



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

In der Ottawa-Deklaration von 1986 betont die Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie wichtig eine selbstständige, selbstverantwortliche und persönlich sinnerfüllte aktive Lebensgestaltung für ein gesundes Älterwerden ist. Um dieses zu ermöglichen, sind neben individuellen Kompetenzen und Ressourcen Anregungen, Anforderungen und Hilfen der sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt von entscheidendem Einfluss. Der vorliegende Bericht geht von diesem erweiterten Verständnis von Gesundheit aus. Es wird zunächst die demografische Situation umrissen, die von einer steigenden Lebenserwartung und einer Zunahme des Anteils der alten und hochaltrigen Bevölkerung wesentlich geprägt ist. Danach wird dargestellt, dass Altern ein Prozess ist, der bei differenzierter Betrachtung seiner Dimensionen (der biologisch-physiologischen, der psychischen und der sozialen) neben Verlusten auch erhebliche Potentiale und sogar mögliche Gewinne erkennen lässt. Auf der Grundlage empirischer Ergebnisse werden dann wichtige Indikatoren zum Gesundheitszustand der Älteren, zum Wohlbefinden, zur Verbreitung von Krankheiten und Funktionseinschränkungen und zur Pflegebedürftigkeit berichtet. Es wird betont, dass es bei der medizinischen Betreuung wichtig ist, über vorliegende Erkrankungen hinaus, die Auswirkungen von Einschränkungen, die Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung bzw. Wiedergewinnung von Selbstständigkeit sowie die Bewältigungsmöglichkeiten und das Selbsthilfepotential zu berücksichtigen. Der Bericht will u. a. deutlich machen, dass das Veränderungspotential im Alter vielfach unterschätzt wird, und deshalb vorhandene Präventionsmöglichkeiten und Rehabilitationspotentiale noch stärker genutzt werden sollten.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 10

Gesundheit im Alter

© Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-131-3

ISSN 1437-5478

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 10

Gesundheit im Alter

*Autoren: Prof. Dr. phil. Andreas Kruse, Dipl.-Math. Elisabeth Gaber,
Prof. Dr. med. Gereon Heuft, Prof. Dr. med. Peter Oster,
Dipl.-Psych., Dipl.-Gerontol. Susanna Re,
Prof. Dr. rer. soc. Frank Schulz-Nieswandt*

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (GBE des Bundes) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Sie basiert auf vorhandenen Daten, die in den Berichten zusammengeführt und bewertet werden. Ihre Aussagen beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die GBE des Bundes stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei. Nicht zuletzt bietet sie allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage.

Nach dem Erscheinen des ersten kompletten Gesundheitsberichts für Deutschland¹ wird die Gesundheitsberichterstattung durch die regelmäßige Herausgabe von Themenheften aktuell gehalten und weiter ausgestaltet. Dies gewährleistet:

- ▶ aktuelle Berichte,
- ▶ ein flexibles Themenspektrum,
- ▶ die Berücksichtigung des Leserinteresses.

Schwerpunktberichte und Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung ergänzen und vertiefen die regelmäßig erscheinenden Hefte.

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* umfasst alle Bereiche des Gesundheitswesens:

- ▶ Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- ▶ Gesundheitliche Lage
 - ▶ *Gesundheit im Alter* (Heft 10)
- ▶ Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen
- ▶ Krankheiten/Gesundheitsprobleme
- ▶ Ressourcen der Gesundheitsversorgung

- ▶ Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- ▶ Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Dieser Aufbau liegt dem 1998 erschienenen *Gesundheitsbericht für Deutschland* mit über 100 verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen zugrunde und ist kompatibel mit dem Aufbau der GBE in den Bundesländern. In diese Struktur integrieren sich auch die bereits erschienenen Themenhefte.

Der *Gesundheitsbericht für Deutschland* ist über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de abrufbar. Darüber hinaus bietet das Informationssystem eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Informationen und Kennziffern zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung. Die Zusammenarbeit des Robert Koch-Instituts mit dem *Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten* am Statistischen Bundesamt gewährleistet die Einbeziehung valider und aktueller Daten in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
- Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«

Die Berichte können über das Robert Koch-Institut bezogen werden und stehen außerdem unter www.rki.de zur Verfügung.

¹ Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart (Metzler-Poeschel) 1998

Gesundheit im Alter

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland leben zurzeit ca. 82 Millionen Menschen, davon sind 13 Millionen 65 Jahre alt oder älter. Den Bevölkerungsvorausrechnungen zufolge wird in den nächsten Jahrzehnten sowohl die Anzahl der Älteren als auch deren Anteil an der Gesamtbevölkerung weiter steigen. Das trifft insbesondere auf die über 80-Jährigen zu, deren Anzahl sich voraussichtlich erheblich erhöhen wird.

Die Frage nach der Gesundheit im Alter ist von erheblicher individueller und gesellschaftlicher Bedeutung. Obwohl im Alter gesundheitliche Probleme und Einschränkungen zunehmen, ist Alter nicht gleichbedeutend mit Krankheit, Leiden und Pflegebedürftigkeit. Die individuelle Lebensführung und Bewältigungspotentiale, adäquate medizinische und soziale Betreuung, Prävention und Rehabilitation können den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das Wohlbefinden erheblich beeinflussen.

Der Strukturwandel der Bevölkerung mit einem deutlich steigenden Anteil älterer, vor allem hochbetagter Menschen wirft die Frage nach den Anforderungen an die soziale Sicherung und die medizinische Versorgung auf, wie auch die Frage nach möglichen Gewinnen des Alters für unsere Gesellschaft sowie nach gesellschaftlichen Bedingungen für die Aufrechterhaltung der intergenerationellen Solidarität.

In der gerontologischen Forschung wurden

- ▶ die großen interindividuellen Unterschiede in der körperlichen und seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit älterer Menschen,
- ▶ die Bedeutung der körperlichen und seelisch-geistigen Aktivität in allen Phasen des Lebenslaufs für die Aufrechterhaltung von Gesundheit, Selbstständigkeit und Kompetenz im Alter,
- ▶ die Bedeutung der Prävention in allen Phasen des Lebenslaufs für die Vermeidung von Erkrankungen im Alter,
- ▶ das hohe Veränderungs- und Rehabilitationspotential im Alter,
- ▶ die erhöhte Anfälligkeit des Organismus für Schädigungen der Organe (Vulnerabilität), die sich in dem mit steigendem Alter wachsenden Risiko chronischer körperlicher und hirnorganischer Erkrankungen widerspiegelt,

nachgewiesen. Dabei sind allerdings die großen interindividuellen Unterschiede in der körperlichen und psychischen Gesundheit, in der Selbstständigkeit sowie im Wohlbefinden zu berücksichtigen, die sich selbst im höchsten Lebensalter nachweisen lassen. Diese Befunde sind sowohl für das Verständnis des Alternsprozesses als auch für die Entwicklung von Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung von Gesundheit, Selbstständigkeit, Kompetenz und Lebensqualität im Alter bedeutsam.

Der sich in Zukunft fortsetzende Strukturwandel der Bevölkerung wird mit wachsenden Anforderungen an die soziale Sicherung und die medizinische Versorgung verbunden sein. Die rechtzeitige Vorbereitung darauf ist eine bedeutende gesellschaftspolitische Aufgabe. Vor allem angesichts der zunehmenden Anzahl hochbetagter Menschen werden die Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung steigen.

Demographische Situation

Im Jahre 1900 waren in Deutschland rund 8 % der 56 Millionen Einwohner 60 Jahre und älter, im Jahre 1960 waren es rund 18 % von 73,1 Millionen und 1980 bereits 19 % von 78,4 Millionen. Derzeit sind 22,4 % der rund 82 Millionen Einwohner, d.h. 18,4 Millionen, 60 Jahre und älter.

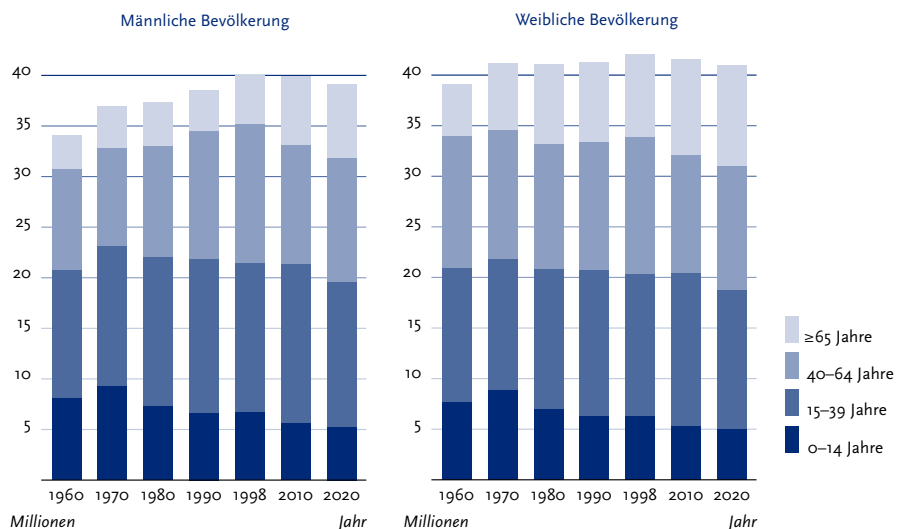
Um 1900 betrug die mittlere Lebenserwartung der Frauen in Deutschland rund 48 Jahre, die der Männer rund 45 Jahre. Im Laufe des Jahrhunderts (bis 1998) ist sie auf 80 Jahre für Frauen und 74 Jahre für Männer angestiegen.

Einen großen Anteil daran hatte zunächst die Verringerung der Säuglingssterblichkeit, aber insbesondere in den letzten Jahrzehnten trägt auch das Sinken der Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen erheblich dazu bei. Allein in den 90er Jahren sank die standardisierte Sterblich-

keit der über 65-Jährigen um mehr als 10 %, die mittlere Lebenserwartung erhöhte sich um zwei Jahre. Die sog. fernere Lebenserwartung der 60-Jährigen stieg in diesem Zeitraum um ein Jahr. In den neuen Bundesländern ist sie derzeit jedoch noch ein Jahr niedriger als in den alten Bundesländern.

Die aktuellen Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung nehmen an, dass die mittlere Lebenserwartung in Deutschland bis 2025 auf etwa 83 Jahre für Frauen und etwa 76 Jahre für Männer steigt, die fernere Lebenserwartung der 60-Jährigen wird für 2025 auf 25 Jahre für Frauen bzw. 20 Jahre für Männer geschätzt. Diese Veränderungen der Lebenserwartung sind neben dem erheblichen Rückgang der Geborenenzahl ein wesentlicher Grund dafür, dass die Zahl der Älteren und ihr Anteil an der Bevölkerung zugenommen haben und voraussichtlich weiter zunehmen werden (demographischer Wandel).

Abbildung 1
Entwicklung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung von 1960 bis 1998 und 9. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für 2010 und 2020 (Zahlen vor 1990 zusammengefasst für früheres Bundesgebiet und ehemalige DDR)
Anzahl in Millionen Personen
Quellen: Statistisches Bundesamt und Amtliche Bevölkerungsstatistik der ehemaligen DDR

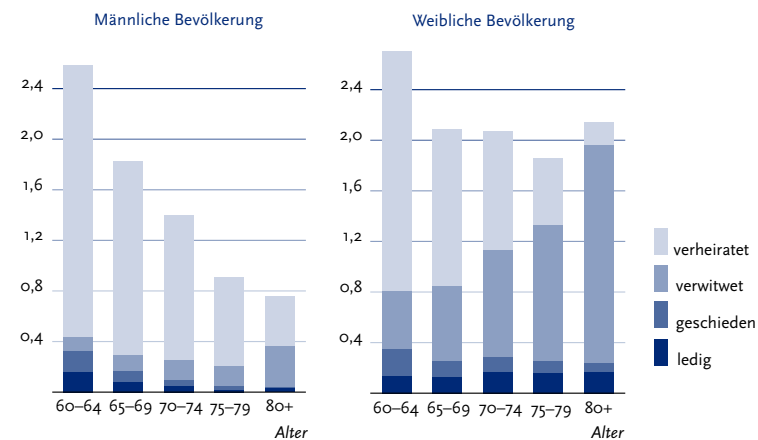


Weitere Informationen zum Thema koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung

Insbesondere nimmt dabei auch die Zahl der Hochaltrigen (d.h. 80 Jahre und älter) zu. 1960 waren es 1,2 Millionen, 1980 2,1 Millionen, 1998 2,9 Millionen. Die Vorausberechnungen ergeben für 2010 rund 4 Millionen und für 2020 eine Zahl von 5,3 Millionen. Ihr derzeitiger Anteil an der Bevölkerung von 3,5 % wird sich bis 2020 schätzungsweise auf 6,6 % erhöhen. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren wird schätzungsweise von derzeit rund 16 % auf 22 % bis 2020 steigen (siehe Abbildung 1).

Die Altersstrukturverschiebung der Bevölkerung in Deutschland wird sich also auch in Zukunft weiter fortsetzen und dazu führen, dass der Bevölkerungsanteil junger Menschen in absehbarer Zukunft kleiner sein wird als jener der alten Menschen. Der sogenannte Altenquotient beschreibt die zahlenmäßige Relation der älteren Bevölkerung zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Derzeit steht die Zahl der über 65-Jährigen zu der der 20–64-Jährigen im Verhältnis 1:4, dieses wird in 10 bis 20 Jahren 1:3 betragen und auch danach weiter anwachsen. Der Anteil der Älteren in der Bevölkerung ist regional unterschiedlich. Einige Regionen werden eine besondere Zunahme der Hochbetagten erfahren, was auch eine Anpassung der Versorgungsstrukturen erfordern kann.

Abbildung 2
Bevölkerungsstruktur der 65-Jährigen und Älteren nach Familienstand 1998
Anzahl in Millionen Personen
Quelle: Statistisches Bundesamt



Die überwiegende Mehrheit der Älteren ist weiblich, von den über 65-Jährigen sind ca. zwei Drittel Frauen, ihr Anteil an den über 80-Jährigen beträgt sogar fast drei Viertel. Die Bevölkerungsvorausberechnungen kommen zu dem Ergebnis, dass der Anteil der alten Männer wachsen wird.

Während der weit überwiegende Teil der älteren und alten Männer verheiratet ist, nimmt der Anteil der verheirateten Frauen mit dem Alter stark ab (siehe Abbildung 2). 51 % der über 65-jährigen Frauen und 17 % der über 65-jährigen Männer leben in Ein-Personen-Haushalten (bezogen auf alle in Privathaushalten Lebenden), und die Anteile steigen mit dem Alter stark an (Mikrozensus 1998). Die Anteile sind auf dem Land niedriger als insbesondere in den Großstädten. Rund 0,9 Millionen der über 65-Jährigen (6,9 %) wohnen in Heimen oder speziellen Altenwohnungen. Der Anteil der in Alten(wohn)heimen und Pflegeheimen Lebenden erhöht sich mit steigendem Alter.

Nach den Regelungen der sozialen Pflegeversicherung waren Ende 1998 rund 1,4 Millionen über 60-Jährige Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, davon waren rund ein Drittel in stationärer Pflege.

Biologisch-physiologisches, psychologisches und soziales Altern

Mit fortschreitendem Alternsprozess verändern sich der Organismus und das Zentralnervensystem. Diese Veränderungen sind eher mit Funktionsverlusten und zunehmender Vulnerabilität (Verletzbarkeit) verbunden. Im Gegensatz dazu sind die mit dem Altern verbundenen Veränderungen des Wissens, der Erfahrungen, des Umgangs mit Lebensanforderungen und der Persönlichkeit ein Geschehen, das eher mit Stabilität oder sogar weiterer Differenzierung und weiterem Wachstum verbunden ist. In der Gerontologie wird zwischen biologisch-physiologischem, psychologischem und sozialem Altern differenziert.

In der *biologisch-physiologischen Dimension* des Alterns finden sich charakteristische Verluste, zu denen vor allem die verringerte Funktionsreserve der Organe, die abnehmende Vitalkapazität, der zunehmende Blutdruck, der erhöhte Cholesteringehalt im Blut, die verminderte Glukosetoleranz, die Abnahme der Muskelfasern und Kapillaren bei Zunahme des Bindegewebes, biochemische Veränderungen der Faserbestandteile und der Grundsubstanz des Bindegewebes, die Abnahme des Mineralgehalts des Skeletts, die Trübung der Augenlinse sowie der Verlust des Hörvermögens für hohe Frequenzen zu zählen sind. Das Ausmaß dieser Verluste ist interindividuell sehr unterschiedlich. Neben genetischen Faktoren spielen dabei die körperliche und geistige Aktivität im bisherigen Leben, Risikofaktoren und Erkrankungen in früheren Lebensjahren und im Alter sowie Umweltbedingungen eine entscheidende Rolle.

Im Alter gehen Widerstands- und Anpassungsfähigkeit des Organismus zurück; darüber hinaus zeigen sich Folgen gesundheitsschädigender Einflüsse im Lebenslauf oftmals erst im Alter. Aus diesem Grunde differenziert die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996 vorgeschlagene Krankheitstypologie zwischen

- ▶ altersphysiologischen Veränderungen mit möglichem Krankheitswert (z. B. Arteriosklerose, Osteoporose), d. h. bestimmten physiologischen Entwicklungen, die eigentlich zum natürlichen Alternsprozess gehören, die aber

dann Krankheitswert haben, wenn sie mit einem höheren, über der Norm liegenden Ausprägungsgrad auftreten,

- ▶ Erkrankungen mit langer präklinischer Latenzzeit (z. B. Krebserkrankungen),
- ▶ Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischen Verlauf (z. B. Infektionskrankheiten) und
- ▶ Krankheiten infolge langandauernder oder vielfacher Exposition (z. B. Atemwegserkrankungen, Altersdiabetes, Bluthochdruck).

Die hier genannte Krankheitstypologie belegt auch die große Bedeutung der Prävention für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und Selbstständigkeit.

In der biologisch-physiologischen Dimension besteht über den gesamten Lebenslauf ein Veränderungspotential (Plastizität) der Organe sowie des Zentralnervensystems. Obwohl dieses bei älteren Menschen im Durchschnitt geringer ist als bei jüngeren Menschen, kann durch Training eine signifikante Steigerung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und durch Rehabilitation eine signifikante Verbesserung der Selbstständigkeit, der verschiedenen sensomotorischen Funktionsabläufe sowie der kognitiven und alltagspraktischen Fertigkeiten erzielt werden.

In der *psychologischen Dimension* des Alterns gibt es sowohl Verluste als auch potentielle Stärken bzw. Gewinne im Alter. Verluste treten vor allem auf bei der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, bei der Fähigkeit zur Lösung neuartiger kognitiver Probleme, im Kurzzeitgedächtnis und bei der Lernfähigkeit. Die potentiellen Stärken des Alters liegen dagegen in den erfahrungs-, wissens- und fertigkeitbasierten Leistungen, die Menschen im Lebenslauf erbracht haben, insbesondere in der Fähigkeit zur psychischen Bewältigung von Anforderungen und Belastungen im Alltag. Das bedeutet u. a., dass viele ältere Menschen im Lebenslauf Daseinskompetenzen entwickelt haben, die sie in die Lage versetzen, Einbußen, Verluste und andere Belastungen im Alter zu verarbeiten.

Auch im Bereich des Erlebens und Verhaltens besteht im Alter Veränderungspotenzial. Die in der Bewältigung von Belastungen erkennbare psychische Widerstandsfähigkeit spricht ebenso für diese Plastizität wie die Erfolge einer psychotherapeutischen Behandlung oder des Kompe-

tenztrainings im Alter. Das Veränderungspotenzial und die Möglichkeiten von Psychotherapie bei älteren Menschen werden häufig unterschätzt.

Die *soziale Dimension* ist vor allem durch Veränderungen in den Möglichkeiten einer aktiven sozialen Teilhabe gekennzeichnet. Die Verpflichtung von einzelnen gesellschaftlichen Rollen, z. B. Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, ermöglicht zum Teil das Eingehen von neuen, persönlich bedeutsamen, zum Teil auch »identitätsstiftenden« Verpflichtungen und eine an persönlichen Interessen und Bedürfnissen orientierte Lebensgestaltung. Diese späte Freiheit äußert sich nicht selten im Interesse Älterer am freiwilligen Engagement in der Gesellschaft. Der »Alters-Survey« 1997 hat deutlich gemacht, dass ältere Menschen in vielfältiger Weise einen aktiven Beitrag in die intergenerationellen Beziehungen einbringen; die gegebenen und empfangenen Hilfen stehen in vielen Familien in einem Gleichgewicht.

In diesem Kontext ist das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierte Modellprogramm »Seniorenbüro« zu nennen, mit dem das Ziel verfolgt wurde, eine Infrastruktur für die Engagementförderung im Alter aufzubauen. Im Jahre 1992 wurden an 43 Standorten in der Bundesrepublik Seniorenbüros eingerichtet, deren Zielsetzung in der Beratung älterer Menschen über Aktivitätsmöglichkeiten, die ihren Interessen und Fertigkeiten entsprechen, in der Vermittlung an Träger ehrenamtlichen Engagements und in der Hilfe beim Aufbau eigener Projektgruppen und Initiativen bestand.

Aus der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms geht hervor, dass die Seniorenbüros – entsprechend ihrer Zielsetzung – in erster Linie von Menschen in der nachberuflichen und nachfamiliären Phase (71 %) genutzt werden, darüber hinaus von Fachleuten der Altenarbeit und der Engagementförderung (20 %), von kommunalen Entscheidungsträgern, Journalisten sowie von Gruppen und Initiativen. In den Jahren 1994 und 1995 wurden für 33 Seniorenbüros 36.300 Nutzer mit 95.300 Kontakten ermittelt. Diese Zahlen belegen die hohe Bereitschaft vieler älterer Menschen, sich für andere zu engagieren, die durch entsprechende infrastrukturelle Angebote in einer für die Gesellschaft fruchtbaren Weise genutzt werden kann. Die im Kontext des Modellprogramms Seniorenbüro gewonnenen Erfahrun-

gen erlauben die Folgerung, dass durch gezielte Qualifikationsangebote für ältere Menschen unter diesen die Bereitschaft, eine ehrenamtliche Tätigkeit auszuüben, erhöht werden könnte.

Die Seniorenbüros stellen allerdings nur eine Variante des ehrenamtlichen Engagements dar. Zu nennen sind weiterhin die zahlreichen Formen des Engagements älterer Menschen in der Nachbarschaft, in der Kommune, in Verbänden und Vereinen. Manche Vereine und Netzwerke würden sonst gar nicht existieren können. Ältere Menschen erbringen zudem zahlreiche Hilfeleistungen in der Familie, sowohl für nachfolgende Generationen als auch für Menschen derselben Generation, dazu gehört vor allem auch instrumentelle und emotionale Unterstützung bei chronischer Erkrankung, Hilfsbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit.

Einkommensverhältnisse

Altern in unserer Gesellschaft spiegelt sich auch in der Entwicklung der materiellen Ressourcen, der Wohnbedingungen und des Bildungsstandes der älteren Generationen wider. Die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erkennbar verbessert, woraus auch positive Folgen für die selbstverantwortliche Gestaltung des Alltags erwachsen: Höhere materielle Ressourcen bilden eine bedeutende Voraussetzung für die Erweiterung des Aktivitätsradius und Interessenspektrums. Auch wenn berücksichtigt werden muss, dass sich hinter den Durchschnittsbeträgen eine beträchtliche Streuung verbirgt, so spricht doch die Tatsache, dass 1998 das durchschnittlich verfügbare monatliche Äquivalenzeinkommen der Haushalte von Sozialversicherungsrentnern € 1.421 (DM 2.780) und das von Pensionärshaushalten € 2.561 (DM 5.008) betrug (zum Vergleich – Arbeitnehmerhaushalte € 1.830 (DM 3.580), dafür, dass die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen im Großen und Ganzen betrachtet relativ günstig ist.

Nach Daten der Mikrozensus 1998 hatten 45 % der über 65-jährigen Frauen in Ein-Personen-Haushalten ein monatliches Nettoeinkommen von weniger als € 920 (1.800 DM), bei den über 65-jährigen Männern in Ein-Personen-Haushalten waren es nur 26 %.

Von Armut im Alter sind Frauen weitaus häufiger betroffen oder bedroht als Männer. Der Anteil der Frauen, die Sozialhilfe empfangen, ist höher als der der Männer. Von den 65–69-Jährigen erhielten 1997 1,7 % der Frauen und 1,3 % der Männer (außerhalb von Einrichtungen) Hilfe zum Lebensunterhalt, bei den 70–74-Jährigen waren es 1,5 % bzw. 1,0 % und bei den 75-Jährigen und älteren 1,5 % der Frauen und 0,6 % der Männer. Von den über 75-Jährigen, die Hilfe zum Lebensunterhalt empfangen, leben nur 6 % der Frauen, jedoch 51 % der Männer zusammen mit ihrem Ehepartner bzw. ihrer Ehepartnerin (Zahlen von 1997).

Von 1985 bis Ende 1997 hat sich in den alten Bundesländern der Anteil der 60-jährigen und älteren Sozialhilfeempfänger an allen Sozialhilfeempfängern um 2,9 % von 13,0 % auf 10,1 % verringert. Keine Altersgruppe in Deutschland – und diese Aussage gilt für die alten wie für die neuen Bundesländer – hat eine so geringe Sozialhilfedichte wie jene der älteren Menschen. Allerdings ist zu beachten, dass ein nicht kleiner Teil der Anspruchsberechtigten die Sozialhilfe nicht in Anspruch nimmt.

Der Anteil der von Armut betroffenen oder ernsthaft bedrohten Älteren geht auch zu einem erheblichen Teil auf ein pflegebedingtes Armutsrisiko zurück. Die Sozialhilfeempfängerquote in stationären Einrichtungen lag 1998 in den alten Bundesländern je nach Einrichtungstyp zwischen 70 % und 80 %, in den neuen Bundesländern bei nahezu 100 %. Von den in Privathaushalten gepflegten älteren Menschen waren vor dem Inkrafttreten der ersten Stufe der Pflegeversicherung etwa 25 % auf Sozialhilfe angewiesen.

Wohnbedingungen

1998 verfügten in den alten Bundesländern 51,3 % aller Haushalte älterer Menschen über Wohneigentum (bei einer allgemeinen Eigentumsquote von 42,6 %), in den neuen Bundesländern belief sich dieser Anteil allerdings nur auf 28,8 % (bei einer allgemeinen Eigentumsquote von 31 %).

47 % jener Privathaushalte, in denen ein 60-jähriger oder älterer Mensch lebt, sind Ein-Personen-Haushalte, 40 % Zwei-Personen-Haushalte (in der Regel Ein-Generationen-Haushalte).

Der Anteil derer, die in Ein-Personen-Haushalten leben, nimmt im Alter deutlich zu und ist bei Frauen erheblich höher als bei Männern: 22 % der 60–64-jährigen Frauen und 12 % der 60–64-jährigen Männer, aber 66 % der 75-jährigen und älteren Frauen und 25 % der 75-jährigen und älteren Männer leben in einem Ein-Personen-Haushalt (Mikrozensus 1998).

Die Heimstatistik weist für 1998 ca. 11.000 Alteinrichtungen mit ca. 660.000 Plätzen aus, davon 365.000 Pflegeheimplätze, ca. 100.000 Altenheimplätze und ca. 40.000 Wohnheim- oder Wohnstiftplätze, 155.000 Plätze sind nicht nach Art ausgewiesen.

In der öffentlichen Diskussion wird nicht selten darauf hingewiesen, dass nur ein kleiner Teil (5,3 %) der über 65-Jährigen in einer stationären Einrichtung lebt. Es ist aber zu berücksichtigen, dass dieser Anteil mit dem Alter deutlich steigt. Von den 85–89-Jährigen leben rund ein Sechstel und von den 90-Jährigen und Älteren rund ein Drittel in einer Alteinrichtung. Aus den von Bickel (1995) berichteten Ergebnissen geht hervor, dass 72 % aller Heimeintritte ausschließlich oder auch auf Einbußen der Gesundheit und Einschränkungen der Selbstständigkeit zurückgehen. Beim überwiegenden Teil der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen besteht Pflegebedarf (nach Maßgabe des SGB XI), bei 23 % entsprechend Pflegestufe III, bei 37 % Stufe II und bei 23 % Stufe I (Zahlen von 2000).

Bildungsstand

Von den derzeit über 65-Jährigen haben 81 % der Frauen und 74 % der Männer einen Volks- oder Hauptschulabschluss, 13 % bzw. 12 % einen Realschulabschluss oder den Abschluss der polytechnischen Oberschule und 5 % der Frauen und 13 % der Männer Fachhochschul- oder Hochschulreife, (Mikrozensus 1998). Der in den letzten Jahrzehnten bestehende Trend zur Höherqualifizierung wird an den schulischen Bildungsabschlüssen in der heutigen mittleren Generation deutlich: Von den derzeit 40–45-Jährigen haben 41 % einen Hauptschulabschluss und ca. 24 % die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife erworben, bei den 30–35-Jährigen sind es sogar 29 %, und der Anteil mit Hauptschulabschluss beträgt bei ihnen nur

nach 32 %. Der Trend zur Höherqualifizierung ist bei den Frauen noch stärker ausgeprägt als bei den Männern.

Den künftigen Generationen älterer Menschen wird somit ein relativ hoher Bevölkerungsanteil mit mittleren oder höheren Bildungsabschlüssen angehören. Höhere Schulabschlüsse eröffnen eher den Zugang zu Institutionen der Erwachsenenbildung sowie zu anderen kulturellen Einrichtungen; die Vertrautheit mit diesen institutionalisierten Bildungsangeboten wird auch eine zentrale Grundlage für erhöhte Bildungsaktivitäten im Alter bilden. Bereits heute finden Akademien für Ältere, Seniorenuniversitäten, Seniorenstudiengänge, Seniorenvorlesungen oder die von Volkshochschulen, kirchlichen und politischen Bildungsträgern entwickelten Angebote der Erwachsenenbildung zunehmendes Interesse der älteren Generation.

Erweitertes Gesundheitsverständnis

In Übereinstimmung mit der Ottawa-Erklärung der Welt-Gesundheits-Organisation (1986) ist die selbstständige, selbstverantwortliche und persönlich sinnerefüllte Lebensgestaltung als ein wesentliches Merkmal der Gesundheit im Alter anzuse-

hen. Gesundes Älterwerden ist also nicht allein eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern vielmehr ein komplexer, mehrdimensionaler Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten auch die aktive Lebensführung und eine positive Lebenseinstellung umfasst. Tabelle 1 gibt einen Überblick über Aspekte dieses erweiterten Gesundheitsverständnisses. Diese Aspekte von Gesundheit werden von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Dabei spielen sowohl Faktoren eine Rolle, die die Ressourcen, Belastungen, Lebensweise und Einstellungen der Person in Vergangenheit und Gegenwart betreffen (sog. personale Faktoren), als auch Faktoren, die die allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen, soziale Beziehungen, Wohnbedingungen, ökologische und infrastrukturelle Bedingungen betreffen.

Die personalen Faktoren zeigen die große Bedeutung der Biographie für die Gesundheit im Alter. Neben den verschiedenen Aspekten gesundheitsbewussten Verhaltens ist die individuell sinnerefüllte Gestaltung des Alltags besonders zu erwähnen und die Art und Weise, wie sich die Person mit Belastungen, Konflikten und neuen Anforderungen auseinandergesetzt hat. Letzteres ist u. a. sehr wesentlich bei auftretenden chronischen Erkrankungen. Gesundheit lässt sich in diesem Falle verstehen als die Fähigkeit, mit einer Erkrankung zu leben, d. h. ein persönlich zufriede-

Tabelle 1
Aspekte eines erweiterten Verständnisses von Gesundheit
Quelle: Kruse, 1999

Aspekte
Körperliche und seelische Erkrankungen
Körperliches und seelisches Wohlbefinden
Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
Erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben
Selbstständigkeit im Alltag
Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung
Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen
Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen
Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten
Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste
Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste

nes und sinnerfülltes Leben auch bei gesundheitlichen Belastungen zu führen.

Von den im Jahr 1998 im Rahmen des Bundesgesundheits surveys Befragten schätzen immerhin rund zwei Drittel der 60–79-jährigen Frauen und mehr als zwei Drittel der 60–79-jährigen Männer ihren Gesundheitszustand als gut, sehr gut oder ausgezeichnet ein. Im Survey wurde auch nach der Zufriedenheit mit der Gesundheit, mit der familiären Situation, mit den Beziehungen zu Nachbarn, Freunden und Bekannten, mit der finanziellen Situation sowie nach der Zufriedenheit mit dem Leben allgemein gefragt. Von den 60–79-jährigen Befragten gab der größere Teil an, mit diesen Aspekten der persönlichen Lebenssituation und dem Leben insgesamt eher zufrieden zu sein (siehe Abbildung 3). Anzumerken ist jedoch, dass in den neuen Bundesländern die Zufriedenheit durchgängig geringer, zum Teil sogar erheblich geringer als in den alten Bundesländern eingeschätzt wurde.

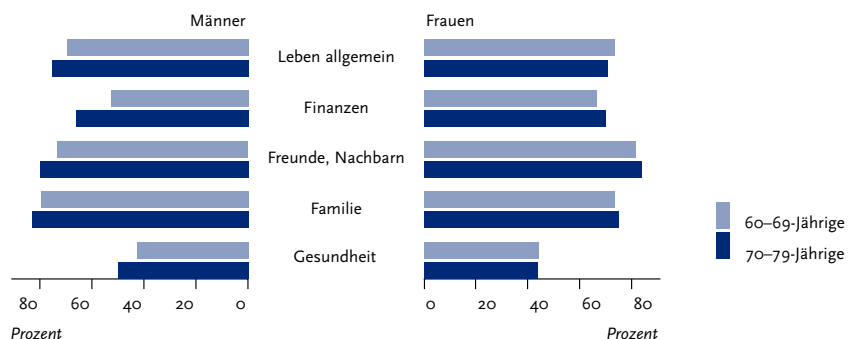
Im Rahmen des Bundesgesundheits surveys 1998 wurde u.a. der Fragebogen SF36 zur Erfassung von Indikatoren zur gesundheitsbezogenen subjektiven Lebensqualität eingesetzt. Der SF36 enthält acht Dimensionen, die neben körperlichen auch psychische und soziale Komponenten von Gesundheit berücksichtigen. Die Ergebnisse zeigten u.a., dass in den höheren Altersgruppen im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen vor al-

lem die körperliche Funktionsfähigkeit geringer ist, während die Indikatoren für die seelischen und sozialen Funktionen sich nur wenig von denen der anderen Altersgruppen unterscheiden.

Ähnliche Ergebnisse ergeben sich aus dem Interdisziplinären Alters-Projekt (IDA). Dort wurden drei Bereiche des Wohlbefindens untersucht. Es fanden sich nur beim physischen Wohlbefinden statistisch signifikante, alterskorrelierte Einbußen, das psychische und auch das soziale Wohlbefinden (Zufriedenheit mit den Kontakten, mit der materiellen Situation und mit den Wohnbedingungen) bleiben im hohen Alter eher bestehen.

Die in der Berliner Altersstudie (BASE) ermittelten Ergebnisse zum Inhalt der Selbstdefinitionen alter und sehr alter Menschen sprechen insgesamt für ein aktivitätsbetontes, gegenwartsbezogenes Selbstbild, wobei der Gesundheit mit wachsendem Alter immer größere Bedeutung beigemessen wird. Dabei überwiegen auch in der Selbstdefinition der 85-jährigen und älteren Menschen positiv bewertete Merkmale und Eigenschaften; allerdings wird hier das Verhältnis zwischen positiv und negativ bewerteten Attributen ungünstiger, was vor allem auf körperliche und sensorische Einschränkungen zurückzuführen ist. Darüber hinaus geht die Anzahl der Bereiche, durch die sich Menschen selbst definieren, mit zunehmendem Alter zurück.

Abbildung 3
Anteil der 60–79-Jährigen, die mit den entsprechenden Lebensbereichen zufrieden bis sehr zufrieden sind
Anteil der Befragten in Prozent
Quelle: Robert Koch-Institut, Bundesgesundheits survey 1998



Die genannten Studien stimmen in dem Ergebnis überein, dass der größere Anteil jener Menschen, bei denen gesundheitliche Einbußen und soziale Verluste eingetreten sind, keine psychischen und psychosomatischen Störungen aufweist. Dieses Ergebnis kann auch im Sinne hoher psychischer Widerstandsfähigkeit (»Resilienz«) gedeutet werden. Allerdings geht die psychische Widerstandsfähigkeit bei einer Kumulation von Beeinträchtigungen und bei einer gleichzeitigen Abnahme der (physischen, kognitiven, sozialen und materiellen) Ressourcen zurück. In Situationen deutlich verringerter psychischer Widerstandsfähigkeit nimmt auch die Gefahr psychischer und psychosomatischer Störungen zu.

Körperliche Erkrankungen

Auch bei einem mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit wird der körperliche Gesundheitszustand in erster Linie über das Vorhandensein von Erkrankungen definiert. Darüber hinaus sind die verschiedenen sensorischen und motorischen Funktionen sowie der Grad der Selbstständigkeit im Alltag und die subjektive Befindlichkeit sehr wesentlich. Im sog. *geriatrischen Assessment* werden deshalb möglichst weitgehend berücksichtigt:

- ▶ körperliche und psychische Erkrankungen,
- ▶ Grad der Selbstständigkeit (vs. Hilfsbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit),
- ▶ Kapazität spezifischer sensorischer und motorischer Funktionen sowie alltagspraktischer Fertigkeiten,
- ▶ allgemeiner physischer, psychischer und kognitiver Status,
- ▶ Persönlichkeit sowie
- ▶ Grad der Krankheitseinsicht und Art der Krankheitsverarbeitung.

Das geriatrische Assessment bildet die zentrale Grundlage für die frühzeitige Erfassung von Risikofaktoren und Krankheiten sowie für die Einschätzung des Rehabilitationspotentials.

Ein wesentlicher Aspekt medizinischer Prävention liegt in der Vermeidung der Entwicklung

von Krankheiten und Behinderungen, die eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit zur Folge haben. Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass es für einige lebensbedrohliche Krankheiten sowie für nicht lebensbedrohliche, chronisch behindernde Erkrankungen Präventionsstrategien gibt, durch die Risikofaktoren vermieden oder verringert werden. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Effekte bekannter Risikofaktoren auf die klinische Manifestation von vier Erkrankungen. Es wird deutlich, dass die koronare Herzkrankheit und der zerebrovaskuläre Insult (Schlaganfall) eine hohe Übereinstimmung in den Risikofaktoren zeigen. Des Weiteren zeigt sich, dass mehrere Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten wie Rauchen, Östrogenmangel, Diabetes mellitus, Adipositas oder Bewegungsarmut zugleich Risikofaktoren für die Osteoporose darstellen. Und schließlich ist festzustellen, dass durch einen gesundheitsbewussten, verantwortlichen Lebensstil ein zentraler Beitrag zur Vermeidung von drei der vier genannten Erkrankungen geleistet werden könnte.

Bei älteren Menschen liegen die Prävalenz- und Inzidenzzahlen in den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen.

Tabelle 2
Unterschiedliche Effekte bekannter Risikofaktoren und medikamentöser/diätischer Interventionen auf die klinische Manifestation von vier ausgewählten Krankheiten

Quelle: Bundesärztekammer 1998

Risikofaktoren	KHK	CVI	OPO	OAR
Arterieller Hypertonus	+	+	O	O
Hyperlipidämien	+	+	O	O
Rauchen	+	+	+	O
Alkohol (<50g/d)	(-)	+	(+)	O
Früher Östrogenmangel	+	+	+	O
Diabetes mellitus	+	+	+	O
Adipositas	+	+	+	+
Bewegungsarmut	+	(+)	+	+

KHK=koronare Herzkrankheit; CVI=zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall); OPO=Osteoporose; OAR=Osteoarthritis
+ = erhöhtes Risiko, O = kein eindeutiger Effekt, - = verringertes Risiko

Im Vordergrund stehen dabei Herz-Kreislaufkrankheiten, Stoffwechselerkrankungen, Muskel- und Skelettkrankheiten sowie bösartige Neubildungen. Dabei spielt die sog. Multimorbidität eine große Rolle.

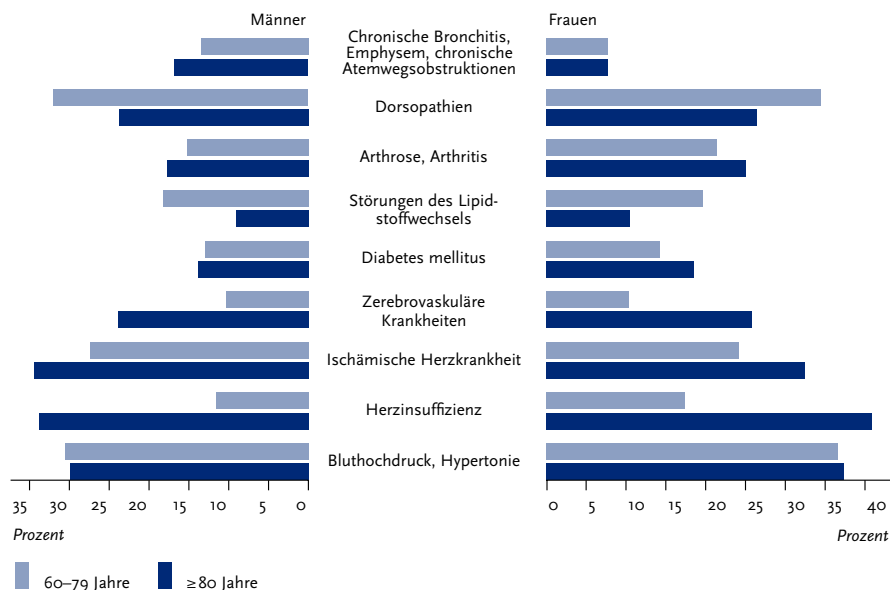
Aus den Befunden der Berliner Altersstudie, in der die Altersspanne von 70 bis 103 Jahren, d. h. vor allem das »vierte Lebensalter« erfasst wurde, geht u. a. hervor, dass bei 96 % der 70-jährigen und älteren Menschen mindestens eine und bei 30 % fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen diagnostiziert wurden. Dabei standen die mit einer deutlichen Verkürzung der weiteren Lebenserwartung einhergehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vordergrund. Gefäß-erkrankungen wie die koronare Herzkrankheit und die periphere sowie zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit ließen sich in mittel- bis schwergradiger Ausprägung bei 36 %, eine mittel- bis

schwergradige Herzinsuffizienz bei 24 % der Untersuchungsteilnehmer finden. Von den Personen mit einer dieser genannten Erkrankungen sind bis 28 Monate nach der Untersuchung 20 % verstorben, im Vergleich zu 6 % der übrigen Personen.

Die häufigsten behandlungsbedürftigen Nebendiagnosen älterer Patienten, die wegen der Hauptdiagnose Schlaganfall oder Fraktur (meist Schenkelhalsfraktur) stationär behandelt werden müssen, bestätigen den Befund, wonach im Alter die Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonderes Gewicht besitzen.

Das ACUT-Panel (I+G Gesundheitsforschung/Infratest) erhebt die Diagnosen von Patienten in der ambulanten Primärbetreuung. Aus diesen Daten lassen sich Angaben ableiten, bei wie vielen Patienten die jeweiligen Diagnosen gestellt wurden. Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse für einige wichtige, vorwiegend chronische Krankhei-

Abbildung 4
Anteil der Patienten mit ausgewählten Diagnosen in der ambulanten ärztlichen Primärbetreuung (1993)
Quelle: I+G Gesundheitsforschung Ärzte-Panel ACUT, Berechnungen: Robert Koch-Institut



ten. Die Daten des ACUT-Panels decken sich in etwa mit den häufigsten Diagnosen bei 70-jährigen und älteren Menschen aus der Berliner Altersstudie. Unter anderem methodisch bedingt lagen in dieser Studie die Prävalenzraten jedoch noch höher.

Die diagnosebezogenen Daten zu den Krankenhausfällen (Tabelle 3) machen deutlich, dass bei älteren Patienten auch in der stationären Behandlung Krankheiten des Kreislaufsystems dominieren; weiterhin geht aus diesen Daten die im Alter große Bedeutung der bösartigen Neubildungen bei der stationären Behandlung hervor. Derzeit treten 71 % aller Krebsneuerkrankungen im Alter von über 60 Jahren auf. Schätzungen zufolge erkranken jährlich in Deutschland ungefähr 125,500 Frauen und 122.000 Männer im Alter von 60 Jahren und darüber an Krebs, das sind rund 1,2 % bzw. 1,6 % der über 60-jährigen Frauen bzw. Männer.

Häufig treten infolge von Erkrankungen Schmerzzustände auf. Viele mit chronischen Schmerzen verbundene Erkrankungen sind bei älteren Menschen überproportional häufig zu beobachten. Zu nennen sind hier vor allem muskuloskeletale Erkrankungen wie chronische Polyarthrit, Arthrosen der Gelenke, Osteoporose, Frakturen. Schmerzen stellen hier oftmals ein Leitsymptom dar. Im Rahmen des Bundesgesundheits surveys 1998 wurde u. a. erfragt »Wie stark leiden Sie unter Schmerzen in den letzten 4 Wochen?« (Abbildung 5).

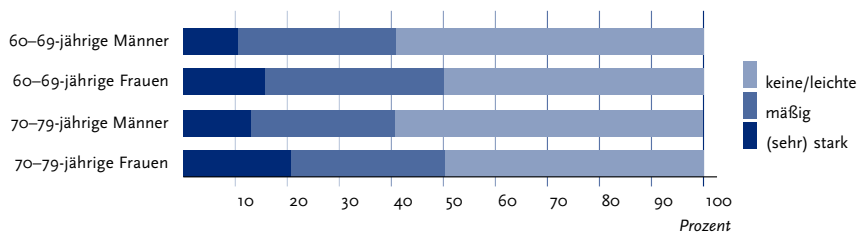
Für einen erheblichen Teil der befragten Älteren waren mit den Schmerzzuständen Einschränkungen bei Tätigkeiten und sozialen Kontakten verbunden. Die Ergebnisse des Surveys zeigen auch einen sehr starken Zusammenhang zwischen der Schmerzintensität und der Zufriedenheit mit der Gesundheit und der Lebenszufriedenheit.

Tabelle 3
Anzahl vollstationärer Krankenhausbehandlungsfälle 1998, pro 100.000 der Bevölkerung nach Krankheitsklassen, Altersgruppen und Geschlecht
Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik

ICD9		65-74		75+	
		Männer	Männer	Frauen	Frauen
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	380	640	340	616
140-239	Neubildungen	7.714	7.986	5.174	4.573
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie Störungen im Immunsystem	971	1.296	1.427	1.932
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	245	645	240	634
290-319	Psychische Krankheiten	699	1.218	844	1.413
320-389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	2.316	4.214	2.487	4.487
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	13.117	18.320	7.885	14.245
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	2.276	4.515	1.116	2.341
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	3.769	5.198	2.716	4.117
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	2.452	3.560	1.832	1.809
680-709	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	376	534	317	532
710-739	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	2.304	2.110	3.280	2.818
780-799	Symptome und schlecht bezeichnete Zustände	1.443	2.361	997	2.067
800-999	Verletzungen und Vergiftungen	1.876	3.467	2.541	6.143

Abbildung 5
Schmerzprävalenz in den letzten 4 Wochen

Quelle: Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsurvey 1998



In einer Befragung von 60-jährigen und älteren Patienten einer geriatrischen Akutklinik mithilfe des Gießener Beschwerdebogens gaben nur 17% keine bzw. sehr geringe Schmerzen an. Von den Patienten, die unter Schmerzen litten, gaben nur 17% eine Schmerzregion an (wie Kopf-, Nacken- und Schulter-, Kreuz- und Gelenkschmerzen). Die übrigen 83% gaben zwischen zwei und vier Schmerzregionen mit starken oder sehr starken Schmerzen an. Aus den USA liegen Studien vor, die für 81% der 64–69-Jährigen und für 64% der 80–89-jährigen Schmerzprobleme berichten. Dabei legen die Befunde dieser Studien die Annahme nahe, dass im sehr hohen Alter (85 Jahre und älter) die Schmerzprävalenz abzunehmen scheint.

Im Alter besteht ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko: Fast ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren sowie die Hälfte der 80-Jährigen und Älteren stürzen jährlich mindestens einmal. Dabei führen 10–20% aller Stürze zu Verletzungen, ca. 5% zu Frakturen, ca. 1–2% zu einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur. Jährlich ereignen sich in Deutschland 70.000 Oberschenkelhalsfrakturen. Bis zu 50% jener Menschen im hohen Lebensalter, die wegen eines Sturzes stationär behandelt werden müssen, und 14–34% der Patienten nach einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur sterben innerhalb eines Jahres. Darüber hinaus ist festzustellen, dass nur ca. 33–40% der Patienten nach einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur ihre bisherige Kompetenz in den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens und nur 14–21% in den instrumentellen Aktivitäten wieder erreichen. Als Ursache für diese Kompetenzeinbußen ist auch die Fallangst

zu nennen: ca. 30% aller Gestürzten äußern Angst vor weiteren Stürzen.

Stürze sind meist multifaktoriell verursacht, das Sturzrisiko steigt mit der Zahl der Risikofaktoren. Zu diesen zählen kardiovaskuläre Erkrankungen, Arrhythmien mit verminderter Hirndurchblutung, Erkrankungen mit Störungen der neuromuskulären Koordination, medikamentöse Faktoren (Sedativa, Hypnotika, Psychopharmaka, Muskelrelaxantien) sowie Faktoren der räumlichen Umwelt (glatter Fußboden, Stufen in der Wohnung, enge Möblierung, schlechte Beleuchtung, unbefestigte Teppiche, Schnee und Glatteis).

Seh- und Höreinbußen bilden zentrale funktionelle Einbußen des höheren Lebensalters. Fast 70% der Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen sind 60 Jahre und älter; 90% dieser Personen sind späterblind oder spätsehbehindert. Bei mindestens einem Drittel der 60-Jährigen und Älteren und bei mindestens der Hälfte aller 70-Jährigen und Älteren liegen starke Höreinbußen vor, wobei diese Einbußen von älteren Menschen oftmals unterschätzt werden. Bei der Rehabilitation von Menschen mit Seh- und Höreinbußen spielen technische Hilfen eine herausragende Rolle.

Medizinische Diagnosen reichen allein nicht aus, um den körperlichen Gesundheitszustand älterer Menschen zu beschreiben. Es sind auch die Auswirkungen dieser Krankheiten und die Auswirkungen von Funktionseinbußen, z. B. beim Hören und Sehen, auf die Selbstständigkeit und das Selbsthilfepotential der alten Menschen zu berücksichtigen. Von großer Bedeutung für die Therapie und Rehabilitation ist die Frage, inwieweit

die Erkrankungen zu funktionellen Einbußen führen. Deren Überwindung oder Linderung bildet das zentrale Ziel der geriatrischen Rehabilitation, wobei festgestellt werden kann, dass bei vielen älteren Menschen ein Rehabilitationspotential gegeben ist, das die Einleitung einer Rehabilitation rechtfertigt.

Pflegebedürftigkeit

Ende 1998 waren 1,34 Millionen Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, davon waren 0,43 Millionen in stationärer Pflege. Von diesen erhielten 24% Leistungen nach Pflegestufe III, 46% Leistungen nach Pflegestufe II. Von den Pflegebedürftigen ab 65 Jahren erhielten 0,89 Millionen Leistungen der ambulanten Pflege, davon bekam der weit überwiegende Teil (90%) Leistungen der Stufe I oder II.

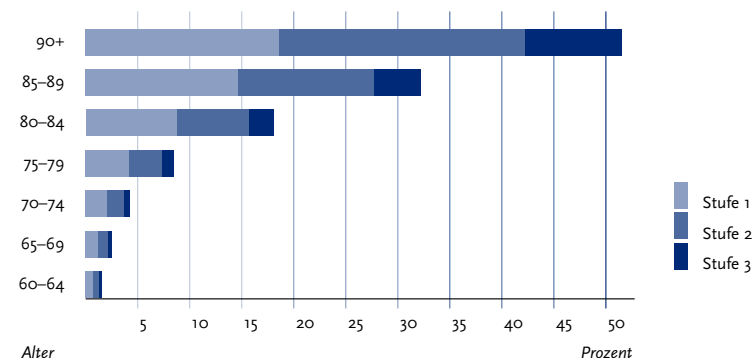
Die Pflegebedürftigkeit steigt ab dem 80. Lebensjahr steil an (siehe Abbildung 6). Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung nahm 1999 an, dass (unter der Voraussetzung eines gleichbleibenden Risikos der Pflegebedürftigkeit) die Zahl der 60-jährigen und älteren pflegebedürftigen Menschen auf 2,25 Millionen im Jahre 2020 und auf 3,88 Millionen im Jahre 2050 ansteigen wird. Dazu ist anzumerken, dass durch eine Verbesserung der medizinischen, der medizinisch-

rehabilitativen und der pflegerischen Versorgung eine Verringerung dieses Risikos erreicht werden kann. Darüber hinaus kann aus Untersuchungen die Folgerung abgeleitet werden, dass sich in der jüngeren Vergangenheit der Gesundheitszustand älterer Menschen erkennbar verbessert hat.

Dinkel (1999) hat auf der Basis von Mikrozensusdaten des Zeitraums 1978 bis 1995 die Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustandes im Alter und den Zuwachs der durchschnittlichen Lebenserwartung in Gesundheit in der Abfolge der Geburtsjahrgänge 1907, 1913 und 1919 untersucht und kommt zu dem Schluss, das sowohl für das dritte als auch für das vierte Lebensalter im Durchschnitt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes angenommen werden kann. Dinkel kommt auf der Grundlage seiner Befunde zu folgender Bewertung: »Man kann zumindest für die jüngere Vergangenheit in der Bundesrepublik die weit verbreitete pessimistische These nicht länger aufrechterhalten, wir würden zwar immer älter, aber auch gleichzeitig immer kränker.«

Die Sachverständigenkommission des Dritten Berichts zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland stellt ebenfalls fest: »Die Kommission wendet sich bewusst gegen immer noch vorherrschende Auffassungen einer dramatischen Ausweitung der Gebrechlichkeit mit zunehmender Langlebigkeit

Abbildung 6
Anteil der älteren Bevölkerung mit Leistungen aus der Pflegeversicherung nach Altersgruppen am 31.12.98
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000



der Bevölkerung. Es spricht vieles dafür, dass die – unter Hinweis auf die demographische Alterung unserer Gesellschaft – vorgebrachten Befürchtungen eines massiven Anstiegs der Gesundheitsausgaben auf zu pessimistischen Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustands der Alten der Zukunft beruhen.«

Psychische Störungen

Psychische Störungen im Alter können auf sehr verschiedenartige Ursachen zurück gehen. Dabei kann es sich sowohl um Störungen handeln, die schon lange bestehen, also entweder andauern oder im Alter wieder auftreten, aber auch um Störungen, die erstmals im Alter auftreten. Entscheidend für die möglichst weitgehende Erhaltung oder für die Wiedererlangung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Zufriedenheit des Menschen sind

- ▶ die frühzeitige Erfassung psychischer Störungen,
- ▶ die Differentialdiagnostik dieser Störungen,
- ▶ die rechtzeitige Einleitung therapeutischer Maßnahmen.

Etwa ein Viertel der über 65-Jährigen leidet an einer psychischen Störung. Trotz der altersabhängigen Zunahme von Demenzerkrankungen ist jedoch die psychiatrische Gesamtmorbidität in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen nicht höher als in jüngeren Altersgruppen.

Bei den Angaben zur psychiatrischen Morbidität ist zu berücksichtigen, dass bislang kein gesichertes Wissen zur Häufigkeit der subdiagnostischen Symptomatik vorliegt. Mit diesem Begriff wird eine psychopathologische Symptomatik beschrieben, die zwar für die Lebensqualität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Bedeutung ist, die jedoch die Diagnosekriterien der üblicherweise verwendeten Klassifikationen ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) und DSM (Diagnostisch-statistisches Manual der American Psychiatric Association) nur zum Teil erfüllt. Dies gilt vor allem für depressive Störungen.

In der Berliner Altersstudie werden für die 70- bis über 100-jährigen folgende Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen berichtet: 13,9 % leiden an einer Demenz, 9,1 % an einer depressiven Störung (5,4 % an einer Major Depression, 2,0 % an einer Dysthymia, 1 % an einer Demenz mit Depression sowie 0,7 % an einer depressiven Anpassungsstörung), 1,9 % an einer Angststörung, 0,6 % an einer organisch bedingten wahnhaften Störung oder Halluzinose, weitere 0,6 % an einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung und 0,7 % an einer schizophrenen und paranoiden Störung.

Demenzen

Wesentliche Merkmale einer Demenz sind nach ICD-10 die Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten (Urteilsfähigkeit, Denkvermögen) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, Störung der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit und Apathie oder mit Vergrößerung des Sozialverhaltens) sowie fehlende Hinweise auf einen vorübergehenden Verwirrheitszustand.

Die häufigste Form der Demenz ist mit ca. 60 % die Alzheimer Demenz. Als Risikofaktoren für die Alzheimer Demenz wurden in mehreren Studien Alter und Familiengeschichte nachgewiesen. Es besteht die Hoffnung, dass sich in der kommenden Dekade Wege zu einer Behandlung der Alzheimer Demenz finden werden, die über die symptomatische Behandlung hinausgeht und die Krankheitsprozesse direkt und ursächlich beeinflusst.

Im Mittelpunkt pharmakologischer Überlegungen steht derzeit der wichtige Neurotransmitter Acetylcholin, dessen Abbau durch Acetylcholinesterasehemmer gebremst werden soll. Mithilfe dieser Präparate kann der Verlauf der Erkrankung verlangsamt werden, die Demenz aber nicht gestoppt oder geheilt werden. Die Medikation ist vor allem in einem frühen Stadium der Alzheimer Demenz wirksam, so dass auch aus diesem Grund eine frühzeitige Erfassung einer Alzheimer Demenz wichtig ist.

Die zweithäufigste Form der Demenz ist mit 10–20 % die vaskulär (blutgefäß-) bedingte De-

menz, 20 % der Demenzen sind als eine Mischung aus vaskulärer und Alzheimer Demenz anzusehen. Vaskuläre Demenzen sind eine heterogene Krankheitsgruppe, die durch zwei gemeinsame Eigenschaften definiert ist – stark ausgeprägte kognitive Defizite und Hinweise auf eine vaskuläre Ursache. Die Symptome setzen eher plötzlich ein, die Verschlechterung erfolgt eher stufenweise. Bei ca. 30 % der Schlaganfallpatienten ist ein vaskuläres Demenzsyndrom (post stroke dementia) nachweisbar. Die Prävention der vaskulären Demenzen ist vor allem durch die Beeinflussung der Risikofaktoren für vaskuläre Demenz möglich. Den bedeutsamsten und bislang einzig gesicherten Risikofaktor bildet die arterielle Hypertonie, als weitere Risikofaktoren werden Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum beschrieben.

Bezüglich der Verbreitung der Demenz wurde ein exponentieller Anstieg im hohen Alter nachgewiesen: Während nur zwischen ein und vier Prozent der 65–69-jährigen Bevölkerung an einer schweren oder mäßig schweren Demenz leiden, beträgt dieser Anteil bei den 80–84-jährigen immerhin schon 15 % und bei den 90-jährigen und Älteren 40 %. Im Gegensatz zu den Demenzen weisen die Depressionen keine Altersabhängigkeit auf, d. h. deren Häufigkeit nimmt im hohen Alter nicht zu.

Ein bis heute ungelöstes Problem bildet die Differenzierung zwischen einer »leichten kognitiven Beeinträchtigung« (auch umschrieben mit dem Begriff der »gutartigen Altersvergesslichkeit«) und der Demenz. Die Frage, ob die leichte kognitive Beeinträchtigung als gutartige altersassoziierte Leistungsminderung oder als Vorstadium der Demenz zu interpretieren ist, lässt sich derzeit nicht beantworten; darüber hinaus ist keine einheitliche Definition leichter kognitiver Defizite erkennbar. Die Bedeutung dieser Frage zeigt sich an zwei Befunden: Die Prävalenz der leichten kognitiven Beeinträchtigung liegt in der älteren Bevölkerung zwischen 16 % und 34 %. Bei 70 % bis 100 % der dementiellen Neuerkrankungen, die in einem Beobachtungszeitraum von 3 Jahren auftreten, lag bereits eine leichte kognitive Beeinträchtigung vor.

Verwirrheitszustände

Im Unterschied zur Demenz dauern kurzzeitige Verwirrheitszustände von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen. Sie können vielfältige Ursachen haben – reduzierte Sauerstoffversorgung des Gehirns, hohe psychische Belastungen, Wirkungen und Interaktionen von Medikamenten sowie mangelnde Flüssigkeitszufuhr oder unzureichende Ernährung.

Depressive Störungen und Angststörungen

Depressionen treten in verschiedenartige Ausprägungsgraden auf; es ist von den Schwellenwertsetzungen sowie von den Krankheitsdefinitionen abhängig, ab welchem Ausprägungsgrad von einer depressiven Störung gesprochen wird. Wichtige Formen von Depressionen sind die sog. »majoren Depressionen« (nach DSM-IV; sie entsprechen ungefähr den eigentlichen »depressiven Episoden« nach ICD 10), deren Symptomatik stark ausgeprägt ist und bei denen sowohl eine endogene als auch eine erlebnisreaktive Komponente angenommen wird und die Dysthymien, deren Symptomatik schwächer ausgeprägt ist, die aber chronifiziert und i. a. lange anhaltend ist. Letztere gehen vor allem auf die nicht gelingende Bewältigung und Verarbeitung neuer Lebensanforderungen und Entwicklungsaufgaben zurück.

Die Ursachen der Depressionen im Alter weichen nicht deutlich von jenen im mittleren Lebensalter ab. Die manisch-depressiven und rein depressiven affektiven Psychosen, die familiär gehäuft auftreten, bilden den kleineren Anteil der depressiven Störungen. Das Risiko einer depressiven Erkrankung ist vor allem bei Partnerverlust, bei subjektiv erlebter Einsamkeit sowie bei körperlichen Erkrankungen und Behinderungen erhöht.

Weiterhin gibt es Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik, die sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, auf das Krankheitserleben (und hier vor allem auf das Schmerzerleben), auf die Lebenseinstellung und auf das persönliche Altersbild auswirken. Den Ergebnissen der Berliner Altersstudie zufolge bestehen bei rund 18 % der 70- bis über 100-jährigen Depressionen mit subdiagnostischer Symptomatik.

Unter den Angststörungen im Alter dominieren die generalisierte Angststörung und die Agoraphobie. Daneben sind Angststörungen mit subdiagnostischer Symptomatik erkennbar, die noch häufiger auftreten als Angststörungen mit diagnostischer Symptomatik. Angststörungen finden sich vor allem bei jenen älteren Menschen, die bereits im Lebenslauf eine ängstliche Persönlichkeit gezeigt haben. Darüber hinaus tragen Isolation und subjektiv erlebte Einsamkeit zu Angststörungen bei.

Belastungsstörungen und somatoforme Störungen

Zu diesen werden die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung (zum Beispiel nach einem sehr bedrohlichen oder traumatischen Ereignis wie dem Verlust nahestehender Menschen), die Anpassungsstörungen (Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung nach einem belastenden Lebensereignis oder nach schwerer körperlicher Krankheit) sowie somatoforme Störungen (zum Beispiel die anhaltende somatoforme Schmerzstörung) gezählt.

Bei lang anhaltenden Belastungen, vor allem bei schweren Erkrankungen sowie beim Verlust nahestehender Menschen, ist darüber hinaus das Risiko der Selbsttötung erhöht. Die Suizidhäufigkeit ist bei alten Männern wesentlich höher als bei alten Frauen und steigt im hohen Alter steil an. 1998 betrug sie je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe: bei den 60–64-jährigen Männern 27; bei den 80–84-jährigen 71 und bei den über 90-jährigen Männern 129. Bei den Frauen stieg sie von 10 (60–64 Jahre) auf 18 (90 Jahre und älter). Bei Männern und Frauen sank in den 90er Jahren in allen Altersgruppen die Suizidrate. Bei 40–60% aller Suizidenten liegen Depressionen vor. Die Suizidrate für depressiv erkrankte Menschen liegt bei 500–900 je 100.000.

Akut auftretende Belastungsstörungen und somatoforme Störungen können auch bei älteren Menschen psychotherapeutisch behandelt werden. Studien zu den langfristigen Effekten psychotherapeutischer Intervention und Studien, in denen die Effekte einer gerade durchgeführten oder abgeschlossenen Psychotherapie erfasst wurden, lassen die Folgerung zu, dass eine Psychotherapie im

Alter mit ähnlichen Erfolgen wie in früheren Lebensaltern eingesetzt werden kann.

Hinsichtlich der heute bestehenden Versorgungssituation ist festzustellen, dass psychische Störungen im Alter oftmals nicht rechtzeitig erkannt werden, weil sie zum Teil durch körperliche Erkrankungen überlagert werden, oder wegen der Annahme, die vorliegende psychische Störung sei im Kern Ausdruck des »normalen Alterns«. Hirnorganisch bedingte Störungen werden aufgrund eines fachlich nicht zu rechtfertigenden therapeutischen Nihilismus vielfach nicht behandelt. Auch bei erlebnisreaktiven Störungen unterbleibt eine Behandlung in den meisten Fällen aufgrund der falschen Annahme, im Alter sei die für eine erfolgreiche Psychotherapie notwendige Veränderbarkeit des Erlebens und Verhaltens nicht gegeben. Durch die Korrektur solcher Vorurteile und durch Verbesserungen in Bezug auf die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung kann ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit im Alter geleistet werden.

Zusammenfassung

Die steigende Lebenserwartung wird mit der Hoffnung verbunden, auch im Alter und im hohen Alter möglichst gesund, aktiv und selbstständig leben zu können. Deshalb ist die Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für Lebensqualität und Autonomie. Gesundheit, Selbstständigkeit, Lebensqualität und Kompetenz im Alter sind auch das Ergebnis der Lebensverhältnisse und der Lebensführung in den verschiedenen Phasen des Lebenslaufs.

Alter ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit und Leiden. Es bestehen im Alter große interindividuelle Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit und den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen. Sehr wichtig für die Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter sind Aktivität, soziale Teilhabe und Sinnerfüllung.

Zu den dominanten Gesundheitsproblemen im Alter gehören chronische Krankheiten (insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselerkrankungen, Muskel- und Skelettkrankheiten

und bösartige Neubildungen), Multimorbidität und psychische Störungen (insbesondere Demenz und Depression). Bei der medizinischen Betreuung ist es wichtig, über vorliegende Erkrankungen hinaus die Auswirkungen von Einschränkungen, die Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung bzw. Wiedergewinnung von Selbstständigkeit sowie die Bewältigungsmöglichkeiten und das Selbsthilfepotential zu berücksichtigen.

Das Veränderungspotential im Alter, auch in den Bereichen, wo Einbußen der Gesundheit und Funktionsfähigkeit dominieren, wird vielfach unterschätzt, vorhandene Rehabilitationspotentiale werden noch nicht ausreichend genutzt.

Ein wesentlicher Aspekt medizinischer Prävention liegt in der Vermeidung einer Entwicklung von Krankheiten und Behinderungen, die einen Hilfe- und Pflegebedarf zur Folge haben.

Weiterführende Literatur

- Baltes MM, Montada L (Hg.) (1996) Produktives Leben im Alter. Frankfurt: Campus.
- Baltes P, Mittelstraß J, Staudinger U (Hg.) (1994) Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin: deGruyter.
- Bickel H, Messmer P (1995) Trends in der Inanspruchnahme stationärer Pflege. Stuttgart: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg.
- Bundesärztekammer (Hg.) (1998) Gesundheit im Alter. Köln: Bundesärztekammer.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (1998) Wohnen im Alter. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Menschen in Deutschland. Berlin.
- Dinkel R (1999) Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In H. Häfner (Hg.), Gesundheit – unser höchstes Gut? Berlin: Akademie Verlag. 61–82.
- Förstel H (1997) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Enke.

Füsgen I (1996) Der ältere Patient. München: Urban und Schwarzenberg.

Heuft G, Kruse A, Radebold H (2000) Gerontopsychosomatik. München: UTB, Reinhardt.

Infratest (1992) Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland 1991. Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung im Alter. München: Infratest.

Kruse A (Hg.) (1998) Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen. Band 2: Intervention. Göttingen: Hogrefe.

Lehr U, Thomae H (2000) Psychologie des Alterns. Wiesbaden: Quelle & Meyer.

Mayer KU & Baltes P (Hg.) (1996) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.

Meier-Baumgartner HP, Nerenheim-Duscha I, Görres, S (1992) Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Stuttgart: Kohlhammer.

Nikolaus T (Hg.) (2000) Klinische Geriatrie. Berlin: Springer.

Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Stähelin HB, Krebs-Roubicek R, Ehrsam R (1996) Autonomie, Wohlbefinden und Gesundheit im Alter. Das Basler IDA-Projekt. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie. 29: 95–109.

Radebold H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Heidelberg: Springer.

Robert Bosch Stiftung (2000) Pflege neu denken. Stuttgart: Schattauer.

Steinhagen-Thiessen E (Hg.) (2001) Das geriatrische Assessment. Stuttgart: Schattauer.

Wahl H-W, Tesch-Römer C (Hg.) (2000) Angewandte Gerontologie – Handbuch in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer.

Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes** präsentiert ihr Daten- und Informationsangebot auch im Internet unter

www.gbe-bund.de

Die dort angebotenen Informationen geben Ihnen einen umfassenden Überblick über alle Teilaspekte des tief gegliederten Gesundheitswesens in Deutschland.

Sie haben die Möglichkeit anhand der vorliegenden Daten Ihre eigenen Tabellen zu erstellen. Die Tabellen sowie die darüber hinaus angebotenen Grafiken und Texte können Sie zur weiteren Verarbeitung auf Ihren eigenen Rechner übertragen.

Das Informationsangebot der Gesundheitsberichterstattung steht Ihnen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es wird ständig erweitert und aktualisiert.

Zur Anmeldung verwenden Sie bitte den Nutzernamen »gast«. Dieser Name benötigt kein Passwort.

Weitere Auskünfte erhalten Sie unter **01888-644-8121**

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Thomas Ziese (v.i.S.d.P.)
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren
Prof. Dr. phil. Andreas Kruse
Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie
Dipl.-Math. Elisabeth Gaber
Robert Koch-Institut Berlin
Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Universität Münster, Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Peter Oster
Heidelberg
Bethanien-Krankenhaus Geriatisches Zentrum
Dipl.-Psych., Dipl.-Gerontol. Susanna Re
Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie
Prof. Dr. rer. soc. Frank Schulz-Nieswandt
Universität Köln, Seminar für Sozialpolitik

Abonnentenservice
Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« erscheinen in der Regel monatlich. Sie können im Jahresabonnement oder als einzelne Hefte bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.gbe-rki.de
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Druck
Muk. Medien und
Kommunikations GmbH, Berlin

Weitere Informationen zum Thema koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung

ISBN
3-89606-131-3
ISSN
1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 10
Oktober 2002

Gesundheit im Alter

Berlin: Verlag Robert Koch-Institut
ISBN 3-89606-131-3
ISSN 1437-5478

In the Ottawa Charter of 1986 the World Health Organization (WHO) stressed the importance of an independent, autonomous, personally fulfilling and active life for healthy aging. In addition to individual capabilities and resources, social and infrastructural environment plays an important role in generating impulses, raising expectations and providing aid in order to make this possible. The report presented here is based on this broad view of health. It opens with a description of the demographic situation, which is characterized by increasing life expectancy and the growth in the proportion of old and very old in our population. Subsequently it is shown, that in a differentiated view of its various dimensions (biological-physiological, psychological and social), aging is a process, in which not only deficits, but also significant potentials and even possible gains can be recognised. Key indicators for the health status of older adults – well-being, the spread of diseases, functional limitations, demands for long-term care – are reported on the basis of empirical data. The report stresses that in the provision of medical care it is important to not only address existing illnesses, but to consider the effects of limitations, the possibility of maintaining or regaining independence, as well as the individual's coping ability and self-help potential. One matter of special interest of this report is to make clear that the potential for change in the aged is all too often underestimated, and that therefore existing possibilities of prevention and rehabilitation should be more widely exploited.



Abbildung 1, Seite 6

Entwicklung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung von 1960 bis 1998 und
g. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für 2010 und 2020
(Zahlen vor 1990 zusammengefasst für früheres Bundesgebiet und ehemalige DDR)

Anzahl in Millionen Personen

Quellen: Statistisches Bundesamt und Amtliche Bevölkerungsstatistik der ehemaligen DDR

Alter	Männliche Bevölkerung						
	1960	1970	1980	1990	1998	2010	2020
0–14	8,067782	9,262360	7,312304	6,638300	6,661732	5,625000	5,253300
15–39	12,671977	13,872228	14,716841	15,192100	14,806608	15,698000	14,247800
40–65	9,953750	9,640919	10,985382	12,650500	13,645007	11,759800	12,261400
65+	3,382765	4,153521	4,323538	4,019300	4,890795	6,816900	7,394100
	Weibliche Bevölkerung						
0–14	7,674859	8,807759	6,961466	6,298800	6,318311	5,328800	4,973700
15–39	13,185080	13,018592	13,904744	14,401500	13,984155	15,035800	13,757800
40–65	13,122351	12,669719	12,353197	12,659900	13,553743	11,732800	12,270500
65+	5,089924	6,632485	7,840666	7,892700	8,176660	9,424700	9,993300

[Weitere Informationen zum Thema koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung](#)

Abbildung 2, Seite 7

Bevölkerungsstruktur der 65-Jährigen und Älteren nach
Familienstand 1998

Anzahl in Millionen Personen

Quelle: Statistisches Bundesamt

Alter	Männliche Bevölkerung			
	ledig	geschieden	verwitwet	verheiratet
60–64	0,1585	0,1661	0,1067	2,1565
65–69	0,0829	0,0810	0,1301	1,5341
70–74	0,0475	0,0451	0,1593	1,1456
75–79	0,0250	0,0225	0,1604	0,6963
80+	0,0284	0,0132	0,3179	0,4016
	Weibliche Bevölkerung			
60–64	0,1408	0,2082	0,4609	1,8973
65–69	0,1311	0,1258	0,5860	1,2441
70–74	0,1684	0,1129	0,8486	0,9485
75–79	0,1610	0,0945	1,0725	0,5354
80+	0,1685	0,0658	1,7263	0,1873

Abbildung 3, Seite 12

Anteil der 60–79-Jährigen, die mit den entsprechenden
Lebensbereichen zufrieden bis sehr zufrieden sind

Anteil der Befragten in Prozent

Quelle: Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsurvey 1998

Lebensbereich	Männer 70–79	Männer 60–69	Frauen 70–79	Frauen 60–69
Gesundheit	50,0	42,7	43,8	43,9
Familie	83,2	79,7	74,9	73,1
Freunde, Nachbarn	80,1	73,4	83,5	81,5
Finanzen	66,2	52,7	69,9	66,3
Leben allgemein	75,6	69,6	70,6	73,3



Abbildung 4
Anteil der Patienten mit ausgewählten Diagnosen in der ambulanten ärztlichen Primärbetreuung (1993)

Angaben in Prozent

Quelle: I+G Gesundheitsforschung Ärzte-Panel ACUT,

Berechnungen: Robert Koch-Institut

Diagnose	Männer 60–79	Männer ≥80	Frauen 60–79	Frauen ≥80
Chronische Bronchitis, Emphysem, chronische Atemwegsobstruktionen	13,5	16,8	7,7	7,7
Dorsopathien	32,0	23,8	34,4	26,4
Arthrose, Arthritis	15,2	17,7	21,4	25,1
Störungen des Lipidstoffwechsels	18,2	9,1	19,7	10,5
Diabetes mellitus	13,0	13,9	14,3	18,5
Zerebrovaskuläre Krankheiten	10,3	23,9	10,3	25,8
Ischämische Herzkrankheit	27,4	34,4	24,2	32,4
Herzinsuffizienz	11,6	33,8	17,4	40,8
Bluthochdruck, Hypertonie	30,5	29,9	36,6	37,3

Abbildung 5, Seite 16
Schmerzprävalenz in den letzten 4 Wochen

Angaben in Prozent

Quelle: Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsurvey 1998

Schmerzprävalenz	Männer 60–69	Frauen 60–69	Männer 70–79	Frauen 70–79
keine oder leichte	59,1	49,8	59,2	49,7
mäßig	30,3	34,4	27,6	29,5
(sehr) stark	10,6	15,8	13,2	20,9

Abbildung 6, Seite 17
Anteil der älteren Bevölkerung mit Leistungen aus der Pflegeversicherung nach Altersgruppen am 31.12.98

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
60–64	0,73	0,55	0,18
65–69	1,21	0,96	0,31
70–74	2,07	1,63	0,53
75–79	4,17	3,18	1,08
80–84	8,83	6,94	2,32
85–89	14,67	13,11	4,44
90+	18,61	23,66	9,25