

Report

Altersdaten

GeroStat

Statistisches Informationssystem

01 | 2006

Lebenserwartung, Mortalität und Morbidity im Alter

Sonja Menning

Aus dem Inhalt

- 6** Lebenserwartung international
- 9** Häufigste Todesursache im Alter
- 17** Prävalenz und Inzidenz ausgewählter Krankheiten im Alter
- 23** Exkurs – Krankheitslast

Inhalt

Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität im Alter

- 3** Editorial
- 4** **Lebenserwartung**
 - Entwicklung der Lebenserwartung Äterer
 - Lebenserwartung von Männern und Frauen
 - Lebenserwartung international
 - Healthy Life Expectancy -Gesunde Lebenserwartung
- 9** **Mortalität**
 - Entwicklung der Mortalität im Alter
 - Häufigste Todesursachen im Alter
- 14** **Morbidität**
 - Stationäre Behandlungsfälle als Morbiditätsindikator
 - Prävalenz und Inzidenz ausgewählter Krankheiten im Alter
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Krebserkrankungen
 - Diabetes mellitus
 - Depressionen
 - Demenz
- 23** **Exkurs Krankheitslast – Burden of Disease**
 - Literatur
 - Impressum

Editorial

Mit diesem Heft beginnt das Projekt GeroStat am Deutschen Zentrum für Altersfragen Berlin eine Reihe von statistischen Berichten über die Lebenssituation älterer Menschen. Mit dem **Report Altersdaten** möchten wir unseren Leserinnen und Lesern Übersichten zu unterschiedlichen Themen in die Hand geben, die mit aktuellen Zahlen, kommentierten Tabellen, Abbildungen und Hinweisen auf wichtige Datenquellen und Studien einen ersten datenbezogenen Einblick in wesentliche Aspekte der jeweiligen Thematik bieten. Alle Themen dieser Veröffentlichungsreihe finden Sie wieder in unserem Statistischen Informationssystem Gerostat (www.gerostat.de), das bereits seit Jahren einen wichtigen Informationspool für Daten zum Thema Alter und Altern darstellt. Wir möchten mit der neuen Hefreihe ein möglichst breites Spektrum von Altersthemen abdecken, und wir werden dabei auch den Bezug zu aktuellen gesellschaftspolitischen Diskussionen suchen. Daten aus Deutschland werden wir ebenso zur Verfügung stellen wie europäische und internationale Vergleichsdaten zu ausgewählten Aspekten.

Zum ersten Heft der Reihe

Deutschland lebt in einer Zeit des demographischen Umbruchs: Immer mehr Menschen erreichen ein hohes und sehr hohes Lebensalter; der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung wächst. Die gewonnenen Jahre an Lebenszeit zu Lebensjahren bei guter Gesundheit zu machen – das ist eine der großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Das Thema Gesundheit hat sich damit zu einem zentralen Thema der gesellschaftspolitischen Diskussion entwickelt. Dem möchten wir Rechnung tragen mit unserem ersten **Report Altersdaten**, der wesentliche Gesichtspunkte des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung zum Inhalt hat. Dieses Heft informiert über die Lebenserwartung und die Mortalität Älterer sowie über unterschiedliche Aspekte physischer und psychischer Erkrankungen. Damit sind erste wesentliche Themen des Gesundheitszustandes umrissen. Ein weiterer **Report Altersdaten** zur Thematik der Gesundheit Älterer wird sich anschließen. Dieser wird sich schwerpunktmäßig mit dem gesundheitsrelevanten Verhalten älterer Menschen, ihrer funktionalen Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität befassen.

Liebe Leserin und lieber Leser, wir hoffen, mit unserem neuen Angebot auf Ihr Interesse zu stoßen und sind neugierig auf Ihre Anregungen, die wir gern unter gerostat@dza.de entgegennehmen. Hier können Sie sich auch für ein kostenfreies Abonnement des **Reports Alterdaten** eintragen. Er ist online unter www.dza.de/gerostat/gerostat-aktuelle.html verfügbar.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Ihnen Ihre Mitarbeiterinnen des Projekts GeroStat

Lebenserwartung

Wie wird Lebenserwartung gemessen?

Die Lebenserwartung ist die durchschnittliche Anzahl an Jahren, die ein Mann oder eine Frau in einem bestimmten Alter noch zu erwarten hat unter der Voraussetzung, dass die Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Jahres sich in den Folgejahren nicht verändern. Damit misst die Lebenserwartung also die konkreten Sterblichkeitsverhältnisse eines Jahres. Sie kann nur eine Annäherung sein für die tatsächlich zu erwartende Lebenszeit in einem bestimmten Alter, da künftige Veränderungen der Sterblichkeit nicht mit in die Berechnung einfließen. Neben der Lebenserwartung eines Neugeborenen (e_0) wird häufig die fernere Lebenserwartung (e_x) ausgewiesen, die die noch zu erwartenden Lebensjahre einer Person im Alter x darstellt.

Tabelle 1

Durchschnittliche fernere Lebenserwartung im Alter x in Jahren nach Geschlecht in Deutschland 2002/2004

Alter x (Jahre)	Lebenserwartung im Alter x (Jahre)	
	Männer	Frauen
bei Geburt	75,9	81,6
60	20,1	24,1
65	16,3	19,8
70	12,8	15,7
75	9,8	11,9
80	7,2	8,6
85	5,2	6,0
90	3,6	4,0
95	2,6	2,8
100	2,0	2,0

Quelle Statistisches Bundesamt
Periodensterbetafel 2002/2004

Die Lebenserwartung ist das allgemeinste Maß, das über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung oder einer Gruppe der Bevölkerung Auskunft gibt. In ihr spiegeln sich – differenziert nach Alter und Geschlecht – langfristige und kurzfristige Entwicklungen des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens wider.

Die fernere Lebenserwartung der 60-Jährigen und Älteren wird als Überblicksindikator für die Gesundheit im Alter verwendet. Sie wird im Folgenden Ausgangspunkt der Darstellung der gesundheitlichen Situation Älterer sein.

Entwicklung der Lebenserwartung Älterer

Die Deutschen leben länger als jemals zuvor. Die Lebenserwartung hat sich seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts kontinuierlich erhöht. Bei Neugeborenen ist sie im Laufe des 20. Jahrhunderts um 30 Jahre bei den Jungen und fast 33 Jahre bei den Mädchen gestiegen.

Die Verbesserung der Gesundheit der älteren Bevölkerung in den vergangenen Jahrzehnten führte zu einer erheblichen Zunahme ihrer Lebenserwartung. Nachdem sich im ersten Drittel des vergangenen Jahrhunderts die Zuwächse in der Lebenserwartung innerhalb der Gesamtbevölkerung vor allem aus der Senkung der Säuglingssterblichkeit speisten, waren es im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts in erster Linie die Erwachsenen im mittleren und höheren Alter, deren Sterblichkeit sank und damit die Lebenserwartung insgesamt erhöhte (Wiesner, 2001)

Diese Entwicklung wird aus Tabelle 1 ersichtlich: Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte ein 60-jähriger Mann noch ca. 13 Jahre und eine gleichaltrige Frau noch etwas über 14 Jahre an fernerer Lebenserwartung vor sich. Am Ende des 20. Jahrhunderts waren es bereits 19 Jahre (Männer) bzw. fast 24 Jahre (Frauen) – also etwa ein Viertel der gesamten Lebensspanne.

Die verbesserte medizinische Versorgung, gute individuelle materielle Ressourcen und Lebensstilfaktoren werden als Begründung für den Rückgang der Sterblichkeit im höheren Alter in Deutschland diskutiert (z.B. Gjonça, Brockmann, & Maier, 2000).

Lebenserwartung von Männern und Frauen

Mädchen und Frauen haben generell eine höhere Lebenserwartung als Jungen und Männer. Diese Differenz betrug 2002/2004 bei neugeborenen Jungen und Mädchen 5,7 Jahre. Das setzt sich in allen höheren Lebensjahren fort, auch wenn die Differenzbeträge mit der abnehmenden verbleibenden Lebenserwartung sinken (vgl. Tabelle 1). Selbst in der Gruppe der Hochaltrigen haben Frauen noch eine geringfügig höhere Lebenserwartung. Der Vorsprung an Lebenserwartung gegenüber den Männern beträgt bei 80-jährigen Frauen noch 1,4 Jahre, bei 85-jährigen Frauen noch 0,8 Jahre.

Die Ursachen für die längere Lebenserwartung der Frauen bzw. für die höhere Sterblichkeit der Männer sind in einem Mix von biologischen, verhaltens- und umweltabhängigen Gründen zu suchen. Frauen haben einen biologischen Überlebensvorteil, der etwa 1 bis 2 Jahre der Differenz der Lebenserwartung erklärt. Der Rest der Differenz ist durch verhaltens- bzw. umweltbedingte Geschlechterunterschiede bedingt. Männer verhalten sich weniger gesundheitsbewusst (Rauchverhalten, Alkoholkonsum u.ä.) und sind mehr umweltspezifischen Risiken ausgesetzt als Frauen (soziale und berufliche Stressbelastung, Langzeitwirkungen der Weltkriege) (Luy, 2002).

Dass Frauen länger leben als Männer, ist in der Geschichte nicht immer so gewesen: Bis zum 19. Jahrhundert wiesen Frauen eine höhere Gesamtsterblichkeit auf als Männer, vor allem aufgrund der hohen Müttersterblichkeit bei im Vergleich zu heute beträchtlich höheren Geburtenzahlen. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts begannen sich diese Verhältnisse umzukehren (Luy, 2002). Bei den Frauen stieg die Lebenserwartung dann über lange Zeiträume schneller an als bei den Männern. Dieser Prozess war international zu beobachten und dauerte etwa bis in das letzte Drittel des vergangenen Jahrhunderts an.

Auch die Lebenserwartung Älterer zeigte den zunehmenden Vorsprung der Frauen: Hatten um die Wende zum 20. Jahrhundert 60-jährige Frauen noch etwa 1 Jahr mehr an Lebenserwartung vor sich als gleichaltrige Männer, so waren es Mitte der 1970er Jahre bereits über 4 Jahre Differenz (vgl. Tabelle 2 und Abbildung 1). In den letzten Jahrzehnten begann sich diese Differenz jedoch zu verringern, zunächst in den angelsächsischen und nordischen Ländern, später in Frankreich und den Mittelmeerländern. Dieser Trend ist zu großen Teilen darauf zurückzuführen, dass beide Geschlechter in unterschiedlicher Weise von den Sterblichkeitsrückgängen bei degenerativen Erkrankungen profitierten. Das trifft vor allem auf die Herz-Kreislauf-Mortalität zu, die einen großen Teil der Todesfälle dar-

Tabelle 2

Entwicklung der ferneren Lebenserwartung 60-jähriger Männer und Frauen (e_{60}) von 1871 bis 2004*

Jahr	e_{60} (Jahre)		Differenz Frauen-Männer
	Männer	Frauen	
1871/81	12,1	12,7	0,6
1881/90	12,4	13,1	0,7
1891/1900	12,8	13,6	0,8
1901/10	13,1	14,2	1,1
1910/11	13,2	14,2	1,0
1924/26	14,6	15,5	0,9
1932/34	15,1	16,1	1,0
1949/51	16,2	17,5	1,3
1961/63	15,4	18,6	3,2
1965/67	15,4	18,9	3,5
1971/73	15,4	19,3	3,9
1975/77	15,8	19,9	4,1
1980/82	16,5	20,8	4,3
1985/87	17,3	21,7	4,4
1991/93	17,8	22,1	4,3
1996/98	18,7	23,1	4,4
2001/03	19,8	23,9	4,1
2002/04	20,1	24,1	4,0

Daten Statistisches Bundesamt. Periodensterbetafeln für Deutschland von 1871/81 bis 2002/04, eigene Berechnungen.

* von 1871/81 bis 1932/34

Angaben für Deutsches Reich

von 1949/51 bis 1985/87

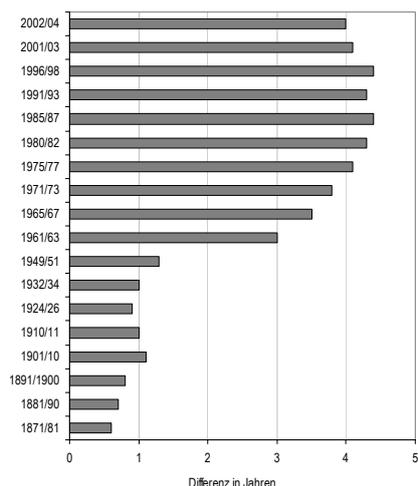
Angaben für Früheres Bundesgebiet

ab 1991/93

Angaben für Deutschland

Abbildung 1

Differenz der Lebenserwartung im Alter 60 zwischen Frauen und Männern 1871/81 bis 2002/04* (positiver Saldo der Frauen in Jahren)



Daten Statistisches Bundesamt.

Periodensterbetafeln für Deutschland von 1871/81 bis 2002/04, eigene Berechnungen.

*1871/81 bis 1932/34

Angaben für Deutsches Reich

1949/51 bis 1985/87

Angaben für Früheres Bundesgebiet

ab 1991/93

Angaben für Deutschland

stellt. Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sank bei Männern schneller als bei Frauen, auch aufgrund eines sich langsam verändernden Gesundheitsverhaltens der Männer (Meslé, 2004).

Lebenserwartung international

Betrachtet man die globale Entwicklung der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten, so fällt neben der kontinuierlichen Zunahme in den entwickelten Ländern vor allem ein Trend auf: Seit der Mitte des vergangenen Jahrhunderts konnten die Entwicklungsländer die Lebenserwartung beträchtlich steigern – von durchschnittlich 40 Jahren (1959) auf 63 Jahre (1990). Allerdings gab es dabei auch Ausnahmen: In den Sub-Sahara-Staaten Afrikas sank die Lebenserwartung als Resultat der AIDS/HIV-Epidemie. In fünf Staaten lag sie 1999 bei einem Wert von unter 40 Jahren. Trotz der steigenden Lebenserwartung in den Entwicklungsländern drückt sich die Unterschiedlichkeit der Lebensverhältnisse weltweit immer noch in einer großen Differenz der Lebenserwartungen aus: Der Abstand zwischen den Staaten mit der höchsten Lebenserwartung (Japan) und der niedrigsten Lebenserwartung (Sierra Leone) betrug im Jahr 1999 mehr als ein halbes Jahrhundert (55 Jahre). (vgl. dazu Michaud, Murray, & Bloom, 2001)

Die OECD-Staaten konnten in der vergangenen Zeit erhebliche Zunahmen bei der Lebenserwartung realisieren. Das gilt insbesondere auch für die Lebenserwartung Älterer: Im Jahr 2003 lag die fernere Lebenserwartung 65-jähriger Frauen in den OECD-Staaten bei 19,3 Jahren, für Männer in diesem Alter bei 15,9 Jahren. Seit 1970 ist das ein Zugewinn von 3,7 Jahren für Frauen und 3,2 Jahren für Männer. Besonders stark wuchs die Lebenserwartung Älterer in Japan. Japanische Frauen und Männer hatten 2003 mit 23 bzw. 18 verbleibenden Lebensjahren die höchste Lebenserwartung der 65-Jährigen in der Welt. Die Lebenserwartung der 65-jährigen japanischen Frauen erhöhte sich zwischen 1970 und 2003 um 7,7 Jahre und für gleichaltrige Männer um 5,5 Jahre. Zurückgeführt wird das auf einen deutlichen Rückgang der Sterberaten bei kardio- und zerebrovaskulären Krankheiten unter älteren Japanern und Japanerinnen (OECD, 2005).

Im europäischen Maßstab liegt Deutschland bei der Lebenserwartung der 60-Jährigen im oberen Mittelfeld. Eine Reihe vor allem west- und südeuropäischer Staaten weist bei diesem Indikator höhere Werte auf (vgl. Tabelle 3).

	Lebenserwartung e ₆₀		Jahr
	Männer	Frauen	
Estland	15,4	21,3	2002
Lettland	15,4	20,6	2003
Ungarn	15,9	20,8	2003
Litauen	16,2	21,9	2003
Slowakei	16,4	21,0	2003
Polen	17,1	22,0	2003
Tschechische Republik	17,3	21,4	2003
Slowenien	17,9	23,1	2003
Dänemark	19,3	22,7	2003
Luxemburg	19,3	23,2	2003
Portugal	19,4	23,3	2003
Finnland	19,5	24,0	2002
Belgien	19,6	23,9	2002
Irland	19,6	23,1	2003
Niederlande	19,7	23,7	2003
Malta	19,8	22,7	2003
Deutschland	19,9	23,9	2003
Vereinigtes Königreich	19,9	23,2	2002
Österreich	20,2	24,1	2002
Italien	20,4	24,8	2000
Griechenland	20,6	23,2	2002
Spanien	20,6	25,2	2002
Frankreich	20,8	25,7	2002
Schweden	21,0	24,6	2003

Tabelle 3

Lebenserwartung von Männern und Frauen im Alter von 60 Jahren in europäischen Ländern

Daten Eurostat Online
<http://epp.eurostat.ec.eu.int>

Healthy Life Expectancy - Gesunde Lebenserwartung

Die Gesundheitsberichterstattung konzentrierte sich bis zum Ende des 20. Jahrhunderts in erster Linie auf Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken sowie auf die Verbreitung übertragbarer Krankheiten. Mit dem medizinischen Fortschritt sind aber nicht nur die tödlichen Krankheitsfolgen, sondern zunehmend auch die Konsequenzen von chronischen Erkrankungen und Verletzungen von Interesse. Die WHO führte das Konzept der »gesunden Lebenserwartung« ein, zunächst zusammen mit dem Indikator »behinderungsfreie Lebenserwartung« (disability-adjusted life expectancy – DALE), der später in »gesunde Lebenserwartung« (healthy life expectancy – HALE) umbenannt wurde.

Die Messung der bei guter Gesundheit verbrachten Lebenszeit stützt sich auf standardisierte Ergebnisse aus Querschnittsuntersuchungen. Mit dem Indikator HALE können zeitliche Veränderungen oder Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der gesundheitlichen Gesamtsituation erfasst werden. (WHO-Regionalbüro für Europa, 2002).

Was ist Healthy Life Expectancy (HALE)?

HALE – die Lebenserwartung bei guter Gesundheit – ist ein Indikator für das Gesundheitsniveau einer Bevölkerung oder einer Teilgruppe der Bevölkerung. Sie verbindet zwei Indikatoren: die noch zu erwartende Lebenszeit und den voraussichtlichen Gesundheitszustand. Eine HALE von 15,9 Jahren für 60-jährige Männer in Deutschland sagt beispielsweise aus, dass diese Männer unter den gegenwärtigen gesundheitlichen Verhältnissen noch 15,9 Jahre bei guter Gesundheit zu erwarten haben. HALE wird auf der Basis der Lebenserwartung berechnet, die um die bei schlechter Gesundheit verbrachte Lebenszeit bereinigt wird. Damit spiegelt der Indikator HALE im Gegensatz zum Indikator Lebenserwartung die gesundheitliche Gesamtsituation einer Bevölkerung wider und nicht nur die Sterblichkeitsverhältnisse.

Tabelle 4
 Gesunde Lebenserwartung (HALE)
 im Alter von 60 Jahren,
 WHO-Mitgliedsstaaten 2002

	Männer	Frauen	Differenz Frauen-Männer
Niger	8,5	9,3	0,8
Mali	8,8	9,5	0,7
Russische Föderation	9,7	14,0	4,3
Mosambique	9,8	10,4	0,6
Kirgisien	9,8	12,6	2,8
Indien	10,8	11,4	0,6
Lettland	11,3	15,7	4,4
Estland	11,9	16,5	4,7
Litauen	12,0	16,2	4,2
Ungarn	12,1	16,0	3,9
Slowakei	12,3	16,1	3,8
Bulgarien	12,5	15,0	2,6
Türkei	12,8	14,2	1,4
Polen	12,8	16,1	3,3
China	13,1	14,7	1,5
Tschechische Republik	13,5	16,8	3,3
Zypern	14,2	15,0	0,8
Irland	14,8	17,5	2,7
Portugal	14,9	17,7	2,7
Dänemark	15,2	17,2	2,0
Vereinigte Staaten von Amerika	15,3	17,9	2,6
Finnland	15,7	18,9	3,3
Belgien	15,7	19,1	3,4
Vereinigtes Königreich	15,7	18,1	2,3
Deutschland	15,9	19,0	3,2
Luxemburg	16,0	19,2	3,3
Griechenland	16,0	18,1	2,0
Kanada	16,1	19,3	3,2
Norwegen	16,2	18,9	2,7
Österreich	16,2	19,3	3,1
Italien	16,4	19,4	3,1
Frankreich	16,6	20,4	3,8
Schweden	17,1	19,6	2,5
Schweiz	17,1	20,4	3,3
Japan	17,5	21,7	4,2

Daten WHO, World Health Report 2004

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich wird, haben ältere Frauen nicht nur eine höhere noch verbleibende Lebenserwartung als ältere Männer, sondern sie können weltweit auch mehr gesunde Lebensjahre erwarten. Die Differenz der ferneren gesunden Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen allerdings ist zwischen den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich: In der Tendenz ist sie gering in Ländern, die eine niedrige gesunde Lebenserwartung HALE haben und größer in Ländern mit höheren Werten der HALE.

Mortalität

Entwicklung der Mortalität im Alter

Im vorhergehenden Abschnitt erlaubte die Betrachtung der Lebenserwartung einen Überblick über die Sterblichkeit Älterer in einer einzigen, zusammenfassenden Kennziffer. Die altersspezifische Mortalität, die nun im Blickpunkt steht, ist die Basis für die Berechnung der Lebenserwartung. Mortalität wird durch Sterbeziffern gemessen. Die Sterbeziffer drückt in der Regel die Zahl der Sterbefälle aus bezogen auf 100.000 Personen einer bestimmten Altersgruppe in einem bestimmten Jahr. Mit ihrer Hilfe können alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten der Sterblichkeitsverhältnisse dargestellt werden. So zeigt Abbildung 2, mit welchen Altersdifferenzierungen die Reduzierung der Sterblichkeit in jüngerer Zeit (zwischen 1991 und 2004) verlaufen ist.

Der Vergleich der Sterblichkeit der über 60-Jährigen für die Jahre 1991 und 2004 weist zunächst darauf hin, dass in diesen Jahren die Sterblichkeit der älteren Bevölkerung erheblich gesunken ist. In absoluten Zahlen ausgedrückt heißt das beispielsweise, dass die Sterbeziffer 80- bis 84-jähriger Männer, die 1991 noch 12.610 (Sterbefälle je 100.000 Einwohner) betrug, bis 2004 auf 9.192 sank (vgl. Tabelle 5).

Geschlecht	Jahr	Alter von ... bis unter... Jahren							
		insg.	60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85	85 - 90	90 +
Sterbefälle je 100.000 Einwohner									
Männer	2004	950,2	1320,7	2046,0	3388,0	5416,6	9162,1	14611,8	21293,2
	1991	1091,2	1971,1	2970,5	4601,1	7858,9	12610,0	19601,4	29810,2
Frauen	2004	1031,7	624,0	980,8	1752,9	3220,8	6298,3	11567,4	22111,6
	1991	1184,3	906,3	1489,2	2472,1	4687,2	8504,5	14870,3	25947,1

Tabelle 5

Sterbeziffern der über 60-Jährigen in 5-Jahres-Altersgruppen, 2004 und 1991

Daten Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik

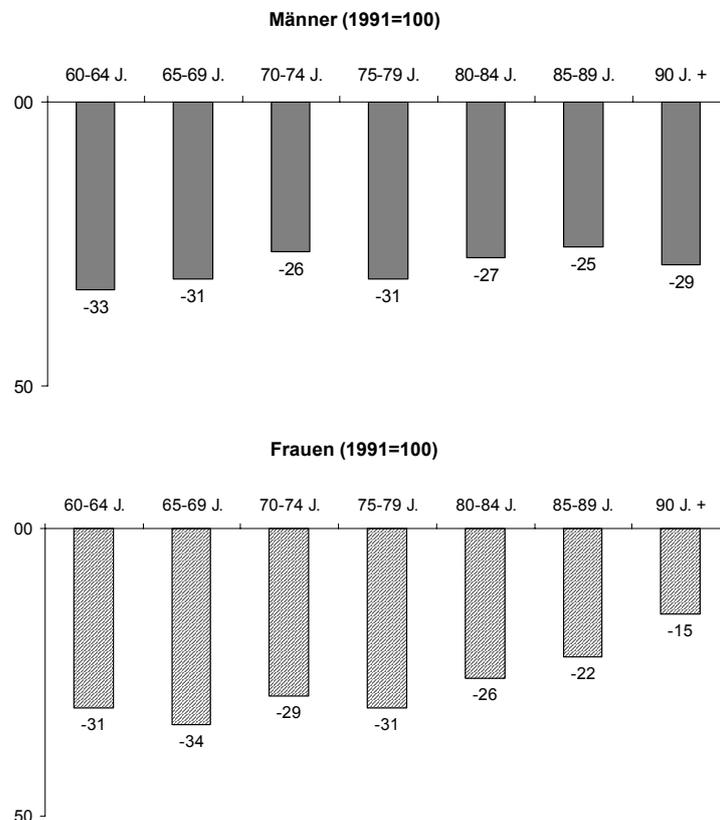
Bei älteren Männern werden keine eindeutigen Altersmuster der Sterblichkeitsreduzierung erkennbar. Dagegen zeigt sich bei den hochaltrigen Frauen, dass deren Sterblichkeitsrückgänge geringer sind als bei jüngeren Frauen. Sie sind auch geringer als bei hochaltrigen Männern. Dies ist ein Hinweis darauf, dass der Vorsprung, den ältere Frauen in der Lebenserwartung gegenüber älteren Männern haben, gegenwärtig nicht weiter wächst und sogar leicht abnimmt.

Häufigste Todesursachen im Alter

Welche Krankheiten sind es, die im höheren Lebensalter die meisten Todesfälle bedingen? Oder anders formuliert: Welche

Abbildung 2

Rückgang der Gesamtmortalität der über 60-Jährigen zwischen 1991 und 2004 nach Altersgruppen (Sterbefälle je 100.000 Einwohner, Rückgang in %)



Daten Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik

Krankheiten bieten das größte Potenzial, im höheren Lebensalter durch Prävention, Kuration und Rehabilitation Lebensjahre zu gewinnen?

Ein Blick auf Tabelle 6 kann erste Antworten auf diese Fragen liefern. Wie die Daten zeigen, nimmt mit steigendem Alter die Sterblichkeit in allen Krankheitsgruppen zu. Dieser Prozess verläuft aber sehr differenziert. Die Streuung der Sterbeziffern zwischen den einzelnen Todesursachen wächst ebenfalls mit steigendem Alter. Das bedeutet, dass nicht alle Erkrankungen gleichermaßen zur steigenden Sterblichkeit im zunehmenden Alter beitragen. Es gibt Todesursachen, deren Einfluss auf die Sterblichkeit mit steigendem Alter sprunghaft zunimmt (z.B. Krankheiten des Kreislaufsystems) und Todesursachen, bei denen die Sterbeziffern etwas langsamer wachsen (z.B. Krebserkrankungen).

Ein weiterer Befund ist: Chronische Krankheiten sind die führenden Todesursachen. Der medizinische Fortschritt des 20. Jahrhunderts hat damit nicht nur eine Verlängerung der Lebenszeit Älterer, sondern auch eine Verschiebung im Spektrum der Todesursachen bewirkt. Während um 1900 herum noch Todesursachen wie Lungenentzündung und Influenza, Tuberkulose und Gastritis/Enteritis häufigste Ursachen für

Sterbefälle waren, hat sich 100 Jahre später das Bild gewandelt. An der Spitze der Todesursachen stehen heute chronische Erkrankungen und hier wiederum vor allem zwei Krankheitsgruppen: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen. Die Besonderheit dieser Todesursachen ist, dass sie in beträchtlichem Umfang durch ein verändertes Gesundheitsverhalten vermeidbar sind

Pos-Nr. der ICD-10	Todesursache	Gestorbene insg.	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren							
			60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85	85 - 90	90 +	
je 100 000 Einwohner										
A00-B99	Infektionskrankheiten u.ä.	m	12,9	17,2	26,1	46,2	73,7	120,2	172,3	197,1
		w	13,9	9,0	14,7	30,7	53,6	92,0	125,0	204,6
C00-D48	Neubildungen (Krebserkrankungen)	m	280,9	540,3	797,3	1190,1	1657,0	2233,4	2754,3	2802,5
		w	240,8	322,1	443,0	636,0	901,3	1241,5	1574,6	1939,0
D50-D89	Bluterkrankungen u.ä.	m	2,0	2,5	4,6	6,6	13,9	18,6	30,6	51,8
		w	2,9	1,9	3,2	4,3	10,7	18,8	28,6	60,3
E00-E90	Stoffwechselerkrankungen u.ä.	m	25,8	32,2	57,8	101,8	146,8	265,5	445,7	574,0
		w	39,5	16,2	31,5	70,2	132,3	276,8	498,4	823,3
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	m	13,5	23,1	22,5	22,0	28,4	49,0	107,0	193,5
		w	9,7	6,6	6,2	9,2	16,7	44,2	106,7	274,9
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	m	20,6	22,3	34,9	66,6	134,3	240,2	344,7	371,9
		w	22,2	13,9	20,9	40,5	81,2	154,9	238,3	314,6
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	m	377,9	405,1	712,5	1339,5	2351,8	4506,3	7777,2	12398,1
		w	512,5	138,6	294,9	663,5	1472,5	3397,2	6984,1	14472,1
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	m	67,4	63,4	122,7	254,0	473,3	842,8	1466,1	2163,7
		w	60,0	28,6	47,4	98,2	189,0	378,3	725,5	1479,9
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	m	52,8	97,6	124,6	162,8	223,8	334,7	492,9	743,1
		w	49,6	41,5	53,8	88,7	159,0	289,4	505,6	818,5
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	m	13,8	9,4	21,8	45,2	89,3	187,3	368,8	587,7
		w	18,2	5,9	12,1	28,4	63,8	128,5	241,7	411,5
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen u.ä.	m	2,1	1,6	1,1	1,1	0,9	1,4	1,5	3,6
		w	1,7	1,2	1,0	0,5	0,8	1,4	1,0	1,7
R00-R99	Symptome, abnorme Befunde u.ä.	m	24,9	43,8	49,8	60,3	79,6	122,4	249,2	576,9
		w	25,2	14,2	20,1	31,5	55,2	107,5	246,5	772,8
V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	m	51,4	59,2	65,5	84,4	132,3	219,8	370,8	584,8
		w	29,8	21,2	27,3	42,0	70,7	141,6	250,2	463,7

Tabelle 6

Sterbeziffern der über 60-jährigen Männer und Frauen (Hauptkapitel der ICD-10), 2004

Daten Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik

Tabelle 7 zeigt denselben Sachverhalt – die Sterbeziffern im höheren Alter nach Todesursachen - als Rangfolge der häufigsten Todesursachen. Zu sehen ist, dass sich mit zunehmendem Alter die Struktur der häufigsten Todesursachen verändert.

Im »jungen« Alter stehen bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen) unterschiedlicher Organsysteme mit an der Spitze der Rangfolge der Todesursachen. So werden 27 Prozent der Todesfälle bei 60-bis 64-jährigen Männern durch Krebserkrankungen der Verdauungsorgane und der Atmungsorgane verursacht. Bei gleichaltrigen Frauen sind für 25 Prozent aller Todesfälle Krebserkrankungen der Verdauungsorgane und Brustkrebs verantwortlich. Daneben verursachen bei den

Tabelle 7

Häufigste Todesursachen 2004 (in Klammern: Anteil an allen Sterbefällen der Altersgruppe in %)

Alter	Männer		
	Rang 1	Rang 2	Rang 3
60 - 64 J.	Ischämische Herzkrankheiten (16,4)	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (13,4)	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (13,2)
65 - 69 J.	Ischämische Herzkrankheiten (18,4)	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (12,9)	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (12,0)
70 - 74 J.	Ischämische Herzkrankheiten (20,5)	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (11,3)	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (10,4)
75 - 79 J.	Ischämische Herzkrankheiten (21,4)	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (9,5)	Akuter Myokardinfarkt (9,2)
80 - 84 J.	Ischämische Herzkrankheiten (22,6)	Sonstige Herzkrankheiten (9,7)	Zerebrovaskuläre Krankheiten (9,3)
85 - 89 J.	Ischämische Herzkrankheiten (22,8)	Sonstige Herzkrankheiten (12,3)	Zerebrovaskuläre Krankheiten (9,7)
90 J. +	Ischämische Herzkrankheiten (22,9)	Sonstige Herzkrankheiten (14,1)	Zerebrovaskuläre Krankheiten (9,6)
Alter	Frauen		
	Rang 1	Rang 2	Rang 3
60 - 64 J.	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (12,9)	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (12,1)	Ischämische Herzkrankheiten (8,9)
65 - 69 J.	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (13,0)	Ischämische Herzkrankheiten (12,8)	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (9,1)
70 - 74 J.	Ischämische Herzkrankheiten (16,0)	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (11,5)	Zerebrovaskuläre Krankheiten (7,7)
75 - 79 J.	Ischämische Herzkrankheiten (17,8)	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (9,8) Zerebrovaskuläre Krankheiten (9,8)	Sonstige Herzkrankheiten (9,7)
80 - 84 J.	Ischämische Herzkrankheiten (20,4)	Sonstige Herzkrankheiten (12,7)	Zerebrovaskuläre Krankheiten (11,6)
85 - 89 J.	Ischämische Herzkrankheiten (21,8)	Sonstige Herzkrankheiten (15,3)	Zerebrovaskuläre Krankheiten (12,4)
90 J. +	Ischämische Herzkrankheiten (22,2)	Sonstige Herzkrankheiten (18,8)	Zerebrovaskuläre Krankheiten (11,8)

Daten Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik

»jungen Alten« aber auch die ischämischen Herzkrankheiten bereits einen erheblichen Teil der Todesfälle.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Todesfälle durch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu. Dabei stehen hinter dem Begriff der Herz-Kreislauf-Erkrankungen verschiedene Krankheitsformen, die wiederum mit unterschiedlichem Altersschwerpunkt auftreten.

Die ischämischen Herzkrankheiten sind die häufigste Krankheitsform innerhalb der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zu ihnen gehören u.a. Angina pectoris und Herzinfarkte. Ischämische Herzkrankheiten sind bei Männern in allen betrachteten Altersgruppen die Haupttodesursache. Sie verursachen zwischen 16 und 23 Prozent der Sterbefälle bei älteren Männern.

Mit zunehmendem Alter spielen die ischämischen Herzkrankheiten auch bei Frauen eine wesentliche Rolle: So ist ab dem 80. Lebensjahr jeder fünfte Todesfall bei Frauen auf diese Ursache zurückzuführen.

Vor allem in den ältesten Altersgruppen gewinnen neben den ischämischen Herzkrankheiten weitere Formen von Herzerkrankungen als Todesursachen an Bedeutung, so die zerebrovaskulären Krankheiten (z.B. Schlaganfälle und Hirninfarkte) und die sonstigen Herzkrankheiten (darunter z.B. Herzinsuffizienz). Ab dem 80. Lebensjahr sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ihren unterschiedlichen Formen für etwa die Hälfte aller Todesfälle verantwortlich.

Auch wenn die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit bei älteren Menschen in den letzten Jahren rückläufige Tendenzen zeigt, liegt hier auch künftig ein wesentliches Potenzial für die weitere Erhöhung der Lebenserwartung im Alter.

Morbidität

Was ist Morbidität?

Die Morbidität ist neben der Lebenserwartung und der Mortalität ein weiterer Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Sie misst die Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. in einer bestimmten Periode.

Stationäre Behandlungsfälle als Morbiditätsindikator

Um einen Überblick über die häufigsten Erkrankungen im höheren Lebensalter und ihre Verbreitung nach Altersgruppen und Geschlecht zu erhalten, werden im Folgenden Daten aus dem stationären medizinischen Bereich betrachtet.

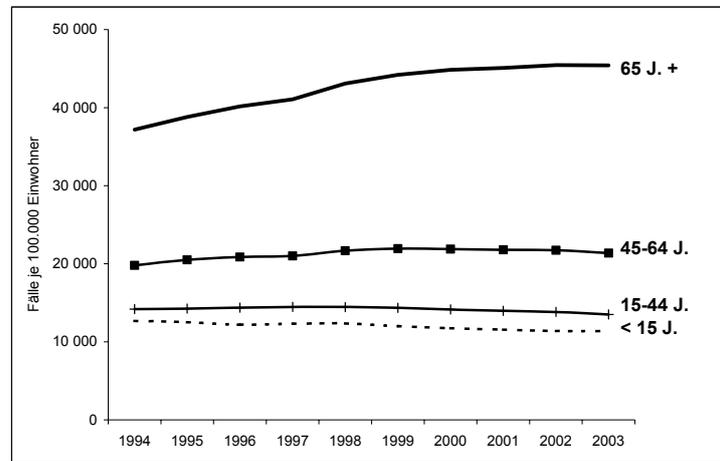
Betrachtet man lediglich die Häufigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte, so zeigt sich, dass ältere Menschen erwartungsgemäß die höchsten Werte erreichen (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3

Zahl der Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser* von 1994 bis 2003 nach Altersgruppen, altersspezifische Fallzahl je 100.000 Einwohner

Daten Statistisches Bundesamt, Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern

* aus vollstationärer Krankenhausbehandlung im Berichtsjahr entlassene Patientinnen und Patienten, einschließlich Sterbe- und Stundenfälle



Die 65-Jährigen und Älteren nehmen stationäre Krankenhausbehandlungen mehr als doppelt so häufig in Anspruch wie die 45- bis 64-Jährigen und mehr als dreifach so häufig wie die 15- bis 44-Jährigen. Darüber hinaus ist eine zeitliche Entwicklung zu beobachten: Während die Häufigkeit der Behandlungsfälle in den Altersgruppen des jüngeren und mittleren Erwachsenenalters in den Jahren seit 1994 nahezu konstant blieb bzw. leicht sank, ist bei den 65-Jährigen und Älteren ein deutlicher Anstieg zu sehen. Allerdings ist zu vermuten, dass in den vergangenen Jahren eine Veränderung der demographischen Struktur der über 65-Jährigen zugunsten der Hochaltrigen in dieser Gruppe stattgefunden hat, so dass sich zumindest ein Teil dieser Entwicklung aus der demographischen Alterung der Bevölkerung erklären lässt.

Tabelle 8

Zahl der Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser* von 1994 bis 2003 nach Altersgruppen, altersspezifische Fallzahl je 100.000 Einwohner

Daten siehe Abbildung 3

Alter	Jahr									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
unter 15 J.	12 681	12 507	12 194	12 304	12 351	12 003	11 748	11 559	11 381	11 386
15 - 44 J.	14 196	14 260	14 383	14 471	14 446	14 356	14 146	13 969	13 835	13 512
45 - 64 J.	19 799	20 492	20 865	21 015	21 676	21 935	21 879	21 802	21 735	21 372
65 J.+	37 178	38 803	40 152	41 069	43 089	44 204	44 847	45 095	45 445	45 418

Bei den Daten zu den Behandlungsanlässen, die aus dem stationären medizinischen Bereich für ältere Menschen zur Verfügung stehen, liegt die Diagnosegruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle (vgl. Tabelle 9). Ein Viertel aller Krankenhauspatienten ab 60 Jahren, die 2003 aufgenommen wurden, litt an einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems. Diese Erkrankungsgruppe ist damit nicht nur die häufigste Todesursache, sondern auch der erstrangige stationäre Behandlungsanlass im Alter. Im Jahr 2003 gab es bei den über 60-Jährigen mehr als 2 Mio. stationäre Behandlungsfälle aufgrund einer Kreislauferkrankung.

Weitere wesentlicher Aufnahmegründe für einen stationären Aufenthalt waren Neubildungen (15 Prozent aller stationären Behandlungsfälle der über 60-Jährigen) und Erkrankungen des Verdauungssystems (10 Prozent).

ausgewählte Diagnosen/Behandlungsanlässe	Alter von ... bis unter ... Jahren							
	60 – 65	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85	85 - 90	90 - 95	95 u. älter
	absolut							
Insgesamt	1 556 771	1 651 476	1 524 753	1 464 079	1 151 336	529 931	290 134	55 019
darunter:								
Neubildungen	281 496	292 585	245 080	195 787	117 895	39 745	16 979	2 394
Krankheiten des...								
...Nervensystems	69 779	68 512	59 321	57 942	46313	20540	9907	1434
... Kreislaufsystems	326 678	392 018	394 765	393 172	314762	144020	76545	13362
...Atmungssysteme	64 473	72 454	77 469	82 291	73247	43022	27332	6302
...Verdauungssysteme	172 555	174 484	153 243	145 734	116098	54412	30648	5920
...Muskel-Skelett-Systeme	169 731	166 831	143 112	114 989	65751	19051	6977	835
...Urogenitalsysteme	97 704	103 002	87 412	76 309	52987	22693	12179	2185
Verletzungen u.ä.	110 459	110 029	106 602	121 552	120974	72044	48433	11108
	%							
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
darunter:								
Neubildungen	18,1	17,7	16,1	13,4	10,2	7,5	5,9	4,4
Krankheiten des...								
...Nervensystems	4,5	4,1	3,9	4,0	4,0	3,9	3,4	2,6
... Kreislaufsystems	21,0	23,7	25,9	26,9	27,3	27,2	26,4	24,3
...Atmungssysteme	4,1	4,4	5,1	5,6	6,4	8,1	9,4	11,5
...Verdauungssysteme	11,1	10,6	10,1	10,0	10,1	10,3	10,6	10,8
...Muskel-Skelett-Systeme	10,9	10,1	9,4	7,9	5,7	3,6	2,4	1,5
...Urogenitalsysteme	6,3	6,2	5,7	5,2	4,6	4,3	4,2	4,0
Verletzungen u.ä.	7,1	6,7	7,0	8,3	10,5	13,6	16,7	20,2

Tabelle 9

Ausgewählte Krankenhausentlassdiagnosen der über 60-Jährigen nach Altersgruppen, 2003

Daten Statistisches Bundesamt, Diagnose-daten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern

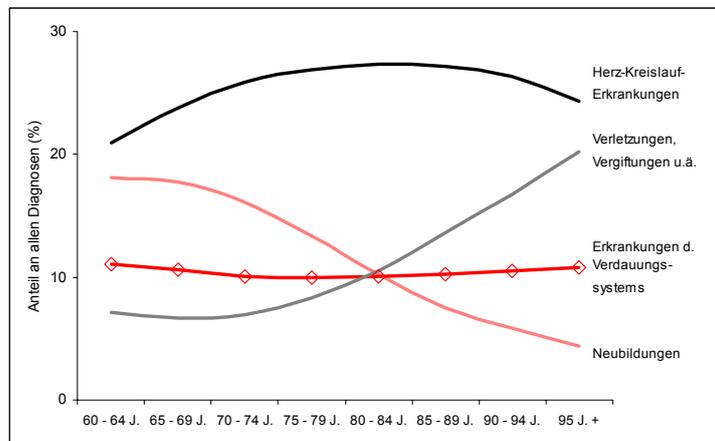
Die einzelnen Krankheitsgruppen entwickeln sich in ihrer Häufigkeit als stationärer Behandlungsanlass im Alter unterschiedlich. Abbildung 4 macht das am Beispiel ausgewählter Krankheiten deutlich.

Herz-Kreislauferkrankungen sind in allen Phasen des Alters der häufigste Grund für eine Krankenhauseinweisung. Ihr Anteil an allen stationären Behandlungsfällen steigt bis etwa zum 85. Lebensjahr auf 27 Prozent und sinkt danach nur wenig.

Abbildung 4

Ausgewählte Krankenhausentlassdiagnosen nach Altersgruppen (Anteile an allen stationären Behandlungsfällen der Altersgruppe in %), 2003

Daten Statistisches Bundesamt, Diagnose-daten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern



Neubildungen (Kreberkrankungen) weisen vor allem im »jungen« Alter einen hohen Anteil an den stationären Behandlungsfällen auf (etwa 18 Prozent); ihr prozentualer Anteil nimmt aber mit zunehmendem Alter ab (auf unter 5 Prozent bei den über 95-Jährigen).

Erkrankungen des Verdauungssystems machen etwas mehr als 10 Prozent der Krankenhausbehandlungsfälle der über 60-Jährigen aus. Dieser Anteil bleibt über die Altersgruppen relativ stabil.

Ganz anders verhält es sich beim Anteil der Diagnosen der Gruppe Verletzungen, Vergiftungen und Folgen anderer äußerer Ursachen. Während im »jungen« Alter nur ein kleiner Teil der Krankenhauspatienten wegen dieser Diagnosen eingeliefert wird (etwa 7 Prozent), sind es bei den hochaltrigen Patienten zwischen 10 und 20 Prozent, die aufgrund dieser Diagnosen im Krankenhaus behandelt werden müssen. Im Jahr 2003 gab bei allen über 60-Jährigen mehr als 700.000 Behandlungsfälle in dieser Diagnosegruppe, davon rund 250.000 bei über 80-Jährigen.

In erster Linie sind es wohl Folgen von Stürzen, die diese stationären Krankenhausaufenthalte verursachen, insbesondere bei den Hochaltrigen. Betrachtet man nur die über 80-Jährigen, so zeigt sich, dass 32 Prozent der Fälle der Diagnosegruppe Verletzungen etc. Frakturen des Femurs (Oberschenkelknochens) sind, weitere 12 Prozent Verletzungen des Kopfes, 9 Prozent Frakturen der Lendenwirbelsäule und des Beckens und 13 Prozent Frakturen im Bereich der Schulter, des Ober- oder Unterarms.

Eine weitere bedeutende Untergruppe sind Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und anderen medizinischen Behandlungen. Bei den über 60-Jährigen gehen 18 Prozent der

Behandlungsfälle aufgrund von Verletzungen etc. auf derartige Komplikationen zurück, darunter 7 Prozent auf Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate.

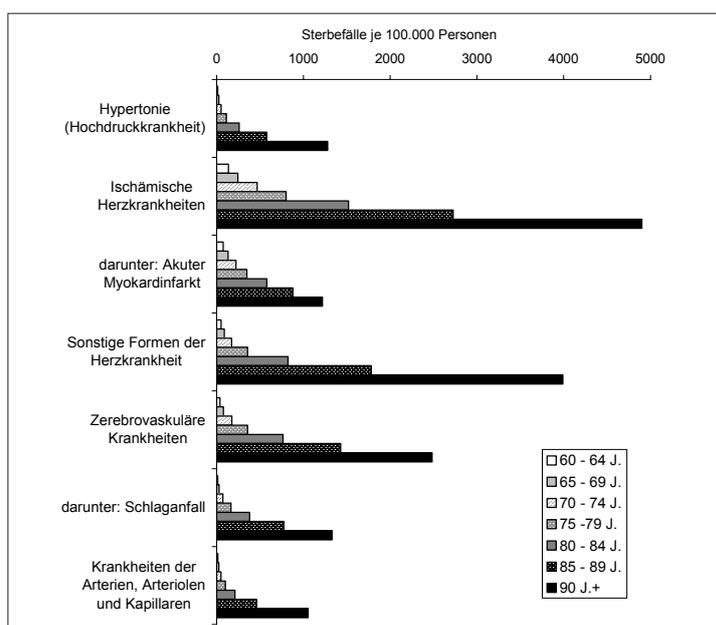
Prävalenz und Inzidenz ausgewählter Krankheiten im Alter

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt beschrieben wurde, sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (auch: kardiovaskuläre Erkrankungen) sowohl die wichtigste Todesursache als auch der häufigste stationäre Behandlungsanlass im höheren Alter.

Für das Alter bedeutsame Untergruppen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem die koronare (ischämische) Herzkrankheit, zu der Angina Pectoris, Herzinfarkte und infarktbedingte Herzmuskelschwäche gehören, und zerebrovaskuläre Krankheiten wie Schlaganfälle und die periphere arterielle Verschlusskrankheit. Daneben sind ältere Menschen häufig von Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen betroffen.

Um die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter deutlich zu machen, wird an dieser Stelle noch einmal auf Mortalitätsdaten zurückgegriffen und die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit für die unterschiedlichen Erkrankungsformen dargestellt.



Was ist Prävalenz und Inzidenz?

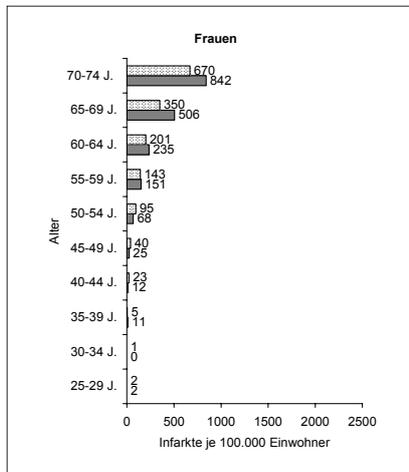
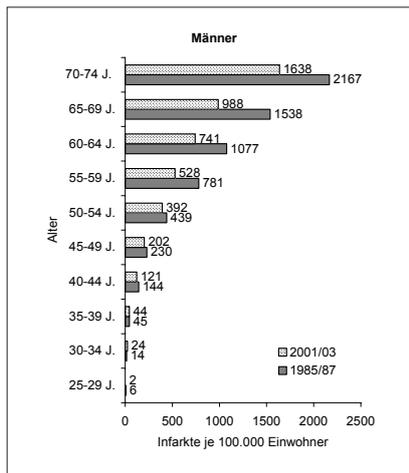
Prävalenz und Inzidenz sind Maßzahlen zur Messung der Morbidität innerhalb einer Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe. Die Prävalenz einer Krankheit misst die Anzahl der Krankheitsfälle in einer Population zu einem Zeitpunkt (z.B. Punktprävalenz am Befragungstag) oder innerhalb eines Zeitraums (z.B. Jahres- oder Lebenszeitprävalenz). Die Inzidenz einer Krankheit kennzeichnet die Zahl der Neuerkrankungen in einer Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

Abbildung 5 Sterblichkeit an verschiedene Formen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter ab 60 Jahren, 2004 (Sterbefälle je 100.000 Personen)

Daten Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik

Abbildung 6

Herzinfarkte* je 100.000 Einwohner in Augsburg nach Alter und Geschlecht, 1985/87 und 2001/03



Daten KORA Herzinfarktregister Augsburg des GSF-Forschungszentrums für Umwelt und Gesundheit, <http://www.gbe-bund.de>

* Tödliche und nichttödliche Erst- und Reinfarkte

Abbildung 5 zeigt, dass vor allem im hohen Alter ab 80 Jahren die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sprunghaft zunimmt. Eine besondere Rolle spielen dabei die ischämischen Herzkrankheiten und hier wiederum die Sterblichkeit an Herzinfarkten. Daneben ist eine ähnliche Entwicklung bei den sonstigen Herzerkrankungen (z.B. Herzinsuffizienzen) und bei den zerebrovaskulären Erkrankungen zu beobachten, die sich in einer erhöhten Sterblichkeit durch Schlaganfälle äußert.

Daten zur Morbidität der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Prävalenz- und Inzidenzdaten) sind aus unterschiedlichen Quellen verfügbar. Im Folgenden werden drei Datenbefunde dargestellt: erstens eine Übersicht zur Verbreitung von Herzinfarkten mit Daten des Herzinfarktregisters KORA Augsburg, zweitens Selbstangaben von Befragten zu ärztlich diagnostizierten Fällen von Angina pectoris, Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2004 und schließlich Ergebnisse der europäischen SHARE-Studie zu Herzproblemen bei über 50-Jährigen.

Die Ergebnisse des Augsburger Herzinfarktregisters KORA zeigen, dass die Morbidität bei einer der wichtigsten Gruppen von Herz-Kreislaufkrankheiten – den Herzinfarkten – rückläufig ist. Das betrifft vor allem auch die höheren Altersgruppen. Ältere Männer und Frauen ab 60 Jahren erlitten 2001/03 erheblich weniger Herzinfarkte als noch 1985/87. Das gilt insbesondere für ältere Männer, die aber immer noch deutlich häufiger von Herzinfarkten betroffen sind als ältere Frauen. Der erfreulichen Entwicklung sinkender Herzinfarkthäufigkeiten im höheren Alter steht ein gegenläufiger Trend gegenüber. Frauen im mittleren Alter zwischen 40 und 50 Jahren weisen zwar insgesamt eher niedrige Herzinfarktraten auf, sie haben aber auch einen deutlichen Anstieg der Raten zwischen 1985/87 und 2001/03 zu verzeichnen.

Auch die Daten des telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts 2004 zeigen: Die Prävalenz von Herz-Kreislauf-Krankheiten steigt erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter (vgl. Tabelle 10) Von den über 65-Jährigen gaben 26 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen an, dass bei ihnen von ärztlicher Seite bereits einmal eine Angina pectoris diagnostiziert wurde. Noch höhere Prävalenzen waren bei Herzrhythmusstörungen festzustellen (Männer: 31%, Frauen: 32%). An einer Herzinsuffizienz litten bereits einmal im Verlauf ihres Lebens 14 Prozent der über 65-jährigen Männer und 17 Prozent der gleichaltrigen Frauen.

Die Ergebnisse einer europaweit angelegten Studie aus dem Jahr 2004 (SHARE-Studie) erlauben einen Altersgruppenvergleich von akuten Herzproblemen (innerhalb der vergangenen 6 Monate). Auch hier zeigt die Auswertung der Daten einen

Geschlecht/Alter	Angina pectoris	Herzinsuffizienz	Herzrhythmusstörungen
Männer			
18-29 Jahre	0,8	0,4	3,6
30-39 Jahre	1,0	1,4	5,2
40-65 Jahre	8,3	3,9	12,6
über 65 Jahre	26,3	14,3	31,0
N	3522	3513	3521
Frauen			
18-29 Jahre	0,9	0,8	5,1
30-39 Jahre	0,3	0,3	7,6
40-65 Jahre	3,9	3,4	14,5
über 65 Jahre	16,0	17,1	31,6
N	3749	3744	3757

Anstieg der Prävalenzen von Herzproblemen mit zunehmendem Alter und einen deutlich höheren Wert bei Männern im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen (mit Ausnahme der höchsten Altersgruppe).

Obwohl es in den vergangenen Jahren Fortschritte bei der Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen gab, bleibt somit die Prävention, Therapie und Rehabilitation der Herz-Kreislauf-Erkrankungen gerade bei Älteren eine vorrangige Aufgabe gesundheitlicher Versorgung.

Krebserkrankungen

Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts erkranken jährlich 168.500 Männer (davon 46.500 unter 60 Jahren) und 178.800 Frauen (davon 53.300 unter 60 Jahren) neu an Krebs (ohne Basalzell- und Plattenepithelkarzinome der Haut) (Katalinic, 2003) Das bedeutet, dass etwa 70 Prozent der Neuerkrankungen an Krebs ältere Menschen ab 60 Jahre betreffen (bei einem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe von etwa 25 Prozent).

Das verstärkte Auftreten von Krebserkrankungen im höheren Alter spiegelt sich auch in den altersgruppenbezogenen Inzidenzraten wider, wie die Tabelle 11 zeigt.

Von allen 60- bis unter 75-Jährigen erkranken jährlich knapp 2 Prozent der Männer und etwa 1 Prozent der Frauen neu an einer Krebserkrankung. Bei den 75-Jährigen und Älteren sind dies 3 Prozent aller Männer und knapp 2 Prozent der Frauen. Geringer als die Inzidenz der Krebserkrankungen ist die Krebsmortalität. Hochgerechnet auf die gesamte Bevölkerung einer Altersgruppe sterben 0,8 bzw. 0,5 Prozent der 60- bis unter 75-jährigen Männer bzw. Frauen sowie 2 bzw. 1 Prozent der 75-jährigen und älteren Männer bzw. Frauen jährlich an Krebs.

Tabelle 10

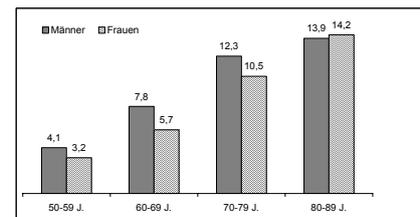
Lebenszeitprävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2004, (Anteile in %)

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2004, gewichtet N-Fallzahl

Abbildung 7

Prävalenz von Herzproblemen* bei Männern und Frauen ab 50 Jahren in 10 europäischen Ländern 2004, (Anteile in %)



Quelle (Börsch-Supan et al., 2005)

Daten SHARE-Studie 2004

* Herzprobleme oder Angina Pectoris, Schmerzen in der Brust bei körperlicher Betätigung, mind. während der letzten 6 Monate

Tabelle 11

Inzidenz und Mortalität von Krebserkrankungen* in Deutschland 2002

Alter in Jahren	Männer		Frauen	
	Inzidenz	Mortalität	Inzidenz	Mortalität
Fälle je 100.000 Einwohner				
bis unter 45	54,4	12,5	82,7	14,4
45 bis unter 60	444,8	207,3	504,1	157,5
60 bis unter 75	1722,1	796,9	1002,5	449,5
75 und älter	3036,5	1999,3	1759,1	1208,0
Rohe Rate	541,4	271,2	488,5	236,4
Standard. Rate	451,6	227,7	335,1	139,6

Quelle (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. & Robert-Koch-Institut, 2006)

* ICD-10: C00-97 ohne C44

Tabelle 12

Häufigste Krebsneuerkrankungen bei über 80-jährigen Männern und Frauen

Rang	Frauen		Männer	
	Tumorlokalisation	Anteil (%)	Tumorlokalisation	Anteil (%)
1.	Dickdarm, Mastdarm	21,4	Prostata	19,8
2.	Haut (ohne Melanome)	18,2	Haut (ohne Melanome)	16,5
3.	Brust	13,3	Lunge	13,9
4.	Magen	7,1	Dickdarm, Mastdarm	12,5
5.	Lunge	4,9	Magen	8,1
6.	Bauchspeicheldrüse	4,3	Harnblase	3,3
7.	Gebärmutterkörper	3,6	Niere	2,9

Quelle (BMFSFJ, 2002)

Daten Krebsregister Saarland 2000

Die häufigsten Krebsdiagnosen älterer Menschen (hier: über 80-Jährige) zeigen ein nach Geschlechtern differenziertes Bild: Bei Frauen kommen Krebserkrankungen des Dick- bzw. Mastdarms, der Haut und der Brust am häufigsten vor. Diese Krebsarten machen mehr als die Hälfte aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen aus. Männer dieser Altersgruppe erkranken dagegen vorrangig an Krebserkrankungen der Prostata, der Haut, der Lunge sowie des Dick- bzw. Mastdarms (vgl. Tabelle 12).

Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus gehört zu den sich stark ausbreitenden Erkrankungen mit erheblichen gesundheitlichen Belastungen, einer hohen Sterblichkeit (vor allem an Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und häufigen diabetesbedingten Folgeerkrankungen, die mit der Gefahr von Erblindung, Dialysepflichtigkeit und der Amputation von Gliedmaßen einhergehen können. Es wird geschätzt, dass in Deutschland etwa 4 Millionen Männer und Frauen mit einem diagnostizierten Diabetes leben, das sind etwa 5 Prozent der Bevölkerung. (Icks, Rathmann, Rosenbauer & Giani, 2005).

Tabelle 13

Lebenszeitprävalenz von Diabetes mellitus im telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2004, (Anteile in %)

Geschlecht/Alter	Diabetes insg.	davon:	
		Diabetes Typ 1	Diabetes Typ 2
Männer			
18-29 Jahre	0,3	0,3	-
30-39 Jahre	1,5	0,8	0,7
40-65 Jahre	7,8	1,4	5,8
über 65 Jahre	21,4	1,1	17,7
N	3540	3514	
Frauen			
18-29 Jahre	0,6	0,5	-
30-39 Jahre	1,6	0,8	0,5
40-65 Jahre	5,0	1,2	3,4
über 65 Jahre	16,1	0,4	13,1
N	3779	3744	

Quelle (Ellert et al., 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey 2004 des Robert-Koch-Instituts, gewichtet N-Fallzahl

Im telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts wurden 2004 Befragte unterschiedlichen Alters befragt, ob bei ihnen bereits einmal durch einen Arzt ein Diabetes (mit Ausnahme von Schwangerschaftsdiabetes) diagnostiziert wurde. Auf 6 Prozent der Frauen und 7 Prozent der Männer traf das im Durchschnitt aller Befragten zu. In den höheren Altersgruppen lag dieser Anteil deutlich darüber. 16 Prozent der über 65-jährigen Frauen und 21 Prozent der gleichaltrigen Männer gaben eine Diabetes-Diagnose im Verlauf ihres Lebens an (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006). Tabelle 13 zeigt die Daten dazu im Detail.

Depressionen

Depressionen sind neben den Demenzen die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung im Alter. Aufgrund ihrer hohen gesundheitspolitischen Bedeutung wurde ihre Prävention und Behandlung im Jahr 2006 zu einem der Nationalen Gesundheitsziele der Bundesregierung erklärt. Im Bericht zum Gesundheitsziel »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln« werden dazu folgende Fakten angeführt:

Geschlecht/Alter	Depression-Lebenszeitprävalenz	Depression-Jahresprävalenz	Aktuell
Männer			
18-29 Jahre	12,5	9,5	2,8
30-39 Jahre	11,6	6,1	3,2
40-49 Jahre	13,6	8,6	3,7
50-59 Jahre	15,7	12,2	6,1
60-69 Jahre	14,7	9,6	5,5
70 Jahre u.ä	11,3	7,0	3,5
N	3528	3527	3521
Frauen			
18-29 Jahre	18,1	13,1	5,2
30-39 Jahre	19,5	12,4	4,4
40-49 Jahre	19,9	12,3	5,2
50-59 Jahre	28,5	15,5	9,2
60-69 Jahre	26,0	15,4	6,9
70 Jahre u.ä	21,1	11,6	8,0
N	3771	3767	3765

Tabelle 14

Lebenszeitprävalenz von Depressionen im telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2004, (Anteile in %)

Quelle (Ellert et al., 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey 2004 des Robert-Koch-Instituts, gewichtet N-Fallzahl

Depressive Störungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auf. Sie verstärken bei Krankheiten wie z.B. bei koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall und Diabetes mellitus Chronifizierungsprozesse und können Morbidität und Mortalität erhöhen. Zwischen Depression und Suizidalität bestehen enge Zusammenhänge: Es wird geschätzt, dass 45 bis 70 Prozent aller Suizidopfer zuvor an einer Depression gelitten haben. Dabei bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Vollendete Suizide kommen deutlich häufiger bei Männern vor als bei Frauen (vor allem im höheren Lebensalter). Bei Suizidversuchen ist das

Verhältnis umgekehrt. Im Bericht wird aufgrund der epidemiologischen Entwicklung der Suizide und der Alterung der Bevölkerung geschlussfolgert, dass vor allem Frauen im fortgeschrittenen Lebensalter eine Zielgruppe der Suizidprävention sind (BMG, 2006).

Bei den Prävalenz- und Inzidenzraten für Depressionen zeigten die Ergebnisse verschiedener Studien im Allgemeinen keinen eindeutigen Alterstrend. Aber es existiert ein Geschlechterunterschied in der Verbreitung dieser Krankheit: Frauen sind von Depressionen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. (BMFSFJ, 2002) Das zeigen auch die Daten des telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts in Tabelle 14. Von den 70-jährigen und älteren Männern gaben 11 Prozent an, in ihrem Leben bereits einmal an einer Depression erkrankt gewesen zu sein. 7 Prozent waren während des Jahres vor der Befragung erkrankt und 4 Prozent litten zum Zeitpunkt der Befragung an einer Depression. In allen drei Prävalenzwerten wiesen gleichaltrige Frauen deutlich höhere Werte auf: 21 Prozent waren während ihres gesamten Lebens, 12 Prozent während des Jahres vor der Befragung und 8 Prozent zum Befragungszeitpunkt an einer Depression erkrankt.

Demenz

Was ist Demenz?

Die Demenz ist ein Syndrom (Krankheitsbild) als Folge einer Erkrankung des Gehirns mit kognitiven (erkenntnismäßigen) Beeinträchtigungen wie der Störung des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, der Lernfähigkeit, der Sprache und des Urteilsvermögens. Damit einhergehen können Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation (Weyerer, 2005).

Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen des Alters und sind eine wesentliche Ursache für Behinderung und Pflegebedürftigkeit. In Deutschland leben etwa eine Million Menschen mit einer Demenz, fast 200.000 Menschen erkranken jährlich neu an dieser Krankheit.

Über zwei Drittel aller Demenzkranken sind Frauen. Ursachen dafür sind ein höheres Erkrankungsrisiko von Frauen gegenüber Männern und ihre längere Lebenserwartung.

Die Prävalenz von Demenzen nimmt mit steigendem Alter deutlich zu: Während von den 60- bis 65-Jährigen weniger als 2 Prozent an einer demenziellen Erkrankung leiden, sind es bei den 90-Jährigen und Älteren bereits über 30 Prozent (Weyerer 2005).

Tabelle 15

Prävalenz der Alzheimer-Demenz und der vaskulären Demenz auf der Grundlage von Meta-Analysen, (Anteile in %)

Altersgruppe	Alzheimer-Demenz				Vaskuläre Demenz	
	Lobo et al. (2000)		Hy und Keller (2000)		Lobo et al. (2000)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
65-69 Jahre	0,6	0,7	0,7	1	0,5	0,1
70-74 Jahre	1,5	2,3	1,5	2,1	0,8	0,6
75-79 Jahre	1,8	4,3	3,1	4,5	1,9	0,9
80-84 Jahre	6,3	8,4	6,4	9	2,4	2,3
85-89 Jahre	8,8	14,2	12,8	17,4	2,4	3,5
90-94 Jahre	17,6	23,6	23,7	31	3,6	5,8
95+ Jahre	-	-	39,8	48,9	-	-
Gesamtrate	2,3	5,2	3	6,2	1,2	1,3

Quelle (Weyerer, 2005) nach (Bickel, 2005)

Exkurs

Krankheitslast – Burden of Disease

Für die Messung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung wurden bis zu dieser Stelle unterschiedliche Indikatoren vorgestellt. Der allgemeinste – die Lebenserwartung – reflektiert die Mortalität in einer Bevölkerung, stellt aber keine Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung vor dem Tod zur Verfügung. Morbiditätsmaße wie Prävalenzen und Inzidenzen sind zwar für einzelne Krankheitsgruppen verfügbar, aber nicht als summarische Größen. Zusammengefasste Gesundheitsmaße (summary measures of health) kombinieren Daten zur Mortalität mit Morbiditätsmaßen, um diese Lücke zu schließen.

Eines dieser Maße ist die Krankheitslast (Burden of Disease). Dieses Konzept wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Weltbank und der Harvard Medical School entwickelt.

Zentral an der Methodik der Burden of Disease sind zusammenfassende Bewertungen der Mortalität (Konzept der verlorenen Lebensjahre), der Morbidität (Konzept der disability-adjusted life years) und der gesunden Lebenserwartung (healthy life expectancy) für die Weltbevölkerung eingeteilt in 8 Weltregionen¹. Auch wenn zunächst nur globale Ergebnisse vorliegen, lohnt sich ein Blick auf die Ergebnisse der Burden-of-Disease-Studie. Sie ermöglicht es, die wichtigsten Krankheiten und Risikofaktoren zu identifizieren, die einen hohen Verlust an gesunder Lebenszeit verursachen und kann damit richtungweisende Hinweise für gesundheitspolitische Interventionen liefern.

Wie wird die Krankheitslast (Burden of Disease) gemessen?

Die Kennziffer der Krankheitslast (Burden of Disease) sind die DALYs (Disability-adjusted life years). DALYs sind statistische Schätzungen des nicht realisierten Potentials an gesunden Lebensjahren in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt – entweder durch vorzeitige Sterblichkeit oder durch Lebensjahre mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen. Ein DALY entspricht einem verlorenen Jahr gesunden Lebens. DALYs dienen dazu, die Krankheitslast zu schätzen, die aufgrund bestimmter Krankheiten bzw. Verletzungen entsteht oder auch, um die verlorenen gesunden Lebensjahre durch bestimmte gesundheitliche Risikofaktoren zu bestimmen. (vgl. dazu WHO-Regionalbüro für Europa, 2005)

¹ Es gibt derzeit noch keine Ergebnisse, die speziell auf Deutschland bzw. auf bestimmte Altersgruppen zugeschnitten sind. Ein Wissenschaftlerteam der Universität Bielefeld arbeitet z.Zt. an der Entwicklung eines Burden-of-Disease-Konzepts für Deutschland.

Krankheit/Verletzung	1990		2020**		Rang-änderung
	Rang	DALYs (Anteil in %)	Rang	DALYs (Anteil in %)	
Infektionen der unteren Atemwege	1	8,2	6	3,1	-5
Durchfallerkrankungen	2	7,2	9	2,7	-7
Zustände mit Ursprung in der Perinatalphase	3	6,7	11	2,5	-8
Unipolare majore Depressionen	4	3,7	2	5,7	+2
Ischämische Herzkrankheiten	5	3,4	1	5,9	+4
Zerebrovaskuläre Krankheiten	6	2,8	4	4,4	+2
Tuberkulose	7	2,8	7	3,1	0
Masern	8	2,6	25	1,1	-17
Straßenverkehrsunfälle	9	2,5	3	5,1	+6
Angeborene Anomalien	10	2,4	13	2,2	-3
Malaria	11	2,3	24	1,1	-13
Chronische obstruktive Lungenkrankheiten	12	2,1	5	4,1	+7
Stürze	13	1,9	19	1,5	-6
Eisenmangelanämien	14	1,8	39	0,5	-25
Energie- und Eiweißmangelernährung	15	1,5	37	0,6	-22
Kriegsfolgen	16	1,5	8	3	+8
Selbstverletzungen	17	1,4	14	1,9	+3
Gewaltfolgen	19	1,3	12	2,3	+7
HIV	28	0,8	10	2,6	+18
Tracheal-, Bronchial- und Lungenkrebs	33	0,6	15	1,8	+18

Tabelle 16

Weltweit häufigste Ursachen für DALYs*, 1990 und 2020

Quelle (Giorgianni, 2000) nach (Murray & Lopez, 1996a), eigene Übersetzung

* DALY: Disability-adjusted life years = durch vorzeitigen Tod und/oder durch Behinderung verlorene gesunde Lebensjahre
** Baseline-Szenario

Welche Erkrankungen verursachen heute weltweit die höchste Krankheitslast und wie wird sich diese Kennziffer in den nächsten Jahre verändern?

Tabelle 16 macht deutlich, dass für die 30 Jahre zwischen 1990 und 2020 erhebliche Umbrüche im weltweiten Spektrum der Krankheiten prognostiziert werden, vor allem aufgrund der Veränderungen in den Entwicklungsländern. Waren es 1990 noch in erster Linie Infektionskrankheiten, die an der Spitze der Ursachen für den Verlust an gesunden Lebensjahren standen, so werden es im Jahr 2020 völlig andere Krankheiten sein, die die weltweite Krankheitslast bestimmen: ischämische Herzkrankheiten, Depressionen und zerebrovaskuläre Krankheiten werden die Krankheitslast (neben den Folgen von Straßenverkehrsunfällen) wesentlich prägen. Die typischen Haupttodes- und -krankheitsursachen der entwickelten Länder nehmen damit auch in den Entwicklungsländern an Bedeutung zu.

Tabelle 17

Führende Krankheitsgruppen für DALYs in entwickelten Ländern

Krankheitsgruppe	Anteil an allen DALYs* (%)
Kardiovaskuläre Erkrankungen	18,6
Psychische Krankheiten**	15,4
Bösartige Neubildungen (Krebs)	15,0
Erkrankungen der Atemwege	4,8
Alkoholbedingte Krankheiten	4,7
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	2,8

Quelle (Giorgianni, 2000) nach (Murray & Lopez, 1996b) , eigene Übersetzung

* DALY: Disability-adjusted life years = durch vorzeitigen Tod und/oder durch Behinderung verlorene gesunde Lebensjahre

** Die Kategorie enthält Suizide und enthält nicht geistige Behinderung sowie eine Reihe neurotischer Störungen.

Die Hauptursachen der Krankheitslast, die künftig weltweit dominieren werden, sind heute bereits in den entwickelten Ländern für das Krankheitsgeschehen prägend. Ein Blick auf Tabelle 17 zeigt das. In den entwickelten Ländern bestimmen die chronischen Krankheiten die Krankheitslast. Kardiovaskuläre Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen), psychische Krankheiten und bösartige Neubildungen (Krebs) verursachen die Hälfte aller DALYs. Bei einer Reihe dieser Erkrankungen handelt es sich um vermeidbare Krankheiten, die Maßnahmen der Prävention gut zugänglich sind. In dieser Besonderheit liegt die gesundheitspolitische Herausforderung dieser Zahlen.

Fokussiert man den Blick noch enger auf die WHO-Region Europa (Abbildung 8), so zeigt sich, dass gegenwärtig 10 Prozent aller DALYs in Europa von ischämischen Herzkrankheiten (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt) herrühren und weitere 7 Prozent von zerebrovaskulären Erkrankungen (z.B. Schlaganfall) die zudem Folge derselben Grunderkrankung, der Arteriosklerose, sind. Die Sterblichkeit aufgrund ischämischer Herzerkrankungen und zerebrovaskulärer Erkrankungen nimmt seit dem Beginn der 90er Jahre vor allem in den westeuropäischen Ländern ab, die sich durch eine generell niedrige Sterblichkeit auszeichnen. In vielen osteuropäischen Staaten und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion und des ehemaligen Jugoslawiens nimmt sie hingegen zu (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005). Doch auch bei abnehmender Herz-Kreislauf-Sterblichkeit in den Ländern Westeuropas bleiben die Erkrankungen dieser Gruppe die Hauptursache für verlorene gesunde Lebenszeit.

Eine große und zunehmende Bedeutung kommt den Depressionen als Verursacher verlorener gesunder Lebensjahre zu. Mit 6 Prozent aller DALYs sind sie als Krankheitslast annähernd so

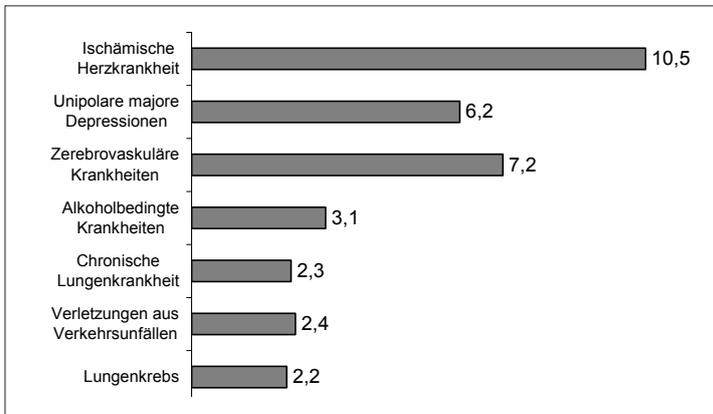


Abbildung 8

Anteile der 7 häufigsten Ursachen an der Krankheitslast (DALYs) in der WHO-Region Europa 2002, (Anteile in %)

Quelle (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005), eigene Übersetzung

DALY Disability-adjusted life years = durch vorzeitigen Tod und/oder durch Behinderung verlorene gesunde Lebensjahre

bedeutsam wie die zerebrovaskulären Erkrankungen. Depressionen gehören mit zu den Hauptursachen für Behinderung in den europäischen Ländern. Sie sind die häufigste psychische Erkrankung, verantwortlich für einen großen Teil der Suizide und haben einen stark negativen Einfluss auf die funktionale Gesundheit und die Lebensqualität. In Westeuropa werden etwa 5 bis 10 Prozent aller Menschen irgendwann in ihrem Leben von einer majoren Depression betroffen, wobei von einer hohen Zahl nicht erkannter Fälle auszugehen ist. (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005)

Alkoholbedingte Erkrankungen gehören zur Gruppe der neuropsychiatrischen Erkrankungen. Sie beinhalten die direkten Folgen der Alkoholabhängigkeit wie z.B. Alkoholpsychosen, das Abhängigkeitssyndrom und akute Vergiftungserscheinungen, aber nicht die Folgen für andere Erkrankungen und Verletzungen, bei denen Alkohol eine wesentliche Rolle spielt. Alkoholbedingte Erkrankungen verursachten 2002 etwa 4,6 Mio. DALYs in Europa. Die Krankheitslast unter Männern ist 4- bis 5mal höher als bei Frauen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005).

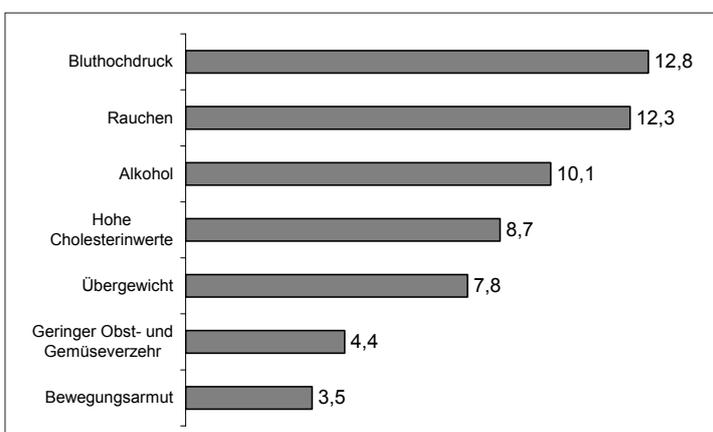


Abbildung 9

Anteile der 7 häufigsten Risikofaktoren an der Krankheitslast (DALYs) in der WHO-Region Europa 2000, (Anteile in %)

Quelle siehe oben

Mit dem Konzept der Burden of Disease wird nicht nur der Einfluss von Krankheiten auf die Krankheitslast untersucht, sondern auch, in welchem Umfang einzelne Risikofaktoren die Krankheitslast bestimmen. Abbildung 9 verdeutlicht das: In der WHO-Region Europa ist etwa ein Drittel (35%) aller DALYs auf die Risikofaktoren Bluthochdruck, Rauchen und Alkohol zurückzuführen.

Bluthochdruck ist einer der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren vorzeitiger Sterblichkeit. Er kann zu Schlaganfall, ischämischer Herzkrankheit, anderen Herzkrankheiten und Nierenversagen führen. Insgesamt ist er verantwortlich für 13 Prozent aller DALYs in Europa. Es wird darüber hinaus geschätzt, dass in der WHO-Region Europa bis zu 30 Prozent aller Erwachsenen an Bluthochdruck leiden und dass weitere 50 bis 60 Prozent der Erwachsenen in besserer gesundheitlicher Verfassung sein könnten, wenn sie ihren Blutdruck durch körperliche Aktivität, Gewichtsreduzierung und gesündere Ernährung senken würden.

Rauchen verursacht 12 Prozent aller DALYs in der WHO-Region Europa. Damit ist Rauchen ein weiterer wichtiger gesundheitlicher Risikofaktor. Etwa die Hälfte der Raucher muss damit rechnen, an einer tabakbedingten Krankheit zu sterben.

Europa ist die WHO-Weltregion mit dem höchsten Alkoholkonsum. Es wird geschätzt, dass 5,5 Prozent aller Todesfälle und 10,1 Prozent aller DALYs in der Region Europa dem Alkohol zugeschrieben werden müssen. Die Krankheitslast durch Alkohol ist bei Männern wesentlich höher als bei Frauen. Alkohol ist wichtigster Risikofaktor für die Mortalität und Morbidität junger Menschen (WHO-Regionalbüro für Europa, 2005).

Damit sind lediglich drei der wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren in ihrer Wirkung auf die Krankheitslast beschrieben. Ausführlichere Darstellungen zu Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten werden sich im nächsten Heft der Reihe **Report Altersdaten** finden.

Literatur

- Bickel, H. (2005). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: C. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). Demenzen (Referenzreihe Neurologie). Stuttgart: Thieme Verlag.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2002). Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.
- BMG (Hrsg.) (2006). gesundheitsziele.de – Bericht. 6. Nationales Gesundheitsziel – Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. Berlin.
- Ellert, U., Wirz, J. & Ziese, T. (2006). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle) – Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Gjonça, A., Brockmann, H. & Maier, H. (2000). Old-Age Mortality in Germany prior to and after Reunification. *Demographic Research*, 3(1). Rostock.
- Icks, A., Rathmann, W., Rosenbauer, J. & Giani, G. (2005). Diabetes mellitus Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Nr. 24. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Katalinic, A. (2003). Bösartige Neubildungen. In: F. W. Schwartz, B. Badura et al. (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 591ff). München, Jena: Urban & Fischer.
- Luy, M. (2002). Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(5), 412 – 429.
- Meslé, F. (2004). Life expectancy: a female advantage under threat? *Population & Societies* (402).
- Michaud, C. M., Murray, C. J. L. & Bloom, B. R. (2001). Burden of Disease – Implications for Future Research. *JAMA*, 285(5), 535 – 539.
- Murray, C. & Lopez, A. (1996a). Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274, 740 – 743.
- Murray, C. & Lopez, A. (Hrsg.) (1996b). *Summary: The Global Burden of Disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- OECD (2005). *Gesundheit auf einen Blick: OECD-Indikatoren 2005*. Paris: OECD Publishing.
- Weyerer, S. (2005). Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Nr. 28. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- WHO-Regionalbüro für Europa (2002). *Der Europäische Gesundheitsbericht 2002*. Kopenhagen.
- WHO-Regionalbüro für Europa (Hrsg.) (2005). *The European health report 2005 : public health action for healthier children and populations*. Kopenhagen.
- Wiesner, G. (2001). Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland. Stand-Entwicklung-Folgen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Statistisches Informationssystem GeroStat

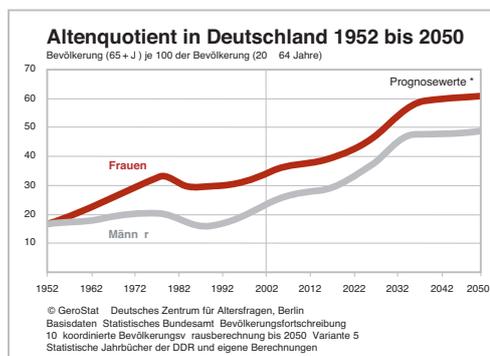
Daten zu demographischen und
sozialen Fragen des Alter(n)s
www.gerostat.de

einfach, schnell, aktuell und kostenfrei

mit statistischen Fakten wie

- demographische Altersmaße · Übergang in den Ruhestand · Bevölkerungsprognosen
- Pflegebedürftigkeit · Lebenserwartung
- Einkommen im Alter · Haushaltsstrukturen
- Gesundheitszustand · soziale Sicherung u. a.

Reports mit Grafiken



Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin
www.dza.de

Kontakt Elke Hoffmann · Sonja Menning
Telefon +49(0)30.260 740 -71 / -63
Email gerostat@dza.de
www.gerostat.de

Impressum

Herausgeber
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
Projekt GeroStat

Online verfügbar unter
www.dza.de/gerostat/gerostat-aktuelle.html

Erschienen im Mai 2006

Das Projekt GeroStat wird gefördert durch
das Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend.

Gestaltung
Stefanie Roth · vonerot Grafik Berlin