

Journal of Health Monitoring · 2023 8(3)
DOI 10.25646/11567
Robert Koch-Institut, Berlin

Susanne Wurm¹, Ulrike Ehrlich²,
Frauke Meyer-Wyk^{1,3}, Svenja M. Spuling²

¹ Universitätsmedizin Greifswald,
Abteilung Präventionsforschung
und Sozialmedizin

² Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

³ European Commission, Joint Research
Centre (JRC), Ispra, Italien

Eingereicht: 24.03.2023

Akzeptiert: 12.05.2023

Veröffentlicht: 20.09.2023

Verbreitung von Einsamkeit bei älteren Erwachsenen in Deutschland

Abstract

Hintergrund: Einsamkeit bezeichnet das subjektive Gefühl einer Kluft zwischen den persönlichen sozialen Bedürfnissen und den tatsächlichen persönlichen Beziehungen. Anhand aktueller Daten wird die Verbreitung von Einsamkeit in der älteren Bevölkerung betrachtet.

Methode: Der Deutsche Alterssurvey ist eine regelmäßige, bevölkerungsrepräsentative Studie. 4.261 Personen ab 50 Jahren wurden 2020/2021 zum Erleben von Einsamkeit befragt.

Ergebnisse: Insgesamt sind 8,3 % der Bevölkerung ab 50 Jahren einsam. Die Befunde zeigen keine Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen ab 50 Jahren, ebenso wenig sind Geschlechts- oder Bildungsunterschiede festzustellen.

Schlussfolgerungen: Bei älteren Menschen in Privathaushalten gibt es keine Hinweise darauf, dass sie stärker von Einsamkeit betroffen sind als jene im mittleren Alter. Auf höhere Einsamkeitsrisiken weisen Daten von Heimbewohnerinnen und -bewohnern hin.

📌 EINSAMKEIT · SOZIALES NETZWERK · SOZIALE BEZIEHUNGEN · DEUTSCHER ALTERSSURVEY 2020/2021 · ALTERN · DEUTSCHLAND

Einleitung

Einsamkeit beschreibt die empfundene Kluft zwischen den persönlichen sozialen Bedürfnissen und den tatsächlichen persönlichen Beziehungen, sowohl was die Menge als auch die Qualität der Beziehungen betrifft [1]. Einsamkeit ist ein subjektives Empfinden. Deshalb können sich Menschen trotz eines großen sozialen Netzwerks einsam fühlen und umgekehrt fühlen sich objektiv sozial isolierte Personen nicht zwangsläufig einsam [2].

Einsamkeit geht mit einer Gesundheitsgefährdung einher. Mehrere Studien zeigen Zusammenhänge von Einsamkeit und einem höheren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Depressionen, kognitiven Beeinträchtigungen und

Alzheimer-Demenz [2, 3]. Zudem geht Einsamkeit mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten sowie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, vorzeitig zu versterben (z. B. [2, 4]).

Bisherige Erkenntnisse zum Einsamkeitsrisiko in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit, einsam zu sein, nicht über die Altersgruppen hinweg ansteigt. Ergebnissen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) ebenso wie einer internationalen Meta-Analyse zufolge fällt das Einsamkeitsrisiko im höheren Alter nicht höher aus als im mittleren Erwachsenenalter [5–8]. Studien zur hochaltrigen Bevölkerung Deutschlands ergänzen die Befunde des DEAS. Sie zeigen für die

Gruppe der 80-Jährigen und älteren Menschen, dass rund jede 17. bis 20. Person (5–6 %) in diesem Alter einsam ist [9, 10]. Auch diese Daten machen deutlich, dass bei Menschen im hohen Alter Einsamkeit nicht stärker verbreitet ist als bei jüngeren Altersgruppen. Voneinander abweichende Zahlen in der Verbreitung von Einsamkeit entstehen teilweise dadurch, dass je nach Studie Einsamkeit unterschiedlich gemessen wurde und in Heimen lebende Menschen oftmals nicht befragt wurden. Während soziale Netzwerke im Alter häufig kleiner sind als in jüngeren Altersgruppen [11], ist Einsamkeit nicht stärker verbreitet. Studien weisen darauf hin, dass sich Frauen und Männer ab dem mittleren Erwachsenenalter im Einsamkeitsrisiko nicht unterscheiden [5], während bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen etwas höhere Einsamkeitsrisiken bei Jungen bzw. Männern festzustellen sind [12].

Auch zur Bildung existieren unterschiedliche, teils widersprüchliche Ergebnisse. Beispielsweise berichteten rund 7 % der hochgebildeten Personen im DEAS von Einsamkeit gegenüber knapp 15 % derjenigen mit niedriger Bildung [5].

Basierend auf bundesweit repräsentativen Daten des DEAS untersucht die vorliegende Studie die aktuelle Verbreitung von Einsamkeit bei Frauen und Männern, in unterschiedlichen Alters- und Bildungsgruppen in der Bevölkerung ab 50 Jahren. Ergänzend wird betrachtet, wie sich der Anteil einsamer Menschen im Vergleich zur vorpandemischen Zeit verändert hat.

Indikator

Die Einsamkeitsquote in der Studie Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021 wird auf Grundlage eines Indikators durch die Selbstangaben der Befragten in einem schriftlichen

oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Der DEAS ist eine bundesweite repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden und damit mindestens 40 Jahre alt sind. Die erste Befragung fand im Jahr 1996 statt, seitdem erfolgten sechs weitere Befragungen.

Im Befragungsjahr 2020/2021 nahmen 5.402 Personen zwischen 46 und 100 Jahren am mündlichen Interview teil; 4.419 dieser Befragten (82 %) haben auch den zusätzlichen Fragebogen ausgefüllt. Die im Fragebogen eingesetzte, international etablierte Einsamkeitsmessung (LONE-Skala [1]), die auf insgesamt sechs Aussagen beruht, enthält Aussagen wie „Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle“ oder „Ich vermisse Geborgenheit und Wärme“. Zustimmung zu diesen Aussagen kann auf einem Wertebereich zwischen 1 „trifft gar nicht zu“ bis 4 „trifft genau zu“ gegeben werden. Personen werden dann als einsam eingestuft, wenn sie bei dem möglichen Wertebereich von 1 bis 4 einen individuellen Skalenmittelwert größer 2,5 erreichen. Befragte mit fehlenden Angaben wurden ausgeschlossen (21 Befragte: 11 Frauen, 10 Männer). Darüber hinaus wurden Befragte ausgeschlossen, die jünger als 50 Jahre alt sind (106 Befragte: 56 Frauen, 50 Männer) oder älter als 90 Jahre (31 Befragte: 11 Frauen, 20 Männer). Die finale Analysetichprobe besteht aus 4.261 Befragten im Alter zwischen 50 und 90 Jahren (2.179 Frauen, 2.082 Männer).

Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) von 1997 wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Befragten zu klassifizieren [13]. Es wurden gewichtete Prävalenzen in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) zum Einsamkeitsempfinden stratifiziert nach Geschlecht,

8,3 % der Bevölkerung ab 50 Jahren gaben im Jahr 2020/2021 an, einsam zu sein.

Alter und Bildung unter Verwendung von Methoden dargestellt, die die geschichtete Stichprobenziehung des DEAS berücksichtigen. Tabellarisch werden deskriptive Ergebnisse mit den jeweiligen Konfidenzintervallen dargestellt. Ergänzend wurde ein Signifikanztest zur Prüfung von Unterschieden zwischen den Gruppen durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung der Methodik des DEAS findet sich an anderen Stellen [14, 15].

Ergebnisse und Einordnung

7,8 % der Frauen und 8,8 % der Männer in Deutschland geben 2020/2021 an, einsam zu sein. Die Einsamkeitsquoten von Frauen und Männern unterscheiden sich nicht statistisch signifikant voneinander. Der Anteil an Frauen und Männern, die als einsam eingestuft werden, liegt damit auf einem vergleichbaren Niveau (Tabelle 1). Zudem ist bei den Befragten kein altersassoziierter Trend festzustellen, da sich zwischen den Altersgruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigen. Somit liegen die Einsamkeitsquoten in allen Altersgruppen auf einem vergleichbaren Niveau.

	%	(95%-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)	8,3	(6,5–10,5)
Geschlecht		
Frauen	7,8	(5,5–11,0)
Männer	8,8	(6,3–12,1)
Altersgruppe		
50–64 Jahre	9,6	(6,7–13,2)
65–74 Jahre	6,1	(4,2–8,9)
≥ 75 Jahre	7,6	(4,4–12,9)
Bildung		
Niedrig/mittel	8,2	(6,1–10,9)
Hoch	8,5	(5,8–12,5)

KI = Konfidenzintervall

Darüber hinaus unterscheidet sich die Einsamkeitsquote auch nicht statistisch signifikant zwischen den Bildungsgruppen (Tabelle 1).

Die Ergebnisse machen deutlich, dass Einsamkeit zwischen den betrachteten Altersgruppen nicht variiert. Daten einer umfangreichen Studie aus dem Vereinigten Königreich (UK) weisen demgegenüber auf eine höhere Verbreitung von Einsamkeit bei jungen Erwachsenen als bei älteren Erwachsenen hin [16]. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie stieg die Einsamkeit in der Bevölkerung allgemein an, aber es zeigte sich kein stärkerer Anstieg der Einsamkeit bei älteren Menschen [8, 16, 17]. Zusatzanalysen basierend auf dem DEAS machen deutlich, dass bereits im Winter 2020/2021 die Einsamkeitsrate wieder auf einem vergleichbaren Niveau war wie 2017. Die verbreitete Vorstellung, besonders ältere Menschen seien von Einsamkeit betroffen, lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse damit nicht stützen. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass die DEAS-Studie keine Menschen befragt, die in Heimen leben. Eine Befragung an rund 1.000 Menschen ab 80 Jahren, die in Deutschland in einem Heim leben, machte deutlich, dass mit einer Quote von 35 % mehr als jede dritte Person einsam ist und damit der Anteil einsamer Menschen in Pflegeheimen deutlich höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung [18]. Einsamkeit sollte darüber hinaus nicht mit Alleinleben verwechselt werden. Der Anteil alleinlebender Menschen liegt bei den über 85-Jährigen bei 63 % und damit genauso hoch wie bei den unter 25-Jährigen [19].

Eine Erklärung dafür, dass das Alter nicht per se mit höherer Einsamkeit verbunden ist, liefert die sogenannte Sozioemotionale Selektivitätstheorie [20]. Dieser Theorie zufolge verändern sich soziale Bedürfnisse mit zunehmendem

Tabelle 1

Einsamkeitsquote nach Geschlecht, Alter und Bildung (n=2.179 Frauen, n=2.082 Männer)

Quelle: Deutscher Alterssurvey (2020/2021)

Die Einsamkeitsquoten liegen bei Frauen und Männern ab 50 Jahren auf einem vergleichbaren Niveau. Sie hängen nicht von der Bildung ab.

Alter, so dass eine kleinere Zahl enger Beziehungen im Alter als emotional zufriedenstellend empfunden wird.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Susanne Wurm
 Universitätsmedizin Greifswald
 Abteilung Präventionsforschung und Sozialmedizin
 Institut für Community Medicine
 Walther-Rathenau-Str. 48
 17475 Greifswald
 E-Mail: susanne.wurm@med.uni-greifswald.de

Zitierweise

Wurm S, Ehrlich U, Meyer-Wyk F, Spuling SM (2023)
 Verbreitung von Einsamkeit bei älteren Erwachsenen in Deutschland.
 J Health Monit 8(3): 53–58.
 DOI 10.25646/11567

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/jhealthmonit-en

Datenschutz und Ethik

Die Teilnehmenden der DEAS-Studie geben ihre informierte Zustimmung, nachdem sie eingeladen wurden und ausführliche schriftliche Informationen über die Ziele und Verfahren der Studie erhalten haben. Die informierte Zustimmung umfasst die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Zusicherung des Datenschutzes und die Verwendung der erhobenen Daten ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken. Für die Durchführung des DEAS war kein Ethikvotum notwendig und wurde daher auch nicht beantragt (s. dazu die Ausführungen der DFG zur Notwendigkeit eines Ethikvotums bei Studien in den Geistes- und Sozialwissenschaften [21]; keines der Kriterien für die Notwendigkeit eines Ethikvotums – Risiken für Teilnehmende,

fehlende Aufklärung über Ziele der Studie, Untersuchung an Patientinnen und Patienten – liegt beim DEAS vor).

Datenverfügbarkeit

Die anonymisierten und aufbereiteten Daten aller abgeschlossener Wellen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) sind über das Forschungsdatenzentrum des Deutschen Zentrums für Altersfragen (FDZ-DZA) als Scientific Use Files kostenlos für die Wissenschaft verfügbar (<https://www.dza.de/forschung/fdz/deutscher-alterssurvey>). Aus datenschutzrechtlichen Gründen muss ein Nutzungsvertrag abgeschlossen werden, um die Daten beziehen und auswerten zu können.

Förderungshinweis

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

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. De Jong Gierveld J, Tilburg TV (2006) A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness – Confirmatory tests on survey data. Res Aging 28(5):582–598
2. Hawkey LC, Cacioppo JT (2010) Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. Ann Behav Med 40(2):218–227
3. Park C, Majeed A, Gill H et al. (2020) The Effect of Loneliness on Distinct Health Outcomes: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. Psychiat Res 294:113514 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514> (Stand: 28.06.2023)

4. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J (2015) Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *Am J Public Health* 105(5):1013–1019
5. Böger A, Wetzel M, Huxhold O (2017) Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff J, Simonson J et al. (Hrsg) *Altern im Wandel – Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Springer VS, Wiesbaden, S. 273–285
6. Huxhold O, Engstler H, Hoffmann E (2019) Entwicklung der Einsamkeit bei Menschen im Alter von 45 bis 84 Jahren im Zeitraum von 2008 bis 2017. (DZA-Fact Sheet) Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-62853-2> (Stand: 07.06.2023)
7. Mund M, Freuding MM, Möbius K et al. (2020) The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Pers Soc Psychol Rev* 24(1):24–52
8. Wünsche J, Tesch-Römer C (2022) Wie viele Menschen in der zweiten Lebenshälfte sind in der Bundesrepublik Deutschland von Einsamkeit betroffen? (DZA-Fact Sheet) Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-83599-5> (Stand: 07.06.2023)
9. Bücken S, Widlok M, Ebert T et al. (2019) Prävalenz von Einsamkeit und sozialer Isolation im hohen Alter. In: Bücken S, Luhmann M (Hrsg) *Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter*. Vorab-Onlinepublikation, S. 8–17. <https://doi.org/10.13154/294-6373> (Stand: 23.06.2023)
10. Woopen C, Rietz C, Wagner M et al. (2018) NRW80+ Hochaltrigenstudie: Erste Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health.
11. Wrzus C, Hanel M, Wagner J et al. (2013) Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. *Psychol Bull* 139(1):53–80
12. Maes M, Qualter P, Vanhalst J et al. (2019) Gender Differences in Loneliness Across the Lifespan: A Meta-Analysis. *Eur J Personality* 33(6):642–654
13. UNESCO Institute of Statistics (2006) *International Standard Classification of Education: ISCED 1997*. UNESCO, Montreal
14. Klaus D, Engstler H, Mahne K et al. (2017) Cohort Profile: The German Ageing Survey (DEAS). *Int J Epidemiol* 46(4):1105–1105g
15. Vogel C, Klaus D, Wettstein M et al. (2020) German Ageing Survey (DEAS). In: Gu D, Dupre ME (Hrsg) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer International Publishing, Cham, S. 1–9
16. Bu F, Steptoe A, Fancourt D (2020) Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health* 186:31–34
17. Huxhold O, Tesch-Römer C (2021) Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. *DZA Aktuell*, 04:1–16
18. Kaspar R, Wenner J, Tesch-Römer C (2022) Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-77004-2> (Stand: 07.06.2023)
19. Statistisches Bundesamt (2022) Haushalte und Familien – Ergebnisse aus dem Mikrozensus: Alleinlebende und Personen in Paargemeinschaften nach Alter und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2020. Sonderauswertung, 23.3.2022. Wiesbaden
20. Carstensen LL (1995) Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Curr Dir Psychol Sci* 4(5):151–156
21. Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) (2023) Ethikvotum. https://www.dfg.de/foerderung/faq/geistes_sozialwissenschaften/ (Stand: 23.03.2023)

Impressum

Journal of Health Monitoring

www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

Redakteurinnen

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Livia Ryl, Simone Stimm

Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



**Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**