

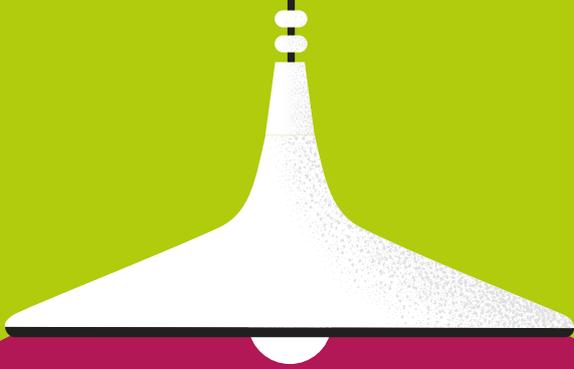


Meta-Studie

Soziale Isolation und Ernährung

Herausforderungen für
Senioren im Alltag





Inhaltsverzeichnis

01	Zielsetzung & Hintergrund	03
02	Zusammenfassung	04
03	Einsamkeit und Nahrungsaufnahme	06
04	Auswirkungen auf die Nahrungsqualität.....	10
05	Psychologische Faktoren	13
06	Gesundheitsfolgen	16
07	Regionale Unterschiede	19
08	Lösungsansätze	22
09	Fazit und Handlungsempfehlungen	29

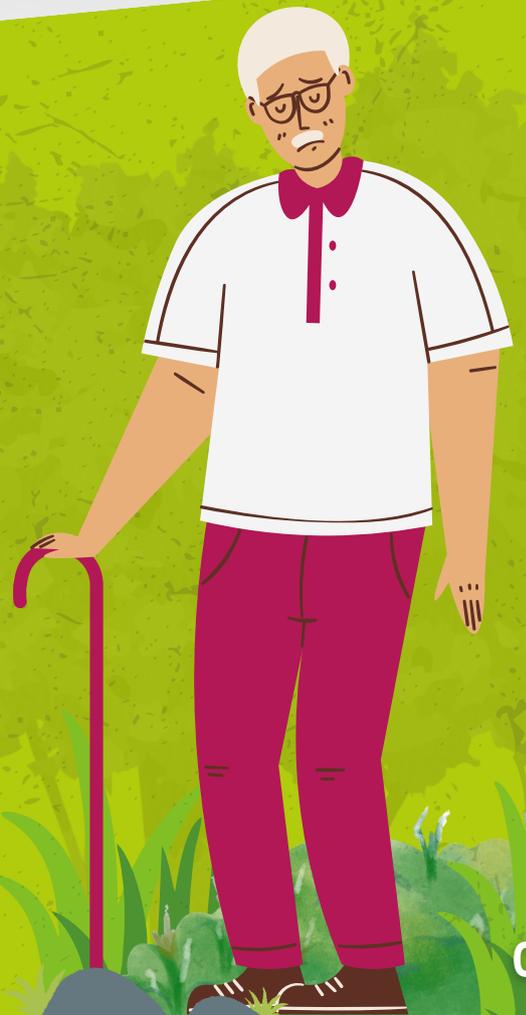
Zielsetzung der Studie

Diese Meta-Studie untersucht, wie Einsamkeit das Essverhalten von Senioren beeinflusst, mit besonderem Fokus auf Nahrungsmenge, -qualität und gesundheitliche Konsequenzen.

Hintergrund

Weltweit leiden etwa 20–30 % der Senioren an sozialer Isolation, die durch Faktoren wie Verwitwung, gesundheitliche Einschränkungen oder den Auszug von Familienmitgliedern verstärkt wird. Studien zeigen, dass Einsamkeit nicht nur die psychische Gesundheit, sondern auch das körperliche Wohlbefinden durch veränderte Ernährungsgewohnheiten negativ beeinflusst.

20 – 30 %
der Senioren
leiden unter
sozialer Isolation



Zusammenfassung

Einsamkeit im Alter ist mehr als ein individuelles Schicksal. Sie entwickelt sich im Rahmen des demografischen Wandels zu einem wachsenden gesellschaftlichen Problem, das in Deutschland Millionen Menschen betrifft.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebt fast jede zweite Person ab 60 Jahren allein¹. Diese soziale Isolation kann die Lebensqualität erheblich mindern und wirkt sich nachweislich auch auf das Ernährungsverhalten aus.

Weniger Nahrungsaufnahme

Studien belegen, dass alleinlebende oder sozial isolierte ältere Menschen bis zu 25 % weniger Kalorien zu sich nehmen als Gleichaltrige mit regelmäßigen sozialen Kontakten². Die Mahlzeiten werden oft kleiner, unregelmäßiger und weniger abwechslungsreich gestaltet.

25%

weniger Kalorien als Gleichaltrige mit regelmäßigen sozialen Kontakten

Abnahme der Nahrungsqualität

Häufig kommt es zu einer Unterversorgung mit wichtigen Nährstoffen.

Rund ein Viertel der Seniorinnen und Senioren in Deutschland nimmt nicht die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlene tägliche Eiweißmenge von mindestens 0,8 g pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag auf³.

Auch Vitamin- und Mineralstoffmängel treten verstärkt auf, wenn frische Lebensmittel seltener eingekauft oder verarbeitet werden⁴.



Psychologische Mechanismen

Der Verlust sozialer Strukturen beeinflusst nicht nur die Essensmenge, sondern auch die Motivation zur Zubereitung ausgewogener Mahlzeiten. Bis zu 60 % der alleinlebenden älteren Menschen berichten, „keine Lust“ zu haben, für sich selbst zu kochen⁵.

Depressive Begleitsymptome verstärken diesen Effekt. Sie führen nachgewiesen sogar dazu, dass Mahlzeiten bis zu 2,5-mal häufiger ganz ausfallen⁶.

Gesundheitliche Folgen

Entwicklung
von Isolation

Die Kombination aus sozialer Isolation und unzureichender Ernährung erhöht das Risiko für Mangelernährung, Gewichtsverlust und körperliche Schwäche. Gleichzeitig kann emotionales Essen – oft in Form von energiedichten, nährstoffarmen Lebensmitteln – zur Gewichtszunahme ohne ausreichende Nährstoffversorgung beitragen⁷.

verändertes
Essverhalten

Die für die Meta-Studie analysierten Daten belegen, dass soziale Isolation und Ernährung im Alter eng miteinander verflochten sind. Wirksame Maßnahmen müssen daher sowohl psychologische als auch praktische Aspekte berücksichtigen.

gesundheitliche
Folgen

Mögliche Lösungsansätze reichen von Gemeinschaftsprogrammen über Essenslieferdienste bis hin zu gezielter Ernährungsberatung. Nur ein integrierter, ganzheitlicher Ansatz kann dazu beitragen, die ernährungsbedingten gesundheitlichen Risiken sozial isolierter Seniorinnen und Senioren wirksam zu senken.

Fußnoten / Quellennachweise

1 Destatis. (2025, 16. Juli). Mikrozensus: Fast jeder zweite Mensch ab 60 Jahren lebt allein. Pressemitteilung Nr. NO36/2025

2 Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2024). The impact of eating alone on food intake and everyday eating among 70–75-year-olds in Sweden. *BMC Public Health*, 24, 19560.

3 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2025). Essen und Trinken im Alter (Fit im Alter).

4 Beck, A. M., Ovesen, L., & Schroll, M. (2021). Low-Intake Dehydration in Older Adults—A Narrative Review. *Nutrients*, 13(9), 3142.

6 Locher, J. L., et al. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 57–77.

7 Delerue Matos, A., et al. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21, 924.



Einsamkeit und Nahrungsaufnahme

Kalorienaufnahme

Soziale Isolation im Alter wirkt sich direkt und messbar auf die Nahrungsaufnahme aus. Ältere Menschen, die regelmäßig allein essen, nehmen im Durchschnitt 18–25 % weniger Kalorien zu sich als Gleichaltrige, die ihre Mahlzeiten in Gesellschaft einnehmen¹.

In einer schwedischen Kohortenstudie mit 70- bis 75-Jährigen zeigte sich, dass Personen, die überwiegend allein aßen, im Mittel **400–500 kcal pro Tag weniger** aufnahmen als jene, die regelmäßig in Gesellschaft speisten¹. Dieses Defizit ist nicht nur eine Frage der Menge, sondern beeinflusst auch Struktur und Regelmäßigkeit der Mahlzeiten.

-18%

alleine

in
Gesellschaft

Veränderte Mahlzeitenmuster

Einsame Seniorinnen und Senioren lassen Mahlzeiten häufiger aus oder verschieben sie auf ungewöhnliche Tageszeiten.

Die Gründe dafür sind vielfältig :

- **Appetitverlust** durch mangelnde Gesellschaft beim Essen. Fehlende soziale Interaktion verringert das Interesse am Essen.
- **Weniger strukturierte Mahlzeiten durch fehlenden sozialen Kontext.** Essen ohne sozialen Kontext führt häufig zu nur ein bis zwei Speisen pro Tag.
- **Wegfall von Ritualen** wie gemeinsames Kochen oder Kaffeetrinken im Zusammenhang mit Konversation und sozialem Austausch.

Die Veränderungen durch soziale Isolation betreffen nicht nur die Häufigkeit von Mahlzeiten, sondern auch die Zusammensetzung. Häufig werden frische, ausgewogene Speisen durch schnell verfügbare, stark verarbeitete Produkte ersetzt. Diese erfordern zwar weniger Zubereitungsaufwand, sind aber oft nährstoffärmer.²

Der Rückgang der Nahrungsaufnahme betrifft nicht nur kleinere Zwischenmahlzeiten, die gesundheitlich weniger relevant sind, sondern auch Hauptmahlzeiten. Besonders stark ist dieser Effekt bei Menschen in hohem Alter ausgeprägt, die ihre Kost regelmäßig allein einnehmen. Am wenigsten von einem Mahlzeitenverzicht betroffen ist den Auswertungen zufolge das Mittagessen. Hier leistet in vielen Fällen das Angebot für Essen auf Rädern einen positiven Beitrag: Die warmen, ausgewogenen Mittagsmahlzeiten stellen für viele sozial isoliert lebende Menschen einen Fixpunkt im Alltag dar und führen dazu, dass das Mittagessen als Hauptmahlzeit eher selten ausfällt.

Tageszeiten, an denen Mahlzeiten häufiger ausfallen

häufig selten

Frühstück

häufig

Mittagessen

selten

Abendessen

sehr häufig

Kleine
Mahlzeiten

sehr häufig

Motivationsverlust beim Kochen

Die Bereitschaft, für sich selbst zu kochen, ist deutlich geringer. Rund 60 % der alleinlebenden älteren Menschen geben an, „keine Lust“ zu haben, für sich selbst zu kochen³. Dieser Effekt ist bei Männern tendenziell stärker ausgeprägt als bei Frauen, da diese im Alter häufiger über routinierte Kochgewohnheiten verfügen⁴.

60%

geben an, keine Lust zu haben, für sich selbst zu kochen

Weniger soziale Mahlzeiten

Gemeinschaftsessen fördern nachweislich sowohl die Nahrungsvielfalt als auch die aufgenommene Menge. Fehlen diese Gelegenheiten, sinkt nicht nur die soziale Teilhabe, sondern auch die Vielfalt der Ernährung.⁵

Hier wirken bestimmte Mechanismen

Soziale Verstärkung

In Gesellschaft neigen Menschen dazu, länger und ausgewogener zu essen

Erhöhte Mahlzeitenfrequenz

Sie wird durch feste Essenszeiten und die Verknüpfung von Mahlzeiten mit sozialen Verpflichtungen und Gemeinsamkeiten induziert

Psychologische Aufwertung

Das Essen wird als soziales Ereignis und daher mehr als nur reine Nahrungsaufnahme bzw. Sättigung wahrgenommen

In städtischen Ein-Personen-Haushalten fällt dieser Wegfall besonders ins Gewicht, da spontane oder ritualisierte Einladungen oder nachbarschaftliche Essensrunden seltener stattfinden.⁶

↓ Low-Intake-Dehydration



Appetit und Flüssigkeitszufuhr

Soziale Isolation kann auch den Appetit und das Trinkverhalten beeinträchtigen. Einsame Seniorinnen und Senioren weisen häufiger Anzeichen von Low-Intake-Dehydration auf. Diese, eine Form der Austrocknung, entsteht schleichend, wenn zu wenig Flüssigkeit über längere Zeit aufgenommen wird.⁷

Mahlzeiten in Gesellschaft steigern dagegen nicht nur die Nahrungs-, sondern auch die Flüssigkeitsaufnahme, etwa durch das gemeinsame Trinken von Wasser, Tee oder Kaffee.⁸

Emotionales Essen und Nahrungsmittelwahl



Einsamkeit verändert nicht nur die Menge der aufgenommenen Nahrung, sondern auch die Auswahl der Lebensmittel. In einer europäischen Analyse mit Daten aus 14 Ländern zeigte sich, dass sozial isolierte ältere Menschen signifikant häufiger zu hochverarbeiteten Produkten, Fertiggerichten und Süßwaren greifen⁹.

Der erhöhte Konsum solcher Lebensmittel dient oft als kurzfristiger Stimmungsaufheller oder ist eine Folge des geringeren Anreizes, ohne sozialen Kontext aufwändig zu kochen.

Typische Muster

Vermehrte Aufnahme energiedichter, nährstoffarmer Kost (z. B. Kuchen, Kekse, Chips)

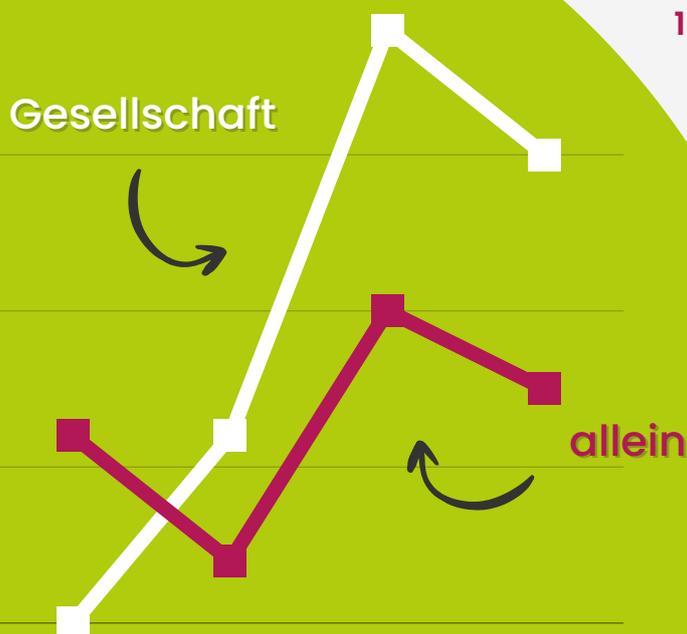
Geringere Vielfalt an frischen Lebensmitteln wie Obst, Gemüse und Fisch

Unregelmäßige Essenszeiten ohne festen Tagesrhythmus

Die Auswertung der SHARE-Daten (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) ergab, dass einsame Seniorinnen und Senioren bis zu 35 % seltener täglich frisches Obst und Gemüse konsumieren⁹.

≈400–500 kcal

Defizit pro Tag



18–25 % weniger Kalorienaufnahme bei einsamen älteren Menschen¹.

60 % geben an, keine Lust zu haben, für sich selbst zu kochen³.

Gemeinschaftsessen steigern die Essensmenge und -vielfalt⁵.

Einsamkeit erhöht das Risiko für Low-Intake-Dehydration⁷.

Zahlen im Fokus

Fußnoten / Quellennachweise

- 1 Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2024). The impact of eating alone on food intake and everyday eating among 70–75-year-olds in Sweden. *BMC Public Health*, 24, 19560.
- 2 Locher, J. L., et al. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 57–77.
- 3 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2022). Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter (HTA-Bericht HT20-03).
- 4 Geigl, C., Loss, J., Leitzmann, M., & Janssen, C. (2022). Social Factors of Dietary Risk Behavior in Older German Adults. *Nutrients*, 14(5), 1057.
- 5 Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2021). Eating Alone or Together among Community-Living Older People—A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3495.
- 6 Wurm, S., Ehrlich, U., Meyer-Wyk, F., & Spuling, S. M. (2023). Prevalence of loneliness among older adults in Germany. *Journal of Health Monitoring*, 8(3), 49–53.
- 7 Beck, A. M., Ovesen, L., & Schroll, M. (2021). Low-Intake Dehydration in Older Adults—A Narrative Review. *Nutrients*, 13(9), 3142.
- 8 Konings, F. J. C. M., et al. (2015). Prevention of dehydration in independently living elderly: A study protocol. *International Journal of Preventive Medicine*, 6, 103.
- 9 Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21, 924.



Auswirkungen auf die Nahrungsqualität

Neben der reduzierten Nahrungsmenge beeinflusst soziale Isolation im Alter auch deutlich die Qualität der aufgenommenen Lebensmittel. Zahlreiche Studien zeigen, dass einsame ältere Menschen tendenziell eine **geringere Nährstoffdichte** in ihrer Ernährung aufweisen¹.

Wichtige Nährstoffe im Blick:

Eiweißversorgung

Rund ein Viertel der älteren Menschen in Deutschland erreicht nicht die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlene Mindestzufuhr von **0,8 g Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht** pro Tag². Ein unzureichender Eiweißkonsum erhöht das Risiko für Muskelabbau (Sarkopenie), eingeschränkte Mobilität und Stürze³.



0,8g Eiweiß

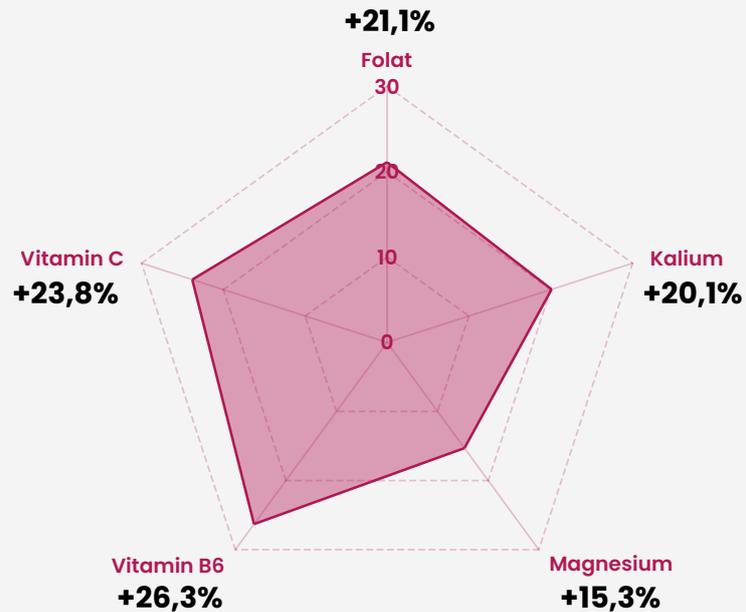
Von der deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlene Mindestzufuhr

Mikronährstoffdefizite

Eine groß angelegte britische Kohortenstudie belegt, dass objektiv sozial isolierte ältere Menschen ein signifikant höheres Risiko für unzureichende Zufuhr folgender Mikronährstoffe aufweisen:

Diese Defizite bestehen unabhängig von der gesamten Kalorienzufuhr. Selbst Seniorinnen und Senioren mit grundsätzlich ausreichender Energiemenge sind der Studienlage zufolge häufig qualitativ schlechter versorgt, wenn sie sozial isoliert leben.

Risikoerhöhung zur Mangelernährung je Nährstoff in %



Vitamin- und Mineralstoffmangel

Mangel an Vitamin D, Vitamin B12 und Folsäure treten bei älteren Erwachsenen häufiger auf, wenn die Ernährung einseitig ist und frische Lebensmittel seltener genutzt werden⁴.

In einer Untersuchung unter älteren Menschen in Deutschland wurde ein klarer Zusammenhang zwischen niedrigem sozialem Engagement und erhöhter Wahrscheinlichkeit für unzureichende Nährstoffaufnahme festgestellt⁵.

Magnesium

Vitamin B6

Kalium

Folat

Vitamin C⁶

FrISCHE Lebensmittel und Vielfalt:

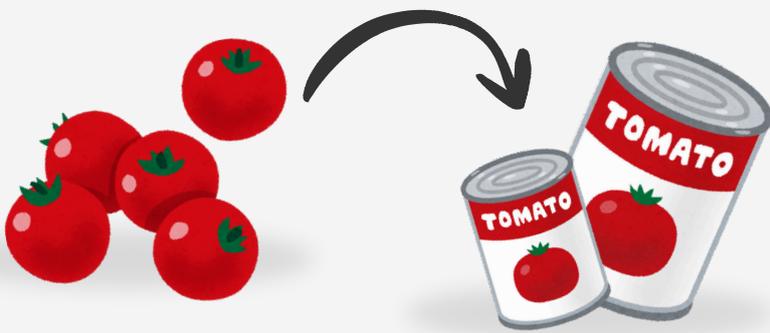
FrISCHE Lebensmittel und Vielfalt

Soziale Isolation reduziert häufig die Vielfalt der Ernährung. Frisches Obst, Gemüse, Fisch und Vollkornprodukte werden seltener gekauft, was zu einer geringeren Versorgung mit Ballaststoffen, Antioxidantien und Omega-3-Fettsäuren führt⁷.

Daten aus der SHARE-Studie belegen, dass einsame Seniorinnen und Senioren **bis zu 35 % seltener täglich frisches Obst und Gemüse verzehren**⁸.

35%

essen täglich weniger Obst und Gemüse



Von der frischen Tomate zur Fertigsuppe

Fertiggerichte und hochverarbeitete Lebensmittel

Mit zunehmender Isolation steigt die Wahrscheinlichkeit, Mahlzeiten durch Fertigprodukte oder hochverarbeitete Snacks zu ersetzen⁹. Diese enthalten oft höhere Mengen an gesättigten Fettsäuren, Zucker und Salz, während essenzielle Mikronährstoffe fehlen.

Flüssigkeitszufuhr und Ernährung

Eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme kann indirekt die Nahrungsqualität mindern, etwa wenn trockene, ballaststoffreiche Lebensmittel ohne ausreichend Flüssigkeit verzehrt werden. Low-Intake-Dehydration ist bei sozial isolierten älteren Menschen häufiger zu beobachten¹⁰.



Zahlen im Fokus

25 % der älteren Menschen unterschreiten die empfohlene Eiweißzufuhr².

Höheres Risiko für Defizite bei Magnesium, Kalium, Vitamin B6, Folat und Vitamin C⁶.

Einsame Senioren verzehren bis zu **35 %** seltener frisches Obst und Gemüse⁸.

Steigerung des Konsums hochverarbeiteter Lebensmittel bei zunehmender Isolation⁹.

Mangel an Vitamin D, B12 und Folsäure ist bei einseitiger Ernährung deutlich häufiger⁴.

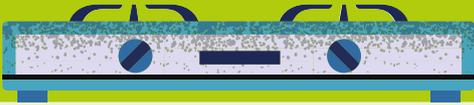
Fußnoten / Quellennachweise

- 1 Locher, J. L., et al. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 57–77.
- 2 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2025). Essen und Trinken im Alter (Fit im Alter).
- 3 AWMF. (2025). S3-Leitlinie: Klinische Ernährung und Hydratierung im Alter (Registernr. 073-019).
- 4 Beck, A. M., Ovesen, L., & Schroll, M. (2021). Low-Intake Dehydration in Older Adults—A Narrative Review. *Nutrients*, 13(9), 314
- 5 Geigl, C., Loss, J., Leitzmann, M., & Janssen, C. (2022). Social Factors of Dietary Risk Behavior in Older German Adults. *Nutrients*, 14(5), 1057.
- 6 Steptoe, A., Fong, H. L., & Lassale, C. (2024). Social isolation, loneliness and low dietary micronutrient intake in older people in England. *Age and Ageing*, 53(10), afae223.
- 7 Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2021). Eating Alone or Together among Community-Living Older People—A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3495.
- 8 Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21, 924.
- 9 Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21, 924.
- 10 Konings, F. J. C. M., et al. (2015). Prevention of dehydration in independently living elderly: A study protocol. *International Journal of Preventive Medicine*, 6, 103.

Psychologische Faktoren

Soziale Isolation im Alter wirkt sich nicht nur über praktische Einschränkungen auf das Essverhalten aus, sondern auch über tiefgreifende psychologische Mechanismen. Verlust von Motivation, depressive Symptome und ein verändertes Belohnungsempfinden beeinflussen, wie, wann und was ältere Menschen essen.

60%



der alleinlebenden älteren Menschen berichten, „keine Lust“ zu haben, für sich selbst zu kochen

Motivationsverlust und Kochen

Rund 60 % der alleinlebenden älteren Menschen berichten, „keine Lust“ zu haben, für sich selbst zu kochen¹. Dieser Motivationsverlust führt häufig zu einer Reduzierung der Mahlzeiten auf einfache, schnell verfügbare Optionen mit geringerer Nährstoffqualität.

Depressionen und Mahlzeitenhäufigkeit

Depressive Seniorinnen und Senioren überspringen Mahlzeiten **2,5-mal häufiger** als nicht-depressive Gleichaltrige². In diesen Fällen wird Essen nicht als Freude oder soziale Aktivität erlebt, sondern als lästige Pflicht, die leichter ausgelassen werden kann.

Emotionales Essen und gegensätzliche Effekte

Die Effekte sozialer Isolation auf das Essverhalten sind heterogen: Ein Teil der Betroffenen isst **weniger** bzw. unregelmäßiger, während andere eher zu **emotionalem Essen** und leichter verfügbaren, aber weniger nährstoffreichen Lebensmitteloptionen tendieren.

Bevölkerungsbezogene Analysen und Reviews zeigen bei sozial isolierten älteren Menschen eine **höhere Wahrscheinlichkeit** für den Griff zu **hochverarbeiteten Produkten**, unausgewogenen **Fertiggerichten und Süßwaren** sowie eine **geringere Vielfalt** frischer Lebensmittel³.

Auf den Punkt gebracht

In der SHARE-Analyse (14 EU-Länder) konsumieren einsame Seniorinnen und Senioren **bis zu 35 % seltener täglich frisches Obst und Gemüse**³.

Lebensmittel mit **hoher Energiedichte** und **niedriger Nährstoffdichte** können kurzfristig Emotionen regulieren, erhöhen aber langfristig das Risiko für **Mangelernährung** und **Übergewicht**. So entsteht eine „Doppellast“³ für den Organismus.



Senioren essen täglich

35%

weniger frisches Obst und Gemüse



Kognitive Beeinträchtigungen

Kognitive Einschränkungen im Alter **erschweren** essrelevante Routinen wie Einkaufen, Essensplanung und die Zubereitung ausgewogener Mahlzeiten und erhöhen damit das Risiko für **unregelmäßige Mahlzeiten, monotone Kost** und **Unterversorgung**⁴.

In der **AWMF-S3-Leitlinie** zur klinischen Ernährung im Alter werden kognitive Defizite ausdrücklich als Risikofaktor für Mangelernährung hervorgehoben⁴.

Zudem zeigen Studien einen Zusammenhang von **sozialer Isolation und Depression** mit **ungünstigem Ernährungsstatus** und geringerer Lebensqualität im Alter⁵.



Psychologische Einflussfaktoren auf das Essverhalten bei Senioren

Faktor	Effekt auf Ernährung	Quantitative Evidenz
 Motivationsverlust	Weniger selbstgekochte Mahlzeiten, geringere Vielfalt	≈ 60 % „keine Lust zu kochen“ ¹
 Depression	Mahlzeitenausfall, Gewichtsverlust	2,5× höheres Risiko für Mahlzeitenauslassen ²
 Emotionales Essen / ungünstige Auswahl	Mehr hochverarbeitete Produkte/Süßwaren; weniger frische Vielfalt	Bis zu 35 % seltener täglicher Obst-/Gemüsekonsum ³
 Kognitive Defizite	Schlechtere Einkaufs- & Zubereitungsroutinen; Risiko für Unterversorgung	Kognitive Einschränkungen als Risikofaktor für Mangelernährung ⁴

Soziale Isolation und Mangelernährung



Wechselwirkung psychischer und physischer Einschränkungen

Depressive Symptome treten häufig gemeinsam mit körperlichen Einschränkungen auf, die das Einkaufen und Kochen erschweren. Diese Kombination erhöht das Risiko für Mangelernährung deutlich⁶.

Zahlen im Fokus

60 % der alleinlebenden älteren Menschen haben „keine Lust“ zu kochen¹.

Einsame Senioren verzehren **bis zu 35 % seltener** frisches Obst und Gemüse³.

Depressive Seniorinnen und Senioren überspringen Mahlzeiten **2,5-mal häufiger**².

Kognitive Einschränkungen erhöhen das Risiko für Mangelernährung⁴.

Fußnoten / Quellennachweise

1 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2022). Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter (HTA-Bericht HT20-03).

2 Locher, J. L., et al. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 57–77.

3 Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21, 924.

4 AWMF. (2025). S3-Leitlinie: Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter (Registernr. 073-019).

5 Wang, X., Zhang, C., & Wei, L. (2023). Social isolation, depression, nutritional status and quality of life during COVID-19 among Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(9), e072305.

6 AWMF. (2025). S3-Leitlinie: Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter (Registernr. 073-019).



Gesundheitsfolgen

Soziale Isolation im Alter wirkt sich nicht nur auf das Ernährungsverhalten aus, sondern hat weitreichende Konsequenzen für den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand. Die Kombination aus verminderter Nahrungsaufnahme, reduzierter Nährstoffqualität und psychologischen Belastungen kann zu einer Vielzahl klinisch relevanter Erkrankungen beitragen.



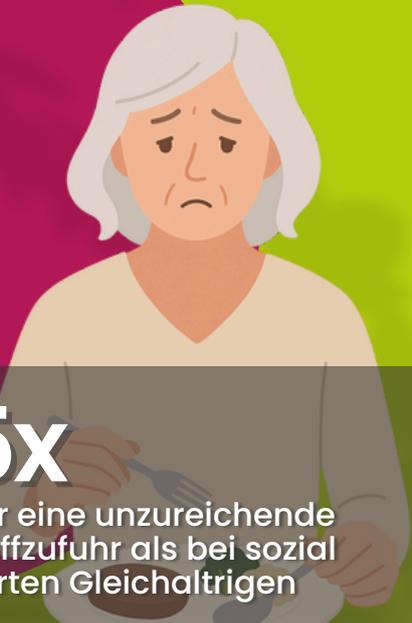
Mangelernährung

Mangelernährung ist eine der häufigsten direkten Folgen unzureichender Ernährung bei sozial isolierten Seniorinnen und Senioren. Die **AWMF-S3-Leitlinie** definiert Mangelernährung als Defizit an Energie, Eiweiß oder anderen Nährstoffen, das zu einer veränderten Körperzusammensetzung, eingeschränkter Funktion und schlechterem Krankheitsverlauf führt¹.

Studien zeigen, dass Einsamkeit und soziale Isolation das Risiko für Mangelernährung signifikant erhöhen. Eine detaillierte wissenschaftliche Analyse weist aus, dass sozial isolierte ältere Erwachsene **2,5-mal häufiger** eine unzureichende Nährstoffzufuhr aufweisen als sozial integrierte Gleichaltrige².

2,5x

häufiger eine unzureichende Nährstoffzufuhr als bei sozial integrierten Gleichaltrigen



Sarkopenie und Muskelschwund

Die unzureichende Aufnahme von Eiweiß und essenziellen Mikronährstoffen bei isolierten älteren Menschen begünstigt Sarkopenie, also den altersassoziierten Verlust von Muskelmasse und Muskelkraft.

Fehlende soziale Unterstützung beim Einkaufen und Zubereiten proteinreicher Mahlzeiten kann die Aufnahme hochwertiger Proteine deutlich reduzieren. In einer Analyse wird berichtet, dass eingeschränkte Mobilität und soziale Isolation häufig zusammen auftreten und so die Versorgung mit eiweißreichen Lebensmitteln wie Fleisch, Fisch, Hülsenfrüchten und Milchprodukten verschlechtern³.

Die AWMF-S3-Leitlinie betont, dass Sarkopenie nicht nur die Mobilität einschränkt, sondern auch Sturz- und Frakturrisiken erhöht¹.



Mikronährstoffmangel

Neben Eiweißmangel treten bei isolierten Seniorinnen und Senioren häufig Defizite an Magnesium, Kalium, Vitamin B6, Folat und Vitamin C auf⁴.

Diese Mikronährstoffe sind entscheidend für die Aufrechterhaltung von Muskelkraft, Immunfunktion und kognitiver Leistungsfähigkeit.

Eine britische Kohortenstudie belegt, dass diese Defizite **unabhängig von der Gesamtkalorienzufuhr** auftreten. Selbst Personen, die grundlegend genug Energie über die Nahrung aufnehmen, sind tendenziell qualitativ schlechter versorgt, wenn sie sozial isoliert leben⁴.



Ernährungseinflüsse auf Organsysteme

Muskeln (Sarkopenie, Kraft, Mobilität)

Mikronährstoffdefizite
(eingeschränkte Funktion)

Knochen (Osteoporose, Frakturen)

Geringe Zufuhr von Kalzium & Vitamin D
(Verlust an Knochendichte)

Immunsystem (Infektionen, Heilung)

Mangelernährung
(geschwächte Immunabwehr)

Herz (Diabetes)

Mikronährstoffmängel
(Bluthochdruck und Stoffwechselschwäche)

Immunsystem und Infektionsrisiko

Ein unausgewogener Ernährungsstatus schwächt die Immunabwehr. Die AWMF-S3-Leitlinie nennt Mangelernährung als relevanten Risikofaktor für verzögerte Wundheilung und höhere Infektionsanfälligkeit¹.

Fehlende Abwechslung und reduzierte Aufnahme frischer Lebensmittel führen zu geringerer Zufuhr immunrelevanter Vitamine (insbesondere C, D, E) und Mineralstoffe (insbesondere Zink, Selen), was vornehmlich in den Wintermonaten negative Auswirkungen auf den gesundheitlichen Gesamtzustand haben kann^{1,4}.

Chronische Erkrankungen

Soziale Isolation steht in Zusammenhang mit einer höheren Prävalenz chronischer Krankheiten, sowohl aufgrund direkter psychosozialer Effekte als auch über die Ernährung.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Eine unausgewogene, energiedichte Ernährung mit hohem Anteil gesättigter Fette und Zucker erhöht Blutdruck, LDL-Cholesterin und Entzündungsmarker⁵.

Osteoporose

Unzureichende Versorgung mit Calcium, Vitamin D und Eiweiß fördert den Knochendichteverlust und erhöht das Frakturrisiko¹.

Typ-2-Diabetes

Geringe körperliche Aktivität und vermehrter Konsum von Fertigprodukten können den Glukosestoffwechsel verschlechtern⁵.

Psychische Gesundheit

Mangelernährung kann bestehende depressive Symptome verstärken und die kognitive Leistungsfähigkeit mindern. Umgekehrt können Depressionen und Demenz den Ernährungsstatus verschlechtern. Diese ungünstige Wechselwirkung belegen mehrere wissenschaftliche Studien^{1,5}.

Eine unzureichende Nährstoffversorgung, insbesondere mit Omega-3-Fettsäuren, Vitamin B12 und Folat, wird mit einer Verschlechterung der Stimmungslage und einem schnelleren Abbau kognitiver Fähigkeiten in Verbindung gebracht¹.

Sterblichkeit

Metaanalysen zeigen, dass soziale Isolation im Alter mit einer **20–30 % erhöhten Gesamtsterblichkeit** assoziiert ist, wobei unzureichende Ernährung ein wesentlicher Mediator ist⁷.



Zahlen im Fokus

2,5× höheres Risiko für Mangelernährung bei sozial isolierten älteren Erwachsenen².

Häufige Defizite: Magnesium, Kalium, Vitamin B6, Folat, Vitamin C⁴.

Mangelernährung erhöht das Risiko für Infektionen und sorgt gleichzeitig für eine verzögerte Wundheilung¹.

Sarkopenie erhöht Sturz- und Frakturrisiko signifikant¹.

Fußnoten / Quellennachweise

1 AWMF. (2025). S3-Leitlinie: Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter (Registernr. 073-019).

2 Locher, J. L., et al. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 57–77.

3 Gaertner, B., et al. (2023). Gesundheitsstatus älterer Menschen in Deutschland – Ergebnisse des Gesundheitssurveys 2021/2022. Robert Koch-Institut.

4 Steptoe, A., Fong, H. L., & Lassale, C. (2024). Social isolation, loneliness and low dietary micronutrient intake in older people in England. *Age and Ageing*, 53(10), afae223.

5 Wang, X., Zhang, C., & Wei, L. (2023). Social isolation, depression, nutritional status and quality of life during COVID-19 among Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(9), e072305.

Regionale Unterschiede

Bevölkerungsdichte je Bundesland (2022)

Die allgemeinen Lebensbedingungen älterer Menschen unterscheiden sich in Deutschland deutlich zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Diese Unterschiede wirken sich sowohl auf das Risiko sozialer Isolation als auch auf die Ernährungsgewohnheiten und -qualität aus.

Demografische Unterschiede

Wie der repräsentative Bericht *Ältere Menschen in Stadt und Land* des Statistischen Bundesamtes (2025) zeigt, leben **42 % der über 65-Jährigen** in Deutschland in Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern¹.

Der Anteil alleinlebender Seniorinnen und Senioren ist in städtischen Regionen höher (knapp **34 %**), während auf dem Land vor allem verwitwete ältere Frauen in Einpersonenhaushalten leben¹.



Einwohner je qkm
● < 100 ● 101 - 300 ● 301 - 500 ● 501 - 800 ● > 1000

Quelle: <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/flaechen-und-bevoelkerung>

Soziale Netzwerke und Isolation

Die Daten zeigen, dass ältere Menschen in städtischen Regionen **tendenziell über größere, aber weniger stabile soziale Netzwerke** verfügen, während auf dem Land Netzwerke kleiner, aber langfristiger angelegt sind¹.

Stadt

Höhere Wahrscheinlichkeit für Vereinsamung im Alter, besonders bei Umzug oder Verlust des Partners.

Land

Niedrigeres Risiko für vollständige soziale Isolation, jedoch kann eingeschränkte Mobilität zu Isolation „im eigenen Zuhause“ führen.

Eine Analyse belegt, dass ältere Menschen in ländlichen Regionen seltener an organisierten Freizeit- und Essensangeboten teilnehmen, was zu reduzierter Vielfalt der Mahlzeiten führen kann².

Versorgung mit Lebensmitteln

Die Lebensmittelversorgung unterscheidet sich in urbanen und ländlichen Regionen gravierend.



Städtische Regionen

Hohe Dichte an Supermärkten und Wochenmärkten, breiteres Angebot an frischen Lebensmitteln.

Ländliche Regionen

Geringere Angebotsvielfalt und längere Wege zu Einkaufsmöglichkeiten; in einigen Landkreisen erreichen über 30 % der über 75-Jährigen Lebensmittelgeschäfte nur mit dem Auto¹. Geht die Fähigkeit, selbst ein Fahrzeug zu führen, aufgrund von physischen, psychischen oder kognitiven Faktoren verloren, fehlt häufig eine wichtige Schnittstelle zur Versorgung mit frischen Lebensmitteln, sofern nicht Dritte als Fahrer auftreten können.



In der Studie des Statistischen Bundesamts zeigte sich, dass diese infrastrukturellen Unterschiede **direkten Einfluss auf die Nahrungsqualität** haben:

Auf dem Land ist der Konsum frischer Lebensmittel wie Obst, Gemüse und Fisch durchschnittlich niedriger, während haltbare, oft hochverarbeitete Produkte häufiger konsumiert werden³.



Ländliche Regionen

Städtische Regionen bieten häufiger niedrigschwellige Gemeinschaftsangebote wie Mittagstische, Seniorencafés oder Nachbarschaftstreffs an. In ländlichen Regionen sind diese Angebote seltener und erfordern oft weite Anfahrten.

Laut Statistischem Bundesamt (2025) nehmen in Städten **rund 18 %** der über 70-Jährigen mindestens einmal pro Woche an einem Gemeinschaftessen teil, auf dem Land sind es nur **10 %**¹.



18%

Teilnahme in städtischen Gebieten



10%

Teilnahme auf dem Land

Einfluss auf die Ernährung – Stadt-Land-Vergleich

Aspekt

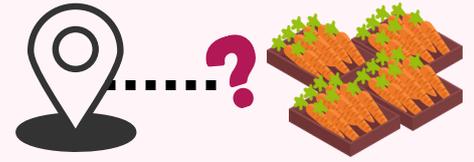
Urban

Ländlich

Zugang zu frischen Lebensmitteln



Hohe Dichte an Supermärkten und Wochenmärkten; kurze Wege zu Einkaufsmöglichkeiten



Geringere Angebotsvielfalt und längere Wege zu Supermärkten; teilweise Bezug von Lebensmitteln aus regionaler Produktion oder eigenem Gartenbau¹

Obst- und Gemüsekonsum



Höherer Anteil an Personen, die 1–4 Portionen pro Tag verzehren



Etwas höherer Anteil an Personen, die ≥ 5 Portionen pro Tag verzehren²

Proteinaufnahme

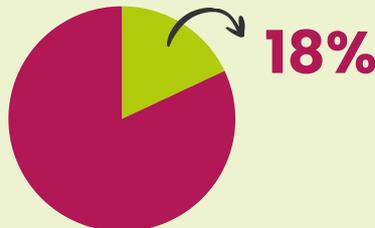


Häufiger aus Fleisch- und Wurstwaren; geringerer Anteil pflanzlicher Eiweißquellen

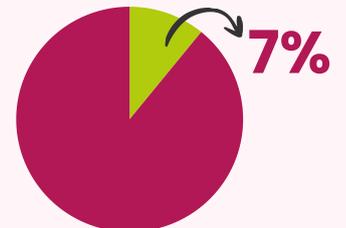


Etwas höherer Anteil aus Eiern, Milchprodukten und Hülsenfrüchten²

Gemeinschaftessen



Rund 18 % der über 70-Jährigen nehmen mindestens einmal pro Woche teil



Rund 10 % der über 70-Jährigen nehmen mindestens einmal pro Woche teil¹

Fußnoten / Quellennachweise

1 Statistisches Bundesamt. (2025). Ältere Menschen in Stadt und Land. Wiesbaden: Destatis.

2 Gaertner, B., et al. (2023). Gesundheitsstatus älterer Menschen in Deutschland – Ergebnisse des Gesundheitssurveys 2021/2022. Robert Koch-Institut.

3 Hu, W., & Xiao, Q. (2025). Regional differences in diet quality among older adults in Germany: The role of food environment and access. *Public Health Nutrition*, 28(1), 45–57.

Lösungsansätze

Soziale Isolation im Alter wirkt sich auf vielfältige Weise auf die Ernährung, den Ernährungsstatus und die Gesundheit aus. Wirksame Gegenmaßnahmen müssen deshalb mehrdimensional sein, also Ernährungsqualität, Trinkversorgung, psychologische Faktoren und soziale Teilhabe gleichermaßen berücksichtigen.

Die folgenden Empfehlungen basieren auf ernährungswissenschaftlichen Leitlinien, Interventionsstudien und bevölkerungsbezogenen Analysen.

Risiken durch regelmäßige Kontrollen frühzeitig im Blick behalten

Soziale Isolation und ihre Auswirkungen entwickeln sich oft schleichend und können so leicht übersehen werden. Gezielte Kontrollen bekannter Parameter können dabei helfen, negative Ansätze zu erkennen und frühzeitig gegenzusteuern.

Regelmäßige Screenings auf Mangelernährung, Low-Intake-Dehydration und psychosoziale Risikofaktoren sind essenziell, um eingreifen zu können, falls die soziale Isolation sich auf Ernährungsmuster und damit auf die physische und psychische Gesundheit auswirkt^{1,4}.

- Messbare Parameter sind u. a. Gewichtsverlauf, Hautturgor (die Elastizität und Spannkraft der Haut), Appetitveränderungen, die Vollständigkeit und Verteilung von Mahlzeiten über den Tag und soziale Teilhabe (z. B. die Häufigkeit gemeinsamer Mahlzeiten).
- Das Screening sollte mindestens halbjährlich erfolgen, bei Risikogruppen quartalsweise.
- Einfache Instrumente wie das Mini Nutritional Assessment (MNA) und Trinkprotokolle können auch von geschultem Pflegepersonal oder Ehrenamtlichen eingesetzt werden^{1,6}.

Hydrierung gezielt sichern

Dehydrierung im Alter tritt oft schleichend ein und wird zu selten oder zu spät erkannt^{1,5,11}.

Trinkziele

Mindestens 1,5 l Flüssigkeit pro Tag, bei warmem Wetter oder erhöhter körperlicher Aktivität mehr².

Integration in Mahlzeiten

Essen-auf-Rädern kann Getränke oder Suppen in den Menüplan integrieren.

Erinnerungsstrategien

Visuelle Hilfen, Trinkuhren oder regelmäßige Anrufe können helfen^{5,11}.

Monitoring

Erfassung der Trinkmenge und ggf. Anpassung bei Anzeichen von Flüssigkeitsmangel.

Ernährungsziele und Standards definieren und kommunizieren

Eine ausgewogene, nährstoffdichte Ernährung ist entscheidend, um altersbedingte Muskelmasseverluste und Mikronährstoffdefizite zu verhindern^{1,2,5}.

Eiweißzufuhr

Mindestens 0,8 g/kg Körpergewicht pro Tag; bei Sarkopenierisiko oder akuter Erkrankung 1,0–1,2 g/kg^{1,2}.

Texturanpassung

Bei Kau- und Schluckproblemen sind weiche, aber nährstoffreiche Mahlzeiten wichtig¹.

Mikronährstoffe

Häufige Defizite bei Vitamin D, B-Vitaminen, Magnesium und Kalium erfordern eine gezielte Auswahl nährstoffreicher Lebensmittel^{1,5,12}.

Portionsgrößen

Kleine Portionen mit hoher Energie- und Nährstoffdichte steigern die Aufnahme bei Appetitmangel².

Ziele und Vorgaben für eine gesunde, ausgewogene Ernährung müssen klar definiert und kommuniziert werden, damit sie im Alltag sinnvoll in die Nahrungsaufnahme integriert werden können.

Für ältere Menschen kann es aufgrund kognitiver, physischer und psychischer Einschränkungen zunehmend schwierig werden, die Einhaltung von grundlegenden Standards für eine gesunde Ernährung selbst zu steuern.

An dieser Stelle müssen Lösungsansätze anknüpfen, die im Alltag sinnvoll unterstützen:

Essenslieferdienste und innovative Versorgungsmodelle

Für viele ältere Menschen erschweren Mobilitätseinschränkungen den regelmäßigen Einkauf frischer Lebensmittel. Essenslieferdienste wie „Essen auf Rädern“ oder digitale Bestellmöglichkeiten bieten eine praktische Alternative, insbesondere in ländlichen Regionen mit eingeschränkter Infrastruktur³.

Ihre Wirksamkeit hängt jedoch von zwei Faktoren ab: der Qualität der Mahlzeiten und der Integration in soziale Strukturen. Programme, die Lieferungen mit kurzen Gesprächen, Kontaktangeboten oder begleitenden Aktivitäten kombinieren, erzielen größere Wirkung⁴.



Essen auf Rädern als Schlüsselösung

Auf Senioren zugeschnittene Speisen-Lieferprogramme sind niedrigschwellige, wirksame Interventionen, die mehrere Ziele gleichzeitig erfüllen:

Regelmäßigkeit

Tägliche Lieferung zur gleichen Zeit strukturiert den Tag und steigert den Appetit³.

Ernährungsqualität

Menülinien, die den DGE-Qualitätsstandards entsprechen, liefern eine ausgewogene Kombination aus Eiweiß, Ballaststoffen und Mikronährstoffen⁴

Individualisierung

Wahlmöglichkeiten bei Menüplänen erhöhen die Akzeptanz¹.

Sozialkontakt

Auch kurze Gespräche bei der Lieferung können Isolation verringern und als „soziale Kontrolle“ dienen^{3,5}.

Barrierenabbau

Besonders für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, fehlender Kochmotivation (60 % der alleinlebenden Älteren⁵) oder ohne nahes soziales Umfeld.



Technologische Lösungen schließen Versorgungslücken

Digitale Ansätze gewinnen zunehmend an Bedeutung. Virtuelle Begegnungsräume, Smartphone-Apps zur Essensorganisation oder digitale Erinnerungen an Mahlzeiten bzw. Getränke können älteren Menschen helfen, Struktur in ihre Ernährung zu bringen und soziale Kontakte zumindest teilweise zu kompensieren.

Zwar sind digitale Lösungen bislang nicht flächendeckend erprobt, doch erste Projekte deuten auf ein Potenzial zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten hin, wenn sie mit menschlicher Begleitung kombiniert werden⁷.

Gemeinschaftsessen und soziale Teilhabe

Essen ist nicht nur reine Nahrungsaufnahme, sondern auch ein soziales Ritual. Gerade im Alter, wenn Routinen und gesellschaftliche Kontakte nachlassen, kann die gemeinsame Mahlzeit zu einem Ankerpunkt im Alltag werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Seniorinnen und Senioren, die regelmäßig in Gesellschaft essen, nicht nur mehr Kalorien aufnehmen, sondern sich auch abwechslungsreicher ernähren.



Wer hingegen überwiegend allein isst, läuft Gefahr, weniger Freude am Essen zu empfinden, Mahlzeiten auszulassen oder auf einfache, oft nährstoffärmere Optionen zurückzugreifen. Damit wirkt sich die Essensgesellschaft nicht nur auf die Psyche, sondern auch unmittelbar auf die Ernährungsqualität und die körperliche Gesundheit aus.

Gemeinschaftsangebote wie Mittagstische, Seniorencafés oder Nachbarschaftstreffs erfüllen daher eine doppelte Funktion: Sie stillen den Hunger und den Nährstoffbedarf und befriedigen das Bedürfnis nach Nähe und sozialer Interaktion.

Auf den Punkt gebracht

Gemeinsame Mahlzeiten

Sie fördern nicht nur die Nahrungsaufnahme, sondern auch das emotionale Wohlbefinden^{3,8,9}.

Nachweisbare Effekte:

Allein essen kann die tägliche Energieaufnahme um bis zu 25 % senken⁶.

Angebote erweitern

Kooperationen zwischen Lieferdiensten und Seniorentreffs oder Nachbarschaftscafés können die Teilnahme erleichtern.

Sozialkontakt

Auch digitale Formate („virtuelles gemeinsames Essen“) können für mobilitätseingeschränkte Personen eine Alternative sein.

Psychologische Unterstützung und Beratung

Soziale Isolation ist häufig mit depressiven Symptomen und Motivationsverlust beim Kochen verbunden. Gleichzeitig kann sie auch zu emotionalem Essen (höherer Konsum energiedichter Snacks) oder zu Appetitverlust führen^{3,10,12}.

Präventions- und Interventionsprogramme, die **psychologische Unterstützung** einschließen, können den Teufelskreis aus Einsamkeit, Appetitverlust und Mangelernährung durchbrechen.

In der Gesundheitsforschung wird betont, dass Einsamkeit als Risikofaktor für schlechte Ernährung in Beratungs- und Betreuungsprogrammen gezielt adressiert werden sollte⁵.

Ergänzend können **Ernährungsberatungen**, die speziell auf die Lebenssituation älterer Menschen zugeschnitten sind, helfen, eine ausgewogene Kost mit einfachen Mitteln umzusetzen⁶.



Screening



Essensversorgung



psychologische Unterstützung



soziale Teilhabe

Motivationssteigerung

Attraktive Menügestaltung, saisonale Gerichte und abwechslungsreiche Optik erhöhen die Freude am Essen⁵.

Prävention ungesunder Muster

Frische und proteinreiche Komponenten in jeder Mahlzeit beugen einer einseitigen, nährstoffarmen Kost vor⁸.

Depressionssensitivität

Bei depressiven Symptomen können kleine, aber häufigere Mahlzeiten helfen⁷.

Logistik, Zugang zu gesunder Ernährung und Aspekte im Stadt-Land-Vergleich

Ländliche Regionen

In stark ländlich geprägten Regionen sind die Wege zu frischen und nährstoffreichen Lebensmitteln oft weit. Das schränkt den Zugang zu einer gesunden Ernährung ein und kann dazu führen, dass mehr Fertigprodukte und leicht zu lagernde, stark verarbeitete Lebensmittel konsumiert werden.

Essen auf Rädern kann Versorgungslücken schließen, wenn Supermärkte nur schwer erreichbar sind (über 30 % der über 75-Jährigen erreichen diese nur mit dem Auto⁹). Hochwertige Lieferdienste können älteren Menschen, die sozial isoliert leben, den Zugang zu frisch gekochten und abwechslungsreichen Mahlzeiten erleichtern.



Lieferung von frisch gekochten Mahlzeiten



soziale Koch- und Essensprojekte



Versorgung mit gesunden Lebensmitteln

Städtische Regionen

Hier liegt der Fokus auf sozialen Komponenten. Die infrastrukturelle Versorgung ist in städtischen Regionen meist gut. Dafür sind Einsamkeit und ungünstige Ernährungsmuster durch soziale Interaktion vorherrschender⁹.

Kooperationen

Vernetzung mit Kommunen, sozialen Trägern und Vereinen ermöglicht kombinierte Angebote, z. B. die Lieferung von Lebensmitteln und frisch gekochten Mahlzeiten und die Teilhabe an sozialen Koch- und Essensprojekten.

Handlungsansätze im Überblick

Ansatz	Wirkung auf Ernährung	Wirkung auf soziale Teilhabe / Psyche	Besondere Hinweise
Gemeinschaftsessen	Steigern Nahrungsmenge und -vielfalt ^{3,8}	Reduzieren Einsamkeit, stärken Motivation ⁹	Besonders effektiv bei regelmäßiger Teilnahme
Essenslieferdienste	Sichern Versorgung mit Mahlzeiten ³	Wirksamer, wenn mit kurzen sozialen Kontakten kombiniert ⁴	Qualität der Mahlzeiten entscheidend
Psychologische Unterstützung	Verbessert Appetit und Essstruktur ⁵	Senkt depressive Symptome, stärkt Motivation	In Kombination mit Ernährungsberatung besonders wirksam
Ernährungsberatung	Vermittelt Wissen zu ausgewogener Kost ^{1,2,6}	Erhöht Selbstwirksamkeit, beugt Überforderung vor	Muss an Alltag und Einschränkungen angepasst sein
Technologische Lösungen	Erinnerungen an Mahlzeiten, Organisation der Ernährung ¹¹	Teilweise soziale Vernetzung möglich	Nur als Ergänzung, nicht Ersatz persönlicher Kontakte
Integrierte Programme	Kombinieren mehrere Maßnahmen, verbessern Qualität und Menge der Ernährung ^{3,12}	Hohe Wirksamkeit gegen Einsamkeit und Motivationsverlust	Nachhaltigste Wirkung, aber ressourcenintensiv

Zahlen im Fokus

60 % der alleinlebenden Älteren berichten von fehlender Kochmotivation⁵.

2,5-fach höheres Risiko für Mahlzeitenauslassen bei depressiven Symptomen⁷.

30 % der über 75-Jährigen in ländlichen Regionen erreichen Lebensmittelgeschäfte nur mit dem Auto⁹.

Bis zu 25 % geringere Energieaufnahme bei Alleinessern⁶.

Fußnoten / Quellennachweise

- 1 AWMF. (2025). S3-Leitlinie: Klinische Ernährung und Hydrisierung im Alter (Registernr. 073-019).
- 2 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2025). Essen und Trinken im Alter (Fit im Alter).
- 3 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2022). Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter (HTA-Bericht HT20-03).
- 4 Beck, A. M., Ovesen, L., & Schroll, M. (2021). Low-Intake Dehydration in Older Adults—A Narrative Review. *Nutrients*, 13(9), 3142.
- 5 Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 57–77.
- 6 Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2024). The impact of eating alone on food intake and everyday eating among 70–75-year-olds in Sweden. *BMC Public Health*, 24, 19560.
- 7 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2022). Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter (HTA-Bericht HT20-03).
- 8 Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2021). Eating Alone or Together among Community-Living Older People—A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3495.
- 9 Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025). Ältere Menschen in Stadt und Land. Wiesbaden: Destatis.
- 10 Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21, 924.
- 11 Konings, F. J. C. M., Mathijssen, J. J. P., Schellingerhout, J. M., Kroesbergen, I. H. T., Goede de, J., & Goor de, I. A. M. (2015). Prevention of dehydration in independently living elderly: A study protocol. *International Journal of Preventive Medicine*, 6, 103.
- 12 Geigl, C., Loss, J., Leitzmann, M., & Janssen, C. (2022). Social Factors of Dietary Risk Behavior in Older German Adults: Results of a Multivariable Analysis. *Nutrients*, 14(5), 1057.
- 13 Wurm, S., Ehrlich, U., Meyer-Wyk, F., & Spuling, S. M. (2023). Prevalence of loneliness among older adults in Germany. *Journal of Health Monitoring*, 8(3), 49–53.

Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Kernergebnisse der Meta-Studie auf den Punkt gebracht

Die Analysen verdeutlichen, dass **soziale Isolation und Ernährung im Alter in einem engen Zusammenhang stehen**.

Mehrere bevölkerungsbezogene Studien belegen, dass alleinlebende oder sozial isolierte ältere Menschen im Durchschnitt **18–25 % weniger Kalorien zu sich nehmen** als Gleichaltrige, die regelmäßig in Gesellschaft essen¹.

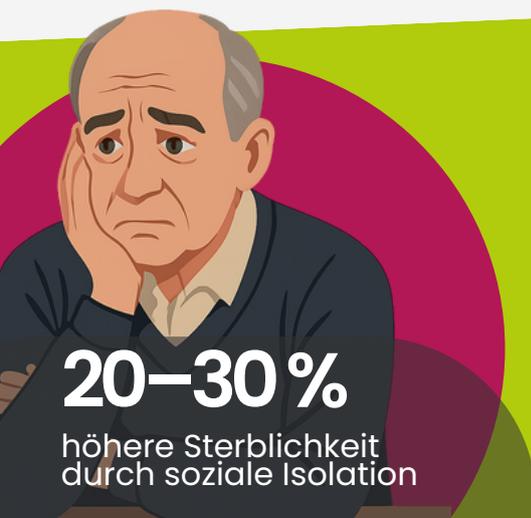
Damit verbunden ist ein erhöhtes Risiko für **Mangelernährung**, die in der AWMF-S3-Leitlinie als relevantes Gesundheitsrisiko definiert wird².

Neben der Energiemenge ist auch die **Nahrungsqualität beeinträchtigt**. Rund ein Viertel der älteren Bevölkerung in Deutschland erreicht nicht die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlene Eiweißzufuhr von mindestens 0,8 g/kg Körpergewicht pro Tag³. Darüber hinaus treten Defizite an Vitamin D, B-Vitaminen, Magnesium, Kalium und Folsäure signifikant häufiger bei sozial isolierten Personen auf^{4,5}.

Die psychologische Dimension verstärkt diese Risiken zusätzlich

60 % der alleinlebenden Seniorinnen und Senioren berichten, keine Lust zu haben, für sich selbst zu kochen, und depressive Symptome gehen mit einem **2,5-fach erhöhten Risiko für Mahlzeitauslassen** einher^{6,7}.

Soziale Isolation fördert zudem die Tendenz zum Konsum hochverarbeiteter, energiedichterer Produkte, die kurzfristig Emotionen regulieren, langfristig jedoch die Gefahr von Übergewicht und Mikronährstoffdefiziten erhöhen⁸.



20–30 %
höhere Sterblichkeit
durch soziale Isolation

Die gesundheitlichen Folgen sind weitreichend

Mangelernährung, Sarkopenie, Mikronährstoffmängel und ein geschwächtes Immunsystem sind bei isolierten älteren Menschen signifikant häufiger zu beobachten^{2,5}.

Metaanalysen zeigen zudem, dass soziale Isolation mit einer um **20–30 % erhöhten Gesamtsterblichkeit** im Alter verbunden ist⁹.

Auch regionale Unterschiede erweisen sich als relevant

Während ältere Menschen in städtischen Regionen häufiger von sozialer Isolation betroffen sind, ist in ländlichen Gebieten der Zugang zu frischen Lebensmitteln eingeschränkt.

Über 30 % der über 75-Jährigen in ländlichen Kreisen erreichen Lebensmittelgeschäfte nur mit dem Auto¹⁰. Dies verstärkt Unterschiede in Ernährungsqualität und sozialer Teilhabe zwischen Stadt und Land.

Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, mehrdimensionale Lösungsansätze zu entwickeln, die soziale, psychologische und ernährungsmedizinische Aspekte gleichermaßen berücksichtigen.



Früherkennung und Aufklärung

Ein entscheidender Schritt im Umgang mit Mangelernährung und Dehydration ist die rechtzeitige Erkennung. Studien zeigen, dass Ernährungsdefizite oft erst im fortgeschrittenen Stadium auffallen, wenn bereits Gewicht, Muskelkraft oder Mobilität beeinträchtigt sind².

Durch strukturierte Aufklärungsarbeit und regelmäßige Screenings können Risiken frühzeitig sichtbar gemacht und präventiv adressiert werden.

Hierbei ist wichtig, dass nicht nur medizinisches Fachpersonal, sondern auch geschulte Pflegekräfte oder Ehrenamtliche einfache Instrumente wie das Mini Nutritional Assessment einsetzen können².

Aufklärungskampagnen, zum Beispiel im Rahmen von Seniorentreffs, bei Hausärzten oder in kommunalen Beratungsstellen, helfen zudem, das Bewusstsein für die Bedeutung einer guten Ernährung und Flüssigkeitsversorgung im Alter zu stärken.

Regelmäßige Screenings auf Mangelernährung, Dehydration und psychosoziale Risiken sollten etabliert werden².

Instrumente wie das Mini Nutritional Assessment ermöglichen auch geschultem Pflegepersonal eine praktikable Umsetzung².

Empfehlungen zu gesunder und ausgewogener Ernährung definieren und kommunizieren

Viele ältere Menschen wissen zwar um die Bedeutung einer gesunden Ernährung, doch fehlen häufig klare, alltagsnahe Informationen. Hier können Leitlinien und Empfehlungen Orientierung geben, sofern sie verständlich kommuniziert und praktisch umsetzbar sind³.

Zentral ist die Sicherstellung einer ausreichenden Eiweißzufuhr, die altersbedingt oft zu niedrig ausfällt. Die Einhaltung der DGE-Empfehlungen ($\geq 0,8$ g Eiweiß/kg Körpergewicht pro Tag) ist ein zentraler Richtwert³.

Ebenso gilt es, Mikronährstoffdefizite gezielt zu vermeiden, da gerade Vitamin D, B-Vitamine, Magnesium und Kalium von älteren und isolierten Menschen häufig unzureichend aufgenommen werden^{4,5}.

Ein weiterer praktischer Ansatz ist die Anpassung von Portionsgrößen und Konsistenzen. Kleine, nährstoffreiche Mahlzeiten mit weicher Textur können den Appetit anregen und Kau- oder Schluckproblemen vorbeugen bzw. entgegenwirken².

Durch klare Kommunikation, zum Beispiel über Broschüren, Ernährungskurse oder digitale Anwendungen, können diese Empfehlungen im Alltag verankert werden.

Strukturelle und technologische Unterstützungsangebote

Praktische Versorgungsangebote sind ein Schlüssel, um Ernährung und soziale Teilhabe sicherzustellen.

Essen-auf-Rädern-Programme haben sich als besonders effektiv erwiesen, da sie neben einer ausgewogenen Mahlzeitenzusammensetzung auch Tagesstruktur und soziale Kontakte fördern^{3,6}.

Gemeinschaftsessen, zum Beispiel in Seniorencafés, Nachbarschaftstreffs oder Pflegeeinrichtungen, steigern nicht nur die Kalorienaufnahme, sondern auch die Lebensfreude und den Genuss beim Essen^{1,8}.

Ergänzend gewinnen technologische Hilfen an Bedeutung: digitale Bestellsysteme, Erinnerungstools für Mahlzeiten oder Trinkuhren erleichtern es, Ernährungspläne einzuhalten.

Besonders wirksam sind integrierte Angebote, die Mahlzeitenversorgung mit Kontaktpflege kombinieren, etwa indem Lieferdienste gleichzeitig als soziale Schnittstelle fungieren⁶.

Isolation beeinflusst nicht nur die Ernährung, sondern auch das seelische Wohlbefinden. Depressionen oder fehlende Motivation führen häufig zu Appetitverlust und unregelmäßigen Mahlzeiten^{6,7}.

Eine wirksame Ernährungspolitik muss daher psychologische und soziale Unterstützung mitdenken. Niedrigschwellige Beratungsangebote, zum Beispiel durch Hausärzte oder Sozialdienste, können Betroffene frühzeitig erreichen.

Ebenso wichtig sind Programme, die Gemeinschaft und Aktivität fördern. Dazu gehören gemeinsame Kochgruppen, Nachbarschaftsprojekte oder virtuelle Essensrunden. Solche Angebote helfen, die Freude am Essen zurückzugewinnen und geben älteren Menschen ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und Teilhabe.



Depression und Motivationsverlust sind zentrale Risikofaktoren und müssen systematisch adressiert werden^{6,7}.

Gemeinschaftsprogramme und niedrigschwellige Beratungsangebote können Appetit und Lebensqualität stärken.

Systematischer Ausgleich regionaler Unterschiede

Stadt und Land stellen ältere Menschen vor unterschiedliche Herausforderungen.

In städtischen Regionen liegt der Fokus auf sozialer Teilhabe und Prävention von Einsamkeit¹³.

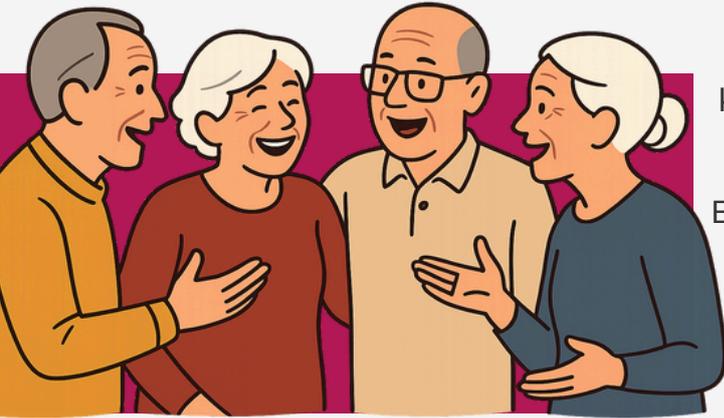
In ländlichen Regionen ist die Sicherung der Lebensmittelversorgung prioritär, u. a. durch Lieferdienste oder kommunale Kooperationen¹⁰.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Handlungskonzepte regional anzupassen. Kommunale Kooperationen, mobile Lieferdienste oder der Ausbau von Dorfläden können in ländlichen Regionen Versorgungslücken schließen.

In Städten sollten Programme zur Förderung sozialer Teilhabe und Einsamkeitsprävention gestärkt werden, etwa über Begegnungsstätten, Essenspartnerschaften oder generationenübergreifende Projekte.



Integrierte Programme und interdisziplinäre Zusammenarbeit als Schlüssel



Die Analyse zeigt, dass Einzelmaßnahmen zwar kurzfristig Entlastung bieten, aber selten nachhaltig wirken

Effektiver und ganzheitlich wirksamer sind dagegen integrierte Programme, die Ernährung, psychologische Begleitung und soziale Unterstützung im Alltag sinnvoll kombinieren⁸.

Der Mehrwert liegt darin, dass ältere Menschen nicht nur mit nährstoffreichen und ausgewogenen zusammengestellten Lebensmitteln versorgt, sondern zugleich in soziale Strukturen eingebunden werden. Kommunen, Wohlfahrtsverbände und Gesundheitsakteure sind hier gleichermaßen gefordert, Netzwerke zu schaffen und Synergien zu nutzen.

Einzelmaßnahmen sind oft nur begrenzt wirksam. Nachhaltige Erfolge entstehen durch kombinierte Strategien, die Screening, Ernährungsberatung, psychosoziale Betreuung und Versorgungsangebote verbinden⁸.

Problem	Evidenz	Lösung
Weniger Nahrungsaufnahme durch Isolation	Isolierte Senior:innen essen 18–25 % weniger Kalorien ¹	Gemeinschaftssessen fördern, Lieferdienste (als Fixpunkt im Alltag & Motivationssteigerung zum gemeinsamen Essen)
Weniger Nahrungsaufnahme durch Isolation	25 % unterschreiten Eiweißbedarf; häufig Vitamin- und Mineralstoffmangel ³⁴⁵	Ernährungsberatung, proteinreiche Mahlzeiten
Depression & fehlende Motivation	60 % kochen nicht gern; 2,5× höheres Risiko für Mahlzeitenauslassen ⁶⁷	Psychologische Unterstützung, niedrigschwellige Beratung
Ungesunde Ernährung	Mehr Fertigprodukte bei Isolation ⁸	Kochgruppen, Nachbarschaftsprojekte, Essen auf Rädern (nährstoffreiche & frisch zubereitete Menüs)
Gesundheitsfolgen	Höheres Risiko für Mangelernährung, Sarkopenie, Sterblichkeit ⁹	Screenings & Früherkennung
Stadt vs. Land	>30 % der >75-Jährigen in ländlichen Regionen ohne Auto kein Zugang ¹⁰	Lieferdienste, Dorfläden (Land), Einsamkeitsprävention (Stadt)
Einzelmaßnahmen begrenzt	Isoliert wenig nachhaltig ⁸	Integrierte Programme kombinieren Ernährung & soziale Unterstützung

18–25 % geringere Kalorienaufnahme bei einsamen älteren Menschen¹.

≈25 % der Seniorinnen und Senioren unterschreiten die empfohlene Eiweißzufuhr³.

60 % der Alleinlebenden haben „keine Lust“ zu kochen⁶.

2,5-fach höheres Risiko für Mahlzeitenauslassen bei depressiven Senioren⁷.

> 30 % der über 75-Jährigen in ländlichen Regionen erreichen Lebensmittelgeschäfte nur mit dem Auto¹⁰.

20–30 % erhöhte Sterblichkeit bei sozial isolierten älteren Menschen⁹.

Fußnoten / Quellennachweise

1 Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2024). The impact of eating alone on food intake and everyday eating among 70–75-year-olds in Sweden. *BMC Public Health*, 24, 19560.

2 AWMF. (2025). S3-Leitlinie: Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter (Registernr. 073-019).

3 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2025). Essen und Trinken im Alter (Fit im Alter).

4 Beck, A. M., Ovesen, L., & Schroll, M. (2021). Low-Intake Dehydration in Older Adults—A Narrative Review. *Nutrients*, 13(9), 3142.

5 Steptoe, A., Fong, H. L., & Lassale, C. (2024). Social isolation, loneliness and low dietary micronutrient intake in older people in England. *Age and Ageing*, 53(10), afae223.

6 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2022). Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter (HTA-Bericht HT20-03).

7 Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 57–77.

8 Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21, 924.

9 Wang, X., Zhang, C., & Wei, L. (2023). Social isolation, depression, nutritional status and quality of life during COVID-19 among Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(9), e072305.

10 Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025). Ältere Menschen in Stadt und Land. Wiesbaden: Destatis.

11 Gaertner, B., Scheidt-Nave, C., Koschollek, C., & Fuchs, J. (2023). Health status of the old and very old people in Germany: results of the Gesundheit 65+ study. *Journal of Health Monitoring*, 8(3), 7–29

12 Geigl, C., Loss, J., Leitzmann, M., & Janssen, C. (2022). Social Factors of Dietary Risk Behavior in Older German Adults: Results of a Multivariable Analysis. *Nutrients*, 14(5), 1057.

13 Wurm, S., Ehrlich, U., Meyer-Wyk, F., & Spuling, S. M. (2023). Prevalence of loneliness among older adults in Germany. *Journal of Health Monitoring*, 8(3), 49–53.

Quellenverzeichnis

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2025). S3-Leitlinie: Klinische Ernährung und Hydratierung im Alter (Registernr. 073-019).

Open-Access-PDF: https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-019l_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydratierung-im-Alter_2025-02.pdf

2. Beck, A. M., Ovesen, L., & Schroll, M. (2021). Low-Intake Dehydration in Older Adults—A Narrative Review. *Nutrients*, 13(9), 3142.

DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13093142>

3. Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2021). Eating Alone or Together among Community-Living Older People—A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3495.

DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073495>

Open-Access-PDF: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8036467/pdf/ijerph-18-03495.pdf>

4. Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., & Neuman, N. (2024). The impact of eating alone on food intake and everyday eating among 70–75-year-olds in Sweden. *BMC Public Health*, 24, 19560.

DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19560-0>

5. Delerue Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21, 924.

DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10956-w>

Open-Access-PDF: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12889-021-10956-w.pdf>

6. Destatis. (2025, 16. Juli). Mikrozensus: Fast jeder zweite Mensch ab 60 Jahren lebt allein. Pressemitteilung Nr. NO36/2025.

Open-Access-PDF: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_N036_12.html

7. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2025). Essen und Trinken im Alter (Fit im Alter).

Open-Access-PDF: https://www.fitimalter-dge.de/fileadmin/user_upload/medien/Eszen_und_Trinken_im_Alter.pdf

Übergeordnete Projektseite: <https://www.fitimalter-dge.de/startseite>

8. Geigl, C., Loss, J., Leitzmann, M., & Janssen, C. (2022). Social Factors of Dietary Risk Behavior in Older German Adults: Results of a Multivariable Analysis. *Nutrients*, 14(5), 1057.

Open-Access-Datei: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/5/1057>

9. Gaertner, B., Scheidt-Nave, C., Koschollek, C., & Fuchs, J. (2023). Health status of the old and very old people in Germany: results of the Gesundheit 65+ study. *Journal of Health Monitoring*, 8(3), 7–29.

DOI: <https://doi.org/10.25646/11663>

Open-Access-PDF: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10565703/pdf/JHealthMonit_2023_3_Gesundheit_aeltere.pdf

10. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2022). Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter (HTA-Bericht HT20-03).

Open-Access-PDF: https://www.iqwig.de/download/ht20-03_massnahmen-gegen-soziale-isolation-und-einsamkeit-im-alter_hta-bericht_v1-0.pdf

11. Konings, Francis J. C. M.; Mathijssen, Jolanda J. P.¹; Schellingerhout, Jasper M.²; Kroesbergen, Ike H. T.; Goede de, Joyce; Goor de, Ien A. M. (2015). Prevention of dehydration in independently living elderly: A study protocol. *International Journal of Preventive Medicine*, 6, 103.

Open-Access-PDF:

https://journals.lww.com/ijom/fulltext/2015/06000/prevention_of_dehydration_in_independently_living.102.aspx

12. Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 57–77.

Open-Access-PDF: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2763304/pdf/nihms-141139.pdf>

13. Medizinischer Dienst (MD). (2020). Essen und Trinken im Alter – Grundsatzstellungnahme.

Open-Access-PDF: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungen/EszenTrinken_im_Alter_Lesezeichen.pdf

- 14.** Bae, Y., & Pachucki, M.C. (2024). Social isolation and depression as risk factors for weight loss of 5 kg or more among older Korean adults. *PLOS ONE*, 19(3), e0299096.
DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299096>
- 15.** Stalling, I., Albrecht, B. M., Foettinger, L., Recke, C., & Bammann, K. (2022). Meal Patterns of Older Adults: Results from the OUTDOOR ACTIVE Study. *Nutrients*, 14(14), 2784.
Open-Access-Datei: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/14/2784>
- 16.** Statistisches Bundesamt (Destatis). (2014). Ältere Menschen in Stadt und Land – Ergebnisse des Mikrozensus 2014.
Open-Access: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/stadt-land.html>
- 17.** Statistisches Bundesamt (Destatis). (2015). Die Generation 65+ in Deutschland.
Open-Access-PDF: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001454/Generation65.pdf
- 18.** Steptoe, A., Fong, H. L., & Lassale, C. (2024). Social isolation, loneliness and low dietary micronutrient intake in older people in England. *Age and Ageing*, 53(10), afae223.
DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afae223>
Open-Access-PDF: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11479707/pdf/afae223.pdf>
- 19.** Wang, X., Zhang, C., Wei, L. (2023). Social isolation, depression, nutritional status and quality of life during COVID-19 among Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study *BMJ Open*, 13(9), e072305.
DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072305>
Open-Access-PDF: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/13/9/e072305.full.pdf>
- 20.** Wurm, S., Ehrlich, U., Meyer-Wyk, F., & Spuling, S. M. (2023). Prevalence of loneliness among older adults in Germany. *Journal of Health Monitoring*, 8(3), 49–53.
DOI: <https://doi.org/10.25646/11664>
Open-Access-PDF: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11295/JHealthMonit_2023_03_loneliness.pdf?sequence=1&isAllowed=y