



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



Themenmonitoring «Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte»

Kurt Wyss

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheit.ch.

Die Arbeitsdokumente des Obsan sind Fachberichte, welche vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder von eigenen Mitarbeitern erarbeitet wurden. Sie sollen Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen. Der Inhalt der Arbeitsdokumente unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

Kurt Wyss:
Themenmonitoring «Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte»

Arbeitsdokument des Obsan 11
April 2005

Bestellung: obsan.versand@gewa.ch
oder Obsan-Versand, c/o GEWA,
Tannholzstrasse 14, CH-3052 Zollikofen;
CHF 12.– plus Versandkosten
ISBN Nr. 3-907872-17-7

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Herausgeber der Arbeitsdokumente des Obsan:
Katharina Meyer, Paul Camenzind, Hélène Jaccard Ruedin,
Peter C. Meyer, Andrea Zumbrunn

Anschrift der AutorInnen:
Kurt Wyss
Büro für Sozialforschung
Hardtturmstrasse 261
8005 Zürich.



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

Themenmonitoring 'Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte'

Arbeitsdokument 11
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Wyss Kurt

April 2005

Neuchâtel

Inhalt

Zusammenfassung	5
Résumé	7
1. Einleitung	9
2. Gesundheit und Gesundheitsprobleme	13
2.1 Fragestellung	13
2.2 Einschätzung der eigenen Gesundheit	14
2.3 Unfälle, Stürze	15
2.4 Körperliche Beschwerden	17
2.5 Funktionale Behinderungen bei grundlegenden Alltagsaktivitäten	19
2.6 Sehschwierigkeiten und Hörprobleme	20
2.7 Arztbesuche, Hospitalisation und Behandlungsgründe	21
2.8 Chirurgische Eingriffe	24
2.9 Kurzdiskussion	26
3. Gesundheitsverhalten	27
3.1 Fragestellung	27
3.2 Ernährung und Body Mass Index (BMI)	27
3.3 Körperliche Betätigung, Bewegung	30
3.4 Gesundheitsschädigendes Verhalten: Tabak- und Alkoholkonsum	32
3.5 Soziale Ressourcen	33
3.6 Kurzdiskussion	35
4. Kontrollüberzeugungen und psychisches Wohlbefinden	36
5. Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Alter: ein empirischer Test	38
5.1 Gesamtindex zur Gesundheit / Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten	38
5.2 Pfadmodell zur Erklärung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten	40
5.3 Schlussfolgerungen	44
7. Literaturangaben	48
Anhang	50
Anhang I: Gesamtindex zur Gesundheit (Konstruktion)	50
Anhang II: Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten (Konstruktion)	53

Zusammenfassung

Ausgangslage / Erklärungsmodell / Datenbasis

Mit dem Themenmonitoring 'Gesundheit in der zweite Lebenshälfte' sollen in Bezug auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Lebensbiographie Informationen ermittelt werden, die eine Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte unterstützen. Forschungsbefunde zum gegebenen Themenbereich legen ein Erklärungsmodell nahe, das ein gesundes Altern als in der Biographie verankert ansieht. Demnach sind für die Gesundheit im Alter einerseits die schicht- und geschlechtsspezifischen Bedingungen während der Biographie bedeutsam, andererseits die subjektive Fähigkeit, die Begebenheiten in einem Lebenslauf verarbeiten zu können (Kontrollüberzeugung). Das hier vorgelegte Themenmonitoring basiert auf einer Auswertung der im Jahr 2002 vom Bundesamt für Statistik durchgeführten Gesundheitsbefragung. Die Auswertungen sind beschränkt auf zuhause lebende Personen ab dem Alter von 50 Jahren.

Gesundheit und Gesundheitsprobleme

Die empirische Analyse zu Gesundheit und Gesundheitsproblemen macht deutlich, dass der Prozentanteil von Personen mit beeinträchtigter gesundheitlicher Verfassung mit zunehmendem Alter ansteigt. Bei den chronischen Krankheiten sind im Alter der hohe Blutdruck und der Rheumatismus – letzterer markant häufiger auf Seiten der Frauen – am stärksten verbreitet. Während Unfallverletzungen aus Arbeit, Sport und Spiel im höheren Alter an relativer Häufigkeit abnehmen, nehmen dafür Verletzungen aus Unfällen im Haus oder Garten zu, wobei die Frauen häufiger betroffen sind. Im höheren Alter kommt es häufiger zu Verletzungen infolge von Stürzen, was unter anderem mit der im Alter häufigeren Osteoporose zu erklären ist. Die häufigsten Operationen im höheren Alter sind Hüftgelenkoperationen (häufiger auf Seiten der Männer) und Operationen vom grauen Star. Zu den am häufigsten vorkommenden starken körperlichen Beschwerden zählen im Alter die Rücken- und Kreuzschmerzen, die Gelenk- und Gliederschmerzen und die Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Alle drei Beschwerden kommen markant häufiger auf Seiten der Frauen vor. Die funktionalen Behinderungen bei grundlegenden Alltagsaktivitäten sind unter den hier analysierten zuhause lebenden Personen eher wenig verbreitet, da es bei ihrem Vorhandensein oft zu einem Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim kommt. Einzig die Inkontinenz (häufiger auf Seiten der Frauen) und Probleme beim Gehen sind im höheren Alter auch unter den zuhause Lebenden relativ stark verbreitet. Sehschwierigkeiten trotz Sehhilfen und Hörprobleme trotz Hörgeräten (letztere häufiger auf Seiten der Männer) nehmen mit zunehmendem Alter an Häufigkeit zu.

Gesundheitsverhalten

Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer kontinuierlichen Abnahme von Personen, die sich körperlich betätigen (in der Freizeit ins Schwitzen kommen; bei Arbeiten ins Schwitzen kommen, durch körperliche Aktivitäten ausser Atem kommen, Gymnastik und Fitness). Eine Ausnahme bildet das zu Fuss gehen, wo die Anteile mit zunehmendem Alter anwachsen. Das zu Fuss Gehen und die Gymnastik sind unter den Frauen und das zum Schwitzen und ausser Atem kommen unter den Männern relativ häufiger anzutreffen. Das Ernährungsbewusstsein (häufiger auf Seiten der Frauen) im Alter ist generell hoch und nimmt ab etwa dem 70. Lebensjahr an Verbreitung leicht ab. Übergewicht im Alter zeigt sich ebenfalls häufiger auf Seiten der Männer, dagegen Untergewicht häufiger auf Seiten der Frauen. Sowohl der Tabakkonsum als auch der häufige Alkoholkonsum sind unter den Männern deutlich verbreiteter als unter den Frauen. Im Unterschied zum Alkoholkonsum nehmen die Prozentanteile beim Tabakkonsum mit zunehmendem Alter ab.

Gesamtindizes / Pfadanalyse

Auf der Basis der zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten gebildeten Einzelindikatoren ist es möglich, einen Gesamtindex zur Gesundheit und einen Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten zu bilden. Im Rahmen einer Pfadanalyse kann empirisch überprüft werden, wodurch zum einen der Gesamtindex zur Gesundheit, zum andern der Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten wie stark erklärt wird. Das Hauptresultat der Pfadanalyse besagt, dass die Art und Weise, wie sich Gesundheit im höheren Lebensalter entwickelt, nicht zuletzt eine Frage des bisherigen Lebensverlaufs ist. Bedeutsam sind die bisherige gesundheitliche Biographie und die erlebten Strategien, mit gesundheitlichen Problemen umzugehen. Eine Konsequenz hiervon ist, dass in der Querschnittsanalyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 der statistische Effekt des aktuellen Gesundheitsverhaltens zwar signifikant, aber nicht besonders stark ist. Gesundheitsförderung hat häufig einen langfristig wirksamen „Zinses-Zins-Effekt“, indem sich kontinuierliche Gesundheitsförderung besonders stark auszahlt.

Weil Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte biographisch mit verankert ist, untersteht die Gesundheitsförderung für das Alter und im Alternsgang folgenden drei Allgemeinprinzipien:

- sie ist generationenspezifisch orientiert und berücksichtigt den Wandel des Alters
- sie ist in weiten Teilen zielgruppenspezifisch organisiert und anerkennt die Heterogenität des Alters
- sie umfasst sowohl primäre wie sekundäre Prävention (und teilweise auch Rehabilitation).

Résumé

La santé dans la seconde moitié de la vie

Exposé de la question / Modèle d'explication / Base de données

Le programme de monitoring thématique « La santé dans la seconde moitié de la vie » a pour but de produire, sur la base d'une analyse raisonnée de l'état de santé de la population, des comportements ayant une incidence sur la santé et de certains parcours biographiques, des informations propres à promouvoir la santé dans la seconde moitié de la vie. Les recherches effectuées dans ce domaine mettent en avant un modèle d'explication selon lequel la santé de l'individu vieillissant est en rapport étroit avec son parcours biographique. La santé des personnes âgées est liée d'une part au sexe et à des facteurs sociaux, d'autre part à l'aptitude subjective de l'individu à maîtriser les événements de sa vie. Le travail ici présenté s'appuie sur les résultats de l'enquête sur la santé réalisée en 2002 par l'Office fédéral de la statistique. Il se limite aux personnes de 50 ans ou plus qui vivent à la maison.

Santé et problèmes de santé

L'analyse empirique montre que le pourcentage de personnes présentant des troubles de la santé augmente avec l'âge. Parmi les maladies chroniques, l'hypertension et le rhumatisme (ce dernier sensiblement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes) affectent principalement les personnes d'un certain âge. Si la fréquence relative des accidents de travail, de sport et de jeu diminue chez les personnes âgées, les blessures consécutives à des accidents survenus à domicile ou au jardin augmentent, et touchent les femmes plus que les hommes. Les chutes avec fractures sont fréquentes chez les personnes âgées, dont beaucoup souffrent d'ostéoporose. Les opérations chirurgicales les plus fréquentes chez les personnes âgées sont les opérations de l'articulation coxo-fémorale (plus fréquente chez les hommes que chez les femmes) et les opérations de la cataracte. Les douleurs dorsales ou lombaires, les douleurs dans les articulations ou les membres, les troubles de l'endormissement ou du sommeil sont des problèmes physiques fréquents et importants chez les personnes âgées. Ils sont sensiblement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les handicaps fonctionnels dans les activités quotidiennes sont assez peu répandus parmi les personnes considérées dans la présente analyse – qui toutes vivent à la maison – car ces handicaps déterminent souvent l'entrée dans un établissement pour personnes âgées. Seules l'incontinence (plus fréquente chez les femmes que chez les hommes) et les difficultés à se déplacer sont relativement fréquentes parmi les personnes âgées qui vivent à la maison. Enfin, la fréquence des troubles de la vue et des troubles de l'audition non corrigés par un appareil optique ou auditif augmente avec l'âge (les seconds étant plus fréquents chez les hommes que chez les femmes).

Comportements ayant une incidence sur la santé

La part des personnes qui exercent une activité physique (activité de loisirs faisant transpirer, travail faisant transpirer, activité physique essoufflante, gymnastique ou fitness) diminue régulièrement à mesure que l'âge augmente. La marche à pied, toutefois, fait exception : la part des personnes qui pratiquent cette activité augmente avec l'âge. Les femmes pratiquent davantage la marche à pied et la gymnastique, les hommes davantage des activités qui font transpirer ou qui essoufflent. Le souci de se nourrir sainement est généralement élevé chez les personnes âgées (surtout chez les femmes), mais diminue légèrement après 70 ans. Parmi les personnes âgées, le surpoids est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le manque de poids plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. La consommation de tabac aussi bien que la consommation fréquente d'alcool sont nettement plus répandues chez les hommes que chez les femmes. Le pourcentage de personnes concernées diminue avec l'âge pour le tabac, mais non pour l'alcool.

Indices généraux / Analyse de parcours biographiques

Il est possible, sur la base des indicateurs particuliers dont nous disposons, de construire un indicateur général de la santé et un indicateur général des comportements ayant une incidence sur la santé. L'analyse de certains parcours biographiques permet de vérifier empiriquement par quels facteurs ces deux indicateurs sont influencés et dans quelle mesure ils le sont. Le principal résultat de cette analyse a été de montrer que la manière dont la santé évolue chez les personnes âgées est notablement déterminée par leur vie passée. Ce qui est important, ce sont les antécédents de santé et les stratégies qui ont été mise en œuvre au cours de la vie pour y faire face. Cela explique que, dans l'analyse transversale de l'enquête suisse de 2002 sur la santé, l'effet statistique des comportements actuels ayant une incidence sur la santé soit significatif mais non particulièrement marqué. La promotion de la santé a surtout un effet bénéfique à long terme et les efforts déployés sur la durée sont, dans ce domaine, particulièrement profitables.

La santé des personnes qui se trouvent dans la seconde moitié de vie et leurs comportements en matière de santé étant étroitement liés à leurs parcours biographiques, il faut que la promotion de la santé chez les personnes se trouvant dans la seconde moitié de vie obéisse aux trois principes suivants :

- être axée sur la situation spécifique de chaque génération et tenir compte des changements qui surviennent avec l'âge
- être largement ciblée sur des groupes spécifiques et tenir compte de l'hétérogénéité des personnes âgées
- englober aussi bien la prévention primaire que la prévention secondaire (et en partie aussi la réhabilitation).

1. Einleitung

Ausgangslage¹

Die demographische Alterung der Bevölkerung und namentlich die Zunahme hochbetagter Menschen vollzieht sich auf dem Hintergrund sowohl eines ausgeprägten 'Strukturwandel des Alters' – wie dies an Veränderungen etwa der wirtschaftlichen und sozialen Lebenslage älterer Menschen deutlich wird – als auch eines markanten Generationenwechsels, in dem neue Generationen älterer Menschen mit anderen sozial- und gesundheitlichen Lebenshintergründen ein hohes Alter erreichen.

Das Themenmonitoring 'Gesundheit und Alter' zielt darauf ab, die gesundheitlichen Rahmenbedingungen älterer Menschen einer kontinuierlichen und systematischen Beobachtung zu unterziehen. Mit dem Monitoring sollen Grundlagen für gesundheitspolitische Hinweise und Massnahmen geschaffen werden, die es ihrerseits sowohl den älteren Menschen selber als auch der Gesellschaft als ganzer erlauben, Altern als eine Lebensphase zu gestalten, die in möglichst guter Gesundheit durchlaufen werden kann. Das Themenmonitoring 'Alter und Gesundheit' stellt eine Grundlage zur Förderung des Public Health im Alter dar.

Verschiedene Befunde der Altersforschung weisen darauf hin, dass hinsichtlich des Wohlbefindens älterer Menschen der bisherigen Biographie eine zentrale Bedeutung zukommt. Am klarsten wird das von Perrig-Chiello in ihrer Längsschnittuntersuchung zum Wohlbefinden im Alter zum Ausdruck gebracht (vgl. Perrig-Chiello, 1997). Die Autorin ist zu den folgenden hier verkürzt wiedergegebenen Ergebnissen gelangt: "1) Gesundes Altern ist biographisch verankert. (...) 2) Entgegen unseren Erwartungen und entgegen der gegenwärtig sehr populären Wellness-Welle (gesunde Ernährung, Sport, etc.) erweisen sich die klassischen Gesundheitsvariablen wie Ernährung, Alkoholkonsum, Sport und körperliche Aktivitäten nicht als signifikante Prädiktoren des physischen Wohlbefindens. (...) 3) Erwartungsgemäss kommt den Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit ein signifikanter Prädiktionswert zu hinsichtlich des physischen Wohlbefindens. (...) 4) Die sozio-biographischen Ressourcen² spielen bei der Vorhersage des physischen Wohlbefindens eine untergeordnete Rolle. Einzig den negativen Lebensereignissen (wie z.B. Todesfälle, Probleme mit Familienangehörigen, Krankheiten) und der Variable 'SOS-Kontakt'³ kam zusammen mit

¹ Der Autor ist beim Verfassen der Studie von François Höpflinger (Soziologisches Institut der Universität Zürich / Universitäres Institut 'Alter und Generationen' (INAG), Sion) und Ueli Zellweger (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich) unterstützt worden. Den beiden sei herzlich gedankt!

² Darunter wird einerseits das Vorhandensein eines sozialen Netzwerks (objektive Ressource), andererseits die Wertschätzung von sozialen Kontakten und sozialen Aktivitäten (Vereine, Wandergruppen, Kaffeekränchen etc.) (subjektive Ressource) verstanden (vgl. Perrig-Chiello, 1997, S. 153).

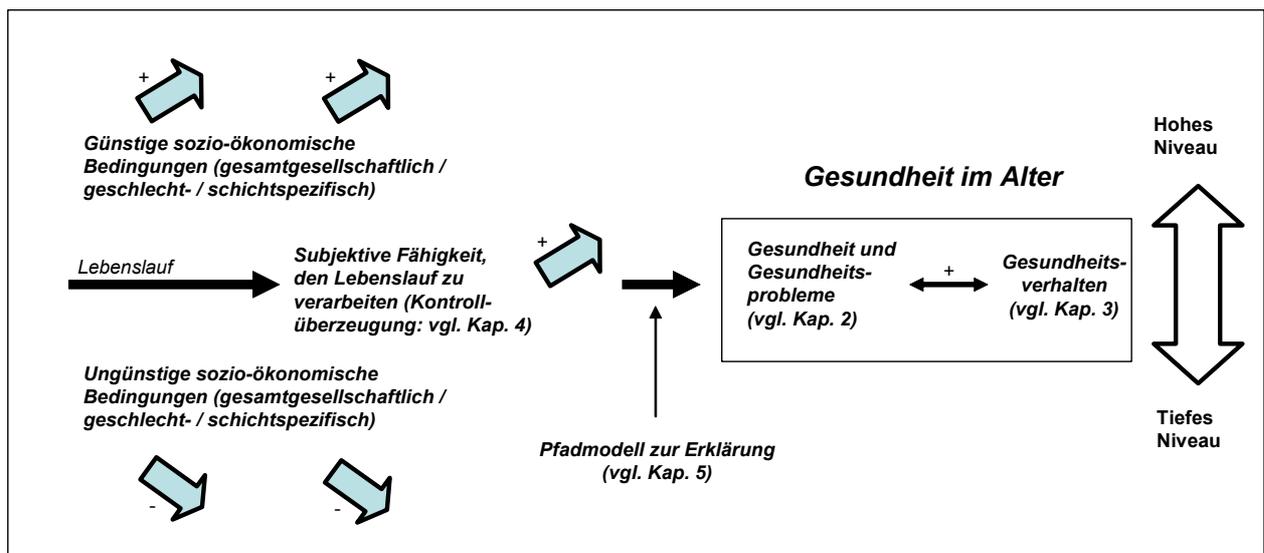
³ Unter dem 'SOS-Kontakt' wird das Vorhandensein von Ansprechpersonen im Notfall (PartnerIn, Familienangehörige; Freunde; Bekannte; Fachpersonal) verstanden (vgl. Perrig-Chiello, 1997, S. 153).

dem Alter als Kovariable eine signifikante Prädiktionskraft zu." (Perrig-Chiello, 1997, S. 170f.)

Erklärungsmodell

Das Themenmonitoring orientiert sich an dem in Abb. 1 dargestellten Erklärungsmodell, welches seinerseits an die Ergebnisse der Altersforschung anknüpft.⁴

Abb. 1: Erklärungsmodell zu 'Gesundheit und Alter'



Dem Modell gemäss ist die gesundheitliche Verfassung der Menschen im Alter einerseits durch die gesellschaftlichen Bedingungen im Verlauf der Biographie (gesamtgesellschaftlich / geschlechtsspezifisch / schichtspezifisch), andererseits durch die individuelle Verarbeitung eben dieser Bedingungen bestimmt (subjektive Fähigkeit, den Lebenslauf zu verarbeiten). Die gesundheitliche Verfassung im Alter wird erklärt als resultierend aus der Kombination der – vereinfacht gesagt – sozialen Umstände während des Lebenslaufs auf der einen Seite, des spezifischen Umgangs mit diesen Umständen auf der anderen Seite.

Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Arbeit ist dem Erklärungsmodell (Abb. 1) zu entnehmen. Im Kapitel 2 werden die Indikatoren zu Gesundheit und Gesundheitsproblemen, im Kapitel 3 die

⁴ Das hier vorgestellte Erklärungsmodell hat durchaus auch spekulativen Charakter. Es geht bewusst über das häufig vorherrschende Motiv hinaus, nur das einzubeziehen, was empirisch sich testen lässt. Das Modell soll dementsprechend nicht als Referenzrahmen der Studie missverstanden werden, sondern eher als Anregung dazu, den gewohnten Denkrahmen zu sprengen.

Indikatoren zum Gesundheitsverhalten und im Kapitel 4 die Indikatoren zu den Kontrollüberzeugungen vorgestellt. Die Darstellung der Indikatoren ist deskriptiv gehalten und beschränkt sich auf die Darstellung der jeweiligen Häufigkeiten in den Alterskategorien ab 50 Jahren, unterschieden nach dem Geschlecht. Im Kapitel 5 wird anhand eines Pfadmodells der Zusammenhang zwischen den thematischen Bereichen geprüft.⁵

Datenbasis

Als Datenbasis der Untersuchung dient die vom Bundesamt für Statistik durchgeführte Gesundheitsbefragung des Jahres 2002.⁶ Die Befragung bezieht sich auf die Gesamtheit der ständig in der Schweiz wohnhaften Personen ab dem Alter von 15 Jahren. Die Gesundheitsbefragung ist auf Privathaushaltungen beschränkt. Damit sind Personen in Kollektivhaushaltungen und also auch Personen in Alters- und Pflegeheimen nicht einbezogen. Diese Einschränkung ist hinsichtlich der hier behandelten Thematik von grosser Bedeutung. Die vorgestellten Indikatoren sind immer nur auf den Personenkreis der zuhause Lebenden beschränkt.

Die Gesundheitsbefragung 2002 fand in einem ersten Teil in telefonischer und in einem zweiten Teil in postalischer Form statt. Mit den im Datensatz zur Befragung enthaltenen GewichtungsvARIABLEN kann die Stichprobe (19'706 Personen telefonisch / 16'141 Personen schriftlich) auf insgesamt 6'017'638 Personen hochgerechnet werden. In den nachstehenden Auswertungen wird immer mit der gewichteten respektive hochgerechneten Stichprobe gearbeitet. Auch die absolute Zahl der einbezogenen Personen wird jeweils als hochgerechnete angegeben.⁷

Methodische und konzeptionelle Schwierigkeiten

Das Themenmonitoring 'Gesundheit und Alter' ist mit verschiedenen methodischen und konzeptionellen Schwierigkeiten konfrontiert. Die Gesundheitsbefragung basiert auf den Einschätzungen der Befragten zu ihrer Gesundheit. Das entspricht nicht einer medizinischen Abklärung der je gegebenen gesundheitlichen Verfassung. In Befragungen kann es zu Verzerrungen und insbesondere Beschönigungen der wirklichen Verhältnisse kommen.⁸

⁵ Die Analysen der Studie vermögen es nicht, und zwar sowohl aus Gründen des Aufwands als auch aus methodischen Gründen, das gesamte Erklärungsmodell einem empirischen Test zu unterziehen. Die Analysen sind also durchaus lückenhaft, und auf mögliche Lücken wird im Text auch immer wieder hingewiesen.

⁶ Dem Bundesamt für Statistik sei für die Bereitstellung des Datensatzes sowie für die Beantwortung einzelner Rückfragen herzlich gedankt.

⁷ Es gilt zu beachten, dass die absolute Zahl der Menschen im höheren Alter infolge der Sterblichkeit kontinuierlich abnimmt. Für die empirische Analyse bedeutet dies, dass mit zunehmendem Alter prozentual gesehen ein wachsender Anteil von Personen von gesundheitlichen Beschwerden betroffen sein können, die absolute Zahl der Betroffenen faktisch aber abnehmend ist.

⁸ Beispielsweise ist denkbar, dass die gerne sich stark zeigenden Männer eher als die Frauen dazu neigen, vorhandene Beschwerden in Befragungen zu verschweigen. In diesem Punkt ist der Autor bei der Fertigstellung dieses Berichts mit zwei verschiedenen Positionen konfrontiert worden. Die eine Position hat eingewendet, dass

Weiter können scheinbar klare Befunde den Blick auf die wirklichen Verhältnisse trüben, da bei ihrer Erstellung Hintergrundinformationen ausgeblendet worden sind.⁹ Im hier durchgeführten Monitoring ist damit zu rechnen, dass zentrale empirische Grössen hinsichtlich Erklärung der Gesundheit im Alter gar nicht erfasst sind respektive nicht erfasst werden können.¹⁰ Zudem sind die möglichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit im Alter derart heterogen, dass sie in ihrem Zusammenspiel selbst dort, wo man empirisch über die Daten verfügt, nur schwer zu kontrollieren sind.¹¹ Weiter stellt die Interpretation des Faktors "Alter" eine besondere Schwierigkeit dar. So ist ein im höheren Alter sich häufendes Merkmal nicht unbedingt auf das chronologische Alter zurück zu führen, sondern kann immer auch ein Spezifikum der jeweiligen im entsprechenden Alter sich befindlichen Generation sein (Kohorten-Effekt).¹² Ein besonderes empirisches Problem bei Forschungen zur Gesundheit im Alter stellt der so genannte "Survivor"-Effekt dar. Im höheren Alter erscheint die nächst höhere Altersgruppe immer vergleichsweise gesünder, weil die Kränkeren in der Zwischenzeit verstorben sind.¹³ Ein ähnlicher Effekt zeigt sich unter den Lebenden. Indem die

die hier vorgenommene Relativierung der subjektiven Gesundheitseinschätzung gar nicht nötig sei. Die subjektive Gesundheitseinschätzung wäre in ihrem prognostischen Wert der medizinischen Messung in verschiedener Hinsicht überlegen (z.B. bei der Erklärung der Mortalitätsrate). Die andere Position sieht eines der Grundprobleme der Studie genau in der Verwendung von Self-Report-Daten. Solche könnten immer nur einen Teilaspekt der Gesundheit abdecken.

⁹ Ein illustratives Beispiel bildet die folgende Aussage: "Im Jahr 2001 wurden den Krankenversicherern für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Datenpool insgesamt 15.4 Milliarden Franken – 9.2 Milliarden für Frauen und 6.2 Milliarden für Männer – in Rechnung gestellt." (Camenzind/Meier, 2004, S. 14) Die von Camenzind und Meier herausgegebene Studie erbringt den überzeugenden Nachweis, dass das im Zitat Suggestierte, wonach die Frauen als die grossen Kostenverursacherinnen erscheinen, sich so nicht halten lässt. In der zitierten Berechnung unberücksichtigt bleiben namentlich die höhere mittlere Lebenserwartung der Frau, der bessere Zugang der Männer zu unbezahlten Pflegeleistungen (insbesondere durch Ehefrau), Geschlechtsstereotypen bei diagnostischen und therapeutischen Entscheiden u.a.m. (vgl. dazu auch: Camenzind 2004).

¹⁰ Man denke an besondere Ereignisse in der Biographie eines Menschen (z.B. plötzlicher Tod einer nahe stehenden Person), welche sich nachhaltig auf die Psyche und also auch auf die Gesundheit des Betroffenen auswirken können. Solche Ereignisse werden in Erhebungen im Allgemeinen nicht erfasst und in der Folge als möglicher Grund für eine schlechte gesundheitliche Verfassung auch nicht in die Analyse einbezogen. Eine Ausnahme bildet die Studie von Perrig-Chiello, wo die "Lebensereignisbiographie" einbezogen wurde (Perrig-Chiello, 1997, S. 154).

¹¹ Dementsprechend sind einerseits multivariate Analysen unter Einbezug sozialer Hintergrundfaktoren (vgl. Perrig-Chiello, 1997), andererseits theoretisch offene, will heissen: nicht im Voraus praktisch determinierte Herangehensweisen vonnöten (vgl. z.B. die originellen Herangehensweisen in: "Jenseits des Zenits" (Perrig-Chiello/Höpflinger, 2000)).

¹² Der Befund, dass ältere Menschen häufiger in die Kirche gehen als jüngere Menschen, kann beispielsweise mit dem Kohorteneffekt erklärt werden. Demnach war es innerhalb der Generation der heute älteren Menschen immer schon häufiger der Fall, dass sie in die Kirche gingen. Demgegenüber wird die Generation der heute jüngeren Menschen auch im höheren Alter nicht häufiger in die Kirche gehen. Der Kirchgang ist entsprechend nicht die Folge des chronologischen Alters, sondern die der Generationenzugehörigkeit. Höpflinger und Stuckelberger halten dazu allgemein fest: "Ein zentrales Ergebnis der modernen Altersforschung besteht darin, dass das chronologische Alter (= Alter in Lebensjahren) eine höchst komplexe Variable darstellt. Dadurch ist bei der Interpretation von Unterschieden zwischen verschiedenen Altersgruppen immer höchste Vorsicht geboten." (Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 19)

¹³ Wenn Männer im höheren Alter eine – statistisch gesehen – bessere Gesundheitsverfassung aufweisen als die Frauen, dann ist das teilweise mit dem "Survivor-Effekt" zu erklären. Im Zusammenhang mit der bei Männern tieferen mittleren Lebenserwartung sterben die Männer mit schlechterer gesundheitlicher Verfassung früher. Der "Survivor-Effekt" scheint namentlich bei den über 80-Jährigen stark zu wirken.

schwer kranken Menschen nicht befragbar sind, ergibt sich bei jeder Befragung immer eine Verzerrung hin zu den Gesunden.¹⁴ Wenn nachstehend der Versuch gemacht wird, zur Erhellung der gesundheitlichen Situation der älteren Menschen beizutragen, dann sind die hier erwähnten Schwierigkeiten immer relativierend einzubeziehen.

2. Gesundheit und Gesundheitsprobleme

2.1 Fragestellung

In diesem Kapitel werden zentrale Indikatoren zu Gesundheit und Gesundheitsproblemen zur Darstellung gebracht. Die zu beantwortende Grundfrage lautet, wie diese Indikatoren sich im Alter statistisch verteilen.¹⁵ Es kommt jeweils zu einer Aufschlüsselung der Häufigkeiten nach Alterskategorien und Geschlecht.¹⁶

Konkret werden Indikatoren zu den folgenden die Gesundheit betreffenden Themenkreisen gebildet: Einschätzung der eigenen Gesundheit (Kap. 2.2), Unfälle, Stürze (Kap. 2.3), körperliche Beschwerden (Kap. 2.4), funktionale Behinderungen bei grundlegenden Alltagsaktivitäten (Kap. 2.5), Sehschwierigkeiten und Hörprobleme (Kap. 2.6), Arztbesuche, Hospitalisation und Behandlungsgründe (Kap. 2.7), chirurgische Eingriffe (Kap. 2.8). Das Kapitel wird mit einer Kurzdiskussion abgeschlossen (Kap. 2.9).

¹⁴ Zwar wird – wie auch im Rahmen der Gesundheitsbefragung – versucht, dieses Manko durch die Befragung von Angehörigen zu beheben (Proxy-Interviews). Nichtsdestotrotz kommt es zu vielen Ausfällen und es ist natürlich ein grosser Unterschied, ob eine Person für eine andere oder diese selber antwortet. Sodann werden die in Alters- und Krankenheimen lebenden Personen in der Gesundheitsbefragung prinzipiell nicht befragt.

¹⁵ Um die statistische Tendenz mit zunehmendem Alter gut erkennen zu können, werden die Auswertungen ab einem Alter von 50 Jahren vorgenommen.

¹⁶ Der Autor ist von verschiedener Seite darauf hingewiesen worden, dass man die Deskription gerade vor dem Hintergrund des einleitenden Erklärungsmodells mit weiteren unabhängigen Variablen (Schulabschluss, Berufsstatus, Haushaltseinkommen usw.) hätte erweitern können. Der Rahmen der hier durchgeführten Studie hat das leider nicht erlaubt.

2.2 Einschätzung der eigenen Gesundheit

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit ergibt einen groben Indikator dafür, wie es den Befragten insgesamt gesundheitlich geht (Tab. 1).

Tab. 1: Einschätzung der eigenen Gesundheit¹⁷ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien			
		50 – 59 Jahre	60 – 69 Jahre	70 – 79 Jahre	über 80 Jahre
Männer	sehr gut / gut	84.6%	82.8%	75.0%	65.0%
	mittelmässig	10.7%	12.0%	18.5%	26.6%
	schlecht /sehr schlecht	4.7%	5.3%	6.5%	8.4%
	Gesamt	100% (N=465'515)	100% (N=322'441)	100% (N=229'840)	100% (N=81'311)
Frauen	sehr gut / gut	81.3%	78.9%	71.5%	64.0%
	mittelmässig	13.5%	16.3%	21.7%	25.5%
	schlecht /sehr schlecht	5.2%	4.9%	6.8%	10.5%
	Gesamt	100% (N=487'979)	100% (N=355'743)	100% (N=354'758)	100% (N=140'516)
Alle Befragten	sehr gut / gut	82.9%	80.7%	72.9%	64.4%
	mittelmässig	12.1%	14.2%	20.4%	25.9%
	schlecht /sehr schlecht	5.0%	5.0%	6.7%	9.7%
	Gesamt	100% (N=953'495)	100% (N=678'184)	100% (N=584'597)	100% (N=221'828)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Die Prozentanteile der negativen Einschätzung der eigenen Gesundheit steigen mit zunehmendem Alter leicht an. Es ist aber zu beachten, dass noch unter den über 80-jährigen Befragten knapp zwei Drittel aller Befragten ihre Gesundheitsverfassung als gut oder sehr gut einstufen. Die Einschätzung von Seiten der Frauen fällt in allen Alterskategorien weniger häufig positiv aus als jene von Seiten der Männer.

Verschiedene Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass die subjektive Einschätzung der Gesundheit mit der objektiven gesundheitlichen Verfassung entweder nur teilweise oder überhaupt nicht korreliert.¹⁸ Von der abgegebenen subjektiven Einschätzung kann deshalb

¹⁷ Die gestellte Frage lautete: "Zuerst gerade das Nächstliegende: Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?"

¹⁸ In der Studie von Perrig-Chiello resultiert zwischen subjektiver Gesundheit und Summe von Beschwerden eine Korrelation von -0.32 (Perrig-Chiello, 1997, S. 126). In einer späteren Auswertung der interdisziplinären Altersstudie wird zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und objektiver Gesundheit gar kein signifikanter Zusammenhang gefunden (Perrig-Chiello, Stähelin, Perrig, 1999, S. 79). Hinwiederum finden sich in einer weiteren Studie (Lalivie d'Epinau, Maystre et al., 1997, S. 115) Korrelationen zwischen subjektiver Gesundheit und der Zahl der Beschwerden von -0.46 (Genf) bzw. -0.56 (Zentralwallis) (zitiert in Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 252).

nicht einfach auf die faktische Gesundheitsverfassung geschlossen werden. Es ist zu berücksichtigen, dass im Alter allgemein eine verstärkte Tendenz zur Relativierung der gegebenen Situation besteht.¹⁹ Dementsprechend notwendig wäre gleichzeitig der Versuch, die gesundheitliche Verfassung der älteren Menschen immer auch in einer objektiveren Weise zu messen.²⁰

2.3 Unfälle, Stürze

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung ist nach Unfallverletzungen innerhalb der letzten 12 Monate gefragt worden (Tab. 2).

Tab. 2: Unfallverletzungen in den letzten 12 Monaten²¹ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Unfall im Haus oder Garten	%	5.2	6.3	4.8	6.4	6.0	9.5	9.7	13.8
	abs.	24366	31267	15511	22473	14453	34026	6295	14641
Unfall bei Sport, Spiel usw.	%	8.2	4.3	4.9	3.1	4.5	1.7	3.3	1.8
	abs.	38205	21426	16020	10830	10933	6163	2125	1880
Arbeitsunfall	%	5.7	1.7	3.9	1.2	1.5	1.4	1.2	4.2
	abs.	26539	8646	12569	4307	3647	4956	791	4466
Verkehrs- unfall	%	1.4	1.0	1.2	.9	.7	.9	1.0	2.1
	abs.	6466	5138	4020	3055	1722	3143	654	2244

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Im höheren Alter sind Verletzungen aus Unfällen im Haus oder Garten am häufigsten. Die diesbezüglichen Prozentanteile steigen mit zunehmendem Alter an und sind auf Seiten der Frauen grösser als auf Seiten der Männer. Demgegenüber nehmen Verletzungen aus Unfällen bei Sport, Spiel usw. mit zunehmendem Alter ab, was natürlich daher rührt, dass mit zunehmendem Alter immer weniger Sport betrieben wird. Männer sind von solchen Verletzungen häufiger betroffen als Frauen. Analog zu den Sportunfällen nehmen auch die Arbeitsunfälle mit zunehmendem Alter ab. Die geringsten Anteile weisen die Verletzungen

¹⁹ Gemäss Höpflinger und Stuckelberger "spricht einiges dafür, dass manche ältere Menschen mit ihrer jetzigen Situation 'nur' deshalb zufrieden sind, weil sie ihr Anspruchsniveau ständig nach unten korrigieren" (Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 212).

²⁰ Vgl. dazu Kap. 5.1.

²¹ Jeweils Summe der Ja-Antworten.

aus Verkehrsunfällen auf. Bei diesem Befund ist zu berücksichtigen, dass ältere Menschen sich wegen des Verkehrs weniger oft auf die Strasse überhaupt noch begeben.²²

In der Gesundheitsbefragung ist weiter danach gefragt worden, ob man in den vergangenen 12 Monaten einmal gestürzt sei (Tab. 3).²³

Im Vergleich zu den oben angeführten Unfällen kommen die hier behandelten Stürze im höheren Alter deutlich häufiger vor und mit zunehmendem Alter nehmen die Prozentanteile deutlich zu.²⁴ Auf Seiten der Frauen kommt es häufiger zu Stürzen. Das dürfte damit zu erklären sein, dass die Frauen im Alter insbesondere bei der Besorgung des Haushalts aktiver sind als die Männer und von daher das grössere Sturzrisiko tragen.

Tab. 3: Stürze in den letzten 12 Monaten (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
mindestens 1 Mal gestürzt	%	Frage nur an Personen ab 60		14.1	20.4	15.9	23.3	24.7	29.1
	abs.			45120	72319	36534	82657	20114	40680

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

In der Gesundheitsbefragung ist zusätzlich danach gefragt worden, ob die Stürze die Folge von Schwindelgefühlen waren. Hier zeigt sich, dass immer nur ein relativ geringer Prozentsatz derjenigen Personen, welche auf Stürze verweisen, als Grund den Schwindel angibt. Zwar wächst dieser Anteil mit zunehmendem Alter, beträgt im hohen Alter aber auch nicht mehr als rund ein Drittel. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Schwindel lassen sich keine ausmachen.

²² Bereits hier kann eingesehen werden, welche widersprüchlichen Effekte hinsichtlich Gesundheit im Alter sich zeigen können. Aktivitäten in Form von Arbeiten, Sport oder Teilnahme am öffentlichen Leben haben sicher gesundheitsfördernde Momente, sind aber gerade im höheren Alter mit einem höheren Unfallrisiko behaftet.

²³ Diese Frage wurde nur Personen ab dem Alter von 60 Jahren gestellt.

²⁴ Es ist zu bedenken, dass ein Sturz für ältere Personen sehr viel fatalere Folgen haben kann als für jüngere. Ein Hauptgrund dafür liegt in der im Alter sehr viel häufiger auftretenden Osteoporose (Knochenbrüchigkeit): "Eine Osteoporose liegt vor, wenn die beim Patienten gemessene Knochendichte mehr als 2.5 Standardabweichungen (SD) unter dem Mittelwert junger Gesunder gleichen Geschlechts liegt. Diese Abweichung vom Mittelwert junger Gesunder wird T-Score genannt. Bei einem T-Score zwischen -1 SD und -2.5 SD spricht man von Osteopenie, einer Vorstufe der Osteoporose." (Bundesamt für Gesundheit, 2004, S. 7)

2.4 Körperliche Beschwerden

Tab. 4: Starke körperliche Beschwerden²⁵ in den letzten 4 Wochen (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Rücken- schmerzen	%	10.6	13.0	9.1	14.4	9.0	18.9	11.0	23.8
	abs	49121	63545	29275	51091	20790	67149	8843	33416
Gelenk- schmerzen	%	8.7	12.4	8.3	16.0	10.9	16.4	15.1	21.1
	abs	40242	60345	26758	56730	24968	58340	12181	29523
Schlaf- störungen	%	6.1	11.4	6.8	11.6	7.3	14.5	10.5	12.2
	abs	28505	55496	21929	41167	16803	51395	8495	16952
allgemeine Schwäche	%	5.8	8.7	5.7	6.8	5.9	7.3	9.1	12.9
	abs	26934	42282	18420	24293	13485	25657	7379	17907
Kopf- schmerzen	%	5.5	9.8	2.7	8.1	1.9	5.8	4.0	3.0
	abs	16276	48038	2799	28843	31254	20684	8003	4198
Durchfall, Verstopfung	%	2.0	4.3	2.4	4.4	3.1	5.1	5.2	8.6
	abs	9424	20806	7843	15649	7197	18103	4171	12115
Herzklopfen, Herzjagen	%	1.5	1.6	2.1	1.4	2.5	3.6	1.4	4.1
	abs	6943	8052	6840	4883	5780	12769	1148	5817
Schmerzen im Bauch	%	2.6	4.5	2.6	3.4	1.5	3.5	2.5	2.3
	abs	11994	21843	8319	12013	3480	12410	2022	3180
Schmerzen Brustbereich	%	1.4	1.5	2.0	1.5	1.5	1.5	3.0	2.5
	abs	6746	7552	6452	5232	3337	5340	2435	3480
Fieber	%	.9	1.0	1.3	.6	.4	.4	.5	.7
	abs	4232	4822	4145	2268	841	1505	389	1014

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

²⁵ Die abgefragten körperlichen Beschwerden lauten genau: Rücken- oder Kreuzschmerzen; Gelenk- oder Gliederschmerzen; Einschlaf- oder Durchschlafstörungen; allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit; Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen; Durchfall, Verstopfung oder beides; Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern; Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch; Schmerzen oder Druck im Brustbereich; Fieber.

Die Rückenschmerzen und die Gelenk- und Gliederschmerzen sind die im Alter am häufigsten auftretenden Beschwerden. Deren Verbreitung wächst mit zunehmendem Alter, und es sind immer deutlich mehr Frauen als Männer betroffen. Die Einschlaf- und Durchschlafstörungen weisen ebenfalls eine relativ hohe Verbreitung im Alter auf und auch hier sind die Frauen häufiger betroffen als die Männer. Die allgemeine Schwäche, die ebenfalls auf Seiten der Frauen stärker verbreitet ist, erreicht relativ hohe Anteile von rund 10 Prozent erst im hohen Alter. Eher zunehmende Verbreitung im Alter finden – allerdings auf vergleichsweise tiefem Niveau – Durchfall respektive Verstopfung, Herzklopfen sowie Schmerzen oder Druck im Brustbereich. Kopfschmerzen nehmen mit zunehmendem Alter an Verbreitung ab.

2.5 Funktionale Behinderungen bei grundlegenden Alltagsaktivitäten

Tab. 5: Funktionale Behinderungen bei grundlegenden Alltagsaktivitäten²⁶ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
sich alleine anziehen	%	.8	.6	1.1	.7	2.7	1.3	7.1	5.8
	abs	3581	3152	3664	2571	6278	4705	5767	8147
ohne Hilfe essen	%	.4	.4	.2	.3	1.8	.6	3.4	3.4
	abs	1975	1779	563	1224	4087	2004	2757	4733
ohne Hilfe aus dem Bett steigen	%	.3	.5	.6	.6	1.6	.9	3.2	5.3
	abs	1399	2216	1802	2057	3609	3329	2608	7387
sich ohne Hilfe setzen und aufstehen	%	.3	.4	.2	.5	.8	1.2	1.5	2.3
	abs	1422	1815	802	1737	1858	4319	1251	3253
sich ohne Hilfe Gesicht waschen	%	.2	.3	.2	.2	1.0	.4	.4	2.6
	abs	1150	1268	731	694	2327	1488	341	3650
alleine zur Toilette gehen	%	.3	.2	.3	.4	1.4	.7	2.5	2.9
	abs	1248	1058	1065	1342	3275	2341	2009	4059
Probleme beim Wasser halten	%	1.2	5.7	5.1	7.6	7.7	13.2	14.0	22.5
	abs	5095	26899	14895	26532	15548	44941	8576	26884
Probleme beim Gehen	%	2.1	2.1	2.9	2.7	5.1	7.0	14.6	25.7
	abs	9742	10054	9336	9566	11804	24766	11869	36167

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Bei den hier präsentierten Daten ist ganz besonders hervorzuheben, dass sie nur auf zuhause lebende Personen bezogen sind. Tatsächlich sind es zumeist die hier aufgeführten

²⁶ Summe der Antwortmöglichkeiten: "mit leichten Schwierigkeiten", "mit starken Schwierigkeiten" und "nein".

Die erfragten Alltagsaktivitäten lauten genau:

Können Sie sich alleine, d.h. ohne fremde Hilfe an- und ausziehen?

Können Sie ohne Hilfe essen, das heisst auch beim Essen Fleisch, Früchte usw. selber zerschneiden?

Können Sie alleine d.h. ohne fremde Hilfe aus dem Bett steigen?

Können Sie sich alleine, d.h. ohne Hilfe in einen Sessel setzen und aufstehen?

Können Sie sich alleine, d.h. ohne Hilfe die Hände und das Gesicht waschen?

Können Sie alleine zur Toilette gehen?

Haben Sie manchmal Schwierigkeiten, das Wasser zurückzuhalten? (mind. einmal pro Woche)

Wie weit können Sie alleine d.h. ohne Hilfe gehen, ohne dass Sie anhalten müssen und ohne dass Sie starke Beschwerden haben? (weniger als 200 Meter)

funktionalen Behinderungen, welche die betroffenen Personen dazu zwingen, in ein Alters- und Pflegeheim umzuziehen. "Es sind vor allem funktionale Einschränkungen in der Fähigkeit, sich selber an- und auszuziehen, allein essen zu können oder selber aufzustehen, welche zur Hilfsbedürftigkeit betagter Menschen führen." (Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 274f.).²⁷ Dementsprechend niedrig sind die Prozentanteile von zuhause lebenden Personen, die auf eine funktionale Behinderung hinweisen.

Einzig bei der Inkontinenz (Probleme, das Wasser zu halten) und den Problemen beim Gehen zeigen sich schon bei den 50-59-Jährigen Anteile, die über die 1-Prozent-Marke hinausgehen. Diese beiden Behinderungen weisen mit zunehmendem Alter markant wachsende Prozentanteile auf. Von der Inkontinenz sind in allen untersuchten Alterskategorien anteilmässig immer mehr Frauen als Männer betroffen.

2.6 Sehschwierigkeiten und Hörprobleme

Eine wachsende Zahl von Personen ist mit zunehmendem Alter mit Sehschwierigkeiten und Hörproblemen trotz Sehhilfen respektive Hörgeräten konfrontiert (Tab. 6). Während die Sehschwierigkeiten bei Frauen und Männern gleich häufig auftreten, sind die Männer von Hörproblemen deutlich häufiger betroffen.

Tab. 6: Sehschwierigkeiten und Hörprobleme trotz Sehhilfen/Hörgeräten²⁸ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Sehschwierigkeiten	%	6.6	6.2	6.2	5.3	8.3	8.8	17.1	20.8
	abs	30844	30469	20080	18716	18975	31264	13872	29066
Hörprobleme	%	6.0	3.4	7.8	4.0	13.7	9.5	27.6	19.6
	abs	27915	16124	24950	13935	31030	33018	22415	27274

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

²⁷ Würde man die Personen, die in Institutionen wie Alters- oder Pflegeheimen leben, in die Auswertung einbeziehen, käme man hinsichtlich der hier angeführten grundlegenden Behinderungen namentlich bei den Hochbetagten rasch auf höhere Werte. Zur Berechnung solcher Werte wird die so genannte ADL-Skala ("activity of daily living scale") beigezogen. Diese Skala basiert auf den ersten sechs in Tab. 8 dargestellten Items. Gemäss Erhebungen ist davon auszugehen, dass unter allen 80-90-Jährigen (inklusive Heimbewohner) etwa 20 Prozent und unter allen über 90-Jährigen etwa 30 Prozent mindestens eine der sechs funktionalen Behinderungen aufweisen (vgl. Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 274; zur allgemeinen Frage der Pflegebedürftigkeit vgl. Höpflinger/Hugentobler, 2003).

²⁸ Die beiden Fragen lauteten: "Sehen Sie genug, für ein Buch oder Zeitung zu lesen?" (mit allfälliger Brille oder Kontaktlinsen); "Können Sie einem gewöhnlichen Gespräch, wo 2 weitere Personen teilnehmen, folgen?" (allenfalls mit Hörgerät). In der Tabelle aufgeführt: Summe der Antwortmöglichkeiten: "mit leichten Schwierigkeiten", "mit starken Schwierigkeiten" und "nein".

Wenn die Quote der Betroffenen bei beiden Problemen im Übergang zu den über 80-Jährigen stark ansteigt, dann erklärt sich das immer auch damit, dass diese Alterskategorie eine nach oben offene ist und beispielsweise auch 95-Jährige darin enthalten sind. Gleichwohl ist der Anstieg der Prozentanteile beim Übergang in diese höchste Alterskategorie markant.

2.7 Arztbesuche, Hospitalisation und Behandlungsgründe

Im Weiteren interessiert die Frage der Arztbesuche/Hospitalisation respektive der Art der Konsultation (Tab. 7).²⁹

Tab. 7: Art des Arzt-/Spitalbesuchs in den letzten 12 Monaten (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien			
		50 – 59 Jahre	60 – 69 Jahre	70 – 79 Jahre	über 80 Jahre
Männer	kein Arzt- / kein Spitalbesuch	28.6%	18.9%	12.7%	7.4%
	nur Kontrolluntersuchung	21.7%	27.1%	33.8%	31.7%
	mit diagnostizierter Beschwerde/Krankheit	49.7%	54.0%	53.4%	60.9%
	Gesamt	100% (N=465'188)	100% (N=322'519)	100% (N=229'839)	100% (N=81'130)
Frauen	kein Arzt- / kein Spitalbesuch	17.2%	15.1%	9.0%	11.6%
	nur Kontrolluntersuchung	27.0%	28.4%	29.0%	28.3%
	mit diagnostizierter Beschwerde/Krankheit	55.8%	56.5%	62.0%	60.1%
	Gesamt	100% (N=486'735)	100% (N=355'663)	100% (N=354'520)	100% (N=140'515)
Alle Befragten	kein Arzt- / kein Spitalbesuch	22.7%	16.9%	10.5%	10.1%
	nur Kontrolluntersuchung	24.4%	27.7%	30.9%	29.5%
	mit diagnostizierter Beschwerde/Krankheit	52.9%	55.3%	58.6%	60.4%
	Gesamt	100% (N=951'941)	100% (N=678'180)	100% (N=584'361)	100% (N=221'646)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

²⁹ Es ist aufwendig, die reinen Kontrolluntersuchungen aus den Daten herauszufiltern. Ohne hier auf die Durchführung im Detail einzugehen, sei lediglich darauf hingewiesen, dass auch in den Diagnosen gemäss der in der Gesundheitsbefragung verwendeten ICD-10-Liste ("International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", tenth revision) reine Kontrolluntersuchungen enthalten sind und diese in der Befragung auch häufig angeführt wurden. Diese mussten entsprechend zugeordnet werden.

Mit zunehmendem Alter wächst der Anteil der Personen, die im Laufe der letzten 12 Monate eine ärztlich diagnostizierte Beschwerde/Krankheit aufweisen. Unter den 50-59-Jährigen betrifft das ungefähr die Hälfte aller Befragten, bei den über 80-Jährigen rund sechzig Prozent der Befragten. Der Prozentanteil von ärztlich diagnostizierten Beschwerden/Krankheiten ist auf Seiten der Frauen generell etwas grösser.

Auch die Prozentanteile der reinen Kontrolluntersuchungen wachsen mit zunehmendem Alter an, allerdings stärker auf Seiten der Männer. Im Gesamt aller Befragten wächst der Anteil von rund 25 Prozent bei den 50-59-Jährigen auf rund 30 Prozent bei den über 80-Jährigen. In den beiden jüngeren Alterskategorien weisen die Frauen, in den beiden älteren Alterskategorien die Männer leicht höhere Prozentanteile auf.

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung ist gefragt worden, ob man in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung wegen einer oder mehrerer Krankheiten (Liste von 10 Krankheiten) gewesen sei oder zurzeit in Behandlung sei (Tab. 8).

Der hohe Blutdruck und der Rheumatismus weisen die anteilmässig deutlich häufigsten Nennungen auf. Es sind auch diese beiden Krankheiten, deren relative Häufigkeiten mit zunehmendem Alter am deutlichsten anwachsen, der hohe Blutdruck bei beiden Geschlechtern, der Rheumatismus verstärkt auf Seiten der Frauen. Diabetes (Zuckerkrankheit) und Herzinfarkt (Herzschlag) sind auf Seiten der Männer häufiger und nehmen bei ihnen mit ansteigendem Alter auch deutlicher zu.

Tab. 8: Chronische Krankheiten in den letzten 12 Monaten³⁰ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
hoher Blutdruck	%	17.6	16.3	32.4	31.1	37.4	39.0	34.6	45.7
	abs.	81916	80561	105321	111490	91628	144402	23317	52929
Rheuma- tismus	%	7.8	12.7	12.9	22.9	15.3	26.1	12.6	31.7
	abs.	36376	62892	41807	82039	37502	96733	8473	36722
Heu- schnupfen / Allergie	%	8.4	8.6	8.2	9.5	7.4	8.8	7.4	6.5
	abs.	39187	42493	26600	34104	18080	32506	4981	7504
Diabetes, Zuckerkrank- heit	%	5.7	3.2	9.7	5.7	10.4	8.5	13.3	7.6
	abs.	26464	15822	31359	20560	25398	31634	8964	8821
chronische Bronchitis, Emphysem	%	3.8	2.7	5.4	6.5	7.9	7.1	10.1	7.0
	abs.	17884	13159	17458	23323	19349	26199	6807	7986
Krebs, Geschwulst	%	2.9	3.9	4.3	5.1	7.7	6.8	7.9	5.6
	abs.	13252	19195	13826	18342	18971	25289	5306	6407
Nervenzu- sammenbr. / Depression	%	5.9	9.0	5.6	5.1	2.5	6.4	.6	3.3
	abs.	27411	44190	18097	18346	6210	23702	430	3770
Herzinfarkt (Herzschlag)	%	3.5	.6	9.6	2.2	9.6	4.6	15.0	6.5
	abs.	16276	2799	31254	8003	23594	17000	10112	7502
Nieren- krankheit, Nierensteine	%	2.9	1.3	5.4	2.9	4.7	3.5	3.5	2.9
	abs.	13493	6462	17377	10454	11445	12869	2350	3303
Schlaganfall (Schlägli)	%	1.2	.8	3.0	.4	4.8	2.6	1.7	4.0
	abs.	5756	4051	9676	1558	11643	9561	1166	4652

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

³⁰ Jeweils Summe der Nennungen zu "ja, in Behandlung gewesen" oder "ja, zurzeit in Behandlung".

2.8 Chirurgische Eingriffe

Zunächst ist von Interesse, welche chirurgischen Eingriffe (Operationen) in welchem Alter wie häufig sind (Tab. 9).³¹

Tab. 9: Chirurgische Eingriffe im bisherigen Leben³² (nur zuhause Lebende)

Operation	angegebenes Alter (in Jahren) der durchgeführten Operation						Gesamt
	0 - 19	20 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 +	
Entfernung der Mandeln (26.9% aller Befragten)	78.0%	21.2%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%	100.0% (N= 1621219)
Blinddarmoperation (19.4% aller Befragten)	59.5%	35.5%	3.0%	1.5%	0.5%	0.0%	100.0% (N= 1167181)
Hüftgelenkoperation (künstliche Hüften) (2.2% aller Befragten)	10.2%	15.4%	15.3%	27.3%	27.2%	4.6%	100.0% (N= 130175)
Entfernung der Gebärmutter (15.8% aller Frauen)	0.3%	68.5%	22.3%	6.3%	2.1%	0.4%	100.0% (N= 453245)
Operation vom grauen Star (Katarakt, trübe Hornhaut) (3.2% aller Befragten)	1.7%	4.7%	10.8%	22.6%	41.2%	19.0%	100.0% (N= 194815)
Knieoperation (Meniskus, Bänder, Gelenk) (10.6% aller Befragten)	17.0%	53.9%	13.1%	9.9%	5.4%	0.7%	100.0% (N= 639232)
Fussgelenkoperation (Bänder oder Kapseln vom Sprunggelenk) (4.8% aller Befragten)	28.2%	54.7%	10.0%	4.9%	2.1%	0.1%	100.0% (N= 289726)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Mandeloperationen werden am häufigsten noch im Kindesalter durchgeführt. Auch Blinddarmoperationen kommen am häufigsten in relativ jungen Jahren vor. Knieoperationen sowie Fussgelenkoperationen, die beide wohl zumeist auf Sportverletzungen zurück zu führen sind, kommen bei eher jüngeren Erwachsenen (20 - 49 Jahre) besonders häufig vor. Die Entfernung der Gebärmutter kommt ebenfalls schwergewichtig bei Frauen jüngeren Alters vor.

³¹ Ausnahmsweise werden hier auch die jüngeren Altersgruppen einbezogen. Im Vergleich der verschiedenen Gruppen wird ersichtlich, welche chirurgischen Eingriffe in welchem Alter wie häufig sind. Im Rahmen der hier vorgelegten Studie war es leider nicht möglich, weitere Vergleiche über alle Altersgruppen hinweg durchzuführen. Es sei aber angemerkt, dass solche Vergleiche dem besseren Verständnis für Besonderheiten im höheren Alter, die dank des Vergleichs eben erst richtig sichtbar werden, durchaus förderlich sind.

³² Es gilt zu berücksichtigen, dass die Befragten natürlich immer nur rückblickend geantwortet haben. Indem viele Befragte noch nicht im Alter sind, wo bestimmte eher altersspezifische Operationen (Hüftgelenkoperation, Operation vom grauen Star) erfolgen, bekommen die anderen eher zum jüngeren Alter gehörigen Operationen logischerweise ein Übergewicht ("truncation"-Effekt).

Die Hüftgelenkoperation und die Operation vom grauen Star sind dagegen Operationen, die hauptsächlich im höheren Alter durchgeführt werden und auch klar auf altersbedingte Beschwerden zurück zu führen sind. Im einen Fall sind die Hüftgelenke abgenützt, im anderen Fall beginnen die Augen sozusagen einzutrüben.

In der nachstehenden Tabelle ist der Anteil derjenigen Personen eingetragen, wo es im Verlauf der letzten zwei Jahre (vor der Befragung) mindestens einmal zu einem der oben aufgelisteten chirurgischen Eingriffe gekommen ist (Tab. 10). Der Prozentanteil wächst von Alterskategorie zu Alterskategorie. Ausser in der Alterskategorie der 70-79-Jährigen sind die in den letzten zwei Jahren durchgeführten Eingriffe auf Seiten der Frauen immer häufiger.

Tab. 10: Chirurgische Eingriffe in den letzten 2 Jahren (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Eingriff in den letzten 2 Jahren	%	2.9	3.7	4.1	6.9	8.5	8.2	8.0	11.6
	abs.	13717	18054	13299	24505	19633	29126	6532	16323

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Die nachstehende Übersicht bezieht sich auf die im höheren Alter häufigsten Operationen, die Hüftgelenkoperation und die Operation vom grauen Star (Tab. 11).

Tab. 11: Hüftgelenkoperation und Operation vom grauen Star³³ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Hüftgelenkoperation	%	1.1	0.7	5.7	2.3	8.4	8.6	18.4	13.0
	abs.	4684	3413	16703	8048	17013	29310	11376	15725
Operation grauer Star	%	1.8	1.2	4.0	4.1	16.1	16.0	30.0	39.3
	abs.	7722	5922	11700	14205	32528	54772	18521	46940

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Da die Wahrscheinlichkeit eines durchgeführten chirurgischen Eingriffs mit zunehmendem Alter ansteigt, ist es nur logisch, dass die höchste Alterkategorie die grössten Prozentanteile ausweist. Von Interesse ist aber, dass es unter den 50-59-Jährigen bis zu diesem Alter bei

³³ Hier wird lediglich untersucht, wie viele Personen einer bestimmten Alterskategorie einen der beiden Eingriffe hinter sich haben. Über den genauen Zeitpunkt des Eingriffs wird nichts ausgesagt.

vergleichsweise wenigen zu einem Eingriff gekommen ist. Die Hüftgelenkoperationen sind bei Männern etwas häufiger, während sich bei der Operation vom grauen Star keine markanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ausmachen lassen.

2.9 Kurzdiskussion

Neben der Feststellung, dass die Prävalenzen der Beschwerden mit zunehmendem Alter im Allgemeinen häufiger werden, ist auffällig, dass die meisten der erfragten Beschwerden/Krankheiten von den Frauen anteilmässig häufiger genannt werden als von den Männern. Dies gilt namentlich für den Anteil der allgemein diagnostizierten Krankheiten, den Rheumatismus, die Unfallverletzungen in Haus oder Garten, die Stürze, die Rücken- und Kreuzschmerzen, die Gelenk- und Gliederschmerzen sowie die Inkontinenz. Demgegenüber finden sich auf Seiten der Männer grössere Prozentanteile lediglich beim Herzinfarkt (auf tiefem Niveau), bei Unfallverletzungen aus Sport, Spiel und Arbeit (auf tiefem Niveau), bei Hüftgelenkoperationen sowie bei Hörproblemen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied wird bestätigt vom weiteren Befund, wonach die Einschätzung der eigenen Gesundheit von Seiten der Frauen in allen Alterskategorien weniger häufig positiv ausfällt als auf Seiten der Männer.

Auf den ersten Blick erscheint dieses Ergebnis im Widerspruch zu stehen mit der höheren mittleren Lebenserwartung der Frau. Wenn die gesundheitliche Verfassung der Frauen im Alter ab 50 Jahren statistisch gesehen schlechter ist als jene der Männer, wie erklärt es sich dann, dass die Frauen länger leben als die Männer?

Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Lebenserwartung ist primär auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Lebensstil zurückzuführen.³⁴ Männer führen häufiger ein risikoreiches und aggressives Leben³⁵, während Frauen weniger oft ein gesundheitsschädigendes Verhalten zeigen und auch früher und regelmässiger Ärzte konsultieren. Im höheren Alter leiden Frauen zwar häufiger an chronischen Beschwerden und Behinderungen als Männer, doch sind diese Beschwerden und Behinderungen ihrem chronischen Charakter entsprechend weniger tödlich (vgl. Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 37f.). Es ist also kein Widerspruch, wenn Frauen statistisch gesehen zwar älter werden, gleichzeitig aber gerade im höheren Alter vermehrt Beschwerden und Krankheiten aufweisen als die Männer.

³⁴ Eine vertiefte Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung hat Höpflinger vorgenommen (vgl. Höpflinger 2000, auch: Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 33ff.).

³⁵ Dazu gehört auch die auf der Männerseite höhere Selbstmordrate. In den Jahren 1994-1999 kam es in der Schweiz pro 100'000 Einwohner bei den Männern zu 29.2 Suiziden und bei den Frauen zu 11.6 Suiziden (nach Rüesch/Manzoni, 2003, S. 34)

3. Gesundheitsverhalten

3.1 Fragestellung

In den nachstehenden Kapiteln werden verschiedene Indikatoren zum Gesundheitsverhalten gebildet. Die zu beantwortende Grundfrage lautet, wie diese Indikatoren sich im höheren Alter (ab 50 Jahren) statistisch verteilen.³⁶ Es kommt jeweils zu einer Aufschlüsselung der Häufigkeiten nach Alterskategorien und Geschlecht.

Konkret werden Indikatoren zu den folgenden das Gesundheitsverhalten betreffenden Themenkreisen gebildet: Ernährung und Body Mass Index (BMI) (Kap. 3.2), Körperliche Betätigung, Bewegung (Kap. 3.3), gesundheitsschädigendes Verhalten: Tabak- und Alkoholkonsum (Kap. 3.4), soziale Ressourcen (Kap. 3.5). Das Kapitel wird mit einer Kurzdiskussion abgeschlossen (Kap. 3.6).

3.2 Ernährung und Body Mass Index (BMI)

Zunächst interessiert die Frage nach dem Ernährungsbewusstsein (Tab. 12).³⁷

Tab. 12: Ernährungsbewusstsein³⁸ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
achte bei Ernährung auf etwas	%	63.6%	81.0%	70.3%	83.3%	64.2%	79.4%	60.3%	72.7%
	abs	295871	395605	226704	296299	147446	281510	48954	102112

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Das Ernährungsbewusstsein ist im Alter allgemein sehr hoch. Zwischen 60 und 85 Prozent aller Befragten geben an, bei ihrer Ernährung auf etwas zu achten. Die höchsten Prozentanteile resultieren bei den 60-69-Jährigen. Auffällig ist, dass auf Seiten der Frauen in allen Alterskategorien deutlich häufiger auf die Ernährung geachtet wird als auf Seiten der Männer.

³⁶ Hinsichtlich der Frage des Gesundheitsverhaltens wäre es auch hier oft sinnvoll gewesen (beispielsweise bei der körperlichen Betätigung), zum Vergleich die Häufigkeiten der jüngeren Population beizuziehen. Solche zusätzlichen Analysen hätten den Rahmen dieser Arbeit aber gesprengt.

³⁷ Es ist schwierig zu definieren ist, wann welche Ernährung gut für die Gesundheit ist und wann nicht. Dementsprechend wird auf die Untersuchung der in der Gesundheitsbefragung erhobenen Häufigkeit des Konsums bestimmter Nahrungsmittel verzichtet.

³⁸ Die gestellte Frage lautete: Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung? (ja, achte auf etwas (Prozentanteile in Tabelle) / nein, achte auf nichts).

Die Frage der Ernährung ist eng verflochten mit dem Körpergewicht respektive dem Body Mass Index (BMI). "Zur Bestimmung des relativen Gewichtes (bei Berücksichtigung der Körpergrösse) wurde der Körpermassenindex (englisch: Body Mass Index – BMI) der Befragten berechnet. Dieser berechnet sich aus Körpergewicht (kg) und Körpergrösse (m) nach folgender Formel: $BMI = \frac{kg}{m^2}$. Wer unter Erwachsenen einen Körpermassenindex zwischen 20 und 24 hat, gilt als normalgewichtig, ein Körpermassenindex von weniger als 20 gilt als untergewichtig; ein Körpermassenindex von 25 und mehr gilt als übergewichtig bzw. fettsüchtig (Körpermassenindex von 30 und mehr). Bei Betagten sind die Grenzen allerdings nach oben verschoben." (Abelin/Beer/Gurtner, 1998, S. 72)³⁹

Für die Bestimmung der Häufigkeiten macht es viel aus, ab welchem Alter man die Grenze des BMI bezüglich normaler Gewichtigkeit nach oben verschiebt. Wählt man als Grenze das 70. Altersjahr, dann resultiert das folgende Ergebnis (vgl. Tab. 13). Bei den 50-70-Jährigen können etwa 45 Prozent aller Befragten und bei den über 70-Jährigen etwa 60 Prozent aller Befragten als normal gewichtig eingestuft werden. Damit kann von einer Tendenz zur verstärkten Normalgewichtigkeit mit zunehmendem Alter gesprochen werden. Würde man den messtechnischen Wechsel nun aber nicht vornehmen, dann ergäbe sich erst im Übergang zu den über 80-Jährigen eine markante Steigerung der Normalgewichtigkeit.⁴⁰

Übergewicht tritt häufiger bei den Männern und Untergewicht häufiger bei den Frauen auf.

³⁹ Diese Art der Messung und Einteilung der Menschen in Über-, Normal- und Untergewichtige ist natürlich an sich heikel. Auf jeden Fall soll sie im Alltagsverständnis durchaus auch keine Rolle spielen dürfen!

⁴⁰ Es stellt sich allerdings die Frage, ob die im Übergang zu den über 80-Jährigen festzustellende Abnahme der Übergewichtigkeit in vielen Fällen nicht einfach eine Folge der Schwächung des Körpers ist.

Tab. 13: Body Mass Index (BMI) (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien			
		50 – 59 Jahre	60 – 69 Jahre	70 – 79 Jahre	über 80 Jahre
Männer	untergewichtig (BMI<20)	2.0%	1.9%	2.8%	4.1%
	normal gewichtig (20<=BMI<25)	37.2%	41.2%	35.4%	50.1%
	normal gewichtig* (25<=BMI<27)	25.5%	21.2%	24.1%	22.5%
	übergewichtig (27<=BMI<30)	22.8%	24.9%	25.7%	16.3%
	stark übergewichtig (30<=BMI)	12.6%	10.7%	12.1%	7.0%
	Gesamt	100% (N=463'758)	100% (N=318'798)	100% (N=227'250)	100% (N=77'000)
Frauen	untergewichtig (BMI<20)	12.2%	8.5%	9.4%	16.6%
	normal gewichtig (20<=BMI<25)	51.4%	44.9%	44.0%	47.5%
	normal gewichtig* (25<=BMI<27)	12.7%	18.7%	17.3%	12.6%
	übergewichtig (27<=BMI<30)	13.1%	18.1%	18.0%	13.9%
	stark übergewichtig (30<=BMI)	10.5%	9.9%	11.3%	9.3%
	Gesamt	100% (N=482'265)	100% (N=349'567)	100% (N=342'997)	100% (N=131'175)
Alle	untergewichtig (BMI<20)	7.2%	5.4%	6.8%	12.0%
	normal gewichtig (20<=BMI<25)	44.4%	43.2%	40.6%	48.4%
	normal gewichtig* (25<=BMI<27)	19.0%	19.9%	20.0%	16.3%
	übergewichtig (27<=BMI<30)	17.8%	21.3%	21.1%	14.8%
	stark übergewichtig (30<=BMI)	11.5%	10.3%	11.6%	8.5%
	Gesamt	100% (N=946'023)	100% (N=668'346)	100% (N=570'247)	100% (N=208'175)

* gilt nur für Betagte (ab 70 Jahren) / ansonsten übergewichtig

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

3.3 Körperliche Betätigung, Bewegung

Auch im höheren Alter gilt die körperliche Betätigung als gesundheitsfördernd. Dementsprechend stellt sich die Frage, wie häufig es in welcher Art betrieben wird (Tab. 14).⁴¹

Tab. 14: Formen körperlicher Betätigung⁴² (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
in Freizeit schwitzen (mind. 1 Mal/Woche)	%	60.2	61.3	64.8	54.0	51.5	38.1	32.8	16.6
	abs	254673	289658	188862	187158	102765	128549	20184	19615
bei Arbeiten schwitzen (mind. 1 Mal/Woche)	%	56.3	59.2	50.8	53.0	48.7	36.1	32.0	24.0
	abs	235937	274904	146382	179608	95494	117337	18013	26851
ausser Atem kommen (mind. 1 Mal/Woche)	%	68.6	67.5	70.8	65.4	67.7	57.5	47.0	40.1
	abs	288371	315414	205893	224108	134873	191335	28308	46485
auch Wege zu Fuss (ja)	%	34.2	49.4	49.2	58.9	59.8	69.1	68.7	77.4
	abs	145490	233959	143704	206248	119600	233541	40043	87488
Gymnastik, Fitness (ja)	%	45.0	51.7	42.6	47.6	37.9	42.9	24.2	31.3
	abs	209631	252470	137442	169433	87074	152359	19655	43927

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

⁴¹ Allerdings ist auch hier wiederum Vorsicht geboten. So ist der Autor darauf aufmerksam gemacht worden, dass der Indikator des "Ausser Atem Kommens" bei einem Teil der Befragten infolge zunehmender Prävalenz von chronischer Herzkrankheit und chronisch-obstruktiver Bronchitis auch ein Ausdruck für eingeschränkte Leistungsfähigkeit sein kann. Wenn diese Befragten ausser Atem kommen, darf daraus also genau nicht auf ein gesundheitsförderndes Verhalten geschlossen werden. Ähnliches lässt sich zum "ins Schwitzen Kommen" sagen, welches bei gewichtigeren Menschen (hier auf das Körpergewicht bezogen) sehr viel leichter vorkommt und zumeist auch nicht als gesundheitsfördernd eingestuft werden kann. Die Antworten auf die gestellten Fragen können also genau das Verkehrte von dem anzeigen, was man messen wollte. Es wäre interessant, solchen nicht intendierten Frage-Effekten, die wohl häufiger sind als man denkt, in einer eigenen Studie nachzugehen. Bei der Messung des Gesundheitsverhaltens scheinen sie auf jeden Fall vorzukommen. Der Autor bedankt sich für den Hinweis.

⁴² Die Fragen lauten genau:

- Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung zum Schwitzen?
- Und bei Ihrer Arbeit, sei es im Beruf oder bei der Haus- und Gartenarbeit, an wievielen Tagen pro Woche kommen Sie da zum Schwitzen (im Durchschnitt)?
- An wieviel Tagen pro Woche machen Sie körperliche Aktivitäten von dieser Art (wo Sie zumindest ein bisschen ausser Atem kommen)?
- Und die täglichen Wegstrecken, z.B. zur Arbeit, zum Einkaufen, zum Ausgehen, machen Sie die gewöhnlich... (zu Fuss / mit dem Velo / mit öffentlichen Verkehrsmitteln /motorisiert)
- Betreiben Sie Gymnastik, Fitness oder Sport?

Die Prozentanteile der körperlichen Betätigungen sinken im Allgemeinen mit zunehmendem Alter. Eine Ausnahme bildet das zu Fuss gehen. Hier nehmen die Prozentanteile zu, was sich damit erklärt, dass mit zunehmendem Alter immer weniger Auto gefahren wird. Wenigstens diesbezüglich kommt es im Alter zu einer Verbesserung der körperlichen Betätigung. Das zu Fuss gehen kommt auf Seiten der Frauen immer deutlich häufiger vor als auf Seiten der Männer.

Auf Seiten der Männer resultieren die grösseren Prozentanteile beim Schwitzen in der Freizeit (ab dem 60. Lebensjahr), beim Schwitzen bei Arbeiten (ab dem 70. Lebensjahr) und beim ausser Atem kommen (in allen Alterskategorien). Dagegen resultieren auf Seiten der Frauen grössere Prozentanteile beim zu Fuss gehen (in allen Alterskategorien) und bei der Gymnastik (in allen Alterskategorien).

Für die ersten vier in der obigen Tabelle dargestellten Variablen ist ein Summenindex der körperlichen Betätigung gebildet und dann untersucht worden, wie viele Befragte sich eher stark körperlich betätigen (Tab. 15).

Tab. 15: Mit eher starker körperlicher Betätigung⁴³ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
körperliche Betätigung eher stark	%	42.6%	49.6%	47.6%	46.0%	46.4%	35.5%	30.0%	17.5%
	abs	174970	226525	134152	151897	88009	111675	15437	17895

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Eine eher starke körperlicher Betätigung im Alltag findet sich im höheren Alter (ab dem 70. Lebensjahr) deutlich häufiger auf Seiten der Männer. Zu einer starken Abnahme der Prozentanteile kommt es bei beiden Geschlechtern im Übergang zur Alterskategorie der über 80-Jährigen.

⁴³ Bei jeder Bejahung von einer der vier Fragen (in Freizeit schwitzen; bei Arbeit schwitzen; ausser Atem kommen, auch Wege zu Fuss) wird ausgehend vom Wert 0 jeweils ein Punkt addiert. Bei denjenigen Befragten, die einen Summenwert von 3 oder 4 erreichen (das heisst mindestens drei der vier Fragen bejahen), wird von einer "eher starken körperlichen Betätigung" gesprochen.

3.4 Gesundheitsschädigendes Verhalten: Tabak- und Alkoholkonsum

Der Tabakkonsum stellt ein grundsätzlich gesundheitsschädigendes Verhalten dar. Zur Eruierung der Häufigkeiten wird zwischen Nicht-RaucherInnen, Ex-RaucherInnen und RaucherInnen unterschieden (Tab. 16).

Tab. 16: Tabakkonsum⁴⁴ (nur zuhause Lebende)

	Alterskategorien							
	50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Nicht-RaucherInnen	27.9%	52.2%	32.1%	65.0%	40.2%	74.9%	37.4%	82.6%
Ex-RaucherInnen	36.2%	22.5%	39.0%	18.5%	42.5%	16.8%	46.0%	11.7%
RaucherInnen	35.9%	25.3%	28.8%	16.4%	17.2%	8.4%	16.6%	5.7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	465'118	488'308	322'408	355'593	229'840	354'758	81'004	139'857

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

In allen Alterskategorien finden sich auf Seiten der Frauen anteilmässig immer etwa doppelt so viele Nicht-RaucherInnen wie auf Seiten der Männer. Die Zahl der Raucher und Raucherinnen nimmt von Alterskategorie zu Alterskategorie deutlich ab.

Der Alkoholkonsum (Tab. 17) ist im Hinblick auf die gesundheitsschädigende Wirkung schwieriger zu beurteilen als der Tabakkonsum.

⁴⁴ Die Auswertung beruht auf dem Zusammenzug zweier Fragen aus der Gesundheitsbefragung, nämlich einerseits der Frage, ob die Befragten – auch wenn nur selten – rauchen (Zigaretten, Zigarren, Cigarillos, Pfeife), andererseits der Frage an die Nicht-RaucherInnen, ob sie früher einmal während mehr als 6 Monaten geraucht haben (Frage zur Eruierung der Ex-RaucherInnen); die Variable liegt im Datensatz zur Gesundheitsbefragung aufbereitet vor ("Tabac3").

Tab. 17: Alkoholkonsum⁴⁵ (nur zuhause Lebende)

	Alterskategorien							
	50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
kein Alkoholkonsum (abstinent)	12.8%	24.6%	11.5%	27.7%	15.1%	40.4%	12.4%	44.1%
ja, aber höchstens 1 Mal/Tag	78.5%	73.5%	77.3%	69.3%	71.2%	57.2%	76.1%	52.5%
ja, mehr als 1 Mal/Tag	8.7%	1.9%	11.2%	3.0%	13.7%	2.4%	11.4%	3.4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	465'172	486'537	321'692	355'340	229'683	354'349	81'311	140'516

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Analog zum Tabakkonsum finden sich auch beim Alkoholkonsum sehr viel mehr Frauen als Männer, die abstinent sind. Insgesamt ist die Abstinenzquote beim Alkoholkonsum aber deutlich tiefer als beim Tabakkonsum.

Interpretiert man die Häufigkeit des Konsums (mehr als 1 Mal / Tag) als gesundheitsschädigendes Verhalten, trifft dieses für die in die Analyse einbezogenen Männer mit 8 bis 13 Prozent und für die Frauen mit lediglich 2 bis 3 Prozent zu.

3.5 Soziale Ressourcen

Unter sozialen Ressourcen werden die vorhandenen Möglichkeiten einer Person verstanden, sich im Bedarfsfall auf nahe stehende Personen abstützen zu können.⁴⁶ Hinsichtlich der Frage, ob zwischen vorhandenen sozialen Ressourcen und Gesundheit ein empirischer Zusammenhang besteht, gibt es unterschiedliche Antworten.⁴⁷ Es ist zu berücksichtigen, dass

⁴⁵ Als mögliche Sorten von Alkohol sind gemäss der Frage in der Gesundheitsbefragung Bier, Wein, Likör/Aperitif oder gebranntes Wasser wie zum Beispiel Schnäpse möglich. Mit der hier vorgenommenen Kategorisierung bleibt allerdings die Menge von Alkohol, die pro Mal konsumiert wird, unberücksichtigt.

⁴⁶ Die Frage des Zusammenhangs zwischen sozialen Rollen, Unterstützung und Gesundheit ist breit untersucht in der Studie von Peter C. Meyer (Meyer 2000). Eines der zentralen Ergebnisse der Studie besagt, dass zwischen der sozialen Unterstützung und psychischen Beschwerden kein unmittelbarer Zusammenhang angenommen werden darf. Entscheidend ist vielmehr der Punkt, ob es zu einer sozialen Unterstützung mit Bezug auf konkret auftretenden Stress kommt oder nicht kommt. Dabei wird von der so genannten "Stress-Puffer-Funktion" gesprochen: "Die empirischen Ergebnisse bestätigen die Stress-Puffer-Funktion der sozialen Unterstützung für psychische Störungen von Männern und Frauen. Soziale Unterstützung hat jedoch nur geringe Effekte auf die körperlichen Alltagsbeschwerden." (Meyer 2000, S. 319)

⁴⁷ Im Obsan-Monitoring zur psychischen Gesundheit in der Schweiz wird zwar Eindeutigkeit suggeriert: "Verschiedene Studien belegen den positiven Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit." (Rüesch/Manzoni, 2003, S. 22). Leider wird von den Autoren dann aber keine der erwähnten Studien zitiert. Demgegenüber stellt Perrig-Chiello fest: "Die sozio-biographischen Ressourcen spielen bei der Vorhersage des physischen Wohlbefindens eine untergeordnete Rolle." (vgl. Perrig-Chiello, 1997, S. 171). Möglicherweise

soziale Kontakte zu anderen Menschen nicht per se positiv sind, sondern auch konfliktuell und belastend sein können.⁴⁸ Die Messung der Qualität sozialer Kontakte ist allerdings schwierig.

Nachstehend kommen zwei Indikatoren zur Darstellung, der Anteil älterer Personen, die in Einpersonenhaushaltungen leben, sowie der Anteil von Personen, die angeben, sich manchmal, häufig oder sehr häufig einsam zu fühlen (Tab. 18).⁴⁹

Tab. 18: Einpersonenhaushaltungen und "sich einsam fühlen" ⁵⁰ (nur zuhause Lebende)

		Alterskategorien							
		50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
In Einpersonenhaushaltung	%	10.6	15.6	13.2	24.4	13.4	43.5	23.0	58.9
	abs	48839	75806	42360	86655	30735	154303	18724	82748
sich einsam fühlen	%	19.7	29.3	15.9	26.3	14.0	31.0	18.6	35.9
	abs	84106	138953	46668	91954	28331	105625	11437	43163

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Im höheren Alter leben die Frauen sehr viel häufiger alleine als die Männer. Das erklärt sich mit der auf Frauenseite höheren mittleren Lebenserwartung. In der grossen Mehrheit der Fälle leben die Frauen länger als ihre Ehepartner, was zur Folge hat, dass sie sehr viel häufiger als die Männer alleine im Haushalt zurück bleiben.⁵¹

Mit dem eben geschilderten Unterschied dürfte primär zu erklären sein, weshalb unter den älteren Menschen deutlich mehr Frauen als Männer auf Einsamkeitsgefühle hinweisen. Die

resultieren je nach Art der Messung der Gesundheit und je nach angewendeter Methode (eher bivariat oder eher multivariat) andere Ergebnisse.

⁴⁸ "Offenbar kommt es weniger auf die Enge und Intimität des sozialen Netzwerkes an, als vielmehr auf die emotionale Einstellung zu sozialen Kontakten (Offenheit, Wertschätzung)." (Höpflinger, Stuckelberger, 1999: S. 126)

⁴⁹ Der Autor ist zu Recht darauf hingewiesen worden, dass das beschriebene Moment der Einsamkeit unter dem Titel der "psychosozialen Ressourcen" auch dem nachfolgenden Kapitel zum psychischen Wohlbefinden (Kap. 4) zugeschlagen werden könnte. Überhaupt wären die hier vorgeschlagenen Einteilungen und Indikatoren weiter zu entwickeln.

⁵⁰ Die Frage zur Einsamkeit lautete: Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen? Kommt das sehr häufig, ziemlich häufig, manchmal oder nie vor? (in der Tabelle: Summe von "sehr häufig", "häufig" und "manchmal")

⁵¹ Gemäss Längsschnittanalysen weisen Frauen mehr als ein doppelt so hohes Risiko als Männer auf, in ihrem Leben eine Verwitwung zu erleben (Höpflinger/Stuckelberger, 1992, S. 133). Im Zusammenhang mit dem zahlenmässigen Überhang der Frauen im höheren Alter ist auch schon von der "Feminisierung des Alters" gesprochen worden (vgl. Höpflinger 1994: S. 17ff.).

Männer leben sehr viel häufiger noch in einer Partnerschaft und geben dementsprechend weniger häufig an, sich einsam zu fühlen.⁵²

3.6 Kurzdiskussion

Im Unterschied zu der in Kapitel 2 behandelten Frage der Prävalenz der Beschwerden, wo relativ klar bestimmbar war, wann von einer Beschwerde gesprochen werden kann und wann nicht, fällt die Bestimmung beim hier zu behandelnden Gesundheitsverhalten schwerer. Wann ist ein bestimmtes Verhalten gesundheitsfördernd und wann ist es gesundheitsschädigend? Bei den oben einbezogenen Indikatoren lässt sich das relativ eindeutig nur hinsichtlich des Tabak- und des übermässigen Alkoholkonsums sowie hinsichtlich Übergewicht sagen. Vieles ist eine Frage des Masses und hier ist es nicht immer leicht zu bestimmen, wann das richtige Mass getroffen und wann es verfehlt ist. Oft ist es aber nicht nur eine Frage des Masses, sondern auch abhängig von der individuellen Situation der Betroffenen. Im höheren Alter und bei schlechterer Gesundheit sind die Betroffenen oftmals gar nicht mehr fähig, körperliche Aktivitäten zu vollziehen oder am öffentlichen Leben zu partizipieren. Gerade im höheren Alter kann der einfache Kausalzusammenhang vom Gesundheitsverhalten zu Gesundheit nicht ohne weiteres angenommen werden. Oft ist es genau die gegebene gesundheitliche Verfassung, die ein an sich gesundheitsförderndes Verhalten verunmöglicht.

Zwar gibt es mit zunehmendem Alter auch positive Tendenzen beim Gesundheitsverhalten. So wird beispielsweise mehr zu Fuss gegangen und es wird weniger geraucht. Allerdings sind die Gegentendenzen mindestens so zahlreich. So nehmen insbesondere die körperlichen Betätigungen ab, es kommt zum Verlust des Ehepartners (häufiger auf Seiten der Frauen) und die Einsamkeitsgefühle verstärken sich.

Interessant ist im Weiteren der Befund, wonach die Frauen häufiger als die Männer ein gesundheitsförderndes Verhalten zeigen. Gerade bei den beiden relativ eindeutig als gesundheitsschädigend einzustufenden Konsumarten (Rauchen und übermässiger Alkoholkonsum) sind die Prozentanteile auf Seiten der Frauen in allen Alterskategorien deutlich geringer. Gleichzeitig weisen die Frauen grössere Anteile beim Ernährungsbewusstsein auf. Hieraus kann allerdings nicht geschlossen werden, dass die Frauen sich häufiger in einer besseren gesundheitlichen Verfassung befinden. Die im Kapitel 2 zur Gesundheit präsentierten Befunde sprechen dagegen. Die gesundheitliche Verfassung

⁵² Dieser Befund darf allerdings auch nicht zu einseitig bewertet werden: "Der Trend zu Ein-Personen-Haushalten ist (...) nicht von vornherein negativ zu bewerten, da das Leben im Einpersonenhaushalt den grossen Vorteil aufweist, privaten Freiraum und soziale Beziehungen individuell kombinieren zu können. Eine negative Bewertung dieser Entwicklung ergibt sich nur, wenn das Wohnen in einem Einpersonenhaushalt von vornherein mit Alleinleben und sozialer Isolation gleichgesetzt wird." (Höpflinger, Stuckelberger, 1999, S. 138) Zudem ist auch folgendes zu beachten: "Soziale Isolation (als Fehlen starker sozialer Beziehungen) und das Gefühl von Einsamkeit sind nicht deckungsgleich. Einerseits fühlen sich nicht alle sozial isolierten Betagten einsam, andererseits ist Einsamkeit auch in einer Ehe denkbar." (ebda, S. 162)

kann auch direkt durch die biographischen Umstände und unabhängig vom gezeigten Gesundheitsverhalten beeinflusst sein.⁵³

4. Kontrollüberzeugungen und psychisches Wohlbefinden

In der Einleitung zu dieser Studie ist die Annahme formuliert worden, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von der subjektiven Fähigkeit, den eigenen Lebenslauf zu verarbeiten, mitbestimmt werden.⁵⁴ Zur Messung dieser subjektiven Fähigkeit kann der Index der Kontrollüberzeugungen herangezogen werden (Tab. 19).

Tab. 19: Kontrollüberzeugungen ("Mastery")⁵⁵ (nur zuhause Lebende)

Kontrollniveau	Alterskategorien							
	50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
tief	23.9%	23.2%	16.1%	20.0%	11.4%	17.5%	17.8%	21.0%
mittel	34.9%	40.2%	35.2%	36.4%	33.0%	33.1%	26.1%	30.4%
hoch	41.2%	36.6%	48.7%	43.6%	55.6%	49.4%	56.1%	48.6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	421'701	431'007	293'189	289'210	203'092	282'435	55'598	74'677

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Es zeigt sich die leichte Tendenz der Zunahme der Kontrollüberzeugungen mit ansteigendem Alter. Zudem findet sich auf Seiten der Männer häufiger als auf Seiten der Frauen ein hohes Mass an Kontrollüberzeugungen.

In der Studie von Perrig-Chiello (Perrig-Chiello, 1997) wird darauf hingewiesen, dass die Kontrollüberzeugungen als ein Moment innerhalb eines ganzen Komplexes begriffen werden können. Dieser Komplex kann unter dem Titel des psychischen Wohlbefindens geführt werden.⁵⁶

⁵³ Vgl. dazu Kap. 5.

⁵⁴ Vgl. Kap. 1, Abb.1.

⁵⁵ Der Index der Kontrollüberzeugungen ("Mastery") liegt im Datensatz zur Gesundheitsbefragung aufbereitet vor. Er ist zusammengesetzt aus den zustimmenden/ablehnenden Antworten zu den folgende Aussagen: a) Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig; b) Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und her geworfen; c) Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe; d) Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.

⁵⁶ "Unter Berücksichtigung der verschiedenen theoretischen und empirischen Forschungsansätze zum psychischen Wohlbefinden (...) haben wir im Sinne eines integrierenden Zuganges versucht, verschiedene Dimensionen des psychischen Wohlbefindens zu fokussieren. Es sind dies: Lebenszufriedenheit, Lebenssinn und Kontrolle (mastery)." (Perrig-Chiello, 1997, S. 119) Diese Fokussierung wird von der Autorin im Rahmen einer Faktorenanalyse empirisch bestätigt (Perrig-Chiello, 1997, S. 117, Tab. 16).

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung ist das psychische Wohlbefinden ebenfalls gemessen worden (Tab. 20). Die Übersicht zeigt, dass das psychische Wohlbefinden unter den hier untersuchten älteren Personen zumeist entweder sehr hoch (55 bis 65 Prozent) oder eher hoch ist (35 bis 40 Prozent). Ein eher niedriges oder sehr niedriges psychisches Wohlbefinden findet sich dementsprechend bei anteilmässig vergleichsweise wenigen Personen (etwa 5 Prozent).

Interessant ist im Weiteren die Feststellung, dass das psychische Wohlbefinden auch im hohen Alter nicht niedriger wird. Und auch zwischen den Geschlechtern zeigen sich nur geringfügige Unterschiede.

Tab. 20: Psychisches Wohlbefinden ("Optimism")⁵⁷ (nur zuhause Lebende)

Psychisches Wohlbefinden	Alterskategorien							
	50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
sehr niedrig	.8%	.6%	.7%	.4%	.3%	2.1%	.2%	.5%
eher niedrig	4.7%	4.5%	3.0%	3.5%	3.0%	3.9%	1.3%	3.1%
eher hoch	37.7%	39.9%	35.0%	35.8%	35.4%	35.5%	33.5%	36.2%
sehr hoch	56.8%	55.0%	61.3%	60.3%	61.3%	58.5%	65.0%	60.2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	460'988	485'939	319'881	341'287	234'560	345'861	60'742	96'150

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Die beiden hier vorgestellten Indikatoren der Kontrollüberzeugungen ("Mastery") und des psychischen Wohlbefindens ("Optimism") korrelieren mit .39 vergleichsweise stark (für Befragte ab 50 Jahren). Dieses Ergebnis stimmt mit dem Befund von Perrig-Chiello überein, wonach die Kontrollüberzeugungen ein Moment des psychischen Wohlbefindens darstellen.

Zum psychischen Wohlbefinden gehört – so kann unter Bezugnahme auf das in der Einleitung dargestellte Erklärungsmodell (vgl. Abb. 1) nun gesagt werden – die subjektive Fähigkeit, den eigenen Lebenslauf zu verarbeiten. Daran wird die nachstehende Pfadanalyse (vgl. Kap. 5.2) unmittelbar anknüpfen.⁵⁸

⁵⁷ Der Index zum psychischen Wohlbefinden ("Optimism") liegt im Datensatz zur Gesundheitsbefragung aufbereitet vor. Er ist zusammengesetzt aus den zustimmenden/ablehnenden Antworten zu den folgende Aussagen: a) Meine Zukunft sieht gut aus; b) Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen; c) Ich bin zufrieden mit der Art und Weise, wie sich meine Lebenspläne verwirklichen; d) Ich komme gut zurecht mit den Dingen, die in meinem Leben nicht zu ändern sind; e) Was auch immer passiert, ich kann die gute Seite daran sehen; f) Ich freue mich zu leben; g) Mein Leben scheint mir sinnvoll; h) Mein Leben verläuft auf der rechten Bahn.

⁵⁸ Der Autor gibt gerne zu, dass er das hier angesprochene Konzept des psychischen Wohlbefindens nur rudimentär behandeln konnte. Alles Weitere hätte den Rahmen der Studie gesprengt.

5. Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Alter: ein empirischer Test

In diesem Kapitel soll das in der Einleitung vorgestellte Erklärungsmodell einem empirischen Test unterzogen werden. Dazu ist es nötig, in einem ersten Schritt einen Gesamtindex zur Gesundheit respektive zum Gesundheitsverhalten zu bilden (Kap. 5.1), um auf dieser Basis in einem zweiten Schritt den Test mittels einer Pfadanalyse durchzuführen (Kap. 5.2).⁵⁹

5.1 Gesamtindex zur Gesundheit / Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten

Um Gesundheit/Gesundheitsprobleme und das Gesundheitsverhalten in der nachfolgenden Pfadanalyse (vgl. Kap. 5.2) einbeziehen zu können, bedarf es ihrer Operationalisierung zu jeweils einem Gesamtindex. Unter Bezugnahme auf die im Kapitel 2 zur Gesundheit gebildeten Einzelindikatoren ist zum ersten ein Gesamtindex zur Gesundheit gebildet worden (vgl. Anhang I). Und unter Bezugnahme auf die im Kapitel 3 zum Gesundheitsverhalten gebildeten Einzelindikatoren ist zum zweiten ein Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten gebildet worden (vgl. Anhang II).

Tab. 21: Gesamtindex zur Gesundheit (Durchschnittswerte)⁶⁰ (nur zuhause Lebende)

	Alterskategorien							
	50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
	Mittelwert	N	Mittelwert	N	Mittelwert	N	Mittelwert	N
Männer	12.6	465515	12.2	322651	11.7	229840	11.1	81311
Frauen	12.2	488308	11.9	355743	11.3	354757	10.6	140516
Alle	12.4	953823	12.0	678394	11.5	584597	10.8	221827

Die in der Tabelle aufgeführten Mittelwerte unterscheiden sich gemäss t-Test in statistisch signifikanter Weise zwischen allen aufgeführten Untergruppen (auf dem Niveau von 0.01).

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Der Vergleich der Mittelwerte des Gesamtindex zur Gesundheit (Tab. 21) macht deutlich, dass der Index einerseits mit zunehmendem Alter kleiner wird, andererseits auf Seiten der

⁵⁹ Wie schon in der Einleitung hervorgehoben müssen die Grenzen der Empirie immer in Rechnung gestellt werden. Dies gilt auch für die nachstehende Analyse. Es wäre durchaus sinnvoll gewesen, die gebildeten Gesamtindizes in mehreren Varianten zu testen und auch weitere erklärende Variablen ins Pfadmodell einzubeziehen. Dieses alles hätte den zeitlichen Rahmen der Studie aber deutlich gesprengt.

⁶⁰ Die Konstruktion des Gesamtindex zur Gesundheit wird im Anhang I dargelegt. Die Werte des Index liegen zwischen 3 (schlechtester Wert = schlechte gesundheitliche Verfassung) und 15 (bester Wert = gute gesundheitliche Verfassung).

Männer immer grösser als auf Seiten der Frauen ist. Die Unterschiede zwischen den Mittelwerten sind statistisch signifikant. Sie spiegeln die im Kapitel 2 zu den einzelnen Indikatoren gefundenen Tendenzen wider.

Die Durchschnittswerte des Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten (Tab. 22) verteilen sich nicht mit derselben Klarheit wie jene zur Gesundheit.

Tab. 22: Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten (Durchschnittswerte)⁶¹ (nur zuhause Lebende)

	Alterskategorien							
	50 – 59 Jahre		60 – 69 Jahre		70 – 79 Jahre		über 80 Jahre	
	Mittelwert	N	Mittelwert	N	Mittelwert	N	Mittelwert	N
Männer	4.8	465515	4.9	322651	4.8	229840	4.3	81311
Frauen	5.4	488308	5.4	355743	5.0	354757	4.4	140516
Alle	5.1	953823	5.1	678394	4.9	584597	4.4	221827

Die Mittelwertvergleiche ergeben gemäss t-Test statistisch signifikante Unterschiede (auf dem Niveau von 0.01) bei folgenden Untergruppen: Mittelwerte Frauen vs. Männer (in Alterskategorien: 50-59 und 60-69); Mittelwerte 60-69 vs. 70-79 (Männer und Frauen); Mittelwerte 70-79 vs. 80+ (Männer und Frauen).

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Die Frauen weisen in den Alterskategorien der 50-59-Jährigen und der 60-69-Jährigen einen statistisch signifikant höheren Index zum Gesundheitsverhalten auf als die Männer. Im höheren Alter ab 70 Jahren lassen sich allerdings keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern mehr feststellen.

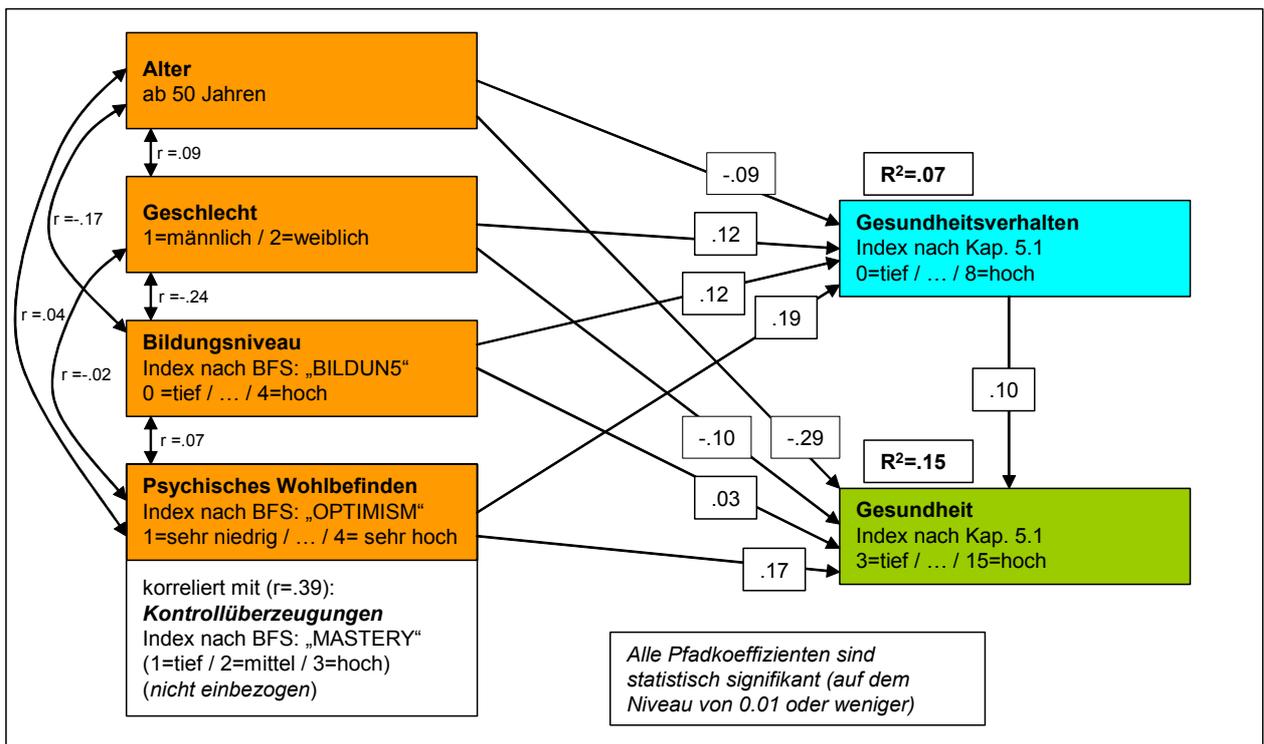
Im Übergang von den 60-69-Jährigen zu den 70-79-Jährigen und von da zu den über 80-Jährigen kommt es zu einem statistisch signifikanten Absinken des Index zum Gesundheitsverhalten. Dieses Absinken trifft für beide Geschlechter zu, bei den Frauen jedoch in einem stärkeren Ausmass. In der Folge kommt es im hohen Alter zu einer Angleichung der Indexwerte der beiden Geschlechter.

⁶¹ Die Konstruktion des Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten wird im Anhang II dargelegt. Die Werte des Index liegen zwischen 0 (schlechtester Wert = geringes gesundheitsförderndes Verhalten) und 8 (bester Wert = starkes gesundheitsförderndes Verhalten).

5.2 Pfadmodell zur Erklärung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Das nachstehende Pfadmodell besteht aus der Kombination von zwei Regressionsanalysen.⁶² Die eine Analyse dient der Erklärung des Gesundheitsverhaltens, die andere Analyse der Erklärung der Gesundheit (Prävalenz der Beschwerden).⁶³

Abb. 2: Pfadmodell zur Erklärung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten (für zuhause lebende Befragte im Alter ab 50 Jahren)



Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

⁶² Zur Methode der Regressionsanalyse ist anzumerken, dass sie genau genommen Daten auf Intervallniveau voraus setzt. Da uns aber nur Daten auf ordinalem Niveau zur Verfügung stehen, wollen wir die damit verbundenen statistischen Unwägbarkeiten in Kauf nehmen. Zwar werden Regressionsanalysen häufig mit ordinalen Daten durchgeführt, doch ist bei der Interpretation der Ergebnisse auf jeden Fall grössere Vorsicht geboten.

⁶³ Es ist zu beachten, dass Pfadmodelle immer auf theoretischen Entscheidungen beruhen, welche ihrerseits das empirische Ergebnis im Voraus beeinflussen. Im gegebenen Fall wird beispielsweise einseitig davon ausgegangen, dass das Gesundheitsverhalten die Gesundheit beeinflusst. Gerade mit Bezug auf Personen im höheren Alter könnte auch die Gegenrichtung in Betracht gezogen werden (bei schlechter Gesundheit sind verschiedene Formen des Gesundheitsverhaltens nicht mehr möglich). Sodann kann auch die Entscheidung, das psychische Wohlbefinden respektive die Kontrollüberzeugungen als unabhängige Variable einzusetzen, hinterfragt werden (das Wohlbefinden könnte auch als abhängig von der Gesundheit angesehen werden). Im Rahmen dieser Studie ist es nicht möglich, auf alternative Pfadmodelle einzugehen. Es ist aber auf jeden Fall zu berücksichtigen, dass das gewählte Modell nur eines von verschiedenen möglichen darstellt.

Das Pfadmodell ist – wie das gesamte Themenmonitoring – auf die zuhause lebenden Befragten im Alter ab 50 Jahren bezogen. Mit Ausnahme des Bildungsniveaus⁶⁴ sind alle ins Modell einbezogenen Variablen in den obigen Kapiteln behandelt worden.

Tab. 23: Korrelationsmatrix zum Pfadmodell (für zuhause lebende Befragte im Alter ab 50 Jahren)

Variablen	Korrelationen nach Pearson (für Befragte ab 50)						
	1	2	3	4	5	6	7
1 Alter	---	.09*	-.17**	.04**	.12**	-.12**	-.33**
2 Geschlecht 1=männlich / 2=weiblich		---	-.24**	-.02**	-.04**	.14**	-.14**
3 Bildungsniveau: Index nach BFS: "BILDUN5": 0=tief / ... / 4= hoch			---	.07**	.05**	.16**	.13**
4 Psych. Wohlbefinden: Index nach BFS: "OPTIMISM": 1=niedrig / ... / 4=hoch				---	.39**	.17**	.18**
5 Kontrollüberzeugungen: Index nach BFS: "MASTERY": 1=tief / ... / 3=hoch					---	.13**	.20**
6 Gesundheitsverhalten: Index nach Kap. 5.1: 0=tief / ... / 8=hoch						---	.13**
7 Gesundheit: Index nach Kap. 5.1: 3=gering / ... / 15 = hoch							---

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

Der Vergleich der resultierenden Pfadkoeffizienten (Abb. 2) macht deutlich, dass hinsichtlich Erklärung der Gesundheit im Alter dem Alter selbst die grösste Erklärungskraft zukommt.⁶⁵ Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko, eine Beeinträchtigung in der gesundheitlichen Verfassung erfahren zu haben. Gleichzeitig zeigt sich ein ebenfalls negativer, aber deutlich

⁶⁴ Die einbezogene Variable zum Bildungsabschluss liegt als Index im Datensatz zur Gesundheitsbefragung aufbereitet vor ("Bildun5"). Der Index unterscheidet 5 Bildungsniveaus: "ohne Ausbildung unbestimmt"; "Obligatorische Schule"; "Sekundarstufe II: allgemeine Ausbildung"; "Sekundarstufe II: Berufsausbildung"; "Tertiärstufe".

⁶⁵ Das Konzept "Alter" ist allerdings inhaltlich sehr schwer zu fassen. Als mögliche These könnte gesagt werden, dass mit zunehmendem chronologischem Alter die Chancen, eine gesundheitliche Beeinträchtigung erfahren zu haben, wachsen. Mit dieser These wäre nicht auf das chronologische Alter für sich fokussiert, sondern auf die längere Zeit möglicher Beeinträchtigung der Gesundheit.

kleinerer Effekt des Alters auf das Gesundheitsverhalten. Mit zunehmendem Alter ist das gesundheitsfördernde Verhalten eher abnehmend.

Das psychische Wohlbefinden steht hinsichtlich Erklärungskraft mit Bezug auf die Gesundheit klar an zweiter Stelle. Für die Erklärung der Gesundheit im Alter ist ein gutes psychisches Wohlbefinden bedeutsamer als ein gesundheitsförderndes Verhalten. Tatsächlich ist der gemessene Effekt des Gesundheitsverhaltens auf die Gesundheit (Pfadkoeffizient: .10) deutlich geringer als der vom psychischen Wohlbefinden ausgehende Effekt (Pfadkoeffizient: .17). Wie in Kapitel 4 gezeigt, gehören die Kontrollüberzeugungen zum Komplex des psychischen Wohlbefindens. Werden die Kontrollüberzeugungen nunmehr als die subjektive Fähigkeit interpretiert, den Lebenslauf zu verarbeiten, dann kommt dieser Fähigkeit hinsichtlich Gesundheit im Alter eine empirisch nachgewiesene positive Bedeutung zu. Wem es im Verlaufe des Lebens gelingt, auch schwierige Erlebnisse zu verarbeiten, kann – und zwar unabhängig vom Bildungsniveau – mit einem gesünderen Altern rechnen.

Das psychische Wohlbefinden und mit ihm die Kontrollüberzeugungen wirken sich im Alter nicht nur positiv auf die Gesundheit, sondern auch positiv auf das Gesundheitsverhalten aus. Es ist gut nachzuvollziehen, dass diejenigen Personen, welche sich generell in guter Stimmungslage befinden und auch das Gefühl haben, Schwierigkeiten aus eigener Kraft meistern zu können, keiner Kompensationsmittel wie beispielsweise übermäßigem Alkoholkonsum bedürfen. Sie legen in gewisser Weise "von selber" ein gesundheitsförderndes Verhalten an den Tag.

Das Pfadmodell ergibt für das Geschlecht auf der einen Seite einen positiven Effekt auf das Gesundheitsverhalten (die Frauen zeigen das bessere Gesundheitsverhalten als die Männer), auf der anderen Seite einen negativen Effekt auf die Gesundheit (die Frauen sind in schlechterer gesundheitlicher Verfassung als die Männer). Es ist davon auszugehen, dass die Frauen im Unterschied zu den Männern gerade im höheren Alter zwar in schlechterer gesundheitlicher Verfassung sind, dass ihre Beschwerden und Krankheiten aber häufiger chronischer und weniger häufig lebensgefährlicher Natur sind.⁶⁶ Und genau dieses, dass die Beschwerden auf Seiten der Frauen weniger häufig lebensgefährlich sind, dürfte einerseits mit ihrem sozialisationsbedingt anderen Lebensstil zu tun haben (weniger risikoreiches Leben als die Männer), andererseits aber auch mit dem ebenfalls sozialisationsbedingt besseren Gesundheitsverhalten (geringer Tabak- und Alkoholkonsum, besseres Ernährungsbewusstsein, weniger Sport- und Arbeitsunfälle). Weil die Männer ein risikoreicheres Leben führen, ist auf ihrer Seite die vorzeitige Sterblichkeit höher, was wiederum den Effekt zeitigt, dass die gesundheitliche Verfassung der länger lebenden Männer vergleichsweise gut ist ("Survivor"-Effekt).

Für das Bildungsniveau zeigt sich ein nur geringer direkter Effekt auf die Gesundheit im Alter. Hier nun ist zu berücksichtigen, dass im Pfadmodell der grösste Teil des Effektes des Bildungsniveaus auf die Gesundheit via das Gesundheitsverhalten vermittelt wird. Ein tiefes

⁶⁶ Vgl. dazu im Detail: Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 37f. sowie oben, Kap. 2.9.

Bildungsniveau hat ein schlechteres Gesundheitsverhalten zur Folge und dieses dann eine schlechtere gesundheitliche Verfassung. In der Forschung wird zumeist der direkte Effekt des Ausbildungsniveaus auf die Gesundheit hervorgehoben.⁶⁷ Die Bedeutung des Ausbildungsniveaus sowohl für die Gesundheit als auch für das Gesundheitsverhalten ist für die Schweiz von Abelin, Beer und Gurtner nachgewiesen worden.⁶⁸

Es ist nun aber notwendig, den Effekt des Bildungsniveaus auf die Gesundheit nicht einfach nur direkt und unter Absehung vom Gesundheitsverhalten zu messen⁶⁹, sondern – wie im Pfadmodell geschehen (vgl. Abb. 2) – das Gesundheitsverhalten als intervenierende Grösse einzubeziehen. Dann erst vermag die Bedeutung des Bildungsniveaus verständlich zu werden. Gemäss dem empirischen Resultat (Vermittlung der Bildung via Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit) ist davon auszugehen, dass das Bildungsniveau (neben der Geschlechtszugehörigkeit) für die Art und Weise steht, wie die Menschen schon in jungen Jahren zu diesem oder jenem Gesundheitsverhalten erzogen werden. Mit dem Bildungsniveau korrespondiert ein bestimmtes soziales Milieu und mit diesem bestimmte Ernährungsgewohnheiten, Konsumformen (Tabak, Alkohol), Arten der körperlichen Aktivität usw. Entsprechend dem positiven Effekt des Bildungsniveaus auf das Gesundheitsverhalten ist in der sozialen Unterschicht verstärkt ein eher gesundheitsschädigendes und in der sozialen Mittel- und Oberschicht verstärkt ein gesundheitsförderndes Verhalten die Regel.⁷⁰ Das

⁶⁷ Höpflinger und Stuckelberger fassen die diesbezüglichen Forschungsergebnisse unter Zitierung verschiedener Forschungsarbeiten (hier nicht wiedergegeben) folgendermassen zusammen: "Die Häufigkeit körperlicher Beschwerden variiert nicht nur mit dem Alter und dem Geschlecht, sondern bedeutsam sind daneben auch soziale Faktoren. Lebenslange, aber auch aktuelle soziale Ungleichheiten wirken sich im Alter in zweierlei Hinsicht aus: Erstens zeigen sich systematische soziale Ungleichheiten der Lebenserwartung, und wohlhabende und gut ausgebildete Personen leben länger als arme und schlecht ausgebildete Menschen (...). Zweitens zeigen sich soziale Unterschiede der Morbidität bzw. des gesundheitlichen Befindens, und statistische ältere Menschen leiden überdurchschnittlich an gesundheitlichen Beschwerden und Behinderungen." (Höpflinger/Stuckelberger, 1999, S. 257)

⁶⁸ In der Untersuchung von Abelin, Beer und Gurtner ist einerseits der direkte Effekt der Ausbildung auf Momente des Gesundheitszustandes, andererseits der direkte Effekt der Ausbildung auf Momente des Gesundheitsverhaltens gemessen worden (jeweils unter Kontrolle von Geschlecht, Alter, Sprachregion, Stadt/Land Region und Lebenssituation (allein/nicht allein lebend)). Hinsichtlich des Effekts auf die Gesundheit zeigt sich, dass die Betagten (65-jährig und älter) mit nur obligatorischer Ausbildung ein mehr als 50% höheres Risiko als die Betagten mit tertiärer Ausbildung tragen, im Alter an markanten körperlichen Beschwerden zu leiden. Hinsichtlich des direkten Effekts auf Momente des Gesundheitsverhaltens (nicht achten auf Ernährung; mangelnde körperliche Aktivität) zeigen sich noch krassere Unterschiede zwischen den beiden Kategorien von Betagten. Betagte mit tiefer Ausbildung weisen hinsichtlich Ernährung und körperlicher Aktivität ein überdeutlich schlechteres Gesundheitsverhalten auf als Betagte mit hoher Ausbildung (vgl. Abelin et al., 1998, S. 145, Tab. 5.3). Der Effekt des Ausbildungsniveaus auf den Gesundheitszustand unter Kontrolle des Gesundheitsverhaltens ist bei Abelin et al. allerdings nicht gemessen.

⁶⁹ Würde im obigen Pfadmodell das Gesundheitsverhalten nicht einbezogen und unter dieser Bedingung der Effekt des Bildungsniveaus auf die Gesundheit gemessen, würde ein Pfadkoeffizient von .12 resultieren.

⁷⁰ In einer schwergewichtig auf der Auswertung der Daten der Gesundheitsbefragung 1992/93 beruhenden Untersuchung kommen Bisig und Gutzwiller mit Bezug auf die erwachsene Bevölkerung des Kantons Zürich unter anderem zu folgenden Ergebnissen: "Personen mit geringer Schulbildung sind seltener ernährungsbewusst, häufiger übergewichtig bzw. stark übergewichtig (adipös), sind weniger körperlich aktiv, konsumieren häufiger regelmässig Alkohol, sind auch häufiger starke Raucher und haben früher mit Rauchen angefangen als Personen mit hoher Schulbildung. (...) Dass es soziale Unterschiede des Gesundheitsverhaltens gibt, zeigt sich auch, wenn man als Sozialschichtindikatoren statt Schulbildung die Berufsart bzw. das Haushaltseinkommen verwendet. Personen in manuellen Berufen bzw. mit tiefem Einkommen kümmern sich generell weniger um ihre

jeweilige via Bildungsniveau angezeigte Gesundheitsverhalten scheint im Lebensverlauf derart konsistent beibehalten zu werden, dass der diesbezügliche Effekt noch im höheren Alter nachgewiesen werden kann.

Die mit dem Einleitungsmodell formulierte These, wonach die Gesundheit im Alter wesentlich biographisch verankert sei, wird durch den hier mittels Pfadanalyse durchgeführten empirischen Test – soweit das im gegebenen Rahmen dieser Studie möglich war – bestätigt. Es ist nachgewiesen worden, dass sowohl die geschlechts- und schichtspezifische Sozialisation im Verlauf des Lebens, als auch die Fähigkeit, den Lebenslauf zu verarbeiten, für die Gesundheit im Alter von vergleichsweise grosser Bedeutung sind. Das aktuelle Gesundheitsverhalten wirkt sich zwar ebenfalls und unabhängig von den biographischen Faktoren positiv auf die Gesundheit im Alter aus. Als eigenständiger Erklärungsfaktor ist es aber bei weitem nicht so bedeutend, wie es häufig dargestellt wird.

5.3 Schlussfolgerungen

Schlussfolgerungen – aus Sicht der Gesundheitsförderung im späteren Lebensalter

Die Art und Weise, wie sich Gesundheit im höheren Lebensalter entwickelt, ist nicht zuletzt eine Frage des bisherigen Lebensverlaufs. Bedeutsam sind die bisherige gesundheitliche Biographie und die erlebten Strategien, mit gesundheitlichen Problemen umzugehen. Die Gesundheit älterer Menschen ist lebensgeschichtlich mitgeprägt. Auch das aktuelle Gesundheitsverhalten ist biographisch eingebettet.⁷¹ Während ein Teil älterer Menschen sich schon lebenslang gesund verhielt, sind andere Gruppen älterer Frauen und Männer dadurch gekennzeichnet, dass sie sich jahrelang nicht oder nicht mehr aktiv um ihre Gesundheit gekümmert haben. Gleichzeitig variieren auch die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse bei älteren Menschen: Sport im Alter ist bei einem Teil der älteren Menschen etwas, das durchaus mit Wettbewerb und Leistungsfähigkeit in Verbindung gebracht wird, wogegen andere Menschen eher aus sozialen Gründen (Kontakte) an Turn- oder Wandergruppen teilnehmen usw. Dadurch ergeben sich deutliche geschlechts- und schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten älterer Menschen. Gleichzeitig verändern sich die Indikatoren zur Gesundheit (subjektive Gesundheitseinschätzung, körperliche Beschwerden, funktionale Einschränkungen) im höheren Lebensalter nicht linear und

Gesundheit, sind seltener ernährungsbewusst, häufiger übergewichtig bzw. stark übergewichtig, treiben seltener regelmässig Sport und trinken häufiger mind. zweimal täglich Alkohol als Personen in nicht-manuellen Berufen bzw. mit hohem Einkommen." (Bisig/Gutzwiller, 1999, S. 52)

⁷¹ Eine Konsequenz davon ist, dass in einer Querschnittsanalyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 der statistische Effekt des aktuellen Gesundheitsverhaltens zwar signifikant, aber nicht besonders stark ist. Gesundheitsförderung hat – ähnlich wie Sparen – häufig einen langfristig wirksamen Zinses-Zins-Effekt, indem sich kontinuierliche Gesundheitsförderung besonders stark auszahlt. Wiederaufnahme von Gedächtnis- oder Sporttraining nach langem Unterbruch hat zwar einen positiven Effekt, aber der ist deutlich geringer als ein kontinuierliches Gedächtnis- und Sporttraining usw.

einheitlich. Körperliche Alternsprozesse verlaufen differenziert, und zwar sowohl was interindividuelle wie intraindividuelle Unterschiede betrifft. Biologisch-genetische Alternsprozesse erhöhen zwar im höheren Lebensalter – und vor allem bei sehr alten Menschen – die gesundheitlichen Risiken von Menschen, aber ebenso bedeutsam für die gesundheitliche Entwicklung in späteren Lebensjahren sind Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten.

Die Mitprägung der Gesundheit im Alter wie auch des aktuellen Gesundheitsverhaltens durch biographische Faktoren hat für die Gesundheitsförderung im späteren Lebensalter wichtige Konsequenzen. Ohne ins Detail zu gehen, lassen sich vor allem folgende drei Punkte anführen:

Erstens erfahren verschiedene Generationen in vielen Bereichen ein unterschiedliches Alter und unterschiedliche Gesundheitsbiographien: Frühere Generationen, die während ihren jungen Erwachsenenjahren mit harten körperlichen Arbeiten konfrontiert wurden, weisen im höheren Lebensalter andere gesundheitliche Beschwerden auf als spätere Generationen, die mehrheitlich sitzend gearbeitet haben. Neuere Generationen, die frühzeitig sportlich interessiert waren, lassen sich besser für Sport im Alter mobilisieren, als ältere Generationen, für die ‚Sport‘ in ihrer Jugend ein ‚unnötiger Luxus‘ darstellte. Ebenso definieren jüngere Generationen das Altern stärker als gestaltbaren Prozess. Damit sind sie eher für eine aktive Gesundheitspflege auch im höheren Lebensalter bereit, als Generationen, die das Altern fatalistisch als unvermeidbaren Prozess wahrnahmen. Auch Suchtverhalten sowie Ernährung und Körperpflege unterliegen klaren Generationeneffekten. Dabei können solche Generationeneffekte die eigentlichen Alterseffekte durchaus kompensieren, wenn nicht sogar überkompensieren.⁷²

Ebenso wie die Gesundheitsförderung bei Jugendlichen muss daher auch die Gesundheitsförderung im Alter generationenspezifisch ausgerichtet sein. Entsprechend sind Massnahmen zur Gesundheitsförderung im Alter für je verschiedene Generationen älterer Frauen und Männer jeweils neu zu formulieren. Neuere Generationen älterer Menschen sind durch Konzepte aktiven und kompetenzorientierten Alterns besser motivierbar als durch defizitorientierte Modelle.

Zweitens schliesst die lebensgeschichtliche Mitprägung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten ein, dass gesundheitsfördernde Massnahmen zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden. Das Prinzip einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung – im Jugendbereich seit langem anerkannt – gilt in noch vermehrtem Masse für ältere Menschen (die bekanntlich sehr unterschiedliche Lebens- und Gesundheitserfahrungen aufweisen). Gedächtnis- und Muskeltraining, eine ausgeglichene Ernährung, gute Körperpflege und regelmässige Vorsorgeuntersuchungen usw. sind zwar für alle älteren Menschen wirksam, aber die Bereitschaft und Motivation, entsprechende gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu übernehmen,

⁷² Dies wird beispielsweise bei einer Längsschnittbetrachtung sportlicher Aktivitäten im Lebenslauf deutlich, vgl. dazu: Breuer, C. (2004) Zur Dynamik der Sportnachfrage im Lebenslauf, Sport und Gesellschaft, 1,1: 50-72.

variiert je nach bisheriger Lebensgeschichte und sozialer Schichtzugehörigkeit. Ein Muskeltraining ist zwar auch nach langem Unterbruch wirksam, aber ihre Wirksamkeit ist geringer als bei kontinuierlichem Training. Spät behandelte Zahnprobleme sind kostspieliger zu reparieren, und jahreslanges Übergewicht zeigt unter Umständen auch dann negative Spätfolgen, wenn die Ernährung im Alter umgestellt wird.

Eine besondere Herausforderung einer Gesundheitsförderung im Alter besteht darin, diejenigen Personen zu motivieren und zu erreichen, die ihre Gesundheit – aus unterschiedlichen Gründen – jahrelang vernachlässigt haben. Besondere Risikogruppen sind beispielsweise ältere verwitwete oder geschiedene Männer (die ihre Gesundheitsvorsorge früher ihren Frauen überliessen), ältere Migranten und ungelernete Rentner mit harten Arbeitsbiographien, die sozial schlecht integriert sind, ältere Personen mit einer Suchtkarriere sowie ältere Frauen und Männer, die an depressiven Symptomen leiden.

Eine nachweisbar wirksame flächendeckende Strategie ist die Strategie von geriatrisch angeleiteten präventiven Hausbesuchen bei älteren Menschen:⁷³ Erstens werden damit auch ältere Menschen erreicht, die zurückgezogen leben und wenig an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen. Zweitens können die Massnahmen individuell – orientiert an die jeweiligen Bedürfnisse und Lebensressourcen der einzelnen Personen – ausgerichtet werden. Drittens kann ein multidimensionales gesundheitliches Assessment erreicht werden. Dies ist vor allem im höheren Lebensalter (75+ Jahren) wichtig, wo Aspekte der Polymorbidität bedeutsamer werden.

Drittens – und hier ergibt sich ein wesentlicher Unterschied zur Gesundheitsförderung in jüngeren Jahren – sind im höheren Lebensalter primäre und sekundäre Prävention (und teilweise auch Rehabilitation) eng verzahnt: Das Leben hinterlässt Spuren, und im höheren Lebensalter – und vor allem im hohen Lebensalter – können gesundheitliche Einschränkungen rein altersbedingt auftreten. Zunehmend mehr altersbedingte Erkrankungen lassen sich behandeln oder ihre negativen Wirkungen können durch sekundäre Prävention und Rehabilitation eingeschränkt werden. Hörschädigungen im Alter können durch private und berufliche Hörbelastungen in jüngeren Jahren verursacht sein, aber im höheren Lebensalter entstehen auch altersbedingte Höreinbussen, die heute vielfach durch Hörgeräte kompensiert werden können, wodurch etwa soziale Vereinsamung und damit einhergehende depressive Symptome verhindert werden können. Sturzunfälle und Sturzfrakturen können im höheren Lebensalter sowohl primär wie sekundär verhindert werden (primäre Prävention: gutes Schuhwerk, gute Beleuchtung, aber auch gezieltes Gleichgewichtstraining; sekundäre Prävention: Verminderung von Gleichgewichtsstörungen bei Medikamenteneinnahme, Hüftprotektoren zur Verminderung der Frakturgefahr bei Stürzen usw.). Ebenso sind rehabilitative Massnahmen nach einer Hüftfraktur in manchen Fällen wirksam. Gut

⁷³ Schmocker, H.; Oggier, W.; Stuck, A. (Hg.) (2000) Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri: Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

organisierter Sport im Alter kann sowohl primär wie sekundär präventiv wirken: primär durch mehr Bewegung und Training, sekundär durch erhöhte soziale Kontakte usw.).

Generell schliesst ein ‚Verhindern von Behinderungen‘ im Alter vielfach eine koordinierte Zusammenarbeit von verschiedenen Trägern voraus, die gemeinsam primäre und sekundäre Präventionsleistungen erbringen (ältere Menschen selbst, Angehörige, Ärzte, Pflegefachpersonen u.a.). Speziell im hohen Lebensalter lassen sich (altersbedingte) Beschwerden und Einschränkungen nicht immer verhindern, aber sekundäre Präventions- und Rehabilitationsmassnahmen können einen Autonomieverlust betroffener Menschen vermeiden: Transportdienste oder Mahlzeitendienste können auch bei erschwerter funktionaler Selbständigkeit oder bei Mobilitätseinschränkungen dazu führen, dass sich alte Menschen richtig und ausreichend ernähren. Notrufsysteme können verhindern, dass alte Menschen bei einem Sturz zu spät Hilfe erhalten. Muskelstimulierung kann bei kranken alten Menschen eine rasche Atrophie der Muskeln verhindern, ebenso wie eine gute Pflege selbst bei pflegebedürftigen alten Menschen eine gute Lebensqualität gewährleisten kann.

Weil Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte biographisch mit verankert ist, untersteht die Gesundheitsförderung für das Alter und im Alternsgang folgenden drei Allgemeinprinzipien:

- sie ist generationenspezifisch orientiert und berücksichtigt den Wandel des Alters
- sie ist in weiten Teilen zielgruppenspezifisch organisiert und anerkennt die Heterogenität des Alters
- sie umfasst sowohl primäre wie sekundäre Prävention (und teilweise auch Rehabilitation).

7. Literaturangaben

Abelin T., Beer V., Gurtner F. (Hrsg.) (1998). Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93. Bern; Stuttgart; Wien. Paul Haupt.

Bisig, B., Gutzwiller, F. (1999), Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 6, Januar 1999. Herausgegeben vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2004). Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public Health-Ansatz. Bern.

Camenzind P. (2004). Frauen verursachen weniger stark Gesundheitskosten als bisher angenommen. Soziale Sicherheit CHSS, 4, S. 238-242.

Camenzind P., Meier C. (Hrsg.) (2004). Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern. Hans Huber.

Höpflinger F. (1994). Frauen im Alter – Alter der Frauen. Ein Forschungsdossier. Mit einer Einleitung von Thanh-Huyen Ballmer-Cao. Zürich. Seismo.

Höpflinger F. (2000). "Auswirkungen weiblicher Langlebigkeit auf Lebensformen und Generationenbeziehungen". In: Perrig-Chiello/Höpflinger. Jenseits des Zenits: S. 61-74.

Höpflinger F., Stuckelberger A. (1999). Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter/Vieillesse/Anziani. Zürich. Seismo.

Höpflinger F., Hugentobler V. (2003). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle. Hans Huber.

Lalivie d'Epinay Ch., Maystre C.; Bickel J.-F.; Hagmann H.-M.; Michel J.-P.; Riand J.-F. (1997). Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions de suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994), Cahier médico-sociaux, 41, S. 109-131.

Meyer P. C. (2000). Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit. Opladen. Leske u. Budrich.

Perrig-Chiello P. (1997). Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Weinheim; München. Juventa.

Perrig-Chiello P., Stähelin H.B., Perrig W.J. (Hrsg.) (1999). Wohlbefinden, Gesundheit und kognitive Kompetenz im Alter. Ergebnisse der Basler Interdisziplinären Altersstudie IDA. Bern, Stuttgart, Wien. Paul Haupt.

Perrig-Chiello P., Höpflinger F. (Hrsg.) (2000). *Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*. Bern, Stuttgart, Wien. Paul Haupt.

Rüesch P., Manzoni P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Herausgegeben vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. Neuenburg.

Anhang

Anhang I: Gesamtindex zur Gesundheit (Konstruktion)

Unter Bezugnahme auf das Kapitel 2 des Themenmonitoring wird ein Index zur Gesundheit gebildet. In diesen Index sollen die verschiedenen im Rahmen der Gesundheitsbefragung erfassten Beschwerden und Krankheiten möglichst breit einfließen.

Zur Berechnung des Index wird von einer maximalen Punktzahl von 15 ausgegangen, und von dieser Punktzahl im Prinzip für jede berichtete Beschwerde/Krankheit ein Punkt in Abzug gebracht. Dabei wird insofern pauschal vorgegangen, als es in einem Themenbereich wie zum Beispiel den diagnostizierten Krankheiten für einen Punktabzug genügt, wenn mindestens eine diagnostiziert ist. Ob es bei einer Person dann eine, zwei oder drei diagnostizierte Krankheiten sind, bleibt unberücksichtigt. Allerdings werden innerhalb eines Themenbereichs spezifische Bereiche, die auch in der Gesundheitsbefragung gesondert abgefragt worden sind, auch gesondert bewertet. So kommt es beispielsweise im Themenbereich der Gründe ärztlicher Behandlung zusätzlich zu einem Punktabzug, wenn es sich dabei um eine der 10 spezifisch erfragten chronischen Beschwerden/Krankheiten handelt.

Ähnlich wird bei den durchgeführten chirurgischen Eingriffen vorgegangen. Einerseits kommt es zu einem Punktabzug, wenn mindestens eine der nachgefragten Operationen in der Zeit von ein bis zwei Jahren vor der Befragung erfolgt ist. Andererseits kommt es zu einem Punktabzug, wenn eine Hüftgelenkoperation oder eine Operation vom grauen Star irgendwann einmal stattgefunden hat.

Gerade bei Operationen könnte eingewendet werden, dass diese doch zur Verbesserung der Gesundheitsverfassung beitragen und – wenn schon – eher zu einer Addierung von Punkten als zu einem Abzug beitragen sollten. Dazu ist zum einen zu sagen, dass der Masstab einer optimalen Gesundheit darin besteht, überhaupt keine Operation durchführen zu müssen. Zum andern werden allfällige Punktabzüge wegen einer Operation dadurch kompensiert, dass – sofern die Operation wirklich erfolgreich war – keine Beschwerden mehr vorhanden sind und es dann diesbezüglich zu keinen Abzügen mehr kommt (mit Bezug auf eine Hüftgelenkoperation: keine Gehbeschwerden; mit Bezug auf eine Augenoperation: keine Sehschwierigkeiten).

Der angegebene Schweregrad wird hinsichtlich der körperlichen Beschwerden (Rückenschmerzen, allgemeine Schwäche usw.) und hinsichtlich der funktionalen Behinderungen (sich nicht allein anziehen, nicht ohne Hilfe essen usw.) berücksichtigt. Hinsichtlich der körperlichen Beschwerden gibt es 2 Punkte Abzug, wenn mindestens eine Beschwerde als "stark" eingestuft wird, und es gibt 1 Punkt Abzug, wenn zum einen keine Beschwerde als "stark", zum andern aber mindestens eine als "ein bisschen" eingestuft wird. Analog wird bei den funktionalen Behinderungen grundlegender Alltagsaktivitäten vorgegangen, aber hier den Antwortvorgaben entsprechend über drei Stufen hinweg.

Tab. A1: Konstruktion des Gesamtindex zur Gesundheit

abgezogene Punkte Ausgangswert: 15	Kapitel / Themenbereiche
	Kapitel 2.7: Arztbesuche, Hospitalisation und Behandlungsgründe
-1	mit mindestens einer ärztlich diagnostizierten Krankheit (nach ICD-10 ohne Kontrolluntersuchungen)
-1	mit einer der 10 chronischen Krankheiten (mindestens eine diagnostiziert): <i>Diabetes, Zuckerkrankheit / Rheumatismus / chronische Bronchitis, Emphysem / Herzinfarkt (Herzschlag) / Schlaganfall (Schlägli) / Nierenkrankheit, Nierensteine / Krebs, Geschwulst / Heuschnupfen oder andere Allergie / Nervenzusammenbruch, Depression</i>
	Kapitel 2.3: Unfälle, Stürze
-1	Unfallverletzungen in den letzten 12 Monaten (mindestens eine Nennung): <i>Arbeitsunfall / Verkehrsunfall / Unfall im Haus oder Garten / Unfall bei Sport, Spiel usw.</i>
-1	"einmal gestürzt" in den letzten 12 Monaten (Frage nur an über 60-Jährige)
	Kapitel 2.8: Chirurgische Eingriffe
-1	in den letzten 1-2 Jahren durchgeführte Operationen (mindestens eine Nennung): <i>Entfernung der Mandeln / Blinddarmoperation / Hüftgelenkoperation / Entfernung Gebärmutter / Operation vom grauen Star / Knieoperation / Fussgelenkoperation</i>
-1	durchgeführte Hüftgelenkoperation oder Operation vom grauen Star (mindestens 1 Nennung)
	Kapitel 2.4: Körperliche Beschwerden
	<i>Rücken- oder Kreuzschmerzen / allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit / Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch / Durchfall, Verstopfung oder beides / Einschlaf- oder Durchschlafstörungen / Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen / Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern / Schmerzen oder Druck im Brustbereich / Fieber / Gelenk- oder Gliederschmerzen</i>
-2	mindestens eine der zehn körperlichen Beschwerden: "stark"
oder	
-1	mindestens eine der zehn körperlichen Beschwerden: "ein bisschen" und keine "stark"
	Kapitel 2.5: Funktionale Behinderungen bei grundlegenden Alltagsaktivitäten
	<i>sich alleine, d.h. ohne fremde Hilfe an- und ausziehen / ohne Hilfe essen, das heisst auch beim Essen Fleisch, Früchte usw. selber zerschneiden / alleine d.h. ohne fremde Hilfe aus dem Bett steigen / sich alleine, d.h. ohne Hilfe in einen Sessel setzen und aufstehen / sich alleine, d.h. ohne Hilfe die Hände und das Gesicht waschen / alleine zur Toilette gehen</i>
-3	mindestens eine der Alltagsaktivitäten: "nein"
oder	
-2	mindestens eine der Alltagsaktivitäten: "mit starken Schwierigkeiten" und keine "nein"
oder	
-1	mindestens eine der Alltagsaktivitäten: "mit leichten Schwierigkeiten" und keine "nein" respektive keine "mit starken Schwierigkeiten"
-1	Inkontinenz (ja, auch wenn selten)
-1	Gehbehinderung (nicht mehr als 200m gehen können)
	Kapitel 2.6: Sehschwierigkeiten und Hörprobleme
-1	Schwierigkeiten beim Lesen (leicht/stark/nicht möglich)
-1	Schwierigkeiten beim Hören (leicht/stark/nicht möglich)

Die Verteilung der resultierenden Punkte über alle Befragten sieht folgendermassen aus.

Tab. A2: Gesamtindex zur Gesundheit (alle Befragte)⁷⁴ (nur zuhause Lebende)

Gesamtindex zur Gesundheit resultierende Punkte	Prozentanteile (gewichtet)
15	4.4%
14	16.1%
13	30.3%
12	26.4%
11	14.1%
10	5.4%
9	2.1%
8	0.7%
7	0.3%
6	0.2%
5	0.0%
4	0.0%
3	0.0%
	100% (N=6'017'638)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

⁷⁴ Dieses Verfahren ergibt keine fehlenden Werte (Missings), weil überall dort, wo eine Person die Frage zu einer Beschwerde, Krankheit oder Operation nicht beantwortet hat, davon ausgegangen wird, dass das entsprechende auch nicht besteht (kein Abzug eines Punktes).

Anhang II: Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten (Konstruktion)

Unter Bezugnahme auf das Kapitel 3 des Themenmonitoring wird ein Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten gebildet. In diesen Index fliessen die verschiedenen in Kapitel 3 erfassten Dimensionen des Gesundheitsverhaltens ein. In Konstruktion des Index wird von einem Wert 0 ausgegangen und überall dort, wo eine befragte Person in einer bestimmten Hinsicht ein gesundheitsförderndes Verhalten zeigt, 1 Punkt dazu gezählt. Die verwendeten Kriterien respektive die möglichen zu addierenden Punkte sind in der nachstehenden Übersicht aufgeführt (Tab. A3). Gemäss den 8 Kriterien können maximal 8 Punkte erreicht werden.

Tab. A3: Zu addierende Punkten hinsichtlich Bildung eines Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten

addierte Punkte	Kapitel / Themenbereiche
	Kapitel 3.3: Körperliche Betätigung, Bewegung
+1	Summenindex der körperlichen Betätigungen ≥ 3 (eher viel Bewegung) (Schwitzen bei Arbeit / Schwitzen in Freizeit / ausser Atem kommen bei körperlichen Aktivitäten / tägliche Wegstrecken zu Fuss)
+1	Ja auf Frage: Betreiben Sie Gymnastik, Fitness oder Sport?
	Kapitel 3.2: Ernährung und Body Mass Index (BMI)
+1	Antwort auf Frage zu Ernährungsbewusstsein: "ja achte bei Ernährung auf etwas"
+1	BMI normal gewichtig ⁷⁵ ($20 \leq \text{BMI} \leq 26$)
	Kapitel 3.4: Gesundheitsschädigendes Verhalten: Rauchen und Alkohol
+1	NichtraucherIn, das heisst weder RaucherIn noch Ex-RaucherIn
+1	Alkoholkonsum: nie, abstinent oder höchstens ein Mal pro Tag Alkoholkonsum
	Kapitel 3.5: Soziale Ressourcen
+1	nicht alleinwohnend
+1	sich nie einsam fühlend

⁷⁵ BMI unter Bezugnahme auf Betagte, wo auch ein BMI von 25 oder 26 als normalgewichtig gilt.

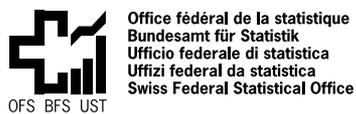
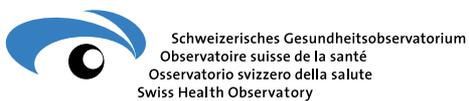
Die Verteilung der resultierenden Punkte über alle Befragten sieht folgendermassen aus (Tab. A4).

Tab. A4: Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten⁷⁶ (alle Befragte) (nur zuhause Lebende)

Gesamtindex zum Gesundheitsverhalten resultierende Punkte	Prozentanteile (gewichtet)
0	0.0%
1	0.4%
2	2.7%
3	9.4%
4	18.9%
5	24.9%
6	23.4%
7	15.5%
8	4.9%
	100% (N=6'017'638)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Zahlen)

⁷⁶ Dieses Verfahren ergibt keine fehlenden Werte (Missings), weil überall dort, wo eine Person die Frage zu einem gesundheitsfördernden Verhalten nicht beantwortet hat, davon ausgegangen wird, dass sie es auch nicht ausübt (keine Addierung eines Punktes).



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique.