



9. Altersbericht der Bundesregierung

Beate Gaertner, Judith Fuchs, Christa Scheidt-Nave

Gesundheit im Alter und deren Bedeutung für Teilhabe

Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung, 2025



Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung

Herausgegeben von

Silke Migala, Christine Hagen und Frank Berner

unter Mitarbeit von Angela Braasch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
1 Einleitung.....	5
2 Methodische Beschreibung der Studien Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS.....	5
3 Ergebnisdarstellung zur Gesundheit im Alter.....	13
3.1 Körperliche Gesundheit und Funktionsfähigkeiten	13
3.1.1 Selbstberichteter Gesundheitszustand	13
3.1.2 Schwerwiegende Seheinschränkungen.....	14
3.1.3 Schwerwiegende Höreinschränkungen.....	15
3.1.4 Schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen	16
3.1.5 Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten.....	18
3.1.6 Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten	19
3.1.7 Mehrfachstürze (in den letzten 12 Monaten).....	21
3.1.8 Subjektive Gedächtnisverschlechterung	22
3.1.9 Harninkontinenz (in den letzten 12 Monaten).....	23
3.1.10 Stuhlinkontinenz (in den letzten 4 Wochen).....	24
3.1.11 Schwerwiegende Einschränkungen beim Kauen und Beißen	25
3.1.12 Schwindel (in den letzten 12 Monaten)	26
3.1.13 Atemnot	27
3.2 Chronische Krankheit.....	28
3.3 Multimorbidität (in den letzten 12 Monaten)	29
3.4 Aspekte von Gebrechlichkeit	31
3.4.1 Ungewollter Gewichtsverlust (in den letzten 12 Monaten).....	31
3.4.2 Energiemangel (in den letzten 4 Wochen).....	32
3.5 Lebenszufriedenheit	33
4 Ergebnisdarstellung zur Teilhabe	34
4.1 Häufigkeit von Teilhabe (in den letzten 4 Wochen)	34
4.2 Zusammenhänge von Gesundheit und Teilhabe	36
5 Kommentierte Zusammenfassung	38
6 Literaturverzeichnis	41
Anhang	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Studienbeschreibung Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS.....	6
Tabelle 2:	Relevante Befragungsinhalte der Basisbefragung Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS im Vergleich.....	9
Tabelle 3:	Stichprobenbeschreibung Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS im Vergleich ..	12
Tabelle 4:	Prävalenz (sehr) guter subjektive Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	13
Tabelle 5:	Prävalenz schwerwiegende Seheinschränkungen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	14
Tabelle 6:	Prävalenz schwerwiegender Höreinschränkungen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	15
Tabelle 7:	Prävalenz schwerwiegender Mobilitäteeinschränkungen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	17
Tabelle 8:	Prävalenz der Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	18
Tabelle 9:	Prävalenz der Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	20
Tabelle 10:	Prävalenz der Mehrfachstürze älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)	21
Tabelle 11:	Prävalenz der subjektiven Gedächtnisverschlechterung älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen) ^a	22
Tabelle 12:	Prävalenz der Harninkontinenz älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	23
Tabelle 13:	Prävalenz der Stuhlinkontinenz älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	24
Tabelle 14:	Prävalenz schwerwiegender Einschränkungen beim Kauen und Beißen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	25
Tabelle 15:	Prävalenz des Schwindels älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen) ...	26
Tabelle 16:	Prävalenz atemnotbedingter Bewegungseinschränkungen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	27
Tabelle 17:	Prävalenz chronischer Krankheit älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	28
Tabelle 18:	Prävalenz der Multimorbidität älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)	30
Tabelle 19	Prävalenz des ungewollten Gewichtsverlusts älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen).....	31
Tabelle 20:	Prävalenz für Energiemangel älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)	32
Tabelle 21:	Prävalenz der Lebenszufriedenheit älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen) ^a	33
Tabelle 22:	Prozentuale Häufigkeiten von Teilhabe anhand sechs verschiedener sozialer oder produktiver Tätigkeiten nach Geschlecht (gewichtete Analysen, Studie Gesundheit 65+)	34
Tabelle 23:	Mittlere Anzahl von persönlich oder über das Internet ausgeübter Aktivitäten (Range 0 – 6) (gewichtete Analysen, n=3.649, Studie Gesundheit 65+).....	35

Tabelle 24: Zusammenhänge zwischen Gesundheitsindikatoren und der Anzahl persönlich oder über das Internet ausgeübter Aktivitäten gemäß einzelner linearer Regressionsanalysen^a (gewichtete Analysen; Studie Gesundheit 65+) 37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhang von persönlich oder über das Internet ausgeübter Aktivitäten und schwerwiegenden Mobilitätseinschränkungen nach Alter und Geschlecht (Range 0 bis 6) 36

Zusammenfassung

Aufgrund des demografischen Wandels und einer Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung rückt die Betrachtung der Gesundheit im Alter und deren Bedeutung für Teilhabe zunehmend stärker in den Fokus. Mit der bundesweiten Befragungs- und Untersuchungsstudie Gesundheit 65+ und der bundesweiten telefonischen Befragungsstudie GEDA 2019/2020-EHIS liegen am Robert Koch-Institut zwei epidemiologische Studien zur Bewertung der gesundheitlichen Lage älterer und hochaltriger Menschen vor. Es wurden 18 verschiedene Gesundheitsindikatoren aus Gesundheit 65+ ausgewählt und stratifiziert nach Altersgruppe, Geschlecht, sozialer Lage und regionalen Aspekten beschrieben. Aus der Studie GEDA 2019/2020-EHIS lagen für zehn der ausgewählten Indikatoren Vergleichsdaten vor. In beiden Studien zeigten sich zahlreiche gesundheitliche Einschränkungen für ältere Menschen in Deutschland. In Gesundheit 65+ fanden sich Gruppenunterschiede für alle ausgewählten 18 Indikatoren nach Altersgruppe (65-79 vs. 80 Jahre), für 11 Indikatoren nach Geschlecht (Frauen vs. Männer) und 14 Indikatoren nach Bildungsniveau (niedrig, mittel, hoch). Danach war die gesundheitliche Lage für hochaltrige Personen, Frauen und denjenigen mit niedrigem Bildungsniveau schlechter. Vergleichsanalysen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS waren fast immer gleichläufig. Zusätzlich Regressionsanalysen der Studie Gesundheit 65+ zeigten deutliche Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher Lage und Teilhabe anhand der selbstberichteten Ausübung von sechs verschiedenen Aktivitäten in den letzten vier Wochen. Bei Vorliegen gesundheitlicher Probleme oder Einschränkungen wurden signifikant weniger Aktivitäten ausgeübt.

1 Einleitung

In Deutschland lebten 2021 16,4 Millionen Menschen ab 67 Jahren, das sind 19,7 Prozent der Bevölkerung und diese Zahl wird stetig ansteigen (Statistisches Bundesamt 2023). Damit gewinnt die gesundheitliche Lage älterer Menschen verstärkt an Bedeutung. Gesundheit wird durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens verstanden und nicht als das Fehlen von Krankheiten definiert (WHO 2020a). Aus diesem Grund wird bei der Betrachtung der gesundheitlichen Lage nicht nur das Vorhandensein von (chronischen) Erkrankungen und Multimorbidität betrachtet, sondern auch die körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit, Aspekte von Gebrechlichkeit, Lebensqualität sowie die Möglichkeiten der Teilhabe. Gesundes Altern ist sowohl für die Individuen selbst als auch für die Gesellschaft von hoher Bedeutung (WHO 2020b), da z. B. Einschränkungen beim Gehen, Hören oder Sehen die Möglichkeit limitiert, an Alltagsaktivitäten teilzuhaben. Die Teilnahme an gemeinschaftlichen und familiären Aktivitäten ist für ältere Erwachsene ein wichtiger Aspekt der Lebensqualität. Literatur zur sozialen Teilhabe zeigt, dass diese mit besseren funktionalen Fähigkeiten (James et al. 2011), gesundheitsbezogener Lebensqualität (Howrey & Hand 2019; Onishi et al. 2006; Szanton et al. 2016), niedrigerer Depressivität (Zhang, W. et al. 2021), disability-free life-expectancy (Matsuyama et al. 2022) und niedrigerer Mortalität (Dahan-Oliel et al. 2008) zusammenhängt.

Für ältere Menschen, die teilweise seit vielen Jahren mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Arthrose oder Depression leben, ergeben sich mit zunehmendem Alter andere Möglichkeiten oder Grenzen von Autonomie und Teilhabe als für Menschen, die ohne chronische Erkrankungen und Einschränkungen ein höheres Alter erreichen. Dabei ist es von Bedeutung, die gesundheitliche Lage verschiedener Gruppen, z. B. nach Geschlecht, Altersgruppe, sozioökonomischem Status oder Regionen, zu vergleichen, um Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Um den aktuellen Stand zur Gesundheit älterer Menschen ab 65 Jahren in Deutschland abzubilden, werden im Folgenden auf Basis der bundesweiten Studien Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS des Robert Koch-Instituts (RKI) 18 verschiedene Indikatoren zur gesundheitlichen Lage differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht, sozialer Lage und regionalen Aspekten dargestellt.

2 Methodische Beschreibung der Studien Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS

Die Studiendesigns beider Studien sind in Tabelle 1 vergleichend und an anderer Stelle ausführlicher dargestellt (Allen et al. 2021; Fuchs et al. 2023), weshalb im Folgenden nur ein kurzer Überblick gegeben wird.

Die im Zeitraum 2021 bis 2022 durchgeführte Einwohnermeldeamt-basierte Studie Gesundheit 65+, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, hatte das Ziel, hochaltrige und gesundheitlich eingeschränkte Personen in einen bundesweiten Gesundheitssurvey einzubinden. Dafür wurde ein zuvor entwickeltes sequentielles Mixed-Mode Studiendesign genutzt (Gaertner et al. 2019), das heißt, dass neben einem Papier- und Online-Fragebogen auch Interviews am Telefon und im Hausbesuch möglich waren (Tabelle 1) (Fuchs et al. 2023). Zusätzlich war eine Teilnahme an der Befragung durch eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter (sogenannte Proxy-Befragung) sowie die Einwilligung zur Studie durch eine gesetzliche Vertretung möglich. Damit ist die Studie Gesundheit 65+ die Studie zur Gesundheit im Alter des RKI, die allen Personen ab 65 Jahren die Möglichkeit zur Teilnahme bietet.

Die bundesweite Telefoninterviewstudie GEDA 2019/2020-EHIS wurde im Zeitraum 2019 bis 2020 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Sie schließt ebenfalls hochaltrige Personen ab 80 Jahren ein und wird im Folgenden für eine vergleichende Darstellung genutzt. Das primäre Ziel von GEDA 2019/2020-EHIS war jedoch die vergleichbare Erfassung von

Gesundheitsdaten innerhalb aller Mitgliedstaaten der Europäischen Union und nicht primär die Gesundheitsberichterstattung für hochaltrige Personen in Deutschland (Allen et al. 2021).

Tabelle 1: Studienbeschreibung Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS

	Gesundheit 65+	GEDA 2019/2020-EHIS
Studientitel	Erweiterung des bisherigen RKI-Monitorings durch die Einbindung von Hochaltrigen und gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen	Fünfte Folgeerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell
Datenhalter	Robert Koch-Institut	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	Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich
Studiendesign	Längsschnitterhebung (Basisbefragung plus drei Nachbefragungen im Abstand von jeweils vier Monaten; parallel zur dritten Nachbefragung Untersuchung im Hausbesuch)	Querschnitterhebung
Grundgesamtheit	Deutschsprachige Personen ab 65 Jahren, die in Deutschland leben und mit Hauptwohnsitz gemeldet sind	Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar 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)	Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)
Erhebungsmodi	Mixed-Mode: Papier- oder Onlinefragebogen, Interview am Telefon oder im Hausbesuch	Single-Mode: Telefonische Interviews
Befragung einer Stellvertreterin oder eines Stellvertreters	Möglich	Nicht vorgesehen

	Gesundheit 65+	GEDA 2019/2020-EHIS
(sogenannte Proxy-Befragung)		
Einwilligung durch eine gesetzliche Vertretung	Möglich	Nicht vorgesehen
Stichprobenumfang	3.694 Teilnehmende, davon 2.175 ab 80 Jahren	23.001 Teilnehmende ab 15 Jahren; davon 7.857 ab 65 Jahren, davon 1.809 ab 80 Jahren
Datenerhebungszeitraum	Juni 2021 bis April 2022 (Basiserhebung)	April 2019 bis September 2020
Mehr Informationen unter	www.rki.de/gesundheits65plus	www.geda-studie.de

Anmerkung: im Vergleich zitiert nach den Infoboxen in Fuchs et al. 2023 und Allen et al. 2021.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die in der Expertise dargestellten 18 Gesundheitsindikatoren, die Datenverfügbarkeit in beiden Studien und die angewendete Operationalisierung. Alle Indikatoren wurden für die Ergebnisdarstellung zur Gesundheit im Alter in den Analysen insgesamt und stratifiziert nach

- Altersgruppe (65-79, 80+ Jahre),
- Geschlecht (Frauen, Männer),
- Bildung anhand höchster schulischer und berufsbildender Bildungsabschlüssen nach Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations, CASMIN (niedrig, mittel, hoch) (Brauns & Steinmann 1999; Lechert et al. 2006),
- sozioökonomischen Status (niedrig, mittel, hoch)¹,
- Ostdeutschland (inkl. Berlin) (ja, nein),
- Wohnregion nach Bundesland in Nord (Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen), Ost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen), Süd (Bayern, Baden-Württemberg) und West (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland) und
- politischen Gemeindegrößenklassen in ländlich (< 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner), kleinstädtisch (≥5.000 bis < 20.000 Einwohnerinnen und Einwohner), mittelstädtisch (≥20.000 bis < 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und großstädtisch (≥ 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner)

mittels gewichteter Prävalenzen und ihren 95-Prozent Konfidenzintervallen tabellarisch dargestellt. Es wurde von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn die Konfidenzintervalle nicht überlappten. Diese wurden entsprechend in der Ergebnisbeschreibung benannt und durch Fettdruck in den Tabellen hervorgehoben.

In der Studie Gesundheit 65+ stehen zudem Daten zur Teilhabe älterer Menschen in den letzten vier Wochen anhand einer Aktivitätenliste in Anlehnung an die Studie National Health and Aging Trends Study, NHATS (Freedman et al. 2011; National Health and Aging Trends Study (NHATS) 2015) zur Verfügung, die in einem zweiten Analyseschritt ausgewertet wurden. Zu sozialen Aktivitäten zählten Kontakte mit externen Familienangehörigen/Freunden, der Besuch religiöser Veranstaltungen und die Teilnahme an kulturellen oder bildungsbezogenen Aktivitäten. Zu produktiven Aktivitäten gehörten Ausübung bezahlter Arbeit, ehrenamtliches Engagement und die Betreuung von Kindern/Enkelkindern. Für alle Aktivitäten wurde gefragt, ob diese im letzten Monat in direktem persönlichem Kontakt, über das Internet oder gar nicht ausgeführt wurden (Zhang, Y. et al. 2023). Mehrfachnennungen waren möglich. Zunächst wurden die gewichteten prozentualen Anteile der

¹ Der sozioökonomische Status ist in der Studie Gesundheit 65+ zum jetzigen Zeitpunkt nicht abbildbar.

verschiedenen Einzelaktivitäten in den letzten vier Wochen stratifiziert nach Geschlecht (Frauen, Männer) für die persönliche Ausübung beziehungsweise die Ausübung über das Internet analysiert. Danach wurde ein Summenscore gebildet (Zhang, Y. et al. 2023), in dem die Anzahl ausgeübter Aktivitäten unabhängig ihrer Ausübungsart (persönlich, über das Internet) aufsummiert wurde. Somit ergab sich ein Summenwert mit der Spannweite von 0 bis maximal 6 ausgeübten Aktivitäten. Eine Person, die gar keine Aktivität ausgeübt hatte, erhielt einen Summenwert von 0. Eine Person, die ausschließlich Kontakte mit Familienangehörigen sowohl im persönlichen Kontakt als auch über das Internet berichtete, erhielt einen Summenwert von 1. Der Summenwert wurde zur deskriptiven Beschreibung durchschnittlich ausgeübter Aktivitäten im letzten Monat nach den oben benannten Stratifizierungsvariablen genutzt. Zusätzlich wurde hierzu die Variable pandemischer Zeitpunkt der Befragung berücksichtigt, die eine entspannte Pandemiephase im Befragungszeitraum 06/2021-08/2021 gegenüber einer ansteigenden Pandemiephase (Zeitraum: 09/2021-11/2021) und eine kritische Pandemiephase (Zeitraum: 12/2021-04/2022) unterschied (Leopoldina 2023). In jeweils einzelnen linearen Regressionsanalysen wurde der Zusammenhang zwischen den Gesundheitsindikatoren (mit Ausnahme des Indikators Lebenszufriedenheit) und der Anzahl ausgeübter Aktivitäten berechnet. Danach wurden diese Analysen wiederholt und für Altersgruppe, Geschlecht, die Interaktion aus Altersgruppe und Geschlecht, Bildungsniveau, Ostdeutschland und pandemischen Zeitpunkt der Befragung kontrolliert. Alle Analysen wurden mit Stata/SE 17.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2017) unter Anwendung von Surveyprozeduren durchgeführt.

Die Stichprobenbeschreibungen finden sich in Tabelle 3. In Gesundheit 65+ konnten aufgrund des Stichprobendesigns mehr Personen ab 80 Jahren als im Alter von 65 bis 79 Jahren eingeschlossen werden (58,9 % vs. 41,1 %, ungewichtet). Daher lag das Durchschnittsalter mit 78,8 Jahren über demjenigen von GEDA 2019/2020-EHIS mit 74,6 Jahren. Darüber hinaus lagen die ungewichteten prozentualen Anteile von Männern, denjenigen mit niedrigem Bildungsniveau sowie in ländlichen und kleinstädtischen Gemeinden in Gesundheit 65+ über demjenigen von GEDA 2019/2020-EHIS. Unter Einbezug der Gewichtungsfaktoren konnten die Abweichungen der Studienpopulationen von der Grundgesamtheit korrigiert und die Studien dadurch verglichen werden (siehe gewichtete prozentuale Anteile Tabelle 3).

Tabelle 2: Relevante Befragungsinhalte der Basisbefragung Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS im Vergleich

	Gesundheit 65+	GEDA 2019/2020 -EHIS	Quelle der Instrumente	Operationalisierung
Körperliche Gesundheit und Funktionsfähigkeiten				
1. Selbstberichteter Gesundheitszustand	X	X	Minimum European Health Module, MEHM (Cox et al. 2009; Robine et al. 2003)	sehr guter, guter vs. mittelmäßiger, schlechter, sehr schlechter selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand
2. Schwerwiegende Seheinschränkungen	X	X	Gemäß European Health Interview Survey, EHIS (Eurostat 2018)	große Schwierigkeiten, es ist mir nicht möglich vs. keine, einige Schwierigkeiten beim Sehen (ggf. mit Brille oder Kontaktlinsen)
3. Schwerwiegende Höreinschränkungen	X	X	Gemäß European Health Interview Survey, EHIS (Eurostat 2018)	große Schwierigkeiten, es ist mir nicht möglich vs. keine, einige Schwierigkeiten beim Hören im ruhigen oder lauten Raum (ggf. mit Brille oder Kontaktlinsen)
4. Schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen (Gehen 100m/ Treppe steigen)	X	X	Gemäß European Health Interview Survey, EHIS (Eurostat 2018)	große Schwierigkeiten, es ist mir nicht möglich vs. keine, einige Schwierigkeiten beim Gehen eines halben Kilometers auf ebenem Gelände oder beim Steigen einer Treppe mit 12 Stufen
5. Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten	X	X	Angelehnt an Katz et al. 1963, gemäß European Health Interview Survey, EHIS (Eurostat 2018)	große Schwierigkeiten bzw. es ist mir nicht möglich bei mindestens einer von fünf basalen Aktivitäten (Nahrungsaufnahme, Erheben oder Setzen, An- und Ausziehen, Toilettenbenutzung, Körperhygiene) vs. ausschließlich keine, einige Schwierigkeiten
6. Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten	X	X	Angelehnt an Lawton & Brody 1969, gemäß European Health Interview Survey, EHIS (Eurostat 2018)	große Schwierigkeiten bzw. es ist mir nicht möglich bei mindestens einer von sieben instrumentellen Aktivitäten (Mahlzeiten zubereiten, Telefon benutzen, Einkäufe erledigen, Medikamenteneinnahme organisieren, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, finanzielle und alltägliche Verwaltungsangelegenheiten) vs. ausschließlich keine, einige Schwierigkeiten oder habe ich nie versucht bzw. getan

	Gesundheit 65+	GEDA 2019/2020 -EHIS	Quelle der Instrumente	Operationalisierung
7. Mehrfachstürze (in den letzten 12 Monaten)	X	X	Gemäß Prevention of Falls Network Europe, PROFANE (Lamb et al. 2005)	Mindestens zwei Mal innerhalb der letzten 12 Monate gefallen, gestolpert oder ausgerutscht, so dass man das Gleichgewicht verloren hat und auf dem Boden oder einer tieferen Ebene gelandet ist vs. ein oder kein Mal
8. Subjektive Gedächtnisverschlechterung	X	-	Gemäß Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients Study, AgeCoDe-Study (Jessen et al. 2007)	Sorgen über selbstberichtete Verschlechterung des Gedächtnisses vs. keine Verschlechterung bzw. Sorgen
9. Harninkontinenz (in den letzten 12 Monaten)	X	X	Gemäß European Health Interview Survey, EHIS (Eurostat 2018)	Harninkontinenz bzw. Probleme, die Blase zu kontrollieren vs. keine Probleme
10. Stuhlinkontinenz (in den letzten 4 Wochen)	X	-	Eigenkonstruktion	Schwierigkeiten, den Stuhlgang zu halten oder zu kontrollieren vs. keine Schwierigkeiten
11. Schwerwiegende Einschränkung beim Kauen und Beißen	X	X	Gemäß European Health Interview Survey, EHIS (Eurostat 2018)	große Schwierigkeiten, es ist mir nicht möglich vs. keine, einige Schwierigkeiten beim Kauen oder Beißen fester Nahrungsmittel, z. B. eines Apfels
12. Schwindel (in den letzten 12 Monaten)	X	-	Angelehnt an dem National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES (Wang et al. 2019)	(Mäßig) starker Schwindel (Dreh- oder Schwankschwindel), Benommenheitsschwindel oder Gleichgewichtsstörungen vs. kein Schwindel
13. Atemnot	X	-	Medical Research Council (MRC) Breathlessness Scale (Bestall et al. 1999; Vogelmeier et al. 2018)	atemnotbedingte Bewegungseinschränkungen nach MRC-Grade 3-5 vs. MRC-Grade 1-2
Chronische Krankheit				
Chronische Krankheit (Einzelitem)	X	X	Minimum European Health Module, MEHM (Cox et al. 2009; Robine et al. 2003)	Selbstberichtete chronische Krankheit oder langandauerndes gesundheitliches Problem vs. keine chronische Krankheit

	Gesundheit 65+	GEDA 2019/2020 -EHIS	Quelle der Instrumente	Operationalisierung
Multimorbidität				
(mind. 2 von 9 Erkrankungen) (in den letzten 12 Monaten)	X	X	Gemäß Erkrankungsliste des European Health Interview Survey, EHIS (Eurostat 2018)	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. Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden, 9. Depression; Bildung eines Summenwertes mit der Spannweite 0 bis 9 Erkrankungen; Multimorbidität ab dem Vorliegen von zwei oder mehr Erkrankungen definiert (ja vs. nein) (Ho et al. 2022)
Aspekte von Gebrechlichkeit				
1. Ungewollter Gewichtsverlust (in den letzten 12 Monaten)	X	-	Gemäß Fried et al. 2001	Ungewollter Gewichtsverlust von mindestens 5 kg vs. kein ungewollter Gewichtsverlust
2. Wenig Energie (in den letzten 4 Wochen)	X	-	Einzelitem aus dem 12-item Short-Form-Health Survey, SF-12 (Ware et al. 1996; Wirtz et al. 2018)	Selten, nie voller Energie vs. immer, meistens, manchmal
Lebenszufriedenheit				
Lebenszufriedenheit	X	-	Gemäß Socio-Economic Panel, SOEP (Richter et al. 2013)	Hohe oder sehr hohe gegenwärtige Zufriedenheit mit Leben vs. geringere Zufriedenheit, d. h. Punktwert 7 bis 10 vs. Punktwert 0 bis 6 (10 – ganz und gar zufrieden und 0 – ganz und gar unzufrieden) (Grube et al. 2019)

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS im Vergleich

	Gesundheit 65+ (n=3.694)			GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.857) ^a		
	n	unge- wichtet	ge- wichtet	n	unge- wichtet	ge- wichtet
Alter in Jahren						
Altersgruppe - %						
65-79	1.519	41,1	67,5	6.048	77,0	69,2
80+	2.175	58,9	32,5	1.809	23,0	30,8
Alter						
Mittelwert		78,8	75,7		74,6	76,1
Maximum	100	-	-	99	-	-
Geschlecht - %						
Frauen						
65-79 Jahre	722	40,8	64,4	3.296	76,2	66,5
80+ Jahre	1.049	59,2	35,6	1.029	23,8	33,5
Männer						
65-79 Jahre	797	41,5	71,5	2.752	77,9	72,7
80+ Jahre	1.126	58,5	28,5	780	22,1	27,3
Soziale Lage - %						
Bildung						
Niedrig	1.793	49,2	54,5	2.459	31,4	52,1
Mittel	994	27,3	31,7	2.574	32,8	33,5
Hoch	858	23,5	13,8	2.804	35,8	14,4
Sozioökonomischer Status						
Niedrig	-	-	-	698	8,9	21,5
Mittel	-	-	-	4.344	55,4	62,3
Hoch	-	-	-	2.795	35,7	16,2
Regionale Aspekte - %						
Ostdeutschland (inkl. Berlin)						
Ja	714	19,3	21,9	1.956	24,9	21,9
Nein	2.980	80,7	78,1	5.888	75,1	78,1
Wohnregion						
Nord	818	22,1	16,1	1.188	15,2	16,2
Ost	714	19,3	21,9	1.956	24,9	21,9
Süd	976	26,4	27,4	1.641	20,9	27,1
West	1.186	32,1	34,5	3.059	39,0	34,7
Politische Gemeindegrößenklassen						
Ländlich	518	14,0	16,4	550	7,5	11,6
Kleinstädtisch	1.287	34,8	34,1	1.782	24,2	26,9
Mittelstädtisch	956	25,9	24,3	2.111	28,7	30,4
Großstädtisch	933	25,3	25,2	2.924	39,7	31,1

Anmerkungen: ^anur Teilnehmende 65 Jahre und älter.

3 Ergebnisdarstellung zur Gesundheit im Alter

3.1 Körperliche Gesundheit und Funktionsfähigkeiten

3.1.1 Selbstberichteter Gesundheitszustand

In beiden Studien beschrieb ca. jede zweite Person ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (Tabelle 4). Es zeigte sich jedoch ein besserer selbstberichteter Gesundheitszustand bei den 65- bis 79-Jährigen im Vergleich zu hochaltrigen Personen, bei Männern im Vergleich zu Frauen, bei denjenigen mit einer besseren sozialen Lage im Vergleich zu denjenigen mit einer schlechteren sozialen Lage, in Westdeutschland sowie den Regionen Nord, Süd, West im Vergleich zu Ostdeutschland und insbesondere in ländlichen Gemeinden. Die regionalen Aspekte waren nur in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS bedeutsam.

Tabelle 4: Prävalenz (sehr) guter subjektive Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.642) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.851) % (95 %-KI)
Gesamt	52,0 (49,6-54,4) ^a	53,3 (51,5-55,1)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	60,0 (56,9-63,0)	56,4 (54,4-58,4)
80+ Jahre	35,4 (32,9-38,0)	46,4 (42,8-50,0)
Geschlecht		
Frauen gesamt	48,3 (45,3-51,3)^a	51,2 (48,8-53,6)
65-79 Jahre	57,8 (53,5-62,0)^a	55,7 (53,0-58,4)
80+ Jahre	31,0 (27,6-34,7)^a	42,4 (37,7-47,2)
Männer total	56,8 (53,6-59,9)^a	56,0 (53,3-58,6)
65-79 Jahre	62,5 (58,4-66,4)^a	57,2 (54,1-60,2)
80+ Jahre	42,4 (39,0-45,8)^a	52,7 (47,2-58,1)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	44,9 (41,5-48,4)	46,1 (43,3-49,0)
Mittel	56,2 (52,1-60,2)	58,1 (55,3-60,9)
Hoch	70,1 (66,0-74,0)	68,1 (65,9-70,2)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	41,8 (37,0-46,8)
Mittel	-	53,4 (51,2-55,6)
Hoch	-	68,3 (65,8-70,7)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	49,3 (43,6-54,9) ^a	45,0 (41,5-48,6)
Nein	52,8 (50,2-55,3) ^a	55,6 (53,5-57,6)
Wohnregion		
Nord	55,8 (51,1-60,3)	55,6 (51,3-59,8)
Ost	49,3 (43,6-54,9)	45,0 (41,5-48,6)
Süd	54,3 (50,1-58,5)	60,3 (56,6-63,8)
West	50,1 (46,1-54,1)	51,9 (48,8-54,9)

	Gesundheit 65+ (n=3.642) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.851) % (95 %-KI)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	50,5 (45,7-55,3)	62,6 (56,5-68,2)
Kleinstädtisch	52,1 (47,6-56,5)	51,7 (47,9-55,5)
Mittelstädtisch	52,1 (47,0-57,1)	55,5 (52,1-58,8)
Großstädtisch	52,8 (48,5-57,0)	49,8 (46,9-52,7)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.2 Schwerwiegende Seheinschränkungen

Von allen Teilnehmenden gaben 5,3 Prozent in Gesundheit 65+ und 3,4 Prozent in GEDA 2019/2020-EHIS schwerwiegende Seheinschränkungen an (Tabelle 5). Es zeigten sich höhere Prävalenzen bei hochaltrigen Personen im Vergleich zu denjenigen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren, bei Frauen im Vergleich zu Männern und bei denjenigen mit niedrigerem bzw. mittlerem Bildungsniveau im Vergleich zu denjenigen mit hohem Bildungsniveau. In GEDA 2019/2020-EHIS war dabei nur der Geschlechtsunterschied (insb. bei den Frauen) bedeutsam. In Gesundheit 65+ zeigte sich ein regionaler Unterschied mit höheren Prävalenzen in der westdeutschen im Vergleich zur süddeutschen Wohnregion.

Tabelle 5: Prävalenz schwerwiegende Seheinschränkungen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.603) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.850) % (95 %-KI)
Gesamt	5,3 (4,6-6,3) ^a	3,4 (2,8-4,3)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	2,2 (1,5-3,3)	2,1 (1,6-2,9)
80+ Jahre	11,9 (10,1-14,0)	6,4 (4,7-8,6)
Geschlecht		
Frauen	6,9 (5,6-8,4)^a	4,0 (3,1-5,2)
65-79 Jahre	2,6 (1,5-4,5)^a	1,8 (1,3-2,4)
80+ Jahre	14,6 (12,0-17,7)^a	8,4 (5,9-11,9)
Männer	3,4 (2,6-4,5)^a	2,7 (1,9-3,9)
65-79 Jahre	1,8 (1,0-3,1)^a	2,6 (1,6-4,1)
80+ Jahre	7,5 (5,6-10,1)^a	3,1 (2,0-5,0)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	6,6 (5,4-8,1)	3,7 (2,7-5,1)
Mittel	4,9 (3,6-6,6)	3,4 (2,5-4,7)
Hoch	1,7 (1,1-2,6)	2,6 (1,9-3,4)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	4,4 (2,6-7,3)
Mittel	-	3,3 (2,6-4,3)
Hoch	-	2,6 (1,9-3,5)

	Gesundheit 65+ (n=3.603) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.850) % (95 %-KI)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)	•	•
Ja	4,7 (3,1-6,8) ^a	4,1 (2,9-5,8)
Nein	5,5 (4,7-6,6) ^a	3,3 (2,5-4,2)
Wohnregion		
Nord	4,9 (3,5-6,9)	5,1 (3,0-8,6)
Ost	4,7 (3,1-6,8)	4,1 (2,9-5,8)
Süd	3,8 (3,0-5,0)	2,3 (1,4-3,8)
West	7,2 (5,7-9,1)	3,2 (2,2-4,4)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	5,2 (3,4-7,7)	4,4 (2,0-9,2)
Kleinstädtisch	5,3 (4,0-7,0)	2,3 (1,3-4,1)
Mittelstädtisch	5,8 (4,2-7,8)	2,9 (2,1-4,0)
Großstädtisch	5,2 (3,8-7,0)	4,3 (3,1-6,0)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.3 Schwerwiegende Höreinschränkungen

Insgesamt berichteten 8,1 Prozent der Teilnehmenden in GEDA 2019/2020-EHIS über schwerwiegende Höreinschränkungen (Tabelle 6). In Gesundheit 65+ lag der Anteil schwerwiegender Höreinschränkungen mit 17,0 Prozent deutlich höher als in GEDA 2019/2020-EHIS. In beiden Studien fanden sich bedeutsame Altersunterschiede: Personen ab 80 Jahren gaben häufiger Höreinschränkungen an als die jüngere Altersgruppe. In Gesundheit 65+ zeigte sich zudem ein regionaler Unterschied und in GEDA 2019/2020-EHIS ein Unterschied nach sozialer Lage. Personen in ländlichen Gemeinden beziehungsweise mit niedrigem sozioökonomischem Status waren häufiger von schwerwiegenden Höreinschränkungen betroffen als Personen in Großstädten beziehungsweise mit hohem sozioökonomischem Status.

Tabelle 6: Prävalenz schwerwiegender Höreinschränkungen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.533) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.854) % (95 %-KI)
Gesamt	17,0 (15,5-18,5) ^a	8,1 (7,0-9,3)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	10,9 (9,3-12,7)	5,9 (5,0-7,0)
80+ Jahre	29,6 (27,0-32,4)	12,9 (10,4-16,0)
Geschlecht		
Frauen	15,1 (13,1-17,3) ^a	7,5 (6,1-9,0)
65-79 Jahre	7,1 (5,1-10,0)^a	4,9 (3,9-6,1)
80+ Jahre	29,4 (25,6-33,6)^a	12,6 (9,4-16,7)
Männer	19,4 (17,1-21,9) ^a	8,9 (7,3-10,8)
65-79 Jahre	15,2 (12,5-18,4)^a	7,2 (5,6-9,1)
80+ Jahre	30,0 (26,6-33,6)^a	13,5 (9,7-18,3)

	Gesundheit 65+ (n=3.603) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.850) % (95 %-KI)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	18,7 (16,5-21,1)	9,3 (7,6-11,4)
Mittel	15,8 (13,1-18,9)	6,9 (5,5-8,6)
Hoch	13,6 (10,8-17,1)	6,5 (5,4-7,8)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	11,4 (8,5-15,2)
Mittel	-	7,3 (6,1-8,7)
Hoch	-	6,7 (5,5-8,1)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	17,5 (14,0-21,8) ^a	8,3 (6,5-10,6)
Nein	16,8 (15,3-18,5) ^a	8,0 (6,8-9,4)
Wohnregion		
Nord	14,0 (11,2-17,4)	6,6 (4,5-9,5)
Ost	17,5 (14,0-21,8)	8,3 (6,5-10,6)
Süd	17,4 (14,9-20,1)	7,9 (5,9-10,6)
West	17,7 (15,4-20,3)	8,8 (7,0-11,0)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	20,3 (17,5-23,3)	7,1 (4,3-11,3)
Kleinstädtisch	17,9 (15,3-20,9)	8,9 (6,7-11,7)
Mittelstädtisch	16,1 (13,5-19,1)	8,4 (6,5-10,9)
Großstädtisch	14,4 (11,9-17,4)	6,8 (5,4-8,5)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.4 Schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen

In beiden Studien wies ca. jede fünfte Person schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen auf, d. h. sie hatte zumindest große Schwierigkeiten beim Gehen beziehungsweise beim Bewältigen einer Treppe (Tabelle 7). Es fanden sich in beiden Studien Unterschiede nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage. Hochaltrige Personen und Frauen waren häufiger betroffen als 65- bis 79-Jährige und Männer. Die höchsten Prävalenzen fanden sich bei den Personen ab 80 Jahren (insb. bei den Frauen) in der Studie Gesundheit 65+. Der Sozialgradient war in beiden Studien evident. Je niedriger das angegebene Bildungsniveau und in GEDA 2019/2020-EHIS auch in Teilen je niedriger der sozioökonomische Status waren, desto häufiger berichteten die Teilnehmenden über schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen. In GEDA 2019/2020-EHIS zeigte sich ein regionaler Unterschied mit höheren Prävalenzen in der westdeutschen im Vergleich zur süddeutschen Wohnregion.

Tabelle 7: Prävalenz schwerwiegender Mobilitäteeinschränkungen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.630) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.856) % (95 %-KI)
Gesamt	20,8 (18,9-22,8) ^a	18,0 (16,5-19,6)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	10,2 (8,5-12,3)	12,1 (10,7-13,6)
80+ Jahre	42,8 (39,5-46,1)	31,3 (27,9-34,9)
Geschlecht		
Frauen	24,4 (21,8-27,2)^a	21,5 (19,3-23,7)
65-79 Jahre	10,3 (7,7-13,7)^a	13,6 (11,7-15,7)
80+ Jahre	49,9 (45,4-54,4)^a	37,1 (32,4-42,1)
Männer	16,1 (14,0-18,4)^a	13,5 (11,7-15,6)
65-79 Jahre	10,1 (7,9-13,0)^a	10,3 (8,4-12,6)
80+ Jahre	31,2 (27,7-35,1)^a	22,1 (17,9-26,9)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	27,1 (24,1-30,3)	22,3 (19,9-24,9)
Mittel	15,2 (12,7-18,2)	15,1 (12,9-17,5)
Hoch	8,9 (6,8-11,7)	8,5 (7,3-9,9)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	22,9 (19,1-27,3)
Mittel	-	18,5 (16,7-20,5)
Hoch	-	8,9 (7,4-10,7)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	21,4 (17,6-25,9) ^a	19,2 (16,4-22,3)
Nein	20,6 (18,5-22,9) ^a	17,6 (15,9-19,4)
Wohnregion		
Nord	17,3 (14,5-20,4)	18,0 (14,4-22,2)
Ost	21,4 (17,6-25,9)	19,2 (16,4-22,3)
Süd	19,6 (16,0-23,8)	13,6 (11,1-16,6)
West	22,9 (19,5-26,6)	20,6 (17,9-23,5)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	19,1 (15,0-23,9)	18,7 (13,8-24,8)
Kleinstädtisch	19,1 (16,5-21,9)	17,8 (14,7-21,3)
Mittelstädtisch	23,9 (19,3-29,2)	15,8 (13,4-18,6)
Großstädtisch	21,2 (17,7-25,0)	19,8 (17,4-22,4)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.5 Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten

Insgesamt 9,8 Prozent der Teilnehmenden in Gesundheit 65+ und 6,6 Prozent der Teilnehmenden in GEDA 2019/2020-EHIS berichteten über Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten (Tabelle 8). In beiden Studien fanden sich höhere Anteile nach Altersgruppe und sozialer Lage. So gaben hochaltrige Personen (insb. in Gesundheit 65+) häufiger Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten an als 65- bis 79-Jährige. Mit einem höheren Bildungsniveau beziehungsweise sozioökonomischen Status waren niedrigere Prävalenzen der Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten verbunden. In Gesundheit 65+ berichteten Frauen zudem häufiger über Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten als Männer. Darüber hinaus fanden sich regionale Unterschiede. In Gesundheit 65+ berichteten Personen in der westlichen Wohnregion häufiger Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten als diejenigen in der südlichen Wohnregion. In GEDA 2019/2020-EHIS berichteten Personen in Großstädten häufiger Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten als diejenigen in ländlichen Gemeinden.

Tabelle 8: Prävalenz der Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.612) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.857) % (95 %-KI)
Gesamt	9,8 (8,6-11,2) ^a	6,6 (5,6-7,7)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	3,8 (2,8-5,2)	4,4 (3,5-5,4)
80+ Jahre	22,5 (19,9-25,3)	11,6 (9,3-14,5)
Geschlecht		
Frauen	11,4 (9,9-13,2) ^a	7,7 (6,3-9,3)
65-79 Jahre	2,9 (1,8-4,7) ^a	4,8 (3,6-6,3)
80+ Jahre	27,0 (23,3-31,1) ^a	13,3 (10,2-17,2)
Männer	7,8 (6,2-9,8) ^a	5,2 (4,0-6,8)
65-79 Jahre	4,9 (3,2-7,5) ^a	3,8 (2,8-5,3)
80+ Jahre	15,3 (12,7-18,3) ^a	9,0 (5,9-13,5)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	13,4 (11,3-15,7)	8,3 (6,8-10,2)
Mittel	7,1 (5,6-9,0)	5,0 (3,8-6,6)
Hoch	2,7 (1,6-4,2)	3,1 (2,3-4,0)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	8,8 (6,2-12,2)
Mittel	-	6,7 (5,5-8,0)
Hoch	-	2,7 (2,0-3,6)

	Gesundheit 65+ (n=3.612) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.857) % (95 %-KI)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	10,9 (8,1-14,6) ^a	8,2 (6,4-10,5)
Nein	9,5 (8,3-10,9) ^a	6,2 (5,1-7,5)
Wohnregion		
Nord	8,9 (6,4-12,3)	5,1 (3,3-8,1)
Ost	10,9 (8,1-14,6)	8,2 (6,4-10,5)
Süd	7,4 (5,5-9,8)	5,3 (3,7-7,6)
West	11,5 (9,8-13,5)	7,3 (5,6-9,4)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	10,5 (7,8-14,2)	2,8 (1,3-5,8)
Kleinstädtisch	10,1 (8,2-12,4)	6,4 (4,5-9,1)
Mittelstädtisch	9,0 (6,9-11,7)	5,9 (4,3-8,1)
Großstädtisch	9,8 (7,4-12,8)	8,2 (6,7-10,2)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.6 Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten

Insgesamt 20,3 Prozent der Teilnehmenden in Gesundheit 65+ und 16,2 Prozent der Teilnehmenden in GEDA 2019/2020-EHIS berichteten über Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten (Tabelle 9). In beiden Studien fanden sich höhere Anteile nach Altersgruppe, Geschlecht und sozialer Lage. So gaben hochaltrige Personen und Frauen häufiger Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten an als 65- bis 79-Jährige und Männer. Mit einem hohen Bildungsniveau beziehungsweise höheren sozioökonomischen Status waren niedrigere Prävalenzen der Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten verbunden. Darüber hinaus fand sich in GEDA 2019/2020-EHIS ein regionaler Unterschied, nachdem in ländlichen Gemeinden seltener Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten als in Großstädten berichtet wurden. In GEDA 2019/2020-EHIS zeigte sich ein regionaler Unterschied mit höheren Prävalenzen in der westdeutschen im Vergleich zur süddeutschen Wohnregion.

Tabelle 9: Prävalenz der Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.627) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.855) % (95 %-KI)
Gesamt	20,3 (18,6-22,2) ^a	16,2 (14,8-17,7)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	10,3 (8,6-12,2)	10,1 (8,8-11,5)
80+ Jahre	41,4 (37,9-45,0)	30,1 (26,8-33,7)
Geschlecht		
Frauen	23,9 (21,6-26,3)^a	19,9 (17,9-22,2)
65-79 Jahre	10,1 (7,7-13,3)^a	11,9 (10,1-13,9)
80+ Jahre	48,7 (44,1-53,2)^a	35,9 (31,3-40,8)
Männer	15,8 (13,6-18,3)^a	11,5 (9,8-13,4)
65-79 Jahre	10,4 (8,0-13,5)^a	7,9 (6,3-9,9)
80+ Jahre	29,7 (25,5-34,3)^a	20,9 (16,9-25,7)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	26,6 (24,1-29,3)	19,0 (16,8-21,5)
Mittel	15,0 (12,3-18,1)	14,8 (12,7-17,1)
Hoch	8,1 (6,3-10,4)	8,6 (7,3-10,1)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	19,6 (16,0-23,8)
Mittel	-	16,7 (14,9-18,6)
Hoch	-	9,2 (7,5-11,2)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	19,2 (15,2-23,9) ^a	15,1 (12,7-17,8)
Nein	20,7 (18,8-22,7) ^a	16,5 (14,8-18,3)
Wohnregion		
Nord	17,5 (14,5-20,9)	15,9 (12,7-19,7)
Ost	19,2 (15,2-23,9)	15,1 (12,7-17,8)
Süd	19,9 (17,0-23,2)	12,0 (9,7-14,8)
West	22,8 (19,8-26,1)	20,3 (17,6-23,3)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	21,1 (17,7-25,0)	10,0 (6,7-14,5)
Kleinstädtisch	20,0 (17,4-22,9)	15,7 (12,7-19,2)
Mittelstädtisch	21,3 (17,3-25,9)	15,3 (12,9-18,0)
Großstädtisch	19,5 (16,1-23,3)	19,1 (16,6-21,9)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.7 Mehrfachstürze (in den letzten 12 Monaten)

Von allen Teilnehmenden der Studie Gesundheit 65+ berichteten 12,9 Prozent über mindestens zwei Sturzereignisse in den letzten 12 Monaten (Tabelle 10). In GEDA 2019/2020-EHIS waren in diesem Zeitraum 10,4 Prozent mehrfach gestürzt. In beiden Studien fand sich ein Altersunterschied (insb. in Gesundheit 65+). Hochaltrige Personen waren häufiger gestürzt als die 65- bis 79-Jährigen. In Gesundheit 65+ waren zudem Frauen und diejenigen mit niedrigem Bildungsniveau häufiger gestürzt als Männer und diejenigen mit hohem Bildungsniveau.

Tabelle 10: Prävalenz der Mehrfachstürze älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.591) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.846) % (95 %-KI)
Gesamt	12,9 (11,4-14,5) ^a	10,4 (9,3-11,6)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	8,0 (6,4-9,9)	8,3 (7,2-9,5)
80+ Jahre	23,3 (20,6-26,2)	15,2 (12,8-17,9)
Geschlecht		
Frauen	14,8 (12,4-17,5)^a	11,0 (9,6-12,7)
65-79 Jahre	8,6 (6,2-11,8)^a	9,1 (7,6-10,8)
80+ Jahre	26,0 (21,9-30,5)^a	14,9 (11,8-18,7)
Männer	10,5 (8,9-12,4)^a	9,6 (8,1-11,4)
65-79 Jahre	7,2 (5,3-9,8)^a	7,3 (5,7-9,3)
80+ Jahre	19,0 (16,3-22,0)^a	15,6 (12,2-19,8)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	14,5 (12,5-16,9)	11,4 (9,7-13,4)
Mittel	12,1 (9,7-15,0)	9,4 (7,9-11,2)
Hoch	9,2 (7,1-12,0)	8,7 (7,4-10,2)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	13,2 (10,1-17,1)
Mittel	-	9,6 (8,4-11,0)
Hoch	-	9,3 (7,8-11,1)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	13,2 (10,3-16,8) ^a	9,2 (7,5-11,2)
Nein	12,8 (11,1-14,7) ^a	10,7 (9,5-12,2)
Wohnregion		
Nord	11,9 (9,1-15,4)	10,3 (7,9-13,2)
Ost	13,2 (10,3-16,8)	9,2 (7,5-11,2)
Süd	12,3 (9,8-15,4)	11,0 (8,8-13,7)
West	13,7 (11,0-17,0)	10,8 (8,9-13,0)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	14,4 (10,7-19,2)	7,0 (4,6-10,6)
Kleinstädtisch	11,9 (9,5-14,7)	11,4 (9,0-14,2)
Mittelstädtisch	13,2 (10,4-16,6)	9,9 (8,1-12,1)
Großstädtisch	13,0 (10,3-16,2)	11,7 (9,8-14,0)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.8 Subjektive Gedächtnisverschlechterung

Insgesamt 27,3 Prozent der Teilnehmenden in Gesundheit 65+ gaben an, dass ihr Gedächtnis schlechter wird und sie sich deswegen sorgen (Tabelle 11). Hochaltrige Personen berichteten häufiger subjektive Gedächtnisverschlechterungen als Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen hierfür keine Vergleichsdaten vor.

Tabelle 11: Prävalenz der subjektiven Gedächtnisverschlechterung älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)^a

	Gesundheit 65+ (n=3.235) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS keine Angabe % (95 %-KI)
Gesamt	27,3 (25,1-29,7) ^b	-
Altersgruppe		
65-79 Jahre	25,2 (22,6-28,1)	-
80+ Jahre	32,4 (29,3-35,6)	-
Geschlecht		
Frauen	27,2 (24,3-30,3) ^b	-
65-79 Jahre	25,0 (21,6-28,8) ^b	-
80+ Jahre	32,2 (28,0-36,6) ^b	-
Männer	27,4 (27,8-30,2) ^b	-
65-79 Jahre	25,6 (22,3-29,1) ^b	-
80+ Jahre	32,7 (29,0-36,6) ^b	-
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	28,3 (25,0-31,7)	-
Mittel	26,4 (22,6-30,6)	-
Hoch	26,8 (23,4-30,5)	-
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	-
Mittel	-	-
Hoch	-	-
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	28,9 (23,5-34,9) ^b	-
Nein	26,8 (24,4-29,4) ^b	-
Wohnregion		
Nord	22,6 (18,8-27,0)	-
Ost	28,9 (23,5-34,9)	-
Süd	28,1 (24,5-32,0)	-
West	27,9 (23,8-32,3)	-
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	28,1 (21,8-35,3)	-
Kleinstädtisch	29,1 (25,5-33,0)	-
Mittelstädtisch	25,0 (21,6-28,8)	-
Großstädtisch	26,6 (21,9-31,8)	-

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a ohne Angaben aus Proxy-Befragungen, ^b zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.9 Harninkontinenz (in den letzten 12 Monaten)

Insgesamt berichteten 27,5 Prozent der Teilnehmenden in Gesundheit 65+ und 20,1 Prozent der Teilnehmenden in GEDA 2019/2020-EHIS über eine bestehende Harninkontinenz (Tabelle 12). Es fanden sich in beiden Studien Unterschiede nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage, bei denen die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen in Gesundheit 65+ über denjenigen nach GEDA 2019/2020-EHIS lagen. Hochaltrige Personen, Frauen und diejenigen mit niedrigerem Bildungsniveau beziehungsweise sozioökonomischen Status waren häufiger betroffen als diejenigen in der jüngeren Altersgruppe, Männer und mit höherem Bildungsniveau beziehungsweise sozioökonomischen Status.

Tabelle 12: Prävalenz der Harninkontinenz älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.634) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.838) % (95 %-KI)
Gesamt	27,5 (25,4-29,8) ^a	20,1 (18,6-21,7)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	20,1 (17,5-23,0)	15,2 (13,7-16,8)
80+ Jahre	43,1 (40,1-46,1)	31,2 (27,9-34,8)
Geschlecht		
Frauen	31,4 (28,4-34,5)^a	23,7 (21,6-26,1)
65-79 Jahre	21,9 (18,1-26,3)^a	17,3 (15,2-19,6)
80+ Jahre	48,4 (43,9-52,9)^a	36,5 (31,9-41,4)
Männer	22,6 (20,0-25,6)^a	15,5 (13,6-17,6)
65-79 Jahre	18,0 (15,0-21,5)^a	12,7 (10,7-15,0)
80+ Jahre	34,5 (30,7-38,4)^a	22,9 (18,7-27,7)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	30,7 (27,6-33,9)	25,4 (22,9-28,1)
Mittel	24,5 (20,9-28,6)	15,1 (13,1-17,2)
Hoch	21,9 (18,4-25,7)	12,4 (11,0-14,1)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	29,3 (24,8-34,2)
Mittel	-	19,0 (17,3-20,9)
Hoch	-	11,9 (10,4-13,5)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	25,1 (20,9-29,9) ^a	18,5 (15,8-21,6)
Nein	28,2 (25,8-30,8) ^a	20,6 (18,8-22,5)
Wohnregion		
Nord	23,3 (19,2-27,8)	20,0 (16,3-24,2)
Ost	25,1 (20,9-29,9)	18,5 (15,8-21,6)
Süd	31,3 (26,9-36,1)	19,1 (16,2-22,4)
West	28,0 (24,5-31,8)	22,0 (19,5-24,8)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	27,6 (22,8-33,0)	23,1 (17,9-29,2)
Kleinstädtisch	28,6 (25,0-32,5)	18,3 (15,5-21,5)
Mittelstädtisch	27,6 (22,9-32,9)	18,8 (16,2-21,6)
Großstädtisch	25,9 (22,0-30,2)	20,8 (18,2-23,6)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.10 Stuhlinkontinenz (in den letzten 4 Wochen)

Von den Teilnehmenden in Gesundheit 65+ waren 9,6 Prozent von Stuhlinkontinenz betroffen (Tabelle 13). Höhere Prävalenzen für Stuhlinkontinenz fanden sich dabei für hochaltrige Menschen ab 80 Jahren im Vergleich zu den 65- bis 79-Jährigen, Frauen im Vergleich zu Männern und denjenigen mit niedrigem im Vergleich zu hohem Bildungsniveau. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen hierfür keine Vergleichsdaten vor.

Tabelle 13: Prävalenz der Stuhlinkontinenz älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.634) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS Keine Angabe % (95 %-KI)
Gesamt	9,6 (8,3-11,0) ^a	-
Altersgruppe		
65-79 Jahre	6,0 (4,6-7,7)	-
80+ Jahre	17,1 (14,9-19,5)	-
Geschlecht		
Frauen	12,1 (10,2-14,2)^a	-
65-79 Jahre	7,9 (5,7-10,7)^a	-
80+ Jahre	19,7 (16,7-23,1)^a	-
Männer	6,4 (4,9-8,2)^a	-
65-79 Jahre	3,8 (2,5-5,8)^a	-
80+ Jahre	12,9 (10,4-15,8)^a	-
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	11,4 (9,3-13,8)	-
Mittel	8,0 (6,3-10,1)	-
Hoch	6,2 (4,4-8,6)	-
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	-
Mittel	-	-
Hoch	-	-
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	7,1 (5,3-9,5) ^a	-
Nein	10,2 (8,7-12,0) ^a	-
Wohnregion		
Nord	9,3 (7,1-12,2)	-
Ost	7,1 (5,3-9,5)	-
Süd	10,7 (7,8-14,5)	-
West	10,4 (8,3-12,8)	-
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	8,8 (5,7-13,2)	-
Kleinstädtisch	9,1 (7,1-11,5)	-
Mittelstädtisch	11,6 (8,5-15,6)	-
Großstädtisch	8,8 (7,1-10,7)	-

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a zitiert nach Gaertner et al. 2023.

3.1.11 Schwerwiegende Einschränkungen beim Kauen und Beißen

Von allen Teilnehmenden berichteten 5,6 Prozent in Gesundheit 65+ und 6,3 Prozent in GEDA 2019/2020-EHIS über schwerwiegende Einschränkungen beim Kauen und Beißen (Tabelle 14). Es fanden sich in beiden Studien Unterschiede nach Alter und sozialer Lage. Frauen ab 80 Jahren waren häufiger betroffen als 65- bis 79-Jährige Frauen. Je höher das Bildungsniveau beziehungsweise der sozioökonomische Status der Teilnehmenden war, desto seltener berichteten sie über schwerwiegende Einschränkungen beim Kauen und Beißen. Dies galt jedoch nur eingeschränkt für Vergleiche mit der mittleren Bildungs- beziehungsweise sozioökonomische Statusgruppe. In GEDA 2019/2020-EHIS zeigte sich ein regionaler Unterschied mit höheren Prävalenzen in Ost- als in Westdeutschland.

Tabelle 14: Prävalenz schwerwiegender Einschränkungen beim Kauen und Beißen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.650) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.849) % (95 %-KI)
Gesamt	5,6 (4,6-6,8)	6,3 (5,4-7,5)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	3,1 (2,2-4,4)	4,8 (3,8-6,0)
80+ Jahre	10,7 (8,6-13,2)	9,9 (7,8-12,5)
Geschlecht		
Frauen	6,1 (4,8-7,7)	6,3 (5,1-7,8)
65-79 Jahre	2,4 (1,4-4,3)	3,9 (3,0-5,1)
80+ Jahre	12,7 (9,9-16,1)	11,0 (8,2-14,8)
Männer	4,9 (3,7-6,5)	6,4 (4,9-8,4)
65-79 Jahre	3,9 (2,5-5,9)	5,7 (4,0-8,2)
80+ Jahre	7,5 (5,4-10,3)	8,1 (5,4-12,0)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	6,8 (5,4-8,4)	8,4 (6,7-10,4)
Mittel	5,3 (3,6-7,7)	4,5 (3,4-5,9)
Hoch	2,0 (1,2-3,5)	3,1 (2,3-4,2)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	10,0 (7,1-13,9)
Mittel	-	6,0 (4,9-7,4)
Hoch	-	2,6 (1,9-3,5)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	5,7 (3,9-8,3)	9,0 (6,9-11,7)
Nein	5,5 (4,4-6,9)	5,6 (4,5-6,9)
Wohnregion		
Nord	4,5 (3,0-6,7)	4,8 (3,0-7,6)
Ost	5,7 (3,9-8,3)	9,0 (6,9-11,7)
Süd	5,7 (4,0-8,0)	5,1 (3,3-7,9)
West	5,8 (4,0-8,5)	6,3 (4,8-8,3)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	6,2 (4,3-9,0)	5,4 (2,9-9,8)
Kleinstädtisch	5,8 (4,3-7,7)	6,1 (4,2-8,6)
Mittelstädtisch	4,9 (3,0-7,8)	5,8 (4,2-8,1)
Großstädtisch	5,5 (3,5-8,8)	6,6 (5,1-8,5)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

3.1.12 Schwindel (in den letzten 12 Monaten)

In Gesundheit 65+ waren 27,7 Prozent der Teilnehmenden von Schwindel (Dreh- oder Schwankschwindel), Benommenheitsschwindel oder Gleichgewichtsstörungen in den letzten 12 Monaten betroffen (Tabelle 15). Es fanden sich für die Prävalenzen von Schwindel Alters-, Geschlechts- und Bildungsunterschiede. Hochaltrige Personen, Frauen und diejenigen mit niedrigerem Bildungsniveau waren häufiger betroffen als 65- bis 79-Jährige, Männer und diejenigen mit mittlerem beziehungsweise hohem Bildungsniveau. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen hierfür keine Vergleichsdaten vor.

Tabelle 15: Prävalenz des Schwindels älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.624) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS keine Angabe % (95 %-KI)
Gesamt	27,7 (25,9-29,6)	-
Altersgruppe		
65-79 Jahre	21,6 (19,4-24,1)	-
80+ Jahre	40,5 (37,7-43,4)	-
Geschlecht		
Frauen	30,6 (28,0-33,4)	-
65-79 Jahre	23,8 (20,3-27,7)	-
80+ Jahre	43,1 (39,2-47,0)	-
Männer	24,0 (21,7-26,5)	-
65-79 Jahre	19,1 (16,1-22,6)	-
80+ Jahre	36,4 (32,8-40,2)	-
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	31,7 (28,9-34,6)	-
Mittel	24,3 (21,3-27,6)	-
Hoch	21,6 (17,9-25,8)	-
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	-
Mittel	-	-
Hoch	-	-
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	27,5 (23,4-32,0)	-
Nein	27,8 (25,8-29,8)	-
Wohnregion		
Nord	24,0 (20,2-28,3)	-
Ost	27,5 (23,4-32,0)	-
Süd	27,6 (24,3-31,2)	-
West	29,6 (26,8-32,6)	-
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	25,4 (22,2-28,9)	-
Kleinstädtisch	28,7 (26,0-31,6)	-
Mittelstädtisch	30,4 (26,7-34,4)	-
Großstädtisch	25,1 (21,3-29,4)	-

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

3.1.13 Atemnot

Atemnotbedingte Bewegungseinschränkungen wurden von 14,1 Prozent der Teilnehmenden von Gesundheit 65+ berichtet (Tabelle 16). Es fanden sich Alters-, Geschlechts- und Bildungsunterschiede für die Prävalenzen von atemnotbedingten Bewegungseinschränkungen. Hochaltrige Personen, Frauen und diejenigen mit niedrigerem Bildungsniveau waren häufiger betroffen als 65- bis 79-Jährige, Männer und diejenigen mit höherem Bildungsniveau. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen hierfür keine Vergleichsdaten vor.

Tabelle 16: Prävalenz atemnotbedingter Bewegungseinschränkungen älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.526) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS keine Angabe % (95 %-KI)
Gesamt	14,1 (12,8-15,5)	-
Altersgruppe		
65-79 Jahre	8,8 (7,2-10,6)	-
80+ Jahre	25,7 (23,1-28,4)	-
Geschlecht		
Frauen	16,4 (14,5-18,5)	-
65-79 Jahre	9,4 (7,0-12,4)	-
80+ Jahre	29,7 (26,1-33,5)	-
Männer	11,2 (9,5-13,3)	-
65-79 Jahre	8,1 (6,0-10,8)	-
80+ Jahre	19,4 (16,6-22,6)	-
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	17,8 (15,8-20,1)	-
Mittel	11,6 (9,2-14,7)	-
Hoch	4,7 (3,2-6,8)	-
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	-
Mittel	-	-
Hoch	-	-
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	15,3 (12,2-19,0)	-
Nein	13,8 (12,4-15,3)	-
Wohnregion		
Nord	12,3 (9,6-15,6)	-
Ost	15,3 (12,2-19,0)	-
Süd	13,3 (10,9-16,3)	-
West	14,9 (12,9-17,1)	-
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	14,5 (11,9-17,7)	-
Kleinstädtisch	13,5 (11,2-16,3)	-
Mittelstädtisch	13,7 (11,0-16,9)	-
Großstädtisch	15,1 (12,7-17,7)	-

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

3.2 Chronische Krankheit

Von allen Teilnehmenden gaben 66,9 Prozent in Gesundheit 65+ und 62,5 Prozent in GEDA 2019/2020-EHIS an, dass bei ihnen mindestens eine chronische Krankheit oder ein langandauerndes gesundheitliches Problem vorlag (Tabelle 17). In beiden Studien fanden sich bezüglich des Vorliegens einer chronischen Krankheit regionale Unterschiede. Personen in Ostdeutschland waren nach dieser Selbstangabe häufiger betroffen als diejenigen in Westdeutschland. In Gesundheit 65+ hatten im Vergleich zur Wohnregion Ost die Wohnregionen Nord und Süd niedrigere Prävalenzen; für GEDA 2019/2020-EHIS fanden sich gegenüber Ost niedrigere Prävalenzen in West und Süd. In Gesundheit 65+ fand sich zudem ein Altersunterschied, nachdem hochaltrige Personen häufiger betroffen waren als die 65- bis 79-Jährigen. In GEDA 2019/2020-EHIS schwankten die Prävalenzen chronischer Krankheit nach politischen Gemeindegrößenklassen. Insbesondere in den ländlichen Gemeinden wurde seltener das Vorliegen einer chronischen Krankheit angegeben.

Tabelle 17: Prävalenz chronischer Krankheit älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.616) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.827) % (95 %-KI)
Gesamt	66,9 (64,6-69,2)	62,5 (60,8-64,2)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	64,6 (61,7-67,4)	62,8 (60,8-64,7)
80+ Jahre	71,7 (68,8-74,4)	61,9 (58,3-65,4)
Geschlecht		
Frauen	67,1 (64,1-70,1)	61,6 (59,2-63,9)
65-79 Jahre	63,6 (59,8-67,3)	61,6 (59,0-64,2)
80+ Jahre	73,5 (69,4-77,3)	61,6 (56,7-66,2)
Männer	66,6 (63,2-69,8)	63,7 (61,1-66,2)
65-79 Jahre	65,7 (61,2-69,9)	64,1 (61,2-66,9)
80+ Jahre	68,9 (65,4-72,2)	62,5 (57,2-67,6)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	66,5 (62,9-69,9)	63,6 (60,8-66,3)
Mittel	69,3 (65,5-72,9)	61,6 (58,9-64,3)
Hoch	63,6 (59,2-67,8)	61,4 (59,2-63,6)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	62,8 (57,9-67,6)
Mittel	-	63,3 (61,2-65,4)
Hoch	-	59,7 (57,2-62,1)

	Gesundheit 65+ (n=3.612) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.857) % (95 %-KI)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	74,3 (69,2-78,7)	68,1 (64,6-71,4)
Nein	64,8 (62,4-67,2)	61,0 (59,0-63,0)
Wohnregion		
Nord	64,4 (60,8-67,8)	63,3 (59,1-67,2)
Ost	74,3 (69,2-78,7)	68,1 (64,6-71,4)
Süd	62,0 (57,9-66,0)	56,5 (52,8-60,0)
West	67,3 (63,1-71,1)	63,4 (60,5-66,3)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	62,7 (56,8-68,2)	55,5 (49,3-61,6)
Kleinstädtisch	65,8 (61,6-69,8)	65,9 (62,3-69,3)
Mittelstädtisch	68,4 (63,7-72,7)	59,5 (56,1-61,7)
Großstädtisch	69,7 (65,3-73,8)	66,4 (63,6-69,0)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

3.3 Multimorbidität (in den letzten 12 Monaten)

Die Prävalenz von Multimorbidität lag bei 65,2 Prozent in Gesundheit 65+ im Vergleich zu 60,2 Prozent GEDA 2019/2020-EHIS (Tabelle 18). In beiden Studien fanden sich für das Vorliegen von mindestens zwei von neun verschiedenen Erkrankungen, die in beiden Studien identisch erhoben wurden und somit vergleichbar waren, Unterschiede nach Alter und sozialer Lage. Hochaltrige Personen berichteten häufiger über Multimorbidität als diejenigen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren; insbesondere die Frauen in Gesundheit 65+. Je höher das berichtete Bildungsniveau beziehungsweise der sozioökonomische Status war, desto niedriger war der Anteil an Multimorbidität in der jeweiligen Gruppe. In Gesundheit 65+ fand sich dieser Unterschied nur zwischen denjenigen mit niedrigem im Vergleich zu denjenigen mit hohem Bildungsniveau. In beiden Studien fanden sich zudem Prävalenzunterschiede nach Wohnregion, d. h. eine höhere Prävalenz für Ost und West im Vergleich zu Nord in Gesundheit 65+ und beziehungsweise zu Süd in GEDA 2019/2020-EHIS.

Tabelle 18: Prävalenz der Multimorbidität älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.624) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS (n=7.856) % (95 %-KI)
Gesamt	65,2 (62,8-67,6)	60,2 (58,4-61,9)
Altersgruppe		
65-79 Jahre	61,7 (58,6-64,8)	57,9 (55,9-59,8)
80+ Jahre	72,5 (69,8-75,0)	65,3 (61,7-68,7)
Geschlecht		
Frauen	68,2 (65,1-71,1)	61,7 (59,3-64,0)
65-79 Jahre	63,3 (59,2-67,1)	59,2 (56,6-61,8)
80+ Jahre	76,9 (73,3-80,1)	66,5 (61,7-71,0)
Männer	61,5 (57,8-65,0)	58,3 (55,7-60,8)
65-79 Jahre	60,0 (55,3-64,5)	56,4 (53,4-59,3)
80+ Jahre	65,2 (61,6-68,7)	63,3 (58,0-68,4)
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	68,7 (65,4-71,9)	64,4 (61,6-67,0)
Mittel	62,2 (57,7-66,6)	57,0 (54,2-59,8)
Hoch	60,6 (55,7-65,2)	51,8 (49,5-54,0)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	64,3 (59,4-69,0)
Mittel	-	61,0 (58,9-63,1)
Hoch	-	50,9 (48,4-53,4)
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	68,4 (63,6-72,8)	63,1 (59,5-66,5)
Nein	64,3 (61,5-67,1)	59,5(57,5-61,4)
Wohnregion		
Nord	57,0 (53,2-60,7)	59,1 (54,9-63,1)
Ost	68,4 (63,6-72,8)	63,1 (59,5-66,5)
Süd	64,5 (59,6-69,2)	55,6 (51,9-59,2)
West	67,6 (63,1-71,8)	62,7 (59,8-65,5)
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	62,5 (56,2-68,4)	56,6 (50,4-62,5)
Kleinstädtisch	65,0 (60,8-69,1)	60,3 (56,6-64,0)
Mittelstädtisch	66,4 (62,1-70,5)	58,6 (55,3-61,8)
Großstädtisch	66,1 (60,6-71,2)	61,1 (61,3-66,7)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

3.4 Aspekte von Gebrechlichkeit

3.4.1 Ungewollter Gewichtsverlust (in den letzten 12 Monaten)

In Gesundheit 65+ berichteten 5,2 Prozent der Teilnehmenden von einem ungewollten Gewichtsverlust von mindestens fünf Kilogramm in den letzten 12 Monaten (Tabelle 19). Hochaltrige Frauen ab 80 Jahren waren häufiger von ungewolltem Gewichtsverlust betroffen als die 65- bis 79-Jährige Frauen. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen hierfür keine Vergleichsdaten vor.

Tabelle 19 Prävalenz des ungewollten Gewichtsverlusts älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.529) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS keine Angabe % (95 %-KI)
Gesamt	5,2 (4,4-6,3)	-
Altersgruppe		
65-79 Jahre	3,8 (2,7-5,2)	-
80+ Jahre	8,4 (6,7-10,3)	-
Geschlecht		
Frauen	5,7 (4,5-7,2)	-
65-79 Jahre	3,0 (1,9-4,7)	-
80+ Jahre	10,7 (8,2-13,8)	-
Männer	4,6 (3,2-6,6)	-
65-79 Jahre	4,7 (2,9-7,5)	-
80+ Jahre	4,6 (3,3-6,3)	-
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	5,9 (4,8-7,4)	-
Mittel	5,2 (3,4-7,7)	-
Hoch	2,9 (1,7-5,1)	-
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	-
Mittel	-	-
Hoch	-	-
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	5,2 (3,5-7,7)	-
Nein	5,2 (4,2-6,4)	-
Wohnregion		
Nord	3,5 (2,2-5,5)	-
Ost	5,2 (3,5-7,7)	-
Süd	5,1 (3,3-7,8)	-
West	6,2 (4,8-7,9)	-
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	5,7 (3,4-9,4)	-
Kleinstädtisch	5,4 (4,0-7,1)	-
Mittelstädtisch	4,7 (3,2-6,8)	-
Großstädtisch	5,3 (3,7-7,5)	-

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

3.4.2 Energiemangel (in den letzten 4 Wochen)

In Gesundheit 65+ gaben 18,3 Prozent der Teilnehmenden an, dass sie sich in den letzten vier Wochen nur selten oder nie voller Energie gefühlt hatten (Tabelle 20). Hochaltrige Personen berichteten diesen Energiemangel häufiger als 65- bis 79-Jährige. Zudem waren Personen mit niedrigerem Bildungsniveau im Vergleich zu denjenigen mit höherem Bildungsniveau häufiger von Energiemangel betroffen. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen hierfür keine Vergleichsdaten vor.

Tabelle 20: Prävalenz für Energiemangel älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)

	Gesundheit 65+ (n=3.592) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS keine Angabe % (95 %-KI)
Gesamt	18,3 (16,5-20,2)	-
Altersgruppe		
65-79 Jahre	13,2 (11,2-15,5)	-
80+ Jahre	28,9 (26,3-31,7)	-
Geschlecht		
Frauen	19,9 (17,5-22,6)	-
65-79 Jahre	13,7 (10,9-17,0)	-
80+ Jahre	31,4 (27,9-35,1)	-
Männer	16,2 (14,1-18,5)	-
65-79 Jahre	12,6 (10,0-15,9)	-
80+ Jahre	25,0 (21,9-28,4)	-
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	21,6 (18,9-24,7)	-
Mittel	16,8 (13,8-20,2)	-
Hoch	9,0 (6,9-11,6)	-
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	-
Mittel	-	-
Hoch	-	-
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	19,6 (15,4-24,7)	-
Nein	17,9 (16,0-19,9)	-
Wohnregion		
Nord	16,4 (12,7-21,0)	-
Ost	19,6 (15,4-24,7)	-
Süd	17,0 (14,7-19,7)	-
West	19,3 (16,0-22,9)	-
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	15,8 (13,1-19,0)	-
Kleinstädtisch	17,3 (14,2-21,0)	-
Mittelstädtisch	20,8 (17,4-24,7)	-
Großstädtisch	18,7 (15,1-22,8)	-

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

3.5 Lebenszufriedenheit

Insgesamt waren 78,5 Prozent der Teilnehmenden in Gesundheit 65+ zufrieden mit ihrem Leben (Tabelle 21). Männer im Alter von 65 bis 79 Jahren waren häufiger mit ihrem Leben zufrieden als hochaltrige Männer. Personen mit hohem Bildungsniveau waren mit ihrem Leben häufiger zufrieden als diejenigen mit niedrigem oder mittlerem Bildungsniveau. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen hierfür keine Vergleichsdaten vor.

Tabelle 21: Prävalenz der Lebenszufriedenheit älterer Menschen in Deutschland (gewichtete Analysen)^a

	Gesundheit 65+ (n=3.277) % (95 %-KI)	GEDA 2019/2020-EHIS keine Angabe % (95 %-KI)
Gesamt	78,5 (76,5-80,4) ^b	-
Altersgruppe		
65-79 Jahre	80,8 (78,1-83,2)	-
80+ Jahre	73,0 (70,0-75,7)	-
Geschlecht		
Frauen	76,2 (73,5-78,7) ^b	-
65-79 Jahre	78,2 (74,5-81,4) ^b	-
80+ Jahre	71,9 (67,6-75,8) ^b	-
Männer	81,3 (78,6-83,7) ^b	-
65-79 Jahre	83,8 (80,1-86,8)^b	-
80+ Jahre	74,4 (70,5-78,1)^b	-
Soziale Lage		
Bildungsniveau		
Niedrig	77,4 (74,8-79,9)	-
Mittel	76,0 (71,9-79,8)	-
Hoch	87,5 (84,3-90,1)	-
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	-	-
Mittel	-	-
Hoch	-	-
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	77,8 (73,6-81,6) ^b	-
Nein	78,7 (76,4-80,9) ^b	-
Wohnregion		
Nord	81,9 (78,4-85,0) ^b	-
Ost	77,8 (73,6-81,6) ^b	-
Süd	78,4 (74,3-82,1) ^b	-
West	77,5 (73,7-80,8) ^b	-
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	79,5 (73,8-84,3)	-
Kleinstädtisch	80,3 (76,6-83,5)	-
Mittelstädtisch	78,1 (74,6-81,2)	-
Großstädtisch	76,0 (72,1-79,4)	-

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI, ^a ohne Angaben aus Proxy-Befragungen, ^b zitiert nach Gaertner et al. 2023.

4 Ergebnisdarstellung zur Teilhabe

4.1 Häufigkeit von Teilhabe (in den letzten 4 Wochen)

In Tabelle 22 ist die Ausübung von sechs verschiedenen Aktivitäten im letzten Monat im persönlichen Kontakt beziehungsweise über das Internet nach Geschlecht dargestellt, die in der Studie Gesundheit 65+ erfragt wurden. Insgesamt hatten 90,6 Prozent der Frauen und 88,4 Prozent der Männer in diesem Zeitraum persönlichen Kontakt zu Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten. Alle anderen Aktivitäten wurden deutlich seltener ausgeübt; insbesondere über das Internet. Es fanden sich dabei Geschlechtsunterschiede sowohl für die persönliche beziehungsweise online Ausübung von bezahlter Arbeit oder eines Ehrenamtes. Männer taten dies häufiger als Frauen. Dies traf auch für die Teilnahme in einem Verein, Volkshochschule, Kultureinrichtungen oder ähnlichem über das Internet zu. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen hierfür keine Vergleichsdaten vor.

Tabelle 22: Prozentuale Häufigkeiten von Teilhabe anhand sechs verschiedener sozialer oder produktiver Tätigkeiten nach Geschlecht (gewichtete Analysen, Studie Gesundheit 65+)

	Geschlecht	Persönlich % (95 %-KI)	Über Internet % (95 %-KI)
... Familienangehörige, Freunde oder Bekannte, die nicht mit Ihnen zusammenwohnen, besucht oder Besuch von ihnen erhalten?	Frauen	90,6 (88,6-92,3)	11,1 (9,2-13,4)
	Männer	88,4 (86,3-90,2)	14,5 (12,4-16,9)
... an religiösen Veranstaltungen teilgenommen?	Frauen	19,5 (16,5-22,9)	4,0 (3,1-5,2)
	Männer	17,1 (14,3-20,3)	4,5 (3,4-6,0)
... an Angeboten eines Vereins, der Volkshochschule, von Kultureinrichtungen oder ähnlichem teilgenommen?	Frauen	21,6 (18,8-24,7)	1,1 (0,6-1,9)
	Männer	22,9 (19,9-26,2)	3,1 (2,2-4,3)
... bezahlte Arbeit geleistet?	Frauen	9,1 (7,3-11,2)	0,1 (0,01-0,3)
	Männer	14,6 (12,3-17,3)	1,0 (0,5-2,1)
... ein Ehrenamt ausgeübt oder sich freiwillig engagiert?	Frauen	14,2 (11,9-16,8)	1,0 (0,6-1,8)
	Männer	24,1 (21,2-27,2)	1,6 (1,1-2,5)
... Kinder betreut oder beaufsichtigt, z. B. Ihre Enkel oder Kinder von Bekannten/Nachbarn?	Frauen	28,1 (25,6-30,8)	0,4 (0,1-1,1)
	Männer	32,9 (29,7-36,2)	1,9 (0,5-1,6)

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

In einem Summenscore wurde die Anzahl aller persönlich bzw. über das Internet ausgeübten Aktivitäten im letzten Monat zusammengefasst (d. h. Range 0 bis 6 Punkte). Danach übten 5,5 Prozent der Teilnehmenden in Gesundheit 65+ keine der sechs Aktivitäten aus, 36,0 Prozent eine Aktivität, 29,7 Prozent zwei Aktivitäten, 18,5 Prozent drei Aktivitäten, 7,2 Prozent vier Aktivitäten,

2,6 Prozent fünf Aktivitäten und 0,5 Prozent alle sechs Aktivitäten. Im Durchschnitt wurden zwei Aktivitäten ausgeübt (Tabelle 23). Bezüglich der durchschnittlichen Anzahl ausgeübter Aktivitäten fanden sich Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region. Die Anzahl war für hochaltrige Personen, Frauen, diejenigen mit niedrigem Bildungsniveau, in Ostdeutschland und in Großstädten geringer als für 65- bis 79-Jährige, Männer, diejenigen mit höherem Bildungsniveau, in Westdeutschland und in ländlichen beziehungsweise kleinstädtischen Gemeinden. Bezüglich des Zeitpunkts der Befragung und der pandemischen Lage fand sich kein Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl der ausgeübten Aktivitäten.

Tabelle 23: Mittlere Anzahl von persönlich oder über das Internet ausgeübter Aktivitäten (Range 0 – 6) (gewichtete Analysen, n=3.649, Studie Gesundheit 65+)

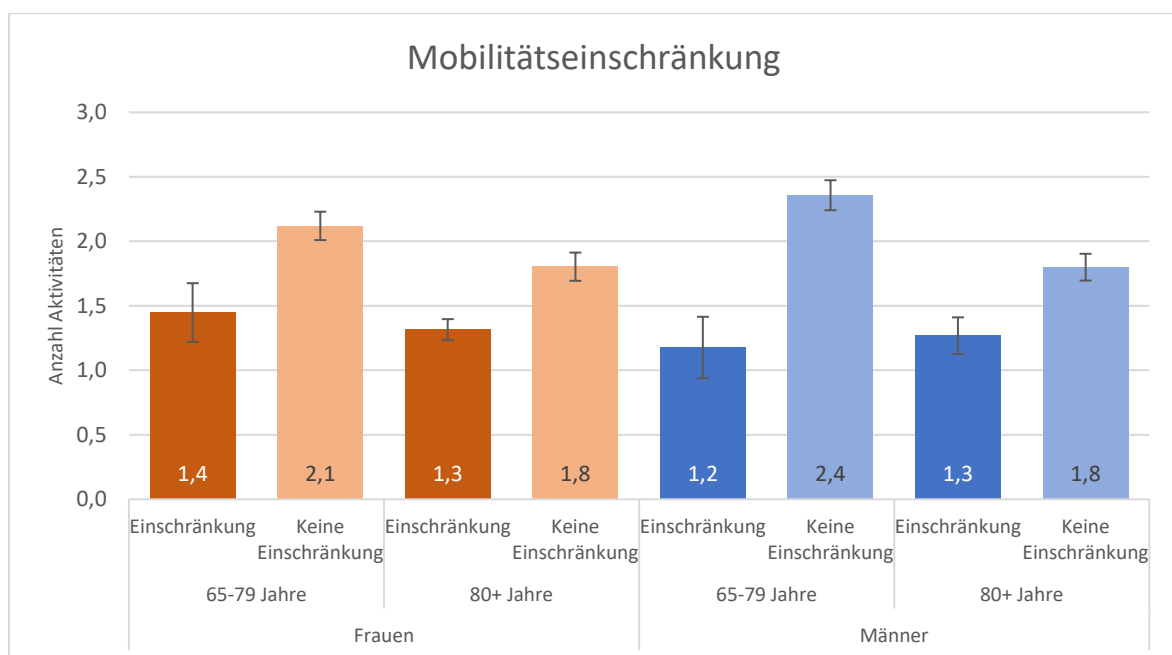
	Mittelwert	95 %-KI
Gesamt	2,0	1,9-2,0
Altersgruppe		
65-79 Jahre	2,1	2,1-2,2
80+ Jahre	1,6	1,5-1,6
Geschlecht		
Frauen	1,9	1,8-1,9
65-79 Jahre	2,0	1,9-2,1
80+ Jahre	1,6	1,5-1,6
Männer	2,1	2,0-2,2
65-79 Jahre	2,2	2,1-2,3
80+ Jahre	1,6	1,5-1,7
Soziale Lage		
Bildung		
Niedrig	1,8	1,7-1,9
Mittel	2,0	1,9-2,1
Hoch	2,4	2,3-2,5
Regionale Aspekte		
Ostdeutschland (inkl. Berlin)		
Ja	1,8	1,7-1,9
Nein	2,0	1,9-2,1
Politische Gemeindegrößenklassen		
Ländlich	2,1	2,0-2,2
Kleinstädtisch	2,0	1,9-2,1
Mittelstädtisch	2,0	1,8-2,1
Großstädtisch	1,8	1,7-1,9
Pandemischer Zeitpunkt der Befragung		
06/2021-08/2021 (entspannt)	1,9	1,8-2,1
09/2021-11/2021 (ansteigend)	2,0	1,9-2,1
12/2021-04/2022 (kritisch)	1,9	1,8-2,0

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, fett gedruckt = signifikanter Unterschied aufgrund nicht überlappender KI.

4.2 Zusammenhänge von Gesundheit und Teilhabe

In einem nächsten Auswertungsschritt wurde der Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Einschränkungen und der Anzahl ausgeübter Aktivitäten in den letzten vier Wochen betrachtet. Exemplarisch ist in Abbildung 1 der Zusammenhang von schwerwiegenden Mobilitätseinschränkungen und der Ausübung von Aktivitäten nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Menschen mit schwerwiegenden Mobilitätseinschränkungen übten weniger Aktivitäten aus als diejenigen ohne diese Einschränkung. Männer im Alter von 65 bis 79 Jahren ohne Mobilitätseinschränkung waren mit durchschnittlich 2,4 Aktivitäten am meisten und Männer in derselben Altersgruppe mit schwerwiegenden Mobilitätseinschränkung mit durchschnittlich 1,2 Aktivitäten am seltensten aktiv.

Abbildung 1: Zusammenhang von persönlich oder über das Internet ausgeübter Aktivitäten und schwerwiegenden Mobilitätseinschränkungen nach Alter und Geschlecht (Range 0 bis 6)



Quelle: Studie Gesundheit 65+, n = 3.590; gewichtete Anzahlen und 95 Prozent-Konfidenzintervalle.

In univariaten linearen Regressionsanalysen (Ergebnisse nicht dargestellt) waren alle in den Kapiteln 3.1 bis Kapitel 3.4. betrachteten Gesundheitsindikatoren negativ mit der Anzahl ausgeübter Aktivitäten assoziiert. D. h. beim Vorliegen einer gesundheitlichen Einschränkung beziehungsweise Problems wurden signifikant weniger Aktivitäten ausgeübt, als wenn diese gesundheitliche Einschränkung beziehungsweise das Problem nicht vorlag.

Diese Analysen wurden unter Kontrolle der Altersgruppe, des Geschlechts, der Interaktion aus Altersgruppe und Geschlecht, des Bildungsniveaus, eines Wohnorts in Ostdeutschland (inkl. Berlin) und des pandemischen Zeitpunkts der Befragung wiederholt. Die Ergebnisse der einzelnen linearen Regression sind in Tabelle 24 dargestellt und bestätigten weitestgehend die univariaten Analysen. Nur für drei Gesundheitsindikatoren, nämlich subjektive Gedächtnisverschlechterung, Harn- und Stuhlinkontinenz, fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge in den adjustierten Regressionsmodellen. Alle Gesundheitsindikatoren mit einem t-Wert kleiner -5,00 waren in geschlechtsgetrennten Analysen sowohl für Frauen als auch für Männer bedeutsam. Das betraf den selbstberichteten Gesundheitszustand, schwerwiegende Seheinschränkungen, schwerwiegende

Mobilitätseinschränkungen, Einschränkungen in basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten, Atemnot, chronische Krankheit und Energiemangel.

Tabelle 24: Zusammenhänge zwischen Gesundheitsindikatoren und der Anzahl persönlich oder über das Internet ausgeübter Aktivitäten gemäß einzelner linearer Regressionsanalysen^a (gewichtete Analysen; Studie Gesundheit 65+)

Gesundheitsindikator	n	Koeffizient	Standard- fehler Koeffizient	t	p
Mittelmäßiger, schlechter, sehr schlechter selbstberichteter Gesundheitszustand (Ref.: sehr guter, guter Gesundheitszustand)	3.557	-0,38	0,05	-7,61	<0,001
Schwerwiegende Seheinschränkungen (Ref.: nein)	3.522	-0,40	0,07	-5,28	<0,001
Schwerwiegende Höreinschränkungen (Ref.: nein)	3.457	-0,27	0,06	-4,39	<0,001
Schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen (Ref.: nein)	3.549	-0,65	0,05	-12,08	<0,001
Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten (Ref.: nein)	3.530	-0,56	0,07	-8,28	<0,001
Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten (Ref.: nein)	3.549	-0,61	0,05	-11,59	<0,001
Mehrfachstürze (in den letzten 12 Monaten) (Ref.: nein)	3.510	-0,23	0,07	-3,32	0,001
Subjektive Gedächtnisverschlechterung (Ref.: nein)	3.456	-0,08	0,06	-1,44	0,153
Harninkontinenz (in den letzten 12 Monaten) (Ref.: nein)	3.552	-0,12	0,06	-1,95	0,053
Stuhlinkontinenz (in den letzten 4 Wochen) (Ref.: nein)	3.552	-0,16	0,09	-1,70	0,092
Schwerwiegende Einschränkungen beim Kauen und Beißen (Ref.: nein)	3.568	-0,38	0,08	-4,66	<0,001
Schwindel (in den letzten 12 Monaten) (Ref.: nein)	3.543	-0,18	0,05	-3,50	0,001
Atemnot (Ref.: nein)	3.456	-0,53	0,06	-8,57	<0,001
Chronische Krankheit (Ref.: nein)	3.529	-0,28	0,06	-5,03	<0,001
Multimorbidität (in den letzten 12 Monaten) (Ref.: keine)	3.539	-0,16	0,06	-2,59	0,011
Ungewollter Gewichtsverlust (in den letzten 12 Monaten) (Ref.: nein)	3.454	-0,39	0,11	-3,71	<0,001
Energiemangel (in den letzten 4 Wochen) (Ref.: nein)	3.514	-0,53	0,06	-8,86	<0,001

Anmerkungen: Ref. = Referenzkategorie, ^akontrolliert für Altersgruppe, Geschlecht, Altersgruppe*Geschlecht, Bildungsniveau, Ostdeutschland (inkl. Berlin) und pandemischer Zeitpunkt der Befragung.

5 Kommentierte Zusammenfassung

Mit der Studie Gesundheit 65+ liegt erstmals eine bundesweite Befragungs- und Untersuchungsstudie vor, die im Zeitraum von Juni 2021 bis April 2022, also während der COVID-19-Pandemie, durchgeführt wurde und zum Ziel hatte, hochaltrige und gesundheitlich eingeschränkte Personen einzuschließen. Aus diesem Grund waren in der Studie auch Teilnahmemöglichkeiten für Personen in Pflegeheimen und mit eingeschränkter Befragungs- und Einwilligungsfähigkeit vorgesehen. Im Zeitraum 2019 bis 2020 wurde die Studie GEDA 2019/2020-EHIS als bundesweite Gesundheitsbefragungsstudie ohne obere Altersgrenze mittels telefonischer Interviews durchgeführt. Primäres Ziel dieser Studie war eine harmonisierte Befragung zu Vergleichszwecken innerhalb der Europäischen Union, was bedeutet, dass, auch wenn hochaltrige Personen in Privathaushalten eingeschlossen waren, für diese Personengruppe bei gesundheitlichen Einschränkungen keine Teilnahmemöglichkeiten über das telefonische Interview hinaus angeboten wurden (Allen et al. 2021). Aus diesem Grund werden den Ergebnissen aus Gesundheit 65+ für die Gesundheitsberichterstattung für Deutschland eine höhere Bedeutung in Bezug auf die Darstellung der gesundheitlichen Lage hochaltriger Personen beigemessen, zumal diese Studie Aussagen zu allen für diese Expertise ausgewählten 18 Gesundheitsindikatoren machen kann. Aus GEDA 2019/2020-EHIS liegen für zehn der 18 Indikatoren Vergleichsdaten vor.

Insgesamt schätzte ca. jede zweite Person in Gesundheit 65+ und GEDA 2019/2020-EHIS ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Darüber hinaus waren 78,5 Prozent der Teilnehmenden in Gesundheit 65+ mit ihrem Leben sehr zufrieden. Im Gegensatz zu dieser positiven Selbstwahrnehmung älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland zeigten sich jedoch in beiden Studien zahlreiche gesundheitliche Einschränkungen. Die Reihenfolge der meist genannten gesundheitlichen Probleme oder Einschränkungen in Gesundheit 65+ waren das Vorliegen einer chronischen Krankheit (66,9 Prozent), Multimorbidität (65,2 Prozent), Schwindel (27,7 Prozent), Harninkontinenz (27,5 Prozent), subjektive Gedächtnisverschlechterung (27,3 Prozent), schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen (20,8 Prozent) und Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten (20,3 Prozent). Am seltensten wurden schwerwiegende Einschränkungen beim Kauen und Beißen (5,6 Prozent), schwerwiegende Seheinschränkungen (5,3 Prozent) und ungewollter Gewichtsverlust (5,2 Prozent) berichtet. Die Rangfolge der in GEDA 2019/2020-EHIS ebenfalls erhobenen Indikatoren war mit der Ausnahme schwerwiegende Höreinschränkungen identisch.

Es fanden sich für alle Indikatoren in beiden Studien deutliche Alterseffekte. Personen ab 80 Jahren waren häufiger von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen betroffen als Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren. Abgesehen von höheren Prävalenzen für das Vorliegen mindestens einer chronischen Krankheit oder Multimorbidität bei hochaltrigen Personen, fanden sich in Gesundheit 65+ bei Personen ab 80 Jahren hohe Prävalenzen für Harninkontinenz (43,1 Prozent), schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen (42,8 Prozent), Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten (41,1 Prozent) und Schwindel (40,5 Prozent). Die Prävalenzen lagen für diese Altersgruppe oftmals um ein Vielfaches höher als bei denjenigen in der jüngeren Altersgruppe. Das galt insbesondere für schwerwiegende Seheinschränkungen (11,9 Prozent vs. 2,2 Prozent) und Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten (22,5 Prozent vs. 3,8 Prozent) mit 6-fach höheren Prävalenzen in der älteren Altersgruppe im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe.

In Gesundheit 65+ fanden sich für elf der 18 Indikatoren Geschlechtsunterschiede zu Ungunsten der Frauen. Frauen waren häufiger als Männer von schwerwiegenden Seheinschränkungen, schwerwiegenden Mobilitätseinschränkungen, Einschränkungen in basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten, Mehrfachstürzen, Harn- und Stuhlinkontinenz, Schwindel, atemnotbedingten Bewegungseinschränkungen und Multimorbidität betroffen. Diese gesundheitliche Benachteiligung

galt insbesondere für hochaltrige Frauen, die gegenüber jüngeren und hochaltrigen Männern und jüngeren Frauen besonders häufig von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen berichteten. Männer gaben hingegen häufiger eine gute und sehr gute Gesundheit als Frauen an (56,8 Prozent vs. 48,3 Prozent). Obwohl die Ergebnisse in GEDA 2019/2020-EHIS fast immer gleichläufig waren, waren die Geschlechtsunterschiede in dieser Studie nicht immer bedeutsam.

Bezüglich der Gesundheit älterer Menschen in Deutschland ist ein deutlicher Sozialgradient evident. Bei 14 der 18 Indikatoren fand sich bei den Teilnehmenden von Gesundheit 65+ bei denjenigen mit einem niedrigen und zu Teilen auch für diejenigen mit einem mittleren Bildungsniveau eine ungünstigere gesundheitliche Lage im Vergleich zu Personen mit einem hohen Bildungsniveau. So schätzten nur 44,9 Prozent derjenigen mit niedrigem Bildungsniveau ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein im Vergleich zu Personen mit mittlerem (56,2 Prozent) und hohem Bildungsniveau (70,1 Prozent). Auch hier waren die Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS bezüglich der Unterschiede nach Bildungsniveau fast immer gleichläufig und fanden sich dann entsprechend auch für Unterschiede nach sozioökonomischen Status.

Für ältere Menschen in Deutschland fanden sich primär in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS einige regionale Unterschiede. In GEDA 2019/2020-EHIS schätzten Menschen in Ostdeutschland ihre Gesundheit seltener als gut oder sehr gut ein (45,0 Prozent vs. 55,6 Prozent) und berichteten häufiger schwerwiegende Einschränkungen des Kauens und Beißens (9,0 Prozent vs. 5,6 Prozent) als Menschen in Westdeutschland. Darüber hinaus berichteten ältere Menschen in Ostdeutschland in beiden Studien häufiger über das Vorliegen einer chronischen Krankheit als diejenigen in Westdeutschland. Zudem deuten Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS auf eine bessere gesundheitliche Lage älterer Menschen in der südlichen Wohnregion Deutschlands (d. h. in Bayern und Baden-Württemberg) im Vergleich zu den westlichen Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland. So fanden sich in dieser Studie höhere Prävalenzen im Westen für schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen, Einschränkungen in instrumentellen Alltagsaktivitäten, chronische Krankheit und Multimorbidität im Vergleich zum Süden. Dieser Zusammenhang zeigte sich in der Studie Gesundheit 65+ nur für schwerwiegende Einschränkungen des Sehens und basale Alltagsaktivitäten. Unterschiede nach politischer Gemeindegrößenklasse spielten in Gesundheit 65+ mit Ausnahme der schwerwiegenden Höreinschränkungen keine Rolle. In GEDA 2019/2020-EHIS fanden sich mitunter Unterschiede nach Gemeindegrößenklasse mit einer besseren gesundheitlichen Lage in ländlichen Gemeinden insbesondere im Vergleich zu Großstädten (z. B. Einschränkungen in basalen und instrumentellen Alltagseinschränkungen). Diese regionalen Unterschiede sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. In GEDA 2019/2020-EHIS wohnten nur 7,5 Prozent der Teilnehmenden in ländliche Gemeinden; im Vergleich lag dieser Anteil in Gesundheit 65+ bei 14,0 Prozent. Damit war diesbezüglich der Stichprobenumfang in GEDA 2019/2020-EHIS verhältnismäßig gering und könnte verzerrt gewesen sein. Es könnten hier in ländlichen Gemeinden eventuell eher gesündere und aktivere ältere Menschen für die Teilnahme an einem telefonischen Interview erreicht worden sein. Sicherlich könnten solche Unterschiede zwischen ländlichen und großstädtischen Gemeinden auch durch ein verringertes oder fehlendes Angebot an pflegerischer Unterstützung in Dörfern und kleinen Gemeinden zustande gekommen sein, so dass pflegebedürftige ältere Menschen dort seltener als in Großstädten in ihren Gemeinden bleiben können. Ähnliches gilt für die Zusammensetzung der GEDA 2019/2020-EHIS Stichprobe nach den vier Regionen. Hier wurden anscheinend ältere Personen in westlichen Bundesländern wesentlich besser für ein telefonisches Interview als in südlichen Bundesländern erreicht, was zu Selektionseffekten nach gesundheitlicher Lage beigetragen haben könnte. Hierzu bedarf es vertiefender methodischer Analysen, die derzeit noch ausstehen.

Auch wenn die Zusammenhänge der Prävalenzen nach Alter, Geschlecht und Bildung in beiden Studien gleichläufig sind, zeigt sich, dass insbesondere die hochaltrigen Teilnehmenden der Studie Gesundheit 65+ ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter beurteilen als diejenigen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Auch hierfür können surveymethodische Unterschiede ursächlich sein. Wie bereits erwähnt, ist eine vertiefte Methodenstudie dazu derzeit noch ausstehend. Aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns und einer besseren Einbindung von gesundheitlich eingeschränkten Personen in Gesundheit 65+ im Vergleich zu GEDA 2019/2020-EHIS ist es jedoch nicht überraschend, dass die Prävalenzen auch bei identischen Messinstrumenten in Gesundheit 65+ höher liegen.

In Gesundheit 65+ standen für eine Analyse zu den Zusammenhängen von gesundheitlichen Einschränkungen und Problemen Angaben zur Ausübung von sechs verschiedenen sozialen und produktiven Aktivitäten in den letzten vier Wochen zur Verfügung. Es wurde dabei zwischen der Ausübung der Aktivitäten in einem persönlichen Kontakt und über das Internet unterschieden. Dies erschien in Bezug auf den Befragungszeitraum zwischen Juni 2021 und April 2022 und einer sich kontinuierlich verändernden pandemischen Lage aufgrund der SARS-CoV-2-Variante Omikron bedeutsam. Es zeigte sich jedoch, dass die Ausübung von Aktivitäten über das Internet nur eine geringfügige Bedeutung hatte und vor allen für Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden und Bekannten genutzt wurde (11,1 Prozent bei den Frauen, 14,5 Prozent bei den Männern). Auch im persönlichen Kontakt war dies die am häufigsten benannte Aktivität: 90,6 Prozent der Frauen und 88,4 Prozent der Männer hatten in den letzten vier Wochen einen persönlichen Kontakt zu Familienangehörigen, Freunden und Bekannten. Unabhängig von der Ausübungsart (persönlich/Internet) hatten die älteren Personen durchschnittlich zwei verschiedene Aktivitäten ausgeübt, wobei hochaltrige Personen, Frauen, Personen mit niedrigem Bildungsniveau, in Ostdeutschland und in Großstädten weniger Aktivitäten als die entsprechende Vergleichsgruppe berichteten. Es fand sich jedoch kein Einfluss der pandemischen Lage auf die Anzahl der ausgeübten Aktivitäten. Regressionsanalysen zur gesundheitlichen Lage anhand von 17 Indikatoren und der Anzahl ausgeübter Aktivitäten zeigten einen deutlichen negativen Zusammenhang: beim Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen oder Problemen wurden weniger Aktivitäten ausgeübt. Das galt unter Kontrolle der Altersgruppe, des Geschlechts, der Interaktion aus Altersgruppe und Geschlecht, des Bildungsniveaus, eines Wohnorts in Ostdeutschland (inkl. Berlin) und des pandemischen Zeitpunkts der Befragung insgesamt für 15 Indikatoren. Nach diesen Daten scheint es zwingend notwendig Angebote für ältere Menschen anzubieten, die eine Teilhabe an Aktivitäten auch bei gesundheitlichen Einschränkungen und Problemen ermöglicht.

6 Literaturverzeichnis

- Allen, J., Born, S., Damerow, S., Kuhnert, R., Lemcke, J., Müller, A., Weihrauch, T. & Wetzstein, M. (2021): Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. 6 (3). S. 72-87. doi: 10.25646/8558.
- Bestall, J. C., Paul, E. A., Garrod, R., Garnham, R., Jones, P. W. & Wedzicha, J. A. (1999): Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 54 (7). S. 581-586. doi: 10.1136/thx.54.7.581.
- Brauns, H. & Steinmann, S. (1999): Educational reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN educational classification. *ZUMA Nachrichten*, 23 (44). S. 7-44. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-208169>.
- Cox, B., van Oyen, H., Cambois, E., Jagger, C., le Roy, S., Robine, J. M. & Romieu, I. (2009): The reliability of the Minimum European Health Module. *International Journal of Public Health*, 54 (2). S. 55-60. doi: 10.1007/s00038-009-7104-y.
- Dahan-Oliel, N., Gelinas, I. & Mazer, B. (2008): Social participation in the elderly: What does the literature tell us? *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 20 (2). S. 159-176. doi: 10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v20.i2.40.
- Eurostat (2018): *European health interview survey (EHIS wave 3) methodological manual*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2785/020714.
- Freedman, V. A., Kasper, J. D., Cornman, J. C., Agree, E. M., Bandeen-Roche, K., Mor, V., Spillman, B. C., Wallace, R. & Wolf, D. A. (2011): Validation of new measures of disability and functioning in the national health and aging trends study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 66 (9). S. 1013-1021. doi: 10.1093/gerona/66.9.1013.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A. & Cardiovascular Health Study Collaborative Research, G. (2001): Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56 (3). S. M146-M156. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
- Fuchs, J., Gaertner, B., Perlitz, H., Kuttig, T., Klingner, A., Baumert, J., Huther, A., Kuhnert, R., Wolff, J., Scheidt-Nave, C. & study group, G. (2023): Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung. *Journal of Health Monitoring*, 8 (3). S. 60-90. doi: 10.25646/11666.
- Gaertner, B., Lüdtke, D., Koschollek, C., Grube, M., Baumert, J., Scheidt-Nave, C., Gößwald, A., Fuchs, J. & Wetzstein, M. (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 Methods: Insights from the Field*. doi: 10.13094/SMIF-2019-00016.
- Gaertner, B., Scheidt-Nave, C., Koschollek, C. & Fuchs, J. (2023): Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. *Journal of Health Monitoring*, 8 (3). S. 7-29. doi: 10.25646/11564.
- Grube, M. M., Scheidt-Nave, C., Gaertner, B., Lüdtke, D., Bosnjak, M., Heinrich, S., Lahmann, N., Meyer, G., Rapp, K., Riedel-Heller, S., Schäufele, M., Wolf-Ostermann, K., Zank, S. & Fuchs, J. (2019): Public Health Monitoring 65+ in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. *Journal of Health Monitoring*, 4 (2). S. 93-109. doi: 10.25646/5984.
- Ho, I. S. S., Azcoaga-Lorenzo, A., Akbari, A., Davies, J., Khunti, K., Kadam, U. T., Lyons, R. A., McCowan, C., Mercer, S. W., Nirantharakumar, K., Staniszewska, S. & Guthrie, B. (2022): Measuring multimorbidity in research: Delphi consensus study. *BMJ Medicine*, 1 (1). S. e000247. doi: 10.1136/bmjmed-2022-000247.
- Howrey, B. T. & Hand, C. L. (2019): Measuring social participation in the health and retirement study. *The Gerontologist*, 59 (5). S. e415-e423. doi: 10.1093/geront/gny094.
- James, B. D., Boyle, P. A., Buchman, A. S. & Bennett, D. A. (2011): Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology*

- Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 66 (4). S. 467-473. doi: 10.1093/gerona/glq231.
- Jessen, F., Wiese, B., Cvetanovska, G., Fuchs, A., Kaduszkiewicz, H., Kolsch, H., Luck, T., Mosch, E., Pentzek, M., Riedel-Heller, S. G., Werle, J., Weyerer, S., Zimmermann, T., Maier, W. & Bickel, H. (2007): Patterns of subjective memory impairment in the elderly: Association with memory performance. *Psychological Medicine*, 37 (12). S. 1753-1762. doi: 10.1017/S0033291707001122.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963): Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185 (12). S. 914-919. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016.
- Lamb, S. E., Jorstad-Stein, E. C., Hauer, K., Becker, C., Prevention of Falls Network, E. & Outcomes Consensus, G. (2005): Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: The prevention of falls network Europe consensus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (9). S. 1618-1622. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53455.x.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9 (3). S. 179-186. Online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5349366>.
- Lechert, Y., Schroedter, J. H. & Lüttinger, P. (2006): *Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976-2004*. ZUMA-Methodenbericht. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen - ZUMA.
- Leopoldina (2023): *Chronik der Coronavirus-Pandemie*: Leopoldina (https://www.leopoldina.org/fileadmin/redaktion/Presse/Nachrichten/2023_Leopoldina_Chronik_der_Coronavirus-Pandemie.pdf [Zugriff am 30.08.]).
- Matsuyama, S., Murakami, Y., Lu, Y., Sone, T., Sugawara, Y. & Tsuji, I. (2022): Association between social participation and disability-free Life expectancy in Japanese older people: The Ohsaki Cohort 2006 study. *Journal of Epidemiology*, 32 (10). S. 456-463. doi: 10.2188/jea.JE20200574.
- National Health and Aging Trends Study (NHATS) (2015): *Round 5 Data Collection Instrument Sections: Mobility*. Funded by the National Institute on Aging.
- Onishi, J., Masuda, Y., Suzuki, Y., Gotoh, T., Kawamura, T. & Iguchi, A. (2006): The pleasurable recreational activities among community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43 (2). S. 147-155. doi: 10.1016/j.archger.2005.10.003.
- Richter, D., Metzger, M., Weinhardt, M. & Schupp, J. (2013): *SOEP Scales Manual*. SOEP Survey Papers 138: Series C. Berlin: DIW/SOEP.
- Robine, J. M., Jagger, C. & Euro, R. G. (2003): Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: The Euro-REVES 2 project. *European Journal of Public Health*, 13 (3). S. 6-14. doi: 10.1093/eurpub/13.suppl_1.6.
- Statistisches Bundesamt (2023): *Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html> [Zugriff am 2023]).
- Szanton, S. L., Roberts, L., Leff, B., Walker, J. L., Seplaki, C. L., Soones, T., Thorpe, R. J., Jr. & Ornstein, K. A. (2016): Home but still engaged: Participation in social activities among the homebound. *Quality of Life Research*, 25 (8). S. 1913-1920. doi: 10.1007/s11136-016-1245-2.

- Vogelmeier, C., Buhl, R., Burghuber, O., Criege, C. P., Ewig, S., Godnic-Cvar, J., Hartl, S., Herth, F., Kardos, P., Kenn, K., Nowak, D., Rabe, K. F., Studnicka, M., Watz, H., Welte, T., Windisch, W., Worth, H., unter Mitwirkung der folgenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. & Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (2018): Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). *Pneumologie*, 72 (4). S. 253-308. doi: 10.1055/s-0043-125031.
- Wang, X., Strobl, R., Holle, R., Seidl, H., Peters, A. & Grill, E. (2019): Vertigo and dizziness cause considerable more health care resource use and costs: Results from the KORA FF4 study. *Journal of Neurology*, 266 (9). S. 2120-2128. doi: 10.1007/s00415-019-09386-x.
- Ware, J., Jr., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996): A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34 (3). S. 220-233. doi: 10.1097/00005650-199603000-00003.
- WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2020a): *Constitution of the World Health Organization Basic Documents*, Forty-ninth edition. S. 1-19. (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf) Genf: WHO.
- WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2020b): *Decade of healthy ageing (2021-2030): Baseline report*. (<https://www.paho.org/en/documents/decade-healthy-ageing-baseline-report-summary>) Genf: WHO.
- Wirtz, M. A., Morfeld, M., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2018): Normierung des SF-12 Version 2.0 zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 64 (4). S. 215-226. doi: 10.1026/0012-1924/a000205.
- Zhang, W., Tsuji, T., Yokoyama, M., Ide, K., Aida, J., Kawachi, I. & Kondo, K. (2021): Increased frequency of participation in civic associations and reduced depressive symptoms: Prospective study of older Japanese survivors of the Great Eastern Japan Earthquake. *Social Science & Medicine*, 276. S. 113827. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113827.
- Zhang, Y., Luo, A., Hou, L., Chen, S., Zhang, W., Schwartz, A. & Clouston, S. A. P. (2023): Crisis response during the COVID-19 pandemic: Changes in social contact and social participation of older Americans. *PLoS One*, 18 (7). S. e0284935. doi: 10.1371/journal.pone.0284935.

Anhang

Tabelle 1 Zusammenfassende Darstellung der Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren nach Soziodemografie (gewichtete Analysen)

	total	Alter in Jahren		Geschlecht		Frauen		Männer		Bildungsniveau			Sozioökonomischer Status		
		65-79	80+	Frau- en	Män- ner	65-69	80+ J.	65-69	80+ J.	Nied- rig	Mittel	Hoch	Nied- rig	Mittel	Hoch
		G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)
Körperliche Gesundheit und Funktionsfähigkeiten															
(Sehr) gute subjektive Gesundheit	52,0 (53,3)	60,0 (56,4)	35,4 (46,4)	48,3 (51,2)	56,8 (56,0)	57,8 (55,7)	31,0 (42,4)	62,5 (57,2)	42,4 (52,7)	44,9 (46,1)	56,2 (58,1)	70,1 (68,1)	- (41,8)	- (53,4)	- (68,3)
Schwerwiegende Seheinschränkungen	5,3 (3,4)	2,2 (2,1)	11,9 (6,4)	6,9 (4,0)	3,4 (2,7)	2,6 (1,8)	14,6 (8,4)	1,8 (2,6)	7,5 (3,1)	6,6 (3,7)	4,9 (3,4)	1,7 (2,6)	- (4,4)	- (3,3)	- (2,6)
Schwerwiegende Höreinschränkungen	17,0 (8,1)	10,9 (29,6)	5,9 (12,9)	15,1 (7,5)	19,4 (8,9)	7,1 (4,9)	29,4 (12,6)	15,2 (7,2)	30,0 (13,5)	18,7 (9,3)	15,8 (6,9)	13,6 (6,5)	- (11,4)	- (7,3)	- (6,7)
Schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen	20,8 (18,0)	10,2 (12,1)	42,8 (31,3)	24,4 (21,5)	16,1 (13,5)	10,3 (13,6)	49,9 (37,1)	10,1 (10,3)	31,2 (22,1)	27,1 (22,3)	15,2 (15,1)	8,9 (8,5)	- (22,9)	- (18,5)	- (8,9)
Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten	9,8 (6,6)	3,8 (4,4)	22,5 (11,6)	11,4 (7,7)	7,8 (5,2)	2,9 (4,8)	27,0 (13,3)	4,9 (3,8)	15,3 (9,0)	13,4 (8,3)	7,1 (5,0)	2,7 (3,1)	- (8,8)	- (6,7)	- (2,7)
Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten	20,3 (16,2)	10,3 (10,1)	41,4 (30,1)	23,9 (19,9)	15,8 (11,5)	10,1 (11,9)	48,7 (35,9)	10,4 (7,9)	29,7 (20,9)	26,6 (19,0)	15,0 (14,8)	8,1 (8,6)	- (19,6)	- (16,7)	- (9,2)
Mehrfachstürze (in den letzten 12 Monaten)	12,9 (10,4)	8,0 (8,3)	23,3 (15,2)	14,8 (11,0)	10,5 (9,6)	8,6 (9,1)	26,0 (14,9)	7,2 (7,3)	19,0 (15,6)	14,5 (11,4)	12,1 (9,4)	9,2 (8,7)	- (13,2)	- (9,6)	- (9,3)
Subjektive Gedächtnisverschlechterung*	27,3 (-)	25,2 (-)	32,4 (-)	27,2 (-)	27,4 (-)	25,0 (-)	32,2 (-)	25,6 (-)	32,7 (-)	28,3 (-)	26,4 (-)	26,8 (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Harninkontinenz (i. d. letzten 12 Monaten)	27,5 (20,1)	20,1 (15,2)	43,1 (31,2)	31,4 (23,7)	22,6 (15,5)	21,9 (17,3)	48,4 (36,5)	18,0 (12,7)	34,5 (22,9)	30,7 (25,4)	24,5 (15,1)	21,9 (12,4)	- (29,3)	- (19,0)	- (11,9)
Stuhlinkontinenz (i. d. letzten 4 Wochen)	9,6 (-)	6,0 (-)	17,1 (-)	12,1 (-)	6,4 (-)	7,9 (-)	19,7 (-)	3,8 (-)	12,9 (-)	11,4 (-)	8,0 (-)	6,2 (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Schwerwiegende Einschränkungen bei Kauen und Beißen	5,6 (6,3)	3,1 (4,8)	10,7 (9,9)	6,1 (6,3)	4,9 (6,4)	2,4 (3,9)	12,7 (11,0)	3,9 (5,7)	7,5 (8,1)	6,8 (8,4)	5,3 (4,5)	2,0 (3,1)	- (10,0)	- (6,0)	- (2,6)

	total	Alter in Jahren		Geschlecht		Frauen		Männer		Bildungsniveau			Sozioökonomischer Status		
		65-79	80+	Frau- en	Män- ner	65-69	80+ J.	65-69	80+ J.	Nied- rig	Mittel	Hoch	Nied- rig	Mittel	Hoch
		G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)
Schwindel (in den letzten 12 Monaten)	27,7 (-)	21,6 (-)	40,5 (-)	30,6 (-)	24,0 (-)	23,8 (-)	43,1 (-)	19,1 (-)	36,4 (-)	31,7 (-)	24,3 (-)	21,6 (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Atemnot	14,1 (-)	8,8 (-)	25,7 (-)	16,4 (-)	11,2 (-)	9,4 (-)	29,7 (-)	8,1 (-)	19,4 (-)	17,8 (-)	11,6 (-)	4,7 (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Chronische Krankheit															
Chronische Krankheit (Einzelitem)	66,9 (62,5)	64,6 (62,8)	71,7 (61,9)	67,1 (61,6)	66,6 (63,7)	63,6 (61,6)	73,5 (61,6)	65,7 (64,1)	68,9 (62,5)	66,5 (63,6)	69,3 (61,6)	63,6 (61,4)	- (62,8)	- (63,3)	- (59,7)
Multimorbidität															
≥2 von 9 Erkrankungen (in den letzten 12 Monaten)	65,2 (60,2)	61,7 (57,9)	72,5 (65,3)	68,2 (61,7)	61,5 (58,3)	63,3 (59,2)	76,9 (66,5)	60,0 (56,4)	65,2 (63,3)	68,7 (64,4)	62,2 (57,0)	60,6 (51,8)	- (64,3)	- (61,0)	- (50,9)
Aspekte von Gebrechlichkeit															
Ungewollter Gewichtsverlust (i. d. letzten 12 Monaten)	5,2 (-)	3,8 (-)	8,4 (-)	5,7 (-)	4,6 (-)	3,0 (-)	10,7 (-)	4,7 (-)	4,6 (-)	5,9 (-)	5,2 (-)	2,9 (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Energiemangel (i. d. letzten 4 Wochen)	18,3 (-)	13,2 (-)	28,9 (-)	19,9 (-)	16,2 (-)	13,7 (-)	31,4 (-)	12,6 (-)	25,0 (-)	21,6 (-)	16,8 (-)	9,0 (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Lebenszufriedenheit															
(Sehr) hohe Lebenszufriedenheit*	78,5 (-)	80,8 (-)	73,0 (-)	76,2 (-)	81,3 (-)	78,2 (-)	71,9 (-)	83,8 (-)	74,4 (-)	77,4 (-)	76,0 (-)	87,5 (-)	- (-)	- (-)	- (-)

Anmerkungen: G65 = Gesundheit 65+, G = GEDA 2019/2020-EHIS, fett gedruckt = signifikanter Gruppenunterschied aufgrund nicht überlappender KI, * = keine Proxyangaben berücksichtigt.

Anhang Tabelle 2 Zusammenfassende Darstellung der Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren nach regionalen Aspekten (gewichtete Analysen)

	Ostdeutschland (inkl. Berlin)		Wohnregion				Politische Gemeindegrößenklassen			
	Ja	Nein	Nord	Ost	Süd	West	Ländlich	Klein- städtisch	Mittel- städtisch	Groß- städtisch
	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)
Körperliche Gesundheit und Funktionsfähigkeiten										
(Sehr) gute subjektive Gesundheit	49,3 (45,0)	52,8 (55,6)	55,8 (55,6)	49,3 (45,0)	54,3 (60,3)	50,1 (51,9)	50,5 (62,6)	52,1 (51,7)	52,1 (55,5)	52,8 (49,8)
Schwerwiegende Seheinschränkungen	4,7 (4,1)	5,5 (3,3)	4,9 (5,1)	4,7 (4,1)	3,8 (2,3)	7,2 (3,2)	5,2 (4,4)	5,3 (2,3)	5,8 (2,9)	5,2 (4,3)
Schwerwiegende Höreinschränkungen	17,5 (8,3)	16,8 (8,0)	14,0 (6,6)	17,5 (8,3)	17,4 (7,9)	17,7 (8,8)	20,3 (7,1)	17,9 (8,9)	16,1 (8,4)	14,4 (6,8)
Schwerwiegende Einschränkungen der Mobilität	21,4 (19,2)	20,6 (17,6)	17,3 (18,0)	21,4 (19,2)	19,6 (13,6)	22,9 (20,6)	19,1 (18,7)	19,1 (17,8)	23,9 (15,8)	21,2 (19,8)
Einschränkung in basalen Alltagsaktivitäten	10,9 (8,2)	9,5 (6,2)	8,9 (5,1)	10,9 (8,2)	7,4 (5,3)	11,5 (7,3)	10,5 (2,8)	10,1 (6,4)	9,0 (5,9)	9,8 (8,2)
Einschränkung in instrumentellen Alltagsaktivitäten	19,2 (15,1)	20,7 (16,5)	17,5 (15,9)	19,2 (15,1)	19,9 (12,0)	22,8 (20,3)	21,1 (10,0)	20,0 (15,7)	21,3 (15,3)	19,5 (19,1)
Mehrfachstürze (in den letzten 12 Monaten)	13,2 (9,2)	12,8 (10,7)	11,9 (10,3)	13,2 (9,2)	12,3 (11,0)	13,7 (10,8)	14,4 (7,0)	11,9 (11,4)	13,2 (9,9)	13,0 (11,7)
Subjektive Gedächtnisverschlechterung*	28,9 (-)	26,8 (-)	22,6 (-)	28,9 (-)	28,1 (-)	27,9 (-)	28,1 (-)	29,1 (-)	25,0 (-)	26,6 (-)
Harninkontinenz (i. d. letzten 12 Monaten)	25,1 (18,5)	28,2 (20,6)	23,3 (20,0)	25,1 (18,5)	31,3 (19,1)	28,0 (22,0)	27,6 (23,1)	28,6 (18,3)	27,6 (18,8)	25,9 (20,8)
Stuhlinkontinenz (i. d. letzten 4 Wochen)	7,1 (-)	10,2 (-)	9,3 (-)	7,1 (-)	10,7 (-)	10,4 (-)	8,8 (-)	9,1 (-)	11,6 (-)	8,8 (-)
Schwerwiegende Einschränkungen bei Kauen und Beißen	5,7 (9,0)	5,5 (5,6)	4,5 (4,8)	5,7 (9,0)	5,7 (5,1)	5,8 (6,3)	6,2 (5,4)	5,8 (6,1)	4,9 (5,8)	5,5 (6,6)
Schwindel (in den letzten 12 Monaten)	27,5 (-)	27,8 (-)	24,0 (-)	27,5 (-)	27,6 (-)	29,6 (-)	25,4 (-)	28,7 (-)	30,4 (-)	25,1 (-)
Atemnot	15,3 (-)	13,8 (-)	12,3 (-)	15,3 (-)	13,3 (-)	14,9 (-)	14,5 (-)	13,5 (-)	13,7 (-)	15,1 (-)

	Ostdeutschland (inkl. Berlin)		Wohnregion				Politische Gemeindegrößenklassen			
	Ja	Nein	Nord	Ost	Süd	West	Ländlich	Klein- städtisch	Mittel- städtisch	Groß- städtisch
	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)	G65 (G)
Chronische Krankheit										
Chronische Krankheit (Einzelitem)	74,3 (68,1)	64,8 (61,0)	64,4 (63,3)	74,3 (68,1)	62,0 (56,5)	67,3 (63,4)	62,7 (55,5)	65,8 (65,9)	68,4 (59,5)	69,7 (66,4)
Multimorbidität (in den letzten 12 Monaten)										
≥2 von 9 Erkrankungen	68,4 (63,1)	64,3 (59,5)	57,0 (59,1)	68,4 (63,1)	64,5 (55,6)	67,6 (62,7)	62,5 (56,6)	65,0 (60,3)	66,4 (58,6)	66,1 (61,1)
Aspekte von Gebrechlichkeit										
Ungewollter Gewichtsverlust (i. d. letzten 12 Monaten)	5,2 (-)	5,2 (-)	3,5 (-)	5,2 (-)	5,1 (-)	6,2 (-)	5,7 (-)	5,4 (-)	4,7 (-)	5,3 (-)
Energiemangel (i. d. letzten 4 Wochen)	19,6 (-)	17,9 (-)	16,4 (-)	19,6 (-)	17,0 (-)	19,3 (-)	15,8 (-)	17,3 (-)	20,8 (-)	18,7 (-)
Lebenszufriedenheit										
(Sehr) hohe Lebenszufriedenheit*	77,8 (-)	78,7 (-)	81,9 (-)	77,8 (-)	78,4 (-)	77,5 (-)	79,5 (-)	80,3 (-)	78,1 (-)	76,0 (-)

Anmerkungen: G65 = Gesundheit 65+, G = GEDA 2019/2020-EHIS, Ländlich = < 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner, Kleinstädtisch = 5.000 - < 20.000 Einwohnerinnen und Einwohner, Mittelstädtisch = 20.000 - < 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, Großstädtisch ≥ 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, * = keine Proxyangaben berücksichtigt.

Gesundheit im Alter und deren Bedeutung für Teilhabe

Dr. Beate Gaertner, Dr. Judith Fuchs, Dr. Christa Scheidt-Nave,
Robert Koch-Institut Berlin

Die Expertise wurde im Mai 2023 in Auftrag gegeben und im September 2023 eingereicht. Das Jahr der Veröffentlichung ist 2025.

Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung

Herausgegeben von

Silke Migala, Christine Hagen und Frank Berner
unter Mitarbeit von Angela Braasch

Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Die Erstellung der Expertisen für die Altersberichte der Bundesregierung und die Geschäftsstelle für die Altersberichte werden

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Wir empfehlen die folgende Zitierweise für dieses Dokument:

Gaertner, Beate, Fuchs, Judith, Scheidt-Nave, Christa (2025): Gesundheit im Alter und deren Bedeutung für Teilhabe. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. Herausgegeben von S. Migala, C. Hagen und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. URL: www.neunter-altersbericht.de/expertisen.