

Gesundheit im Alter

Ein Bericht aus dem
Kanton Zürich

**Serie Gesundheit,
Gesundheitsförderung
und Gesundheitswesen
im Kanton Zürich**

**Nr. 14
November 2008**



Herausgegeben vom

**Institut für
Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich**

im Auftrag der

**Gesundheitsdirektion
des Kantons Zürich**



Gesundheit im Alter

Ein Bericht aus dem Kanton Zürich

Konzeption

Jean-Luc Heeb, Roland Stähli & Matthias Bopp

Erstellt in enger Zusammenarbeit mit



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Autorinnen und Autoren

Jean-Luc Heeb (Hauptautor), Franjo Ambroz, Matthias Bopp, Katja Egli, François Höpflinger, Mike Martin, Maik Roth, Hans Rudolf Schelling, Roland Stähli, Bettina Ugolini

Redaktion

Matthias Bopp, Katharina Schlatter & Roland Stähli

Geleitwort

Thomas Heiniger

Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich

**Nr. 14
November 2008**



Herausgegeben vom

**Institut für
Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich**

im Auftrag der

**Gesundheitsdirektion
des Kantons Zürich**

Die Serie: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich

Herausgegeben vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

In der Serie «Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich» werden Berichte veröffentlicht, welche einen Beitrag leisten zum Monitoring des Gesundheitszustandes der Zürcher Bevölkerung, zur Gesundheitsförderung und Prävention, zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung oder zur Verbreitung epidemiologischen Wissens. Die Aussagen der Berichte müssen sich nicht notwendigerweise mit den Meinungen der Gesundheitsdirektion oder des Institutes decken. Die inhaltliche Verantwortung liegt ausschliesslich bei der Autorschaft.

Bisher erschienen oder in Vorbereitung:

- Nr. 1: **Suchtpräventionskonzept.** 1991. iv + 81 Seiten. Fr. 14.–.
- Nr. 2: **Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung.** 1994. iv + 50 Seiten, 4 Tabellen. Fr. 8.–.
- Nr. 3: **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen.** 1994. xxi + 118 Seiten, 107 Abbildungen, 16 Tabellen. Fr. 16.–.
- Nr. 4: Nicht erschienen.
- Nr. 5: **Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999.** 1999. iv + 138 Seiten, 81 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 6: **Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich.** 1999. ii + 88 Seiten, 80 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 12.–.
- Nr. 7: **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich.** 2002. iv + 93 Seiten, 33 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 15.–.
- Nr. 8: **Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention.** 1999. v + 57 Seiten, 5 Abbildungen, 5 Tabellen. Fr. 10.–.
- Nr. 9: **Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung.** 2004. iv + 105 Seiten, 12 Abbildungen, 20 Tabellen. Fr. 19.–.
- Nr. 10: **Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit.** 2004. iv + 82 Seiten, 41 Abbildungen, 24 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 11: **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.** 2004. iv + 85 Seiten, 7 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 12: **Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahre. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2005. iv + 82 Seiten, 11 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 13: **Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006.** 2007. vi + 177 Seiten, 56 Abbildungen, 60 Tabellen. Gedruckte Version: Fr. 26.–; CD-Version (erlaubt Volltextsuche): Fr. 15.–; kombinierte Version (Buch und CD): Fr. 34.–.
- Nr. 14: **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2008. vi + 105 Seiten, 32 Abbildungen, 19 Tabellen. Fr. 19.–.

Korrekte Zitierweise für diesen Bericht:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2008, Hrsg):
Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.

Herausgeber / Bezugsquelle:
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich
Hirschengraben 84, 8001 Zürich
Tel: 044 634 46 29, Fax: 044 634 49 77
praev.gf@ifspm.uzh.ch, www.gesundheitsfoerderung-zh.ch

© ISPM Zürich, 2008

Umschlagfoto: Wandernde Gruppe.
Quelle: Bildlupe, Foto: Renate Wernli

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	v
<i>Regierungsrat Thomas Heiniger</i>	
Für eilige Leser/innen	vi
Dank	vi
Einleitung	1
<i>Jean-Luc Heeb & Matthias Bopp</i>	
1. Demografie	7
<i>Matthias Bopp</i>	
2. Gesundheitszustand	15
<i>Jean-Luc Heeb</i>	
2.1 Gesundheit und Wohlbefinden	15
2.2 Beschwerden, Unfälle und Risikofaktoren	22
2.3 Funktionelle Beeinträchtigungen	27
2.4 Mortalität und Todesursachen	33
<i>Matthias Bopp</i>	
3. Einstellungen, Verhalten und soziales Umfeld	37
<i>Jean-Luc Heeb</i>	
3.1 Einstellungen und Verhalten	37
3.2 Soziale Unterstützung	43
4. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	49
<i>Jean-Luc Heeb</i>	
4.1 Vorsorgeuntersuchungen und Grippeimpfung	49
4.2 Medikamentenkonsum	54
4.3 Spitalaufenthalte und Arztbesuche	59
4.4 Diagnosen und Operationen	65
4.5 Spitex und Heime	70
4.6 Obligatorische Krankenpflegeversicherung	75
<i>Maik Roth</i>	
5. Gesundheitsförderung im Alter: Zwei Organisationen und Kostenfragen	83
5.1 Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich: Interdisziplinäre Kompetenz zum Thema «Alter»	83
<i>Hans Rudolf Schelling, Mike Martin & Bettina Ugolini</i>	
5.2 Pro Senectute Kanton Zürich: Mehr Lebensqualität und Prävention im Alter.....	86
<i>Franjo Ambroz</i>	
5.3 Nutzen und Kosten von Prävention und Gesundheitsförderung bei Seniorinnen und Senioren	89
<i>Katja Egli</i>	
6. Massnahmenbereiche	91
6.1 Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen im höheren Lebensalter	91
<i>François Höpflinger</i>	
6.2 Vorgeschlagene Massnahmenbereiche	94
<i>Roland Stähli & Matthias Bopp</i>	
Anhang	
Literaturverzeichnis	101
Adressen der Organisationen und der Autorinnen und Autoren	105

Geleitwort von Regierungsrat Thomas Heiniger



Gute Gesundheitspolitik schafft nicht nur günstige Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung, sondern auch für die Gesundheitsförderung. Im Wissen, dass im Jahr 2050 mit aller Wahrscheinlichkeit jede vierte Person im Kanton mindestens 65-jährig und jede zehnte Person sogar über 80-jährig sein wird, gewinnt eine auf Seniorinnen und Senioren zugeschnittene

Gesundheitsförderung an Bedeutung. Der vorliegende Bericht zeigt allerdings, dass bis anhin spezifische Präventionsansätze für Seniorinnen und Senioren erst wenig entwickelt sind.

Für die Zukunft stellen sich Fragen wie: Welche präventiven Beratungsangebote eignen sich speziell für ältere Menschen? Und wie kann Selbstständigkeit im Alter möglichst lange erhalten werden?

Ich bin überzeugt, dass der Bericht «Gesundheit im Alter» eine gute Grundlage für künftige Anstrengungen bildet, um Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen im Kanton Zürich weiter zu verbessern. Gleichzeitig verdeutlicht er aber auch, dass Alter und Krankheit oft zu Unrecht gleichgesetzt werden. Über drei Viertel der älteren Zürcherinnen und Zürcher stufen ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden als gut bis sehr gut ein. Im Vergleich zu jüngeren Bevölkerungsgruppen zeichnen sich ältere Menschen durch eine bessere psychische Gesundheit – insbesondere eine bessere Ausgeglichenheit – aus.

Durch Ausgeglichenheit soll sich auch die Zürcher Gesundheitspolitik auszeichnen. Damit meine ich, dass sie alle Bevölkerungsgruppen gleichermassen wahrnehmen und angemessen berücksichtigen soll. Wenn mit dem vorliegenden Bericht für einmal der Fokus auf dem Alter liegt, bedeutet dies nicht, dass die jüngeren Zürcherinnen und Zürcher vernachlässigt werden. Der Bericht ist auch für jüngere Leserinnen und Leser gedacht. Ob jung oder alt: Für dieses eine Mal wünsche ich allen viel Freude bei einer etwas reiferen Lektüre ...

*Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat
Gesundheitsdirektion Kanton Zürich*

Für eilige Leser/innen

Zusammenfassungen: In einem separaten Kasten sind für die Kapitel 1 bis 4 am Ende jedes Unterkapitels *die wichtigsten Resultate* zusammengefasst.

Kapitel 1 gibt einen Überblick über die *soziodemografische Entwicklung* der 65-Jährigen und Älteren im Kanton Zürich.

In **Kapitel 2** wird der *Gesundheitszustand* dieser Altersgruppe umfassend dargestellt.

Kapitel 3 setzt sich mit der Wechselwirkung zwischen verschiedenen psychosozialen Faktoren und dem Gesundheitszustand auseinander.

Im Zentrum der **Kapitel 4.1 bis 4.5** steht die *Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen*.

Kapitel 4.6 gibt einen Überblick über die *Kostenentwicklung* bei den Leistungserbringern sowie über die Verbreitung verschiedener Versicherungsmodelle der obligatorischen Krankenversicherung.

In **Kapitel 5** stellen sich die beiden Organisationen *Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich* und *Pro Senectute Kanton Zürich* vor. In einem dritten Unterkapitel wird die Kosten-Nutzen-Frage von gesundheitsfördernden Massnahmen diskutiert.

In **Kapitel 6** werden Besonderheiten der Prävention für ältere Menschen diskutiert sowie auf der Grundlage der vorliegenden Analysen fünf Massnahmenbereiche für Prävention und Gesundheitsförderung bei der älteren Bevölkerung im Kanton Zürich vorgeschlagen.

Des Weiteren verweisen wir auf den 2007 herausgegebenen Globalbericht **Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006**, speziell auf den Tabellenteil, wo die Ergebnisse meist auch separat für die Altersgruppen 65-74 und 75+ dargestellt sind.

Dank

Der Herausgeber dankt allen AutorInnen sowie allen Institutionen und Personen, die das Entstehen dieses Berichts mit Daten und Taten unterstützt haben. Namentlich zu erwähnen sind:

- Bundesamt für Statistik, für den Zugang zu verschiedenen Datenquellen
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, für Mitarbeit an Konzeption und Organisation
- Lucy Bayer-Oglesby, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, für die Aufbereitung von Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Kap. 4.3 und 4.4)
- Sacha Cerboni, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, für die Aufbereitung von Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Kap. 4.3 und 4.4) und von Daten aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Kap. 4.5)
- Karin Crameri, Bundesamt für Statistik, für Übersetzungsarbeiten (Kap. 4.6)
- Katja Egli, ISPMZ, für Redaktions-/Lektoratsarbeiten sowie ihren Beitrag zu Kap. 6.2
- François Höpflinger, Universität Zürich und Universitäres Institut Alter und Generationen, Sion, für die Begutachtung des Berichts
- Valérie Hugentobler, Universitäres Institut Alter und Generationen, Sion, für die Begutachtung des Berichts
- Hanspeter Jauss, ISPMZ, für grafische Arbeiten
- Daniel Reber, Bundesamt für Sozialversicherung, für die Zustellung von Daten der Spitex-Statistik (Kap. 4.5)
- Stefan Spycher, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, für Diskussionen und Unterstützung
- Isabelle Sturny, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, für Lektoratsarbeiten (Kap. 2.1 bis 4.6) und redaktionelle Unterstützung bei Kap. 4.6
- Mara Tiberini, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, für Lektoratsarbeiten (Kap. 2.1 bis 4.6)
- Andrea Zumbrunn, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, für Diskussionen und Unterstützung

Einleitung

Jean-Luc Heeb & Matthias Bopp

Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich

Der erste Gesundheitsbericht für die Bevölkerung des Kantons Zürich erschien 1994 (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1994), der zweite 1999 (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1999).

Im Jahr 2004 erarbeitete das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ein Konzept für die Gesundheitsberichterstattung im Kanton (Hämmig, Bopp & Stähli, 2004). Das Konzept sieht vor, dass alle fünf Jahre ein umfassender Globalbericht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung vorgelegt wird (mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung als wichtigster Datenquelle) und in den Zwischenjahren Schwerpunktberichte, die ein besonderes Gesundheitsthema oder eine Teilpopulation zum Gegenstand der Betrachtung machen. Ein solcher Schwerpunktbericht ist der vorliegende über die Gesundheit von Seniorinnen und Senioren – der erste Gesundheitsbericht eines Kantons zu dieser an Bedeutung gewinnenden Teilpopulation. Auch wenn der Bericht zur Hauptsache von Fachleuten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) verfasst worden ist, reiht er sich bezüglich Methodologie, Stil und Gliederung gut in die mittlerweile entstandene Tradition der Zürcher Gesundheitsberichterstattung ein.

Wie im Konzept vorgesehen erschien im Frühjahr 2007 ein umfassender Globalbericht zur Gesundheit der Zürcher Bevölkerung (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2007). Dieser Bericht enthält neben einigen spezifischen Informationen zur Gesundheit von 65-Jährigen und Älteren am Schluss einen umfangreichen Tabellenteil, dessen Ergebnisse zumeist nach Alter aufgliedert sind (i.d.R. auf für die Altersklassen 65 bis 74 sowie 75 und mehr Jahre). Im Vorliegenden Bericht werden die im Globalbericht eher allgemein gehaltenen Angaben zur Gesundheit von Personen ab 65 Jahren vertieft und mit weiteren für diese Altersgruppe wichtigen Aspekte ergänzt.

«Alter» und «Altern»: Zustand und Prozess

Der Begriff «Alter» ist vielschichtig, denn Alter ist nicht nur die kalendarische bzw. chronologische Bezeichnung eines Lebensabschnittes, sondern das Resultat eines fortwährenden, lebenslänglichen Prozesses (Altern), der von einer Vielzahl von medizinischen, biologischen, sozialen und anderen Umweltfaktoren geprägt wird. Nicht mehr erwerbstätig zu sein, ist neben dem kalendarischen Alter oft die einzige Gemeinsamkeit der Seniorinnen und Senioren. Eine rein kalendarische Auffassung von Alter wird daher der erwähnten Komplexität des Altersbegriffs nicht gerecht.

Seit mehreren Jahren zeichnet sich eine zunehmende Auflockerung strenger Altersgrenzen in den Lebensläufen ab. Klar umrissene Lebensabschnitte weichen einer Verschmelzung von Ausbildungs-, Erwerbs- und Pensionszeit. Die Auffassungen darüber, was «alt» und was «jung» ist, ist gesellschaftlichen und medizinischen Veränderungen unterworfen, welche nicht zuletzt die Selbstwahrnehmung älterer Menschen und die gesellschaftlichen Erwartungen an ältere Menschen beeinflussen.

Holt man zu einer solchen Sichtweise von Altern als dynamischem Prozess aus, so sind in der Fachliteratur vordergründig drei Ansätze erkennbar (nach Wahl & Heyl, 2004, S. 41 ff.):

- *Biomedizinische Sichtweise:* Altern ist nicht zwangsläufig mit Defiziten wie Unproduktivität, Leistungsabbau und Pflegebedürftigkeit verbunden. Zum Beispiel sind heute 75-Jährige im Durchschnitt wesentlich gesünder als Gleichaltrige vor zwanzig Jahren.
- *Wechselspiel von Gewinn und Verlust:* Die Dynamik des Alterns ist sowohl von Verlusten als auch von Gewinnen geprägt. Zum Beispiel entstehen durch den Wegfall der Einbindung ins berufliche

Leben Freiräume, welche die Pflege von gewählten Sozialkontakten erleichtern, was wiederum einen positiven Effekt auf die Gesundheit hat.

- *Lebenslauf*: Individuelle Ereignisse und Ressourcen aus früheren Lebensphasen prägen nachhaltig Verhaltensweisen und Einstellungen.

Diese drei Facetten der Entwicklungsdynamik von Altern unterstehen verschiedenen Einflussfaktoren wie der sozialen und physischen Umwelt sowie den ökonomischen Rahmenbedingungen. So wirkt sich z.B. eine bessere soziale Ausstattung schützend auf nicht erwünschte Folgen des Alterns aus.

*Altern ist aber auch ein geschlechtsspezifischer Prozess.*¹ Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer und sind zudem meist jünger als ihr Partner. Dies hat zur Folge, dass Frauen öfter ihren Partner betreuen als Männer ihre Partnerin, häufiger verwitwen und im hohen Alter häufiger als Männer auf sich selbst gestellt sind oder in Heimen leben.

Mit zunehmendem Alter werden gesundheitliche Probleme und Einschränkungen häufiger und führen nicht selten zu Multimorbidität. Aber gerade bei Seniorinnen und Senioren bestehen grosse interindividuelle Unterschiede bezüglich körperlicher und psychischer Gesundheit sowie in der Selbständigkeit und im Wohlbefinden. Es zeigt sich zudem, dass sich interindividuelle Unterschiede in verschiedenen Funktionsbereichen im Laufe der Zeit akzentuieren – sprich: im höheren Alter deutlicher ausfallen als in früheren Lebensabschnitten.

Wie der Bericht zur Alterspolitik im Kanton Zürich (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2005, S. 2) festhält, ist die Haltung des Einzelnen entscheidend dafür, ob das Alter positiv erlebt wird oder nicht.

Alter und Lebensqualität

In vielen internationalen Studien haben sich fünf besonders wichtige Dimensionen für die Lebensqualität im Alter herausgeschält (Perrig-Chiello, 2005):

- intakte soziale Beziehungen, v.a. in der Familie
- Gesundheit
- Unabhängigkeit
- genügend finanzielle Mittel
- Respekt und Anerkennung.

Die Erfassung dieser fünf Dimensionen ist unterschiedlich komplex und mit den uns zur Verfügung stehenden Datenquellen nur beschränkt möglich. Zudem gilt es, zwischen subjektiven und objektiven Bezugspunkten zu unterscheiden. Subjektiv bezieht sich hier auf das Wohlbefinden, die Wahrnehmung und die Erfahrungswelt des Einzelnen, objektiv auf äussere, «messbare» Fakten wie z.B. die Anzahl von Hospitalisierungen. Exemplarisch für diese beiden Bezugspunkte ist etwa die Diskrepanz zwischen gefühltem Alter und kalendarischem Alter. Vergleiche mit anderen Personen oder Situationen führen oft dazu, dass sogar schwere Krankheiten von den Betroffenen als wenig einschränkend empfunden werden. Handlungen und Einstellungen hängen oft stärker mit der subjektiven Wahrnehmung einer gegebenen Situation zusammen als mit den «objektiven» Gegebenheiten ebendieser Situation.

Alters-, Perioden- und Generationeneffekte

Die Komplexität und Vielschichtigkeit von Alter und Altern stellt jede Berichterstattung über die Gesundheit älterer Menschen vor erhebliche theoretische und empirische Herausforderungen, die in ihrer

¹ Im Einklang mit der bisherigen Zürcher Berichterstattung wird in diesem Bericht der Begriff Geschlecht verwendet. Das soll aber keineswegs bedeuten, dass der Genderansatz übersehen wird. Im Gegenteil wird Geschlecht hier sowohl in seinem biologischen aber vor allem auch in seinem sozialen Sinn (Gender) verstanden. Eine Vielzahl von Ergebnissen hängen mit der geschlechtsspezifischen Sozialisation zusammen oder weisen auf ein Wechselspiel von biologischen und sozialen Faktoren hin.

Vielfalt kaum gleichzeitig einlösbar sind. Von den genannten Ansätzen nimmt der vorliegende Bericht besonders Rücksicht auf die handlungsrelevante subjektive Sichtweise der Befragten, aber auch – um der interindividuellen Vielfalt Rechnung zu tragen – auf geschlechtsspezifische, soziale und ökonomische Einflussfaktoren, wobei wegen der Datengrundlage eine empirische Untersuchung von prozesshaften Aspekten ausbleiben muss. Der Einbezug der Entwicklungsdynamik setzt nämlich voraus, dass Verlaufsdaten auf Individualebene vorliegen. Zurzeit sind aber keine Datenquellen vorhanden, die Längsschnittuntersuchungen der Gesundheit der älteren Zürcher/innen zulassen würden. Die verfügbaren Querschnittsdaten erlauben lediglich eine Bestandesaufnahme des Gesundheitszustandes zu einem bestimmten Zeitpunkt und liefern daher nur ein verzerrtes Bild von Längsschnittverläufen und Lebensgeschichten. Jede Generation altert anders – Generationeneffekte sind gerade bei psychischer Gesundheit, Gesundheitsverhalten oder Gesundheitsvorsorge oft wichtiger als der chronologische Alterseffekt. Dies gilt vor allem auch für Gender-Bezüge, die in dieser Betrachtungsweise notgedrungen zu kurz kommen.

Ein *Alterseffekt* liegt vor, wenn in Verbindung mit dem Alter Unterschiede auftreten, die unabhängig vom Geburtsjahr der Individuen und vom Kalenderjahr der Datenerhebung sind (Beispiele: Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess, Eintritt der Wechseljahre). Von einem *Periodeneffekt* wird gesprochen, wenn alle in einer bestimmten Zeitperiode lebenden Personen – jung und alt, generationenübergreifend – von einer Veränderung betroffen sind (Beispiel: Einführung einer neuen Technologie oder Behandlungsmethode). Unter einem *Generationeneffekt* wird ein Unterschied verstanden, der sich bei im gleichen Zeitraum geborenen Personen über längere Zeit beobachten lässt (Beispiel: höheres Bildungsniveau jüngerer Generationen wegen Bildungsexpansion²). Bei den in diesem Bericht dargestellten Unterschieden bezüglich Gesundheit, Verhalten oder Einstellungen muss daher meist offen bleiben, ob sie wirklich auf einen Alterseffekt zurückzuführen oder eventuell nur durch ein verändertes Verhalten der später geborenen Generation bedingt sind.

Datenquellen für diesen Bericht

Der vorliegende Bericht beruht auf verschiedenen Datenquellen. Das Rückgrat der Auswertungen bildet die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik, deren Daten in die meisten Kapitel einfließen. Sie wird im nächsten Abschnitt ausführlicher vorgestellt. Weitere wichtige, aber nur in einzelnen Kapiteln verwendete Datenquellen sind die vom Bundesamt für Statistik durchgeführte Volkszählung 2000 (Kap. 1), die Statistik der Todesfälle und der Todesursachen (Kap. 2.4), die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Kap. 4.3 und 4.4) und die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen sowie die Spitex-Statistik des Bundesamts für Sozialversicherungen (beide Kap. 4.5) und schliesslich der Datenpool des Verbands der Schweizer Krankenversicherer santésuisse (Kap. 4.6). Auf diese Datensätze wird in den jeweiligen Kapiteln kurz eingegangen. Bevölkerungszahlen nach Alter und Geschlecht stammen aus der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstands des Bundesamts für Statistik (Kap. 1 und 4.3 bis 4.5; zur Methodik vgl. Fussnote 7).

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist aufgrund ihrer Themenbreite und ihrer landesweiten Durchführung die umfassendste Datenquelle im Gesundheitsbereich in der Schweiz. Eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Fragen und Themen werden einzig durch diese Erhebung erfasst. Im Weiteren deckt die SGB Themen wie Soziodemografie, Verhaltensweisen und Wohlbefinden ab, über die mittels Registerdaten keine Aussagen gemacht werden können. Aber auch Themen wie Inanspruchnahme von ambulanten oder präventivmedizinischen Gesundheitsleistungen sowie Symptomen und

² Gerade hier stellt sich die Frage, ob Unterschiede im Gesundheitsverhalten und -zustand zwischen den Altersgruppen wirklich durch das kalendarische Alter bedingt sind oder bloss intergenerationale Bildungsunterschiede widerspiegeln.

Beschwerden, die nur teilweise anhand von Register- oder Branchendaten dargestellt werden können (z.B. Ärzte in privater Praxis oder ambulante Behandlungen) sind nur durch die SGB abgedeckt.

Die SGB wurde zum ersten Mal 1992/1993 (in der Folge als 1992 bezeichnet) und dann im Fünfjahresabstand 1997 und 2002 durchgeführt (Bundesamt für Statistik, 2005). Die Ergebnisse aus der vierten SGB (2007) waren für diesen Bericht noch nicht verfügbar. Im Mittelpunkt des vorliegenden Berichts steht daher die Erhebung aus dem Jahr 2002. Da nur ein Teil der interessierenden Fragen in sämtlichen Erhebungen vorkommt und Unterschiede in den Frageformulierungen bestehen, sind Vergleiche über die Zeit nur eingeschränkt möglich.

In der SGB werden in Privathaushalten lebende, sprachassimilierte, in der Schweiz wohnhafte 15-jährige und ältere Personen mit Telefonanschluss befragt. Die befragten Personen werden zufalls-mässig anhand eines zweistufigen Verfahrens ausgewählt. In einem ersten Schritt wird eine nach Kantonen bzw. Kantonsgruppen geschichtete Stichprobe von Haushalten gebildet, in einem zweiten Schritt wird eine Zielperson im jeweiligen Haushalt bestimmt, die telefonisch befragt wird. Im Anschluss an das Telefon-Interview wird ein schriftlicher Fragebogen mit zusätzlichen Fragen verschickt. Bei älteren Personen können Hörprobleme und andere Funktionsbeeinträchtigung eine telefonische Befragung erschweren. Bei der ersten SGB (1992) wurde daher bei allen 75-Jährigen und älteren Zielpersonen eine persönliche Befragung zu Hause durchgeführt (mit den gleichen Fragen wie beim Telefoninterview). Auch bei den späteren SGBs wurde diese Möglichkeit angeboten. Für Zielpersonen, die wegen Unkenntnis der Sprache, Behinderung der Kommunikationsfähigkeit oder längerer Abwesenheit die Fragen nicht selber beantworten konnten, wurde eine Vertrauensperson gesucht, die einen Teil der Fragen für sie beantworten konnte (sog. Proxy-Interview).

Ferner sollte bedacht werden, **dass die SGB nur Personen in Privathaushalten erreicht**. Teilpopulationen, die häufig in Heimen oder anderen Kollektivhaushalten leben, sind daher nur unzureichend vertreten. Beim vorliegenden Bericht darf deshalb nicht übersehen werden, dass Hochbetagte oft in Alters- und Pflegeheimen leben. Da die Institutionalisierung älterer Menschen meist aus gesundheitlichen Gründen erfolgt, *geben sicherlich viele Ergebnisse aus der SGB ein deutlich günstigeres Bild der Gesundheit älterer Menschen ab, als es effektiv dem Durchschnitt dieser Population entspricht* (vgl. auch Bemerkungen zur Gewichtung im folgenden Abschnitt). Dieser Mangel wird sich erst mit den Resultaten der vom Bundesamt für Statistik für 2008/09 geplanten Gesundheitsbefragung in sozialmedizinischen Institutionen für Betagte (SGB-I) zumindest teilweise beheben lassen, weshalb sich der Kanton Zürich für eine Aufstockung seiner Stichprobe ausgesprochen hat. Das aus den in diesem Bericht verwendeten Daten resultierende etwas beschönigende Bild der Realität wird noch dadurch verstärkt, dass die meist nicht überprüfbar Selbstangaben sich oft an der sozialen Erwünschtheit orientieren. Auch Telescoping-Effekte können die Ergebnisse verzerren, wenn z.B. bei Fragen nach sportlichen Aktivitäten in den vergangenen dreissig Tagen auch Ereignisse angegeben werden, die zeitlich weiter zurück liegen³.

Methodische Hinweise zu den Auswertungen in diesem Bericht

Aus den drei Erhebungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung standen für 65-jährige und ältere Zürcher/innen nur kleine Stichproben zur Verfügung. In der Reihenfolge 1992, 1997 und 2002 sind es 321, 325 und 392 Befragte für den telefonischen, 153, 240 und 325 für den schriftlichen Teil der Befragung. Diese verhältnismässig kleinen Stichproben und die damit verbundene Unschärfe erschweren die statistische Absicherung der Ergebnisse. Eine Reihe von methodischen Massnahmen wurden getroffen, um diesen Schwierigkeiten zu begegnen: Reduzierung der Anzahl der Abstufungen der Variablen, Bildung von Indizes (Bundesamt für Statistik, 2003a) und Vergleiche mit der übrigen Deutschschweiz. Signifikanzaussagen beruhen – wenn nicht anders vermerkt – auf zweiseitigen

³ Bei den übrigen verwendeten Datenquellen stellt sich dieses Problem meist nicht, da es sich in der Regel um Vollerhebungen ohne Selbstangaben handelt.

t-Tests mit heterogenen Varianzen. In Einzelfällen wurden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet. Die Stichhaltigkeit solcher bivariater Befunde wurde multivariat durch logistische Regressionen – wegen der kleinen Zürcher Stichprobenumfänge meist für die (übrige) Deutschschweiz – untersucht. Ziel der Signifikanzaussagen ist es zu prüfen, ob beobachtete Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen zufallsbedingt sind oder nicht: Statistisch signifikante Ergebnisse sind solche, die eine geringe Wahrscheinlichkeit p haben, durch Zufall zustande gekommen zu sein. In diesem Bericht werden als Schwellenwerte für die Irrtumswahrscheinlichkeit folgende Signifikanzniveaus berücksichtigt: 10%, 5% und 1%. Auf diesen Niveaus signifikante Ergebnisse werden mit « * » ($p < 0,10$), « ** » ($p < 0,05$) und « *** » ($p < 0,01$) gekennzeichnet⁴. Die Verwendung des 5%- und noch mehr des 10%-Signifikanzniveaus entfernt sich von einer streng hypothesenprüfenden Berichterstattung und betont stattdessen eine vorwiegend explorative Sichtweise.

Die Auswertungen beruhen auf einem Datensatz, der die Merkmale Geschlecht, Alter, Nationalität und Wohnort derart gewichtet, dass sie den Verteilungen in der Gesamtpopulation entsprechen bzw. den ungleichen Auswahlwahrscheinlichkeiten nach Kantonen bzw. Kantonsgruppen und der Haushaltsgrösse Rechnung tragen (Bundesamt für Statistik, 2003b). Da diese Gewichtung auf einzelne Merkmale beschränkt bleibt und z.B. die vermutliche Untervertretung von sozial schlecht integrierten Personen in Befragungsdaten nicht korrigiert werden kann, muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass insbesondere ungünstige Gesundheitsdaten wahrscheinlich eher unterschätzt werden.

Die soziodemografischen Merkmale, nach denen die Ergebnisse aufgeschlüsselt wurden, umfassen Geschlecht (Frauen vs. Männer), Alter (65- bis 74-jährig vs. 75-jährig und älter), Haushaltsgrösse (Einpersonenhaushalt vs. Mehrpersonenhaushalt), Äquivalenzeinkommen⁵ (bis 3'000 Fr. vs. über 3'000 Fr.) und Ausbildung (höchstens obligatorische Schulbildung vs. nachobligatorische Schulbildung, d.h. Berufslehre, Matura sowie Abschlüsse von Berufsfach-, Fachhoch- und Hochschulen)⁶.

Da davon ausgegangen werden kann, dass sich die Rahmenbedingungen für die 65-Jährigen und Älteren im Kanton Zürich nicht grundlegend von den Verhältnissen in anderen Gebieten der Deutschschweiz abweichen, werden die Befunde wenn immer möglich mit dem Durchschnitt der übrigen Deutschschweiz (sämtliche deutschsprachigen Kantone einschliesslich Bern und Graubünden, aber ohne Freiburg, Wallis und Zürich) verglichen.

Schreibweisen

Alter wird in der Regel entsprechend den Angaben der befragten Personen und den verwendeten Statistiken genau umschrieben. Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wird jedoch vornehmlich in Überschriften eine verkürzte Form verwendet (z.B. «über 75-Jährige» statt «75-Jährige und Ältere»).

Mit Zürcherinnen und Zürchern wird in diesem Bericht jeweils die gesamte zum Bezugszeitpunkt im Kanton Zürich wohnhafte Bevölkerung umschrieben, unabhängig von Bürgerrecht oder Geburtsort. Ab und zu wird in diesem Bericht auch der Begriff «Seniorinnen und Senioren» als Synonym für die 65-Jährigen und Älteren verwendet – ohne jegliche negative Konnotation, sondern bloss, um die Lektüre etwas weniger technisch zu gestalten.

⁴ Wegen der nicht proportionalen Teilstichproben nach Kantonen bzw. Kantonsgruppen ist bei Signifikanzaussagen zur (übrigen) Deutschschweiz ein Designeffekt von ca. 1,25 eingerechnet (siehe Kish, 1965).

⁵ Das Äquivalenzeinkommen kann als nach der Haushaltsstruktur gewichtetes Einkommen angesehen werden (Bundesamt für Statistik, 2003a).

⁶ Für nähere Angaben vgl. Bundesamt für Statistik (2003a).

1. Demografie

Matthias Bopp

Zentrales Element jeder Gesundheitsberichterstattung ist die Gesamtbevölkerung, d.h. im Fokus stehen alle im Kanton wohnhaften Personen und nicht nur Patientinnen und Patienten oder Personen mit Gesundheitsproblemen.

Im Kanton Zürich gibt es bislang kein zentrales Bevölkerungsregister, weshalb der Bevölkerungsbestand der Gemeinden jeweils per Ende Jahr dezentral erhoben wird. Diese Resultate fliessen sowohl in die Bevölkerungserhebung des Statistischen Amtes des Kantons Zürich als auch in die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes⁷ des Bundesamts für Statistik ein, wo sie mit Angaben aus den anderen Kantonen abgeglichen werden und darum geringfügig von den Zahlen der kantonalen Bevölkerungserhebung abweichen⁸. Da in diesem Bericht oft Vergleiche mit der übrigen Deutschschweiz gezogen werden, wird hier i.d.R. die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes verwendet. Ausser Alter, Geschlecht, Nationalität und teilweise Zivilstand enthält diese Datenquelle jedoch keine Strukturmerkmale wie Bildungsstand oder Zahl und Zusammensetzung der Haushalte. Für die Beschreibung solcher Strukturmerkmale muss hier deshalb auf die Volkszählung 2000⁹ zurückgegriffen werden.

Knapp 120'000 Seniorinnen und über 85'000 Senioren im Kanton Zürich

Ende 2006 wohnten im Kanton Zürich 204'922 Personen im Alter ab 65 Jahren, d. h. knapp 37'000 oder 22% mehr als 15 Jahre zuvor. Diese Zunahme liegt leicht unter dem Deutschschweizer Durchschnitt. Personen ab 65 stellten im Kanton Zürich Ende 2006 18,3% der weiblichen und 13,5% der männlichen Gesamtbevölkerung. Beschränkt man sich auf die Personen mit Schweizer Nationalität, fallen diese Anteile merklich höher aus (21,1% bzw. 15,6%). Der relative Zuwachs in den letzten 15 Jahren war bei den ab 65-jährigen Männern ausgeprägter (+30%) als bei den gleichaltrigen Frauen (+16%). In absoluten Zahlen war die Zunahme bei den Männern aber nur geringfügig höher als bei den Frauen (19'000 vs. 16'000).

Im Jahr 2050 wird jede vierte Person im Kanton den 65. Geburtstag überschritten haben

Der Anteil der 80-Jährigen und Älteren war im Kanton Zürich auch 2006 nach wie vor gering (Männer 3,0%, Frauen 5,8%; im Vergleich dazu 1991: Männer 2,5%, Frauen 5,3%). Gemäss Schätzungen des Bundesamts für Statistik (2006) wird die mittlere Lebenserwartung der 65-Jährigen in der Schweiz bis 2050 um weitere 4 bis 4,5 Jahre steigen. In den kommenden zwei Jahrzehnten erreichen zudem die besonders geburtenstarken Jahrgänge zwischen 1946 und 1964 (so genannte «Baby-Boomers») das Rentenalter. Beide Entwicklungen haben zur Folge, dass die Zahl der Personen ab 80 in den kom-

⁷ Diese auf einem Fortschreibungsverfahren beruhende Statistik mit dem Namen ESPOP (Enquête Suisse sur la Population) stützt sich auf teilweise unvollständige oder widersprüchliche Registerdaten, die zuerst plausibilisiert, harmonisiert und ergänzt werden müssen. Bezugsgrösse ist die so genannte «Ständige Wohnbevölkerung» nach dem zivilrechtlichen Wohnsitzbegriff (für Schweizer Staatsangehörige die Gemeinde, in der der Heimatschein hinterlegt ist, für Ausländer/innen die Gemeinde, für die die entsprechende Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung ausgestellt wurde. Asylbewerber und Ausländer, die sich weniger als ein Jahr in der Schweiz aufhalten, werden nicht zur «Ständigen Wohnbevölkerung» gezählt. Aus dem Durchschnitt zweier aufeinander folgenden Jahresbestände wird die so genannte «Ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte» errechnet.

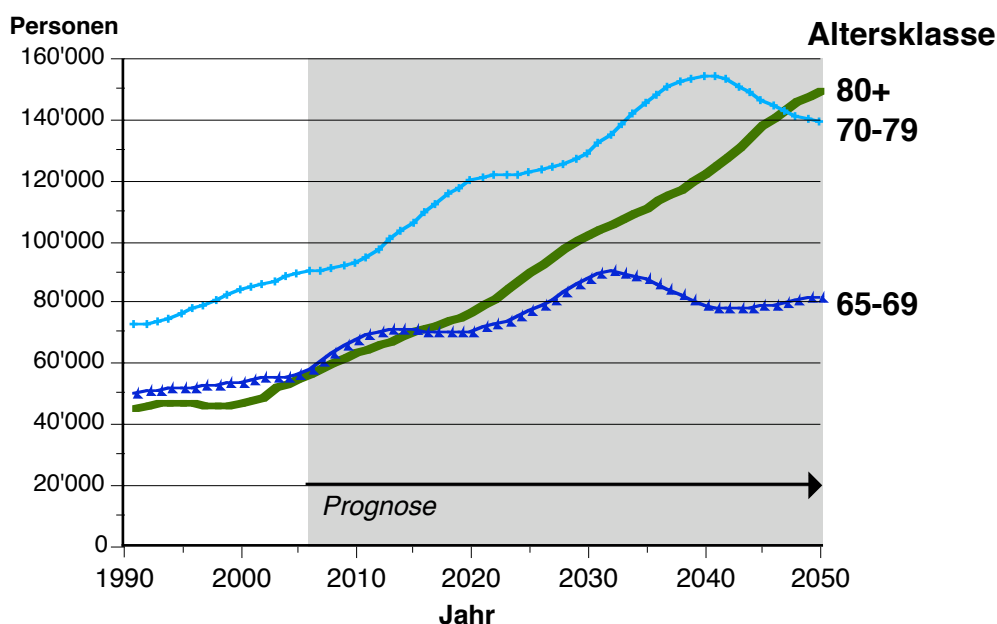
⁸ Die Zahlen in der kantonalen Erhebung sind i.d.R. kleiner; Ende 2005 betrug die Differenz 8'500 Personen (Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 2007).

⁹ Die Volkszählung verwendet den so genannten wirtschaftlichen Wohnsitzbegriff, bei dem alle Personen an ihrem hauptsächlichen Aufenthaltsort gezählt werden. Abweichungen betreffen neben den drei oben genannten Ausländerkategorien (vgl. Fussnote 7) vor allem die Wochenaufenthalter und in Heimen wohnende Personen, die wegen der finanziellen Beihilfen der Gemeinden oft während Jahren oder sogar Jahrzehnten ihre ehemalige Wohngemeinde als zivilrechtlichen Wohnsitz behalten.

menden Jahrzehnten stetig und deutlich zunehmen wird. Gemäss dem Grundszenario des Bundesamts für Statistik (2006) werden im Jahr 2050 über 149'000 80-Jährige und Ältere erwartet¹⁰. Gegenüber 2006 entspricht dies einer Zunahme um 161% (Abb. 1.1). Bei den 65- bis 69-Jährigen wird nur bis 2030 mit einer Zunahme gerechnet (dann werden die geburtenstarken Jahrgänge um 1960 dieses Alter erreicht haben), bei den 70- bis 79-Jährigen bis 2040.

Insgesamt soll die Zahl der 65-Jährigen und Älteren von 2006 bis 2050 um 165'000 auf rund 370'000 ansteigen. Nach diesem Szenario wären 2050 25,5% der Bevölkerung im Kanton Zürich 65-jährig und älter (2006: 16,0%) und 10,3% 80-jährig und älter (2006: 4,4%). In der übrigen Deutschschweiz prognostiziert das Bundesamt für Statistik sogar noch etwas höhere Anteile.

Abb. 1.1: Entwicklung der Zahl der Personen ab 65, Kanton Zürich 1991-2050



Datenquelle: Bundesamt für Statistik (ESPOP, Bevölkerungsszenario AR-00-2005)

Nur 4 von 10 Zürcher Seniorinnen und Senioren sind auch hier zur Welt gekommen

Gemäss der Volkszählung 2000 sind nur 40,1% der Zürcher/innen mit Jahrgang 1942 und älter im Kanton Zürich geboren, 24,4% im Ausland und 35,8% in einem anderen Schweizer Kanton – am häufigsten in den Kantonen St. Gallen (6,2%), Bern (4,9%), Aargau (4,6%), Thurgau (3,3%), Luzern (2,4%) und Graubünden (2,1%).

Bei den Personen mit Migrationshintergrund – hier erfasst durch die Angabe einer ausländischen Nationalität¹¹ oder eines Geburtsorts im Ausland in der Volkszählung 2000 – ergeben sich je nach Ursprungsland deutliche Geschlechtsunterschiede. Bei Personen mit Migrationshintergrund «Deutschland» (8,3% aller Personen im Kanton Zürich mit Jahrgang 1942 oder älter) ist die Zahl der Frauen rund doppelt so hoch wie die der Männer. Innerhalb des Kantons ist der Anteil dieser Personengruppe in Zollikon und um den Greifensee herum besonders hoch. Unter den Personen der Geburtsjahrgänge 1942 und älter mit Migrationshintergrund «Italien» (6,0%) hat es hingegen fast gleich viele Männer wie

¹⁰ Das Statistische Amt des Kantons Zürich berechnet jedes Jahr eine eigene Bevölkerungsprognose, die etwas von den Zahlen des Bundesamts abweicht (vgl. Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 2007, bzw. <http://www.statistik.zh.ch>).

¹¹ Inkl. Doppelbürger

Frauen (47,8% vs. 52,2%) und das geografische Schwergewicht liegt im Limmattal (Dietikon, Schlieren, Zürcher Stadtkreise 4 und 5).

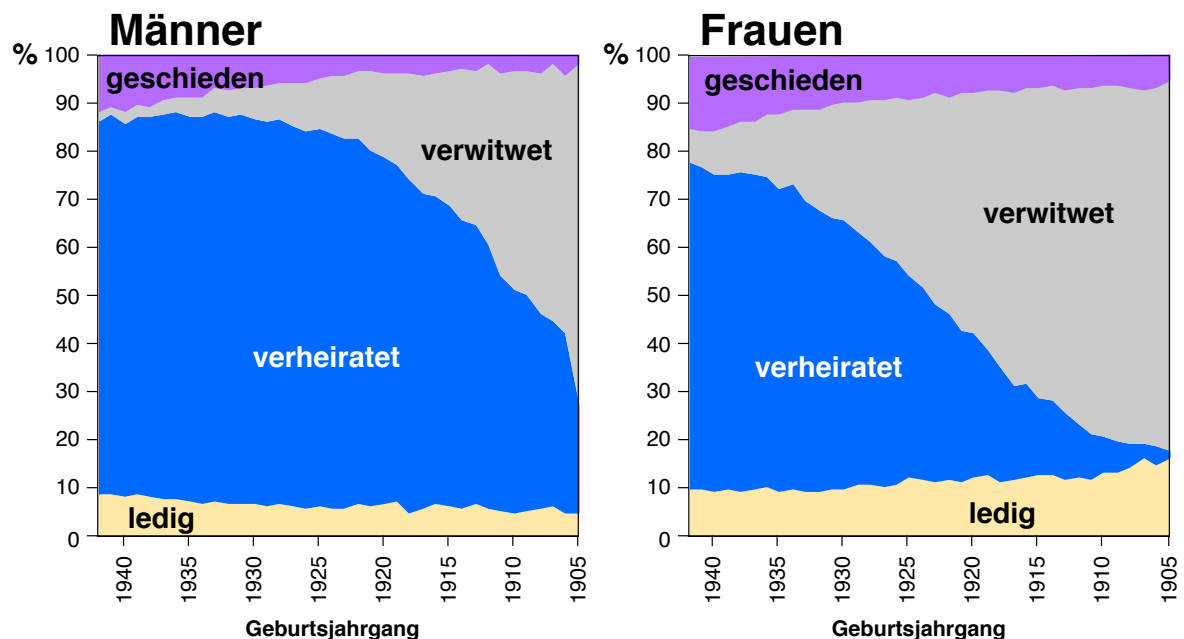
Männer erleben viel seltener eine Verwitmung als Frauen

Die höhere Lebenserwartung und das durchschnittlich tiefere Heiratsalter der Frauen führen dazu, dass verheiratete Frauen ihren Partner meist überleben. Ende 2000 waren von den Zürcher Männern der Geburtsjahrgänge 1922 bis 1942 (d.h. den damals 58- bis 78-Jährigen) 75 bis 81% verheiratet, von den gleichaltrigen Zürcherinnen waren es dagegen nur 35 bis 68% (Abb. 1.2). Dabei spielt auch eine Rolle, dass ältere Männer häufiger eine Zweitehe eingehen als ältere Frauen. Hingegen waren mehr Zürcherinnen als Zürcher in den Geburtsjahrgängen 1922 bis 1942 ledig (9 bis 12% vs. 5 bis 8%) oder geschieden (8 bis 16% vs. 4 bis 12%).

Auffällig ist der hohe Anteil der ledigen Frauen in der Generation 1905 bis 1910, die während der Wirtschaftskrise der 1930er Jahre in die Familiengründungsphase kamen (Bundesamt für Statistik 1998). Relativ am wenigsten ledige Frauen gibt es in der Generation 1935 bis 1940, die in den Jahren des Wirtschaftswachstums der Nachkriegszeit in die Phase der Familiengründung kam.

Relativ wenig Verheiratete finden sich unter den Seniorinnen und Senioren in der Stadt Zürich, wo dafür alle anderen Zivilstände übervertreten sind. Hohe Anteile lediger älterer Frauen findet man in begehrten Wohnlagen (Zürichberg, Zollikon). Geschiedene Frauen sind generell häufiger in der Stadt Zürich, insbesondere aber in den Stadtkreisen 8 und 12.

Abb. 1.2: Zivilstand nach Geschlecht und Alter, vor 1943 Geborene im Kanton Zürich 2000



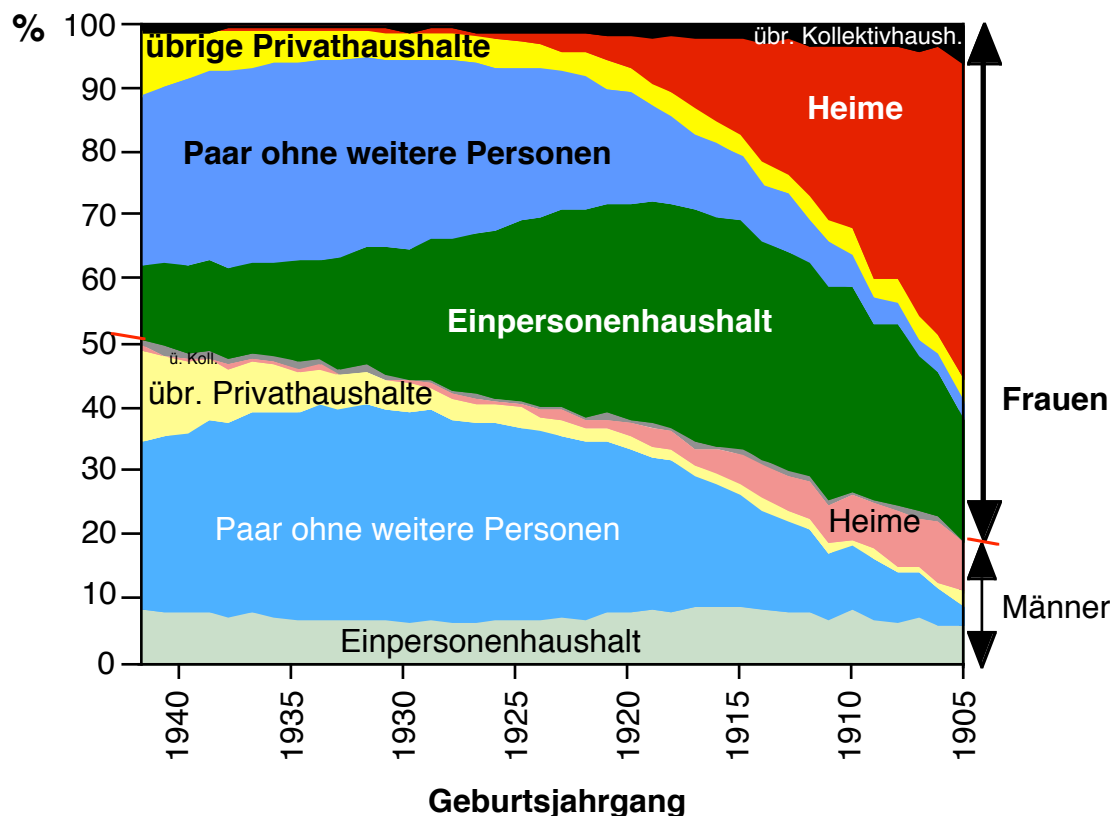
Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Volkszählung 2000

Frauen: je älter, desto häufiger allein lebend oder im Heim

Mit zunehmendem Alter ergibt sich eine Verschiebung von den Paar- und Familienhaushalten zu Einpersonenhaushalten und Heimen (Abb. 1.3). Alters- oder Pflegeheime spielen für die unter 85-Jährigen eine eher unbedeutende Rolle und werden erst bei den über 90-Jährigen zur häufigsten Wohnform. Ältere Frauen wohnen häufiger in einem Einpersonenhaushalt oder in einem Heim als gleichaltrige Männer. In der Regel sind sie zudem wirtschaftlich schlechter gestellt. Bei den nachfol-

genden Generationen, die jetzt ins Rentenalter treten, haben sich allerdings die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Renteneinkommen verringert (Bundesamt für Statistik 2007).

Abb. 1.3: Haushaltstypen nach Alter und Geschlecht, vor 1943 Geborene im Kanton Zürich 2000



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Volkszählung 2000

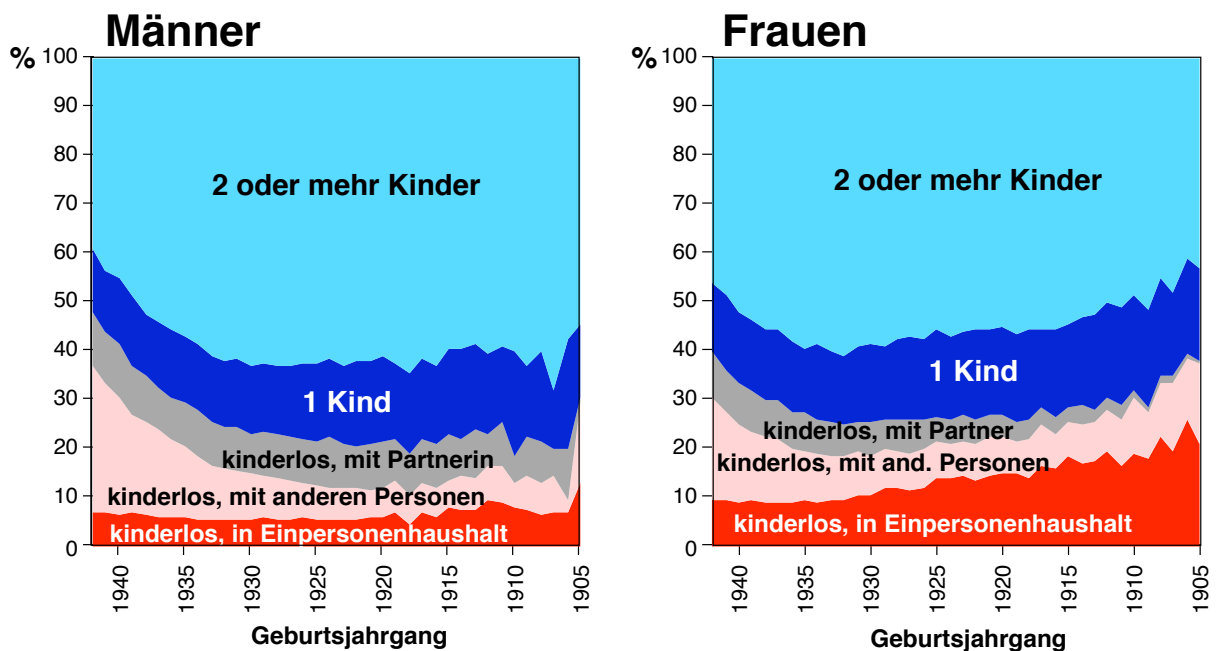
Besonders häufig in einem Einpersonenhaushalt leben ältere Personen in der Stadt Zürich. Im Norden, Osten und Süden des Kantons ist dafür der Anteil der in Heimen Lebenden höher als im Westen und in der Stadt Zürich.

Mehr Kinderlose in den jüngeren Geburtsjahrgängen

Aus den Angaben zum Haushaltstyp und zur Anzahl eigener Kinder lassen sich die potentiellen Chancen für soziale Unterstützung innerhalb der Familie abschätzen. Von den 1942 oder früher geborenen Personen in Privathaushaltungen lebten Ende 2000 70% der Zürcher und knapp 65% der Zürcherinnen entweder in einem Familienhaushalt oder hatten mindestens zwei eigene Kinder – von denen allerdings unbekannt ist, ob sie bereits verstorben oder geografisch gut erreichbar waren (Abb. 1.4).

Rund jede sechste in einem Zürcher Privathaushalt lebende Person mit Jahrgang 1942 und älter hatte gemäss Volkszählung 2000 keine Nachkommen. 5,5% der kinderlosen Zürcherinnen ab 65 lebten mit einem Partner zusammen, 12,7% aber allein in einem Einpersonenhaushalt (kinderlose Männer: 9% mit Partnerin und 5,5% allein in Einpersonenhaushalt). Von den vor 1910 geborenen und in einem Privathaushalt lebenden Frauen war jede fünfte kinderlos und lebte allein. Dies ist ein Grund dafür, warum Spitalaufenthalte bei alten Frauen im Durchschnitt länger dauern als bei gleichaltrigen Männern (Zellweger 2007, S. 104).

Abb. 1.4: Potentielle Voraussetzungen für soziale Unterstützung in der Familie, Kanton Zürich 2000



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Volkszählung 2000

Knapp jede zehnte Person im Rentenalter ist noch erwerbstätig

Rund 10% der Personen ab 65 im Kanton Zürich waren 2006 immer noch erwerbstätig¹². Ausführlichere Angaben liefert auch hier die Volkszählung 2000: Von den Zürcher Männern waren über 18% des ersten Geburtsjahrgangs im offiziellen Pensionierungsalter (1934) noch in irgendeiner Weise erwerbstätig. Von den 10 Jahre älteren Männern (1924) waren es noch 7%. Von den Zürcherinnen mit Jahrgang 1937 (jüngster damals im Pensionierungsalter stehender Jahrgang bei den Frauen) waren noch knapp 22% erwerbstätig und von denjenigen mit Geburtsjahrgang 1927 noch 4%.

Eine überdurchschnittliche Arbeitsbeteiligung im Rentenalter findet man in sehr ländlichen (Truttikon, Volken), aber auch in wohlhabenden Gemeinden und Stadtquartieren (Zumikon, Fluntern und Hottlingen). Dies ist bedingt durch den hier höheren Anteil selbständig Erwerbender (wozu auch die Landwirte gehören), die selbst bestimmen können, in welchem Alter sie ihre Erwerbstätigkeit beenden wollen. Eine besonders tiefe Erwerbsbeteiligung findet sich teilweise ebenfalls in ländlichen Gemeinden (Altikon), vor allem aber in Gebieten mit besonders wenig selbständig Erwerbenden (Schwamendingen).

Jüngere Rentnergenerationen wirtschaftlich zunehmend besser gestellt

Der Übergang vom Erwerbsleben ins Rentenalter führt i.d.R. zu einer deutlichen Einkommensverminderung. Im Kanton Zürich erlitten Mehrpersonenhaushalte der Geburtsjahrgänge 1932 bis 1936 bei der Pensionierung im Zeitraum 1991 bis 2003 eine durchschnittliche Einbusse von 19%, bei Alleinstehenden waren es sogar 29% (Moser 2006). Wegen des Ausbaus der Altersvorsorge, insbesondere durch die Einführung des Pensionskassenobligatoriums (1985), haben die mittleren Einkommen in jeder nachfolgenden Rentnergeneration deutlich zugenommen. Es kann davon ausgegangen werden,

¹² Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE (Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 2008). Sowohl in der Stichprobenerhebung SAKE als auch der Volkszählung gilt als erwerbstätig, wer mindestens eine Stunde pro Woche gegen Entlohnung arbeitet.

dass dieser Generationeneffekt noch einige Zeit andauern wird, umso mehr als bei den neuen Rentnergenerationen der Anteil der Personen mit höheren Bildungsabschlüssen zunimmt (vgl. Bopp 2007, Abb. 2.6).

Im Durchschnitt sind die Pensionierten-Haushalte heute erheblich wohlhabender als solche von Personen im Erwerbsalter. 22% der zum Verheiratetentarif besteuerten Haushalte im Kanton Zürich, in denen der Ehemann 65-jährig oder älter war, versteuerten 2003 mehr als eine Million Franken Vermögen – verglichen mit nur 6% der Haushalte mit einem unter 65-jährigen Ehemann. Insgesamt entfielen mehr als die Hälfte aller steuerbaren Vermögenswerte auf Steuerpflichtige, die ihren 65. Geburtstag bereits hinter sich hatten (Moser 2006).

Zusatzleistungen zur AHV für jede neunte Person ab 65

Die Zusatzleistungen setzen sich im Kanton Zürich aus drei Komponenten zusammen: 1. Ergänzungsleistungen zur AHV, 2. kantonale Beihilfen und 3. Gemeindegzuschüsse (von rund 50 grösseren Gemeinden ausgerichtet). Ein Anrecht auf Zusatzleistungen besteht für alle in der Schweiz wohnhaften Personen mit AHV-Anspruch, deren gesetzlich anerkannten Ausgaben das anrechenbare Einkommen gemäss folgendem Schema übersteigen (Abb. 1.5):

Abb. 1.5: Berechnungsschema für die Zusatzleistungen zur AHV, Jährliche Beträge für eine Person im Privathaushalt

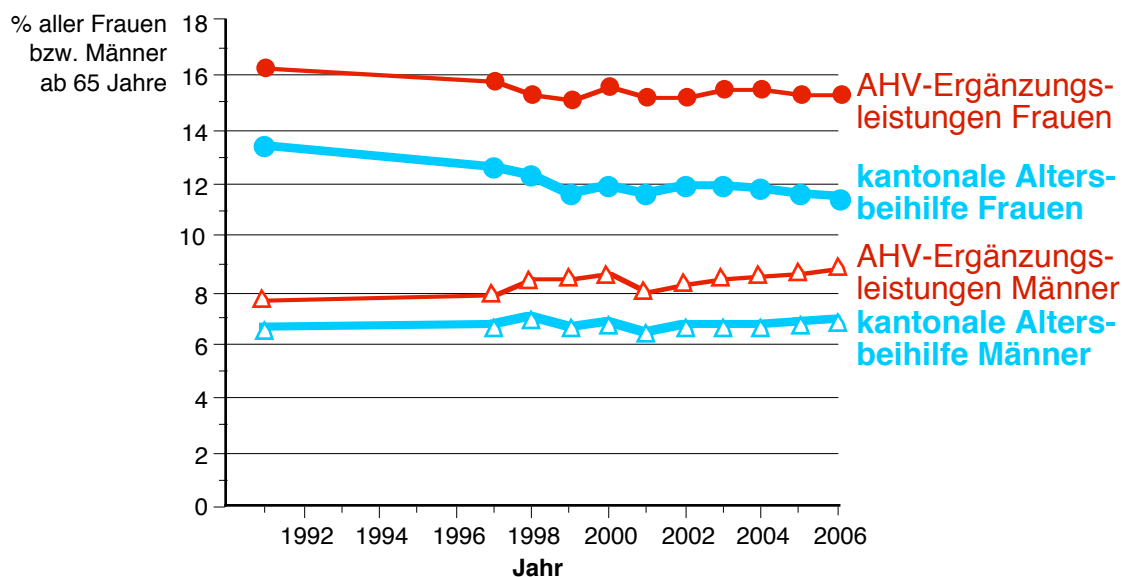


Quelle: Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2007

Dank dieser Zusatzleistungen ist weniger als 1% der Personen im Rentenalter auf Sozialhilfe angewiesen. Im Dezember 2006 erhielten 22'443 Personen oder 11,5% der Zürcher/innen ab 65 Jahren Zusatzleistungen zur AHV (Bundesamt für Statistik und Sozialamt des Kantons Zürich, 2007). In den Zentrumsstädten¹³ wurden 14,5% der Rentnerinnen und Rentner unterstützt, in ländlichen Gebieten hingegen nur 4,6%. Verantwortlich für diesen Unterschied ist der grössere Anteil der Einpersonenhaushalte in den Städten und die geringere Verbreitung tragender familiärer Netze, vermutlich aber auch eine tiefere Hemmschwelle, Leistungen zu beanspruchen (Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2007). Zudem verfügen in ländlichen Regionen des Kantons mehr AHV-Rentner/innen über Wohneigentum, wodurch sie auch bei geringen Einkommen üblicherweise keine Ergänzungsleistungen erhalten.

Der Anteil unterstützter Personen, sowohl bei den Ergänzungsleistungen als auch den kantonalen Altersbeihilfen, ist bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern (Abb. 1.6), weil mehr alte Frauen in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen leben als alte Männer. Ausserdem wohnen mehr alte Frauen als Männer in Alters- und Pflegeheimen (Heimkosten werden oft durch Ergänzungsleistungen mitfinanziert). Insgesamt werden 13,5% aller Frauen und 7,9% aller Männer ab 65 Jahre unterstützt. Die Zahl der mit Ergänzungsleistungen unterstützten Personen im Kanton Zürich nimmt – insbesondere bei den Männern – jedes Jahr zu. Im Verlauf des Jahres 2006 wurden 23'031 Fälle bzw. – wenn Ehepaare als zwei Personen gezählt werden – 25'615 Personen unterstützt. Verglichen mit 1991 bedeutet dies eine Zunahme um 16,8% (Fälle) bzw. 18,5% (Personen). Diese Zunahme liegt jedoch unter der Bevölkerungszunahme bei den ab 65-Jährigen im selben Zeitraum (+21,3%). Insgesamt bekamen 2006 19'249 Personen kantonale Beihilfe; die Zunahme gegenüber 1991 (+7,3%) war im Vergleich zu den Ergänzungsleistungen deutlich niedriger und beschränkt auf die Männer.

Abb. 1.6: Anteil Bezüger/innen von Zusatzleistungen nach Geschlecht, Kanton Zürich 1991-2006



Datenquelle: Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich, diverse Jahrgänge

Zusammenfassung: Demografie

Mit dem Älterwerden geburtenstarker Jahrgänge ist eine Zunahme der Zahl und des Anteils älterer Menschen im Kanton Zürich für die nächsten Jahrzehnte vorgezeichnet. Wahrscheinlich wird im Jahr 2050 jede vierte Person im Kanton mindestens 65-jährig und jede zehnte Person sogar mindestens 80-jährig sein. Diese Zunahme könnte noch deutlicher ausfallen, falls die verbleibende Lebenserwartung der über 65-Jährigen stärker ansteigt als heute angenommen.

Sechs von zehn Zürcherinnen und Zürchern im Rentenalter wurden nicht im Kanton Zürich geboren, sondern sind erst später aus einem anderen Kanton oder aus dem Ausland zugewandert.

Mit dem Alter nimmt der Anteil der Frauen an der Bevölkerung deutlich zu. Ältere Frauen erleben häufiger den Verlust des Partners und wohnen anschliessend häufiger als gleichaltrige Männer in

¹³ Zürich, Winterthur, Rüti, Wetzikon, Pfäffikon (38% der Kantonsbevölkerung); die ländlichen Gebiete bestehen aus 44 meist an der Peripherie des Kantons gelegenen Gemeinden (6% der Kantonsbevölkerung), den grossen Rest machen 122 Agglomerationsgemeinden aus.

einem Einpersonenhaushalt oder in einem Heim. Unter den heute im Rentenalter stehenden Frauen sind auch die Anteile der Ledigen und der Kinderlosen höher als bei gleichaltrigen Männern. Alters- und Pflegeheime werden im Kanton Zürich erst nach dem 85. Geburtstag zu einer häufigen – und sogar erst nach dem 90. Geburtstag zur häufigsten – Wohnform.

Erwerbstätigkeit nach dem offiziellen Pensionierungsalter wird mit zunehmendem Alter seltener. Dabei sind es vor allem Personen mit Bezug zur Landwirtschaft oder Angehörige der freien Berufe, die über das Pensionierungsalter hinaus berufstätig bleiben.

Die mittleren Einkommen der Rentnergenerationen steigen seit Jahrzehnten und die Mehrheit aller Vermögenswerte gehört Personen ab 65 Jahren. Dennoch gibt es – in städtischen Gebieten häufiger als in ländlichen und unter Frauen häufiger als unter Männern – nach wie vor viele über 65-Jährige, die ihren Lebensunterhalt nicht aus der eigenen Altersvorsorge bestreiten können und folglich auf Ergänzungsleistungen zur AHV, kantonale Altersbeihilfen und/oder Gemeindegeldzuschüsse angewiesen sind. Dank dieser Zusatzleistungen ist aber weniger als 0,5% der Personen im Rentenalter auf Sozialhilfe angewiesen.

2. Gesundheitszustand

Jean-Luc Heeb

2.1 Gesundheit und Wohlbefinden

Gesundheit ist nach der heute geläufigen Definition der Weltgesundheitsorganisation «ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die blosser Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen» (WHO, 1946). Selbst wenn diese Definition schwer einzulösen ist und den Prozesscharakter der Gesundheit unterschätzt¹⁴, ist sie wegweisend für die Bezeichnung des Gesundheitszustands einer Person als ein mehrdimensionales und fein abgestuftes Konstrukt.

Diesem ganzheitlichen Ansatz folgend besteht Gesundheit aus Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit. Bei der **körperlichen Gesundheit** wird in diesem Bericht zwischen *lang andauernden Gesundheitsproblemen*¹⁵ und *Beschwerden in den letzten vier Wochen vor der Befragung* (wie Rücken- oder Kreuzschmerzen, Schwäche oder Müdigkeit, Schlafstörungen) unterschieden. **Psychische Gesundheit** wird als *psychisches Wohlbefinden* (Einklang von Lebensanforderungen und persönlichen Ressourcen mit Blick auf die Lebensbewältigung), *psychische Ausgeglichenheit* (gekennzeichnet durch Ruhe, Gelassenheit und Energie sowie Ausbleiben von Nervosität oder Niedergeschlagenheit) und *Kontrollüberzeugung* (Überzeugung, Einfluss auf das eigene Leben und die Lebensumstände zu haben) dargestellt. Zur **sozialen Gesundheit** ist die Datengrundlage vergleichsweise bescheiden. Dennoch liegt mit dem *Empfinden von Einsamkeitsgefühlen* ein zentraler Indikator zur sozialen Gesundheit vor. Einsamkeitsgefühle lassen sich oft bei mangelnden Sozialkontakten beobachten, wobei Sozialkontakte eine wichtige gesundheitsfördernde Rolle spielen.

Zusätzlich zu den sechs genannten spezifischen Gesundheitsindikatoren für körperliche, psychische und soziale Gesundheit wird in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eine globale Einschätzung der eigenen Gesundheit über die beiden Indikatoren *gesundheitliches Wohlbefinden* und *Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit* erhoben. Dem Indikator gesundheitliches Wohlbefinden, erhoben anhand der Frage «Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?», kommt sowohl bei der Umsetzung des modernen Gesundheitsbegriffs im Sinne von Wohlbefinden als auch wegen seiner Rolle als Prädiktor für Morbidität und Mortalität (Idler & Benyamini, 1997; Mackenbach et al., 2002) eine besondere Bedeutung zu.

In Abbildung 2.1 sind die Antworten der befragten 65-jährigen und älteren Zürcher/innen zu den acht vorgestellten Gesundheitsindikatoren dargestellt.

Im Allgemeinen gute Gesundheit der über 65-Jährigen im Kanton Zürich

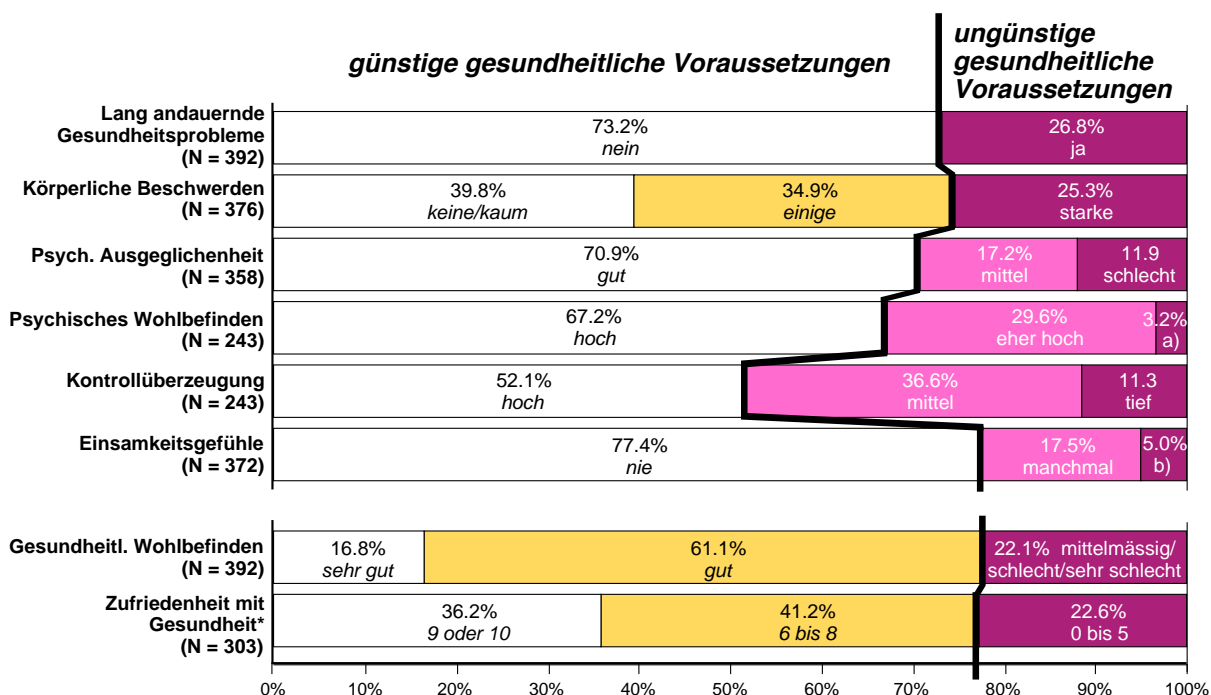
Nach den sechs spezifischen Gesundheitsindikatoren hat rund ein Viertel (26,1%) der Zürcher/innen ab 65 Jahre eine durchweg gute Gesundheit. Bei jeder zehnten Person (10,4%) sind hingegen in jedem der drei Bereiche körperliche-, psychische und soziale Gesundheit ungünstige Voraussetzungen zu erkennen¹⁶. Knapp vier von zehn Personen (39,6%) weisen ungünstige gesundheitliche Voraussetzungen in genau einem der drei Bereiche auf, ein Viertel (24,0%) in zwei Bereichen.

¹⁴ Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986) geht von einer dynamischen Auffassung der Gesundheit im Sinne einer Stärkung der eigenen Fähigkeiten aus.

¹⁵ Lang – d.h. über ein Jahr – andauernde Gesundheitsprobleme werden zur körperlichen Gesundheit gezählt, da im Kanton Zürich lediglich 6 von 104 Personen ab 65 Jahre mit solchen Problemen angaben, sie seien ausschliesslich psychisch bedingt.

¹⁶ D.h. mindestens ein Indikator aus dem jeweiligen Bereich weist auf ungünstige Voraussetzungen hin.

Abb. 2.1: Gesundheitsindikatoren, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002



Kursiv gedruckte Ausprägungen gelten als «günstige», nicht kursiv gedruckte als «ungünstige» gesundheitliche Voraussetzungen.

* Benotung durch Befragte auf einer Zehnerskala von überhaupt nicht zufrieden (0) bis sehr zufrieden (10)

a) eher niedrig / niedrig

b) ziemlich häufig / sehr häufig

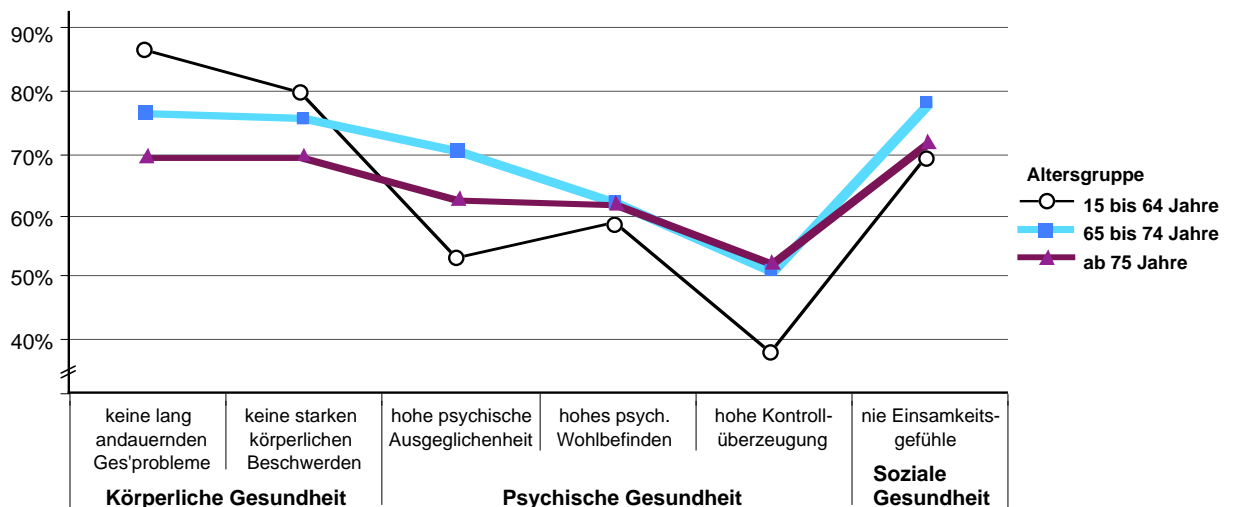
Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz weist die ältere Zürcher Bevölkerung eine teilweise bessere psychische Gesundheit auf. Eine gute psychische Ausgeglichenheit (66,7% vs. 70,9%) und ein hohes psychisches Wohlbefinden (63,5% vs. 67,2%) kommen bei den Zürcher/innen ab 65 häufiger vor als bei gleichaltrigen Personen in der übrigen Deutschschweiz.

Ältere Menschen mit besserer psychischer, dafür schlechterer körperlicher Gesundheit als jüngere

In der Zürcher Bevölkerung weisen Personen ab 65 Jahre eine bessere psychische Gesundheit auf als jüngere Jahrgänge (Abb. 2.2). Diese auch in der übrigen Deutschschweiz vorhandene relative Besserstellung älterer Menschen ist vor allem an der psychischen Ausgeglichenheit und an der Kontrollüberzeugung zu erkennen. Dafür ist die körperliche Gesundheit älterer Menschen schlechter. Ab 65 Jahre tritt mit zunehmendem Alter meist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ein. Besonders auffällig sind altersbedingte Unterschiede in der körperlichen Gesundheit, während das psychische Wohlbefinden und die Kontrollüberzeugung bei den 65- bis 74-Jährigen und bei Personen ab 75 sehr ähnlich sind.

Abb. 2.2: Körperliche, psychische und soziale Gesundheit nach Altersgruppen: Anteile der Personen mit günstigen gesundheitlichen Voraussetzungen (vgl. Abb. 2.1), 15-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Gesundheit abhängig von Geschlecht, Alter, Bildung und ökonomischen Ressourcen

Das Gesundheitsprofil älterer Menschen hängt sowohl mit Alter und Geschlecht als auch mit sozialen, kulturellen und ökonomischen Ressourcen¹⁷ zusammen (vgl. Tab. 2.1). Frauen leiden öfter an starken körperlichen Beschwerden als Männer, dafür seltener an Einsamkeitsgefühlen. Menschen ab 75 haben häufiger körperliche Beschwerden, fühlen sich häufiger einsam und sind seltener psychisch ausgeglichen als 65- bis 74-Jährige.

Eine höhere Bildung oder mehr ökonomische Ressourcen sind mit einem besseren Wohlbefinden und selteneren Einsamkeitsgefühlen assoziiert. Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung weisen häufiger lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einsamkeitsgefühle auf als Personen, die über eine nachobligatorische Ausbildung (Lehre, Matura, Tertiärbildung) verfügen. Mit einem höheren Einkommen verbessert sich das psychische Wohlbefinden und lang andauernde Gesundheitsprobleme sowie Einsamkeitsgefühle werden seltener erwähnt¹⁸. Personen, die in Mehrpersonenhaushalten leben, weisen zwar mehr körperliche Beschwerden auf als Alleinlebende, dafür sind sie psychisch ausgeglichener und fühlen sich seltener einsam. Dieser Befund weist auch auf die innerfamiliäre Versorgung und Unterstützung durch den Partner oder vor allem durch die Partnerin hin.

¹⁷ Die ökonomischen Ressourcen sind als das Äquivalenzeinkommen des Haushalts definiert, in dem die befragte Person lebt.

¹⁸ Multiple logistische Regressionen auf der Ebene der gesamten Deutschschweiz mit den Indikatoren und soziodemografischen Merkmalen aus Tabelle 2.1 und einem zusätzlichen regionalen Prädiktor für den Kanton Zürich heben den günstigen Einfluss der Bildungs- und ökonomischen Ressourcen auf die psychische und soziale Gesundheit hervor.

Tab. 2.1: Häufigkeit einer günstigen Ausprägung ausgewählter Gesundheitsindikatoren nach soziodemografischen Merkmalen, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002

	N	Geschlecht		Alter		Haushaltsgrösse		Äquivalenzeinkommen		Bildung		Total
		min./max.	Frauen	Männer	65-74 Jahre	ab 75 Jahre	eine Pers.	mehrere Pers.	bis 3'000.-	über 3'000.-	höchst-oblig.	
Keine lang andauernden Ges.probleme	366/392	71.5%	76.3%	74.7%	70.9%	74.2%	72.7%	69.7%	75.7% *	65.2%	75.3% *	73.2%
Keine/kaum/einige körperl. Beschwerden	351/376	68.7%	85.0% ***	77.7%	70.0% *	69.3%	77.8% *	75.8%	74.5%	74.9%	74.6%	74.7%
Gute psychische Ausgeglichenheit	338/358	69.4%	73.6%	75.7%	63.1% **	64.3%	75.0% **	69.3%	73.6%	67.5%	71.7%	70.9%
Hohes psychisches Wohlbefinden	286/300	66.0%	69.5%	66.7%	68.2%	62.2%	70.2%	57.9%	71.4% **	65.8%	67.5%	67.2%
Hohe Kontrollüberzeugung	243/243	50.9%	54.0%	50.0%	57.1%	48.7%	53.9%	45.1%	56.5%	59.2%	50.8%	52.1%
Nie Einsamkeitsgefühle	349/372	74.2%	83.4% **	81.2%	71.3% **	59.7%	88.7% ***	73.4%	83.4% ***	65.6%	80.3% ***	77.4%

*p < 0.10; ** p < 0.05; *** p < 0.01

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Gutes gesundheitliches Wohlbefinden bei über drei Vierteln der über 65-Jährigen

Mehr als drei von vier Zürcherinnen (78,9%) und Zürchern (76,2%) im Alter ab 65 geben an, dass es ihnen gut oder sehr gut geht (vgl. Abb. 2.1, Indikator Gesundheitliches Wohlbefinden). Deutliche Unterschiede im gesundheitlichen Wohlbefinden bestehen nach dem Alter, der Ausbildung und dem Einkommen. Personen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren äussern häufiger ein gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden als 75-Jährige und Ältere (81,7% vs. 71,9%). Ein ähnlicher Gradient lässt sich nach dem Äquivalenzeinkommen (über 3'000 Fr. 82,6%; bis 3'000 Fr. 71,8%) und der Bildung (nachobligatorische Ausbildung 80,0%; höchstens obligatorische Schulbildung 69,6%) feststellen. Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass der Anteil der Personen, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als gut oder sehr gut einstufen, im Kanton Zürich signifikant höher ist als in der übrigen Deutschschweiz (77,9% vs. 73,4%)¹⁹.

Körperliche Gesundheit geht mit gesundheitlichem Wohlbefinden einher

Mit Blick auf die verschiedenen Gesundheitsaspekte stellt sich die Frage, wie die Indikatoren der körperlichen und der psychischen Gesundheit sowie der Indikator Einsamkeitsgefühle (soziale Gesundheit) mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden zusammenhängen (vgl. Abb. 2.3).

Die körperliche Gesundheit ist am deutlichsten mit der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes assoziiert. Neun von zehn Personen ohne lang andauernde Gesundheitsprobleme bezeichnen ihr gesundheitliches Wohlbefinden als gut oder sehr gut, während es bei den Personen, die an einem solchen Problem leiden, nur die Hälfte ist. Starke körperliche Beschwerden sind, wenn auch in einem geringeren Mass, ebenfalls mit einer Verschlechterung des gesundheitlichen Wohlbefindens verbunden. Der Anteil der Personen mit gutem oder sehr gutem gesundheitlichem Wohlbefinden ist um rund 25% niedriger als bei Personen ohne starke körperliche Beschwerden. Schlechte oder mittlere psychische Ausgeglichenheit, kein hohes psychisches Wohlbefinden²⁰ und das Verspüren von

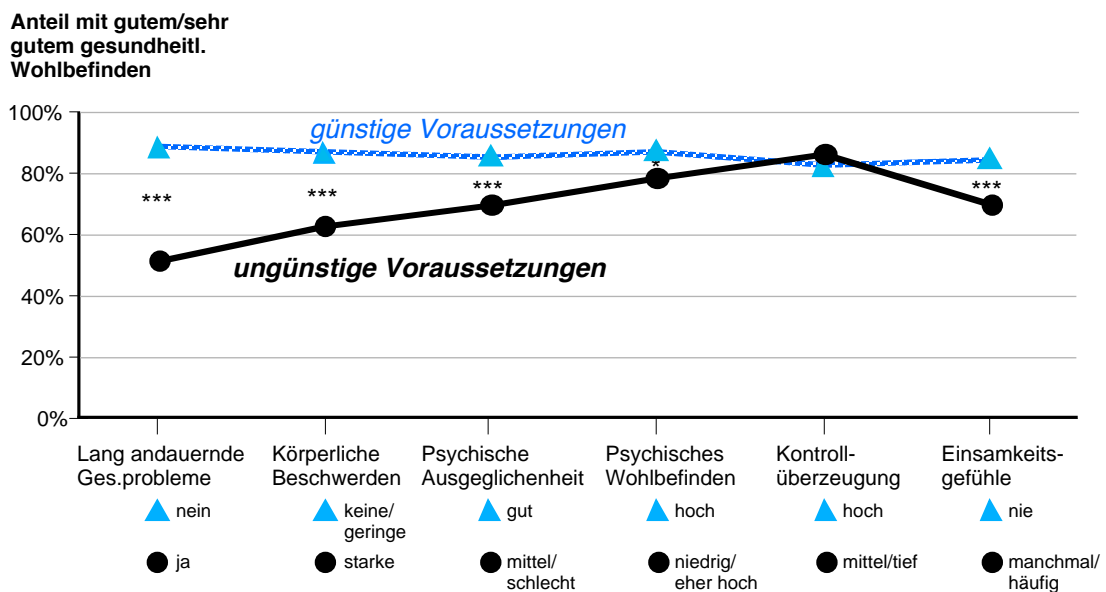
¹⁹ Die Anteile unterscheiden sich signifikant nach Alter, Äquivalenzeinkommen, Bildung und Region (p < 0,05).

²⁰ Mit *kein hohes psychisches Wohlbefinden* sind die Ausprägungen «eher niedrig», «niedrig» und «eher hoch» gemeint (vgl. Abb. 2.1).

Einsamkeitsgefühlen gehen ebenfalls mit einem schlechteren gesundheitlichen Wohlbefinden einher. Bei der Kontrollüberzeugung zeigt sich keine vergleichbare Assoziation.

Obwohl körperliche Beschwerden und gesundheitliches Wohlbefinden zusammenhängen, fühlen sich über 60% der Personen mit starken körperlichen Beschwerden gut oder sehr gut. Ebenso stufen mehr als die Hälfte der Befragten mit lang andauernden Gesundheitsproblemen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Dieses Wohlbefindensparadox – trotz schwieriger Umstände liegt Wohlbefinden vor – kann Selbstregulationsmechanismen, aber auch geringe Ansprüche widerspiegeln (Staudinger, 2000).

Abb. 2.3: Anteile der Personen mit gutem oder sehr gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach ausgewählten Gesundheitsindikatoren, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002 (günstige vs. ungünstige gesundheitliche Voraussetzungen, vgl. Abb. 2.1)



*p < 0.10; *** p < 0.01

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

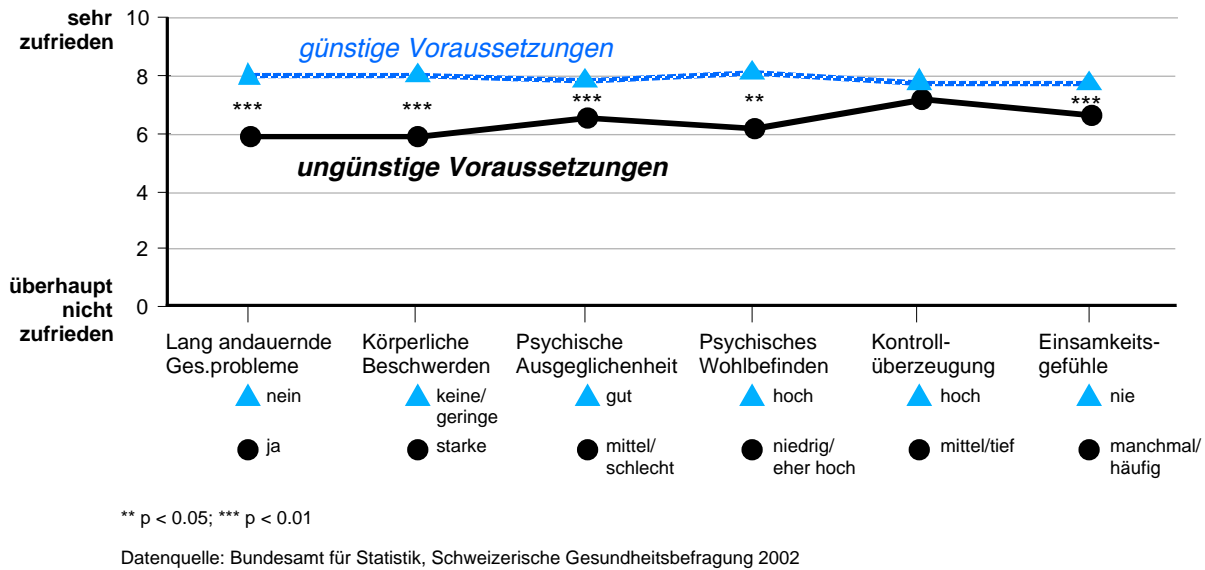
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit hängt mit körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten zusammen

Es kann nun gefragt werden, wie sich die soeben betrachteten Gesundheitsindikatoren auf die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit²¹ auswirken (Abb. 2.4).

Ähnlich wie beim gesundheitlichen Wohlbefinden spielen die körperlichen Aspekte der Gesundheit eine entscheidende Rolle. Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit geht einher mit der Abwesenheit von lang andauernden Gesundheitsproblemen, mit keinen bzw. geringen körperlichen Beschwerden und einer guten psychischen Ausgeglichenheit. Dieser positive Zusammenhang fällt beim psychischen Wohlbefinden und bei den Einsamkeitsgefühlen moderater aus. Zwischen der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und der Kontrollüberzeugung lässt sich kein signifikanter Zusammenhang feststellen.

²¹ Bzgl. Indikator *Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit*, vgl. Abb. 2.1

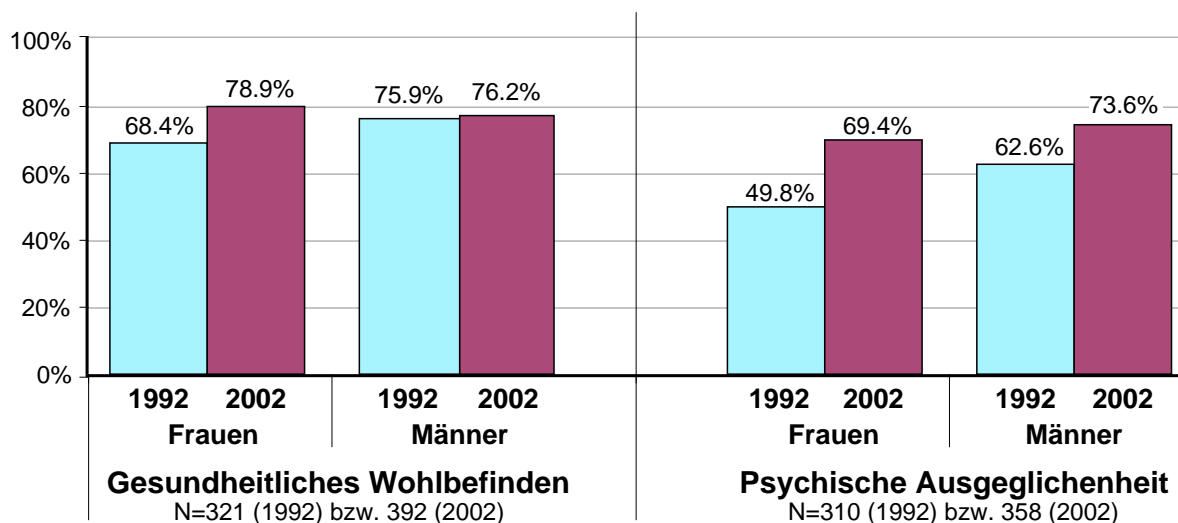
Abb. 2.4: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit nach ausgewählten Gesundheitsindikatoren, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002 (günstige vs. ungünstige gesundheitliche Voraussetzungen, vgl. Abb. 2.1)



Positive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit hat zugenommen

Der Anteil der Personen, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als gut oder sehr gut bezeichnen, ist im Kanton Zürich zwischen 1992 (71,7%) und 2002 (77,9%) leicht angestiegen. Eine Verbesserung wird sowohl bei den 65- bis 74-Jährigen (74,7% bzw. 81,7%) als auch bei den Personen ab 75 Jahre (66,0% bzw. 71,9%) beobachtet. Diese Entwicklung ist massgeblich durch die Angaben der Frauen geprägt (68,4% vs. 78,9%; vgl. Abb. 2.5). In der übrigen Deutschschweiz ist keine solche Veränderung zu erkennen (73,1% vs. 73,4%).

Abb. 2.5: Anteil der Personen mit gutem oder sehr gutem gesundheitlichem Wohlbefinden bzw. hoher psychischer Ausgeglichenheit nach Geschlecht, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 1992 und 2002



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002

Diese Entwicklung scheint im Kanton Zürich stärker mit Veränderungen in der körperlichen und psychischen Gesundheit einherzugehen als in der übrigen Deutschschweiz. So ging der Anteil der Personen, die über starke körperliche Beschwerden berichten, im Kanton Zürich von 30,4% auf 25,3% und in der übrigen Deutschschweiz von 30,5% auf 28,4% zurück. Bei den Zürcher Frauen zeigt sich eine deutlichere Verbesserung der psychischen Ausgeglichenheit (49,8% vs. 69,4%) als in der übrigen Deutschschweiz (48,8% vs. 63,2%)²².

Dank dieser günstigen Entwicklung bei den Zürcherinnen sind geschlechtsspezifische Unterschiede im gesundheitlichen Wohlbefinden und der psychischen Ausgeglichenheit bei den 65-Jährigen und Älteren zurückgegangen. Gab es 1992 noch knapp ein Zehntel mehr Zürcher mit gutem oder sehr gutem gesundheitlichen Wohlbefinden als Zürcherinnen, so waren es 2002 mehr Frauen als Männer. Bei der psychischen Ausgeglichenheit hat sich die relative Schlechterstellung der Frauen gegenüber den Männern deutlich verringert.

Zusammenfassung: Gesundheit und Wohlbefinden

Mehr als drei Viertel der Zürcher/innen ab 65 Jahre stufen ihr gesundheitliches Wohlbefinden als gut oder sehr gut ein. Verglichen mit der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren zeichnen sich ältere Menschen durch eine bessere psychische Gesundheit – insbesondere eine bessere psychische Ausgeglichenheit und eine höhere Kontrollüberzeugung – aus. Dafür weisen sie eine schlechtere körperliche Gesundheit auf und berichten etwas häufiger Einsamkeitsgefühle. Die körperliche Gesundheit wird durch starke Beschwerden und noch deutlicher durch lang andauernde Gesundheitsprobleme beeinträchtigt.

Unterschiede in Gesundheit und Wohlbefinden sind nicht nur alters- und geschlechtsbedingt, sondern widerspiegeln ebenso sehr ungleiche Ressourcen. Frauen und Personen ab 75 Jahre wie auch Personen mit geringeren Bildungs- und ökonomischen Ressourcen weisen öfter eine schlechte körperliche Gesundheit auf und fühlen sich häufiger einsam. Hohes Einkommen ist mit gutem psychischem Wohlbefinden assoziiert, während Personen, die in Mehrpersonenhaushalten leben, zwar körperliche Beschwerden aufweisen als Alleinlebende, sich dafür psychisch ausgeglichener und seltener einsam fühlen.

Berichteten 1992 zwei Drittel der Zürcherinnen, ihr Wohlbefinden sei gut oder sehr gut, so erhöhte sich dieser Anteil auf vier Fünftel im Jahr 2002. In der übrigen Deutschschweiz fand keine entsprechende Entwicklung statt. In diesem Zeitraum hat sich – bei unverändertem Anteil in der männlichen Bevölkerung – die Schere zwischen den Geschlechtern geschlossen: Bei Frauen und Männern lässt sich ein gleich gutes gesundheitliches Wohlbefinden feststellen. Diese Verbesserung des gesundheitlichen Wohlbefindens der Frauen ging mit einer Verringerung der relativen Schlechterstellung der Frauen gegenüber den Männern bei der psychischen Ausgeglichenheit einher.

²² Zwischen der Verbesserung der psychischen Ausgeglichenheit und dem gesundheitlichen Wohlbefinden besteht ein enger Zusammenhang: 2002 gaben 85,8% (1992: 80,3%) der Frauen mit einer guten psychischen Ausgeglichenheit an, ihr Wohlbefinden sei gut bis sehr gut. Der entsprechende Anteil beträgt 68,7% (1992: 59,9%) bei Frauen, die eine schlechte oder mittlere psychische Ausgeglichenheit aufweisen.

2.2 Beschwerden, Unfälle und Risikofaktoren

Zahlreiche meist körperliche Beschwerden und Krankheiten treten mit zunehmendem Alter vermehrt auf und ziehen zum Teil einschneidende Veränderungen in der Lebensgestaltung nach sich. Für viele Menschen im höheren Lebensalter gilt es daher, mit Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit zu leben.

Dieses Kapitel geht zunächst auf die Verbreitung ausgewählter **körperlicher Beschwerden** älterer Menschen ein. Danach werden die betrachteten Beschwerden mit **gesundheitlichen Risikofaktoren** in Bezug gesetzt. Abschliessend werden **Unfälle und Stürze**²³ – unter anderem in Verbindung mit Schwindelanfällen und Medikamentenkonsum – als weitere wichtige gesundheitliche Beeinträchtigungen untersucht.

Die betrachteten sechs Arten körperlicher Beschwerden – aufgetreten in den letzten vier Wochen vor der Befragung – sind Gelenk- und Gliederschmerzen, Rücken- und Kreuzschmerzen, Kopf- und Gesichtsschmerzen, Herzklopfen und Herzjagen, Ein- und Durchschlafprobleme sowie Schwäche und Müdigkeit. Bei den Risikofaktoren werden Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Übergewicht und Adipositas sowie Rauchen – vier der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen – berücksichtigt.

Körperliche Beschwerden bei über 65-Jährigen häufig

Die Hälfte der befragten Personen ab 65 berichten über Gelenk- und Gliederschmerzen (52,6%) oder Rücken- und Kreuzschmerzen (49,2%) in den letzten vier Wochen vor der Befragung. An starken Beschwerden²⁴ leidet dabei gut jede siebte Person (Gelenk und Gliederschmerzen 14,8%; Rücken- und Kreuzschmerzen 16,4%). Weniger verbreitet sind Kopf- und Gesichtsschmerzen (25,1%) sowie Herzklopfen und Herzjagen (18,2%). In den meisten Fällen handelt es sich dabei um leichte Beschwerden. Ein- und Durchschlafprobleme (43,9%) sowie Schwäche und Müdigkeit (39,0%) werden von vier von zehn Befragten genannt, wobei rund jede zehnte Person diese Beschwerden als stark einstuft (10,1% bzw. 8,6%).

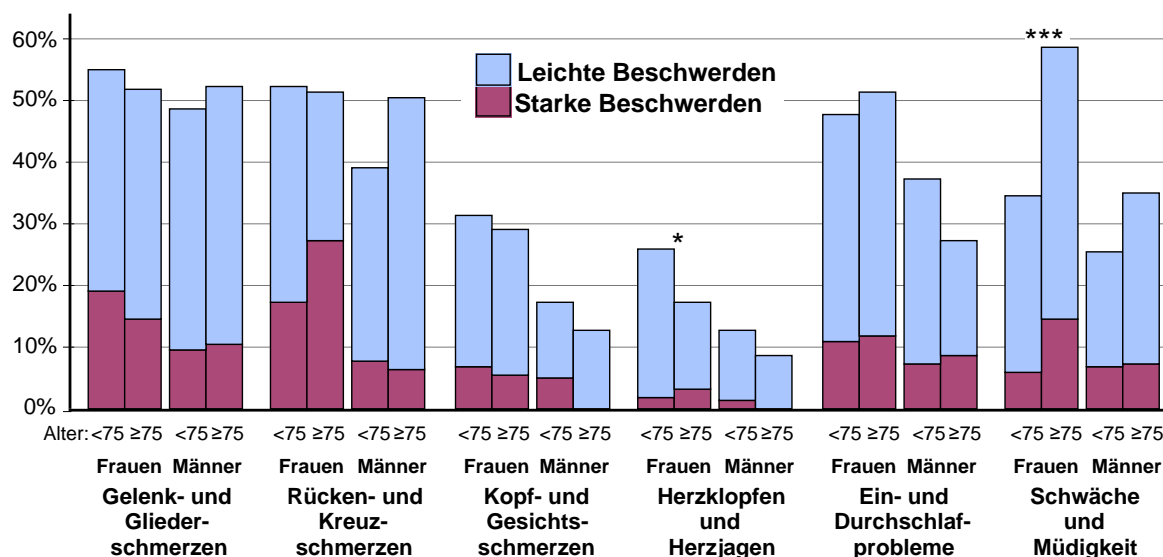
Sämtliche sechs Arten von Beschwerden werden von Frauen häufiger erwähnt als von Männern. Am geringsten fällt dieser Unterschied bei Gelenk- und Gliederschmerzen aus (Frauen 54,0%; Männer 50,3%). Ein- und Durchschlafprobleme sowie Schwäche und Müdigkeit sind bei Frauen anderthalb mal so oft anzutreffen wie bei Männern, Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie Herzklopfen und Herzjagen gar doppelt so oft. Bei der Hälfte der Zürcherinnen (49,7%; Männer 34,0%) sind Schlafprobleme zu erkennen, während knapp ein Drittel an Kopf- und Gesichtsschmerzen (30,6%; Männer 15,7%) leidet.

Unterscheidet man nach Altersgruppen (vgl. Abb. 2.6), so zeigt sich, dass Schwäche und Müdigkeit bei Frauen ab 75 Jahre (58,9%) deutlich häufiger vorkommen als bei Frauen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren und bei Männern beider Altersgruppen (im Schnitt 32,9%).

²³ Unfälle wurden im schriftlichen und Stürze im telefonischen Teil der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erhoben. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Ereignis sowohl als Unfall wie auch als Sturz berichtet wurde.

²⁴ Auf die Frage, ob jemand die jeweiligen Beschwerden in den letzten vier Wochen hatte, konnte mit «überhaupt nicht», «ein bisschen» oder «stark» geantwortet werden. Diese Antwortmöglichkeiten werden als keine, leichte bzw. starke Beschwerden berichtet.

Abb. 2.6: Beschwerden in den letzten vier Wochen vor der Befragung, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002



* $p < 0.10$; *** $p < 0.01$ (t-Test zwischen Altersgruppen, nach Geschlecht getrennt, jeweils Vergleich des Anteils der Personen mit leichten und starken Beschwerden)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (teilweise beruhen die Angaben nach Geschlecht und Alter auf weniger als 30 Beobachtungen)

Häufige Belastung durch Beschwerden

Im Kanton Zürich litten in den vier Wochen vor der Befragung knapp neun von zehn Personen ab 65 (Frauen 90,1%; Männer 86,5%) mehr oder weniger stark an einer oder mehreren der in Abb. 2.6 dargestellten sechs Beschwerdearten.

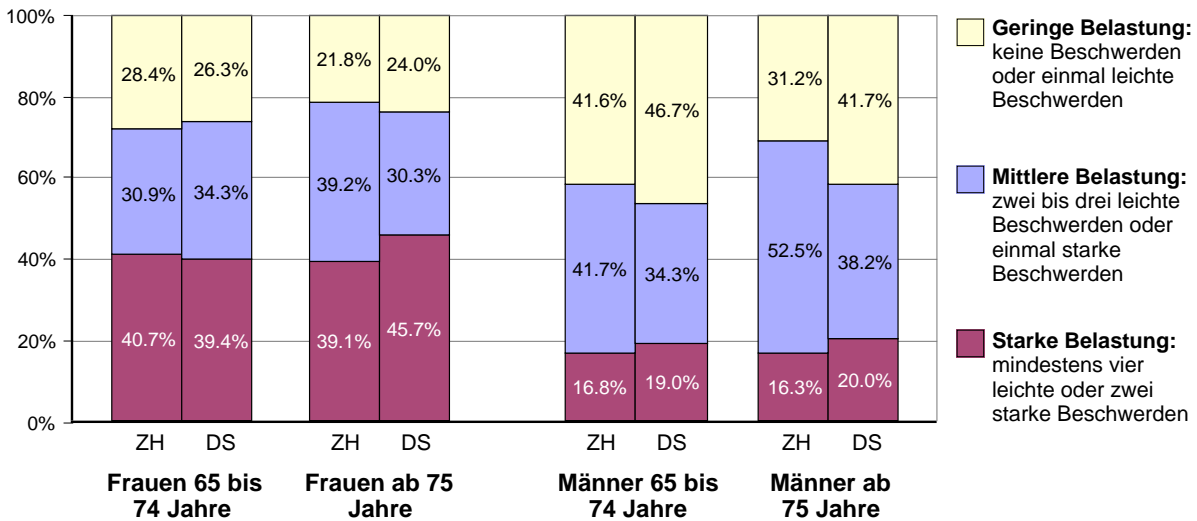
74,3% der Frauen und 62,3% der Männer sind *mittel* bis *stark* durch diese Beschwerden belastet (zur Terminologie vgl. Legende Abb. 2.7). Der Anteil in der Kategorie *starke Belastung* ist bei den Frauen zweieinhalb Mal so hoch wie bei den Männern (40,1% vs. 16,6%). Umgekehrt geben ein Viertel der Zürcherinnen (25,7%) und ein gutes Drittel der Zürcher (37,7%) eine *geringe Belastung* durch Beschwerden an.

Die Häufigkeit (Prävalenz) starker Belastung durch Beschwerden hängt nicht vom Alter ab. Hingegen findet mit zunehmendem Alter eine Verschiebung von einer geringen hin zu einer mittleren Belastung statt (vgl. Abb. 2.7). In der Altersgruppe ab 75 finden sich 10% mehr Personen mit einer mittleren Belastung durch Beschwerden als bei den 64- bis 74-Jährigen²⁵. Im Schnitt berichten die Frauen über 2,5 und die Männer über 1,8 Arten von Beschwerden.

Im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz weist die ältere Zürcher Bevölkerung – mit Ausnahme der Frauen zwischen 65 und 74 Jahren – häufiger eine mittlere (38,4%), dafür etwas seltener eine starke (31,4%) oder geringe Belastung durch Beschwerden (30,1%) auf. In der übrigen Deutschschweiz verteilt sich die Belastung zu je einem Drittel auf die drei Belastungskategorien. Diese regionalen Unterschiede sind bei Frauen und Männern ab 75 Jahre besonders ausgeprägt. Bei den Zürcherinnen geht die häufigere mittlere Belastung durch Beschwerden vor allem mit einer niedrigeren

²⁵ Dass kein Anstieg der Prävalenz starker Belastung durch Beschwerden ab 75 Jahre auftritt, kann mit der Befragung von ausschliesslich in Privathaushalten lebenden Personen zusammenhängen. Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich einerseits der Gesundheitszustand, andererseits nimmt, oft aus Pflegegründen, der Anteil der Personen zu, die in einem Heim leben und daher von der Befragung ausgeschlossen wurden.

Abb. 2.7: Belastung durch Beschwerden in den letzten vier Wochen vor der Befragung, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2002



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Prävalenz starker Belastung einher als bei den übrigen Deutschschweizerinnen. Bei den Zürcher Männern geht sie in erster Linie zu Lasten einer geringen Belastung durch Beschwerden²⁶.

Drei von vier über 65-Jährige mit Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten

Gesundheitliche Risikofaktoren wie *Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Übergewicht und Adipositas* oder *Rauchen* erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die wichtigste Todesursache bei den über 65-Jährigen (vgl. Kap. 2.4). Nach einem Überblick der Prävalenzen der angeführten Risikofaktoren wird deren Zusammenhang mit den oben genannten Beschwerden untersucht.

Im Kanton Zürich geben drei Viertel (75,6%; übrige Deutschschweiz 76,1%) der über 65-Jährigen an, zum Zeitpunkt der Befragung einen oder mehrere der vier Risikofaktoren Bluthochdruck, hohes Cholesterin²⁷, Übergewicht und Adipositas oder Rauchen aufzuweisen (vgl. auch Kap. 3.1). Fast jede zweite Person ab 65 ist im Kanton Zürich übergewichtig oder adipös (ZH 47,2%; DS 52,5%), während bei vier von zehn Befragten Bluthochdruck eine Rolle spielt (ZH 38,2%; DS 41,2%). Weniger häufig werden die Risikofaktoren Rauchen (ZH 16,8%; DS 13,2%) und hohes Cholesterin (ZH 13,9%; DS 17,7%) berichtet.

Übergewicht und Adipositas sind bei Männern verbreiteter als bei Frauen (55,5% vs. 42,3%). Das Gleiche gilt für hohes Cholesterin (18,5% vs. 11,2%). Dafür werden weniger Raucherinnen als Raucher (13,0% vs. 23,4%) gezählt. Bluthochdruck tritt bei 65- bis 74-Jährigen häufiger auf als bei Personen ab 75 (40,2% vs. 34,8%). Personen zwischen 65 und 74 Jahren rauchen deutlich häufiger als ab 75-Jährige (23,2% vs. 7,0%).

²⁶ Der Anteil der Männer ab 75 Jahre mit einer mittleren oder starken Belastung durch Beschwerden ist im Kanton Zürich signifikant höher als in der übrigen Deutschschweiz (68,8% vs. 58,3%, $p < 0,10$).

²⁷ Da es sich hier um Selbstangaben der Befragten und keine Diagnosen handelt, ist Vorsicht geboten. Ein in diesem Zusammenhang wichtiger Aspekt ist das Wissen um das Vorliegen von Risikofaktoren. Besonders bei der Frage nach Cholesterin wissen 12,3% der befragten Personen nicht, wie es um ihren Cholesterinspiegel steht. Ein Vergleich mit der Lebenszeitprävalenz der Risikofaktoren, gemessen an einer Diagnose oder einem ähnlichen Hinweis einer Person aus dem medizinischen Bereich an die befragte Person, zeigt etwas höhere Anteile als die Selbstangaben (Bluthochdruck 42,8% und hohes Cholesterin 20,8%).

Unter den Personen mit mindestens einem der vier Risikofaktoren nennen knapp sechs von zehn (57,2%) genau einen Risikofaktor und ein Drittel (29,5%) zwei Risikofaktoren. Bei jeder siebten Person (13,4%) sind drei oder vier Risikofaktoren auszumachen. Frauen haben etwas häufiger zwei oder mehrere Risikofaktoren als Männer (44,1% vs. 41,1%). Bei den 65- bis 74-Jährigen weisen 46,9% der Befragten mehr als einen Risikofaktor auf, bei den ab 75-Jährigen sind es 35,2%. Zwischen den verschiedenen Risikofaktoren bestehen nur schwache Zusammenhänge²⁸.

Jede fünfte über 65-jährige Person im vorangegangenen Jahr gestürzt

Nicht nur Krankheiten wirken sich auf das Wohlbefinden und die Lebensführung aus, sondern auch Unfälle und Stürze. Gerade im höheren Alter stellen Unfälle und Stürze wegen des damit einhergehenden Risikos von Frakturen und anderen ernsthaften Verletzungen ein bedeutendes Morbiditätsrisiko dar (Gostinsky et al., 1999).

Im Folgenden soll auf *Unfälle* im Allgemeinen (begriffen als Unfälle in Haus und Garten sowie Verkehrs-, Arbeits-, oder Sportunfälle) und *Stürze* im Speziellen²⁹ eingegangen sowie die Bedeutung von *Schwindelanfällen* und *Medikamentenkonsum* im Zusammenhang mit Unfällen und Stürzen beleuchtet werden.

Unfall- und Sturzrisiko nimmt mit dem Alter zu: In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung erlitt im Kanton Zürich jede achte Person ab 65 mindestens einen Unfall (ZH 12,9%; DS 13,6%), jede fünfte hatte einen Sturz (ZH 21,1%; DS 20,2%). Beide Vorkommnisse treten mit zunehmendem Alter und bei niedriger Bildung deutlich häufiger auf. Geschlechtsunterschiede spielen einzig bei Stürzen eine Rolle. Von einem Sturz betroffen waren mehr als ein Viertel der Zürcherinnen (26,1%). Bei den Zürcher Männern fällt dieser Anteil halb so hoch aus (12,6%).

Bei Personen ab 75 Jahre ist das Risiko einen Unfall zu haben, fast dreimal so hoch wie bei den 65- bis 74-Jährigen (22,1% vs. 8,4%). Dieser Unterschied ist bei Stürzen weniger ausgeprägt (28,0% vs. 16,8%).

Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung weisen ein etwa doppelt so hohes Unfallrisiko auf als jene mit einer nachobligatorischen Ausbildung (21,2% vs. 11,0%). Ähnlich ist dieses Gefälle bei den Stürzen (34,4% vs. 17,7%).

Kein Zusammenhang zwischen Schwindelanfällen und Unfall- bzw. Sturzrisiko: Jährlich erleben 16,6% der Zürcher/innen ab 65 Jahre Schwindelanfälle. Frauen sind mehr als doppelt so häufig betroffen als Männer (20,9% vs. 8,8%). Ältere Personen berichten etwas häufiger Schwindelanfälle als jüngere (65- bis 74-Jährige 14,7%; 75-Jährige und Ältere 19,7%). Schwindelanfälle korrelieren jedoch nicht mit einem höheren Unfall- oder Sturzrisiko.

Positiver Zusammenhang zwischen Medikamentenkonsum und Sturzrisiko: Schliesslich weisen Personen, die in den letzten sieben Tagen vor der Befragung irgendein Medikament eingenommen haben (vgl. Kap. 4.2), ein erhöhtes Sturzrisiko auf (OR = 3,00; $p < 0,01$, Referenz: kein Medikament in den letzten sieben Tagen). Hervorgehoben sei hier die Rolle von psychotropen Medikamenten, die den Gleichgewichtssinn stören können (siehe Höpflinger & Hugentobler, 2003). Insbesondere bei täglichem Konsum von Schmerzmitteln ist häufiger mit Stürzen zu rechnen (OR = 2,41; $p < 0,10$, Referenz: nicht täglicher oder kein Konsum)³⁰.

²⁸ Die deutlichste wenn auch schwache Assoziation besteht zwischen Bluthochdruck und hohes Cholesterin ($\Phi = 0,2$; $p < 0,01$).

²⁹ vgl. Fussnote 23

³⁰ Nach Alter, Geschlecht, Haushaltsgrösse, Ausbildung und Einkommen adjustierte logistische Regressionen ($n = 365$). Führt man dieselben Regressionen an der gesamten Deutschschweizer Stichprobe durch, so erhöht sich das Sturzrisiko signifikant bei täglichem Konsum sowohl von Schmerz- (OR = 2,19, $p < 0,01$) als auch von Beruhigungs- (OR = 3,11, $p < 0,01$) oder Schlafmitteln (OR = 1,95, $p < 0,01$).

Zusammenfassung: Beschwerden, Unfälle und Risikofaktoren

Gesundheitliche Beschwerden: Verglichen mit früheren Lebensabschnitten treten im Alter vermehrt gesundheitliche Beschwerden auf. Drei Viertel der Zürcherinnen und fast zwei Drittel der Zürcher litten in den vier Wochen vor der Befragung an einer mittleren oder starken Belastung durch Beschwerden. An erster Stelle der betrachteten Beschwerden kommen Gelenk- und Gliederschmerzen sowie Rücken- und Kreuzschmerzen.

Frauen berichten nicht nur häufiger über Beschwerden, sondern auch über eine stärkere Belastung durch Beschwerden. So sind einerseits Ein- und Durchschlafprobleme, Schwäche und Müdigkeit sowie Kopf- und Gesichtsschmerzen bei Frauen verbreiteter als bei Männern. Andererseits geben Frauen öfter starke Schmerzen im Rücken- und Gelenkbereich an als Männer. Ein Grund dafür kann in der häufigeren Erkrankung der Frauen an Arthrose vermutet werden.

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Drei Viertel der Zürcher Bevölkerung ab 65 Jahre weist einen der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Bluthochdruck, Cholesterin, Übergewicht oder Adipositas und Rauchen, ein Drittel mindestens zwei dieser Faktoren auf. Personen mit Bluthochdruck oder hohem Cholesterin haben deutlich mehr Beschwerden als Personen ohne diese Risikofaktoren.

Sturzrisiko: Jährlich stürzt jede fünfte Person ab 65 Jahre im Kanton Zürich. Dabei haben Frauen ein doppelt so hohes Sturzrisiko wie Männer. Ein ähnlich starker Zusammenhang besteht bei der Bildung und dem Alter: Bei Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung und Personen ab 75 Jahren steigt das Sturzrisiko deutlich an. Der regelmässige Konsum von Schmerzmitteln geht ebenfalls mit einem erhöhten Sturzrisiko einher.

2.3 Funktionelle Beeinträchtigungen

Zunehmende funktionelle Beeinträchtigungen führen oft zu zusätzlichen Anforderungen an die Bewältigung des Lebensalltags. Früher mühelos ausgeführte Verrichtungen werden durch verringerte körperliche Mobilität erschwert und gesundheitliche Störungen gehen mit einer Reihe von Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags einher.

Einem biopsychosozialen Ansatz folgend, werden **Behinderungen** als *Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -struktur (Schädigung), der Aktivität oder der Partizipation* verstanden (WHO, 2006)³¹. Im Alters(pflege)bereich und in geriatrischen Diskussionen spricht man indes weniger von Behinderungen als von **funktionellen Beeinträchtigungen**. Nachstehend wird daher funktionelle Beeinträchtigung synonym zu Behinderung gebraucht. In diesem Kapitel stehen Einschränkungen bei der Wahrnehmung und der Kommunikation oder in den Aktivitäten des täglichen Lebens im Vordergrund. Zwölf Indikatoren für solche funktionellen Beeinträchtigungen wurden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 erhoben (vgl. Kasten).

Indikatoren für funktionelle Beeinträchtigungen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002

Wahrnehmung und Kommunikation:

- | | |
|------------|--|
| Sehen | • Sehen Sie genug, um ein Buch oder eine Zeitung zu lesen? |
| Hören | • Können Sie einem gewöhnlichen Gespräch, an dem zwei weitere Personen teilnehmen, folgen? |
| Reden | • Können Sie ohne Schwierigkeiten sprechen? |
| Gedächtnis | • Sind Sie normalerweise in der Lage, sich an die meisten Dinge zu erinnern? |

Aktivitäten des täglichen Lebens:

- | | |
|--------------|--|
| Ankleiden | • Können Sie sich alleine, d.h. ohne fremde Hilfe, an- und ausziehen? |
| Essen | • Können Sie ohne Hilfe essen, das heisst auch beim Essen Fleisch, Früchte usw. selber zerschneiden? |
| Mobilität | • Können Sie alleine, d.h. ohne fremde Hilfe, aus dem Bett steigen?
• Wie weit können Sie alleine, d.h. ohne Hilfe, gehen, ohne dass Sie anhalten müssen und ohne dass Sie starke Beschwerden haben?
• Können Sie sich alleine, d.h. ohne Hilfe, in einen Sessel setzen und aufstehen? |
| Körperpflege | • Können Sie sich alleine, d.h. ohne Hilfe, die Hände und das Gesicht waschen?
• Können Sie alleine zur Toilette gehen? |

Wasserhalten:

- Haben Sie manchmal Schwierigkeiten, das Wasser zurückzuhalten?

Die nachfolgende Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bezieht sich ausschliesslich auf in Privathaushalten lebende Personen, d.h. in Institutionen Lebende sind nicht abgedeckt (vgl. *Anmerkungen zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Kapitel «Einleitung»*). Die generelle

³¹ Im Gegensatz zu älteren Definitionen, die sich mehr an Defiziten (Schäden, Störungen) orientieren, liegt bei diesem moderneren Konzept das Schwergewicht auf den persönlichen Fähigkeiten und der sozialen Teilhabe.

Häufigkeit der Beeinträchtigungen bei Personen im hohen Alter und das Ausmass der altersbedingten Unterschiede dürfte mit diesen Daten somit unterschätzt werden.³²

Personen, die funktionelle Beeinträchtigungen berichteten, mussten zusätzlich angeben ob und wie stark sie sich durch ihre Behinderung eingeschränkt fühlen. Im Folgenden wird unterschieden zwischen *nicht einschränkenden* funktionellen Beeinträchtigungen (Antwort: «überhaupt nicht») und *einschränkenden* funktionellen Beeinträchtigungen (Antwort: «ein bisschen», «stark»).

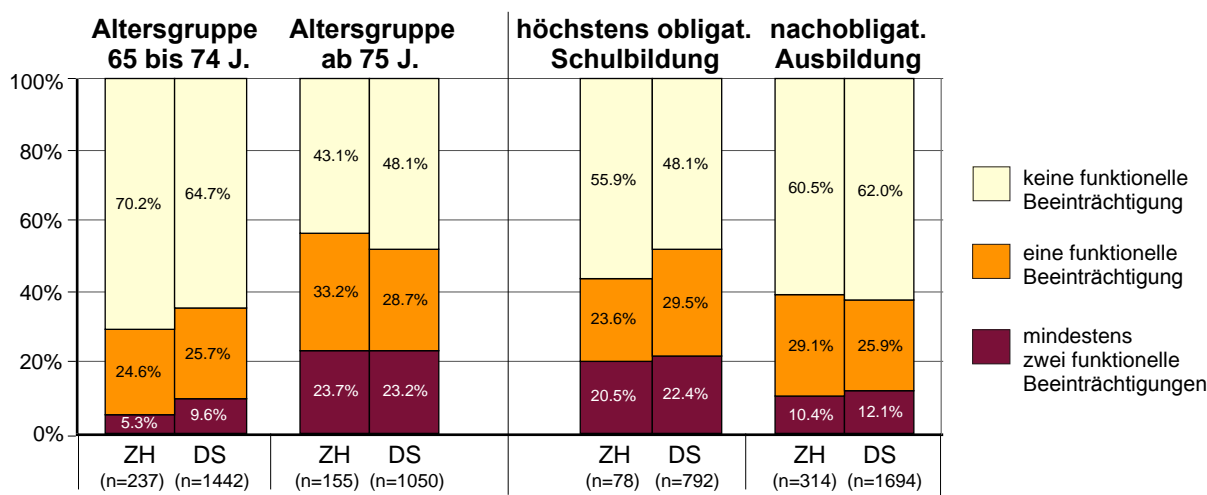
Nebst den vorwiegend körperlichen Beeinträchtigungen werden auch depressive Symptome berücksichtigt, um der Depression als wichtigster psychischer Störung Rechnung zu tragen (Bickel, 2003). Gerade im Alter sind Beeinträchtigungen durch depressive Episoden und deren Folgekosten besonders hoch (Katon et al., 2003).

In diesem Kapitel interessiert unter anderem, in welchem Zusammenhang die funktionellen Beeinträchtigungen mit den in Kap. 2.2 berichteten körperlichen Beschwerden stehen. Ebenso wird der Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen und verschiedenen Gesundheitsindikatoren untersucht (Kap. 2.1).

Vier von zehn über 65-Jährige mit funktionellen Beeinträchtigungen

Das Vorhandensein von funktionellen Beeinträchtigungen dient oft als Indikator für Pflegebedarf. Die Beschränkung der Befragung auf Personen in Privathaushalten führt dazu, dass einerseits die meisten betrachteten funktionellen Beeinträchtigungen nur selten genannt werden, andererseits kaum Kombinationen von Beeinträchtigungen vorkommen. Aufgrund der zwölf Indikatoren zeigt sich, dass 59,5% der befragten Zürcher/innen im Alter von 65 Jahren und mehr keine Beeinträchtigung angeben, 28,0% genau eine und bloss 12,5% zwei und mehr. Über 75-Jährige berichten fast zweimal häufiger über mindestens eine Beeinträchtigung als 65- bis 74-Jährige (56,9% vs. 29,8%; Abb. 2.8).

Abb. 2.8: Funktionelle Beeinträchtigungen, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2002



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

³² Ein Vergleich der ungewichteten Stichprobe mit den Bevölkerungszahlen der Zürcher Bevölkerung ab 65 Jahren in der Jahresmitte 2002 gemäss der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes des Bundesamts für Statistik zeigt, dass hoch Betagte in der Stichprobe stark untervertreten sind. Die Altersverteilung in der ungewichteten Stichprobe bzw. in der Bevölkerung lautet: 65 bis 74 Jahre: 60,5% bzw. 54,0%, 75 bis 84 Jahre: 32,9% bzw. 34,1%, 85 Jahre und älter: 6,6% bzw. 11,9%. Institutionen werden erst bei den über 85-Jährigen zu einer häufigen Wohnform (vgl. Kap. 1).

Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung geben etwas häufiger mindestens eine Beeinträchtigung an als Personen mit nachobligatorischer Ausbildung (Lehre, Matura, Tertiärbildung) (44,1% vs. 39,5%). Der Anteil an Personen mit mindestens zwei funktionellen Beeinträchtigungen ist bei Personen ab 75 und bei Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung deutlich höher als bei Personen zwischen 65 und 74 Jahren und Personen mit nachobligatorischer Ausbildung.

Die meisten Beeinträchtigungen kommen, wie bereits erwähnt, nur selten vor. Einzig Inkontinenz (17,5%), eingeschränktes Sehvermögen (10,5%) oder Schwierigkeiten einem Gespräch zu folgen (10,2%) werden von mehr als jeder zehnten befragten Person angegeben³³. Frauen berichten öfter über Inkontinenz als Männer (20,3% vs. 12,2%). Inkontinenz ist bei 75-Jährigen und Älteren doppelt so häufig wie bei 65- bis 74-Jährigen (25,4% vs. 12,7%). Die beiden übrigen Beeinträchtigungen – eingeschränktes Sehvermögen und Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen – werden vorwiegend von Personen über 75 Jahre berichtet.

Funktionelle Beeinträchtigungen erschweren die Bewältigung des Alltags jeder sechsten über 65-jährigen Person

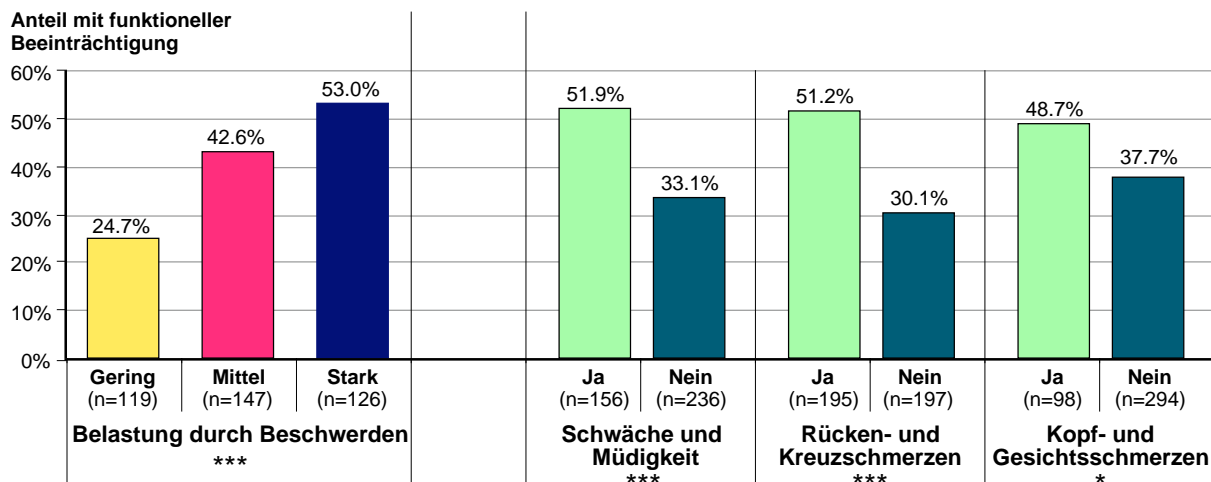
Im Kanton Zürich weisen rund vier von zehn Menschen ab 65 Jahre mindestens eine der zwölf betrachteten funktionellen Beeinträchtigungen auf. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern sich diese Personen bei der Bewältigung des Alltags auch tatsächlich eingeschränkt fühlen und ob sich Unterschiede nach Bevölkerungsgruppen zeigen. Zunächst lässt sich feststellen, dass die vorhandenen Beeinträchtigungen nur teilweise Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags verursachen: 42,3% der Personen mit einer funktionellen Beeinträchtigung – d.h. ein Sechstel der Gesamtbevölkerung – stufen diese als einschränkend ein. Im Wesentlichen hängt das Gefühl, durch eine Beeinträchtigung im Alltag auch tatsächlich eingeschränkt zu sein, mit dem Alter zusammen. Während 29,7% der 65- bis 74-Jährigen ihre Beeinträchtigung als einschränkend einstufen, sind es 52,3% der Personen ab 75 ($p < 0,01$). Funktionelle Beeinträchtigungen erschweren ebenfalls überproportional oft die Alltagsgestaltung der Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung (51,5%; Personen mit nachobligatorischer Ausbildung 39,6%). Die betrachteten Beeinträchtigungen sind besonders im höheren Alter und bei niedriger Bildung mit einem hohen Einschränkungspotential verbunden. Denkbar ist dabei, dass einerseits der Grad der Behinderung mit dem Alter zunimmt, andererseits Bewältigungsstrategien vom Bildungsstand abhängen. Unterstützung durch den/die Lebenspartner/in sowie Einkommen spielen eine untergeordnete Rolle.

Personen mit mehreren körperlichen Beschwerden häufiger funktionell beeinträchtigt

Zwischen körperlichen Beschwerden in den letzten vier Wochen vor der Befragung (vgl. Kap. 2.2) und funktionellen Beeinträchtigungen besteht ein enger Zusammenhang (Abb. 2.9). Zum einen geben bei einer starken Belastung durch Beschwerden mehr als doppelt so viele Personen eine Einschränkung an als bei einer geringen Belastung. Zum anderen zeigt sich, dass funktionelle Beeinträchtigungen vor allem bei Befragten mit den Beschwerden Schwäche und Müdigkeit, Rücken- und Kreuzschmerzen oder Kopf- und Gesichtsschmerzen deutlich häufiger anzutreffen sind als bei Personen ohne diese Beschwerden.

³³ Dabei benutzen die meisten 65-jährigen und älteren Befragten Sehhilfen wie Brille oder Kontaktlinsen (91,8%) und knapp jede zehnte Person Hörhilfen wie ein Hörgerät im Ohr oder in der Tasche (8,3%).

Abb. 2.9: Anteil Personen mit funktionellen Beeinträchtigungen nach Belastung durch Beschwerden (links) und nach einzelnen Beschwerden in den letzten vier Wochen vor der Befragung (rechts), 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002



Verwendete Ausprägungen: Belastung durch Beschwerden vgl. Kap. 2.2; bei den einzelnen Beschwerden bedeuten ja «ein bisschen» oder «stark», nein «überhaupt nicht».

* p < 0.10; *** p < 0.01 (Belastung durch Beschwerden: Varianzanalyse; einzelne Beschwerden: t-Tests)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Depressive Symptome bei Frauen häufiger

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit wurden, in Anlehnung an Winter et al. (2000) und Wittchen et al. (2000), mit zehn verschiedenen Fragen zu depressiven Symptomen in den letzten beiden Wochen vor der Befragung erhoben (z.B. Niedergeschlagenheit, Schlafschwierigkeiten, Antriebsmangel, Appetitlosigkeit). Gut ein Viertel (26,8%) der befragten Zürcher/innen geben mindestens ein Symptom an. Frauen sind häufiger betroffen als Männer (29,5% vs. 22,1%), Personen ab 75 Jahre häufiger als 65- bis 74-Jährige (31,2% vs. 24,9%)³⁴.

Personen mit funktionellen Beeinträchtigungen oder depressiven Symptomen mit negativerer Wahrnehmung der eigenen Gesundheit

Personen mit *einschränkenden funktionellen Beeinträchtigungen* haben ein schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden und geben seltener eine gute psychische Ausgeglichenheit, öfter Einsamkeitsgefühle und eine höhere Unzufriedenheit mit der eigenen Gesundheit an als Personen *ohne einschränkende funktionelle Beeinträchtigungen*. (Tab. 2.2; zu den Gesundheitsindikatoren vgl. Kap. 2.1). Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen den funktionellen Beeinträchtigungen und dem gesundheitlichen Wohlbefinden sowie der psychischen Ausgeglichenheit. Ausser beim Gesundheitsindikator gesundheitliches Wohlbefinden unterscheiden sich Personen mit *nicht einschränkenden funktionellen Beeinträchtigungen* kaum von Personen *ohne funktionelle Beeinträchtigungen*. Demnach spielen funktionelle Beeinträchtigungen in der Regel erst dann eine Rolle, wenn sie von den Befragten auch tatsächlich als einschränkend empfunden werden.

Bei Personen mit depressiven Symptomen sind bei allen sechs Gesundheitsindikatoren ungünstigere Voraussetzungen zu erkennen, dies am deutlichsten beim gesundheitlichen Wohlbefinden, beim psychischen Wohlbefinden und bei der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit.

³⁴ In der gesamten Deutschschweiz sind die entsprechenden Anteile nach Geschlecht (Frauen: 27,3% vs. Männer: 20,3%, p < 0,01) und nach Alter (ab 75 Jahre 31,1% vs. 65- bis 74-Jährige 20,6%, p < 0,01) signifikant verschieden.

Tab. 2.2: Zusammenhang zwischen Gesundheitsindikatoren und funktionellen Beeinträchtigungen sowie depressiven Symptomen

	Gesundheitsindikatoren					
	Sehr gutes/ gutes ges. Wohlbefinden	Gute psych. Ausgeglichenheit	Hohes psych. Wohlbefinden	Hohe Kontrollüberzeugung	Nie Einsamkeitsgefühle	Zufriedenheit mit der Gesundheit ⁺
Funktionelle Beeinträchtigungen:	n = 392	n = 358	n = 300	n = 243	n = 372	n = 303
- keine	85.4%	76.6%	68.7%	50.7%	80.7%	7.8
- vorhanden, nicht einschränkend	74.0%	73.8%	70.2%	54.2%	75.8%	7.4
- vorhanden, einschränkend	53.7%	41.9%	53.2%	56.5%	65.8%	5.4
Signifikanz	***	***			*	***
Depressive Symptome:	n = 239	n = 228	n = 235	n = 193	n = 237	n = 231
- keine	86.9%	77.1%	73.8%	54.5%	82.6%	7.8
- vorhanden	75.8%	64.9%	49.8%	37.2%	71.0%	6.3
Signifikanz	***	*	***	**	*	***

⁺Note von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden)

p < 0.10; ** p < 0.05; *** p < 0.01 (Funktionelle Beeinträchtigungen: Varianzanalyse; depressive Symptome: t-Tests)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

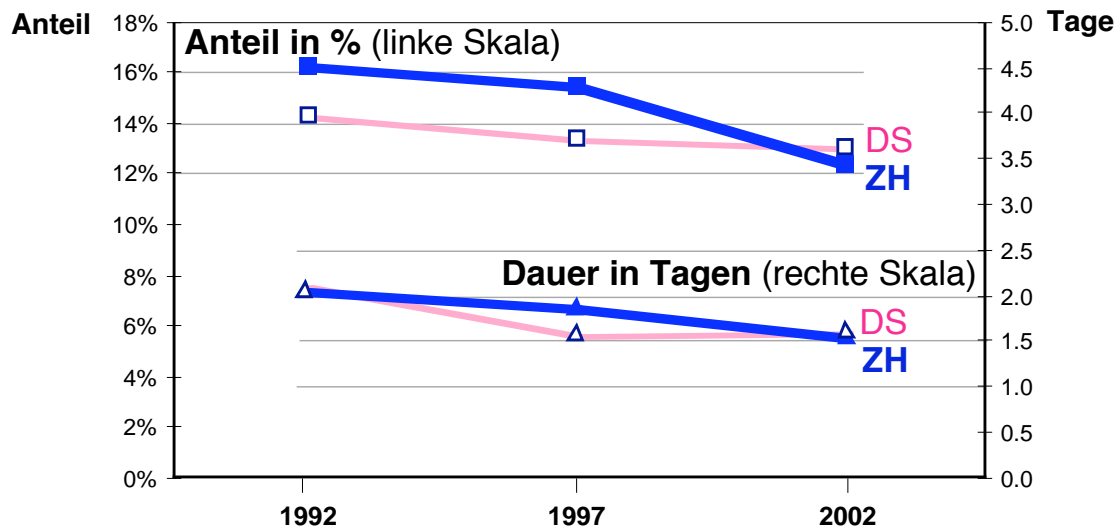
Zeitweilige Leistungseinschränkungen im Abnehmen begriffen

Nur wenige vergleichbare Fragen zu funktionellen Beeinträchtigungen sind in allen drei Gesundheitsbefragungen 1992, 1997 und 2002 erhoben worden. Eine dieser Ausnahmen ist: «Während wie vielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten vier Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können?».

Im Jahr 2002 betrug die Dauer der zeitweiligen Leistungseinschränkung der befragten Zürcherinnen und Zürcher in den letzten vier Wochen durchschnittlich 1,51 Tage. Männer (1,63 Tage) sind dabei stärker betroffen als Frauen (1,44) und Personen ab 75 Jahren (1,83) mehr als 65- bis 74-Jährige (1,30)³⁵. Sowohl der Anteil der Personen mit einer zeitweiligen Einschränkung der Leistungsfähigkeit in den letzten vier Wochen vor der Befragung als auch die Dauer der einhergehenden Leistungsunfähigkeit hat im Zeitraum zwischen 1992 und 2002 abgenommen (Abb. 2.10). Der Anteil der zeitweilig leistungsunfähigen Personen ist im Kanton Zürich etwas stärker zurückgegangen als in der übrigen Deutschschweiz (-4,0% vs. -1,3%), was zu einer Angleichung geführt hat. Besonders deutlich fällt der Rückgang im Kanton Zürich bei Männern (ZH -6,3%; DS -1,6%) und bei Mitgliedern eines Mehrpersonenhaushalts (ZH -7,1%; DS -1,7%) aus. Bei der Dauer der eingeschränkten Leistungsfähigkeit zeigt sich im Kanton Zürich und in der übrigen Deutschschweiz ein ähnlicher Rückgang um durchschnittlich einen halben Tag.

³⁵ In der übrigen Deutschschweiz ist die durchschnittliche Dauer der Leistungseinschränkung bei den Frauen länger als bei den Männern (1,71 vs. 1,37 Tage).

Abb. 2.10: Zeitweilige Einschränkung der Leistungsfähigkeit, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 1992, 1997 und 2002



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93, 1997 und 2002

Zusammenfassung: Funktionelle Beeinträchtigungen

Vier von zehn in einem Privathaushalt lebenden Zürcher/innen im Alter von 65 Jahren und mehr haben funktionelle Beeinträchtigungen, die ihnen Schwierigkeiten bei täglichen Aktivitäten wie Aufstehen, Essen, Körperpflege oder Gehen bereiten. Jede sechste Person fühlt sich bei der Bewältigung des Alltags durch solche Behinderungen eingeschränkt. Am häufigsten werden Inkontinenz, ein eingeschränktes Sehvermögen oder Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen, genannt. Depressive Symptome in den letzten beiden Wochen vor der Befragung berichtet ein Viertel der Befragten, Frauen häufiger als Männer sowie 75-Jährige und Ältere häufiger als 65- bis 74-Jährige.

Zwischen 1992 und 2002 haben Häufigkeit und Dauer zeitweiliger Leistungseinschränkungen abgenommen.

Funktionelle Beeinträchtigungen und depressive Symptome gehen mit einem schlechteren gesundheitlichen Wohlbefinden sowie mit einer schlechteren psychischen und sozialen Gesundheit einher. Bei funktionellen Beeinträchtigungen ist eine besonders deutliche Verschlechterung der psychischen Ausgeglichenheit und des gesundheitlichen Wohlbefindens zu erkennen. Depressive Symptome sind eng mit dem psychischen Wohlbefinden und der Kontrollüberzeugung assoziiert.

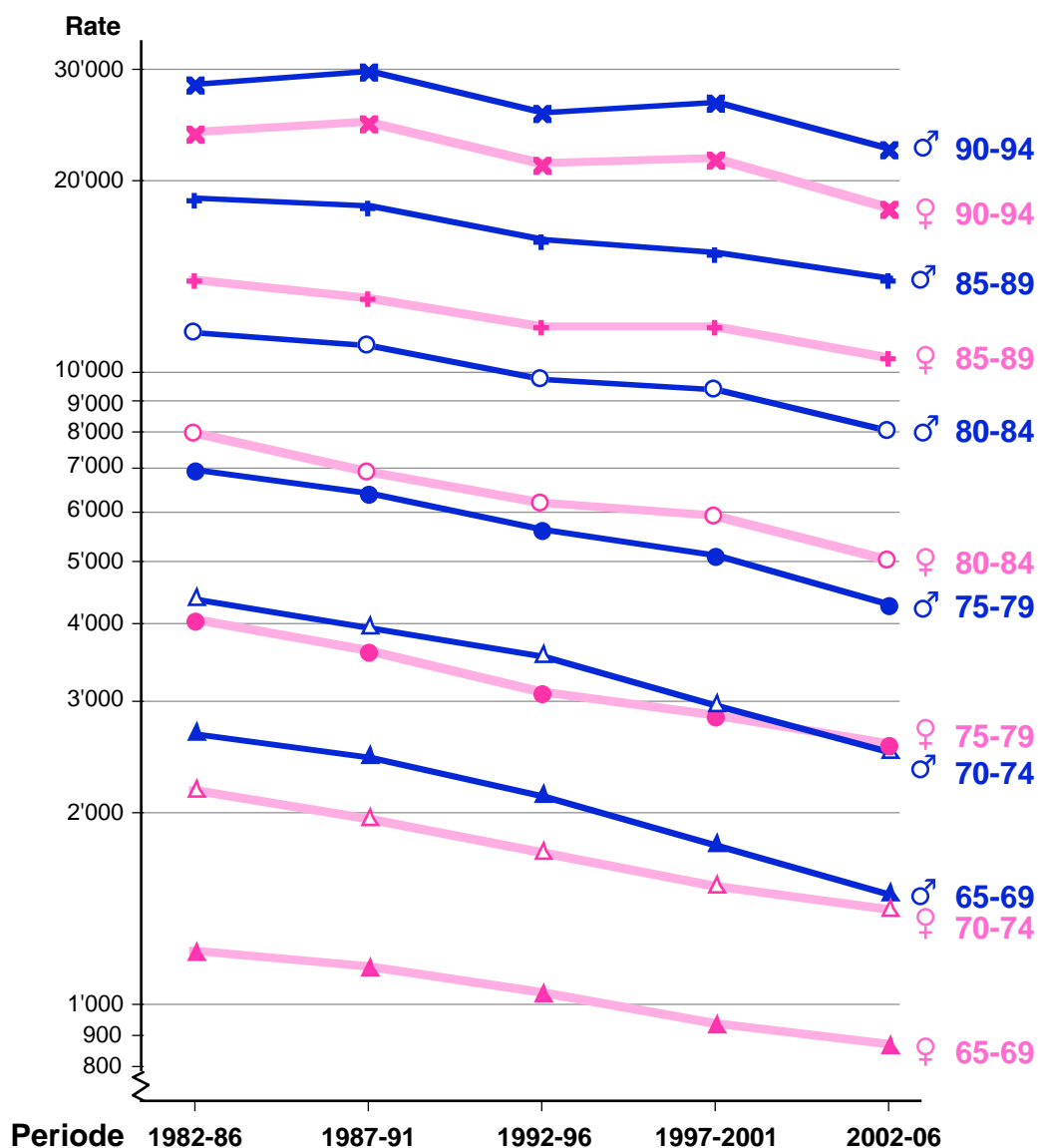
2.4 Mortalität und Todesursachen

Matthias Bopp

Rückgang der Sterberaten führt zu Anstieg der mittleren Lebenserwartung

Im Jahr 2006 sind 8'157 Zürcher/innen nach Erreichen des 65. Geburtstags verstorben, so wenige wie nie mehr seit 1985³⁶ (Maximum 1990 mit 8'811 Sterbefällen, gefolgt vom Hitzejahr 2003 mit 8'784 Sterbefällen). Seit Jahrzehnten nimmt die Wahrscheinlichkeit für eine Person im Alter X, im nächsten Jahr zu sterben, andauernd und deutlich ab (Abb. 2.9).

Abb. 2.11: Sterberaten (Sterbefälle pro 100'000 Personen und Jahr) nach Geschlecht und Alter, Kanton Zürich 1982-2006



Aus Darstellungsgründen wurde für die Sterberate (senkrechte Achse) keine lineare sondern eine logarithmische Skala verwendet.

Datenquelle: Bundesamt für Statistik (Statistik der Todesfälle und Todesursachen, ESPOP)

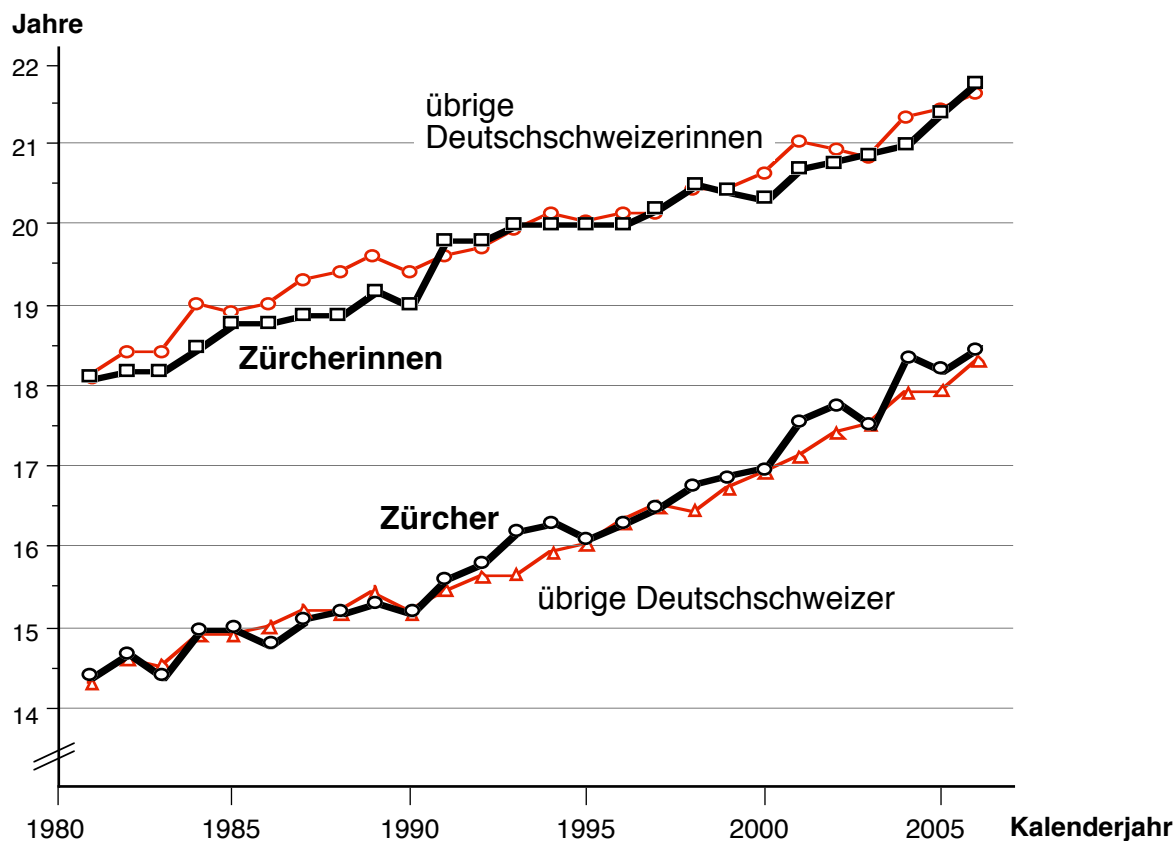
³⁶ Bei einer damals um 12,1% kleineren Bevölkerung in der Altersgruppe ab 65.

Von der Abnahme des Sterberisikos haben alle Altersklassen ab 65 profitiert, am stärksten aber die 65- bis 69-Jährigen (Veränderung 1982/86 bis 2002/06: Männer -50%, Frauen -32,5%).

Bis in die frühen 1990er Jahre sind die Sterberisiken der Frauen rascher zurückgegangen als die der Männer, seither haben die Männer wieder etwas aufgeholt, insbesondere in der Altersklasse 65 bis 74. Die Sterberaten der über 65-jährigen Männer sind im Kanton Zürich seit 1990 etwas niedriger als bei den übrigen Deutschschweizern, diejenigen der Frauen hingegen tendenziell eher höher als in der übrigen Deutschschweiz, insbesondere im Alter 65 bis 74. Als Folge davon ist der Quotient zwischen männlicher und weiblicher Sterberate im Kanton Zürich in allen Altersklassen ab 65 geringer als in der übrigen Deutschschweiz³⁷.

Um 1980 konnte ein 65-jähriger Zürcher mit einer verbleibenden Lebenszeit von gut 14 Jahren rechnen, 2006 waren es bereits 18,3 Jahre. Allein in den letzten 10 Jahren betrug die Zunahme bei den Männern zwei Jahre. Bei den Frauen war der Anstieg geringer (1,8 Jahre in den letzten zehn Jahren), allerdings auf höherem Niveau (2006: 21,8 Jahre; Abb. 2.12). Aus Zürcher Sicht sind zwei Punkte bemerkenswert, erstens eine beschleunigte Zunahme der verbleibenden Lebenserwartung, zweitens die gegenüber den 1980er Jahren im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz verbesserte Position.

Abb. 2.12: Verbleibende Lebenserwartung im Alter 65 nach Geschlecht, Kanton Zürich 1981-2006



Datenquelle: Bundesamt für Statistik (Statistik der Todesfälle und Todesursachen, ESPOP)

³⁷ Das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Sterberaten 2002-2006 bewegt sich im Kanton Zürich zwischen 1,14 (95-Jährige und Ältere) und 1,78 (65- bis 69-Jährige).

Mehr als vier von zehn sterben an einer Herz-Kreislauf-Krankheit

Wie oben erwähnt haben Männer in allen Altersklassen ein deutlich höheres Sterberisiko als Frauen. Dies zeigt sich auch bei den meisten Todesursachen (Tab. 2.3), insbesondere aber bei Krebs und Chronischer Bronchitis. Einzige Ausnahme in Tabelle 2.3 sind die Demenz-Erkrankungen, die erst seit Einführung der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen im Jahr 1995 häufiger als primäre Todesursache vermerkt werden³⁸. Dieser noch nicht abgeschlossene Trend bei der Diagnosestellung scheint im Kanton Zürich etwas weiter fortgeschritten als in der übrigen Deutschschweiz und könnte die höheren Demenz-Sterberaten erklären³⁹.

Auch bei den unklaren Ursachen sind regional unterschiedliche Diagnosepraktiken zu vermuten, bei den Unfällen und Gewalteinwirkungen spielt die im Kanton Zürich überdurchschnittliche Häufigkeit von Selbsttötungen im höheren Alter (nicht selten auch assistiert durch Sterbehilfeorganisationen) eine wichtige Rolle.

Bei den übrigen, zuverlässiger vergleichbaren Todesursachen sind die Sterberaten im Kanton Zürich bei den Männern meist geringer als in der übrigen Deutschschweiz, bei den Frauen hingegen ist dies nur teilweise der Fall, wobei vor allem die Krebstode eine gewichtige Ausnahme bilden.

Tab. 2.3: Wichtige Todesursachen: altersstandardisierte Sterberaten nach Geschlecht, Kanton Zürich und Vergleich mit übriger Deutschschweiz 2002-05, 65-Jährige und Ältere

Todesursache	Männer				Frauen			
	N	Sterberate ¹	% DS ²	p ³	N	Sterberate ¹	% DS ²	p ³
Total (alle Todesursachen)	14762	4377.7	97	***	19131	3030.9	101	*
Ursache bekannt oder unklar	432	134.0	133	***	527	84.4	109	**
Herz-Kreislauf-Krankheiten	5887	1737.5	93	***	8678	1274.8	96	***
- Koronare Herzkrankheiten	2862	844.9	95	***	3466	508.4	99	
- übrige Herzkrankheiten	1090	325.3	85	***	1951	286.1	93	***
- Hirngefässkrankheiten	1035	300.5	98		1756	260.9	101	
Krebs	4092	1223.9	96	**	3568	685.0	103	*
- Lungenkrebs	840	256.8	94	*	334	71.4	106	
- Darmkrebs	416	124.4	92		442	80.5	106	
- Brustkrebs		-			616	124.9	105	
- Prostatakrebs	819	238.4	101			-		
übrige Krankheiten	3685	1083.1	97		5539	855.2	103	**
- Diabetes	419	122.9	96		599	93.2	87	***
- Demenz	782	227.6	123	***	1934	271.1	130	***
- Chronische Bronchitis ⁴	581	169.8	78	***	392	68.1	96	
Unfälle/Gwalteinwirkungen	666	199.2	117	***	819	131.4	137	***

¹ Sterbefälle pro 100'000 Personen und Jahr, standardisiert auf die WHO-Standardbevölkerung «Europa». Bei dieser Berechnungsart erhalten die für 5-Jahres-Klassen berechneten altersspezifischen Sterberaten ein fixes Gewicht. Standardisierte Raten sind deshalb zwischen Todesursachen, Geschlechtern und Zeitperioden vergleichbar.

² Division der altersstandardisierten Sterberate für den Kanton Zürich mit derjenigen für die übrige Deutschschweiz; Lesebeispiel: 93 bei «Herz-Kreislauf-Krankheiten» bedeutet, dass – nach Korrektur für die unterschiedliche Altersstruktur – Männer im Kanton Zürich im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz ein um 7% geringeres Risiko haben, im nächsten Jahr an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu sterben.

³ Signifikanz der Unterschiede zwischen den Sterberaten im Kanton Zürich und denjenigen der übrigen Deutschschweiz:
* p ≤ 0.10; ** p ≤ 0.05; *** p ≤ 0.01

⁴ inkl. andere chronische Krankheiten der unteren Atemwege

Datenquelle: Bundesamt für Statistik (Statistik der Todesfälle und Todesursachen, ESPOP)

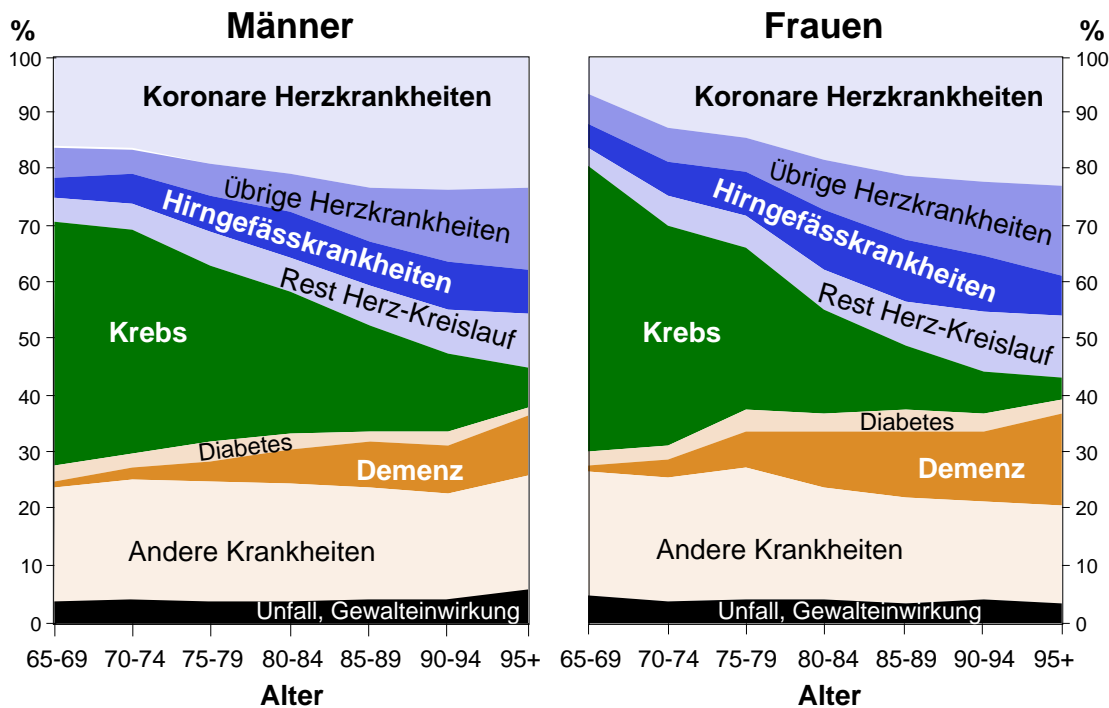
³⁸ Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns. Ob es sich dabei um eine eigenständige Todesursache handelt, ist umstritten. Hier werden die ICD-10-Codes F00-F03 und G30 zusammengefasst.

³⁹ Im Kanton Zürich ist in den letzten Jahren bloss noch bei den über 90-jährig verstorbenen Frauen ein Zunahmetrend sichtbar, in der übrigen Deutschschweiz hingegen bei Männern und Frauen ab Alter 80.

Mit zunehmendem Alter werden fast alle Todesursachen häufiger

Betrachtet man die relativen Anteile an allen Toden, so stehen je nach Alter – aber mit relativ geringem Unterschied zwischen Männern und Frauen – unterschiedliche Todesursachen im Vordergrund (Abb. 2.13). Relativ konstant ist der Anteil der Sterbefälle als Folge von Unfällen oder Gewalteinwirkungen – im Seniorenalter nicht selten Schenkelhalsbrüche bei einem Sturz. Während die relative Bedeutung der Krebstode mit zunehmenden Alter zurückgeht, nimmt diejenige aller Herz-Kreislauf-Krankheiten ausser den Hirngefässkrankheiten (v.a. Schlaganfall) immer mehr zu.

Abb. 2.13: Sterbefälle nach Todesursachen: Anteil nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich 2002-05



Datenquelle: Bundesamt für Statistik (Statistik der Todesfälle und Todesursachen, ESPOP)

Zusammenfassung: Mortalität und Todesursachen

Seit Jahrzehnten sinkt das Risiko, im nächsten Jahr zu sterben, in allen Altersklassen ab 65 deutlich. In den letzten 15 Jahren haben sich im Kanton Zürich die Sterberisiken der 65- bis 74-jährigen Männer besonders stark zurückgebildet, wodurch die Übersterblichkeit der Männer nicht mehr ganz so stark ausfällt wie in früheren Zeiten. 65-jährige Zürcherinnen haben im Durchschnitt aber immer noch eine um 3,5 Jahre längere Lebenszeit vor sich als 65-jährige Zürcher.

Das verglichen mit den Frauen höhere Risiko der Männer, im nächsten Jahr zu sterben, betrifft alle wichtigen Todesursachen ausser der Demenz. Allerdings ist gerade bei dieser Todesursache nach wie vor von einer deutlichen Unterregistrierung auszugehen. Aus diesem Grund muss offen bleiben, ob die deutlich höhere Demenz-Sterberate im Kanton Zürich wirklich mit einer höheren Erkrankungshäufigkeit einhergeht. Bei den besser vergleichbaren Todesursachen haben die Männer im Kanton Zürich meist geringere Sterberaten als die übrigen Deutschschweizer und auch eine höhere verbleibende Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren. Bei den Frauen ist das Bild weniger positiv, v.a. auch wegen einer leicht höheren Sterbehäufigkeit infolge von Krebs.

3. Einstellungen, Verhalten und soziales Umfeld

Jean-Luc Heeb

3.1 Einstellungen und Verhalten

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und **Einstellungen** sind aus präventiver Sicht von Bedeutung, da sie – anders als etwa biologisch bedingte Alters- und Geschlechtsunterschiede – zumindest teilweise beeinflussbar sind. Ausgewogene Essgewohnheiten, ein moderater Umgang mit Sucht- und Genussmitteln sowie ausreichendes Bewegungsverhalten tragen wesentlich zu einer guten Gesundheit bei und steigern die Lebensqualität. Umgekehrt erhöhen ungünstige Verhaltensweisen das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, unter anderem für Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs, die Haupttodesursachen älterer Menschen.

Die **Gesundheitseinstellung** wurde anhand von drei vorgegebenen Aussagen bestimmt, die den Befragten zur Auswahl standen⁴⁰. In Anlehnung an Wydler (2007) werden die Aussagen wie folgt umschrieben:

- *gleichgültige Gesundheitseinstellung* (Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern)
- *moderate Gesundheitseinstellung* (Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil)
- *rigorose Gesundheitseinstellung* (Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend wie ich lebe).

Das **Gesundheitsverhalten** wurde in fünf unterschiedlichen Verhaltensbereichen (Ernährung, Flüssigkeitsaufnahme, Alkoholkonsum, Tabakkonsum und physische Aktivität) untersucht. Zusätzlich wurde der Body-Mass-Index (BMI) miteinbezogen, weil er bis zu einem gewissen Mass das «abgelagerte» Resultat des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens darstellt. Im Globalbericht «Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006» sind diese sechs Bereiche ausführlich beschrieben (Wydler, 2007, S. 65; siehe auch Bundesamt für Gesundheit, 2005). Darauf aufbauend lassen sich sechs Gesundheitsempfehlungen definieren:

- ausgewogene *Ernährung*: tierische Fette mit Zurückhaltung, dafür reichlich Früchte, Gemüse und Salat
- ausreichende *Flüssigkeitsaufnahme*: täglich mindestens 1,5 Liter alkoholfreie Getränke
- kein *Tabakkonsum*
- höchstens zwei Standardgläser⁴¹ *Alkohol* pro Tag
- mindestens täglich während einer halben Stunde *physische Aktivität* mittlerer Intensität
- ausgewogenes Verhältnis zwischen Energiezufuhr und -verbrauch bzw. Ernährungs- und Bewegungsverhalten: *Body-Mass-Index (BMI)*⁴² zwischen 18,5 und 25.

⁴⁰ Die einleitende Frage im schriftlichen Fragebogen lautet: «Wie wichtig ist die Gesundheit für Sie? Sie sehen hier drei verschiedene Meinungen. Geben Sie bitte an, welche mit Ihrer eigenen Meinung am ehesten übereinstimmt.»

⁴¹ Als Standardglas gilt eine Menge von ca. 10 g reinen Alkohols, d.h. ungefähr 3 dl Bier, 3 dl sauren Most, 1 dl Wein oder 2-3 cl Spirituosen.

⁴² Body Mass Index – definiert als das Verhältnis zwischen Gewicht (in kg) und dem Quadrat der Körpergrösse (in m); Übergewicht liegt bei einem BMI ab 25, Adipositas ab 30 kg/m² vor.

Gleichgültige Gesundheitseinstellung selten

Gut ein Drittel der Befragten (36,1%) zeigt eine rigorose Einstellung (starke Orientierung an gesundheitlichen Überlegungen) und sechs von zehn (60,4%) eine moderate Einstellung (Berücksichtigung von gesundheitlichen Überlegungen). Eine gleichgültige Gesundheitseinstellung (keine gesundheitlichen Überlegungen) kommt nur vereinzelt (3,6%) vor. Die Gesundheitseinstellung hängt besonders stark mit dem Einkommen zusammen. Bei einem Äquivalenzeinkommen bis 3'000 Fr. ist eine rigorose Einstellung weit verbreiteter als bei einem höheren Einkommen (47,4% vs. 28,7%; $p < 0,01$). Ferner geben Frauen häufiger eine rigorose Einstellung an als Männer (40,2% vs. 28,4%; $p < 0,05$). Ein ähnliches Gefälle besteht nach dem Alter, der Bildung und der Haushaltsgrösse, wobei 75-Jährige und Ältere, Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung und Alleinlebende häufiger eine rigorose Einstellung angeben.

Günstige Essgewohnheiten und Bewegungsverhalten, aber ungenügende Flüssigkeitsaufnahme und Übergewicht

Ernährung: Ältere Zürcher/innen zeichnen sich durch eine gesunde Ernährungsweise aus (Tab. 3.1). Die Mehrheit der 65-Jährigen und Älteren verzehrt täglich Gemüse oder Salat sowie Früchte, während drei Viertel mehrmals wöchentlich, jedoch nicht täglich Fleisch oder Wurstwaren konsumieren. Mehr als sechs von zehn Befragten essen mindestens einmal wöchentlich Fisch. Knapp ein Drittel der Befragten trinkt fast täglich Milch, zwei Drittel konsumieren andere Milchprodukte. Personen, die fast täglich Milch trinken, konsumieren öfters auch andere Milchprodukte als Personen, die seltener Milch trinken (78,0% vs. 58,4%).

Tab. 3.1: Ernährungsverhalten: Anteil der Konsument/innen von ausgewählten Lebensmitteln und Getränken, nach Häufigkeit des Konsums, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002, N=391/392

Tage / Woche	Lebensmittel				Getränke		
	Fleisch und Wurstwaren	Gemüse und Salat	Früchte	Fisch	Milchprodukte	Milch	Fruchtsaft
6-7	16.7%	91.2%	83.4%	0.1%	64.6%	31.4%	25.4%
4-5	27.8%	5.3%	4.6%	2.2%	14.4%	3.2%	2.7%
1-3	48.0%	3.0%	8.4%	60.0%	16.6%	9.0%	15.4%
seltener/nie	7.5%	0.5%	3.5%	37.6%	4.4%	56.4%	56.5%

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Flüssigkeitsaufnahme: Etwas ungünstiger fällt die Flüssigkeitsaufnahme in der älteren Zürcher Bevölkerung aus (Tab. 3.2). Fast ein Drittel der Befragten konsumieren weniger als die empfohlenen 1,5 Liter alkoholfreie Getränke pro Tag. Personen, die auf ihre Ernährung achten, weisen häufiger einen ausreichenden Getränkekonsum auf als Personen, die dies nicht tun (72,3% vs. 48,8%; $p < 0,01$).

Alkoholkonsum: Beim Alkoholkonsum zeigt sich eine Aufteilung in vier etwa gleich grosse Gruppen von täglich, mehrmals wöchentlich, seltener Konsumierenden und Abstinente ab. Männer konsumieren häufiger und durchschnittlich dreimal mehr Alkohol als Frauen (15,5 g vs. 5,9 g reinen Alkohols pro Tag; $p < 0,01$). Auf ihre Gesundheit achtende Personen trinken weniger Alkohol (7,2 g vs. 10,9 g; $p < 0,01$). Knapp die Hälfte (45,8%) der Befragten, die täglich Alkohol trinken, weisen einen Konsum von durchschnittlich mehr als zwei Standardgläsern (d.h. mehr als 20 g reinen Alkohol) pro Tag auf. Zur Hauptsache sind es Männer, die mehr als zwei Gläser Alkohol trinken (30,2%, Frauen 4,7%; $p < 0,01$).

Tab. 3.2: Trinkverhalten, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002

Alkoholfreie Getränke (N=374)		Alkoholische Getränke (N=391)			
Liter pro Tag	Total	Häufigkeit	Frauen	Männer	Total
weniger als 1,5 Liter	31.9%	täglich	18.4%	41.3%	26.8%
1,5 bis 2 Liter	56.9%	mehrmals wöchentlich	23.8%	29.2%	25.8%
mehr als 2 Liter	11.1%	seltener	28.2%	16.1%	23.7%
		nie	29.7%	13.5%	23.7%

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Tabakkonsum: Jede sechste Person ab 65 Jahre rauchte zum Zeitpunkt der Befragung (16,8%), während knapp drei von zehn Befragten früher in ihrem Leben während mindestens sechs Monaten geraucht haben (28,3%). Männer rauchen (23,4% vs. 13,0%; $p < 0,05$) bzw. rauchten (41,1% vs. 20,9%; $p < 0,01$) doppelt so oft wie Frauen. Der Raucherstatus wird vor allem durch das Alter geprägt: Während die Anteile der Ex-Rauchenden bei den 65- bis 74-Jährigen und den 75-Jährigen und Älteren gleich sind, nimmt die Raucherquote mit steigendem Alter stark ab (23,2% vs. 7,0%; $p < 0,01$)⁴³. Bei Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung ist Rauchen zum Zeitpunkt der Befragung verbreiteter als bei Personen mit nachobligatorischer Ausbildung (Lehre, Matura, Tertiärbildung; 8,9% vs. 18,8%; $p < 0,05$).

Bewegung: Knapp drei von fünf der Befragten (58,3%) sind täglich mindestens 30 Minuten zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs. Frauen legen häufiger Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurück als Männer (63,6% vs. 48,4%; $p < 0,01$).

Zwei Drittel der befragten 65-jährigen und älteren Zürcher/innen (65,8%) kommen in der Freizeit oder bei der Arbeit⁴⁴ mindestens einmal in der Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen, die Hälfte sogar an mehreren Tagen. Männer schwitzen durch Bewegung häufiger als Frauen (72,6% vs. 62,1%; $p < 0,05$) und 65- bis 74-Jährige kommen häufiger ins Schwitzen als Personen ab 75 (73,7% vs. 51,1%; $p < 0,01$), nicht allein Lebende häufiger als allein Lebende (71,2% vs. 57,1%; $p < 0,01$) und Personen mit einem Äquivalenzeinkommen über 3'000 Fr. häufiger als solche mit einem niedrigeren Einkommen (71,5 vs. 56,5%; $p < 0,01$).

Fast jede zweite befragte Person (47,3%) treibt Gymnastik, Fitness oder Sport, Frauen häufiger als Männer (50,9% vs. 40,9%; $p < 0,10$) und Personen mit nachobligatorischer Ausbildung häufiger als solche mit höchstens obligatorischer Schulbildung (49,6% vs. 38,1%; $p < 0,10$). Personen mit nachobligatorischer Ausbildung gehen öfter einer intensiven körperlichen Aktivität nach als Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung (27,6% vs. 11,3%; $p < 0,01$), 65- bis 74-Jährige häufiger als 75-Jährige und Ältere (28,8% vs. 17,1%; $p < 0,01$).

Body-Mass-Index (BMI): Rund die Hälfte der Zürcher/innen ab 65 Jahre sind übergewichtig oder adipös (47,2%, BMI $\geq 25,0$), Männer häufiger als Frauen (55,5% vs. 42,3%; $p < 0,05$).

⁴³ Personen, die rauchen, konsumieren meist Zigaretten (84,3%) und dabei meist weniger als 20 Stück pro Tag.

⁴⁴ Nebst Berufsarbeit geht es hier vor allem um Haus- und Gartenarbeit. Bei der Arbeit kommen 35,1% der Befragten ins Schwitzen, in der Freizeit 50,8%.

Kumulation von Risikofaktoren bei Männern doppelt so häufig

Die Nichteinhaltung der zu Beginn des Kapitels genannten sechs Empfehlungen wird als verhaltensbezogenes Risiko definiert. Folgende Verhaltensweisen gelten als Risikofaktoren:

- pro Woche normalerweise an höchstens fünf Tagen Früchte bzw. Gemüse oder Salat und an mindestens fünf Tagen Fleisch- oder Wurstwaren
- täglich weniger als 1,5 Liter alkoholfreie Getränke
- Rauchen zum Zeitpunkt der Befragung
- mehr als zwei Standardgläser⁴⁵ Alkohol pro Tag
- Bewegungsarmut⁴⁶
- Übergewicht oder Adipositas (BMI \geq 25,0).

Die meisten Befragten weisen einen (30,6%) oder zwei (29,9%) der genannten Risikofaktoren auf. Bei jeder achten Person (12,5%) liegt kein Risikofaktor vor, bei jeder vierten drei oder mehr (27,0%). Allgemein besteht ein eher loser Zusammenhang zwischen den betrachteten Risikofaktoren. Etwas engere Zusammenhänge lassen sich zwischen übermässigem Alkoholkonsum und Rauchen zum Zeitpunkt der Befragung, ungenügender Flüssigkeitsaufnahme und Bewegungsarmut sowie zwischen nicht ausgewogener Kost und Übergewicht bzw. Adipositas belegen⁴⁷.

Die Anzahl vorhandener Risikofaktoren hängt mit dem Geschlecht, der Ernährungseinstellung und teilweise mit der Gesundheitseinstellung zusammen. Risikokonstellationen von drei oder mehr Faktoren kommen bei Frauen halb so oft vor wie bei Männern (19,9% vs. 39,1%; $p < 0,01$).

Bessere Essgewohnheiten und weniger Übergewichtige im Kanton Zürich als in übriger Deutschschweiz

Deutlich erkennbare regionale Unterschiede bestehen beim Essverhalten und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Während in der übrigen Deutschschweiz Hinweise auf eine unausgewogene Kost – fettreich und gleichzeitig ungenügender Konsum von Früchten, Gemüse und Salat – bei fast jeder zweiten 65-jährigen und älteren Person (46,7%) bestehen, zeigen ältere Zürcher/innen seltener ungesunde Essgewohnheiten (37,7%). Die gesünderen Essgewohnheiten der älteren Zürcher Bevölkerung mögen auch ein Grund für die im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz geringere Verbreitung von Übergewicht und Adipositas sein⁴⁸: Während im Kanton Zürich etwas weniger als die Hälfte der Befragten übergewichtig oder adipös sind, waren es in der übrigen Deutschschweiz über die Hälfte (47,2% vs. 52,4%).

Weniger Tabak- und Alkoholkonsum bei rigoroser Gesundheitseinstellung

Die Gesundheitseinstellung spielt vor allem bei den Männern eine Rolle: Bei einer rigorosen Gesundheitseinstellung sind drei oder mehr Risikofaktoren seltener als bei einer moderaten oder gleichgültigen Einstellung (26,7% vs. 40,7%)⁴⁹. Personen mit einer rigorosen Gesundheitseinstellung sind seltener Raucher/innen und trinken seltener mehr als zwei Gläser Alkohol pro Tag als Personen mit

⁴⁵ vgl. Fussnote 41

⁴⁶ Weniger als vier von zwölf Punkten auf der Bewegungsskala von Wydler (2007, S. 66), wobei die Summe der Punkte für ausreichendes (1 Punkt) und sehr aktives Bewegungsverhalten (2 Punkte) über die vier Bereiche Alltagsmobilität, Sport oder moderate bzw. intensive körperliche Aktivität gebildet wird.

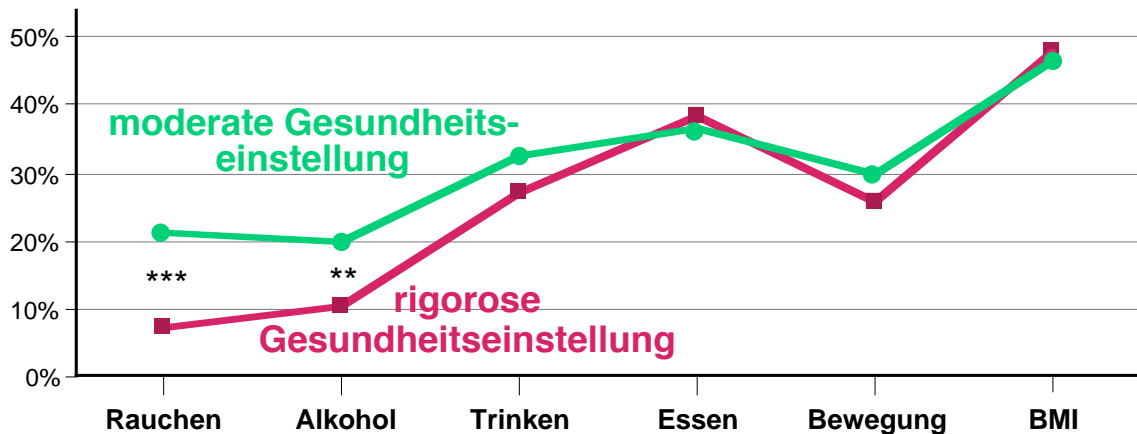
⁴⁷ Bei jedem der drei Paare von Risikofaktoren erhöht sich jeweils die Wahrscheinlichkeit des einen Risikos bei Vorhandensein des anderen um mindestens 10%, beim Paar Alkoholkonsum und Rauchen um ca. 20%.

⁴⁸ Beim Bewegungsverhalten als Indikator für den Verbrauch von Kalorien lassen sich keine entsprechenden regionalen Unterschiede feststellen.

⁴⁹ Bei den Frauen betragen die entsprechenden Anteile 18,1% vs. 20,3%.

einer moderaten Gesundheitseinstellung (Abb. 3.1). Bei den übrigen Risikofaktoren sind keine Unterschiede zu erkennen.

Abb. 3.1: Anteil der Personen mit Risikofaktoren aufgeteilt nach moderater bzw. rigoroser Gesundheitseinstellung⁵⁰, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002 (N=299-301)



** p < 0.05; *** p < 0.01

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Rigorese Gesundheitseinstellung bei gutem gesundheitlichen Wohlbefinden seltener

Gesundheitliche Beschwerden (vgl. Kap. 2.2) und funktionelle Beeinträchtigungen (vgl. Kap. 2.3) hängen nur schwach mit den Gesundheitseinstellungen und mit dem Gesundheitsverhalten zusammen. Bei Menschen mit einschränkenden funktionellen Beeinträchtigungen ist häufiger eine rigorose Gesundheitseinstellung (48,9% vs. 34,1%) anzutreffen, als wenn keine solchen Beeinträchtigungen vorliegen.

Zwischen dem gesundheitlichen Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit (Kap. 2.1) auf der einen, der Gesundheitseinstellung und dem Gesundheitsverhalten auf der anderen Seite sind nur wenige Zusammenhänge erkennbar. Einzelne Ergebnisse sind aber durchaus erwähnenswert: Personen mit einem guten oder sehr guten gesundheitlichen Wohlbefinden nennen deutlich seltener eine rigorose Gesundheitseinstellung als Personen, die sich mittelmässig bis sehr schlecht fühlen (32,3% vs. 52,6%; p < 0,01). Risikoreiche Verhaltensweisen gehen ferner mit psychischer Unausgeglichenheit einher: Personen, die drei oder mehr Risikofaktoren aufweisen, haben seltener eine gute psychische Ausgeglichenheit als jene mit höchstens zwei Risikofaktoren (62,4% vs. 74,0%; p < 0,05).

2002 mehr Übergewichtige als 1992

Der Anteil übergewichtiger oder adipöser älterer Menschen nahm zu: Im Jahr 1992 waren im Kanton Zürich 41,7% der Befragten übergewichtig oder adipös, 2002 betrug deren Anteil 47,2% (übrige Deutschschweiz: 45,4% vs. 52,4%).

⁵⁰ Die gleichgültige Gesundheitseinstellung wird wegen zu kleiner Fallzahlen nicht dargestellt.

Zusammenfassung: Einstellungen und Verhalten

Die Gesundheit nimmt einen wichtigen Platz im Leben der 65-jährigen und älteren Zürcher/innen ein: Sechs von zehn Befragten berücksichtigen gesundheitliche Überlegungen bei ihrer Lebensgestaltung, ein Drittel orientiert sich stark daran. Eine starke Orientierung an gesundheitlichen Überlegungen ist bei niedrigeren ökonomischen Ressourcen und bei den Frauen besonders verbreitet. Im Einklang mit dem Gesundheitsbewusstsein isst die Mehrheit der Befragten täglich Gemüse oder Salat sowie Früchte, mindestens wöchentlich Fisch und nicht täglich Fleisch oder Wurstwaren.

Etwas ungünstiger sieht die Flüssigkeitsaufnahme aus: Knapp ein Drittel der Befragten konsumiert täglich weniger als 1,5 Liter alkoholfreie Getränke, wiederum knapp ein Drittel der Männer täglich mehr als zwei Gläser Alkohol. Ein Sechstel der Befragten raucht. Obwohl ca. sechs von zehn Personen täglich eine halbe Stunde zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs sind, ebenso viele wöchentlich durch Bewegung ins Schwitzen kommen und jede zweite Person Sport treibt, ist rund die Hälfte der Zürcherinnen und Zürcher ab 65 Jahre übergewichtig oder adipös.

Die Kumulation von Risikofaktoren ist bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen. Personen mit einer rigorosen Gesundheitseinstellung rauchen zum Zeitpunkt der Befragung seltener und trinken seltener mehr als zwei Gläser Alkohol pro Tag als moderat eingestellte. Die Risiken für unausgewogenes Essen und Bewegungsarmut sowie für Übergewicht und Adipositas scheinen hingegen nicht mit der Gesundheitseinstellung zusammenzuhängen. Übergewicht und Adipositas haben zwischen 1992 und 2002 zugenommen.

3.2 Soziale Unterstützung

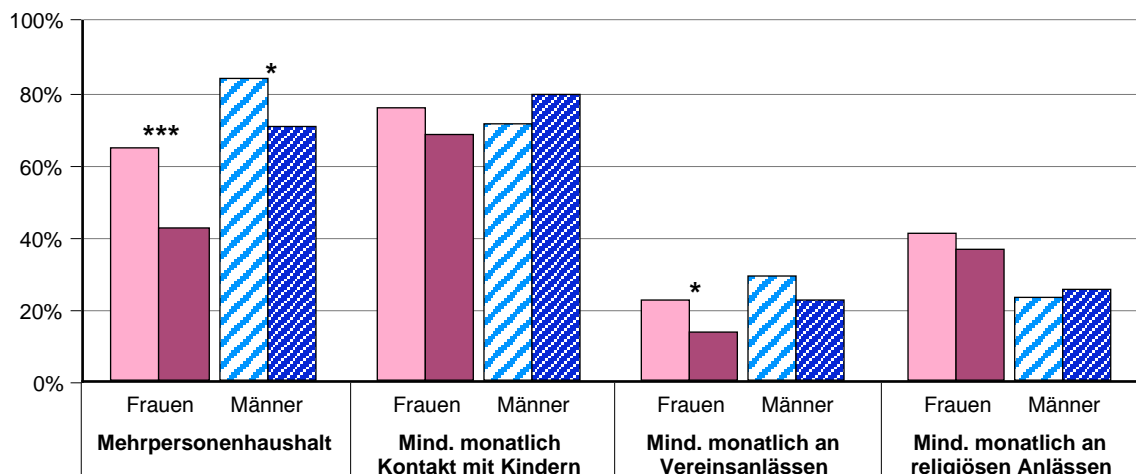
Die Pflege von Kontakten und Beziehungen steigert einerseits das Wohlbefinden und verringert das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, andererseits beschleunigt sie Genesungsprozesse und hilft mit, alltägliche Beschwerden wie auch kritische Situationen zu bewältigen. So verstanden wirken gut eingespielte Netze, nebst individuellen und materiellen Ressourcen, als Widerstandsfaktoren gegen Gesundheitsbelastungen (siehe Antonovski, 1997). Gerade im Alter können soziale Netzwerke bei der Bewältigung von – häufiger auftretenden – gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Folgen eine bedeutsame Rolle spielen. Gleichzeitig kann sich das Aufrechterhalten von sozialen Netzwerken für betagte Menschen schwierig gestalten, sei es wegen gesundheitlichen Beschwerden, die Kontakte zu Mitmenschen erschweren, oder wegen der Ausdünnung altershomogener Netze, deren Mitglieder versterben.

In diesem Kapitel wird die soziale Vernetzung schwerpunktmässig anhand von ausgewählten Primär- und Sekundärgruppen untersucht. Zu den **Primärgruppen**, die meist emotional und informell ausgerichtet sind, zählt die Familie (andere Haushaltsmitglieder, Kinder). Als **Sekundärgruppen** werden formelle Gruppen aus dem öffentlichen Leben (Vereine, Parteien) sowie religiöse Gemeinschaften betrachtet. Zunächst wird – mit einem besonderen Augenmerk auf die Unterstützung – die Einbindung in soziale Netze beschrieben, danach deren Zusammenhang mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren dargestellt.

Gute Einbindung der über 65-Jährigen in soziale Netzwerke

Ehepartner und Kinder sind wichtige Personen aus dem familiären Umfeld, die Unterstützung bieten können. Mehr als ein Drittel der befragten über 65-jährigen Zürcher/innen lebt allein, die übrigen leben in privaten Mehrpersonenhaushalten (Abb. 3.2). Letztere leben meistens mit einem/r Partner/in (92,7%), teilweise aber auch mit oder bei Kindern (9,6%). Bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen und den Altersunterschied bei Paaren – Männer sind im Schnitt älter als Frauen – nimmt der Anteil der allein Lebenden bei den Frauen mit dem Alter deutlicher zu als bei den Männern (vgl. Kap. 1). Befragte im Kanton Zürich leben häufiger alleine als in der übrigen Deutschschweiz (ZH 36,6% vs. DS 31,1%; $p < 0,05$).

Abb. 3.2: Soziale Netze und Partizipation, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002 (N=389-392)



* $p < 0.10$; *** $p < 0.01$ (t-Test zwischen Altersgruppen, nach Geschlecht getrennt)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Gut drei Viertel (77,9%) der befragten über 65-jährigen Zürcher/innen haben ein oder mehrere Kinder⁵¹. Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung haben signifikant häufiger und mehr Kinder als Personen mit nachobligatorischer Ausbildung (Lehre, Matura, Tertiärbildung). Die entsprechenden Häufigkeiten betragen 84,6% bzw. 76,1% ($p < 0,10$). Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung haben im Schnitt 2,7 Kinder, Personen mit nachobligatorischer Ausbildung 2,4 ($p < 0,10$). Die meisten Eltern pflegen einen regelmässigen, mindestens monatlichen Kontakt zu ihren Kindern (93,6%). Knapp drei Viertel der Eltern sehen ihre Kinder mindestens einmal wöchentlich (72,3%), ein Viertel sogar täglich (24,7%). Im Kanton Zürich haben die über 65-Jährigen seltener Kinder als in der übrigen Deutschschweiz⁵² (ZH 77,9% vs. DS 84,5%; $p < 0,01$).

Mehr als ein Drittel der befragten Personen (36,1%) sind Mitglied eines Vereins, eines Klubs, einer politischen Partei oder einer anderen Vereinigung. Männer gehören signifikant häufiger einer Vereinigung an als Frauen (43,3% vs. 31,9%; $p < 0,05$), 65- bis 74-Jährige häufiger als 75-Jährige und Ältere (42,0% vs. 27,0%; $p < 0,01$). Drei von fünf Vereinsmitgliedern ab 65 Jahre (59,2%) nehmen mindestens monatlich an einem Vereinsanlass teil, zwei von fünf (40,9%) sogar mindestens wöchentlich.

Ein Drittel der Zürcher/innen ab 65 Jahre (33,0%) nimmt mindestens monatlich an religiösen Anlässen teil, ein Sechstel mindestens wöchentlich (16,3%). Anders als bei der Beteiligung an Vereinsanlässen werden religiöse Anlässe häufiger von Frauen besucht als von Männern. Betrachtet man jedoch beide formellen Netzwerke zusammen, so ergibt sich für Frauen und Männer eine ähnliche, mindestens monatliche, Partizipation. 65-Jährige und Ältere nehmen im Kanton Zürich seltener an religiösen Anlässen Teil als in der übrigen Deutschschweiz (ZH 33,0% vs. DS 39,0%; $p < 0,05$).

Die soziale Partizipation soll anhand der soeben beschriebenen sozialen Netze näher beleuchtet werden. Dabei werden die beiden informellen Netzwerke (*Leben im Mehrpersonenhaushalt, mindestens monatlich Kontakt zu eigenen Kindern*) und die eher formellen Netzwerke (*mindestens monatlich Besuch von Vereins- bzw. religiösen Anlässen*) berücksichtigt. Sechs von zehn 65-Jährigen und Älteren verfügen über zwei (39,2%) oder alle drei (22,6%) betrachteten Netzwerke. Gut jede vierte Person (28,0%) ist nur in ein Netz eingebunden, jede zehnte Person (10,3%) in überhaupt keines. Frauen zwischen 65 und 74 Jahren haben im Durchschnitt signifikant mehr soziale Netze als Frauen ab 75 Jahren (1,81 vs. 1,43; $p < 0,01$). Bei den Männern unterscheidet sich die Anzahl der sozialen Netze nach dem Alter nicht signifikant (65- bis 74-Jährige 1,92; 75-Jährige und Ältere 1,83).

Verglichen mit der übrigen Deutschschweiz zeichnet sich die ältere Zürcher Bevölkerung durch eine etwas geringere soziale Partizipation gemäss den drei betrachteten Netzwerken aus (im Durchschnitt 1,74 vs. 1,94 Netzwerke; $p < 0,01$)⁵³.

Über 65-Jährige haben Vertrauenspersonen und erhalten emotionale Unterstützung

Das Fehlen mindestens einer Vertrauensperson ist – in der Jugend wie im Alter – ein wichtiger Indikator für Vereinsamung und soziale Isolation. Die meisten Zürcher/innen ab 65 Jahre (95,5%) nennen in ihrem näheren sozialen Umfeld mindestens eine Vertrauensperson, mit der sie persönliche Probleme besprechen können.

Sechs von zehn Befragten geben dabei sogar mehrere Vertrauenspersonen an. Die Dichte des Netzes der Vertrauenspersonen hängt insbesondere vom Geschlecht ab. Frauen verfügen signifikant häufiger über mehrere Vertrauenspersonen als Männer (66,1% vs. 56,4%; $p < 0,10$). Obwohl Frauen deutlich öfter in Einpersonenhaushalten leben als Männer (45,3% vs. 21,6%; $p < 0,01$), spielt die

⁵¹ Dabei werden nur zum Zeitpunkt der Befragung lebende Kinder gezählt. 16,9% der Befragten haben ein Kind, 28,2% zwei, 19,8% drei und 12,9% vier oder mehr Kinder.

⁵² Mindestens monatliche Kontakte mit den Kindern sind im Kanton Zürich (93,6%, nur Personen mit Kindern) und in der übrigen Deutschschweiz (95,2%) jedoch ähnlich häufig.

⁵³ Dieser regionale Unterschied besteht sowohl bei allein Lebenden (0,95 vs. 1,15; $p < 0,01$) als auch – etwas abgeschwächt – bei in Mehrpersonenhaushalten Lebenden (2,20 vs. 2,29; $p < 0,05$).

Haushaltsgrösse kaum eine Rolle für die Netzdichte. Eine Vielzahl von Frauen hat demnach eine Vertrauensperson, die nicht gleichzeitig ihr Lebenspartner ist.

Brauchen ältere Zürcher/innen emotionale Unterstützung, so kann sich die Mehrheit von ihnen an eine Hilfe leistende Person aus ihrem sozialen Umfeld wenden. Bei Bedarf können ungefähr vier von fünf Befragten meistens oder immer auf Personen zählen, bei denen sie sich aussprechen können (76,4%), die ihnen in einer Krisensituation zur Seite stehen (81,4%), die Wertschätzung vermitteln (84,4%) oder die ihnen Trost und Geborgenheit spenden (80,7%). Personen, die alleine leben, steht seltener eine solche breit gefächerte emotionale Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld zur Verfügung als in Mehrpersonenhaushalten Lebenden (58,7% vs. 70,6%; $p < 0,05$). Noch deutlicher ist dieses Gefälle zwischen Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung und Personen mit nach-obligatorischer Ausbildung (50,4% vs. 69,1%; $p < 0,05$).

Die Möglichkeit, emotionale Unterstützung von Personen aus dem eigenen sozialen Umfeld zu erhalten, hängt mit der Vernetzung zusammen. Während 39,4% der Befragten, die in keines der betrachteten sozialen Netzwerke eingebunden sind, meist oder immer drei oder vier der Unterstützungsarten zur Verfügung stehen, beträgt dieser Anteil 60,0% bei Personen mit einer Einbindung in alle drei Netze. Bei einer Partizipation an einem oder zwei Netzen beträgt der Anteil 46,0%.

Soziale Vernetzung wirkt sich günstig auf die Gesundheit aus – und umgekehrt

Einerseits wirkt sich die Einbindung in soziale Netzwerke günstig auf die Gesundheit aus, andererseits kann gerade ein schlechter Gesundheitszustand ein Hemmnis für die soziale Vernetzung darstellen. So gehen *gesundheitliche Beschwerden* (vgl. Kap. 2.2) und *einschränkende funktionelle Beeinträchtigungen* (vgl. Kap. 2.3) mit einer geringeren sozialen Partizipation einher. Durch Beschwerden stark belastete Personen sind durchschnittlich in 1,6 der drei betrachteten Netze – Mehrpersonenhaushalt, Kindern, Vereinigung/Religionsgemeinschaft – eingebunden, Personen mit einer geringen oder mittleren Belastung in 1,8 Netze. Noch deutlicher schneiden einschränkende funktionelle Beeinträchtigungen die Partizipation ein: Liegt eine einschränkende funktionelle Beeinträchtigung vor, beträgt die durchschnittliche Anzahl der Netze 1,3 gegenüber 1,8 bei Personen ohne einschränkende funktionelle Beeinträchtigung ($p < 0,01$). In jedem der drei betrachteten Netzwerke partizipieren ungefähr 5% weniger Personen mit einer starken Belastung durch Beschwerden als Personen ohne solche Belastung⁵⁴. Zwischen den Personen mit einer einschränkenen funktionellen Beeinträchtigung und denjenigen ohne eine solche Beeinträchtigung beträgt der Unterschied ca. 15%⁵⁵.

Die soziale Partizipation weist einen engen Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden sowie mit der psychischen und der sozialen Gesundheit auf (Abb. 3.3). Bei sämtlichen Indikatoren zeigt sich eine verbesserte Gesundheit mit zunehmender Anzahl der sozialen Netzwerke. Besonders ausgeprägt ist dieser Gradient beim psychischen Wohlbefinden und dem Empfinden von Einsamkeitsgefühlen.

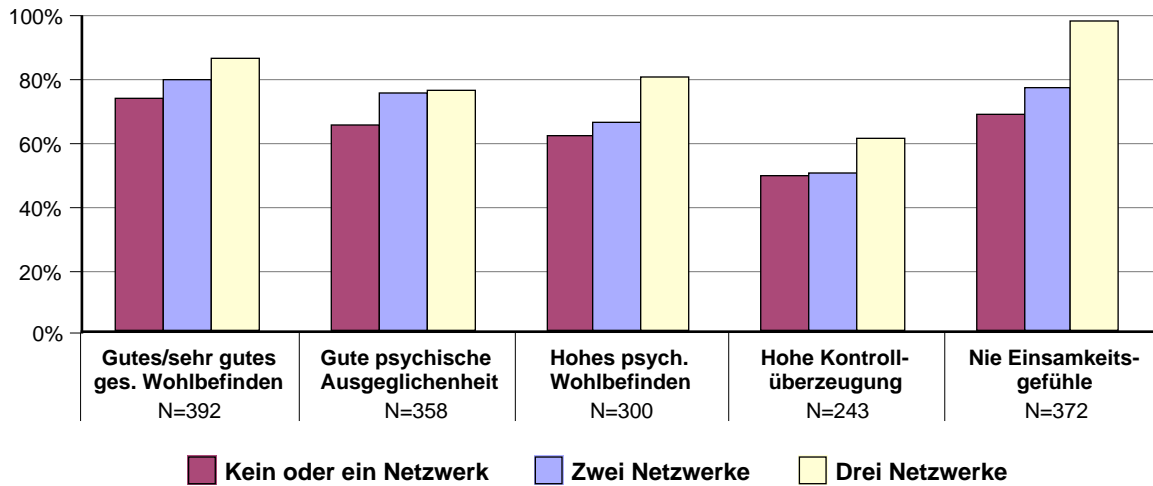
Nach den einzelnen Netzwerken betrachtet zeigt sich, dass Personen, die mindestens monatlich ihre Kinder sehen, öfter ein gutes oder sehr gutes Wohlbefinden berichten (Differenz der Anteile⁵⁶: 11,4%; $p < 0,05$), eine bessere psychische Ausgeglichenheit aufweisen (11,0%; $p < 0,10$) und seltener unter Einsamkeit leiden sind (9,7%; $p < 0,10$). Eine formelle Vernetzung in Vereinigungen und Religionsgemeinschaften geht mit einem günstigeren psychischen Wohlbefinden (14,2%; $p < 0,01$) einher. Ferner

⁵⁴ Dieselben Unterschiede lassen sich in der gesamten Deutschschweiz beobachten (Vereinigungen und Religionsgemeinschaften: $p < 0,01$, übrige Netzwerke: $p < 0,05$).

⁵⁵ Dabei handelt es sich nicht um einen reinen Alterseffekt: Einzig das Alleinleben nimmt mit wachsendem Alter zu, während die Häufigkeiten der beiden übrigen Partizipationen beinahe so gut wie nicht zurückgehen. Die Unterschiede sind signifikant (Haushalt: $p < 0,10$, übrige Netzwerke: $p < 0,05$).

⁵⁶ Differenz der Anteile der partizipierenden (hier definiert als mindestens monatlicher Kontakt mit den Kindern) und der nicht partizipierenden Personen (Kontakt seltener als monatlich).

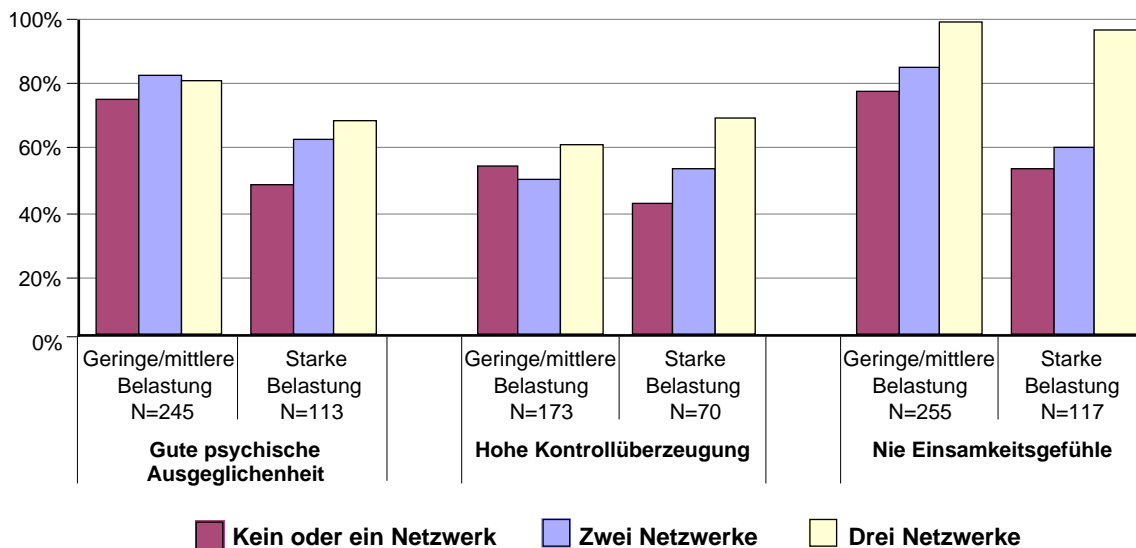
Abb. 3.3: Ausgewählte Gesundheitsindikatoren nach Ausmass der sozialen Partizipation, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

haben Personen, die mindestens monatlich an Vereinsanlässen teilnehmen, ein besseres gesundheitliches Wohlbefinden (8,8%; $p < 0,10$) und vor allem ein höheres psychisches Wohlbefinden (20,0%; $p < 0,10$).

Abb. 3.4: Ausgewählte Gesundheitsindikatoren nach sozialer Partizipation und nach Belastung durch Beschwerden, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Die Beeinträchtigung der psychischen und sozialen Gesundheit durch körperliche Beschwerden (Kap. 2.2) und funktionelle Beeinträchtigungen (Kap. 2.3) scheint teilweise durch die Einbindung in soziale Netzwerke aufgefangen zu werden⁵⁷. Je mehr soziale Netzwerke eine Person mit körperlichen Be-

⁵⁷ Die folgenden Befunde gelten auch für die übrige Deutschschweiz, wenngleich im Zusammenhang mit den Behinderungen das Gefälle im Kanton Zürich ausgeprägter ist.

schwerden nennt, desto besser ist ihre psychische Ausgeglichenheit, desto höher ihre Kontrollüberzeugung und desto seltener das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (Abb. 3.4). Dieser Zusammenhang ist bei einer starken Belastung durch Beschwerden deutlich ausgeprägter, als wenn nur eine geringe oder mittlere Belastung besteht⁵⁸.

Zusammenfassung: Soziale Unterstützung

Neun von zehn über 65-jährige Zürcher/innen sind in mindestens eines der drei betrachteten sozialen Netzwerke eingebunden, nämlich: Leben in einem Mehrpersonenhaushalt, mindestens monatlich Kontakt zu den eigenen Kindern, mindestens monatlich Besuch von Vereins- oder religiösen Anlässen. Knapp zwei Drittel leben in einem Mehrpersonenhaushalt (meistens mit ihrem Partner), knapp drei Viertel haben monatlich oder häufiger Kontakt mit ihren Kindern und ein Drittel nimmt mindestens monatlich an Vereins- oder religiösen Anlässen teil. Bei den Frauen ab 75 Jahre ist die soziale Partizipation am geringsten. Frauen besuchen häufiger religiöse Anlässe, Männer häufiger Vereinsanlässe.

Die meisten Personen haben eine Vertrauensperson, mit der sie persönliche Probleme besprechen können. Frauen verfügen dabei öfter über mehrere Vertrauenspersonen als Männer. Die Vielfalt der emotionalen Unterstützung, die Vertrauenspersonen anbieten, wächst mit der Anzahl der Netzwerke, in die jemand eingebunden ist.

Personen mit einschränkenden funktionellen Beeinträchtigungen oder belastenden körperlichen Beschwerden sind seltener in soziale Netzwerke eingebunden. Die soziale Vernetzung ihrerseits weist einen günstigen Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden sowie der psychischen und sozialen Gesundheit auf, besonders mit dem psychischen Wohlbefinden und dem Ausbleiben von Einsamkeitsgefühlen. Ferner scheint die soziale Partizipation dazu beizutragen, Beeinträchtigungen der psychischen und sozialen Gesundheit durch körperliche Beschwerden und funktionelle Beeinträchtigungen aufzufangen.

⁵⁸ Auch Personen mit einschränkenden funktionellen Beeinträchtigungen sind psychisch ausgeglichener, wenn sie über soziale Netze verfügen. Der Zusammenhang zwischen sozialer Partizipation und psychischer Ausgeglichenheit ist dann viel stärker, als wenn keine Beeinträchtigungen vorliegen.

4. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Jean-Luc Heeb

4.1 Vorsorgeuntersuchungen und Grippeimpfung

Vorsorgemassnahmen sind ein wichtiger Bestandteil der Sekundärprävention und dienen der Früherfassung von Gesundheitsproblemen. Im Folgenden soll das Vorsorgeverhalten der über 65-jährigen Zürcher/innen hinsichtlich der folgenden Untersuchungen analysiert werden: Messungen von **Blutdruck**, **Cholesterin** (Verhütung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz oder Angina pectoris) und **Blutzucker** (Diabetes), **Hautuntersuchungen** (Hautkrebs), **Prostatauntersuchungen** (Prostatakrebs), **Gebärmutterhalsabstriche** (Gebärmutterkrebs) und **Brustuntersuchungen** durch den Arzt (Brustkrebs)⁵⁹. Ergänzend wird auch auf **Grippeimpfungen** als bedeutende Präventionsmassnahme bei älteren Personen eingegangen.

Gute Versorgung der über 65-Jährigen mit Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckermessungen

Die Versorgung der über 65-jährigen Zürcher/innen mit Massnahmen zur Kontrolle von Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker ist im Durchschnitt ausreichend oder übertrifft gar die Empfehlungen (Tab. 4.1). Beinahe neun von zehn Personen liessen in den zwölf Monaten vor der Befragung ihren Blutdruck messen (88,6%). In der Regel wird zu einer Messung alle drei Jahre geraten. Würden die befragten Personen ihren Blutdruck wie empfohlen alle drei Jahre messen lassen und verteilten sich die Messungen all dieser Personen zufällig über die Zeit, so hätten lediglich 33,3% der Personen angegeben, in den letzten zwölf Monaten ihren Blutdruck gemessen zu haben.

Einer Messung von Cholesterin oder Blutzucker unterzogen sich in den zwölf Monaten vor der Befragung ungefähr zwei Drittel der älteren Personen (62,1% und 72,5%). Beim Blutzucker wird zu einer Kontrolle alle drei Jahre, bei Cholesterin, wenn überhaupt, zu einer Kontrolle alle fünf Jahre geraten⁶⁰. Wie die Daten zeigen, werden auch diese beiden Messungen deutlich häufiger durchgeführt als empfohlen. An über der Hälfte der Personen wurden alle drei Messungen (Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker) in den zwölf Monaten vor der Befragung durchgeführt (58,8%). Nur eine kleine Minderheit unterzog sich keiner dieser drei Vorsorgeuntersuchungen (11,7%).

Prostatauntersuchung, Gebärmutterhalsabstrich, Grippeimpfung und Hautuntersuchung zu selten

Als ungenügend muss hingegen die Häufigkeit der Prostatauntersuchung eingestuft werden. So gibt knapp jeder vierte über 65-jährige Zürcher Mann an, seine Prostata sei – im deutlichen Kontrast zur Empfehlung einer jährlichen Kontrolle ab Alter 50 – niemals vorsorglich untersucht worden. Ähnlich melden statt der angestrebten 100% nur drei von zehn Männern eine Prostatauntersuchung in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung. Knapp die Hälfte der über 65-jährigen Zürcher hat zwar ihre Prostata einmal untersuchen lassen, doch diese Kontrolle wurde nicht rechtzeitig wiederholt.

Ebenso berichten drei von zehn 65-jährige und ältere Zürcherinnen, niemals einen Gebärmutterhalsabstrich vorgenommen zu haben, obwohl ab erstem Geschlechtsverkehr zu einem Abstrich alle drei

⁵⁹ Mammografien wurden nicht berücksichtigt, da sie in erster Linie 50- bis 69-Jährigen empfohlen werden.

⁶⁰ Der Nutzen von Cholesterinmessungen bei gesunden Personen ab 65 Jahren ist wegen fehlender präventiver Wirkung in der Fachliteratur umstritten.

Jahre geraten wird⁶¹. Von den Frauen, die mindestens einmal in ihrem Leben einen Gebärmutterhalsabstrich hatten, berichteten 33,9% auch von einem Abstrich in den letzten zwölf Monaten. Zumindest in dieser Gruppe scheint die Inanspruchnahme demnach ausreichend.

Beinahe neun von zehn Frauen ab 65 haben mindestens einmal im Leben ihre Brust ärztlich untersuchen lassen. Obwohl nach den Wechseljahren zu einer Untersuchung alle zwei Jahre geraten wird, liessen lediglich 37,4% der Zürcherinnen ab 65 in den letzten zwölf Monaten ihre Brust untersuchen⁶².

Der Empfehlung einer jährlichen Impfung, wegen stets mutierender Viren, kamen zwei von fünf (41,3%) der über 65-jährigen Zürcher/innen nach. Auffällig ist der hohe Anteil an Personen, die sich niemals gegen Grippe haben impfen lassen (44,6%). Der eher geringe Unterschied (14,1%) zwischen den beiden Anteilen «in den letzten zwölf Monaten» und «mindestens einmal im Leben» bei den Grippeimpfungen scheint hier auf eine Zweiteilung der Bevölkerung in «regelmässig Geimpfte» und «nie Geimpfte» hinzuweisen. Schliesslich werden auch Hautuntersuchungen sehr selten durchgeführt: Gerade drei von zehn Personen haben sich mindestens einmal im Leben einer solchen unterzogen.

Tab. 4.1: Anteil der Personen mit Vorsorgemassnahmen in den letzten zwölf Monaten und (in Klammern) mindestens einmal im Leben, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002

	N	Geschlecht		Alter		
		Frauen	Männer	65 bis 74 J.	ab 75 J.	ab 65 J.
Blutdruckmessung	373	86.6% (100 %)	87.4% (100 %)	88.1% (100 %)	85.0% (100 %)	86.9% (100 %)
Cholesterinmessung	370	62.1% (97.3%)	70.9% (100 %) * (**)	65.2% (98.2%)	65.3% (98.4%)	65.2% (98.3%)
Blutzuckermessung	372	72.3% (98.6%)	68.4% (97.0%)	72.4% (98.3%)	68.5% (97.6%)	70.9% (98.0%)
Hautuntersuchung	370	6.6% (27.9%)	15.0% (32.7%) **	9.1% (31.1%)	10.4% (27.0%)	9.6% (29.6%)
Prostatauntersuchung	136		29.3% (77.0%)	31.4% (76.9%)	25.6% (77.2%)	29.3% (77.0%)
Gebärmutterhalsabstrich	234	24.1% (71.1%)		32.3% (83.4%)	10.7% (51.1%) *** (***)	24.1% (71.1%)
Brustuntersuchung	229	37.4% (87.9%)		42.6% (91.4%)	28.6% (82.2%) ** (*)	37.4% (87.9%)
Grippeimpfung	318	43.3% (57.5%)	37.6% (51.5%)	37.1% (51.6%)	49.5% (62.8%) ** (*)	41.3% (55.4%)

* p < 0.10; ** p < 0.05; *** p < 0.01

Es wurden jeweils t-Tests für Geschlecht (Männer vs. Frauen) und Alter (65- bis 74-Jährige vs. ab 75-Jährige) sowohl für «in den letzten zwölf Monaten» (Sternchen ohne Klammern falls signifikant) als auch für «mindestens einmal im Leben» (Sternchen in Klammern falls signifikant) durchgeführt.

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Personen ab 75 Jahre lassen sich häufiger gegen Grippe impfen als 65- bis 74-Jährige. Dafür sind Gebärmutterhalsabstriche und Brustuntersuchungen bei Frauen zwischen 65 und 74 Jahren deutlich häufiger als bei Frauen ab 75 Jahren. Männer lassen öfter ihren Cholesterinspiegel messen und unterziehen sich öfter einer Hautuntersuchung als Frauen.

Personen mit einem Hausarzt nutzen öfter Vorsorgemassnahmen

Zugang und Nutzung des Vorsorgeangebots werden einerseits durch ökonomische und kulturelle Ressourcen beeinflusst, andererseits kann das Gesundheitssystem Anreize schaffen, um präventiv-medizinische Untersuchungen zu fördern. Diesbezüglich nimmt der Hausarzt eine wichtige Rolle ein,

⁶¹ Würden sämtliche Frauen alle drei Jahre einen Gebärmutterhalsabstrich vornehmen lassen, so würden statt wie in der Befragung ein Viertel (24,1%, vgl. Tab. 4.1) ein Drittel der Frauen über einen Abstrich in den letzten zwölf Monaten berichten.

⁶² Gut die Hälfte der Frauen (56,1%) kommen der Empfehlung einer monatlichen Selbstuntersuchung der Brust durch Abtasten nach, während rund ein Viertel 26,9% seltener eine solche Massnahme treffen und ein Sechstel gar nie 17,0%. Knapp ein Drittel der Zürcherinnen ab 65 Jahren (30,0%) untersuchen ihre Brust nicht mindestens monatlich und unterzogen sich auch keiner ärztlichen Kontrolle in den letzten zwölf Monaten. 45,7% der Frauen wenden die eine oder andere Massnahme an, 24,3% beide.

da er seine Patienten niederschwellig auf die Bedeutung der Früherkennung aufmerksam machen und Vorsorgeuntersuchungen durchführen kann⁶³. Über 65-jährige Zürcher/innen, die einen Hausarzt haben, unterziehen sich deutlich häufiger Vorsorgeuntersuchungen, die sich sowohl an Frauen wie auch an Männer richten, als Personen ohne Hausarzt. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang bei Messungen des Blutdrucks (88,2% vs. 60,4%; $p < 0,05$), des Cholesterins (66,7% vs. 34,8%; $p < 0,01$) sowie bei der Grippeimpfung (43,2% vs. 15,2%; $p < 0,05$)⁶⁴.

Höhere ökonomische und Bildungsressourcen wirken sich insbesondere auf die Durchführung von Gebärmutterhalsabstrichen und Hautuntersuchungen günstig aus. Beide Vorsorgemassnahmen werden bei Personen mit nachobligatorischer Ausbildung (Berufslehre, Matura oder Tertiärausbildung) häufiger durchgeführt als bei Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung (Gebärmutterhalsabstrich: 28,0% vs. 11,7%; $p < 0,01$; Hautuntersuchung: 11,8% vs. 3,4%; $p < 0,10$). Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von über 3'000 Fr. unterziehen sich häufiger Hautuntersuchungen als Personen mit einem niedrigeren Einkommen (13,2% vs. 5,4%; $p < 0,05$).

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zeigen sich vor allem bei der Prostatauntersuchung: Zürcher Männer liessen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung deutlich seltener Ihre Prostata untersuchen als Männer in der übrigen Deutschschweiz (ZH 29,3% vs. DS 39,6%; $p < 0,05$). Der Anteil der Männer, der sich mindestens einmal im Leben einer solchen Untersuchung unterzogen hat, ist hingegen im Kanton Zürich und in der übrigen Deutschschweiz fast gleich (ZH 77,0% vs. DS 74,5%).

Verbreitete Vorsorgemassnahmen zur Förderung zu selten durchgeführter Untersuchungen

Bei der Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung bietet sich grundsätzlich die Gelegenheit, weitere Untersuchungen mit einer Fachperson zu besprechen, zu planen oder sofort vorzunehmen. Einerseits kann die Durchführung einer bestimmten Kontrolluntersuchung in den letzten zwölf Monaten zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit führen, sich im selben Zeitraum einer anderen Vorsorgeuntersuchung zu unterziehen. Andererseits kann sich diese Wahrscheinlichkeit verringern, wenn die erstgenannte Kontrolle nicht stattfindet.

Vorsorgeuntersuchungen treten oft in Kombination auf (vgl. Tab. 4.2). Besonders hoch ist der Zusammenhang zwischen Cholesterin- und Blutzuckermessung. Liegt z.B. keine Messung des Cholesterins oder des Blutzuckers in den letzten zwölf Monaten vor, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass die jeweils andere Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde eher gering (18,0 bzw. 32,2%; Zahlen in den Klammern). Blutdruckmessungen werden öfter auch unabhängig von Cholesterin- oder Blutzuckermessungen durchgeführt. Der Anteil an Personen, die ihren Blutdruck haben messen lassen, ist deutlich höher als derjenige bei Cholesterin- oder Blutzuckermessungen.

Fast jede Frau mit einem Gebärmutterhalsabstrich in den letzten zwölf Monaten hat ebenfalls ihre Brust untersuchen lassen. Umgekehrt berichten zwei Drittel der Frauen, deren Brust untersucht wurde, von einem Gebärmutterhalsabstrich.

⁶³ Multiple logistische Regressionen auf der Ebene der Deutschschweiz bestätigen die hier folgenden bivariaten Befunde weitgehend.

⁶⁴ Ein ähnliches Muster lässt sich bei den frauenspezifischen Untersuchungen erkennen: Frauen, die in den letzten zwölf Monaten beim Frauenarzt waren, berichten signifikant häufiger über einen Gebärmutterhalsabstrich (86,5% vs. 2,2% falls kein Frauenarztbesuch; $p < 0,01$) oder eine Brustuntersuchung (94,3% vs. 18,8%; $p < 0,01$).

Tab. 4.2: Inanspruchnahme von Vorsorgemassnahmen bei Durchführung bzw. Nicht-Durchführung von anderen Untersuchungen, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002

	Max. N	Versorgung ¹	Inanspruchnahme (Personenanteil in %) von Vorsorgemassnahmen bei Durchführung bzw. (in Klammern) Nicht-Durchführung einer/eines ...							
			BD	C	BZ	HU	P	GM	BU	GI
Blutdruckmessung (BD)	372	86.9		98.2 (65.3)	98.5 (58.2)	100 (85.3)	97.2 (83.3)	94.4 (84.7)	96.9 (80.2)	91.5 (88.1)
Cholesterinmessung (C)	370	65.2	74.0 (9.0)		84.3 (18.0)	94.1 (61.8)	92.6 (61.9)	70.5 (60.4)	75.7 (55.6)	72.8 (64.5)
Blutzuckermessung (BZ)	372	70.9	80.6 (8.2)	92.0 (32.2)		94.2 (68.1)	94.0 (57.7)	81.2 (70.7)	85.2 (66.3)	80.3 (70.7)
Hautuntersuchung (HU)	370	9.6	11.1 (0.0)	14.0 (1.6)	12.8 (1.9)		27.5 (9.8)	13.8 (4.4)	14.0 (2.6)	10.3 (9.7)
Prostatauntersuchung (P)	136	29.3	32.6 (6.4)	38.4 (7.5)	40.4 (5.6)	53.9 (25.1)		-	-	38.4 (25.4)
Gebärmutterhalsabstrich (GM)	234	24.1	26.3 (10.5)	27.3 (19.3)	26.7 (17.0)	49.7 (22.3)	-		63.1 (1.6)	24.9 (26.3)
Brustuntersuchung (Arzt, BU)	229	37.4	42.1 (8.6)	44.9 (24.7)	43.4 (20.8)	76.0 (34.1)	-	95.9 (18.4)		40.8 (40.5)
Grippeimpfung (GI)	318	41.3	42.3 (33.4)	44.2 (35.0)	44.4 (32.0)	42.9 (41.2)	47.7 (33.2)	41.4 (43.3)	42.9 (42.5)	

¹ Inanspruchnahme von Vorsorgemassnahmen in den letzten zwölf Monaten (Personenanteil in %)

Lesebeispiel (grau unterlegt): 65,2% der Zürcher/innen ab 65 Jahre haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung ihren Cholesterinspiegel kontrollieren lassen. 84,3% der Personen, die ihren Blutzucker messen liessen, haben im gleichen Zeitraum auch ihren Cholesterinspiegel überprüft, aber nur 18,0% der Personen, die ihren Blutzucker nicht kontrollieren liessen, hatten eine Cholesterinmessung.

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Weiter zeigt sich, dass die rege genutzten Messungen des Blutdrucks, des Cholesterins und des Blutzuckers eine «Zubringerfunktion» für seltenere Untersuchungen spielen mögen. Prostata- und Brustuntersuchungen sowie teilweise Gebärmutterhalsabstriche werden bis zu durchschnittlich 20% seltener durchgeführt, wenn die zuvor genannten Messungen ausbleiben. Umgekehrt werden Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckermessungen von den übrigen Vorsorgeuntersuchungen nur marginal beeinflusst. Lediglich Männer, die sich einer Prostatauntersuchung unterziehen, lassen häufiger Blutdruck, Cholesterin oder Blutzucker messen oder ihre Haut untersuchen. Bei den Frauen ist die Blutzuckermessung etwas verbreiteter, wenn sie eine Brustuntersuchung vornehmen. Mit Ausnahme der Grippeimpfung werden sämtliche Vorsorgeuntersuchungen häufiger durchgeführt, wenn eine Hautuntersuchung vorgenommen wird.

Potential für den Ausbau der schwach genutzten Vorsorgeuntersuchungen besteht prinzipiell bei der Durchführung jeder anderen Untersuchung. Einzig bei der Kombination Gebärmutterhalsabstrich und Brustuntersuchung ist – wahrscheinlich wegen der Bündelung dieser Kontrollen beim Frauenarzt – dieses Potential zu einem grossen Teil ausgeschöpft. Die Messungen von Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker bieten sich aufgrund der hohen Verbreitung dazu an, weniger beliebte Vorsorgeuntersuchungen stärker zu fördern.

Zusammenfassung: Vorsorgeuntersuchungen und Grippeimpfung

Fast jede Zürcherin und fast jeder Zürcher im Alter ab 65 hat einmal im Leben eine Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckermessung vorgenommen. Bei den übrigen Vorsorgemassnahmen liegen die Anteile der Personen, die sich in den letzten zwölf Monaten untersuchen liessen, teils deutlich unter 50%. Viele über 65-jährige Zürcher/innen lassen sich nicht gegen Grippe impfen und verzichten auf eine Hautuntersuchung. Mit Blick auf gängige Empfehlungen lässt sich eine ausreichende Inanspruchnahme von Routineuntersuchungen zu Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker feststellen. Bei geschlechtsspezifischen Massnahmen wie Prostatauntersuchung und Gebärmutterhalsabstrich ist die Inanspruchnahme hingegen ungenügend.

Eine längere Ausbildung und ein höheres Einkommen begünstigen vor allem die Durchführung von Gebärmutterhalsabstrichen und Hautuntersuchungen. Personen ab 75 Jahre lassen sich häufiger gegen Grippe impfen als 65- bis 74-Jährige. Eine zentrale Rolle kommt dem Hausarzt zu: Routineuntersuchungen und Grippeimpfungen werden von Personen, die einen Hausarzt haben, häufiger vorgenommen. Die Muster der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen weisen auf das Potential von Routineuntersuchungen für eine häufigere Durchführung anderer – seltener als empfohlen genutzter – Vorsorgeuntersuchungen.

4.2 Medikamentenkonsument

In diesem Kapitel geht es um die Häufigkeit des Medikamentenkonsument, aber auch um den Zusammenhang zwischen Medikamentenkonsument, Wohlbefinden, körperlichen Beschwerden und funktionellen Beeinträchtigungen (vgl. Kap. 2.1 bis 2.3). Bedingt durch die Art der Datenerhebung (vgl. Einleitung) ist eine Unterschätzung der wahren Häufigkeiten nicht auszuschliessen⁶⁵.

Ein vielfach bestätigter Befund ist, dass Frauen einen höheren Medikamentenkonsument aufweisen als Männer⁶⁶. Geschlechtsspezifische Aspekte der Sozialisation, die zu einer allgemein grösseren Medikalisation der Lebensbereiche bei den Frauen führen, spielen dabei eine wichtige Rolle (siehe Bundesamt für Gesundheit, 2006). Unterschiede im Medikamentenkonsument spiegeln auch soziale Ungleichheiten. Personen mit geringeren ökonomischen und kulturellen Ressourcen nehmen oft mehr Medikamente ein, was mit einer höheren psychosomatischen Belastung, unter anderem als Folge strengerer Arbeitsbedingungen, sowie mit unterschiedlichen Verschreibungs- und Behandlungspraktiken zusammenhängen mag.

Der generelle Medikamentenkonsument wird anhand des Gebrauchs *irgendeines Medikamentes* in den letzten sieben Tagen vor der Befragung untersucht. Zusätzlich wird näher auf sieben für ältere Menschen relevante Medikamentengruppen eingegangen, davon drei mit psychotropen Substanzen⁶⁷ (und damit einem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial), nämlich **Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel** und vier ohne psychotrope Substanzen, nämlich **Herzmedikamente, Blutdrucksenker, Rheumamittel** und **Cholesterinsenker**⁶⁸. Die gleichzeitige Einnahme von mindestens zwei dieser sieben Medikamente in den letzten sieben Tagen wird als Polymedikation bezeichnet.

Sieben von zehn Personen ab 65 Jahre konsumierten in der Woche vor der Befragung ein Medikament

Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentenkonsument – eine Entwicklung, die mit der altersbedingten Verschlechterung der körperlichen Gesundheit einhergeht (vgl. Kap. 2.1). Im Kanton Zürich nahmen fast sieben von zehn (68,9%) Befragte ab 65 Jahre in den letzten sieben Tagen vor der Befragung irgendein Medikament ein. Das sind mehr als doppelt so viele als bei den Personen zwischen 15 und 64 Jahren (33,1%). Noch deutlicher fällt das Altersgefälle beim Gebrauch von mindestens einem der vier betrachteten nicht psychotropen Medikamente (53,7% vs. 8,8%) und bezüglich Polymedikation aus (34,3% vs. 5,0%). Eine entscheidende Rolle spielt hier der häufigere Gebrauch von Schlafmitteln (12,4% vs. 1,0%).

Sieben von zehn Zürcherinnen (71,4%) und zwei von drei Zürchern (64,5%) ab 65 Jahre gaben an, in den letzten sieben Tagen irgendein Medikament eingenommen zu haben (Abb. 4.1). Mit zunehmendem Alter nimmt der Medikamentenkonsument vor allem bei den Männern zu. Ähnliche Alters- und Geschlechtsunterschiede zeigen sich bei sämtlichen weiteren Indikatoren zum allgemeinen Medikamentenkonsument: Frauen gebrauchen häufiger Medikamente als Männer, und Personen ab 75 Jahre häufiger als Personen zwischen 65 und 74 Jahren. Der Konsum eines der drei psychotropen Medikamente in den letzten sieben Tagen kommt bei Frauen fast doppelt so häufig vor wie bei Männern (32,5% vs. 18,1%; $p < 0,01$). Auch ist der Gebrauch von psychotropen Medikamenten an mehreren Tagen im selben Zeitraum bei Frauen deutlich verbreiteter (24,6% vs. 13,1%; $p < 0,01$). Mit dem Alter steigt die

⁶⁵ Bei älteren Menschen ergeben sich zudem nicht selten Probleme wie gleichzeitige Unter- wie Überversorgung oder Mehrfach-Medikation (oft mit nicht genau bekannten Nebenfolgen), die mit der verwendeten Datenquelle jedoch nicht untersucht werden können.

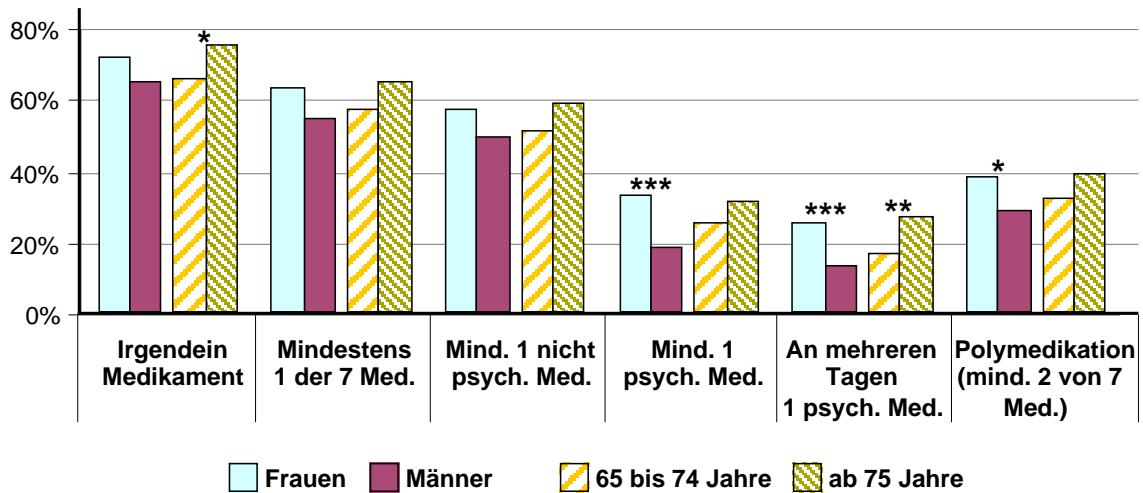
⁶⁶ Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Gesundheit, siehe Bundesamt für Gesundheit (2006).

⁶⁷ Psychotrope Substanzen wirken auf das Zentralnervensystem ein und führen zu Bewusstseins- und Verhaltensänderungen.

⁶⁸ Im Befragungsjahr 2002 waren in der Schweiz knapp 7000 Humanarzneimittel vom Schweizerischen Heilmittelinstitut zugelassen. 56,2% davon waren rezeptpflichtig. Bei den hier vorgestellten Medikamentengruppen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung handelt es sich um eine Auswahl im Alter häufig gebrauchter Arzneimittel. Die Applikation von Insulin wurde nicht berücksichtigt, da sie lediglich von sieben Befragten im Kanton Zürich erwähnt wurde.

Häufigkeit des Konsums eines psychotropen Medikamentes an mehreren Tagen der Woche ebenfalls deutlich an (65 bis 74 Jahre 16,3%, ab 75 Jahre 26,7%; $p < 0,05$).

Abb. 4.1: Medikamentenkonsument in den letzten sieben Tagen vor der Befragung, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002 (N = 392)



* $p < 0.10$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$ (t-Test zwischen Geschlechtern und Altersgruppen)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Von den Zürcher/innen ab 65 Jahre, die eines der sieben eingangs erwähnten Medikamente gebraucht haben, geben 90,2% den Konsum eines nicht psychotropen und 45,7% den Konsum eines psychotropen Medikamentes an. Psychotrope Medikamente werden meist zusammen mit nicht psychotropen Medikamenten eingenommen: Nur 9,8% der Befragten konsumieren ausschliesslich psychotrope, 36,0% hingegen sowohl psychotrope wie auch nicht psychotrope Medikamente. Der kombinierte Konsum von psychotropen und nicht psychotropen Medikamenten ist bei den Frauen deutlich häufiger als bei den Männern (41,2% vs. 24,3%). Entsprechend ist der ausschliessliche Gebrauch von nicht psychotropen Medikamenten bei Männern (66,5%) häufiger anzutreffen als bei Frauen (48,1%)⁶⁹.

Häufiger Konsum von Herz-Kreislauf-Medikamenten sowie Rheuma- und Schmerzmitteln

Beim Medikamentenkonsument spielen einerseits Medikamente in Verbindung mit Herz-Kreislauf-Krankheiten (Blutdruck- und Herzmittel), andererseits Medikamente, die auf Rücken-, Gelenk- und Gliederschmerzen hinweisen (Rheuma- und Schmerzmittel), eine wichtige Rolle (Tab. 4.3).

Knapp die Hälfte der Zürcher/innen ab 65 Jahre (45,0%) haben in den letzten sieben Tagen Blutdruck- oder Herzmittel eingenommen, knapp ein Viertel (23,2%) Rheuma- oder Schmerzmittel. Rund jede achte Person hat im selben Zeitraum Schlafmittel gebraucht (12,4%). Frauen nehmen häufiger Rheuma- und Schmerzmittel ein als Männer ($p < 0,01$), Männer dafür häufiger Herzmittel ($p < 0,05$) als Frauen. Über 75-Jährige konsumieren häufiger Herzmittel als Personen zwischen 65 und 74 Jahren ($p < 0,01$).

⁶⁹ Unterschiede nach dem Alter sind vergleichsweise geringfügig: Mit wachsendem Alter steigt der gleichzeitige Gebrauch von psychotropen und nicht psychotropen Medikamenten wenig an (65- bis 74-Jährige: 33,6%, 75-Jährige und Ältere: 39,2%), während der ausschliessliche Konsum von nicht psychotropen Medikamenten leicht zurück geht (56,0% vs. 51,8%).

Tab. 4.3: Medikamentenkonsument in den letzten sieben Tagen vor der Befragung, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2002

	N		Geschlecht (ZH)		Alter (ZH)		Total	
	ZH	DS	Frauen	Männer	65-74 J.	Ab 75 J.	ZH	DS
Blutdruckmittel	386	2465	37.1%	30.9%	36.5%	32.4%	34.9%	39,6% *
Herzmittel	392	2488	19.2%	29.4% **	18.0%	30.6% ***	22.9%	19,3%
Cholesterinsenker	389	2488	7.5%	13.2%	10.1%	8.8%	9.6%	11,9%
Rheumamittel	392	2490	16.6%	7.1% ***	12.5%	14.0%	13.1%	10,8%
Schmerzmittel	392	2489	22.3%	8.9% ***	16.0%	19.5%	17.4%	16,8%
Beruhigungsmittel	392	2489	5.0%	5.3%	4.6%	5.9%	5.1%	5,7%
Schlafmittel	392	2489	14.3%	9.1%	10.1%	16.0%	12.4%	11,5%

* p < 0.10; ** p < 0.05; *** p < 0.01

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Personen mit einem höheren Einkommen (Äquivalenzeinkommen von über 3'000 Fr.) nehmen häufiger Herzmittel als Personen mit einem niedrigen Einkommen (26,0% vs. 17,2%; p < 0,05), dafür konsumieren Personen mit niedrigem Einkommen öfter Schmerzmittel (20,4% vs. 13,4%; p < 0,10). Bei den Befragten mit höchstens obligatorischer Schulbildung ist der Gebrauch von Rheumamitteln verbreiteter als bei denjenigen mit nachobligatorischer Ausbildung (Lehre, Matura, Tertiärbildung) (21,4% vs. 10,9%; p < 0,05). Alleinlebende greifen öfter zu Schlafmitteln als Personen, die in Mehrpersonenhaushalten leben (16,9% vs. 9,8%; p < 0,10).

Schlechtes Wohlbefinden geht mit erhöhtem Medikamentenkonsument einher

Das gesundheitliche Wohlbefinden (Kap. 2.1) der Zürcher Bevölkerung ab 65 ist mit dem Medikamentenkonsument assoziiert. Unter den Personen, die ein mittelmässiges bis sehr schlechtes gesundheitliches Wohlbefinden angeben, ist der Gebrauch von Medikamenten ungefähr 20% häufiger als bei Personen, die sich gut bis sehr gut fühlen. Das psychische Wohlbefinden (Kap. 2.1) steht vor allem mit dem Konsum von psychotropen Medikamenten in einem engeren Zusammenhang: Personen, die in den letzten sieben Tagen mindestens eines der drei psychotropen Medikamente oder an mehreren Tagen ein solches eingenommen haben, äussern fast 20% häufiger ein schlechteres psychisches Wohlbefinden als Personen, die keinen entsprechenden Konsum angeben⁷⁰.

Polymedikation und Konsum von nicht psychotropen Medikamenten: 2002 häufiger als 1992

Zwischen 1992 und 2002 scheint der Medikamentenkonsument im Kanton Zürich und in der übrigen Deutschschweiz leicht angestiegen zu sein (ZH +4,0%, DS +2,4%). Ein deutlicher Anstieg des Konsums lässt sich bei den nicht psychotropen Medikamenten feststellen (ZH +8,3%, DS +7,2%), während sich der Konsum von psychotropen Medikamenten kaum verändert hat (ZH -0,5%, DS -0,7%). Im Einzelnen ist vor allem der Konsum von Blutdruckmitteln (ZH +6,4%, DS +9,5%) und von Schmerzmitteln (ZH +3,7%, DS +4,1%)⁷¹ gestiegen.

⁷⁰ Zwischen dem Medikamentenkonsument und den beiden anderen Indikatoren der psychischen Gesundheit – psychische Ausgeglichenheit und Kontrollüberzeugung – ist kein Zusammenhang erkennbar.

⁷¹ Dem gestiegenen Konsum von Schmerzmitteln steht in der übrigen Deutschschweiz ein Rückgang des Konsums von Beruhigungsmitteln gegenüber (-4,3%, Kanton Zürich -1,0%).

Besonders stark zugenommen hat die Polymedikation: Der Anteil der Personen, die mehrere der betrachteten Medikamente verwenden, hat sich deutlich erhöht (Anstieg ZH 8,2%, DS 9,8%).

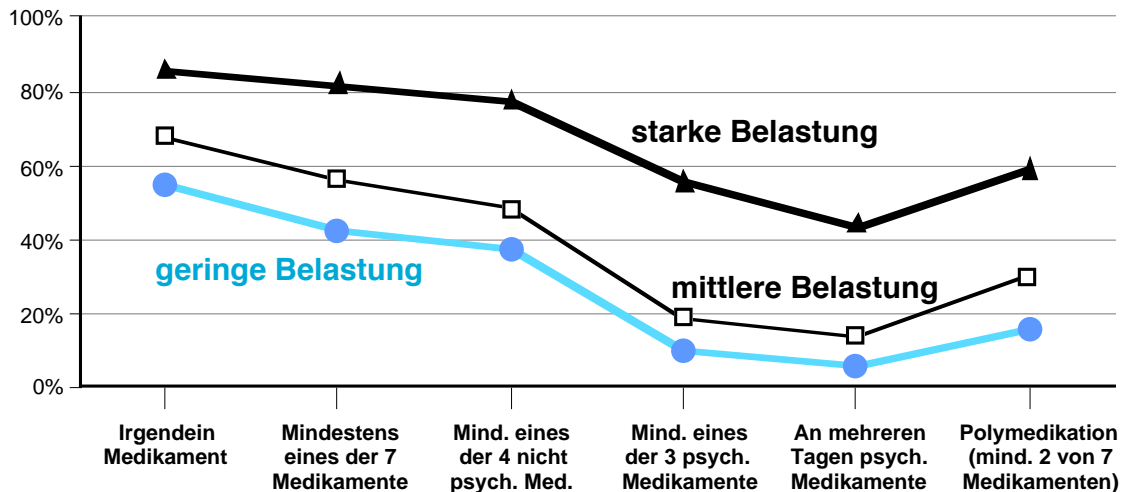
Körperliche Beschwerden und funktionelle Beeinträchtigungen gehen mit erhöhtem Medikamentenkonsum einher

65,3% der Personen, die Herzbeschwerden angeben, konsumierten in den letzten sieben Tagen vor der Befragung Herz- oder Blutdruckmittel⁷². Von den Personen ohne solche Beschwerden nahmen 40,9% diese Medikamente ein. Herz- und Blutdruckmittel werden auch deutlich häufiger von Personen eingenommen, die Schwäche und Müdigkeit berichten (56%), als von Personen ohne derartige Beschwerden (38,1%).

Rheuma- und Schmerzmittel werden bei starken Gelenk- oder Gliederschmerzen (62,5%) drei bis viermal häufiger verwendet, als wenn nur leichte oder keine derartigen Schmerzen vorliegen (16,4%). Ein ähnliches Gefälle lässt sich bei Rücken- und Kreuzschmerzen beobachten (54,9% vs. 17,0%). Schlafmittel werden fast ausschliesslich bei leichten (19,9%) oder starken (30,5%) Ein- und Durchschlafstörungen eingenommen (keine Störungen: 4,7%).

Starke Belastung durch körperliche Beschwerden, aber auch einschränkende funktionelle Beeinträchtigungen sind mit erhöhtem Medikamentenkonsum assoziiert. Unter den Personen mit einer starken Belastung durch Beschwerden (vgl. Kap. 2.2) ist der Anteil an Personen, die in den letzten sieben Tagen Medikamente konsumiert haben, um rund ein Drittel höher als bei Personen mit einer geringen oder mittleren Belastung (Abb. 4.2).

Abb. 4.2: Anteil der Personen mit Medikamentenkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Befragung nach Belastung durch Beschwerden, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002 (N = 392)

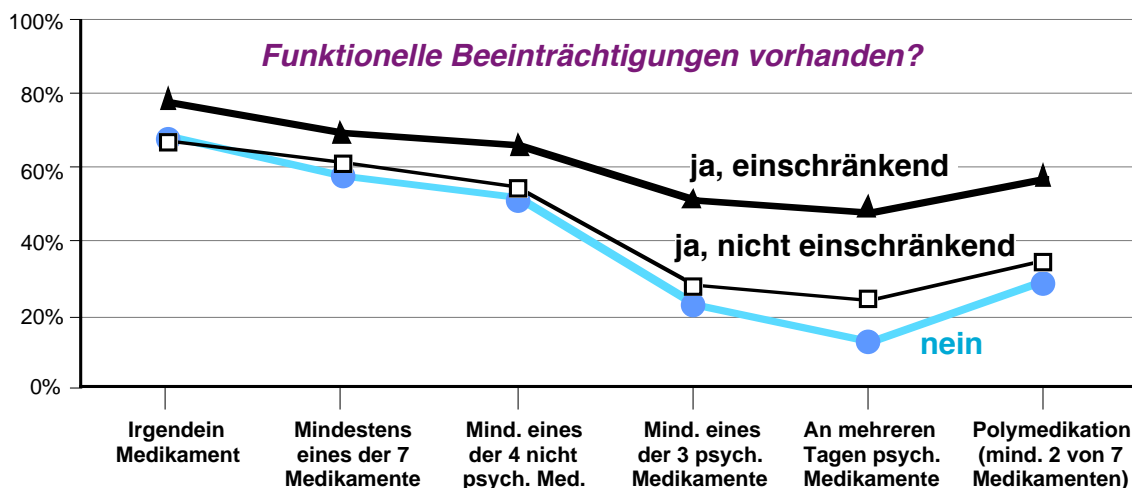


Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

⁷² Bei Herzbeschwerden (wie Herzklopfen und Herzjagen) nehmen 47,6% der Personen Herzmittel und 41,0% Blutdruckmittel (vs. 17,6% und 33,8%, wenn diese Beschwerden nicht vorliegen).

Personen mit einschränkenden funktionellen Beeinträchtigungen nehmen deutlich häufiger psychotrope Medikamente ein oder geben deutlich häufiger eine Polymedikation an als Personen, die ihre Beeinträchtigung nicht als einschränkend empfinden (Abb. 4.3)⁷³.

Abb. 4.3: Anteil der Personen mit Medikamentenkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Befragung nach Ausmass der funktionellen Beeinträchtigungen, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2002 (N = 392)



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Zusammenfassung: Medikamentenkonsum

Mehr als sieben von zehn Zürcher/innen ab 65 Jahre haben in den letzten sieben Tagen vor der Befragung ein Medikament eingenommen. Menschen im höheren Alter gebrauchen deutlich öfter Medikamente als jüngere Personen.

Besonders häufig werden Medikamente gegen Bluthochdruck und Herzmittel sowie Rheuma- oder Schmerzmittel gebraucht, was auf die Verbreitung von Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Rücken-, Gelenk- und Gliederschmerzen bei den über 65-Jährigen hinweisen mag. Im Vergleich mit jüngeren Jahrgängen werden Schlafmittel besonders häufig eingenommen. Im Gegensatz zu den übrigen betrachteten Medikamenten benutzen Männer häufiger Herzmittel als Frauen.

Starke Belastung durch körperliche Beschwerden, einschränkende funktionelle Beeinträchtigungen, schlechtes gesundheitliches und niedriges psychisches Wohlbefinden sind mit dem Konsum von Medikamenten assoziiert. Medikamentenkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Befragung wurde 2002 geringfügig häufiger berichtet als 1992. Deutlich angestiegen sind hingegen die Polymedikation sowie der Gebrauch von Blutdruck- und Schmerzmitteln.

⁷³ Die funktionellen Beeinträchtigungen beschreiben körperliche und psychische Einschränkungen, die im Alter die Bewältigung des Lebensalltags erschweren können (z.B. eingeschränktes Sehvermögen, Schwierigkeiten beim Sprechen, Schwierigkeiten einem Gespräch zu folgen, etc., vgl. Kap. 2.3). Die funktionellen Beeinträchtigungen wurden von den Befragten bezüglich des Grades der Einschränkung eingeschätzt. Die entsprechende Frage in der Gesundheitsbefragung lautet: «Wie stark fühlen Sie sich wegen Ihrer Behinderung eingeschränkt?» Die vorgegebenen Antwortkategorien sind: *überhaupt nicht*, *ein bisschen* und *stark*. In diesem Bericht wird zwischen nicht einschränkenden (*überhaupt nicht*) und einschränkenden funktionellen Beeinträchtigungen (*ein bisschen* und *stark*) unterschieden.

4.3 Spitalaufenthalte und Arztbesuche

Mit zunehmendem Alter steigt bei vielen Menschen der Bedarf nach Leistungen des Gesundheitswesens. Im vorliegenden Kapitel werden die stationären (im Spital) und ambulanten Leistungen (Ärzte in Privatpraxen, ambulante Leitungen im Spital, Zahnarzt, Dentalhygiene, Komplementärmedizin und Spezialisten) dargestellt.

Datengrundlage für den Bereich der **stationären Versorgung** ist die *Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2001-2005* (landesweite Vollerhebung der stationären und teilstationären Behandlungsfälle)⁷⁴. In diesem Kapitel werden nur die stationären Spitalbehandlungen berichtet⁷⁵. Ausgewertet wurden alle Spitalaufenthalte von im Kanton Zürich wohnhaften Personen, unabhängig davon, ob sie im Kanton Zürich oder auswärts erfolgt sind. Schwierigkeiten bei der Interpretation der Spitaldaten ergeben sich im zeitlichen und regionalen Vergleich wegen unterschiedlich ausgeprägten Bemühungen zur Verlagerung von Behandlungen aus dem stationären in den – durch diese Statistik ungenügend abgedeckten – teilstationären Bereich.

Eine entsprechende Statistik für den Bereich der **ambulanten Versorgung** liegt derzeit nicht vor. Die Datenanalyse beruht deshalb auf den mit der *Medizinischen Statistik der Krankenhäuser* nur bedingt vergleichbaren Angaben aus der *Schweizerischen Gesundheitsbefragung*⁷⁶.

Häufigere Hospitalisierungen mit zunehmendem Alter

Hospitalisierungsraten und *Spitalaufenthaltsdauer* in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter wurden im Bericht «Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006» ausführlich behandelt (Zellweger, 2007). Wie dort nachzulesen ist, steigt die – fallbezogene – Hospitalisierungsrate nach dem 45. Altersjahr (10 Hospitalisierungen pro Jahr und 100 Einwohner/innen im entsprechenden Alter) stark an und erreicht bei den 85-jährigen Männern einen Wert um 50, bei den 85-jährigen Frauen einen Wert von leicht über 40. Eine Abnahme dieser Werte wird bei den Frauen ab dem 85. Altersjahr und bei den Männern ab dem 93. Altersjahr verzeichnet, möglicherweise, weil viele Personen in der Altersgruppe ab 85 in Pflegeheimen leben und dort – ohne Niederschlag in der Statistik der Krankenhäuser – behandelt werden. Männer treten möglicherweise erst viel später, wenn überhaupt, ins Pflegeheim ein als Frauen, weil sie seltener als diese verwitwen und darum länger emotionale und pflegerische Unterstützung bei sich zuhause erhalten.

Da dieselbe Person mehrmals pro Jahr hospitalisiert werden kann, wird für den Anteil der Personen, die mindestens einmal stationär behandelt worden sind, der Begriff *Hospitalisierungsquote* verwendet. Knapp jede vierte im Kanton Zürich wohnhafte Person ab 65 Jahre wurde 2005 mindestens einmal in einem Spital (stationär) behandelt, Männer etwas häufiger als Frauen (vgl. Tab. 4.4). Mit zunehmendem Alter steigt die Hospitalisierungsquote von rund einem Fünftel bei den 65- bis 74-Jährigen auf fast einen Drittel bei den Personen ab 85 Jahren deutlich an.

⁷⁴ Die Anfangsjahre 1998 bis 2000 dieser Statistik werden hier wegen Problemen mit der Vollständigkeit und der Datenqualität nicht berücksichtigt. 2004 betrug die Teilnahmequote der 345 (Zürich: 30) erhobenen Krankenhäuser und Kliniken 100%; die Teilnahmequote auf Fallebene beträgt 96% im Kanton Zürich (stationär 98% und teilstationär 86%; Deutschschweiz: 93% bzw. 98% und 73%). Um Doppelzählungen zu vermeiden, erfolgt die zeitliche Zuordnung der Fälle aufgrund des Spitalaustritts: Berichtet werden jene Fälle mit einem Austrittsdatum zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des jeweiligen Jahres (sog. A-Fälle gemäss Falltypologie der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser). Bei Raten gilt die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte gemäss Statistik des jährlichen Bevölkerungsstands (ESPOP) als Bezugsgrösse.

⁷⁵ Als stationär gelten im Wesentlichen Behandlungen mit einer Mindestspitalaufenthaltdauer von 24 Stunden oder einer Übernachtung im Spitalbett. Der teilstationäre Bereich wird nebst inhaltlichen Überlegungen – Nähe zur ambulanten Versorgung in Privatpraxen – wegen der vergleichsweise geringen Teilnahmequote auf Fallebene nicht untersucht (siehe Fussnote 74).

⁷⁶ Im Unterschied zur Medizinischen Statistik der Krankenhäuser ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung keine Vollerhebung. Sie richtet sich nur an Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten und schliesst daher die für die Gesundheitsversorgung wichtige Gruppe der in Institutionen wohnhaften Personen aus. Vergleiche beider Datenquellen sind daher nur eingeschränkt möglich. So zeigt sich z.B., dass die auf ein Jahr bezogenen Hospitalisierungsquoten der 65-Jährigen und Älteren gemäss den Daten der SGB im Vergleich zur Medizinischen Statistik der Krankenhäuser um einen Fünftel geringer ausfallen (vgl. Einleitung in diesem Bericht und Zellweger, 2007, S.100).

Tab. 4.4: (Re-)Hospitalisierungsquoten 2005, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS)

	Anzahl Patientinnen und Patienten		Einmal hospitalisiert		Mehrals hospitalisiert ¹		Hospitalisierungsquote ²	
	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS
ab 65 Jahre	46'737	149'976	18.8%	18.3%	5.1%	5.5%	23.9%	23.8%
Frauen	26'574	82'749	18.5%	17.6%	4.7%	4.9%	23.2%	22.5%
Männer	20'163	67'227	19.4%	19.2%	5.6%	6.4%	25.0%	25.6%
65 bis 74 Jahre	19'735	63'729	15.6%	15.4%	3.8%	4.2%	19.4%	19.6%
75 bis 84 Jahre	19'136	61'293	21.5%	20.6%	6.3%	6.7%	27.8%	27.3%
ab 85 Jahre	7'866	24'954	24.8%	23.4%	7.2%	7.4%	32.0%	30.8%

¹ Rehospitalisierungsquote² Mindestens einmal hospitalisierte Personen

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2005

Rund jede fünfte hospitalisierte Person ab 65 wurde im Jahr 2005 mehrmals stationär behandelt. Die Rehospitalisierungsquote⁷⁷ ist bei den 85-Jährigen und Älteren fast doppelt so hoch wie bei den 65- bis 74-Jährigen.

Höhere Hospitalisierungsraten 2004/05 als 2001/02

Mittelfristige Vergleiche zwischen den Jahresdurchschnitten 2001/02 und 2004/05 zeigen eine etwas schwächere Zunahme der gesamthaften Inanspruchnahme im Kanton Zürich als in der übrigen Deutschschweiz. Im betrachteten Zeitraum erhöhte sich die Hospitalisierungsrate der Zürcher Bevölkerung ab 65 Jahre um 1,2 Fälle pro 100 Einwohner/innen (von 22,4 auf 23,6). In den übrigen Deutschschweizer Kantonen betrug der Anstieg der Hospitalisierungen pro 100 Einwohnerinnen 1,4 (von 22,0 auf 23,4). Der Anstieg fiel bei den Männern stärker aus als bei den Frauen. Die Hospitalisierungsrate der Zürcher Frauen weist eine geringere Zunahme (0,9 Fälle pro 100 Einwohner/innen) auf als jene der übrigen Deutschschweizerinnen (1,2), während bei den Männern kein regionaler Unterschied besteht (ZH 1,6 vs. DS 1,6). Die vergleichsweise mässige Entwicklung der Inanspruchnahme bei den Zürcherinnen ist im Wesentlichen auf die Altersgruppe ab 85 Jahren zurückzuführen, deren Hospitalisierungsrate im Kanton Zürich abgenommen hat, in der übrigen Deutschschweiz aber gestiegen ist.

Zürcher/innen mit kürzerer Spitalaufenthaltsdauer

Zwischen dem 65. und 85. Altersjahr steigt – bei Zürcher/innen etwas weniger ausgeprägt als bei den übrigen Deutschschweizer/innen – nicht nur die Hospitalisierungsrate, sondern auch die durchschnittliche Dauer eines Spitalaufenthalts (vgl. Zellweger, 2007). Bei den über 85-Jährigen nimmt die mittlere Spitalaufenthaltsdauer im Kanton Zürich im Gegensatz zur übrigen Deutschschweiz nicht weiter zu.

Im Jahr 2005 entfielen in der Bevölkerung des Kantons Zürich 815'979 der insgesamt 2'015'129 Spitaltage auf Personen ab 65 (40,5%), wobei der Anteil der Frauen mit 480'155 Tagen (58,8%) fast anderthalbmal so hoch ist wie derjenige der Männer (335'824 Tage bzw. 41,2%). Dieses Ergebnis

⁷⁷ Rehospitalisierungen sind als mehrfache, durch Austritt und Wiedereintritt getrennte Spitalaufenthalte zu verstehen. Dabei wird kein Zusammenhang z.B. ätiologischer oder behandlungsbedingter Art zwischen den einzelnen Aufenthalten vorausgesetzt. Ähnlich der Hospitalisierungsquote stellt die Rehospitalisierungsquote das Verhältnis der Anzahl der Personen, die mehr als einmal im Jahr stationär behandelt wurden, zur Einwohnerzahl dar.

entspricht dem Verhältnis zwischen dem Bevölkerungsanteil der Frauen (58,7%) und jenem der Männer (41,3%).

Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer der über 65-jährigen Zürcher/innen war im Jahr 2005 mit 12,4 Tage knapp einen Tag kürzer als bei den übrigen Deutschschweizer/innen (13,2). Bei den Personen ab 85 betrug diese Differenz gar anderthalb Tage (ZH 13,9 Tage vs. DS 15,6 Tage). Zürcherinnen halten sich etwas länger im Spital auf als Zürcher (13,1 vs. 11,5 Tage), 85-Jährige und Ältere etwas länger als 65- bis 74-Jährige (13,9 vs. 11,2 Tage).

Die mittlere Spitalaufenthaltsdauer, gemessen an den Jahresdurchschnitten 2001/02 und 2004/05, ging sowohl bei den Zürcherinnen als auch bei den Zürchern zurück, am ausgeprägtesten bei den über 85-Jährigen (-1,6 Tage). Dieser Rückgang der Spitaltage bei den über 65-Jährigen fiel im Kanton Zürich bescheidener aus (-0,4 Tage)⁷⁸ als in der übrigen Deutschschweiz (-0,9 Tage).

Fünf von sechs über 65-Jährigen waren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung beim Arzt⁷⁹

Die 65-jährigen und älteren Zürcher/innen gingen – nach eigenen Angaben – seltener zum Arzt als die gleichaltrigen Befragten in der übrigen Deutschschweiz. Im Kanton Zürich gaben 84,1% an, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung einen Arzt aufgesucht zu haben. In der übrigen Deutschschweiz waren es 88,6%.

In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung besuchten die über 65-jährigen Männer im Kanton Zürich ihren Arzt im Schnitt 4,4 Mal, die Frauen 4,3 Mal. In der übrigen Schweiz lag der Durchschnitt für beide Geschlechter bei 4,8 Konsultationen (Tab. 4.5).

Die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen fällt bei 75-Jährigen und Älteren, Alleinlebenden und Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung oder solchen mit einem Äquivalenzeinkommen bis 3'000 Fr. besonders hoch aus (Tab. 4.5). Am meisten Arztkonsultationen sind jedoch bei Personen mit einer starken Belastung durch körperliche Beschwerden⁸⁰ (ZH 6,5 vs. DS 6,9) oder einschränkenden funktionellen Beeinträchtigungen⁸¹ zu verzeichnen (ZH 6,7 vs. DS 7,1).

Tab. 4.5: Anzahl der Arztkonsultationen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2002

	Geschlecht		Alter		Haushaltsgrösse		Bildung		Äquivalenzeinkommen		Total
	Frauen	Männer	65-74 J.	ab 75 J.	eine Person	mehrere Pers.	höchst-oblig.	nach-oblig.	≤3'000 Fr.	>3'000 Fr.	ab 65 J.
ZH	4.3	4.4	4.0	4.9	4.7	4.1	4.9	4.2	4.7	3.9	4.3
DS	4.8	4.8	4.5	5.3 **	5.3	4.6 *	5.2	4.6	5.0	4.5	4.8

* p < 0.10; ** p < 0.05

N_{ZH}: 387 (363 bei Äquivalenzeinkommen); N_{DS}: 2433 (2427 bei Bildung, 2249 bei Äquivalenzeinkommen)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

⁷⁸ Im selben Zeitraum stieg der Anteil der 75-Jährigen und Älteren d.h. der Altersgruppe mit der längeren durchschnittlichen Spitalaufenthaltsdauer, an der Bevölkerung ab 65 Jahren im Kanton Zürich (1,7%) etwas stärker als in der übrigen Deutschschweiz (1,0%). Unterschiede in der Entwicklung der Altersstruktur scheinen dennoch nur eine nebensächliche Rolle zu spielen.

⁷⁹ Zahnarztbesuche sind nicht mitgerechnet.

⁸⁰ vgl. Kap. 2.2

⁸¹ vgl. Kap. 2.3

Halb so viele beim Spezialisten wie beim Hausarzt

Wie im vorherigen Abschnitt bereits berichtet, haben 84,1% der 65-jährigen und älteren Zürcher/innen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal einen Arzt konsultiert. 75,5% waren beim Hausarzt und 39,3% beim Spezialisten (ohne Frauenarzt). Ein Viertel der Zürcherinnen ab 65 Jahre suchte im gleichen Zeitraum einen Frauenarzt auf (24,4%).

Sieben von zehn über 65-Jährigen waren in den letzten 12 Monaten vor der Befragung beim Zahnarzt und/oder bei der Dentalhygienikerin

57,6% der über 65-Jährigen im Kanton Zürich waren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung beim Zahnarzt, 44,7% bei der Dentalhygienikerin und sogar 71,0% (übrige Deutschschweiz 62,4%; $p < 0,01$) bei mindestens einem dieser beiden Spezialisten der oralen Gesundheit.

65- bis 75-Jährige sowie Personen mit einem höheren Einkommen (Äquivalenzeinkommen von über 3'000 Fr.) nehmen häufiger Leistungen der oralen Gesundheit in Anspruch als über 75-Jährige oder Personen mit einem niedrigeren Einkommen (Tab. 4.6). Ebenso gehen Personen mit nachobligatorischer Ausbildung (Lehre, Matura, Tertiärbildung) und Personen, die in Mehrpersonenhaushalten leben, öfter zum Zahnarzt oder zur Dentalhygiene als Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung und Alleinlebende. Die Unterschiede sind hier jedoch deutlich weniger ausgeprägt als bei Alter und Einkommen.

Weniger Arztkonsultationen bei Personen, die sich im Spital ambulant behandeln lassen

Ambulante Spitalbehandlungen wurden von jeder sechsten Zürcherin und jedem sechsten Zürcher ab 65 Jahre in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung in Anspruch genommen. Anders als bei der stationären Versorgung scheint im Kanton Zürich der Anteil der Personen mit einer ambulanten Spitalbehandlung leicht geringer als in der übrigen Deutschschweiz. Personen, die sich im Spital ambulant behandeln lassen, geben eine geringere durchschnittliche Anzahl Arztkonsultationen an als Personen ohne eine solche Behandlung (ZH: 3,6 vs. 7,5; DS: 4,1 vs. 8,1).

Häufigere Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Behandlungen bei höherem Einkommen

Komplementärmedizinische Behandlungen⁸² in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung berichtet ein Sechstel der befragten 65-jährigen und älteren Personen im Kanton Zürich. Leistungen der Komplementärmedizin werden besonders häufig von Frauen und Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von über 3'000 Fr. bezogen. Personen, die sich komplementärmedizinisch behandeln lassen, weisen eine höhere Inanspruchnahme weiterer ambulanter Leistungen auf als Personen ohne solche Behandlungen. Dies zeigt sich vor allem bei der Anzahl der Arztkonsultationen (6,0 vs. 4,1), der Häufigkeit der Besuche beim Spezialarzt (50,0% vs. 40,7%), beim Zahnarzt (64,2% vs. 56,3%) und bei der Dentalhygienikerin (56,4% vs. 42,4%) sowie der Häufigkeit ambulanter Spitalbehandlungen (22,8% vs. 14,3%).

⁸² Diese bestehen aus Akupunktur, Homöopathie, Kräutermedizin oder Pflanzenheilkunde, manuelle Therapie oder Chiropraktik, Shiatsu oder Fussreflexzonenmassage, autogenes Training oder Hypnose, Neuraltherapie, traditionelle chinesische Medizin und anthroposophische Medizin.

Tab. 4.6: Anteile der Personen mit ambulanter Versorgung in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2002

	Geschlecht		Alter		Haushaltsgrösse		Ausbildung		Äquivalenzeinkommen	
	Frauen	Männer	65-74 J.	ab 75 J.	eine Person	mehrere Pers.	höchst. oblig.	nachoblig.	≤ Fr. 3'000.-	> Fr. 3'000.-
Zahnarzt										
ZH (N _{Max} =325)	55.2%	62.1%	65.4%	43.2% ***	51.7%	61.1%	50.9%	59.1%	48.4%	62.7% **
DS (N _{Max} =2035)	55.1%	60.8% **	62.9%	48.8% ***	50.8%	60.4% ***	42.2%	63.9% ***	52.2%	65.1% ***
Dentalhygiene										
ZH (N _{Max} =325)	43.4%	47.1%	53.6%	28.1% ***	36.1%	49.8% **	35.1%	46.8% *	37.7%	49.4% **
DS (N _{Max} =2035)	27.8%	27.9%	32.8%	20.1% ***	26.5%	28.5%	18.2%	32.0% ***	20.4%	36.2% ***
Spital Ambulant										
ZH (N _{Max} =392)	16.6%	17.2%	15.0%	19.7%	15.9%	17.4%	22.6%	15.3%	16.1%	16.0%
DS (N _{Max} =2488)	18.3%	16.8%	16.5%	19.2%	18.7%	17.2%	16.7%	18.2%	17.9%	18.4%
Komplementärmedizin										
ZH (N _{Max} =325)	19.6%	9.1% ***	15.3%	17.1%	13.7%	17.3%	14.0%	16.4%	11.1%	19.5% **
DS (N _{Max} =2035)	19.0%	13.6% ***	16.3%	17.7%	16.1%	17.2%	15.4%	17.5%	15.2%	19.0% *

* p < 0.10; ** p < 0.05; *** p < 0.01

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Arztbesuche 2002 häufiger als 1992 und 1997

Zeitliche Vergleiche sind nur eingeschränkt möglich, da in den früheren Befragungen (1992, 1997) verschiedene Fragen nicht oder anders gestellt wurden als 2002. Zwischen 1992 und 2002 ist im Kanton Zürich der Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal beim Arzt waren, von 78,2% (1992) über 86,7% (1997) auf 88,6% (2002) angestiegen (DS 83,1%, 88,1%, 84,1%). Besonders deutlich ist dieser Anstieg im Kanton Zürich bei den Frauen (72,2% vs. 85,9%) und den 65- bis 74-Jährigen (77,7% vs. 86,5%) zu erkennen.

Frauen ab 65 Jahre waren 2002 im Kanton Zürich etwas häufiger beim Zahnarzt als 1997 (62,1% vs. 57,8%; DS: 60,8% vs. 56,2%). Ambulante Spitalbehandlungen wurden 2002 sowohl im Kanton Zürich (16,9% vs. 11,7%) als auch in der übrigen Deutschschweiz (17,7% vs. 9,6%) häufiger berichtet als 1997. Am deutlichsten lassen sich diese Veränderungen bei den Männern feststellen (ZH: 16,6% vs. 10,0%; DS: 18,3% vs. 9,1%).

Zusammenfassung: Spitalaufenthalte und Arztbesuche

Stationäre Versorgung: Je älter die Personen, desto häufiger und länger werden Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen. Im höheren Alter mehren sich einerseits die Behandlungsfälle wegen erhöhter Anfälligkeit, andererseits ist mit längeren Heilungsprozessen und zusätzlichen Anforderungen an Pflege und Betreuung zu rechnen. Rund ein Drittel aller stationären Hospitalisierungen und zwei Fünftel aller Spitaltage der Bevölkerung des Kantons Zürich sind Personen ab 65 Jahren zuzurechnen. Fast jede vierte 65-jährige und ältere Person wurde im Verlauf des Jahres 2005 mindestens einmal hospitalisiert (stationär), Männer etwas häufiger als Frauen. Im Jahr 2005 war jede fünfte hospitalisierte Person mehrmals im Spital.

In der Zürcher Bevölkerung ab 65 Jahre belief sich 2005 die Spitalaufenthaltsdauer pro stationären Behandlungsfall auf 12,4 Tage. Sie war bei Frauen länger als bei Männern, bei Zürcher/innen ab 85 Jahren länger als bei 65- bis 74-Jährigen. Zwischen 2001 und 2005 bildete sich die Spitalaufenthaltsdauer im Kanton Zürich bescheidener zurück als in der übrigen Deutschschweiz. Dennoch war 2005 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Kanton Zürich um einen Tag kürzer als in der übrigen Deutschschweiz. Im selben Zeitraum fand bei den Zürcher/innen eine leicht geringere Zunahme der Hospitalisierungsrate statt als bei den übrigen Deutschschweizer/innen. Während die Hospitalisierungsrate der 85-jährigen und älteren Zürcherinnen zurückging, nahm sie bei den gleichaltrigen Frauen aus der übrigen Deutschschweiz zu.

Ambulante Versorgung: Fünf von sechs der über 65-jährigen Zürcher/innen haben 2002 angegeben, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung einen Arzt konsultiert zu haben. Die durchschnittliche Anzahl Arztkonsultationen betrug 4,3. Beinahe acht von zehn der Befragten im Kanton Zürich waren beim Hausarzt, vier von zehn waren beim Spezialisten (ohne Frauenarzt). Jede vierte Befragte war beim Frauenarzt. Sieben von zehn Zürcher/innen ab 65 waren beim Zahnarzt oder – deutlich häufiger als in der übrigen Deutschschweiz – bei der Dentalhygienikerin. Ambulante Spitalbehandlungen und komplementärmedizinische Behandlungen berichteten je ein Sechstel der Befragten.

Frauen und Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von über 3'000 Fr. nehmen besonders häufig Leistungen der Komplementärmedizin in Anspruch. Die Inanspruchnahme weiterer ambulanter Leistungen fällt bei Personen, die sich komplementärmedizinisch behandeln lassen, höher aus.

4.4 Diagnosen und Operationen

Menschen im Alter sind durch eine Vielzahl von Krankheiten und Beschwerden betroffen, die einen Spitalaufenthalt notwendig machen. Der Fokus dieses Kapitels liegt auf ausgewählten, für die Gruppe älterer Menschen relevanten Diagnosen und Behandlungen. Als Datenquelle dienen die Erhebungsjahre 2001 bis 2005 der *Medizinischen Statistik der Krankenhäuser* (vgl. Kap. 4.3⁸³). Berücksichtigt sind Behandlungsfälle aus dem stationären Bereich der Krankenhäuser für allgemeine Pflege und der Spezialkliniken. Die Auswertungen beruhen auf der Hauptdiagnose des Behandlungsfalls gemäss dem ICD 10-Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation (DIMDI, 2005) und auf der Hauptbehandlung gemäss der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP⁸⁴ 8.0 (Bundesamt für Statistik, 2005).

Ältere Männer häufiger wegen Herzkrankheiten hospitalisiert als Frauen

Unter den ausgewählten Hauptdiagnosen sind Herz-Kreislauf-Krankheiten, Arthrose, Sehstörungen und Schenkelhalsbrüche die häufigsten Gründe für eine Spitalbehandlung (Tab. 4.7). Herz-Kreislauf-Krankheiten nehmen nicht nur bei der Morbidität einen wichtigen Platz ein (siehe Zellweger, 2007, S. 105-106), sondern stellen mit zunehmendem Alter einen immer grösseren Anteil aller Todesursachen dar (vgl. Kap. 2.4, Abb. 2.13).

Hospitalisierungen wegen Hypertonie (Bluthochdruck), Hirngefässkrankheiten und anderen Herzkrankheiten sind bei Personen im Alter ab 85 Jahren etwa dreimal so häufig wie bei 65- bis 74-Jährigen. Anders als Hirngefässkrankheiten sind koronare Herzkrankheiten (Verengung der Herzkranzarterien) und andere Herzkrankheiten bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen. Während die Hospitalisierungsrate für koronare Herzkrankheiten bei den Frauen ab 75 Jahren nicht mehr zunimmt, ist sie bei den Männern zwischen 75 und 84 Jahren am höchsten (siehe Zellweger, 2007, S. 105-106).

Die Diagnosen Atherosklerose (Arterienverkalkung), Pneumonie (Lungenentzündung), chronische Krankheiten der unteren Atemwege (chronische Bronchitis, Emphysem und Asthma) und Schädel-Hirn-Verletzungen führen bei Männern fast doppelt so häufig zu Hospitalisierungen als bei Frauen. Bei Leistenbrüchen weisen Männer sogar eine zehnmal höhere Hospitalisierungsrate auf. Im Unterschied zu den genannten Diagnosen sind Hospitalisierungen wegen Sehstörungen, Arthrose und Schenkelhalsbrüchen bei Frauen häufiger als bei Männern. Die Diagnose Arthrose wird besonders häufig in der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen gestellt, während ab 75 Jahren Sehstörungen an Bedeutung gewinnen. Schädel-Hirn-Verletzungen, Pneumonien und noch deutlicher Schenkelhalsbrüche sind mit zunehmendem Alter markant verbreiteter.

Der Kanton Zürich (ZH) weist eine doppelt so hohe Hospitalisierungsrate wegen Sehstörungen auf als die übrige Deutschschweiz (DS)⁸⁵. Hospitalisierungen wegen Atherosklerose sind im Kanton Zürich etwas häufiger, solche wegen koronarer Herzkrankheiten und Pneumonie etwas seltener.

⁸³ Für methodische Hinweise, vgl. insbesondere Fussnoten 74 und 75

⁸⁴ Die Schweizerische Operationsklassifikation CHOP (classification helvétique des opérations) ist die an die schweizerischen Verhältnisse angepasste Version der ICD 8 CM-Nomenklatur der Operationen, die vom amerikanischen Center for Medicare and Medicaid Services herausgegeben wird. Sie dient den Spitätern dazu, stationäre Eingriffe für statistische und administrative Zwecke landesweit einheitlich zu kodieren.

⁸⁵ Die vergleichsweise hohen Hospitalisierungsraten für Sehstörungen im Kanton Zürich bestehen bei Männern und Frauen sowie in allen drei betrachteten Altersgruppen. Eine mögliche Erklärung ist, dass in den anderen Deutschschweizer Kantonen Personen mit Sehstörungen häufiger ambulant oder teilstationär behandelt werden als im Kanton Zürich.

Tab. 4.7: Hospitalisierungsraten und -dauern für ausgewählte Hauptdiagnosen, 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2005

Hauptdiagnosen (ICD 10-Codes)	Hospitalisierungsrate (Anzahl Fälle pro 1'000 Einwohner/innen)								Hospitalisierungsdauer (Tage)		
	2005							2001/2 - 2004/5 Veränderung ^{a)}		2005	
	Frauen ab 65 J.	Männer ab 65 J.	Kanton ZH			DS		ZH	DS	ZH	DS
65-74 J.			75-84 J.	ab 85 J.	ab 65 J.	ab 65 J.	ab 65 J.	ab 65 J.	ab 65 J.	ab 65 J.	
Diabetes (E10 bis E14)	1.2	2.2	1.3	2.2	1.6	1.6	2.0	- 0.4	- 0.5	16.9	18.1
Demenzen (F00, F01, F03, G30)	4.0	3.6	1.2	5.3	10.4	3.8	3.1	-0.4 ^{b)}	- 0.5 ^{b)}	59.9	51.4
Depressionen (F32, F33)	2.9	1.6	2.3	2.6	1.8	2.3	2.3	+0.2 ^{b)}	- 0.2 ^{b)}	61.2	50.8
Sehstörungen (H25 bis H27, H33 bis H35, H40, H53, H54)	14.9	11.0	8.2	19.3	17.8	13.3	6.6	- 6.6	- 6.8	3.2	4.1
Hypertonie (I10 bis I15)	5.0	3.9	2.4	6.0	9.4	4.6	5.3	+1.2	+1.1	11.9	11.8
Koronare Herzkrankheiten (I20 bis I25)	11.9	26.4	17.1	20.3	14.3	17.9	19.3	- 0.1	- 0.3	9.8	10.2
Andere Herzkrankheiten (I26-I52)	14.0	19.0	9.7	20.6	29.6	16.0	16.4	+0.4	+1.2	12.4	12.8
Hirngefässkrankheiten (I60 bis I69)	8.4	11.9	5.8	13.4	16.2	9.8	9.6	- 0.3	- 0.2	20.3	20.8
Atherosklerose (I70)	4.4	7.3	4.3	7.2	6.7	5.6	3.6	+0.8	+0.2	9.3	13.6
Pneumonie (J12 bis J18)	4.3	8.0	3.4	7.0	12.9	5.8	7.4	+0.7	+0.9	13.2	14.6
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)	3.6	6.5	3.5	6.4	5.7	4.8	5.6	+0.3	+0.3	15.2	16.5
Leistenbruch (K40)	1.1	10.6	5.2	5.3	3.3	5.0	4.6	+0.7	+0.1	4.7	5.2
Gallensteine (K80, K81)	4.6	5.1	4.9	5.0	3.8	4.8	4.8	+0.4	+0.4	9.2	10.4
Arthrose (M15 bis M19)	20.4	15.7	17.9	22.1	10.7	18.5	18.2	+2.0	+1.4	15.2	14.6
Prostatahyperplasie (N40)	-	12.0	11.1	14.5	8.7	12.0	10.7	- 0.2	+0.3	7.1	7.5
Schädel-Hirn-Verletzungen (S02, S05, S06)	2.6	4.3	2.2	3.9	6.6	3.3	3.2	+0.4	+0.5	9.0	8.5
Schenkelhalsbrüche (S72)	11.5	4.7	2.5	10.4	30.2	8.7	7.7	- 0.6	- 0.4	19.4	18.6

a) Jahresdurchschnitt der Hospitalisierungsraten 2004 und 2005 minus Jahresdurchschnitt der Hospitalisierungsraten 2001 und 2002

b) Da 2001 die Daten von zwei Zürcher Kliniken fehlen, entspricht die Veränderung dem Jahresdurchschnitt der Hospitalisierungsraten 2004 und 2005 minus die Hospitalisierungsrate 2002.

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2001, 2002, 2004 und 2005

Veränderung der Hospitalisierungsraten vor allem bei Hochbetagten

Im Vergleich der Jahresdurchschnitte 2001/02 und 2004/05 fallen primär die rückläufige Hospitalisierungsrate bei Sehstörungen (-6,6 Fälle pro 1'000 Einwohner/innen) und die etwas häufiger gewordenen Hospitalisierungen wegen Arthrose (+2,0) auf (Tab. 4.7). In der Altersgruppe ab 85 zeigt sich bei verschiedenen Diagnosen eine überproportionale, meist geschlechtsspezifische Veränderung der Hospitalisierungsraten (nicht in Tab. 4.7 dargestellt): Hypertonie (Frauen: ZH +3,2 vs. DS +2,6; Männer: ZH +1,9 vs. DS +2,9), koronare Herzkrankheiten (Männer: ZH -4,6 vs. DS -3,2), andere Herzkrankheiten (Männer: ZH +2,0 vs. DS +4,7), Hirngefässkrankheiten (Frauen: ZH -3,1 vs. DS -2,4), Pneumonie (Männer: ZH +4,2 vs. DS +2,0) und chronische Krankheiten der unteren Atemwege (Männer: ZH +1,6 vs. DS +1,2). Bei 75- bis 84-jährigen Zürcherinnen waren 2004/05 Hypertonie, andere Herzkrankheiten und Arthrose häufiger ein Grund für eine Hospitalisierung als 2001/02⁸⁶. Im selben Zeitraum nahm die Hospitalisierungsrate wegen Atherosklerose und Leistenbrüchen bei Zürcher Männern zu⁸⁷.

Die durchschnittlichen Hospitalisierungsdauern der betrachteten Krankheiten bewegen sich um die 12 bis 20 Tage. Deutlich kürzere Spitalaufenthalte gelten für Hospitalisierungen wegen Sehstörungen, Leistenbrüchen und Prostatahyperplasie (Vergrösserung der Vorsteherdrüse). Verhältnismässig lange Hospitalisierungsdauern sind bei psychischen Erkrankungen auszumachen.

Operationen wegen Hüft- und Knieprothesen bei Frauen häufiger als bei Männern

Das Einsetzen von Hüft- und Knieprothesen, die Prostatektomie (vollständige Entfernung der Vorsteherdrüse) sowie die Kataraktoperation (Staroperation, Operation des grauen Stars) stellen für ältere Menschen typische chirurgische Eingriffe dar. Das Einsetzen einer Hüftprothese hat sich mittlerweile als Standardoperation bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte etabliert. Kataraktoperationen werden fast ausschliesslich an Personen ab 65 vorgenommen (siehe Zellweger, 2007, S.109-111). Während das Einsetzen von Hüftprothesen in der Altersgruppe ab 85 Jahre am verbreitetsten ist, sind Operationen des Kniegelenks und der Prostata zwischen 75 und 84 Jahren am häufigsten anzutreffen (Tab. 4.8).

Tab. 4.8: Raten für häufige chirurgische Eingriffe (Fälle pro 1'000 Einwohner/innen), 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2005

Behandlungen (CHOP-Codes) ¹ :	Rate ZH						Rate DS
	Frauen ab 65 J.	Männer ab 65 J.	65-74 J.	75-84 J.	ab 85 J.	ab 65 J.	ab 65 J.
Hüfttotalprothese (8151), partielle Hüftarthroplastik (8152)	10.1	8.7	8.0	10.8	12.4	9.5	10.2
Knietotalprothese (8154)	7.1	4.2	5.7	7.6	2.3	5.9	6.6
Prostatektomie (6021, 6029, 603, 604, 605, 6062, 6069)	-	15.7	15.6	17.3	10.7	15.7	14.1
Kataraktoperation (1341, 1371)	10.8	7.6	5.2	14.3	13.7	9.5	3.5
Anzahl Fälle (Total)	3'273	2'978	2'694	2'771	786	6'251	16'822

¹vgl. Fussnote 84

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2005

⁸⁶ Hypertonie: ZH +2,2 vs. DS +1,9; andere Herzkrankheiten: ZH +1,2 vs. DS +1,4; Arthrose: ZH +3,2 vs. DS +1,0

⁸⁷ Atherosklerose: ZH +1,8 vs. DS +0,2; Leistenbrüche: ZH +2,0 vs. DS +0,0%

Hüft- und vor allem Knieprothesen werden häufiger bei Frauen eingesetzt als bei Männern. Kataraktoperationen werden häufiger bei Personen ab 75 durchgeführt als bei 65- bis 74-Jährigen. Sie sind bei Frauen verbreiteter als bei Männern und werden im Kanton Zürich rund zweieinhalbmal so oft berichtet wie in der übrigen Deutschschweiz⁸⁸.

Mehr herzchirurgische Eingriffe 2004/05 als 2001/02

Im Jahr 2005 wurden pro 1'000 Zürcher/innen sechs Fälle mit einem der folgenden vier herzchirurgischen Eingriffe gezählt: **perkutane transluminale Koronarangioplastie** (kurz: PCTA, Erweiterung verengter Herzkranzarterien mit einem Ballonkatheter, auch Koronardilatation genannt) **bzw. koronare Atherektomie** (Kathetertechnik zum Herausschneiden von Ablagerungen an den Gefässwänden), **Einsetzen eines Herzkranzarterien-Stents** (Gefässstütze), **Bypass-Anastomose** (Überbrückung verengter Herzkranzarterien)⁸⁹ und **Einsetzen, Ersetzen, Entfernen oder Revision eines Schrittmachers** (Tab. 4.9).

Tab. 4.9: Raten für ausgewählte herzchirurgische Eingriffe (Fälle pro 1'000 Einwohner/innen), 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2005

Behandlungen (CHOP-Codes) ¹ :	Rate ZH						Rate DS
	Frauen ab 65 J.	Männer ab 65 J.	65-74 J.	75-84 J.	ab 85 J.	ab 65 J.	ab 65 J.
Koronarangioplastie, koronare Atherektomie (3601, 3602, 3605)	1.5	4.0	2.9	2.8	0.7	2.6	1.7
Herzkranzarterien-Stent (3606, 3607)	0.6	1.8	1.2	1.3	0.2	1.1	1.3
Bypass-Anastomose (361)	0.3	1.0	0.7	0.6	0.0	0.6	1.2
Herzschrittmachertherapie und -nachsorge (378)	1.3	2.3	0.7	2.6	3.7	1.8	1.8
Anzahl Fälle (Total)	438	755	567	512	114	1'193	3'752

¹ vgl. Fussnote 84

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2005

Männer liessen sich dabei zweieinhalbmal so häufig operieren wie Frauen. Herzschrittmacher werden mit zunehmendem Alter häufiger eingesetzt oder ersetzt, während die übrigen drei Eingriffe vorwiegend im Alter zwischen 65 und 84 Jahren erfolgen.

Mit Ausnahme der Bypass-Anastomose nahm die Häufigkeit der betrachteten Eingriffe zwischen 2001/02 und 2004/05 zu. Im Kanton Zürich wurden Koronarangioplastien oder koronare Atherektomien im Jahresdurchschnitt 2004/05 doppelt so oft durchgeführt wie 2001/02 (Anstieg um 1,3 Fälle pro 1'000 Einwohner). In der übrigen Deutschschweiz ist ein deutlich schwächerer Anstieg zu erkennen (+0,4). Etwas bescheidener war die Zunahme bei der Herzschrittmachertherapie und -nachsorge (ZH +0,8; DS +0,7), ebenso die Abnahme der Bypass-Anastomose (ZH -0,7; DS -0,2). Das Einsetzen von Herzkranzarterien-Stents hat vergleichsweise nur leicht zugenommen (ZH +0,3; DS +0,6).

⁸⁸ Hier sei auf regionale Unterschiede in der stationären und ambulanten Versorgung hingewiesen. Verlagerungen in den ambulanten Bereich können auch für die rückläufige Entwicklung der Kataraktoperation im Kanton Zürich und in der übrigen Deutschschweiz zwischen 2001/02 und 2004/05 verantwortlich sein (-5,1 bzw. -4,9 Fälle pro 1'000 Einwohner/innen im Vergleich der Jahresdurchschnitte).

⁸⁹ Die genannten herzchirurgischen Eingriffe haben gemein, dass sie bei verengten Herzkranzarterien die Blutversorgung des Herzmuskels sicherstellen. Stents werden oft eingesetzt, wenn nach einer Ballondilatation die Einengung bestehen bleibt, die vergleichsweise eingreifendere Bypass-Anastomose zur Überbrückung langstreckig verengter oder verschlossener Gefässe. Atherektomien werden in einzelnen Fällen vor der Ballondilatation durchgeführt.

Zusammenfassung: Diagnosen und Operationen

Mit Blick auf die in diesem Kapitel betrachteten Hauptdiagnosen stellen Herz-Kreislauf-Krankheiten, Arthrose, Sehstörungen und Schenkelhalsbrüche wichtige Gründe für die Hospitalisierung der 65-jährigen und älteren Zürcher/innen dar. Herzkrankheiten werden bei Männern deutlich häufiger diagnostiziert als bei Frauen. Zwischen 2001/02 und 2004/05 zeigt sich insbesondere bei den 85-Jährigen und Älteren eine Zunahme der Hospitalisierungsraten wegen Hypertonie, Pneumonie und chronischen Krankheiten der unteren Atemwege, während die Häufigkeit von Hospitalisierungen wegen koronarer Herzkrankheiten und Hirngefässkrankheiten abgenommen hat. Atherosklerose wird im Kanton Zürich etwas häufiger diagnostiziert als in der übrigen Deutschschweiz, koronare Herzkrankheiten und Pneumonie dafür etwas seltener.

Im Durchschnitt dauert eine Hospitalisierung für die ausgewählten Diagnosen zwischen 12 und 20 Tagen. Kürzere Hospitalisierungen finden sich bei Sehstörungen, Leistenbrüchen und Prostatahyperplasie, wohingegen bei Demenz und Depression eine mittlere Dauer von 60 Tagen beobachtet wird.

Kataraktoperationen und das Einsetzen von Hüftprothesen sind besonders im Alter ab 75 häufig, Operationen des Kniegelenks und der Prostata bei 75- bis 84-Jährigen. Die vier betrachteten herzchirurgischen Eingriffe wurden zweieinhalbmal so häufig an Männern durchgeführt wie an Frauen. Zwischen 2001/02 und 2004/05 hat die Häufigkeit von Koronarangioplastien und koronaren Atherektomien deutlich zugenommen.

4.5 Spitex und Heime

Betreuung und Pflege spielen eine entscheidende Rolle in der Lebensgestaltung älterer Menschen mit Gesundheitsproblemen. Grundsätzlich kann zwischen zwei sich ergänzenden, ausserfamiliären Betreuungsformen unterschieden werden, der **stationären Betreuung in sozialmedizinischen Institutionen** (Alters- und Pflegeheime) und der **spitalexternen Betreuung** (Spitex). Ziel der Spitex ist es, eine weitgehend selbständige Lebensführung zu erhalten, indem ältere Menschen trotz Einschränkungen weiterhin in ihrem vertrauten Umfeld leben können. Die stationäre Unterbringung in Institutionen wird hohen Anforderungen an Pflege und Betreuung gerecht und ermöglicht meist eine pflegerische Versorgung rund um die Uhr. Verschiedene Organisationsmodelle auf Gemeinde- und Kantons-ebene prägen das Verhältnis zwischen spitalexternen und stationärer Betreuung.

Dieses Kapitel behandelt Eckwerte der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen nach Alter und teilweise nach Geschlecht⁹⁰ und geht zusätzlich auf das Verhältnis zwischen der spitalexternen und der stationären Versorgung in den Jahren 2000 bis 2005 ein. Die Daten zur spitalexternen Betreuung stammen aus der *Spitex-Statistik* des Bundesamts für Sozialversicherungen (2006), jene zur stationären Betreuung aus der *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen* des Bundesamts für Statistik (2007). Dabei beschränken sich die Angaben für die spitalexterne Betreuung auf Pflegeleistungen, die von der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KLV übernommen werden⁹¹. Für die stationäre Betreuung wurden die Institutionen für Betagte und chronisch Kranke berücksichtigt⁹².

Drei von vier Personen mit Spitex-Leistungen gemäss KLV sind über 65-jährig

Im Jahr 2005 zählte der Kanton Zürich 130 Spitex-Organisationen⁹³. Die Mehrheit (117) davon waren privatrechtlich-gemeinnützige Organisationen (Vereine, Stiftungen), ein Teil (23) aber auch öffentlich-rechtliche Organisationen, zumeist auf Gemeindeebene. Öffentlich-rechtliche Organisationen kommen in der übrigen Deutschschweiz vergleichsweise selten vor (17). Ebenfalls 2005 gab es im Kanton Zürich 243 sozialmedizinische Institutionen für Betagte und chronisch Kranke, wobei es sich zu drei Vierteln (188) um öffentliche oder subventionierte und zu einem Viertel (55) um private Einrichtungen handelte. In der übrigen Deutschschweiz waren private Institutionen mit einem Anteil von über 40% (376 von insgesamt 856 Institutionen) verbreiteter als im Kanton Zürich.

Spitex-Leistungen werden hauptsächlich von hoch betagten Menschen genutzt. Von den insgesamt 22'246 Personen, die 2005 im Kanton Zürich Spitex-Leistungen gemäss KLV bezogen haben, waren 75,6% (übrige Deutschschweiz 78,1%) mindestens 65 Jahre alt und 46,0% (DS 47,9%) mindestens 80-jährig. Noch deutlicher zeigt sich das Altersgefälle, wenn die Pflegequote⁹⁴ betrachtet wird (Tab. 4.10). Im Durchschnitt erhielt im Jahr 2005 fast jede fünfzigste im Kanton Zürich wohnhafte Person spitalexterne Betreuung. Während bei den unter 65-Jährigen eine von 200 Personen betroffen war, ist es bei den 65- bis 79-Jährigen knapp jede zwanzigste und bei den 80-Jährigen und Älteren

⁹⁰ Die verwendeten Spitexdaten wurden nicht geschlechtsspezifisch erhoben und können daher nicht gesondert für Frauen und Männer ausgewiesen werden. Die Datengrundlage der stationären Betreuung lässt hingegen geschlechtsspezifische Auswertungen zu.

⁹¹ Sog. pflegerische Leistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Nicht inbegriffen sind daher die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen sowie weitere Leistungen, die von den einzelnen Spitex-Organisationen zusätzlich zu den genannten Kerndienstleistungen erbracht werden können.

⁹² Es handelt sich um die beiden Kategorien S11 (Institutionen für Betagte oder chronisch Kranke) und S12 (Altersheime) gemäss Bundesamt für Statistik (2007).

⁹³ In der Spitex-Statistik werden Organisationen mit privatrechtlich-gemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Rechtsform erfasst. Obwohl die Teilnahme an der Erhebung nur für Organisationen, die AHV-Beiträge beziehen, obligatorisch ist, beteiligen sich auch fast sämtliche Organisationen, die keine solchen Beiträge erhalten. Privatrechtlich-erwerbswirtschaftliche Organisationen werden hingegen nicht berücksichtigt. Obwohl schweizweit 2002 in der Spitex 740 von 961 Organisationen erfasst waren, ist die Statistik besonders für grössere Organisationen aussagekräftig (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2006, S. 3).

⁹⁴ Die Pflegequote gibt die Anzahl der betreuten Personen pro 1'000 Einwohner in der betrachteten Population während eines Jahres an. Mehrfache Inanspruchnahme durch dieselbe Person im gleichen Kalenderjahr wird erkannt, d.h. es erfolgen keine Mehrfachzählungen. Die entsprechende Populationsgrösse entspricht der ständigen Wohnbevölkerung in der Jahresmitte gemäss Statistik des jährlichen Bevölkerungsstands des Bundesamts für Statistik (ESPOP).

sogar jede fünfte. In der übrigen Deutschschweiz fallen die Pflegequoten in den beiden oberen Altersgruppen leicht höher aus als im Kanton Zürich.

Tab. 4.10: Spitex, Pflegequoten pro 1'000 Einwohner/innen nach Alterskategorien, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2005

	N _{Betreute}	0 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	ab 80 Jahre	ab 65 Jahre	Gesamt
ZH	22'246	5.1	45.7	187.8	84.6	17.6
DS	74'283	4.9	48.6	197.1	90.4	18.6

Datenquelle: Bundesamt für Sozialversicherungen, Spitex-Statistik 2005

Mit steigendem Alter nimmt ebenfalls die Betreuungsintensität zu. Fiel 2005 gesamthaft pro Klient/in ein jährlicher Aufwand von 41,0 Stunden an (DS 45,3), so lag die Stundenquote der unter 65-Jährigen bei 28,8 (DS 31,6), jene der 65- bis 79-Jährigen bei 35,3 (DS 40,2) und jene der 80-Jährigen und Älteren bei 51,0 (DS 54,8). Im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz weist der Kanton Zürich eine um rund 10% geringere Stundenquote auf.

Fast ausschliesslich über 65-Jährige in sozialmedizinischen Institutionen, davon drei Viertel über 80 Jahre

In den 243 Zürcher sozialmedizinischen Institutionen wurden 2005 insgesamt 15'030 Personen stationär betreut⁹⁵. Noch deutlicher als bei den spitalexternen Leistungen wird die stationäre Betreuung vor allem von hoch betagten Menschen in Anspruch genommen: 78,4% der betreuten Personen sind mindestens 80 Jahre alt (DS 76,0%), 17,7% zwischen 65 und 79 (DS 19,7%) und 3,9% unter 65 Jahre alt (DS 4,3%). Im Einklang mit Unterschieden in der Lebenserwartung fällt der Anteil der 80-Jährigen und Älteren bei den Frauen (81,8%) deutlich höher aus als bei den Männern (68,0%). Umgekehrt ist die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen bei den Männern (24,3%) stärker vertreten als bei den Frauen (15,5%).

Die Quoten zeigen – ebenfalls deutlicher als bei der spitalexternen Betreuung – dass sich die stationäre Betreuung fast ausschliesslich an Personen ab 65 Jahre richtet (Tab. 4.11). Dabei werden 80-Jährige und Ältere rund zehnmal so oft stationär betreut wie 65- bis 79-Jährige. Die Pflegequote der Frauen zwischen 65 und 79 Jahren ist rund anderthalb mal so hoch wie jene der gleichaltrigen Männer (21,9 vs. 14,0), ab 80 ist sie gar doppelt so hoch (256,2 vs. 137,5)

Tab. 4.11: Sozialmedizinische Institutionen, Pflegequoten pro 1'000 Einwohner nach Alterskategorien, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS) 2005

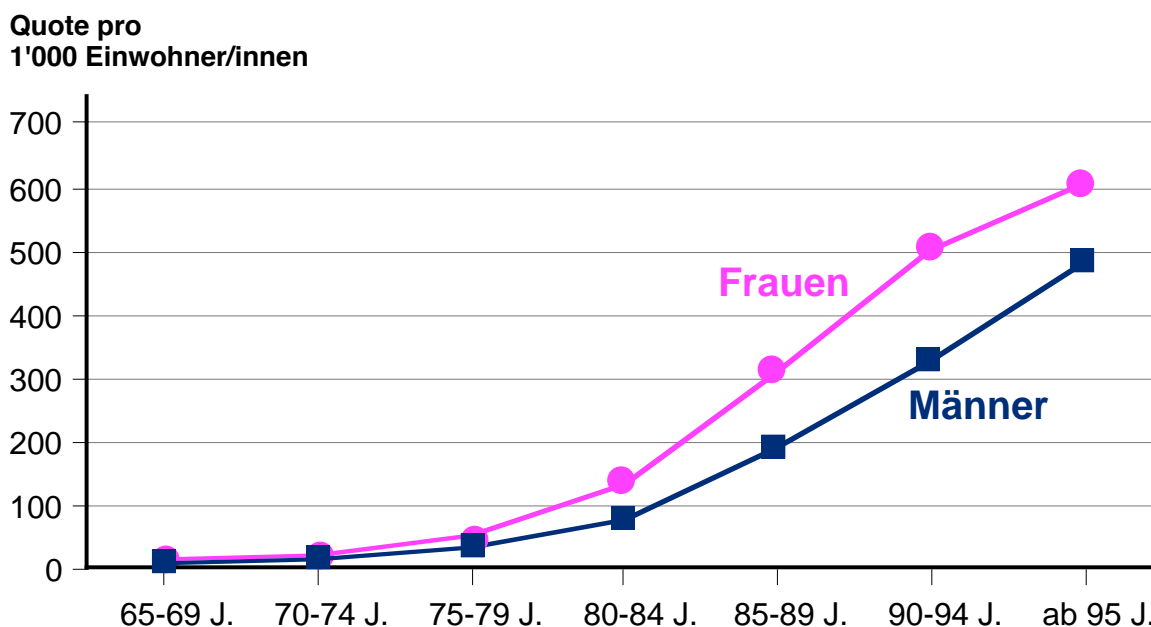
	N _{Betreute}	0 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	ab 80 Jahre	ab 65 Jahre	Gesamt
Frauen ZH	11'350	0.6	21.9	256.2	94.7	17.6
DS	35'494	0.6	23.8	238.7	92.2	17.5
Männer ZH	3'680	0.5	14.0	137.5	41.3	5.9
DS	12'752	0.6	16.6	134.4	43.6	6.5
Total ZH	15'030	0.5	18.4	216.5	72.7	11.9
DS	48'246	0.6	20.6	203.2	71.9	12.1

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2005

⁹⁵ Im betrachteten Zeitraum von 2000 bis 2005 betrug die Teilnahmequote der Institutionen im Kanton Zürich an der Erhebung mit Ausnahme des Jahres 2003 (98%) stets 100%. In den übrigen Deutschschweizer Kantonen waren die Teilnahmequoten meist ähnlich, in einzelnen Fällen etwas geringer.

Interessanterweise scheint die höhere Pflegequote der Frauen nicht auf Unterschieden in der Lebenserwartung zu beruhen. Zwar übersteigen die Pflegequoten der Frauen ab einem gewissen Alter stets deutlich jene der Männer, doch lässt sich keine überproportionale stationäre Betreuung von Frauen in den obersten Altersklassen feststellen (Abb. 4.4). Vielmehr scheint hier der Zivilstand eine Rolle zu spielen: Frauen sind bereits im frühen Rentenalter öfter verwitwet als Männer und der Anteil der Verwitweteten nimmt bei ersteren bis ca. 80 Jahre überproportional zu (siehe Kap. 1; Wanner, 2005). Da die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter zunimmt, dürften die häufiger alleinstehenden Frauen früher auf eine stationäre Betreuung angewiesen sein als Männer, denen ihre Frau zur Seite steht. Im hohen Alter würden demnach Unterschiede in der stationären Betreuung vor allem den verzögerten Eintritt der Männer in die stationäre Betreuung widerspiegeln – eine Vermutung, die durch den eher konstanten Unterschied beider Pflegequoten ab 85 Jahre gestützt wird.

Abb. 4.4: Sozialmedizinische Institutionen, Pflegequote pro 1'000 Einwohner/innen nach Alter, Kanton Zürich 2005



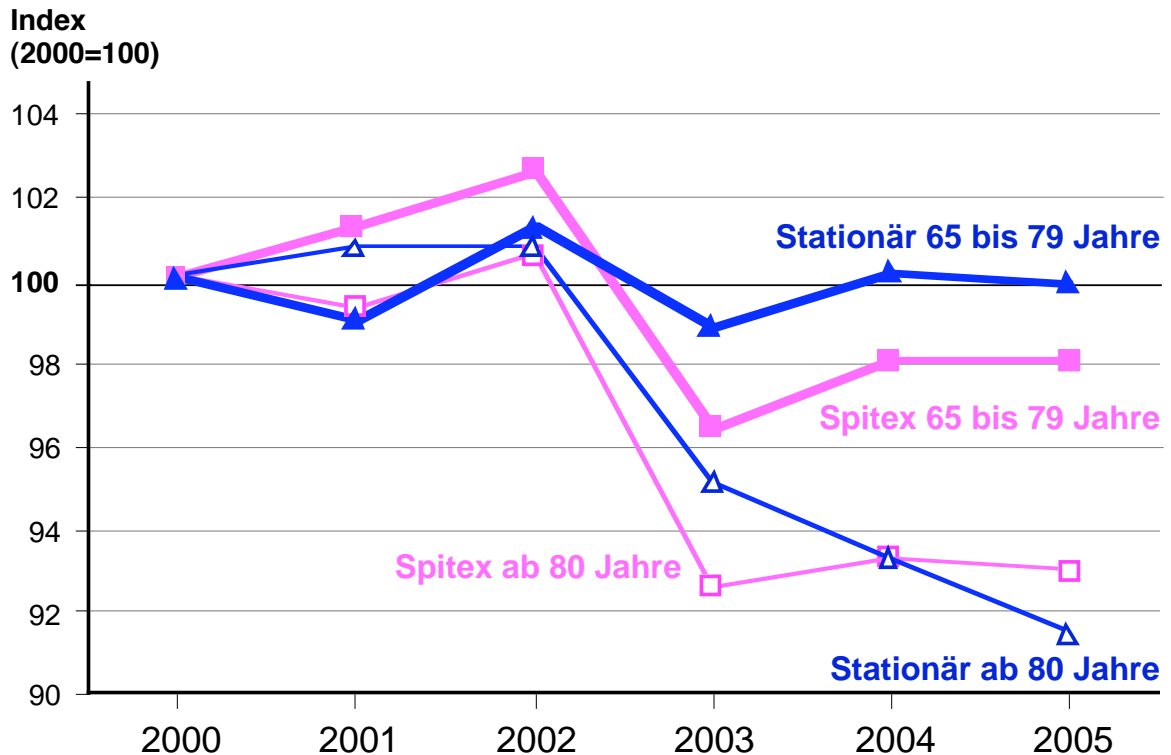
Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2005

Im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz nutzen im Kanton Zürich Personen ab 65 Jahre die stationäre Betreuung etwas häufiger. Dabei zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht und Alter. Zürcherinnen ab 80 Jahre werden deutlich häufiger stationär betreut als gleichaltrige Deutschschweizerinnen aus anderen Kantonen, während bei den Männern nur ein geringfügiger ähnlich gerichteter Unterschied besteht. In der Altersgruppe zwischen 65 und 79 Jahren weisen sowohl Frauen als auch Männer eine niedrigere stationäre Pflegequote im Kanton Zürich auf als in der übrigen Deutschschweiz. Der deutlich tieferen spitalexternen Pflegequote im Kanton Zürich steht eine nur leicht höhere stationäre Pflegequote gegenüber: Im Durchschnitt werden pro 1'000 Einwohner/innen im Alter von 65 Jahren und mehr im Kanton Zürich sechs Personen weniger spitalextern, dafür eine Person mehr stationär behandelt als in der übrigen Deutschschweiz (Tab. 4.10 und 4.11).

Rückläufige Pflegequoten bei den 80-Jährigen und Älteren zwischen 2000 und 2005

Die spitalexterne und die stationäre Betreuung im Kanton Zürich weisen zwischen 2000 und 2005 eine nach Altersgruppen gemeinsame Entwicklung auf (Abb. 4.5).

Abb. 4.5: Spitex und sozialmedizinische Institutionen, indexierte Entwicklung der Pflegequoten (Basis 2000=100), 65-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2000 bis 2005



Datenquelle: Bundesamt für Sozialversicherungen, Spitex-Statistik 2000 bis 2005 und Bundesamt für Statistik, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2000 bis 2005

Die indexierte Entwicklung der Pflegequoten hängt primär mit dem Alter zusammen, während Unterschiede zwischen den beiden Betreuungsformen vergleichsweise gering ausfallen. Bei den 65-Jährigen und Älteren lässt sich eine konstante Entwicklung beobachten: Die stationäre Pflegequote bleibt fast unverändert, die spitalexterne entwickelte sich leicht rückläufig. Bei den 80-Jährigen und Älteren fand eine beachtliche Abnahme der Pflegequoten statt.

Die spitalexterne Pflegequote pro 1'000 Einwohner/innen bildete sich zwischen 2000 und 2005 im Kanton Zürich von 86,1 auf 84,6 zurück – mit einem auffallend markanten Rückgang zwischen 2002 und 2003. In der gleichen Zeit ist in der übrigen Deutschschweiz ein eher regelmässiger und leichter Anstieg von 88,2 auf 90,4 festzustellen. Die stationäre Pflegequote pro 1'000 Einwohner/innen ging im Kanton Zürich von 73,9 auf 72,7 und in der übrigen Deutschschweiz noch deutlicher von 74,7 auf 71,9 zurück⁹⁶.

Im Jahr 2000 waren sowohl die spitalexterne als auch die stationäre Pflegequote im Kanton Zürich niedriger als in der übrigen Deutschschweiz. Durch die Verschiebung hin zur spitalexternen Betreuung in der übrigen Deutschschweiz ist einerseits der Unterschied in der spitalexternen Pflegequote 2005 mehr als doppelt so gross wie im Jahr 2000, andererseits übersteigt 2005 die stationäre Pflegequote im Kanton Zürich jene in der übrigen Deutschschweiz.

⁹⁶ Zwischen 2000 und 2005 nahm die Bevölkerung ab 65 Jahre im Kanton Zürich um 15'792 Personen (prozentualer Anstieg: 8,6%) bzw. in der übrigen Deutschschweiz um 81'676 Personen (7,1%) zu. Gleichzeitig wurden 928 (6,9%) bzw. 1361 (3,0%) Personen mehr spitalextern und 1067 (6,8%) bzw. 5094 (9,6%) Personen mehr stationär betreut. Im Kanton Zürich entfällt die Zunahme der Anzahl der nach den beiden Formen betreuten Personen nicht ganz zur Hälfte auf die spitalexterne Betreuung (46,5%), während in der übrigen Deutschschweiz der Anstieg zu vier Fünfteln spitalextern bewältigt wurde (78,9%).

Zusammenfassung: Spitex und Heime

Im Jahr 2005 zählte der Kanton Zürich 130 Spitex-Organisationen und 243 sozialmedizinische Institutionen. Spitex-Leistungen gemäss KLV wurden zu drei Vierteln von 65-Jährigen und Älteren (16'827 Personen) und fast zur Hälfte von 80-Jährigen und Älteren (10'225) bezogen. Noch deutlicher richtet sich die stationäre Betreuung an ältere und hoch betagte Menschen: Über 95% der Betreuten waren 65-jährig und älter (14'447), über drei Viertel mindestens 80-jährig (11'789).

Die spitalexterne Pflegequote (84,6%) lag 2005 bei den 65-jährigen und älteren Zürcher/innen etwas höher als die stationäre Pflegequote (72,7%). Wiederum spielt das Alter eine entscheidende Rolle: Bei den 65- bis 79-Jährigen beträgt die spitalexterne Pflegequote das Zweieinhalbfache der stationären Pflegequote, ab 80 Jahren wird die stationäre Betreuung häufiger beansprucht. Im Zeitraum 2000 bis 2005 gingen die spitalexterne und die stationäre Pflegequote leicht zurück, im Wesentlichen wegen der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren.

Im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz wies der Kanton Zürich 2000 niedrigere Pflegequoten in der spitalexternen und stationären Betreuung auf. Zwischen 2000 und 2005 ging in der übrigen Deutschschweiz die stationäre Betreuung zugunsten der spitalexternen Betreuung zurück. Dadurch fiel 2005 die spitalexterne Pflegequote im Kanton Zürich deutlich niedriger aus als in der übrigen Deutschschweiz, die stationäre dafür höher.

4.6 Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Maik Roth

Dieses Kapitel hat zum Ziel, einen Überblick über die Kostenentwicklung bei den Leistungserbringern sowie über die Verbreitung unterschiedlicher Versicherungsmodelle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zwischen 2000 und 2005 zu geben. Dazu werden Daten aus dem Datenpool von santésuisse⁹⁷ analysiert. Vertiefte Interpretationen sind nur in beschränkter Masse möglich, da die Daten keine Diagnose-Informationen enthalten und nur in aggregierter Form zur Verfügung stehen, d.h. es können keine individuellen Krankheitsfälle und Behandlungsverläufe verfolgt werden.

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen zusammengeführt. In diesem Kapitel beziehen wir uns auf die Nettokosten (= Kosten, die durch die Krankenversicherer übernommen werden). Kosten, welche die Versicherten selbst übernehmen wie Franchise, Selbstbehalt und Rechnungen, welche Versicherte selbst bezahlen (z.B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht abgedeckt sind, fehlen in dieser Berechnung ebenso wie staatliche Beiträge an die Betriebskosten von Spitälern und Heimen. Der Datenpool basiert auf einer freiwilligen Teilnahme der Krankenversicherer. 2005 lieferten 87 Versicherer, welche eine Marktabdeckung von 97% der im Kanton Zürich versicherten Personen haben⁹⁸, ihre Daten an den Datenpool. Um die Totalkosten zu schätzen und einzelne Jahre miteinander vergleichen zu können, wurden die Daten über den Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich⁹⁹ auf 100 % hochgerechnet. Dabei wird angenommen, dass die nicht im Datenpool erfassten versicherten Personen eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen wie die erfassten¹⁰⁰.

Über 40% der Gesamtkosten der OKP entfallen auf Personen ab 66 Jahre¹⁰¹

Die Nettokosten der im Kanton Zürich wohnhaften Personen ab 66 machten im Jahr 2005 bei den Männern 39,5% und bei den Frauen 44,8% der OKP-Gesamtkosten beim entsprechenden Geschlecht aus (Tab. 4.12). Personen im Alter ab 66 stellen im Kanton Zürich einen Bevölkerungsanteil von 15%. Die Nettokosten der Personen in dieser Altersgruppe sind zwischen 2000 und 2005 um 303 Millionen Franken pro Jahr (5,8%) gestiegen. Dies hängt teilweise mit der Bevölkerungsentwicklung zusammen: Auf Pro-Kopf-Basis resultieren mittlere jährliche Zunahmen um 5,5% bei den Männern bzw. 4,3% bei den Frauen.

⁹⁷ Der Datenpool ist eine von santésuisse (Branchenverband der Krankenversicherer) produzierte Datenbank und dient in erster Linie als Brancheninformationssystem in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), um Aussagen über das Verhalten von Versichertengruppen und Leistungserbringern sowie über die Kosten- und Prämienentwicklung zu machen.

⁹⁸ Abdeckungsgrade 2000-2004: 91,6% (2000); 91,1% (2001); 94,8% (2002); 94,1% (2003); 97,2% (2004).

⁹⁹ Der Risikoausgleich ist ein Umverteilungssystem in der OKP und bezweckt einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend «schlechten Risiken» (Versicherte mit überdurchschnittlichen Krankheitskosten) und Krankenversicherern mit vorwiegend «guten Risiken» (meist jüngere Versicherte und Personen männlichen Geschlechts, welche unterdurchschnittliche Krankheitskosten aufweisen). Damit soll verhindert werden, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern und den verschiedenen Versicherungsformen durch Risikoselektion unterlaufen wird.

¹⁰⁰ Durch den Datenpool-Beitritt von fünf neuen Krankenversicherern im Jahr 2004 konnte der Abdeckungsgrad erheblich gesteigert werden. Weil es sich bei diesen neuen Krankenversicherern jedoch um Krankenversicherer mit vielen jungen und damit wenig kostenintensiven Versicherten handelt, wurden bei den Hochrechnungen in den vorangegangenen Jahren die nicht erhobenen Kosten und damit auch die Gesamtkosten zu hoch ausgewiesen. Dadurch erscheint das Kostenwachstum zwischen 2003 und 2004 zu tief. Da neue Datenlieferanten ihre Daten nicht rückwirkend liefern können, muss diesem Sachverhalt bei der Interpretation der gesamten Zahlenreihe Rechnung getragen werden.

¹⁰¹ Die Einteilung der Altersgruppen im Datenpool von santésuisse weicht von den übrigen Datenquellen in diesem Bericht ab: Die 65-Jährigen werden zusammen mit den 61- bis 64-Jährigen ausgewiesen und werden hier deshalb nicht berücksichtigt.

Tab. 4.12: Entwicklung der Nettokosten¹ (in Mio. Franken), 66-Jährige und Ältere, Kanton Zürich (ZH) und übrige Deutschschweiz (DS), 2000 bis 2005

Leistungserbringer	Kosten im Kanton Zürich 2000-2005						Kostenanteile 2005				
	in Mio.Fr.						Pro-Kopf-Kosten in Fr.	Kostenanteil der Leistungserbringer in% ⁵		Kostenanteil der Personen ab 66 in%	
	2000 ²	2001	2002	2003	2004	2005		ZH	ZH	DS	ZH
Spitäler ³	159.4	178.5	185.8	185.8	223.2	227.8	2'024	29.7	35.2	38.7	40.0
Spitex-Organisationen	23.1	23.7	25.2	26.1	28.4	29.4	261	3.8	4.1	85.2	86.2
Pflegeheime ⁴	171.7	178.1	182.2	189.4	191.8	206.4	1'831	26.9	22.8	93.5	93.5
Ärzte total	168.3	170.6	10.1	179.6	196.2	199.9	1'776	26.1	24.4	34.6	37.2
Behandlungen	115.3	113.5	113.3	119.4	129.5	131.5	1'168	17.1	13.7	30.4	31.2
Medikamente	53.0	57.1	56.9	60.2	66.7	68.5	608	8.9	10.7	47.2	49.0
Apotheken	49.5	53.6	58.7	62.6	66.2	67.4	599	8.8	9.0	40.9	44.0
Übr. Leistungserbringer	25.7	31.9	35.5	27.8	33.6	36.1	320	4.7	4.6	29.2	29.4
Total Frauen ab 66	597.7	636.5	657.6	671.3	739.4	766.9	6'810	100.0	100.0	44.8	45.8
Spitäler ³	118.8	133.2	143.8	150.9	176.2	185.2	2'347	39.7	46.0	38.0	40.4
Spitex-Organisationen	9.6	10.1	10.5	11.2	12.3	13.0	165	2.8	2.9	78.6	80.2
Pflegeheime ⁴	48.4	50.9	52.9	56.0	56.4	63.3	802	13.6	11.2	84.6	85.2
Ärzte total	108.9	111.0	110.7	119.0	132.6	138.2	1'752	29.6	26.1	35.6	37.0
Behandlungen	72.8	71.5	71.7	77.1	85.0	87.7	1'112	18.8	14.3	31.8	32.2
Medikamente	36.1	39.5	39.0	41.9	47.6	50.5	640	10.8	11.8	45.0	45.0
Apotheken	31.0	33.9	36.1	39.5	42.3	42.9	544	9.2	9.0	31.5	36.8
Übr. Leistungserbringer	17.0	21.2	23.3	20.6	22.1	23.9	303	5.1	4.8	30.5	29.1
Total Männer ab 66	333.6	360.2	377.3	397.1	441.9	466.5	5912	100.0	100.0	39.5	41.3
Männer & Frauen ab 66	932.5	996.7	1034.8	1068.4	1181.3	1233.5	6440	-	-	42.6	43.9

¹ Mittels Versichertenbestand Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht hochgerechnete Werte

² Wegen fehlender Werte konnten im Jahr 2000 insgesamt 1,2 Millionen Franken nicht nach Geschlecht aufgedgliedert werden.

³ Ohne Pflegeheim-Tarife

⁴ Inklusive Pflegeheim-Tarife in Spitälern

⁵ Bezogen auf die Gesamtkosten der ab 66-Jährigen, nach Geschlecht

⁶ Bezogen auf die Gesamtkosten 2005 beim entsprechenden Geschlecht

Datenquelle: Datenpool santésuisse (Datenstand: 2000: 04.06.2005; 2001–2005: 16.05.2006) / Auswertung Obsan

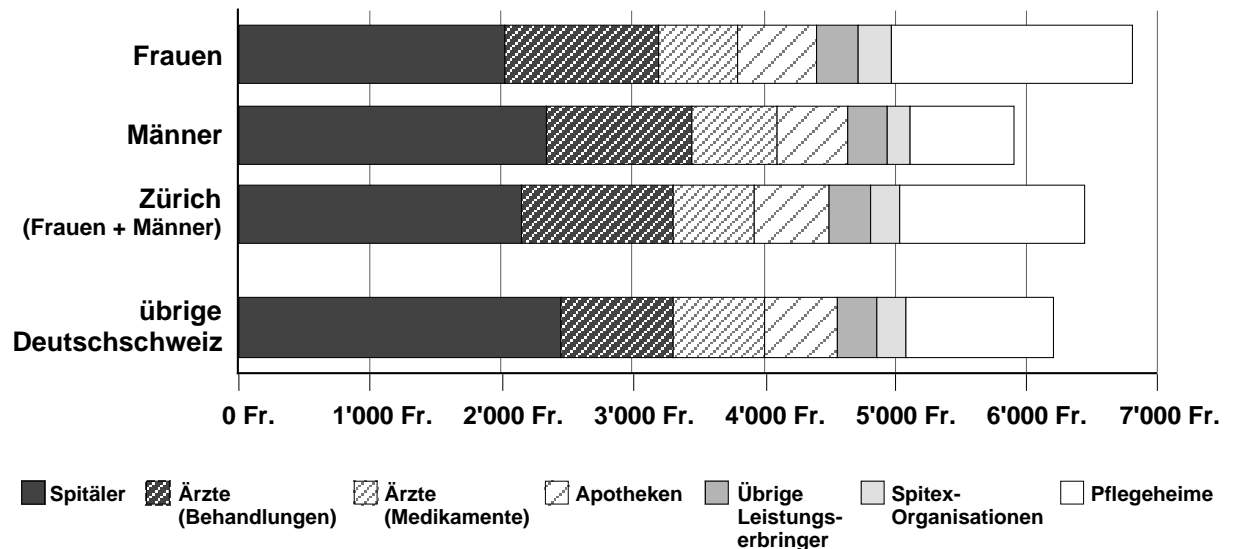
Zwischen 2000 und 2005 verbuchten im Kanton Zürich die Spitäler die grösste Kostenzunahme (Frauen +68,4 Mio. Fr.; Männer +66,4 Mio. Fr.), gefolgt von den Alters- und Pflegeheimen bei den Frauen (+34,6 Mio. Fr.) und den Ärzten bei den Männern (+29,3 Mio. Fr.). Der starke Kostenanstieg bei den Spitälern lässt sich gemäss santésuisse durch die Tarifierhöhungen, ein grösseres Leistungsvolumen und eine Kostenverlagerung von den Kantonen zu den Krankenversicherern erklären.

Nach den Kosten für die von Apotheken abgegebenen Medikamente sind zwischen 2000 und 2005 die Spitex-Kosten am schnellsten gewachsen. Diese Tendenz ist auch in der restlichen Deutschschweiz zu beobachten. Die Kosten der Alters- und Pflegeheime sind zwischen 2004 und 2005 stark gestiegen (Männer +12,3%; Frauen +7,6%), dies nachdem zwischen 2000 und 2004 ein eher mässiges Wachstum registriert wurde. Zwischen 2000 und 2005 fiel der durchschnittliche jährliche Nettokostenanstieg im Kanton Zürich schwächer aus als in der übrigen Deutschschweiz (ZH +5.8%; DS +6.2%).

Höhere Pro-Kopf-Kosten bei den Frauen als bei den Männern wegen Alters- und Pflegeheimen

Die Nettokosten pro im Kanton Zürich wohnhafte versicherte Person ab 66 fallen bei den Frauen (6'810 Fr.) höher aus als bei den Männern (5'912 Fr., vgl. Tab. 4.12 und Abb. 4.6). Diese Differenz ergibt sich hauptsächlich aus den Pro-Kopf-Kosten in den Alters- und Pflegeheimen (2005: Frauen 1'831 Fr.; Männer 802 Fr.) und der Spitex-Organisationen (2005: Frauen 261 Fr.; Männer 165 Fr.).

Abb. 4.6: Pro-Kopf-Kosten nach Art der Leistungserbringung, 66-Jährige und Ältere, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz 2005 (Zahlen aus Tab. 4.12)



Datenquelle: Datenpool santésuisse (Datenstand: 2005: 16.05.2006) / Auswertung Obsan

Kostenanteil für Spitalleistungen bei Personen ab 66 Jahren im Kanton ZH niedriger als in der übrigen Deutschschweiz

Der Kanton Zürich weist im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz einen geringeren OKP-Nettokostenanteil für Spitäler auf (ZH 33,5%; DS 39,4%). Hingegen sind die Kostenanteile für Behandlungen in Arztpraxen (ZH 17,8%; DS 13,9%) und für Alters- und Pflegeheimen (ZH 21,9%; DS 18,2%) im Kanton Zürich grösser. Die Nettokostenanteile der anderen Leistungserbringer liegen näher beieinander. Die Spitäler machen im Jahr 2005 mit 40% bei den Männern und 30% bei den Frauen den grössten Anteil der OKP-Kosten für ältere Personen aus. Der Kostenanteil der Arztpraxen liegt bei den Männern bei knapp 30%, bei den Frauen bei 26%. Der Kostenanteil für Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen macht bei den Männern rund 14% und bei den Frauen knapp 27% aus. Dies ist die grösste Differenz zwischen Frauen und Männern; sie ergibt sich hauptsächlich durch die um rund fünf Jahre höhere Lebenserwartung bei den Frauen (Bundesamt für Statistik, 2006) bzw. durch den höheren Anteil allein lebender Frauen (vgl. Kap.1).

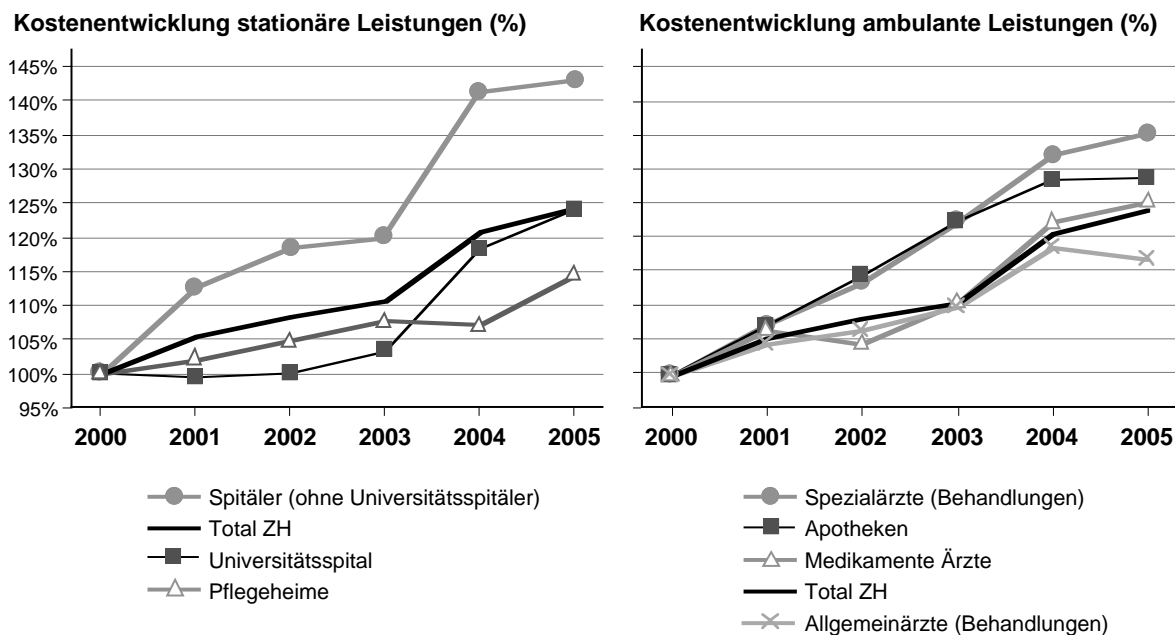
Zunahme der Pro-Kopf-Kosten in sämtlichen Leistungssektoren

Im Jahr 2005 betragen die Kosten für **Spitalleistungen** bei Personen ab 66 Jahre im Kanton Zürich 2'347 Franken pro versicherten Mann und 2'024 Franken pro versicherte Frau. Diese Werte liegen unter dem Durchschnitt der übrigen Deutschschweiz. Die Spitalkosten pro versicherte Person im Kanton Zürich sind zwischen 2000 und 2005 für die Männer im Durchschnitt pro Jahr um 7,4% und für die Frauen um 6,4% gestiegen; das ist ein grösserer Anstieg als in der übrigen Deutschschweiz. Im Jahr 2004 haben die Kosten der über 65-Jährigen im Kanton Zürich stärker zugenommen als in der

übrigen Deutschschweiz und haben sich 2005 stabilisiert. In der übrigen Deutschschweiz sind die Kosten hingegen auch zwischen 2004 und 2005 weiter angestiegen. Gemäss santésuisse ist der Kostensprung zwischen 2003 und 2004 auf eine Verschiebung der Fakturierung in den Spitälern vom Jahr 2003 auf das Jahr 2004 zurückzuführen. Die Kostenentwicklung des Universitätsspitals Zürich war zwischen 2000 und 2005 im Vergleich mit allen Spitälern im Kanton unterdurchschnittlich, dies im Gegensatz zu den Universitätsspitalern der übrigen Deutschschweiz.

Die Nettokosten für **Spezialärzte** nahmen zwischen 2000 und 2004 konstant zu (bis 2004 durchschnittlich 7,2% pro Jahr; zwischen 2004 und 2005 noch lediglich 2,4%). Die Kosten für **durch Apotheken abgegebene Medikamente** nahmen zwischen 2000 und 2004 jährlich um rund 6,5% zu. 2005 blieben die Kosten stabil (der Anstieg zwischen 2004 und 2005 betrug 0,1%). Nachdem die Pro-Kopf-Kosten für die **Alters- und Pflegeheime** zwischen 2000 und 2004 nicht sehr stark angestiegen waren (durchschnittlich 1,7 % pro Jahr, in Abb. 4.7 unter «Pflegeheime» dargestellt), wurde 2005 ein überdurchschnittliches Wachstum beobachtet (plus 6,9%). Für die Gesamtperiode lag die Zunahme aber unter dem Durchschnitt des gesamten Kostenwachstums.

Abb. 4.7: Entwicklung der Pro-Kopf-Nettokosten nach Leistungserbringern, 66-Jährige und Ältere, Kanton Zürich, 2000 bis 2005 (Index 2000=100)

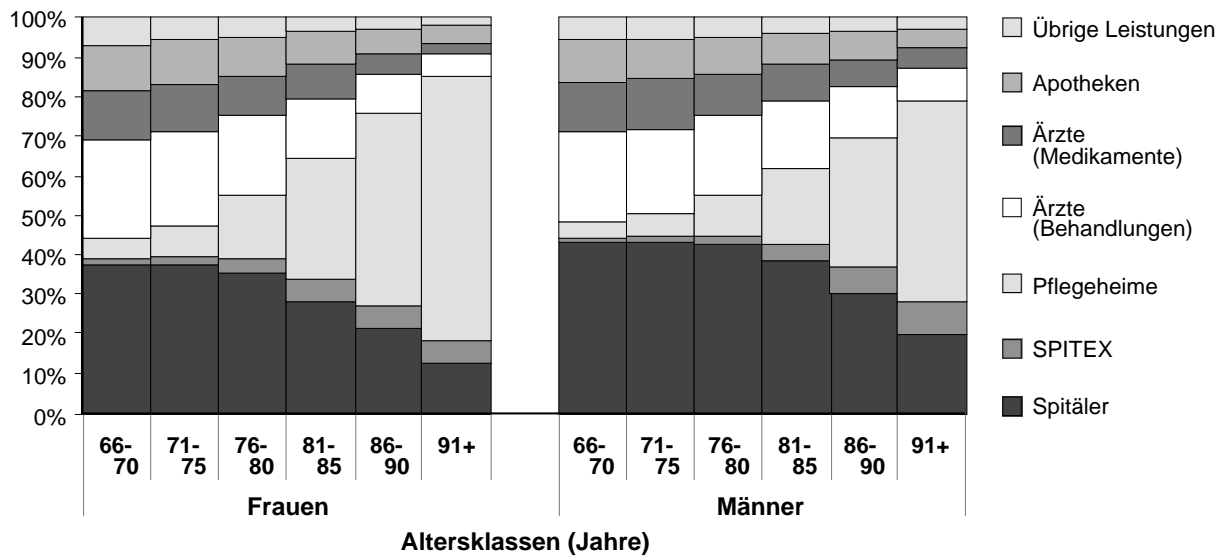


Datenquelle: Datenpool santésuisse (Datenstand: 2000: 04.06.2005; 2001–2005: 16.05.2006) / Auswertung Obsan

Pro-Kopf-Kosten bei Betagten und bei Frauen am höchsten

Im Jahr 2005 betragen die Kosten für Frauen im Alter zwischen 66 und 70 Jahren 4'123 Fr. und für Frauen ab 91 Jahre 16'707 Fr. Bei den Männern liegen die Pro-Kopf-Kosten bei 4'218 bzw. 12'523 Fr. Abb. 4.8 zeigt den prozentualen Anteil der Kosten der einzelnen Leistungserbringer an den Pro-Kopf-Gesamtkosten, gegliedert nach Alter und Geschlecht. Die Anteile der verschiedenen Leistungserbringer an den Pro-Kopf-Kosten variieren je nach Altersgruppe stark, wobei die Langzeitpflege die ambulante und die stationäre Pflege ablöst. Bei den Frauen zwischen 66 und 70 Jahren macht die Langzeitpflege 6,0% der Pro-Kopf-Kosten aus (bei den Männern 5,2%), während es bei den Frauen ab 91 Jahre 72% sind (bei den Männern 59%).

Abb. 4.8: Prozentualer Anteil der Pro-Kopf-Kosten verschiedener Leistungserbringer nach Alter und Geschlecht, 66-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2005



Datenquelle: Datenpool santésuisse (Datenstand: 16.05.2006) / Auswertung Obsan

Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise im Alter besonders populär

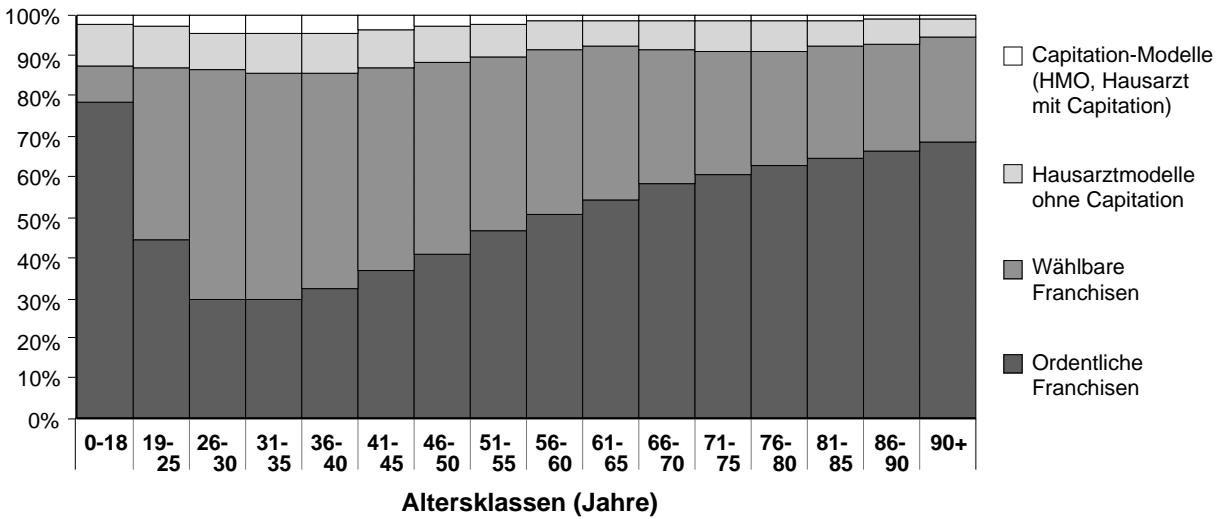
Im Datenpool von santésuisse werden fünf verschiedene Modelle innerhalb der OKP unterschieden: ordentliche Franchise (Minimalfranchise)¹⁰², wählbare Franchise¹⁰³, Bonus-Versicherung, Hausarztmodell und Capitation-Modell (HMO, Hausarzt mit Capitation)¹⁰⁴. Im Kanton Zürich wählen altersunabhängig rund 9 von 10 Versicherten entweder das Modell der ordentlichen Franchise oder das Modell der wählbaren Franchise. Das Modell der wählbaren Franchise ist in der Altersgruppe der 19- bis 50-Jährigen vorherrschend. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen mit ordentlicher Franchise (Abb. 4.9).

¹⁰² Jährliche Kostenbeteiligung für die Versicherten bis zu einem festen Jahresbetrag von 300 Franken (bis 2003: 230 Franken) bzw. einem zehnzehnten Selbstbehalt von 700 (bis 2003: 600) Franken.

¹⁰³ Ab dem 1. Januar 2005 liegen die Beträge der wählbaren Franchisen zwischen 500 und 2'500 Franken.

¹⁰⁴ Das Capitation-Modell sieht Praxismgemeinschaften vor, in denen die Ärztinnen und Ärzte im Angestelltenverhältnis und nicht mehr nach dem Prinzip der Einzelleistungsabrechnung, sondern mit Kostenpauschalen pro versicherte Person arbeiten. Im Hausarztmodell wird zwischen den Krankenversicherern und Ärzteguppen eine Vereinbarung ausgehandelt. Die versicherte Person wählt einen auf der Liste des Versicherers aufgeführten Hausarzt oder eine Hausärztin aus. Das Modell der *Bonus-Versicherung* wird in diesem Kapitel nicht dargestellt, weil dieses Modell von weniger als 1% der versicherten Erwachsenen gewählt wird.

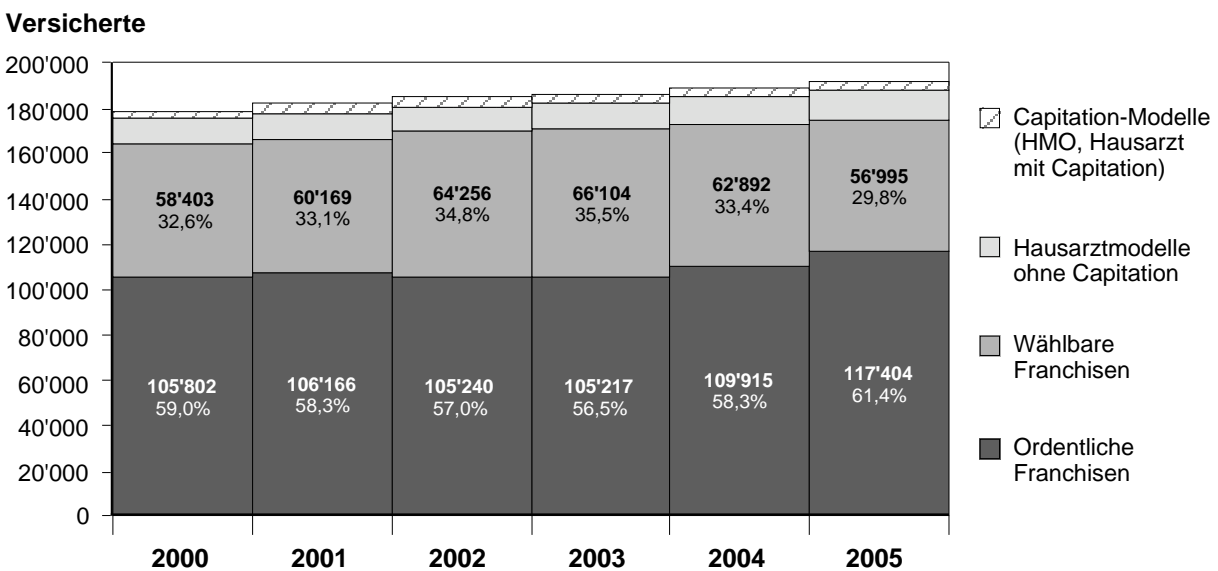
Abb. 4.9: Prozentuale Verteilung der Versicherten nach OKP-Modellen und Altersklassen, Kanton Zürich 2005



Datenquelle: Datenpool santésuisse (Datenstand: 16.05.2006) / Auswertung Obsan

2005 entschieden sich mehr Personen ab 66 Jahre für das Modell der ordentlichen Franchise als 2000 (Abb. 4.10). Diese Zunahme wurde hauptsächlich in den Jahren 2004 und 2005 registriert. Das Modell der wählbaren Franchise hat zwischen 2000 und 2005 an Bedeutung eingebüsst. Versicherte mit diesem Modell wählten vermehrt eine hohe Franchise. Es fällt ins Auge, dass Männer häufiger eine hohe Franchise wählen als Frauen (8,2% gegenüber 5,0%).

Abb. 4.10: Entwicklung der Anzahl Versicherten nach OKP-Modellen, 66-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2000 bis 2005



Datenquelle: Datenpool santésuisse (Datenstand: 2000: 04.06.2005; 2001–2005: 16.05.2006) / Auswertung Obsan

Monatliche Krankenkassenprämie im Kanton Zürich im schweizerischen Durchschnitt

Im Kanton Zürich variierte die Durchschnittsprämie 2005 zwischen 135 Fr. und 327 Fr. (Tab. 4.13). Vergleicht man die Modelle mit ordentlicher Franchise untereinander, schneidet das Hausarztmodell am besten ab. Es ist schwierig, die Prämienentwicklung zu vergleichen, da die drei Prämienregionen im Kanton Zürich erst seit kurzem für alle Versicherten identisch sind und die wählbaren Franchisen ab 2005 verändert wurden. Die jährliche Kostensteigerung für die Prämien mit ordentlicher Franchise variiert je nach Modell zwischen 6% und 7,5%. Die durchschnittliche Monatsprämie im Kanton Zürich liegt mit 248 Fr. nahe beim schweizerischen Durchschnitt von 250 Fr.

Tab. 4.13: Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell und Prämienregion, 26-Jährige und Ältere, Kanton Zürich 2000 bis 2005

Modell	Franchise	Monatliche Durchschnittsprämie ¹ 2005				Jahresdurchschnittliche Veränderung (in %) 2000-2005	Anzahl Versicherte 2005	
		ZH 1	ZH 2	ZH 3	Total		über 65-Jährige	Total
Ordentliche Franchisen	300 Fr. ²	327	272	254	282	6.0	117'404	636'021
Wählbare Franchisen	500 Fr.	309	262	246	271	-	-	-
	1000 Fr.	266	225	209	230	-	-	-
	1500 Fr.	220	187	175	193	-	-	-
	2000 Fr.	192	162	153	166	-	-	-
	2500 Fr.	169	144	135	149	-	-	-
	Total	256	220	204	225	4.9	56'995	482'917
Hausarztmodelle ohne Capitation	300 Fr. ²	301	242	228	212	6.8	-	-
	500 Fr.	287	228	217	231	-	-	-
	1000 Fr.	249	200	189	201	-	-	-
	1500 Fr.	214	171	162	173	-	-	-
	2000 Fr.	193	156	145	158	-	-	-
	2500 Fr.	179	145	138	147	-	-	-
Total	262	211	197	212	5.2	13'182	113'004	
Capitation-Modelle (HMO, Hausarzt mit Capitation)	300 Fr. ²	284	234	222	262	7.5	-	-
	500 Fr.	268	219	210	240	-	-	-
	1000 Fr.	234	188	182	209	-	-	-
	1500 Fr.	201	162	158	183	-	-	-
	2000 Fr.	180	149	144	169	-	-	-
	2500 Fr.	170	139	135	154	-	-	-
Total	235	194	180	214	5.8	3'762	40'602	
Total		286	241	224	248	5.3	191'491	1'274'554

¹ Die Bruttoprämie ist die von den Krankenversicherern angebotene Prämie ohne Abzug der individuellen Prämienverbilligung, der wählbaren Franchise, des Bonus, des HMO-Rabatts und unter Ausschluss des Unfallrisikos. Zur Ermittlung der Durchschnittsprämie wird die Bruttoprämie durch den mittleren Versicherungsbestand dividiert.

² minimale Franchise

Im Kanton Zürich werden drei Prämienregionen (ZH1, ZH2 und ZH3: teuer, mittel und günstig) unterschieden.

Datenquelle: Datenpool santésuisse (Datenstand: 2000: 04.06.2005; 2001–2005: 16.05.2006) / Auswertung Obsan

Zusammenfassung: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die durchschnittliche jährliche Kostenzunahme der Krankenpflegekosten von 5,8% zwischen 2000 und 2005 ist zum Teil auf einen Anstieg des Anteils der älteren Personen im Kanton zurückzuführen. Der Kostenanteil der älteren Personen am Gesamttotal betrug 2005 im Kanton Zürich 42,6%. Ein hoher Anteil der OKP-Kosten bei älteren Personen ist auf Langzeitbehandlungen zurückzuführen, weil mit zunehmendem Alter der Bedarf an Langzeitpflege steigt. Die wichtigsten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen in der Langzeitbehandlung (Spitex, Pflegeheime); Frauen sind aufgrund der höheren Lebenserwartung häufiger alleinstehend und/oder pflegebedürftig als Männer.

Das durchschnittliche jährliche Wachstum der Pro-Kopf-Kosten ist im Kanton Zürich geringer (Männer +5,1%, Frauen +4,3%) als in der übrigen Deutschschweiz. Die grössten Kostenblöcke stellen die Kategorien Spital, Pflegeheime und Arztpraxen dar. Der Kostenanteil der Spitäler ist im Kanton Zürich zwar etwas geringer als in der Deutschschweiz, dies wird jedoch durch den grösseren Anteil für Alters- und Pflegeheime kompensiert. Die OKP-Kosten des Universitätsspitals Zürich haben in der beobachteten Periode weniger stark zugenommen als die Kosten der anderen Spitäler des Kantons.

Der Anteil des Modells mit ordentlicher Franchise steigt mit zunehmendem Alter der Versicherten und auch im zeitlichen Trend. Die durchschnittlichen Prämien des Kantons Zürich bleiben jedoch geringfügig unter dem Schweizer Durchschnitt.

5. Gesundheitsförderung im Alter: Zwei Organisationen und Kostenfragen

5.1 Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich: Interdisziplinäre Kompetenz zum Thema «Alter»

Hans Rudolf Schelling, Mike Martin & Bettina Ugolini

In den letzten Jahren ist infolge der demografischen Entwicklung die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für das Thema «Alter und Altern» erheblich gestiegen. Seit 1998 besteht an der Universität Zürich ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum für Gerontologie, das sich mit vielfältigen – darunter häufig gesundheitsbezogenen – Aspekten der individuellen und gesellschaftlichen Alterung beschäftigt. Dabei wird der Verbindung zwischen wissenschaftlicher Theoriebildung, Forschung und Praxis grosses Gewicht beigemessen.

Der Gegenstandsbereich der Gerontologie erscheint auf den ersten Blick einfach und klar: Sie ist die Wissenschaft vom alten Menschen. In ihr vereinigt sich jedoch eine Vielzahl von Perspektiven, Themen und Disziplinen. Die Gerontologie ist heute auf Grund ihrer gesellschaftlichen Aktualität eines der dynamischsten und faszinierendsten Gebiete von Grundlagen- und Anwendungsforschung. Die Definition von Baltes & Baltes (1992) fasst den Gegenstandsbereich treffend zusammen:

«Gerontologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und Alters, einschliesslich der Analyse von alternsrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Umwelten.»

An der Universität Zürich profitiert die Gerontologie von einer Bündelung in einem Kompetenzzentrum, um die Anliegen von gerontologischer Forschung, praktischer Altersarbeit, älteren Menschen, gerontologisch Interessierten, Wirtschaft, Politik und Öffentlichkeit für einen produktiven Diskurs nutzbar zu machen.

1998 von der Universitätsleitung auf Anregung des «Zürcher Arbeitskreises für Gerontologie» aus Vertreterinnen und Vertretern der Universität und diverser Institutionen der praktischen Altersarbeit im Raum Zürich gegründet, fördert das Zentrum für Gerontologie (ZfG) heute die Forschung und Lehre auf allen Gebieten der Alterswissenschaften. Während anfangs die Arbeit des Zentrums ausschliesslich von unbezahlten freiwilligen Mitarbeiter/innen – die meisten davon im Rentenalter – geleistet wurde, sind heute 14 Personen auf fast 800 Stellenprozenten angestellt, nach wie vor unterstützt durch freiwillig und ehrenamtlich Tätige. Das Zentrum ist durch das interfakultär besetzte Leitungsteam aus der Philosophischen, der Medizinischen und der Theologischen Fakultät sowie durch rund 60 Mitglieder aus allen Fakultäten innerhalb der Universität Zürich gut vernetzt. Zur Praxis bestehen im Rahmen von Projekten, Veranstaltungen und Beratungen vielfältige Kontakte, so dass die Arbeit des Zentrums nie Gefahr läuft, die «Bodenhaftung» zu verlieren.

Ziele und Tätigkeitsbereiche

Die folgende summarische Zusammenstellung der Tätigkeiten folgt den deklarierten Zielsetzungen des Zentrums:

Regelmässige Information der Öffentlichkeit und Politik über aktuelle Entwicklungen in der Gerontologie: Das ZfG verfügt über eine laufend aktualisierte Website (<http://www.zfg.uzh.ch>). In gedruckter Form erscheint halbjährlich ein an ein breites Publikum gerichteter Newsletter. Weitere Informationen über Projekte und Veranstaltungen werden regelmässig an die Medien versandt. Anfra-

gen von Medien für Beiträge und Interviews werden entweder direkt beantwortet, oder es werden passende Adressen vermittelt. Die Geschäftsstelle des ZfG führt eine Datenbank mit rund 3000 Adressen, in der auch Expertinnen und Experten zu diversen gerontologischen Themen verzeichnet sind.

Information und Weiterbildung von Multiplikator/innen in der praktischen Altersarbeit: Der jährlich im Herbst stattfindende Gerontologietag und die jedes Semester angebotenen, öffentlich zugänglichen interdisziplinären Ringvorlesungen des Zentrums werden zunehmend von Fachleuten zur Fortbildung genutzt. Die Mischung des Publikums («Laien», ältere Menschen und Fachleute aus Forschung und Praxis) macht eine besondere Qualität der Veranstaltungen aus. Ein Weiterbildungsangebot für Personen mit akademischer Vorbildung (Zertifikatskurs «Gerontologie heute») erfreut sich reger Nachfrage und wird 2008 bereits zum vierten Mal durchgeführt.

Sammlung und Bereitstellung aktueller Daten und Veröffentlichungen aus der Forschung und Praxis der Gerontologie: Die 2004 gestartete Schriftenreihe «Zürcher Schriften zur Gerontologie» beinhaltet inzwischen sechs Publikationen: Vier davon thematisieren Projekte zu Lebensqualität, Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, eine stellt Grundlagen und empirische Befunde zu einem Projekt der Gesundheitsförderung durch Gruppenkurse dar und eine setzt sich mit Mythen und Fakten zum Alter in einer multidisziplinären Perspektive auseinander. Ausserdem wurde ein Übersichtswerk zu Demenz herausgegeben, das sich an Praktiker/innen und Angehörige richtet. Die breite Palette an Forschungsprojekten und Publikationen der Universität Zürich zu Themen des Alter(n)s wird zudem mit einer Literaturliste dokumentiert.

Beratung und Begleitung von älteren Menschen, Angehörigen und Pflegepersonal: Die 2002 gegründete psychologische Beratungsstelle LiA (Leben im Alter) richtet sich an ältere und betagte Personen, die zuhause oder in einer betreuten Wohnsituation wie zum Beispiel einem Pflegeheim leben, an Personen reiferen Lebensalters, die aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation psychologischen Rat wünschen oder sich konstruktiv mit dem Alter auseinandersetzen möchten, aber auch an jüngere Menschen, die durch professionelle Tätigkeit (Pflegepersonal), als Freiwillige oder als Angehörige in die Betreuung älterer Menschen eingebunden sind. Die Beratungen sind thematisch sehr vielfältig; sie können sich etwa auf akute Krisensituationen, auf die Lösung von Beziehungs- und Generationenkonflikten, auf die Unterstützung bei der Anpassung an eine neue Wohn- oder Lebenssituation, auf den Umgang mit einem demenzkranken Familienmitglied oder auf die Kommunikation im Dreieck Pflegepersonal – Bewohner/in – Angehörige beziehen. Die Einbettung der Beratungsstelle in das Zentrum für Gerontologie sorgt einerseits für den Praxisbezug des Zentrums, andererseits für die wissenschaftliche Fundierung des Beratungsangebots.

Begleitung und Evaluation praktischer Interventionen der Altersarbeit: In der Evaluation praktischer Umsetzungen von Ergebnissen der Grundlagenforschung liegt eine Kernkompetenz des interdisziplinären Zentrums für Gerontologie. In allen Projekten besteht eine enge Zusammenarbeit mit Organisationen und Institutionen der Praxis (insbesondere im Gesundheitsbereich) und mit universitären Fachleuten. In den vergangenen Jahren wurden mehrere Projekte zur Förderung der Lebensqualität privat oder in Institutionen lebender älterer Menschen, zur Kommunikation zwischen Bewohner/innen, Pflegenden und Angehörigen in Alterseinrichtungen, zur Gesundheitsförderung oder zu Schulungsinterventionen konzipiert und evaluiert.

Einbezug von älteren Menschen in die Forschung, Lehre und praktische Altersarbeit: Die regelmässigen Vortragsreihen zu Themen der Gerontologie sprechen – neben professionellen Praktiker/innen – auch ältere Menschen an, die sich mit Fragen und in der Diskussion aktiv beteiligen. Aus einer Vorlesungsreihe mit Begleitseminar entstand 2000 die «Senioren-Arbeitsgruppe für Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen» (AGSG), die fundierte Stellungnahmen zu gesundheits- und sozialpolitischen Themen erarbeitet. Das ZfG kann auf rund 90 Personen zurückgreifen, die sich aktiv als Versuchspersonen oder Helfer/innen für gerontologische Forschungsprojekte sowie für organisatorische Aufgaben angeboten haben.

Organisatorische Unterstützung bei der Durchführung von Tagungen und Workshops: Das Zentrum wird regelmässig von Praxisorganisationen um Mitarbeit bei Tagungen und anderen Veranstaltungen gebeten. Die Mitarbeit umfasst die Mitgestaltung des Programms, Referate und Workshops durch ZfG-Mitarbeiter/innen, die Vermittlung von Referierenden, informationelle und logistische Unterstützung oder Öffentlichkeitsarbeit.

Ausblick: Entwicklungsperspektiven

Die Arbeit des Zentrums in den genannten Bereichen soll fortgeführt, konsolidiert und ausgebaut werden. Dabei wird der Vernetzung mit anderen regionalen, nationalen und internationalen gerontologischen Forschungs- und Praxisinstitutionen noch vermehrt Gewicht beizumessen sein. Durch die Position des Zentrums als Schnittstelle zwischen universitärer Forschung und Lehre einerseits und Anforderungen, Fragestellungen und Ressourcen von Praxisinstitutionen andererseits besteht ein Potenzial, das für beide Seiten äusserst fruchtbar ist. Dieses Potenzial könnte zudem durch den stärkeren Einbezug der Alterswissenschaft in die kantonale Alterspolitik und -planung praktische Wirkung entfalten.

Ein wichtiges Ziel des Zentrums ist die Ausrichtung an längerfristigen Leitprojekten. Ein Kernthema von hoher praktischer Relevanz ist die Lebensqualität im Alter. Das Thema Alter bietet auf Grund seiner Vielfalt Anschlussstellen für eine Vielzahl von medizinischen, natur-, geistes- und sozialwissenschaftlichen Fächern. Mit dem auf drei Jahre angelegten Projekt «Runder Tisch Science et Cité zum Thema Demenz», in dem Wissenschaftler/innen mehrerer Disziplinen, Vertreter/innen der praktischen Altersarbeit sowie Angehörige von Menschen mit Demenz gemeinsam ein Forschungsprojekt zur Lebensqualität und Betreuung bei Demenz im häuslichen Bereich entwickeln, ist ein innovatives und zukunftsträchtiges Beispiel gegeben. Weitere grössere Projekte zur Rolle der Religiosität im Gesundheitswesen (im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 58), zur neuronalen Plastizität und zu Alter und Arbeitswelt befinden sich in der Frühphase oder sind in Vorbereitung.

Das Zentrum für Gerontologie versteht sich nicht in erster Linie als Dienstleistungsbetrieb, nimmt aber im Rahmen von Entwicklungs- und Evaluationsprojekten, in der Fort- und Weiterbildung, in der Informationsvermittlung und vor allem in der psychologischen Beratung solche Aufgaben wahr, da sich daraus auch ein Mehrwert für universitäre Kernaufgaben ergibt. So kann einerseits der für die Gerontologie zentrale Praxisbezug, andererseits – durch die Akquisition von Drittmitteln von Praxis-Institutionen und Stiftungen – die notwendige Eigenfinanzierung verbessert werden.

Weitere Informationen zum Angebot, zu den Zielen und den Kontaktmöglichkeiten sind im Internet unter www.zfg.uzh.ch erhältlich.

Die vollständige Adresse des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich findet sich auf S.105.

5.2 Pro Senectute Kanton Zürich: Mehr Lebensqualität und Prävention im Alter

*Franjo Ambroz*¹⁰⁵

Immer mehr Menschen werden immer älter – im Kanton Zürich wie anderswo. Diese Langlebigkeit geht häufig mit gesundheitlichen Einschränkungen einher. Pro Senectute Kanton Zürich bietet neben einer individuellen Betreuung rund um die Uhr (Spitex-Visit) in verschiedenen Bereichen Dienstleistungen mit präventiver Wirkung an.

Wer heute pensioniert wird, hat eine gute Chance, noch 20 oder mehr Jahre zu leben (vgl. Kap. 2.4, Abb. 2.12). Damit wird die Zeit nach der Erwerbstätigkeit zu einer eigenen Lebensphase, die gestaltet werden will. Für viele ältere Menschen gibt es bei der Gestaltung dieser Phase vor allem zwei begrenzende Faktoren: die Finanzen und die Gesundheit. Pro Senectute befasst sich mit beiden Themen, der folgende Beitrag bezieht sich ausschliesslich auf das zweite.

Für Bewegung ist es nie zu spät

Zu den Angeboten von Pro Senectute Kanton Zürich mit der unmittelbarsten präventiven Wirkung gehören die Angebote im Bereich Bewegung und Sport, an denen beispielsweise im Jahr 2007 über 18'000 Personen teilnahmen. Von Aqua-Fitness über Nordic Walking, Schneeschuhwandern und Tai Chi bis zu Yoga und Tanzangeboten (Tango, Flamenco etc.) werden zahlreiche Sportarten in verschiedenen Formen (einmalige Kurse, regelmässige Treffen oder Aktivferien) angeboten. Alle Kurse werden unter der Leitung von speziell ausgebildeten Personen geführt, damit auf die spezifischen Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren eingegangen werden kann.

Der Körper behält bis ins hohe Alter die Fähigkeit, sich höheren Leistungsansprüchen anzupassen. Es ist daher nie zu spät, mit einem regelmässigen Bewegungstraining zu beginnen. Körperliche Beschwerden können durch Bewegung oft vermindert oder sogar beseitigt werden. Empfohlen wird ein einfaches Ausdauertraining in Form von mindestens täglich einer halben Stunde zügigem Gehen. Dies fördert das körperliche Wohlbefinden, und die physischen Gesundheitsressourcen werden gestärkt. Speziell hervorzuheben sind die verbesserte Immunabwehr und die Reduktion der Risiken im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten, der Krebs- und der Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten. Die Verhütung von Osteoporose, die Reduktion von Rückenbeschwerden und das Erhalten der Funktionsfähigkeit des gesamten Bewegungsapparates sind ebenfalls wichtige Vorteile einer regelmässigen körperlichen Aktivität unter kompetenter Anleitung.

Ein weiterer wichtiger Bereich der Prävention ist das Gleichgewichtstraining als Sturzprophylaxe. Damit soll/kann das Risiko für einen der gefürchteten Schenkelhalsbrüche und deren Folgekomplikationen reduziert werden. Generell gehen körperliche Aktivitäten häufig einher mit einem reduzierten Genussmittelkonsum (Rauchen, Alkohol) und mit bewussterer Ernährung.

Mens sana in corpore sano

Körperliche Aktivität hat auch eine positive Wirkung auf die geistige Fitness. Eine bessere Durchblutung des Gehirns sorgt für bessere Lernfähigkeit, geistige Frische und Beweglichkeit, bessere Reaktions- und Orientierungsfähigkeit und für ein zuverlässigeres Gedächtnis. Sogar der Verlauf von Demenzerkrankungen kann positiv beeinflusst werden.

Schliesslich ist regelmässige Bewegung gut für die psychische Gesundheit: Sie kann stimmungsaufhellend wirken und die Stresstoleranz erhöhen. Das Selbstwertgefühl wird gestärkt, ebenso ein positives Verhältnis zum eigenen Körper, was gerade im Alter eine wichtige Ressource ist. Durch gemein-

¹⁰⁵ Eine frühere Version dieses Textes wurde von Daniel Wirz verfasst.

same Aktivitäten mit anderen Menschen wird neben den körperlichen, geistigen und seelischen Bereichen auch der soziale Bereich gefördert.

Medizinische Fusspflege – nicht nur für Diabetiker wichtig

Mit der Podologie bietet Pro Senectute Kanton Zürich eine für ältere Menschen wichtige Pflege- und Präventionsdienstleistung an. Dass Pro Senectute Podologie auch bei den Kundinnen und Kunden zuhause anbietet, macht die Fusspflege für viele Menschen zugänglich, die sonst darauf verzichten müssten. Neben den entspannenden Massagen, die zum allgemeinen Wohlbefinden beitragen, spielen die korrekte Nagelpflege und das rechtzeitige Erkennen von Unregelmässigkeiten an den Füssen die entscheidende Rolle. Verletzungen der Füsse durch fehlende oder unsachgemässe Pflege können damit verhindert werden. Podologie hilft dabei, die Mobilität – einen wichtigen Teil der Selbständigkeit – zu erhalten. Bei Diabetiker/innen ist eine frühe Diagnose von Geschwüren entscheidend für den Erfolg der weiteren Behandlung.

Ernährung als wichtiger Faktor

Mit dem Alter nimmt der Appetit ab – der Nährstoffbedarf aber nicht. Da neben dem Appetit auch die Leistung der Geschmacks- und Geruchsnerven zurückgeht, erhöht sich das Risiko einer Mangelernährung zusätzlich. Der Gesundheitszustand beeinflusst die Ernährung ebenfalls. Einerseits können Medikamente den Appetit mindern, andererseits kann körperliche Schwäche dazu führen, dass man seltener und deshalb weniger Frischprodukte einkauft. Viele Mängel (z.B. bei den Vitaminen D oder B12) werden erst mit der Zeit ersichtlich, beispielsweise durch erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten, Beeinträchtigung der Hirnleistung oder Depressionen. Pro Senectute bietet (in Zürich und Winterthur) einen Mahlzeitendienst an, der abwechslungsreiche, ernährungsphysiologisch ausgewogene und von Fachleuten zusammengestellte Menüs liefert. Neben ausgewogenen Mahlzeiten kommt es mit diesem Dienst – wo gewünscht – regelmässig zu sozialen Kontakten zwischen Kundinnen und Kunden einerseits und den Austräger/innen andererseits.

In verschiedenen Gemeinden werden Mittagstische organisiert, bei denen neben der gesunden Ernährung dem sozialen Aspekt Rechnung getragen wird.

Reinigungsdienst als Basishygiene

Ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorsorge liegt im Bereich der Hygiene. Diese kann bei älteren Menschen teilweise auch in ihrer Wohnung nicht mehr in ausreichendem Mass aufrecht erhalten werden. Der Reinigungsdienst von Pro Senectute Kanton Zürich sorgt v.a. mit Grundreinigungen für eine hygienisch einwandfreie Umgebung und trägt damit zur Lebensqualität der Kundinnen und Kunden sowie zur Verhütung von Infektionskrankheiten bei. Für die Aufrechterhaltung der Körperhygiene kann bei Bedarf Spitex-Visit beigezogen werden.

Soziale Faktoren als präventive Elemente

Auch die sozialen Dienstleistungen von Pro Senectute Kanton Zürich weisen Elemente der Gesundheitsvorsorge auf. Die Wohnberatung findet im Rahmen der Sozialberatung statt. Mit meist einfachen Massnahmen kann das Sturzrisiko in den Wohnungen reduziert werden. Dank geeigneter Hilfsmittel können ältere Menschen zudem gewisse Arbeiten wieder selber verrichten, was ihre Selbständigkeit erhöht.

Generell beabsichtigt die – kostenlose und niederschwellige – Sozialberatung die Selbständigkeit und die Eigeninitiative zu steigern. Durch die Unterstützung und gegebenenfalls Erweiterung der bestehenden sozialen Netze soll das allgemeine seelische und geistige Wohlbefinden gestärkt werden. Dienstleistungen wie der Besuchsdienst, der Treuhanddienst, aber auch der Coiffeurdienst vermitteln regelmässige soziale Kontakte und können damit einer sich auf die Gesundheit negativ auswirkenden

Vereinsamung entgegenwirken. Die Begleitung beim Einkaufen oder Spazieren ermöglicht älteren Menschen zudem Bewegung an der frischen Luft, zu der sie möglicherweise allein nicht mehr kommen würden.

Angehörige vor Überlastung schützen

Demenzerkrankungen belasten nicht nur die Erkrankten, sondern oft auch die Angehörigen – meist sind es Frauen –, welche einen Elternteil, ein Geschwister oder ihren Partner pflegen. Die Angehörigen müssen einen geeigneten Umgang mit dieser Belastung finden, damit sie selber gesund bleiben. Die Fachstelle für Demenzfragen, welche Pro Senectute Kanton Zürich betreibt, bietet in erster Linie den Sozialarbeitenden der Pro Senectute Unterstützung bei der Arbeit mit Betroffenen und deren Angehörigen.

Freiwilligenarbeit – Persönlichkeitsentwicklung als Prävention

Für Pro Senectute Kanton Zürich sind rund 2'800 Freiwillige im ganzen Kanton und in verschiedensten Bereichen tätig. Häufig bringen diese sinnvollen und verantwortungsvollen Aktivitäten die Freiwilligen in Situationen, die nicht immer einfach sind. In ihrer Tätigkeit, sei es beispielsweise im Besuchs- oder Treuhanddienst, sind die häufig pensionierten «Jungseniorinnen und -senioren» mit Begrenzungen, aber auch Lebenserfahrungen konfrontiert, welche sie selber weiterbringen und sie ein Stück weit auf ihr eigenes Älterwerden vorbereiten. Eine wichtige Lernerfahrung ist dabei das Reflektieren darüber, was man sich selber für das Alter wünscht und was man gerne vermeiden möchte.

Wichtige Präventionsleistung

Wie oben gezeigt, weisen zahlreiche Dienstleistungen von Pro Senectute Kanton Zürich einen präventiven Charakter auf. Da Pro Senectute im Kanton Zürich sehr viele ältere Menschen erreicht, ist ihr Beitrag im Bereich Gesundheitsvorsorge für Seniorinnen und Senioren nicht zu unterschätzen.

Weitere Informationen zum Angebot, zu den Zielen und den Kontaktmöglichkeiten sind im Internet unter www.zh.pro-senectute.ch erhältlich.

Die vollständige Adresse von Pro Senectute Kanton Zürich findet sich auf S.105.

5.3 Nutzen und Kosten von Prävention und Gesundheitsförderung bei Seniorinnen und Senioren

Katja Egli

Die Anzahl Personen ab 80 Jahren wird sich im Kanton Zürich bis zum Jahr 2050 im Vergleich zu heute mehr als verdoppeln (vgl. Kap. 1). Leistungen der Langzeitpflege werden insbesondere von Personen dieser Altersgruppe in Anspruch genommen.

Wenn sich die Nachfragemuster nicht verändern, werden die Kosten im Bereich der Langzeitpflege aufgrund dieser demografischen Veränderungen massiv zunehmen. Gemäss Schätzungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums¹⁰⁶ (Weaver et al., 2008) werden die Kosten für die Langzeitpflege in der Schweiz zwischen 2005 und 2030 um rund 140% ansteigen (von 7,3 auf 17,8 Milliarden Franken¹⁰⁷). Die Alters- und Pflegeheime werden mit 14,9 Milliarden den Grossteil (über 80%) der Gesamtkosten generieren.

Wenn es sich bei diesen Prognosen auch um Hochrechnungen handelt, die von vielen Faktoren abhängig sind, so ist doch eindeutig, dass mit dem Erhalt der Selbständigkeit von älteren Menschen, d.h. mit der Herausögerung der Pflegebedürftigkeit, Kosten gespart werden können. Könnten alle Personen, die gemäss dem Grundszenario im Jahr 2030 pflegebedürftig würden, ein Jahr länger selbständig leben, würden gut 10% bzw. knapp zwei Milliarden Franken eingespart.

Zentrale Bedeutung für die Kosteneindämmung haben neben Fortschritten in der Rehabilitation diejenigen Modelle zu Prävention und Gesundheitsförderung im Alter, welche die Selbständigkeit von Seniorinnen und Senioren erhalten und Pflegeheimweisungen hinauszögern. Massnahmen in diesem Bereich können gemäss den Kriterien von Meier (2004) als ökonomisch sinnvoll bezeichnet werden: «Ökonomisch sinnvolle präventive oder gesundheitsfördernde Interventionen müssen dort geplant werden, wo viele Kosten anfallen, wo eine Verhaltens- oder Verhältnisänderung möglich ist, wo eine Zielgruppe definiert werden kann und wo mit grosser Wahrscheinlichkeit Kosten eingespart werden können».

Kosten-Nutzen-Analysen zu Prävention und Gesundheitsförderung im Alter sind in der Literatur rar. Zwei Schweizer Übersichtsarbeiten zu diesem Thema (Brügger et al., 2004; Meier, 2004) zitieren vorwiegend Studien aus dem angelsächsischen Raum. Von den dort erwähnten Interventionen für Seniorinnen und Senioren zeigen Programme zur Sturzprophylaxe eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz, dies gilt auch für Massnahmen in den Bereichen Impfungen, Bewegungsförderung und ein umfassendes Gesundheitsförderungsprogramm für Pensionäre.

Präventive Hausbesuche: das Projekt Eiger

Im Rahmen einer Meta-Analyse von 21 kontrollierten Studien aus den USA, Europa und Australien fanden Huss et al. (2008), dass präventive Hausbesuche unter gewissen Bedingungen wirksam sind und die Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen hinauszögern können.

Auch im Projekt Eiger («Erforschung innovativer geriatrischer Hausbesuche»), dem Referenzprojekt im Schweizer Kontext, wurde die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen bei 791 selbständig lebenden, über 75-jährigen Personen überprüft (Schmocker et al., 2000). Während drei Jahren führten Gesundheitsschwestern mindestens alle drei Monate Hausbesuche durch, mit dem Ziel, gesundheitliche Probleme und Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und mit geeigneten Massnahmen die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Die Evaluation zeigte positive Ergebnisse bei relativ gesunden Personen. Wesentlich für den Erfolg sind Multidimensionalität, d.h. ein Vorgehen, welches verschiedene Ein-

¹⁰⁶ Obsan

¹⁰⁷ Grundszenario

flussfaktoren auf die Gesundheit berücksichtigt, sowie die langfristige Durchführung der Hausbesuche (mindestens drei Jahre).

Die Kosten für präventive Hausbesuche bei relativ gesunden Personen betragen in den ersten beiden Jahren 460 Fr. pro Person und Jahr. Hinzu kommen zusätzliche Kosten von rund 250 Fr. pro Person und Jahr für Konsultationen bei dem/der Hausarzt/-ärztin. Erst im dritten Jahr kommt es aufgrund von reduzierten Pflegeheimweisungen (Vermeidung von Pflegeheimtagen) zu einer Einsparung von netto 2336 Fr. pro Person und Jahr (Schmoker et. al., 2000; siehe Tab. 5.1).

Tab. 5.1: Auswirkungen der Intervention auf Gesundheitskosten in der Niedrig-Risiko-Gruppe, Franken pro Jahr und Person

Komponenten	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Durchführung der präventiven Hausbesuche	+ 460	+ 460	+ 184
Ambulante Gesundheitskosten (Hausarzt-Konsultationen)	+ 262	+ 246	+ 163
Kosten für Pflegeheimbetreuung	0	- 636	- 2683
Total	+ 722	+ 70	- 2336

Präventive Hausbesuche im Rahmen der Eiger-Studie hatten bei Personen mit Behinderung und bei Personen, die infolge von Krankheit deutlich eingeschränkt sind, keinen kostensenkenden Effekt. Melis et al. (2008) hingegen konnten in Holland mit präventiven Hausbesuchen auch bei gebrechlichen älteren Menschen eine positive und kosteneffektive Wirkung erzielen.

Geriatrisches Assessment in Solothurn und in Zürich

So!pra (Solothurn! Prävention im Alter) ist eine Weiterentwicklung des Eiger-Projekts. Anstelle von regelmässigen Hausbesuchen werden ältere Menschen via Hausarzt/-ärztin rekrutiert und erhalten per Post einen ausführlichen Fragebogen zu ihrer Gesundheit (Gesundheitsprofil-Fragebogen), den sie selbständig ausfüllen. Eine Fachstelle wertet den Fragebogen aus und macht erste Empfehlungen auf schriftlichem Weg. Danach sind Gruppenveranstaltungen, eine Konsultation beim Hausarzt und auch Einzelberatungen durch andere Fachpersonen möglich. Das Vorgehen wurde mit positivem Ergebnis bezüglich Machbarkeit und Akzeptanz evaluiert (Stuck & Born, 2001) und wird nun im Kanton Solothurn breit umgesetzt (siehe www.sanaprofil.ch).

In der Stadt Zürich wird seit Sommer 2008 der Gesundheitsprofil-Fragebogen im Projekt Zü!pra (Zürcher Empowerment im Alter) bei Personen ab 70 Jahren eingesetzt. Das Projekt wird von der Fachstelle Präventive Beratung, welche der Spitex Zürich angegliedert ist, geleitet. Das Vorgehen lehnt an So!pra an, die Finanzierung der Fachstelle ist für drei Jahre gesichert (Bonsack & Graf, 2008). Die Abteilung Pflegeforschung der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft wird die Beratungstätigkeit der Fachstelle evaluieren, Kosten-Nutzen-Rechnungen sind jedoch keine vorgesehen.

6. Massnahmenbereiche

6.1 Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen im höheren Lebensalter

François Höpflinger

Massnahmen zur Gesundheitsförderung bei Menschen im höheren Lebensalter unterliegen vielfach den gleichen Kriterien wie allgemeine Gesundheitsförderungsmassnahmen. Genügend Bewegung im Alltag, angemessene Ernährung und regelmässige Massnahmen zur Krankheitsprävention sind für ältere Menschen ebenso wichtig – wenn nicht sogar wichtiger – wie für jüngere Personen. Zu berücksichtigen sind bei der Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen allerdings auch einige lebenszyklische, gesundheitsbiografische und altersspezifische Besonderheiten.

Gewisse Massnahmen der Prävention des Erwachsenenalters sind im höheren Lebensalter nicht mehr angezeigt, während andere, altersbezogene Massnahmen vermehrt in den Vordergrund rücken. So sind Weiterführung der Erfassung und Behandlung von erhöhtem Blutdruck, optimale Ernährung und genügend Bewegung auch im höheren Lebensalter sinnvoll, wogegen etwa Cholesterinmessung, Mammografie bzw. Prostata-Untersuchungen nach dem 70. Altersjahr an Bedeutung verlieren. Wiederum andere Massnahmen – wie Grippeimpfungen, Erkennung von Schwindelproblemen, Sturzprävention, Kompensation von Hör- und Seheinschränkungen, aber auch Gedächtnistraining und Erhalt der Muskelkraft – gewinnen im höheren Lebensalter relativ an Bedeutung, weil im Alter das Risiko ansteigt, dass entsprechende Gesundheitsprobleme zu langfristigen oder sogar irreversiblen Einbussen der Alltagsautonomie beitragen. Stürze – in jungen Jahren oft ohne schwerwiegende Folgen – führen im hohen Alter häufiger zu Knochenbrüchen, und schon ein geringer Verlust der Muskelkraft (z.B. zum Aufstehen) kann im Alter zu Pflegebedürftigkeit beitragen.

Vor allem im hohen Lebensalter werden neben Massnahmen der primären Krankheitsprävention zusätzlich auch Massnahmen der sekundären Prävention (verhindern, dass sich Beschwerden und Krankheiten verschlimmern) und der Rehabilitation bedeutsamer. Da Alternsprozesse individuell sehr unterschiedlich verlaufen, sind bei älteren Menschen – unter Umständen noch stärker als bei jüngeren Menschen – entsprechende Massnahmen klar zielgruppenspezifisch auszurichten. Dabei sind die Zielgruppen nicht primär über das Alter zu definieren, sondern über anderen relevante Kriterien (z.B. körperliche Fitness oder Art der funktionellen Beschwerden). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Alternsprozesse schliesslich nicht aufzuhalten sind und sich – zumindest gegenwärtig – die Mehrheit der hirnanorganischen Erkrankungen nicht verhindern lassen.

Im Folgenden werden zentrale Aspekte einer Gesundheitsförderung für die nachberufliche Lebensphase und das Alter angeführt.

Allgemeine Zielsetzungen von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

Bei gesundheitsfördernden Massnahmen für und mit älteren und alten Menschen stehen diverse Zielsetzungen im Zentrum, die oft gleichzeitig oder parallel angestrebt werden:

- a) Ausdehnung der gesunden Lebenserwartung (Erhalt eines guten Gesundheitszustandes auch in der nachberuflichen Lebensphase)
- b) Verhinderung oder zumindest Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter
- c) Erhalt und Stärkung von Selbständigkeit und Autonomie im Alter
- d) Förderung familialer und ambulanter Pflege im Alter.

Neben einer Erhöhung des gesundheitlichen Wohlbefindens älterer Menschen stehen bei vielen dieser Zielsetzungen auch gesundheitspolitische Kostenaspekte im Zentrum, da ein möglichst langer Erhalt der Selbständigkeit im Alltag, aber auch eine Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege die demografisch bedingt ansteigenden Pflegekosten zumindest zu dämpfen vermag. Angesichts der steigenden Zahl älterer und namentlich auch hochaltriger Menschen ist Gesundheitsförderung im und für das Alter eine bedeutsame Säule zum Erhalt des Generationenvertrags in einer demografisch alternden Gesellschaft (da jüngere Generationen wesentlich entlastet werden, wenn ältere Menschen länger selbständig bleiben).

Besonderheiten von Prävention Gesundheitsförderung im Alter

Bedeutsam für die Entwicklung der Gesundheit im höheren Lebensalter sind – neben alternsbiologischen Prozessen und aktuellem Gesundheitsverhalten – auch die bisherige gesundheitliche Biografie und die Strategien im Umgang mit gesundheitlichen Problemen. Die Gesundheit älterer Menschen und deren aktuelles Gesundheitsverhalten sind lebensgeschichtlich mitgeprägt. Weil Gesundheit im höheren Lebensalter gleichermassen biografisch wie altersspezifisch determiniert ist (Wyss, 2005) soll die Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen deshalb vier Grundsätze beachten:

- 1. Gesundheitsförderung ist generationenspezifisch orientiert und berücksichtigt den Wandel des Alters. Dies setzt eine periodische und generationenbezogene Überprüfung gesundheitsfördernder Programme voraus.** Generationen etwa, die während des jungen Erwachsenenalters mit harten körperlichen Arbeiten konfrontiert wurden, weisen im höheren Lebensalter andere gesundheitliche Beschwerden auf als Generationen, die mehrheitlich sitzend gearbeitet haben. Neuere Generationen, die schon in jungen Jahren sportlich aktiv waren, lassen sich besser für Sport im Alter mobilisieren als ältere Generationen, für die «Sport» in ihrer Jugend einen «Luxus» darstellte. Auch Suchtverhalten sowie Ernährung und Körperpflege unterliegen klaren Generationeneffekten. Dabei können solche Generationeneffekte die eigentlichen Alterseffekte durchaus kompensieren.
- 2. Gesundheitsförderung trägt der Heterogenität von Alternsprozessen und der Lebenslagen älterer Menschen Rechnung, und sie ist deshalb in weiten Teilen zielgruppenspezifisch organisiert.** Das Prinzip einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung – im Jugendbereich seit langem anerkannt – gilt in ebenso starkem Masse für ältere Menschen, die bekanntlich stark unterschiedliche Lebens- und Gesundheitserfahrungen aufweisen. Eine besondere Herausforderung von Gesundheitsförderung im Alter besteht darin, diejenigen Personen zu erreichen und zu motivieren, die ihre Gesundheit – aus unterschiedlichen Gründen – jahrelang vernachlässigt haben. Besondere Risikogruppen sind beispielsweise ältere verwitwete oder geschiedene Männer, die ihre Gesundheitsvorsorge früher ihren Frauen überlassen haben. Generell sollten Präventionsmassnahmen für ältere Menschen geschlechtsspezifisch betrieben werden. Auch ältere Migrantinnen und Migranten und ungelernte Rentner/innen mit harten Arbeitsbiografien, die sozial schlecht integriert sind, stellen besondere Herausforderungen für die Prävention dar. Ältere Personen mit einer Suchtkarriere sowie ältere Frauen und Männer, die an depressiven Symptomen leiden, erfordern in der Regel bei Betreuungspersonen spezielles psychosoziales Know-how.
- 3. Gesundheitsförderung berücksichtigt die mit Alternsprozessen eintretende Verschiebung der gesundheitlichen Einflussfaktoren von Gesundheit und Krankheit. Eine moderne Gesundheitsförderung für und mit alten Menschen differenziert zwischen verschiedenen Phasen des Alterns.** Altern in einer langlebigen Gesellschaft umfasst verschiedene Phasen, wie etwa gesundes Rentenalter, fragiles Alter und Hochaltrigkeit. Das Verhältnis lebensgeschichtlicher und alternsbiologischer Einflussfaktoren auf das gesundheitliche Befinden verändert sich im Verlauf von Alternsprozessen: Im so genannt «dritten Lebensalter» – heute primär zwischen 65 und 80 Lebensjahren – sind gesundheitliche Einschränkungen weitgehend mit früherem und aktuellem Gesundheitsverhalten verbunden. Im sogenannten «vierten Lebensalter» (primär nach dem 80. Le-

bensjahr) spielen Vererbung und Veranlagung sowie altersspezifische Faktoren im engeren Sinne eine immer grössere Rolle. Oder plakativer formuliert: Gute Gesundheit mit 75 ist primär bedingt durch Lebensstil und bisherigem Gesundheitsverhalten, gute Gesundheit mit 90 ist eng mit familiengenetischen Faktoren verbunden. Moderne Gesundheitsförderung hat die Grenzen der Gesundheitsförderung im hohen Alter zu berücksichtigen.

- 4. Die Massnahmen betreffen Primär- und Sekundärprävention und teilweise auch Rehabilitation, deshalb sind sie inter- bzw. transdisziplinär auszurichten.** Es ergibt sich ein zentraler Unterschied zur Gesundheitsförderung in jüngeren Jahren – im höheren Lebensalter sind primäre und sekundäre Prävention wie auch rehabilitative sowie medizinische Interventionen eng verzahnt. Dies hängt auch damit zusammen, dass im hohen Lebensalter Multimorbidität häufiger auftritt. Ein «Verhindern von Behinderungen» im Alter setzt vielfach eine koordinierte Zusammenarbeit von verschiedenen Trägern voraus, die gemeinsam primäre und sekundäre Präventionsleistungen erbringen (ältere Menschen selbst, Angehörige, Ärzte, Pflegefachpersonen usw.). Als Beispiel: Sturzunfälle und Sturzfrakturen können im höheren Lebensalter sowohl primär wie sekundär verhindert werden (Primärprävention: gutes Schuhwerk, gute Beleuchtung, aber auch gezieltes Gleichgewichtstraining; Sekundärprävention: Verminderung von Gleichgewichtsstörungen bei Medikamenteneinnahme, Hüftprotektoren zur Verminderung der Frakturgefahr bei Stürzen usw.). Ebenso sind rehabilitative Massnahmen nach einer Hüftfraktur in manchen Fällen wirksam.

Ähnliche Ausführungen zu Zielsetzungen und Besonderheiten von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter mit Bezug zu Schweizer Verhältnissen findet man bei Wyss (2005) oder teilweise bei Blozik et al. (2007) sowie Kickbusch et al. (2009).

6.2 Vorgeschlagene Massnahmenbereiche

Roland Stähli & Matthias Bopp

Gemäss Konzept der Zürcher Gesundheitsberichterstattung wird bei jedem Gesundheitsbericht versucht, aus den dargestellten Daten und Informationen Massnahmenbereiche und Empfehlungen abzuleiten (vgl. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 2007, Kap. 8.3). Beim vorliegenden Bericht ist dabei aus mehreren Gründen Zurückhaltung angebracht. Einerseits handelt es sich dabei um den ersten Bericht zur Gesundheit von Seniorinnen und Senioren eines Kantons. Andererseits handelt es sich weitgehend um Querschnittsdaten und nicht um solche, welche Individuen im Längsschnitt betrachten¹⁰⁸. Die Folgen von Veränderungen der Lebensführung und in den Lebenslagen können daher nicht analysiert werden.

Folgenreich ist auch die schon im Einleitungskapitel dargelegte Tatsache, dass der vorliegende Bericht – von wenigen Kapiteln abgesehen – nur Aussagen über alte Menschen macht, die zuhause wohnen. Die wichtige Gruppe alter Menschen, die nicht mehr zuhause, sondern in einem Heim leben, wird damit nicht erfasst. In Politik und Fachwelt besteht indes Einigkeit darüber, dass es das Ziel der Alterspolitik und der Prävention sein muss, dass alte Menschen möglichst lange selbständig und bei guter Lebensqualität zuhause leben können (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2005; Bundesrat, 2007). Aus den genannten Gründen ist es kaum möglich, datengestützte Aussagen zu machen, wie die Selbständigkeit erhalten und z.B. Einweisungen in Alters- oder Pflegeheime vermieden oder hinausgeschoben werden können¹⁰⁹. Damit lässt der Bericht wenige Aussagen zum wichtigsten Präventionsziel zu.

Die Verfassung des Kantons Zürich hält in Art. 19 als Ziel fest, dass ältere Menschen ihr Leben selbstbestimmt führen und an der gesellschaftlichen Entwicklung teilhaben können. Der Kanton und die Gemeinden haben in Zusammenarbeit mit Privaten gemäss Art. 112 die Lebensqualität von Menschen im Alter zu fördern. Art. 113 definiert Gesundheitsvorsorge als gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden. Dieser Grundsatz wird im neuen Gesundheitsgesetz in den §§ 46-54 konkretisiert. Der aktuelle globale Gesundheitsbericht (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 2007, S. 143) zeigt auf, wo es für den Staat im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen sinnvoll ist, Prävention und Gesundheitsförderung zu betreiben.

Prävention und Gesundheitsförderung erfordern ganz unterschiedliche Vorgehensweisen und die Mitwirkung von Individuen, Familien und gesellschaftlichen Institutionen (z.B. Schulen, Betriebe, Vereine usw.). Massnahmen sind auf verschiedenen staatlichen Ebenen (Gemeinden, Kantone und Bund) anzusiedeln. Alle genannten Akteure haben je eigene gesundheitsförderliche Rollen zu spielen, die sie nicht auf andere abschieben können. Erwachsene können ebensowenig soziale Mitverantwortung für ihre Eltern an den Staat delegieren, wie der Staat die Versorgung alter Menschen einfach den Altersheimen überlassen kann. Kickbusch et al. (2009) halten im nationalen Gesundheitsbericht fest, dass wesentliche Defizite im Vorsorge- und Gesundheitsverhalten älterer Menschen bestehen, unter anderem, weil die präventiven Massnahmen noch zuwenig auf diesen Teil der Bevölkerung ausgerichtet sind.

Die aus den vorstehenden Kapiteln abgeleiteten Empfehlungen bezeichnen Bereiche, in denen Probleme identifiziert werden. Sie beinhalten aber kaum konkrete Einzelmassnahmen, sondern zielen auf die Frage: «Wo besteht Evidenz für einen Massnahmenbedarf?». Für die Umsetzung von Massnah-

¹⁰⁸ Die Daten der wichtigsten Datenquelle für den Bericht (SGB 2002) sind zudem nicht mehr sehr aktuell und basieren auf einer eher kleinen Stichprobe. Vorschnelle Empfehlungen oder Massnahmevorschläge sind auch deswegen nicht angebracht, weil die beiden Autoren des vorliegenden Abschnittes nicht beanspruchen, grosse Fachkompetenzen im Bereich der Gerontologie und Geriatrie zu haben oder auf Gesundheitsförderung im Alter spezialisiert zu sein.

¹⁰⁹ Um Gesundheitsdaten auch für in Heimen Lebende zu erhalten, hat der Kanton Zürich beschlossen, im Rahmen der «Schweizerischen Gesundheitsbefragung in sozialmedizinischen Institutionen für Betagte» eine grössere Stichprobe untersuchen zu lassen. Die Datenerhebung erfolgt durch das Bundesamt für Statistik und soll 2009 abgeschlossen werden.

menempfehlungen sind pragmatische Gründe oft ebenso wichtig wie Grundlagendaten¹¹⁰. Die Empfehlungen folgen den Grundsätzen, die bereits in den globalen Gesundheitsberichten des Kantons Zürich von 1999 und 2007 dargelegt wurden. Sie basieren auf einer Wertung durch die Verfasser dieses Abschnittes. Die begrenzte Zielsetzung der Vorschläge beinhaltet keine Prioritätenliste und wichtige Bereiche (z.B. Demenzabklärungen in Memory-Kliniken, Angehörigenschulungen) tauchen nachstehend nicht auf, weil im Bericht entsprechende Daten fehlen.

Die Empfehlungen sollen Orientierungsrichtungen bieten und politischen Entscheidungsprozessen nicht vorgreifen, auch wenn die Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Grundlage staatlichen Handelns im Bereich einer modernen Gesundheitsförderung bildet. Gesundheitsförderung wiederum nimmt innerhalb der Gesundheitspolitik an Bedeutung zu. Schwergewichtig fallen die nachstehenden Vorschläge in den Zuständigkeitsbereich des Kantons oder der Gemeinden. Für Empfehlungen direkt an Individuen oder Familien ist ein Gesundheitsbericht nicht das richtige Mittel, dafür sind andere Vorgehensweisen angemessener¹¹¹.

Der Regierungsrat hat aufgrund eines Vorstosses im Kantonsrat im Oktober 2005 einen **Bericht zur Alterspolitik** vorgelegt. Dieser Bericht versteht Alterspolitik als Oberbegriff für alle Massnahmen der öffentlichen Hand (Bund, Kanton, Gemeinden), die Einfluss auf die Lebenslage der älteren Bevölkerung haben. Die Bedeutung von benutzerfreundlich erbrachten staatlichen Leistungen gerade für ältere Bürger/innen wird betont. Der Bericht stellt die gesetzlichen Grundlagen für alterspolitische Massnahmen dar und will einen Beitrag zu einem zeitgemässen Altersverständnis leisten. Dafür ist die Förderung von Autonomie und Alltagskompetenz im Alter von zentraler Bedeutung. Kernziele der Alterspolitik sind nach wie vor die finanzielle Absicherung im Alter, die Sicherstellung einer angemessenen Gesundheitsversorgung und die Teilhabe alter Menschen am sozialen und gesellschaftlichen Leben. Wegen der grossen Heterogenität der älteren Bevölkerung verzichtet der Bericht darauf, eine einheitliche Alterspolitik zu definieren und beschränkt sich pragmatisch darauf, Leitlinien ohne Kostenfolgen zu definieren. Im Kanton ist die Alterspolitik vorab eine Sache der Gemeinden, innerhalb der kantonalen Verwaltung stellt sie eine direktionsübergreifende Aufgabe dar. Soweit dies nötig ist, kann die Sicherheitsdirektion eine koordinierende Rolle übernehmen, aber im Grundsatz sind Altersanliegen im Verantwortungsbereich jeder Direktion zu berücksichtigen. Auf die Schaffung einer neuen Struktur, die sich speziell mit Altersfragen oder Alterspolitik befasst, wurde bewusst verzichtet.

Der Bericht zur Alterspolitik enthält manche Aussagen, die gesundheitsförderliche Aspekte enthalten. Noch mehr direkte Überschneidungen, bzw. Parallelitäten zu den nachfolgenden Empfehlungen sind im Massnahmenteil des Berichts **«Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006»** (S. 143) zu finden. Von den dort genannten sechs Massnahmenbereichen für die erwachsene Bevölkerung haben die folgenden fünf auch zur hier interessierenden Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren einen direkten oder indirekten Bezug:

- | | |
|----------------------|--|
| Gesundheitsprobleme: | 1. Übergewicht |
| | 2. Psychische Krankheiten |
| | 3. Suchtmittelkonsum |
| Zielgruppen: | 4. Männer mittleren Alters (35 bis 65 Jahre) |
| | 5. Personen mit Migrationshintergrund. |

¹¹⁰ Der Regierungsrat (2006) hat deshalb in der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage zur Umsetzung von vorgeschlagenen Massnahmen des Gesundheitsberichts über Mütter und Kleinkinder ausgeführt: «Es ist das Ziel der Gesundheitsberichterstattung, aus fachlicher Sicht und direktionsübergreifend auf mögliche Problemfelder aufmerksam zu machen und Anregungen zu vermitteln. Damit soll eine Sensibilisierung für gesundheitsrelevante Anliegen erreicht werden. Empfehlungen können dann (...) in laufenden und künftigen Projekten auf kantonaler und kommunaler Ebene berücksichtigt werden. Die in den Gesundheitsberichten vorgeschlagenen Massnahmen sind unmittelbar aus den erhobenen Daten abgeleitet und zu-meist nicht auf ihre Finanzierbarkeit und Umsetzbarkeit überprüft.»

¹¹¹ Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin hat fast gleichzeitig mit dem Erscheinen des vorliegenden Berichtes eine kleine Broschüre mit gesundheitsförderlichen Tipps für Seniorinnen und Senioren herausgegeben. Die im Rahmen der Kampagne «Der Alltag prägt Ihre Gesundheit. Mit Bewegung, Ernährung, Entspannung» erschienene Broschüre «Gesundheit fördern im Alter» soll 2009 breitflächig an die Zürcher Bevölkerung ab 65 Jahren verteilt werden.

Aus dem vorliegenden Bericht geht hervor, dass Übergewicht auch bei der älteren Bevölkerung häufig ist. Auf die grosse Bedeutung psychischer Aspekte von Gesundheit wird im Bericht wiederholt hingewiesen. Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum stellen auch im Alter ein Problem dar. Ungünstiges Gesundheitsverhalten setzt bei vielen Männern schon früh ein, d.h. weit vor Erreichen der Pensionsgrenze. Der Bericht macht klar, dass Männer auch nach Erreichen des Pensionierungsalters ein deutlich ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweisen als Frauen. Schliesslich zeigen die demografischen Daten, dass im Kanton Zürich zunehmend mehr Personen mit Migrationshintergrund das Pensionalter erreichen. Für diese Personen muss ein Bedarf an auf sie zugeschnittener Gesundheitsförderung angenommen werden.

Wir schlagen nachstehend fünf Massnahmenbereiche für ältere Menschen vor:

- 1. Wissensmanagement zu altersspezifischen Informationen**
- 2. Stärkung sozialer Ressourcen**
- 3. Präventive Gesundheitsbeurteilungen**
- 4. Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten**
- 5. Optimierung der Nutzung von Vorsorgemassnahmen.**

Der erste Massnahmenbereich, der keine gesundheitspezifische Zielsetzungen verfolgt, ist der allgemeinste, der letztgenannte der konkreteste. Die Massnahmenbereiche zwei bis fünf zielen teilweise auf die gleichen Gesundheitsrisiken und -belastungen. Deshalb ist es nicht erstaunlich, dass zwischen den verschiedenen Bereichen Überlappungen bestehen: Präventive Gesundheitsbeurteilungen zielen auch auf die Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen, nicht zuletzt können sie auch Vorsorgeuntersuchungen fördern, welche ihrerseits wiederum Herz-Kreislauf-Krankheiten vorbeugen können.

1. Wissensmanagement zu altersspezifischen Informationen

Problembeschreibung: Der vorliegende Bericht zeigt an mehreren Stellen, dass Gesundheit im Alter nicht isoliert betrachtet werden kann. Die Gesundheit hängt nicht nur zusammen mit dem Lebensalter, sondern auch mit dem Geschlecht, der Biografie, den Erbfaktoren, dem Einkommen, der Bildung, den sozialen Ressourcen sowie den Einstellungen. Insbesondere hängt die Gesundheit auch vom früheren und aktuellen Gesundheitsverhalten ab. Diese Beziehungen verändern sich aber mit dem Alter und zwar mit immer stärkeren individuellen Unterschieden. Um für diese heterogene Gruppe gezielt und wirksam Massnahmen treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, sind verlässliche praxisrelevante aber auch grundlagenorientierte Informationen notwendig, die nicht nur dem Gesundheitsbereich entstammen aber trotzdem für diesen höchst bedeutungsvoll sind. Wegen kulturellen und demografischen Veränderungen, bzw. wegen des Generationenwandels sind diese Informationen starken Änderungen unterworfen. Für den Bereich des Jugendalters verfügt der Kanton mit dem Amt für Jugend und Berufsberatung über eine Verwaltungsstruktur, die einerseits auf Information zu dieser Lebensphase zurückgreifen und auch Koordinationsmassnahmen treffen kann. Für das Alter fehlen vergleichbare Möglichkeiten. Auch auf nationaler Ebene wurde eine ungenügende Datenlage zur Gesundheit von älteren Menschen festgestellt (Kickbusch et al., 2009).

Gesundheitspotential: Um wirksam mit Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von alten Menschen beitragen zu können, müssen die entsprechenden Informationen aktualisiert, mit Kontextwissen verbunden und verständlich sowie praxisnah aufbereitet werden. Erst so werden sie für politische Behörden, Entscheidungsträger in Altersheimen und andere Fachleute sowie für die Allgemeinheit verfügbar¹¹². Heute befasst sich keine Verwaltungseinheit des Kantons und auch kein anderes kantonales Gremium systematisch und umfassend mit Altersfragen. Nicht zuletzt müsste es das Ziel

¹¹² Wenn ein solches modernes Wissensmanagement zu Altersfragen bestehen würde, hätte dies sicherlich auch die Arbeit am vorliegenden Bericht erleichtert.

eines solchen Wissenmanagements sein, auch die wichtigen Informationen auf nationaler Ebene zu sammeln sowie die Erfahrungen der Zürcher Gemeinden aufzubereiten. Wohl übernehmen die beiden in diesem Bericht vorgestellten Organisationen, nämlich das Zentrum für Gerontologie der Universität sowie Pro Senectute Kanton Zürich (vgl. Kap. 5.1 und 5.2), wichtige Aufgaben der Informationsvermittlung, sie können dies aber nicht umfassend tun. Massnahmen zur Gesundheitsförderung von älteren Menschen könnten durch die systematische Informationsaufbereitung nicht nur qualitativ besser ausfallen, sondern oft auch kostengünstiger erbracht werden.

Fazit: Im Kanton ist ein modernes Wissensmanagement zu allen Altersfragen aufzubauen, welches zu Händen von Behörden des Kantons und der Gemeinden praxisrelevante Informationen aufbereitet und zur Verfügung stellt. Dabei geht es darum, demografische, (sozial)epidemiologische und andere gesundheitsbezogene Daten, gesetzliche Grundlagen, wirtschaftliche Informationen sowie Angaben zu seniorenspezifischen Angeboten (insbesondere der Gemeinden) zu sichten und systematisch aufzubereiten. Wo nötig, sollen auch Datenerhebungen veranlasst werden können. Die im Zürcher Bericht zur Alterspolitik dargestellten Zuständigkeiten, insbesondere die Organisation der Alterspolitik als Querschnittsaufgabe aller Direktionen, sind für das vorgeschlagene Wissensmanagement kein Hinderungsgrund.

2. Stärkung sozialer Ressourcen

Problembeschreibung: Über ein Drittel der 65-jährigen und älteren Zürcher/innen leben in einem Einpersonenhaushalt – Tendenz steigend. Wegen der grösseren Lebenserwartung leben alte Frauen viel öfter allein als gleichaltrige Männer. Die über 65-Jährigen haben im Kanton Zürich etwas seltener Nachkommen als die übrigen Deutschschweizer/innen. Der Anteil der kinderlosen Menschen, die das Pensionierungsalter erreichen, wird künftig noch höher liegen als heute. Rund ein Drittel der älteren Zürcher/innen nimmt im Monat weder an einem religiösen noch an einem Vereinsanlass teil. Berücksichtigt man drei Arten von sozialen Netzwerken (Leben in Mehrpersonenhaushalt, mindestens einmal im Monat Kontakt mit eigenen Kindern und mindestens einmal monatlich Besuch von Vereinen oder religiösen Anlässen) so kann festgestellt werden, dass die grosse Mehrheit der älteren Menschen im Kanton Zürich gut in soziale Netzwerke eingebunden ist. Allerdings ist die Beteiligung von älteren Zürcher/innen an solchen Netzwerken geringer als in der übrigen Deutschschweiz. Besonders wichtig für die Besprechung emotionaler Probleme sind Vertrauenspersonen. Vier von zehn älteren Zürcher/innen haben nur eine Vertrauensperson, rund 5% haben gar keine.

Gesundheitspotential: Soziale Vernetzung weist einen günstigen Zusammenhang mit dem gesundheitlichen und dem psychischen Wohlbefinden sowie mit der sozialen Gesundheit auf. Ältere Personen mit funktionellen Beeinträchtigungen oder Beschwerden sind seltener in Netzwerke eingebunden als solche ohne Beeinträchtigungen. Ein aktives soziales Leben trägt dazu bei, Belastungen der psychischen und sozialen Gesundheit durch (starke) funktionelle Beeinträchtigungen besser aufzufangen.

Fazit: Soziale Kontakte mit engen Familienmitgliedern, Geselligkeit in Vereinen und religiöse Veranstaltungen sowie der Kontakt mit Vertrauenspersonen haben nachweisbar gesundheitsförderlichen Charakter. Verschiedene Massnahmen auf Ebene der Architektur und des Siedlungsbaus (altersfreundliches individuelles Wohnen, gut durchmischte Siedlungen), auf Ebene der Gemeinwesenarbeit, der Kultur sowie der Bildung können die sozialen Ressourcen alter Menschen nachhaltig fördern. Beispiele für solche Massnahmen sind etwa die Organisation von Senioren-Anlässen oder Modelle für Nachbarschafts-Treffen. Dies sind Aufgaben für die gesamte Gesellschaft, für die Vereine und vor allem für die Gemeinden¹¹³. Diese können dafür sorgen, dass alte Menschen einerseits die Möglichkeit haben, sich in der Gemeinschaft über die Generationen hinweg zu integrieren, andererseits können sie Begegnungsmöglichkeiten unterstützen, wo alte Menschen unter ihresgleichen sein können.

¹¹³ Dabei können durch die Zusammenarbeit mehrerer Gemeinden Synergien geschaffen werden. Auch Kickbusch et al. (2009) stellen fest, dass in der Schweiz zwar viele lokale Initiativen bestehen, diese aber häufig schlecht koordiniert sind.

Es ist auch daran zu erinnern, dass Möglichkeiten der schrittweisen Pensionierung mit abnehmendem Arbeitspensum dazu beitragen, wertvolle Kontakte mit Arbeitskollegen und -kolleginnen auf reduzierte Weise über längere Zeit aufrecht zu erhalten.

3. Präventive Gesundheitsbeurteilungen

Problembeschreibung: Im Jahr 2050 wird jede zehnte Person im Kanton Zürich über 80 Jahre alt sein. Heute lebt jede 50. Person von 65 bis 70 Jahren in einer sozialmedizinischen Institution (Heim), bei den 80-Jährigen gilt dies rund für jede fünfte Person. Unter unveränderten Bedingungen würden sich die Kosten für Langzeitpflege bis 2030 mehr als verdoppeln (Weaver et al., 2008). Ein wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung bei alten Menschen ist das Vermeiden bzw. das Hinauszögern von Pflegeheimweisungen. Ältere Menschen sollen so lange wie möglich zuhause und möglichst selbständig leben können. Wenn die Selbständigkeit zuhause eingeschränkt ist, soll versucht werden, durch externe Unterstützungsleistungen – insbesondere die Spitex spielt hier eine grosse Rolle – eine Heimeinweisung hinauszuzögern.

Ältere Menschen haben sehr vielfältige Gesundheitsrisiken, die, wenn sie unerkannt bleiben, zu gesundheitlichen Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit führen können (z.B. Stürze, hoher Blutdruck, Hör- und Sehprobleme, Gehbehinderungen usw.). Manche dieser Risiken können mit regelmässigen Besuchen beim Hausarzt / bei der Hausärztin erkannt werden (dies gilt z.B. für den Bluthochdruck oder hohes Cholesterin). Andere Gesundheitsrisiken können nur dann erkannt werden, wenn sie gezielt untersucht bzw. erfragt werden (z.B. Sehvermögen, Gedächtnis, psychische Probleme) oder wenn sie aus dem Umfeld, in welchem die Person lebt, beurteilt werden können (Sturzgefahr, Wohnhygiene u.ä.). Gesundheitsrisiken bleiben v.a. dann unerkannt, wenn eine Person sozial isoliert lebt und/oder sich nicht hausärztlich betreuen lässt.

Gesundheitspotential: Präventive Hausbesuche und ähnliche Verfahren sind speziell für ältere Menschen entwickelt worden. Es handelt sich dabei um ausgesprochene Breitband-Interventionen, die geeignet sind, eine Vielzahl von Gesundheitsrisiken zu diagnostizieren und anzugehen. Wie in Kap. 5.3 gezeigt wurde, haben solche Verfahren auch ein günstiges Nutzen-Kosten-Verhältnis. Mit einem gezielten Assessment bei zuhause lebenden älteren Menschen können gesundheitliche Risiken in einem Stadium erkannt werden, in welchem sie die Selbständigkeit noch kaum einschränken. Aus solchen Gesundheitsbeurteilungen abgeleitete Massnahmen können Pflegeheimweisungen hinauszögern.

Es sind verschiedene Modelle von präventiven Gesundheitsbeurteilungen entwickelt und geprüft worden, um Gesundheitsrisiken bei älteren Menschen zu ermitteln. Bei präventiven Hausbesuchen werden ältere Menschen durch geschultes Gesundheitspersonal systematisch befragt und in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld beurteilt. Dieses Modell ergibt ein ganzheitliches Abbild des Gesundheitszustandes einer älteren Person, ist aber mit erheblichen Personal-Kosten verbunden. Da alle Zielgruppenpersonen grundsätzlich die gleiche Chance haben, erreicht zu werden, kann das Modell einen Beitrag zur Chancengleichheit leisten.

Ein anderes Modell des geriatrischen Assessments verwendet einen ausführlichen Gesundheits-Fragebogen, der durch die älteren Personen selber ausgefüllt wird. Bei diesem Verfahren¹¹⁴ kann der Fragebogen durch den Hausarzt oder durch eine spezialisierte Fachstelle an die Patientinnen und Patienten verschickt werden (ein solches Modell wird in Zürich umgesetzt, vgl. Kap. 5.3). Massnahmen im Anschluss an die Auswertung der Befragung erfolgen je nach Art der diagnostizierten Defizite auf ärztlicher Basis, im Rahmen von Beratungen durch Gesundheitspersonal oder in Gruppenkursen. Dieses Modell ist kosteneffizienter als die Hausbesuche, insbesondere wenn die Fragebogen durch eine Fachstelle verschickt und ausgewertet werden. Es besteht aber die Gefahr, dass Personen,

¹¹⁴Oft Gesundheitsprofil- oder Sanaprofil-Verfahren genannt.

welche Schwierigkeiten haben, einen Fragebogen auszufüllen, diesen nicht ausfüllen und somit nicht erfasst werden. Dabei ist zu beachten, dass gerade solche Personen vielleicht die grössten Probleme haben und eine Massnahme am dringendsten nötig hätten. Es muss nach Möglichkeit vermieden werden, nur Menschen zu erreichen, die bereits einen guten Gesundheitszustand aufweisen, damit nicht ungewollt Chancenungleichheiten verstärkt werden.

Fazit: Verschiedene Modelle von präventiven Gesundheitsbeurteilungen sind zu prüfen, damit Gesundheitsrisiken bei zuhause lebenden älteren Menschen frühzeitig erkannt und mit geeigneten Massnahmen gezielt angegangen werden können. Dies ist eine Aufgabe, die vorab von Gemeinden wahrgenommen werden sollte. Welche Verfahren in Zürcher Verhältnissen am wirksamsten eingesetzt werden können, ist noch nicht klar. Wichtig ist, dass insbesondere diejenigen älteren Menschen erreicht werden können, die sozial isoliert sind oder nicht über einen Hausarzt verfügen, bzw. die keine regelmässigen hausärztlichen Untersuchungen vornehmen lassen.

4. Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten

Gesundheitsproblem: Mehr als vier von zehn Zürcher/innen ab 65 Jahre sterben an einer Herz-Kreislauf-Krankheit (HKK), bei den über 85-Jährigen sogar die Hälfte. Auch für die Hospitalisierungen spielen HKK eine prominente Rolle. Viele Risikofaktoren für HKK (Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Übergewicht/Adipositas, Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum) sind in der Bevölkerung weit verbreitet, bei Männern ab 65 meist noch mehr – und entsprechend auch häufiger kumuliert – als bei Frauen. Die gleichen Risikofaktoren können auch zu vielen anderen Krankheiten oder zu einer Verkürzung der behinderungsfreien Lebenszeit führen.

Gesundheitspotential: Die HKK-Mortalität bei ab 65-Jährigen beider Geschlechter ist im Kanton Zürich zwar leicht geringer als im Durchschnitt der übrigen Deutschschweiz, andere Populationen – vor allem in der Romandie – zeigen aber, dass die Zahlen noch weit günstiger sein könnten. Ein besonders positiver Effekt zur Prävention von HKK geht von körperlicher Aktivität aus. Der Schutz vor HKK durch ausreichende Bewegung ist einem medikamentösen Schutz vorzuziehen (wo dies möglich ist). Auch wenn Verhaltensänderungen im Alter eher schwieriger und in der Wirkung tendenziell schwächer sind als in jungen Jahren, darf nicht übersehen werden, dass die Motivation etwas für die eigene Gesundheit zu tun, im Alter (vor allem bei jüngeren Generationen von SeniorInnen) ausgeprägter ist, als in der Jugend. Allerdings gilt: Je früher eine Verhaltensänderung stattfindet, desto grösser und nachhaltiger ist das Gesundheitspotential.

Auch bei der Infrastruktur des Gesundheitssystems ist eventuell noch Potential für Verbesserungen vorhanden, indem eine gezieltere Ausrichtung auf HKK bei Älteren die Letalität in der Notfall- und Folgetherapie senken könnte. Eine generelle Sensibilisierung der gesamten Bevölkerung – z.B. mit Unterstützung der Schweizerischen Herzstiftung – für Symptome von HKK und Erste-Hilfe-Massnahmen bei Herzstillstand etc. dürfte wohl vor allem Älteren zugute kommen.

Fazit: Da der Anteil der über 65-Jährigen in Zukunft steigen wird und das HKK-Risiko mit dem Alter zunimmt, die körperliche Aktivität dagegen zurückgeht, müssen Gemeinden und der Kanton vermehrt Anreize schaffen, um Seniorinnen und Senioren dazu zu bringen, sich mehr zu bewegen. Kampagnen zu Bewegung und Ernährung sollten immer auch ältere Menschen als Zielgruppe einbeziehen und gesondert ansprechen. Als Möglichkeiten sind zu nennen:

- Eine seniorengerechte Infrastruktur schaffen (z.B. längere Ampelphasen bei Fussgängerstreifen, Haltegriffe bei Treppen etc.), damit die körperliche Aktivität im Alltag gefördert wird;
- Sportcenter, Sport- und Turnvereine dazu animieren, vermehrt SeniorInnen anzusprechen;
- Schwimmbäder für «Aquafit» zur Verfügung stellen, Radwege ausbauen;
- Körperliche Aktivität in Altersheimen und Senioren-Wohngemeinschaften fördern;
- Spitex-Fachleute und Ärzte für die Bedeutung von Bewegung sensibilisieren und ausbilden.

Im Bereich der Ernährung wären ähnliche Massnahmen über Hausarzt, Spitex etc. denkbar. Auch Apotheken können in diesem Bereich wertvolle Leistungen erbringen.

5. Optimierung der Nutzung von Vorsorgemassnahmen

Gesundheitsproblem: Gemäss Kap. 4.1 haben fünf von sechs Zürcher/innen im Alter ab 65 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert (drei von vier eine/n Hausärztin/Hausarzt). Vorsorgemassnahmen, die zu einer üblichen Arztkonsultation gehören (v.a. Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckermessung), erfolgen daher im Durchschnitt ausreichend oft oder sogar häufiger als empfohlen. Weniger häufig als empfohlen werden dagegen die Vorsorgeuntersuchungen zur Prävention geschlechtsspezifischer Krebsformen (Gebärmutterhalsabstrich, Prostata- und Brustuntersuchung) durchgeführt, und die Haut haben sich nicht einmal 30% aller Zürcher/innen je untersuchen lassen (und weniger als jede zehnte Person im vorangegangenen Jahr). Allerdings ist der Nutzen dieser letztgenannten Untersuchungen im Alter umstritten und generell kann davon ausgegangen werden, dass die Bedeutung fast aller Vorsorgemassnahmen bei Seniorinnen und Senioren mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt¹¹⁵. Schlecht befolgt wird auch die Empfehlung einer jährlichen Grippeimpfung – fast die Hälfte der älteren Bevölkerung hat sich noch nie einer solchen unterzogen.

Gesundheitspotential: Die Beseitigung von Risikofaktoren (Primärprävention) und die Verhinderung von Krankheiten (Sekundärprävention) gelten als kostenwirksam. Zudem können sie eine Beeinträchtigung der Lebensqualität, Behinderungen und letztlich auch Todesfälle vermeiden helfen. Eine Kombination der verschiedenen Untersuchungen unter einheitlicher Leitung (am besten durch Hausarzt/Hausärztin) könnte die regelmässige Durchführung vor allem der selteneren Vorsorgeuntersuchungen fördern und gleichzeitig einer Übernutzung entgegenwirken. Als besondere Problemgruppe verbleiben die Personen ohne Hausarzt/Hausärztin.

Fazit: Eine breite Nutzung von einfachen Vorsorgemassnahmen ist meist wirtschaftlicher und von der Zahl der betroffenen Personen her bedeutender als ein Fokussieren auf Hochrisikogruppen oder bereits Erkrankte. Die Nutzung von solchen Vorsorgemassnahmen kann optimiert werden, indem einerseits die ältere Bevölkerung systematisch informiert und andererseits die Qualitätssicherung bei entsprechenden medizinischen Vorsorgemassnahmen gefördert wird. Eine bessere Aufklärung der Bevölkerung ist nach wie vor angezeigt, auch vor dem Hintergrund einer möglichen Übernutzung. Bei invasiven und vor allem teuren Vorsorgeuntersuchungen ist der volkswirtschaftliche Nutzen einer flächendeckenden Durchführung hingegen fraglicher und die Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen zu prüfen. Für die Personen ohne Hausarzt/Hausärztin wäre vor allem die Koppelung mit einer präventiven Gesundheitsbeurteilung (vgl. Massnahmenbereich 3) erfolgsversprechend. Als unkonventionelle Massnahme ist auch der Informationseinsatz von Gesundheitsfachleuten bei Vereinen mit vielen Seniorinnen und Senioren prüfenswert.

¹¹⁵ Die Häufigkeit von Darmspiegelungen, der Krebsvorsorgeuntersuchung mit dem gesichertsten Nutzen, konnte mit der verwendeten Datenquelle nicht untersucht werden.

Literaturverzeichnis

Einleitung

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2003a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2003b). *Schweizerische Gewichtung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Statistik der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Hämmig, O., Bopp, M. & Stähli, R. (2004). *Konzept zur Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich 2003-2007*. Forschung und Dokumentation, Nr. 25. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (1994). *Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 3. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (1999). *Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen 1999*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 5. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2007). *Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Kish, L. (1965). *Survey sampling*. New York: Wiley.

Perrig-Chiello, P. (2005). Erkenntnisse aus der modernen Gerontologie und Psychologie. In Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Hrsg.), *Altern und Gesundheit – Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik* (S. 34-38). Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Regierungsrat des Kantons Zürich (Hrsg.). (2005). *Bericht zur Alterspolitik im Kanton Zürich*. Online: <http://www.alter.zh.ch/internet/sk/alter/de/alter01/bericht1.html>

Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.

1. Demografie

Bopp, M. (2007). Demografische Entwicklung und soziale Ungleichheit. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006* (S. 29-42). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (1998). *Deux siècles d'histoire démographique suisse. Album graphique de la période 1860-2050*. Statistik der Schweiz. Bern: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2006). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050*. Statistik der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2007). *Statistik Alterssicherung. Analyse der Vorsorgesituation der Personen rund um das Rentenalter anhand der Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2002 und 2005*. Statistik der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik und Sozialamt des Kantons Zürich (Hrsg.). (2007). *Sozialbericht Kanton Zürich 2006. Ergebnisse der Schweizerischen Sozialhilfestatistik*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Moser, P. (2006). Einkommen und Vermögen der Generationen im Lebenszyklus. Eine Querschnitts-Kohortenanalyse der Zürcher Staatssteuerdaten 1991-2003. *statistik.info, 01*. Statistisches Amt des Kantons Zürich. Online: http://www.statistik.zh.ch/statistik.info/pdf/2006_01.pdf

Statistisches Amt des Kantons Zürich (Hrsg.). (2007). Zusatzleistungen zur AHV weiterhin nötig. *Kanton Zürich in Zahlen 2007* (S. 19-20). Online: http://www.statistik.zh.ch/statistik.info/pdf/2007_07.pdf

Statistisches Amt des Kantons Zürich (Hrsg.). (2008). *Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich*. Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.

Zellweger, U. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006* (S. 97-116). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

2. Gesundheitszustand

Bickel, H. (2003). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. In Förstl, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 11-26). Stuttgart: Thieme Verlag.

Gostynski, M., Adjacic-Gross, V., Gutzwiller, F., Michel, J. P. & Herrmann, F. (1999). Epidemiologische Analyse der Stürze bei Betagten in Zürich und Genf. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 129, 270-275.

Höpfinger, F. & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern: Huber.

Idler, E. L. & Benyamini, Y. (1997). Self-related health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.

Katon, W. J., Lin, E., Russo, J. & Unützer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 897-903.

Mackenbach, J. P., Simon, J. G., Looman, C. W. N. & Joung, I. M. A. (2002). Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International Journal of Epidemiology*, 31, 1162-1168.

Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.

WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (1946). Definition des Wortes Gesundheit, aufgenommen in die Konstitution der WHO von 1945. *WHO Chronicle*, 1 (29). Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946, Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948.

WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Erste internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17. bis 21. November 1989. Online: www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2006). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Winter, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N. & Pfister, H. (2000). Design und Methoden der Studie «Depression 2000». *Fortschritte der Medizin*, 118, 11-21.

Wittchen, H.-U., Müller, N., Schmidtkunz, B., Winter, S. & Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys «Psychische Störungen». *Fortschritte der Medizin*, 118, 4-10.

3. Einstellungen, Verhalten und soziales Umfeld

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt (englisches Original 1987).

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2005). *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Wydler, H. (2007). Gesundheitsrelevante Einstellungen, Verhaltensweisen und Lebensstile. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006* (S. 63-84). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

4. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Sozialversicherungen. (2006). *Spitex-Statistik 2005*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2005). *Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2006). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2007). *Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2005*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2005). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Aktualisierte Version online: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/ls-icdhtml.htm>

Wanner, P. (2005). Die demografische Alterung in Zeit und Raum. In Bundesamt für Statistik (Hrsg.), *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren* (S. 11-33). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Zellweger, U. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006* (S. 97-116). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

5. Gesundheitsförderung im Alter: Zwei Organisationen und Kostenfragen

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P. B. Baltes & Mittelstrass, J. (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 1-34). Berlin: de Gruyter.

Bonsack, S. & Graf, A. (2008). Das Projekt Zü!PRA wird zur «Fachstelle Präventive Beratung» der Spitex Zürich». (Stadtärztlicher Dienst Zürich) *Intercura*, 101, 2-10.

Brügger, U., Federspiel, B., Horisberger, B. & Kreizer, E. (2004). *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.

Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M. & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A (3), 298-307.

Meier, C. (2004). *Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 9. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Melis, R. J. F., Adang, E., Teerenstra, S., van Eijken, M. I. J., Wimo, A., van Achterberg, T., van de Lisdonk, E. H. & Olde Rikkert, M. G. M. (2008). Cost-Effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A (3), 275-282.

Schmocker, H., Oggier, W. & Stuck, A. (Hrsg.). (2000). *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche. Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht*. Schriftenreihe der SGGP. Muri: SGGP.

Stuck, A. & Born, S. (2001). Gesundheitsförderung im Alter: das Projekt SO!PRA. *Managed Care*, 2, 28-31.

Weaver, F., Jaccard Ruedin, H., Pellegrini, S. & Jeanrenaud, C. (2008). *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. Arbeitsdokument 34. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

6. Massnahmenbereiche

Beschluss des Regierungsrates betreffend Alterspolitik im Kanton Zürich (Hrsg.). (2005). *Bericht zur Alterspolitik im Kanton Zürich, erarbeitet durch eine Projektgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Direktionen des Regierungsrates*. Zürich.

Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A.-A. & Stuck, A. (2007). *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt*. Arbeitsdokument 21. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Bundesrat (Hrsg.). (2007). *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik*. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer (03.3541) vom 3. Oktober 2003. Bern.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2005). *Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 12. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2007). *Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Kickbusch, I., Ospelt-Niepelt, R. & Seematter, L. (2009). Alter. In Meyer, K. (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 123-145). Bern: Huber.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Hrsg.). (2005). *Altern und Gesundheit – Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Regierungsrat des Kantons Zürich. (2006). *Anfrage (Umsetzung der Massnahmenbereiche und Vorschläge zur Gesundheit von Müttern sowie Kindern unter sieben Jahren)*. Regierungsratsbeschluss Nr. 578/2006. Zürich.

Weaver, F., Jaccard Ruedin, H., Pellegrini, S. & Jeanrenaud, C. (2008). *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. Arbeitsdokument 34. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Wyss, K. (2005). *Themenmonitoring «Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte»*. Arbeitsdokument 11. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Adressen der Organisationen und der Autorinnen und Autoren

a) Organisationen

Pro Senectute Kanton Zürich

Forchstr. 145, Postfach
8032 Zürich
Tel.: 058 451 51 00, Fax: 058 451 51 01
E-Mail: info@zh.pro-senectute.ch
www.zh.pro-senectute.ch

Schweizerisches

Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Bundesamt für Statistik
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
Tel.: 032 713 60 45, Fax: 032 713 66 54
E-Mail: obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.admin.ch

Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich (ZfG)

Sumatrastr. 30
8006 Zürich
Tel.: 044 635 34 20, Fax: 044 635 34 21
E-Mail allgemein: zfg@zfg.uzh.ch
E-Mail Sekretariat: sekretari-
at@zfg.uzh.ch
www.zfg.uzh.ch

b) Autorinnen und Autoren

Ambroz, Franjo, lic.phil., Fachpsychologe FSP
Vorsitzender der Geschäftsleitung
Pro Senectute Kanton Zürich
Forchstr. 145, Postfach, 8032 Zürich
Tel.: 058 451 51 00, E-Mail: franjo.ambroz@zh.pro-
senectute.ch

Bopp, Matthias, Dr.phil., MPH
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
Demografie, Todesursachen und Geography of Health
Hirschengraben 84, 8001 Zürich
Tel.: 044 634 46 14, E-Mail: bopp@ifspm.uzh.ch

Egli, Katja, lic.phil.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung
Hirschengraben 84, 8001 Zürich
Tel.: 044 634 46 58, E-Mail: katja.egli@ifspm.uzh.ch

Heeb, Jean-Luc, Dr.phil., lic.math.
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tel.: 026 429 62 83, E-Mail: jean-luc.heeb@hef-ts.ch

Höpflinger, François, Prof. Dr.phil.
Soziologisches Institut der Universität Zürich
Andreasstr. 15, 8050 Zürich
Tel.: 044 635 23 60, E-Mail: fhoeopf@soziologie.uzh.ch

Martin, Mike, Prof. Dr.phil.
Vorsitzender Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich
Ord. Professor für Gerontopsychologie
Psychologisches Institut der Univ. Zürich, Gerontopsychologie
Binzmühlestr. 14/24, 8050 Zürich
Tel.: 044 635 34 30, E-Mail: m.martin@psychologie.uzh.ch

Roth, Maik, lic.sc.éco., dipl.stat.
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tel.: 032 713 68 24, E-Mail: maik.roth@bfs.admin.ch

Schelling, Hans Rudolf, lic.phil.
Geschäftsführer Zentrum für Gerontologie der Universität
Zürich
Sumatrastr. 30, 8006 Zürich
Tel.: 044 635 34 25, E-Mail: h.r.schelling@zfg.uzh.ch

Stähli, Roland, lic.phil.
Beauftragter des Kantons Zürich für Prävention
und Gesundheitsförderung
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung
Hirschengraben 84, 8001 Zürich
Tel.: 044 634 46 24, E-Mail: rst@ifspm.uzh.ch

Ugolini, Bettina, Dr.phil.
Leiterin psychologische Beratungsstelle LiA – Leben im Alter
Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich
Sumatrastr. 30, 8006 Zürich
Tel.: 044 635 34 23, E-Mail: bettina.ugolini@zfg.uzh.ch