

Report

Altersdaten

GeroStat

Statistisches Informationssystem

02 | 2006

Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer

Sonja Menning

Aus dem Inhalt

- 5** Ausgewählte funktionale
Beeinträchtigungen
- 12** Chronische Krankheiten und
Multimorbidität
- 13** Subjektive Gesundheit
- 17** Gesundheitsrelevantes Verhalten

Inhalt

Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Äterer

3 Editorial

4 **Funktionale Gesundheit Äterer**

Zum Begriff der funktionalen Gesundheit Äterer

Ausgewählte funktionale Beeinträchtigungen

Sensorische Beeinträchtigungen – Sehen und Hören

Beeinträchtigungen der Mobilität – Gehen und Treppen steigen

Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL

12 **Gesundheitszustand und subjektive Gesundheit Äterer**

Gesundheitszustand

Aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen

Chronische Krankheiten und Multimorbidität

Subjektive Gesundheit

16 **Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsrelevantes Verhalten Äterer**

Gesundheitsbewusstsein

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Nikotinkonsum

Körperliche Aktivität

Körpergewicht – Body-Mass-Index (BMI)

Alkoholkonsum

Literatur

Impressum

Editorial

Das zweite Heft der Reihe **GeroStat Report Altersdaten** knüpft an die Inhalte des vorangegangenen Heftes an und widmet sich weiteren Aspekten des Themas Gesundheit älterer Menschen. Nachdem im ersten Heft der Reihe die Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität älterer Menschen im Mittelpunkt standen, wird in diesem Heft der Schwerpunkt auf den Gesundheitszustand älterer Menschen, seine subjektive Bewertung und das Gesundheitsverhalten der Älteren gelegt.

Mit der funktionalen und der subjektiven Gesundheit werden zwei Konzepte des Gesundheitsbegriffs vorgestellt, die erhebliche Konsequenzen haben für die Lebensqualität der Betroffenen. Die funktionale Gesundheit ist ein wesentlicher Indikator für Lebensqualität. Sie erfasst, inwieweit ein älterer Mensch mit seinen gesundheitlichen Gegebenheiten und trotz eventueller gesundheitlicher Einschränkungen Alltagsanforderungen bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Ähnliches gilt für die subjektive Gesundheit. Diese ist ein Maß für die eigene Bewertung des Gesundheitszustandes, kann für den Einzelnen von objektiv messbaren Gesundheitsparametern deutlich abweichen und trotzdem den Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität unter Umständen genauer beschreiben als medizinische Diagnosen.

Eng mit den oben genannten Kategorien verbunden ist das Gesundheitsverhalten. Ob wir lange und bei guter Gesundheit leben, liegt zu einem nicht unerheblichen Teil in unserer Hand. Einige wichtige Aspekte des Gesundheitsverhaltens der Älteren werden im letzten Teil dieses Reports näher beleuchtet.

Daten zu diesen Themen werden nur in geringem Umfang von der amtlichen Statistik erhoben. Deshalb werden für die Fragestellungen dieses Heftes in erster Linie Surveydaten verwendet – für die Darstellung der Situation in Deutschland Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts und des Alterssurveys des Deutschen Zentrums für Altersfragen sowie für den europäischen Vergleich Daten der SHARE-Studie.

Wie immer, liebe Leserin und lieber Leser, sind wir interessiert an Ihren Meinungen, Kritiken und Anregungen, die wir gern unter gerostat@dza.de entgegennehmen. Unter derselben Adresse können Sie sich außerdem für ein kostenfreies Abonnement des **Reports Altersdaten** eintragen.

Wir wünschen Ihnen Freude beim Lesen des zweiten GeroStat Reports Altersdaten –

Ihre Mitarbeiterinnen des Projekts GeroStat

Telefonischer Gesundheitssurvey

Der Telefonische Gesundheitssurvey ist eine seit 2002 in mehreren Wellen durchgeführte Erhebung des Robert-Koch-Instituts zu wesentlichen Aspekten des Gesundheitsgeschehens in Deutschland. Befragt werden Personen im Privathaushalten. Die in diesem Heft überwiegend verwendete 2. Welle aus dem Jahr 2004 realisierte 7.341 Telefoninterviews. Weitere Informationen unter www.rki.de.

Alterssurvey

Der Alterssurvey ist eine Befragung, die das Ziel hat, in umfassender Weise die Lebensbedingungen älterer Menschen zu untersuchen, u.a. auch gesundheitliche Aspekte. In diesem Heft werden Ergebnisse der 2. Welle des Alterssurveys verwendet, in der im Jahr 2002 insgesamt 5.194 Personen zwischen 40 und 85 Jahren in Privathaushalten befragt wurden. Diese Erhebung wurde am Deutschen Zentrum für Altersfragen durchgeführt. Weitere Informationen unter www.dza.de/forschung/forsch-alterssurvey.html.

SHARE-Studie

Der »Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe« (SHARE) ist eine multidisziplinäre und länderübergreifende Studie zu den Themen soziale Lage, Gesundheit, soziale und familiäre Netzwerke der über 50-Jährigen. Sie wurde als internationales Kooperationsprojekt im Jahr 2004 in elf europäischen Ländern erhoben. Weitere Informationen unter www.share-project.org.

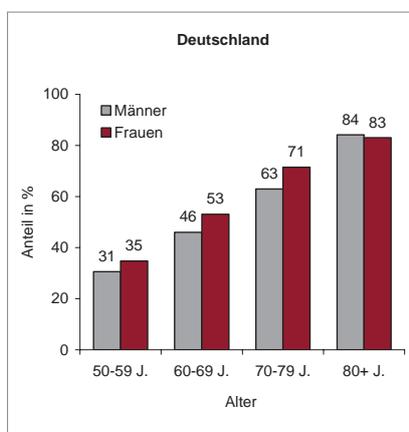
Funktionale Gesundheit Äterer

Wie wird funktionale Gesundheit von der WHO definiert?

Nach der Definition der WHO ist eine Person funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, persönliche Faktoren) – (a) ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen), (b) sie nach Art und Umfang das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), (c) sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise (Art und Umfang) entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird. (Konzept der Partizipation) (Schuntermann, 2006)

Abbildung 1

Aktivitätsbeschränkungen (GALI) nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004



Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

Zum Begriff der funktionalen Gesundheit

Mit dem steigenden Anteil Äterer an der Bevölkerung wird es zunehmend wichtig, nicht nur Informationen über die Verbreitung von Krankheiten unter Äteren zu haben, sondern auch über ihren funktionalen gesundheitlichen Zustand. Die funktionale Gesundheit beschreibt, wie Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Eine gute funktionale Gesundheit ist wesentlich für Autonomie und selbständige Lebensführung im Alter. Oder umgekehrt: Funktionale Einschränkungen im Alter können dazu führen, dass die gewohnten Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können, Aktionspielräume eingeeengt werden und die betreffende Person hilfe- oder pflegebedürftig wird.

Funktionale Gesundheit beinhaltet physische, psychische und soziale Aspekte. Am besten untersucht sind derzeit Elemente der physischen funktionalen Gesundheit.

Die funktionale Gesundheit ist in allen Lebensaltern von Belang. Da funktionale Einschränkungen aber mit dem Alter zunehmen, sind es vor allem die Äteren, die von abnehmender funktionaler Gesundheit betroffen sind. Dennoch: Das Alter wurde und wird häufig als eine Lebensphase betrachtet, die zwangsläufig mit Krankheit und Gebrechlichkeit einhergeht. Dieses Stereotyp des Alters ist falsch, wie die Daten der folgenden Abschnitte belegen werden. Der überwiegende Teil der über 60-Jährigen ist auch trotz funktionaler Einschränkungen in der Lage, die Anforderungen des Alltags selbständig zu erfüllen. Das gilt selbst für das hohe Alter.

Die Entwicklung funktionaler Einschränkungen über die Altersgruppen hinweg zeigt Abbildung 1. Abgebildet ist der Indikator GALI (Global Activity Limitation Indicator), der misst, ob die Befragten innerhalb eines bestimmten Zeitraums (hier: im letzten halben Jahr) durch gesundheitliche Probleme an der Ausübung ihrer üblichen Aktivitäten gehindert waren. Deutlich wird, dass sowohl Männer als auch Frauen mit zunehmendem Alter wesentlich häufiger solche Aktivitätsbeschränkungen angeben. Während von 50- bis 59-jährigen deutschen Befragten nur etwa ein Drittel in ihrem Alltag Einschränkungen aufgrund gesundheitlicher Probleme hatten, traf das auf über 80 Prozent der 80-Jährigen und Äteren zu. Frauen zeigten dabei mit Ausnahme der ältesten Altersgruppe häufiger Einschränkungen als Männer.

Ausgewählte funktionale Beeinträchtigungen

Funktionale Beeinträchtigungen sind Aktivitätseinschränkungen bzw. Schwierigkeiten beim Ausführen bestimmter Aktivitäten aufgrund körperlicher oder mentaler Schädigungen bzw. Störungen. Wurde im vorhergehenden Abschnitt gezeigt, wie sich der Anteil funktionaler Beeinträchtigungen ganz allgemein mit dem Alter verändert, so sollen in diesem Abschnitt einige konkrete Beeinträchtigungen näher betrachtet werden.

Sensorische Beeinträchtigungen – Sehen und Hören

Zu den körperlichen funktionalen Einschränkungen, die einen großen Teil der älteren Menschen betreffen, gehören die des Sehens und Hörens. Das Alter stellt den größten Risikofaktor für alle Formen sensorischer Einschränkungen dar. Je länger Menschen leben, umso größer sind ihre sensorischen Verluste. Schätzungen aus britischen Studien zufolge leidet etwa ein Fünftel der über 75-Jährigen an Sehbeeinträchtigungen und ein Viertel an Hörbeeinträchtigungen (Margrain & Boulton, 2005). Einschränkungen im Hör- und Sehvermögen wirken nicht nur auf die Lebensqualität der Betroffenen, sondern stellen darüber hinaus Risikofaktoren dar für weitere Unfälle und Krankheiten, wie z. B. für Gleichgewichtsstörungen, Hüftfrakturen und Depressionen (Campbell, Crews, Moriarty, Zack, & Blackman, 1999).

Auch künftig werden Hör- und Sehbeeinträchtigungen weltweit ein zentrales Gesundheitsproblem darstellen. Einer aktuellen Studie von Mathers und Loncar (2006) zufolge werden im Jahr 2030 in Ländern mit hohem und mittlerem Durchschnittseinkommen altersbezogene Hör- und Sehbeeinträchtigungen zu den Top Ten der Burden of Disease (Krankheitslasten) zählen, also zu den Hauptgründen für verlorene gesunde Lebensjahre.

Zum Sehen: Die Leistungsfähigkeit des Auges, wie z. B. das Wahrnehmen von Kontrasten, die Farbwahrnehmung und die Lichtsensitivität, nimmt mit dem Alter ab. Eine wesentliche altersbezogene Veränderung in der Sehfähigkeit, die Altersweitsichtigkeit, stellt sich schon im mittleren Erwachsenenalter ein und betrifft nahezu die gesamte Bevölkerung der entsprechenden Altersgruppen. Ein Teil des Funktionsverlustes der Augen kann durch Sehhilfen, Operationen und ähnliche Interventionen kompensiert werden. Trotzdem ist, gerade im höheren Alter, der Anteil von Menschen mit Sehbeeinträchtigungen vergleichsweise hoch.

Das zeigt auch Abbildung 2, die mit Daten des Alterssurveys den Anteil von Sehbeeinträchtigten nach Altersgruppen abbil-

det. Dabei werden Alltagssituationen (Zeitung lesen, Treffen auf der Straße) erfasst. Der Anteil derjenigen, die Schwierigkeiten beim Lesen einer Zeitung haben, steigt bei den über 75-Jährigen auf fast ein Drittel. Beim Erkennen von Personen auf der Straße sind es in dieser Altersgruppe 17 Prozent, die Probleme angeben.

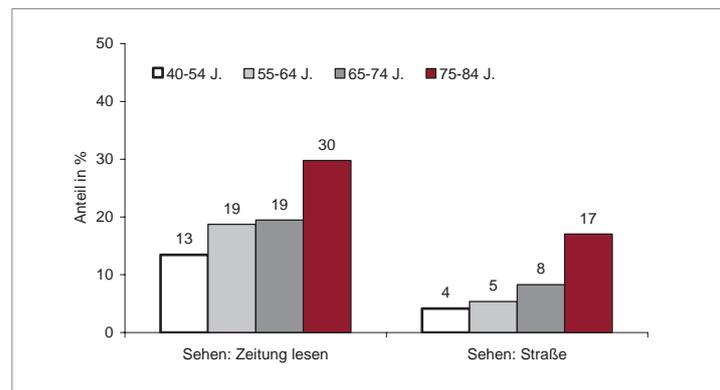
Abbildung 2

Anteil von Befragten mit Sehbeeinträchtigungen nach Altersgruppen, Alterssurvey 2002

Daten Alterssurvey 2002 Replikationsstichprobe, gewichtet

(Sehen: Zeitung lesen) – Haben Sie aufgrund von Sehproblemen Schwierigkeiten beim Lesen der Zeitung (gegebenenfalls auch dann, wenn Sie eine Sehhilfe benutzen)?

(Sehen: Straße) – Haben Sie aufgrund von Sehproblemen Schwierigkeiten, Ihnen bekannte Personen auf der Straße zu erkennen (gegebenenfalls auch dann, wenn Sie eine Sehhilfe benutzen)?



Hörverluste gehören ebenfalls zu den häufigsten chronischen Störungen des Alters. Im Bundesgesundheitsurvey 1998 bezeichneten sich 17 Prozent der 70- bis 79-jährigen Frauen und 31 Prozent der gleichaltrigen Männer als schwerhörig, darunter auch Befragte, die über ein Hörgerät verfügen.

Von Hörbeeinträchtigungen Betroffene beschweren sich häufig nicht über den Hörverlust an sich, sondern darüber, dass sie Kommunikationsprobleme haben, also Gesprochenes nicht oder falsch verstehen. Diese Probleme können zu sozialem Rückzugsverhalten und psychischen Problemen führen und somit auch eine selbständige Lebensführung gefährden (Margrain & Boulton, 2005).

Deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen auch die Daten des Alterssurveys. Ein Fünftel bzw. ein Viertel der über 75-jährigen Befragten gaben Schwierigkeiten an beim Hören während des Telefonierens bzw. während eines Gruppentreffens (Abbildung 3).

Einschränkungen der Mobilität – Gehen und Treppen steigen

Mobilitätseinschränkungen nehmen erwartungsgemäß mit dem Alter zu und werden vor allem im hohen Alter zu einem Problem für die selbständige Lebensführung. Ältere Frauen sind stärker als Männer von Einbußen ihrer Mobilität betroffen. Frauen müssen weltweit damit rechnen, mehr Lebensjahre als Männer mit derartigen funktionellen Einschränkungen zu leben und dadurch eine Verschlechterung ihrer Lebens-

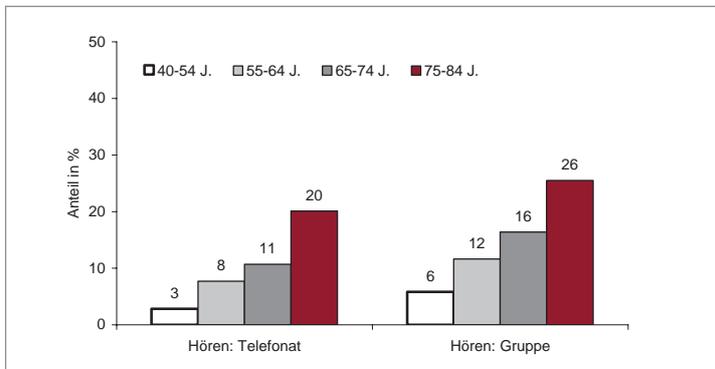


Abbildung 3

Anteil von Befragten mit Hörbeeinträchtigungen nach Altersgruppen, Alterssurvey 2002

Daten Alterssurvey 2002 Replikationsstichprobe, gewichtet

(Hören: Telefonat) – Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Hören, wenn Sie telefonieren?

(Hören: Gruppe) – Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Hören bei einem Gruppentreffen?

qualität zu erfahren. Mobilitätseinschränkungen gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Hilfebedürftigkeit im Alter. So können z.B. eine langsame Gehgeschwindigkeit und ein unsicherer Gang zu einer Ursache für Unfälle und Stürze werden, die weitere Funktions- und Autonomieverluste nach sich ziehen. Nach Angaben der US-amerikanischen AHEAD-Studie erlitten 35 Prozent der über 75-jährigen Befragten in Privathaushalten in den zwei Jahren vor dem Interview einen oder mehrere Stürze. Während nur 18 Prozent der Älteren, die nicht gestürzt waren, auf Hilfe im Alltag angewiesen sind, sind 25 Prozent der einmal gestürzten Befragten und sogar 47 Prozent der zwei- oder mehrmals gestürzten Befragten im Alltag hilfebedürftig. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Vermeidung eines ersten Sturzes am besten, die Vermeidung eines zweiten Sturzes aber dringend notwendig ist (Hertz & Baker, 2002).

Abbildung 4 zeigt mit den Daten des deutschen Alterssurveys, dass vor allem die ältesten Befragten zwischen 75 und 84 Jahren einen Bedarf an Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Mobilität haben. Etwa jeder Vierte gab an, stark eingeschränkt zu sein beim Steigen mehrerer Treppenabsätze, beim Zurücklegen einer Strecke von mehr als einem Kilometer bzw. von mehreren Straßenkreuzungen (vgl. Abbildung 4).

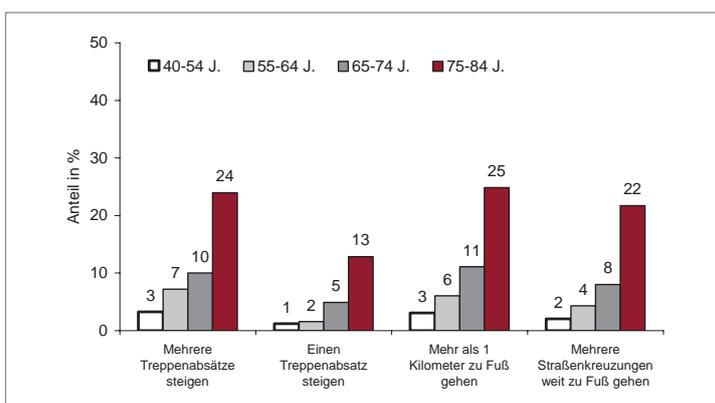


Abbildung 4

Anteil von Befragten mit starken Beeinträchtigungen der Mobilität nach Altersgruppen, Alterssurvey 2002

Daten Alterssurvey 2002 Replikationsstichprobe, gewichtet

Frage: Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt oder überhaupt nicht eingeschränkt? (Anteil »stark eingeschränkt«)

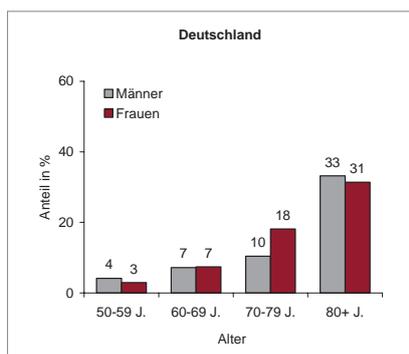
Was messen ADL und IADL?

Die ADL messen die Fähigkeit, bestimmte Basisaktivitäten der Pflege und Versorgung der eigenen Person zu leisten: Essen, Trinken, Baden/Duschen, An- und Ausziehen, ins Bett gelangen/aus dem Bett aufstehen. Die IADL sind dagegen komplexere Tätigkeiten. Sie erfassen, ob sich die betreffende Personen innerhalb und außerhalb ihres Haushalts versorgen kann: so z. B. Wäsche waschen, Wohnung reinigen, Mahlzeiten zubereiten, einkaufen, aber auch die finanziellen Angelegenheiten regeln.

Abbildung 5

Anteil der Befragten mit mindestens einer ADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen



Haben Sie wegen gesundheitlicher Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten mit diesen Aktivitäten? – Sich anziehen, einschließlich Socken und Schuhe; Quer durch einen Raum gehen; Baden oder Duschen; Essen, zum Beispiel beim Zerkleinern Ihrer Speisen; Sich ins Bett legen, aus dem Bett aufstehen; Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen

Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL

Die physische Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung älterer Menschen wird in Studien häufig gemessen mit Indikatoren selbstberichteter Schwierigkeiten bzw. der Unfähigkeit, bestimmte Aufgaben des täglichen Lebens zu erfüllen. Die Kategorie der Aktivitätseinschränkungen im Alltag baut auf jener der funktionellen Beeinträchtigungen auf, steht aber stärker in einem sozialen Kontext. Aus der Konstruktion der Kategorien folgt, dass es mehr ältere Menschen gibt, die funktionelle Beeinträchtigungen in einer Befragung angeben als Aktivitätseinschränkungen.

Gemessen werden Aktivitätseinschränkungen in Surveys häufig mit dem Instrument der ADL (Activities of Daily Living) bzw. IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Die Verwendung dieser Indikatoren in vergleichenden Studien ist nicht unproblematisch, da sie nicht nur gesundheitliche Einschränkungen widerspiegeln, sondern auch sozial definierte Rollen und Umfeldbedingungen, die die Antworten abhängig von kulturellen Einflüssen machen (Zimmer, Chayovan, Lin, & Natividad, 2003).

Einschränkungen in den ADL lassen auf einen relativ weit fortgeschrittenen Grad der Hilfebedürftigkeit schließen. Dementsprechend niedrig sind Angaben in dieser Kategorie bei älteren Menschen, die in Privathaushalten leben (und an einer Befragung teilnehmen). Eine Auswertung der SHARE-Daten für die deutsche Stichprobe zeigt, dass der Anteil der Befragten, die eine oder mehrere Beeinträchtigungen in den ADL aufweisen, bis zum 80. Lebensjahr noch relativ gering ist und erst danach sprunghaft ansteigt. Dann allerdings sind etwa ein Drittel der Männer und Frauen bei mindestens einer der Basisaktivitäten der Selbstversorgung wie Anziehen, Baden/Duschen oder Essen eingeschränkt (vgl. Abbildung 5).

Es mag verwundern, dass der Anteil von ADL-beeinträchtigten Frauen und Männern in der ältesten Altersgruppe in etwa gleich hoch ist, da doch älteren Frauen im Allgemeinen eine schlechtere funktionelle Gesundheit zugeschrieben wird. Erklären lässt sich dieser Fakt dadurch, dass für die SHARE-Untersuchung die Bevölkerung in Privathaushalten befragt wurde. Ältere Frauen mit einer sehr schlechten funktionalen Gesundheit und großen ADL-Einschränkungen leben aber (eher als Männer in dieser Situation) zu einem größeren Anteil in Pflegeeinrichtungen. Sie fehlen also überproportional häufig in den Befragungspopulationen in Privathaushalten.

Der Ausfall von ADL-Aktivitäten setzt, wie oben bereits erwähnt, erst spät im Leben ein. Tabelle 1 zeigt, in welchem Al-

Aktivität	Insgesamt	Frauen	Männer
	Alter in Jahren		
Gehen	83,9	83,7	85,1
Baden	86,9	86,3	87,9
Aufstehen/Hinsetzen/Hinlegen*	89,7	89,4	91,9
Anziehen	91,8	91,7	92,7
Toilette benutzen	92,7	91,0	96,2
Essen	99,6	99,3	102,3

ter jeweils die Hälfte einer Untersuchungspopulation bestimmte ADL-Aktivitäten nicht mehr ausführen konnte. Während das Gehen und Baden nach den Ergebnissen dieser Studie bereits in einer relativ frühen Phase des hohen Alters Probleme bereitet, bleibt die Fähigkeit zu anderen Basisaktivitäten (z.B. selbständiges Essen) bis in das sehr hohe Alter erhalten. Die IADL (Instrumental Activities of Daily Living) erweitern im Vergleich zu den ADL das Spektrum der untersuchten Aktivitäten um diejenigen Tätigkeiten, die notwendig sind, um ein selbständiges Leben in einem Privathaushalt zu führen (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Haushaltsreinigung, Wäsche waschen). Sie umfassen damit komplexere Tätigkeiten als die ADL, die sich auf die reine körperliche Selbstversorgung richten. Demnach spiegeln die IADL in stärkerem Maß als die ADL nicht nur gesundheitliche Einschränkungen wider, sondern auch sozial definierte Rollen, Bedingungen der physischen und sozialen Umwelt und kulturelle Faktoren. Zum Anderen sind diese Indikatoren auch ein Ausdruck für die Entwicklung von Hilfsmitteln und ihren Verbreitungsgrad in der betroffenen Population.

Die Daten der SHARE-Studie zeigen für Deutschland, dass ein erheblicher Anteil der über 80-jährigen Befragten bei mindestens einer IADL-Kategorie eingeschränkt ist (39% der Männer dieser Altersgruppe, 44 % der Frauen). Damit liegt Deutschland im Durchschnitt der übrigen 9 europäischen Ländern der SHARE-Studie. Nur bei den über 80-jährigen Frauen liegt der durchschnittliche Anteil der europäischen Länder noch um 10 Prozentpunkte höher als in Deutschland.

In den westlichen Ländern ist eine langfristige Tendenz zur Verringerung der Einschränkungen bei den IADL auszumachen, die nicht in gleichem Maß für die ADL festzustellen ist. So wurden in den USA substanzielle Rückgänge während der 1990er Jahre beobachtet in Bezug auf solche Aktivitäten wie Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung und Geldverwaltung. Erklärt werden diese Verbesserungen zum Einen mit einer verbesserten Gesundheit älterer Menschen, zum Anderen aber auch mit einem erhöhten Gebrauch von Hilfsmitteln, die den Alltag erleichtern. So muss man nicht mehr unbedingt das Haus verlas-

Tabelle 1

Mittleres Alter (Medianalter**) des Einsetzens der Hilfebedürftigkeit für Alltagsaktivitäten (ADL)

* Bett bzw. Stuhl

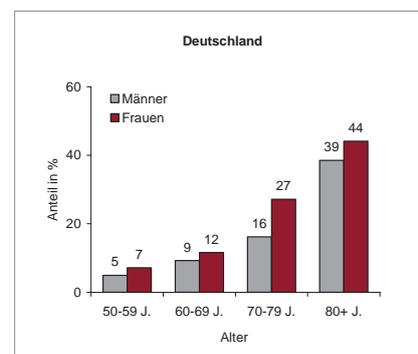
** Medianalter hier: Alter, in dem 50 Prozent einer Population die genannten Aktivitäten nicht mehr selbständig ausüben können

Quelle (Dunlop, Hughes, & Manheim, 1997, 380)

Abbildung 6

Anteil der Befragten mit mindestens einer IADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen



Haben Sie wegen gesundheitlicher Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten mit diesen . . . Aktivitäten? – Benutzen einer Karte, um sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden; Zubereitung einer warmen Mahlzeit; Einkaufen von Lebensmitteln; Telefonieren; Medikamente einnehmen; Arbeiten im Haus oder im Garten; Mit Geld umgehen, zum Beispiel Rechnungen bezahlen oder Ausgaben kontrollieren

sen, um Einkäufe zu tätigen oder Bankgeschäfte zu erledigen und kann sich die Mahlzeitenzubereitung mit einer Mikrowelle erleichtern (Freedman, Martin, & Schoeni, 2004).

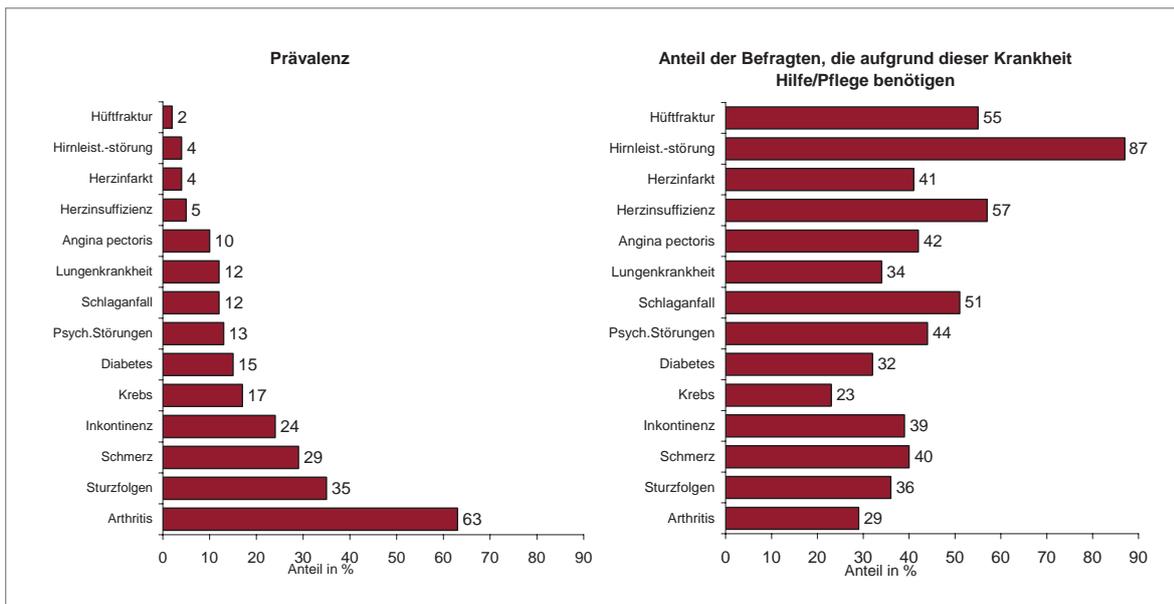
Autonomie im Alter ist naturgemäß eng mit den gesundheitlichen Voraussetzungen älterer Menschen verbunden. Einige Krankheiten verursachen in hohem Maße Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Dabei sind die Beziehungen zwischen der Prävalenz (Häufigkeit) der Krankheit und dem entstehenden Pflegebedarf durchaus differenziert. Der bereits erwähnten US-amerikanischen AHEAD-Studie zufolge litten beispielsweise nur etwa 4 Prozent der in Privathaushalten lebenden Befragten an Hirnleistungsschwächen, aber 87 Prozent der davon Betroffenen waren hilfe- bzw. pflegebedürftig. Ein ähnliches Verhältnis von relativ geringen Prävalenzen der Krankheit, aber hohem daraus resultierendem Pflegebedarf wiesen Hüftfrakturen, verschiedene Formen von Herzerkrankungen (Herzinfarkte, Herzinsuffizienzen, Angina pectoris), aber auch Schlaganfälle auf (vgl. Abbildung 7 und Hertz & Baker, 2002).

Abbildung 7

Prävalenz von Krankheiten/Störungen bei in Haushalten lebenden 75-Jährigen und Älteren und daraus resultierender Pflegebedarf, AHEAD-Studie 1998

Quelle nach (Hertz & Baker, 2002)

Standen bisher die Einschränkungen bei den ADL und IADL von älteren Menschen in Privathaushalten im Mittelpunkt, so soll im Folgenden das Augenmerk auf die Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegeeinrichtungen gelegt werden. Welche selbständige Lebensführung ist dieser Bevölkerungsgruppe aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen möglich? Die im Jahr 2005 durchgeführte Untersuchung mit dem Titel »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen – (MuG IV)« hat diese Fragestellung in den Fokus genommen (vgl. dazu Schneekloth, 2006)



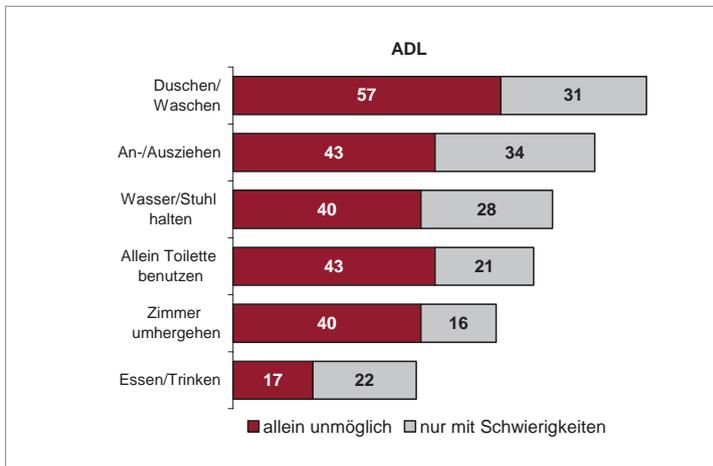


Abbildung 8
Bewohner/innen in Alteneinrichtungen nach Einschränkungen in den ADL, TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Quelle nach Schneekloth, U. (2006), Angaben nach Einschätzungen des Betreuungspersonals

Aus der Untersuchung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern wurde deutlich, dass diese in allen Bereichen der täglichen Versorgung ein hohes Maß an Hilfe und Unterstützung benötigen. Fast 90 Prozent der untersuchten Population können sich nach diesen Daten nicht oder nur mit Schwierigkeiten allein duschen oder waschen, etwa drei Viertel nicht oder kaum an- und ausziehen (vgl. Abbildung 8). Noch stärker beeinträchtigt sind Heimbewohnerinnen und -bewohner in den hauswirtschaftlich orientierten Verrichtungen. 91 Prozent von ihnen können allein keine öffentlichen Verkehrsmittel nutzen, 89 Prozent nicht oder nur mit Schwierigkeiten allein einkaufen, 85 Prozent ihre finanziellen Dinge nicht oder kaum regeln. Der Autor dieser Studie konstatiert, dass der Hilfebedarf unter Heimbewohnerinnen und -bewohnern trotzdem differenziert ist und dass auch stationär untergebrachte Pflegebedürftige über nicht unerhebliche Alltagskompetenzen verfügen, die mobilisiert und ausgebaut werden können (Schneekloth, 2006).

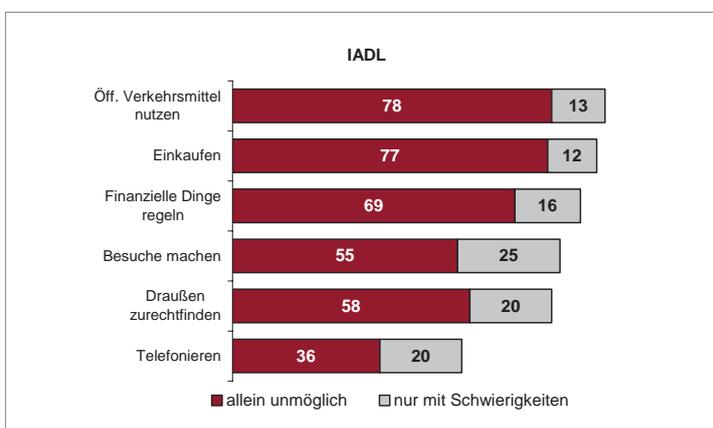


Abbildung 9
Bewohner/innen in Alteneinrichtungen nach Einschränkungen in den IADL, TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Quelle nach Schneekloth, U. (2006), Angaben nach Einschätzungen des Betreuungspersonals

Gesundheitszustand und subjektive Gesundheit Älterer

Gesundheitszustand

Abbildung 10

Anteil von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Kranke und Unfallverletzte), Mikrozensus 2005

Quelle nach Statistisches Bundesamt. (2006). Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
* Bezogen auf die Bevölkerung mit Angaben über die Gesundheit

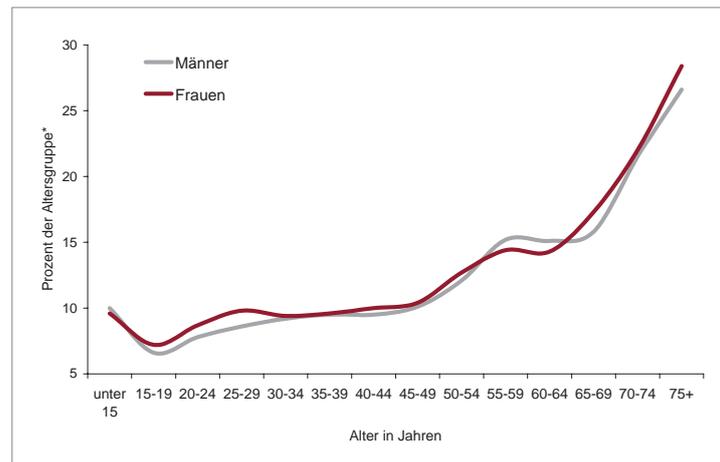
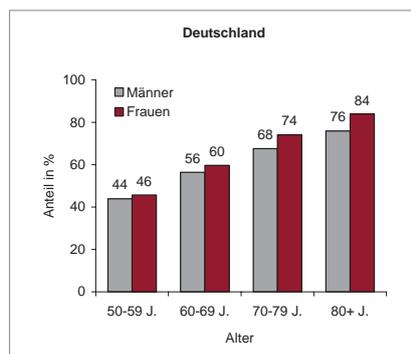


Abbildung 11

Anteil der Befragten mit chronischen Gesundheitsproblemen nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen



»Manche Menschen haben chronische oder langwierige gesundheitliche Probleme. Unter langwierig verstehen wir, dass Sie damit schon seit längerer Zeit Probleme haben oder wahrscheinlich für längere Zeit Probleme haben werden. – Haben Sie in diesem Sinn langwierige Gesundheitsprobleme, Krankheiten, oder Behinderungen?« (Anteil der Ja-Antworten)

Aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen

Der Mikrozensus stellt in regelmäßigen Abständen auch Fragen zum gegenwärtigen Gesundheitszustand, unter anderem dazu, ob die Befragten in den vergangenen vier Wochen krank oder unfallverletzt waren. Im Jahr 2005 waren Selbstaussagen zufolge insgesamt 13 Prozent der Bevölkerung krank oder unfallverletzt. Dabei ist das Alter eine wichtige Einflussgröße für den Gesundheitszustand. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden zu, wie Abbildung 10 zeigt (vgl. auch Statistisches Bundesamt, 2006).

Chronische Krankheiten und Multimorbidität

Erheblich höher liegt nach den Daten der SHARE-Studie der Anteil derjenigen älteren Befragten, die langfristige, chronische Gesundheitsprobleme berichten. Bereits im mittleren Erwachsenenalter (bei den 50- bis 59-Jährigen) gibt fast die Hälfte aller Befragten langfristige Gesundheitsprobleme an. Ab dem 60. Lebensjahr steigt dieser Prozentsatz deutlich und beträgt bei den über 80-Jährigen 76 Prozent (Männer) bzw. 84 Prozent (Frauen). Die überwiegende Mehrheit der älteren Bevölkerung ist also mit chronischen Gesundheitsproblemen konfrontiert, Frauen in größerem Umfang als Männer (vgl. Abbildung 11). Vor allem in den Altersgruppen ab 70 Jahren gibt es in den untersuchten europäischen Staaten große Geschlechterunterschiede bei chronischen Gesundheitsproblemen. Frauen haben in diesem Aspekt um 7 bis 12 Prozentpunkte höhere Anteile als Männer.

Die Anteile chronisch Erkrankter sind in Deutschland höher als im Durchschnitt aller in SHARE vertretenen europäischen Länder.

Neben dem vermehrten Auftreten chronischer Krankheiten ist die Multimorbidität im Alter – das gleichzeitige Auftreten von mehreren Erkrankungen – ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem. Die parallel bestehenden Erkrankungen haben häufig einen chronischen Verlauf, sie beeinflussen sich gegenseitig in negativer Weise und begünstigen das Auftreten weiterer akuter Krankheiten.

Der Anstieg der Multimorbidität (hier als der Anteil der Befragten mit zwei und mehr chronischen Krankheiten) über die Altersgruppen ist augenfällig, wie Abbildung 12 zeigt. Während bei den 50- bis 59-Jährigen noch weniger als ein Viertel davon betroffen ist, sind es bei den 70- bis 79-Jährigen bereits mehr als die Hälfte und bei den über 80-Jährigen sogar etwa zwei Drittel, die mehrfach chronisch krank sind.

Subjektive Gesundheit

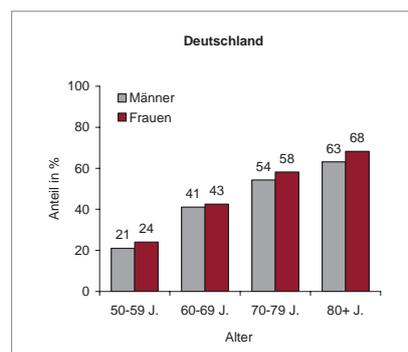
Die subjektive Gesundheit widerspiegelt nicht nur objektivierbare Fakten des Gesundheitszustandes wie körperliche Funktionsfähigkeit, diagnostizierte Krankheiten u. ä., sondern fasst physische, psychische als auch soziale Aspekte der Gesundheit in der ganzheitlichen Sichtweise der Betroffenen zusammen. Zu den Vorteilen des Indikators gehört seine einfache Handhabung bei gleichzeitig komplexer Aussagefähigkeit. Durch empirische Untersuchungen wurde beispielsweise belegt, dass die subjektive Gesundheit künftige Mortalität besser vorhersagen kann als objektive Indikatoren, die auf Diagnosen und Messungen beruhen. Die Aussagefähigkeit des Indikators subjektive Gesundheit ist also hoch. (vgl. dazu z. B. Benyamini & Idler, 1999; Idler & Benyamini, 1997; Mossey & Shapiro, 1982; Müters, Lampert, & Maschewsky-Schneider, 2005; Schupp, 2005).

Die vom Robert-Koch-Institut veröffentlichten Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigen, dass einerseits in allen Altersgruppen der weit überwiegende Teil der Befragten die eigene Gesundheit als »gut« oder »sehr gut« bewertet (vgl. Tabelle 2). Zum Anderen nimmt aber mit steigendem Alter die positive Einschätzung der Gesundheit ab (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006).

Zu ähnlichen Ergebnissen für den Altersverlauf kommt auch der Alterssurvey 2002 (vgl. Abbildung 13). Die subjektive Gesundheit wird auch nach diesen Daten über die Altersgruppen

Abbildung 12

Anteil der Befragten mit 2 und mehr Krankheiten nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004



Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Bitte sehen Sie sich Karte 6 an. Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie unter einer der dort aufgeführten Krankheiten leiden? Bitte nennen Sie mir die entsprechenden Ziffern.« (14 Krankheiten bzw. Risikofaktoren und eine offene Kategorie)

Was ist subjektive Gesundheit?

Die subjektive Gesundheit (auch, selbstberichtete Gesundheit, engl. self-rated health) ist ein Maß für die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (etwa: »Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?«). Sie ergänzt andere, stärker objektiv ausgerichtete Indikatoren des Gesundheitszustandes um den Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Tabelle 2

Selbsteinschätzung der Gesundheit nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?«

	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
	Anteile in %				
Frauen (N=3.792)					
18-29 J.	33,0	54,1	12,0	0,7	0,3
30-39 J.	30,9	55,6	11,8	1,0	0,7
40-49 J.	24,0	57,3	16,2	1,6	0,9
50-59 J.	19,7	43,7	26,9	7,9	1,7
60-69 J.	11,7	45,5	33,3	7,5	2,0
70+ J.	6,7	39,3	41,0	10,7	2,3
Gesamt	21,2	49,5	23,2	4,8	1,3
Männer (N=3.542)					
18-29 J.	38,2	55,2	6,0	0,2	0,4
30-39 J.	30,0	57,3	10,8	1,3	0,6
40-49 J.	21,1	62,3	13,4	2,4	0,8
50-59 J.	13,3	53,3	23,2	7,6	2,6
60-69 J.	11,3	44,7	36,0	6,7	1,3
70+ J.	9,9	43,5	33,3	10,6	2,7
Gesamt	22,3	53,9	18,5	4,1	1,2

hinweg und in besonderem Maß innerhalb der höchsten Altersgruppe (70 bis 85 Jahre) zunehmend schlechter beurteilt. Dabei zeigt sich aber auch, dass weniger das Alter selbst, als vielmehr die mit dem Alter ansteigende Zahl der Erkrankungen verantwortlich ist für die zunehmende Verschlechterung der subjektiven Gesundheitseinschätzung (Wurm & Tesch-Römer, 2006).

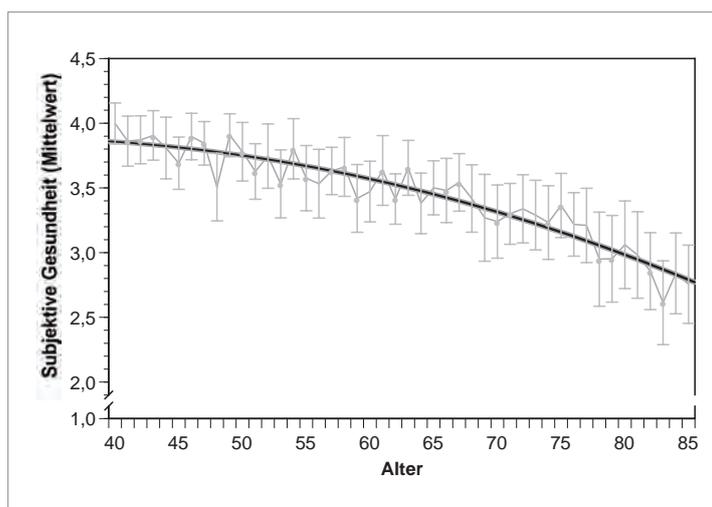
Abbildung 13

Subjektive Gesundheitseinschätzung nach Alter (Mittelwertsangaben, Variationskoeffizienten und polynomialer Kurvenverlauf), Alterssurvey 2002

Der Darstellung liegt eine Antwortskala von 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut zugrunde.

Quelle (Wurm & Tesch-Römer, 2006)

Daten Replikationsstichprobe des Alterssurveys, 2002; n = 3.080, gewichtet.



Im Vergleich europäischer Staaten ist die selbst eingeschätzte Gesundheit der über 50-Jährigen in Deutschland unterdurchschnittlich gut. Gemessen am Anteil derjenigen, die ihren Ge-

sundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht einstufen (»less-than-good«-Anteil) weisen die deutschen Befragten relativ hohe Werte im negativen Bereich auf. Das trifft vor allem auf Männer der älteren Altersgruppen zu, aber auch bei den älteren Frauen ist diese Tendenz auszumachen (vgl. Abbildung 14). Die besten Werte der subjektiven Gesundheits-einschätzung weisen den SHARE-Daten zufolge die Schweiz, die Niederlande und Dänemark auf, eher negative Tendenzen zeigen neben Deutschland Italien und Spanien.

Der Vergleich von Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes spiegelt allerdings nur bedingt den tatsächlichen, »objektiven« Gesundheitszustand wider. Um den eigenen Zustand zu bewerten, müssen die Befragten ihre gesundheitliche Situation vergleichen, beispielsweise mit der anderer Personen des gleichen Alters oder im unmittelbaren Umfeld, aber auch mit den Erwartungen, die sie selbst an ihre Gesundheit haben. Die subjektive Reflexion der eigenen gesundheitlichen Situation kann im internationalen Maßstab außerdem durch unterschiedliche kulturelle Muster und Konnotationen beeinflusst werden.

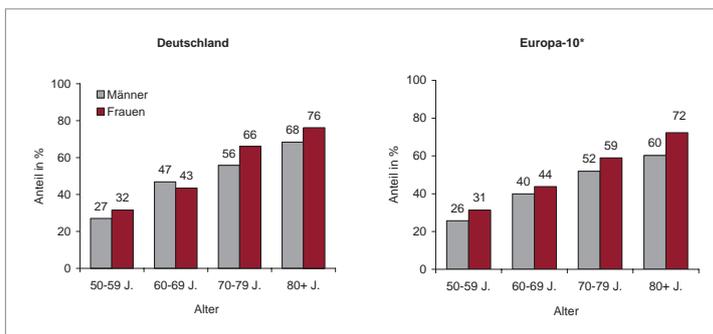


Abbildung 14

Selbst eingeschätzte Gesundheit nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Less-than-good-Anteil)

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

* Österreich, Deutschland, Schweden, Niederlande, Spanien, Italien, Frankreich, Dänemark, Griechenland, Schweiz

»Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist ...sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht?« (Anteil der Befragten mit Antwort »mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«)

Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsrelevantes Verhalten älterer Menschen

Gesundheitsbewusstsein

Mit wachsendem Alter nimmt das Gesundheitsbewusstsein tendenziell zu, bei Männern deutlicher als bei Frauen (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006). Das zeigen die Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des RKI (vgl. Tabelle 3). Von den jüngsten befragten Frauen zwischen 18 und 29 Jahren gaben 42 Prozent an, sehr stark oder stark auf ihre Gesundheit zu achten. Bei den über 70-jährigen Frauen stieg dieser Prozentsatz auf 52 Prozent. Zwischen den jüngsten und ältesten befragten Männern war die Differenz noch höher (38 Prozent vs. 57 Prozent). Vor allem bei den Männern nimmt mit dem Alter der Anteil derjenigen Befragten stark ab, die angeben, sich weniger stark oder gar nicht für ihre Gesundheit zu interessieren.

Tabelle 3
Gesundheitsbewusstsein nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, »Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?«

	sehr stark/ stark	mittelmäßig	weniger stark/ gar nicht
Frauen (N=3.783)			
18-29 J.	42,3	48,3	9,3
30-39 J.	48,8	42,6	8,6
40-49 J.	49,4	43,0	7,6
50-59 J.	49,1	42,2	8,6
60-69 J.	55,5	38,7	5,9
70+ J.	52,3	40,2	7,4
Gesamt	49,6	42,5	7,9
Männer (N=3.535)			
18-29 J.	38,4	47,0	14,7
30-39 J.	43,3	44,7	12,1
40-49 J.	42,3	44,4	13,2
50-59 J.	44,1	48,0	7,8
60-69 J.	53,0	38,6	8,5
70+ J.	57,2	35,0	7,7
Gesamt	45,3	43,6	11,1

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Im vergangenen Jahrhundert hat sich das Spektrum der Mortalität und Morbidität in den Industrieländern grundlegend gewandelt. Die Sterblichkeit aufgrund akuter Infektionskrankheiten nahm ab, während gleichzeitig Morbidität und Mortalität aufgrund chronisch-degenerativer Erkrankungen anstiegen. Damit haben sich auch die Ursachen für die Entstehung und den Verlauf der heute dominierenden Krankheiten verändert. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Nikotinkonsum, Ernährung, körperliche Aktivität, Alkohol- und Medikamentenkonsum sind zu wesentlichen Einflussfaktoren für die Entwicklung des Gesundheitszustandes geworden. Fakten zu einigen der wichtigsten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

Nicotinkonsum

Das Rauchen wird als einer der wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren betrachtet. In den Industrieländern ist Nikotinkonsum der für Gesundheitsschädigungen bedeutendste Einzelfaktor (Robert-Koch-Institut, 2006).

Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge gibt es gegenwärtig etwa 1,3 Milliarden Raucher und Raucherinnen auf der Welt. Man kann davon ausgehen, dass etwa jede bzw. jeder Zweite von ihnen (bei fortgesetztem Rauchen) vorzeitig aufgrund des Nikotinkonsums sterben wird. Das würde weltweit 650 Millionen Menschen betreffen (World Health Organization, 2006b). Eine Prognose der künftig wichtigsten globalen Ursachen von Mortalität und Krankheitslasten von Mathers und Loncar (2006) sagt einen weltweiten Anstieg nikotinbedingter Todesfälle von 5,4 Mio. im Jahr 2005 auf 6,4 Mio. im Jahr 2015 und auf 8,3 Mio. im Jahr 2030 voraus. Damit wird das Rauchen im Jahr 2015 für etwa 10 Prozent aller Todesfälle auf der Welt verantwortlich sein, wobei als konkrete Todesursachen zu je etwa einem Drittel nikotinbedingte Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen benannt werden.

In Deutschland raucht jeder dritte Erwachsene, wobei der Anteil bei Frauen mit 28 Prozent nach wie vor geringer ist als bei Männern (37 Prozent). Fast jeder zehnte Erwachsene raucht stark (täglich 20 oder mehr Zigaretten). Am höchsten ist der Anteil der starken Raucher und Raucherinnen in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 66 bzw. 41 Prozent der täglich Rauchenden. Nach Angaben des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003 sind etwa 40 Prozent der Raucher und Raucherinnen zwischen 50 und 59 Jahren vom Nikotin abhängig. Der Anteil der starken Raucher und Raucherinnen nimmt im hohen

Was ist gesundheitsrelevantes Verhalten?

Der Begriff gesundheitsrelevantes Verhalten (Gesundheitsverhalten) bezeichnet Verhaltensweisen, die vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnisse als förderlich, riskant oder schädlich für die Gesundheit bewertet werden können (vgl. Troschke, 2006)

Alter wieder ab, was teilweise auch mit den erhöhten Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten bei hohem Nikotinkonsum zu erklären ist (alle Angaben nach Robert-Koch-Institut, 2006).

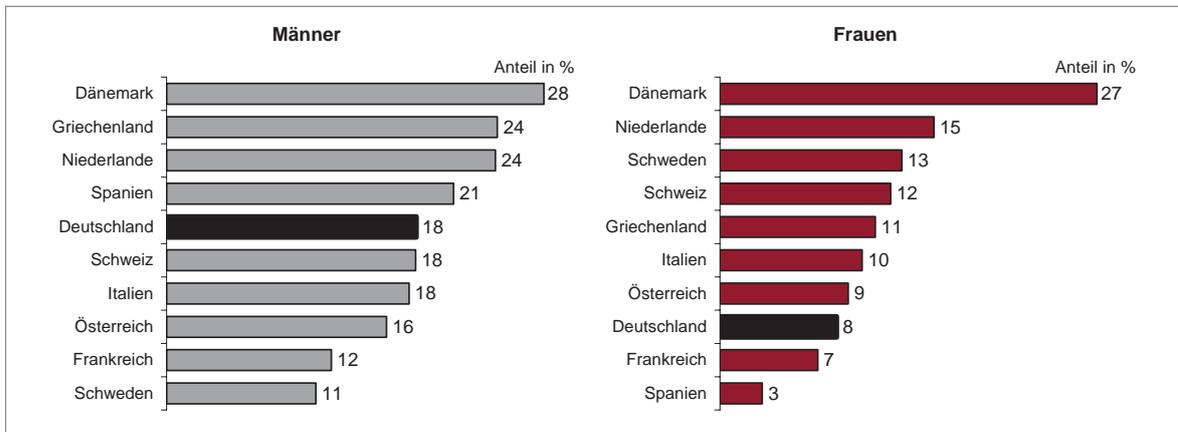
Auch die Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts zeigen, dass in den Altersgruppen nach dem 60. Lebensjahr der Anteil der rauchenden Männer und Frauen stark rückläufig ist. Nur etwa 9 Prozent der Frauen und 13 Prozent der Männer über 70 Jahre rauchen. Das liegt weit unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Bei den älteren Frauen fällt auf, dass der Anteil der Nie-Raucherinnen im höheren Alter deutlich größer ist als bei Frauen der jüngeren Altersjahre. Hier schlägt sich die Veränderung des Rauchverhaltens der Frauen in den vergangenen Jahrzehnten nieder (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4
Rauchverhalten nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)
Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, »Rauchen Sie zurzeit, wenn auch nur gelegentlich?«

	Nieraucher	Raucher	Exraucher
Frauen (N=3.796)			
18-29 J.	42,0	40,2	17,8
30-39 J.	44,4	35,8	19,7
40-49 J.	40,0	35,2	24,8
50-59 J.	49,0	27,6	23,3
60-69 J.	64,6	13,5	21,9
70+ J.	69,5	8,7	21,8
Gesamt	51,5	27,0	21,5
Männer (N=3.545)			
18-29 J.	33,3	53,1	13,6
30-39 J.	38,1	41,1	20,8
40-49 J.	30,6	41,2	28,2
50-59 J.	27,9	37,2	34,9
60-69 J.	34,5	20,6	44,9
70+ J.	26,9	12,5	60,6
Gesamt	32,5	36,5	31,0

Der Anteil der über 60-jährigen deutschen Männer, die rauchen, liegt im Mittelfeld der in der SHARE-Studie untersuchten europäischen Länder. Über 60-jährige Frauen in Deutschland rauchen dagegen weniger häufig als gleichaltrige Frauen anderer europäischer Staaten (vgl. Abbildung 15).



Körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Aktivität steigert auch im Alter die Lebensqualität. Sie spielt eine wesentliche Rolle bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation unterschiedlicher Krankheiten. Andererseits ist ein körperlich inaktiver Lebensstil ein wichtiger gesundheitsbezogener Risikofaktor (vgl. dazu u.a. Lampert, Mensink, & Ziese, 2005; Mechling, 2005; Predel & Tokarski, 2005; Robert-Koch-Institut, 2006; Rütten, Abu-Omar, Lampert, & Ziese, 2005; Voelcker-Rehage, Godde, & Staudinger, 2006).

In ihrem Weltgesundheitsreport 2002 macht die Weltgesundheitsorganisation körperliche Inaktivität für 1,9 Mio. Todesfälle und 19 Mio. verlorene gesunde Lebensjahre (DALYs) weltweit verantwortlich. Es wird geschätzt, dass körperliche Inaktivität im globalen Maßstab jeweils etwa 10 bis 16 Prozent der Fälle von Brust-, Dickdarm- und Rektalkrebs sowie Diabetes mellitus und 22 Prozent der ischämischen Herzerkrankungen verursacht (World Health Organization, 2002).

Gerade unter älteren Menschen ist überdurchschnittlich häufig Bewegungsarmut festzustellen. Im Telefonischen Gesundheits-survey 2004 wurden die Befragten um eine Selbsteinschätzung ihrer körperlichen Aktivität und Bewegung gebeten. Immerhin 8 Prozent der 60- bis 69-jährigen Männer und Frauen und sogar 12 Prozent der über 70-jährigen Männer und Frauen gaben an, sich wenig oder sehr wenig zu bewegen. (vgl. Tabelle 5). Die Kategorie der körperlichen Aktivität ist deutlich umfangreicher als die der sportlichen Aktivität und umfasst neben dem Sport auch Alltagsaktivitäten wie z. B. Gartenarbeit und Spaziergänge. Der Maßstab für körperliche Aktivität kann enger oder weiter gefasst sein und es ist zu vermuten dass er sich zwischen den Altersgruppen unterscheidet. Für diejenigen älteren Befragten, die ihre körperliche Aktivität nach ihren ei-

Abbildung 15

Anteil aktiver Raucher bei den über 60-Jährigen nach Land und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Rauchen Sie zur Zeit?« (Anteil der Ja-Antworten)

	sehr wenig/ wenig
Frauen (N=3.751)	
18-29 J.	10,0
30-39 J.	10,7
40-49 J.	8,3
50-59 J.	9,5
60-69 J.	7,8
70+ J.	11,6
Gesamt	9,7
Männer (N=3.507)	
18-29 J.	8,8
30-39 J.	13,0
40-49 J.	11,8
50-59 J.	13,8
60-69 J.	7,6
70+ J.	11,9
Gesamt	11,2

Tabelle 5

Anteil der Befragten mit geringer körperlicher Aktivität und Bewegung nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, eigene Berechnungen

»Insgesamt gesehen, wie schätzen Sie ihre körperliche Aktivität und Bewegung ein?« (Anteile der Antworten »sehr wenig« und »wenig«)

Tabelle 6

Anteil der sportlich aktiven Befragten nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, eigene Berechnungen

*Anteil von allen sportlich aktiven Befragten

genen Maßstäben als gering einschätzten, liegt also vermutlich wirklich eine problematische Bewegungsarmut vor.

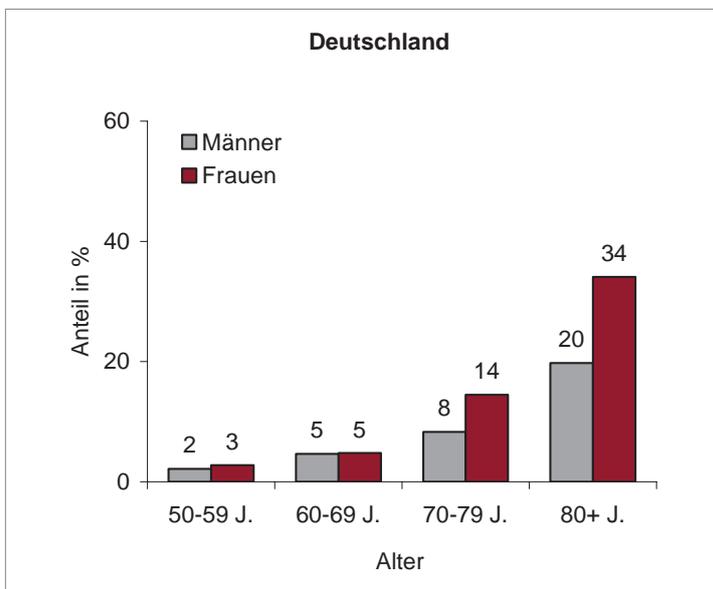
Noch geringer ist der Anteil derjenigen Älteren, die sich sportlich betätigen. Nach dem 60. Lebensjahr geht der Anteil der sportlich Aktiven bei beiden Geschlechtern deutlich zurück, wie es die Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts zeigen. Von den über 70-Jährigen gab nur noch jeweils ein Drittel der befragten Männer und Frauen an, Sport zu treiben. Das ist relativ wenig angesichts der bestehenden Angebote im Bereich des Senioren- und Gesundheitssports. Von den sportlich aktiven Älteren ist es wiederum nur ein relativ kleiner Prozentsatz, der Sport in ausreichendem Zeitumfang treibt: Lediglich 13 Prozent der sportlich aktiven Frauen und 25 Prozent der sportlich aktiven Männer im Alter über 70 Jahren erreichten das untere Zeitlimit von wöchentlich zwei Stunden, das für sportliche Aktivität empfohlen wird (vgl. Tabelle 6).

Das nachlassende sportliche Engagement in den höheren Altersgruppen spiegelt sich auch in einer selteneren Mitgliedschaft Älterer in Sportvereinen wider: Sind von den 41- bis 60-jährigen Männern noch 34 Prozent Mitglied eines Sportvereins, sinkt dieser Anteil bei den über 60-jährigen Männern auf 24 Prozent. Bei den Frauen ist dieser Rückgang noch klarer: 22 Prozent der 41- bis 60-jährigen Frauen, aber nur noch 10 Prozent der über 60-jährigen Frauen sind in einem Sportverein organisiert (siehe Tabelle 7).

	sportlich aktiv		davon: 2 und mehr Stunden Sport*
Frauen (N=3.788)		Frauen (N=3.751)	
18-29 J.	64,3	18-29 J.	42,4
30-39 J.	61,6	30-39 J.	32,5
40-49 J.	62,9	40-49 J.	37,5
50-59 J.	63,4	50-59 J.	36,4
60-69 J.	55,5	60-69 J.	33,3
70+ J.	31,9	70+ J.	12,8
Gesamt	56,2	Gesamt	32,1
Männer (N=3.536)		Männer (N=3.507)	
18-29 J.	73,3	18-29 J.	61,9
30-39 J.	68,9	30-39 J.	49,1
40-49 J.	59,5	40-49 J.	40,6
50-59 J.	55,9	50-59 J.	38,6
60-69 J.	46,8	60-69 J.	30,6
70+ J.	35,0	70+ J.	25,1
Gesamt	58,9	Gesamt	42,8

Abbildung 16 zeigt mit den Daten der SHARE-Studie noch einmal den Altersverlauf der Zunahme körperlicher Inaktivität, diesmal gemessen anhand konkret vorgegebener anstrengender bzw. wenig anstrengender körperlicher Aktivitäten. Sichtbar wird nicht nur die altersbezogene Zunahme des Anteils derjenigen, die sogar leichte körperliche Aktivitäten wie Spaziergänge oder leichte Gartenarbeit kaum oder nie ausüben, sondern auch eine wachsende Differenz zwischen den Geschlechtern. Frauen neigen, vor allem im sehr hohen Alter, in viel stärkerem Maße als Männer zu Inaktivität. Von den über 80-jährigen befragten Frauen muss etwa ein Drittel zu den körperlich weitgehend Inaktiven gerechnet werden, während das auf nur ein Fünftel der gleichaltrigen Männer zutrifft.

Ist der Anteil körperlich inaktiver Älterer in Deutschland auch relativ hoch – im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die ältere Bevölkerung in Deutschland zu den eher aktiven zu rechnen. Das ist in Abbildung 17 erkennbar. Während in Italien, Spanien und Frankreich zwischen 13 und 17 Prozent der über 60-jährigen Männern nie oder kaum körperliche Tätigkeiten ausüben, liegt dieser Anteil in Deutschland bei nur 7 Prozent. Ein knappes Drittel aller über 60-jährigen Italienerinnen muss ebenfalls als körperlich inaktiv gelten. Das trifft nur auf 14 Prozent der gleichaltrigen deutschen Frauen zu.



Alter	Männer	Frauen
	Anteil in %	
bis 6 Jahre	26,2	25,3
7 bis 14 Jahre	74,4	56,4
15 bis 18 Jahre	63,8	42,5
19 bis 26 Jahre	40,8	23,1
27 bis 40 Jahre	33,1	23,1
41 bis 60 Jahre	33,9	21,7
über 60 Jahre	24,3	10,3

Tabelle 7

In Sportvereinen organisierte Männer und Frauen nach Alter

Quelle (Rütten, Abu-Omar, Lampert & Ziese, 2005)

Daten Deutscher Sportbund 2003

Abbildung 16

Anteil körperlich inaktiver Befragter, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Wie oft üben Sie im Alltag eine anstrengende körperliche Tätigkeit aus, zum Beispiel beim Sport, bei schweren Arbeiten im Haus oder im Beruf?«

»Wie häufig machen Sie Dinge, die wenig oder mäßig anstrengend sind, zum Beispiel leichte Gartenarbeit, das Auto waschen oder spazieren gehen?« (Anteil der Befragten, die beide Fragen mit »So gut wie nie oder nie« beantworteten)

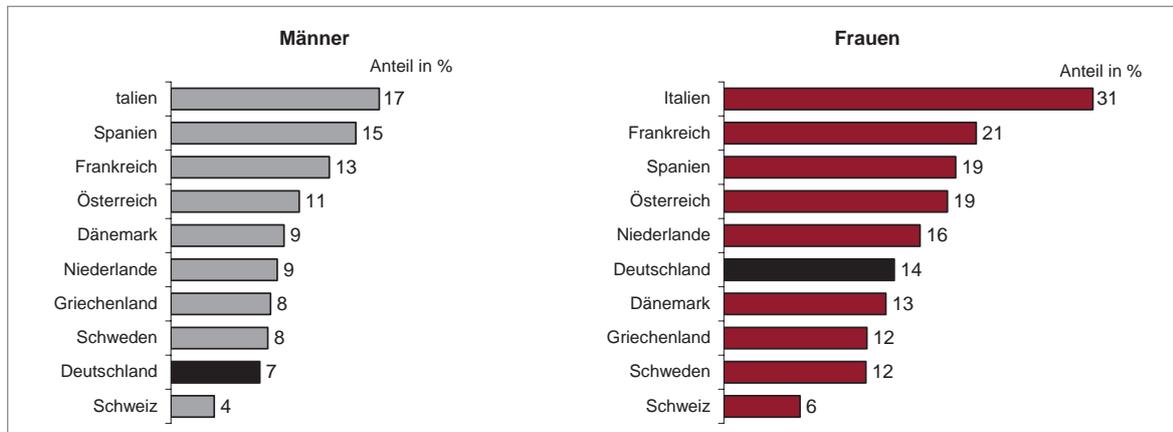


Abbildung 17

Anteil körperlich inaktiver Befragter bei den über 60-Jährigen nach Land und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Wie oft üben Sie im Alltag eine anstrengende körperliche Tätigkeit aus, zum Beispiel beim Sport, bei schweren Arbeiten im Haus oder im Beruf?«

»Wie häufig machen Sie Dinge, die wenig oder mäßig anstrengend sind, zum Beispiel leichte Gartenarbeit, das Auto waschen oder spazieren gehen?«
(Anteil der Befragten, die beide Fragen mit »So gut wie nie oder nie« beantworteten)

Was ist der Body-Mass-Index?

Der Body-Mass-Index (BMI) ist ein Indikator für die Klassifikation des Körpergewichts im Verhältnis zur Körpergröße. Definiert ist der BMI als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergröße in Metern. Untergewicht besteht nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation bei einem BMI unter 18,5, Normalgewicht bei einem BMI zwischen 18,5 und 24,9, Übergewicht bei einem BMI zwischen 25,0 und 29,9 sowie Adipositas (Fettsucht) bei einem BMI über 30,0.

Körpergewicht – Body-Mass-Index (BMI)

Nach aktuellen Angaben der Weltgesundheitsorganisation sind Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in der europäischen Region jährlich für 80 Prozent aller Typ-2-Diabetes-Fälle, 35 Prozent der ischämischen und 55 Prozent der hypertensiven Herzkrankheiten sowie für mehr als 1 Million Todesfälle und mehr als 12 Millionen verlorene gesunde Lebensjahre verantwortlich. Die Prävalenz der Adipositas (Fettsucht) steigt rapide an. Bis 2010 werden in der europäischen Region 150 Mio. Erwachsene und 15 Mio. Kinder davon betroffen sein (World Health Organization, 2006a).

Die Prävalenz der Adipositas wird allgemein unterschätzt in Selbstberichtsdaten, also wenn Befragte ihr Gewicht und ihre Körpergröße in einem Interview angeben, ohne dass eine zusätzliche Messung erfolgt. Das betrifft vor allem übergewichtige Frauen. Die Prävalenz von Übergewicht, die sich aus Selbstberichtsdaten ergibt, kann um bis zu 50 Prozent niedriger liegen als diejenige, die aus Messdaten resultiert (World Health Organization, 2006a). Aus dieser Erfahrung heraus hat das Robert-Koch-Institut bei der Auswertung der Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys die BMI-Ergebnisse mit einem Korrekturfaktor adjustiert.

Die Ergebnisse in Tabelle 8 weisen darauf hin, dass in den höheren Altersjahren deutlich überdurchschnittliche Anteile von Personen mit Übergewicht und Adipositas zu finden sind. Etwa ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer über sechzig Jahre leiden an Adipositas (BMI über 30). Normalgewicht mit einem BMI zwischen 18,5 und 24,9 sind dagegen nur etwa jede fünfte Frau und noch weniger Männer dieser Altersgruppe.

	Untergewicht (BMI < 18,5)	Normalgewicht (BMI 18,5 - <25)	Übergewicht (BMI 25- <30)	Adipositas (BMI 30+)
Anteil in %				
Frauen (N=3.692)				
18-29 J.	3,0	72,2	19,7	5,1
30-39 J.	1,1	59,5	28,3	11,0
40-49 J.	0,4	49,1	35,7	14,7
50-59 J.	0,2	36,7	40,2	23,0
60-69 J.	0,2	21,0	49,1	29,7
70+ J.	1,2	22,9	42,1	33,8
Gesamt	1,0	44,2	35,5	19,3
Männer (N=3.509)				
18-29 J.	2,0	64,5	27,1	6,4
30-39 J.	0,1	34,5	52,2	13,3
40-49 J.	-	28,9	55,2	15,9
50-59 J.	-	19,4	60,1	20,5
60-69 J.	0,3	18,4	55,4	25,7
70+ J.	-	13,6	59,9	26,6
Gesamt	0,4	31,8	50,8	17,0

Tabelle 8

Adjustierter Body-Mass-Index (BMI) nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004

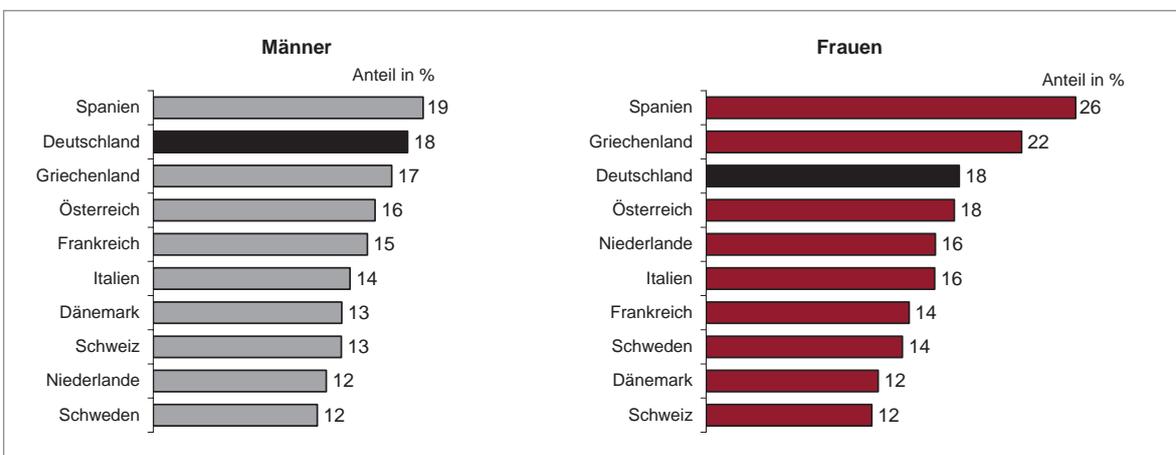
Daten adjustiert mit Korrekturfaktor für Differenz zwischen Befragungs- und Messdaten

Auch im europäischen Vergleich gehört Deutschland zu den Ländern mit hohen Anteilen übergewichtiger älterer Männer und Frauen, wie eine Auswertung der SHARE-Daten nachweist (Abbildung 18). Zusammen mit Spanien, Griechenland und Österreich nimmt Deutschland eine obere Position ein bei den Anteilen über 60-jähriger Männer und Frauen mit Adipositas. Deutlich gesünder leben in dieser Hinsicht ältere Menschen in den skandinavischen Ländern und der Schweiz.

Abbildung 18

Anteil von Adipositas (BMI 30 und mehr) bei den über 60-Jährigen nach Land und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen



Alkoholkonsum

Schätzungen zufolge standen im Jahr 1995 in Deutschland fast 42.000 Todesfälle zumindestens teilweise im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol. In rund 17.000 dieser Fälle stellt Alkohol die entscheidende Todesursache dar (Robert-Koch-Institut, 2006).

Tabelle 9

Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004

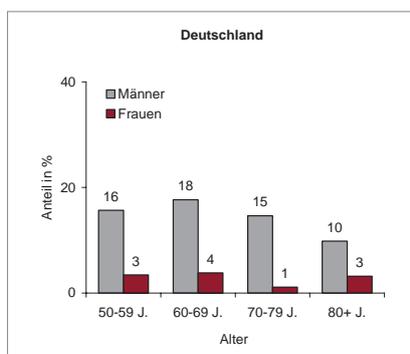
	gar kein	sehr wenig	wenig	mäßig bis sehr viel
	Anteil in %			
Frauen (N=3.796)				
18-29 J.	19,1	37,2	28,5	15,3
30-39 J.	18,5	39,3	27,5	14,7
40-49 J.	16,9	37,6	25,7	19,7
50-59 J.	23,1	33,5	25,9	17,6
60-69 J.	26,9	30,1	26,2	16,8
70+ J.	40,3	31,6	18,6	9,6
Gesamt	24,2	35,1	25,3	15,5
Männer (N=3.540)				
18-29 J.	11,8	18,9	29,8	39,5
30-39 J.	9,8	27,1	31,1	32,0
40-49 J.	9,6	21,7	31,9	36,8
50-59 J.	12,7	19,3	28,2	39,9
60-69 J.	13,6	26,0	26,2	34,2
70+ J.	19,8	25,1	24,1	31,0
Gesamt	12,2	23,0	29,1	35,7

Abbildung 19

Erhöhter Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

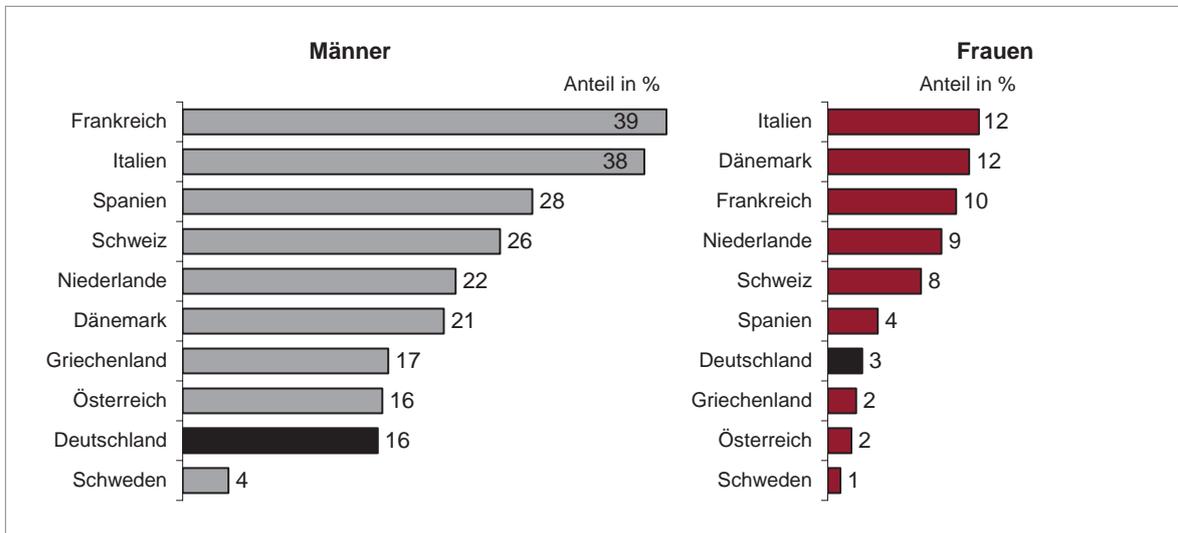
Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Während der letzten sechs Monate – wie häufig haben Sie an einem Tag mehr als zwei Gläser oder Dosen Bier / Wein / Cocktails / hochprozentige Getränke getrunken?« (Anteil der Antworten: »fast täglich« und »an fünf oder sechs Tagen der Woche«)



Wie aus Tabelle 9 zu entnehmen ist, nimmt der Alkoholkonsum bei den höheren Altersgruppen deutlich ab. Im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2004 gaben immerhin 40 Prozent der über 70-jährigen Frauen und 20 Prozent der über 70-jährigen Männer an, gar keinen Alkohol zu konsumieren. Die Anteile derjenigen, die mäßig bis sehr viel Alkohol zu sich nehmen, liegen bei den über 70-Jährigen unter den Werten der jüngeren Altersgruppen

In der SHARE-Studie wurde der Alkoholkonsum detailliert erfragt. Auch diese Daten offenbaren einen deutliche Geschlechterunterschied zwischen Männern und Frauen. Das Problem erhöhten Alkoholkonsums tritt bei älteren Frauen danach nur marginal auf, während es bei Männern im Altersverlauf zwar auch geringer wird, aber doch in einer Größenordnung zwischen 10 und 18 Prozent existent ist (vgl. Abbildung 19).



Verglichen mit anderen europäischen Staaten hat der überhöhte Alkoholkonsum bei über 60-Jährigen in Deutschland ein relativ geringes Ausmaß. In allen untersuchten Ländern der SHARE-Studie (mit Ausnahme von Schweden) ist der hohe Alkoholkonsum älterer Männer um Größenordnungen höher als bei älteren Frauen. Die Konsummuster unterscheiden sich außerdem stark nach Ländern, vor allem bei den Männern. In Frankreich und Italien gaben fast 40 Prozent der Männer über 60 Jahren einen hohen Alkoholkonsum an, in Schweden lediglich 4 Prozent (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20

Erhöhter Alkoholkonsum bei den über 60-Jährigen nach Land und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Während der letzten sechs Monate – wie häufig haben Sie an einem Tag mehr als zwei Gläser oder Dosen Bier / Wein / Cocktails/hochprozentige Getränke getrunken?« (Anteil der Antworten: »fast täglich« und »an fünf oder sechs Tagen der Woche«)

Literatur

Die hier verwendeten Daten der SHARE-Studie stammen aus dem vorläufigen Release 1 des »Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe« 2004.

Die SHARE-Datenerhebung wurde hauptsächlich durch das 5. Rahmenprogramm der Europäischen Union finanziert (Projekt QLK6-CT-2001-00360). Weitere Finanzmittel wurden vom US National Institute on Aging zur Verfügung gestellt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Die Datensammlung in Österreich (durch den Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung) und der Schweiz (durch BBW/OFES/UFES) wurde national finanziert.

- Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, 21(3), 392–401.
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (Hrsg.). (2005). *Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Campbell, V. A., Crews, J. E., Moriarty, D. G., Zack, M. M., & Blackman, D. K. (1999). Surveillance for Sensory Impairment, Activity Limitation, and Health-Related Quality of Life Among Older Adults – United States, 1993–1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(SS-8), 131–156.
- Dunlop, D. D., Hughes, S. L., & Manheim, L. M. (1997). Disability in Activities of Daily Living: Patterns of Change and a Hierarchy of Disability. *American Journal of Public Health*, 87(3), 378–383.
- Ellert, U., Wirz, J., & Ziese, T. (2006). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle) – Deskriptiver Ergebnisbericht, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut: Berlin.
- Freedman, V. A., Martin, L. G., & Schoeni, R. F. (2004). Disability in America, *Population Bulletin* (Vol. 3). Washington: Population Reference Bureau.
- Hertz, R. P., & Baker, C. L. (2002). *Elders in the Community*, Pfizer Facts: Population Studies. Outcomes Research. Pfizer's Pharmaceuticals Group.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Lampert, T., Mensink, G. B. M., & Ziese, T. (2005). Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48 (12), 1357–1364.
- Margrain, T. H., & Boulton, M. (2005). Sensory Impairment. In M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman & T. B. L. Kirkwood (Hrsg.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442.
- Mechling, H. (2005). Körperlich-sportliche Aktivität und erfolgreiches Altern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48(8), 899–905.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808.
- Müters, S., Lampert, T., & Maschewsky-Schneider, K. (2005). Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. *Das Gesundheitswesen*, 67(2), 129–136.
- Predel, H.-G., & Tokarski, W. (2005). Einfluss körperlicher Aktivität auf die menschliche Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48(8), 833–840.
- Robert-Koch-Institut. (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

- Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., & Ziese, T. (2005). Körperliche Aktivität, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schneekloth, U. (2006). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen« (MuG IV), im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Schuntermann, M. F. (2006). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Kurzeinführung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Schupp, J. (Ed.). (2005). Befragungsgestützte Messung von Gesundheit: Bestandsaufnahme und Ausblick (Event Documentation, Workshop »Befragungsgestützte Messung von Gesundheit – Bestandsaufnahme und Ausblick« Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung – DIW Berlin.
- Statistisches Bundesamt. (2006). Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
- Troschke, J. v. (2006). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Voelcker-Rehage, C., Godde, B., & Staudinger, U. M. (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49(6), 588 – 566.
- World Health Organization. (2002). World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Genf: World Health Organization
- World Health Organization. (2006a). Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO, Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas, Istanbul, November 2006. Kopenhagen: WHO. Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization. (2006b). Tobacco: deadly in any form or disguise. Geneva: World Health Organization.
- Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), Altwerden in Deutschland – Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte (pp. 329-384). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zimmer, Z., Chayovan, N., Lin, H.-S., & Natividad, J. (2003). How Indicators of Socioeconomic Status Relate to Physical Functioning of Older Adults in Three Asian Societies, Policy Research Division Working Papers No. 172. New York: Population Council.

Statistisches Informationssystem GeroStat

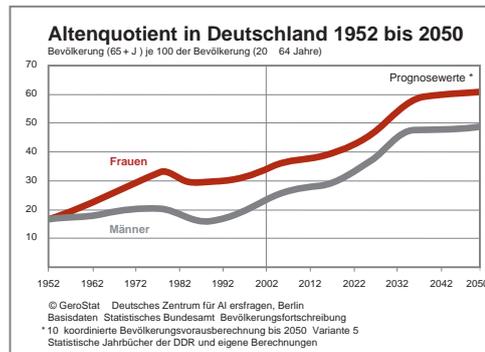
Daten zu demographischen und
sozialen Fragen des Alter(n)s
www.gerostat.de

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@dza.de
www.gerostat.de

mailto:vonerot.de

Impressum

Sonja Menning (2006).
Gesundheitszustand und gesundheitsrele-
vantes Verhalten Älterer. GeroStat Report
Altersdaten 02/2006. Deutsches Zentrum
für Altersfragen: Berlin.

Download unter [www.dza.de/gerostat/
gerostat-aktuelle.html](http://www.dza.de/gerostat/gerostat-aktuelle.html)

Erschienen im Dezember 2006

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

Gestaltung

Stefanie Roth · mail@vonerot.de