindern.

Isabella Buber und Henriette Engelhardt

Literatur:

*Buber, I. and H. Engelhardt: Children and mental health of elderly. Vienna Institute of Demography of the Austrian Academy of Sciences, Vienna 2006 (European demographic research papers; 3/2006) [forthcoming].

www.oew.ac.at/vid/publications/p_demographic-researchpapers.shtml.

Prince, M.J. et al.: Development of the EURO-D scale: a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. British Journal of Psychiatry 174(1999): 330-338.