DZA | Deutsches Zentrum für Altersfragen

# dza aktuell
# deutscher alterssurvey

**Heft 06/2021**

**Herausgeber:**
**Deutsches Zentrum für Altersfragen**

## Altersdiskriminierung in der Pandemie ist nicht die Regel – Jede zwanzigste Person in der zweiten Lebenshälfte berichtet erfahrene Benachteiligung wegen ihres Alters

Markus Wettstein & Sonja Nowossadeck

# Altersdiskriminierung in der Pandemie ist nicht die Regel – Jede zwanzigste Person in der zweiten Lebenshälfte berichtet erfahrene Benachteiligung wegen ihres Alters

*Markus Wettstein & Sonja Nowossadeck*

## Inhalt

Kernaussagen ..... 4
Einleitung ..... 6
Daten und Methodik ..... 9
Ergebnisse ..... 11
Fazit ..... 15
Literatur ..... 20

## Kernaussagen

Im Juni und Juli 2020 wurde im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) eine Kurzbefragung zu den Auswirkungen der Corona-Krise durchgeführt. Im Mittelpunkt der Befragung standen Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen, die durch die Pandemie bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte aufgetreten sind. Unter anderem gaben die Befragten Auskunft darüber, ob sie wegen ihres Alters benachteiligt oder schlechter gestellt wurden. Zudem ist neben der Frage, ob Menschen in der zweiten Lebenshälfte seit Beginn der Pandemie generell über erfahrene Altersdiskriminierung berichten, auch von Bedeutung, in welchen Lebensbereichen sie diese Benachteiligung erlebt haben. Gefragt wurde deshalb nach erfahrener Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung sowie im Alltag (z.B. beim Einkaufen):

**Erfahrene Altersdiskriminierung:**

- **Im Sommer 2020 geben 5,4 Prozent der Menschen in der zweiten Lebenshälfte an, seit Beginn der Corona-Krise aufgrund des eigenen Alters benachteiligt worden zu sein.** Dagegen geben die allermeisten Personen (94,6 Prozent) an, keine Altersdiskriminierung seit Beginn der Pandemie erfahren zu haben.

- **Erlebte Altersdiskriminierung kommt in allen Altersgruppen in der zweiten Lebenshälfte, bei Frauen und Männern sowie in verschiedenen Bildungsgruppen ähnlich häufig vor**. Vergleicht man Personen unterschiedlichen Alters (50 bis 59 Jahre, 60 bis 69 Jahre, 70 bis 79 Jahre, 80 bis 90 Jahre), so unterscheiden sich die Altersgruppen nicht signifikant darin, wie häufig erlebte Altersdiskriminierung berichtet wird: Der Anteil liegt in allen Gruppen zwischen ca. 3 und 6 Prozent. Auch bei Frauen und Männern sind diese Anteile sehr ähnlich. Was den Bildungsstand betrifft, zeichnet sich eine Tendenz ab, dass Niedriggebildete häufiger (8,1 Prozent) angeben, wegen ihres Alters benachteiligt oder schlechter gestellt worden zu sein, im Vergleich zu Mittel- (4,1 Prozent) und Hochgebildeten (6,4 Prozent), aber auch dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

- **Erlebte Altersdiskriminierung tritt häufiger bei Personen auf, die ihre eigene Gesundheit als weniger gut einschätzen.** Erlebte Altersdiskriminierung berichten fast doppelt so viele Personen mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit (7,3 Prozent) wie Personen mit sehr guter bis guter subjektiver Gesundheit (3,9 Prozent).

**Bereiche erlebter Altersdiskriminierung:**

- **Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derjenigen Personen an, die angeben, in der medizinischen Versorgung und im Alltag wegen ihres Alters benachteiligt worden zu sein.** Erlebte Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung wird am häufigsten von den ältesten Personen (80 bis 90 Jahre) berichtet (3,7 Prozent), während von den 50- bis 59-Jährigen weniger als ein Prozent diesen Bereich nennen. Die ältesten Personen geben mit 2,4 Prozent ebenfalls zu höheren Anteilen an, im Alltag wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein, als jüngere Altersgruppen (z. B. nur 1,1 Prozent der 50- bis 59-Jährigen).

- **Mehr Frauen als Männer berichten erlebte Altersdiskriminierung im Alltag.** Der Anteil bei den Frauen beträgt 2,0 Prozent, bei den Männern 1,2 Prozent. Dagegen gibt es bei der erlebten Altersdiskriminierung im Bereich der medizinischen Versorgung kaum

Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

- **Personen mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit geben zu höheren Anteilen an, im Alltag wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein, als Personen mit guter subjektiver Gesundheit.** Personen mit guter vs. eingeschränkter subjektiver Gesundheit unterscheiden nicht signifikant hinsichtlich erlebter Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung. Dagegen zeigt sich ein klarer Unterschied für die Altersdiskriminierung im Alltag: 3,1 Prozent der Personen mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit geben an, diese erfahren zu haben. Das sind mehr als fünfmal so viele wie bei den Personen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bewerten (0,6 Prozent).

## Einleitung

Seit Beginn der Corona-Krise in Deutschland, also etwa seit Mitte März 2020, finden sich in den Medien, aber auch im politischen Diskurs, immer wieder einseitige Darstellungen, die die Verletzlichkeit älterer Menschen, pauschal als „Risikogruppe“ dargestellt, überbetonen (Kessler & Bowen, 2020). Solche pauschalen Zuschreibungen älterer Menschen als verletzliche Risikogruppe vernachlässigen die großen Unterschiede innerhalb der Gruppe älterer Personen (Gerstorf, Smith, & Baltes, 2006; Nelson & Dannefer, 1992; Smith & Gerstorf, 2004), die gerade auch im Bereich der Gesundheit und ihrer Veränderung im hohen und sehr hohen Alter bestehen (Wettstein, Schilling, & Wahl, 2016; Wolf, Freedman, Ondrich, Seplaki, & Spillman, 2015).

Diese Art der medialen Berichterstattung und die politische Debatte in der Corona-Krise haben die Sichtweise auf das Alter womöglich verändert und stärker negativ gefärbt. Dies wiederum könnte zur Folge haben, dass gerade Personen höheren Alters, die in den öffentlichen Diskussionen während der Corona-Krise offenbar „selbst kaum zu Wort kommen“ (Pelizäus & Heinz, 2020), nun häufiger wahrnehmen, dass sie aufgrund ihres Alters diskriminiert[1] werden (Ayalon, 2020; Ayalon et al., 2020; Ehni & Wahl, 2020). Diese Diskriminierung kann verschiedene Formen annehmen. Sie kann „wohlwollend“ sein („benevolent ageism“; Apriceno, Lytle, Monahan, Macdonald, & Levy, 2020) und dazu führen, dass ältere Menschen als besonders schutzbedürftig wahrgenommen werden und ihnen gegenüber eine paternalistische und überfürsorgliche Haltung eingenommen wird. Altersdiskriminierung kann jedoch auch feindseliger Natur sein („hostile ageism“; Apriceno et al., 2020) und sich darin äußern, dass ältere Menschen als Last wahrgenommen werden und ihnen gegenüber eine verächtliche Einstellung eingenommen wird.

Einige Studien deuten darauf hin, dass im Zuge der Corona-Pandemie teilweise ein negativer öffentlicher Diskurs über ältere Menschen zu beobachten ist. So machte etwa in den sozialen Medien der Ausdruck „Boomer Remover“ (also „Beseitiger der Baby-Boomer-Geburtsjahrgänge“) die Runde, den manche zur Umschreibung der Pandemie verwendeten (Lichtenstein, 2020; Meisner, 2020). Eine Auswertung von Tweets, die im März zum Thema COVID-19 und ältere Menschen veröffentlicht wurden, ergab, dass fast ein Viertel dieser Beiträge diskriminierend, abwertend oder beleidigend gegenüber älteren Menschen waren (Jimenez-Sotomayor, Gomez-Moreno, & Soto-Perez-de-Celis, 2020). Auch in der medizinischen Versorgung könnten erlebte Benachteiligungen aufgrund des Alters häufiger geworden sein, etwa als Folge der der Debatte, ob das Lebensalter von Patienten (Nicht-)Behandlungs-entscheidungen rechtfertigen darf, wenn aufgrund erschöpfter medizinischer Ressourcen nicht mehr allen die optimale medizinische Versorgung zukommen darf. Es gibt entsprechende Empfehlungen von Expertengruppen sowie Triage-Richtlinien verschiedener Länder, die eine Altersgrenze in solchen Notfallsituationen befürworten oder zumindest in Erwägung ziehen (Ehni, Wiesing, & Ranisch, 2020). Auch wurden in Ländern, in denen es zu dramatischen Überlastungen von Krankenhäusern kam, derartige medizinische Entscheidungen und Nichtbehandlungen von bestimmten Altersgruppen berichtet (Ayalon et al., 2020).

Aufgrund der öffentlichen und politischen, häufig negativ gefärbten, Thematisierung

[1] Altersdiskriminierung kann auf unterschiedliche Weise erfasst werden und in unterschiedlichen Formen auftreten: im gesellschaftlichen Diskurs (z. B. verallgemeinernde gutmeinende oder bösartige Aussagen über „die alten Menschen“), objektiv messbar als aktive Diskriminierungshandlung (etwa in der medizinischen Versorgung), oder als subjektive Wahrnehmung einer Person, dass sie wegen ihres Alters diskriminiert werde. In diesem Beitrag wird die letztgenannte Form von Altersdiskriminierung erfasst, also Altersdiskriminierung als erlebte Benachteiligung/Schlechterstellung aufgrund des eigenen Alters. Sie kann unterschiedliche Altersgruppen betreffen, und sie hängt eng zusammen mit den weiteren genannten Formen der Altersdiskriminierung.

älterer Menschen, könnte man annehmen, dass die Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen zugenommen hat, möglicherweise nicht nur bei älteren Menschen, denn wahrgenommene Altersdiskriminierung tritt auch bereits bei Personen im mittleren Erwachsenenalter auf (Beyer, Wurm, & Wolff, 2017). Andererseits ist angesichts der beschriebenen großen Unterschiede zwischen älteren Menschen jedoch keineswegs zu erwarten, dass alle Menschen in der zweiten Lebenshälfte Altersdiskriminierung seit Beginn der Corona-Pandemie erlebt haben. Auch ist nicht sicher, ob erlebte Altersdiskriminierung in der zweiten Lebenshälfte tatsächlich infolge der Pandemie zugenommen hat. Denkbar ist in einigen Fällen auch, dass die Pandemie Gelegenheit zu Unterstützungsleistungen zwischen Generationen und Familienmitgliedern geboten und so auch intergenerationelle Solidarität befördert hat (Gilligan, Suitor, Rurka, & Silverstein, 2020), so dass es in diesen Fällen sogar zu einer „corona-bedingten“ Verringerung im Erleben von Altersdiskriminierung gekommen sein mag. Tatsächlich spiegeln die Befunde einer Befragung von Personen in Deutschland ab 50 Jahren diese Heterogenität wider: In dieser Befragung fand die Aussage, dass Ältere im Zuge der Corona-Pandemie diskriminiert würden, weder mehrheitliche Zustimmung, noch mehrheitliche Ablehnung, vielmehr wurden sehr unterschiedliche Ausmaße an individueller Zustimmung und Ablehnung angegeben (Wahl, Wurm, Schlomann, & Ehni, 2020).

Altersdiskriminierung wird möglicherweise von unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen in unterschiedlichem Ausmaß erlebt. In diesem Beitrag wird die Rolle von Lebensalter, Geschlecht, Bildung und Gesundheitszustand untersucht.

Das Lebensalter könnte eine Rolle für die erlebte Altersdiskriminierung seit Beginn der Corona-Krise spielen: Einerseits berichten wissenschaftliche Quellen wie das Robert-Koch-Institut (2020) von einem „stetig steigendem Risiko für einen schweren Verlauf ab etwa 50–60 Jahren“ (siehe auch Karagiannidis et al., 2020; Nachtigall et al., 2020). Diese Tatsache ist unstrittig, könnte jedoch auch dazu beitragen, dass Personen über 60 Jahren häufiger für Maßnahmen wie den Lockdown oder Kontaktbeschränkungen verantwortlich gemacht und womöglich teilweise auch angefeindet oder diskriminiert werden als Personen im mittleren Erwachsenenalter. Auch Bevormundung durch andere in Bezug auf das Verhalten im Alltag und zu treffende Vorsichtsmaßnahmen könnte diese Altersgruppe häufiger treffen. Jedoch profitiert andererseits in den Zeiten der Corona-Pandemie die Gruppe älterer Menschen vielleicht auch mehr von bestimmten solidarischen, dezidiert antidiskriminierenden Haltungen und Aktionen (Barrett, Michael, & Padavic, 2020; Sipocz, Freeman, & Elton, 2020) sowie von sozialer Unterstützung (Gilligan et al., 2020), so dass einige ältere Personen möglicherweise die Erfahrung machen, seit Beginn der Pandemie seltener Gegenstand von Altersdiskriminierung zu sein.

Auch die Rolle des Geschlechts für das Erleben von Altersdiskriminierung wird in diesem Beitrag untersucht. In der Befragungswelle 2014 des Deutschen Alterssurveys gaben Frauen häufiger als Männer an, Altersdiskriminierung erfahren zu haben, auch wenn es bei separater Betrachtung verschiedener Diskriminierungsbereiche keine Geschlechterunterschiede gab (Beyer, Wurm, & Wolff, 2017). Einen Geschlechterunterschied hinsichtlich Altersdiskriminierung zu Ungunsten der Frauen haben auch andere Studien – und gerade auch solche, die nach Beginn der Pandemie mit der Erhebung starteten – berichtet (Reiner, Lehmann, Ruf, Misoch, & Braunwalder, 2020). Andererseits haben Männer offenbar ein höheres Risiko, bei einer COVID-19-Erkrankung im Krankenhaus behandelt zu werden und gar zu sterben (Atkins et al., 2020; Robert-Koch-Institut, 2020), so dass sie in doppelter Weise, nämlich aufgrund ihres Geschlechts und ihrer Altersgruppenzugehörigkeit,

„Risikogruppe“ sind und deswegen womöglich in der Corona-Pandemie häufiger Bevormundung erfahren.

Bildung könnte ebenso relevant sein für erlebte Altersdiskriminierung: Personen mit niedriger Bildung geben – unabhängig von der Corona-Pandemie - häufiger an, von Altersdiskriminierung, etwa in der medizinischen Versorgung, betroffen zu sein, als Menschen mit höherer Bildung (Beyer et al., 2017). Dieser Unterschied hat sich in der Corona-Krise möglicherweise noch verschärft. Andererseits hat in bestimmten Bereichen nach Beginn der Corona-Pandemie eine Annäherung zwischen Bildungsgruppen stattgefunden, etwa hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit (Entringer et al., 2020), und eine derartige Annäherung könnte es grundsätzlich auch im Bereich der Altersdiskriminierung gegeben haben.

Von Altersdiskriminierung könnten zudem diejenigen stärker betroffen sein, die ihre Gesundheit weniger gut bewerten. Diese negativeren Gesundheitseinschätzungen gehen vermutlich auf bestimmte Erkrankungen zurück, die ihrerseits wieder ein Risikofaktor für schwere oder gar tödliche COVID-19-Krankheitsverläufe sind (Atkins et al., 2020; Karagiannidis et al., 2020; Nachtigall et al., 2020; Robert-Koch-Institut, 2020). Daher tragen auch ältere Personen mit schlechterer subjektiver Gesundheit das Label „Risikogruppe“ zweifach, aufgrund ihres Lebensalters und aufgrund ihres Gesundheitszustands, und sie könnten abwertende Bezeichnungen, wie sie etwa in sozialen Medien kursieren aufgrund ihrer tatsächlichen Gefährdung stärker als altersdiskriminierend erleben im Vergleich zu Personen, die ihre Gesundheit besser einschätzen.

*Forschungsfragen*

In diesem Beitrag wird untersucht, wie hoch der Anteil der Personen in der zweiten Lebenshälfte ist, die im Sommer 2020 berichten, seit Beginn der Corona-Pandemie wegen ihres Alters benachteiligt oder schlechter gestellt worden zu sein. Neben der Frage, ob Menschen in der zweiten Lebenshälfte seit Beginn der Pandemie Altersdiskriminierung erlebt haben, ist von Bedeutung, in welchen Lebensbereichen diese aufgetreten ist. Dies wird anhand der Bereiche medizinische Versorgung und Alltag untersucht.

In diesem Beitrag werden folgende Forschungsfragen untersucht:

1. Wie hoch ist der Anteil an Personen in der zweiten Lebenshälfte, die im Juni/Juli 2020 angeben, seit Beginn der Corona-Krise (Mitte März 2020) aufgrund ihres Alters schlechter gestellt oder benachteiligt worden zu sein?

2. Unterscheiden sich bestimmte Bevölkerungsgruppen (Altersgruppen, Frauen und Männer, Bildungsgruppen und Personen mit unterschiedlichem Gesundheitsstatus) darin, zu welchen Anteilen sie von erlebter Altersdiskriminierung betroffen sind?

3. Unterscheiden sich diese Bevölkerungsgruppen zudem darin, in welchen Bereichen (im Alltag oder in der medizinischen Versorgung) diese Diskriminierungserfahrungen aufgetreten sind?

## Daten und Methodik

**Der Deutsche Alterssurvey (DEAS)**

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen in der zweiten Lebenshälfte. Im Rahmen der Studie werden seit mehr als zwei Jahrzehnten Frauen und Männer auf ihrem Weg ins höhere und hohe Alter regelmäßig befragt (1996, 2002, 2008, 2011, 2014, 2017, 2020). Dieser lange Beobachtungszeitraum von mehr als zwei Jahrzehnten erlaubt einen umfassenden Einblick in das Älterwerden und die Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Zudem kann durch das kohortensequenzielle Design der Studie Älterwerden im sozialen Wandel untersucht werden. Der Deutsche Alterssurvey ist daher eine zentrale Studie zu Alter und Altern in Deutschland. Mehr als 20.000 Personen haben bislang an der Studie teilgenommen. Befragt werden Personen, die zum Zeitpunkt der ersten Teilnahme 40 Jahre und älter sind. Die Teilnehmenden werden auf Basis einer nach Alter, Geschlecht und Region geschichteten Einwohnermeldeamtsstichprobe ausgewählt. Die Daten des Deutschen Alterssurveys sind daher repräsentativ für die in Privathaushalten lebende Wohnbevölkerung Deutschlands in der zweiten Lebenshälfte. Durch den Deutschen Alterssurvey können auch die Lebenssituationen in Krisenzeiten – wie wir sie aktuell aufgrund der Corona-Pandemie erleben – näher beleuchtet und besser verstanden werden.

Die jüngste Befragung fand im Zeitraum vom 8. Juni bis zum 22. Juli 2020 statt. Im Zentrum dieser Befragung standen Fragen zur aktuellen Lebenssituation sowie zu erlebten Veränderungen während der Corona-Pandemie in verschiedenen Lebensbereichen, etwa in sozialen Beziehungen, im Wohlbefinden und in der Erwerbsarbeit. Es haben 4.823 Personen ab einem Alter von 46 Jahren an der Befragung teilgenommen. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys, die bereits zuvor mindestens einmal an der Studie teilgenommen hatten, mit einem schriftlichen Fragebogen (anstatt wie bisher im persönlichen Interview) befragt. Diese jüngste schriftlich-postalische Kurzbefragung stellt den ersten Teil der siebten Welle des Deutschen Alterssurveys dar. Im zweiten Teil werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys telefonisch interviewt – von November 2020 bis April 2021.

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

Weitere Informationen zum Deutschen Alterssurvey (DEAS) finden sich unter www.deutscher-alterssurvey.de.

Die Ergebnisse dieses Berichts basieren auf Auswertungen der siebten Welle des Deutschen Alterssurveys (DEAS; Vogel, Klaus, Wettstein, Simonson, & Tesch-Römer, 2020). Für die vorliegenden Auswertungen wurden die Angaben von 4.510 Personen im Alter zwischen 50 und 90 Jahren berücksichtigt.

Für die Analysen wurden die folgenden Maße verwendet:

- Die wahrgenommene Benachteiligung aufgrund des eigenen Alters (im Folgenden: erlebte Altersdiskriminierung) wurde mit der Frage erfasst: „Haben Sie seit Mitte März erlebt, dass Sie wegen Ihres Alters durch andere benachteiligt oder gegenüber anderen Menschen schlechter gestellt wurden?“. Diese Frage konnte mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden.

- Nur diejenigen Personen, die die Frage zur erlebten Altersdiskriminierung bejahten (n = 200), wurden darüber hinaus gefragt: „Können Sie uns sagen, in welchen Bereichen des Lebens dies geschehen ist?“. In den vorliegenden Analysen wurden die folgenden vorgegebenen Bereiche ausgewertet[2]:

    - bei der medizinischen Versorgung (z. B. bei der ärztlichen Diagnose, bei Behandlungen oder Verordnung von Medikamenten)

    - im Alltag (z. B. beim Einkaufen, bei Veranstaltungen oder in persönlichen Beziehungen)

    - in einem anderen Bereich (dieser konnte von den Befragten in einem Freifeldtext näher spezifiziert werden)

- Zur Messung der selbstberichteten Gesundheit wurde die Frage gestellt „Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“. Diese Frage wurde auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) beantwortet. In den folgenden Analysen werden die Werte 1 und 2 als „gute subjektive Gesundheit“ und Werte von 3 bis 5 als „mittlere bis (sehr) schlechte“ bzw. als beeinträchtigte subjektive Gesundheit interpretiert.

Alter, Geschlecht sowie Bildungsstatus basierten auf Selbstauskünften und waren aufgrund vorheriger Teilnahmen der Personen am Deutschen Alterssurvey bereits bekannt. Vier Altersgruppen wurden unterschieden: 50- bis 59-Jährige (n = 768; 17,0 Prozent), 60- bis 69-Jährige (n = 1.434, 31,8 Prozent), 70- bis 79-Jährige (n = 1.421, 31,5 Prozent) sowie Personen im Alter von 80 bis 90 Jahren (n = 887, 19,7 Prozent). Außerdem wurden Frauen (n = 2.293, 50,8 Prozent) und Männer (n = 2.217, 49,2 Prozent) miteinander verglichen. Bildung wurde in drei Gruppen unterteilt: Personen mit niedrigem Bildungsabschluss (n = 187; 4,2 Prozent), mittlerem Bildungsabschluss (n = 2.120; 47,0 Prozent) und hohem Bildungsabschluss (n = 2.202; 48,8 Prozent). Für Vergleiche der Bildungsgruppen nach Bereichen, in denen Altersdiskriminierung auftrat, wurden, da nur 17 Niedriggebildete insgesamt Diskriminierungserfahrung berichteten, Niedrig- und Mittelgebildete zu einer Gruppe zusammengefasst. Zudem wurde die Altersdiskriminierung „in einem anderen Bereich“ nur von sehr wenigen Personen (< 1 Prozent der Gesamtstichprobe) genannt, so dass für diesen Bereich keine weiterführenden gruppenspezifischen Auswertungen möglich waren.

[2] Abgefragt wurde auch der Bereich „bei der Arbeit oder Arbeitssuche (z. B. bei der Vergabe von Stellen, am Arbeitsplatz selbst oder bei der Entlassung aus einem Arbeitsverhältnis)“; dieser wird jedoch in den folgenden Analysen nicht berücksichtigt.

## Ergebnisse

***Von den Menschen in der zweiten Lebenshälfte berichtet jede/r Zwanzigste erlebte Altersdiskriminierung seit Beginn der Corona-Krise***

Wie Abbildung 1 zeigt, gibt im Sommer 2020 die große Mehrheit der Personen in der zweiten Lebenshälfte an (94,6 Prozent), keine Altersdiskriminierung seit Mitte März 2020 erfahren zu haben. 5,4 Prozent dagegen berichten, seit Mitte März wegen ihres Alters benachteiligt oder schlechter gestellt worden zu sein.

Somit sieht sich die große Mehrheit der Menschen in der zweiten Lebenshälfte offenbar keiner Altersdiskriminierung ausgesetzt. Im Jahr 2017 lag der Anteil derer, die angaben, wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein, bei 8,5 Prozent (Spuling et al., 2020). Dieser Anteil ist größer als 2020, jedoch auch auf einen längeren zurückliegenden Zeitraum (12 Monate in der Befragung 2017 vs. 3-4 Monate in der Befragung 2020) bezogen (siehe Abschnitt Forschungsfragen). Daher ist keine direkte Vergleichbarkeit gegeben.

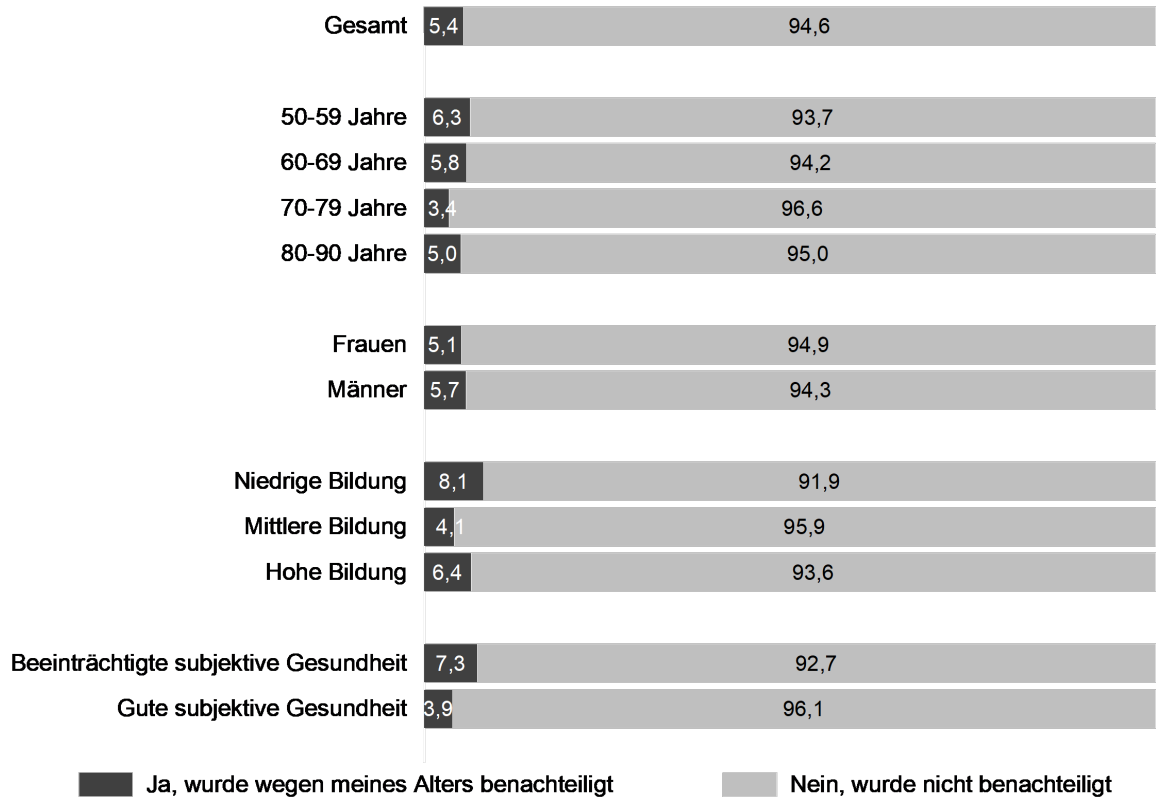
***Verschiedene Altersgruppen, Frauen und Männer sowie Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand sind zu ähnlichen Anteilen von Altersdiskriminierung betroffen***

Wie in Abbildung 1 dargestellt, sind die Anteile derer, die erfahrene Altersdiskriminierung seit Beginn der Corona-Krise berichten, in allen Altersgruppen ähnlich. Zwar scheint die erlebte Altersdiskriminierung in der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen etwas seltener aufzutreten (3,4 Prozent) als in allen anderen Altersgruppen, deren Anteile zwischen 5,0 und 6,3 Prozent liegen, dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Erlebte Altersdiskriminierung variiert also offenbar nicht in Abhängigkeit des Alters, zumindest nicht innerhalb der zweiten Lebenshälfte.

Ebenso sind diese Anteile bei Frauen und Männern sehr ähnlich. Was die Rolle von Bildung betrifft, zeichnet sich ein Trend ab, dass Niedriggebildete häufiger erlebte Altersdiskriminierung berichten (8,1 Prozent) als Mittel- und Hochgebildete (4,1 und 6,4 Prozent), jedoch ist dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Die Gruppe Niedriggebildeter unter den Befragten ist insgesamt klein, und in absoluten Zahlen betrachtet sind es nur 17 Personen innerhalb dieser Gruppe, die angeben, wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass das Erleben von Altersdiskriminierung in der zweiten Lebenshälfte offenbar keine Frage des Alters ist und keine nennenswerten Unterschiede zwischen Erwachsenen im mittleren und hohen Alter auftreten. Ebenso berichten ähnlich viele Frauen und Männer von erfahrener Altersdiskriminierung. Bei Bildung zeichnet sich ein kleiner, jedoch nicht signifikanter Unterschied ab zu Lasten der Niedriggebildeten, die etwas öfter als Personen mit mittlerer oder hoher Bildung angeben, aufgrund ihres Alters diskriminiert worden zu sein.

Abbildung 1: Anteil der Personen (in Prozent), die angeben, dass sie seit Mitte März 2020 wegen ihres Alters durch andere benachteiligt oder gegenüber anderen Menschen schlechter gestellt wurden, gesamt sowie nach Alter, Geschlecht, Bildung und subjektivem Gesundheitszustand




Quelle: DEAS Kurzbefragung 2020 (n = 4.510), gewichtet, gerundete Angaben; die Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Bildung sind statistisch nicht signifikant. Dagegen ist der Unterschied in Abhängigkeit der subjektiven Gesundheit statistisch signifikant.

***Personen, die ihre Gesundheit weniger positiv einschätzen, geben häufiger an, wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein***

Dagegen gibt es einen merklichen Unterschied in erlebter Altersdiskriminierung in Abhängigkeit der selbsteingeschätzten Gesundheit: Betrachtet man die Anteile an Personen mit guter subjektiver Gesundheit und mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit, die angeben, wegen ihres Alters benachteiligt oder schlechter gestellt worden zu sein (Abbildung 1), so sind dies in der Gruppe derjenigen mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit fast doppelt so viele (7,3 Prozent) wie in der Gruppe derer, die ihre Gesundheit als gut bewerten (3,9 Prozent).

***Bereiche erlebter Altersdiskriminierung: Mit zunehmendem Alter wird der Anteil derer größer, die Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung und im Alltag erfahren***

Wie Abbildung 2 zeigt, geben 2,2 Prozent an, in der medizinischen Versorgung wegen ihres Alters benachteiligt oder schlechter gestellt worden zu sein. Erlebte Altersdiskriminierung im Alltag berichten 1,6 Prozent. Erfahrene Diskriminierung in einem sonstigen Bereich wird von weniger als einem Prozent genannt (ohne Abbildung).

Innerhalb dieses „anderen Bereichs“ wurden durchaus – wenn auch nur sehr vereinzelt – Angaben gemacht mit direktem Bezug zur Pandemie, aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln (z. B. „Als Risikogruppe stellt es

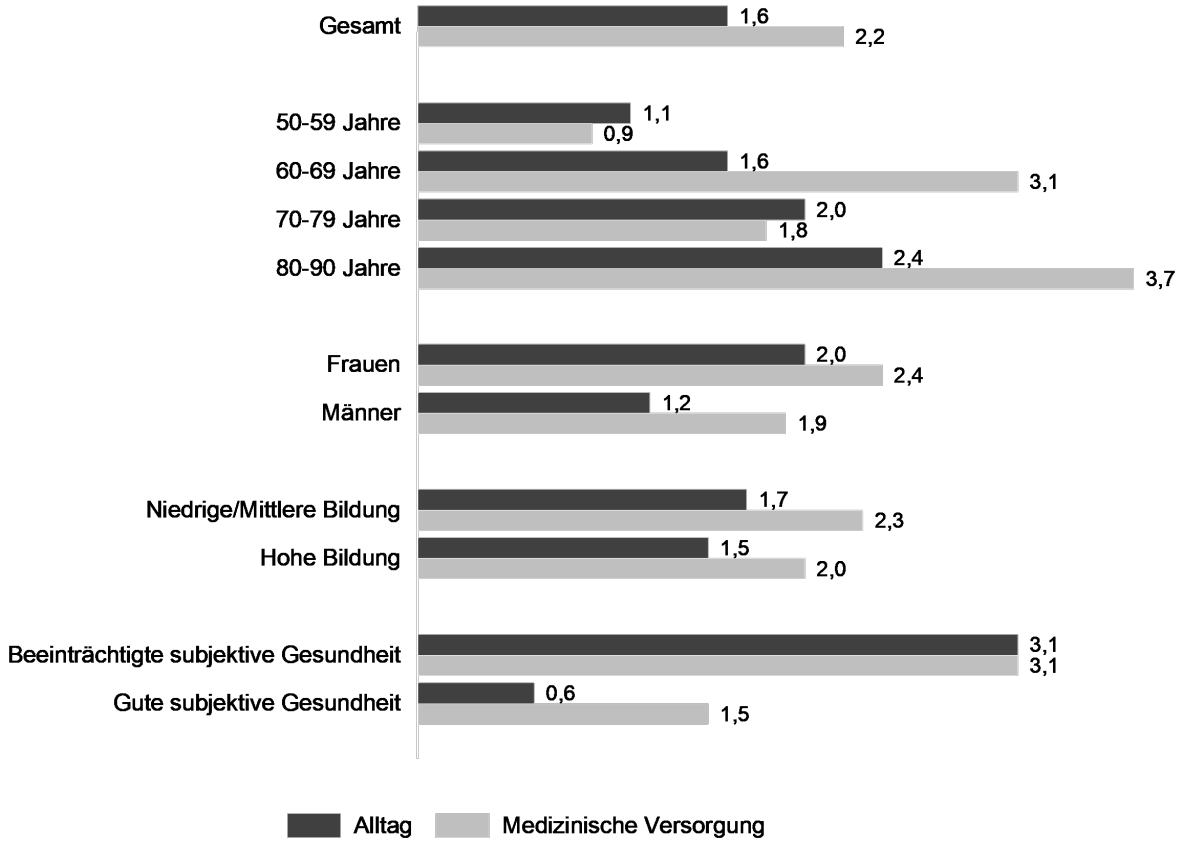
die Politik so dar als seien wir allein verantwortlich für das was kommt!“; „Es wird nicht ernst genommen, dass Corona in meinem Alter durchaus gefährlich sein könnte“; „Wurde der Risikogruppe zugeordnet“; „Isolierung im Heim aufgrund Corona“).

Die Bereiche, in denen Menschen in der zweiten Lebenshälfte erfahrene Altersdiskriminierung berichten, unterscheiden sich deutlich nach dem Lebensalter. Dagegen unterscheiden sich nur einzelne Bereiche nach Geschlecht, während keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen unterschiedlicher Bildung auftreten.

Der Anteil in der ältesten Gruppe, die erfahrene Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung (3,7 Prozent) sowie im Alltag (2,4 Prozent) angeben, ist größer als in den anderen Altersgruppen, besonders im Vergleich zu der jüngsten betrachteten Gruppe der 50- bis 59-Jährigen (erfahrene Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung: 0,9 Prozent; im Alltag: 1,1 Prozent). Erlebte Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung scheint also (mit Ausnahme der 70- bis 79-Jährigen, die seltener diese Art an erfahrener Diskriminierung angeben als die 60- bis 69-Jährigen) mit steigendem Alter zuzunehmen, ebenso wie erfahrene Altersdiskriminierung im Alltag.

Frauen und Männer unterscheiden sich nicht darin, zu welchen Anteilen sie angeben, von erlebter Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung betroffen zu sein. Jedoch geben gibt bei den Frauen ein größerer Anteil (2,0 Prozent) als bei den Männern (1,2 Prozent) an, sie seien wegen ihres Alters im Alltag benachteiligt oder schlechter gestellt worden. Für Personen unterschiedlicher Bildung zeigt sich dagegen für keinen der beiden Diskriminierungsbereiche ein Unterschied.

Abbildung 2: Anteil der Personen (in Prozent), die angeben, dass sie seit Mitte März 2020 wegen ihres Alters durch andere in der medizinischen Versorgung oder im Alltag benachteiligt oder gegenüber anderen Menschen schlechter gestellt wurden, gesamt sowie nach Alter, Geschlecht, Bildung und subjektivem Gesundheitszustand




Quelle: DEAS Kurzbefragung 2020 (n = 4.510), gewichtet, gerundete Angaben; die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind für beide Bereiche (Alltag und medizinische Versorgung) signifikant; der Unterschied zwischen Frauen und Männern ist nur für den Bereich Alltag signifikant; die Unterschiede nach Bildung sind für beide Bereiche (Alltag und medizinische Versorgung) nicht signifikant; nur der Unterschied im Bereich Alltag ist signifikant verschieden zwischen Personen mit guter vs. beeinträchtigter subjektiver Gesundheit.

**Personen, die ihre Gesundheit als beeinträchtigt einschätzen, geben häufiger an, im Alltag wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein**

Viel deutlicher als der Unterschied zwischen den Altersgruppen oder zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der berichteten Altersdiskriminierung im Alltag ist der Unterschied in Abhängigkeit davon, wie Menschen ihre eigene Gesundheit einstufen: Dieser Diskriminierungsform sehen sich 3,1 Prozent der Personen mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit ausgesetzt, und dieser Anteil ist mehr als fünfmal so groß wie bei den Personen mit guter subjektiver Gesundheit (0,6 Prozent). Dagegen fällt interessanterweise der Unterschied zwischen beiden Gruppen im Diskriminierungsbereich der medizinischen Versorgung zwar zu Ungunsten der Gruppe mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit aus (3,1 Prozent; bei den Personen mit guter selbsteingeschätzter Gesundheit: 1,5 Prozent), jedoch ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

Zusammengefasst zeigen diese Ergebnisse: Gegenüber den Personen mit guter subjektiver Gesundheit geben diejenigen mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit zu deutlich größeren Anteilen an, im Alltag

wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein. In der medizinischen Versorgung dagegen – vermutlich für diejenigen mit negativer Bewertung ihrer eigenen Gesundheit ein ganz zentraler Lebensbereich – sehen sich mehr Personen mit beeinträchtigter Gesundheit benachteiligt als Personen mit guter Gesundheit, jedoch fällt der Unterschied gering und statistisch nicht signifikant aus.

## Fazit

Die Corona-Krise hat womöglich Altersdiskriminierung befördert, da sie – bisweilen sehr einseitige – Diskussionen um Verletzlichkeit, Schutzbedürftigkeit und Risikostatus älterer Personen (Kessler & Bowen, 2020) sowie um die Rolle des Lebensalters bei etwaigen medizinischen Versorgungsengpässen (Ehni et al., 2020) hervorgebracht hat. Zudem war die Darstellung älterer Menschen und ihrer Situation in der Pandemie, insbesondere auch in sozialen Medien, mitunter von altersdiskriminierenden Beiträgen und Tendenzen geprägt (Jimenez-Sotomayor et al., 2020; Lichtenstein, 2020; Meisner, 2020; Sipocz et al., 2020).

**Jede/r Zwanzigste berichtet, seit Beginn der Corona-Krise aufgrund des eigenen Alters diskriminiert worden zu sein.**

Ein zentraler Befund der Befragung ist, dass im Sommer 2020 5,4 Prozent der Befragten angaben, seit Beginn der Corona-Krise (also seit Mitte März 2020) wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein. Die überwältigende Mehrheit dagegen, mehr als 94 Prozent, hat nach eigener Auskunft keine Altersdiskriminierung erfahren.

Dieses Ergebnis kann man einerseits als „Entwarnung“ deuten, denn offenbar hat es, zumindest in der frühen Phase der Pandemie und in der Wahrnehmung der Menschen in der zweiten Lebenshälfte, keine massenhafte Altersdiskriminierung gegeben. Andere Studien haben ähnliche Ergebnisse berichtet, gemäß derer zwar teilweise Menschen Altersdiskriminierung im Zuge der Corona-Krise befürchten oder auch selbst erlebt haben, gleichzeitig ist der Anteil dieser Personen an der Bevölkerung oder der Gesamtgruppe älterer Menschen aber eher klein (Reiner et al., 2020; Wahl et al., 2020).

Andererseits zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass immerhin jede zwanzigste Person angibt, Altersdiskriminierung erlebt zu haben. Andere Studien, die etwa altersdiskriminierende Tendenzen in sozialen Medien untersucht haben (Jimenez-Sotomayor et al., 2020), schätzen die Verbreitung von Altersdiskriminierung weitaus größer und problematischer ein. Möglicherweise macht es einen Unterschied, welche Form von Altersdiskriminierung untersucht wird, also etwa ob persönliche und subjektive Altersdiskriminierung erfragt wird oder objektiv messbare Altersdiskriminierung, die sich ganz pauschal gegen die Gruppe älterer Menschen richtet. Gemessen daran, wie schwerwiegend die Konsequenzen von erlebter Altersdiskriminierung für Wohlbefinden, Gesundheit und Langlebigkeit sind (Chang et al., 2020; Levy, Slade, Chang, Kannoth, & Wang, 2020), ist jede einzelne Person, die von Altersdiskriminierung betroffen ist, eine Person zu viel. Daher sollten ungeachtet der vermeintlich geringen Prävalenz von erlebter Altersdiskriminierung die Bemühungen in Politik, Medien und Wissenschaft intensiviert werden, einem einseitigen und verlustorientiertem Altersbild entgegenzutreten. Zudem sollten die Potenziale, Stärken sowie die Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit älterer Menschen öffentlich thematisiert werden, zumal sich diese gerade auch in Zeiten der Corona-Krise manifestieren (Entringer & Kröger, 2020; Eurofound, 2020; Gilan et al., 2020; Lind et al., 2020; Röhr, Reininghaus, &

Riedel-Heller, 2020). Negative Alterssstereotype und Altersdiskriminierung können ihre Ursache auch in unzureichendem Wissen über die Lebensphasen mittleres und höheres Erwachsenenalter haben. Daher ist es wichtig, ausgewogen und umfassend über diese Lebensphase und auch über die Vielfalt des Alter(n)s zu informieren: Längst nicht alle älteren Menschen sind gesundheitlich eingeschränkt und hochverletzlich, innerhalb der Altersgruppe älterer Menschen gibt es – wie in allen anderen Altersgruppen auch – erhebliche individuelle Unterschiede. Initiativen zur Vermittlung realistischer und ausgewogener Altersbilder (z. B. des BMFSFJ, Initiative „Neue Bilder vom Alter“; oder das Themenjahr 2012 „Im besten Alter. Immer.“ gegen Altersdiskriminierung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes) sollten daher fortgesetzt und ausgebaut werden.

Ganz offensichtlich ist Altersdiskriminierung ein Problem, das auch schon vor der Corona-Pandemie bestand (Beyer et al., 2017; Spuling et al., 2020), ablehnende oder feindselige Haltungen gegenüber älteren Menschen sowie negative Alterssstereotype gab es auch schon zuvor. Bemühungen und Kampagnen zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung werden daher während der noch anhaltenden Pandemie ebenso nötig sein wie nach ihrem Abklingen.

**Altersdiskriminierung während der Corona-Krise trifft verschiedene Altersgruppen, Frauen und Männer sowie Personen unterschiedlicher Bildung gleichermaßen.**

Ist die Corona-Krise der große „Gleichmacher“, unter dem verschiedene Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zu leiden haben? Zumindest in Bezug auf erlebte Altersdiskriminierung scheint dies in er frühen Phase der Pandemie der Fall zu sein, denn von Personen im mittleren Erwachsenenalter bis hin zu alten und sehr alten Erwachsenen sind es jeweils zwischen 5 und 6 Prozent, die angeben, seit Beginn der Krise wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein. Eine Ausnahme sind die 70- bis 79-Jährigen, deren Anteil etwas niedriger (3,4 Prozent), jedoch nicht signifikant verschieden von den anderen Altersgruppen ist. Auch andere Studien berichten, dass die Wahrnehmung, ob ältere Menschen im Zuge der Pandemie diskriminiert würden, weitgehend unabhängig vom Alter der befragten Personen ist (Wahl et al., 2020). Ebenso sind es bei den Frauen wie bei den Männern um die 5 bis 6 Prozent, die angeben, wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein. Was Bildung betrifft, scheint es dagegen so zu sein, dass Niedriggebildete etwas häufiger erlebte Altersdiskriminierung berichten als Personen mit mittlerer oder hoher Bildung. Dieser Unterschied zwischen den Bildungsgruppen ist jedoch, ähnlich wie in anderen Studien (Reiner et al., 2020), statistisch nicht signifikant.

Diese Ergebnisse legen nahe, dass sich zumindest bislang keine soziodemografische „Risikogruppe“ abzeichnet, die während der Corona-Krise besonders gefährdet ist für Altersdiskriminierung. Erlebte Altersdiskriminierung kann Personen unterschiedlichen Alters treffen, und daher müssen Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung auch alle Altersgruppen innerhalb der zweiten Lebenshälfte berücksichtigen. Zudem gibt es auch Appelle, dass eine Stigmatisierung von Menschen in der „ersten Lebenshälfte“, also etwa von Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, die keineswegs rücksichtslose „Superspreader“ während der Pandemie sind (Life with Corona Network, 2020), zwingend zu vermeiden ist (Doblhammer & Trappe,im Druck; Pelizäus & Heinz, 2020). Pauschalen Schuldzuweisungen für die Pandemie und ihren Konsequenzen, ob sie nun an jüngere oder ältere Menschen gerichtet sind, müssen Politik und Medien entschieden entgegentreten. Diese Schuldzuweisungen sind grundsätzlich falsch und bringen die Gefahr von Generationenkonflikten mit sich. Zudem sollte die Forschung unbedingt

beobachten, ob sich dieses Muster nicht bestehender Alters- und Geschlechterunterschiede mit fortschreitender Dauer der Pandemie weiterhin zeigt oder ob es sich verändert, etwa im Zuge der Debatte um Impfpriorisierung.

Altersdiskriminierung während der Corona-Krise scheint verschiedene Altersgruppen innerhalb der zweiten Lebenshälfte in einer ähnlichen Häufigkeit zu treffen. Allerdings könnte für bestimmte hochaltrige Personen mit besonderer Vulnerabilität, etwa Pflegeheimbewohner*innen, die in dieser Studie nicht ausreichend repräsentiert sind, erlebte Benachteiligung, etwa aufgrund zeitweiliger Besuchsverbote (Rothgang et al., 2020) mit ihren negativen Konsequenzen für Stimmung und Befinden (Benzinger et al., 2021; Sporket, im Druck), häufiger auftreten und problematischer sein. Gruppen wie diese sollten in künftigen empirischen Studien mehr Berücksichtigung finden.

**Mit steigendem Alter geben mehr Menschen an, in der medizinischen Versorgung und im Alltag wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein.**

Die Bereiche, in denen sich Personen in der zweiten Lebenshälfte mit erlebter Diskriminierung als benachteiligt oder schlechter gestellt erleben, variieren mit dem Alter: Die jüngste betrachtete Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen nennt die Bereiche medizinische Versorgung und Alltag seltener als alle anderen Altersgruppen. Dagegen ist der Anteil der Personen mit erfahrener Diskriminierung in diesen Bereichen in der ältesten Gruppe der 80- bis 90-Jährigen größer als in den anderen Gruppen.

Insbesondere bei älteren und sehr alten Menschen sind also die medizinische Versorgung sowie der Alltag zentrale Diskriminierungsbereiche. Ärzte und Pflegepersonal, aber auch Öffentlichkeit (Jimenez-Sotomayor et al., 2020) und Medien (Lichtenstein, 2020; Reiner et al., 2020) sollten für Aspekte der Altersdiskriminierung sowie für negative Altersbilder und deren Konsequenzen sensibilisiert werden. Dies erfordert eine umfassende und fortlaufende Aufklärung und Weiterbildung der im Gesundheitswesen Beschäftigten.

Was weitere Gruppendifferenzierungen betrifft, geben von Altersdiskriminierung betroffene Frauen häufiger als Männer an, im Bereich Alltag diskriminiert worden zu sein. Dieser Geschlechterunterschied ist vor der Pandemie noch nicht aufgetreten (Beyer et al., 2017) und könnte daher durch diese mitbedingt sein. Möglicherweise fühlen sich Frauen stärker als Männer seit Auftreten der Pandemie im Alltag wegen ihres Alters diskriminiert (Reiner et al., 2020). Dagegen gibt es zwischen Gruppen unterschiedlicher Bildung keine deutlichen Unterschiede hinsichtlich erlebter Diskriminierung in der medizinischen Versorgung oder im Alltag.

**Personen, die ihre eigene Gesundheit schlechter einschätzen, geben häufiger an, wegen ihres Alters – vor allem im Alltag – diskriminiert worden zu sein.**

Deutlicher als die Unterschiede nach Alter, Geschlecht oder Bildung fällt der Unterschied in erfahrener Altersdiskriminierung in Abhängigkeit der selbsteingeschätzten Gesundheit aus: Der Anteil der Personen eingeschränkter subjektiver Gesundheit, die berichten, wegen ihres Alters diskriminiert worden zu sein, liegt bei 7,3 Prozent. Dieser Anteil ist deutlich größer als bei denjenigen mit guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit (3,9 Prozent). Personen mit beeinträchtigter subjektiver Gesundheit könnten sich auch deswegen in einem stärkeren Ausmaß wegen ihres Alters als diskriminiert erleben, da sie die womöglich als Stigma wahrgenommene Zugehörigkeit zur „Risikogruppe“ (Robert-Koch-Institut, 2020) doppelt trifft: aufgrund ihres Alters sowie aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands. Möglicherweise erleben diese Menschen zudem mehr Bevormundung und übervorsichtiges Verhalten durch Angehörige und andere Personen als diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als

besser einschätzen und damit auch weniger gefährdet sind für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe. Dies könnte auch erklären, warum unter denjenigen mit erlebter Altersdiskriminierung die Personen mit weniger guter subjektiver Gesundheit mehr als fünfmal häufiger den Diskriminierungsbereich „Alltag“ nennen als Personen, die ihre eigene Gesundheit besser bewerten.

Personen mit beeinträchtigter Gesundheit sind somit in vielerlei Hinsicht die Leidtragenden der Pandemie: Sie sind aufgrund von Vorerkrankungen gefährdeter für schwere oder gar tödliche Krankheitsverläufe bei Ansteckung mit dem Corona-Virus (Atkins et al., 2020; Karagiannidis et al., 2020; Nachtigall et al., 2020; Robert-Koch-Institut, 2020). Sie nehmen zudem – berechtigterweise – die Pandemie als bedrohlicher wahr (Jungmann & Witthöft, 2020; Traunmüller, Stefitz, Gaisbachgrabner, & Schwerdtfeger, 2020; Wettstein, Vogel, Nowossadeck, Spuling, & Tesch-Römer, 2020) und berichten deutlich häufiger als Personen mit besserer subjektiver Gesundheit, von Altersdiskriminierung betroffen zu sein. Daher brauchen diese Personen Unterstützung durch Politik und Gesellschaft. Zum einen muss sichergestellt werden, dass sie – etwa dank optimaler gesundheitlicher Versorgung (z.B. Behandlung von Vorerkrankungen, präventive und therapeutische Maßnahmen), auch und gerade während der Pandemie, und mit Hilfe im Alltag durch andere – mit einer geringeren objektiven wie auch subjektiven Bedrohung durch die Pandemiezeit kommen. Zum anderen muss verhindert werden, dass diese hochbelastete Gruppe zur Zielscheibe von Altersdiskriminierung wird. Gesundheitlich eingeschränkte Personen sollten weder für Maßnahmen wie Lockdown und Kontaktbeschränkungen in der Pandemie verantwortlich gemacht werden, noch sollte man sie bevormunden und eine überprotektive Haltung einnehmen.

**Zusammenfassung**

Erlebte Benachteiligung aufgrund des eigenen Alters tritt während der Corona-Krise gemäß der vorliegenden Befunde bei einer Minderheit der Menschen in der zweiten Lebenshälfte auf, nämlich bei ungefähr 5,4 Prozent. Auch wenn dies nach erstem Anschein nicht viele sind, ist für die Lebensqualität und die Gesundheit der betroffenen Personen jede Form von Altersdiskriminierung erheblich schädlich (Chang et al., 2020; Levy et al., 2020). Daher ist durchaus Handlungsbedarf geboten. In der Pandemie sollte nicht das einseitige Bild älterer Menschen als hochverletzliche Bevölkerungsgruppe gezeichnet werden, während die Widerstandsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit, die Potenziale und Stärken dieser Bevölkerungsgruppe häufig unerwähnt bleiben. Denn solche einseitigen, negativen Altersbilder leisten der Altersdiskriminierung Vorschub, da sie manche dazu verleiten, sich entweder älteren Menschen gegenüber paternalistisch und überprotektiv zu verhalten oder ihnen gar die Schuld an Maßnahmen wie dem Lockdown oder verhängter Kontaktbeschränkungen zu geben.

Deutlich häufiger sind offenbar Personen von Altersdiskriminierung betroffen, die ihre eigene Gesundheit schlechter einschätzen, im Vergleich zu Personen mit besserer selbstberichteter Gesundheit. Diese Personen sollten in besonderer Weise politisch und gesellschaftlich unterstützt und vor Diskriminierung, Bevormundung sowie Stigmatisierung geschützt werden.

Möglicherweise hat die Corona-Krise auch das Potenzial, intergenerationelle Solidarität und Unterstützung hervorzubringen (Barrett et al., 2020; Gilligan et al., 2020; Sipocz et al., 2020) und erlebte Altersdiskriminierung zu verringern. Dieses Potenzial darf nicht ungenutzt bleiben, und diese Formen von Solidarität und Unterstützung sollten explizit gewürdigt und gefördert werden, damit sie auch über das Ende der Pandemie hinaus Bestand haben. Denn eines ist unstrittig:

Altersdiskriminierung gab es auch schon vor der Pandemie, und sie lässt sich keineswegs nur auf die Corona-Krise zurückführen. Daher benötigen politische und gesellschaftliche Initiativen zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung Ausdauer, und müssen, wenn sie nachhaltig erfolgreich sein sollen, bis weit nach dem Ende der Pandemie fortgesetzt werden.

## Literatur

Apriceno, M., Lytle, A., Monahan, C., Macdonald, J., & Levy, S. R. (2020). Prioritizing Health Care and Employment Resources During COVID-19: Roles of Benevolent and Hostile Ageism. The Gerontologist, 61(1), 98–102. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa165

Atkins, J. L., Masoli, J. A. H., Delgado, J., Pilling, L. C., Kuo, C.-L., Kuchel, G. A., & Melzer, D. (2020). Preexisting Comorbidities Predicting COVID-19 and Mortality in the UK Biobank Community Cohort. The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 75(11), 2224–2230. https://doi.org/10.1093/gerona/glaa183

Ayalon, L. (2020). There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. International psychogeriatrics, 32(10), 1221–1224. https://doi.org/10.1017/s1041610220000575

Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2020). 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. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051

Barrett, A. E., Michael, C., & Padavic, I. (2020). Calculated Ageism: Generational Sacrifice as a Response to the COVID-19 Pandemic. The Journals of Gerontology. Series B: Psychological sciences and social sciences, 25(10). https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa132

Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J. M., & Wahl, H.-W. (2021). Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54, 141–145. https://doi.org/10.1007/s00391-021-01859-x

Beyer, A.-K., Wurm, S., & Wolff, J. K. (2017). Älter werden - Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), Altern im Wandel: zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS) (S. 329–343). Wiesbaden: Springer VS.

Chang, E. S., Kannoth, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PloS one, 15(1), e0220857. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857

Doblhammer, G., & Trappe, H. (im Druck). COVID-19 und natürliche Bevölkerungsentwicklung aus der Perspektive des Lebenslaufs: Gesundheitliche Auswirkungen der Pandemie auf die Lebensphasen Jugend und Alter. In: E. Lines (Hrsg.), *Post-Pandemic Populations* [Discussion Paper No. 13]. Berlin: Max Planck Society/Population Europe.

Ehni, H.-J., & Wahl, H. W. (2020). Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic. Journal of Aging & Social Policy, 32(4-5), 515–525.

Ehni, H.-J., Wiesing, U., & Ranisch, R. (2020). Saving the most lives–A comparison of European triage guidelines in the context of the COVID-19 pandemic. Bioethics. https://doi.org/10.1111/bioe.12836

Entringer, T., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J., Grabka, M.M., Graeber, D., Kroh, M., Schröder, C., Seebauer, J., Zinn, S. (2020). Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. *Multidisciplinary Panel Data Research, 1087*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791307.de/diw_sp1087.pdf (Letzter Zugriff am 16.03.2021)

Entringer, T., & Kröger, H. (2020). Einsam, aber resilient – Die Menschen habenden Lockdown besser verkraftet als vermutet. DIW Aktuell, 46. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791373.de/diw_aktuell_46.pdf (Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Eurofound (2020). Living, working and COVID-19. COVID-19 series, Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19 (Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Gerstorf, D., Smith, J., & Baltes, P. B. (2006). A systemic-wholistic approach to differential aging: Longitudinal findings from the Berlin Aging Study. Psychology and Aging, 21(4), 645–663. https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.4.645

Gilan, D., Röthke, N., Blessin, M., Kunzler, A., Stoffers-Winterling, J., Müssig, M., Yuen, K., Tüscher, O., Thrul, J., Kreuter, F., Sprengholz, P., Betsch, C., Stieglitz, R. D., Lieb, K. (2020). Psychische Belastungen, Resilienz, Risiko- und protektive Faktoren während der SARS-CoV-2-Pandemie. Deutsches Ärzteblatt International, 117(38), 625–632. https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=215264 (Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Gilligan, M., Suitor, J. J., Rurka, M., & Silverstein, M. (2020). Multigenerational social support in the face of the COVID-19 pandemic. Journal of Family Theory & Review, 12(4), 431–447. https://doi.org/10.1111/jftr.12397

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. https://doi.org/10.1111/jgs.16508

Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? Journal of Anxiety Disorders, 73, 102239. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239

Karagiannidis, C., Mostert, C., Hentschker, C., Voshaar, T., Malzahn, J., Schillinger, G., Klauber, J., Janssens, U., Marx, G., Weber-Carstens, S., Kluge, S., Pfeifer, M., Grabenhenrich, L., Welte, T., Busse, R. (2020). Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. The Lancet Respiratory Medicine, 8(9), 853–862. https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30316-7

Kessler, E.-M., & Bowen, C. E. (2020). COVID ageism as a public mental health concern. The Lancet Healthy Longevity, 1(1), e12. https://doi.org/10.1016/s2666-7568(20)30002-7

Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E.-S., Kannoth, S., & Wang, S.-Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. The Gerontologist, 60(1), 174–181. https://doi.org/10.1093/geront/gny131

Lichtenstein, B. (2020). From “Coffin Dodger” to “Boomer Remover”: Outbreaks of Ageism in Three Countries With Divergent Approaches to Coronavirus Control. The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa102

Life with Corona Network (2020). Research Report: Shared Global Sentiments and Stark Generational Divides. Berlin: ISDC. https://lifewithcorona.org/six-months-report/ (Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Lind, M., Bluck, S., & McAdams, D. P. (2020). More Vulnerable? The Life Story Approach Highlights Older People’s Potential for Strength During the Pandemic. The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa105

Meisner, B. A. (2020). Are You OK, Boomer? Intensification of Ageism and Intergenerational Tensions on Social Media Amid COVID-19. Leisure Sciences, 1–6. https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1773983

Nachtigall, I., Lenga, P., Jóźwiak, K., Thürmann, P., Meier-Hellmann, A., Kuhlen, R., Brederlau, J., Bauer, T., Tebbenjohanns, J., Schwegmann, K., Hauptmann, M. Dengler, J. (2020). Clinical course and factors associated with outcomes among 1904 patients hospitalized with COVID-19 in Germany: an observational study. Clinical Microbiology and Infection. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.08.011

Nelson, E. A., & Dannefer, D. (1992). Aged heterogeneity: fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. Gerontologist, 32(1), 17–23. https://doi.org/10.1093/geront/32.1.17

Pelizäus, H., & Heinz, J. (2020). Stereotypisierungen von Jung und Alt in der Corona-Pandemie. Aus Politik und Zeitgeschichte, 70 (52–53), 24–30. https://www.bpb.de/apuz/generationen-2020/324487/stereotypisierungen-von-jung-und-alt-in-der-corona-pandemie (Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Reiner, J., Lehmann, S., Ruf, E., Misoch, S., & Braunwalder, R. (2020). Covid-19 Ageism: Altersdiskriminierung in Zeiten der Covid-19 Pandemie. Zu den subjektiven Erfahrungen von Personen ab 65 Jahren in der Deutschschweiz. https://www.ost.ch/en/details/projects/project/covid-19-ageism-altersdiskriminierung-in-zeiten-der-covid-19-pandemie-zu-den-subjektiven-erfahrung/ (Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Robert-Koch-Institut (2020). Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html (Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Röhr, S., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey. BMC Geriatrics, 20(1), 020-01889. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01889-x

Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuss, B., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C., Wolf-Ostermann, K. (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. Pflege, 33(5), 265–275. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000760

Sipocz, D., Freeman, J. D., & Elton, J. (2020). “A Toxic Trend?”: Generational Conflict and Connectivity in Twitter Discourse Under the #BoomerRemover Hashtag. The Gerontologist. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa177

Smith, J., & Gerstorf, D. (2004). Ageing differently: Potential and limits. In; S. O. Daatland & S. Biggs (Hrsg.), Ageing and diversity: Multiple pathways and cultural migrations (S. 13–28). Bristol, UK: Policy Press.

Sporket, M. (im Druck). Traurig und verzweifelt, aber verständnisvoll - Ergebnisse der Befragung zur Situation in Pflegeheimen. Sozialrecht+Praxis.

Spuling, S. M., Wettstein, M., & Tesch-Römer, C. (2020). Altersdiskriminierung und Altersbilder in der Corona-Krise [DZA-Fact Sheet]. Berlin: [Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Corona2_Altersbilder.pdf (Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Traunmüller, C., Stefitz, R., Gaisbachgrabner, K., & Schwerdtfeger, A. (2020). Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. BMC Public Health, 20(1), 1395. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09489-5

Vogel, C., Klaus, D., Wettstein, M., Simonson, J., & Tesch-Römer, C. (2020). German Ageing Survey (DEAS). In: D. Gu & M. E. Dupre (Hrsg.), Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_1115-1

Wahl, H. W., Wurm, S., Schlomann, A., & Ehni, H. J. (2020). Ältere Menschen in der Zeit der Corona-Pandemie: Theoretische Konzepte und eigene Studienergebnisse. Medien & Alter, 7(17), 9–24.

Wettstein, M., Schilling, O. K., & Wahl, H. W. (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. Psychology and Aging, 31(8), 815–830. https://doi.org/10.1037/pag0000137

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] https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZAAktuell_Einstellungen_Corona.pdf [Zuletzt aufgerufen am 15.03.2021)

Wolf, D. A., Freedman, V. A., Ondrich, J. I., Seplaki, C. L., & Spillman, B. C. (2015). Disability Trajectories at the End of Life: A "Countdown" Model. The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences, 70(5), 745–752.

## Impressum

Markus Wettstein & Sonja Nowossadeck: 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.

ISSN: 2944-1021

Creative Commons CC-BY-Share Alike 4.0

Erschienen im März 2021.

DZA Aktuell ist ein Produkt des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA), Berlin. Das DZA wird gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

www.dza.de