

Journal of Health Monitoring · 2023 8(3)

DOI 10.25646/11564

Robert Koch-Institut, Berlin

Beate Gaertner, Christa Scheidt-Nave,
Carmen Koschollek, Judith Fuchs

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 24.04.2023

Akzeptiert: 12.07.2023

Veröffentlicht: 20.09.2023

Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+

Abstract

Hintergrund: Aufgrund des demografischen Wandels ist eine umfassende Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheit im höheren Alter wichtig.

Methode: Gesundheit 65+ ist eine epidemiologische Längsschnittstudie zur gesundheitlichen Lage der Personen ab 65 Jahren in Deutschland. Auf Grundlage einer zweistufigen, geschichteten Zufallsstichprobe aus 128 Einwohnermeldeämtern nahmen zwischen Juni 2021 und April 2022 3.694 Personen an der Basisbefragung teil (47,9% Frauen, Durchschnittsalter 78,8 Jahre). Es werden gewichtete Prävalenzen für 19 Indikatoren der Basisbefragung insgesamt und nach Alter, Geschlecht, Bildung sowie Wohnregion dargestellt.

Ergebnisse: Insgesamt berichteten 52,0% aller Teilnehmenden der Basisbefragung über eine gute oder sehr gute Gesundheit und 78,5% über eine hohe oder sehr hohe Lebenszufriedenheit. Demgegenüber standen eine Vielzahl von gesundheitlichen/funktionellen Einschränkungen mit Prävalenzen von 5,3% bei schwerwiegenden Seheinschränkungen bis 69,2% bei Multimorbidität. Die gesundheitliche Lage der Frauen war deutlich schlechter als die der Männer, die der Personen ab 80 Jahren schlechter als zwischen 65 und 79 Jahren. Es zeigte sich ein deutlicher Bildungsgradient der gesundheitlichen Lage, jedoch keine Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland.

Schlussfolgerungen: Die Studie Gesundheit 65+ liefert eine umfangreiche Datenbasis zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage älterer und hochaltriger Personen in Deutschland, auf deren Grundlage Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis abgeleitet werden können.

📌 PUBLIC HEALTH · SURVEILLANCE · ALTER · INDIKATOREN · GESUNDHEITSMONITORING · GESUNDHEITSSURVEY · DEUTSCHLAND

1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten zeichnen sich weltweit deutliche Veränderungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung ab: Der Anteil älterer Menschen nimmt zu, während der

Anteil jüngerer Menschen abnimmt. Laut Angaben des Statistischen Bundesamts ist in Deutschland der Anteil der Menschen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung von 15% im Jahr 1991 auf 22% im Jahr 2021 angestiegen; auch der Anteil der Hochaltrigen ab 85 Jahren stieg [1]. Von einer

Studie Gesundheit 65+

Erweiterung des bisherigen RKI-Monitorings durch die Einbindung von Hochaltrigen und gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Baustein für ein umfassendes Public-Health-Monitoring in der Bevölkerung 65+ mit Fokus auf subjektive, psychosoziale, funktionelle Aspekte von Gesundheit und Schließung bestehender Datenlücken zu Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen während und in der Folge der COVID-19-Pandemie

Studiendesign: Längsschnitterhebung (Basisbefragung plus drei Nachbefragungen im Abstand von jeweils vier Monaten; parallel zur dritten Nachbefragung Untersuchung im Hausbesuch)

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Personen ab 65 Jahren, die in Deutschland leben und mit Hauptwohnsitz gemeldet sind

Stichprobenziehung: Zweistufiges Ziehungsverfahren: 1) 128 per Zufall bundesweit ausgewählte Gemeinden und Städte, 2) geschichtete Zufallsziehung in den jeweiligen Einwohnermeldeämtern nach Geschlecht und zwei Altersgruppen (65–79, 80+ Jahre)

Erhebungsmodi (ggf. Mixed-Mode): Papier- oder Onlinefragebogen, Interview am Telefon oder im Hausbesuch

Befragung einer Stellvertreterin oder eines Stellvertreters (sog. Proxy-Befragung): Möglich

Einwilligung durch eine gesetzliche Vertretung: Möglich

Stichprobenumfang: 3.694 Teilnehmende, davon 2.175 ab 80 Jahren

Datenerhebungszeitraum insgesamt: Juni 2021 bis April 2023

Datenerhebungszeitraum Basisbefragung: Juni 2021 bis April 2022

Mehr Informationen unter www.rki.de/gesundheits65plus

weiteren Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesellschaft kann ausgegangen werden [2]. Die aktuelle Lebenserwartung in Deutschland liegt für das Jahr 2020 bei 83,2 Jahren für Frauen und bei 78,3 Jahren für Männer und wird, wenn auch durch Grippewellen sowie ab März 2020 auch die COVID-19-Pandemie verlangsamt ansteigen [3]. Das Älterwerden geht mit einer ganzen Reihe von gesundheitlichen Herausforderungen einher, so steigt die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen und es kommt zur Abnahme der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit. Damit verbunden sind Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags und möglicher Hilfs- und Pflegebedarf [4, 5]. Somit rückt der Gesundheitszustand älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland mehr und mehr in den Fokus. Die COVID-19-Pandemie hat zudem deutlich gemacht, dass wichtige Informationen zum Gesundheitszustand älterer und hochaltriger Menschen während der Pandemie fehlten [6]. Die Erfassung der gesundheitlichen Situation älterer Menschen ist daher in vielerlei Hinsicht relevant, so z. B. für die Planung von Mehrbedarfen in der Gesundheitsversorgung, frühzeitigen Präventionsmaßnahmen unter Gewährleistung von Chancengleichheit und Teilhabe und in Vorbereitung auf zukünftige Pandemielagen.

Mit dem „Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health 2016–2020“ hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den politisch Verantwortlichen weltweit Maßnahmen benannt, die erforderlich sind, damit für alle Menschen die Möglichkeit besteht, ein langes und gesundes Leben zu führen [7]. Dies diente der Vorbereitung der „United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)“ [8]. Im Ergebnisbericht wurde deutlich, dass weiterhin große Herausforderungen bestehen und insbesondere die

Datenlage zu gesundem Altern im Lebensverlauf ausgebaut werden sollte. Dazu gehören auch Informationen zur körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit und eine stärkere Standardisierung der Messdaten [9].

In Deutschland wurde 2012 das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ zur Stärkung körperlicher, psychischer und sozialer Ressourcen älterer Menschen, zum verbesserten Umgang mit altersassoziierten gesundheitlichen Problemen wie Multimorbidität und Demenz sowie zur Steigerung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung formuliert [4, 10]. Im Bericht „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts (RKI) wird im Kapitel „Wie gesund sind die älteren Menschen?“ darauf hingewiesen, wie wichtig wiederkehrende Primärdatenerhebungen in repräsentativen Stichproben sind, um Aussagen zu Krankheiten und zu Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag zu ermöglichen [5].

Die gesundheitliche Lage im Alter umfasst verschiedene Komponenten, die über standardisierte Maßzahlen (Indikatoren) beschrieben werden können [11]. Diese Indikatoren sollten so formuliert sein, dass sie nicht nur eine einmalige Zustandsbeschreibung gewährleisten, sondern in der Lage sind, Veränderungen über eine Zeitspanne abzubilden. Basierend auf den Modellen der WHO und der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung von 2016 bis 2018 geförderten Projekts „Improving Health Monitoring in Old Age (IMOA)“ ein Konzept zur Klassifikation von Indikatoren entwickelt, welches die Handlungsfelder „Lebenswelt“, „Aktivitäten und Teilhabe“ und „personenbezogene Faktoren (d. h. gesundheitliche/funktionelle Ressourcen)“ umfasst. In diesen

Mit Gesundheit 65+ liegt eine Studie zur gesundheitlichen Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland vor, die auch gesundheitlich eingeschränkte Menschen einschließt.

Handlungsfeldern wurde zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage im höheren Lebensalter in einem mehrstufigen strukturierten Konsentierungsprozess gemeinsam mit einem interdisziplinär besetzten Gremium aus Expertinnen und Experten ein Indikatorensatz entwickelt [12], auf den für die folgende Darstellung aufgebaut wurde.

Mit der Studie Gesundheit 65+ (siehe [Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland \(Gesundheit 65+\): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung](#)) [13] und ihrer Basisbefragung steht ein Datensatz zur Verfügung, mit dem sich ein Teil der in IMOA beschriebenen Kernindikatoren sowie weitere relevante Indikatoren (z. B. Seh-, Hör- und Mobilitätseinschränkungen) darstellen lassen. Damit wird ein Beitrag zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Deutschland zum Zeitpunkt der COVID-19-Pandemie erbracht, einschließlich ihrer gesundheitlichen Ressourcen und Risiken.

2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI wurde zwischen Juni 2021 und April 2023 die bundesweite, bevölkerungsbezogene epidemiologische Längsschnittstudie Gesundheit 65+ durchgeführt, um repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie zu erheben ([Infobox](#)). Die Zielpopulation umfasste Personen ab 65 Jahren, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland hatten. Personen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sowie Personen, die vor Studienbeginn verstorben oder umgezogen bzw. unauffindbar waren, wurden von der

Studie ausgeschlossen. Die Teilnahme war somit unabhängig vom Gesundheitszustand der eingeladenen Person möglich, z. B. wurden Personen in Pflegeheimen oder mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit eingeschlossen. Um in die Studie auch alte und hochaltrige Menschen mit funktionellen Einschränkungen einzubeziehen, wurde ein zuvor für diese Altersgruppe erprobtes Studiendesign zur Kontaktierung und Datenerhebung angewandt [14, 15]. Die Basisbefragung der Studie fand mittels eines Mixed-Mode-Erhebungsdesigns (Papier-/Onlinefragebogen, Interview am Telefon bzw. beim Hausbesuch) im Zeitraum Juni 2021 bis April 2022 statt. Um Teilnahmebarrieren an der Studie zu senken, war es möglich, sich von Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen bei der Teilnahme unterstützen zu lassen oder im Rahmen einer Befragung durch eine Stellvertreterin bzw. Stellvertreter (sog. Proxy-Befragung) teilzunehmen. Eine ausführliche Beschreibung der Studie inklusive der Datenerhebung im Längsschnitt mit drei Nachbefragungen und einer Untersuchung im Hausbesuch im Zeitraum von 12 Monaten nach der Basisbefragung findet sich an anderer Stelle [13].

Die Stichprobenziehung erfolgte in einem zweistufigen, geschichteten Cluster-Stichprobenverfahren, wobei zunächst 128 primäre Stichprobeneinheiten (PSU) aus allen Gemeinden in Deutschland per Zufall gezogen wurden. Innerhalb der PSU wurden dann geschlechts- und altersgeschichtete Zufallsstichproben der Bevölkerung in den Altersgruppen 65 bis 79 Jahre und 80 Jahre und älter aus den lokalen Einwohnermeldeamtsregistern gezogen. Die Kontaktierung zur Basisbefragung und somit die Studieneinladung der gezogenen Personen erfolgte gemäß des zuvor entwickelten und erprobten sequentiellen Mixed-

Mode-Designs [14]: schriftliche, telefonische und persönliche Kontaktierung im Hausbesuch. Da nicht erreichte Personen im letzten Schritt der Kontaktierung vor Ort besucht wurden und dies nicht gleichzeitig in allen PSUs personell umsetzbar war, wurden die 128 PSUs zufällig in 32 Routen mit jeweils vier PSUs in einen ca. 9-monatigen Touren- bzw. Ablaufplan eingeteilt und gemäß diesem sukzessiv zur Studie eingeladen. Aufgrund der Pandemie im November 2021 musste die persönliche Kontaktierung und damit ebenfalls das Angebot des Interviews im Hausbesuch jedoch eingestellt werden. Insgesamt wurden 12.248 Personen zu Gesundheit 65+ eingeladen, wovon 7.904 Personen 80 Jahre alt und älter waren. Von den eingeladenen Personen mussten 307 Personen aus den oben benannten Gründen von einer Studienteilnahme ausgeschlossen werden. Die Responserate 2 (d. h. inklusive Teilbefragungen) betrug mit insgesamt 3.694 Teilnehmenden an der Basisbefragung nach den „Standards der American Association for Public Opinion Research“ [16] 30,9%. Der größte Teil aller Befragungen lag als Papierfragebogen vor (86,2%), 7,5% als Onlinefragebogen, 4,1% als Interview im Hausbesuch und 2,2% als Telefoninterview. Insgesamt gab es 327 Proxy-Befragungen.

2.2 Indikatoren

Der Inhalt der Basisbefragung umfasste wesentliche Gesundheitskonzepte für ältere und hochaltrige Menschen aus den Handlungsfeldern Lebenswelt, Aktivitäten/Teilhabe und gesundheitliche/funktionelle Ressourcen [17]. Die Auswahl der Indikatoren wurde soweit möglich an die in IMO A zuvor entwickelten Gesundheitsindikatoren für die

Bevölkerung ab 65 Jahren angelehnt [12] und um weitere wichtige Themen zur Gesundheit älterer Menschen (z. B. Seh-, Hör- und Mobilitätseinschränkungen) ergänzt. Um die Teilnahmebarrieren für hochaltrige oder funktionell eingeschränkte Personen zu senken, wurde der Befragungsaufwand soweit wie möglich minimiert und z. B. auf den Einsatz von umfangreichen Instrumenten verzichtet.

Lebenswelt

Das Vorliegen eines Pflegegrads wurde mit der Frage „Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?“ erfasst und die Antworten in zwei Kategorien zusammengefasst (ja vs. nein oder Pflegegrad ist beantragt). Zur Pflege oder Betreuung einer anderen Person im Sinne informeller Laienpflege wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie „derzeit eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person betreuen oder pflegen“ (ja vs. nein). Soziale Unterstützung wurde mit dem drei Fragen umfassenden Instrument „Oslo-3 Social Support Scale“ [OSS, 3, 18] erfasst, mit dem die Anzahl nahestehender Personen, Anteilnahme und Interesse anderer Menschen und der Erhalt praktischer Hilfe durch Nachbarn abgefragt wurden (Spannweite des Summenwertes: 3 bis 14). Ein Summenwert kleiner als 9 wurde als geringe Unterstützung (ja vs. nein) gewertet [19]. Einsamkeit wurde mit dem drei Fragen umfassenden Instrument der „Revised UCLA Loneliness Scale“ [R-UCLA, 20, 21] erfasst, mit dem das Vermissen von Gesellschaft, das Gefühl am Rande zu stehen und das Gefühl von anderen isoliert zu sein abgefragt wurden (Spannweite des Summenwertes: 3 bis 9). Ein Summenwert größer oder gleich 6 wurde als einsam (ja vs. nein) gewertet [22].

Aktivitäten/Teilhabe

Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens im Alltag wurden mittels international etablierter Instrumente des European Health Interview Surveys (EHIS) erfasst [23]. Es wurden fünf basale Aktivitäten des täglichen Lebens (Nahrungsaufnahme, Erheben oder Setzen, An- und Ausziehen, Toilettenbenutzung, Körperhygiene) in Anlehnung an Katz et al. [24] erfasst. Darüber hinaus wurden sieben instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (Mahlzeiten zubereiten, Telefon benutzen, Einkäufe erledigen, Medikamenteneinnahme organisieren, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, finanzielle und alltägliche Verwaltungsangelegenheiten) in Anlehnung an Lawton and Brody [25] verwendet. Die Teilnehmenden wurden zu jeder Aktivität gefragt, ob sie normalerweise Schwierigkeiten hätten, diese Aktivität ohne Hilfe auszuführen (Antwortkategorien: keine, einige, große Schwierigkeiten, es ist mir nicht möglich; zusätzliche Kategorie nur für instrumentelle Aktivitäten: nicht zutreffend (habe ich nie versucht bzw. getan)). Wenn mindestens einmal berichtet wurde, dass große Schwierigkeiten bestanden oder die Ausübung der Aktivität nicht möglich war, wurde dies als Einschränkung in basalen bzw. instrumentellen Alltagsaktivitäten definiert (ja vs. nein). Die zusätzliche Antwortkategorie „nicht zutreffend“ wurde dabei nicht als Einschränkung gewertet und es waren jeweils zwei fehlende Werte (Missings) gestattet.

Gesundheitliche/funktionelle Ressourcen

Der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand wurde mit der Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ (Antwortkategorien: sehr gut, gut, mittelmäßig,

schlecht, sehr schlecht) erfasst [26, 27]. Für die Auswertung wurden die Antwortkategorien „gut“ und „sehr gut“ vergleichend zu den anderen drei Kategorien zusammengefasst. Selbstangaben zu 12-Monats-Prävalenzen von zehn verschiedenen altersrelevanten chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen wurden gemäß dem EHIS [23] anhand einer Liste erfragt. Diese Krankheiten und Gesundheitsprobleme umfassten 1. Hypertonie (Bluthochdruck), 2. koronare Herzerkrankung (inkl. Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes, Angina pectoris), 3. Schlaganfall (inkl. chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls), 4. Hypercholesterinämie (zu hohe Cholesterinwerte im Blut), 5. Diabetes, 6. chronische Bronchitis (inkl. chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem), 7. Arthrose, 8. Osteoporose, 9. Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden und 10. Depression. Eine Krebserkrankung wurde zusätzlich mit der Frage „Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung festgestellt?“ erfasst. Zunächst wurde aus den Antworten die Summe der vorliegenden Krankheiten und Gesundheitsprobleme berechnet (Spannweite: 0 bis 11). Dabei waren bis zu sieben Missings gestattet, da davon ausgegangen wurde, dass in dem gewählten Listenformat oftmals Krankheiten, welche die Teilnehmenden nicht hatten oder die ihnen unbekannt waren, unbeantwortet blieben. Als Multimorbidität wurde das Vorliegen von zwei oder mehr Krankheiten und Gesundheitsproblemen definiert (ja vs. nein) [28]. Depressivität in den letzten zwei Wochen wurde mit dem zwei Fragen umfassenden Instrument des „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-2) [29] über Beeinträchtigungen durch wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten sowie

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit ermittelt (Spannweite des Summenwertes: 0 bis 6). Ein Summenwert ab 3 wurde als Depressivität (ja vs. nein) definiert. Allgemeine Lebenszufriedenheit wurde mit der Frage „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?“ (Antwortkategorien: 0 – ganz und gar unzufrieden bis 10 – ganz und gar zufrieden) in Anlehnung an Richter [30] erfasst. Ein Punktwert ab 7 wurde dabei als hohe oder sehr hohe Lebenszufriedenheit erachtet [12].

Einschränkungen in der Sensorik und Mobilität wurden gemäß dem EHIS [23] mit fünf Fragen erfasst: eine Frage zum Sehen, zwei Fragen zum Hören und zwei Fragen zur Mobilität. Die Antwortkategorien waren bei allen Fragen identisch (keine, einige, große Schwierigkeiten, es ist mir nicht möglich). Wenn Teilnehmende mindestens große Schwierigkeiten beim Sehen sogar mit Brille oder Kontaktlinsen berichteten, wurde dies als schwerwiegende Seheinschränkungen definiert. Die Kodierung für schwerwiegende Hör- bzw. Mobilitätseinschränkungen erfolgte entsprechend. Für Personen, die angaben, dass sie mindestens große Schwierigkeiten beim Hören eines Gesprächs mit einer anderen Person (ggf. mit Hörgerät) entweder in einem ruhigen (1. Frage) bzw. lauterem Raum (2. Frage) hatten, wurden schwerwiegende Höreinschränkungen erachtet. Mobilitätseinschränkungen lagen vor, wenn Schwierigkeiten beim Gehen eines halben Kilometers auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe (1. Frage) oder beim Steigen einer Treppe mit 12 Stufen (2. Frage) berichtet wurden. Bei allen anderen Antworten bzw. Antwortkombinationen wurden jeweils keine Einschränkungen angenommen.

Schmerzen wurden zunächst mit einer Frage zur Schmerzintensität in den letzten vier Wochen erfasst

(Antwortkategorien: keine Schmerzen, sehr leicht, leicht, mäßig, stark, sehr stark) [31]. Teilnehmende mit Schmerzen wurden danach gefragt, wie lange die Schmerzen bestehen [32]. Chronische Schmerzen wurden dann angenommen, wenn seit mindestens sechs Monaten starke oder sehr starke Schmerzen berichtet wurden. Stürze wurden nach den Empfehlungen des PROFANE-Netzwerks [33] mit der Frage „Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monate gefallen, gestolpert oder ausgerutscht, so dass Sie Ihr Gleichgewicht verloren haben und auf dem Boden oder einer tieferen Ebene gelandet sind?“ erfasst. In den Auswertungen wurde gemäß der Folgefrage zu der Anzahl von Stürzen in zwei Variablen unterschieden, ob man mindestens ein Mal oder mindestens zwei Mal (jeweils ja vs. nein) gestürzt war. Harninkontinenz in den letzten 12 Monaten (ja vs. nein) lag vor, wenn Teilnehmende Harninkontinenz bzw. Probleme, die Blase zu kontrollieren, angaben [23]. Stuhlinkontinenz wurde mit der Frage „Hatten Sie in den letzten vier Wochen Schwierigkeiten, den Stuhlgang zu halten oder zu kontrollieren?“ erfasst (ja vs. nein). Eine subjektive Gedächtnisverschlechterung lag vor, wenn die Teilnehmenden eine Verschlechterung ihres Gedächtnisses berichteten und sich deswegen Sorgen machten [34].

2.3 Stratifizierungsvariablen

Informationen zu Geschlecht, dem Geburtsmonat und -jahr wurden bei Stichprobenziehung von den Einwohnermeldeämtern aus den Registerdaten übermittelt. Bezüglich des Geschlechts war die Übermittlung eines dritten Geschlechts möglich, erfolgte jedoch in keinem Fall, sodass

in den Auswertungen eine Stratifizierung für Frauen und Männern erfolgte. Das Alter in Jahren wurde mittels des Geburtsdatums und des Tags der Befragungsteilnahme berechnet. Es wurden zwei Altersgruppen definiert (65 bis 79 vs. 80+ Jahre). Zur Bestimmung des Bildungsniveaus liegen verschiedene etablierte Klassifikationen vor [vgl. 35]. Für die folgenden Analysen wurde für die Darstellung des Bildungsniveaus die Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations (CASMIN) Klassifikation gewählt [36, 37], da diese Klassifikation die Besonderheiten des deutschen dreigliedrigen Schulsystems für Auswertungen gut abbildet und ggf. soziale Unterschiede besser identifizieren kann. Anhand des jeweils höchsten schulischen und berufsbildenden Bildungsabschlusses unterscheidet die CASMIN-Klassifikation in niedrige (d. h. maximal Hauptschulabschluss mit und ohne beruflichen Abschluss), mittlere (d. h. Mittlere Reife oder Fach-/Hochschulreife mit und ohne beruflichen Abschluss) und höhere Bildung (d. h. Fachhoch-/Hochschulabschluss) [vgl. auch 38]. Zur Abbildung von regionalen Unterschieden wurden in der Variable Wohnregion die Bundesländer in West- und Ostdeutschland (inkl. Berlin) unterschieden.

2.4 Statistische Analyse

Zunächst erfolgte eine deskriptive Beschreibung der Stichprobe anhand von absoluten Häufigkeiten und prozentualen Anteilen insgesamt und nach Geschlecht. Danach wurden die Prävalenzen aller Gesundheitsindikatoren insgesamt und nach den benannten Stratifizierungsvariablen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berechnet und tabellarisch bzw. in einer Abbildung dargestellt. Bei den

Prävalenzen handelt es sich um Schätzwerte für den prozentualen Anteil der zu einem Zeitpunkt betroffenen Personen in der Zielgruppe. Ihre Präzision kann mithilfe der Konfidenzintervallen beurteilt werden – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Da für einige Indikatoren subjektive Einschätzungen notwendig waren (d. h. bei Einsamkeit, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gedächtnisverschlechterung), wurden bei diesen Indikatoren in den Auswertungen ausschließlich Selbstangaben und keine Angaben aus Proxy-Befragungen berücksichtigt.

Um die Prävalenzen nach Abweichungen der Teilnehmenden von der Zielpopulation der Menschen ab 65 Jahren in Deutschland zum Stichtag 31. Dezember 2020 hinsichtlich Geschlecht, Alter, Region und Gemeindegröße nach BIK-10-Klassifikation [39] zu korrigieren, wurde ein Gewichtungsfaktor berechnet. Zusätzlich wurden in dem Gewichtungsfaktor Abweichungen im Bildungsniveau im Vergleich zur Wohnbevölkerung Deutschlands auf Basis des Mikrozensus 2018 nach der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED-Klassifikation) berücksichtigt [40].

Alle Analysen wurden mit Stata/SE 17.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2017) durchgeführt. Um die Gruppierung nach PSUs und die Gewichtung angemessen bei der Berechnung zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit Surveyprozeduren durchgeführt. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn die Konfidenzintervalle nicht überlappen. Im Ergebnisteil werden die nach dieser Definition bedeutsamen Unterschiede benannt.

78,5% der Menschen ab 65 Jahren in Deutschland sind mit ihrem Leben sehr zufrieden und jede bzw. jeder Zweite schätzt die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut ein.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung zur Basisbefragung

Von den 3.694 Teilnehmenden der Basisbefragung der Studie Gesundheit 65+ waren 47,9% Frauen und 58,9% 80 Jahre alt oder älter (Tabelle 1). Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 78,8 Jahre und im Maximum 100 Jahre alt. Von allen Teilnehmenden gehörten 49,2% zur niedrigen und 23,5% zur höheren Bildungsgruppe. Insgesamt 19,3% der Teilnehmenden lebten in Ostdeutschland.

Frauen und Männer unterschieden sich nach Bildung: Frauen wurden häufiger als Männer der niedrigen Bildungsgruppe (54,5% vs. 44,3%) und seltener der hohen Bildungsgruppe (15,0% vs. 31,4%) zugeordnet.

	Gesamt n=3.694	Frauen n=1.771	Männer n=1.923
Altersgruppe – % (n)			
65–79 Jahre	41,1 (1.519)	40,8 (722)	41,5 (797)
80+ Jahre	58,9 (2.175)	59,2 (1.049)	58,6 (1.126)
Alter (in Jahren)			
Mittelwert (Standardabweichung)	78,8 (7,5)	79,0 (7,8)	78,6 (7,2)
Spannweite	65–100	65–100	65–100
Bildungsgruppe – % (n)			
Niedrig	49,2 (1.793)	54,5 (954)	44,3 (839)
Mittel	27,3 (994)	30,5 (534)	24,3 (460)
Hoch	23,5 (858)	15,0 (263)	31,4 (595)
Wohnregion – % (n)			
Ostdeutschland	19,3 (714)	19,5 (345)	19,2 (369)
Westdeutschland	80,7 (2.980)	80,5 (1.426)	80,8 (1.554)

Tabelle 1

Stichprobenbeschreibung insgesamt
und nach Geschlecht
(n=3.694, ungewichtete Analysen)

Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

3.2 Gesundheit älterer Menschen in Deutschland nach den verschiedenen Handlungsfeldern

Die Prävalenzen und die Anzahl fehlender Werte der ausgewählten Gesundheitsindikatoren sind nach den Handlungsfeldern Lebenswelt, Aktivitäten/Teilhabe und gesundheitliche/funktionelle Ressourcen in Tabelle 2 dargestellt. Danach schwankte die absolute Anzahl fehlender Werte bei den Indikatoren über 3.694 Befragungsteilnehmenden von 52 fehlenden Angaben zur subjektiven Gesundheit bis maximal 223 fehlenden Angaben zum Pflegegrad; d. h. der prozentuale Anteil fehlender Werte lag zwischen 1,4% und 6,0%.

In der Beschreibung ihrer Lebenswelt berichteten 16,9% der älteren Menschen, dass bei ihnen ein Pflegegrad vorlag. Insgesamt 11,8% der Teilnehmenden betreuten oder pflegten eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person. Insgesamt erhielten 19,2% der älteren Menschen eine geringe soziale Unterstützung und ebenfalls 19,2% fühlten sich einsam. Bezüglich des Handlungsfeldes Aktivitäten/Teilhabe waren 9,8% der älteren Menschen in den basalen und 20,3% in den instrumentellen Alltagsaktivitäten eingeschränkt. Im Bereich ihrer gesundheitlichen Ressourcen schätzten 52,0% der älteren Menschen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein und 78,5% waren mit ihrem Leben zufrieden oder sehr zufrieden. Demgegenüber waren gesundheitliche und funktionelle Einschränkungen häufig: Multimorbidität (69,2%), Harninkontinenz (27,5%), subjektive Gedächtnisverschlechterung (27,3%), mindestens ein Sturzereignis im letzten Jahr (24,1%), Mobilitätseinschränkungen (20,8%), schwerwiegende Höreinschränkungen (17,0%), chronische Schmerzen (14,3%),

Tabelle 2
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren
insgesamt und absolute Anzahl
ihrer fehlenden Werte
(n=3.694, gewichtete Analysen)

Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

Ältere Menschen sind mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen betroffen.

	%	(95 %-KI)	Anzahl fehlender Werte
Lebenswelt			
Vorliegen eines Pflegegrads	16,9	(15,3–18,7)	223
Pflege/Betreuung einer Person	11,8	(10,3–13,4)	74
Geringe soziale Unterstützung	19,2	(17,3–21,3)	204
Einsamkeit*	19,2	(17,3–21,2)	77
Aktivitäten/Teilhabe			
Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten	9,8	(8,6–11,2)	82
Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten	20,3	(18,6–22,2)	67
Gesundheitliche/funktionelle Ressourcen			
(Sehr) gute subjektive Gesundheit	52,0	(49,6–54,4)	52
Multimorbidität (i. d. letzten 12 Monaten)	69,2	(66,9–71,5)	140
Depressivität* (i. d. letzten 2 Wochen)	13,5	(12,1–15,2)	89
(Sehr) hohe Lebenszufriedenheit*	78,5	(76,5–80,4)	90
Schwerwiegende Seheinschränkungen	5,3	(4,6–6,3)	91
Schwerwiegende Höreinschränkungen	17,0	(15,5–18,5)	161
Mobilitätseinschränkungen	20,8	(18,9–22,8)	64
Chronische Schmerzen	14,3	(12,7–16,0)	143
Stürze (i. d. letzten 12 Monaten)			
≥ 1 Sturz	24,1	(22,3–26,1)	67
≥ 2 Stürze	12,9	(11,4–14,5)	103
Harninkontinenz (i. d. letzten 12 Monaten)	27,5	(25,4–29,8)	60
Stuhlinkontinenz (i. d. letzten 4 Wochen)	9,6	(8,3–11,0)	60
Subjektive Gedächtnisverschlechterung*	27,3	(25,1–29,7)	132

KI=Konfidenzintervall, *=keine Proxyangaben berücksichtigt

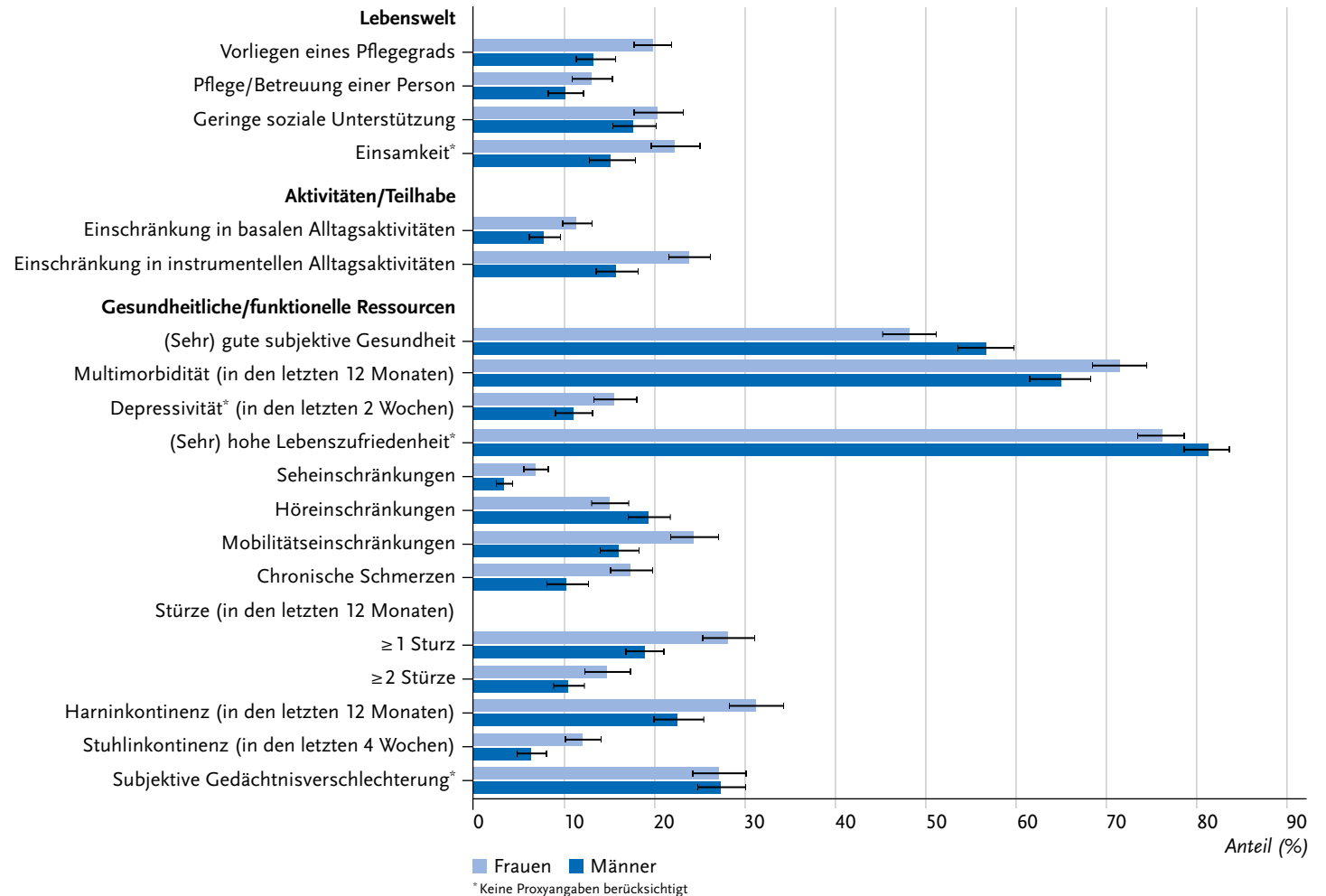
Depressivität (13,8%), Mehrfachstürze im letzten Jahr (12,9%), Stuhlinkontinenz (9,6%) und schwerwiegende Seheinschränkungen (5,3%).

3.3 Geschlechts- und Altersunterschiede in den verschiedenen Handlungsfeldern der gesundheitlichen Lage

Im Vergleich zu Männern ab 65 Jahren schätzten Frauen ihre Gesundheit insgesamt schlechter ein (Abbildung 1). So berichteten sie häufiger als Männer von Harninkon-

tinenz (31,4% vs. 22,6%), mindestens einem Sturzereignis im letzten Jahr (28,2% vs. 19,0%), Mobilitätseinschränkungen (24,4% vs. 16,1%), Einschränkungen in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (23,9% vs. 15,8%), Einsamkeit (22,3% vs. 15,2%), dem Vorliegen eines Pflegegrads (19,9% vs. 13,3%), chronischen Schmerzen (17,4% vs. 10,3%), Depressivität (15,6% vs. 11,1%), Mehrfachstürzen im letzten Jahr (14,8% vs. 10,5%), Stuhlinkontinenz (12,1% vs. 6,4%), Einschränkungen in den basalen Alltagsaktivitäten (11,4% vs. 7,8%) und schwerwiegenden

Abbildung 1
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren
nach Geschlecht
(n=3.694, gewichtete Analysen)
 Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung



Seheinschränkungen (6,9 % vs. 3,4 %). Entsprechend berichteten Männer häufiger als Frauen von einer guten oder sehr guten subjektiven Gesundheit (56,8 % vs. 48,3 %).

Tabelle 3 gibt einen Überblick zur gesundheitlichen Lage stratifiziert nach Geschlecht und Altersgruppen. Die gesundheitliche Lage der hochaltrigen Personen ab 80

Jahren war im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren deutlich schlechter (**Tabelle 3**). Die Prävalenzen waren mitunter in der höheren Altersgruppe um ein Vielfaches höher als in der jüngeren (z. B. Vorliegen eines Pflegegrads bei 6,1 % der 65- bis 79-jährigen und bei 44,3 % der 80-jährigen und älteren Frauen). Das galt sowohl für

Tabelle 3
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren
nach Geschlecht und Alter
(n = 3.694, gewichtete Analysen)

Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

Frauen sowie Personen ab 80 Jahren bzw. mit niedriger Bildung berichten besonders häufig über gesundheitliche Probleme und Einschränkungen.

Altersgruppe	Frauen				Männer			
	65–79 Jahre (n = 722)		80+ Jahre (n = 1.049)		65–79 Jahre (n = 797)		80+ Jahre (n = 1.126)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Lebenswelt								
Vorliegen eines Pflegegrads	6,1	(4,3–8,7)	44,3	(40,1–48,6)	8,0	(5,7–11,1)	26,9	(23,2–30,9)
Pflege/Betreuung einer Person	16,0	(13,0–19,6)	7,7	(5,9–10,0)	10,9	(8,5–14,0)	8,2	(6,5–10,3)
Geringe soziale Unterstützung	18,4	(15,1–22,3)	24,1	(20,6–27,9)	17,6	(14,5–21,1)	18,1	(15,4–21,2)
Einsamkeit*	19,4	(16,0–23,3)	29,0	(25,1–33,2)	14,4	(11,5–17,9)	17,5	(14,6–20,8)
Aktivitäten/Teilhabe								
Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten	2,9	(1,8–4,7)	27,0	(23,3–31,1)	4,9	(3,2–7,5)	15,3	(12,7–18,3)
Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten	10,1	(7,7–13,3)	48,7	(44,1–53,2)	10,4	(8,0–13,5)	29,7	(25,5–34,3)
Gesundheitliche/funktionelle Ressourcen								
(Sehr) gute subjektive Gesundheit	57,8	(53,5–62,0)	31,0	(27,6–34,7)	62,5	(58,4–66,4)	42,4	(39,0–45,8)
Multimorbidität (i. d. letzten 12 Monaten)	66,2	(61,9–70,3)	82,4	(79,1–85,3)	63,6	(59,1–67,9)	70,9	(67,4–74,1)
Depressivität* (i. d. letzten 2 Wochen)	13,8	(11,0–17,3)	19,6	(16,3–23,3)	9,4	(7,1–12,3)	15,8	(12,7–19,4)
(Sehr) hohe Lebenszufriedenheit*	78,2	(74,5–81,4)	71,9	(67,6–75,8)	83,8	(80,1–86,8)	74,4	(70,5–78,1)
Schwerwiegende Seheneinschränkungen	2,6	(1,5–4,5)	14,6	(12,0–17,7)	1,8	(1,0–3,1)	7,5	(5,6–10,1)
Schwerwiegende Höreinschränkungen	7,1	(5,1–10,0)	29,4	(25,6–33,6)	15,2	(12,5–18,4)	30,0	(26,6–33,6)
Mobilitätseinschränkungen	10,3	(7,7–13,7)	49,9	(45,4–54,4)	10,1	(7,9–13,0)	31,2	(27,7–35,1)
Chronische Schmerzen	14,8	(11,8–18,4)	22,2	(19,2–25,6)	8,4	(5,9–11,9)	14,9	(12,1–18,2)
Stürze (i. d. letzten 12 Monaten)								
≥ 1 Sturz	21,0	(17,6–24,8)	41,2	(36,9–45,7)	14,0	(11,4–16,9)	31,8	(28,7–35,1)
≥ 2 Stürze	8,6	(6,2–11,8)	26,0	(21,9–30,5)	7,2	(5,3–9,8)	19,0	(16,3–22,0)
Harninkontinenz (i. d. letzten 12 Monaten)	21,9	(18,1–26,3)	48,4	(43,9–52,9)	18,0	(15,0–21,5)	34,5	(30,7–38,4)
Stuhlinkontinenz (i. d. letzten 4 Wochen)	7,9	(5,7–10,7)	19,7	(16,7–23,1)	3,8	(2,5–5,8)	12,9	(10,4–15,8)
Subjektive Gedächtnisverschlechterung*	25,0	(21,6–28,8)	32,2	(28,0–36,6)	25,6	(22,3–29,1)	32,7	(29,0–36,6)

KI = Konfidenzintervall, * = keine Proxyangaben berücksichtigt

Frauen als auch für Männer hinsichtlich des Vorliegens eines Pflegegrads, Einschränkungen in den basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten, subjektiver Gesundheit, Einschränkungen in der Sensorik und Mobilität, chronischer Schmerzen, Sturzereignisse sowie Harn- und Stuhlinkontinenz. Hinsichtlich Depressivität und geringerer Lebenszufriedenheit galt dies nur für Männer und bezüglich Einsamkeit und Multimorbidität nur für Frauen.

Hochaltrige Frauen pflegten oder betreuten zudem deutlich seltener eine andere Person als jüngere Frauen.

3.4 Bildungsunterschiede in den verschiedenen Handlungsfeldern der gesundheitlichen Lage

Für die gesundheitliche Lage im Alter zeigte sich ein deutlicher Bildungsgradient (Tabelle 4). Ältere Frauen und

Tabelle 4
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren
nach Geschlecht und Bildung
(n=3.645, gewichtete Analysen)

Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

Es finden sich keine regionalen Unterschiede in der gesundheitlichen Lage älterer Menschen zwischen West- und Ostdeutschland.

Bildungsgruppe [♦]	Frauen						Männer					
	Niedrig (n=954)		Mittel (n=534)		Hoch (n=263)		Niedrig (n=839)		Mittel (n=460)		Hoch (n=595)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Lebenswelt												
Vorliegen eines Pflegegrads	25,9	(22,8–29,3)	12,7	(9,7–16,5)	6,7	(4,0–10,9)	18,1	(14,5–22,3)	11,6	(8,2–16,1)	4,8	(3,4–6,9)
Pflege/Betreuung einer Person	12,8	(10,0–16,2)	13,5	(9,9–18,1)	12,5	(8,2–18,6)	8,0	(5,8–10,9)	12,6	(8,5–18,3)	9,9	(7,1–13,6)
Geringe soziale Unterstützung	23,4	(19,5–27,8)	16,8	(12,8–21,7)	12,2	(7,8–18,7)	19,5	(15,6–24,0)	18,7	(14,3–24,1)	12,7	(9,6–16,7)
Einsamkeit*	22,8	(19,3–26,8)	22,4	(18,0–27,6)	18,4	(12,7–25,9)	15,2	(11,7–19,6)	18,4	(14,1–23,7)	9,8	(7,4–12,9)
Aktivitäten/Teilhabe												
Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten	14,9	(12,4–17,7)	7,3	(5,3–10,0)	3,2	(1,6–6,2)	11,0	(8,1–14,8)	6,8	(4,5–10,2)	2,4	(1,3–4,3)
Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten	29,7	(26,5–33,1)	16,5	(12,8–21,0)	10,5	(7,3–15,0)	21,8	(17,9–26,2)	13,0	(9,7–17,2)	6,8	(4,8–9,4)
Gesundheitliche/funktionelle Ressourcen												
(Sehr) gute subjektive Gesundheit	43,7	(39,3–48,2)	52,4	(46,7–58,0)	65,0	(56,4–72,8)	46,8	(41,5–52,2)	61,3	(55,7–66,5)	72,9	(67,7–77,6)
Multimorbidität (i. d. letzten 12 Monaten)	74,9	(70,8–78,7)	67,8	(61,8–73,2)	70,9	(64,1–76,8)	69,5	(64,3–74,2)	63,5	(57,0–69,5)	62,2	(56,5–67,6)
Depressivität* (i. d. letzten 2 Wochen)	16,6	(13,2–20,6)	15,0	(11,4–19,5)	13,1	(8,6–19,4)	14,2	(11,2–17,9)	11,6	(8,0–16,6)	3,9	(2,1–7,1)
(Sehr) hohe Lebenszufriedenheit*	75,8	(71,7–79,5)	74,8	(69,9–79,2)	81,9	(75,0–87,2)	79,8	(75,8–83,3)	77,5	(71,2–82,8)	90,5	(87,4–92,9)
Schwerwiegende Seheinschränkungen	8,3	(6,5–10,5)	5,8	(4,0–8,2)	1,9	(1,1–3,5)	4,0	(2,8–5,8)	3,8	(2,3–6,2)	1,5	(0,8–2,8)
Schwerwiegende Höreinschränkungen	16,3	(13,6–19,4)	14,4	(11,1–18,6)	9,7	(6,1–15,1)	22,4	(19,1–26,1)	17,6	(13,5–22,7)	15,8	(12,0–20,5)
Mobilitätseinschränkungen	30,7	(26,8–35,0)	16,6	(13,2–20,7)	10,2	(6,8–14,9)	21,4	(17,7–25,8)	13,4	(9,9–17,8)	8,3	(5,8–11,7)
Chronische Schmerzen	19,0	(15,7–22,9)	17,2	(13,2–22,2)	7,5	(4,2–13,0)	12,8	(10,1–16,2)	8,2	(5,4–12,3)	7,7	(4,3–13,4)
Stürze (i. d. letzten 12 Monaten)												
≥ 1 Sturz	28,3	(24,8–32,1)	29,2	(24,7–34,2)	26,5	(20,8–33,3)	20,7	(17,8–24,0)	17,2	(12,6–22,9)	17,6	(14,4–21,4)
≥ 2 Stürze	15,8	(12,8–19,5)	14,6	(11,6–18,2)	9,5	(6,0–14,8)	12,5	(10,0–15,6)	8,7	(5,7–13,0)	9,1	(6,6–12,2)
Harninkontinenz (i. d. letzten 12 Monaten)	33,1	(29,3–37,2)	28,2	(23,1–34,0)	28,2	(20,6–37,3)	26,9	(22,7–31,5)	19,6	(15,1–24,9)	18,3	(15,0–22,3)
Stuhlinkontinenz (i. d. letzten 4 Wochen)	13,9	(11,1–17,3)	9,6	(7,0–13,0)	9,1	(5,5–14,7)	7,4	(5,0–11,0)	5,9	(3,9–8,7)	4,5	(2,9–7,1)
Subjektive Gedächtnisverschlechterung*	28,8	(24,5–33,4)	24,1	(19,9–28,8)	30,9	(24,8–37,8)	27,5	(23,7–31,7)	29,5	(23,7–36,0)	24,5	(20,5–29,1)

KI = Konfidenzintervall, * = keine Proxyangaben berücksichtigt,

♦ Einteilung Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations (CASMIN) Klassifikation anhand des jeweils höchsten schulischen und berufsbildenden Bildungsabschlusses. Eine niedrige Bildungsgruppe wurde zugewiesen, wenn man maximal einen Hauptschulabschluss mit oder ohne beruflichen Abschluss berichtete

Männer aus der niedrigen und zum Teil auch aus der mittleren Bildungsgruppe berichteten häufiger über Gesundheitsprobleme als diejenigen aus der hohen Bildungsgruppe. Die Prävalenzen waren mitunter in der niedrigen Bildungsgruppe um ein Vielfaches höher als in der höheren (z. B. Vorliegen eines Pflegegrads bei 6,7% der Frauen aus der hohen und bei 25,9% der Frauen aus der niedrigen Bildungsgruppe). Das galt sowohl für Frauen als auch für Männer hinsichtlich des Vorliegens eines Pflegegrads, Einschränkungen in den basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten, subjektiver Gesundheit, schwerwiegenden Seh- und Mobilitätseinschränkungen. Hinsichtlich Einsamkeit, Depressivität, geringerer Lebenszufriedenheit und Harninkontinenz fand sich ein Bildungsgradient nur bei Männern,

für geringe soziale Unterstützung und chronische Schmerzen nur bei Frauen.

3.5 Leben in West- und Ostdeutschland und Gesundheit älterer Menschen in den verschiedenen Handlungsfeldern

Für die Gesundheit älterer Menschen fanden sich keine regionalen Unterschiede nach ihrer Wohnadresse in West- bzw. Ostdeutschland (Tabelle 5). Die Prävalenzen der ausgewählten Gesundheitsindikatoren unterschieden sich zwischen West- und Ostdeutschland um maximal 3,5% bei der subjektiven Gesundheit. Die Unterschiede waren in keinem Fall statistisch bedeutsam.

	Wohnregion			
	Westdeutschland (n = 2.980)		Ostdeutschland (n = 714)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Lebenswelt				
Vorliegen eines Pflegegrads	16,6	(15,0 – 18,4)	18,0	(14,0 – 23,0)
Pflege/Betreuung einer Person	12,0	(10,4 – 13,8)	11,1	(8,0 – 15,2)
Geringe soziale Unterstützung	18,8	(16,6 – 21,2)	20,8	(16,8 – 25,5)
Einsamkeit*	19,0	(17,1 – 21,1)	19,7	(14,8 – 25,7)
Aktivitäten/Teilhabe				
Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten	9,5	(8,3 – 10,9)	10,9	(8,1 – 14,6)
Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten	20,7	(18,8 – 22,7)	19,2	(15,2 – 23,9)
Gesundheitliche/funktionelle Ressourcen				
(Sehr) gute subjektive Gesundheit	52,8	(50,2 – 55,3)	49,3	(43,6 – 54,9)
Multimorbidität (i. d. letzten 12 Monaten)	68,5	(65,8 – 71,2)	71,6	(67,0 – 75,9)
Depressivität* (i. d. letzten 2 Wochen)	13,1	(11,6 – 14,9)	14,9	(11,6 – 19,0)
(Sehr) hohe Lebenszufriedenheit*	78,7	(76,4 – 80,9)	77,8	(73,6 – 81,6)
Schwerwiegende Seheinschränkungen	5,5	(4,7 – 6,6)	4,7	(3,1 – 6,8)

KI = Konfidenzintervall, * = keine Proxyangaben berücksichtigt

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 5
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren
nach Wohnregion
(n = 3.694, gewichtete Analysen)

Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

Tabelle 5 Fortsetzung
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren
nach Wohnregion
(n = 3.694, gewichtete Analysen)

Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

	Westdeutschland (n = 2.980)		Wohnregion Ostdeutschland (n = 714)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesundheitliche/funktionelle Ressourcen				
Schwerwiegende Höreinschränkungen	16,8	(15,3 – 18,5)	17,5	(14,0 – 21,8)
Mobilitätseinschränkungen	20,6	(18,5 – 22,9)	21,4	(17,6 – 25,9)
Chronische Schmerzen	13,9	(12,2 – 15,7)	15,8	(12,1 – 20,3)
Stürze (i. d. letzten 12 Monaten)				
≥ 1 Sturz	24,1	(22,0 – 26,3)	24,2	(20,4 – 28,4)
≥ 2 Stürze	12,8	(11,1 – 14,7)	13,2	(10,3 – 16,8)
Harninkontinenz (i. d. letzten 12 Monaten)	28,2	(25,8 – 30,8)	25,1	(20,9 – 29,9)
Stuhlinkontinenz (i. d. letzten 4 Wochen)	10,2	(8,7 – 12,0)	7,1	(5,3 – 9,5)
Subjektive Gedächtnisverschlechterung*	26,8	(24,4 – 29,4)	28,9	(23,5 – 34,9)

KI = Konfidenzintervall, * = keine Proxyangaben berücksichtigt

4. Diskussion

Mit der Studie Gesundheit 65+ ist es erstmals für Deutschland gelungen, einen bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurvey in der Bevölkerung ab 65 Jahren unter besonderer Berücksichtigung hochaltriger und gesundheitlich eingeschränkter Personen durchzuführen. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die gesundheitliche Lage von älteren Frauen und Männern in Deutschland im Zeitraum der COVID-19-Pandemie von Juni 2021 bis April 2022 auf Grundlage der bevölkerungsrepräsentativen Basisbefragung. Insgesamt waren 78,5% der Teilnehmenden mit ihrem Leben sehr zufrieden und jede bzw. jeder Zweite schätzte die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Dies steht im Kontrast zu einer Vielzahl berichteter gesundheitlicher Einschränkungen; das Phänomen wird in der Literatur als „well-being paradox“ beschrieben und beruht vermutlich auf Anpassungsstrategien der älteren Menschen [41]. Allerdings

zeigen sich sowohl in Bezug auf die allgemeine subjektive Gesundheit als auch auf gesundheitliche Einschränkungen und Pflegebedarf erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und nach Bildung, die sich jenseits des 80. Lebensjahres noch verstärken. In unseren Daten fand sich dabei eine deutlich höhere Prävalenz für das Vorliegen eines Pflegegrads im Vergleich zum Vorliegen von Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten (16,9% vs. 9,8%). Da zur Ermittlung eines Pflegegrads mehr und andere Kriterien (z. B. Kommunikationsfähigkeiten, psychischen Störungen, kognitive Einschränkungen) genutzt werden, ist dies erklärlich. Darüber hinaus fanden sich keine regionalen Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland in Gesundheit 65+.

Die beschriebenen alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitszustand entsprechen überwiegend denen aus anderen nationalen und internationalen Studien. Frauen schätzen insgesamt ihre Gesundheit

als schlechter ein und berichten von mehr gesundheitlichen Problemen als Männer, leben aber länger. Diese Unterschiede, auch als Geschlechterparadox bezeichnet, sind seit vielen Jahren bekannt [42–46] und finden sich ebenfalls in aktuellen Studien [47–51]. Die Gründe dafür sind vielfältig und komplex und werden sowohl auf biologische (sex) als auch auf soziale Gegebenheiten (gender) zurückgeführt, wobei keine monokausale Beziehung zugrunde liegt [52]. Unter den Teilnehmenden an Gesundheit 65+ zeigte sich, dass Frauen häufiger eine niedrigere Bildung aufweisen als Männer. Die gefundenen Geschlechterunterschiede sind damit zum Teil auch auf die ungleiche soziale Lage zurückzuführen, wie schon seit Mitte der neunziger Jahre diskutiert wird [53–55].

Gesundheitliche Ungleichheiten im höheren Lebensalter in Deutschland wurden bereits von anderen Autorinnen und Autoren beschrieben [56–59]. Auch in Gesundheit 65+ zeigen sich für das höhere Alter gesundheitliche Ungleichheiten nach Bildungsniveau in Deutschland, die teilweise beide Geschlechter (Vorliegen eines Pflegegrads, Einschätzung der subjektiven Gesundheit, Einschränkungen im Alltag, beim Sehen und in der Mobilität), teilweise nur Frauen (geringe soziale Unterstützung, chronische Schmerzen) oder nur Männer (Einsamkeit, depressive Symptome, geringe Lebenszufriedenheit, Harninkontinenz) betreffen. Personen aus der hohen Bildungsgruppe wiesen weniger gesundheitliche Probleme auf als diejenigen aus der niedrigen Bildungsgruppe. Inwiefern diese Unterschiede in der vorliegenden Stichprobe schon vor dem Erreichen des höheren Lebensalters bestanden und in dieser Lebensphase fort dauern, zu- oder abgenommen haben, kann mit dieser querschnittlichen Analyse der

Basisbefragung der Studie Gesundheit 65+ nicht geklärt werden. Neben längsschnittlichen Analysen, um dieser Fragestellung nachzugehen, wäre es darüber hinaus zukünftig nötig, weitere Aspekte der sozialen Lage, wie Armutsgefährdung, von der insbesondere Frauen betroffen sind [60], und andere Indikatoren sozialer Ungleichheit in weiterführenden Analysen zu berücksichtigen.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse diskutiert, die einen vertieften Einblick in die Lebenssituation älterer und hochaltriger Menschen insbesondere während der COVID-19-Pandemie ermöglichen und damit aufzeigen, welche Themenbereiche auch in Vorbereitung auf zukünftige Pandemien verstärkt beachtet werden sollten. Da Gesundheit 65+ ausschließlich während der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurde und somit keine Daten der Teilnehmenden zu Zeiten vor der Pandemie vorliegen, können damit jedoch keine Antworten auf die Frage gegeben werden, welche Auswirkungen die Pandemie auf die gesundheitliche Lage ältere Menschen in Deutschland hatte.

Ein wichtiger Themenbereich während der COVID-19-Pandemie war die psychosoziale Gesundheit. Zu Beginn der Pandemie standen nicht nur in Deutschland ältere Personen als Hochrisikogruppe im Fokus; insbesondere im Hinblick auf negative indirekte Gesundheitsfolgen der Eindämmungsmaßnahmen (Abstand halten, Kontaktreduktion, Wegfall von sozialen Aktivitäten) wie soziale Isolation, Einsamkeit, fehlende soziale Unterstützung und eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit [6]. Nachfolgende Forschung konnte dies teilweise bestätigen [61], sah jedoch vor allem jüngere Altersgruppen betroffen. Im Befragungszeitraum von Gesundheit 65+ wurden notwendige Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie

ab Ende des Jahres 2021 aufgrund der hohen Infektionsgefahr durch die SARS-CoV-2-Variante Omikron wieder verschärft. Vor diesem Hintergrund bezeichnete sich insgesamt jede fünfte Person in der Studie Gesundheit 65+ als einsam. Einsamkeit war, wie in einer zeitgleich durchgeführten japanischen Studie [50], bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Ein Vergleich der Ergebnisse mit der in der gleichen Ausgabe des Journal of Health Monitoring dargestellten [Ergebnisse aus dem Deutschen Alterssurvey \(DEAS\) 2020/21](#) ist aus methodischen Gründen nur eingeschränkt möglich: es wurde dort ein anderes Instrument verwendet, Personen über 90 Jahren ausgeschlossen und die Daten im Telefoninterview erhoben. Hinsichtlich der sozialen Unterstützung wurde in Gesundheit 65+ deutlich, dass die Mehrzahl der Teilnehmenden über soziale Unterstützung verfügt, diese aber mit zunehmendem Alter abnimmt, was in anderen Studien ähnlich dargestellt ist [62]. Die Auswirkungen von sozialer Isolation und Einsamkeit auf den Gesundheitszustand älterer Menschen sind bekannt [63, 64]; z. B. als Risikofaktor für Demenz [65]. Im Rahmen von Längsschnittanalysen von Gesundheit 65+ kann dieser Aspekt zukünftig weitergehend betrachtet werden, um z. B. den Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Morbidität bzw. psychischer Gesundheit weiter zu analysieren. Von einer depressiven Symptomatik waren in Gesundheit 65+ Frauen, aber auch Männer ab 80 Jahren oder mit niedriger Bildung besonders betroffen.

Im Hinblick auf die gesundheitlichen Einschränkungen zeigen die Ergebnisse aus Gesundheit 65+, dass Multimorbidität ein häufig auftretendes Phänomen bei Älteren ist, was in anderen Studien ähnlich beschrieben wird [66, 67], und dass diese nach Alter und Geschlecht unterschiedlich

häufig ist [68, 69]. Menschen mit Multimorbidität werden häufiger in Krankenhäuser eingewiesen, bekommen mehr Medikamente verschrieben und haben ein höheres Sterberisiko [67, 68, 70]. Bekannt ist der bidirektionale Zusammenhang zwischen Multimorbidität und funktionellen Einschränkungen, die Aktivitäten und Teilhabe begrenzen [71]. Dazu gehören schwerwiegende Einschränkungen des Sehens, Hörens, der Kognition, und den damit einhergehenden Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten. In Übereinstimmung mit anderen Studien wurden diese mit zunehmendem Alter häufiger berichtet [72–74]. Für die subjektive Gedächtnisverschlechterung fanden sich keine Geschlechts-, Alters- oder Bildungsunterschiede. Dass mehr als ein Viertel der Bevölkerung ab 65 Jahren eine Gedächtnisverschlechterung angeben, zeigt einen Bedarf an gesundheitlicher Betreuung und ggf. Diagnostik auf, da eine subjektive Gedächtnisverschlechterung als Risikofaktor für eine Verschlechterung der Kognition, zukünftige Demenz und Mortalität gilt [75–78].

In Gesundheit 65+ gibt über ein Viertel der Befragten eine Harninkontinenz an und der Anteil nimmt mit dem Alter deutlich zu, was andere Studien gleichfalls berichten [79–81]. Frauen berichten häufiger von Harn- und Stuhlinkontinenz als Männer. Da dies schambesetzte Themen mit gravierenden Auswirkungen auf Lebensqualität und Teilhabe der Betroffenen sind, sollten diese regelmäßig im ärztlichen Gespräch gemäß bestehenden Leitlinien [82] angesprochen und präventive Maßnahmen wie Beckenbodentraining frühzeitig angeboten werden. Inkontinenz ist zudem auch mit Gebrechlichkeit assoziiert [83]. Mindestens ein Sturzereignis im letzten Jahr war in Gesundheit 65+ vor allem bei den Befragten ab 80 Jahren mit über 30% bei den Männern und

über 40% bei den Frauen häufig, was die WHO bereits im Jahr 2007 in ähnlicher Häufigkeit beschrieb [84]. Sturzfolgen sind mittelschwere bis schwere Verletzungen, Krankenhausaufenthalte, Sturzangst, Verlust der Unabhängigkeit und vorzeitiger Tod [85, 86], die durch adäquate Interventionsprogramme (personen-, medikamenten- und umweltbezogene Maßnahmen) verhindert oder vermindert werden können, es bei der Umsetzung von derartigen Maßnahmen aber noch Nachholbedarf gibt [87].

Ein Vergleich der Ergebnisse mit anderen nationalen Altersstudien ist aufgrund der unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen nur eingeschränkt möglich. So erheben sowohl der DEAS [88] als auch der Corona-Survey des Surveys of Health, Age and Retirements (SHARE) [89] in der Welle 2020/21 aufgrund der Pandemie nur bei bisherigen Panel-Teilnehmenden Daten. Die Studie D80+ befragte hingegen nur Personen ab 80 Jahren mit einem Fokus auf Lebenssituation und -qualität und verwendete andere Instrumente bzw. Operationalisierungen (z. B. bei Multimorbidität) [90]. Für den Vergleich der Studie Gesundheit 65+ und der telefonischen Befragungsstudie von Privathaushalten GEDA 2019/2020-EHIS [91] sind zunächst separate weiterführende methodische Analysestudien nötig, bevor eine Einordnung abweichender Prävalenzen möglich ist, z. B. bezüglich des Anteils pflegender Angehöriger [92].

Stärken und Limitationen

Mit der Studie Gesundheit 65+ stehen repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage und damit zusammenhängenden Faktoren für die ältere und hochaltrige Bevölkerung in Deutschland zur Verfügung. Es wurden sowohl Menschen in Privathaushalten als auch in Einrichtungen, ohne und mit

starken gesundheitlichen Einschränkungen einbezogen und Proxy-Befragungen sowie Einwilligungen durch gesetzliche Vertretungen berücksichtigt. Mit dem Mixed-Mode-Erhebungsdesign, bei dem eine Teilnahme über eine schriftliche, web-basierte, telefonische oder persönliche Befragung möglich war, konnten sich Personen beteiligen, die in anderen Studien üblicherweise ausgeschlossen werden oder nicht teilnehmen (z. B. Menschen mit schwerwiegenden Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, Unterstützungsbedarf oder fehlender Einwilligungsfähigkeit). Hierin liegt die besondere Stärke der Studie Gesundheit 65+. Durch diese Maßnahmen und das aufwändige Rekrutierungsverfahren konnte eine für diese Altersgruppe gute Response und Durchmischung der Stichprobe erzielt werden [93]. So zeigt sich beispielsweise eine gute Übereinstimmung im Anteil der Befragten von Gesundheit 65+ mit Pflegegrad von 17% gegenüber den Angaben des Statistischen Bundesamts mit einem Anteil von 19% bei den ab 65-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland [94] (eigene Berechnungen).

Darüber hinaus hat die vorliegende Studie Limitationen. Durch die geschichtete Zufallsstichprobenziehung wurde eine nach Geschlecht gleichverteilte Stichprobe in der Studie Gesundheit 65+ angestrebt. Der Frauenanteil liegt mit 47,9% jedoch unter demjenigen der Männer. Die Teilnahmebereitschaft der eingeladenen Männer lag somit höher als die der Frauen, was durch die Gewichtung bei den Analysen ausgeglichen wurde. Weitergehende Responseanalysen in Gesundheit 65+ sollen sich zukünftig mit dieser Problematik beschäftigen, z. B. mit der Erreichbarkeit von Personen in Pflegeheimen und sozial benachteiligten Wohngebieten. Insbesondere zur Situation älterer Menschen in Pflegeheimen wird die Studie Gesundheit 65+, wie Analysen

aus den Vorgängerstudien OMAHA I und der IMOA-Machbarkeitsstudie zeigen [95, 96], die bestehende Datenlücke nicht schließen können. Für ein Gesundheitsmonitoring in Pflegeheimen bedarf es daher anderer methodischer Herangehensweisen und Monitoringsysteme [97]. Personen mit unzureichenden Deutschkenntnissen wurden von der Studie ausgeschlossen, da es nicht möglich war, dieser Gruppe im Rahmen von Gesundheit 65+ ein adäquates Teilnahmeangebot (z. B. mittels übersetzter Fragebögen) zu machen, wie es in anderen Studien des RKI erfolgt ist [98]. Zukünftig ist es bedeutsam, die Ansätze von Gesundheit 65+ auch auf diese Bevölkerungsgruppe auszuweiten und zu verknüpfen, um Aussagen zum Gesundheitszustand aller älteren Personen mit Migrationsgeschichte unabhängig ihrer Deutschkenntnisse treffen zu können.

Um den Befragungsaufwand soweit wie möglich zu senken, kamen häufig Kurzbefragungsinstrumente (z. B. der PHQ-2 anstatt der PHQ-8/PHQ-9) oder einzelne Fragen je Themenbereich zum Einsatz (z. B. zur Lebenszufriedenheit). Die Verwendung von möglichst einfachen Instrumenten oder Fragen sollte Personen mit eingeschränkten Lesefähigkeiten oder kognitiven Einschränkungen die Teilnahme ermöglichen. Dadurch ist es mit Gesundheit 65+ möglich, ein breites Bild zur gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Deutschland zu zeichnen. Andererseits sind nur eingeschränkt vertiefende Aussagen bzw. Analysen zu einem Themenbereich möglich. So können beispielsweise beim Thema Schmerzen keine Aussagen zu Schmerzlokalität oder derzeitiger Behandlung getroffen werden. Durch die Wiederholungsbefragungen im Zeitraum eines Jahres, die Untersuchung und die Einbindung externer Datenquellen werden sich in der Studie Gesundheit 65+ zukünftig

vielfältige Analysemöglichkeiten zur gesundheitlichen Lage und Einflussfaktoren bei Menschen ab 65 Jahren in Deutschland ergeben. Dies gilt auch für weitere relevante Konzepte des gesunden Alterns, die anhand der Basisbefragung nicht ausreichend dargestellt werden konnten. Beispielsweise kann erst zukünftig das altersrelevante Konzept der Gebrechlichkeit [99] mit zusätzlichen Messdaten aus der Untersuchung z. B. zur Handgreifkraft und kognitiven Funktion analysiert werden.

Ausblick

Mit der Studie Gesundheit 65+ liegt eine umfangreiche Datenbasis zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von älteren und hochaltrigen Menschen in Deutschland vor. Diese besteht aus a) Befragungsdaten von vier Zeitpunkten im Verlauf eines Jahres, b) Messdaten parallel zur letzten Befragung sowie c) Anbindung externer Datenquellen [siehe auch 13]. Letztere umfasst Daten der gesetzlichen Krankenkassen, ein Mortalitätsfollow-up über 20 Jahre über die Einwohnermeldeämter (d. h. eine Abfrage zum Vitalstatus und ggf. die Ermittlung des Sterbedatums) und Daten zur Beschreibung der Wohnumgebung über Geo-Informationssysteme [100].

Künftig lassen sich anhand dieser Datenbasis beispielsweise längsschnittliche Zusammenhänge zwischen körperlicher und kognitiver Funktionsfähigkeit, Depressivität und Mortalitätsrisiken beschreiben. Mit den objektiven Messdaten, die im Untersuchungsteil der Studie erhoben werden, kann in zukünftigen Analysen die Übereinstimmung von Selbstangaben (z. B. zur subjektiven Gedächtnisverschlechterung oder zu Größe und Gewicht) mit Messdaten überprüft werden. Die Studie Gesundheit 65+ trägt dazu

bei, dass Ressourcen und Risikofaktoren für die gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen beschrieben werden, auf deren Basis Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis abgeleitet werden können.

Korrespondenzadresse

Dr. Beate Gaertner
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: GaertnerB@rki.de

Zitierweise

Gaertner B, Scheidt-Nave C, Koschollek C, Fuchs J (2023)
Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in
Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+.
J Health Monit 8(3): 7–31.
DOI 10.25646/11564

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

Datenschutz und Ethik

Die Studie Gesundheit 65+ wurde unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Im Vorfeld der Studie wurde die Durchführung der Studie sowohl durch die behördliche Datenschutzbeauftragung des Robert Koch-Instituts als auch von der Ethikkommission der Berliner Ärztekammer (Eth-50/19) als unbedenklich bewertet. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und konnte auch in Teilen abgelehnt werden. Für eine Teilnahme an Gesundheit 65+ willigten entweder die eingeladene Person selbst oder ihre gesetzliche Vertretung schriftlich ein. Im Rahmen einer

Online-Basisbefragung konnte die eingeladene Person die Einwilligung auch online erteilen.

Datenverfügbarkeit

Die Autorinnen geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Der Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungsdatenzentrum des Robert Koch-Instituts archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Der Datenzugriff ist vor Ort im Secure Data Center des Forschungsdatenzentrums des Robert Koch-Instituts möglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden.

Förderungshinweis

Die Studie Gesundheit 65+ wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: ZMVI1-2518FSB410).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir bedanken uns für die Unterstützung unserer Kolleginnen und Kollegen am Robert Koch-Institut. Unser besonderer Dank gilt dem Studienpersonal für seine hervorragende Arbeit und das große Engagement während der Datenerhebung. Nicht zuletzt gilt unser Dank allen Studien-

teilnehmenden für ihre Teilnahme, ihre Zeit und ihr Vertrauen in unsere Studie.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023) Die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahren. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.htm> (Stand: 23.02.2023)
2. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023) Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html> (Stand: 23.02.2023)
3. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022) Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt bis 2070. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/bevoelkerungsvorausberechnung-lebenserwartung.html> (Stand: 23.02.2023)
4. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. gesundheitsziele.de. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, Berlin
5. Robert Koch-Institut (2015) Wie gesund sind die älteren Menschen? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.08.2023)
6. Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. J Health Monit 6(S4):2–39. DOI 10.25646/7856. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7915> (Stand: 01.08.2023)
7. World Health Organization (2017) Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization, Geneva
8. Keating N (2022) A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). European Journal of Ageing 19(3):775–787
9. World Health Organization (2020) Decade of healthy ageing: baseline report., Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900> (Stand: 01.08.2023)
10. Thelen M, Scheidt-Nave C, Schaeffer D et al. (2012) Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Handlungsfeld II: Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung älterer Menschen. Bundesgesundheitsbl 55(8):991–997
11. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T et al. (2013) Indicators for healthy ageing – a debate. Int J Environ Res Public Health 10(12):6630–6644
12. Grube M, Scheidt-Nave C, Gaertner B et al. (2019) Public Health Monitoring 65+ in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. J Health Monit 4(2):93–109. DOI 10.25646/5984 <https://edoc.rki.de/handle/176904/6019> (Stand: 01.08.2023)
13. Fuchs J, Gaertner B, Perltz H et al. (2023) Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung. J Health Monit 8(3):66–90
14. Gaertner B, Lüdtke D, Koschollek C et al. (2019) Effects of a sequential mixed-mode design on participation, contact and sample composition – Results of the pilot study ‘IMOA-Improving Health Monitoring in Old Age’. Survey Insights: Methods from the Field (SMIF). <https://surveyinsights.org/?p=10841> (Stand: 01.08.2023)
15. Holzhausen M, Fuchs J, Busch M et al. (2011) Operationalizing multimorbidity and autonomy for health services research in aging populations – the OMAHA-study. BMC Health Serv Res 11:47
16. The American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys, 9th edition. AAPOR
17. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA et al. (2016) The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet 387(10033):2145–2154
18. Dalgard OS, Bjork S, Tams K (1995) Social support, negative life events and mental health. Bri J Psychiatry 166(1):29–34. DOI 10.1192/bjp.166.1.29
19. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E (2012) The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatr 12:27

20. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC et al. (2004) A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging* 26(6):655–672
21. Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (2013) Data documentation (Questionnaire, wave 5). https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Questionnaires/Q-Wave_5/w5_de_capi_main.pdf (Stand: 23.02.2023)
22. Jarach CM, Tettamanti M, Nobili A et al. (2021) Social isolation and loneliness as related to progression and reversion of frailty in the Survey of Health Aging Retirement in Europe (SHARE). *Age Ageing* 50(1):258–262
23. Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3) – Methodological manual. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/8762193/KS-02-18-240-EN-N.pdf> (Stand: 23.02.2023)
24. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. (1963) Studies of illness in the aged: The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 185(12):914–919
25. Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3):179–186
26. Cox B, van Oyen H, Cambois E et al. (2009) The reliability of the Minimum European Health Module. *Int J Public Health* 54(2):55–60
27. Robine JM, Jagger C (2003) Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. *Eur J Public Health* 13(3 Suppl):6–14
28. Ho ISS, Azcoaga-Lorenzo A, Akbari A et al. (2022) Measuring multimorbidity in research: Delphi consensus study. *BMJ Med* 1(1):e000247
29. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2003) The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care* 41(11):1284–1292
30. Richter D, Metzing M, Weinhardt M et al. (2013) SOEP Scales Manual. SOEP Survey Papers. DIW, Berlin
31. Morfeld M, Bullinger M (2008) Der SF-36 Health Survey zur Erhebung und Dokumentation gesundheitsbezogener Lebensqualität. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 18(05):250–255
32. Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (2015) Deutscher Schmerzfragebogen 2015. 2. ed., Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., S. 1–15
33. Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K et al. (2005) Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc* 53(9):1618–1622
34. Jessen F, Wiese B, Cvetanovska G et al. (2007) Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. *Psychol Med* 37(12):1753–1762
35. Schneider SL (2016) Die Konzeptionalisierung, Erhebung und Kodierung von Bildung in nationalen und internationalen Umfragen. *GESIS Survey Guidelines. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Mannheim*
36. Brauns H, Steinmann S (1999) Educational Reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN Educational Classification. *ZUMA-Nachrichten* 23:7–44
37. Lechert Y, Schroedter J, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus – Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004. *ZUMA-Methodenbericht* 2006/12. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/26235> (Stand: 22.07.2023)
38. Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013) Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):631–636
39. Behrens K, Böltken F, Dittmar H et al. (2019) Regionale Standards: Ausgabe 2019. In: Arbeitsgruppe Regionale Standards (Hrsg) *Regionale Standards Ausgabe 2019. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Köln*
40. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018) Mikrozensus 2018, Scientific Use File (SUF), DOI: 10.21242/12211.2018.00.00.3.1.1
41. Hansen T, Blekesaune M (2022) The age and well-being ‘paradox’: a longitudinal and multidimensional reconsideration. *Eur J of Ageing* 19(4):1277–1286
42. Verbrugge LM (1985) Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav* 26(3):156–182
43. Arber S, Ginn J (1993) Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med* 36(1):33–46

44. Rieker PP, Bird CE (2005) Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. *J Gerontology B Psychol Sci Soc Sci* 60(Spec No2):S40–S47. DOI: 10.1093/geronb/60.special_issue_2.s40
45. Krieger N (2003) Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *Int J Epidemiol* 32(4):652–657
46. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW et al. (2008) Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res* 20(2):91–102
47. Boerma T, Hosseinpoor AR, Verdes E et al. (2016) A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC public health* 16(1):675
48. Lin MH, Chen LJ, Huang ST et al. (2022) Age and sex differences in associations between self-reported health, physical function, mental function and mortality. *Arch Gerontol Geriatr* 98:104537
49. Simonsson B, Molarius A (2020) Self-rated health and associated factors among the oldest-old: results from a cross-sectional study in Sweden. *Arch Public Health* 78(1):6
50. Murayama H, Suda T, Nakamoto I et al. (2023) Changes in social isolation and loneliness prevalence during the COVID-19 pandemic in Japan: The JACSIS 2020–2021 study. *Front Public Health* 11:1094340
51. Zimmermann J, Brijoux T, Zank S (2022) Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres), Deutsches Zentrum für Altersfragen, Universität zu Köln, Köln
52. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin DOI: 10.25646/6585
53. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H (1996) Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 42(4):617–624
54. Kuntz B, Waldhauer J, Schmidtke C et al. (2019) Bildung und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 497–515
55. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* (3):64–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5689> (Stand. 01.08.2023)
56. Lampert T, Hoebel J (2019) Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. *Bundesgesundheitsbl* 62(3):238–246
57. von dem Knesebeck O, Vonneilich N (2009) Health inequalities among the aged. *Z Gerontol Geriatr* 42(6):459–464
58. Tetzlaff F, Epping J, Sperlich S et al. (2020) Widening income inequalities in life expectancy? Analysing time trends based on German health insurance data. *J Epidemiol Community Health* 74(7):592–597
59. Schollgen I, Huxhold O, Tesch-Römer C (2010) Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *Eur J Ageing* 7(1):17–28
60. Schräpler JP, Seifert W, Mann H et al. (2015) Altersarmut in Deutschland – regionale Verteilung und Erklärungsansätze. Analysen und Konzepte, Ausgabe 4. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
61. Eurofound (2022) COVID-19 and older people: Impact on their lives, support and care. Publications Office of the European Union, Luxembourg
62. Kocalevent RD, Berg L, Beutel ME et al. (2018) Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol* 6(1):31
63. Courtin E, Knapp M (2017) Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community* 25(3):799–812
64. Hajek A, Kretzler B, König HH (2020) Multimorbidity, Loneliness, and Social Isolation. A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 17(22)
65. Lazzari C, Rabottini M (2022) COVID-19, loneliness, social isolation and risk of dementia in older people: a systematic review and meta-analysis of the relevant literature. *Int J Psychiatry Clin Pract* 26(2):196–207
66. Ofori-Asenso R, Chin KL, Curtis AJ et al. (2019) Recent Patterns of Multimorbidity Among Older Adults in High-Income Countries. *Popul Health Manag* 22(2):127–137
67. Palladino R, Tayu Lee J, Ashworth M et al. (2016) Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age Ageing* 45(3):431–435
68. Puth MT, Weckbecker K, Schmid M et al. (2017) Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. *BMC public health* 17(1):826

69. Fuchs J, Busch M, Lange C et al. (2012) Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. *Bundesgesundheitsbl* 55(4):576–586. DOI 10.1007/s00103-012-1464-9
70. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A et al. (2017) New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing* 46(6):882–888
71. Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L et al. (2019) Multimorbidity and functional impairment-bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways. *J Intern Med* 285(3):255–271
72. Leveziel N, Marillet S, Braithwaite T et al. (2023) Self-reported dual sensory impairment and related factors: a European population-based cross-sectional survey. *Br J Ophthalmol*
73. Freiburger E, Sieber CC, Kob R (2020) Mobility in Older Community-Dwelling Persons: A Narrative Review. *Front Physiol* 11:881
74. Fink DJ, Terheyden JH, Berger M et al. (2022) The importance of visual health – a representative population survey. *Dtsch Arztebl Int* 119(29/30):506–507
75. Abdulrahman H, Richard E, van Gool WA et al. (2022) Sex differences in the relation between subjective memory complaints, impairments in instrumental activities of daily living, and risk of dementia. *J Alzheimers Dis* 85(1):283–294
76. Pike KE, Cavuoto MG, Li L et al. (2022) Subjective cognitive decline: level of risk for future dementia and mild cognitive impairment, a meta-analysis of longitudinal studies. *Neuropsychol Rev* 32(4):703–735
77. Tangen GG, Langballe EM, Strand BH (2020) Subjective memory impairment, instrumental activities of daily living and longitudinal effect on mortality among older adults in a population-based cohort study: The HUNT Study. *Scand J Public Health* 48(8):825–831
78. Wion RK, Hill NL, Reed Bell T et al. (2022) The role of cognitive self-report measure type in predicting cognitive decline among older adults: a systematic review. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 35(4):487–511
79. Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP et al. (2015) Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. Adults. *J Am Geriatr Soc* 63(5):947–953
80. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M et al. (2021) Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr* 21(1):212
81. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S et al. (2006) Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 50(6):1306–1314; discussion 1314–1305
82. Becher K, Bojack B, Ege S et al. (2019) S2e-Leitlinie o84-001, Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie. AWMF online. https://register.awmf.org/assets/guidelines/o84-001_S2e_Harninkontinenz_geriatrische_Patienten_Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (Stand: 23.02.2023)
83. Gibson W, Wagg A (2014) New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing* 43(2):157–163
84. World Health Organization (2007) WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization
85. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM (2013) Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas* 75(1):51–61
86. Bergen G, Stevens MR, Burns ER (2016) Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥65 Years – United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 65(37):993–998
87. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC et al. (2022) World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing* 51(9)
88. Wünsche J, Spuling SM, Nowossadeck S et al. (2023) Ältere Menschen im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie: Gesundheitsrelevante Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). *Bundesgesundheitsbl* 66(3):232–240
89. Scherpenzeel A, Axt K, Bergmann M et al. (2020) Collecting survey data among the 50+ population during the COVID-19 outbreak: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Survey Research Methods* 14(2):217–221
90. Kaspar R, Simonson J, Tesch-Römer C et al. (2023) Hohes Alter in Deutschland (D80+). <https://ceres.uni-koeln.de/forschung/d80> (Stand: 23.02.2023)
91. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *J Health Monit* 6(3):72–87. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8753> (Stand: 01.08.2023)
92. Fuchs J, Gaertner B, Rommel A et al. (2023) Informal caregivers in Germany – who are they and which risks and resources do they have? *Public Health Front* 11. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1058517

93. Kuttig T, Fuchs J, Perlitz H et al. (2022) Effects of a Sequential Mixed-Mode Approach on Participation of Older and Impaired People and Sample Composition – Preliminary Results of Study on Health of Older People in Germany (Health 65+). <https://2022.dgepi.de/programmuebersicht-online/> (Stand: 23.02.2023)

94. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023) Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen, Art der Versorgung von Pflegebedürftigen

95. Gaertner B, Seitz I, Fuchs J et al. (2016) Baseline participation in a health examination survey of the population 65 years and older: who is missed and why? BMC Geriatr 16:21

96. Gaertner B, Koschollek C, Grube M et al. (2019) Including nursing home residents in a general population health survey in Germany. Survey Methods: Insights from the Field (SMIF). <https://doi.org/10.13094/SMIF-2019-00010> (Stand: 01.08.2023)

97. Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2023) LTCSurv – Etablierung eines Surveillance-Systems zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim. <https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/forschung/alternsforschung/ltsurv/> (Stand: 23.02.2023)

98. Koschollek C, Zeisler ML, Houben RA et al. (2023) German Health Update Fokus (GEDA Fokus) among Residents with Croatian, Italian, Polish, Syrian, or Turkish Citizenship in Germany: Protocol for a Multilingual Mixed-Mode Interview Survey. JMIR Res Protoc 12:e43503

99. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Gaertner B et al. (2016) Frailty in Deutschland: Stand und Perspektiven – Ergebnisse eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie. Z Gerontol Geriatr 49(8):734–742

100. Thißen M, Niemann H, Varnaccia G et al. (2017) Welches Potenzial haben Geoinformationssysteme für das bevölkerungsweite Gesundheitsmonitoring in Deutschland? Perspektiven und Herausforderungen für das Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl 60(12):1440–1452

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**