ROBERT KOCH INSTITUT

SEPTEMBER 2023
AUSGABE 3

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of **Health Monitoring**

Gesundheit älterer Menschen in Deutschland

Gesundheit älterer Menschen in Deutschland

3 *Editorial* Gesundheit im Alter – Status Quo, Herausforderungen und Chancen

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

32 *Focus* Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen

53 *Fact sheet* Verbreitung von Einsamkeit bei älteren Erwachsenen in Deutschland

59 *Fact sheet* Verbreitung von Patientenverfügungen bei älteren Erwachsenen in Deutschland

66 *Concepts & Methods* Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung

Journal of Health Monitoring · 2023 8(3)
DOI 10.25646/11565
Robert Koch-Institut, Berlin

Janine Stein, Steffi G. Riedel-Heller

Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin
und Public Health (ISAP)

Eingereicht: 07.08.2023
Akzeptiert: 10.08.2023
Veröffentlicht: 20.09.2023

Gesundheit im Alter – Status Quo, Herausforderungen und Chancen

Der Beobachtung der Gesundheit (Health Monitoring) im Alter kommt aus mehreren Gründen eine wachsende gesellschafts- und sozialpolitische Relevanz zu. Im Zuge der aktuellen demografischen Entwicklungen ist für die nächsten Jahrzehnte mit einer deutlichen Zunahme älterer Menschen zu rechnen und insbesondere die Hochbetagten (85+ Jahre) zählen zu der am stärksten wachsenden Gruppe. Dies geht auf Bevölkerungsebene mit einer zunehmenden Morbidität einher, wobei psychische und neurodegenerative Erkrankungen im Alter, wie Demenzerkrankungen, am häufigsten auftreten [1]. Es zeigt sich der Trend, dass im Alter die Versorgungs- und Pflegebedarfe steigen [2]. Vor diesem Hintergrund stellen die Prävention und gezielte Behandlung von häufigen Krankheitsbildern im Alter, zu denen vor allem Demenzen gehören, eine große Herausforderung und wichtige Aufgabe dar.

Für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind aktuelle epidemiologische Daten und Forschungsbefunde zur gesundheitlichen Lage älterer Menschen unverzichtbar, um Präventions- und Behandlungspotenziale auszuloten und damit eine gezielte Förderung zu ermöglichen. Zur Erforschung der gesundheitlichen Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland wurde die epidemiologische Längsschnittstudie Gesundheit 65+ ins Leben gerufen. Fuchs et al. stellen in dieser Ausgabe zunächst die Studie und deren Zielsetzung, Inhalte und Durchführung vor. Mit Gesundheit 65+ wurde zur Unterstützung der laufenden nationalen Gesundheitsberichterstattung erstmals eine bundesweite bevölkerungsbasierte Gesundheitsstudie mit der Zielgruppe der älteren Bevölkerung in Deutschland und speziellem Fokus auf gesundheitlichen Einschränkungen realisiert. Darauf aufbauend stellen Gaertner et al. erste Studienergebnisse der Basisbefragung vor. Neben der berichteten hohen Lebenszufriedenheit wurden eine Reihe lebenswelt-, aktivitäts- und teilhabebezogener sowie gesundheitlich-funktioneller Indikatoren beleuchtet und mittels Prävalenzberechnungen mit aktuellen Zahlen belegt. Die Ergebnisse bilden einen essenziellen Ausgangspunkt für die Ableitung politischer und praxisbezogener Handlungsempfehlungen.

Der Übersichtsbeitrag von Georges et al. bietet einen umfassenden Überblick über demografische Entwicklungen, Risikofaktoren und Versorgungsmöglichkeiten von Demenzerkrankungen in Deutschland. Im höheren Lebensalter gehören kognitive Störungen und Demenzerkrankungen zu den häufigsten Störungsbildern, sind folgenschwer für den Einzelnen sowie für die Solidargemeinschaft. Zu den Konsequenzen zählen eine zunehmende Abhängigkeit im täglichen Leben, ein steigender Bedarf an Unterstützung und Pflege, Institutionalisierung, funktionelle Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit und Mortalität sowie hohe Kosten für das Gesundheitssystem. In den frühen Stadien der Erkrankung ist möglicherweise wenig Unterstützung erforderlich, welche häufig von Lebenspartnerinnen und -partnern oder der Familie als informell Betreuende und instrumentell Unterstützende geleistet wird. Mit fortschreitender Demenz

werden die Ressourcen der Pflegenden oftmals überschritten und formelle Pflege (wie häusliche oder Tagespflege) wird erforderlich, um sicherzustellen, dass der Pflegebedarf erfüllt wird. Laut der aktuellen Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird in Deutschland die Zahl der pflegebedürftigen Menschen allein durch die zunehmende Alterung von rund 5,0 Millionen Ende 2021 auf etwa 6,8 Millionen im Jahr 2055 (um 37 %) zunehmen. Dabei geht der Anstieg bis 2055 zum großen Teil auf hochbetagte Pflegebedürftige im Alter von 80 Jahren und älter zurück [2].

Während in Deutschland und weltweit die Zahl der Menschen mit Demenz in Zukunft ansteigen wird, bergen gleichzeitig einige Faktoren ein enormes Präventionspotenzial. In diesem Zuge wurden in der aktuellen Forschung potenziell modifizierbare Risikofaktoren für Demenzerkrankungen identifiziert und im Rahmen von Interventionen, die verschiedene Risikofaktoren gleichzeitig adressieren, untersucht [3, 4]. Zu den wichtigsten Faktoren zählen neben niedriger Bildung, Bluthochdruck, Hörbeeinträchtigungen, Rauchen, Übergewicht, Depression, Bewegungsmangel und Diabetes auch Einsamkeit und soziale Isolation im Alter [5]. In einem Fact Sheet stellen Wurm et al. Daten zur Verbreitung von Einsamkeit bei älteren Erwachsenen in Deutschland auf der Basis der Studie Deutscher Alterssurvey (DEAS) vor, einer bundesweit repräsentativen Quer- und Längsschnittbefragung von Personen ab 40 Jahren. Da Einsamkeit und mangelnde soziale Partizipation das Demenzrisiko signifikant erhöhen können, bildet die Beobachtung der Einsamkeitsquote, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der anhaltenden Folgen der COVID-19-Pandemie, einen substanziellen Ausgangspunkt für die Initiierung präventiver Maßnahmen [6].

Auf der Grundlage des Deutschen Altersurveys gehen Wurm et al. in einem weiteren Fact Sheet der Frage nach, wie viele ältere Personen in Deutschland eine Patientenverfügung erteilt haben und welche Einflussfaktoren es gibt. Eine Patientenverfügung, welche den persönlichen Patientenwillen in Bezug auf medizinische Behandlungen und Notsituationen enthält, ist im Rahmen der Versorgung älterer Menschen von hoher Bedeutung. In Bezug auf Alterseffekte wurde bereits für hochaltrige Hausarztpatientinnen und -patienten im Alter von 85 Jahren und älter gezeigt, dass ein substanzieller Anteil über eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht verfügt [7]. Demgegenüber wird in dieser Ausgabe gezeigt, dass bei jüngeren Älteren Luft nach oben ist.

Diese Ausgabe des Journal of Health Monitoring unterstreicht die Bedeutung der Gesundheit im Alter und macht deutlich, welche gemeinschaftlichen Anstrengungen es braucht, um diese zu erhalten und zu verbessern. Genau deshalb haben die Vereinten Nationen den Zeitraum 2021 – 2030 zum Jahrzehnt des gesunden Alterns erklärt [8].

Korrespondenzadresse
Dr. rer. med. Janine Stein
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
E-Mail: Janine.Stein@medizin.uni-leipzig.de

Zitierweise
Stein J, Riedel-Heller SG (2023)
Gesundheit im Alter – Status Quo, Herausforderungen und Chancen.
J Health Monit 8(3): 3–6.
DOI 10.25646/11565

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

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Blotenberg I, Hoffmann W, Thyrian JR (2023) Dementia in Germany: Epidemiology and Prevention Potential. Dtsch Arztebl Int. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0100. Epub ahead of print. PMID: 37226316
2. Statistisches Bundesamt (2023) Statistischer Bericht – Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer – 2022 bis 2070. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/_publikationen-innen-statistischer-bericht-pflegevorausberechnung.html (Stand: 03.08.2023)
3. Röhr S, Kivipelto M, Mangialasche F et al. (2022) Multidomain interventions for risk reduction and prevention of cognitive decline and dementia: current developments. Curr Opin Psychiatry 35(4):285–292. doi: 10.1097/YCO.0000000000000792
4. Zülke A, Luck T, Pabst A et al. (2019) AgeWell.de – study protocol of a pragmatic multi-center cluster-randomized controlled prevention trial against cognitive decline in older primary care patients. BMC Geriatr 19(1):203. doi: 10.1186/s12877-019-1212-1
5. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A et al. (2020) Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 396(10248):413–446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6
6. Sommerlad A, Kivimäki M, Larson EB et al. (2023) Social participation and risk of developing dementia. Nat Aging 3(5):532–545. doi: 10.1038/s43587-023-00387-0
7. Luck T, Rodriguez FS, Wiese B et al (2017) Advance directives and power of attorney for health care in the oldest-old – results of the AgeQualiDe study. BMC Geriatr 17(1):85. doi: 10.1186/s12877-017-0482-8
8. World Health Organization (2020) UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action. 2021–2030. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28 (Stand: 10.08.2023)

Impressum

Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

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

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

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

Satz
Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

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

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

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

Journal of Health Monitoring · 2023 8(3)
DOI 10.25646/11564
Robert Koch-Institut, Berlin

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

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Eingereicht: 24.04.2023
Akzeptiert: 12.07.2023
Veröffentlicht: 20.09.2023

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

Abstract

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

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

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

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

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

1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten zeichnen sich weltweit deutliche Veränderungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung ab: Der Anteil älterer Menschen nimmt zu, während der Anteil jüngerer Menschen abnimmt. Laut Angaben des Statistischen Bundesamts ist in Deutschland der Anteil der Menschen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung von 15 % im Jahr 1991 auf 22 % im Jahr 2021 angestiegen; auch der Anteil der Hochaltrigen ab 85 Jahren stieg [1]. Von einer

Studie Gesundheit 65+

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

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

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

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

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

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

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

Einwilligung durch eine gesetzliche Vertretung: Möglich

Stichprobenumfang: 3.694 Teilnehmende, davon 2.175 ab 80 Jahren

Datenerhebungszeitraum insgesamt: Juni 2021 bis April 2023

Datenerhebungszeitraum Basisbefragung: Juni 2021 bis April 2022

Mehr Informationen unter
www.rki.de/gesundheit65plus

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

Mit dem „Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health 2016–2020" hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den politisch Verantwortlichen weltweit Maßnahmen benannt, die erforderlich sind, damit für alle Menschen die Möglichkeit besteht, ein langes und gesundes Leben zu führen [7]. Dies diente der Vorbereitung der „United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)" [8]. Im Ergebnisbericht wurde deutlich, dass weiterhin große Herausforderungen bestehen und insbesondere die Datenlage zu gesundem Altern im Lebensverlauf ausgebaut werden sollte. Dazu gehören auch Informationen zur körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit und eine stärkere Standardisierung der Messdaten [9].

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

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

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

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

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

2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI wurde zwischen Juni 2021 und April 2023 die bundesweite, bevölkerungsbezogene epidemiologische Längsschnittstudie Gesundheit 65+ durchgeführt, um repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie zu erheben (Infobox). Die Zielpopulation umfasste Personen ab 65 Jahren, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland hatten. Personen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sowie Personen, die vor Studienbeginn verstorben oder umgezogen bzw. unauffindbar waren, wurden von der Studie ausgeschlossen. Die Teilnahme war somit unabhängig vom Gesundheitszustand der eingeladenen Person möglich, z. B. wurden Personen in Pflegeheimen oder mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit eingeschlossen. Um in die Studie auch alte und hochaltrige Menschen mit funktionellen Einschränkungen einzubeziehen, wurde ein zuvor für diese Altersgruppe erprobtes Studiendesign zur Kontaktierung und Datenerhebung angewandt [14, 15]. Die Basisbefragung der Studie fand mittels eines Mixed-Mode-Erhebungsdesigns (Papier-/Onlinefragebogen, Interview am Telefon bzw. beim Hausbesuch) im Zeitraum Juni 2021 bis April 2022 statt. Um Teilnahmebarrieren an der Studie zu senken, war es möglich, sich von Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen bei der Teilnahme unterstützen zu lassen oder im Rahmen einer Befragung durch eine Stellvertreterin bzw. Stellvertreter (sog. Proxy-Befragung) teilzunehmen. Eine ausführliche Beschreibung der Studie inklusive der Datenerhebung im Längsschnitt mit drei Nachbefragungen und einer Untersuchung im Hausbesuch im Zeitraum von 12 Monaten nach der Basisbefragung findet sich an anderer Stelle [13].

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

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

2.2 Indikatoren

Der Inhalt der Basisbefragung umfasste wesentliche Gesundheitskonzepte für ältere und hochaltrige Menschen aus den Handlungsfeldern Lebenswelt, Aktivitäten/Teilhabe und gesundheitliche/funktionelle Ressourcen [17]. Die Auswahl der Indikatoren wurde soweit möglich an die in IMOA zuvor entwickelten Gesundheitsindikatoren für die Bevölkerung ab 65 Jahren angelehnt [12] und um weitere wichtige Themen zur Gesundheit älterer Menschen (z. B. Seh-, Hör- und Mobilitätseinschränkungen) ergänzt. Um die Teilnahmebarrieren für hochaltrige oder funktionell eingeschränkte Personen zu senken, wurde der Befragungsaufwand soweit wie möglich minimiert und z. B. auf den Einsatz von umfangreichen Instrumenten verzichtet.

Lebenswelt

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

Aktivitäten/Teilhabe

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

Gesundheitliche/funktionelle Ressourcen

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

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

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

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

2.3 Stratifizierungsvariablen

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

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

2.4 Statistische Analyse

Zunächst erfolgte eine deskriptive Beschreibung der Stichprobe anhand von absoluten Häufigkeiten und prozentualen Anteilen insgesamt und nach Geschlecht. Danach wurden die Prävalenzen aller Gesundheitsindikatoren insgesamt und nach den benannten Stratifizierungsvariablen mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) berechnet und tabellarisch bzw. in einer Abbildung dargestellt. Bei den Prävalenzen handelt es sich um Schätzwerte für den prozentualen Anteil der zu einem Zeitpunkt betroffenen Personen in der Zielgruppe. Ihre Präzision kann mithilfe der Konfidenzintervallen beurteilt werden – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Da für einige Indikatoren subjektive Einschätzungen notwendig waren (d. h. bei Einsamkeit, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gedächtnisverschlechterung), wurden bei diesen Indikatoren in den Auswertungen ausschließlich Selbstangaben und keine Angaben aus Proxy-Befragungen berücksichtigt.

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

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

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung zur Basisbefragung

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

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

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

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

Tabelle 1
Stichprobenbeschreibung insgesamt und nach Geschlecht (n = 3.694, ungewichtete Analysen)
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

3.2 Gesundheit älterer Menschen in Deutschland nach den verschiedenen Handlungsfeldern

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

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

Tabelle 2
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren insgesamt und absolute Anzahl ihrer fehlenden Werte (n = 3.694, gewichtete Analysen)
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

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

KI = Konfidenzintervall, * = keine Proxyangaben berücksichtigt

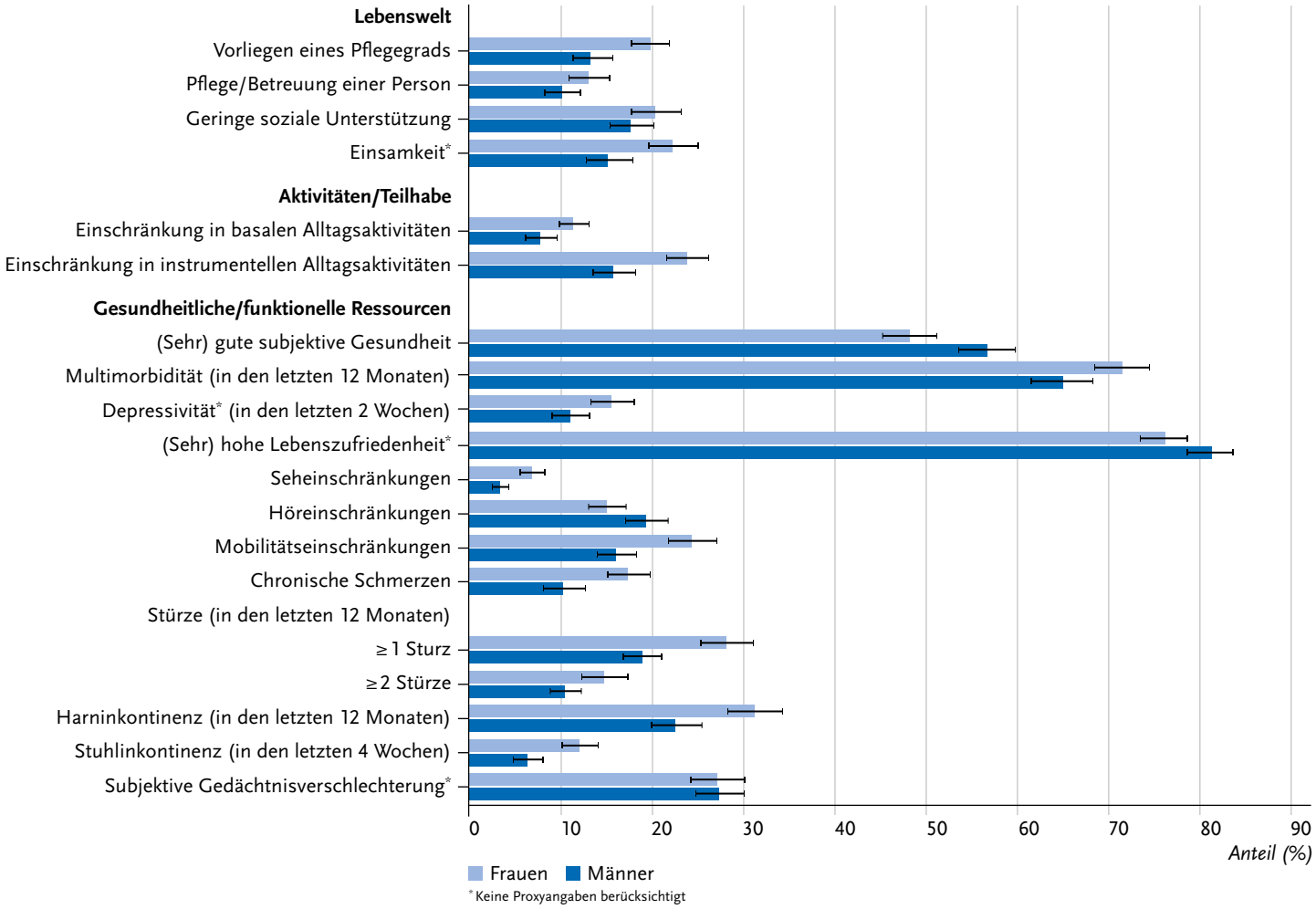
Ältere Menschen sind mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen betroffen.

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

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

Im Vergleich zu Männern ab 65 Jahren schätzten Frauen ihre Gesundheit insgesamt schlechter ein (Abbildung 1). So berichteten sie häufiger als Männer von Harninkontinenz (31,4 % vs. 22,6 %), mindestens einem Sturzereignis im letzten Jahr (28,2 % vs. 19,0 %), Mobilitätseinschränkungen (24,4 % vs. 16,1 %), Einschränkungen in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (23,9 % vs. 15,8 %), Einsamkeit (22,3 % vs. 15,2 %), dem Vorliegen eines Pflegegrads (19,9 % vs. 13,3 %), chronischen Schmerzen (17,4 % vs. 10,3 %), Depressivität (15,6 % vs. 11,1 %), Mehrfachstürzen im letzten Jahr (14,8 % vs. 10,5 %), Stuhlinkontinenz (12,1 % vs. 6,4 %), Einschränkungen in den basalen Alltagsaktivitäten (11,4 % vs. 7,8 %) und schwerwiegenden

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



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

Tabelle 3 gibt einen Überblick zur gesundheitlichen Lage stratifiziert nach Geschlecht und Altersgruppen. Die gesundheitliche Lage der hochaltrigen Personen ab 80 Jahren war im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren deutlich schlechter (Tabelle 3). Die Prävalenzen waren mitunter in der höheren Altersgruppe um ein Vielfaches höher als in der jüngeren (z. B. Vorliegen eines Pflegegrads bei 6,1 % der 65- bis 79-jährigen und bei 44,3 % der 80-jährigen und älteren Frauen). Das galt sowohl für

Tabelle 3
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren nach Geschlecht und Alter (n = 3.694, gewichtete Analyses)
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

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

KI = Konfidenzintervall, * = keine Proxyangaben berücksichtigt

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

Frauen als auch für Männer hinsichtlich des Vorliegens eines Pflegegrads, Einschränkungen in den basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten, subjektiver Gesundheit, Einschränkungen in der Sensorik und Mobilität, chronischer Schmerzen, Sturzereignisse sowie Harn- und Stuhlinkontinenz. Hinsichtlich Depressivität und geringerer Lebenszufriedenheit galt dies nur für Männer und bezüglich Einsamkeit und Multimorbidität nur für Frauen. Hochaltrige Frauen pflegten oder betreuten zudem deutlich seltener eine andere Person als jüngere Frauen.

3.4 Bildungsunterschiede in den verschiedenen Handlungsfeldern der gesundheitlichen Lage

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

Tabelle 4
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren nach Geschlecht und Bildung (n = 3.645, gewichtete Analysen)
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

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

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

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

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

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

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

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

KI = Konfidenzintervall, * = keine Proxyangaben berücksichtigt

Tabelle 5
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren nach Wohnregion (n = 3.694, gewichtete Analysen)
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 5 *Fortsetzung*
Prävalenzen der Gesundheitsindikatoren nach Wohnregion (n = 3.694, gewichtete Analysen)
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

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

KI = Konfidenzintervall, * = keine Proxyangaben berücksichtigt

4. Diskussion

Mit der Studie Gesundheit 65+ ist es erstmals für Deutschland gelungen, einen bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurvey in der Bevölkerung ab 65 Jahren unter besonderer Berücksichtigung hochaltriger und gesundheitlich eingeschränkter Personen durchzuführen. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die gesundheitliche Lage von älteren Frauen und Männern in Deutschland im Zeitraum der COVID-19-Pandemie von Juni 2021 bis April 2022 auf Grundlage der bevölkerungsrepräsentativen Basisbefragung. Insgesamt waren 78,5 % der Teilnehmenden mit ihrem Leben sehr zufrieden und jede bzw. jeder Zweite schätzte die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Dies steht im Kontrast zu einer Vielzahl berichteter gesundheitlicher Einschränkungen; das Phänomen wird in der Literatur als „well-being paradox" beschrieben und beruht vermutlich auf Anpassungsstrategien der älteren Menschen [41]. Allerdings zeigen sich sowohl in Bezug auf die allgemeine subjektive Gesundheit als auch auf gesundheitliche Einschränkungen und Pflegebedarf erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und nach Bildung, die sich jenseits des 80. Lebensjahres noch verstärken. In unseren Daten fand sich dabei eine deutlich höhere Prävalenz für das Vorliegen eines Pflegegrads im Vergleich zum Vorliegen von Einschränkungen in basalen Alltagsaktivitäten (16,9 % vs. 9,8 %). Da zur Ermittlung eines Pflegegrads mehr und andere Kriterien (z. B. Kommunikationsfähigkeiten, psychischen Störungen, kognitive Einschränkungen) genutzt werden, ist dies erklärlich. Darüber hinaus fanden sich keine regionalen Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland in Gesundheit 65+.

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

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

Gesundheitliche Ungleichheiten im höheren Lebensalter in Deutschland wurden bereits von anderen Autorinnen und Autoren beschrieben [56–59]. Auch in Gesundheit 65+ zeigen sich für das höhere Alter gesundheitliche Ungleichheiten nach Bildungsniveau in Deutschland, die teilweise beide Geschlechter (Vorliegen eines Pflegegrads, Einschätzung der subjektiven Gesundheit, Einschränkungen im Alltag, beim Sehen und in der Mobilität), teilweise nur Frauen (geringe soziale Unterstützung, chronische Schmerzen) oder nur Männer (Einsamkeit, depressive Symptome, geringe Lebenszufriedenheit, Harninkontinenz) betreffen. Personen aus der hohen Bildungsgruppe wiesen weniger gesundheitliche Probleme auf als diejenigen aus der niedrigen Bildungsgruppe. Inwiefern diese Unterschiede in der vorliegenden Stichprobe schon vor dem Erreichen des höheren Lebensalters bestanden und in dieser Lebensphase fortdauern, zu- oder abgenommen haben, kann mit dieser querschnittlichen Analyse der Basisbefragung der Studie Gesundheit 65+ nicht geklärt werden. Neben längsschnittlichen Analysen, um dieser Fragestellung nachzugehen, wäre es darüber hinaus zukünftig nötig, weitere Aspekte der sozialen Lage, wie Armutsgefährdung, von der insbesondere Frauen betroffen sind [60], und andere Indikatoren sozialer Ungleichheit in weiterführenden Analysen zu berücksichtigen.

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

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

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

Im Hinblick auf die gesundheitlichen Einschränkungen zeigen die Ergebnisse aus Gesundheit 65+, dass Multimorbidität ein häufig auftretendes Phänomen bei Älteren ist, was in anderen Studien ähnlich beschrieben wird [66, 67], und dass diese nach Alter und Geschlecht unterschiedlich häufig ist [68, 69]. Menschen mit Multimorbidität werden häufiger in Krankenhäuser eingewiesen, bekommen mehr Medikamente verschrieben und haben ein höheres Sterberisiko [67, 68, 70]. Bekannt ist der bidirektionale Zusammenhang zwischen Multimorbidität und funktionellen Einschränkungen, die Aktivitäten und Teilhabe begrenzen [71]. Dazu gehören schwerwiegende Einschränkungen des Sehens, Hörens, der Kognition, und den damit einhergehenden Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten. In Übereinstimmung mit anderen Studien wurden diese mit zunehmendem Alter häufiger berichtet [72–74]. Für die subjektive Gedächtnisverschlechterung fanden sich keine Geschlechts-, Alters- oder Bildungsunterschiede. Dass mehr als ein Viertel der Bevölkerung ab 65 Jahren eine Gedächtnisverschlechterung angeben, zeigt einen Bedarf an gesundheitlicher Betreuung und ggf. Diagnostik auf, da eine subjektive Gedächtnisverschlechterung als Risikofaktor für eine Verschlechterung der Kognition, zukünftige Demenz und Mortalität gilt [75–78].

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

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

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

Stärken und Limitationen

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

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

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

Um den Befragungsaufwand soweit wie möglich zu senken, kamen häufig Kurzbefragungsinstrumente (z. B. der PHQ-2 anstatt der PHQ-8/PHQ-9) oder einzelne Fragen je Themenbereich zum Einsatz (z. B. zur Lebenszufriedenheit). Die Verwendung von möglichst einfachen Instrumenten oder Fragen sollte Personen mit eingeschränkten Lesefähigkeiten oder kognitiven Einschränkungen die Teilnahme ermöglichen. Dadurch ist es mit Gesundheit 65+ möglich, ein breites Bild zur gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Deutschland zu zeichnen. Andererseits sind nur eingeschränkt vertiefende Aussagen bzw. Analysen zu einem Themenbereich möglich. So können beispielsweise beim Thema Schmerzen keine Aussagen zu Schmerzlokalität oder derzeitiger Behandlung getroffen werden. Durch die Wiederholungsbefragungen im Zeitraum eines Jahres, die Untersuchung und die Einbindung externer Datenquellen werden sich in der Studie Gesundheit 65+ zukünftig vielfältige Analysemöglichkeiten zur gesundheitlichen Lage und Einflussfaktoren bei Menschen ab 65 Jahren in Deutschland ergeben. Dies gilt auch für weitere relevante Konzepte des gesunden Alterns, die anhand der Basisbefragung nicht ausreichend dargestellt werden konnten. Beispielsweise kann erst zukünftig das altersrelevante Konzept der Gebrechlichkeit [99] mit zusätzlichen Messdaten aus der Untersuchung z. B. zur Handgreifkraft und kognitiven Funktion analysiert werden.

Ausblick

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

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

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

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

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

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

Datenschutz und Ethik

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

Datenverfügbarkeit

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

Förderungshinweis

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

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

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

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

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023) Die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahren. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.htm (Stand: 23.02.2023)
2. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023) Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html (Stand: 23.02.2023)
3. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022) Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt bis 2070. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/bevoelkerungsvorausberechnung-lebenserwartung.html (Stand: 23.02.2023)
4. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden". gesundheitsziele.de. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, Berlin
5. Robert Koch-Institut (2015) Wie gesund sind die älteren Menschen? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.08.2023)
6. Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. J Health Monit 6(S4):2–39. DOI 10.25646/7856. https://edoc.rki.de/handle/176904/7915 (Stand: 01.08.2023)
7. World Health Organization (2017) Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization, Geneva
8. Keating N (2022) A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). European Journal of Ageing 19(3):775–787
9. World Health Organization (2020) Decade of healthy ageing: baseline report., Licence: CC BY-NC-SA 30 IGO, Geneva. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900 (Stand: 01.08.2023)
10. Thelen M, Scheidt-Nave C, Schaeffer D et al. (2012) Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Handlungsfeld II: Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung älterer Menschen. Bundesgesundheitsbl 55(8):991–997
11. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T et al. (2013) Indicators for healthy ageing – a debate. Int J Environ Res Public Health 10(12):6630–6644
12. Grube M, Scheidt-Nave C, Gaertner B et al. (2019) Public Health Monitoring 65+ in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. J Health Monit 4(2):93–109 . DOI 10.25646/5984 https://edoc.rki.de/handle/176904/6019 (Stand: 01.08.2023)
13. Fuchs J, Gaertner B, Perlitz H et al. (2023) Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung. J Health Monit 8(3):66–90
14. Gaertner B, Lüdtke D, Koschollek C et al. (2019) Effects of a sequential mixed-mode design on participation, contact and sample composition – Results of the pilot study 'IMOA-Improving Health Monitoring in Old Age'. Survey Insights: Methods from the Field (SMIF). https://surveyinsights.org/?p=10841 (Stand: 01.08.2023)
15. Holzhausen M, Fuchs J, Busch M et al. (2011) Operationalizing multimorbidity and autonomy for health services research in aging populations – the OMAHA-study. BMC Health Serv Res 11:47
16. The American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys, 9th edition. AAPOR
17. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA et al. (2016) The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet 387(10033):2145–2154
18. Dalgard OS, Bjork S, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. Bri J Psychiatry 166(1):29–34. DOI 10.1192/bjp.166.1.29
19. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E (2012) The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatr 12:27

20. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC et al. (2004) A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. Res Aging 26(6):655–672

21. Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (2013) Data documentation (Questionnaire, wave 5). https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Questionnaires/Q-Wave_5/w5_de_capi_main.pdf (Stand: 23.02.2023)

22. Jarach CM, Tettamanti M, Nobili A et al. (2021) Social isolation and loneliness as related to progression and reversion of frailty in the Survey of Health Aging Retirement in Europe (SHARE). Age Ageing 50(1):258–262

23. Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3) – Methodological manual. Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/8762193/KS-02-18-240-EN-N.pdf (Stand: 23.02.2023)

24. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. (1963) Studies of illness in the aged: The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 185(12):914–919

25. Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9(3):179–186

26. Cox B, van Oyen H, Cambois E et al. (2009) The reliability of the Minimum European Health Module. Int J Public Health 54(2):55–60

27. Robine JM, Jagger C (2003) Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. Eur J Public Health 13(3 Suppl):6–14

28. Ho ISS, Azcoaga-Lorenzo A, Akbari A et al. (2022) Measuring multimorbidity in research: Delphi consensus study. BMJ Med 1(1):e000247

29. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2003) The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Medical care 41(11):1284–1292

30. Richter D, Metzing M, Weinhardt M et al. (2013) SOEP Scales Manual. SOEP Survey Papers. DIW, Berlin

31. Morfeld M, Bullinger M (2008) Der SF-36 Health Survey zur Erhebung und Dokumentation gesundheitsbezogener Lebensqualität. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 18(05):250–255

32. Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (2015) Deutscher Schmerzfragebogen 2015. 2 ed., Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., S. 1–15

33. Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K et al. (2005) Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. J Am Geriatr Soc 53(9):1618–1622

34. Jessen F, Wiese B, Cvetanovska G et al. (2007) Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. Psychol Med 37(12):1753–1762

35. Schneider SL (2016) Die Konzeptionalisierung, Erhebung und Kodierung von Bildung in nationalen und internationalen Umfragen. GESIS Survey Guidelines. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Mannheim

36. Brauns H, Steinmann S (1999) Educational Reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN Educational Classification. ZUMA-Nachrichten 23:7–44

37. Lechert Y, Schroedter J, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus – Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensen 1976–2004. ZUMA-Methodenbericht 2006/12. https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/26235 (Stand: 22.07.2023)

38. Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6):631–636

39. Behrens K, Böltken F, Dittmar H et al. (2019) Regionale Standards: Ausgabe 2019. In: Arbeitsgruppe Regionale Standards (Hrsg) Regionale Standards Ausgabe 2019. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Köln

40. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018) Mikrozensus 2018, Scientific Use File (SUF), DOI: 10.21242/12211.2018.00.00.3.1.1

41. Hansen T, Blekesaune M (2022) The age and well-being 'paradox': a longitudinal and multidimensional reconsideration. Eur J of Ageing 19(4):1277–1286

42. Verbrugge LM (1985) Gender and health: an update on hypotheses and evidence. J Health Soc Behav 26(3):156–182

43. Arber S, Ginn J (1993) Gender and inequalities in health in later life. Soc Sci Med 36(1):33–46

44. Rieker PP, Bird CE (2005) Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. J Gerontology B Psychol Sci Soc Sci 60(Spec No2):S40–S47. DOI: 10.1093/geronb/60.special_issue_2.s40

45. Krieger N (2003) Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? Int J Epidemiol 32(4):652–657

46. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW et al. (2008) Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. Aging Clin Exp Res 20(2):91–102

47. Boerma T, Hosseinpoor AR, Verdes E et al. (2016) A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. BMC public health 16(1):675

48. Lin MH, Chen LJ, Huang ST et al. (2022) Age and sex differences in associations between self-reported health, physical function, mental function and mortality. Arch Gerontol Geriatr 98:104537

49. Simonsson B, Molarius A (2020) Self-rated health and associated factors among the oldest-old: results from a cross-sectional study in Sweden. Arch Public Health 78(1):6

50. Murayama H, Suda T, Nakamoto I et al. (2023) Changes in social isolation and loneliness prevalence during the COVID-19 pandemic in Japan: The JACSIS 2020–2021 study. Front Public Health 11:1094340

51. Zimmermann J, Brijoux T, Zank S (2022) Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres), Deutsches Zentrum für Altersfragen, Universität zu Köln, Köln

52. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin DOI: 10.25646/6585

53. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H (1996) Gender differences in health: are things really as simple as they seem? Soc Sci Med 42(4):617–624

54. Kuntz B, Waldhauer J, Schmidtke C et al. (2019) Bildung und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 497–515

55. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit (3):64–71. https://edoc.rki.de/handle/176904/5689 (Stand. 01.08.2023)

56. Lampert T, Hoebel J (2019) Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Bundesgesundheitsbl 62(3):238–246

57. von dem Knesebeck O, Vonneilich N (2009) Health inequalities among the aged. Z Gerontol Geriatr 42(6):459–464

58. Tetzlaff F, Epping J, Sperlich S et al. (2020) Widening income inequalities in life expectancy? Analysing time trends based on German health insurance data. J Epidemiol Community Health 74(7):592–597

59. Schollgen I, Huxhold O, Tesch-Römer C (2010) Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. Eur J Ageing 7(1):17–28

60. Schräpler JP, Seifert W, Mann H et. al. (2015) Altersarmut in Deutschland – regionale Verteilung und Erklärungsansätze. Analysen und Konzepte, Ausgabe 4. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

61. Eurofound (2022) COVID-19 and older people: Impact on their lives, support and care. Publications Office of the European Union, Luxembourg

62. Kocalevent RD, Berg L, Beutel ME et al. (2018) Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). BMC Psychol 6(1):31

63. Courtin E, Knapp M (2017) Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. Health Soc Care Community 25(3):799–812

64. Hajek A, Kretzler B, König HH (2020) Multimorbidity, Loneliness, and Social Isolation. A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 17(22)

65. Lazzari C, Rabottini M (2022) COVID-19, loneliness, social isolation and risk of dementia in older people: a systematic review and meta-analysis of the relevant literature. Int J Psychiatry Clin Pract 26(2):196–207

66. Ofori-Asenso R, Chin KL, Curtis AJ et al. (2019) Recent Patterns of Multimorbidity Among Older Adults in High-Income Countries. Popul Health Manag 22(2):127–137

67. Palladino R, Tayu Lee J, Ashworth M et al. (2016) Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. Age Ageing 45(3):431–435

68. Puth MT, Weckbecker K, Schmid M et al. (2017) Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. BMC public health 17(1):826

69. Fuchs J, Busch M, Lange C et al. (2012) Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Bundesgesundheitsbl 55(4):576–586. DOI 10.1007/s00103-012-1464-9

70. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A et al. (2017) New horizons in multimorbidity in older adults. Age and Ageing 46(6):882–888

71. Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L et al. (2019) Multimorbidity and functional impairment-bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways. J Intern Med 285(3):255–271

72. Leveziel N, Marillet S, Braithwaite T et al. (2023) Self-reported dual sensory impairment and related factors: a European population-based cross-sectional survey. Br J Ophthalmol

73. Freiberger E, Sieber CC, Kob R (2020) Mobility in Older Community-Dwelling Persons: A Narrative Review. Front Physiol 11:881

74. Fink DJ, Terheyden JH, Berger M et al. (2022) The importance of visual health – a representative population survey. Dtsch Arztebl Int 119(29/30):506–507

75. Abdulrahman H, Richard E, van Gool WA et al. (2022) Sex differences in the relation between subjective memory complaints, impairments in instrumental activities of daily living, and risk of dementia. J Alzheimers Dis 85(1):283–294

76. Pike KE, Cavuoto MG, Li L et al. (2022) Subjective cognitive decline:level of risk for future dementia and mild cognitive impairment, a meta-analysis of longitudinal studies. Neuropsychol Rev 32(4):703–735

77. Tangen GG, Langballe EM, Strand BH (2020) Subjective memory impairment, instrumental activities of daily living and longitudinal effect on mortality among older adults in a population-based cohort study: The HUNT Study. Scand J Public Health 48(8):825–831

78. Wion RK, Hill NL, Reed Bell T et al. (2022) The role of cognitive self-report measure type in predicting cognitive decline among older adults: a systematic review. J Geriatr Psychiatry Neurol 35(4):487–511

79. Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP et al. (2015) Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. Adults. J Am Geriatr Soc 63(5):947–953

80. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M et al. (2021) Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. BMC Geriatr 21(1):212

81. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S et al. (2006) Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol 50(6):1306–1314; discussion 1314–1305

82. Becher K, Bojack B, Ege S et al. (2019) S2e-Leitlinie 084-001, Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie. AWMF online. https://register.awmf.org/assets/guidelines/084-001l_S2e_Harninkontinenz_geriatrische_Patienten_Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (Stand: 23.02.2023)

83. Gibson W, Wagg A (2014) New horizons: urinary incontinence in older people. Age Ageing 43(2):157–163

84. World Health Organization (2007) WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization

85. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM (2013) Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. Maturitas 75(1):51–61

86. Bergen G, Stevens MR, Burns ER (2016) Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥65 Years – United States, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 65(37):993–998

87. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC et al. (2022) World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing 51(9)

88. Wünsche J, Spuling SM, Nowossadeck S et al. (2023) Ältere Menschen im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie: Gesundheitsrelevante Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). Bundesgesundheitsbl 66(3):232–240

89. Scherpenzeel A, Axt K, Bergmann M et al. (2020) Collecting survey data among the 50+ population during the COVID-19 outbreak: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Survey Research Methods 14(2):217–221

90. Kaspar R, Simonson J, Tesch-Römer C et al. (2023) Hohes Alter in Deutschland (D80+). https://ceres.uni-koeln.de/forschung/d80 (Stand: 23.02.2023)

91. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. J Health Monit 6(3):72-87. https://edoc.rki.de/handle/176904/8753 (Stand: 01.08.2023)

92. Fuchs J, Gaertner B, Rommel A et al. (2023) Informal caregivers in Germany – who are they and which risks and resources do they have? Public Health Front 11. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1058517

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

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

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

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

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

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

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

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

Impressum

Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

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

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

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

Satz
Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

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

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

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

Journal of Health Monitoring · 2023 8(3)
DOI 10.25646/11566
Robert Koch-Institut, Berlin

Daniela Georges[1], Elena Rakusa[2], Anna-Victoria Holtz[2], Anne Fink[2], Gabriele Doblhammer[1,2]

[1] Universität Rostock
[2] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Bonn

Eingereicht: 08.05.2023
Akzeptiert: 02.08.2023
Veröffentlicht: 20.09.2023

Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen

Abstract

Hintergrund: Demenzen stellen in alternden Gesellschaften eine zunehmende Herausforderung für Individuen, Medizin, Pflege und Gesellschaft dar. Um für Deutschland Versorgungs- und Pflegebedarfe sowie gesellschaftliche Folgen abzuschätzen zu können, bedarf es Zahlen zum aktuellen und zukünftigen Vorkommen dieses Krankheitsbildes.

Methode: Auf Basis aktueller Datenquellen und Studien werden relevante Maßzahlen und Entwicklungen zur Häufigkeit von Demenzen in Deutschland zusammengetragen und analysiert sowie Risikofaktoren und Versorgungsmöglichkeiten vorgestellt.

Ergebnisse: Neueste Prognosen belegen einen möglichen Anstieg der Zahl der Demenzpatientinnen und -patienten in Deutschland von aktuell 1,7 Millionen auf bis zu 3 Millionen im Jahr 2070. Krankheitsbedingte kognitive und motorische Abbauprozesse und Verhaltensänderungen senken die Möglichkeiten der selbstständigen Lebensführung, sind häufig mit gesellschaftlicher Exklusion und Stigmatisierung verknüpft und gehen insbesondere im schweren Krankheitsstadium mit einem umfangreichen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf einher. Dies trägt dazu bei, dass Demenzen aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive zu den teuersten (Alters-) Krankheiten gehören. Kurative Behandlungsmöglichkeiten existieren bisher nicht.

Schlussfolgerungen: Um den Anstieg der Anzahl der Demenzpatientinnen und -patienten sowie die Kosten zukünftig zu senken, erweisen sich einige Präventionsansätze, insbesondere hinsichtlich eines gesunden Lebensstils, als zielführend. Gleichzeitig müssen sich das Gesundheits- und Pflegesystem und die Gesellschaft auf die steigende Zahl von Demenzpatientinnen und -patienten vorbereiten. Bessere Diagnostik, neue Therapieformen und gesellschaftliche Innovationen zur Betroffenen- und Angehörigenunterstützung können dazu beitragen, die Krankheitslast und Krankheitskosten zu reduzieren.

BEVÖLKERUNGSALTERUNG · GESUNDHEITSTRENDS · DEMENZ · PFLEGEBEDARF · DEMENZPRÄVENTION · KRANKHEITSLAST

1. Einleitung

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist neben sinkenden Geburtenraten durch den Anstieg der Lebenserwartung geprägt. In den vergangenen 30 Jahren erhöhte sich die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren bei Frauen um 3,1 Jahre (von 18,0 auf 21,1 Jahre) und bei Männern um 3,5 Jahre (von 14,3 auf 17,8 Jahre) [1]. Folglich erreichen auch immer mehr Personen – vermehrt Frauen – ein sehr hohes Lebensalter; beispielsweise stieg die Zahl der

Infobox 1
Demenz

Demenz ist weder als Teil der normalen Alterung noch als alleinstehende Krankheit zu verstehen. Sie stellt einen Verbund von Symptomen mit verschiedenen Ursachen, Krankheitszeichen, Schweregraden und Verläufen dar, der im Wesentlichen durch Veränderungen im Gehirn geprägt ist und mit einem Gedächtnisverlust und Wesensveränderungen einhergeht [5, 6].

Anhand der zugrundeliegenden Ursachen lassen sich primäre und sekundäre Demenzen unterscheiden (Abbildung 1).

90 % der Demenzen sind primäre Demenzen, die direkt im Gehirn entstehen und nicht heilbar sind. Hierzu zählen neurodegenerative Formen wie die Alzheimer-Demenz, Demenz bei Morbus Parkinson, Lewy-Körperchen-Demenz oder die Frontotemporale Demenz. Nicht neurodegenerative Formen stellen die vaskuläre Demenz, infektiöse Demenzen wie die sporadische Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder erbliche Demenzformen dar.

10 % der Demenzen sind sekundäre Demenzen (Folgeerscheinungen anderer Grunderkrankungen), die prinzipiell heilbar sind [7]. Sie können durch Stoffwechselerkrankungen, ernährungs- und vergiftungsbedingte Krankheiten (z. B. Vitamin-E-Mangel, Alkohol- und Drogenkonsum), bakterielle und virale Infektionen (z. B. HIV) oder Kopfverletzungen verursacht werden [7–9].

Personen im Alter von 85 Jahren und älter von 1,1 Millionen im Jahr 1990 auf 2,5 Millionen im Jahr 2020 und wird sich voraussichtlich bis zum Jahr 2070 wiederum mindestens verdoppeln [2].

Die Zunahme der Zahl älterer Personen und ihres Anteils in der Bevölkerung ist einerseits mit einem Ungleichgewicht zwischen erwerbstätiger und versorgungsabhängiger Bevölkerung und andererseits mit gesundheitlichen Herausforderungen verbunden. Ein hohes Alter ist eines der wichtigsten Gesundheitsrisiken [3]. Demenzen gehören zu den häufigsten altersassoziierten Erkrankungen. Im Jahr 2019 lebten etwa 1,7 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland [4] und Prognosen deuten auf einen zukünftigen Anstieg der Anzahl Betroffener hin. Vor diesem Hintergrund soll in diesem Beitrag das in alternden Gesellschaften an Relevanz gewinnende Krankheitsbild der Demenz erläutert und hinsichtlich Epidemiologie, Risikofaktoren, Präventionsmöglichkeiten und Versorgungsbedarfen skizziert werden.

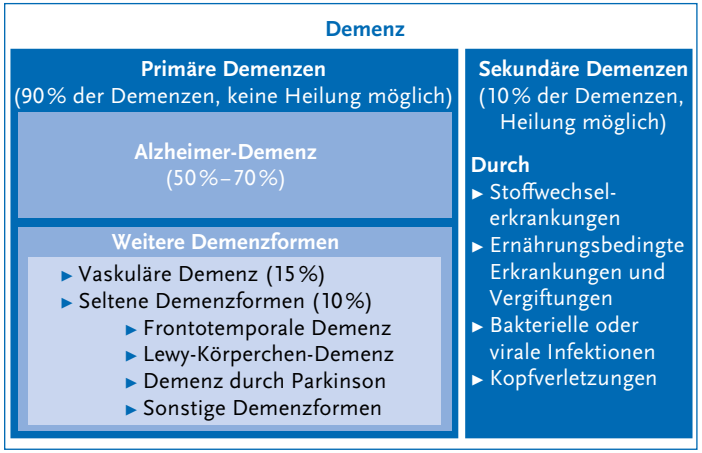


Abbildung 1
Formen der Demenz
Quelle: Eigene Darstellung nach [7–11]

1.1 Formen der Demenz

Die häufigsten Demenzformen sind die Alzheimer-Demenz (50 %–70 %) und die vaskuläre Demenz (15 %). Etwa 10 % machen seltene Demenzformen, wie die Frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz oder eine Demenz durch eine Vorerkrankung (z. B. Morbus Parkinson), aus [10, 11]. Eine exakte Bestimmung der Anteile der spezifischen Demenzformen ist aufgrund der zahlreichen Entstehungsfaktoren und Symptome sowie die uneinheitliche Diagnostik bei Demenzerkrankungen erschwert. Autopsie-Studien legen nahe, dass bei den meisten von Demenz betroffenen Personen am Ende des Lebens eine Mischform aus Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz vorliegt [12].

In diesem Beitrag werden normale kognitive Alterungsprozesse und milde kognitive Einschränkungen nicht thematisiert, obwohl sie oft als Vorstufe von Demenz betrachtet werden [13]. Im Fokus steht die Altersdemenz, die etwa ab einem Alter von 65 Jahren auftritt [11].

1.2 Verlauf und Symptome

Charakteristisch für die meisten Formen von Demenz ist der schleichende Beginn. Aus diesem Grund ist die Unterscheidung der allgemeinen kognitiven Alterung von einer frühen milden Demenz problematisch: Der Übergangsbereich zwischen der normalen kognitiven Alterung, und dem Frühstadium der kognitiven Erkrankung ist schwer zu definieren [13]. Während Personen mit normaler kognitiver Alterung die kognitiven Einbußen ausgleichen und unabhängig handeln können [14], zeichnet sich eine Demenz durch

einen schnelleren, fortschreitenden Abbau der kognitiven Leistung aus. Dies zeigt sich beispielsweise hinsichtlich der Orientierungs- und Kommunikationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration [29, 30]. Zusätzlich gehen nahezu alle Demenzformen im Krankheitsverlauf mit schwankendem psychischen Wohlbefinden und Verhaltensveränderungen wie Depressivität, Angst, Schlafstörungen, Wahnvorstellungen oder Aggressivität einher [9]. Je nach Demenzform treten außerdem unterschiedliche Symptome wie Sprachstörungen, Stimmungsschwankungen, motorische Einbußen oder Halluzinationen auf. Die Symptomvielfalt erschwert die Demenzdiagnose sowie die Feststellung des Schweregrades. Zudem sind insbesondere die psychischen Kernsymptome oft nur schwer von anderen Grunderkrankungen abzugrenzen [9].

2. Methoden

2.1 Daten und Erhebung

Zur Erfassung von Demenz werden meist bevölkerungsbasierte epidemiologische Studien oder Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen herangezogen. Epidemiologische Studien verwenden zumeist standardisierte neuropsychologische Tests zur Messung von kognitiven Einschränkungen und werden zur Ursachenforschung genutzt [15, 16]. Einschränkungen bei der wissenschaftlichen Verwendung dieser Studien ergeben sich durch geringe Fallzahlen insbesondere bei der Betrachtung von Subgruppen (z.B. nach Alter, Geschlecht) oder durch Repräsentativitätsprobleme aufgrund der Stichprobenrekrutierung oder des ungleichen Diagnoseverhaltens von Ärztinnen und Ärzten. Weiterhin werden Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und in Pflegeinstitutionen oft nicht erfasst [17].

Abrechnungsdaten entstehen als Routinedaten im Zuge der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und deren Kostenabrechnung, beispielsweise über Krankenversicherungen, ohne wissenschaftlichen Erhebungsanlass. Vorteil dieser Daten sind der konkrete Personenbezug, die Vollständigkeit der Daten, hohe Fallzahlen und die Möglichkeit von Längsschnittuntersuchungen [18]. Die Krankheitserfassung erfolgt in der Regel über das ICD-Klassifikationssystem. Oft fehlen jedoch in Abrechnungsdaten klinische Informationen und eine externe Validierung der Diagnosen. Abrechnungsdaten unterliegen zudem gesetzlichen Veränderungen.

In diesem Beitrag stammen die epidemiologischen Maßzahlen zur Demenz aus anonymisierten Abrechnungsdaten aller Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen), die zusammen die größte gesetzliche Krankenversicherung Deutschlands bilden. Die AOK-Versicherten umfassen etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung (26,8 Millionen). Die AOK-Daten beinhalten Leistungen der ambulanten vertragsärztlichen (nach §295 Abs. 2 SGB V) und stationären Versorgung (nach §301 Abs.1 SGB V). Für die Erfassung von Demenz wurden jeweils folgende ICD-10-Codes verwendet: G30, G31.0, G31.82, G23.1, F00, F01, F02, F03 und F05.1. Eine Differenzierung nach Demenztyp wurde nicht vorgenommen, da ein Großteil der Diagnosen als unspezifische Demenz (F03) gekennzeichnet ist. Frühere Studien haben bereits gezeigt, dass die AOK-Daten unter Anwendung eines internen Validierungsverfahrens zur Schätzung der Prävalenz, Inzidenz und Trends im Zeitverlauf von Demenzen geeignet sind [19].

2.2 Inzidenz- und Prävalenzschätzung

Die wichtigsten epidemiologischen Maßzahlen, um das Ausmaß einer Erkrankung zu beschreiben, sind die Prävalenz und die Inzidenz. Die Prävalenz beschreibt den Anteil bestehender Krankheitsfälle an einer Gesamtbevölkerung in einem bestimmten Zeitraum. Die Inzidenz gibt den Anteil neuauftretender Krankheitsfälle an der gesunden Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes an [20]. Die vorliegenden Prävalenzschätzungen basieren auf einer 2,2%-Zufallsstichprobe von AOK-Versicherten des Basisjahres 2014 im Alter von 50 Jahren und älter. Die Inzidenzschätzungen wurden mittels eines Follow-Up des Basisjahres bis 2019 erstellt.

2.3 Prognose der Anzahl von Demenzpatientinnen und -patienten

Prognosemodelle zur Vorhersage der zukünftigen Anzahl von Demenzpatientinnen und -patienten berücksichtigen die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur, der Lebenserwartung und der Demenzprävalenz. Auf Basis der altersspezifischen Prävalenzen (siehe 3.1 Prävalenz und Inzidenz) und der 15. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Varianten: G2L2W2 – moderater Anstieg der Lebenserwartung, G2L3W2 – hoher Anstieg der Lebenserwartung [21]) haben wir die Anzahl der Demenzpatientinnen und -patienten im Alter von 65 Jahren und älter für Deutschland bis zum Jahr 2070 vorausberechnet. Dazu verwendeten wir jeweils die Annahmen mit einer moderaten Wanderung (W2). Es wurden zwei verschiedene Szenarien zur Entwicklung der Prävalenzen angenommen: Das Status-Quo-Szenario (S1.1 und S1.2) geht von konstanten Erkrankungsprävalenzen bei steigender Lebenserwartung aus, während das Präventionsszenario (S2.1 und S2.2) eine Reduktion der altersspezifischen Erkrankungsprävalenzen um 1 % pro Jahr annimmt.

2.4 Krankheitslast von Demenz

Zur Berechnung der Auswirkungen von Demenz auf die Bevölkerungsgesundheit werden Krankheitslastrechnungen aus dem Projekt BURDEN 2020 am Robert Koch-Institut (RKI) genutzt. Die Krankheitslast (Burden of Disease) kann über die Kennzahl der Disability-adjusted life years (DALY) abgebildet werden. Diese summiert die in der Bevölkerung durch Tod verlorenen Lebensjahre (YLL, years of life lost, Mortalitätskomponente) und die durch gesundheitliche Beeinträchtigung verlorenen Jahre (YLD, years lost due to disability, Morbiditätskomponente) auf [22]. YLL stellen die Differenz zwischen krankheitsbedingtem Sterbealter und altersspezifischer fernerer Lebenserwartung dar. YLD errechnen sich aus der Erkrankungsprävalenz und dem Invaliditätsgewicht, das das Ausmaß der Beeinträchtigung repräsentiert. Ein DALY steht somit für ein „verlorenes" Jahr gesunder Lebenszeit.

Für die YLD in Bezug auf Demenz wurden im Projekt ebenfalls AOK-Daten verwendet [22]. Für die Berechnung der YLL wurden Daten der Todesursachenstatistik genutzt [22, 23]. Dabei wird in der Todesursachenstatistik für jede verstorbene Person lediglich das Grundleiden (zugrundeliegende Todesursache) ausgewiesen. Daneben gibt es jedoch auch unmittelbare (die letzte Erkrankung, die direkt zum Tod führte) und mitwirkende Todesursachen [24].

Demgegenüber werden Demenzen eher als mitwirkende Todesursache betrachtet, so dass sie in der Todesursachenstatistik nicht vollständig erfasst werden [25]. Dies führt tendenziell zu einer Unterschätzung der demenzbedingten Krankheitslast.

3. Epidemiologie der Demenz

3.1 Prävalenz und Inzidenz

Die Prävalenz der Demenz im Alter von 65 Jahren und älter betrug in Deutschland im Jahr 2014 10,3 %. In der Altersgruppe 65 bis 69 Jahre lag sie bei 1,7 %. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von Demenz exponentiell an und verdoppelt sich bis zum Alter 80 bis 84 Jahren etwa alle fünf bis sechs Jahre. Ab einem Alter von 95 Jahren stabilisiert sich die Prävalenz auf hohem Niveau (Tabelle 1).

Im Zeitraum 2014 bis 2019 betrug die Inzidenz der Demenz ab dem Alter von 65 Jahren 2,4 Neuerkrankungen pro 100 Personenjahre. Auch sie zeichnet sich durch einen exponentiellen Anstieg mit dem Alter aus (Tabelle 1). In der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen kommen bei Männern und Frauen 0,4 Neuerkrankungen pro 100 Personenjahre hinzu. Dieser Wert erhöht sich bis in die Gruppe der 95-Jährigen und Älteren auf 11,3 (Männer) bzw. 11,9 (Frauen). Die Geschlechterunterschiede erklären sich insbesondere dadurch, dass vor allem besonders gesunde Männer höhere Altersstufen erreichen sowie eine höhere Übersterblichkeit bei Männern im Krankheitsfall.

Die Alterung der Bevölkerung trägt zu einem Anstieg der Zahl Demenzpatientinnen und -patienten in der Bevölkerung bei.

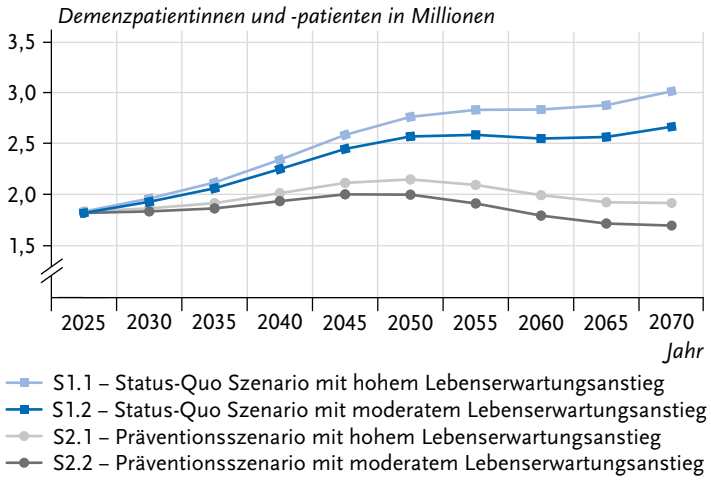
Tabelle 1
Altersspezifische Prävalenz der Demenz pro 100 Personen im Jahr 2014 und altersspezifische Inzidenz der Demenz pro 100 Personenjahre im Zeitraum 2014–2019 (ab 65 Jahren), Deutschland (n = 83.504 Frauen, n = 55.958 Männer)
Quelle: Stichprobe aus Abrechnungsdaten aller AOK-Versicherten 2014–2019

Altersgruppe	Prävalenz			Inzidenz		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
65–69 Jahre	1,6	1,9	1,7	0,4	0,4	0,4
70–74 Jahre	3,7	4,1	3,9	1,0	1,1	1,1
75–79 Jahre	7,4	7,9	7,6	2,0	2,3	2,2
80–84 Jahre	15,6	14,5	15,2	3,9	3,6	3,8
85–89 Jahre	25,0	21,2	23,9	6,2	6,2	6,2
90–94 Jahre	36,5	28,9	35,0	9,5	9,0	9,4
≥95 Jahre	43,5	33,7	42,1	11,9	11,3	11,8
Gesamt	**11,8**	**8,2**	**10,3**	**2,7**	**2,1**	**2,4**

3.2 Prognosen

Bisherige Prognosen mit einem Zeithorizont bis maximal zum Jahr 2060 deuten einen Rückgang der Anzahl von Demenzpatientinnen und -patienten ab etwa dem Jahr 2050 an, wenn die geburtenstarken Baby-Boomer-Kohorten (geboren in den 1950er- und frühen 1960er-Jahren) 85 Jahre oder älter sein werden [4]. Auch unter Berücksichtigung des Anstiegs der Lebenserwartung ist dieses hohe Alter mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko und einer geringen ferneren Lebenserwartung verbunden [26], sodass der Beitrag dieser Kohorte zu der gesamten Prävalenz ab 65 Jahren zunehmend kleiner wird. Im vorliegenden Status-Quo-Szenario wird die Anzahl der Demenzpatientinnen und -patienten im Alter ab 65 Jahren von geschätzten 1,8 Mio. im Jahr 2025 auf 2,8 Mio. (Szenario S1.1) bzw. 2,6 Mio. (Szenario S1.2) im Jahr 2055 ansteigen (Abbildung 2). Danach kommt es zu einem weiteren starken Anstieg, wenn ab 2055 die Kinder der Baby-Boomer (Jahrgänge 1980 bis 1995) in die Altersgruppen mit hoher Demenzprävalenz eintreten. Bis 2070 erhöht sich die Anzahl der Demenzpatientinnen und -patienten auf 3,0 Mio. (S1.1) bzw. 2,7 Mio. (S1.2). Gelingt es, die Prävalenz der Demenz um durchschnittlich 1 % pro Jahr zu senken, würde es zu einem Anstieg der Demenzpatientinnen und -patienten auf

Abbildung 2
Prognose der Anzahl der Demenzpatientinnen und -patienten ab 65 Jahren bis 2070 in Deutschland (n = 83.504 Frauen, n = 55.958 Männer)
Quelle: Stichprobe aus Abrechnungsdaten aller AOK-Versicherten 2014 und 15. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes [21]



Demenzerkrankungen sind mit kognitiven, motorischen und psychosozialen Symptomen verknüpft, welche die individuelle Lebensqualität und autonome Lebensführung reduzieren.

einen Maximalwert von 2,2 Mio. (S2.1) bzw. 2,0 Mio. (S2.2) im Jahr 2050 kommen. Danach würde die Anzahl wieder auf 1,9 Mio. (S2.1) bzw. 1,7 Mio. (S2.2) Personen im Jahr 2070 sinken. Auch wenn Prognosen grundsätzlich mit Unsicherheiten verbunden sind und verschiedene Einflussfaktoren (z. B. Migration, Pandemien oder Veränderungen im Sterblichkeitsmuster) nicht vollständig vorhersagbar sind, zeigen die Prognosen bis 2070, dass sich die Situation auch nach Versterben der Baby-Boomer-Generation nicht entspannen wird, wenn keine präventiven Maßnahmen ergriffen oder neue Therapien gefunden werden.

3.3 Mortalität

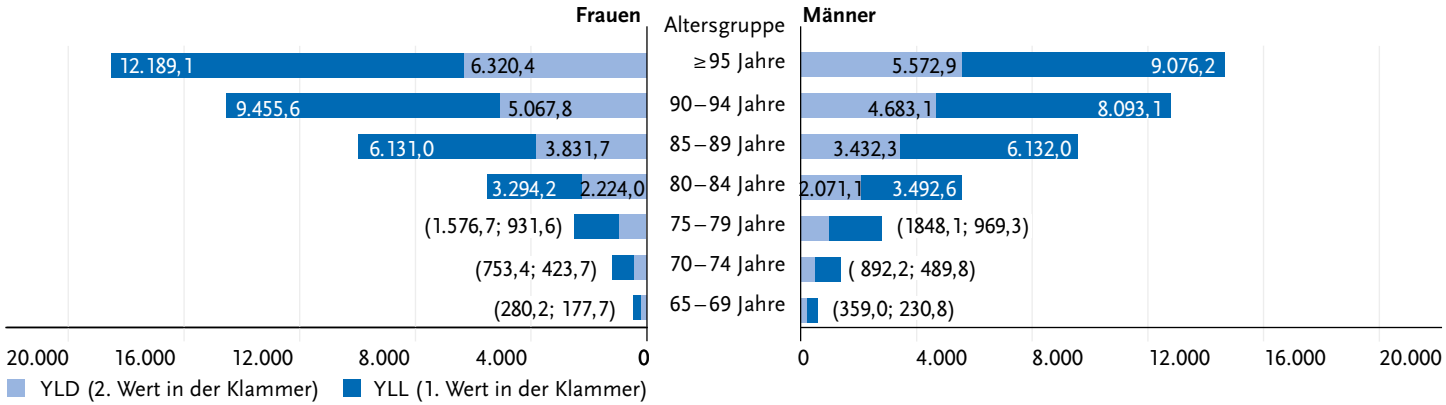
Demenzpatientinnen und -patienten haben höhere Sterberaten und eine geringere fernere Lebenserwartung als Personen ohne Demenz. Die durchschnittliche Überlebenszeit von Demenzpatientinnen und -patienten beträgt in einer schwedischen Studie in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen 4,8 Jahre und im Alter der 85-Jährigen und Älteren 3,8 Jahre [27].

Die mit dem Krankheitsverlauf einhergehenden Abbauprozesse erhöhen das Risiko für Stürze, Multimorbidität und Infektionen. Lungenentzündungen, Harnwegsinfektionen, Knochenbrüche oder Organversagen treten bspw. bei Menschen mit Demenz häufiger auf und erhöhen ihr Mortalitätsrisiko. Auch dies trägt dazu bei, dass Demenzen im Zeitraum 2014–2017 bei Frauen im Alter von 70 Jahren oder älter die häufigste und bei Männern die fünfthäufigste Begleiterkrankung zum Zeitpunkt des Todes waren. Im Jahr 2060 werden sie bei den Frauen diese Position beibehalten und bei den Männern die zweithäufigste Begleiterkrankung zum Todeszeitpunkt sein, wie eine Studie für Deutschland, basierend auf den Abrechnungsdaten der AOK für die Jahre 2014 bis 2017, verdeutlicht [28].

3.4 Krankheitslast

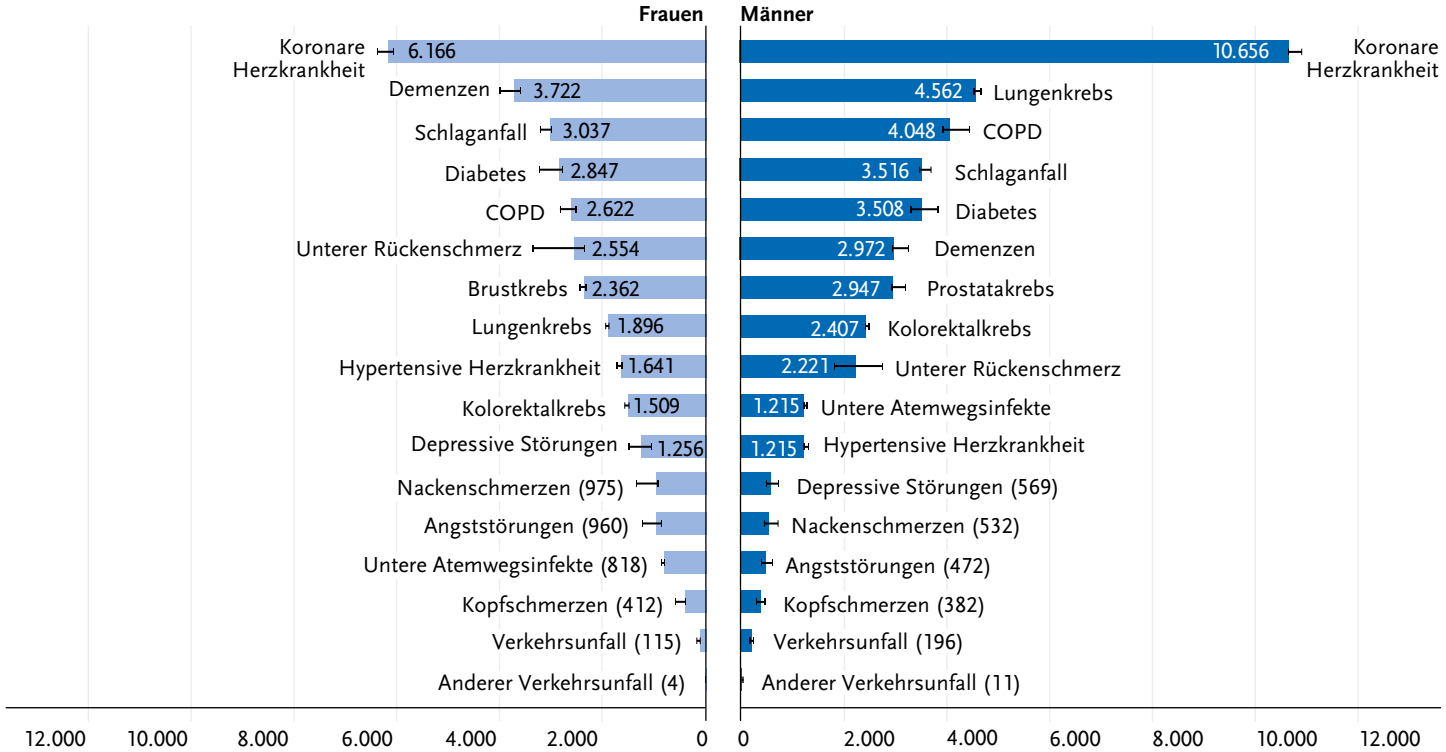
Die Krankheitslast nimmt für Frauen und Männer mit steigendem Alter stark zu. Durchschnittlich verloren 100.000 Männer im Alter von 65 bis 69 Jahren 590 Lebensjahre durch Demenz (gesundheitliche Beeinträchtigung und Tod, DALY), Frauen im selben Alter 458 Jahre. Bis zum Alter von 95 Jahren steigt die Zahl der durch Demenz verlorenen Jahre (DALY) auf 18.509 Jahre pro 100.000 Frauen bzw. 14.649 Jahre pro 100.000 Männer an (Abbildung 3). Dabei fällt auch auf, dass – trotz der potenziellen Untererfassung der Demenz als Todesursache, da für die Berechnung lediglich die zugrundeliegende Todesursache berücksichtigt wird (siehe Kapitel 2.4) – ein größerer Anteil der Krankheitslast auf Todesfälle durch Demenz entfällt (YLL). Der Anteil

Abbildung 3
Krankheitslast (DALY pro 100.000 Personen nach YLL und YLD) für Demenz mit zunehmendem Alter und nach Geschlecht im Jahr 2017
Quelle: Robert Koch-Institut, Sonderauswertung der Studie BURDEN 2020



Aufgrund des hohen Pflegebedarfs sind Demenzen mit hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten verbunden.

Abbildung 4
Krankheitslast insgesamt (DALY je 100.000 Personen) für die häufigsten Krankheitslastursachen nach Geschlecht ab 65 Jahren
Quelle: Robert Koch-Institut, Sonderauswertung der Studie BURDEN 2020 (Rangordnung auf Basis wichtiger ausgewählter Krankheitslastursachen, siehe [22])



durch demenzbedingte Einschränkungen (YLD) ist für alle Altersgruppen geringer. Fast zwei Drittel der Krankheitslast in den Altersgruppen der 65-Jährigen und Älteren sind auf Todesfälle (Frauen: 62,3 %, Männer: 63,8 %), gut ein Drittel auf gesundheitliche Einschränkungen zurückzuführen (Frauen: 37,7 %, Männer: 36,2 %).

Im Jahr 2017 betrug die demenzbedingte Krankheitslast in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren bei den Frauen 3.722 DALY und bei den Männern 2.972 DALY je 100.000 Personen (Abbildung 4). Der Vergleich der Krankheitslast für verschiedene Erkrankungen zeigt, dass sowohl bei Frauen (6.166 DALY) als auch bei Männern (10.656 DALY) die meisten Lebensjahre durch koronare Herzerkrankungen verloren gingen. Demenzen ordneten sich unter den hier ausgewählten wichtigen Krankheitslastursachen auf dem zweiten Rang bei Frauen (3.722 DALY) und auf dem sechsten Rang bei Männern ein (2.972 DALY) (Abbildung 4).

Das Demenzrisiko ist eng mit dem Lebensstil verknüpft, woraus sich Präventionspotenziale ableiten lassen.

3.5 Kosten

Aufgrund des hohen Pflegebedarfs und der häufig vorkommenden Begleiterkrankungen zählen Demenzen zu den teuersten Krankheitsgruppen ab dem Alter von 65 Jahren. Dabei machen die durch die Krankenversicherungen getragenen direkten medizinischen und nicht-medizinischen Krankheitskosten nur einen kleinen Teil der Gesamtkosten aus. Von größerer Bedeutung sind die indirekten Kosten für die Betreuung und Pflege: 75 % bis 80 % der Krankheitskosten von Demenz entfallen auf entgangene Einkommen und Steuerverluste durch informelle Pflege [17, 29]. Informelle Pflege wird in der Regel durch pflegende Angehörige, Freunde, Nachbarn oder andere nicht-ausgebildete Pflegekräfte in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen unbezahlt erbracht [29]. Sie ist insbesondere dann ein wichtiger Kostenfaktor, wenn Pflegende ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege reduzieren oder einstellen [30].

Da die mit Demenzen einhergehenden Kosten in verschiedenen Bereichen entstehen und zum Teil, beispielsweise hinsichtlich der Einkommensverluste von Pflegenden, nicht vollständig erfasst werden, müssen sie über Schätzungen ermittelt werden. Diese unterliegen Annahmen und variieren deshalb teilweise. Einer umfassenden Meta-Analyse zufolge beliefen sich die direkten jährlichen Kosten für Demenzpatientinnen und -patienten ab dem Alter von 65 Jahren im Jahr 2016 auf etwa 34 Mrd. € für die Kostenträger, z. B. durch Ausgaben für Langzeitpflege, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, und auf weitere 73 Mrd. € gesamtgesellschaftliche Kosten, insbesondere durch informelle Pflege. Die Kosten der informellen Pflege berücksichtigen dabei nicht alle erbrachten informellen Pflegeleistungen, sondern lediglich jene, die mit tatsächlichen Produktivitätsverlusten einhergehen, beispielsweise wenn erwerbstätige Personen zugunsten der Pflege weniger Arbeitsstunden leisten. Bis zum Jahr 2060 werden sich diese Kosten auf voraussichtlich 90 Mrd. € (direkte Kosten) bzw. 195 Mrd. € (indirekte Kosten) erhöhen. Die jährlichen direkten Kosten pro Demenzpatientin bzw. -patient belaufen sich im Durchschnitt auf etwa 20.658 € für ihre Krankenversicherung und 44.659 € für die gesamte Gesellschaft. Diese Kosten sind um 11.205 € bzw. 33.188 € pro Jahr höher als für Personen ohne Demenz [31].

4. Risikofaktoren und Prävention

4.1 Risikofaktoren

Demenzielle Erkrankungen entwickeln sich über Jahrzehnte und beginnen teilweise schon lange, bevor sich Symptome bemerkbar machen. Auch die Vielseitigkeit der Demenzformen trägt dazu bei, dass laut *Lancet Commission on dementia prevention, intervention, and care* derzeit noch etwa 60 % der Demenzen auf bisher unbestimmte Faktoren zurückzuführen sind und somit ein Großteil des Demenzrisikos nicht erklärt werden kann [32]. Ungefähr 40 % sind demnach auf Risikofaktoren über den gesamten Lebenslauf zurückzuführen und könnten somit vermieden werden (Abbildung 5). Eine internationale Meta-Analyse identifizierte 26 Risikofaktoren der Demenz [33], wobei für Europa weitestgehend dieselben Faktoren wie durch die Lancet-Kommission herausgestellt werden. Neben den Unterschieden in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht kommt sozialen, lebensstilbedingten und gesundheitsbezogenen Faktoren, beispielsweise anderen Erkrankungen, eine besondere Bedeutung zu [32]. Diese tragen vor allem in ihrer Gesamtheit zum Demenzrisiko bei und bieten wichtige Anknüpfungspunkte für präventive Maßnahmen.

Das Bildungsniveau ist ein wichtiger Prädiktor der Gesamtgesundheit und von Demenzen, wobei Personen mit hoher Bildung ein niedrigeres Demenzrisiko haben. Dieser Zusammenhang wird auf zwei indirekte Wege zurückgeführt: besser gebildete Personen haben oftmals einen gesünderen Lebensstil und Bildung erhöht die kognitive Reservefähigkeit, die es ermöglicht, kognitive Abbauprozesse auszugleichen [34, 35].

Im mittleren Lebensalter (45 – 65 Jahre) haben Hörminderungen den größten Einfluss aller identifizierten Risikofaktoren: Etwa 8 % der Demenzen könnten darüber erklärt und verhindert werden [32]. Es wird vermutet, dass

Gesellschaft, Pflege, Medizin und Politik müssen Lösungen erarbeiten, um dem zukünftigen Anstieg der Anzahl der Demenzpatientinnen und -patienten mit geeigneten Versorgungsmöglichkeiten zu begegnen.

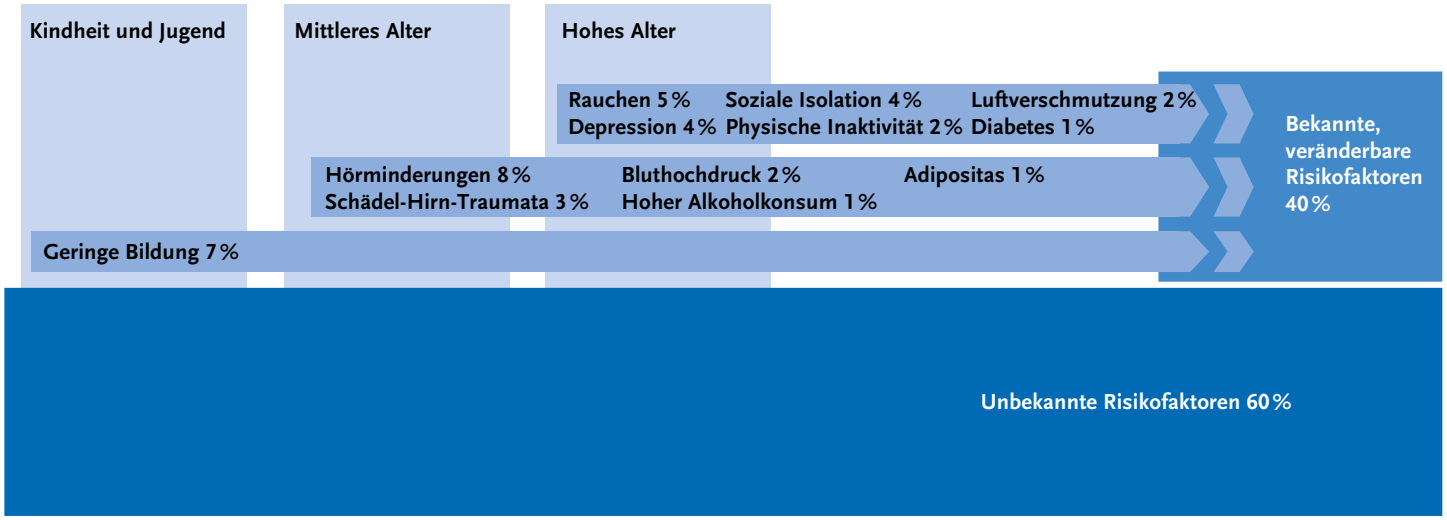


Abbildung 5
Risikofaktoren der Demenz; die Prozentangaben verdeutlichen den möglichen Rückgang der Demenzprävalenz, wenn der entsprechende Risikofaktor ausgeschaltet würde
Quelle: Eigene Darstellung nach [32]

Folgeerscheinungen, beispielsweise Depressionen oder soziale Isolation, zumindest einen Teil des Zusammenhangs erklären [36]. Die *Lancet Commission on dementia prevention, intervention, and care* hat weiterhin Schädel-Hirn-Traumata, Hypertonie, starken Alkoholkonsum und Adipositas als relevante Faktoren in der Lebensmitte identifiziert [32]. Studien für Deutschland bestätigen diese Zusammenhänge [37–39].

Im fortgeschrittenen Alter sind etwa 5 % der Demenzen auf Tabakkonsum zurückzuführen [32], während jeweils weitere 4 % der Demenzfälle auf Depressionen und soziale Isolation zurückgehen. Körperliche Inaktivität, die eng verknüpft ist mit bereits genannten Risikofaktoren, erklärt weitere 2% aller Demenzfälle. Bereits Einschränkungen der Mobilität, beispielsweise Störungen im Gangmuster [40] oder Verletzungen der unteren Extremitäten [41], könnten mit einem erhöhten Demenzrisiko einhergehen. 1 % aller Demenzfälle sind auf Diabetes zurückzuführen, wobei zahlreiche Studien die Bedeutung dieser Stoffwechselerkrankung für die Entstehung von Demenzen belegen [39, 42, 43]. Auch für Umweltfaktoren, gemessen an der Luftverschmutzung, konnte eine Studie einen Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit zeigen [44]. Auch strukturelle Merkmale wie regionale Unterschiede im Wohlstand können zu Unterschieden im Demenzrisiko beitragen [35]. Am Beispiel der Alzheimer-Demenz in Deutschland verdeutlicht eine Studie, dass etwa 30 % der Erkrankungen auf die sieben Risikofaktoren Diabetes, Bluthochdruck und Adipositas im mittleren Lebensalter, Depressionen, körperliche Inaktivität, Rauchen und eine niedrige Bildung zurückzuführen sind [45].

Weitere Studien zeigen, dass kardiovaskuläre Erkrankungen wie Schlaganfälle und die koronare Herzkrankheit sowie ein erhöhter Cholesterinspiegel im Blut (Hypercholesterinämie) [39, 46, 47] das Demenzrisiko erhöhen können. Auch wurden Assoziationen zwischen medikamentösen Therapien anderer Erkrankungen, beispielsweise mit Antipsychotika, Urologika oder Psychostimulanzien [37], und einem erhöhten Demenzrisiko nachgewiesen. Demgegenüber gibt es jedoch auch Arzneimittel, die möglicherweise einen protektiven Effekt haben und mit einem geringeren Demenzrisiko assoziiert sein könnten [48]. Jüngste Forschungserkenntnisse beschreiben als weiteren Einflussfaktor auf die kognitive Gesundheit das Zusammenwirken des zentralen Nervensystems und des Mikrobioms des Darms, wobei die zugrundeliegenden Mechanismen noch ungeklärt bleiben [49].

Zu bedenken ist dabei, dass eine Vielzahl der Effekte nicht nur direkt, sondern auch indirekt wirkt und sich Risikofaktoren gegenseitig beeinflussen können. Insbesondere das Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren wirkt sich negativ auf das Demenzrisiko aus [50].

4.2 Prävention

Eine effektive Demenzprävention erfordert somit vor allem die Verringerung lebensstilbedingter Einschränkungen und Vorerkrankungen [51]. Dies kann durch eine gesundheitsförderliche Lebensweise in Form von ausgewogener Ernährung, gesundem Körpergewicht, geringem Alkoholkonsum sowie einem Verzicht auf das Rauchen gelingen. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Steigerung der körperlichen Aktivität zu, die etwa zwei von zehn Alzheimer-Demenz-Fällen in Deutschland begründet und somit einen der höchsten Effekte auf die Verringerung des

Demenzrisikos haben könnte [45]. Weiterhin können eine Verminderung und frühzeitige Diagnostik von mit Demenzen assoziierten Erkrankungen wie Hörminderungen, Depressionen, Bluthochdruck und Diabetes bzw. eine adäquate Behandlung dieser Erkrankungen zur Prävention beitragen. Hierbei ist zu beachten, dass einige Studien die vollständige Ausschaltung von Risikofaktoren [32] bzw. einen hohen Rückgang der Risikofaktoren-Prävalenz [45] annehmen und somit das tatsächliche Präventionspotenzial womöglich überschätzen. Eine Studie auf Basis der AOK-Daten aus dem Jahr 2014 zeigt am Beispiel des Typ-2-Diabetes für die Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren, dass eine 1-prozentige Reduktion allein dieser Erkrankung die Zahl der Demenzfälle im Jahr 2040 um etwa 30.000 senken könnte. Gelänge es, die Demenzinzidenz unter Menschen mit Diabetes um 1 % zu reduzieren, könnten 220.000 Personen weniger an einer Demenz erkranken [43]. Internationale Studien verdeutlichen zudem das hohe Präventionspotenzial durch eine Förderung anregender kognitiver, physischer und sozialer Aktivitäten [52, 53].

Auf gesellschaftlicher Ebene erweisen sich die soziale Integration, eine Verringerung von Umweltbelastungen und regionaler ökonomischer Ungleichheit sowie die Steigerung des Bildungsniveaus als vielversprechend für die Demenzprävention. Letzteres umfasst auch die formale Bildung sowie den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter, z. B. durch lebenslanges Lernen oder Gedächtnistrainings. Dabei wirkt die Kombination mehrerer protektiver Faktoren bei gleichzeitiger Reduzierung von im Lebenslauf akkumulierten Risikofaktoren besonders vorteilhaft [54]. Nahezu allen Schutzfaktoren ist gemeinsam, dass sie sowohl das Risiko einer Demenz als auch das Risiko schwerer Krankheitsverläufe mindern können [47]. Da bereits milde kognitive Einschränkungen mit einem erhöhten Demenzrisiko einhergehen können [55], erweist sich auch die frühzeitige Diagnose und Therapie von Demenz als wichtiges Element der Verzögerung schwerer Verläufe [56, 57].

5. Versorgung

5.1 Versorgungsmöglichkeiten

Auch wenn mit der Entwicklung neuer Antikörper-Therapien die vorsichtige Hoffnung auf eine Therapie von Demenzen wächst [58, 59], gibt es derzeit keine Medikamente, die eine Erkrankung wirksam verhindern oder verlangsamen können. Deshalb stehen im Erkrankungsfall Maßnahmen zur pflegerischen Versorgung sowie zur Verbesserung der Lebensqualität, zum Erhalt der sozialen, kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten und zur Verzögerung des Fortschreitens der Erkrankung im Vordergrund. Im leichten Krankheitsstadium können nicht-medikamentöse Therapien, bspw. kognitives Training, Ergo- und Physiotherapie und psychosoziale Interventionen das Wohlbefinden und den Funktionserhalt fördern. Auch deshalb wurden in den letzten Jahren einige innovative Angebote zur Lebensgestaltung für Menschen mit Demenz entwickelt.

5.2 Pflegerische Versorgung

90 % der Demenzpatientinnen und -patienten müssen aufgrund des erkrankungsbedingten Funktionsverlustes am Ende ihres Lebens gepflegt werden. Damit sind Demenzen einer der Hauptgründe für Pflegebedürftigkeit [29]. Die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit ist dabei zumeist eine

Infobox 2
Nationale Demenzstrategie

Die im *Global action plan on the public health response to dementia* 2017 – 2025 der WHO enthaltenen Handlungsempfehlungen zum globalen Umgang mit Demenzen wurden für Deutschland in der Nationalen Demenzstrategie (www.nationale-demenzstrategie.de) berücksichtigt. Diese umfasst insgesamt 162 Maßnahmen und 27 Teilziele in vier Handlungsfeldern:

- Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen
- Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen
- Medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln
- Exzellente Forschung zu Demenz fördern

Die 162 Maßnahmen der Nationalen Demenzstrategie sollen dazu beitragen, die Lebenssituation, Alltagsgestaltung, gesellschaftliche Partizipation und medizinisch-pflegerische Versorgung von Demenzpatientinnen und -patienten und ihren Angehörigen zu verbessern. Dies umfasst beispielsweise neue Sozialräume und Mobilitätskonzepte, eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit, neue Wohnkonzepte, (ausgeweitete) Beratungsangebote für Demenzpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen, eine Verstärkung und Verbesserung der Versorgung sowie eine vertiefte Demenzforschung [68].

private, familiäre Angelegenheit: Die Mehrheit der Demenzpatientinnen und -patienten lebt in der häuslichen Umgebung, davon werden etwa zwei Drittel informell, durch nahe Angehörige, gepflegt [31, 60].

Diese Form der Pflege betrifft insbesondere Demenzpatientinnen und -patienten im jüngeren Alter oder in einem frühen, milden Stadium. Die Angehörigenpflege entspricht den Versorgungspräferenzen der meisten Demenzpatientinnen und -patienten [61] und stellt eine wesentliche Säule der pflegerischen Versorgung in Deutschland dar. Gleichzeitig ist informelle Pflege jedoch auch mit hohen gesellschaftlichen Kosten und gesundheitlichen, mentalen und finanziellen Belastungen der Pflegenden – meist der Ehepartnerinnen und Ehepartner, Kinder oder anderer Familienmitglieder – verbunden. Eine deutlich höhere Pflegelast wird dabei von Frauen übernommen [29, 31, 62, 63].

Die Pflegedauer ist bei Menschen mit Demenz länger und die Anforderungen und Belastungen sind aufgrund der Kern- und psychosozialen Symptome höher als bei Personen ohne Demenz [64]. Professionelle ambulante oder stationäre Pflege wird meist erst mit zunehmender Erkrankungsschwere in Anspruch genommen [65]. Dabei besteht bereits heute ein Ungleichgewicht zwischen Pflegenachfrage und -angebot, das zukünftig weiter ansteigen wird. Die Zahl der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen wird sich von etwa 3,3 Millionen im Jahr 2017 auf etwa 5,1 Millionen im Jahr 2060 erhöhen [66], wovon die Zahl der informell Pflegebedürftigen von 3,1 Millionen auf voraussichtlich 4,1 Millionen ansteigen wird [67]. Bei der professionellen ambulanten Pflege ist ein Zuwachs von 0,9 auf bis zu 1,4 Millionen Pflegebedürftigen und in der institutioneller Pflege von 0,8 auf bis zu 1,3 Millionen Personen zu erwarten [67]. Alle Zahlen erreichen ihren Höchststand bereits im Jahr 2050, könnten aber maßgeblich durch Verbesserungen in der Morbiditäts-, Mortalitäts- und Risikofaktorenentwicklung verringert werden. Um dem zunehmenden Pflegebedarf zu begegnen, müsste sich die Zahl der professionellen Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich um etwa 394.000 Personen (von 586.000 im Jahr 2017 auf 980.000 im Jahr 2060) erhöhen [66]. Dem steigenden Pflegebedarf steht jedoch ein Rückgang des Arbeitskräfteangebots in der Pflege um etwa 20 % gegenüber, und auch das informelle Pflegepotenzial in der Bevölkerung, das heißt die Anzahl potenziell informell pflegender Personen, wird voraussichtlich weniger stark ansteigen als die Pflegenachfrage [67].

5.3 Neuere Programme und Angebote zur Betreuung und Versorgung

Ergänzend zur therapeutischen und pflegerischen Versorgung haben sich verschiedene demenzsensible und demenzsensibilisierende Angebote herausgebildet. Diese können das Wohlbefinden von Demenzpatientinnen und -patienten erhöhen, indem sie die Teilhabe und Autonomie erhalten. Dabei handelt es sich häufig um regionale oder temporäre gesellschaftliche Strukturen mit hohem Alltagsbezug, bspw. Demenz-Gärten, tiergestützte Interventionen, musikalisch-künstlerische Angebote oder Sportgruppen [69]. Digitale oder technische Hilfsmittel, einerseits in Form von Online-Selbsthilfegruppen oder Demenz-Podcasts, andererseits als Unterstützung in der häuslichen Pflege, bspw. in Form von Ortungsgeräten oder

Sicherheitsmaßnahmen wie Herdwächtern oder Schlüsselfindern, können den Betroffenen-Austausch sowie die Integration in die nicht-erkrankte Gesellschaft fördern und einen Übergang in die institutionelle Pflege hinauszögern [69, 70].

Wohnprojekte ermöglichen es auch Personen mit schwerer Erkrankung, außerhalb von stationären oder Pflegeheimen in geschützten Räumlichkeiten gemeinsam und selbstbestimmt zu leben. Wohngruppen, teilweise auch für spezifische Gruppen wie Demenzpatientinnen und -patienten mit Migrationsgeschichte oder homosexuelle Demenzpatientinnen und -patienten, erhöhen den sozialen Austausch und sind mit einer erhöhten Lebensqualität und Kosten-Effizienz verbunden [71].

Lokale Demenznetzwerke sind eine Kooperation fachübergreifender medizinischer, pflegerischer und sozialer Angebote, die ein vernetztes Spektrum von Beratung über Diagnostik bis hin zur therapeutischen Begleitung offerieren. Damit ermöglichen sie eine teilweise ganzheitliche Betreuung und schaffen eine Schnittstelle für ambulant versorgte Demenzpatientinnen und -patienten, Angehörige und weitere Akteurinnen und Akteure [72]. Studien verdeutlichen die Wirksamkeit dieser Netzwerke, z. B. hinsichtlich einer besseren pharmakologischen und medizinischen Versorgung [73].

6. Fazit und Ausblick

Demenzerkrankungen sind bereits jetzt eines der zentralen Gesundheitsprobleme in Deutschland und stellen nicht nur für Individuen, sondern auch für die Gesellschaft, Pflege und medizinische Versorgung eine große Herausforderung dar. Diese wird in den kommenden Jahrzehnten aufgrund der demografischen Alterung voraussichtlich weiterwachsen, auch in Abhängigkeit von medizinischen und gesundheitlichen Entwicklungen. Kurzfristige Wanderungsbewegungen können ebenso die Anzahl der zukünftigen Demenzpatientinnen und -patienten beeinflussen, auch wenn große Wanderungsströme in den hohen Altersgruppen eher selten vorkommen. Da es bisher keine Heilung für Demenzen gibt, könnte selbst eine gute Prävention bestenfalls die Effekte der Alterung der Gesellschaft auf die Häufigkeit von Demenzen kompensieren. Folglich müssen das Gesundheits- und Pflegesystem sowie die Gesellschaft Lösungen erarbeiten, um der steigenden Anzahl von Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Eine hohe Bedeutung, um individuelle und gesellschaftliche Auswirkungen von Demenzen zu reduzieren, kommt weiterhin der effizienten und umfassenden Demenzdiagnose, -behandlung, -versorgung und -unterstützung zu [51]. Die medizinische Versorgung von Demenzpatientinnen und -patienten basiert auf vier Säulen, welche das Fortschreiten und die Auswirkung der Erkrankung beeinflussen: frühzeitige Diagnose, adäquates Assessment der Symptome und Einschränkungen, klare Stadieneinteilung und -überwachung sowie Passgenauigkeit der Therapien [47]. Die Diagnostik, auch hinsichtlich der Erkrankungsschwere, erfolgt – nicht zuletzt aufgrund der breiten und unspezifischen klinischen Symptomatik [47] – häufig ungenau, wodurch Behandlungsmöglichkeiten nicht voll ausgeschöpft werden können. Demenzpatientinnen und -patienten werden in der Regel umfassend neurologisch und hausärztlich betreut, wohingegen sowohl eine Diagnostik im frühen Erkrankungsstadium als auch eine interdisziplinäre Behandlung bisher

nur eingeschränkt stattfinden [30, 74]. Weiterentwicklungsansätze zeigen sich somit in einer integrierten Versorgung sowie einer Verbesserung des Basiswissens über Demenzen in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung [75]. Hierbei bedarf es jedoch einer höheren Inanspruchnahme durch Betroffene bereits bei frühen und unspezifischen Symptomen [57].

Aufgrund des verringerten informellen und formellen Pflegepotenzials bei steigender Pflegenachfrage sind weiterhin Veränderungen im Pflegesektor angezeigt. Informell Pflegende benötigen Unterstützung [51], wobei rechtliche, soziale, emotionale und finanzielle Angebote die mit der Pflege einhergehenden Belastungen reduzieren können. Telemonitoring und Telemedizin sind dazu geeignet, die medizinische Begleitung und ein adäquates Assessment des Krankheitsverlaufs zu verbessern (auch in der Häuslichkeit). Im Bereich der institutionellen Pflege erweisen sich alternative Pflegesettings, bspw. in neuen Wohnformen oder technische Hilfsmittel als zielführend, um die Bedingungen für Pflegende und Demenzpatientinnen und -patienten zu verbessern [69, 70].

Demenzen stellen jedoch kein rein pflegerisch-medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches Problem dar. Dies betrifft sowohl den steigenden Bedarf an informeller Pflege als auch die öffentliche Sichtbarkeit der Demenzpatientinnen und -patienten und deren Integration in die Gesellschaft. Die mit der Erkrankung einhergehenden Stigmata und Ängste in der Bevölkerung und bei den Betroffenen tragen zu gesellschaftlicher Exklusion bei [76]. Wünschenswert scheinen hier eine größere Akzeptanz und Sensibilität gegenüber der Erkrankung und ein breiteres Allgemeinwissen über Demenzen in der Gesellschaft [51] sowie eine frühzeitige Aufklärung über Krankheitsverläufe und zu möglichen Begegnungsstrategien zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen. Somit könnten Unsicherheiten und Unklarheiten, die für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige ganz besonders zu Erkrankungsbeginn auftreten, reduziert werden [68]. Im weiteren Krankheitsverlauf bedarf es einer demenzsensiblen Umwelt, die einerseits die krankheitsbedingten Verhaltensänderungen und kommunikativen, motorisch-kognitiven Einschränkungen versteht, und andererseits eine fördernde, sichere Umgebung bereitstellt [68, 69]. Beide Faktoren können die Autonomie und Lebensqualität aufrechterhalten, und somit auch das Fortschreiten der Erkrankung und die Pflegeabhängigkeit reduzieren. Zivilgesellschaftliche Initiativen greifen diese Bedürfnisse auf und können ein wichtiges zusätzliches Instrument darstellen [69]. Studien verweisen auf die Wirksamkeit solcher Innovationen für Demenzpatientinnen und -patienten [70, 71]. Sie erreichen jedoch einige Gruppen, beispielsweise Demenzpatientinnen und -patienten in strukturschwachen Räumen, mit Migrationsgeschichte oder im fortgeschrittenen Krankheitsstadium [69], nur unzureichend. Wichtig erscheint somit, bestehende Angebote flächendeckend und strukturiert zu etablieren und neue zielgruppenspezifische Angebote zu fördern [68, 69].

Auf gesellschaftlicher und individueller Ebene bedarf es weiterhin einer Sensibilisierung für die Risikofaktoren von Demenzerkrankungen. Potenziale gibt es insbesondere im Lebensstil, denn ein gesunder Lebensstil kann neben dem Demenzrisiko auch das Risiko für andere Krankheiten senken [77]. Hier bedarf es einerseits einer bewusste Auseinandersetzung jedes Einzelnen mit der

Lebensweise, andererseits aber auch eines Abbaus gesundheitlicher Ungleichheit [77]. Davon würden auch das Pflege- und Gesundheitssystem profitieren, denn die mit Demenzen verbundenen Behandlungs- und Pflegekosten könnten durch präventive Maßnahmen ebenso verringert werden.

Obgleich Demenzen und die davon betroffenen Personen in der Gesellschaft in den letzten Jahren präsenter geworden sind, sind Angebote und Strategien noch zu wenig in der Öffentlichkeit bekannt. Mit der Nationalen Demenzstrategie wurde erstmalig für Deutschland ein umfangreiches Maßnahmenkonzept erarbeitet, das die verschiedenen Akteure berücksichtigt und einen Handlungsrahmen bieten kann. Die Förderung der vertieften Demenzforschung im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie, bspw. durch Maßnahmen für die Grundlagen- und epidemiologische Forschung, kann wichtige neue Erkenntnisse über Demenzen, ihre Risikofaktoren und ihre Auswirkungen liefern [68]. Dennoch stehen derzeit noch zu wenig repräsentative Daten zur Verfügung, sodass auch die Vielfalt der Bevölkerung in Demenzstudien nicht abgebildet wird, indem beispielsweise ethnische oder sexuelle Minderheiten nur selten betrachtet werden [78]. Auch die hier verwendeten Abrechnungsdaten unterliegen einer Verzerrung. So weisen Versicherte der AOK im Vergleich zu anderen gesetzlich Versicherten bzw. privat Versicherten im Durchschnitt einen geringeren sozioökonomischen Status und eine höhere Morbidität auf [79]. Weiterhin werden die Abrechnungsdaten in erster Linie für Abrechnungszwecke, aber nicht für epidemiologische Analysen erstellt. Die dokumentierten Diagnosen spiegeln somit nur teilweise die epidemiologische Krankheitsentwicklung auf Bevölkerungsebene wider, denn sie erfassen nur Personen, die einen Arzt aufgesucht und eine Diagnose erhalten haben. Einerseits können Kodierungsfehler und falschpositive Diagnosen auftreten, andererseits werden Demenzen im frühen Stadium teilweise nicht diagnostiziert [28, 43]. Um eine informierte Planungsgrundlage zu erhalten, bessere Erkenntnisse über die Entstehung von Demenzen zu erlangen, Handlungsoptionen aufzuzeigen und eine effektive Versorgung von Demenzpatientinnen und -patienten zu erreichen, bedarf es deshalb zukünftig zwingend weiterer klinischer, epidemiologischer und bevölkerungsbezogener Routine- und Surveydaten. Unter Berücksichtigung jüngerer Forschungserkenntnisse sollten diese weitere Informationen, zum Beispiel Biomarker, umfassen [78]. Wünschenswert und zielführend, aus Sicht der Forschung und im Sinne der Patientinnen und Patienten, erscheint dabei eine höhere Transparenz und Verfügbarkeit bereits bestehender Datenquellen sowie eine Einbindung neuer Datenquellen, beispielsweise Informationen aus den elektronischen Patientenakten.

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. Gabriele Doblhammer
Universität Rostock,
Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie
Ulmenstraße 69/Haus 1/Raum 139
18057 Rostock
E-Mail: Gabriele.Doblhammer@uni-rostock.de

Zitierweise
Georges D, Rakusa E, Holtz AV, Fink A, Doblhammer G (2023)
Demenzerkrankungen in Deutschland:
Epidemiologie, Trends und Herausforderungen.
J Health Monit 8(3): 32–52.
DOI 10.25646/11566

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

Datenschutz und Ethik

Der Zugang zu den Abrechnungsdaten wurde vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) gewährt und genehmigt. Der Zugang zur gesamten Datenbank war aufgrund der geltenden Datenschutzbestimmungen nicht möglich. Alle Analysen basieren auf anonymisierten administrativen Abrechnungsdaten, die keine direkte Identifizierung von Patienten zulassen. Aufgrund der Anonymisierung haben die hier vorgestellten Ergebnisse keine Auswirkungen auf die Personen, deren Daten verwendet wurden. Es war keine ethische Genehmigung erforderlich, daher entspricht diese Studie den Grundsätzen der Erklärung von Helsinki.

Datenverfügbarkeit

Die zugrundeliegenden Daten sind auf Anfrage beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) erhältlich (Internet: https://www.wido.de, Mail: wido@wido.bv.aok.de). Die Daten sind aus Gründen des Datenschutzes bzw. aus ethischen Gründen nicht öffentlich verfügbar.

Förderungshinweis

Die Autorinnen geben an, dass keine Fördermittel in Anspruch genommen wurden.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir danken Annelene Wengler und Alexander Rommel für ihre hilfreiche inhaltliche und redaktionelle Unterstützung bei der Erstellung dieses Beitrags. Unser Dank gilt weiterhin Michael Porst für die Bereitstellung der Daten zur Krankheitslast sowie Dorothea Grande für die Hilfe bei der Literaturrecherche zu diesem Beitrag.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2022) Statistischer Bericht – Sterbetafeln 2019/2021. Destatis, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/statistischer-bericht-sterbetafeln-5126207217005.html (Stand: 24.08.2023)
2. Statistisches Bundesamt (2022) Bevölkerungsentwicklung bis 2070 in Deutschland. Vorausberechneter Bevölkerungsbestand, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html (Stand: 24.08.2023)
3. Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin. https://edoc.rki.de/handle/176904/3220 (Stand: 24.08.2023)
4. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators (2022) Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health 7:e105-e125. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8 (Stand: 08.08.2023)
5. Europäische Union (2005) Rare forms of dementia. Final report of a project supported by the Community Rare Diseases Programme 2000–2002. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/non_com/docs/raredementias_en.pdf (Stand: 08.08.2023)
6. Eurostat (2022) Mental health and related issues statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics (Stand: 08.08.2023)

7. Stoppe G, Staedt J (2002) Potenziell behebbare Demenzen. In: Beyreuther K, Einhäupl KM, Förstl H et al. (Hrsg) Demenzen – Grundlagen und Klinik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 414–431

8. Gupta S, Fiertag O, Warner J (2009) Rare and unusual dementias. Adv Psychiatr Treat 15:364–371. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003558 (Stand: 08.08.2023)

9. Kastner U, Schraut V, Löbach R (2022) Handbuch Demenz. Fachwissen für Pflege und Betreuung, 5. Auflage. Urban & Fischer in Elsevier, München

10. Kilimann I, Teipel S (2013) Alzheimer-Krankheit. In: Bartsch T, Falkai P (Hrsg) Gedächtnisstörungen. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 239–263

11. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S et al. (2016) Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. Lancet Neurol 15:455–532. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00062-4 (Stand: 08.08.2023)

12. Rabinovici GD, Carrillo MC, Forman M et al. (2017) Multiple comorbid neuropathologies in the setting of Alzheimer's disease neuropathology and implications for drug development. Alzheimers Dement (NY) 3:83–91. https://doi.org/10.1016/j.trci.2016.09.002 (Stand: 08.08.2023)

13. Reupke I (2010) Psychiatrische Erkrankungen im Alter – Vaskuläre Demenzen. Brennpunkt Demenz. https://docplayer.org/14103583-Psychiatrische-erkrankungen-im-alter-vaskulaere-demenzen-brennpunkt-demenz-06-november-2010.html (Stand: 08.08.2023)

14. Larson EB, Kukull WA, Katzman RL (1992) Cognitive impairment: dementia and Alzheimer's disease. Annu Rev Public Health 13(1):431–449

15. Launer LJ (2011) Counting dementia: There is no one 'best' way. Alzheimers Dement 7:10–14. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2010.11.003 (Stand: 08.08.2023)

16. Mitchell AJ, Malladi S (2010) Screening and case finding tools for the detection of dementia. Part I: evidence-based meta-analysis of multidomain tests. Am J Geriatr Psychiatry 18:759–782. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cdecb8 (Stand: 08.08.2023)

17. Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U (2012) Demografie der Demenz. 1. Aufl. Verlag Hans Huber: Programmbereich Gesundheit. Huber, Bern

18. Swart E, Ihle P (2014) Sekundärdatenanalyse: Aufgaben und Ziele. In: Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (Hrsg) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Huber, Bern, S. 16–18

19. Doblhammer G, Fink A, Zylla S et al. (2015) Compression or expansion of dementia in Germany? An observational study of short-term trends in incidence and death rates of dementia between 2006/07 and 2009/10 based on German health insurance data. Alzheimers Res Ther 7:66. https://doi.org/10.1186/s13195-015-0146-x (Stand: 08.08.2023)

20. Jessen F (Hrsg) (2018) Handbuch Alzheimer-Krankheit: Grundlagen – Diagnostik – Therapie – Versorgung – Prävention. De Gruyter Berlin, Boston. https://doi.org/10.1515/9783110411003 (Stand: 23.08.2023)

21. Statistisches Bundesamt (2022) 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Deutschland. Berichtszeitraum 2021 – 2070, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html (Stand: 24.08.2023)

22. Porst M, von der Lippe E, Leddin J et al. (2022) The burden of disease in Germany at the national and regional Level. Results in terms of disability-adjusted life years (DALY) from the BURDEN 2020 Study. Dtsch Arztebl Int 119:785–792. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0314 (Stand: 08.08.2023)

23. Wengler A, Porst M, Anton A et al. Ergebnisbericht BURDEN 2020. Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen. Grundlagen einer umfassenden Planung im Gesundheitswesen. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/395/2023-03-01_BURDEN-2020_Ergebnisbericht.pdf (Stand: 17.08.2023)

24. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2014) Todesursachen in der Todesbescheinigung. Eine kurze Anleitung. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/TU/totenscheinanleitung.html (Stand: 22.08.2023)

25. Küppers L, Ritz-Timme S, Hartung B (2021) Verstorben an oder mit Demenz? Die Beziehung zwischen demenzieller Erkrankung und Todesursache. Dtsch Med Wochenschr 146:677–682. https://doi.org/10.1055/a-1380-1436 (Stand: 08.08.2023)

26. Statistisches Bundesamt (2019) Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/bevoelkerung-uebersicht.html (Stand: 24.08.2023)

27. Rizzuto D, Bellocco R, Kivipelto M et al. (2012) Dementia after age 75: survival in different severity stages and years of life lost. Curr Alzheimer Res 9:795–800. https://doi.org/10.2174/156720512802455421 (Stand: 08.08.2023)

28. Doblhammer G, Fritze T, Reinke C et al. (2022) Can dementia become the most prevalent disease at the time of death in Germany? Projections up to the year 2060 for the five most important diseases at the time of death. Population Ageing 15:523–540. https://doi.org/10.1007/s12062-022-09365-7 (Stand: 08.08.2023)

29. Laporte Uribe F, Heinrich S, Wolf-Ostermann K et al. (2017) Caregiver burden assessed in dementia care networks in Germany: findings from the DemNet-D study baseline. Aging Ment Health 21:926–937. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1181713 (Stand: 08.08.2023)

30. Michalowsky B, Thyrian JR, Eichler T et al. (2016) Economic analysis of formal care, informal care, and productivity losses in primary care patients who screened positive for dementia in Germany. J Alzheimers Dis 50:47–59. https://doi.org/10.3233/JAD-150600 (Stand: 08.08.2023)

31. Michalowsky B, Kaczynski A, Hoffmann W (2019) Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland – Eine Metaanalyse. Bundesgesundheitsbl 62:981–992. https://doi.org/10.1007/s00103-019-02985-z (Stand: 08.08.2023)

32. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A et al. (2020) Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 396:413–446. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6 (Stand: 08.08.2023)

33. Anstey KJ, Ee N, Eramudugolla R et al. (2019) A systematic review of meta-analyses that evaluate risk factors for dementia to evaluate the quantity, quality, and global representativeness of evidence. J Alzheimers Dis 70:S165–S186. https://doi.org/10.3233/JAD-190181 (Stand: 08.08.2023)

34. Meng X, D'Arcy C (2012) Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses. PLoS One 7:e38268. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038268 (Stand: 08.08.2023)

35. Kreft D, Doblhammer G (2022) Sex and gender differences in environmental influences on dementia incidence in Germany, 2014 – 2019: an observational cohort study based on health claims data. J Alzheimers Dis 87:223–237. https://doi.org/10.3233/JAD-215030 (Stand: 08.08.2023)

36. Fritze T, Teipel S, Óvári A et al. (2016) Hearing impairment affects dementia incidence. An analysis based on longitudinal health nlaims data in Germany. PLoS One 11:e0156876. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156876 (Stand: 08.08.2023)

37. Reinke C, Doblhammer G, Schmid M et al. (2023) Dementia risk predictions from German claims data using methods of machine learning. Alzheimers Dement 19:477–486. https://doi.org/10.1002/alz.12663 (Stand: 08.08.2023)

38. Schrader J, Lüders S (2016) Hypertonie und die Folgen für kognitive Funktionsstörungen und Demenz. CardioVasc 16:49–56. https://doi.org/10.1007/s15027-016-0744-y (Stand: 08.08.2023)

39. Booker A, Jacob LE, Rapp M et al. (2016) Risk factors for dementia diagnosis in German primary care practices. Int Psychogeriatr 28:1059–1065. https://doi.org/10.1017/S1041610215002082 (Stand: 08.08.2023)

40. Verghese J, Lipton RB, Hall CB et al. (2002) Abnormality of gait as a predictor of non-Alzheimer's dementia. N Engl J Med 347:1761–1768. https://doi.org/10.1056/NEJMoa020441 (Stand: 08.08.2023)

41. Zhou Y, Putter H, Doblhammer G (2016) Years of life lost due to lower extremity injury in association with dementia, and care need: a 6-year follow-up population-based study using a multi-state approach among German elderly. BMC Geriatr 16:9. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0184-7 (Stand: 08.08.2023)

42. Reinke C, Buchmann N, Fink A et al. (2022) Diabetes duration and the risk of dementia: a cohort study based on German health claims data. Age Ageing 51. https://doi.org/10.1093/ageing/afab231 (Stand: 08.08.2023)

43. Fink A, Doerre A, Demuth I et al. (2022) Potential of prevention strategies for the modifiable risk factor type 2 diabetes with relation to the future number of dementia patients in Germany – a multi-state projection through 2040. BMC Neurol 22:157. https://doi.org/10.1186/s12883-022-02682-6 (Stand: 08.08.2023)

44. Aretz B, Janssen F, Vonk JM et al. (2021) Long-term exposure to fine particulate matter, lung function and cognitive performance: A prospective Dutch cohort study on the underlying routes. Environ Res 201:111533. https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111533 (Stand: 08.08.2023)

45. Luck T, Riedel-Heller SG (2016) Prävention von Alzheimer-Demenz in Deutschland: Eine Hochrechnung des möglichen Potenzials der Reduktion ausgewählter Risikofaktoren (Prevention of Alzheimer's dementia in Germany: A projection of the possible potential of reducing selected risk factors). Nervenarzt 87:1194–1200. https://doi.org/10.1007/s00115-015-0045-1 (Stand: 08.08.2023)

46. Doblhammer G, Fritze T, Teipel S (2014) Spatial patterns of dementia prevalence and its vascular risk factors in Germany. In: Doblhammer G (Hrsg) Health among the elderly in Germany. New evidence on disease, disability and care need. Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto, S. 51–68

47. Maier W, Jessen F, Schneider F et al. (2010) S3-Leitlinie »Demenzen« Langversion (B). In: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg) Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 9–72

48. Nerius M, Haenisch B, Gomm W et al. (2020) Glucocorticoid Therapy is Associated with a Lower Risk of Dementia. J Alzheimers Dis 73:175–183. https://doi.org/10.3233/JAD-190444 (Stand: 08.08.2023)

49. Connell E, Le Gall G, Pontifex MG et al. (2022) Microbial-derived metabolites as a risk factor of age-related cognitive decline and dementia. Mol Neurodegener 17:43. https://doi.org/10.1186/s13024-022-00548-6 (Stand: 08.08.2023)

50. Grande G, Marengoni A, Vetrano DL et al. (2021) Multimorbidity burden and dementia risk in older adults: The role of inflammation and genetics. Alzheimers Dement 17:768–776. https://doi.org/10.1002/alz.12237 (Stand: 08.08.2023)

51. World Health Organization (2017): Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487 (Stand: 24.08.2023)

52. Middleton LE, Yaffe K (2010) Targets for the prevention of dementia. J Alzheimers Dis 20:915–924. https://doi.org/10.3233/JAD-2010-091657 (Stand: 08.08.2023)

53. Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A et al. (2012) Dementia prevention: current epidemiological evidence and future perspective. Alzheimers Res Ther 4:6. https://doi.org/10.1186/alzrt104 (Stand: 08.08.2023)

54. Escher C, Jessen F (2019) Prävention von kognitivem Abbau und Demenz durch Behandlung von Risikofaktoren. Nervenarzt 90:921–925. https://doi.org/10.1007/s00115-019-0759-6 (Stand: 08.08.2023)

55. Reischies FM, Bürker BS (2005) Leichte Kognitive Störung und Mild Cognitive Impairment. Z Gerontol Geriatr 18:203–225. https://doi.org/10.1024/1011-6877.18.4.203 (Stand: 08.08.2023)

56. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué-Figuls M et al. (2021) Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). Cochrane Database Syst Rev 7:CD010783. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010783.pub3 (Stand: 08.08.2023)

57. Jessen F (2019) Früherkennung der Alzheimer-Krankheit und Ansätze der Prävention. Bundesgesundheitsbl 62:255–260. https://doi.org/10.1007/s00103-019-02877-2 (Stand: 08.08.2023)

58. van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P et al. (2023) Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. N Engl J Med 388:9–21. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2212948 (Stand: 08.08.2023)

59. Rashad A, Rasool A, Shaheryar M et al. (2022) Donanemab for Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Clinical Trials. Healthcare (Basel) 11. https://doi.org/10.3390/healthcare11010032 (Stand: 08.08.2023)

60. Riedel-Heller SG (2018) 11.1 Versorgungssituation Demenzkranker in Deutschland. In: Jessen F (Hrsg) Handbuch Alzheimer-Krankheit: Grundlagen – Diagnostik – Therapie – Versorgung – Prävention, Berlin, Boston: De Gruyter. S. 565–590

61. Hajek A, Lehnert T, Wegener A et al. (2018) Langzeitpflegepräferenzen der Älteren in Deutschland – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Gesundheitswesen 80:685–692. https://doi.org/10.1055/s-0042-124663 (Stand: 08.08.2023)

62. Georges D (2022) The effect of informal caregiving on physical health among non-migrants and Ethnic German Immigrants in Germany: a cohort analysis based on the GSOEP 2000–2018. BMC Public Health 22:121. https://doi.org/10.1186/s12889-022-12550-0 (Stand: 08.08.2023)

63. Brodaty H, Donkin M (2009) Family caregivers of people with dementia. Dialogues Clin Neurosci 11:217–228. https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty (Stand: 08.08.2023)

64. Grässel E (1998) Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Z Gerontol Geriatr 31:57–62. https://doi.org/10.1007/s003910050019 (Stand: 08.08.2023)

65. Leicht H, König HH (2012) Krankheitskosten bei Demenz aus gesellschaftlicher Perspektive. Eine Übersicht. Bundesgesundheitsbl 55:677–684. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1472-9 (Stand: 08.08.2023)

66. Schwinger A, Klauber J, Tsiasioti C (2020) Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K, Kuhlmey A, Greß S et al. (Hrsg) Pflege-Report 2019. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 3–21

67. Mot E, Geerts J, Willeme P (2012) Long-term care use and supply in Europe: projection models and results for Germany, the Netherlands, Spain and Poland. ENEPRI Bericht Nr. 116. https://ssrn.com/abstract=2060145 (Stand: 23.08.2023)

68. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit (2020) Nationale Demenzstrategie, Berlin. https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/nationale-demenzstrategie-165218 (Stand: 22.08.2023)

69. Ziegert N, Hofbauer L, Rodriguez FS (2021) Innovative Angebote für Menschen mit Demenz in Deutschland. Nervenheilkunde 40:870–883. https://doi.org/10.1055/a-1529-3414 (Stand: 08.08.2023)

70. Spanier H, Krah K, Nicolas K et al. (2021) Welche technische Unterstützung gibt es für Menschen mit Demenz? DNP 22:28–34. https://doi.org/10.1007/s15202-020-4610-5 (Stand: 08.08.2023)

71. Schulz-Nieswandt F, Köstler U, Langenhorst F et al. (2012) Neue Wohnformen im Alter. Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

72. Wolf-Ostermann K, Meyer S, Schmidt A et al. (2017) Nutzer und Nutzerinnen regionaler Demenznetzwerke in Deutschland: Erste Ergebnisse der Evaluationsstudie DemNet-D. Z Gerontol Geriatr 50:21–27. https://doi.org/10.1007/s00391-015-1006-9 (Stand: 08.08.2023)

73. Köhler L, Meinke-Franze C, Hein J et al. (2014) Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDemUck-study. Curr Alzheimer Res 11:538–548. https://doi.org/10.2174/1567205011666140618100727 (Stand: 08.08.2023)

74. Jacobs AH, Emmert K, Baron R et al. (2020) Neurogeriatrie – eine Vision für die verbesserte Versorgung und Forschung für geriatrische Patienten mit führend neurologischen Erkrankungen. Z Gerontol Geriatr 53:340–346. https://doi.org/10.1007/s00391-020-01734-1 (Stand: 08.08.2023)

75. Schlemm S, Kuhlmey A (2005) Demenz – medizinische und pflegerische Versorgung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 10:238–244. https://doi.org/10.1055/s-2005-858512 (Stand: 08.08.2023)

76. Jessen F (2011) Diagnostik der Demenz. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 5:9–17. https://doi.org/10.1055/s-0030-1265948 (Stand: 08.08.2023)

77. Rapp I, Klein T (2020) Lebensstil und Gesundheit. In: Kriwy P, Jungbauer-Gans M (Hrsg) Handbuch Gesundheitssoziologie. Springer VS, Wiesbaden, S. 193–211

78. World Health Organization (2022) A blueprint for dementia research, Geneva. https://www.who.int/publications/i/item/9789240058248 (Stand: 23.08.2023)

79. Epping J, Geyer S, Eberhard S et al. (2021) Völlig unterschiedlich oder doch recht ähnlich? Die soziodemografische Struktur der AOK Niedersachsen im Vergleich zur niedersächsischen und bundesweiten Allgemein- und Erwerbsbevölkerung. Gesundheitswesen 83:S77–S86. https://doi.org/10.1055/a-1553-3565 (Stand: 08.08.2023)

Impressum

Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

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

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

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

Satz
Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

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

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

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

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

Susanne Wurm[1], Ulrike Ehrlich[2], Frauke Meyer-Wyk[1,3], Svenja M. Spuling[2]

[1] Universitätsmedizin Greifswald, Abteilung Präventionsforschung und Sozialmedizin
[2] Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
[3] European Commission, Joint Research Centre (JRC), Ispra, Italien

Eingereicht: 24.03.2023
Akzeptiert: 12.05.2023
Veröffentlicht: 20.09.2023

Verbreitung von Einsamkeit bei älteren Erwachsenen in Deutschland

Abstract

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

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

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

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

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

Einleitung

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

Einsamkeit geht mit einer Gesundheitsgefährdung einher. Mehrere Studien zeigen Zusammenhänge von Einsamkeit und einem höheren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Depressionen, kognitiven Beeinträchtigungen und Alzheimer-Demenz [2, 3]. Zudem geht Einsamkeit mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten sowie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, vorzeitig zu versterben (z. B. [2, 4]).

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

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

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

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

Indikator

Die Einsamkeitsquote in der Studie Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021 wird auf Grundlage eines Indikators durch die Selbstangaben der Befragten in einem schriftlichen oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Der DEAS ist eine bundesweite repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden und damit mindestens 40 Jahre alt sind. Die erste Befragung fand im Jahr 1996 statt, seitdem erfolgten sechs weitere Befragungen.

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

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

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

Ergebnisse und Einordnung

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

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

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

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1
Einsamkeitsquote nach Geschlecht, Alter und Bildung
(n = 2.179 Frauen, n = 2.082 Männer)
Quelle: Deutscher Alterssurvey (2020/2021)

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

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

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

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

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

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

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

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

Datenschutz und Ethik

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

Datenverfügbarkeit

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

Förderungshinweis

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

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

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

4. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J (2015) Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. Am J Public Health 105(5):1013–1019

5. Böger A, Wetzel M, Huxhold O (2017) Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff J, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel – Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, S. 273–285

6. Huxhold O, Engstler H, Hoffmann E (2019) Entwicklung der Einsamkeit bei Menschen im Alter von 45 bis 84 Jahren im Zeitraum von 2008 bis 2017. (DZA-Fact Sheet) Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-62853-2 (Stand: 07.06.2023)

7. Mund M, Freuding MM, Möbius K et al. (2020) The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. Pers Soc Psychol Rev 24(1):24–52

8. Wünsche J, Tesch-Römer C (2022) Wie viele Menschen in der zweiten Lebenshälfte sind in der Bundesrepublik Deutschland von Einsamkeit betroffen? (DZA-Fact Sheet) Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-83599-5 (Stand: 07.06.2023)

9. Bücker S, Widlok M, Ebert T et al. (2019) Prävalenz von Einsamkeit und sozialer Isolation im hohen Alter. In: Bücker S, Luhmann M (Hrsg) Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter. Vorab-Onlinepublikation, S. 8–17. https://doi.org/10.13154/294-6373 (Stand: 23.06.2023)

10. Woopen C, Rietz C, Wagner M et al. (2018) NRW80+ Hochaltrigenstudie: Erste Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health. https://docplayer.org/130861631-Nrw80-hochaltrigenstudie.html (Stand: 23.03.2023)

11. Wrzus C, Hanel M, Wagner J et al. (2013) Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. Psychol Bull 139(1):53–80

12. Maes M, Qualter P, Vanhalst J et al. (2019) Gender Differences in Loneliness Across the Lifespan: A Meta-Analysis. Eur J Personality 33(6):642–654

13. UNESCO Institute of Statistics (2006) International Standard Classification of Education: ISCED 1997. UNESCO, Montreal

14. Klaus D, Engstler H, Mahne K et al. (2017) Cohort Profile: The German Ageing Survey (DEAS). Int J Epidemiol 46(4):1105–1105g

15. Vogel C, Klaus D, Wettstein M et al. (2020) German Ageing Survey (DEAS). In: Gu D, Dupre ME (Hrsg) Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Springer International Publishing, Cham, S. 1–9

16. Bu F, Steptoe A, Fancourt D (2020) Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. Public Health 186:31–34

17. Huxhold O, Tesch-Römer C (2021) Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. DZA Aktuell, 04:1–16

18. Kaspar R, Wenner J, Tesch-Römer C (2022) Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres); Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-77004-2 (Stand: 07.06.2023)

19. Statistisches Bundesamt (2022) Haushalte und Familien – Ergebnisse aus dem Mikrozensus: Alleinlebende und Personen in Paargemeinschaften nach Alter und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2020. Sonderauswertung, 23.3.2022. Wiesbaden

20. Carstensen LL (1995) Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. Curr Dir Psychol Sci 4(5):151–156

21. Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) (2023) Ethikvotum. https://www.dfg.de/foerderung/faq/geistes_sozialwissenschaften/ (Stand: 23.03.2023)

Impressum

Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

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

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

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

Satz
Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

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

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

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

Journal of Health Monitoring · 2023 8(3)
DOI 10.25646/11568
Robert Koch-Institut, Berlin

Susanne Wurm [1], Svenja M. Spuling [2], Ann-Kristin Reinhard [1], Ulrike Ehrlich [2]

[1] Universitätsmedizin Greifswald, Abteilung Präventionsforschung und Sozialmedizin
[2] Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Eingereicht: 24.03.2023
Akzeptiert: 18.05.2023
Veröffentlicht: 20.09.2023

Verbreitung von Patientenverfügungen bei älteren Erwachsenen in Deutschland

Abstract

Hintergrund: Patientenverfügungen regeln medizinische Entscheidungen in Notsituationen. Wer eine Verfügung erstellt, kann diese freiwillig im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen. Über die allgemeine Verbreitung von Patientenverfügungen ist wenig bekannt.

Methode: Der Deutsche Alterssurvey ist eine regelmäßige, bevölkerungsrepräsentative Studie. 4.185 Personen ab 50 Jahren wurden 2020/2021 zu Patientenverfügungen befragt.

Ergebnisse: Eine Patientenverfügung haben 44,8 % der ab 50-Jährigen, Frauen häufiger als Männer (50,1 % vs. 39,2 %), ältere Menschen häufiger als mittelalte. Bildungsunterschiede zeigen sich nicht.

Schlussfolgerungen: Patientenverfügungen erhöhen die Selbstbestimmung bei medizinischen Notsituationen, da der Patientenwille schriftlich festgelegt ist. Menschen aller Altersgruppen sollten sich über die Bedeutung von Patientenverfügungen informieren und zu den Inhalten beraten lassen z. B. bei der Hausärztin oder dem Hausarzt oder bei der eigenen Krankenkasse.

VORSORGE · PRÄVALENZ · PATIENVERFÜGUNG · DEUTSCHER ALTERSSURVEY 2020/2021 · MITTLERES ALTER · ÄLTERE

Einleitung

Plötzlich durch einen Unfall oder allmählich durch eine chronische Krankheit – alle Menschen, ob im jungen oder hohen Alter, können in eine medizinische Notsituation geraten, in der sie nicht mehr in der Lage sind, den eigenen Willen zu kommunizieren oder Entscheidungen zu treffen. Für diesen Fall können in Deutschland Angelegenheiten vorsorglich geregelt werden. Während eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung einer anderen Person die Rechte für persönliche Angelegenheiten (z. B. Finanzen, Verträge etc.) überträgt, regelt eine Patientenverfügung *medizinische Entscheidungen* in Notsituationen.

In einer Patientenverfügung kann jede volljährige Person schriftlich festhalten, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sie konkret im Fall bestimmter gesundheitlicher Zustände (z. B. nach Gehirnschädigung oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit) wünscht oder ablehnt, seien es Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe. Beispielsweise kann festgelegt werden, ob eine künstliche Ernährung erfolgen soll, um welche Schmerzmedikation man bittet oder wie man einer Organspende gegenüber steht. Zusätzlich empfiehlt das Bundesministerium der Justiz weitere Wertvorstellungen in der Patientenverfügung

50,1 % der Frauen und 39,2 % Männer ab 50 Jahren geben im Jahr 2020/2021 an, eine Patientenverfügung erteilt zu haben.

festzuhalten, z. B. religiöse Anschauungen oder Einstellungen zum Leben und Sterben. Bei der Erstellung eines Maßnahmenkataloges wird empfohlen, sich den Rat einer Ärztin oder eines Arztes einzuholen. Ist der dokumentierte Patientenwille so formuliert, dass eindeutig konkrete medizinische Situationen und Maßnahmen adressiert werden, sind die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, diesem Willen zu folgen. Eine Patientenverfügung muss selbstbestimmt verfasst werden und wird mittels persönlicher Unterschrift gültig [1]. Sowohl die Beglaubigung der Patientenverfügung durch eine Notarin oder einen Notar als auch eine offizielle Registrierung in das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (ZVR) ist möglich, jedoch nicht verpflichtend [2, 3]. Patientenverfügungen konnten bis zum 1. Januar 2023 nur im Rahmen einer Vorsorgeverfügung (z. B. Betreuungsverfügung) im ZVR registriert werden. Im vergangenen Jahr waren insgesamt ca. 5,7 Mio. Vorsorgeverfügungen registriert, was den Anstieg von registrierten Verfügungen der Vorjahre fortführt [4–6]. Von den im Jahr 2022 neu registrierten Vorsorgeverfügungen waren 77,1 % mit einer Patientenverfügung kombiniert. Das ZVR kann, weil es keine Verpflichtung zur Meldung gibt, jedoch nur einen Hinweis auf die Verbreitung von Patientenverfügungen geben [6].

Flächendeckende Studien zur Verbreitung von Patientenverfügungen in Deutschland gibt es nur wenige. Dabei stammen die erhobenen Untersuchungsdaten häufig aus selektiven Subpopulationen (z. B. Patientinnen und Patienten) und sind nicht repräsentativ für die allgemeine Bevölkerung. Eine Telefonbefragung des Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV) an rund 1.000 Personen ab 18 Jahren ergab z. B., dass 43 % der Befragten in Deutschland eine Patientenverfügung haben [7]. In einer anderen Studie mit rund 1.000 Personen zeigte sich, dass auf der Intensivstation einer Universitätsklinik bei Patientinnen und Patienten, die elektive (d. h. geplante) Eingriffe hatten, häufiger eine Patientenverfügung vorlag als bei solchen, die einen Notfalleingriff benötigten [8]. Als Gründe für eine Patientenverfügung gaben die Studienteilnehmenden beispielsweise an, Angst davor zu haben, von der Entscheidung anderer Personen abhängig zu sein, keine Selbstbestimmung mehr zu haben oder keine Überbehandlung erhalten zu wollen.

Bislang ergibt sich aus dem ZVR und der Forschungsliteratur keine eindeutige Datenlage zur Verbreitung von Patientenverfügungen. Die vorliegende Studie untersucht demgegenüber basierend auf bundesweit repräsentativen Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) die aktuelle Verbreitung von Patientenverfügungen bei Frauen und Männern, in unterschiedlichen Alters- und Bildungsgruppen in der Bevölkerung ab 50 Jahren.

Indikator

Das Vorhandensein einer Patientenverfügung wurde im Deutschen Alterssurvey (DEAS) 2020/2021 durch die Selbstauskunft der Befragten in einem in Papierform oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Der DEAS ist eine bundesweite repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden und damit mindestens 40 Jahre alt sind. Die erste Befragung fand im Jahr 1996 statt, seitdem fanden sechs weitere Befragungen statt. Im Befragungsjahr 2020/2021 nahmen 5.402 Personen zwischen 46 und 100 Jahren am mündlichen Interview teil; 4.419 dieser Befragten (82 %)

haben auch den zusätzlichen Fragebogen ausgefüllt. In diesem wurde die Frage gestellt „Haben Sie eine oder mehrere der folgenden schriftlichen Vollmachten oder Verfügungen erteilt?". Erfragt wurde unter anderem das Vorhandensein einer Patientenverfügung. Die Befragten hatten drei Antwortoptionen: „Ja", „Nein", „Weiß nicht, was das ist". Befragte, die die Antwortkategorie „Weiß nicht, was das ist" gewählt haben (12 Befragte: 4 Frauen, 8 Männer) wurden der Antwortkategorie „Nein" zugeordnet. Ausgeschlossen wurden Befragte mit fehlenden Angaben zum Vorhandensein einer Patientenverfügung (98 Befragte: 56 Frauen, 42 Männer) sowie Befragte, die jünger als 50 Jahre (105 Befragte: 55 Frauen, 50 Männer) oder älter als 90 Jahre alt waren (31 Befragte: 12: Frauen, 19 Männer). Die Analysestichprobe bestand damit aus 4.185 Befragten im Alter zwischen 50 und 90 Jahren (2.134 Frauen, 2.051 Männer). Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) von 1997 wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Befragten zu klassifizieren [9]. Aus Fallzahlgründen wurden die Gruppen der Personen mit niedriger und mittlerer Bildung gemeinsam ausgewertet. Es wurden gewichtete Prävalenzen in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) zum Vorhandensein einer Patientenverfügung stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Bildung unter Verwendung von Methoden dargestellt, die die geschichtete Stichprobenziehung des DEAS berücksichtigen. Tabellarisch werden deskriptive Ergebnisse mit den jeweiligen Konfidenzintervallen dargestellt. Ergänzend wurde ein Signifikanztest zur Prüfung von Unterschieden zwischen den Gruppen durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung der Methodik des DEAS findet sich an anderen Stellen [10, 11].

Ältere Personen erteilen häufiger eine Patientenverfügung im Vergleich zu Personen im mittleren Alter.

Tabelle 1
Prävalenz des Vorhandenseins einer Patientenverfügung nach Geschlecht, Alter und Bildung (n = 2.134 Frauen, n = 2.051 Männer)
Quelle: Deutscher Alterssurvey (2020/2021)

	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**50,1**	**(45,0 – 55,2)**
Altersgruppe		
50 – 64 Jahre	31,7	(26,2 – 37,7)
65 – 74 Jahre	61,5	(53,8 – 68,6)
≥ 75 Jahre	76,5	(67,6 – 83,6)
Bildung		
Niedrig/mittel	48,7	(42,1 – 55,3)
Hoch	53,5	(46,5 – 60,3)
Männer (gesamt)	**39,2**	**(34,8 – 43,8)**
Altersgruppe		
50 – 64 Jahre	28,9	(23,6 – 34,9)
65 – 74 Jahre	39,6	(32,2 – 47,5)
≥ 75 Jahre	68,5	(56,8 – 78,3)
Bildung		
Niedrig/mittel	36,7	(30,2 – 43,7)
Hoch	41,9	(36,3 – 47,8)
Gesamt (Frauen und Männer)	**44,8**	**(41,2 – 48,5)**

KI = Konfidenzintervall

Ergebnisse und Einordnung

Insgesamt berichten 44,8 % der Befragten, eine Patientenverfügung erteilt zu haben. Es kommt zu statistisch signifikanten Geschlechterunterschieden: 50,1 % der Frauen, aber nur 39,2 % der Männer geben an, eine Patientenverfügung erteilt zu haben. Bei beiden Geschlechtern steigt die Verbreitung von Patientenverfügungen über die Altersgruppen hinweg signifikant an (Tabelle 1). Geben 31,7 % der 50- bis 64-Jährigen Frauen an, eine Patientenverfügung erteilt zu haben, sind es in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen bereits 61,5 %. Bei Frauen im Alter ab 75 Jahren haben mehr als drei von vier Frauen (76,5 %) eine Patientenverfügung. Männer im Alter zwischen 50 und 64 Jahren haben mit 28,9 % deutlich seltener eine Patientenverfügung

als die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen (39,6 %); auch bei den Männern ist die höchste Verbreitung in der Altersgruppe der 75-jährigen und älteren Menschen zu finden (68,5 %). Ob eine Patientenverfügung erteilt wurde oder nicht, hängt dagegen weder bei Frauen noch bei Männern statistisch bedeutsam mit dem Bildungshintergrund zusammen (Tabelle 1).

Während eine Eintragung der Patientenverfügung in das ZVR freiwillig und damit selektiv ist, liefern Selbstauskünfte von Befragten einer Zufallsstichprobe ein potenziell vollständigeres Bild über die Verbreitung von Patientenverfügungen in Deutschland. Die bundesweit repräsentativen Daten des DEAS machen deutlich, dass auch in der Pandemiezeit 2020/2021 weniger als die Hälfte aller Menschen ab 50 Jahren angibt, eine Patientenverfügung zu haben. Im Alter zwischen 50 und 64 Jahren hat nur jede vierte Person eine Patientenverfügung; allerdings steigen die Verfügungen über die Altersgruppen hinweg zum Teil deutlich an. Ergänzende Vergleiche mit der DEAS-Befragung aus dem Jahr 2017 zeigen allerdings keinen Anstieg in der Verbreitung von Patientenverfügungen über die letzten drei bis vier Jahre (44,7 % im Jahr 2017 zu 44,8 % in 2020/2021).

Ob Personen eine Patientenverfügung erteilt haben, ist unabhängig vom Bildungsniveau.

Für medizinische Behandlungen und Notsituationen ist die Verfügbarkeit und Interpretierbarkeit des schriftlichen Patientenwillens von hoher Bedeutung. Seit dem 1. Januar 2023 können behandelnde Ärztinnen und Ärzte Informationen aus dem ZVR abrufen, sofern eine Person nicht ansprechbar und eine dringende medizinische Entscheidung zu treffen ist [6]. Liegt jedoch keine Patientenverfügung vor, ist diese nicht auffindbar oder enthält widersprüchliche Formulierungen, muss alternativ der mutmaßliche Patientenwille ermittelt und gedeutet werden [1, 2]. Zur eindeutigen Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens kann die Patientenverfügung durch eine Vorsorgevollmacht ergänzt werden, die für diesen Fall eine bevollmächtigte Person bestimmt [1]. Daten der DEAS-Befragung zufolge hat die Mehrheit der Personen mit Patientenverfügung zugleich eine Vorsorgevollmacht (84,9 %). Um über die Wichtigkeit von Patientenverfügungen zu informieren und Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihres Patientenwillens zu beraten, könnte Hausarztpraxen eine wichtige Lotsenfunktion zukommen. Allerdings übernimmt die Beratung zu Patientenverfügungen bisher nicht die gesetzliche Krankenversicherung.

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

Zitierweise
Wurm S, Spuling SM, Reinhard AK, Ehrlich U (2023)
Verbreitung von Patientenverfügungen bei älteren Erwachsenen in Deutschland.
J Health Monit 8(3): 59–65.
DOI 10.25646/11568

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

Datenschutz und Ethik

Die Teilnehmenden der DEAS-Studie geben ihre informierte Zustimmung, nachdem sie eingeladen wurden und ausführliche schriftliche Informationen über die Ziele und

Verfahren der Studie erhalten haben. Die informierte Zustimmung umfasst die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Zusicherung des Datenschutzes und die Verwendung der erhobenen Daten ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken. Für die Durchführung des DEAS war kein Ethikvotum notwendig und wurde daher auch nicht beantragt (siehe dazu die Ausführungen der DFG zur Notwendigkeit eines Ethikvotums bei Studien in den Geistes- und Sozialwissenschaften [12]; keines der Kriterien für die Notwendigkeit eines Ethikvotums – Risiken für Teilnehmende, fehlende Aufklärung über Ziele der Studie, Untersuchung an Patientinnen und Patienten – liegt beim DEAS vor).

Datenverfügbarkeit

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

Förderungshinweis

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

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2023) Patientenverfügung – Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten? https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.pdf (Stand: 29.06.2023)
2. Schmitz D (2021) Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht – einfach erklärt. In: Petermann-Meyer A, Panse J, Brümmendorf TH (Hrsg) Leben mit Krebs. Springer, Berlin
3. Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2023) Patientenverfügung. https://www.bmj.de/DE/Themen/VorsorgeUndBetreuungsrecht/Patientenverfuegung/Patientenverfuegung_node.html (Stand: 21.03.2023)
4. Bundesnotarkammer (2020) Zentrales Vorsorgeregister; Jahresbericht 2020. https://www.vorsorgeregister.de/fileadmin/user_upload_zvr/Dokumente/Jahresberichte_ZVR/2020-JB-ZVR.pdf (Stand: 21.03.2023)
5. Bundesnotarkammer (2021) Zentrales Vorsorgeregister; Jahresbericht 2021. https://www.vorsorgeregister.de/fileadmin/user_upload_zvr/Dokumente/Jahresberichte_ZVR/2021-JB-ZVR.pdf (Stand: 21.03.2023)
6. Bundesnotarkammer (2022) Zentrales Vorsorgeregister; Jahresbericht 2022. https://www.vorsorgeregister.de/fileadmin/user_upload_zvr/Dokumente/Jahresberichte_ZVR/2022-JB-ZVR.pdf (Stand: 21.03.2023)
7. Deutscher Hospiz- und PaliativVerband e. V. (DHPV) (2017) Wissen und Einstellungen der Menschen in Deutschland zum Sterben – Ergebnisse einer repräsentaiven Bevölkerungsbefragung im Auftrag des DHPV, Berlin. https://www.dhpv.de/files/public/aktuelles/Forschung/Forschung_2017_Ergebnisse_DHPVBevoelkerungsbefragung.pdf (Stand: 22.03.2023)
8. de Heer G, Saugel B, Sensen B et al. (2017) Advance Directives and Powers of Attorney in Intensive Care Patients. Dtsch Arztebl Int 114(21):363–370
9. UNESCO Institute of Statistics (2006) International Standard Classification of Education: ISCED 1997. UNESCO, Montreal
10. Klaus D, Engstler H, Mahne K et al. (2017) Cohort Profile: The German Ageing Survey (DEAS). International Journal of Epidemiology 46(4):1105–1105g

11. Vogel C, Klaus D, Wettstein M et al. (2020) German Ageing Survey (DEAS). In: Gu D, Dupre ME (Hrsg) Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Springer International Publishing, Cham, S. 1–9

12. Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) (2023) Ethikvotum. https://www.dfg.de/foerderung/faq/geistes_sozialwissenschaften/ (Stand: 22.03.2023)

Impressum

Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

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

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

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

Satz
Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

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

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

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

Journal of Health Monitoring · 2023 8(3)
DOI 10.25646/11662
Robert Koch-Institut, Berlin

Judith Fuchs*, Beate Gaertner*, Hanna Perlitz, Tim Kuttig, Annett Klingner, Jens Baumert, Antje Hüther, Ronny Kuhnert, Julia Wolff, Christa Scheidt-Nave und die Studiengruppe Gesundheit 65+

* geteilte Erstautorenschaft

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Eingereicht: 23.07.2023
Akzeptiert: 07.08.2023
Veröffentlicht: 20.09.2023

Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung

Abstract

Hintergrund: Die bevölkerungsbezogene Längsschnittstudie Gesundheit 65+ hatte zum Ziel, Datenlücken zu Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie zu schließen.

Methode: Die Grundgesamtheit umfasste Personen ab 65 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland und ausreichenden Deutschkenntnissen. Um die Teilnahme körperlich/kognitiv eingeschränkter Personen zu ermöglichen, waren u. a. Befragung einer Stellvertreterin/eines Stellvertreters oder Einwilligung durch eine gesetzliche Vertretung erlaubt. Mithilfe eines zweistufigen Stichprobenverfahrens wurden 128 primäre Stichprobeneinheiten und innerhalb dieser geschlechts- und altersgeschichtete Einwohnermeldeamtsstichproben per Zufall gezogen. Die Kontaktierung und Datenerhebung erfolgten nach einem Mixed-Mode-Design. Die Datenerhebung fand zwischen Juni 2021 und April 2023 statt. Dabei wurden die Teilnehmenden im Abstand von jeweils vier Monaten insgesamt vier Mal befragt. Zwölf Monate nach der Basisbefragung erfolgte eine Untersuchung im Hausbesuch. Die Erhebungsdaten sind mit externen Daten zur Gesamtmortalität, Informationen über soziale und bauliche Merkmale des Wohnumfeldes und ambulanten Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung verknüpfbar.

Schlussfolgerung: Die Studienergebnisse dienen der Gesundheitspolitikberatung und Information anderer Akteurinnen und Akteure im Versorgungssystem über die Gesundheit und den Versorgungsbedarf älterer Menschen in Deutschland.

GESUNDHEIT · ALTER · LÄNGSSCHNITTSTUDIE · BEVÖLKERUNGSBEZOGEN · DEUTSCHLAND · COVID-19 · GESUNDHEITSSURVEY

1. Hintergrund

Wie in vielen anderen Ländern wird auch in Deutschland der Anteil älterer und hochaltriger Menschen in der Bevölkerung aufgrund der steigenden Lebenserwartung und niedriger Geburtenraten weiter zunehmen [1]. Im Jahr 2022 waren 18,6 Millionen Menschen in Deutschland 65 Jahre und älter, darunter 6,1 Millionen, die 80 Jahre und älter waren [2]. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Erkrankungen und den Abbau körperlicher und kognitiver Funktionen zu. Die Mehrheit älterer Menschen nimmt heute aktiv am gesellschaftlichen Leben teil, allerdings reicht das Spektrum des Gesundheits- und Funktionszustandes im selben Alter von völlig uneingeschränkt, selbstständig und in das soziale Leben integriert bis zu sehr stark eingeschränkt und dauerhaft auf Unterstützung und Pflege angewiesen. Neben genetischen Faktoren tragen soziale und umweltbedingte Determinanten der Gesundheit in

hohem Maße zur Heterogenität der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Funktionseinschränkungen bei älteren Erwachsenen bei [3, 4].

Die COVID-19-Pandemie stellte die Gesundheitssysteme weltweit vor große Herausforderungen. Ältere Erwachsene, insbesondere Personen ab 80 Jahren und in Langzeitpflegeeinrichtungen waren in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, einem besonders hohen Risiko ausgesetzt, schwer oder tödlich an COVID-19 zu erkranken [5–8]. Zwar betrafen die Eindämmungsmaßnahmen, wie Kontakt- und Zugangsbeschränkungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die gesamte Bevölkerung, sie hatten jedoch je nach Altersgruppe unterschiedliche Auswirkungen [9–14]. Dabei ist die Datengrundlage, die für die Bevölkerung ab 65 Jahren repräsentativ ist, begrenzt.

Im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) wurde die Studie Gesundheit 65+ konzipiert, um aktuelle Aussagen über die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung ab 65 Jahren in Zeiten der COVID-19-Pandemie zu ermöglichen. Die Studie legt einen Schwerpunkt auf den Einschluss funktionell eingeschränkter alter und hochaltriger Menschen. Im Unterschied zu früheren Studien des RKI-Gesundheitsmonitorings [15, 16] wurde daher in der vorliegenden Studie ein zuvor erprobtes Studiendesign angewandt, das darauf abzielt, ältere Menschen mit körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen einzubeziehen [17, 18].

In Gesundheit 65+ wurden Angaben zur gesundheitlichen Situation im Alter auf Grundlage von Primärdaten aus Befragungen und einer Untersuchung während der COVID-19-Pandemie erhoben. Diese können auf Individualebene mit Daten aus zusätzlichen Quellen, wie der gesetzlichen Krankenversicherung oder Geo-Informations-Systemen, verknüpft werden. Im Einzelnen wird die Analyse dieser Daten für die Gruppe älterer Menschen ab 65 Jahren in Deutschland mit besonderem Bedarf an Gesundheitsversorgung und sozialer Unterstützung Aufschluss geben über:

(1) Gesundheitszustand und Wohlbefinden auf Grundlage selbstberichteter Querschnittsdaten der Basisbefragung,
(2) Veränderungen der subjektiven, körperlichen und psychischen Gesundheit, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie individueller und sozialer Gesundheitsdeterminanten auf der Grundlage selbstberichteter Längsschnittdaten und
(3) Kernindikatoren der objektiven körperlichen Gesundheit sowie der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeiten auf der Grundlage von Querschnittsdaten, einschließlich standardisierter Messungen und Tests.

2. Methode

2.1 Studiendesign

Studiendesign und Stichprobe

Gesundheit 65+ ist eine bevölkerungsbezogene epidemiologische Längsschnittstudie, die repräsentative Daten über die gesundheitliche Situation von Menschen im Alter von 65 Jahren und älter in Deutschland liefert. Um Veränderungen des Wohlbefindens, des Gesundheitszustands und der Funktionsfähigkeit sowie Veränderungen in der medizinischen Versorgung und der Inanspruchnahme von

Gesundheitsleistungen im Verlauf der COVID-19-Pandemie zu erfassen, wurde ein längsschnittliches Erhebungsdesign gewählt. Die Datenerhebung erstreckte sich insgesamt von Juni 2021 bis April 2023. Sie umfasste eine Basisbefragung (Zeitraum: Juni 2021 bis April 2022) sowie drei Nachbefragungen vier, acht und 12 Monate nach der Basisbefragung (Abbildung 1). Bei der letzten Nachbefragung wurden die Teilnehmenden zusätzlich zu Hause aufgesucht, um eine körperliche Untersuchung und ein Arzneimittelinterview durchzuführen.

Die Studie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: ZMVI1-2518FSB410). Im Vorfeld der Datenerhebung wurde die Studie sowohl von der Ethikkommission der Berliner Ärztekammer (Eth-50/19) als auch durch die behördliche Datenschutzbeauftrage des RKI als unbedenklich bewertet. Die Studie wurde und wird unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Das Datenschutzkonzept beinhaltete zudem die Nutzung von Registerdaten und die Verknüpfung mit öffentlich zugänglichen Daten für Ausfallanalysen (sog. Non-Responder-Analysen) sowie die Vorabrecherche einer Telefonnummer zur telefonischen Kontaktaufnahme.

Die eingeladene Person selbst oder ihre gesetzliche Vertretung willigten zum Zeitpunkt der Basisbefragung schriftlich zur Teilnahme der Studie Gesundheit 65+ ein. Eine Ausnahme bildete die Teilnahme mittels Online-Basisfragebogen, hier konnte die eingeladene Person die Einwilligung auch online erteilen. Zusätzlich konnte zu diesem Zeitpunkt eine Einwilligung a) zur Geokodierung der Wohnadresse für die Verknüpfung mit sozialen und umweltbedingten Gesundheitsfaktoren der Wohnumgebung und b) zur Vitalstatusrecherche bei den Einwohnermeldeämtern (d. h. ihrer Überlebenszeit) erteilt werden. Die Teilnehmenden oder ihre gesetzliche Vertretung wurden darüber informiert, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und eine Teilnahme jederzeit oder in Teilen abgelehnt werden kann. Die schriftliche Einwilligung der eingeladenen Personen oder ihrer gesetzlichen Vertretung war auch für die Teilnahme an einer Kurzbefragung der Nichtteilnehmenden

Mit der Studie Gesundheit 65+ wird die Bevölkerung ab 65 Jahren ohne obere Altersgrenze in bundesweite Untersuchungssurveys des RKI integriert.

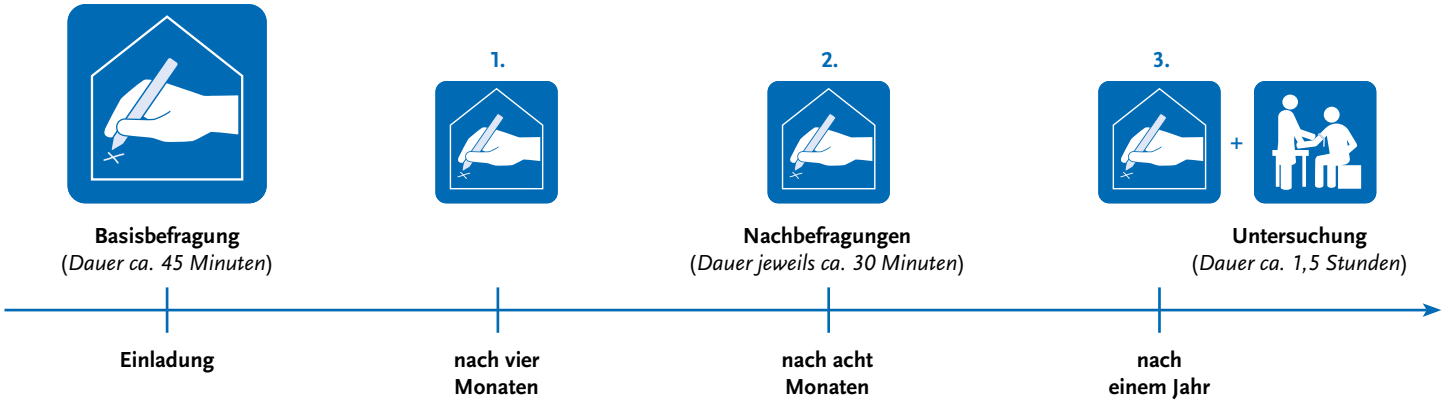


Abbildung 1
Datenerhebung der Studie Gesundheit 65+
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

der Studie (sog. Non-Responder-Befragung) erforderlich. Eine mündliche Einwilligung war hier nur möglich, wenn die eingeladene Person selbst einem telefonischen Non-Responder-Interview zustimmte.

Vor der Untersuchung im Hausbesuch erteilten die Teilnehmenden oder ihre gesetzliche Vertretung eine separate schriftliche Einwilligung. Die schriftliche Einwilligung in die Verknüpfung mit den individuellen ambulanten Abrechnungsdaten der gesetzlich Krankenversicherten wurde ebenfalls während des Hausbesuchs eingeholt.

Die Längsschnittstudie besteht aus einer Basisbefragung, drei Nachbefragungen sowie einer Untersuchung im Hausbesuch.

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Die Grundgesamtheit der Studie umfasste Personen, die 65 Jahre und älter waren und ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland hatten. Von einer Studienteilnahme ausgeschlossen wurden Personen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sowie Personen, die vor Feldzeitbeginn verstorben/umgezogen oder unauffindbar waren.

Personen, die z. B. selbst nicht in der Lage waren, Auskünfte zu ihrer Gesundheit zu geben und an den Befragungen teilzunehmen, konnten durch die Befragung einer Stellvertreterin oder eines Stellvertreters (sog. Proxy-Befragungen) für eine Studienteilnahme berücksichtigt werden. Personen, die nicht selbst in die Studienteilnahme einwilligen konnten, konnten mit der schriftlichen Einwilligung ihrer gesetzlichen Vertretung teilnehmen.

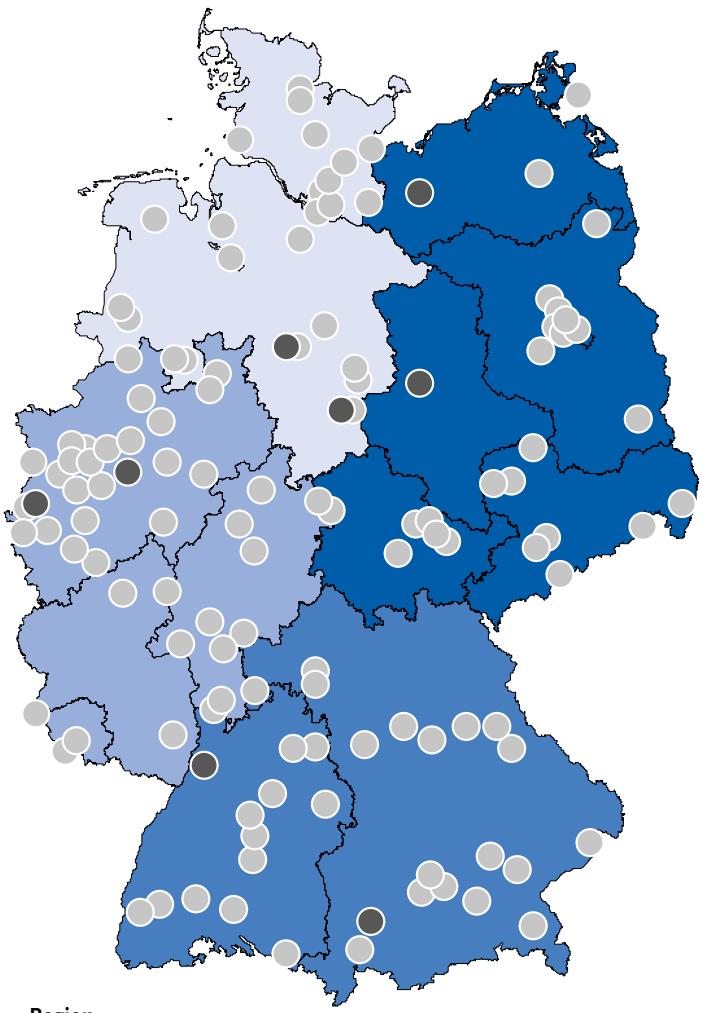
Stichprobenverfahren

Die Stichprobenziehung erfolgte in einem zweistufigen, geschichteten Cluster-Stichprobenverfahren, analog zu den früheren bevölkerungsbezogenen RKI-Gesundheitssurveys DEGS1 und GEDA 2014/2015-EHIS [19, 20]. In der ersten Stufe wurden in Zusammenarbeit mit dem Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) Mannheim 120 primäre Stichprobeneinheiten (sog. Primary Sampling Units, PSUs) aus allen Gemeinden in Deutschland per Zufall gezogen. Zusätzlich wurden acht weitere PSUs für eine Run-In-Phase gezogen. Alle 128 ausgewählten PSUs sind in Abbildung 2 abgebildet. Die Auswahl der PSUs wurde nach Region und der BIK-10-Klassifikation (einem regionalen Klassifikationssystem für Deutschland) [21] geschichtet, um auch bevölkerungsarme Gemeindetypen hinreichend abzubilden und Prävalenzschätzungen für vier Regionen Deutschlands zu ermöglichen. Die vier Regionen mit den jeweiligen Bundesländern umfassten dabei Nord (Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen), Süd (Bayern, Baden-Württemberg), West (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland) und Ost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen). Gemeinden mit sehr hoher Einwohnerzahl (z. B. Berlin) waren durch mehrere PSUs vertreten. Gemeinden mit wenigen Einwohnerinnern und Einwohnern im Alter ab 65 Jahren wurden mit benachbarten kleinen Gemeinden, die zur gleichen Schichtungszelle gehörten, zusammengefasst. In der zweiten Stufe wurden dann innerhalb der PSUs geschlechts- und altersgeschichtete Zufallsstichproben der Bevölkerung ab 65 Jahren von den lokalen Einwohnermeldeämtern gezogen, wobei eine uneingeschränkte Zufallsauswahl erfolgte. Bei der Schichtung nach Alter wurden zwei Altersgruppen (65–79, 80+ Jahre) berücksichtigt.

Statistische Genauigkeit und Power

Für die Abschätzung der Genauigkeit deskriptiver Prävalenzschätzungen wurde für die Breite des Konfidenzintervalls

Abbildung 2
Primary Sample Units (PSUs) der Studie Gesundheit 65+
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung



Um die Teilnahme körperlich oder kognitiv eingeschränkter Personen zu ermöglichen, wurden verschiedene Teilnahmemöglichkeiten angeboten.

ein entsprechendes Intervall von weniger als 10 % der erwarteten Prävalenz zugrunde gelegt. Danach ergaben Power-Berechnungen für den letzten Messzeitpunkt (d. h. die Untersuchung), dass insgesamt 128 PSUs und eine Gesamtstichprobengröße von 2.700 Teilnehmenden Prävalenzschätzungen getrennt nach Geschlecht und Altersgruppe (65–79, 80+ Jahre) mit ausreichender Genauigkeit ermöglichen würden. Bei dieser Berechnung wurde von einer vergleichbaren Anzahl von Teilnehmenden pro PSU zur Basisbefragung ausgegangen und in Anlehnung an frühere Erfahrungen [18] ein Wiederteilnahmeverlust von 32,5 % von der Basisbefragung bis zur Untersuchung angenommen. Cluster-Stichproben unterschätzen die Gesamtvariabilität und damit den Schätzfehler im Vergleich zu einfachen Zufallsstichproben (d. h. einstufige Stichprobenverfahren), da Personen innerhalb einer PSU mit größerer Wahrscheinlichkeit die gleichen Studienmerkmale aufweisen als Personen, die direkt aus der Grundgesamtheit gezogen werden. Der Anstieg des Schätzfehlers wird durch den sogenannten Designeffekt quantifiziert, der auf Grundlage eigener unveröffentlichter Berechnungen früherer bevölkerungsbezogener RKI-Gesundheitssurveys mit 1,5 für die Altersgruppe ab 65 Jahre angenommen wurde (d. h. es werden 50 % mehr Teilnehmende benötigt als bei einem einstufigen Stichprobenverfahren). Aufgrund begrenzter finanzieller Mittel musste die mögliche Anzahl der Untersuchungen pro PSU im Nachgang reduziert werden, was zu einer erwarteten Gesamtzahl von 1.500 möglichen Untersuchungen führte. Die Power-Berechnung wurden hierfür, wie oben beschrieben, vor Untersuchungsbeginn wiederholt. Die Ergebnisse waren ähnlich wie bei den vorherigen Berechnungen, allerdings war die Breite der Konfidenzintervalle bei

Gesundheit 65+ erhebt Informationen zu subjektiven, objektiven und sozialen Aspekten der Gesundheit älterer Menschen mit der Verknüpfungsmöglichkeit externer Daten.

Prävalenzen ab 30 % für diese Fallzahl etwas größer; das Kriterium von weniger als 10 % Intervallbreite wurde hier geringfügig überschritten.

2.2 Durchführung der Erhebung

Strategie der Feldarbeit (Tourenplan)

Um systematische Einflüsse z. B. durch saisonale oder COVID-19-pandemiebedingte Effekte auf die Datenerhebung zu vermeiden, wurden die 128 PSUs nach Zufall in 32 Routen eingeteilt und routenweise sukzessiv für eine Studienteilnahme eingeladen, so dass vier PSUs eine Route bildeten. Dabei wurde aus jeder der vier Regionen in Deutschland eine PSU nach Zufall für eine Route ausgewählt. Der routenweise Beginn der Einladungen bzw. Zeitraum der Hausbesuche zur Teilnehmendengewinnung für die Basisbefragung wurde vor Einladungsbeginn in einem Tourenplan hinterlegt.

Teilnehmendengewinnung zur Basisbefragung

Ein zuvor entwickeltes und erprobtes sequentielles Mixed-Mode-Design [17] wurde angewandt, um die von den Einwohnermeldeämtern per Zufall ausgewählten und übermittelten Personen für die Studienteilnahme zu kontaktieren (Abbildung 3). Zur Basisbefragung erhielten diese im ersten Schritt postalisch ein kurzes personalisiertes Einladungsschreiben, eine Informationsbroschüre, einen Papierfragebogen, eine Einwilligungserklärung, einen frankierten Rückumschlag, ein Antwortformular und als Teilnahmeanreiz eine kleine Aufmerksamkeit (eine Packung Blumensamen). Die Broschüre informierte die Eingeladenen über das Studiendesign (d. h. Teilnahmeoptionen, Nachbefragungen und die Untersuchung), die Finanzierung und den Datenschutz. Wenn innerhalb von zwei Wochen keine Rückmeldung auf die Einladung einging, erhielten die Personen ein Erinnerungsschreiben. Sowohl die Einladung als auch das Erinnerungsschreiben enthielten als alternative Teilnahmeoptionen einen Link mit personalisiertem Passwort zu einem Online-Fragebogen und das Angebot für ein Telefoninterview. Eingeladene Personen, die sich nicht innerhalb einer Woche auf das Erinnerungsschreiben meldeten, wurden, sofern für sie eine Telefonnummer recherchiert werden konnte, von geschulten Forschungsassistentinnen und -assistenten telefonisch kontaktiert, um sie über die Studie und die Teilnahmemöglichkeiten zu informieren. Etwa zweieinhalb Wochen später reisten die Forschungsassistentinnen und -assistenten in die PSUs und versuchten, die Eingeladenen vor Ort zu kontaktieren, wenn bis dahin kein Kontakt zustande gekommen oder keine Entscheidung zur Studienteilnahme erfolgt war. Dabei informierte das Studienpersonal über die Studie, hinterließ Informationsmaterial (falls erforderlich auch für weitere beteiligte Personen, wie gesetzliche Vertretungen oder Pflegeheimleitungen), half beim Ausfüllen des Fragebogens oder bot ein persönliches Interview im Hausbesuch an. Insgesamt vier Forschungsassistentinnen und -assistenten besuchten dabei jeweils eine PSU pro Woche, in der darauffolgenden Woche besuchten vier andere Forschungsassistentinnen und -assistenten die nächsten vier PSUs. Insgesamt dauerte es neun Monate, um die Basisbefragung mit dem Besuch aller 32 Routen abzuschließen. Die Hausbesuche wurden im Voraus postalisch angekündigt und enthielten Fotos aller Forschungsassistentinnen und -assistenten (darunter 50 % Frauen; Altersspanne: 41 – 67 Jahre; Durchschnittsalter 54,7

Jahre). Zur Identifizierung verwendeten die Forschungsassistentinnen und -assistenten einen offiziellen RKI-Mitarbeitendenausweis. Aufgrund des erneuten Anstiegs der COVID-19-Inzidenz im November 2021 wurden die Hausbesuche zur Teilnehmendengewinnung nach Route 18 eingestellt. Stattdessen erhielten die Eingeladenen ab Route 19 ein zweites Erinnerungsschreiben mit einem zweiten Papierfragebogen und einem frankierten Rückumschlag. Da es sich bis zu diesem Zeitpunkt gezeigt hatte, dass Frauen im Alter ab 80 Jahren besonders schwer erreichbar waren, wurde dieser Gruppe ab Route 19 mit dem zweiten Erinnerungsschreiben ein weiterer Teilnahmeanreiz (ein Warengutschein im Wert von 5 oder 10 oder 20 €) zugeschickt.

Laut Studienprotokoll war die assistierte oder stellvertretende Teilnahme erlaubt, d. h. die Studienteilnehmenden

Gesundheit 65+ leistet einen Beitrag zu einer evidenzbasierten Politikberatung und Public Health Forschung in einer Gesellschaft des demografischen Wandels.

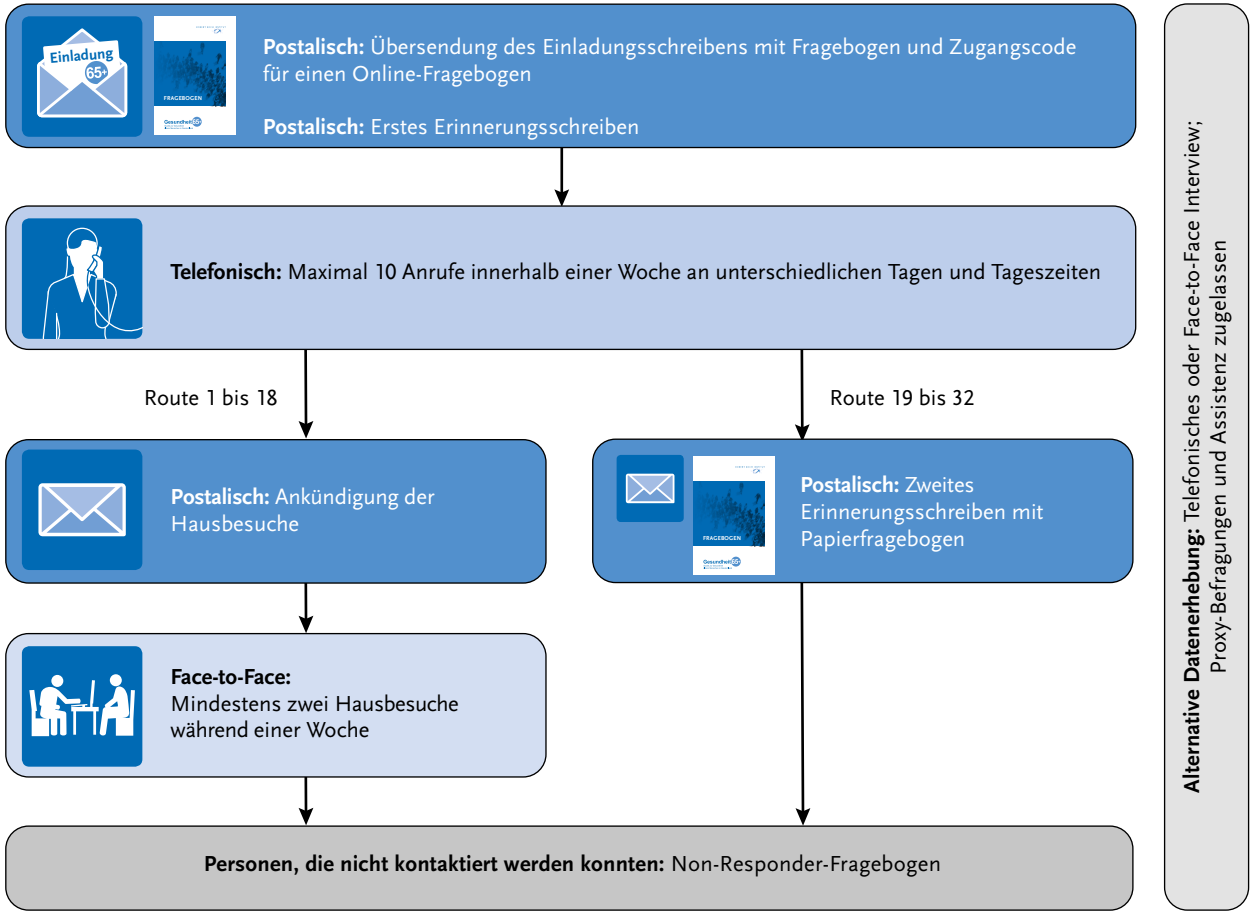


Abbildung 3
Sequentielles Kontaktierungsdesign zur Basisbefragung der Studie Gesundheit 65+
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

konnten sich bei der Beantwortung des Fragebogens/Interviews durch andere Personen wie Familienangehörige oder Freunde helfen lassen. Wenn die Teilnehmenden aufgrund von körperlichen oder kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage waren, selbst an der Studie teilzunehmen, konnten sie selbst oder ihre gesetzliche Vertretung andere Personen mit der Beantwortung des Fragebogens/Interviews beauftragen (sog. Proxy-Befragung).

Wenn die eingeladenen Personen oder andere Personen Fragen zur Studie hatten, konnten sie sich von Montag bis Freitag zwischen 9 und 12 Uhr und 14 und 17 Uhr an die gebührenfreie Servicenummer der Studie wenden oder außerhalb dieser Zeiten ihre Anliegen auf einem Anrufbeantworter hinterlassen, ihre Fragen per E-Mail schicken oder zusätzliche Informationen auf der Studienwebsite finden. Eingeladene Personen, die nicht teilnehmen wollten, konnten dies schriftlich, per E-Mail, telefonisch oder während des Hausbesuchs mitteilen.

Personen, die die Teilnahme ablehnten oder während der Feldzeit nie erreicht wurden, wurden zum Zeitpunkt der Ablehnung persönlich oder etwa sieben Wochen nach der Einladung postalisch gebeten, einen kurzen Non-Responder-Fragebogen zu beantworten. In diesem Fragebogen wurden wesentliche soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale erhoben, um Ausfallanalysen (sog. Non-Response-Analysen) zur Selektionsverzerrung durch Nichtteilnahme zu ermöglichen. Neben der Rücksendung des ausgefüllten Non-Responder-Fragebogens in einem frankierten Rückumschlag konnte diese Kurzbefragung auf Wunsch auch als telefonisches oder persönliches Interview während des Hausbesuches erfolgen.

Öffentlichkeitsarbeit

Um den Bekanntheitsgrad der Studie Gesundheit 65+ zu erhöhen, wurden ein selbsterklärender Studienname gewählt und ein Logo entwickelt, welches auf allen Print- und Online-Materialien verwendet wurde. Der Studienstart wurde mit einer bundesweiten Pressemitteilung in enger Zusammenarbeit mit der RKI-Pressestelle angekündigt. Darüber hinaus wurden in jeder der 128 PSUs die Bürgermeisterinnen und -meister bzw. der Gemeinderat sowie die lokale Presse etwa zwei Wochen vor dem Einladungsversand über die Studie informiert. Neben der Bekanntmachung war das Ziel dieser lokalen und regionalen Öffentlichkeitsarbeit, Vertrauen für eine Studienteilnahme zu schaffen.

Eine ausführliche deutschsprachige Studienwebsite (www.rki.de/gesundheit65plus) informiert Eingeladene, Teilnehmende und Interessierte über die Ziele der Studie und gibt detaillierte Informationen über den genauen Ablauf, die Teilnahme, den Datenschutz und die Studienergebnisse.

Wiederkontaktierung zu den Nachbefragungen und Untersuchung

Für die Nachbefragungen kamen alle Teilnehmenden der Basisbefragung in Frage, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Wiedereinladung ihre Einwilligung für einen erneuten Kontakt nicht zurückgezogen hatten und nicht verstorben waren (z. B. nach Information von Angehörigen). Somit wurden auch Personen, die an einzelnen Nachbefragungen nicht teilgenommen und eine weitere Studienteilnahme nicht komplett abgelehnt hatten, erneut zur nächsten Nachbefragung eingeladen. Für Personen, die eine Einwilligung zur Adressrecherche bei den Einwohnermeldeämtern im

Rahmen der Wiederkontaktierung erteilt hatten und bei denen das Einladungsschreiben einer Nachbefragung als unzustellbar zurückkam oder die während der gesamten Wiederkontaktierung nicht erreicht wurden, wurde eine Recherche zur Person bei den Einwohnermeldeämtern durchgeführt. Die dadurch bekannt gewordenen Adressänderungen oder Sterbefälle wurden für die weitere Wiederkontaktierung berücksichtigt.

Hinsichtlich der Reihenfolge der Einladungen wurde dieselbe routenweise Feldarbeitsstrategie wie bei der Basisbefragung angewandt. Die Einladungen zu den jeweiligen Nachbefragungen erfolgten postalisch und enthielten ein personalisiertes Einladungsschreiben (inkl. Link und personalisiertem Passwort zu einem Online-Fragebogen sowie dem Angebot für ein Telefoninterview), einen Papierfragebogen und als Teilnahmeanreiz eine kleine Aufmerksamkeit (z. B. einen Kugelschreiber oder vier Lesezeichen). Diejenigen, die zwei bis drei Wochen nach der Einladung nicht geantwortet hatten, wurden zunächst telefonisch kontaktiert und erhielten im Anschluss dieser Werbungsphase ein Erinnerungsschreiben, falls kein Kontakt oder keine Entscheidung zur Teilnahme zustande gekommen waren. Eingeladene Personen, die nicht teilnehmen wollten, konnten dies schriftlich, per E-Mail oder telefonisch mitteilen. Im Falle einer telefonischen Absage wurden die Personen gebeten, die Gründe für ihre Nichtteilnahme anzugeben. Personen, die ihre Nichtteilnahme schriftlich erklärten, und Personen, die während der Wiederkontaktierung nicht erreicht wurden, erhielten ein Schreiben, in dem sie gebeten wurden, die Gründe für ihre Nichtteilnahme anhand einer Auswahlliste anzugeben und mittels frankiertem Rückumschlag zurückzusenden.

Dieses Vorgehen war für alle Nachbefragungen gleich. Im Rahmen der Einladung zur dritten Nachbefragung wurden die Teilnehmenden zusätzlich zu einer kurzen Gesundheitsuntersuchung während eines Hausbesuchs eingeladen. Eine zusätzliche Broschüre informierte hierzu umfänglich in Text und Bild über den Inhalt und Ablauf der Untersuchung sowie den Datenschutz. Um Effekte durch Selbstselektion für eine Untersuchungsteilnahme etwas auszugleichen, wurde ab Route 24 nur noch eine reduzierte Anzahl von Männern ab 80 Jahren per Zufall für eine Untersuchung eingeladen. Diese Personengruppe konnte bis zu diesem Zeitpunkt besser als Frauen für eine Untersuchung erreicht werden und war aufgrund des geschichteten Ziehungsvorgehens überproportional im Vergleich zu jüngeren Männern in der Stichprobe vertreten.

2.3 Erhebungsmethoden, -inhalte und Datenverknüpfungen

Befragungsinhalte

Um die Teilnahmebarrieren für sehr alte oder funktionell eingeschränkte Personen zu senken, sollte der Teilnahmeaufwand so gering wie möglich sein. Um beispielsweise Barrieren aufgrund von Seheinschränkungen entgegenzuwirken, wurden Dokumente in Großdruck erstellt. Zusätzlich wurden verschiedene Teilnahmeoptionen angeboten, d. h. die Teilnehmenden konnten sich jederzeit von einer anderen Person unterstützen lassen und eine Proxy-Befragung war zulässig. Die Datenerhebung erfolgte in einem Mixed-Mode-Design mit einem Papier- bzw. Online-Fragebogen oder als Interview. Durch die künftige Verknüpfung mit externen Datenquellen (z. B. mit ambulanten Abrechnungsdaten der

gesetzlichen Krankenversicherten) war es möglich, die Befragungsinhalte auf Gesundheitsindikatoren zu konzentrieren, die zwingend Selbstauskünfte erfordern. Soweit möglich, wurden Fragen und Instrumente aus anderen, aktuell vom RKI durchgeführten Studien ausgewählt, um Vergleichsanalysen durchzuführen.

Die Basisbefragung beinhaltete zentrale für ältere und hochaltrige Menschen gesundheitlich relevante Themenbereiche (z. B. körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit, Mobilität, Stürze, Pflegebedarf und Hilfe bei basalen oder instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens), war aber nicht darauf beschränkt. Die Auswahl der Indikatoren basierte auf zuvor konsentierten Gesundheitsindikatoren für die Bevölkerung ab 65 Jahren in Deutschland [22]. Die Befragung deckte damit die wichtigsten Gesundheitsthemen ab: subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, körperlicher und psychischer Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten sowie soziale und umweltbedingte Determinanten der Gesundheit. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf den direkten und indirekten gesundheitlichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Die Nachbefragungen enthielten ausgewählte Fragen aus der Basisbefragung, um Veränderungen der körperlichen und psychischen Gesundheit (z. B. subjektive Gesundheit, Stürze, depressive Symptome), Gesundheitsverhalten sowie soziale und psychologische Determinanten der körperlichen und psychischen Gesundheit (z. B. soziale Unterstützung und Einsamkeit) zu erfassen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Inhalte der Befragungen.

Tabelle 1
Überblick über Inhalt der Basis-, Nach- und Non-Responder-Befragungen
Quelle: Gesundheit 65+

Konstrukt, Messinstrument	Instrument (Quelle)	Befragungszeitpunkt	Non-Responder-Befragung
Gesundheitsstatus			
Subjektive Gesundheit	MEHM [35, 36]	T0–T3	x
Veränderung der subjektiven Gesundheit	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T1–T3	
Chronische Erkrankungen	MEHM [35, 36]	T0	x
Liste altersrelevanter chronischer Erkrankungen oder Beschwerden (in den letzten 12 Monaten)	gemäß EHIS [37]	T0, T3[a]	
Krebs (lebenszeitbezogen) und Krebstherapie (in den letzten 12 Monaten)	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Sonstige chronische Erkrankungen mit aktueller Behandlung oder Beeinträchtigung des täglichen Lebens	Freitextinformation (Eigenkonstruktion)	T0, T3	
Schmerzintensität (in den letzten 4 Wochen), Dauer	SF-36 Health Survey [38], Deutscher Schmerzfragebogen [39]	T0, T3	
Appetit und Appetitlosigkeit (in den letzten 12 Monaten)	angelehnt an Health ABC study [40, 41]	T0, T3	
(Un)beabsichtigter Gewichtsverlust (in den letzten 12 Monaten)	angelehnt an Fried et al. [42]	T0, T3	

T0 = Basisbefragung, T1 = erste Nachbefragung 4 Monate nach T0, T2 = zweite Nachbefragung 8 Monate nach T0, T3 = dritte Nachbefragung 12 Monate nach T0, EHIS = European Health Interview Survey, Health ABC study = Health, Aging, and Body Composition Study, MEHM = Minimum European Health Module, SF-36 = 36-item Short-Form-Health Survey, [a] beinhaltet Krebs

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 1 *Fortsetzung*
Überblick über Inhalt der Basis-, Nach- und Non-Responder-Befragungen
Quelle: Gesundheit 65+

Konstrukt, Messinstrument	Instrument (Quelle)	Befragungs-zeitpunkt	Non-Responder-Befragung
COVID-19 bezogene Fragen			
Infektion	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0–T3[b]	x
Behandlung	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0–T3[b]	
Impfung, Impfmotivation	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0–T3[b]	x (nur Impfung)
Einhaltung von Eindämmungsmaßnahmen	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Fehlende Unterstützung im Zusammenhang mit der persönlichen Pflege oder Aktivitäten im Haushalt	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Belastungen in der Pandemie	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T2	
Funktionelle Beeinträchtigungen			
Schwierigkeiten beim Sehen	gemäß EHIS [37]	T0	
Schwierigkeiten beim Hören	gemäß EHIS [37]	T0	
Schwierigkeiten bei der Mobilität (Gehen, Treppensteigen)	gemäß EHIS [37]	T0–T3	x (nur Laufen)
Schwierigkeiten beim Beißen und Kauen	gemäß EHIS [37]	T0, T3	
Stürze (in den letzten 12 Monaten)	angelehnt an PROFANE [43]	T0–T3	
Subjektive Gedächtnisverschlechterung	gemäß AgeCoDe-Study [44]	T0–T3	x
Schwindel oder Benommenheit (in den letzten 12 Monaten)	angelehnt an NHANES [45]	T0	
Harninkontinenz (in den letzten 12 Monaten)	gemäß EHIS [37]	T0	
Stuhlinkontinenz (in den letzten 4 Wochen)	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Kurzatmigkeit	MRC Breathlessness Scale [46, 47]	T0	
Aktivitätseinschränkungen	MEHM [35, 36]	T0	x
Schwierigkeiten bei Aktivitäten im Zusammenhang mit der Körperpflege: basale Aktivitäten des täglichen Lebens, ADL	angelehnt an Katz et al. [48]; gemäß EHIS [37]	T0–T3	
Schwierigkeiten bei Aktivitäten im Haushalt: instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL	angelehnt an Lawton and Brody [49]; gemäß EHIS [37]	T0–T3	
Offiziell anerkannte Behinderung	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Pflegegrad	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0, T2, T3	x
Gesundheitsversorgung			
Art der Krankenversicherung	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Krankenhauseinweisungen (in den letzten 12 Monaten)	gemäß EHIS [37]	T0–T3	
Inanspruchnahme Notaufnahme (in den letzten 12 Monaten)	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	x
Prozessqualität in der ambulanten Versorgung	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Inanspruchnahme Grippeimpfung (letztes Mal)	gemäß EHIS [37]	T0	
Anzahl der verschriebenen Medikamente	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0, T3	x
Liste von Hilfsmittelnutzung	angelehnt an NRW80+ [50]	T0	

T0 = Basisbefragung, T1 = erste Nachbefragung 4 Monate nach T0, T2 = zweite Nachbefragung 8 Monate nach T0, T3 = dritte Nachbefragung 12 Monate nach T0, ADL = Activities of Daily Living, AgeCoDe-Study = Ageing, EHIS = European Health Interview Survey, IADL = Instrumental Activities of Daily Living, MEHM = Minimum European Health Module, MRC = Medical Research Council, NHANES = National Health and Nutrition Examination Survey, NRW80+ = Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW, Repräsentativbefragung NRW80, PROFANE = Prevention of Falls Network Europe, [b] einige Unterschiede im Wortlaut

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 1 *Fortsetzung*
Überblick über Inhalt der Basis-, Nach- und Non-Responder-Befragungen
Quelle: Gesundheit 65+

Konstrukt, Messinstrument	Instrument (Quelle)	Befragungs-zeitpunkt	Non-Responder-Befragung
Gesundheitsversorgung			
Verwendung von tragbaren elektronischen Geräten zur Aufzeichnung von Gesundheitsdaten (z. B. Smartwatch, Fitness-Tracker)	angelehnt an Bitkom [51]	T0	
Psychologische Konstrukte			
Depressive Symptome (in den letzten 2 Wochen)	PHQ-2 [52]	T0–T3	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität: eine Frage zur Energie (in den letzten 4 Wochen)	SF-12 [53, 54]	T0, T3	
Lebensqualität: zwei Fragen zur Autonomie und zur Zufriedenheit mit der sozialen Teilhabe	WHOQOL-OLD [55]	T0–T3	
Aktuelle Lebenszufriedenheit	angelehnt an SOEP [56]	T0–T3	
Einsamkeit	angelehnt an R-UCLA [57], gemäß SHARE [58]	T0–T3	
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung	GSE-3 [59, 60]	T0	
Gesundheitskompetenz – Gesundheitsversorgung: zwei Fragen zur Einschätzung und zum Verständnis von Informationen	HLS-EU [61]	T0	
Gesundheitsverhalten			
Gesundheitsbewusstsein: Einzelfrage	HSC [62]	T0	x
Körperliche und sportliche Aktivität (in den letzten 3 Monaten)	gemäß DEGS1 [63]	T0–T3	
Aktueller Raucherstatus	gemäß DEGS1 [64]	T0	
Obst- und Gemüsekonsum	gemäß EHIS [37]	T0	
Alkoholkonsum (in den letzten 12 Monaten, in den letzten 7 Tagen)	gemäß EHIS [37] und SHARE [58]	T0	
Body-Mass-Index nach Selbstangabe der Körpergröße in cm und des Körpergewichts in kg	gemäß EHIS [37]	T0, T3	
Soziales Umfeld			
Soziale Unterstützung	OSS-3 [65]	T0–T3	
Teilnahme: Aktivitätenliste	angelehnt an NHATS [66]	T0–T3	
Informelle Pflege und Belastung durch die Pflege	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0–T3	x (nur informelle Pflege)
Häufigkeit des Verlassens des Hauses (im letzten Monat)	angelehnt an NHATS [67]	T0–T3	
Unterstützung bei Aktivitäten im Zusammenhang mit der persönlichen Pflege: basale Aktivitäten des täglichen Lebens, ADL	gemäß EHIS [37]	T0–T3	
Unterstützung bei Aktivitäten im Haushalt: instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL	gemäß EHIS [37]	T0–T3	

T0 = Basisbefragung, T1 = erste Nachbefragung 4 Monate nach T0, T2 = zweite Nachbefragung 8 Monate nach T0, T3 = dritte Nachbefragung 12 Monate nach T0, ADL = Activities of Daily Living, DEGS1 = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008–2011), EHIS = European Health Interview Survey, GSE-3 = General Self-Efficacy Short Scale-3, HLS-EU = European Health Literacy Survey Questionnaire, HSC = Health Consciousness Scale, IADL = Instrumental Activities of Daily Living, NHATS = National Health and Aging Trends Study, OSS-3 = Oslo-3 Social Support Scale, PHQ-2 = 2-item Patient Health Questionnaire, R-UCLA = Revised UCLA Loneliness Scale, SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SF-12 = 12-item Short-Form-Health Survey, SOEP = Socio-Economic Panel, WHOQOL-OLD = World Health Organization Quality Of Life – Older Adults Module

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 1 *Fortsetzung*
Überblick über Inhalt der Basis-, Nach- und Non-Responder-Befragungen
Quelle: Gesundheit 65+

Konstrukt, Messinstrument	Instrument (Quelle)	Befragungs-zeitpunkt	Non-Responder-Befragung
Soziodemografische Daten			
Geburtsmonat und -jahr, Geschlecht	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion) und Registerdaten	T0–T3	x
Familienstand	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion) und Registerdaten	T0–T3	
Partnerschaft	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0–T3	x
Haushaltsgröße	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Art der Wohnung	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0, T3	
Schul- und Berufsbildung	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	x (nur Schulbildung)
Geburtsland	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion) und Registerdaten	T0	
Haushaltsnettoeinkommen	Geschlossene Frage (Eigenkonstruktion)	T0	
Subjektive finanzielle Engpässe (Unfähigkeit, über die Runden zu kommen)	gemäß EU-SILC [68, 69]	T0, T3	

T0 = Basisbefragung, T1 = erste Nachbefragung 4 Monate nach T0, T2 = zweite Nachbefragung 8 Monate nach T0, T3 = dritte Nachbefragung 12 Monate nach T0, EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions

Untersuchungsinhalte

Parallel zur letzten Nachbefragung wurden die Studienteilnehmenden zu einer Untersuchung im Hausbesuch eingeladen, die durchschnittlich etwa 1,5 Stunden dauerte. Eine Untersuchung im Hausbesuch ermöglichte auch Personen mit eingeschränkter Mobilität eine Teilnahme ohne großen Aufwand. Die verwendeten standardisierten Untersuchungen und Tests wurden bereits in früheren Studien erprobt [16, 18]. Abbildung 4 gibt einen Überblick über den Ablauf des Hausbesuchs; Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verwendeten Instrumente. Nach Abschluss der Untersuchung erhielten die Teilnehmenden eine schriftliche Rückmeldung über ihre Testergebnisse und ein kleines Geschenk (Materialwert ca. 5 €).

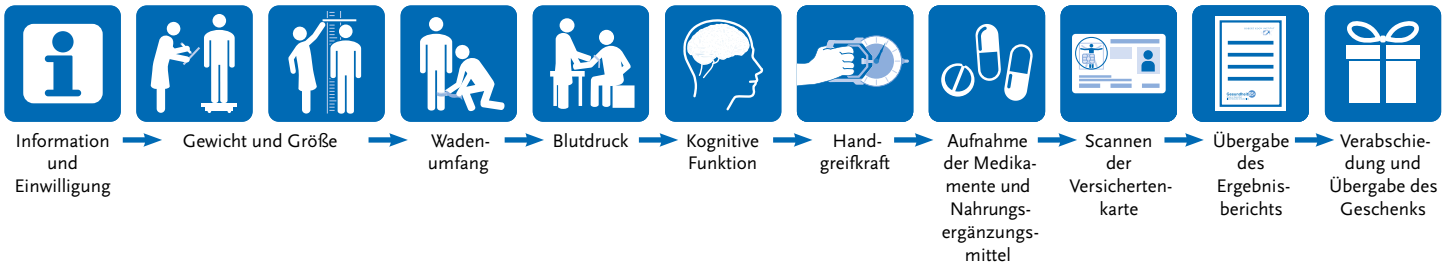


Abbildung 4
Ablauf der Messungen, Tests und Datenerfassung in der Studie Gesundheit 65+
Quelle: Gesundheit 65+, eigene Darstellung

Tabelle 2
Überblick über Komponenten der Untersuchung im Hausbesuch (Erhebungszeitpunkt: 12 Monate nach der Basisbefragung
Quelle: Gesundheit 65+

Komponente	Gerät	Messung/Test
Anthropometrische Messungen		
Körpergröße	tragbares Stadiometer Seca 213	Größe in cm, Messgenauigkeit: 0,1 cm
Körpergewicht	Personal scale Seca 208	Gewicht in kg, Messgenauigkeit: 0,1 kg
Wadenumfang	Ergonomisches Umfangsmessband (Medizinprodukt), Seca 201	Circumference in cm on left calf Messgenauigkeit: 0,1 cm
Herz-/Kreislauffunktionsmessungen		
Ruheblutdruck	Mobil-O-Graph®, IEM GmbH	Standardisiertes Messprotokoll, drei automatisierte Messungen in sitzender Position nach einer Ruhephase
Körperliche Funktionsfähigkeit		
Isometrische Greifkraftmessung	Smedley dynamometer, Scandidact, Denmark, 100 kg	Maximale Greifkraft, die in vier Messungen abwechselnd rechts und links erreicht wird, Messgenauigkeit: 0,5 kg
Kognitive Funktionsfähigkeit		
Exekutive Funktion	Letter Digit Substitution Test [70]	Messung der Anzahl der innerhalb von 60 s korrekt übertragenen Ziffern
Verbales episodisches Gedächtnis	Deutsche Fassung der Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, CERAD-Wortliste [71]	Messung der Anzahl der korrekt abgerufenen Wörter pro Versuch (Versuch 1–3 unmittelbar, Versuch 4 verzögert)
Anwendung von Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln		
Aktuelle Medikamenteneinnahme (in den letzten 7 Tagen)	„Arzneimittel-Erfassungs-Datenbank", AmEDa	Erfassung der Medikation vor Ort mittels computergestützter persönlicher Befragung und automatischer Barcodeerfassung
Daten der gesetzlichen Krankenversicherung		
Persönliche Nummer der elektronischen Gesundheitskarte	Kartenlesegerät für elektronische Gesundheitskarten; Software zur asymmetrischen Verschlüsselung der persönlichen Krankenversicherungsnummer	Verknüpfung mit externen ambulanten Abrechnungsdaten und Arzneimittelverordnungen bis zu vier Jahre vor der Untersuchung

Verknüpfung mit externen Datenquellen

Auf Grundlage der schriftlichen Einwilligung der Teilnehmenden oder ihrer gesetzlichen Vertretung ist eine Verknüpfung der in der Studie Gesundheit 65+ erhobenen Primärdaten mit gesundheitsbezogenen Daten aus verschiedenen anderen Quellen möglich. Zu den Daten aus externen Quellen gehören:

(1) Informationen zum Vitalstatus, die über die Einwohnermeldeämter über einen Zeitraum von maximal 20 Jahren erhoben werden, um Muster und Determinanten der Gesamtmortalität zu analysieren,
(2) Informationen zu sozialen und baulichen Merkmalen des Wohnumfelds, die durch Geokodierung der Wohnadressen der Teilnehmenden erhoben werden, um Analysen sozialer und umweltbedingter Gesundheitsdeterminanten zu ermöglichen, z. B. soziale

Benachteiligung im Wohnumfeld, Infrastruktur des Gesundheitswesens wie die Entfernung zum nächsten Krankenhaus, Lärmbelastung und Luftverschmutzung und

(3) ambulante Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch eine unabhängige Vertrauensstelle verknüpft werden, um die selbstberichteten Gesundheitsdaten in Verbindung mit dokumentierten medizinischen Diagnosen und erbrachten ambulanten Gesundheitsleistungen in Kooperation mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zu analysieren.

Non-Responder-Befragung

Eine Non-Responder-Analyse ist für Gesundheit 65+ wichtig, um die Selektionsverzerrungen durch Nichtteilnahme zu bewerten. Daher wurde allen Nicht-Teilnehmenden ein kurzer Non-Responder-Fragebogen oder ein Interview angeboten. Eine Proxy-Befragung war möglich, sofern die eingeladene Person oder ihre gesetzliche Vertretung eine Einwilligung erteilten.

Der Non-Responder-Befragung enthielt ausgewählte Fragen aus der Basisbefragung, wie in Tabelle 1 angegeben. Darüber hinaus wurden die Gründe für die Nichtteilnahme anhand einer Checkliste erfasst.

2.4 Datenaufbereitung und erwartete Ergebnisse

Qualitätssicherung

Für die Studie Gesundheit 65+ wurde ein Konzept für die Qualitätssicherung (QS) entwickelt. Das QS-Konzept beinhaltete und definierte folgende Punkte: Ernennung von themenbezogenen Qualitätssicherungsbeauftragten (QSB), Verantwortlichkeiten für verschiedene Prozesse, Kommunikationsstrukturen innerhalb und außerhalb des Projekts, Maßnahmen wie Schulungen, Standardarbeitsanweisungen (SOPs), Checklisten, Vor-Ort-Besuche (sog. Site Visits), Dokumentation von Maßnahmen sowie die Evaluation ihrer Wirksamkeit. Alle Maßnahmen wurden von einem am RKI eingerichteten studienunabhängigen QS-Team betreut.

Die SOPs wurden für alle Schritte der Datenerhebung erstellt, einschließlich Checklisten für standardisierte Interviews und Untersuchungen. Das Studienpersonal wurde jeweils vor Beginn der Basisbefragung und der Untersuchung in mehrwöchigen, supervidierten Schulungsphasen auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Vor Beginn der ersten und zweiten Nachbefragung wurden einzelne Schulungstage angesetzt, um die Besonderheiten der Kontaktierung (z. B. veränderte Reihenfolge der Kontaktierungsmodi, siehe Abschnitt Wiederkontaktierung zu den Nachbefragungen und Untersuchung) und Inhalte der Datenerhebung (Tabelle 1) zu vermitteln. Die Einhaltung der Standardisierung bei Befragung und Untersuchung wurde im Vorfeld der Datenerhebung und bei den Site Visits anhand von SOPs/Checklisten überprüft. Bei Bedarf wurden zusätzliche Einzelschulungen durchgeführt. Darüber hinaus wurden die Prozessdaten (z. B. zu Anzahl und Modus der Kontaktversuche je Befragungszeitpunkt) kontinuierlich analysiert und Abweichungen nach vorgegebenen Regeln nachgeschult.

Alle Befragungen und die Untersuchung begannen mit einer Einarbeitungsphase, d. h. alle Verfahren wurden auf den ersten beiden Routen der acht zusätzlichen PSUs der Run-in-Phase getestet und konnten bei Bedarf angepasst werden.

Datenmanagementplan

Das Datenmanagement wurde parallel zur Datenerhebung durchgeführt. Das Mixed-Mode-Design der Datenerhebung erforderte verschiedene Vorgehen für das Datenmanagement, die bereits in früheren RKI-Studien eingesetzt wurden und den Umgang mit Originaldaten, Rohdaten, Datenkorrektur und schließlich die Bereitstellung von Analysedatensätzen umfassen. QS-Maßnahmen wurden in jeden Schritt der Datenaufbereitung und der Personalschulung implementiert.

Die Papierfragebögen wurden eingescannt, gespeichert, digital archiviert und von geschulten RKI-Mitarbeitenden überprüft. Die Qualität der Dateneingabe wurde bei 10 % der Papierfragebögen per Zweiteingabe überprüft. Bei dem computergestützten Online-Fragebogen, bei dem computergestützten persönlichen Interview, der Medikamentenerfassung im Hausbesuch und bei dem computergestützten telefonischen Interview wurden die Daten direkt in eine Software eingegeben, in die Plausibilitätskontrollen durch Setzen gültiger Bereiche und durch logische Auslassungen gemäß Filterfragen integriert waren. Weitere Interviews im Hausbesuch während der Basisbefragung oder der dritten Nachbefragung erfolgten papiergebunden und wurden anschließend, wie beschrieben, elektronisch erfasst. Die Untersuchungsdaten wurden computergestützt oder elektronisch über die spezifischen Messgeräte (z. B. Blutdruck) erfasst.

Alle diese Rohdatensätze wurden zu einem Prüfdatensatz zusammengefasst. Dieser wurde anschließend syntaxbasiert bearbeitet, um einen Forschungsdatensatz zu erhalten. Alle Änderungen an den Datensätzen wurden doppelt geprüft, dokumentiert und können bei Bedarf korrigiert werden. Die Rohdaten enthalten nur Korrekturen von Erfassungsfehlern und werden getrennt vom fertig aufbereiteten Datensatz aufbewahrt. Um ein einheitliches Vorgehen bei der Datenprüfung und -korrektur zu gewährleisten, wurden für die Arbeitsabläufe im Datenmanagement und in der QS allgemeine und zusätzliche studienspezifische SOPs verwendet. Die QS umfasste darüber hinaus die Prüfung auf Vollständigkeit der Daten auf Individualebene, Extremwerte, fehlende Werte, Einhaltung von Filterfragen etc. sowie auf Konsistenz und Plausibilität, Genauigkeit und inhaltliche Richtigkeit. Freitextinformationen wurden kodiert; aggregierte Variablen wurden erstellt. Der Forschungsdatensatz umfasst alle freigegebenen Variablen, die die Datenschutzprüfung durch das QS-Studienmanagement bestanden haben. Diese Daten sind mit ergänzenden imputierten Variablen, Gewichtungsvariablen und einer ausführlichen Datendokumentation (Datenbeschreibung, Manualen etc.) versehen.

Statistische Analysen

Auf Grundlage methodischer und gesundheitspolitischer Prioritäten wurde ein schrittweiser statistischer Analyseplan der Daten entwickelt. Dieser umfasst die Querschnittsanalyse von Gesundheitsdaten, die während der Basisbefragung erhoben wurden, mit besonderem Schwerpunkt auf zuvor konsentierte Gesundheitsindikatoren für ältere Menschen in Deutschland [22], Längsschnittanalysen zu intraindividuellen Veränderungen des Gesundheitszustands, des Wohlbefindens und der Gesundheitsdeterminanten und Analysen der Untersuchungsdaten.

Zur Umsetzung der statistischen Analysen wurde ein Gewichtungsfaktor berechnet, um die Studienergebnisse

um Abweichungen der Studienpopulation von der Grundgesamtheit der Menschen im Alter von 65 Jahren und älter in Deutschland zum 31. Dezember 2020 hinsichtlich Geschlecht, Alter, Region und Gemeindegröße gemäß der BIK-10-Regionalklassifikation für Deutschland [21] zu korrigieren. Darüber hinaus wurden in dem Gewichtungsfaktor Abweichungen im Bildungsniveau nach International Standard Classification of Education ISCED 2011 im Vergleich zu den für die deutsche Wohnbevölkerung repräsentativen Daten auf Basis des Mikrozensus 2018 [23] berücksichtigt. Für die Nachbefragungen und die Untersuchung wird dieser Gewichtungsfaktor mit dem Kehrwert der geschätzten Wiederteilnahmewahrscheinlichkeit multipliziert, wobei geeignete Regressionsmethoden und Prädiktoren verwendet werden, um den Ausfall bei der Wiederteilnahme zu berücksichtigen. Bei der Auswertung der Ergebnisse werden sowohl deskriptive Statistiken als auch multivariable logistische und andere Regressionsanalysen für komplexe Erhebungsstichproben eingesetzt.

3. Diskussion

Die Studie Gesundheit 65+ ist die erste bundesweite bevölkerungsbasierte Gesundheitsstudie älterer Erwachsener in Deutschland, die speziell auf die Einbeziehung älterer und sehr alter Menschen sowie von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ausgerichtet ist. Die Einbeziehung älterer Menschen in die laufende nationale Gesundheitsberichterstattung ist für eine evidenzbasierte gesundheitspolitische Planung sowie für die Umsetzung und Bewertung nationaler Gesundheitsziele von entscheidender Bedeutung, aber auch eine Herausforderung [24]. In Gesundheit 65+ wurde ein zuvor entwickeltes und erprobtes Mixed-Mode-Design der Kontaktierung und Datenerhebung angewendet [17, 22, 25]. Ziel war es, die Teilnahmebarrieren für ältere und beeinträchtigte Menschen zu senken, die in Gesundheitserhebungen häufig ausgeschlossen oder unterrepräsentiert sind [17, 26, 27]. Menschen im Alter von 65 Jahren und älter sind heterogen in Bezug auf den Gesundheits- und Funktionsstatus, das Gesundheitsverhalten, die Bewältigung von Multimorbidität, soziale Unterstützung und Teilhabe sowie den medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf. Verlässliche und belastbare Daten zur Gesundheit älterer Menschen können nur gewonnen werden, wenn die älteren Menschen ab 65 Jahren Angaben zu ihrer Gesundheit, ihrer Lebenssituation und ihren Bedürfnissen machen [z. B. 28].

Mit Gesundheit 65+ wurden bevölkerungsrepräsentative Daten erhoben, die aus keiner anderen Datenquelle gewonnen werden können. Zusätzlich zu den querschnittlichen Informationen, die während der Basisbefragung und der Untersuchung im Hausbesuch zwölf Monate später erhoben wurden, ermöglichen die Nachbefragungen Längsschnittanalysen der intraindividuellen Variabilität des Gesundheitszustands, der Gesundheitsressourcen und des Wohlbefindens älterer Menschen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. In Kombination mit Informationen aus Routinedaten, amtlichen Gesundheitsstatistiken und Verknüpfungen mit anderen Datenquellen werden die Ergebnisse die gesundheitspolitische Forschungsplanung und -implementierung zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens älterer Menschen in Deutschland unterstützen und nicht zuletzt einen Beitrag zur zukünftigen Pandemievorsorge leisten.

3.1 Stärken und Limitationen

Gesundheit 65+ hat mehrere Stärken. Erstens wurde eine Zufallsstichprobe gezogen und das Studiendesign so angepasst, dass auch funktionell eingeschränkte ältere Menschen teilnehmen konnten. Um Teilnahmebarrieren und Selektionsverzerrungen so gering wie möglich zu halten, waren assistierte und Proxy-Befragungen möglich und es wurden nur einzelne Ausschlusskriterien angewandt, z. B. beim Vorliegen unzureichender Deutschkenntnisse. Personen mit gesetzlicher Vertretung oder in Pflegeheimen konnten prinzipiell an der Studie teilnehmen. Wie den in der gleichen Ausgabe des Journal of Health Monitoring dargestellten ersten Ergebnissen der Studie Gesundheit 65+ entnommen werden kann (siehe Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+), mussten nach diesem Vorgehen nur 307 Personen von einer Studienteilnahme ausgeschlossen werden und konnte eine für diese Altersgruppe gut zu bewertende Teilnahmerate von 30,9 % erzielt werden. Inwiefern durch das aufwendige Rekrutierungsvorgehen Stichprobenverzerrungen ausgeglichen werden konnten, Erhebungsdaten verschiedener Erhebungsmodi vergleichbar sind oder Verzerrungen in der Untersuchungsstichprobe aufgrund des eingeschränkten Angebots vorliegen, müssen zukünftige Analysen des methodischen Vorgehens aufzeigen. Zweitens wurde die Studie nach einem QS-Konzept und hoch standardisiert durchgeführt. Das Studienpersonal wurde umfassend geschult und während aller Schritte von der Teilnehmendengewinnung über die Datenerhebung bis hin zur Erstellung des Datensatzes kontinuierlich supervidiert.

Allerdings gab es bei der Durchführung dieser Studie auch einige Herausforderungen und Limitationen. Erstens wurde Gesundheit 65+, wie andere Gesundheitsforscherinnen und -forscher bereits beschrieben haben, durch die COVID-19-Pandemie beeinträchtigt und herausgefordert [29]. Der ursprünglich für März 2020 geplante Beginn der Feldarbeit musste aufgrund der ersten umfangreichen Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland ausgesetzt werden. Die Befragungsinhalte mussten bei Wiederaufnahme der Studie an die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie angepasst werden, indem Fragen zur Infektion und Impfung sowie zu den indirekten Auswirkungen der Pandemie auf Wohlbefinden, Gesundheitszustand und Gesundheitsressourcen aufgenommen wurden. Diese Herausforderung bot jedoch auch die Möglichkeit, bevölkerungsbezogene Daten über Veränderungen des Gesundheits- und Funktionsstatus, des Gesundheitsverhaltens und der sozialen Gesundheitsfaktoren während der Pandemie zu erfassen. In Zeiten von Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der Pandemie war es auch notwendig, das Studiendesign anzupassen, indem zunächst der Schwerpunkt auf Wiederholungsbefragungen gelegt und der Untersuchungsteil zeitlich nach hinten verschoben wurde. Die Feldarbeit begann im Juni 2021. Die Rekrutierung für die Basisbefragung erforderte persönliche Kontakte zu Personen, die Interviews im Hausbesuch bevorzugten, und zu Personen, die auf schriftliche Einladungen nicht reagierten und telefonisch nicht erreichbar waren. Dies ging einher mit hohen Anforderungen an das Hygienekonzept der Studie, was die Hausbesuche für das Studienpersonal deutlich anstrengender machte. Trotz des Hygienekonzepts war die Durchführbarkeit der Studie

(insbesondere der verschobenen Untersuchung) während des gesamten Studienzeitraums unsicher. So musste die Teilnehmendengewinnung im Hausbesuch im November 2021 für den verbleibenden Feldzeitraum der Basisbefragung abgebrochen werden, als sich die SARS-CoV-2 Omikron-Variante ausbreitete, die ein hohes Infektions- und schweres Krankheitsrisiko für ältere Personen darstellte. Inwiefern dies Auswirkungen auf die Teilnehmendengewinnung (z. B. auf die Zusammensetzung der Stichprobe) hatte, werden zukünftige Non-Response-Analysen aufzeigen müssen.

Zweitens ist das angewandte Studiendesign kostenintensiv. Die Durchführung von Hausbesuchen bei älteren Menschen in Deutschland über einen längeren Zeitraum erforderte ein umfangreiches Team von Studienassistentinnen und -assistenten mit einem hohen Maß an Engagement und Motivation. Hausbesuche sind unerlässlich, um älteren Menschen mit gesundheitlichen Problemen und Hilfebedarf die Teilnahme an Forschungsstudien zu ermöglichen. Sie erhöhen jedoch auch den Zeitaufwand für die Datenerhebung, da das Studienpersonal für die Untersuchungen zu den Wohnadressen der Teilnehmenden fahren und die Studienausrüstung auf- und abbauen muss. Nicht alle Teilnehmenden bevorzugen einen Hausbesuch im Vergleich zu einer Untersuchung in einem Studienzentrum. Eine Untersuchung in einem geeignet gelegenen Studienzentrum wäre daher eine wünschenswerte ergänzende Option, die in einer Nachfolgestudie angeboten werden könnte. Im Rahmen unserer Studie erwies sich die Anmietung eines geeigneten Studienzentrums in 128 verschiedenen Städten oder Gemeinden in Deutschland jedoch als zu aufwändig.

Drittens bleiben trotz aller Teilnahmemöglichkeiten der Studie schwersteingeschränkte Menschen, insbesondere diejenigen in Pflegeheimen, eine schwer zu erreichende Gruppe [30], da das Leitungs- und Pflegepersonal von Pflegeheimen und oft auch die gesetzliche Vertretung einbezogen werden müssen. Die COVID-19-Pandemie stellte zusätzliche Barrieren für die Einbeziehung älterer Menschen in Pflegeheimen auf. Externen Besucherinnen und Besuchern wurde selbst bei Nachweis einer COVID-19-Impfung oder eines negativen Schnelltests nur ein eingeschränkter Zugang gewährt. Derzeit werden in Deutschland etwa 16 % der Bevölkerung über 65 Jahre gepflegt, davon mehr als ein Viertel in Langzeitpflegeeinrichtungen [31]. Um ältere Menschen, die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, routinemäßig in die nationale Gesundheitsberichterstattung einzubeziehen, müssen künftige Studien geeignete Studiendesigns entwickeln, die auf die spezifischen Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern in Langzeitpflegeeinrichtungen zugeschnitten sind. Gleichzeitig müssen diese Studien parallel zu Studien über die Gesundheit älterer Menschen in Privathaushalten durchgeführt werden, um ein vollständiges Bild zu erhalten [28, 32].

Viertens hat die EU-Datenschutzgrundverordnung [33] die Datenschutzanforderungen für wissenschaftliche Studien erhöht. Dies kann in einigen Fällen zu einer größeren Verunsicherung der Eingeladenen führen, z. B. durch lange und detaillierte Datenschutzerklärungen. Aus diesem Grund wurde in einer umfassenden Studienbroschüre ein Passus zum Datenschutz in einfacher Sprache und die vollständige Datenschutzerklärung im Anschluss eingefügt. Es war nicht möglich, eine Datenschutzerklärung zu erstellen, die die Eingeladenen umfassend über den Datenschutz

informiert und gleichzeitig in einfacher Sprache verfasst ist, die auch von Menschen mit Lese- oder kognitiven Einschränkungen verstanden werden kann. Zukünftige Forschung oder nationale/internationale Forschungsgesellschaften werden aufzeigen müssen, wie dies verbessert werden kann.

Schließlich ist die Öffentlichkeitsarbeit für eine bundesweite Studie ein wichtiger Bestandteil, um Vertrauen zu schaffen und die Öffentlichkeit über die Studie zu informieren. Die Kontaktaufnahme mit Bürgermeisterinnen und -meistern sowie lokalen Medien war jedoch zeitaufwändig, da Ansprechpersonen in 128 verschiedenen Orten recherchiert und benachrichtigt werden mussten. Inwieweit es gelungen ist, das Vertrauen und die Teilnahmebereitschaft der Eingeladenen zu erhöhen, lässt sich nicht beurteilen. Hinzu kommt, dass das RKI als das nationale Public-Health-Institut in Deutschland bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie zu diesem Zeitpunkt stark im Fokus der Öffentlichkeit stand. Dies könnte sowohl zu einer höheren als auch zu einer niedrigeren Teilnahmebereitschaft der Eingeladenen geführt haben.

3.2 Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Studie Gesundheit 65+ einen umfassenden Datensatz zur Gesundheit und zum Wohlbefinden älterer Menschen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie liefert, der anderen interessierten Forscherinnen und Forschern auf Anfrage und im Rahmen einer Forschungskooperation (voraussichtlich Ende 2024) zur Verfügung stehen wird. Die Studienergebnisse werden den Akteurinnen und Akteuren des deutschen Gesundheitswesens, der wissenschaftlichen Gemeinschaft in Form von Konferenzbeiträgen und wissenschaftlichen Publikationen sowie der Öffentlichkeit über die Studienwebsite und den Teilnehmenden in einer anschaulichen Teilnehmendenbroschüre präsentiert. Um eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung und politische Beratung in alternden Bevölkerungen zu gewährleisten, ist es notwendig, ein nationales System zur Surveillance der Gesundheit für die Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter zu etablieren. Zu diesem Zweck wird derzeit am RKI ein Panel aufgebaut, in das die Datenerhebung der Menschen ab 65 Jahren ohne obere Altersgrenze, einschließlich der regelmäßigen Untersuchungssurveys in Deutschland, integriert werden soll. Darüber hinaus gibt es Bestrebungen, Surveillance-Systeme zur Gesundheit für ältere Menschen, die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, in Deutschland zu etablieren [34].

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

Zitierweise
Fuchs J, Gaertner B, Perlitz H, Kuttig T, Klingner A et al. (2023)
Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland
(Gesundheit 65+): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung.
J Health Monit 8(3): 66–90.
DOI 10.25646/11662

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

Datenschutz und Ethik

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

Datenverfügbarkeit

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Interessierten Forscherinnen und Forschern stehen die Datensätze auf Anfrage und im Rahmen einer Forschungskooperation (voraussichtlich Ende 2024) zur Verfügung.

Förderungshinweis

Die Studie Gesundheit 65+ wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: ZMVI1-2518FSB410), zusätzlich wurden Sachmittel aus dem Robert Koch-Institut im Rahmen des 9-Punkte-Plans 2b-31 (Untersuchungsmodul Gesundheit 65+) verwendet.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die Durchführung dieser Studie wäre ohne die Unterstützung unserer Kolleginnen und Kollegen am Robert Koch-Institut nicht möglich gewesen. Insbesondere danken wir dem Studienpersonal für die hervorragende Arbeit und das große Engagement während des gesamten Erhebungszeitraums. Wir bedanken uns für die umfassende Beratung und Unterstützung bei der Erstellung unseres Datenschutzkonzepts bei Hans Butschalowsky und unseres Qualitätssicherungskonzepts bei Isabell Hey. Nicht zuletzt möchten wir uns bei allen Studienteilnehmenden für ihre wiederholte Teilnahme, ihre Zeit und ihr Vertrauen in unsere Studie bedanken.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023) Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html (Stand: 10.08.2023)
2. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023) Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=3&step=3&titel=Ergebnis&levelid=1690032512738&acceptscookies=false#abreadcrumb (Stand: 22.07.2023)
3. Michel JP, Leonardi M, Martin M et al. (2021) WHO's report for the decade of healthy ageing 2021–30 sets the stage for globally comparable data on healthy ageing. Lancet Healthy Longev 2(3):e121–e122
4. World Health Organization (2015) World report on ageing and health. World Health Organization, Geneva
5. Kohl R, Schwinger A, Jurchott K et al. (2022) Mortality Among Hospitalized Nursing Home Residents With COVID-19. Dtsch Arztebl Int 119(16):293–294

6. Lithander FE, Neumann S, Tenison E et al. (2020) COVID-19 in older people: a rapid clinical review. Age and ageing 49(4):501–515
7. Rothgang H, Müller R (2022) BARMER Pflegereport 2022: Stationäre Versorgung und COVID-19. BARMER, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse BARMER Institut für Gesundheitsforschung, Berlin
8. Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B et al. (2020) COVID-19 and Older Adults: What We Know. Journal of the American Geriatrics Society 68(5):926–929
9. Mendez-Lopez A, Stuckler D, McKee M et al. (2022) The mental health crisis during the COVID-19 pandemic in older adults and the role of physical distancing interventions and social protection measures in 26 European countries. SSM Popul Health 17:101017
10. Reitzle L, Schmidt C, Farber F et al. (2021) Perceived Access to Health Care Services and Relevance of Telemedicine during the COVID-19 Pandemic in Germany. Int J Environ Res Public Health 18(14)
11. Smolic S, Cipin I, Medimurec P (2022) Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. Eur J Ageing 19(4):793–809
12. Gaertner B, Fuchs J, Möhler R et al. (2021) Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. J Health Monit 6(S4):2-39. DOI 10.25646/7856. https://edoc.rki.de/handle/176904/7915 (Stand: 31.08.2023)
13. Heidemann C, Reitzle L, Schmidt C et al. (2022) Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pamdemie: Ergebnisse der CoMoLo-Studie. J Health Monit (S1):2–19. https://edoc.rki.de/handle/176904/9507 (Stand: 07.08.2023)
14. Scheidt-Nave C, Barnes B, Beyer AK et al. (2020) Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. J Health Monit (S10):2–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/7033 (Stand: 07.08.2023)
15. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Vol 75. https://edoc.rki.de/handle/176904/2839 (Stand: 07.08.2023)
16. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gosswald A et al. (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. BMC public health 12:730
17. Gaertner B, Lüdtke D, Koschollek C et al. (2019) Effects of a sequential mixed-mode design on participation, contact and sample composition – Results of the pilot study "IMOA – Improving Health Monitoring in Old Age". Survey Methods: Insights from the Field (SMIF)
18. Holzhausen M, Fuchs J, Busch M et al. (2011) Operationalizing multimorbidity and autonomy for health services research in aging populations – the OMAHA study. BMC Health Serv Res 11:47
19. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl 56(5/6):620–630
20. Sass AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell" – Neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. J Health Monit 2(1):83–90. https://edoc.rki.de/handle/176904/2585 (Stand: 07.08.2023)
21. Behrens K, Böltken F, Dittmar H et al. (2019) Regionale Standards: Ausgabe 2019. In: Arbeitsgruppe Regionale Standards (Hrsg) Regionale Standards Ausgabe 2019. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Köln
22. Grube M, Scheidt-Nave C, Gaertner B et al. (2019) Public Health Monitoring 65+ in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. J Health Monit 4(2):93–109. https://edoc.rki.de/handle/176904/6019 (Stand: 07.08.2023)
23. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018) Mikrozensus 2018, Scientific Use File (SUF). In: Berechnungen e (ed), DOI: 10.21242/12211.2018.00.00.3.1.1
24. Gaertner B, Seitz I, Fuchs J et al. (2016) Baseline participation in a health examination survey of the population 65 years and older: who is missed and why? BMC Geriatr 16:21
25. Thelen M, Scheidt-Nave C, Schaeffer D et al. (2012) Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Bundesgesundheitsbl 55(8):991–997
26. Kelfve S, Thorslund M, Lennartsson C (2013) Sampling and non-response bias on health-outcomes in surveys of the oldest old. Eur J Ageing 10(3):237–245
27. Mody L, Miller DK, McGloin JM et al. (2008) Recruitment and retention of older adults in aging research. Journal of the American Geriatrics Society 56(12):2340–2348

28. Kelfve S (2019) Underestimated Health Inequalities Among Older People – A Consequence of Excluding the Most Disabled and Disadvantaged. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 74(8):e125–e134

29. Bratan T, Aichinger H, Brkic N et al. (2021) Impact of the COVID-19 pandemic on ongoing health research: an ad hoc survey among investigators in Germany. BMJ Open 11(12):e049086

30. Gaertner B, Koschollek C, Grube M et al. (2019) Including nursing home residents in a general population health survey in Germany. Survey Methods: Insights from the Field (SMIF)

31. Tesch-Römer C, Engstler H (2020) Wohnsituation der Menschen ab 65 Jahren: mit Angehörigen, allein oder im Pflegeheim. DZA-Fact Sheet)

32. von Stokar T, Vettori A, Fries S et al. (2021) Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen. INFRAS, Zürich

33. The European Parliament and the Council (2016) REGULATION (EU) 2016/679 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj (Stand: 10.02.2023)

34. Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2023) LTCSurv – Etablierung eines Surveillance-Systems zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim. https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/forschung/alternsforschung/ltcsurv/ (Stand: 24.03.2023)

35. 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

36. Robine JM, Jagger C, Euro RG (2003) Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. Eur J Public Health 13(3 Suppl):6–14

37. 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: 07.08.2023)

38. Morfeld M, Bullinger M (2008) Der SF-36 Health Survey zur Erhebung und Dokumentation gesundheitsbezogener Lebensqualität. Phys Med Rehab Kuror 18:250–255

39. Deutsche Schmerzgesellchaft e. V. (Hrsg) (2015) Deutscher Schmerzfragebogen Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

40. Lee JS, Kritchevsky SB, Tylavsky F et al. (2006) Factors associated with impaired appetite in well-functioning community-dwelling older adults. J Nutr Elder 26(1/2):27–43

41. National Institute on Aging (NIA) (1997) Health ABC Study (annoted form year 1). https://healthabc.nia.nih.gov/sites/default/files/Y1_Annotated_Forms.pdf (Stand: 25.01.2023)

42. Fried L, Tangen C, Walston J et al. (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 56:M146–M156

43. Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K et al. (2005) Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. Journal of the American Geriatrics Society 53(9):1618–1622

44. Jessen F, Wiese B, Cvetanovska G et al. (2007) Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. Psychol Med 37(12):1753–1762

45. Wang X, Strobl R, Holle R et al. (2019) Vertigo and dizziness cause considerable more health care resource use and costs: results from the KORA FF4 study. J Neurol 266(9):2120–2128. DOI: 10.1007/s00415-019-09386-x

46. Bestall JC, Paul EA, Garrod R et al. (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):581–586

47. Vogelmeier C, Buhl R, Burghuber O et al. (2018) Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). Pneumologie 72(04):253–308

48. 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

49. Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9(3):179–186

50. Zank S, Woopen C, Wagner M (2022) Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW (Repräsentativbefragung NRW80+) – Querschnittsbefragung Welle 1. https://search.gesis.org/research_data/ZA7558?doi=10.4232/1.13527 (Stand: 25.01.2023)

51. bitkom (2016) Fast ein Drittel nutzt Fitness-Tracker. Konferenz von BMJV und Bitkom zum Thema „Am Puls der Zeit? – Wearables und Gesundheits-Apps". https://www.bitkom-research.de/ (Stand: 26.02.2021)

52. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2003) The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Medical care 41(11):1284–1292

53. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD (1996) A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Medical care 34(3):220–233

54. Wirtz MA, Morfeld M, Glaesmer H et al. (2018) Normierung des SF-12 Version 2.0 zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica 64(4):215–226

55. Conrad I, Matschinger H, Riedel-Heller S et al. (2014) The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older. Health and quality of life outcomes 12:105. DOI: 10.1186/s12955-014-0105-4

56. Richter D, Metzing M, Weinhardt M et al. (2013) SOEP Scales Manual. SOEP Survey Papers. DIW, Berlin

57. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC et al. (2004) A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. Res Aging 26(6):655–672

58. Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (2013) Data documentation (Questionnaire, wave 5). https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Questionnaires/Q-Wave_5/w5_de_capi_main.pdf (Stand: 29.07.2023)

59. Doll ES, Nießen D, Schmidt I et al. (2021) The General Self-Efficacy Short Scale-3 (GSE-3): An English-language adaptation.

60. Beierlein C, Kovaleva A, Kemper CJ et al. (2014) Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. https://zis.gesis.org/skala/Beierlein-Kovaleva-Kemper-Rammstedt-Allgemeine-Selbstwirksamkeit-Kurzskala-(ASKU) (Stand: 19.09.2023)

61. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM et al. (2013) Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC public health 13:948

62. Gould SJ (1990) Health consciousness and health behavior: the application of a new health consciousness scale. American journal of preventive medicine 6(4):228–237

63. Krug S, Jordan S, Mensink GB et al. (2013) Physical activity: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6):765–771

64. Lampert T, von der Lippe E, Müters S (2013) Prevalence of smoking in the adult population of Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6):802–808

65. Dalgard OS, Bjork S, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. Br J Psychiatry 166(1):29–34

66. Freedman VA, Kasper JD, Cornman JC et al. (2011) Validation of new measures of disability and functioning in the National Health and Aging Trends Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 66(9):1013–1021

67. National Health and Aging Trends Study (NHATS) (2015) Round 5 Data Collection Instrument Sections: Mobility. https://www.nhats.org/sites/default/files/2020-06/018_MO_Round5.pdf (Stand: 30.08.2019)

68. EuroStat (2018) EU Statistics on Income and Living Conditions Leben in Europa 2018 – Haushaltsfragebogen. https://www.statistik.niedersachsen.de/download/68186/Haushaltsfragebogen.pdf (Stand: 26.01.2023)

69. Eurostat (2021) EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) methodology – economic strain. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)_methodology_-_economic_strain#Description (Stand: 17.02.2023)

70. van der Elst W, van Boxtel MPJ, van Breukelen GJP et al. (2006) The Letter Digit Substitution Test: Normative Data for 1,858 Healthy Participants Aged 24–81 from the Maastricht Aging Study (MAAS): Influence of Age, Education, and Sex. J Clin Exp Neuropsychol 28(6):998–1009

71. Morris JC, Heyman A, Mohs RC et al. (1989) The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD): I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. Neurology 39(9):1159–1165

Impressum

Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

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

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

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

Satz
Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

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

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

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