
Gesundheit älterer Frauen

KAPITEL 5

-
- ▶ *Fast die Hälfte der Frauen ab 65 Jahren bewertet ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Im Zeitverlauf zeichnet sich ein Trend hin zu besserer subjektiver Gesundheit ab.*

-
- ▶ *Im Alter sind deutlich mehr Frauen als Männer alleinlebend, dennoch sind sie nicht häufiger einsam als Männer.*

-
- ▶ *Die im Alter am meisten verbreiteten psychischen Erkrankungen sind Demenz und Depression; sie betreffen jedoch meist erst Frauen im hohen Alter ab 85 Jahren.*

-
- ▶ *Ab einem Alter von 75 Jahren ist bei älteren Frauen die Angst vor Stürzen weiter verbreitet als Sturzerfahrungen.*

-
- ▶ *Rund die Hälfte der älteren Frauen ab 65 Jahren hat eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht, mehr als jede Dritte eine Betreuungsverfügung.*

5 Gesundheit älterer Frauen

5.1 Einleitung

Daten der Sterbetafeln 2016/2018 des Statistischen Bundesamtes zufolge liegt die Lebenserwartung neugeborener Mädchen bei 83,3 Jahren, jene der Jungen bei nahezu fünf Jahren weniger (78,5 Jahre). Dieser Unterschied in der Lebenserwartung ist bei älteren Menschen etwas geringer als bei Geburt – die fernere Lebenserwartung von 65-jährigen Frauen liegt bei 21,1 Jahren, jene gleichaltriger Männer nur 3,2 Jahre geringer bei 17,9 Jahren [1]. Dennoch erreichen, bedingt durch die unterschiedliche Lebenserwartung, deutlich mehr Frauen als Männer ein hohes Lebensalter. Frauen werden nicht nur älter, sie haben oftmals auch spezifische Risikofaktoren, die sie von Männern unterscheiden. Hierzu zählen soziale Herausforderungen, insbesondere ein höheres Risiko für Armut sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Alter alleine zu leben. Hinzu kommen eine Reihe gesundheitlicher Herausforderungen, die größer sind als bei gleichaltrigen Männern.

Das Kapitel zeigt zentrale gesundheitliche Unterschiede auf und diskutiert spezifische Risiken älterer Frauen ab 65 Jahren vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Befunde. Dabei wird neben geschlechtsbezogenen Risiken das Augenmerk auf zeitliche Trends sowie Präventionspotenziale bei älteren Frauen gelegt. Als Datenquellen werden bevölkerungsbezogene Studien des Robert Koch-Institutes (RKI) herangezogen, vor allem die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) und der Deutsche Alterssurvey (DEAS) 2014 des Deutschen Zentrums für Altersfragen. Darüber hinaus werden amtliche Daten genutzt, wie der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes und weitere Datenquellen und Studien.

Das Kapitel betrachtet vordringlich gesundheitliche Problemlagen älterer Frauen, weniger hingegen ihre gesundheitlichen Ressourcen. Dieser stärker defizitorientierte Blick auf die Gesundheit älterer Frauen dient primär dazu, mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung von Prävention und Intervention aufzuzeigen, spiegelt dabei aber nur einen Teil der Lebenssituationen älterer Frauen wider. Aus Gründen des Umfangs wird im Kapitel nur auf ausgewählte gesundheitliche Problemlagen

älterer Frauen eingegangen. Themen wie Ernährung (siehe Kapitel 2.2.2), Über- und Untergewicht (siehe Kapitel 2.2.3) sowie Pflege (siehe Kapitel 2.3.6) sind nur Beispiele für eine Reihe weiterer wichtiger Themen zur Gesundheit älterer Frauen.

5.2 Lebenssituation älterer Frauen

Im Jahr 2018 war in Deutschland rund jede fünfte Person (21,1 %) 65 Jahre oder älter [2]. Während in der Gesamtbevölkerung der Anteil von Frauen und Männern weitgehend ausgeglichen ist – 50,5 % der Bevölkerung sind weiblich, 49,5 % sind männlich – liegt bei der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren der Anteil von Frauen mit 55,2 % deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung.

Durch die höhere Lebenserwartung von Frauen steigt diese Geschlechterdifferenz über die älteren Altersgruppen hinweg noch an. Die Gruppe der älteren Frauen ist vielfältig hinsichtlich Familienstand, sozialer Einbindung, Einkommen und Alter. Alle diese Faktoren beeinflussen den Gesundheitszustand der Frauen, der weiter unten beschrieben wird (siehe Kapitel 5.3).

Zur Lebenssituation älterer Frauen gehört auch, dass sie sich in vielfältiger Weise engagieren, sowohl innerhalb der Familie, z. B. durch die Betreuung von Enkelkindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, als auch im Rahmen des ehrenamtlichen Engagements. Nach Daten der Studie GEDA 2014/2015-EHIS liegt z. B. in der Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren der Anteil der Frauen, die Angehörige im eigenen Haushalt pflegen mit 8,2 % deutlich höher als der Anteil der Männer mit 4,9 % [3] (siehe auch Kapitel 2.3.6). Diese Befunde werden durch den Deutschen Alterssurvey gestützt [4]. Mit Blick auf das ehrenamtliche Engagement ist erkennbar, dass sich der Anteil ehrenamtlich engagierter Frauen im Alter zwischen 70 und 85 Jahren in den letzten rund zwei Jahrzehnten nahezu vervierfachte – von 3,8 % im Jahr 1996 auf 14,1 % im Jahr 2014 [5].

5.2.1 Familienstand und wirtschaftliche Situation

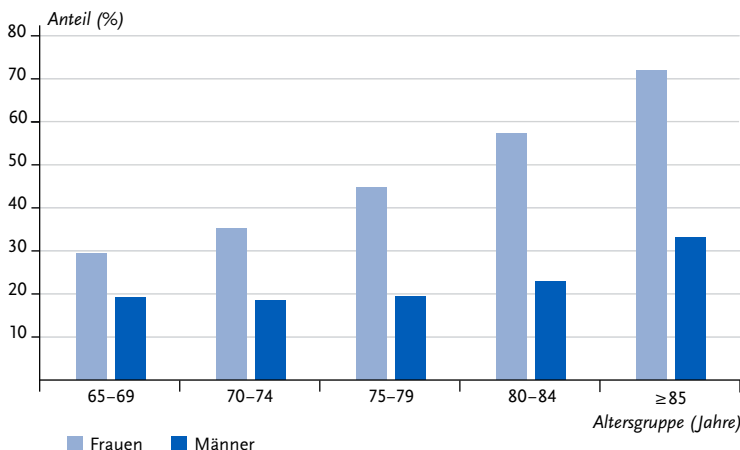
Die Mehrheit der älteren Bevölkerung ist verheiratet und lebt mit der Ehepartnerin bzw. dem Ehepartner zusammen (59,3 %) [2]. Ältere Frauen sind dabei deutlich seltener verheiratet und zusammenlebend als ältere Männer. Drei Viertel der älteren Männer ab 65 Jahren (73,5 %), aber nur knapp die Hälfte der gleichaltrigen Frauen (47,8 %) leben verheiratet mit ihren Ehepartnern zusammen. Ein wesentlicher Grund für diesen Unterschied liegt in der höheren Lebenserwartung älterer Frauen. Sie bleiben oftmals alleine zurück, wenn der Partner verstirbt. Männer haben hingegen häufiger eine etwas jüngere Ehepartnerin (der durchschnittliche Altersabstand liegt bei etwa drei bis vier Jahren [6]) und schließen auch im späteren Lebensalter häufiger eine neue Ehe nach dem Verlust ihrer Ehepartnerin als Frauen [7]. Diese Unterschiede im Familienstand spiegeln sich im höheren Anteil alleinlebender älterer Frauen als Männer in Privathaushalten wider, wie in [Abbildung 5.2.1.1](#) zu sehen ist.

Das Einkommen, wie auch ggf. Immobilienvermögen, Geld- und Sachvermögen sind wichtige Ressourcen, da sie in vielfältiger Weise über die Möglichkeiten der persönlichen Lebensgestaltung und gesellschaftlichen Teilhabe mitbestimmen (siehe auch [Exkurs Soziale Ungleichheit und](#)

[Gesundheit bei Frauen](#)). Durch die unterschiedliche Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern, die heute im Rentenalter sind, unterscheiden sich deren Einkommensquellen und auch die Höhe der Renteneinkommen. Im Jahr 2014 bezog nur jede vierte alleinlebende Frau ab 65 Jahren ausschließlich eine eigene Rente, unter den alleinlebenden älteren Männern war dieser Anteil mit 71 % fast dreimal so hoch [8]. 69 % der alleinlebenden älteren Frauen bezogen neben der Altersrente auch eine Hinterbliebenenrente [8]. Daten der europäischen Studie Leben in Europa (EU-SILC) zufolge lag in Deutschland im Jahr 2018 das durchschnittliche jährliche Personeneinkommen (Median) aufgrund von Rente oder Pension bei Frauen ab 65 Jahren bei 13.050 Euro, bei Männern bei 21.000 Euro [9].

Aktuellen Daten des Mikrozensus zufolge waren im Jahr 2018 16,4 % der Frauen und 12,7 % der Männer ab 65 Jahren armutsgefährdet [2]. Sie mussten mit weniger als 60 % des mittleren Einkommens (Median) der Gesamtbevölkerung auskommen. Bei dieser Berechnung wird das Einkommen des Haushalts zugrunde gelegt und an der Zahl der Haushaltsmitglieder relativiert. Innerhalb der Gruppe älterer Frauen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen, die in Ein- oder Mehrpersonenhaushalten leben. Während fast jede vierte alleinlebende Frau (23,5 %) durch Armut gefährdet war, betraf dies nur rund jede sechste Frau (16,4 %) in einem Mehrpersonenhaushalt [10]. Auch wenn die

Abbildung 5.2.1.1
Anteil alleinlebender älterer Frauen und Männer nach Alter
Datenbasis: Mikrozensus 2018 [2]

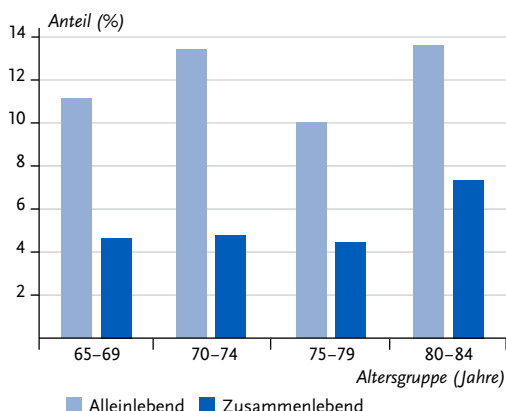


Armutsgefährdungsquote der älteren Bevölkerung mit einem Risiko von durchschnittlich 14,7 % unter dem Risiko der jüngeren Bevölkerung bis 65 Jahren liegt (15,7 %) steigt sie seit einigen Jahren wieder – zwischen 2007 und 2018 von 12,9 % auf 16,4 % für Frauen ab 65 Jahren [10]. Als wesentlicher Grund werden unterbrochene und unstetige Erwerbsverläufe in den geburtenstarken Jahrgängen (Baby-boomer) angeführt, die zunehmend ins Rentenalter kommen [11].

5.2.2 Einsamkeitserleben

Vor dem Hintergrund der höheren Zahl alleinlebender Frauen stellt sich die Frage, ob es entsprechend mehr ältere Frauen als Männer gibt, die Einsamkeit erleben. Einsamkeit bezeichnet das negative subjektive Erleben und Bewerten einer Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlichen sozialen Beziehungen [12]. Diese Diskrepanz kann sich auf die Zahl der Beziehungspersonen wie auch auf die Beziehungsqualität beziehen [13]. Einsamkeit hängt oftmals mit sozialer Isolation zusammen, d. h. mit einem objektiven Mangel an sozialen Beziehungen, ist damit aber nicht gleichzusetzen. Menschen können sich trotz großer sozialer Netzwerke einsam fühlen und umgekehrt, sich auch mit wenigen sozialen Kontakten als zufrieden und sozial eingebunden empfinden.

Abbildung 5.2.2.1
Anteil älterer Frauen mit Einsamkeitserleben nach Alter und Lebensform
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



Eine Reihe von Längsschnittstudien weist darauf hin, dass Einsamkeit mit einer schlechteren Gesundheit, erhöhter depressiver Symptomatik, einer höheren Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten sowie einer höheren Wahrscheinlichkeit, vorzeitig zu versterben einhergeht [14–19]. In einer Metaanalyse fiel der Effekt von Einsamkeit auf die Sterblichkeit ähnlich groß aus wie jener von sozialer Isolation oder Alleinleben [20].

Ein Vergleich von älteren Frauen und Männern verdeutlicht, dass Frauen zwar häufiger alleine leben, aber nicht häufiger einsam sind als Männer. Dass sich ältere Frauen und Männer im Einsamkeitserleben nicht unterscheiden, liegt jedoch nicht daran, dass ältere Frauen größere soziale Netzwerke hätten als Männer. Während sich im mittleren Erwachsenenalter tatsächlich ein Geschlechterunterschied in der Netzwerkgröße zeigt, findet sich bei Frauen und Männern im Alter zwischen 70 und 85 Jahren kein Unterschied in der Anzahl von Personen im engen Netzwerk [21].

Die Daten des DEAS verweisen darauf, dass innerhalb der Gruppe der älteren Frauen die Alleinlebenden über ein höheres Einsamkeitserleben berichten als jene, die mit anderen Personen – meist ihrem Ehepartner – zusammenleben (Abb. 5.2.2.1). Demnach ist mehr als jede zehnte ältere, alleinlebende Frau einsam, bei den Zusammenlebenden sind es nur etwa halb so viele. Im Vergleich zu Frauen im mittleren Erwachsenenalter (40 bis 54 Jahre: 8,8 %, 55 bis 69 Jahre: 8,5 % mit Einsamkeitserleben) berichten Frauen zwischen 70 und 85 Jahren jedoch nicht häufiger von Einsamkeit (8,0 %) [22]. Allerdings hat sich in dieser Studie gegenüber dem Erhebungsjahr 1996 ein Wandel vollzogen. Im Jahr 1996 gab es noch Unterschiede im Einsamkeitserleben zuungunsten älterer Frauen: Damals berichteten noch 12,5 % der Frauen zwischen 70 und 85 Jahren über Einsamkeit, jedoch nur 8,8 % der Frauen zwischen 40 und 54 Jahren [22]. Dieser Rückgang könnte darauf zurückzuführen sein, dass heutzutage mehr Frauen gemeinsam mit ihrem Ehepartner alt werden als noch vor rund 20 Jahren.

Die berichteten bevölkerungsrepräsentativen Angaben basierend auf dem DEAS beziehen sich ausschließlich auf die Bevölkerung in Privathaushalten, während rund 4 % der Menschen ab 65 Jahren vollstationär in Heimen leben [23]. Dadurch könnte der Anteil einsamer Frauen im Alter etwas unterschätzt werden. Dennoch machen die

Ergebnisse insgesamt deutlich, dass nur ein kleiner Teil älterer Frauen im Alter einsam ist. Aber auch für jene, die davon betroffen sind, ist Einsamkeit kein unabwendbares Schicksal. Neben den Kontakten in der Nachbarschaft, zu Freundinnen und Freunden sowie Bekannten können auch gezielte Interventionsangebote wie soziale und bildungsbezogene Gruppenaktivitäten zur Verringerung von Einsamkeit im Alter beitragen [24].

5.3 Gesundheitliche Lage älterer Frauen

Seit vielen Jahrzehnten kommen Studien immer wieder zu dem Schluss, dass Frauen in entwickelten Ländern wie Deutschland länger leben als Männer, aber mehr Krankheiten haben [25]. Im Folgenden wird dargestellt, für welche Gesundheitsaspekte Geschlechterunterschiede im Alter zu finden sind, inwieweit bestimmte Gruppen von Frauen besonders betroffen sind und welche Erklärungs- und Präventionsansätze bestehen. Dargestellt werden Gesundheitsaspekte, die gerade im Alter eine besondere Bedeutung erfahren. Hierzu zählen u. a. subjektive Gesundheit, Depression und Demenz, körperliche Gebrechlichkeit und Stürze. Damit umfasst das folgende Kapitel nicht allein Gesundheitsaspekte, die körperliche Erkrankungen widerspiegeln, sondern auch solche zu gesundheitsbezogener Lebensqualität, psychischen Erkrankungen sowie Risikofaktoren für den Verlust von Selbstständigkeit im Alter.

Für das folgende Kapitel musste eine Auswahl von Gesundheitsaspekten getroffen werden. Daneben gibt es weitere wichtige Gesundheitsprobleme im Alter, z. B. Schmerzen sowie Inkontinenz. Auch sie können deutliche Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach sich ziehen. In Studien zeigt sich übereinstimmend, dass Frauen über mehr Schmerzen berichten als Männer [26, 27]. Als Ursachen für das erhöhte Schmerzrisiko bei älteren Frauen im Vergleich zu Männern werden ein schlechterer Allgemeinzustand, mehr chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und verringerte körperliche Aktivität angeführt [26]. Von Harninkontinenz sind in jüngeren Jahren mehr Frauen als Männer betroffen, im Alter verringern sich die Geschlechterunterschiede deutlich [28, 29]. Risikofaktoren bei Frauen sind u. a. Schwangerschaften, vaginale Entbindung, Adipositas und

Diabetes [30]. Die Angaben zur Prävalenz von Harninkontinenz schwanken stark, auch weil das Thema schambesetzt ist. Etwa ein Drittel der Frauen ab 80 Jahren ist vermutlich betroffen [28].

5.3.1 Subjektive Gesundheit

Als subjektive Gesundheit wird der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand einer Person bezeichnet. Dieser kann deutlich vom medizinisch diagnostizierten Gesundheitszustand abweichen [31]. Diese Abweichung ist insbesondere im höheren Lebensalter zu beobachten: Während sich die objektive, d. h. diagnosebasierte Gesundheit mit steigendem Alter oft merklich verschlechtert, nimmt das subjektive Gesundheitserleben nicht unbedingt im gleichen Maße ab [32]. Zahlreiche Studien konnten zudem zeigen, dass die subjektive Gesundheit besser vorhersagen kann, wie lange Menschen leben, als dies mithilfe objektiver Informationen über den Gesundheitszustand möglich ist [33–36]. Während frühere Studien darauf hinwiesen, dass der Effekt der subjektiven Gesundheit auf die Sterblichkeit bei Männern größer ist als bei Frauen [35], zeigen aktuellere Studien keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede [37, 38].

Zur Messung der subjektiven Gesundheit wurde im Rahmen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS des RKI das international etablierte Minimum European Health Module (MEHM) eingesetzt. Dabei zeigen sich für die Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Menschen in Deutschland keine Unterschiede in der subjektiven Gesundheit von Frauen und Männern. Dies entspricht vergleichbaren Befunden des DEAS [39, 40].

In der Gruppe der 65-jährigen und älteren Frauen bewerten insgesamt 45,7 % ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Eine nähere Betrachtung zeigt, dass sich innerhalb dieser Gruppe die subjektive Gesundheit je nach Alter deutlich unterscheidet: Bewertet in der Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen noch mehr als jede zweite Frau ihre Gesundheit als gut oder sehr gut (54,9 %), berichten nur noch 39,7 % der 75- bis 84-jährigen Frauen von einer guten oder sehr guten Gesundheit, in der Altersgruppe der 85-jährigen und Älteren noch jede vierte Frau (24,7 %). Entsprechend nimmt der Anteil jener Frauen über die Altersgruppen

hinweg zu, die eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit berichten.

Alleinlebende Frauen unterscheiden sich laut GEDA-Daten in ihrer subjektiven Gesundheit nicht von Frauen, die in Mehrpersonenhaushalten leben. Es zeigen sich Bildungsunterschiede, allerdings nur in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen. In dieser Altersgruppe bewerten nur 46,1 % der Frauen aus der unteren Bildungsgruppe ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, während dieser Anteil bei jenen aus der mittleren bzw. oberen Bildungsgruppe deutlich höher liegt (58,5 % bzw. 63,5 %). Dass sich dieser auch aus anderen Studien bekannte Bildungsunterschied [39, 41] in der subjektiven Gesundheit nicht für 75-Jährige und Ältere zeigt, könnte teilweise darauf zurückzuführen sein, dass besonders in unteren Bildungsgruppen ein fortgeschrittenes Alter vor allem dann erreicht wird, wenn eine gute Gesundheit besteht.

Eine ergänzende Betrachtung der subjektiven Gesundheit im Zeitverlauf weist darauf hin, dass sich bei älteren Frauen ein Trend zu besserer subjektiver Gesundheit abzeichnet [42]. Dies machen Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) deutlich (Abb. 5.3.1.1). Demnach haben heutzutage ältere Frauen ab 60 Jahren eine bessere subjektive Gesundheit als jene, die diese Lebensphase vor rund 20 Jahren erreicht haben. Der Anteil von Frauen mit guter bis sehr guter subjektiver Gesundheit liegt insgesamt niedriger als in GEDA. Im

SOEP und in der GEDA-Studie wurde die subjektive Gesundheit unterschiedlich erfragt, die Ergebnisse lassen sich daher nicht direkt mit den oben berichteten GEDA-Befunden vergleichen.

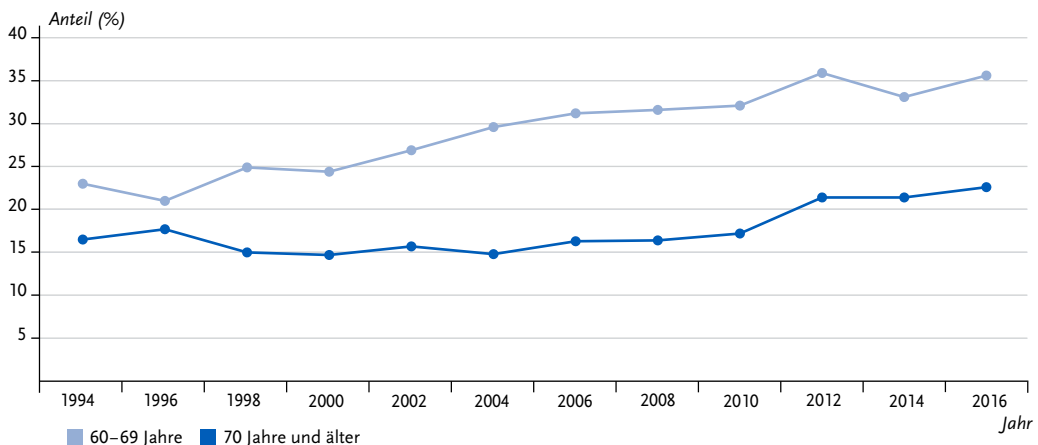
Da die subjektive Gesundheit nicht allein den objektiven Gesundheitszustand widerspiegelt, sondern gerade bei älteren Menschen weitere Aspekte wie Lebenszufriedenheit, positive Stimmung und körperliche Aktivität mit einschließt, gibt es mehrere mögliche Gründe für den positiven Trend [43]. Aufgrund der großen Bedeutung von subjektiver Gesundheit für die Sterblichkeit, aber auch für die objektive Gesundheit [44], ist die insgesamt gute und im zeitlichen Verlauf besser gewordene subjektive Gesundheit älterer Frauen ein bedeutsamer Befund.

5.3.2 Depression

Zu den Hauptmerkmalen einer depressiven Störung gehören eine gedrückte Stimmung, verminderter Antrieb und Aktivität sowie der Verlust von Freude und Interesse. Oftmals kommen Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit, Schlafstörungen und verminderter Appetit hinzu. Ebenso sind Probleme beim Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen verbreitet. Depressive Störungen unterscheiden sich nach Schweregrad. Während die Dysthymie eine eher milde, jedoch langandauernde depressive

Abbildung 5.3.1.1

Anteil älterer Frauen mit guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit im Zeitverlauf nach Alter
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)



Verstimmung ist, zeichnet sich eine schwere Depression durch einen entsprechend höheren Schweregrad der genannten Symptomatik aus.

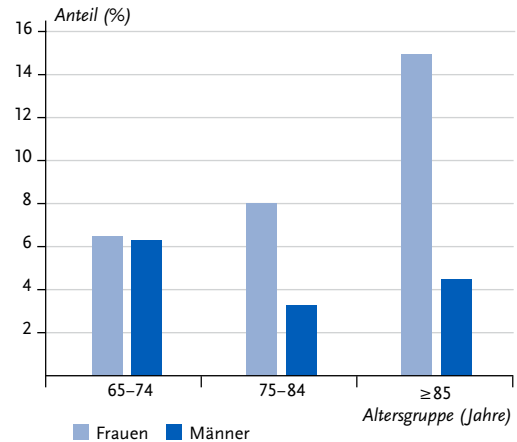
Eine Depression ist diagnostisch abgrenzbar von Gefühlen wie Traurigkeit, Stress oder Furcht, die alle Menschen hin und wieder erleben [45]. Bei älteren Menschen äußert sich eine Depression teilweise anders als bei Jüngeren. Neben körperlichen Beschwerden treten psychische Komponenten wie Hoffnungslosigkeit, subjektive Gedächtnisprobleme und kognitive Defizite häufiger auf als bei Jüngeren [46]. Es wird vermutet, dass eine Depression bei älteren Menschen häufiger unterdiagnostiziert bleibt, nicht allein wegen einer teilweise anderen Symptomatik, sondern auch weil ältere Menschen wie ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte solche Symptome eher dem Altern als solches oder einer körperlichen Erkrankung zuschreiben. Bezüglich der Krankheitskosten von Depression im Alter kommt eine systematische Analyse verschiedener internationaler Studien zum Ergebnis, dass die ambulanten und stationären Kosten ebenso wie die Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung bei älteren Menschen mit Depression um ein Drittel höher liegen als bei jenen ohne Depression [47]. Internationalen Studien zur Häufigkeit von depressiven Störungen im Lebensalter ab 75 Jahren zufolge sind rund 7,1 % dieser Bevölkerungsgruppe von einer schweren Depression betroffen, die Prävalenz für leichtere Formen depressiver Störungen liegt bei 17,1 % [46].

Im Rahmen der Studie GEDA 2014/15-EHIS wurde Depression anhand der selbstberichteten ärztlichen Diagnose in den letzten 12 Monaten erfasst [48]. In der Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Personen zeigt sich, dass 8 % der Frauen und 5 % der Männer über eine Depressionsdiagnose berichten. Für ältere Frauen ist ein deutlicher Anstieg der Prävalenzraten über die drei betrachteten Altersgruppen hinweg festzustellen (Abb. 5.3.2.1). Unterschiede zwischen Frauen, die alleine oder in einem Mehrpersonenhaushalt leben, zeigen sich dabei nicht. Im Gegensatz zu älteren Frauen zeigt sich bei gleichaltrigen Männern kein bedeutsamer Anstieg von Depression im Altersgruppenvergleich. Allerdings ist einschränkend zu berücksichtigen, dass aufgrund geringer Fallzahlen besonders in der Gruppe der 85-jährigen und älteren Männer dieser Befund in zukünftigen Studien näher untersucht werden sollte.

Abbildung 5.3.2.1

Anteil älterer Frauen und Männer mit selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten nach Alter

Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [49]



Der deutliche Anstieg von Depression bei Frauen ab dem Alter von 85 Jahren zeigt sich auch in internationalen Studien [46]. Ebenso ist die insgesamt im Vergleich zu Männern deutlich höhere Prävalenz von Depression bei Frauen – national wie international – aus zahlreichen Studien bekannt. Einer aktuellen Metaanalyse zufolge, die jüngere wie ältere Altersgruppen einbezog, sind rund doppelt so viele Frauen wie Männer an einer Depression erkrankt [50]. Es werden mehrere Gründe für diesen Geschlechterunterschied diskutiert. Biologische Unterschiede wie hormonelle Veränderungen, z. B. in der Adoleszenz und in der Menopause, werden als eine Erklärung herangezogen [51], teilweise jedoch auch in Frage gestellt [52]. Soziale Unterschiede wie Einkommensungleichheit, Diskriminierung von Frauen oder geschlechtsbezogene Arbeitsteilung sind weniger umstrittene Gründe für den Geschlechterunterschied. Auch gesundheitliche Unterschiede wie die höhere Prävalenz von Krankheiten und Funktionseinbußen bei Frauen tragen zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Depression bei. Schließlich werden geschlechterstereotype Vorstellungen auf Seiten der Patientinnen und Patienten, aber auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte als weitere Erklärung herangezogen. Eine Depression wird eher als typisch weibliche Krankheit angesehen, was dazu beitragen könnte, dass sie bei Frauen häufiger diagnostiziert wird.

Darüber hinaus sind Geschlechterunterschiede im Hilfesuchverhalten belegt. Frauen nehmen häufiger und früher medizinische Hilfe in Anspruch als Männer, auch erwähnen sie in der ärztlichen Konsultation häufiger psychische und psychosomatische Beschwerden als Männer [53]. Bei Männern äußert sich eine Depression zudem oftmals weniger anhand klassischer Depressionssymptome, sondern über erhöhte Feindseligkeit, Agitiertheit und Alkoholkonsum (siehe [Kapitel 2.1.7](#)) [50, 54]. Die im Vergleich zu Frauen deutlich höheren Suizidraten von Männern, die im Alter besonders ausgeprägt sind, verweisen ebenfalls darauf, dass bei Männern eine Depression häufiger unerkannt und dadurch unbehandelt bleibt als bei Frauen [55], da Depressionen als Hauptursache für Suizide gelten.

Die in [Abbildung 5.3.2.1](#) dargestellten Prävalenzen machen deutlich, dass Depression besonders im hohen Alter verbreitet ist. Da die Zahl hochaltriger Menschen ab 85 Jahren in Deutschland in den kommenden Jahren steigen wird, könnte auch die Zahl von depressiv erkrankten älteren Frauen deutlich zunehmen. Die dargestellten Prävalenzraten beziehen sich nur auf Frauen in Privathaushalten, während Schätzungen davon ausgehen, dass die Prävalenz bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit rund 15 % bis 20 % deutlich höher liegt [56]. Um zukünftige Bedarfe von älteren und insbesondere hochaltrigen Frauen mit Blick auf Prävention und Behandlung einer Depression besser abschätzen zu können, ist es erforderlich, anhand von größeren Bevölkerungsstichproben die Verbreitung und Ursachen von Depressionen im hohen Alter zu untersuchen. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist ein Projekt zum Einschluss von hochaltrigen und gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitorings.

5.3.3 Demenz

Neben einer Depression zählt Demenz zu den beiden am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen bei Frauen im Alter. Unter Demenz wird eine erworbene und fortschreitende Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit verstanden. Demenz tritt vor allem im Alter auf, ist aber keine normale Begleiterscheinung des Alters. Kennzeichen demenzieller Erkrankungen

sind Gedächtnisstörungen, Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit, Sprache, Denkvermögen, Orientierungssinn und Urteilsvermögen sowie Apathie [57]. Schätzungen gehen davon aus, dass bei zwei von drei Menschen mit Demenz die Ursache eine Alzheimer-Krankheit ist [58]. Demenzerkrankungen gehen mit erheblichen persönlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Konsequenzen einher, insbesondere aufgrund des hohen Versorgungs- und Pflegebedarfs der Betroffenen [59].

In Deutschland lebten Ende des Jahres 2016 rund 1,6 Millionen Menschen mit Demenz [58]. Über 98 % der Demenzerkrankungen betreffen Menschen ab 65 Jahren, Frauen sind dabei deutlich häufiger von Demenz betroffen als Männer. Bei den 65-jährigen und älteren Frauen liegt die Prävalenzrate bei rund 11 %, bei Männern bei 7,2 %; zwei Drittel der Erkrankten sind Frauen [58].

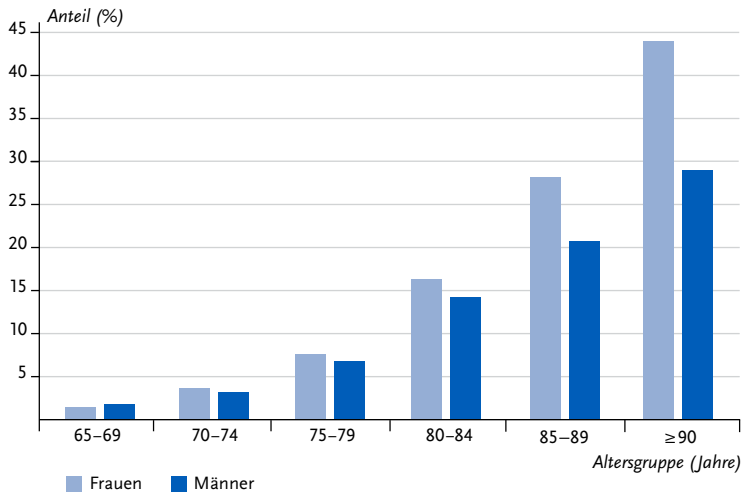
In den höheren Altersgruppen steigen die Prävalenzraten steil an, für Frauen stärker als für Männer ([Abb. 5.3.3.1](#)). Zwei Drittel aller Demenzerkrankten sind mindestens 80 Jahre alt, im Alter ab 90 Jahren sind 44,2 % der Frauen (und 29,0 % der Männer) an einer Demenz erkrankt. Anhand von Krankenkassendaten der Gmünder Ersatzkasse wurde ergänzend betrachtet, wie hoch die Prävalenz von Demenz bei älteren, in Privathaushalten bzw. Heimen lebenden Menschen ist. Dabei zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Pflegeheimen eine Demenz haben und damit die Prävalenz rund 19-mal so hoch liegt wie bei Menschen in Privathaushalten [60]. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass Menschen häufig aufgrund ihrer Demenz in Pflegeheimen versorgt werden und nicht erst im Pflegeheim an Demenz erkranken.

International wird diskutiert, inwieweit die in vielen Studien gefundenen Geschlechterunterschiede vor allem darauf zurückzuführen sind, dass mehr Frauen als Männer ein hohes Alter erreichen [61]. Diskutiert wird auch die Rolle von Bildung als Schutzfaktor vor Demenz [62]. Die geringeren Bildungsunterschiede zwischen Frauen und Männern in den nachwachsenden Jahrgängen könnten ebenso wie die sich angleichende Lebenserwartung dazu beitragen, dass in Zukunft die geschlechtsbezogenen Unterschiede geringer werden.

Mehrere internationale Studien geben Grund zur Annahme, dass die Zahl von Neuerkrankungen (Inzidenz) an Demenz weniger stark ansteigen wird als dies bisher aufgrund von Vorausberechnungen

Abbildung 5.3-3.1**Anteil älterer Frauen und Männer mit Demenz nach Alter**

Datenbasis: Alzheimer Europe [57]



erwartet wurde [63, 64]. Wie sich die Verbreitung von Demenz in Zukunft entwickeln wird, hängt u. a. davon ab, wie erfolgreich Public-Health- und andere Maßnahmen dazu beitragen, potenziell beeinflussbare Risiken für Demenz wie körperliche Inaktivität, Rauchen, missbräuchlicher Alkoholkonsum, Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck, Depression und geringe Bildung zu vermeiden [65, 66]. Hochrechnungen zufolge können allein in Deutschland 30,5 % der aktuellen Fälle von Alzheimer-Demenz auf die genannten Risikofaktoren zurückgeführt werden [58]. Weitere beeinflussbare Risikofaktoren umfassen soziale Isolation und Gehörverlust [67]. Vor dem Hintergrund der weltweiten Alterung der Bevölkerung und dem damit zu erwartenden Anstieg der Zahl von Menschen mit Demenz, wird die Bedeutung dieser Krankheit für die Gesundheitssysteme in den kommenden Jahren weiter zunehmen.

5.3.4 Multimorbidität

Treten bei einer Person mehrere (mindestens zwei) chronische Erkrankungen gleichzeitig auf, wird von Multimorbidität gesprochen [68, 69]. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität erheblich an. Für viele Erkrankte erfordert dies zugleich eine Einnahme

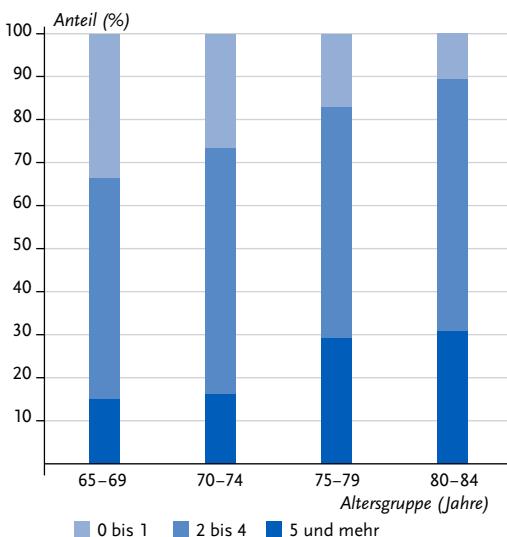
mehrerer Medikamente (Polypharmazie, siehe Kapitel 2.3.7) sowie regelmäßig notwendige Arztbesuche und Behandlungen. Multimorbidität ist oftmals begleitet von funktionalen Einschränkungen, verringerter Lebensqualität und einem deutlich erhöhten Risiko einer Depression [70–72]. Durch die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist Multimorbidität zudem oftmals mit hohen Kosten verbunden, sowohl für die Betroffenen (z. B. aufgrund von Zuzahlungen für Medikamente) als auch für das Gesundheitssystem [73].

Im Rahmen des DEAS wurden die Befragten gebeten, anhand einer Liste von elf Krankheitsgruppen (u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen) anzugeben, welche der genannten Erkrankungen bei ihnen vorliegen. Basierend auf diesen Angaben wurde ein Multimorbiditätsindex gebildet, der die Zahl der genannten Erkrankungen enthält. Die Daten des DEAS zeigen für ältere Erwachsene deutliche Alters-, Geschlechts- und Bildungsunterschiede: Frauen sind häufiger von Multimorbidität betroffen, ein höheres Alter und geringere Bildung erhöhen unabhängig vom Geschlecht das Risiko für Multimorbidität. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Befunden anderer Studien [74]. Zwar leiden Menschen auch schon im mittleren Erwachsenenalter an Krankheiten, beispielsweise ist fast jede zweite Frau (48,7 %) in

Deutschland im Alter zwischen 40 und 54 Jahren von zwei und mehr Erkrankungen betroffen [75]. Mit steigendem Alter kommt es jedoch oft zu einer weiteren Kumulation von Erkrankungen. Gründe dafür sind neben altersphysiologischen Prozessen (z. B. Veränderungen der Muskelmasse oder Knochendichte, hormonelle Veränderungen), auch über viele Jahre hinweg andauernde Risikofaktoren (z. B. Inaktivität, Rauchen, Übergewicht) sowie Erkrankungen, die in der Folge einer anderen Erkrankung auftreten (z. B. Veränderungen an Blutgefäßen infolge einer Diabetes-Erkrankung). Frauen sind häufiger von Multimorbidität betroffen, da sie aufgrund der längeren Lebenszeit eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Entstehung (weiterer) Erkrankungen haben und zudem häufiger von Krankheiten betroffen sind, die nicht tödlich enden.

Innerhalb der Gruppe der älteren Frauen gibt es deutliche Unterschiede: Mit steigendem Alter sind Frauen häufiger von Multimorbidität betroffen. Während in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen rund zwei von drei Frauen angeben, mindestens zwei Erkrankungen zu haben, steigt der Anteil bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen auf fast 90 % an (Abb. 5.3.4.1). Besonders stark steigt dabei der Anteil an Frauen mit fünf oder mehr Erkrankungen. Zu den häufigsten Krankheitsgruppen zählen

Abbildung 5.3.4.1
Anzahl selbstberichteter Erkrankungen bei älteren Frauen nach Alter
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



den Daten des DEAS zufolge bei den älteren Frauen ab 65 Jahren Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben oder Rückenleiden (53,6 %), Augenleiden (35,8 %) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (32,2 %). Dabei zeigen sich innerhalb dieser Gruppe keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsstand oder der Lebensform, d. h. allein- oder zusammenlebend.

Eine Reihe von internationalen Quer- und Längsschnittstudien verweist darauf, dass die Mehrzahl der älteren Bevölkerung von Multimorbidität betroffen ist [76–78]. In den letzten Jahren gibt es zunehmend Bestrebungen, Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Multimorbidität aufzustellen [79]. Im Fokus steht dabei die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

5.3.5 Körperliche Funktionsfähigkeit

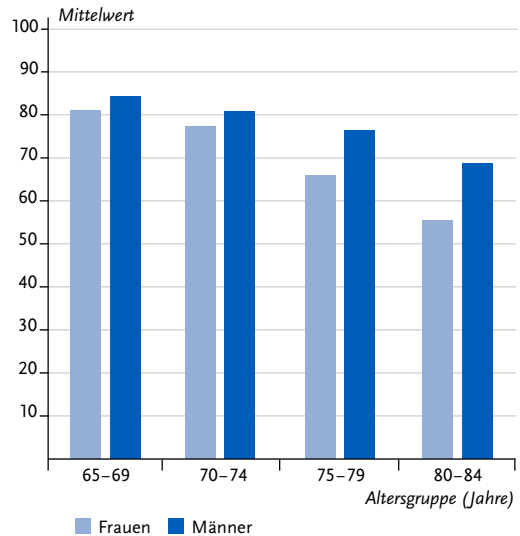
Die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Funktionsfähigkeit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Hauptkriterium gesunden Alterns herangezogen [80]. Je nach Definition umfasst der Begriff der Funktionsfähigkeit neben körperlichen auch kognitive Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten sind eine wichtige Grundlage für das tägliche Leben und ermöglichen Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe [81]. Einschränkungen der Funktionsfähigkeit beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität, sondern tragen auch dazu bei, dass ältere Menschen stürzen, in ein Heim umziehen oder vorzeitig versterben [82]. Im Folgenden steht die körperliche Funktionsfähigkeit im Zentrum der Betrachtung, während in Kapitel 5.3.3 auf Demenz und damit auf eine vergleichsweise häufige Form kognitiver Einschränkung eingegangen wurde.

Im höheren Lebensalter verschlechtert sich oftmals die körperliche Funktionsfähigkeit. Eine Reihe von nationalen und internationalen Studien weist darauf hin, dass Frauen dabei häufiger als Männer von Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit betroffen sind [83–86]. Dies zeigt sich auch anhand der Daten des DEAS, im Rahmen dessen die körperliche Funktionsfähigkeit anhand der Subskala „Körperliche Funktionsfähigkeit (Mobilität/Aktivitäten des täglichen Lebens)“ des SF-36-Fragebogens [87] gemessen wurde. Dabei wird körperliche Funktionsfähigkeit mit insgesamt zehn Fragen erfasst, auf deren Grundlage ein Gesamtmaß zur körperlichen Funktionsfähigkeit

gebildet werden kann. Die zehn Fragen decken verschiedene Aktivitätsbereiche ab, von basalen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie sich baden oder anziehen, bis zu anstrengenden Tätigkeiten, wie z. B. schnell laufen oder schwere Gegenstände heben. Der Wert null bedeutet dabei, dass eine Person hinsichtlich aller erfragten Aspekte der körperlichen Funktionsfähigkeit sehr eingeschränkt ist, der Wert 100 gibt an, dass eine Person über keinerlei Einschränkungen berichtet. In der Altersgruppe der 65- bis 84-jährigen Frauen liegt der mittlere Wert bei 71,4, bei gleichaltrigen Männern beträgt er 79,3. Hier zeigt sich – wie in anderen Studien – ein bedeutsamer Unterschied zuungunsten der Frauen. Dieser Geschlechterunterschied wird auch in [Abbildung 5.3.5.1](#) deutlich. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen zeigen sich keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede in der körperlichen Funktionsfähigkeit, in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen sowie der 80- bis 84-Jährigen sind die Werte der körperlichen Funktionsfähigkeit bei Frauen jedoch deutlich geringer. Für alle in [Abbildung 5.3.5.1](#) dargestellten Altersgruppen zeigen sich zusätzlich Bildungsunterschiede. Ältere Frauen aus der unteren Bildungsgruppe haben eine deutlich schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit als solche mit mittlerer Bildung, während diese Frauen wiederum eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit haben als Frauen aus der oberen Bildungsgruppe (gleiches gilt auch für die Gruppe der Männer). In der Gruppe der 80- bis 84-jährigen Frauen finden sich zusätzlich Unterschiede zwischen jenen, die alleine oder mit anderen – meist ihrem Ehepartner – zusammenleben. Alleinlebende Frauen dieser Altersgruppe haben eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit. Die im Rahmen des DEAS gewonnenen Aussagen beziehen sich auf ältere Menschen in Privathaushalten. Für Aussagen zur körperlichen Funktionsfähigkeit von älteren Menschen, die in Heimen leben, werden oftmals die sogenannten ADLs und IADLs genutzt (basal und instrumental activities of daily living) [88–91]. Die Möglichkeiten zur Ausführung basaler und erweiterter Aktivitäten des täglichen Lebens können damit abgebildet werden.

Entsprechende Altersunterschiede in der körperlichen Funktionsfähigkeit zeigen sich auch anhand individueller Verlaufsdaten. Ältere Frauen haben demnach nicht nur eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit als Männer, sondern ihre

Abbildung 5.3.5.1
Körperliche Funktionsfähigkeit (Mittelwerte auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36-Fragebogen) bei älteren Frauen und Männern nach Alter
 Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



Funktionsfähigkeit verschlechtert sich im höheren Lebensalter auch stärker als bei Männern [83]. Studien, die untersucht haben, warum ältere Frauen eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit haben als gleichaltrige Männer, weisen darauf hin, dass insbesondere das Vorliegen muskuloskelettaler, neurodegenerativer und psychischer Erkrankungen, aber auch Multimorbidität (siehe [Kapitel 5.3.4](#)) die größeren funktionalen Einschränkungen von Frauen erklären können, da Frauen von diesen Erkrankungen häufiger betroffen sind als Männer [81, 85].

Im Trend zeigt sich, dass bei den 65-Jährigen und Älteren der Anteil von Personen mit guter funktionaler Gesundheit zwischen 2002 und 2014 angestiegen ist [75]. Eine positive Entwicklung wird insbesondere für 70- bis 85-jährige Frauen im Vergleich der Jahre 2002 und 2008 beobachtet, während zwischen 2008 und 2014 kein weiterer Anstieg der funktionalen Gesundheit festzustellen ist [92].

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass gerade bei älteren Menschen regelmäßiger körperlicher Aktivität eine wichtige Rolle zukommt, um Einbußen der körperlichen Funktionsfähigkeit

zu vermeiden oder zu reduzieren [93]. Diese Erfolge regelmäßiger Bewegung zeigen sich auch bei älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen [94]. Dennoch erreichen viele ältere Menschen und dabei insbesondere ältere Frauen nicht das empfohlene Maß körperlicher Aktivität, wie in Kapitel 5.4.1 näher erläutert wird.

5.3.6 Körperliche Gebrechlichkeit

Körperliche Gebrechlichkeit, auch als frailty bezeichnet, beschreibt eine Kombination verschiedener Krankheitszeichen (geriatisches Syndrom), wie verminderte Kraft, Ausdauer und Funktionsfähigkeit und betrifft vor allem Menschen im hohen Alter. Gebrechlichkeit erhöht u. a. deutlich das Risiko für Stürze, Krankenhauseinweisungen, Behinderungen, kognitive Beeinträchtigungen, Wechsel in eine Heimversorgung und Sterblichkeit [95–100].

Aussagen dazu, wie verbreitet körperliche Gebrechlichkeit im Alter ist, variieren stark zwischen verschiedenen Studien. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass es keinen einheitlich verwendeten Standard für die Messung von Gebrechlichkeit gibt [101]. Trotz variierender Befunde ist über viele Studien hinweg übereinstimmend zu finden, dass Frauen deutlich häufiger von Gebrechlichkeit betroffen sind als Männer [102]. Im Rahmen einer internationalen systematischen Übersichtsstudie konnte beispielsweise aufgezeigt werden, dass die Verbreitung von Gebrechlichkeit bei in Privathaushalten lebenden Frauen ab 65 Jahren durchschnittlich bei 9,6 % liegt und damit fast doppelt so hoch ist wie bei gleichaltrigen Männern (5,2 %) [103]. Die SHARE-Studie untersuchte Gebrechlichkeit in zehn europäischen Ländern (u. a. Deutschland) und weist ebenfalls auf eine fast doppelt so hohe Verbreitung von Gebrechlichkeit bei älteren Frauen im Vergleich zu Männern hin. Dieser Studie zufolge sind 21,0 % der Frauen ab 65 Jahren, aber nur 11,9 % der Männer gleichen Alters gebrechlich [104]. Die Daten für Deutschland werden dabei nicht getrennt ausgewiesen.

Zur Untersuchung der Prävalenz von Gebrechlichkeit in Deutschland wurden die Daten von 1.110 Personen (556 Frauen und 554 Männer) im Alter zwischen 70 und 79 Jahren berücksichtigt. Sie entstammen der Studie zur Gesundheit Erwachsener

in Deutschland (DEGS1, 2008–2011). In DEGS1 war die Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit insgesamt gering und es zeigten sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Dieser Studie zufolge haben 3,8 % der Frauen und 2,6 % der Männer zwischen 70 und 79 Jahren körperliche Gebrechen. 40,1 % der Frauen wurden der Vorstufe „pre-frailty“ zugeordnet (39,6 % der Männer) [105]. Damit ist die Prävalenzrate geringer als dies aus anderen Studien bekannt ist [103]. Auch im Rahmen von großen deutschen, regionalen Studien zeigen sich höhere Prävalenzraten von Gebrechlichkeit und pre-frailty [106]. Aufgrund regionaler Stichprobencharakteristika, anderer Altersgruppen-Aufteilungen (meist > 65 Jahre) und teilweise anderer Kriterien für Gebrechlichkeit, lassen sich die verschiedenen Daten allerdings nur bedingt miteinander vergleichen. Die eher geringen Zahlen in DEGS1 zur Verbreitung von Gebrechlichkeit sind vor allem darauf zurückzuführen, dass in der Studie keine Personen ab 80 Jahren berücksichtigt werden konnten.

5.3.7 Stürze und Sturzangst

Mit zunehmendem Alter kommt es häufiger zu Stürzen und auch die Konsequenzen werden schwerwiegender. Stürze können schwere Verletzungen, Krankenhausaufenthalte und langwierige Heilungsprozesse nach sich ziehen oder sogar tödlich enden [107]. Insbesondere Hüftfrakturen sind eine häufige Folge schwerer Sturzereignisse, die für längere Zeit die Mobilität und somit die Unabhängigkeit einschränken und vorübergehend oder auch dauerhaft zu Pflegebedürftigkeit und Krankenhaus- oder Heimaufhalten führen können.

Stürze können nicht nur körperliche Verletzungen verursachen, sondern auch zu einer Angst vor weiteren Stürzen (sog. Post-Fall-Syndrom) und in der Folge zur Einschränkung von Alltagsaktivitäten führen [108]. Schränkt eine Person ihre Aktivitäten im Alltag über einen längeren Zeitraum ein, lassen in der Folge oftmals Beweglichkeit, Kraft oder auch Gleichgewicht nach, was die Angst vor Stürzen und das Sturzrisiko verstärkt. Dadurch entsteht eine Abwärtsspirale, die bis zum teilweise oder vollständigen Verlust der Selbstständigkeit und zur Pflegebedürftigkeit führen kann, insbesondere bei älteren Frauen [109]. Zu Faktoren, die die

Wahrscheinlichkeit für einen Sturz erhöhen, zählen neben Stürzen in der Vergangenheit auch Beeinträchtigungen in Gang und Gleichgewicht, Polypharmazie, Sehbeeinträchtigungen sowie schlechte Lichtverhältnisse und unebene Böden [107].

Im DEAS wurden Personen danach gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten gefallen sind. Hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Die Frage nach einem Sturzereignis im letzten Jahr bejahte rund jede vierte Frau (25,8 %), aber nur jeder siebte Mann (15,2 %) im Alter zwischen 65 und 84 Jahren. Neben diesen Geschlechterunterschieden zeigen sich Altersunterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen: Mit steigendem Alter ist bei den Frauen eine Zunahme von Stürzen zu verzeichnen. Während in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen 18 % der Frauen angaben, im letzten Jahr gefallen zu sein, berichtete bei den 75-Jährigen und Älteren fast jede dritte Frau über ein Sturzereignis (Abb. 5.3.7.1).

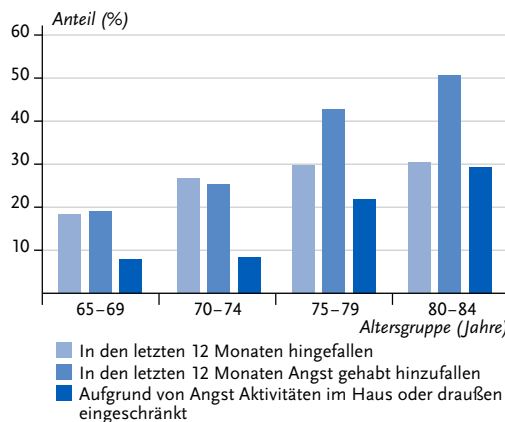
Neben Sturzerfahrungen ist auch die Angst vor Stürzen bei älteren Frauen verbreitet. Rund jede dritte Frau (32,1 %) im Alter zwischen 65 und 84 Jahren hat Angst vor Stürzen. Bei den Männern in dieser Altersgruppe sind es nur halb so viele (14,7 %). Dementsprechend schränken auch doppelt so viele Frauen (14,7 %) wie Männer (7,7 %) aus diesem Grund ihre Aktivitäten innerhalb oder außerhalb des Hauses ein. Abbildung 5.3.7.1 zeigt den deutlichen Anstieg der Sturzanxiety und der damit verbundenen Einschränkung von Aktivitäten über

die Altersgruppen hinweg. In den Altersgruppen ab 75 Jahren berichten deutlich mehr Frauen von Sturzanxiety als von Sturzerfahrungen. Zugleich steigt der Anteil von Frauen an, die aufgrund von Sturzanxiety Aktivitäten einschränken. Bei den 65- bis 74-Jährigen liegt dieser Anteil noch deutlich unter 10 %, er vervierfacht sich bei den 80-Jährigen und Älteren (29,3 %). Es zeigen sich jedoch keine Bildungsunterschiede oder Unterschiede zwischen Frauen, die alleine oder mit jemandem zusammenleben.

Der Großteil der publizierten Studien verweist auf eine Sturzprävalenz bei Frauen ab 65 Jahren von mindestens 20 % [110]. Übereinstimmend mit der Literatur [z. B. 106, 111, 112] zeigen die dargestellten Befunde aus dem DEAS, dass höheres Alter sowie weibliches Geschlecht wichtige Risikofaktoren für Stürze sind. Neben den genannten allgemeinen Risikofaktoren für Stürze, die mit dem Alter zunehmen, spielen nachlassende Reflexe des Körpers mit den Armen oder Beinen verzögert ist. Frauen sind insbesondere betroffen, da der Muskelabbau mit zunehmendem Alter im Vergleich zu Männern schneller voranschreitet. Außerdem zählt auch körperliche Gebrechlichkeit zu den Risikofaktoren für Stürze [96], insbesondere bei Frauen [113] (siehe Kapitel 5.3.6).

Studien zur Häufigkeit von Stürzen in Pflegeheimen zeigen im Gegensatz zu jenen in Privathaushalten allerdings einen gegenläufigen Befund. Einer bayerischen Studie in 528 Pflegeheimen zufolge stürzen Männer häufiger als Frauen [114], ein Befund, der vergleichbare Studien anderer Länder stützt [vgl. 115]. Die Gründe für die höhere Sturzhäufigkeit von Männern in Pflegeheimen sind bisher nicht klar, da sich die höhere Sturzhäufigkeit bei Männern auch dann zeigt, wenn Frauen und Männer innerhalb einer Pflegestufe miteinander verglichen werden. Diskutiert wird, dass die Gründe für den Heimübergang zwischen Frauen und Männern variieren könnten, da Frauen ihre Partner länger zu Hause pflegen. Entsprechende Unterschiede in der Funktionsfähigkeit zwischen Frauen und Männern werden möglicherweise nicht ausreichend über die Pflegestufe abgebildet, so die Autorinnen und Autoren der bayerischen Studie (durchgeführt wurde die Studie vor der Einführung der Pflegegrade im Jahr 2018) [114].

Abbildung 5.3.7.1
Anteil älterer Frauen mit Sturzerfahrungen oder Sturzanxiety nach Alter
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



Um Stürze und deren negative Konsequenzen zu vermeiden, werden mittlerweile in vielen Pflegeheimen und Begegnungsstätten für ältere Menschen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe angeboten. Viele Sturzpräventionsprogramme wie das „Otago Übungsprogramm“ oder das Programm „Standfest und Stabil“ zielen vor allem darauf ab, das Muskel- und Skelettsystem zu stärken, um zukünftigen Stürzen vorzubeugen [116, 117]. Die hier dargestellten Befunde zeigen, dass insbesondere bei Frauen auch die Angst vor Stürzen berücksichtigt werden sollte. Die Vermittlung von Geh- und Trittsicherheit und das Aufzeigen, wie Gefahrenquellen in der Umwelt beseitigt werden können (Vermeidung von Stolperfallen in der eigenen Häuslichkeit, Anbringen von Haltegriffen, Tragen von festem Schuhwerk) sind deshalb wichtige ergänzende Bestandteile für Angebote zur Sturzprophylaxe, um eine Abwärtsspirale von Stürzen und Sturzangst zu vermeiden.

5.4 Gesundheits- und Vorsorgeverhalten älterer Frauen

Wie gesund ältere Frauen sind, hängt nicht allein von genetischen, biologischen oder psychosozialen Faktoren ab, sondern auch von ihrem Gesundheitsverhalten. Besonders die gesundheitsförderliche Wirkung regelmäßiger körperlicher Aktivität ist bis ins hohe Alter gut belegt und zwar auch dann, wenn Erkrankungen bestehen. Aus diesem Grund wird nachfolgend betrachtet, wie verbreitet körperliche Aktivität bei älteren Frauen ist. Andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens, wie z. B. Tabak- und Alkoholkonsum, haben im jungen und mittleren Lebensalter eine größere Bedeutung als im Alter. In den [Kapiteln 2.2.4](#) und [2.2.5](#) werden der Tabak- und Alkoholkonsum von Frauen dargestellt, dort gibt es auch kurze Ausführungen zum Konsum älterer Frauen. Ebenso sei auf die Berichtskapitel zur Ernährung ([2.2.2](#)) und Körpergewicht ([2.2.3](#)) verwiesen, auch hier werden Daten für alle Altersgruppen dargestellt.

Neben gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ist zudem bedeutsam, inwieweit Menschen Vorsorge treffen für den Fall schwerer Erkrankungen sowie für die Versorgung am Lebensende. Da Frauen häufiger als Männer im Alter alleine leben, kann es für sie noch wichtiger sein, ihre Wünsche

im Rahmen von Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung zu formulieren, damit die Versorgung tatsächlich nach ihrem Willen erfolgt.

5.4.1 Körperliche Aktivität

Unter dem Oberbegriff körperliche Aktivität werden verschiedene Formen von Bewegung zusammengefasst. Gerade bei älteren Menschen liegt dabei der Fokus nicht auf sportlichen Aktivitäten, da diese je nach Gesundheitszustand nicht oder nur eingeschränkt ausgeübt werden können. Einbezogen werden vielmehr auch Alltagsaktivitäten wie Treppensteigen oder Zufußgehen.

Ein körperlich aktiver Lebensstil verbessert die Gesundheit von Menschen, insbesondere im Alter. Zahlreiche Studien konnten den gesundheitsförderlichen Effekt von körperlicher Aktivität für eine bessere körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit, für die Reduktion des Sturzrisikos, höheres Wohlbefinden und Lebensqualität sowie geringere Depressivität bei älteren Menschen nachweisen [118–123].

Bewegungsmangel erhöht nachweislich das Risiko für viele chronische Erkrankungen, die im Alter vermehrt auftreten (siehe [Kapitel 5.3.4](#)), wie Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Brust- oder Darmkrebs und erhöht zudem das Risiko vorzeitiger Sterblichkeit [124]. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der gesundheitlichen Wirkung von Bewegung gibt es deshalb Empfehlungen für ein Mindestmaß von Aktivitäten. Die WHO empfiehlt Erwachsenen ab 65 Jahren mindestens 150 Minuten pro Woche mindestens mäßig anstrengende Ausdaueraktivitäten auszuüben, die eine erhöhte Atem- und Herzfrequenz erzeugen und über einen Zeitraum von wenigstens zehn Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt werden [125]. Unter Ausdaueraktivitäten werden körperliche Aktivitäten zusammengefasst, die einen gesundheitsförderlichen Effekt auf das Herz-Kreislauf- und Stoffwechselsystem haben, wie Radfahren, Wandern oder Schwimmen. Außerdem empfiehlt die WHO, an mindestens zwei Tagen in der Woche Aktivitäten zur Stärkung und Kräftigung des Muskel-Skelett-Apparates auszuüben. Hierzu zählt gezieltes Krafttraining, aber auch Treppensteigen. Bestehen Mobilitätseinschränkungen, werden zusätzlich Gleichgewichtsübungen an mindestens drei Tagen pro Woche zur Sturzprävention empfohlen [125].

Die Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass ältere Frauen die Empfehlungen der WHO deutlich seltener erfüllen als Männer. In der Altersgruppe ab 65 Jahren kommen zwei von drei Männern (63,7 %), aber nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen (54,3 %) der WHO-Empfehlung nach, mindestens 150 Minuten mäßig anstrengende Ausdaueraktivität pro Woche auszuüben. Innerhalb der Gruppe der älteren Frauen zeigen sich außerdem deutliche Alters- und Bildungsunterschiede. Bei den 65- bis 74-jährigen Frauen kommen fast zwei von drei Frauen den WHO-Empfehlungen nach, bei den 85-Jährigen und Älteren hingegen nur knapp jede fünfte Frau (Abb. 5.4.1.1). Außerdem kommen Frauen der unteren Bildungsgruppe seltener den WHO-Empfehlungen nach als Frauen der mittleren bzw. oberen Bildungsgruppe. Unterschiede zwischen Frauen, die alleine oder mit anderen zusammenleben, bestehen nicht.

Die hier dargestellten Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS enthalten sämtliche Ausdaueraktivitäten einschließlich Gehen. Dies entspricht den WHO-Empfehlungen für moderate Aktivitäten, zu denen Gehen sowie Walking, Laufen, Radfahren und Schwimmen zählen. Dadurch sind die Prävalenzraten höher als in Studien, die ausschließlich sportliche Aktivitäten einbeziehen. Vor allem wenn funktionale Einschränkungen vorliegen, bevorzugen ältere Frauen gemäßigtere körperliche Aktivitäten wie Spazierengehen, weshalb es sinnvoll ist, gerade bei der Betrachtung älterer Frauen auch das Gehen mit zu berücksichtigen. Doch auch unter Einbezug

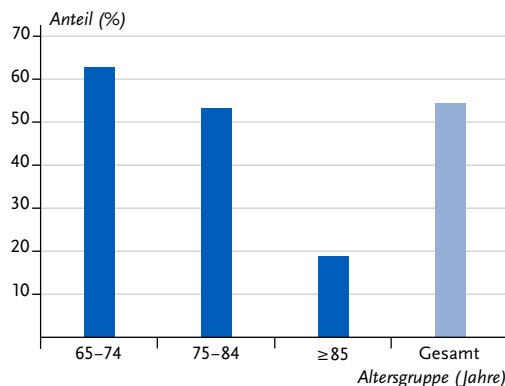
der moderaten Aktivität Gehen zeigen die Daten, dass nur gut die Hälfte der Frauen ab 65 Jahren der WHO-Empfehlung nachkommt.

Neben der Ausdaueraktivität wurde im Rahmen von GEDA 2014/15-EHIS erfasst, inwiefern Personen den Empfehlungen für Aktivitäten zur Muskelkräftigung (an mindestens zwei Tagen in der Woche) folgen. Dieser Mindestanforderung kommt weniger als ein Drittel der älteren Menschen nach, Frauen mit 26,4 % seltener als Männer (32,2 %). Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren und 75 bis 84 Jahren unterscheiden sich dabei nicht, in der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren sinkt jedoch der Anteil derjenigen, die der Empfehlung für Aktivitäten zur Muskelkräftigung nachkommen, deutlich auf 13,4 %. Dabei üben Frauen der oberen Bildungsgruppe eher Muskelkräftigungsaktivitäten aus als Frauen der unteren Bildungsgruppe.

Aussagen zu Trends in der Ausübung sportlicher Aktivitäten über einen Zeitraum von gut zehn Jahren können anhand der Daten der DEGS1-Studie und der Vorgängerstudie, des Bundes-Gesundheits-survey 1998 (BGS98) getroffen werden. Dabei zeigt sich ein Anstieg sportlicher Aktivitäten bei erwachsenen Personen in Deutschland und zwar vor allem in älteren Altersgruppen und dabei insbesondere bei älteren Frauen. Bei den 60- bis 69-jährigen Frauen stieg der Anteil sportlich Aktiver innerhalb von zehn Jahren um 12,6 Prozentpunkte an (bei den gleichaltrigen Männern um 7,7 Prozentpunkte) [126]. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch die Daten des DEAS für den Zeitraum von 1996 bis 2014. Auch hier zeigt sich eine Zunahme sportlicher Aktivität bei älteren Menschen und insbesondere bei den älteren Frauen [127].

Auch wenn diese Entwicklung in eine positive Richtung weist, besteht in allen Altersgruppen, insbesondere auch bei älteren Frauen, ein erhebliches Potenzial zur weiteren Steigerung körperlicher Aktivität. Die WHO hat deshalb im „Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013–2020“ als zentrales Ziel formuliert, unzureichende körperliche Aktivität zu reduzieren [128]. Auch in Deutschland gibt es Initiativen und Kampagnen, die körperliche Aktivität fördern. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) mehrere Projekte

Abbildung 5.4.1.1
Anteil älteren Frauen, die die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erfüllen, nach Alter
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS



zum Thema „Im Alter IN FORM“ durchgeführt. Auch das Präventionsprogramm „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) will mit seinen Projekten „Lübecker Modell Bewegungswelten“ und „AlltagsTrainingsProgramm“ ältere Menschen darin unterstützen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden durch mehr körperliche Aktivität möglichst lange zu erhalten. Das Programm „Gesund & aktiv älter werden“, ebenfalls von der BZgA, veranstaltet regelmäßig Bundes- und Regionalkonferenzen zum Thema und gibt auf der Website zahlreiche Informationen und Tipps, wie mehr Bewegung in den Alltag integriert werden kann und wo es zielgruppenspezifische Angebote gibt.

5.4.2 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung

Mit steigendem Alter kommen zunehmend Gedanken zur Gestaltung des Lebensendes auf. Mögliche ethische oder juristische Fragestellungen betreffen vor allem Situationen, in denen eine Person Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Mit Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen können Festlegungen für diesen Fall getroffen werden [129].

In einer Vorsorgevollmacht wird einer bestimmten Person die Vollmacht übertragen, im Namen der vollmachterteilenden Person zu entscheiden und zu handeln. In der Vollmacht werden hierfür Aufgaben, Wünsche und Vorstellungen schriftlich festgelegt. In einer Betreuungsverfügung schlägt eine Person dem Gericht eine gewünschte rechtliche Betreuungsperson vor. Die Patientenverfügung konzentriert sich schließlich auf die medizinische Versorgung. In dieser Verfügungsform legt eine Person im Voraus fest, wie sie im Fall ihrer Entscheidungsunfähigkeit in bestimmten Situationen ärztlich und pflegerisch behandelt werden möchte. Die Festlegungen in der Patientenverfügung sind für Ärztinnen und Ärzte sowie Bevollmächtigte und Betreuende verbindlich, wenn durch diese Festlegung der Wille der Person für eine konkrete Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Der Abschluss einer Vorsorgevollmacht, Betreuungs- oder Patientenverfügung erfolgt freiwillig.

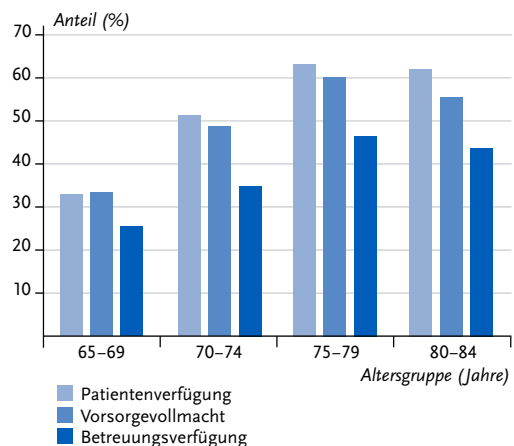
Im DEAS 2014 wurden die Personen gefragt, ob sie eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht

oder eine Betreuungsverfügung erteilt haben. Eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht haben knapp die Hälfte der 65-Jährigen und Älteren erteilt, eine Betreuungsverfügung rund jede dritte Person. Nur ein geringer Anteil gab an, nicht zu wissen, was dies sei (Patientenverfügung: 0,7 %, Vorsorgevollmacht: 1,8 %, Betreuungsverfügung: 3,2 %).

Ältere Frauen erteilen häufiger als gleichaltrige Männer eine Patientenverfügung (Frauen: 51,2 %, Männer: 44,5 %). Gleiches gilt für die Vorsorgevollmacht (Frauen: 48,5 %, Männer: 41,9 %) und Betreuungsverfügung (Frauen: 36,6 %, Männer: 30,6 %). Außerdem zeigt sich, dass der Anteil der Frauen, die eine solche Vorsorge treffen, in den höheren Altersgruppen zunimmt (Abb. 5.4.2.1). Die Zahl von Frauen mit Patientenverfügung steigt über die Altersgruppen hinweg an und ist bei den 75- bis 84-Jährigen am höchsten. Frauen unter 70 Jahren haben zudem seltener eine Vorsorgevollmacht abgeschlossen als jene ab 70 Jahren. Ebenso wird eine Betreuungsverfügung in den höheren Altersgruppen häufiger erteilt als bei den 65- bis 69-jährigen Frauen.

Unabhängig vom Alter ist auch der Bildungsstand entscheidend. Frauen der oberen Bildungsgruppe haben häufiger eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung abgeschlossen als Frauen der mittleren oder unteren Bildungsgruppe. Unterschiede zwischen

Abbildung 5.4.2.1
Anteil älterer Frauen, die Vorsorgedokumente haben,
nach Alter
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



allein- und zusammenlebenden Frauen bestehen nicht. Die hier aufgezeigten Alters- und Bildungsunterschiede finden sich auch in anderen Studien. Ältere Menschen setzen sich stärker mit Fragen von Krankheit und Lebensende auseinander und schließen entsprechend häufiger Vollmachten und Verfügungen ab als Menschen im mittleren Erwachsenenalter [130]. Gründe für die eher geringe Verbreitung von Vorsorgemaßnahmen können in Unsicherheiten und mangelndem Wissen über die Möglichkeiten und Inhalte dieser Vorsorgedokumente liegen.

Die Daten zeigen, dass ältere Frauen häufiger als ältere Männer Vollmachten und Verfügungen besitzen. Ein Grund dafür könnte sein, dass Frauen aufgrund der höheren Lebenserwartung häufiger ihre Ehepartner überleben und deshalb eher die Notwendigkeit sehen, ihre Wünsche und Vorstellungen am Lebensende über Vorsorgedokumente zu regeln. Auch aus anderen Studien gibt es Hinweise darauf, dass sich Frauen mehr Gedanken über den Inhalt von Vorsorgedokumenten machen als Männer [131]. Schließlich erhöht ein schlechterer Gesundheitszustand oder ein Krankenhausaufenthalt in den letzten zwölf Monaten sowie das Vorhandensein einer Ärztin oder eines Arztes des Vertrauens die Wahrscheinlichkeit des Abschließens von Vollmachten und Patientenverfügungen [131]. Auch dies könnte die aufgezeigten Geschlechterunterschiede erklären.

Im DEAS wurde auch in den Jahren 2002 und 2008 nach dem Vorhandensein von Vollmachten und Verfügungen gefragt. Dabei zeigt sich über die Jahre hinweg bis zum Jahr 2014 ein kontinuierlicher Anstieg älterer Menschen, die Vorsorgedokumente haben. Ein besonders deutlicher Anstieg (um etwa ein Drittel) zeigt sich dabei für den Abschluss einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Die höhere Präsenz des Themas Vorsorge in den Medien könnte in den letzten Jahren dazu beigetragen haben, dass mehr Personen Vorsorgedokumente abgeschlossen haben. Seit 2009 ist zudem die Patientenverfügung durch das „Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) gesetzlich verankert, zuvor waren nur Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht im Betreuungsrecht enthalten. Die Verbindlichkeit des in einer Patientenverfügung niedergelegten Willens wurde dadurch rechtlich verankert.

In der Gruppe der älteren Frauen sollten besonders jene der unteren Bildungsgruppe stärker auf die Möglichkeiten von Vorsorgedokumenten aufmerksam gemacht werden.

5.5 Fazit

Zusammenfassend lassen sich in Bezug auf die Gesundheit älterer Frauen einige positive Entwicklungen erkennen. Dazu zählen die insgesamt gute und im zeitlichen Verlauf besser gewordene subjektive Gesundheit, der gestiegene Anteil körperlich aktiver älterer Frauen sowie schließlich der höhere Anteil von Frauen mit Vorsorgedokumenten. Diese insgesamt positiven Trends weisen zugleich auf bisher nicht ausgeschöpfte Potenziale hin, die im Rahmen von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention adressiert werden sollten. Denn trotz deutlicher Steigerungsraten in den vergangenen Jahren erreichen derzeit nur rund die Hälfte aller Frauen ab 65 Jahren die Mindestempfehlungen für körperliche Aktivität. Ebenso hat nur rund die Hälfte von ihnen eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht.

Vor allem bei Frauen im hohen Alter zeigen sich besondere gesundheitliche Herausforderungen. Demenz und Depression sind dabei zwei Erkrankungen, von denen viele hochaltrige Frauen ab 85 Jahren betroffen sind, was angesichts einer steigenden Lebenserwartung neue Anforderungen für Prävention und Versorgung mit sich bringt. Verbreitet sind auch Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten. Diese können durch Erkrankungen entstehen, aber auch z. B. durch Schmerzen sowie Inkontinenz.

Ältere Frauen schränken ihre Alltagsaktivitäten aber nicht allein als Folge gesundheitlicher Probleme ein, sondern oftmals auch aufgrund von Sturzangst. Im ärztlichen Gespräch und bei präventiven Angeboten sollten neben körperlichen Einbußen und psychischen Erkrankungen gezielt auch Ängste und subjektive Probleme älterer Frauen adressiert werden.

Darüber hinaus sind Angebote der Gesundheitsförderung für alle älteren und hochaltrigen Frauen von Bedeutung, denn neben der Prävention von Krankheiten sind der Erhalt von Funktionen und die Stärkung von Ressourcen wichtige Voraussetzungen für eine gute Gesundheit im

Alter. Aufgrund der steigenden Zahl von Frauen und Männern, die ein hohes Alter erreichen, ist es eine bedeutsame Frage, welche individuellen und gesamtgesellschaftlichen Strategien jetzt und in Zukunft besonders geeignet sind, um die Gesundheit von Menschen im hohen Alter zu fördern und zu verbessern [132].

Eine Reihe von politischen Initiativen bieten Ansatzpunkte zur Förderung von Gesundheit, Aktivität und gesellschaftlicher Teilhabe im Alter. Im Jahr 2012 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Seitdem wurden auf verschiedenen Ebenen Projekte und Angebote ins Leben gerufen, um die Teilziele von „Gesund älter werden“ umzusetzen. Über Publikationen und Vorträge wurden relevante Akteurinnen und Akteure über das Gesundheitsziel und Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis informiert. Beispielsweise gibt es im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ regionale Fachtagungen sowie Schulungs- und Beratungsangebote durch die BAGSO [133]. Ein Internet-Portal der BZgA liefert fachlich geprüfte Gesundheitsinformationen zum Thema „Gesundes Alter“ sowie einen Überblick über Aktivitäten in Deutschland [134].

Die dargestellten Befunde zur Gesundheit älterer Frauen weisen auf eine Reihe von Unterschieden hin, sowohl zwischen den Geschlechtern als auch innerhalb der Gruppe der Frauen. Die Heterogenität der Gesundheit und Lebenslagen der Frauen ab 65 Jahren konnte zum Teil anhand von Daten dargestellt werden. Oftmals sind die zu betrachtenden Gruppen allerdings zu klein, um statistisch abgesicherte Erkenntnisse zu gewinnen. Hierzu bedarf es spezieller Datenerhebungen und Zugänge, insbesondere wenn es sich um vulnerable Gruppen handelt, z. B. pflegebedürftige ältere Frauen oder ältere Frauen mit Migrationshintergrund. Mit Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung sind gerade die vulnerablen Gruppen wichtige Zielgruppen für Angebote.

Unterstützung benötigen ältere Frauen (und Männer) auch, wenn kritische Lebensereignisse bewältigt werden müssen, z. B. Übergang in die Nacherwerbsphase, Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder Verwitwung. Im Alter werden Übergänge wahrscheinlicher, die ein hohes Belastungspotenzial besitzen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung

und Prävention können die betroffenen Frauen dabei unterstützen, diese Übergänge besser zu bewältigen und negative Folgen für die physische und psychische Gesundheit abzuwenden [135].

Forschung und Praxis sind gefragt, Unterschiede in der Gesundheit von älteren Frauen und im Vergleich zu Männern kritisch zu reflektieren, systematisch zu untersuchen und zukünftige Entwicklungen zu beobachten. Werden manche der aufgezeigten Geschlechterunterschiede möglicherweise geringer, wenn in Zukunft zunehmend mehr Männer ein hohes Alter erreichen? Wie können besonders ältere und hochaltrige Frauen mit geringerer Bildung für Präventionsangebote gewonnen werden? Wie sollten sie angesprochen werden, und was ist zu beachten im Vergleich zu Männern gleichen Alters? Viele weitere Fragen zur Gesundheit, Prävention und Versorgung älterer und hochaltriger Frauen sind zu bearbeiten. Ziel ist ein besseres Verständnis für Geschlechterunterschiede und -gemeinsamkeiten bei Menschen im höheren Lebensalter, das für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung und Prävention von großer Bedeutung ist.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2019) Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von ... Jahren je Person. Gliederungsmerkmale: Zeitraum, Region, Alter, Geschlecht. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
2. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz. Destatis, Wiesbaden
3. Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE kompakt 6(3). Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3137> (Stand: 01.04.2020)
4. Wetzel M, Simonson J (2017) Engagiert bis ins hohe Alter? Organisationsgebundenes ehrenamtliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, Tabellenanhang S. 8–9
5. Vogel C, Kausmann C, Hagen C (2017) Freiwilliges Engagement älterer Menschen. Sonderauswertungen des Vierten Deutschen Freiwilligensurveys. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
6. Klein T, Rapp I (2014) Die altersbezogene Partnerwahl im Lebenslauf und ihr Einfluss auf die Beziehungsstabilität. In: Steinbach A, Hennig M, Arránz Becker O (Hrsg) Familie im Fokus der Wissenschaft Familienforschung. Springer VS, Wiesbaden, S. 203–223
7. Wu Z, Schimmele CM, Ouellet N (2015) Repartnering After Widowhood. *J Gerontol B Psychol* 70(3):496–507
8. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2016) Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Destatis, Wiesbaden
9. Statistisches Bundesamt (2020) Wirtschaftsrechnungen. Leben in Europa (EU-SILC). Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. Fachserie 15, Reihe 3. Destatis, Wiesbaden

10. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Armutsgefährdungsquoten. Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz. Sonderauswertung
11. Simonson J (2013) Erwerbsverläufe im Wandel – Konsequenzen und Risiken für die Alterssicherung der Babyboomer. In: Vogel C, Motel-Klingebiel A (Hrsg) Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Springer VS, Wiesbaden, S. 273–290
12. De Jong-Gierveld J (1987) Developing and testing a model of loneliness. *J Pers Soc Psychol* 53(1):119–128
13. Pinquart M, Sörenson S (2003) Risk factors for loneliness in adulthood and old age. Developing and testing a model of loneliness – a meta-analysis. In: Shohov SP (Hrsg) Advances in psychology research. Nova Science Publishers, Hauppauge, S. 111–143
14. Beller J, Wagner A (2018) Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychol* 37(9):808–813
15. Cacioppo JT, Hawley LC, Thisted RA (2010) Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging* 25(2):453–463
16. 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(1):1013–1019
17. Hawley LC, Cacioppo JT (2010) Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med* 40(2):218–227
18. Holvast F, Burger H, d Waal MMW et al. (2015) Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *J Affect Disord* 185:1–7
19. Luo Y, Hawley LC, Waite LJ et al. (2012) Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med* 74(6):907–914
20. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M et al. (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 10(2):227–237
21. Böger A, Huxhold O, Wolff JK (2017) Wahlverwandtschaften: Sind Freundschaften für die soziale Integration wichtiger geworden? In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, Tabellenanhang S. 63–66
22. 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 JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, S. 273–285
23. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2018) Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschland-ergebnisse. Destatis, Wiesbaden
24. Cattani M, White M, Bond J et al. (2005) Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 25(1):41–67
25. Verbrugge LM (1989) The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 30(3):282–304
26. García-Esquinas E, Rodríguez-Sánchez I, Ortolá R et al. (2019) Gender Differences in Pain Risk in Old Age: Magnitude and Contributors. *Mayo Clin Proc* 94(9):1707–1717
27. Bartley EJ, Fillingim RB (2013) Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth* 111(1):52–58
28. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007) Harninkontinenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 39. RKI, Berlin
29. Gibson W, Wagg A (2014) New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing* 43(2):157–163
30. Bauer RM, Huebner W (2013) Gender differences in bladder control: from babies to elderly. *World J Urol* 31(5):1081–1085
31. Wurm S, Lampert T, Menning S (2009) Subjektive Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 79–91
32. Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M (2001) Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5-year longitudinal study. *Soc Sci Med* 52(9):1329–1341
33. Benyamini Y, Idler EL (1999) Community Studies Reporting Association between Self-Rated Health and Mortality: Additional Studies, 1995 to 1998. *Res Aging* 21(3):392–401
34. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K et al. (2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 21(3):267–275
35. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38(1):21–37
36. Schwarze J, Andersen HH, Anger S (2002) Self-rated and changes in self-rated health as predictors of mortality: First evidence from german panel data. SFB 373 Discussion Paper, No 2002.64, Humboldt University of Berlin
37. Bopp M, Braun J, Gutzwiller F et al. (2012) Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 Years. *PLoS ONE* 7(2):e30795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030795> (Stand: 01.04.2020)
38. Schnittker J, Bacak V (2014) The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *PLoS ONE* 9(1):e84933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933> (Stand: 01.04.2020)
39. Spuling SM, Wurm S, Wolff JK et al. (2017) Heißt krank sein sich auch krank fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, S. 157–170
40. Wurm S, Schöllgen I, Tesch-Römer C (2010) Gesundheit. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 90–117
41. Robert Koch-Institut (2015) Subjektive Gesundheit und Krankheiten. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 463–469
42. Robert Koch-Institut (2015) Subjektive Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 30–36
43. Spuling SM, Wurm S, Tesch-Römer C et al. (2015) Changing predictors of self-rated health: Disentangling age and cohort effects. *Psychol Aging* 30(2):462–474
44. Wu S, Wang R, Zhao Y et al. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 13(1):320. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320> (Stand: 01.04.2020)
45. World Health Organization (Hrsg) (2017) Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. WHO, Geneva
46. Luppa M, Sikorski C, Luck T et al. (2012) Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 136(3):212–221

47. Lupp M, Sikorski C, Motzek T et al. (2012) Health service utilization and costs of depressive symptoms in late life – a systematic review. *Curr Pharm Des* 18(36):5936–5957
48. Thom J, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):72–80. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2787> (Stand: 01.04.2020)
49. 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. *Journal of Health Monitoring* 2(1):83–90. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2585> (Stand: 01.04.2020)
50. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY (2017) Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull* 143(8):783–822
51. Albert PR (2015) Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci* 40(4):219–221
52. Büchtemann D, Lupp M, Bramesfeld A et al. (2012) Incidence of late-life depression: a systematic review. *J Affect Disord* 142(1-3):172–179
53. Sieverding M, Kendel F (2012) Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsbl* 55(9):1118–1124
54. Möller-Leimkühler AM (2009) Männer, Depression und „männliche Depression“. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77(7):412–422
55. Robert Koch-Institut (2015) Psychische Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. RKI, Berlin, S. 111–122
56. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51*. RKI, Berlin
57. Alzheimer's Association Report (2018) 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 14(3):367–429
58. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg) (2018) *Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. DALzG, Berlin
59. World Health Organization, Alzheimer's Disease International (Hrsg) (2012) *Dementia: a public health priority*. WHO, Geneva
60. Hoffmann F, Kaduszkiewicz H, Glaeske G et al. (2014) Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. *Aging Clin Exp Res* 26(5):555–559
61. Chêne G, Beiser A, Au R et al. (2015) Gender and incidence of dementia in the Framingham Heart Study from mid-adult life. *Alzheimers Dement* 11(3):310–320
62. Nebel RA, Aggarwal NT, Barnes LL et al. (2018) Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: A call to action. *Alzheimers Dement* 14(9):1171–1183
63. Qiu C, v Strauss E, Bäckman L et al. (2013) Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology* 80(20):1888–1894
64. Roehr S, Pabst A, Luck T et al. (2018) Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. *Clin Epidemiol* 10:1233–1247
65. Luck T, Riedel-Heller SG (2016) Prävention von Alzheimer-Demenz in Deutschland. Eine Hochrechnung des möglichen Potenzials der Reduktion ausgewählter Risikofaktoren. *Nervenarzt* 87(11):1194–1200
66. Prince M, Ali GC, Guerchet M et al. (2016) Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther* 8(1):23
67. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V et al. (2017) Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 390(10133):2673–2734
68. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA (1996) Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract* 2:65–70
69. Wolff JK, Wurm S (2018) Multimorbidity/Comorbidity/Multiple Diseases. In: Bornstein MH (Hrsg) *The SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development*. Sage, Thousand Oaks, CA, S. 1460–1461
70. Makovski T, Schmitz S, vd Akker M et al. (2018) Multimorbidity and quality of life – Systematic literature review and meta-analysis. *Rev Epidemiol Sante Publique* 66(5):S327
71. Read JR, Sharpe L, Modini M et al. (2017) Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 221:36–46
72. Ryan A, Wallace E, O'Hara P et al. (2015) Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 13:168
73. Wang L, Si L, Cocker F et al. (2018) A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. *Appl Health Econ Health Policy* 16(1):15–29
74. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G et al. (2014) Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. *PLoS ONE* 9(7):e102149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149> (Stand: 01.04.2020)
75. Wolff JK, Nowossadeck S, Spuling SM (2017) Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Springer VS, Wiesbaden, S. 125–137
76. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. (2012) Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 380(9836):37–43
77. Fortin M, Stewart M, Poitras ME et al. (2012) A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med* 10(2):142–151
78. Marengoni A, Angleman S, Melis R et al. (2011) Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 10(4):430–439
79. National Institute for Health and Care Excellence (Hrsg) (2016) *Multimorbidity: clinical assessment and management*. NICE, London
80. World Health Organization (Hrsg) (2015) *World report on ageing and health*. WHO, Geneva
81. Stenholm S, Westerlund H, Head J et al. (2015) Comorbidity and functional trajectories from midlife to old age: the Health and Retirement Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 70(3):332–338
82. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L et al. (1994) A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 49(2):M85–M94
83. Liang J, Bennett JM, Shaw BA et al. (2008) Gender differences in functional status in middle and older age: Are there any age variations? *J Gerontol B Psychol* 63(5):S282–S292
84. Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) *Gesundheit und Krankheit im Alter, 2.2 Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin, S. 62–78
85. Murtagh KN, Hubert HB (2004) Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am J Public Health* 94(8):1406–1411
86. 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, S. 406–430

87. Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. *Z Med Psychol* 7(4):190–191
88. 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
89. Katz S, Downs TD, Cash HR et al. (1970) Progress in Development of the Index of ADL. *Gerontologist* 10(1):20–30
90. Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 9(3):179–186
91. Lawton MP (1971) The functional assessment of elderly people. *J Am Geriatr Soc* 19(6):465–481
92. Wolff JK, Nowossadeck S, Spuling SM (2017) Altern nachfolgende Kohorten gestünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Springer VS, Wiesbaden, Tabellenanhang S. 17–18
93. Paterson DH, Warburton DER (2010) Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 7:38
94. Desveaux L, Beauchamp M, Goldstein R et al. (2014) Community-based exercise programs as a strategy to optimize function in chronic disease: a systematic review. *Med Care* 52(3):216–226
95. Chang SF, Lin PL (2015) Frail phenotype and mortality prediction: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Nurs Stud* 52(8):1362–1374
96. Kojima G (2015) Frailty as a Predictor of Future Falls Among Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc* 16(12):1027–1033
97. Kojima G (2016) Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 70(7):722–729
98. Kojima G (2017) Frailty as a predictor of disabilities among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil* 39(19):1897–1908
99. Kojima G (2018) Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther* 41(1):42–48
100. Robertson DA, Savva GM, Kenny RA (2013) Frailty and cognitive impairment – a review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Res Rev* 12(4):840–851
101. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY et al. (2015) Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health* 73(1):19
102. Cesari M, Prince M, Thiagarajan JA et al. (2016) Frailty: An Emerging Public Health Priority. *J Am Med Dir Assoc* 17(3):188–192
103. Collard RM, Boter H, Schoevers RA et al. (2012) Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 60(8):1487–1492
104. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J et al. (2009) Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 64(6):675–681
105. Fuchs J, Busch M, Scheidt-Nave C (2017) Frailty: Prävalenz bei 70- bis 79-jährigen in Deutschland (populationsbasierter Ansatz). *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 52(11-12):758–763
106. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit (Frailty). Faktenblatt zu DEGS1: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008–2011). www.degs-studie.de/deutsch/home.html (Stand: 01.04.2020)
107. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM (2013) Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas* 75(1):51–61
108. Deshpande N, Metter EJ, Lauretani F et al. (2008) Activity restriction induced by fear of falling and objective and subjective measures of physical function: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 56(4):615–620
109. Patil R, Uusi-Rasi K, Kannus P et al. (2014) Concern about falling in older women with a history of falls: associations with health, functional ability, physical activity and quality of life. *Gerontology* 60(1):22–30
110. Scheffer AC, Schuurmans MJ, v Dijk N et al. (2008) Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing* 37(1):19–24
111. Lamb SE, Jørstad-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
112. Rapp K, Freiburger E, Todd C et al. (2014) Fall incidence in Germany: results of two population-based studies, and comparison of retrospective and prospective falls data collection methods. *BMC Geriatr* 14:105. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-105> (Stand: 01.04.2020)
113. Gale CR, Cooper C, Aihie Sayer A (2016) Prevalence and risk factors for falls in older men and women: The English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing* 45(6):789–794
114. Rapp K, Becker C, Cameron ID et al. (2012) Epidemiology of falls in residential aged care: analysis of more than 70,000 falls from residents of bavarian nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 13(2):187e1–e6
115. Nurmi I, Luthje P (2002) Incidence and costs of falls and fall injuries among elderly in institutional care. *Scand J Prim Health Care* 20(2):118–122
116. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ et al. (2012) Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3> (Stand: 01.04.2020)
117. Vieira ER, Palmer RC, Chaves PHM (2016) Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ* 353:i1419. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1419> (Stand: 01.04.2020)
118. Bherer L, Erickson KI, Liu-Ambrose T (2013) A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *J Aging Res* 2013(9):657508
119. Nash KCM (2012) The effects of exercise on strength and physical performance in frail older people: a systematic review. *Rev Clin Gerontol* 22(4):274–285
120. Rhyner KT, Watts A (2016) Exercise and Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Meta-Analytic Review. *J Aging Phys Act* 24(2):234–246
121. Thibaud M, Bloch F, Tournoux-Facon C et al. (2012) Impact of physical activity and sedentary behaviour on fall risks in older people: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur Rev Aging Phys Act* 9(1):5–15
122. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB et al. (2014) Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000–2012. *Braz J Psychiatry* 36(1):76–88
123. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 174(6):801–809

124. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 380(9838):219–229
125. World Health Organization (Hrsg) (2010) Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva
126. Krug S, Jordan S, Mensink GBM et al. (2013) Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5–6):765–771
127. Spuling SM, Ziegelmann JP, Wünsche J (2017) Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, S. 139–156
128. World Health Organization (Hrsg) (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. WHO, Geneva
129. Hack J, Buecking B, Lopez CL et al. (2018) Vorausverfügungen im klinischen Alltag. *Der Nephrologe* 13(3):205–214
130. Lang FR, Wagner GG (2007) Patientenverfügungen in Deutschland: Bedingungen für ihre Verbreitung und Gründe der Ablehnung. *Dtsch med Wochenschr* 132(48):2558–2562
131. Carr D (2012) The social stratification of older adults' preparations for end-of-life health care. *J Health Soc Behav* 53(3):297–312
132. World Health Organization (Hrsg) (2013) Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. WHO, Geneva
133. Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (2019) Im Alter IN FORM. www.im-alter-inform.de (Stand: 01.04.2020)
134. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Gesund und aktiv älter werden. www.gesund-aktiv-aelter-werden.de (Stand: 01.04.2020)
135. Franke A, Heusinger J, Konopik N et al. (2017) Band 49: Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

