

1 Hintergrund

Europa weist zurzeit weltweit den größten Anteil alter Menschen auf und wird diesbezüglich in den nächsten vier Jahrzehnten weiterhin Spitzenreiter bleiben (Schwartz und Walter 2003). Innerhalb der EU ist die demografische Entwicklung in Deutschland am meisten fortgeschritten: 2010 waren 20,7 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter. Im Jahre 2030 wird dieser Anteil auf 29 % ansteigen, jeder zweite neugeborene Junge wird dann mindestens 87 Jahre, jedes zweite neugeborene Mädchen mindestens 91 Jahre alt werden (Statistisches Bundesamt 2011). Besonders erhöhen wird sich die Zahl der Hochbetagten von derzeit (2010) 4,3 Millionen (5 %) auf ein Maximum von 10 Millionen im Jahr 2050. Jeder siebte Einwohner wird dann 80 Jahre und älter sein (Bundesministerium des Innern 2011, Eisenmenger et al. 2003).

Wenn von Hochbetagten die Rede ist, finden sich in der Literatur unterschiedliche Definitionen. In den Berichten des Statistischen Bundesamtes in Deutschland umfasst Hochaltrigkeit beispielsweise die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren (Statistisches Bundesamt 2009b). Im Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland wird von Hochaltrigkeit fließend ab dem 80. bis 85. Lebensjahr gesprochen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung wird inzwischen auch diskutiert, ob es sinnvoll ist, den definitorischen Beginn der Hochaltrigkeit weiter nach oben zu verschieben (BMFSFJ 2002, BMFSFJ 2002). Schließlich ist die Bevölkerungsgruppe der Älteren infolge ihrer langen und sehr unterschiedlich verlaufenen biographischen Entwicklung besonders heterogen. Eine allein auf dem kalendarischen Alter basierende Einteilung wird ihrer Differenzierung deshalb nicht gerecht (Tesch-Römer und Wurm 2006). Auch bedeutet ein kalendarisches Alter jenseits des 80. Lebensjahres nicht zwangsläufig Krankheit, Abhängigkeit oder Isolation. Vielmehr beeinflussen Lebensstil, psychosoziale und sozioökonomische Parameter sowie das Gesundheitsverhalten im Lebenslauf Gesundheit und Krankheit im Alter (Saß et al. 2009a, 2009b).

Dennoch ist davon auszugehen, dass Hochaltrigkeit mit erhöhter Vulnerabilität und einer reduzierten Anpassungsfähigkeit des Organismus an gesundheitliche Störungen einhergeht (BMFSFJ 2002, Pohlmann 2001, Backes und Clemens 2008). Besonderheiten und Risiken zeigen sich in

- einer Abnahme der Kapazität der Informationsverarbeitung,
- einer deutlichen Zunahme chronischer physischer und zerebrovaskulärer Erkrankungen,

- einem exponentiellem Anstieg der Prävalenz von Demenz,
- einem wachsenden Risiko für Multimorbidität und Polyopathie,
- erhöhtem Pflegebedarf,
- einer Zunahme negativ bewerteter Attribute in der Selbstdefinition, bei Überwiegen der positiv bewerteten Eigenschaften,
- Zunahme sozialer Verluste und Reduzierungen in Netzwerkbeziehungen,
- Zunahme von Armut, besonders bei Frauen.

Die Pflege und die Betreuung alter und sehr alter Menschen sowie die Behandlung und der Umgang mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität stellen herausragende Themen in der Gestaltung der zukünftigen Gesundheitsversorgung dar (Walter und Hager et al. 2008).

Zu berücksichtigen ist, dass Gesundheit im Alter nach Kruse und Wahl 2010 nicht mehr das vollständige Freisein von körperlichen, seelischen und sozialen Einschränkungen umfasst, sondern vielmehr Aktivität, Lebenszufriedenheit, subjektiv erlebte Gesundheit, Gesundheitsverhalten und einen gesunden Lebensstil. Gesundheit im Alter ist »die Fähigkeit des Menschen, mit einer Krankheit zu leben und trotz dieser Krankheit ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben zu führen« (Kruse und Wahl 2010). Gesundheit verwirklicht sich also in dem Maße, wie Aktivität und soziale Teilhabe im täglichen Leben möglich sind oder/und gelebt werden.

Der Begriff »Funktionale Gesundheit« beschreibt das Vermögen des (älteren) Menschen, trotz auftretender gesundheitlicher Beschwerden Alltagsanforderungen zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Gute funktionale Gesundheit wird als wesentlich für eine selbstständige Lebensführung und für Autonomie im Alter angesehen.

Als funktional gesund gelten nach der WHO (unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren, z. B. Umwelt und persönliche Aspekte) jene Personen, deren

- körperliche sowie psychische Funktionen und Strukturen des Körpers denen eines Gesunden entsprechen (»*Konzept der Körperfunktionen und -strukturen*«),
- Aktivitätsspektrum dem eines Menschen ohne gesundheitliche Probleme entspricht (»*Konzept der Aktivitäten*«),
- Dasein in allen Lebenssituationen und -bereichen, welche subjektiv als wichtig erachtet werden, in Art und Umfang entfaltet werden kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, körperlichen Strukturen oder Aktivitäten erwartet werden kann (»*Konzept der Partizipation*«) (Menning und Hoffmann 2009).

Der Gesundheitszustand lässt sich damit nicht nur in Symptomen und Krankheiten abbilden. Die Funktionalität und damit die Integration zentraler Lebensdimensionen wird als fundamentaler Paradigmenwechsel beschrieben (Menning und Hoffmann 2009, Greenfield und Nielson 1992).

1.1 Das Ungleichgewicht in der Geschlechterproportion im hohen Alter

In fast allen Ländern weisen Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer auf. So zeigt sich auch für Deutschland in der Bevölkerungsgruppe der sehr Alten ein deutlicher Überschuss der Frauen; bei den 80-Jährigen beträgt das Verhältnis 1:2; bei den 86-Jährigen sogar 1:3 (Backes und Clemens 2003, Hoffmann et al. 2009, Böhm et al. 2009, Tews 1993). In den nächsten Jahrzehnten wird sich das quantitative Übergewicht des Anteils der Frauen fortsetzen, allerdings werden sich die Proportionen nach der 12. Bevölkerungsvorausberechnung langsam annähern (Statistisches Bundesamt 2009a). Tews (1999) bezeichnete diese Entwicklung und die daraus resultierenden Besonderheiten bereits 1993 als »Feminisierung des Alters«. Diese ist eng mit einer Singularisierung verknüpft (Böhm et al. 2009).

Zahlreiche Veröffentlichungen liegen für den Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit vor (Kuhlmann und Annandale 2010, Rieder und Lohff 2008, Kuhlmann und Kolip 2005), die nicht nur darauf hinweisen, dass sich Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte in ihrer gesundheitlichen Lage deutlich unterscheiden (Walter et al. 2008, Babitsch 2008), sondern auch, dass sie geschlechtsspezifischer Versorgungsangebote bedürfen (Babitsch et al. 2010).

Als Ursachen der Geschlechterdifferenz wirken, neben verhaltensbezogenen Faktoren, umweltspezifische Risiken, genetische und hormonelle Faktoren sowie Einflüsse der ökonomischen Modernisierung. Hinzu kommen ungleiche Selektionen infolge des Zweiten Weltkrieges (Walter et al. 2008). Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen hinsichtlich des Erkrankungsspektrums, der Prävalenz einzelner Erkrankungen, aber auch in der Diagnostik, Therapie und in den Bewältigungsstrategien (Walter et al. 2008). In der Berliner Altersstudie wurden bei Frauen insgesamt mehr medizinische Diagnosen gestellt als bei den Männern. Bei 54 % der 85-jährigen und älteren Frauen wurden mindestens fünf Diagnosen gestellt, bei den gleichaltrigen Männern waren es nur 41 % (70–84 Jahre: 27 % vs. 19 %). Ebenso weist das Diagnosespektrum geschlechtsbezogene Unterschiede auf. Frauen sind Daten des Alterssurveys zur Folge besonders häufig von Einschränkungen des Bewegungsapparats betroffen und müssen in größerem Maße als die Männer Mobilitätsverluste akzeptieren. Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Symptome und des Krankheitsverlaufs. So können bei Frauen z. B. die häufig unspezifischen Symptome eines Herzinfarkts die Diagnostik und eine angemessene medizinische Versorgung verzögern.

Die Geschlechterdifferenz zeigt sich auch darin, dass mehr ältere Frauen als Männer mehr Jahre in Inaktivität mit mehr Beeinträchtigungen mit zugleich höherem Schweregrad verbringen. Ältere Männer weisen dagegen mehr chronische Erkrankungen auf als Frauen, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei der Alzheimer Demenz und Osteoporose dagegen haben ältere Frauen im Vergleich zu Männern ein höheres Risiko zu erkranken (Walter et al. 2008). Erst

in den letzten Jahren untersuchen Studien explizit den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Alter (Mittag und Meyer 2011, von dem Knesebeck und Mielck 2009).

1.2 Gesundheit, Altern und Krankheiten

Altern kann als Prozess aufgefasst werden, der die Adaptationsfähigkeit des Organismus herabsetzt und dadurch Risiken entstehen lässt, die das Auftreten bestimmter Beeinträchtigungen und Erkrankungen wahrscheinlicher macht (Saß et al. 2009b, Backes und Clemens 2008, Ding-Greiner und Lang 2004).

Im Alter vorliegende Erkrankungen sind häufig chronisch und irreversibel. Weitere wichtige Merkmale sind die veränderte, häufig unspezifische Symptomatik, ein längerer Krankheitsverlauf, eine verzögerte Genesung und eine veränderte Reaktion auf Medikamente. Zudem bestehen insbesondere bei Hochaltrigen komplexe Gesundheitsprobleme, die selten nur auf körperliche Beeinträchtigungen beschränkt sind, sondern auch soziale und funktionelle Auswirkungen haben. Hierzu zählen neben den funktionellen Einbußen, welche als Folge bestimmter Erkrankungen auftreten, auch Funktionseinbußen einzelner Organsysteme, die noch keine eigenständige Erkrankung darstellen. Aus der Komplexität der gesundheitlichen Situation kann die Gefahr eines Mobilitätsverlustes sowie psychosozialer Symptome resultieren, die ein Risiko für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung darstellen (Saß et al. 2009b).

Unterschieden wird zwischen alternden Krankheiten, primären Alterskrankheiten und Krankheiten im Alter, welche unabhängig voneinander, aber auch gleichzeitig auftreten können. Mitalternde Erkrankungen können auf Grund ihres langen Bestehens zu Folgeerkrankungen führen (Saß et al. 2009b, Backes und Clemens 2008, BMFSFJ 1993). Hinsichtlich der Genese von Erkrankungen und dem Krankheitswert unterscheidet man:

- Altersphysiologische Veränderungen mit möglichem »Krankheitswert«, die sich in einer verminderten Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit äußern,
- (altersbezogene) Erkrankungen mit langer präklinischer Latenz,
- Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischem Verlauf aufgrund verminderter homöostatischer Regulations- bzw. Reparaturmechanismen,
- Krankheiten in Folge langfristiger, mit der Lebenszeit steigender Exposition (Schwartz und Walter 2012).

Zur Analyse vorliegender Beeinträchtigungen und Krankheiten in der älteren Bevölkerung stehen unterschiedliche Datenquellen (Surveys, Routinedaten, Primärstudien) zur Verfügung. Die Angaben unterscheiden sich vor allem hinsichtlich

des quantitativen Auftretens einzelner Krankheiten bzw. einzelner Funktionseinbußen sowie der Rangordnung ihres Auftretens. Diese Unterschiede sind unter anderem auf besondere Spezifika der Datenerhebung sowie auf die Auswahl der einbezogenen Altersgruppen zurückzuführen. So werden z. B. in der Berliner Altersstudie Daten aus ärztlichen Untersuchungen herangezogen, während die Daten aus dem Alterssurvey auf Selbstangaben älterer Menschen basieren. Weiterhin werden Daten aus anderen Kontexten berücksichtigt, z. B. Abrechnungsdaten (ADT-Panel, Abrechnungsdatenträger-Panel) oder Daten der Krankenhausdiagnosenstatistik (Saß et al. 2009b).

Häufige Erkrankungen

Das Krankheitsspektrum im höheren Lebensalter umfasst folgende, am häufigsten diagnostizierte Erkrankungen (Saß et al. 2009b, Backes und Clemens 2008, Lang 1994, Steinhagen-Thiessen et al. 1999):

- Herz- Kreislauferkrankungen, besonders Hypertonie
- Störungen am Bewegungs- und Stützapparat, besonders degenerative Erkrankungen sowie Osteoporose
- Störungen der Hautfunktion, besonders Pruritus
- Gastrointestinale Störungen
- Störungen des Urogenitalsystems
- Bösartige Neubildungen
- Hör- und Sehstörungen
- Atemwegserkrankungen
- Zerebrovaskuläre, hirnorganische und psychische Erkrankungen

In die Gruppe mit der höchsten Prävalenz fallen neben einigen Herz-Kreislauf-Krankheiten auch zwei muskuloskelettale Erkrankungen (Arthrose und Dorsopathie). Weitere häufige Erkrankungen bei über 70-Jährigen sind arterielle Verschlusskrankheit, koronare Herzkrankheit sowie COPD und Diabetes mellitus Typ II (Saß et al. 2009b, Steinhagen-Thiessen et al. 1994, Mayer und Baltes 1996, Gerste 2012). Zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen bei Hochbetagten zählen neben Herzinsuffizienz, Harninkontinenz, Femurfrakturen und Hör- und Sehverlusten auch die Dekubitalgeschwüre (Böhm et al. 2009). Die häufigsten Krankenhausesentlassungsdiagnosen bei den über 85-Jährigen sind mit absteigender Häufigkeit: Krankheiten des Kreislaufsystems, Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursachen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie Krankheiten der Atmungsorgane gefolgt von Neubildungen (Statistisches Bundesamt 2011c).

Bei der Erhebung des Mikrozensus im Jahr 2005 gaben 28 % der 75-Jährigen und Älteren an, in den letzten vier Wochen krank oder unfallverletzt gewesen zu sein, Frauen waren durchschnittlich etwas häufiger betroffen. Damit war in dieser Altersgruppe die höchste Anzahl an Erkrankten zu finden (Saß et al. 2009b).

Multimorbidität

Mit fortschreitendem Alter ist eine Ausweitung von gesundheitlichen Problemen erkennbar, sowohl hinsichtlich der Anzahl Erkrankter als auch bezüglich der Komplexität der auftretenden Beeinträchtigungen. Die Prävalenz von Erkrankungen und funktionellen Beeinträchtigungen steigt im höheren Lebensalter deutlich an (Ding-Greiner und Lang 2004). Dabei nimmt der Anteil derer, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, zu. Nach den Daten des Alterssurveys 2008 leiden rund drei von vier Personen im Alter zwischen 70 und 81 Jahren an mindestens zwei Erkrankungen, jeder fünfte Erkrankte sogar an fünf und mehr Krankheiten (BMFSFJ 2008). Die Multimorbidität und Polypharmazie stellt die medizinische Versorgung vor große Herausforderungen, zumal es bisher keine Leitlinien für die Behandlung multimorbider Patienten gibt und die Medikation bei hochbetagten Patienten häufig überdosiert verordnet oder verabreicht wird (SVR 2010, BMFSFJ 2010).

Funktionsverlust und Frailty

Zahlreiche Gesundheitsstörungen und Krankheiten treten bei Älteren häufiger auf als bei Jüngeren (Saß et al. 2009a, Gerste 2012). Im Alter besteht häufig eine verringerte Anpassungsfähigkeit des Organismus und eine oftmals verlängerte Rekonvaleszenzdauer nach Erkrankungen. Ein großes Problem stellt der Verlust an Muskelmasse während der Immobilität dar. So verlieren bereits gesunde Ältere 10 % ihrer Beinmuskulatur nach 10-tägiger Immobilität, bei älteren Patienten wird dieser Abbau bereits nach drei Tagen erreicht, während junge Gesunde nach 28-tägiger Immobilität nur 2 % ihrer Beinmuskulatur einbüßen (Kortebein et al. 2007). Krankenhausaufenthalte bergen damit bei älteren Patienten ein hohes Risiko für Stürze.

Besondere Beachtung erfordern deshalb Krankheiten, die einen Risikofaktor für Funktionseinbußen darstellen und Hilfebedürftigkeit nach sich ziehen können; aber auch Behinderungen, die zu Funktionseinschränkungen führen können, sowie Gebrechlichkeit oder Instabilität (Frailty), die Indikatoren für drohenden oder weiteren Funktionsverlust sind. Frailty entsteht durch Beeinträchtigungen der muskuloskeletalen bzw. neurologischen Funktionen und des Ernährungszustandes infolge von Krankheiten oder altersbedingter Veränderungen bei gleichzeitig eingeschränkten Kompensationsmechanismen bzw. funktionellen Reserven. Allerdings führen körperliche Veränderungen nicht zwangsläufig zu weiteren Einschränkungen. Vielmehr bestimmen sozioökonomische und interpersonale Faktoren sowie Faktoren der sozialen und räumlichen Umwelt, aber auch die Qualität der Versorgung, die Entwicklung erheblich mit (Böck et al. 2011, Walter und Patzelt 2012, Günster et al. 2012, von Renteln Kruse 2004). Bedeutsam ist zum Beispiel, dass Krankheiten und Gebrechlichkeit bei älteren Menschen mit geringeren sozialen, kulturellen und ökonomischen Ressourcen (Schüz et al. 2011) im Vergleich zu Menschen mit besseren Lebensbedingungen nicht nur die Lebensqualität stärker beeinträchtigen können (Meyer 2011, Heidelberg et al. 2011), sondern zu einer erhöhten Sterblichkeit beitragen (von dem Knesebeck und Mielck 2009). Die damit einhergehenden steigenden Anforderungen an das

Gesundheits- und Sozialwesen führen in der Politik und Wissenschaft zu intensiven Auseinandersetzungen mit Gesundheit im Alter. Deshalb wurde unter anderem 2006 der Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung »Gesundheit und Alter« etabliert. Die dort verorteten Forschungsprojekte und -verbände beschäftigen sich mit Ko- und Multimorbidität bei älteren Menschen und der Stärkung von Ressourcen und Autonomie im Alter (Schüz et al. 2011).

Kognitive Leistungsfähigkeit und psychische Gesundheit

Der physiologische Alterungsprozess geht mit einer Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit einher. Epidemiologische Studien belegen, dass bei etwa 25 % der über 65-Jährigen psychische Erkrankungen bzw. Störungen im weitesten Sinne vorliegen (Saß et al. 2009b, Backes und Clemens 2008, Gerste 2012, Radebold 1994). Demenzen führen bei Älteren häufig zu erheblichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens, so dass in der Regel eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist und der Eintritt in ein (Pflege-)Heim notwendig werden kann.

Zu unterscheiden sind alt gewordene psychisch Kranke und psychisch Alterskranke, welche erstmals nach dem 60. bzw. 65. Lebensjahr erkranken. Vom Erscheinungsbild stehen bei Älteren depressive und demenzielle Syndrome im Vordergrund (Stoppe 2006). Prinzipiell tritt bei den über 65-Jährigen dasselbe Spektrum an psychiatrischen Erkrankungen auf wie bei Menschen im mittleren Lebensalter, auch werden die gleichen Ursachen beziehungsweise Erscheinungsbilder beobachtet. Jedoch gehen psychiatrische Erkrankungen bei Älteren häufiger mit körperlichen Beeinträchtigungen einher und neigen in stärkerem Maße zu Chronifizierung. Der quantitative Anteil der psychisch Erkrankten ist insgesamt mit dem Anteil psychisch Kranker im mittleren Lebensalter zu vergleichen (Saß et al. 2009b, Backes und Clemens 2008, Bruder 1999). Jedoch steigt z. B. in Folge von depressiven Symptomen und subsyndromalen Depressionen die Suizidrate bei älteren Menschen an, besonders Männer sind hier betroffen, sie erleiden viermal häufiger einen Suizid als Frauen (Stoppe 2006).

Nach den Daten der Berliner Altersstudie (BASE), die in den Jahren 1990 bis 1993 durchgeführt wurde, sind die häufigsten psychischen Krankheiten der Menschen über 70 Jahre Demenzen mit 14 %. Die zweithäufigste Gruppe bilden Depressionen mit 9 % (Helmchen et al. 1996).

Neuere Daten der AOK (2008, 25,4 Mio. Versicherte) zeigen, dass die Diagnose Vaskuläre Demenz im Alter erheblich zunimmt (Behandlungsprävalenz 2008: 85- bis 89-Jährige 5,4 %, 90- bis 94-Jährige 7,6 %, über 95-Jährige 9,2 %). Starke Zunahmen zeigen sich auch bei der nicht näher bezeichneten Demenz (Behandlungsprävalenz 2008: 85- bis 89-Jährige 14,6 %, 90- bis 94-Jährige 21,9 %, über 95-Jährige 27,3 %), Alzheimer (Behandlungsprävalenz 2008: 85- bis 89-Jährige 4,4 %, 90- bis 94-Jährige 5,4 %, über 95-Jährige 5,7 %) und anderen psychischen Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (Behandlungsprävalenz 2008: 85- bis 89-Jährige 5,2 %, 90- bis 94-Jährige 7,5 %, über 95-Jährige 9,4 %) (Gerste 2012).

Bei den Neuerkrankungen an Demenz sind die älteren Frauen überdurchschnittlich betroffen: Auf sie entfallen 70 % aller Neuerkrankungen (Saß et al. 2009b).

Bei Pflegeheimbewohnern wird von einer Prävalenz depressiver Symptome von bis zu 50 % und von schwerer Depression zwischen 15 % und 20 % ausgegangen (Stoppe 2008).

Trotz des vermehrten Auftretens psychischer Symptome im Alter werden bei diesen Patienten seltener eindeutige Diagnosen formuliert. Eine mögliche Ursache liegt in der Komorbidität mit somatischen Erkrankungen. Zu vermuten ist auch, dass hier der Einfluss von Altersstereotypen spürbar wird – so z. B. die Akzeptanz der Bürger, aber auch der Professionellen im Gesundheitswesen, dass es normal sei, im Alter schlechter zu schlafen oder dass es normal sei, wenn sich Ältere aus dem sozialen Kontext zurückziehen und Desinteresse am Leben zeigen (Stoppe 2006).

Es kann zudem schwierig sein, alterstypische und altersphysiologische Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit von frühen Demenzstadien abzugrenzen. Unklar ist, wie hoch die tatsächliche Anzahl Älterer mit subdiagnostischen Ausprägungen psychischer Erkrankungen ist, bei denen zwar Einschränkungen der Lebensqualität und eine erhöhte Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung vorhanden sind, die aber in derzeit verwendeten Klassifikationssystemen nicht erkannt werden (Saß et al. 2009b).

Auch über die Möglichkeit der Betroffenen, fachärztliche Hilfe zu erlangen, liegen wenige Angaben vor. So ist nicht bekannt, wie viele Psychotherapeuten und Psychiater gerontopsychiatrisch qualifiziert bzw. tätig sind. In die Betreuung älterer psychisch Kranker sind in regional unterschiedlichem Maße sozialpsychiatrische Dienste einbezogen (List et al. 2009). Ambulante Psychotherapien bei älteren Menschen werden jedoch im Gegensatz zu Menschen jüngerer Altersgruppen selten durchgeführt, wie die Daten der GEK der von 2000–2006 genehmigten Psychotherapien verdeutlichen: Genehmigte Psychotherapien bei 75 bis 79 Jahre alten GEK-Versicherten: 0,1 % Männer, 0,3 % Frauen vs. 25–30 Jahre alten GEK-Versicherten: knapp 1,0 % Männer, 2,3 % Frauen (ISEG 2007). Diese Unterschiede sind unter anderem auf Vorbehalte bei den älteren Betroffenen, aber auch bei den Professionellen und der Wissenschaft zurückzuführen. Negativ orientierte Altersbilder und unzutreffende Krankheitskonzepte führten in der Vergangenheit zu einer geringen Nutzung von Psychotherapien im Alter. Im sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland werden die Möglichkeiten einer Psychotherapie im Alter positiv konnotiert, so dass davon ausgegangen werden kann, dass Psychotherapeuten zukünftig die Therapien immer mehr an die Potentiale des Alters anpassen werden und so die psychischen Probleme, die in Verbindung mit Einschränkungen und Verlusterleben im Alter eintreten können, mit den Klienten bearbeiten können (BMFSFJ 2010).

Subjektive Gesundheit

Der Begriff »subjektive Gesundheit« beschreibt das individuelle Erleben der Gesundheitssituation durch die Person selbst. Nach einer Metaanalyse decken sich

die subjektiv empfundene und die objektive Gesundheit zwar nur in 5 bis 30 % der Fälle (Wurm et al. 2009), dennoch ist das subjektive Erleben verglichen mit der medizinisch diagnostizierbaren, objektiven Gesundheit ein bedeutenderer Prädiktor für die vorzeitige Sterblichkeit bzw. die Langlebigkeit von (älteren) Personen. Dies gilt insbesondere für das höhere Lebensalter. Über die Ursachen dieser Diskrepanz gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Angeführt werden Grenzen der medizinischen Messbarkeit von Krankheiten, unerkannte (nicht diagnostizierte) Erkrankungen und besonders psychosoziale Ressourcen, die bei optimistischer Lebenseinstellung protektiv auf die Gesundheit wirken und bei negativen Haltungen zu emotionalen Belastungen oder psychischen Erkrankungen führen können. Verschiedene Studien fanden einen Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und der Entwicklung von funktionalen Einschränkungen bzw. dem Verlust von funktionalen Fähigkeiten sowie kognitiver Gesundheit: Personen, die ihren Gesundheitszustand subjektiv schlecht bewerten, leiden scheinbar unter größeren funktionalen Beeinträchtigungen und kognitiven Einschränkungen als Personen, die ihren Gesundheitszustand positiv bewerten, unabhängig von ihrem objektiven Gesundheitszustand. Hohe subjektive Gesundheit geht also mit besserer Funktionsfähigkeit und besserer kognitiver Gesundheit einher. Im Verlauf des Alterns verschlechtert sich die subjektiv wahrgenommene Gesundheit in geringerem Maße als die objektiv diagnostizierbare Gesundheit, die Differenz zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit nimmt zu. Ältere beurteilen ihre gesundheitliche Situation vor allem im Hinblick auf vorliegende Krankheiten, körperliche Einschränkungen und das Fehlen von quälenden Beschwerden. Als Maßstab gilt weniger die eigene frühere Gesundheit als vielmehr die Konstitution von (schlechter gestellten) Gleichaltrigen (Wurm et al. 2009).

Im höheren Lebensalter ist demnach das subjektive Gesundheitsempfinden besser als es der objektive Zustand erwarten lassen würde. Daher gilt besonders im höheren Lebensalter die subjektive Gesundheit als relevante Gesundheitsinformation (Wurm und Tesch-Römer 2008).

Daten zum subjektiven Gesundheitszustand von Älteren

Daten des telefonischen Gesundheitssurveys von 2003 verdeutlichen, dass Menschen mit steigendem Lebensalter ihren Gesundheitszustand als weniger gut einschätzen. In der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen bewerten weniger als die Hälfte der Befragten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut (Frauen 41 % vs. Männer 46 %). Eine schlechte oder sehr schlechte Einschätzung des Gesundheitszustandes nimmt dagegen mit steigendem Lebensalter zu und beträgt bei den 75- bis 84-Jährigen etwa 18 %. Der Großteil der Älteren berichtet zusammenfassend über eine mindestens mittelmäßige allgemeine Gesundheit. Beide Geschlechter schätzen ihre Gesundheit im Altersverlauf schlechter ein, jedoch bewerten Frauen ihren Gesundheitszustand etwas kritischer als gleich alte Männer. Bei der Einschätzung des psychischen Wohlbefindens ist kein Altersgradient zu verzeichnen, jede vierte Frau und jeder fünfte Mann in der jeweiligen Altersgruppe gibt an, ziemlich stark oder sehr stark im psychischen Wohlbefinden eingeschränkt zu sein (Wurm et al. 2009).

Nachlassende körperliche Belastbarkeit, physische Beschwerden, eine dauerhafte Einnahme von Medikamenten und häufigere Arztkontakte verdeutlichen älteren Betroffenen, dass eine gute gesundheitliche Konstitution weniger selbstverständlich ist als in jüngeren Jahren. Gesundheit gewinnt damit mit steigendem Alter auch im täglichen Leben an Bedeutung. So geben in der Basisstichprobe des Alterssurveys 2002 Frauen und Männer in der höchsten Altersgruppe (75–84 Jahre) die Gesundheit als wichtigstes Thema an, gefolgt von Sicherheit der Familie, Sorge um die Angehörigen, geistiger Leistungsfähigkeit und Einfühlungsvermögen sowie mitfühlendem Verständnis. In den jüngeren Altersgruppen wird Gesundheit in der Rangfolge weiter hinten platziert.

1.3 Strukturen der ambulanten gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen

1.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die meisten gesundheitsbezogenen Anliegen und Probleme älterer Menschen können im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung gelöst werden. Diese umfasst, im Sinne des primary health care Konzepts der Weltgesundheitsorganisation, neben der ärztlichen Primärversorgung die niedrighschwellige Betreuung auch durch andere Gesundheitsberufe sowie innerhalb von Familien und kommunalen Strukturen (WHR 2008).

Ältere Menschen stellen die größte Patientengruppe in den Hausarztpraxen dar, für Patienten und Angehörige ist der Hausarzt in vielen Fällen der erste Ansprechpartner im Gesundheitssystem. Über 90 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland hat einen festen Hausarzt, bei Menschen über 65 Jahren steigt der Anteil auf 96 %. Über 65-Jährige suchen ihren Hausarzt im Mittel sechsmal pro Jahr auf, multimorbide Patienten haben im Durchschnitt doppelt so viele Hausarztkontakte wie nicht mehrfach Erkrankte (12 vs. 6 Konsultationen pro Jahr). Zu den besonderen Merkmalen der hausärztlichen Tätigkeit gehört die kontinuierliche Betreuung von Patienten mit einem breiten Spektrum gesundheitlicher Probleme und Beeinträchtigungen. Hausärzte behandeln Patienten mit uncharakteristischen Befindlichkeitsstörungen, mit chronischen Erkrankungen in unterschiedlichen Stadien, schwer kranke und sterbende Menschen, Erkrankte, die altersbedingte physiologische, sensorische oder psychische Einschränkungen aufweisen, oder auch Patienten, die mit individuellen Mischungen aus allen diesen Formen zu ihnen kommen (► Kap. 1.2).

Die Patienten und ihr unmittelbares Lebensumfeld nehmen einen wesentlichen Einfluss auf die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen und sollten in diesen berücksichtigt werden. Für die Rationalität hausärztlichen Handelns sind monodiagnostische klinische Begriffe und Standards nur von relativer Bedeutung; dies gilt insbesondere für die Versorgung älterer und hochaltriger Pa-