

Journal of Health Monitoring · 2019 4(4)
DOI 10.25646/6220.2
Robert Koch-Institut, Berlin

Beate Gaertner, Markus A. Busch,
Christa Scheidt-Nave, Judith Fuchs

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

Eingereicht: 20.05.2019
Akzeptiert: 25.10.2019
Veröffentlicht: 11.12.2019

Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens im Alter in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2

Abstract

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Deutschland im Vergleich zu den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) dienen unter anderem Informationen zur Verbreitung von Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens. Dazu zählen Einschränkungen in basalen Aktivitäten (activities of daily living, ADL) wie der Nahrungsaufnahme und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (instrumental activities of daily living, iADL) wie dem Einkaufen oder dem Erledigen von Bankgeschäften. Im Rahmen der zweiten Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS 2) wurden fünf ADL und sieben iADL bei Menschen ab 65 Jahren erfasst. Eine ADL- beziehungsweise iADL-Einschränkung wurde definiert als Angabe von zumindest großen Schwierigkeiten in mindestens einer ADL beziehungsweise iADL. In den EU-Mitgliedstaaten berichten durchschnittlich 8,4 % der Menschen eine ADL-Einschränkung und 25,2 % eine iADL-Einschränkung. Die Prävalenzen in den einzelnen Mitgliedstaaten variieren stark. Die Prävalenzen in Deutschland liegen unter dem EU-Durchschnitt (ADL-Einschränkung 6,3 %, iADL-Einschränkung 14,0 %). Frauen, Menschen ab 75 Jahren sowie Menschen der unteren Bildungsgruppe sind im Allgemeinen stärker betroffen.

AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS · ALLGEMEINBEVÖLKERUNG · ALTER · EUROPÄISCHER VERGLEICH

Einleitung

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage älterer Menschen dienen unter anderem Informationen zu Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens, die eine selbstständige Lebensführung erschweren oder unmöglich machen. Dabei wird zwischen basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living, ADL) [1] wie Nahrungsaufnahme, Mobilität im Sinne des selbstständigen Aufstehens und Setzens oder Körperpflege und den

instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (instrumental activities of daily living, iADL) [2] wie Einkaufen, Hausarbeit oder Erledigen von Bankgeschäften unterschieden (Infobox 1). Die Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens ist gemäß der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ein wichtiger Bestandteil der Funktionsfähigkeit eines Menschen [3, 4].

Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen den Versorgungs- und Unterstützungsbedarf älterer

GEDA 2014/2015-EHIS (für internationale Vergleiche)

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 15 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.824 Personen (13.568 Frauen, 11.256 Männer)

Response rate: 27,6%

Untersuchungszeitraum: November 2014–Juli 2015

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de und bei Lange et al. 2017 [17]

Menschen auf. Sie stehen im Zusammenhang mit geringerer Lebensqualität [6, 7], schlechterem Gesundheitszustand [8] und erhöhter Sterblichkeit [9]. Informationen hierzu können helfen, besonders betroffene Personengruppen zu identifizieren und Präventions- beziehungsweise Rehabilitationsangebote für diese zu gestalten, um ein längeres selbstständiges Wohnen und Leben älterer Menschen zu erreichen. Im Kontext des demografischen Wandels hat dies besondere Bedeutung.

Bislang gab es keine Daten für einen europäischen Vergleich der Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens bei Menschen ab 65 Jahren, da in bisherigen europäischen Studien nur einzelne Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) eingeschlossen oder unterschiedliche Messinstrumente und Definitionen für Einschränkungen verwendet wurden [10–13]. Mit der zweiten Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS 2) liegen nun erstmals harmonisierte Daten vor. Diese werden primär für europäische Standardauswertungen genutzt [14], können aber wie in diesem Beitrag für darüber hinausgehende statistische Vergleiche genutzt werden.

Indikator

Im Rahmen der Europäischen Gesundheitsbefragung EHIS erheben alle EU-Mitgliedstaaten Daten zum Gesundheitszustand, zur gesundheitlichen Versorgung, den Gesundheitsdeterminanten und zur sozioökonomischen Lage ihrer Bevölkerungen (Infobox 2). Zielgruppe sind Menschen im Alter von mindestens 15 Jahren, die in privaten Haushalten leben, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand. Um ein hohes Maß an Harmonisierung der

Erhebungsergebnisse zwischen den Mitgliedstaaten zu erreichen, wurden Empfehlungen und Leitlinien für die Methodik und die Durchführung der Erhebung in Form eines Handbuchs zur Verfügung gestellt, das auch einen Musterfragebogen enthält [15]. Die Datenerhebung für EHIS 2 erfolgte zwischen 2013 und 2015 in allen Mitgliedstaaten. In Deutschland ist EHIS Teil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. EHIS 2 wurde in die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) integriert [16, 17]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik für GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. [17].

Die Datenerhebung für EHIS 2 sollte mindestens drei Monate dauern und wenigstens einen Monat der Herbstsaison (September bis November) umfassen. Im Durchschnitt über alle EU-Mitgliedstaaten dauerte die Datenerhebung acht Monate. Zum Erhebungszeitraum von EHIS 2 hatte die EU 28 Mitgliedstaaten. Im EHIS-Qualitätsbericht [18] sowie im Beitrag Hintzpetter et al. [19] in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring wird die Methodik von EHIS 2 ausführlicher dargestellt.

Für fünf ADL (Essen oder Trinken, vom Bett/Stuhl erheben oder niederlassen, An- und Ausziehen, die Toilette benutzen, Baden oder Duschen) und sieben iADL (Mahlzeiten zubereiten, Telefon benutzen, Einkäufe erledigen, Medikamenteneinnahme organisieren, leichte Hausarbeit verrichten, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten) wurde erfragt, ob normalerweise Schwierigkeiten bestehen, diese ohne Hilfe auszuführen [20]. Damit sind die Fragen an Katz et al. [1] und Lawton et al. [2] angelehnt. Die Antwortkategorien zu ADL und iADL umfassten „keine Schwierigkeiten“, „einige Schwierigkeiten“, „große

Infobox 1: Basale und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/iADL)

Nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist eine Aktivitätsbeeinträchtigung eine Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit, die ein Mensch haben kann, eine bestimmte Aktivität durchzuführen.

Die Erfassung der Beeinträchtigungen von Aktivitäten des täglichen Lebens erfolgt in Forschung und Praxis mit Hilfe von zwei Instrumenten, die Einschränkungen in den sogenannten basalen Aktivitäten (activities of daily living, ADL) und den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (instrumental activities of daily living, iADL) erfassen.

ADL umfassen die grundlegenden Tätigkeiten der Erfüllung der Grundbedürfnisse wie zum Beispiel Gehen, Treppensteigen, Essen, Körperhygiene, Ankleiden oder Toilettenbenutzung. Die am häufigsten verwendeten Indizes wurden 1963 von Katz et al. [1] und 1965 von Mahoney und Barthel [5] veröffentlicht.

iADL umfassen weitergehende Bereiche des täglichen Lebens, deren Bewältigung komplexer ist. Hierunter werden zum Beispiel Aktivitäten wie Telefonieren, Einkaufen, Erledigen von Bankgeschäften, Haushaltsführung, Einnahme von Medikamenten und Nutzen von Transportmitteln gefasst. iADL werden mittels eines Scores erfasst, der auf den Arbeiten von Lawton und Brody aus dem Jahr 1969 [2] basiert.

Schwierigkeiten“ und „es ist mir nicht möglich/ich bin dazu nicht in der Lage“. Die Fragen zu iADL enthielten als zusätzliche Antwortkategorie „nicht zutreffend (habe ich nie versucht bzw. getan)“. Im Gegensatz zu der Standardauswertung von Eurostat [14] beinhaltete die vorliegende Auswertung folgende Bereinigungsschritte. Die zusätzliche Antwortkategorie "nicht zutreffend" wurde als "keine iADL-Einschränkung" gewertet [21]. Zur Bestimmung einer ADL- oder iADL-Einschränkung mussten zudem gültige Angaben zu mindestens drei ADL oder iADL vorliegen. Eine ADL- oder iADL-Einschränkung wurde definiert als Angabe von zumindest großen Schwierigkeiten in mindestens einer ADL beziehungsweise einer iADL.

Es wurden soziodemografische Angaben zu Geschlecht, Alter (Altersgruppen 65 bis 74 und über 75 Jahre) und Bildung (untere, mittlere und obere Bildungsgruppe) nach der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) 2011 [22] erhoben.

Die Analysen basieren auf Daten von 79.822 Teilnehmenden (45.657 Frauen, 34.165 Männer) im Alter ab 65 Jahren aus den EU-Mitgliedstaaten. Dabei lagen für 79.014 Menschen gültige Angaben zu ADL-Einschränkungen und für 79.054 Menschen gültige Angaben zu iADL-Einschränkungen vor.

Die Ergebnisse werden insgesamt oder stratifiziert nach Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppen anhand von Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) dargestellt. Bei den Prävalenzen handelt es sich um Schätzwerte, deren Präzision mithilfe von Konfidenzintervallen beurteilt werden kann – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Zur Berechnung der statistisch signifikanten Unterschiede werden die

Abweichungen der geschätzten Prävalenz für Deutschland vom EU-Durchschnitt zugrunde gelegt. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Um eine übersichtliche Darstellung der Indikatoren zu erreichen, wird in der [Abbildung 1](#) und [Abbildung 2](#) auf die Präsentation der Einzelwerte der EU-Mitgliedstaaten verzichtet. Stattdessen werden die niedrigsten und höchsten Werte aus den Mitgliedstaaten dargestellt. Ergänzend werden sowohl der EU-Durchschnitt für die berücksichtigten Mitgliedstaaten als auch die Prävalenz für Deutschland angezeigt.

Die Analysen wurden mit einem Gewichtungsfaktor erstellt, um sicherzustellen, dass jeder EU-Mitgliedstaat proportional zu seinem Bevölkerungsumfang berücksichtigt wird. Die Daten werden alters- und geschlechtsstandardisiert präsentiert, hierfür wird die überarbeitete europäische Standardbevölkerung (ESP) für 2013 zugrunde gelegt. Die Prävalenzen stratifiziert nach Bildungsgruppen werden zudem innerhalb der Bildungsgruppen altersstandardisiert berichtet. Aufgrund von möglichen Unterschieden in den Altersstrukturen der Mitgliedstaaten verbessert sich hierdurch die Vergleichbarkeit der Gesundheitsindikatoren [23]. Als Clustervariable wird für die folgenden Analysen die Haushaltsindikatorvariable verwendet.

Ergebnisse und Einordnung

In EHIS 2 berichten in den EU-Mitgliedstaaten im Durchschnitt 8,4% der Menschen ab 65 Jahren eine ADL-Einschränkung und 25,2% eine iADL-Einschränkung ([Tabelle 1](#)). Die Prävalenzen in den einzelnen Mitgliedstaaten

Tabelle 1
Prävalenzen von ADL- und iADL-Einschränkungen
(alters- und geschlechtsstandardisiert)
nach Geschlecht und EU-Mitgliedstaaten
Quelle: EHIS 2 (2013–2015)

	ADL-Einschränkung ¹						iADL-Einschränkung ²					
	Frauen (n=45.197)		Männer (n=33.817)		Gesamt (n=79.014)		Frauen (n=45.230)		Männer (n=33.824)		Gesamt (n=79.054)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Belgien	19,1	(15,9–22,7)	11,3	(8,8–14,3)	15,3	(13,2–17,7)	39,5	(35,4–43,7)	24,4	(20,8–28,3)	32,2	(29,3–35,3)
Bulgarien	14,9	(12,8–17,3)	12,3	(9,9–15,2)	13,6	(12,0–15,5)	40,5	(37,5–43,6)	32,7	(29,2–36,5)	36,8	(34,2–39,4)
Dänemark	4,1	(2,9–5,9)	2,5	(1,6–4,1)	3,3	(2,5–4,5)	16,5	(14,0–19,2)	12,4	(10,1–15,1)	14,4	(12,7–16,3)
Deutschland³	7,8	(6,7–9,2)	4,6	(3,8–5,6)	6,3	(5,5–7,1)	16,6	(15,0–18,3)	11,2	(9,9–12,8)	14,0	(12,9–15,1)
Estland	9,7	(7,9–11,9)	6,5	(4,4–9,6)	8,3	(6,8–10,0)	28,3	(25,4–31,5)	20,7	(17,0–25,1)	24,9	(22,5–27,4)
Finnland	6,8	(5,3–8,6)	4,8	(3,3–7,0)	5,8	(4,7–7,2)	17,8	(15,5–20,3)	14,7	(12,0–17,8)	16,3	(14,5–18,2)
Frankreich	9,9	(8,4–11,7)	5,9	(4,7–7,3)	8,0	(7,0–9,1)	29,5	(27,1–32,0)	15,8	(13,9–18,0)	23,0	(21,3–24,7)
Griechenland	12,7	(10,9–14,7)	9,7	(7,8–11,9)	11,2	(9,9–12,7)	38,7	(36,0–41,5)	24,6	(21,7–27,8)	32,0	(29,9–34,1)
Irland	6,8	(5,6–8,4)	6,0	(4,7–7,8)	6,4	(5,5–7,5)	23,3	(21,1–25,7)	19,1	(16,8–21,7)	21,3	(19,6–23,0)
Italien	12,7	(11,7–13,8)	7,3	(6,4–8,4)	10,1	(9,4–10,9)	35,2	(33,6–36,8)	20,6	(19,1–22,1)	28,2	(27,0–29,3)
Kroatien	12,0	(9,8–14,6)	6,8	(5,0–9,2)	9,5	(8,0–11,3)	33,7	(30,3–37,3)	22,2	(18,7–26,0)	28,2	(25,6–31,0)
Lettland	11,6	(10,0–13,4)	8,0	(6,0–10,5)	10,0	(8,7–11,4)	43,1	(40,4–45,9)	33,6	(29,8–37,5)	38,8	(36,6–41,2)
Litauen	13,2	(11,3–15,4)	8,4	(6,2–11,2)	11,0	(9,5–12,7)	39,8	(36,8–42,9)	29,6	(25,7–33,9)	35,2	(32,7–37,7)
Luxemburg	4,9	(2,8–8,5)	5,5	(3,4–8,8)	5,2	(3,6–7,5)	20,3	(15,8–25,7)	13,2	(9,9–17,5)	16,8	(13,8–20,2)
Malta	6,6	(4,6–9,2)	3,8	(2,3–6,3)	5,2	(3,9–6,9)	34,0	(30,0–38,2)	19,2	(15,6–23,5)	26,6	(23,9–29,6)
Niederlande	13,3	(11,1–15,8)	10,3	(8,3–12,9)	11,8	(10,3–13,6)	35,6	(32,4–38,9)	23,5	(20,5–26,7)	29,6	(27,4–31,9)
Österreich	5,9	(4,3–8,1)	2,4	(1,5–3,9)	4,2	(3,2–5,5)	21,2	(18,3–24,4)	10,4	(7,7–14,0)	15,9	(13,9–18,3)
Polen	10,7	(9,5–12,0)	9,0	(7,6–10,7)	9,9	(9,0–10,9)	40,7	(38,8–42,7)	27,8	(25,6–30,1)	34,5	(33,0–36,1)
Portugal	13,3	(11,6–15,3)	6,6	(5,3–8,2)	10,2	(9,0–11,4)	46,2	(43,7–48,8)	14,4	(12,5–16,5)	31,3	(29,6–33,1)
Rumänien	6,6	(5,6–7,8)	5,2	(4,1–6,4)	5,9	(5,2–6,8)	38,5	(36,4–40,7)	29,4	(27,1–31,7)	34,1	(32,4–35,8)
Schweden	4,9	(3,3–7,3)	3,1	(1,9–5,0)	4,0	(2,9–5,4)	12,2	(9,6–15,4)	11,4	(9,0–14,4)	11,8	(10,0–14,0)
Slowakei	12,0	(9,7–14,7)	10,8	(7,9–14,6)	11,4	(9,5–13,6)	43,1	(39,5–46,8)	33,7	(29,0–38,7)	38,6	(35,6–41,6)
Slowenien	11,5	(9,3–14,1)	9,1	(6,5–12,7)	10,3	(8,5–12,4)	34,7	(31,4–38,3)	25,0	(21,3–29,2)	30,0	(27,4–32,6)
Spanien	13,4	(12,2–14,7)	7,8	(6,6–9,1)	10,6	(9,8–11,6)	40,3	(38,4–42,2)	23,3	(21,5–25,3)	32,0	(30,7–33,4)
Tschechische Republik	11,4	(9,6–13,5)	10,2	(8,1–12,9)	10,8	(9,4–12,5)	39,5	(36,8–42,3)	30,7	(27,3–34,3)	35,2	(33,0–37,5)
Ungarn	13,0	(10,7–15,6)	8,8	(6,4–12,0)	11,0	(9,3–13,0)	39,8	(36,3–43,5)	23,4	(19,5–27,7)	32,1	(29,4–34,9)
Vereinigtes Königreich	6,8	(6,0–7,8)	3,8	(3,1–4,6)	5,4	(4,8–6,0)	23,1	(21,5–24,7)	14,3	(12,9–15,8)	18,8	(17,7–19,9)
Zypern	13,6	(10,5–17,4)	6,5	(4,5–9,2)	10,2	(8,3–12,5)	49,1	(44,7–53,5)	27,3	(23,2–31,7)	38,6	(35,3–41,9)
EU	10,2	(9,8–10,6)	6,5	(6,2–6,9)	8,4	(8,2–8,7)	30,8	(30,2–31,3)	19,2	(18,7–19,8)	25,2	(24,8–25,6)

KI = Konfidenzintervall, EU = Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen

¹ ADL-Einschränkung = mindestens eine große Schwierigkeit in einer von fünf ADL (activities of daily life)

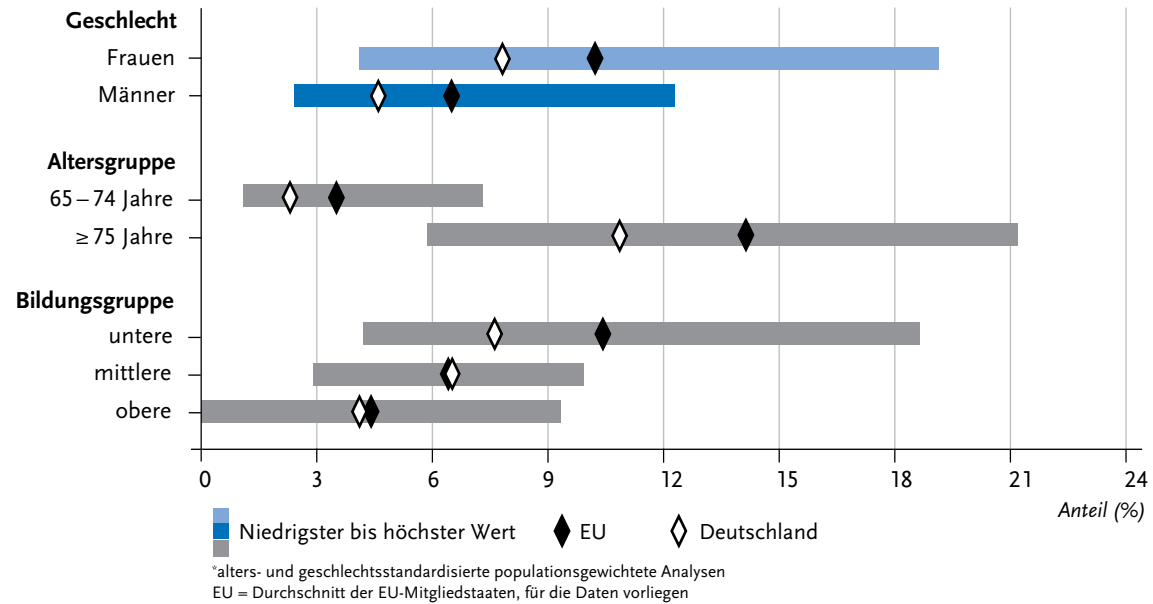
² iADL-Einschränkung = mindestens eine große Schwierigkeit in einer von sieben iADL (instrumental activities of daily life)

³ Statistisch signifikante Unterschiede der ADL-Einschränkung: Gesamtwerte Deutschland vs. EU ($p < 0,001$), Frauen Deutschland vs. EU ($p < 0,01$), Männer Deutschland vs. EU ($p < 0,01$);

Statistisch signifikante Unterschiede der iADL-Einschränkung: Gesamtwerte Deutschland vs. EU ($p < 0,001$), Frauen Deutschland vs. EU ($p < 0,001$), Männer Deutschland vs. EU ($p < 0,001$)

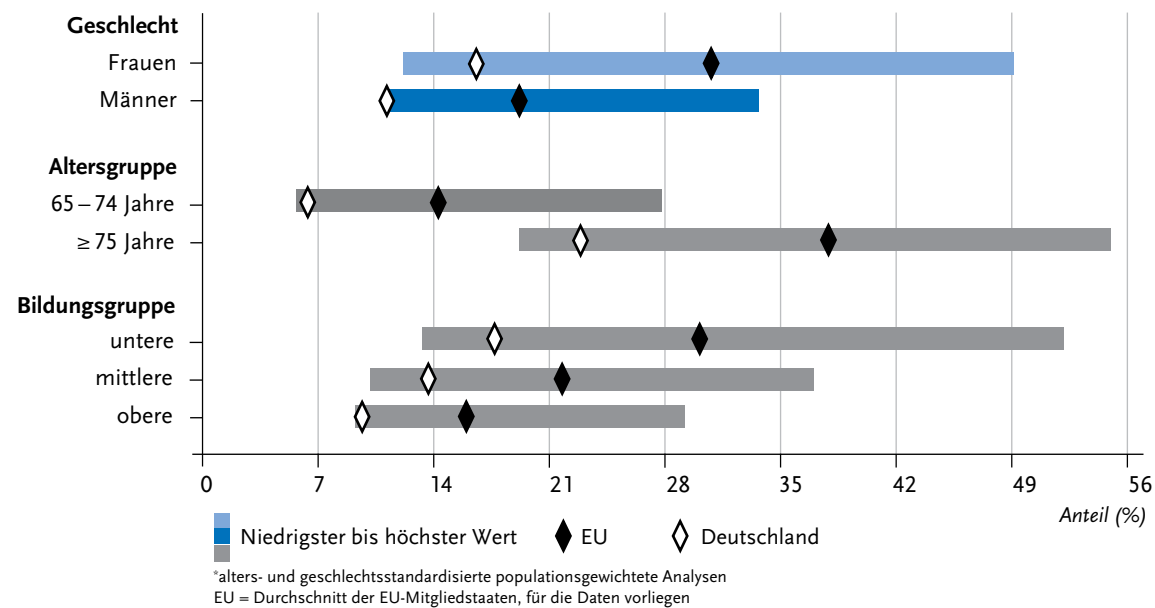
Die Prävalenzen von
Einschränkungen in den
Aktivitäten des täglichen
Lebens variieren stark
zwischen den EU-Mitglied-
staaten.

Abbildung 1
Einschränkung in basalen Aktivitäten des
täglichen Lebens (ADL) nach Geschlecht,
Alter und Bildungsstatus
 (n=45.197 Frauen, n=33.817 Männer)*
 Quelle: EHIS 2 (2013–2015)



Für Deutschland finden
sich niedrigere Prävalenzen
von Einschränkungen in
Aktivitäten des täglichen
Lebens im Vergleich zum
EU-Durchschnitt.

Abbildung 2
Einschränkung in instrumentellen Aktivitäten
des täglichen Lebens (iADL) nach Geschlecht,
Alter und Bildungsstatus
 (n=45.230 Frauen, n=33.824 Männer)*
 Quelle: EHIS 2 (2013–2015)



Infobox 2: Europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS)

Die europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (European Core Health Indicators, ECHI) wurden gemeinsam von den EU-Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Anforderungen entwickelt. Für die europäische Gesundheitsberichterstattung bilden die Indikatoren ein Gerüst für bevölkerungsbezogene Erhebungen und Analysen zur Gesundheit sowie zur gesundheitlichen Versorgung auf europäischer und nationaler Ebene. Ein wichtiger Baustein ist dabei die europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS). Die erste EHIS-Welle (EHIS1), die noch nicht verpflichtend war, wurde zwischen 2006 und 2009 durchgeführt. An EHIS 1 nahmen 17 Mitgliedstaaten sowie zwei weitere Nicht-EU-Staaten teil. Die Beteiligung an der zweiten EHIS-Welle (EHIS2), die zwischen 2013 und 2015 in allen Mitgliedstaaten der EU (sowie in Island, Norwegen und der Türkei) durchgeführt wurde, ist rechtsverbindlich und stützt sich auf die Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013. Sie stellt wesentliche Informationen für die ECHI-Indikatoren bereit. In Deutschland erfolgt die Durchführung des EHIS im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Zum Erhebungszeitraum von EHIS 2 hatte die EU 28 Mitgliedstaaten.

Mehr Informationen unter <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>

variieren stark (Spannweite der ADL-Einschränkung von 3,3 % in Dänemark bis 15,3 % in Belgien, iADL-Einschränkung von 11,8 % in Schweden bis 38,8 % in Lettland). Die Prävalenzen für Deutschland liegen jeweils unter dem EU-Durchschnitt (ADL-Einschränkung 6,3 %, iADL-Einschränkung 14,0 %).

Frauen sind insgesamt häufiger von einer ADL- oder einer iADL-Einschränkung betroffen als Männer (Tabelle 1, Abbildung 1 und Abbildung 2). Das gilt auf einem niedrigeren Niveau auch für Deutschland. Für die Männer hat Deutschland unter allen Mitgliedstaaten bezüglich der iADL-Einschränkung die niedrigste Prävalenz.

Darüber hinaus steigen die Prävalenzen für eine ADL- oder iADL-Einschränkung in der höheren Altersgruppe (75 Jahre und älter) innerhalb der Mitgliedstaaten und Deutschland an (Abbildung 1 und Abbildung 2). Auch hinsichtlich des Alters ist die Spannweite der Mitgliedstaaten sehr weit. Die Prävalenzen für Deutschland liegen jeweils unter dem EU-Durchschnitt.

Es zeigen sich außerdem Bildungsunterschiede sowohl bei der ADL- als auch bei der iADL-Einschränkung (Abbildung 1 und Abbildung 2): ADL- und iADL-Einschränkungen werden innerhalb der Mitgliedstaaten sowie in Deutschland häufiger in der unteren Bildungsgruppe berichtet und nehmen in den höheren Bildungsgruppen ab. Innerhalb der Mitgliedstaaten bestehen für die Prävalenzen einer ADL- oder iADL-Einschränkung nach Bildungsgruppen große Unterschiede und die Spannweite zwischen den Mitgliedstaaten ist groß. Deutschland liegt bei der ADL-Einschränkung in der mittleren und oberen Bildungsgruppe und bei der iADL-Einschränkung in allen Bildungsgruppen unter dem EU-Durchschnitt.

Wie in anderen Studien [10, 24, 25] zeigt sich, dass sich die Prävalenzen für ADL- und iADL-Einschränkungen zwischen verschiedenen europäischen Ländern trotz einheitlicher Messinstrumente stark unterscheiden. Im Vergleich zum Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten berichten Menschen in Deutschland in EHIS 2 seltener eine Einschränkung in ADL oder iADL.

Mit den Daten des EHIS 2 ist es erstmals möglich, selbstberichtete Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens von zu Hause lebenden Menschen ab 65 Jahren innerhalb aller EU-Mitgliedstaaten zu vergleichen. Limitierend ist zu benennen, dass in den einzelnen Mitgliedstaaten trotz des weitgehend vereinheitlichten Fragebogens [15] zulässige methodische Unterschiede in der Ziehung und Gewinnung von Teilnehmenden sowie im Datenerhebungsmodus bestehen [18]. So waren beispielsweise nicht in allen Mitgliedstaaten Proxybefragungen erlaubt beziehungsweise wurde die Möglichkeit einer Proxybefragung unterschiedlich häufig genutzt. Dadurch wurden möglicherweise gesundheitlich stärker und in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkte Menschen ab 65 Jahren in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich gut erreicht. Diese methodischen Unterschiede können somit zu der großen Spannweite der Prävalenzen für ADL- und iADL-Einschränkungen zwischen den Mitgliedstaaten beigetragen haben [26]. Zweitens können die vorliegenden deskriptiven Ergebnisse aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns keine Aussagen zu den Ursachen von Einschränkungen in ADL oder iADL treffen und nicht aufklären, ob zum Beispiel Geschlechterunterschiede bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten auf biologische Unterschiede oder auf unterschiedliche Geschlechterrollen zurückzuführen sind [27, 28]. Drittens

Frauen sind häufiger von Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens betroffen als Männer und Menschen ab 75 Jahren häufiger als 65- bis 74-Jährige.

Menschen der unteren Bildungsgruppe weisen im Vergleich zu höheren Bildungsgruppen höhere Prävalenzen von Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens auf.

sind insbesondere iADL-Einschränkungen von den ambulanten Versorgungsstrukturen und -angeboten der einzelnen Länder abhängig, die mit diesen selbstberichteten Indikatoren jedoch nicht erfasst wurden. Objektivere Indikatoren wie sie im Zusammenhang mit Gebrechlichkeitsmessungen verwendet werden, könnten zur Erfassung des heterogenen Gesundheitszustands älterer zu Hause lebender Menschen besser geeignet sein [29, 30]. Letztlich wäre für die Ergebnisdarstellung eine höhere Altersgruppe (d. h. ab 80 oder 85 Jahren) wünschenswert gewesen. Diese Information lag jedoch nicht für alle Mitgliedstaaten gleichermaßen vor, da aufgrund von Datenschutzvorgaben die Altersangabe nur anhand unterschiedlicher Altersgruppen von den einzelnen Mitgliedstaaten bereitgestellt wurde.

Nichtsdestotrotz sind die EHIS-2-Daten eine wichtige Informationsgrundlage für die nationale und europäische Gesundheitspolitik [15]. So können benötigte Versorgungsstrukturen und Hilfsangebote, deren Erreichbarkeit für ältere Menschen sowie bestehende soziale Ungleichheiten abgeschätzt und auf dieser Grundlage beispielsweise EU-Förderprogramme initiiert werden [31, 32]. Wie in anderen Ländern auch [24, 25] bestehen in Deutschland höhere Präventions- und Versorgungsbedarfe vor allem für Frauen, Menschen ab 75 Jahren und für Menschen aus unteren Bildungsgruppen.

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, Busch MA, Scheidt-Nave C, Fuchs J (2019) Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens im Alter in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. Journal of Health Monitoring 4(4):52–61. DOI 10.25646/6220.2

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

Datenschutz und Ethik

Die Europäische Gesundheitsbefragung EHIS wird im Rahmen nationaler Befragungen erhoben. GEDA 2014/2015-EHIS wurde gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Studie wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in Deutschland zur Prüfung vorgelegt. Es wurden keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und willigten informiert in die Teilnahme ein (informed consent). Abhängig von der gewählten Erhebungsmethode wurde die Einwilligung in schriftlicher oder elektronischer Form eingeholt.

Förderungshinweis

GEDA 2014/2015-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. Bei Eurostat, vor allem beim ESTAT-Microdata-Access-Team, bedanken wir uns für die Bereitstellung der EHIS-Daten und die Beantwortung von Fragen zu einzelnen Variablen. Insbesondere danken wir Dr. Ronny Kuhnert vom Robert Koch-Institut für die Unterstützung bei der Datenaufbereitung, -auswertung und für die statistische Beratung.

Literatur

- 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
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3):179–186
- World Health Organization (WHO) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Version 2005. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), Köln
- World Health Organization (WHO) (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. WHO, Geneva
- Mahoney FI, Barthel DW (1965) Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med J* 14:61–65
- Gobbens RJ (2018) Associations of ADL and IADL disability with physical and mental dimensions of quality of life in people aged 75 years and older. *PeerJ* 6:e5425
- Lyu W, Wolinsky FD (2017) The Onset of ADL Difficulties and Changes in Health-Related Quality of Life. *Health Qual Life Outcomes* 15(1):217
- Storeng SH, Sund ER, Krokstad S (2018) Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population-based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMJ Open* 8(3):e018942
- Hennessy S, Kurichi JE, Pan Q et al. (2015) Disability Stage is an Independent Risk Factor for Mortality in Medicare Beneficiaries Aged 65 Years and Older. *PM R* 7(12):1215–1225
- Verropoulou G, Tsimbos C (2016) Disability trends among older adults in ten European countries over 2004–2013, using various indicators and Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) data. *Ageing Soc* 37(10):2152–2182
- Connolly D, Garvey J, McKee G (2017) Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Disabil Rehabil* 39(8):809–816
- Melzer D, McWilliams B, Brayne C et al. (1999) Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *BMJ* 318(7191):1108–1111
- Millan-Calenti JC, Tubio J, Pita-Fernandez S et al. (2010) Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr* 50(3):306–310
- Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2019) Functional and activity limitations statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Functional_and_activity_limitations_statistics#Self-reported_long-standing_limitations_due_to_health_problems (Stand: 19.11.2019)
- Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) - Methodological manual (2013 edition). Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-018> (Stand: 19.02.2019)
- Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2(1):3–23. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2578.2> (Stand: 19.02.2019)
- Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75:40

18. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2018) Quality report of the second wave of the European Health Interview survey – 2018 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-statistical-reports/-/KS-FT-18-003?inheritRedirect=true&redirect=%2Fde%2Fpublications%2Fstatistical-reports> (Stand: 17.01.2019)
19. Hintzpeter B, Finger J, Allen J (2019) European Health Interview Survey (EHIS) 2 – Hintergrund und Studienmethodik. Journal of Health Monitoring 4(4):71–86.
www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 11.12.2019)
20. Robert Koch-Institut (2017) Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1):105–135.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2587> (Stand: 15.03.2017)
21. LaPlante MP (2010) The classic measure of disability in activities of daily living is biased by age but an expanded IADL/ADL measure is not. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 65(6):720–732
22. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2018) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_\(ISCED\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_(ISCED)) (Stand: 19.02.2019)
23. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2013) Revision of the European Standard Population Report of Eurostat's task force – 2013 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028> (Stand: 19.02.2019)
24. Börsch-Supan A, Brügiavini A, Jürges H et al. (Hrsg) (2008) First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007): Starting the Longitudinal Dimension. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), Mannheim
25. Wahrendorf M, Reinhardt JD, Siegrist J (2013) Relationships of disability with age among adults aged 50 to 85: evidence from the United States, England and continental Europe. PLoS One 8(8):e71893
26. Gaertner B, Lüdtke D, Koschollek C et al. (2019) Effects of a sequential mixed-mode design on participation, contact and sample composition – Result of the pilot study „IMOA - Improving Health Monitoring in Old Age“. Survey Methods: Insights from the Field.
<https://surveyinsights.org/?p=10841> (Stand: 06.05.2019)
27. Allen SM, Mor V, Raveis V et al. (1993) Measurement of need for assistance with daily activities: quantifying the influence of gender roles. J Gerontol 48(4):S204–211
28. Sheehan CM, Tucker-Drob EM (2019) Gendered Expectations Distort Male-Female Differences in Instrumental Activities of Daily Living in Later Adulthood. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 74(4):715–723
29. Gill TM (2010) Assessment of function and disability in longitudinal studies. J Am Geriatr Soc 58 Suppl 2:S308–312
30. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG et al. (2006) Transitions between frailty states among community-living older persons. Arch Intern Med 166(4):418–423
31. European Commission (2013) Investing in health: Commission Staff Working Document Social Investment Package.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/swd_investing_in_health.pdf
32. European Commission (2014) Communication from the Commission: On effective, accessible and resilient health systems.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_en.pdf

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

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

Corrigendum zu Seite 52 und Seite 57

In der ursprünglichen Version des Beitrags wurde auf den
Seiten 52 und 57 anstelle der Prävalenz einer iADL-Ein-
schränkung für Gesamtdeutschland versehentlich die
Prävalenz einer iADL-Einschränkung bei Männern in
Deutschland genannt: „Die Prävalenzen in Deutschland
liegen unter dem EU-Durchschnitt (ADL-Einschränkung
6,3%, iADL-Einschränkung 11,2%)“ sowie „Die Prävalenzen
für Deutschland liegen jeweils unter dem EU-Durchschnitt
(ADL-Einschränkung 6,3%, iADL-Einschränkung 11,2%)“.
Die korrekten Sätze lauten wie folgt: „Die Prävalenzen in
Deutschland liegen unter dem EU-Durchschnitt (ADL-Ein-
schränkung 6,3%, iADL-Einschränkung 14,0%)“ sowie
„Die Prävalenzen für Deutschland liegen jeweils unter dem
EU-Durchschnitt (ADL-Einschränkung 6,3%, iADL-Ein-
schränkung 14,0%)“. Der Beitrag wurde entsprechend
korrigiert.



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