

Journal of Health Monitoring · 2022 7(1)  
DOI 10.25646/9569  
Robert Koch-Institut, Berlin

Judith Fuchs, Beate Gaertner, Franziska Prütz

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

Eingereicht: 05.01.2022  
Akzeptiert: 04.03.2022  
Veröffentlicht: 30.03.2022

# Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und Unterstützungsbedarfe – Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

## Abstract

Die Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens ist ein wichtiger Bestandteil der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Falls Einschränkungen vorliegen, ist Unterstützung bei diesen Tätigkeiten erforderlich. Anhand von Daten der Studie GEDA 2019/2020-EHIS wird dargestellt, wie viele der in Privathaushalten lebenden Personen ab 55 Jahren in Deutschland Einschränkungen in Alltagsaktivitäten aufweisen. Schwere Einschränkungen in den basalen (grundlegenden) Aktivitäten (z. B. der Nahrungsaufnahme) geben 5,8% der Frauen und 3,7% der Männer an. Der Anteil nimmt mit dem Alter zu, von den ab 80-Jährigen sind 13,4% der Frauen und 9,0% der Männer betroffen. Schwere Einschränkungen bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Einkäufe erledigen) sind bei Personen unter 80 Jahren eher selten. Der Anteil bei den ab 80-Jährigen liegt bei den Frauen bei 35,9% und bei den Männern bei 21,0%. Bei Einschränkungen der basalen Aktivitäten erhalten 68,1% der betroffenen Frauen und 57,5% der Männer Hilfe und Unterstützung. Frauen berichten zudem häufiger über fehlende Unterstützung (48,8% vs. 43,2%). Bei den instrumentellen Aktivitäten ist die Lage etwas besser. Die Ergebnisse aus der Studie GEDA 2019/2020-EHIS zeigen, in welchen Bereichen des täglichen Lebens ältere und hochaltrige Menschen eingeschränkt sind, geben einen Eindruck, wer besonders betroffen ist und wo Unterstützungsleistungen nicht ausreichend sind. Sie liefern damit Anhaltspunkte, wo unterstützend angesetzt werden kann, um älteren Menschen einen langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

📌 AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS · ÄLTERE MENSCHEN · DEUTSCHLAND · GESUNDHEITSMONITORING

## 1. Einleitung

Infolge des demografischen Wandels nimmt der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung zu; laut Angaben des Statistischen Bundesamts wird die Zahl von Personen im Alter ab 67 Jahren zwischen 2020 und 2035 in Deutschland um 22% steigen [1]. Dabei altern Menschen sehr unterschiedlich, allerdings steigt mit zunehmendem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit, dass Erkrankungen auftreten und

die körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit abnimmt [2]. Die Erfassung der Einschränkungen in basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens liefert Anhaltspunkte, wo besondere Defizite vorhanden sind und damit Möglichkeiten, die Gesamtsituation älterer Menschen zu verbessern [2–4].

Die Zahl der Personen, die über Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens berichten, nimmt auch in Deutschland mit dem Alter zu [5]. Diese führen dazu, dass

## GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

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

**Studiendesign:** Telefonische Querschnitterhebung

**Grundgesamtheit:** Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

**Stichprobenziehung:** Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

**Stichprobenumfang:** 23.001 Teilnehmende

**Datenerhebungszeitraum:** April 2019 bis September 2020

### GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter [www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

Personen in der Teilhabe und Autonomie eingeschränkt und auf Unterstützung angewiesen sind. Im Zuge der demografischen Entwicklung wird die Zahl der Betroffenen zukünftig weiter ansteigen.

Unklar ist, wie viele Personen in der aktuell in Deutschland lebenden Allgemeinbevölkerung ab 55 Jahren Einschränkungen in Alltagsaktivitäten aufweisen, in welchen Bereichen sie besonders beeinträchtigt sind und welchem Personenkreis Unterstützung in der Ausübung von Alltagsaktivitäten fehlt. Weiterhin von Interesse ist eine Beschreibung des Zusammenhangs mit weiteren Gesundheitsindikatoren und soziodemografischen Variablen [6].

Im Rahmen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) werden Einschränkungen bei Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und Haushaltstätigkeiten erhoben. Das Ziel des Beitrags ist es, das Vorliegen von Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (**Infobox**) bei Menschen ab 55 Jahren in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppen zu beschreiben. Zusätzlich erfolgt eine Charakterisierung eingeschränkter und nicht eingeschränkter Personen nach krankheitsrelevanten und soziodemografischen Merkmalen. Auch soll aufgezeigt werden, ob eingeschränkte Personen ausreichend Unterstützung erhalten. Dies dient der Identifizierung von Personen, die deutlich von Einschränkungen betroffen sind, und der Darstellung von Präventionspotenzialen und Versorgungsbedarfen.

Mit der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands liegt ein Indikator vor, der die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit abbildet und dabei nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch den psychologischen Status und die Lebensqualität umfasst [7]. Analysen im Zusammenhang

mit Aktivitätseinschränkungen zeigen, dass der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand Prädiktor für nachfolgende Einschränkungen ist [8].

Gesundheitsbedingte Einschränkungen des Alltagslebens werden mit dem Global Activity Limitation Indicator (GALI) erfasst, der die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [4] als konzeptionellen Rahmen verwendet und als globales, selbstberichtetes Maß für die Einschränkung der Teilhabe fungiert [9].

Seh- und Hörbehinderungen stehen in signifikantem Zusammenhang mit Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, wobei keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt wurden. Die frühzeitige Erkennung und wirksame Behandlung von Seh- und Hörbehinderungen sind wichtig, um Einschränkungen bei den alltäglichen Verrichtungen zu verhindern und die Unabhängigkeit älterer Menschen zu verbessern [10]. Auch Mobilitätseinschränkungen gehen oft Einschränkungen der basalen (grundlegenden) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL-Einschränkungen) voran und können so als Anhaltspunkt für präventive Maßnahmen dienen [11].

Bei den möglichen soziodemografischen Einflussfaktoren spielt neben dem Alter das Geschlecht für die Gesundheit insgesamt und damit auch für das ADL/IADL-Geschehen eine zentrale Rolle [12]. Niedrige Bildung und Armut sind Risikofaktoren für ADL- und IADL-Einschränkungen [13, 14]. Darüber hinaus hat auch die Familienzusammensetzung einen bedeutsamen Einfluss, wie Ergebnisse aus der irischen Längsschnittstudie zeigen [15]. Aus den USA und aus der SHARE-Studie ist bekannt, dass

## Infobox Basale und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL)

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

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

ADL umfassen die grundlegenden Tätigkeiten der Erfüllung der Grundbedürfnisse wie zum Beispiel Essen, Körperhygiene, Aufstehen, Ankleiden oder Toilettenbenutzung. Die am häufigsten verwendeten Indizes wurden 1963 von Katz et al. [18] und 1965 von Mahoney und Barthel [19] veröffentlicht. IADL umfassen weitergehende Aufgaben des täglichen Lebens, deren Bewältigung komplexer ist. Hierunter werden zum Beispiel Aktivitäten wie Telefonieren, Einkaufen, Erledigen von Bankgeschäften, Haushaltsführung, Einnahme von Medikamenten und Nutzung von Transportmitteln gefasst. IADL werden mittels eines Scores erfasst, der auf den Arbeiten von Lawton und Brody aus dem Jahr 1969 [20] basiert.

*Fortsetzung nächste Seite*

sich städtische und ländliche Regionen in der Häufigkeit von Einschränkungen unterscheiden [16, 17].

## 2. Methode

### 2.1 Studiendesign und Stichprobe

GEDA ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung (Infobox). Die GEDA-Studie wird seit 2008 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Robert Koch-Institut (RKI) in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist ein Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI [21, 22]. Die fünfte Folgeerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 mittels computergestützter telefonischer, vollstrukturierter Interviews statt. Die Erhebung basierte auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) [23]. Die Grundgesamtheit umfasste die in privaten Haushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Insgesamt haben 23.001 Personen mit verwertbaren Interviews an GEDA 2019/2020-EHIS teilgenommen (12.101 Frauen, 10.838 Männer, 62 andere Geschlechtsidentität bzw. keine Angabe). Die Responserate betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research 21,6% [24]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik sowie Einordnung der Responserate von GEDA 2019/2020-EHIS findet sich an anderer Stelle [25]. Fragen zu Einschränkungen in Alltagsaktivitäten wurden erst ab einem Alter von 55 Jahren gestellt, sodass die vorliegende Stichprobe 12.985 Personen umfasst (7.086 Frauen, 5.871 Männer, 28 andere Geschlechtsidentität bzw. keine Angabe).

## 2.2 Indikatoren

### Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Bei der Erfassung der Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens im Alltag wurde auf international etablierte Instrumente des European Health Interview Surveys (EHIS) zurückgegriffen [26]. Die Fragen messen die Fähigkeit und die erhaltene oder benötigte Hilfe in Bezug auf fünf basale Aktivitäten (ADL) in Anlehnung an Katz et al. [18] und sieben instrumentelle Aktivitäten (IADL) des täglichen Lebens in Anlehnung an Lawton and Brody [20] (Infobox). Die Teilnehmenden wurden jeweils gefragt, ob sie normalerweise Schwierigkeiten hätten, diese Tätigkeit ohne Hilfe auszuführen. Antwortkategorien waren „Keine“, „Einige“, „Große Schwierigkeiten“ und „Es ist mir nicht möglich“. Die IADL enthielten als zusätzliche Antwortkategorie „Nicht zutreffend (habe ich nie versucht bzw. getan)“. Für die Auswertungen zu vorhandenen Einschränkungen wurden die Variablen dichotomisiert: „Große Schwierigkeiten/Tätigkeit nicht möglich“ gegenüber „Keine/einige Schwierigkeiten bzw. nicht zutreffend“. Auf dieser Basis wurden die Variablen zu den jeweiligen ADL- beziehungsweise IADL-Einschränkungen generiert. Personen, die mindestens eine ADL- beziehungsweise IADL-Einschränkung angaben, wurden als ADL- beziehungsweise IADL-eingeschränkt definiert.

Bei Personen mit einer ADL- beziehungsweise IADL-Einschränkung wurde der Erhalt von Hilfe mit folgender Frage analysiert: „Denken Sie nun an Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen (ADL) beziehungsweise Tätigkeiten im Haushalt (IADL), bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne

### Infobox (Fortsetzung)

In GEDA 2019/2020-EHIS werden ADL über die Variablen Essen oder Trinken, sich von einem Bett oder Stuhl erheben oder sich darauf niederlassen, An- und Ausziehen, Toilettenbenutzung und Baden oder Duschen (in Anlehnung an Katz et al. 1963) erfasst. IADL werden über die folgenden Tätigkeiten erfasst: Mahlzeiten zubereiten, das Telefon benutzen, Einkäufe erledigen, Medikamenteneinnahme organisieren (z. B. Pillendose vorbereiten), leichte Hausarbeit erledigen (z. B. Geschirr spülen), gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen (z. B. Fußböden wischen) und Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten (z. B. Rechnungen bezahlen) (in Anlehnung an Lawton und Brody 1969).

Quelle: Adaptiert nach Gaertner et al. 2019 [5]

Hilfe auszuführen. Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten?“ mit den Antwortoptionen „Ja, bei mindestens einer Tätigkeit“ und „Nein“. Die jeweils erhaltene Unterstützung wurde mit „Ja“ beziehungsweise „Nein“ kodiert. In einer weiteren Frage wurde bei Personen mit Unterstützung erfragt, ob mehr Hilfe benötigt wird, bei Personen ohne Unterstützung, ob Hilfe benötigt wird. „(Mehr) Unterstützung benötigt“ wurde dann definiert, wenn nach Selbstangaben mehr Hilfe oder Hilfe benötigt wurde.

### Kovariablen

Mit den drei Fragen des sogenannten Minimum European Health Module (MEHM) [27] wird summarisch die Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit, das Vorhandensein chronischer Krankheiten und gesundheitsbedingte Einschränkungen des Alltagslebens erfasst. Das MEHM ist Bestandteil des Europäischen Surveys zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) und des EHIS und liefert europaweit vergleichbare Angaben zur subjektiven Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands.

Der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand wird entsprechend einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit folgender Frage erfasst: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“. Die Befragten wurden gebeten, eine von fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auszuwählen. Für die Auswertung wurden diese dichotomisiert, wobei: „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“ und „Schlecht“, „Sehr schlecht“ zusammengefasst wurden [27]. Das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems wurde über die folgende Frage erhoben: „Haben

Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden“. Antwortmöglichkeiten umfassten „Ja“, „Nein“ oder „Weiß nicht“.

Die gesundheitsbedingten Einschränkungen des Alltagslebens wurden mit dem Global Activity Limitation Indicator (GALI) über Selbstangabe der Befragten erfasst [27]. Die Frage lautete „Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“ (Antwortkategorien: stark eingeschränkt, mäßig eingeschränkt, nicht eingeschränkt). Eingeschränkte Personen wurden zusätzlich gefragt, ob die Einschränkungen „Weniger als 6 Monate“ beziehungsweise „6 Monate und länger“ andauerten. Der Zeitraum „Mehr als 6 Monate“ wurde auf europäischer Ebene entwickelt, um dem Umstand einer längerfristigen Einschränkung Rechnung zu tragen [28]. Für die Analysen wurde dieses Konzept übernommen; Personen, die seit mehr als sechs Monaten eingeschränkt waren, werden als längerfristig gesundheitlich eingeschränkt definiert. Alle anderen Personen gelten als nicht längerfristig eingeschränkt.

Einschränkungen des Sehvermögens wurden folgendermaßen erfasst: „Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen, selbst wenn Sie Ihre Brille oder Kontaktlinsen tragen? Würden Sie sagen... keine, einige, große Schwierigkeiten oder es ist mir nicht möglich“. Für die Auswertungen wurden diese dichotomisiert: keine schwerwiegenden Schwierigkeiten (keine und einige Schwierigkeiten) und schwerwiegende Schwierigkeiten (große Schwierigkeiten oder es ist mir nicht möglich).

Einschränkungen des Hörvermögens wurden über zwei Fragen erfasst: „Haben Sie Schwierigkeiten, zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ruhigen Raum gesagt wird, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen?“ und „Haben Sie Schwierigkeiten, zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem lauten Raum gesagt wird, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen?“ jeweils mit den Antwortmöglichkeiten: „Würden Sie sagen... keine, einige, große Schwierigkeiten oder es ist mir nicht möglich“. Für die Auswertungen wurden diese in einer dichotomen Variable als Schwierigkeiten beim Hören zusammenfasst: keine schwerwiegenden Schwierigkeiten (jeweils keine oder einige Schwierigkeiten) und schwerwiegende Schwierigkeiten (mindestens einmalig große Schwierigkeiten oder es ist mir nicht möglich).

Mobilitätseinschränkungen wurden mit den Fragen: „Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer, also 500 Meter auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen?“ und „Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen?“ erhoben. Für die Auswertungen wurden diese in einer dichotomen Variable als Mobilitätseinschränkungen zusammengefasst: keine schwerwiegenden Einschränkungen (jeweils keine oder einige Schwierigkeiten) und schwerwiegende Einschränkungen (mindestens einmalig große Schwierigkeiten oder es ist mir nicht möglich).

Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde die Geschlechtsidentität verwendet. Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen (Frau, Mann, andere Geschlechtsidentität). Aufgrund der geringen Fallzahlen werden Personen, die eine andere oder keine Geschlechtsidentität angaben, in den

Auswertungen nach Geschlecht nicht ausgewiesen. Für die Analysen wurde das Alter in Jahren in die Altersgruppen 55 bis 64, 65 bis 79 und 80 Jahre und älter unterteilt. Für die Haushaltsgröße wurde eine dichotome Variable erstellt: Personen, die angaben, in einem Einpersonenhaushalt zu leben und Personen, die angaben, in einem Mehrpersonenhaushalt zu leben, unabhängig vom Haushaltstyp (Paar mit oder ohne Kinder, alleinerziehend u. a.). Die Bildungsniveaus wurden nach CASMIN-Klassifikation (Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations) mithilfe schulischer und berufsbildender Bildungsabschlüsse einer niedrigen, mittleren und hohen Bildungsgruppe zugewiesen [29]. Beim Einkommen wurde das imputierte Äquivalenzeinkommen (nach Haushaltsgröße und -zusammensetzung gewichtetes Einkommen, fehlende Angaben werden geschätzt) verwendet und Personen, denen weniger als 60% des Medianeinkommens zur Verfügung stand, als unterhalb der Armutsgrenze lebend erachtet. Für die Gemeindegröße wurde die Variable politische Gemeindegrößenklasse (kategorisiert Stand: 13.12.2018) verwendet, die in vier Kategorien eingeteilt ist: ländlich (<5.000 Einwohner), kleinstädtisch (5.000–<20.000 Einwohner), mittelstädtisch (20.000–<100.000 Einwohner) und großstädtisch (100.000 Einwohner und mehr).

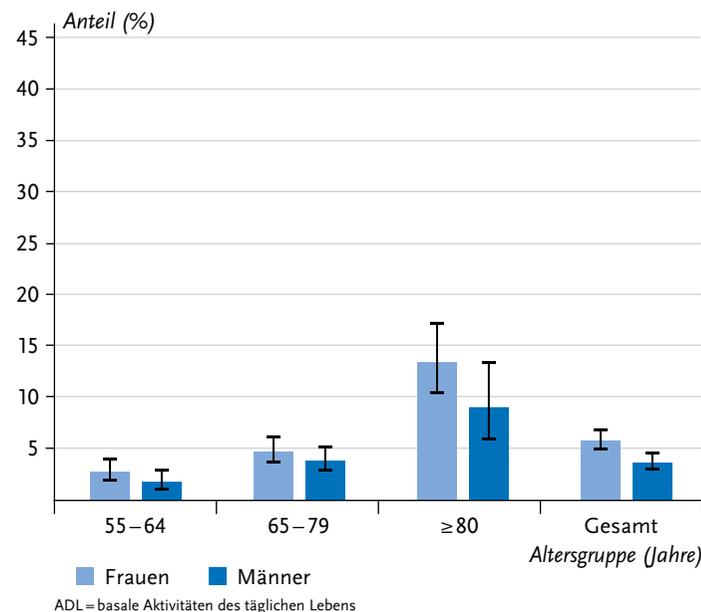
### 2.3 Statistische Auswertung

Die Prävalenzen werden insgesamt oder stratifiziert nach Geschlechtsidentität, Alters- und Bildungsgruppen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) dargestellt. Bei den Prävalenzen handelt es sich um Schätzwerte für den Anteil der zu einem Zeitpunkt betroffenen Personen in

**5,8% der Frauen und 3,7% der Männer ab 55 Jahren sind bei mindestens einer basalen Aktivität des täglichen Lebens (ADL) eingeschränkt, dieser Anteil nimmt mit dem Alter zu.**

der Zielgruppe. Ihre Präzision kann mithilfe von Konfidenzintervallen beurteilt werden – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin.

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Im Rahmen der Datengewichtung erfolgte zunächst eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgte eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wurde die Stichprobe an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED-Klassifikation) angepasst [30].



**Abbildung 1**  
**Prozentualer Anteil an Personen, die mindestens eine schwere ADL-Einschränkung angeben, nach Geschlecht und Alter (gewichtete Analysen)**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Alle Analysen wurden mit Stata 17.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2017) durchgeführt. Um die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit den Surveyprozeduren von Stata 17.0 durchgeführt. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert („Pearson 2 statistic for two-way tables“, d. h. Pearsons chi<sup>2</sup>-Statistik) kleiner als 0,05 ist.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Einschränkungen bei basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

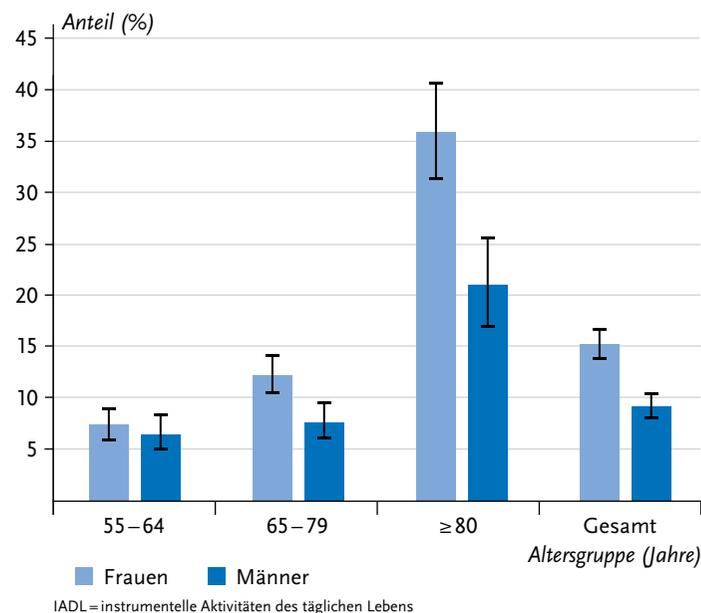
Einzelne ADL-Einschränkungen wurden von Frauen und Männern insgesamt sehr selten angegeben (0,3% bis 4,5%, [Annex Tabelle 1](#)). Bei einzelnen Einschränkungen wurde bei den 80-jährigen und älteren Frauen und Männern im Vergleich zu den unter 80-jährigen signifikant häufiger angegeben, Schwierigkeiten beim Baden oder Duschen (11,1% bzw. 7,1%) und beim Erheben oder Niederlassen vom Bett oder Stuhl (4,6% bzw. 4,4%) zu haben.

Der Anteil an Personen, die mindestens in einer ADL schwere Einschränkungen aufweisen, ist mit 5,8% bei Frauen und 3,7% bei Männern gering. Es zeigte sich eine signifikante Zunahme mit dem Alter auf 13,4% bei Frauen und 9,0% bei Männern ab 80 Jahren ([Abbildung 1](#)).

**Als häufigste basale Alltagseinschränkung werden von den Frauen und Männern ab 80 Jahren mit 11,1 % und 7,1 % große Schwierigkeiten beim Baden oder Duschen angegeben.**

### 3.2 Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)

Insgesamt ist die jüngste Altersgruppe relativ selten von IADL-Einschränkungen betroffen. Bei allen Einschränkungen gibt es eine Zunahme der Häufigkeit mit steigendem Alter. Die am häufigsten genannte Einschränkung ist „gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen“. Sie wird insgesamt von 13,9% der Frauen und 7,9% der Männer angegeben, wobei Frauen (33,5%) und Männer (19,6%) in der Altersgruppe ab 80 Jahren signifikant häufiger davon berichten ([Annex Tabelle 2](#)). An zweiter Stelle steht mit einer Prävalenz von 7,6% (Frauen) beziehungsweise 3,9% (Männer) „Einkäufe erledigen“, auch hier häufiger bei den Hochaltrigen (Frauen 19,6%, Männer 9,1%). An dritter Stelle steht die Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten (3,1%



**Abbildung 2**  
Prozentualer Anteil an Personen, die mindestens eine schwere IADL-Einschränkung angeben, nach Geschlecht und Alter (gewichtete Analysen)  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

der Frauen, 2,3% der Männer). Das Telefon zu benutzen bereitet nur einer sehr geringen Anzahl der Befragten Probleme, was sich auch durch den Erhebungsmodus (Telefoninterview) erklären lässt.

Ähnlich wie bei den ADL ist der Anteil von Personen, die mindestens eine schwere IADL-Einschränkung angeben, bei den Personen unter 80 Jahren eher gering. Der Anteil steigt allerdings bei den ab 80-jährigen deutlich an und liegt in dieser Altersgruppe bei den Frauen bei 35,9% und bei den Männern bei 21,0% ([Abbildung 2](#)).

### 3.3 Charakterisierung von Personengruppen mit Einschränkungen in basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Vergleichs von Personen mit und ohne Einschränkungen in basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten im Hinblick auf die Gesundheitsindikatoren dargestellt. Es zeigt sich, dass bei beiden Geschlechtern ADL- beziehungsweise IADL-eingeschränkte Personen signifikant häufiger beim Gesundheitszustand, bei den gesundheitsbedingten Einschränkungen (Global Activity Limitation Indicator, GALI), dem Vorliegen von chronischen Krankheiten, dem Seh- und Hörvermögen und der Mobilität Einschränkungen angegeben werden ([Abbildung 3](#) und [Annex Tabelle 3](#)). Etwa jede zweite Person mit ADL-Einschränkung (49,0% der Frauen, 55,4% der Männer) gibt einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand an, während dies bei den Personen ohne ADL-Einschränkung etwa jede zehnte Person betrifft (9,2% bzw. 11,1%). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich für IADL-Einschränkungen ([Abbildung 4](#) und [Annex Tabelle 3](#)). Noch

Nur ein geringer Anteil der unter 80-Jährigen ist von instrumentellen Einschränkungen des täglichen Lebens (IADL) betroffen, dagegen von den ab 80-Jährigen 35,9 % der Frauen und 21,0 % der Männer.

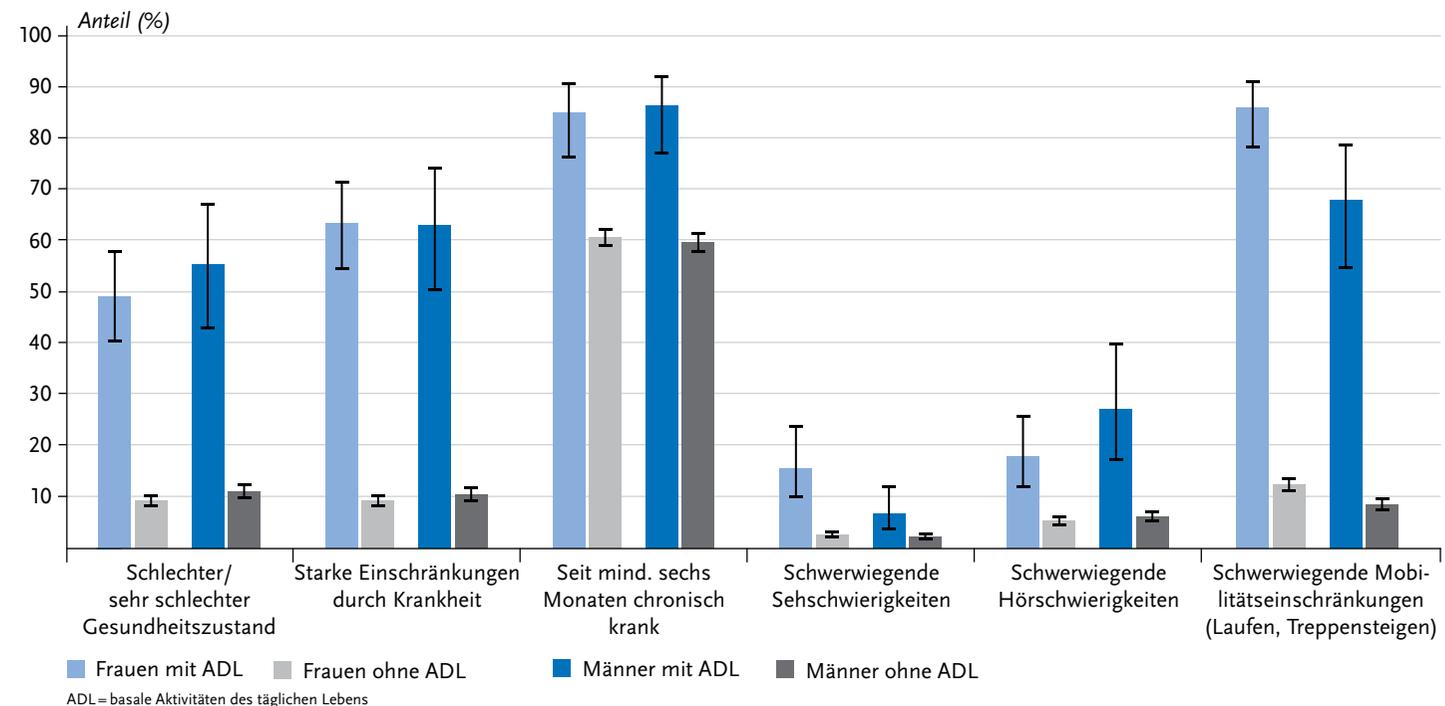
Abbildung 3  
Prozentuale Anteile der Gesundheitsindikatoren nach Geschlecht und ADL-Einschränkung (gewichtete Analysen)  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

deutlicher unterscheiden sich in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkte Befragte hinsichtlich gesundheitsbedingter Einschränkungen (GALI): 63,3 % der Frauen und 63,0 % der Männer mit ADL- und 50,6 % der Frauen und 58,2 % der Männer mit IADL-Einschränkung geben diese an. Bei den Personen ohne ADL- oder IADL-Einschränkungen ist es nur etwa jede zehnte Person.

Der überwiegende Anteil der Befragten mit ADL-/IADL-Einschränkungen ist seit mindestens sechs Monaten chronisch krank: 84,8 % der Frauen und 86,3 % der Männer mit ADL- und 84,1 % der Frauen und 85,4 % der Männer mit IADL-Einschränkungen geben dies an (Abbildung 3, Abbildung 4 und Annex Tabelle 3). Dagegen geben 60 % der Personen ohne ADL-/IADL-Einschränkung an, chronisch krank zu sein.

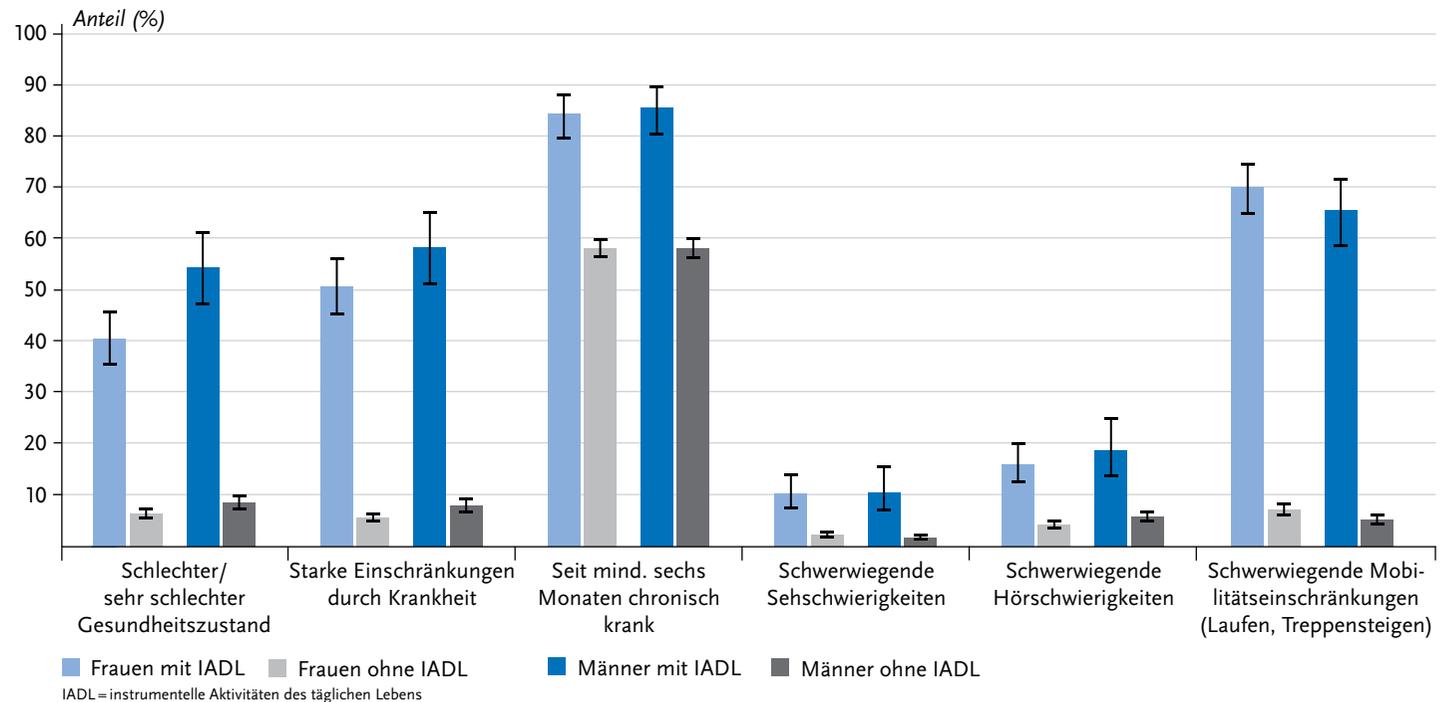
Seh- beziehungsweise Höreinschränkungen werden in der Bevölkerung ab 55 Jahren von wenigen Befragten angegeben, treten aber bei den Personen mit ADL-/IADL-Einschränkung signifikant häufiger auf (Annex Tabelle 3). Besonders deutlich ist der Unterschied bei den Mobilitätseinschränkungen: Etwa zwei Drittel der ADL-/IADL-eingeschränkten Frauen und Männer geben diese an; insbesondere Frauen mit ADL-Einschränkung (85,8 %).

Bei den soziodemografischen Angaben zeigt sich, dass ADL- beziehungsweise IADL-eingeschränkte Befragte häufiger über eine niedrige Bildung und ein geringeres Einkommen verfügen und häufiger in Einpersonenhaushalten leben als nichteingeschränkte Personen (Annex Tabelle 4). Bei den Personen mit ADL-Einschränkung weisen 58,8 %



**Abbildung 4**  
**Prozentuale Anteile der**  
**Gesundheitsindikatoren nach Geschlecht**  
**und IADL-Einschränkung**  
**(gewichtete Analysen)**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**33,5% der Frauen ab 80 Jahren und 19,6% der gleichaltrigen Männer geben große Schwierigkeiten an, gelegentlich schwere Hausarbeit zu erledigen.**



der Frauen und 61,0% der Männer eine niedrige Bildung und 4,3% beziehungsweise 10,6% eine hohe Bildung auf; bei Personen ohne ADL-Einschränkung weisen 43,4% der Frauen und 42,1% der Männer eine niedrige und 10,9% beziehungsweise 21,1% eine hohe Bildung auf. Bei den Personen mit IADL-Einschränkung geben 61,0% der Frauen und 52,0% der Männer eine niedrige Bildung und 5,0% beziehungsweise 13,1% eine hohe Bildung an; bei Personen ohne IADL-Einschränkung sind dies 41,2% der Frauen und 42,1% der Männer beziehungsweise 11,5% der Frauen und 21,5% der Männer. Unterhalb der Armutsgrenze leben 30,6% der Frauen und 29,3% der Männer mit ADL-Einschränkungen, aber nur 18,7% der Frauen und 15,4% der Männer ohne ADL-Einschränkungen. Ähnliche Ergebnisse

zeigen sich für die IADL-Einschränkungen. Personen mit ADL- oder IADL-Einschränkung leben häufiger alleine als Personen ohne Einschränkungen: bei den Frauen beträgt der Anteil fast drei Viertel, bei den Männern sind es jeweils um die 60%, während nur etwa die Hälfte der Frauen und etwa 40% der Männer ohne Einschränkungen alleine lebt. In Bezug auf die Gemeindegrößen (städtisch/ländlich) zeigen sich keine Unterschiede.

### 3.4 Erhaltene und fehlende Unterstützung in der Ausübung von ADL und IADL

Die Mehrheit der Personen mit Einschränkungen in einer basalen Aktivität des täglichen Lebens (68,1% der Frauen

**Tabelle 1**  
**Prozentualer Anteil von Personen mit erhaltener und fehlender Unterstützung bei vorliegenden ADL- beziehungsweise IADL-Einschränkungen nach Geschlecht und Alter (gewichtete Analysen)**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten können mit dem weiblichen Geschlecht, höherem Alter, einer niedrigen Bildung, einem schlechten Gesundheitszustand sowie krankheitsbedingten Einschränkungen in Verbindung gebracht werden.**

	Frauen			
	Altersgruppe (Jahre)			Gesamt
	55–64	65–79	≥ 80	
<b>ADL-Einschränkung</b>				
n	50	104	111	265
Erhaltene Unterst. (%)	61,6	56,1	79,0	68,1
(95 %-KI)	(42,4–77,8)	(41,3–69,9)	(64,9–88,4)	(59,0–76,0)
(Mehr) Unterst. benötigt (%)	53,7	50,2	46,0	48,8
(95 %-KI)	(35,2–71,2)	(36,4–64,2)	(32,6–60,0)	(39,9–57,8)
<b>IADL-Einschränkung</b>				
n	160	308	310	778
Erhaltene Unterst. (%)	79,3	80,9	90,6	85,3
(95 %-KI)	(68,6–87,1)	(72,0–87,5)	(85,1–94,1)	(81,1–88,8)
(Mehr) Unterst. benötigt (%)	55,7	48,0	36,0	43,6
(95 %-KI)	(44,5–66,3)	(39,6–56,6)	(28,2–44,5)	(38,3–49,1)
	Gesamt			
	Altersgruppe (Jahre)			Gesamt
	55–64	65–79	≥ 80	
<b>ADL-Einschränkung</b>				
n	80	174	163	417
Erhaltene Unterst. (%)	54,6	57,6	71,7	63,1
(95 %-KI)	(38,3–70,0)	(46,3–68,1)	(58,8–81,8)	(55,5–70,0)
(Mehr) Unterst. benötigt (%)	50,3	51,0	42,9	47,4
(95 %-KI)	(34,5–66,0)	(40,4–61,6)	(31,7–54,8)	(40,2–54,7)
<b>IADL-Einschränkung</b>				
n	265	468	457	1.190
Erhaltene Unterst. (%)	74,3	78,7	87,1	81,4
(95 %-KI)	(65,7–81,3)	(71,8–84,3)	(82,3–90,8)	(77,8–84,5)
(Mehr) Unterst. benötigt (%)	27,9	28,0	29,2	28,3
(95 %-KI)	(24,0–32,3)	(24,7–31,5)	(25,0–33,8)	(26,1–30,7)

ADL=basale Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL=instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, KI=Konfidenzintervall, Unterst.=Unterstützung

	Männer			
	Altersgruppe (Jahre)			Gesamt
	55–64	65–79	≥ 80	
<b>ADL-Einschränkung</b>				
n	30	70	52	152
Erhaltene Unterst. (%)	54,3	61,7	54,6	57,5
(95 %-KI)	(28,4–78,1)	(44,3–76,5)	(32,2–75,3)	(44,7–69,3)
(Mehr) Unterst. benötigt (%)	35,0	54,0	35,6	43,2
(95 %-KI)	(15,4–61,4)	(37,7–69,5)	(18,3–57,8)	(31,8–55,3)
<b>IADL-Einschränkung</b>				
n	105	160	147	412
Erhaltene Unterst. (%)	66,7	74,5	77,5	73,1
(95 %-KI)	(52,4–78,4)	(62,3–83,8)	(66,3–85,8)	(66,1–79,1)
(Mehr) Unterst. benötigt (%)	48,6	51,9	33,1	44,2
(95 %-KI)	(35,0–62,5)	(30,9–63,6)	(23,1–44,9)	(37,1–51,6)

und 57,5% der Männer) (Tabelle 1) gibt an, normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten zu erhalten. Frauen erhalten im Durchschnitt häufiger Hilfe als Männer. Allerdings schwankt der Anteil der Personen, die (mehr) Hilfe benötigen, je nach Altersgruppe und Geschlecht zwischen 35,0% und 53,7%.

Hinsichtlich der Hilfe und Unterstützung bei IADL-Einschränkung zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Befragten nicht auf sich alleine gestellt ist; bei 85,3% der Frauen und 73,1% der Männer gibt es Personen im Umfeld, die Hilfe leisten. Allerdings fehlt auch hier in Abhängigkeit von Geschlecht und Altersgruppe jeder zweiten oder dritten Person die Unterstützung, die sie hier benötigen würde (Tabelle 1).

#### 4. Diskussion

Mit den vorliegenden Ergebnissen liegen valide Daten über Einschränkungen in Alltagsaktivitäten bei einer großen Stichprobe älterer Menschen ab 55 Jahren vor, die in Deutschland in privaten Haushalten leben. Die Prävalenzen von ADL- beziehungsweise IADL-Einschränkungen sind in Deutschland insgesamt niedrig. Etwa ein Zehntel der Befragten weisen IADL-Einschränkungen auf, ein niedrigerer Anteil gibt ADL-Einschränkungen an (5,8% der Frauen, 3,7% der Männer). ADL- und IADL-Einschränkungen können mit dem weiblichen Geschlecht, einem höheren Alter, einer niedrigeren Bildung, einem schlechteren Gesundheitszustand, krankheitsbedingten Einschränkungen sowie Seh-, Hör- und Mobilitätseinschränkungen in Verbindung gebracht werden. Ergebnisse aus der vorherigen GEDA-Erhebung aus dem Jahr 2014 [5] zeigen ähnliche Zusammenhänge für Deutschland und den Staaten der Europäischen Union.

Es zeigte sich, dass Frauen in allen drei Altersgruppen häufiger von Einschränkungen betroffen sind als Männer, was sich auch in vielen europäischen und außereuropäischen Studien findet [31–33]. In einer schwedischen Studie wird zudem gezeigt, dass Einschränkungen über die Geburtskohorten tendenziell abnehmen. Offen ist dabei allerdings, ob es sich dabei um eine wirkliche Reduktion handelt oder ob die Einschränkungen erst im späteren Lebensalter auftreten.

ADL- und IADL-Einschränkungen sind in aller Regel in bestehenden chronischen Krankheiten begründet und die Anzahl der Erkrankungen beziehungsweise das Vorliegen von Multimorbidität ist hierbei ein weiterer relevanter

Faktor [34]. ADL- und IADL-Einschränkungen entstehen im Zusammenhang mit (Multi-)Morbidity und IADL geht ADL voran. Die vorliegenden Ergebnisse konnten deutlich aufzeigen, dass ADL-Eingeschränkte häufig durch Erkrankungen beeinträchtigt sind.

Seh- und Höreinschränkungen sind in der Bevölkerung ab 55 Jahren nicht sehr häufig und werden offenbar recht gut durch Hilfsmittel kompensiert. Diese wurden im Interview einbezogen, sodass die benannten Einschränkungen gegebenenfalls mit Hilfsmitteln auftreten. Auch hier zeigt sich, dass ADL- und IADL-eingeschränkte Menschen häufiger betroffen sind, was das Risiko von weiterem Verlust von funktionalen Kapazitäten erhöhen kann [35].

Alleinlebende sind häufiger in der Ausübung von Alltagsaktivitäten eingeschränkt als Personen in Mehrpersonenhaushalten, wie auch andere Studien zeigen [36–38]. Dies birgt Implikationen für die Politik und die Versorgung in sich. Hier könnten Angebote zur Unterstützung von Alleinlebenden möglicherweise schwerere Einschränkungen vermeiden, wenn zum Beispiel aufsuchende Hilfen zur Verfügung gestellt werden könnten.

Ein Stadt-Land-Unterschied im Hinblick auf die Häufigkeit von Einschränkungen, die in einer Studie [39] gezeigt werden konnte, ist in der vorliegenden Studie nicht zu sehen. Die GEDA-Daten zeigen keinen Zusammenhang zwischen Größe des Wohnorts und den Anteilen von ADL- beziehungsweise IADL-Eingeschränkten.

Zudem zeigen sich Zusammenhänge mit der sozialen Lage: Personen mit einer ADL- oder IADL-Einschränkung sind häufiger armutsgefährdet als Personen ohne eine ADL- oder IADL-Einschränkung. Ähnliche Ergebnisse finden sich zum Beispiel in einer englischen Längsschnittstudie [40]

mit der Schlussfolgerung, dass Initiativen zur Verbesserung der sozialen Teilhabe und der sozialen Unterstützung älterer Menschen gefördert werden sollten. Gerade im Hinblick auf Unterstützung, die beeinträchtigten und hochaltrigen Menschen häufiger fehlt, scheint hier Nachbesserungsbedarf vorzuliegen [41, 42]. Insgesamt scheint es notwendig, Maßnahmen zur Verringerung oder Umkehr der Einschränkungen der Alltagsaktivitäten bei älteren Menschen zur Anwendung zu bringen, indem zum Beispiel auf kommunaler Ebene Bewegungsangebote oder präventive Hausbesuche durchgeführt werden.

Der Hilfe- und Unterstützungsbedarf ist unterschiedlich gut abgedeckt; bei Einschränkungen in den basalen Aktivitäten erhalten Betroffene seltener als bei Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten Hilfe und Unterstützung. Zudem scheinen je nach Altersgruppe und Geschlecht etwa einem Drittel bis der Hälfte der Befragten mit Einschränkungen Unterstützung zu fehlen. Dies steht in Einklang mit Befunden aus anderen Studien [41, 43–45]. Körpernahe Unterstützungsleistungen sind möglicherweise über informell Helfende weniger einfach zu erbringen als Unterstützung bei verschiedenen Haushaltstätigkeiten [46]. Dies sollte für künftige Einschätzungen zum Beispiel im Rahmen einer Begutachtung durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen im Bereich Selbstversorgung im Hinblick auf die Gewährleistung von Unterstützungsleistungen beachtet werden.

Als Limitation der Studie ist zu beachten, dass es sich bei GEDA 2019/2020-EHIS um eine bevölkerungsbezogene Querschnittstudie handelt, basierend auf telefonischen Befragungen in Privathaushalten. Die vorliegenden Daten ermöglichen daher keine Aussage zur gesundheitlichen

Lage und zu Funktionseinschränkungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen. Es ist davon auszugehen, dass die Häufigkeiten der Einschränkungen unter diesen höher sind als bei Personen in Privathaushalten [46]. Darüber hinaus wurden vermutlich insbesondere die Angaben zu schwerwiegenden Hörbeeinträchtigungen in der Allgemeinbevölkerung in GEDA 2019/2020-EHIS unterschätzt, da diese die Teilnahme an einer telefonischen Befragung maßgeblich behindern. Zudem wurde in diesen Fällen und auch bei anderen Faktoren, die die Teilnahme behindern (z. B. Sprechstörungen, kognitive Einschränkungen oder krankheitsbedingte Abwesenheiten), auf die Durchführung einer Proxy-Befragung verzichtet, sodass dies auch zu einer Unterschätzung von ADL- und IADL-Einschränkungen beigetragen haben könnte. Auch wurde, wenn nur einige Schwierigkeiten in der Ausübung von ADL oder IADL vorlagen, dies als keine Einschränkung in ADL oder IADL definiert. Methodische Studien sollten hier klären, inwieweit diese Definition in Bezug auf die dahinterliegenden Kompetenzdimensionen im Verhältnis zu den anderen Antwortkategorien vergleichbar sind.

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum 2019 bis 2020 und schließt Zeiten strikter Eindämmungsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie ein. Analysen zu dadurch veränderten Teilnahmebereitschaften stehen aus. Analysen beispielsweise zu Veränderungen im Unterstützungs- beziehungsweise Hilfebedarf in der Bevölkerung ab 55 Jahren zeigten jedoch keine pandemiebedingten Schwankungen [47]. Schließlich können durch das querschnittliche Design keine Aussagen zu den Ursachen, dem Verlauf oder den Folgen von Alltagseinschränkungen gemacht werden.

In vielen Studien wird zudem ein Zusammenhang mit der kognitiven Funktionsfähigkeit berichtet [15, 34]. Da diese in GEDA 2019/2020-EHIS aufgrund der Art der Durchführung (telefonische Befragung) nicht adäquat erfasst werden konnte, sind hierzu keine Aussagen möglich. Auch bedarf es weiterer methodischer Studien zur vertieften Analyse der beschriebenen Geschlechterunterschiede in Abhängigkeit von Geschlechterrollen, individuellen Lebenssituation und Veränderungen über Geburtskohorten hinweg.

Die Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS zeigen, in welchen Bereichen des täglichen Lebens ältere und hochaltrige Menschen eingeschränkt sind, geben einen Eindruck, wer besonders betroffen ist und wo Unterstützungsleistungen nicht ausreichend sind. Damit liefern sie Anhaltspunkte, wo angesetzt werden kann, um älteren Menschen einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Judith Fuchs  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [FuchsJ@rki.de](mailto:FuchsJ@rki.de)

#### Zitierweise

Fuchs J, Gaertner B, Prütz F (2022)  
Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und Unterstützungsbedarfe –  
Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.  
J Health Monit 7(1): 7–27.  
DOI 10.25646/9569

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

#### Datenschutz und Ethik

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

#### Förderungshinweis

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

#### Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021) Bis 2035 wird die Zahl der Menschen ab 67 Jahre um 22% steigen. Pressemitteilung Nr. 459 vom 30. September 2021, Wiesbaden
2. World Health Organization (2015) World report on ageing and health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> (Stand: 03.03.2022)
3. Chatterji S, Byles J, Cutler D et al. (2015) Health, functioning, and disability in older adults – present status and future implications. Lancet (London, England) 385(9967):563–575
4. World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Deutsche Fassung herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentations und Information (DIMDI). WHO, Genf

5. Gaertner B, Busch MA, Scheidt-Nave C et al. (2019) Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens im Alter in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring* 4(4):52–61. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6241.2> (Stand: 03.03.2022)
6. Gobbens RJ (2018) Associations of ADL and IADL disability with physical and mental dimensions of quality of life in people aged 75 years and older. *PeerJ* 6:e5425
7. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38(1):21–37
8. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H (2016) Self-rated health predicts decline in instrumental activities of daily living among high-functioning community-dwelling older people. *Age and ageing* 46(2):265–270
9. Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RTC et al. (2018) Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Arch Public Health* 76(1):25
10. Chan YM, Sahril N, Chan YY et al. (2021) Vision and Hearing Impairments Affecting Activities of Daily Living among Malaysian Older Adults by Gender. *Int J Environ Res Public Health* 18(12)
11. Heiland EG, Welmer AK, Wang R et al. (2016) Association of mobility limitations with incident disability among older adults: a population-based study. *Age and ageing* 45(6):812–819
12. Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auró A (2011) Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health* 21(1):81–91
13. Enroth L, Veenstra M, Aartsen M et al. (2019) Are there educational disparities in health and functioning among the oldest old? Evidence from the Nordic countries. *Eur J Ageing* 16(4):415–424
14. Serrano-Alarcón M, Perelman J (2017) Ageing under unequal circumstances: a cross-sectional analysis of the gender and socioeconomic patterning of functional limitations among the Southern European elderly. *Int J Equity Health* 16(1):175
15. Connolly D, Garvey J, McKee G (2017) Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Disability and rehabilitation* 39(8):809–816
16. Zhao G, Okoro CA, Hsia J et al. (2019) Prevalence of Disability and Disability Types by Urban-Rural County Classification-U.S., 2016. *Am J Prev Med* 57(6):749–756
17. Jerez-Roig J, Bosque-Prous M, Giné-Garriga M et al. (2018) Regional differences in the profile of disabled community-dwelling older adults: A European population-based cross-sectional study. *PLoS One* 13(12):e0208946
18. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. (1963) Studies of illness in the aged: The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 185(12):914–919
19. Mahoney FI, Barthel DW (1965) Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med J* 14:61–65
20. Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3):179–186
21. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557–570
22. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442–450
23. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. [https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben\\_DE-2013.pdf](https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf) (Stand: 29.04.2021)
24. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
25. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring* 6(3):72–87. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8753> (Stand: 03.03.2022)
26. Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3) – Methodological manual. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/8762193/KS-02-18-240-EN-N.pdf> (Stand: 03.03.2022)
27. Cox B, van Oyen H, Cambois E et al. (2009) The reliability of the Minimum European Health Module. *Int J Public Health* 54(2):55–60
28. Robine JM, Jagger C, Group TER (2003) Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: The Euro-REVES 2 project. *Eur J Public Health* 13(suppl\_1):6–14

29. Lechert Y, Schroedter J, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus – Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004. ZUMA-Methodenbericht 2006/12. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/26235> (Stand: 03.03.2022)
30. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen
31. Scheel-Hincke LL, Möller S, Lindahl-Jacobsen R et al. (2020) Cross-national comparison of sex differences in ADL and IADL in Europe: findings from SHARE. *Eur J Ageing* 17(1):69–79
32. Portela D, Almada M, Midão L et al. (2020) Instrumental Activities of Daily Living (iADL) Limitations in Europe: An Assessment of SHARE Data. *Int J Environ Res Public Health* 17(20)
33. Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA, Laredo-Aguilera JA et al. (2019) Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PLoS One* 14(7):e0220157-e0220157
34. Bleijenberg N, Zuithoff NPA, Smith AK et al. (2017) Disability in the Individual ADL, IADL, and Mobility among Older Adults: A Prospective Cohort Study. *J Nutr Health Aging* 21(8):897–903
35. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Maaravi Y et al. (2005) The impact of visual impairment on health, function and mortality. *Aging Clin Exp Res* 17(4):281–286
36. Ng TP, Jin A, Feng L et al. (2015) Mortality of older persons living alone: Singapore Longitudinal Ageing Studies. *BMC geriatrics* 15:126
37. Guo L, An L, Luo F et al. (2021) Social isolation, loneliness and functional disability in Chinese older women and men: a longitudinal study. *Age and ageing* 50(4):1222–1228
38. Malhotra R, Tareque MI, Saito Y et al. (2021) Loneliness and health expectancy among older adults: A longitudinal population-based study. *J Am Geriatr Soc* 69(11):3092–3102
39. Zhang X, Dupre ME, Qiu L et al. (2017) Urban-rural differences in the association between access to healthcare and health outcomes among older adults in China. *BMC geriatrics* 17(1):151
40. Torres JL, Lima-Costa MF, Marmot M et al. (2016) Wealth and Disability in Later Life: The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *PLoS One* 11(11):e0166825
41. Hyejin L, Bumjo O, Sunyoung K et al. (2021) ADL/IADL dependencies and unmet healthcare needs in older persons: A nationwide survey. *Arch Gerontol Geriatr* 96:104458
42. Hajek A, Brettschneider C, Eisele M et al. (2021) Social Support and Functional Decline in the Oldest Old. *Gerontology*:1–9
43. Ankuda CK, Levine DA, Langa KM et al. (2020) Caregiving, Recovery, and Death After Incident ADL/IADL Disability Among Older Adults in the United States. *J Appl Gerontol* 39(4):393–397
44. Beach SR, Schulz R (2017) Family Caregiver Factors Associated with Unmet Needs for Care of Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 65(3):560–566
45. Chen S, Zheng J, Chen C et al. (2018) Unmet needs of activities of daily living among a community-based sample of disabled elderly people in Eastern China: a cross-sectional study. *BMC geriatrics* 18(1):160
46. Blüher S, Schnitzer S, Kuhlmei A (2017) Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S et al. (Hrsg) *Pflege-Report 2017 Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer Stuttgart, S. 3–11
47. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 5(4): 3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 03.03.2022)

## Annex Tabelle 1

Einschränkungen bei fünf basalen Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Alter (jeweils prozentualer Anteil und Konfidenzintervall, gewichtete Analysen)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Frauen				Männer				Gesamt			
	Altersgruppe (Jahre)				Altersgruppe (Jahre)				Altersgruppe (Jahre)			
	55–64	65–79	≥ 80	Gesamt	55–64	65–79	≥ 80	Gesamt	55–64	65–79	≥ 80	Gesamt
<b>n</b>	2.756	3.303	1.027	7.086	2.365	2.734	772	5.871	5.121	6.037	1.799	12.957
	<b>Anteil (%)</b>											
<b>Essen oder Trinken</b>	0,5	0,2	0,1	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,6	0,3	0,1	0,4
(95 %-KI)	(0,1–1,6)	(0,1–0,8)	(0,0–0,3)	(0,1–0,7)	(0,1–1,8)	(0,1–0,9)	(0,1–0,6)	(0,1–0,8)	(0,3–1,5)	(0,1–0,6)	(0,1–0,3)	(0,2–0,7)
<b>Vom Bett/Stuhl erheben/niederlassen</b>	1,3	1,8	4,6	2,2	0,6	1,2	4,4	1,4	1,2	1,6	4,5	1,9
(95 %-KI)	(0,7–2,4)	(1,2–2,7)	(2,9–7,2)	(1,7–2,9)	(0,3–1,2)	(0,7–2,1)	(2,1–8,8)	(1,0–2,2)	(0,7–1,9)	(1,1–2,1)	(3,0–6,6)	(1,5–2,4)
<b>An- und Ausziehen</b>	1,6	1,5	3,1	1,9	0,7	1,8	3,4	1,6	1,4	1,6	3,2	1,8
(95 %-KI)	(0,9–2,8)	(0,9–2,3)	(1,8–5,2)	(1,4–2,5)	(0,3–1,7)	(1,1–3,0)	(1,6–7,1)	(1,1–2,3)	(0,8–2,2)	(1,2–2,3)	(2,1–4,9)	(1,4–2,3)
<b>Toilettenbenutzung</b>	0,8	0,8	1,0	0,8	0,6	0,7	0,6	0,7	0,9	0,8	0,8	0,8
(95 %-KI)	(0,3–1,8)	(0,5–1,3)	(0,4–2,2)	(0,5–1,2)	(0,2–1,6)	(0,4–1,5)	(0,2–1,6)	(0,4–1,1)	(0,5–1,7)	(0,5–1,2)	(0,4–1,5)	(0,6–1,2)
<b>Baden oder Duschen</b>	2,1	3,4	11,1	4,5	1,1	2,8	7,1	2,7	1,8	3,2	9,5	3,8
(95 %-KI)	(1,3–3,2)	(2,4–4,8)	(8,3–14,7)	(3,7–5,5)	(0,5–2,3)	(1,9–3,9)	(4,5–11,0)	(2,0–3,5)	(1,2–2,7)	(2,5–4,0)	(7,5–12,1)	(3,2–4,4)

KI= Konfidenzintervall

## Annex Tabelle 2

Einschränkungen bei sieben instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Alter (jeweils prozentualer Anteil und Konfidenzintervall, gewichtete Analysen)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Frauen				Männer				Gesamt			
	Altersgruppe (Jahre)			Gesamt	Altersgruppe (Jahre)			Gesamt	Altersgruppe (Jahre)			Gesamt
	55–64	65–79	≥ 80		55–64	65–79	≥ 80		55–64	65–79	≥ 80	
<b>n</b>	2.756	3.303	1.027	7.086	2.365	2.734	772	5.871	5.121	6.037	1.799	12.957
	<b>Anteil (%)</b>											
<b>Mahlzeiten zubereiten</b>	1,4	1,5	4,9	2,1	1,2	2,0	4,6	2,0	1,5	1,7	4,8	2,2
(95 %-KI)	(0,8–2,2)	(0,9–2,5)	(3,2–7,4)	(1,6–2,8)	(0,6–2,4)	(1,3–3,0)	(2,9–7,4)	(1,5–2,7)	(1,0–2,3)	(1,2–2,4)	(3,5–6,5)	(1,8–2,7)
<b>Das Telefon benutzen</b>	0,5	0,1	0,6	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,2
(95 %-KI)	(0,2–1,2)	(0,0–0,3)	(0,1–2,7)	(0,1–0,7)	–	(0,0–0,2)	(0,1–0,7)	(0,0–0,1)	(0,1–0,6)	(0,0–0,2)	(0,1–1,5)	(0,1–0,4)
<b>Einkäufe erledigen</b>	3,4	5,6	19,6	7,6	2,3	3,6	9,1	3,9	3,1	4,7	15,5	6,0
(95 %-KI)	(2,4–4,9)	(4,4–7,1)	(15,7–24,1)	(6,5–8,9)	(1,4–3,8)	(2,5–5,2)	(6,3–13,0)	(3,1–4,9)	(2,3–4,1)	(3,8–5,7)	(12,8–18,6)	(5,2–6,8)
<b>Medikamenteneinnahme organisieren</b>	0,5	1,1	4,6	1,6	1,4	1,2	3,3	1,6	0,9	1,1	4,1	1,6
(95 %-KI)	(0,2–1,0)	(0,6–2,2)	(2,8–7,5)	(1,1–2,3)	(0,7–2,9)	(0,6–2,2)	(1,5–6,7)	(1,1–2,4)	(0,5–1,7)	(0,7–1,8)	(2,7–6,1)	(1,2–2,1)
<b>Leichte Hausarbeit erledigen</b>	2,2	2,4	8,4	3,6	1,5	3,2	6,4	2,9	1,9	2,8	7,6	3,3
(95 %-KI)	(1,4–3,5)	(1,7–3,5)	(6,0–11,8)	(2,9–4,5)	(0,8–2,6)	(2,1–4,8)	(4,4–9,3)	(2,3–3,8)	(1,3–2,6)	(2,1–3,7)	(5,9–9,9)	(2,8–3,9)
<b>Gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen</b>	6,4	11,4	33,5	13,9	5,1	6,7	19,6	7,9	6,0	9,2	28,2	11,2
(95 %-KI)	(5,1–8,0)	(9,6–13,4)	(28,9–38,5)	(12,5–15,4)	(3,7–7,0)	(5,2–8,7)	(15,4–24,5)	(6,8–9,2)	(4,9–7,2)	(8,0–10,6)	(24,8–31,8)	(10,3–12,2)
<b>Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten</b>	0,9	1,6	10,1	3,1	2,1	1,5	5,2	2,3	1,7	1,6	8,2	2,8
(95 %-KI)	(0,5–1,7)	(1,0–2,7)	(7,2–13,9)	(2,4–4,0)	(1,2–3,7)	(0,9–2,5)	(3,2–8,2)	(1,7–3,2)	(1,1–2,7)	(1,1–2,3)	(6,2–10,7)	(2,3–3,5)

KI = Konfidenzintervall

## Annex Tabelle 3

**Basale und instrumentelle Einschränkungen der Alltagsaktivitäten nach Geschlecht und gesundheitsrelevanten Einschränkungen  
(jeweils prozentualer Anteil und Konfidenzintervall, gewichtete Analysen)**

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Frauen			Männer			Gesamt		
	Mit ADL	Ohne ADL	Gesamt	Mit ADL	Ohne ADL	Gesamt	Mit ADL	Ohne ADL	Gesamt
<b>n</b>	265	6.821	7.086	152	5.719	5.871	417	12.540	12.957
	<b>Anteil (%)</b>								
<b>Schlechter/sehr schlechter Gesundheitszustand</b> (95 %-KI)	49,0 (40,2–58,0)	9,2 (8,1–10,5)	11,6 (10,3–12,9)	55,4 (42,9–67,3)	11,1 (9,6–12,7)	12,7 (11,2–14,3)	50,8 (43,5–58,0)	10,1 (9,2–11,1)	12,1 (11,1–13,1)
<b>Starke Einschränkungen durch Krankheit</b> (95 %-KI)	63,3 (54,3–71,5)	9,2 (8,2–10,5)	12,3 (11,1–13,7)	63,0 (50,2–74,2)	10,5 (9,1–12,1)	12,5 (11,0–14,1)	61,9 (54,5–68,8)	9,9 (9,0–10,8)	12,4 (11,5–13,5)
<b>Seit mind. sechs Monaten chronisch krank</b> (95 %-KI)	84,8 (76,0–90,7)	60,6 (58,8–62,4)	62,0 (60,2–63,8)	86,3 (76,9–92,2)	59,6 (57,5–61,5)	60,5 (58,6–62,5)	84,1 (77,3–89,1)	60,1 (58,7–61,4)	61,3 (59,9–62,6)
<b>Schwerwiegende Sehschwierigkeiten</b> (95 %-KI)	15,6 (9,8–23,9)	2,6 (2,0–3,4)	3,4 (2,7–4,3)	6,7 (3,6–12,2)	2,3 (1,7–3,1)	2,5 (1,9–3,3)	12,2 (8,2–17,8)	2,5 (2,1–3,0)	3,0 (2,5–3,5)
<b>Schwerwiegende Hörschwierigkeiten</b> (95 %-KI)	17,9 (11,9–26,0)	5,3 (4,4–6,3)	6,0 (5,1–7,1)	27,1 (17,1–40,1)	6,2 (5,2–7,3)	6,9 (5,9–8,1)	21,3 (15,8–28,1)	5,7 (5,1–6,5)	6,5 (5,8–7,3)
<b>Schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen (Laufen, Treppensteigen)</b> (95 %-KI)	85,8 (78,1–91,1)	12,4 (11,0–13,9)	16,6 (15,1–18,3)	67,9 (54,6–78,7)	8,5 (7,3–9,9)	10,7 (9,4–12,2)	79,9 (73,0–85,4)	10,5 (9,6–11,6)	14,0 (12,9–15,1)
	Mit IADL	Ohne IADL	Gesamt	Mit IADL	Ohne IADL	Gesamt	Mit IADL	Ohne IADL	Gesamt
<b>n</b>	778	6.308	7.086	412	5.459	5.871	1.190	11.767	12.957
	<b>Anteil (%)</b>								
<b>Schlechter/sehr schlechter Gesundheitszustand</b> (95 %-KI)	40,4 (35,2–45,8)	6,4 (5,3–7,5)	11,6 (10,3–12,9)	54,2 (46,9–61,3)	8,5 (7,2–10,0)	12,7 (11,2–14,3)	44,8 (40,5–49,2)	7,4 (6,6–8,3)	12,1 (11,1–13,1)
<b>Starke Einschränkungen durch Krankheit</b> (95 %-KI)	50,6 (45,1–56,1)	5,6 (4,7–6,6)	12,3 (11,1–13,7)	58,2 (50,9–65,2)	7,9 (6,6–9,4)	12,5 (11,0–14,1)	52,9 (48,4–57,2)	6,7 (5,9–7,6)	12,4 (11,5–13,5)
<b>Seit mind. sechs Monaten chronisch krank</b> (95 %-KI)	84,1 (79,3–88,0)	58,0 (56,2–59,9)	62,0 (60,2–63,8)	85,4 (80,0–89,6)	58,0 (55,9–60,1)	60,5 (58,6–62,5)	84,0 (82,2–87,1)	58,0 (56,6–59,4)	61,3 (59,9–62,6)
<b>Schwerwiegende Sehschwierigkeiten</b> (95 %-KI)	10,3 (7,3–14,2)	2,2 (1,6–2,9)	3,4 (2,7–4,3)	10,5 (6,9–15,7)	1,7 (1,2–2,4)	2,5 (1,9–3,3)	10,3 (8,0–13,3)	1,9 (1,5–2,4)	3,0 (2,5–3,5)
<b>Schwerwiegende Hörschwierigkeiten</b> (95 %-KI)	15,9 (12,3–20,3)	4,2 (3,4–5,2)	6,0 (5,1–7,1)	18,7 (13,6–25,0)	5,8 (4,8–6,9)	6,9 (5,9–8,1)	16,7 (13,7–20,2)	5,0 (4,4–5,8)	6,5 (5,8–7,3)
<b>Schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen (Laufen, Treppensteigen)</b> (95 %-KI)	69,8 (64,6–74,5)	7,1 (6,0–8,4)	16,6 (15,1–18,3)	65,3 (58,4–71,6)	5,2 (4,2–6,4)	10,7 (9,4–12,2)	68,4 (64,3–72,2)	6,2 (5,4–7,0)	14,0 (12,9–15,1)

ADL=basale Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL=instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, KI=Konfidenzintervall

## Annex Tabelle 4

**Basale und instrumentelle Einschränkungen der Alltagsaktivitäten nach Geschlecht und soziodemografischen Merkmalen  
(jeweils prozentualer Anteil und Konfidenzintervall, gewichtete Analysen)**

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Frauen			Männer			Gesamt		
	Mit ADL	Ohne ADL	Gesamt	Mit ADL	Ohne ADL	Gesamt	Mit ADL	Ohne ADL	Gesamt
<b>n</b>	265	6.821	7.086	152	5.719	5.871	417	12.540	12.957
	<b>Anteil (%)</b>								
<b>Bildung (CASMIN)</b>									
<b>Untere Bildungsgruppe</b>	58,8	43,4	44,3	66,2	42,1	43,0	62,3	42,8	43,7
(95 %-KI)	(49,9–67,2)	(41,5–45,3)	(42,4–46,1)	(55,4–75,5)	(40,0–44,3)	(40,9–45,1)	(55,4–68,7)	(41,4–44,2)	(42,3–45,1)
<b>Mittlere Bildungsgruppe</b>	36,8	45,8	45,3	23,2	36,8	36,3	31,3	41,6	41,1
(95 %-KI)	(28,7–45,7)	(44,0–47,6)	(43,5–47,0)	(15,4–33,3)	(34,9–38,8)	(34,4–38,2)	(25,2–38,0)	(40,3–42,9)	(39,8–42,4)
<b>Obere Bildungsgruppe</b>	4,3	10,9	10,5	10,6	21,1	20,7	6,4	15,6	15,2
(95 %-KI)	(3,0–6,2)	(10,2–11,5)	(9,9–11,1)	(6,9–15,9)	(20,0–22,3)	(19,6–21,8)	(4,8–8,5)	(15,0–16,3)	(14,6–15,8)
<b>Armutsgefährdet</b>									
<b>&lt; 60 % des Medianeinkommens</b>	30,6	18,7	19,4	29,3	15,4	15,9	31,7	17,3	18,0
(95 %-KI)	(22,7–39,8)	(17,1–20,4)	(17,8–21,1)	(19,1–42,1)	(13,7–17,3)	(14,2–17,8)	(25,0–39,2)	(16,1–18,5)	(16,8–19,2)
<b>Einpersonenhaushalt</b>									
<b>ja</b>	71,6	53,0	54,0	62,9	42,6	43,3	69,2	48,1	49,2
(95 %-KI)	(63,6–78,4)	(51,1–54,8)	(52,3–55,8)	(51,5–73,0)	(40,4–44,7)	(41,2–45,4)	(62,8–75,0)	(46,8–49,5)	(47,8–50,5)
<b>Gemeindegröße</b>									
<b>Ländlich</b>	7,7	11,2	11,0	6,6	12,2	12,0	7,2	11,7	11,5
(95 %-KI)	(4,0–14,1)	(10,0–12,5)	(9,8–12,3)	(2,7–15,4)	(10,8–13,7)	(10,6–13,4)	(4,3–12,0)	(10,8–12,7)	(10,6–12,5)
<b>Kleinstädtisch</b>	26,4	27,0	26,9	26,6	29,0	28,9	26,3	27,9	27,8
(95 %-KI)	(18,5–36,2)	(25,3–28,7)	(25,2–28,7)	(16,2–40,5)	(27,1–31,0)	(27,0–30,9)	(19,8–34,1)	(26,6–29,2)	(26,5–29,1)
<b>Mittelstädtisch</b>	31,4	31,2	31,2	29,4	30,9	30,8	30,5	31,0	30,9
(95 %-KI)	(23,3–40,8)	(29,4–32,9)	(29,5–32,9)	(18,8–42,8)	(28,9–32,9)	(28,9–32,8)	(23,8–38,0)	(29,7–32,3)	(29,6–32,3)
<b>Großstädtisch</b>	34,5	30,7	30,9	37,4	28,0	28,3	36,0	29,5	29,8
(95 %-KI)	(26,9–43,0)	(29,1–32,4)	(29,3–32,6)	(26,7–49,5)	(26,3–29,8)	(26,6–30,1)	(29,7–42,9)	(28,3–30,7)	(28,6–31,0)

ADL=basale Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL=instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, CASMIN=Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations, KI=Konfidenzintervall

Fortsetzung nächste Seite

## Annex Tabelle 4 Fortsetzung

**Basale und instrumentelle Einschränkungen der Alltagsaktivitäten nach Geschlecht und soziodemografischen Merkmalen  
(jeweils prozentualer Anteil und Konfidenzintervall, gewichtete Analysen)**

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Frauen			Männer			Gesamt		
	Mit IADL	Ohne IADL	Gesamt	Mit IADL	Ohne IADL	Gesamt	Mit IADL	Ohne IADL	Gesamt
<b>n</b>	778	6.308	7.086	412	5.459	5.871	1.190	11.767	12.957
	<b>Anteil (%)</b>								
<b>Bildung (CASMIN)</b>									
<b>Untere Bildungsgruppe</b>	61,0	41,2	44,3	52,0	42,1	43,0	58,3	41,7	43,7
(95 %-KI)	(55,8–66,0)	(39,3–43,2)	(42,4–46,1)	(44,8–59,1)	(39,9–44,3)	(40,9–45,1)	(54,1–62,4)	(40,2–43,1)	(42,3–45,1)
<b>Mittlere Bildungsgruppe</b>	33,9	47,3	45,3	34,9	36,5	36,3	34,0	42,1	41,1
(95 %-KI)	(29,2–39,1)	(45,4–49,2)	(43,5–47,0)	(28,5–42,0)	(34,5–38,5)	(34,4–38,2)	(30,2–38,1)	(40,7–43,5)	(39,8–42,4)
<b>Obere Bildungsgruppe</b>	5,0	11,5	10,5	13,1	21,5	20,7	7,7	16,2	15,2
(95 %-KI)	(4,0–6,2)	(10,8–12,2)	(9,9–11,1)	(10,4–16,4)	(20,3–22,7)	(19,6–21,8)	(6,5–9,0)	(15,6–16,9)	(14,6–15,8)
<b>Armutsgefährdet</b>									
<b>&lt; 60 % des Medianeinkommens</b>	28,9	17,7	19,4	30,6	14,5	15,9	30,0	16,2	18,0
(95 %-KI)	(24,1–34,3)	(16,1–19,5)	(17,8–21,1)	(24,0–38,1)	(12,7–16,4)	(14,2–17,8)	(26,0–34,4)	(15,0–17,5)	(16,8–19,2)
<b>Einpersonenhaushalt</b>									
<b>ja</b>	72,0	50,8	54,0	60,9	41,5	43,3	68,5	46,4	49,2
(95 %-KI)	(67,4–76,3)	(48,9–52,7)	(52,3–55,8)	(54,1–67,4)	(39,4–43,8)	(41,2–45,4)	(64,6–72,1)	(45,0–47,9)	(47,8–50,5)
<b>Gemeindegröße</b>									
<b>Ländlich</b>	8,0	11,5	11,0	7,3	12,4	12,0	7,8	12,0	11,5
(95 %-KI)	(5,4–11,8)	(10,2–12,9)	(9,8–12,3)	(4,3–12,0)	(11,0–14,0)	(10,6–13,4)	(5,4–10,6)	(11,0–13,1)	(10,6–12,5)
<b>Kleinstädtisch</b>	28,1	26,7	26,9	19,9	29,8	28,9	25,3	28,1	27,8
(95 %-KI)	(22,9–34,0)	(25,0–28,5)	(25,2–28,7)	(14,2–27,0)	(27,8–31,9)	(27,0–30,9)	(21,2–29,8)	(26,8–29,5)	(26,5–29,1)
<b>Mittelstädtisch</b>	28,4	31,7	31,2	35,4	30,4	30,8	30,7	31,0	30,9
(95 %-KI)	(23,6–33,6)	(29,9–33,5)	(29,5–32,9)	(28,6–42,9)	(28,4–32,5)	(28,9–32,8)	(26,7–35,0)	(29,6–32,4)	(29,6–32,3)
<b>Großstädtisch</b>	35,5	30,1	30,9	37,5	27,4	28,3	36,3	28,9	29,8
(95 %-KI)	(30,5–40,9)	(28,4–31,8)	(29,3–32,6)	(30,6–44,9)	(25,7–29,2)	(26,6–30,1)	(32,1–40,6)	(27,7–30,1)	(28,6–31,0)

ADL=basale Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL=instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, CASMIN=Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations, KI=Konfidenzintervall

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

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

#### Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

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



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



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