

Andreas Mergenthaler

Die Entwicklung der gesunden Lebenserwartung im Alter.

Ein Kohortenvergleich auf der Grundlage des Deutschen Alterssurveys

Vor dem Hintergrund der stetigen Zunahme der ferneren Lebenserwartung alter Menschen drängt sich nicht nur aus Sicht der Betroffenen, sondern auch aus sozial- und gesundheitspolitischer Perspektive die Frage auf, in welchem gesundheitlichen Zustand die Senioren ihre hinzugewonnenen Lebensjahre verbringen. Nehmen mit steigender Lebenserwartung die Jahre der gesundheitlichen Einschränkungen, der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu („Expansionsthese“), oder ist im Gegenteil mit einer kontinuierlichen Verringerung der Krankheitslast auf eine immer kürzere Zeitspanne vor dem Tod zu rechnen („Kompressionsthese“)?

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, ob sich seit Mitte der 1990er Jahre eine Verlängerung der Lebensspanne beobachten lässt, die Senioren in Deutschland in einem subjektiv „guten“ gesundheitlichen Zustand erleben. Die Argumentation stützt sich auf eigene Auswertungen aktueller Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS), einer breit angelegten Längsschnittstudie der „zweiten Lebenshälfte“. Insgesamt zeigt die Untersuchung, dass es während der letzten Jahre zu keiner Kompression der subjektiven Krankheitslast bei den 70-Jährigen und Älteren kam. Vielmehr ist eine relative Konstanz der „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ festzustellen.

Hintergrund und Zielsetzung

Die fernere Lebenserwartung stieg in den letzten 130 Jahren bei alten und hochaltrigen Menschen beträchtlich. Nach der Sterbetafel der Jahre 2007/2009 konnte ein 65-jähriger Deutscher mit einer weiteren Lebenserwartung von rund 17 Jahren, eine 65-jährige Deutsche gar mit mehr als 20 weiteren Jahren rechnen (Statistisches Bundesamt 2009, S. 31)¹. Die heute 65-jährigen in der Bundesrepublik haben somit durchschnittlich noch fast ein Viertel ihres Lebens vor sich (Robert-Koch-Institut 2006, S. 15). Auch in Zukunft rechnen Demografen mit einer Zunahme der ferneren Lebenserwar-

tung der höchsten Altersgruppen, jedoch mit abnehmenden Zuwachsraten (Schimany 2003, S. 147). Die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder geht davon aus, dass bis zum Jahr 2060 die durchschnittliche Lebenserwartung für beide Geschlechter im Alter von 65 Jahren nochmals um mindestens 5 Jahre zunimmt (Statistisches Bundesamt 2009, S. 31).

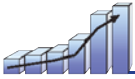
Wenn ein immer größerer Anteil der Menschen in der Bundesrepublik das hohe und höchste Lebensalter erreicht, stellt sich für eine wachsende Bevölkerungsgruppe die Frage, in welchem gesundheitlichen Zustand die hinzugewonnenen Lebensjahre im Alter verbracht werden können. In gesellschaftlicher Perspektive steht hier vor allem die Frage nach der zukünftigen Finanzierbarkeit des Gesundheits- und Pflegesystems und der Sicherstellung adäquater Vorsorge- und Versorgungsleistungen im Vordergrund. Neben einer Reihe weiterer Faktoren, wie beispielsweise technisch aufwändige Therapieverfahren, ist die zukünftige Entwicklung der Gesundheits- und Pflegekosten in hohem Maße abhängig vom Anteil der Jahre, die Menschen im Seniorenalter in guter Gesundheit erleben, im Verhältnis zu den insgesamt durch den Mortalitätsrückgang hinzugewonnenen Lebensjahren.

Die Entwicklung des Verhältnisses der durch den Sterblichkeitsrückgang hinzugewonnenen Lebenszeit, die alte Menschen im Zustand relativer Gesundheit und solcher, die sie in Krankheit und/oder körperlicher oder geistiger Behinderung verbringen, diskutierte die Forschung in den letzten Jahren kontrovers. Es lassen sich in diesem Zusammenhang zwei konkurrierende Hypothesen unterscheiden.

(1) Die These einer „Expansion der Morbidität“

Bei vielen Patienten im höheren Lebensalter sind multimorbide Krankheitsbilder zu beobachten. Fortschrittliche Behandlungsmethoden für einzelne spezielle Erkrankungen (wie z.B. Arteriosklerose) verlängern die Lebenserwartung eines älteren Menschen, ohne seine Gesundheit vollständig wiederherzustellen. Im Falle multimorbider Krankheitsbilder

¹ Im europäischen Vergleich nimmt die fernere Lebenserwartung der 65-jährigen Deutschen einen mittleren Rang ein. Unter den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU-27) schwankte die fernere Lebenserwartung der 65-jährigen Männer im Jahre 2009 um mehr als 5 Jahre. In Frankreich lebten die 65-jährigen Männer mit rund 19 Jahren durchschnittlich europaweit am längsten, in Lettland und Litauen mit etwas mehr als 13 Jahren am kürzesten. Bei den Frauen war die Spanne im EU-weiten Vergleich mit mehr als 6 Jahren noch größer. Auch hier konnten die französischen Frauen mit durchschnittlich 23 Jahren mit der höchsten ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren rechnen, während gleichaltrige Frauen in Bulgarien und Rumänien rund 17 weitere Jahre erwarten konnten (Eurostat 2011, S. 35).



ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass innerhalb eines relativ kurzen Zeitraumes weitere schwerwiegende und behandlungsbedürftige Erkrankungen auftreten, welche die Autonomie alter Menschen zusätzlich einschränken. Vertreter der Expansionsthese gehen demnach davon aus, dass der größte Teil der hinzugewonnenen Lebenszeit im höheren Alter mit chronischen Krankheiten einhergeht. Ähnlich argumentieren auch Vertreter der Medikalisierungsthese. Diese Hypothese stützt ihre Annahmen auf die Beobachtung, dass viele Erkrankungen nicht erst im höheren Lebensalter auftreten, sondern sich bereits in früheren Lebensabschnitten zu einem chronischen Verlauf verfestigten. Für chronisch Kranke folgt daraus, dass bei einem Anstieg der Lebenserwartung infolge des verringerten Sterblichkeitsrisikos die Dauer somatischer und psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter zunimmt (Schimany 2003, S. 413f.).

(2) Die These einer „Kompression der Morbidität“

Diese von James Fries Anfang der 1980er Jahre formulierte These geht davon aus, dass sich aufgrund verbesserter medizinischer und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen die Phase chronischer Krankheit im Alter zunehmend auf einen relativ geringen Zeitraum kurz vor dem Tod beschränkt. Das Alter, in dem chronische Alterserkrankungen erstmals auftreten, erhöht sich in diesem Modell schneller als die fernere Lebenserwartung (Fries 2005, S. 810). Die steigende Lebenserwartung geht somit einher mit einer Abnahme der Dauer der Krankheitsbelastung für ältere Menschen. Nach den Annahmen der Kompressionsthese könnten somit beispielsweise die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Zukunft sogar sinken (Breyer/Felder 2006, S. 180). Fries unterscheidet weiterhin zwischen einer absoluten und einer relativen Kompression der Morbidität. Erstere tritt auf, wenn altersspezifische Morbiditätsraten schneller zurückgehen als die altersspezifischen Sterberaten. Von letzterer spricht er, wenn zwar die absolute Zahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre ansteigt, jedoch der Anteil dieser Zeitspanne an der gesamten Lebensdauer zurückgeht (Fries 2005, S. 811; Doblhammer/Kytir 2001, S. 386).

Welcher dieser theoretischen Ansätze am ehesten geeignet ist, den typischen Verlauf der Morbidität im hohen Lebensalter in der Bundesrepublik Deutschland zu beschreiben, klären die Ergebnisse empirischer Untersuchungen bislang nicht abschließend (Mai 2003, S. 26). Gleichwohl sind empirische Evidenzen, welche die Annahmen der Expansionsthese untermauern, recht selten. Untersuchun-

gen, die in Deutschland beispielsweise mit den Daten des Mikrozensus durchgeführt wurden, sprechen für die Annahmen der Kompressionsthese (Breyer/Felder 2006, S. 180). Eine weitere Studie kommt für den speziellen Fall lebensbedrohlicher Krankheiten (z.B. Krebserkrankungen) auf der Basis verschiedener amtlicher Gesundheitsdaten zum Ergebnis, dass die Kompressionsthese für die Bundesrepublik Deutschland charakteristisch sei. Gleichwohl merkt die Autorin an, dass sich diese Befunde lediglich auf einen Ausschnitt des Krankheitsspektrums beziehen. Die zugrunde liegenden Daten liefern keine Angaben darüber, inwieweit die Jahre vor dem Tod durch multimorbide Zustände oder krankheitsfreie Lebensjahre gekennzeichnet waren (Kurth 2001, S. 815). Auch einige Befunde aus Österreich, Großbritannien und den Vereinigten Staaten sprechen für eine Kompression der Morbidität im höheren Lebensalter (Doblhammer/Kytir 2001, S. 390; Lloyd-Sherlock 2000, S. 889). Die Ergebnisse der internationalen Forschung variieren allerdings nach regionalem und zeitlichem Kontext sowie nach verwendetem Datenmaterial und benutzter Methode und sind teilweise sogar widersprüchlich. So zeigt eine Reihe von Studien auf der Grundlage nationaler und internationaler Mikrodaten eine Kompression während andere Untersuchungen eine Expansion der Morbidität bei älteren Menschen beobachten (Schulz/Leidl/König 2004, S. 69).

Das Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, zu klären, ob es in den letzten Jahren in der bundesdeutschen Bevölkerung im Rentenalter zu einer Zunahme der in subjektiv „guter“ Gesundheit verbrachten Lebensjahre kam. Dies würde auf eine Kompression der Morbidität im obigen Sinne hinweisen. Der Beitrag konzentriert sich auf eine Lebensphase, die vom Übergang alter Menschen in die Phase der Hochaltigkeit gekennzeichnet ist. Diese Lebensphase erfüllt bei vielen alternden Menschen die Funktion einer Scharnier- bzw. Übergangsphase, da sie unmittelbar die Chance alter Menschen beeinflusst, eine relativ selbständige Lebensführung („Selbstkompetenz“) im Altersverlauf fortzuführen, ohne in das „Fünfte Alter“ abzugleiten, das durch den gesundheitsbedingten Verlust von Selbstkompetenz und somit durch die Abhängigkeit von Dritten geprägt ist.

Datengrundlage und Methodik

Die Analysen basieren auf zwei Kohorten des Deutschen Alterssurveys (DEAS), der im Jahre 1996 im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersforschung (DZA) erstmals durchgeführt wurde. Der Alterssurvey stellt eine umfassende

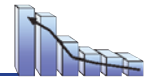


Tabelle 1: Merkmale der beiden ausgewählten Geburtskohorten² des Alterssurveys, Angaben in %

		Geburtskohorte 1911 bis 1926 (n=444)		Geburtskohorte 1917 bis 1932 (n=420)	
		1996	2002	2002	2008
Altersgruppen	70 bis 74 Jahre	66,7	0,0	59,3	0,0
	75 bis 79 Jahre	22,2	57,4	28,1	48,0
	80 bis 85 Jahre	11,1	42,6	12,7	52,0
Geschlecht	Männlich	39,0	39,0	33,7	33,7
	Weiblich	61,0	61,0	66,3	66,3
Familienstand	Verheiratet	60,1	48,7	49,7	43,7
	Geschieden	3,4	3,4	8,6	8,2
	Ledig	3,2	3,2	13,1	10,4
	Verwitwet	33,3	44,7	28,6	37,7
Wohnregion	Alte Bundesländer	82,4	82,4	79,1	79,1
	Neue Bundesländer	17,6	17,6	20,9	20,9

Quelle: Deutscher Alterssurvey (DEAS), Panel 1996 bis 2002 (Geburtskohorte 1911 bis 1926) und Panel 2002 bis 2008 (Geburtskohorte 1917 bis 1932), gewichtete Angaben; Auswertung und Darstellung: BiB

Diese beiden unabhängigen Panelstichproben dienen zur Untersuchung der Frage, ob sich die gesunde Lebenserwartung (healthy life expectancy) alternder Menschen in verschiedenen Geburtskohorten verändert hat. Da die Untersuchung insbesondere den Übergang vom chancenreichen „dritten Alter“ ins abhängige „vierte Alter“ im Blick hat, wurden Personen ausgewählt, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Erstbefragung zwischen 70 und 85 Jahren waren.³

Wie in Tabelle 1 ersichtlich, unterscheidet sich die Geburtskohorte 1917 bis 1932 in mehrerer Hinsicht von der Geburtskohorte 1911 bis 1926, die in den Jahren 1996 und 2002 be-

fragt wurde. So weist erstere einen höheren Anteil Hochaltiger auf. Zudem unterscheiden sich die Geschlechterproportionen dahingehend, dass die Geburtskohorte 1917 bis 1932 einen höheren Anteil weiblicher Befragter umfasst. Deutliche Unterschiede sind auch beim Familienstand zu beobachten, die teilweise durch die unterschiedliche Alterszusammensetzung der Kohorten bedingt sein dürften. So weist die Geburtskohorte 1917 bis 1932 einen weitaus geringeren Anteil verheirateter Personen auf. Diesem stehen mehr als doppelt so hohe Anteile bei den Geschiedenen und Ledigen gegenüber. Die Anteile von Befragten aus den alten bzw. neuen Bundesländern sind zwischen den Kohorten vergleichbar, wobei die Geburtskohorte 1917 bis 1932 einen leicht höheren Anteil von Befragten aus Ostdeutschland aufweist (Tabelle 1).

Um empirische Evidenzen für eine Kompression bzw. Expansion der Morbidität zu finden, entwickelten Forscher

² Die empirische Sozialforschung bezeichnet mit dem Begriff „Kohorte“ eine Anzahl von Personen, deren Lebenslauf ein bestimmtes, bei allen zum annähernd gleichen Zeitpunkt eingetretenes Ereignis kennzeichnet (Schnell/Hill/Esler 2005, S. 244). In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um die Geburtskohorten bzw. Geburtsjahrgänge 1911 bis 1926 und 1917 bis 1932.

³ Um die Unabhängigkeit der Studienkohorten zu gewährleisten, wurden diejenigen Befragten ausgeschlossen, die während aller drei Wellen des Alterssurveys befragt wurden (Panel 1996-2008).

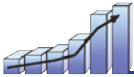


Tabelle 2: Fernere und gesunde Lebenserwartung der 70-Jährigen und Älteren im Kohortenvergleich

Altersgruppen	Geburtskohorte 1911 bis 1926			Geburtskohorte 1917 bis 1932		
	Fernere Lebenserwartung (in Jahren)	„Gute“ subjektive Gesundheit (in %)	Gesunde Lebenserwartung (in Jahren)	Fernere Lebenserwartung (in Jahren)	„Gute“ subjektive Gesundheit (in %)	Gesunde Lebenserwartung (in Jahren)
70 bis 74	12,0***	90,9	10,9	12,2***	87,6	10,7
75 bis 79	9,0***	88,9	8,0***	9,7***	90,7	8,9***
≥ 80	6,3*	83,6	5,3*	6,8*	75,4	5,1*

*: $\alpha < 5\%$, **: $\alpha < 1\%$, ***: $\alpha < 0,1\%$

Quelle: Deutscher Alterssurvey (DEAS), Panel 1996 bis 2002 (Geburtskohorte 1911 bis 1926) und Panel 2002 bis 2008 (Geburtskohorte 1917 bis 1932), gewichtete Angaben; Auswertung und Darstellung: BiB

Statistik des jeweiligen Jahres getrennt nach Lebensalter, Geschlecht sowie alten und neuen Bundesländern den Daten des DEAS hinzugefügt (Statistisches Bundesamt 2011, S. 232ff.). Diese Angaben wurden in einem zweiten Schritt mit den relativen Häufigkeiten einer „sehr guten“, „guten“ und „mittelmäßigen“ Einschätzung der eigenen Gesundheit pro Jahr und Altersgruppe gewichtet (Doblhammer/Kytir 2001, S. 386). Auf diese Weise lassen sich fernere Lebenserwartungen in vergleichsweise guter Gesundheit abschätzen. Falls die Anzahl der Jahre mit „gesunder Lebenserwartung“ in der Geburtskohorte 1917 bis 1932 generell höher ausfällt als in der Geburtskohorte 1911 bis 1926, kann dies als Hinweis auf eine

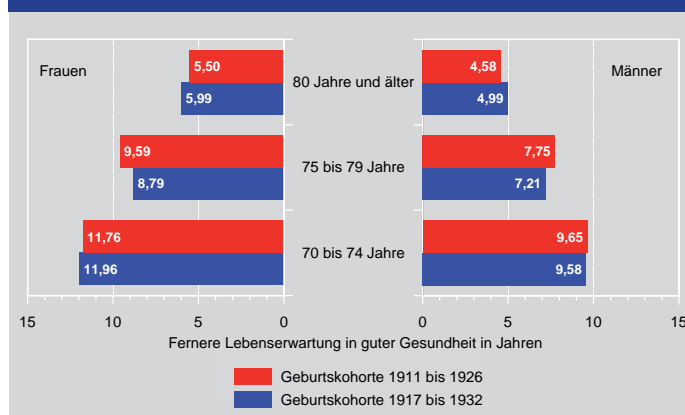
verschiedene Instrumente, welche die Sterblichkeits- und Krankheitsverhältnisse in einer Bevölkerung gleichzeitig abbilden. Die vorliegende Untersuchung bedient sich der „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ bzw. der „gesunden Lebenserwartung“ (healthy life expectancy), die Angaben zur Sterblichkeit der Befragten mit deren subjektiver Gesundheitseinschätzung kombiniert. Für die Berechnung der „gesunden Lebenserwartung“ wurde ein ähnliches Vorgehen gewählt, das bereits Doblhammer und Kytir (2001) verwendeten. Dabei wurden im ersten Schritt die Angaben zur ferneren Lebenserwartung aus den Sterbetafeln der amtlichen

Kompression der Morbidität interpretiert werden.

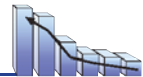
Entwicklung der gesunden Lebenserwartung (healthy life expectancy)

Die fernere Lebenserwartung der 70-Jährigen und Älteren nahm vor allem in den beiden höchsten Altersgruppen zu. So konnten die 75- bis 79-Jährigen der Geburtskohorte 1917 bis 1932 mit einer um 0,7 Jahre, die 80-Jährigen und älteren mit einer 0,5 Jahre höheren Lebenserwartung rechnen als die in den Jahren 1996 und 2002 6 Jahre früher geborenen Befragten (Tabelle 2). Dieser Trend zeigt sich jedoch nicht im Hinblick auf die Entwicklung der gesunden Lebenserwartung. So weisen die Angehörigen der Geburtskohorte 1911 bis 1926 in den Altersgruppen der 70- bis 74-Jährigen und der 80-Jährigen und Älteren sogar eine leicht höhere gesunde Lebenserwartung auf als Angehörige der Geburtskohorte 1917 bis 1932. Lediglich in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen können die in den Jahren 2002 und 2008 Befragten mit einer um rund ein Jahr höheren Lebenserwartung in guter Gesundheit rechnen (Tabelle 2). Wie aus Tabelle 1 hervorging, unterscheiden sich die beiden Geburtskohorten u.a. in den Anteilen von Männern und Frauen. Die folgenden Auswertungen gehen daher möglichen Unterschieden der gesunden Lebenserwartung nach der Geschlechtszugehörigkeit auf den Grund, die möglicherweise die in Tabelle 2 beobachteten Verteilungen erklären.

Abbildung 1: Entwicklung der gesunden Lebenserwartung (healthy life expectancy) älterer Menschen im Kohortenvergleich



Quelle: Deutscher Alterssurvey (DEAS), Panel 1996 bis 2002 (Geburtskohorte 1911 bis 1926) und Panel 2002 bis 2008 (Geburtskohorte 1917 bis 1932), gewichtete Angaben; Auswertung und grafische Darstellung: BiB



Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, zeigen Frauen in allen Altersgruppen und in beiden Geburtskohorten eine höhere gesunde Lebenserwartung als Männer. Diese geschlechtsbezogenen Disparitäten sind in der jüngsten Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen mit ungefähr 2 bis 2,5 Jahren am deutlichsten ausgeprägt. Mit zunehmendem Alter verringern sich die Geschlechterdifferenzen in beiden Geburtskohorten kontinuierlich. In der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren beträgt der Unterschied in beiden Kohorten lediglich rund ein Jahr. Im Kohortenvergleich sind die Unterschiede der gesunden Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern bei den 2002 und 2008 Befragten generell geringer ausgeprägt. Dies deutet darauf hin, dass sich die gesunde Lebenserwartung während der letzten Jahre in ähnlicher Weise zwischen Männern und Frauen annähert, wie dies bei der ferneren Lebenserwartung der Fall ist (Statistisches Bundesamt 2009, S. 31). Eine Ursache für diese Entwicklung ist möglicherweise das sich langsam wandelnde Gesundheitsverhalten der Männer hin zu einer gesundheitsbewussteren Lebensweise (Menning 2006, S. 6).

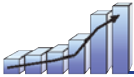
Hat sich die gesunde Lebenserwartung zwischen den beiden Geburtskohorten im Sinne der Kompressionsthese entwickelt? In der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen können jeweils die männlichen und die weiblichen Angehörigen beider Kohorten mit annähernd der gleichen Anzahl Lebensjahre in guter Gesundheit rechnen. In der nächst höheren Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen weist die Kohorte der 2002 und 2008 Befragten (Geburtskohorte 1917 bis 1932) unabhängig vom Geschlecht eine leicht höhere gesunde Lebenserwartung auf als die in den Jahren 1996 und 2002 Befragten (Geburtskohorte 1911 bis 1926). Dieses Verhältnis kehrt sich jedoch in der höchsten Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren zugunsten der Geburtskohorte 1911 bis 1926 um (Abbildung 1). Auch wenn man die Kohorten nach Männern und Frauen getrennt untersucht, so macht der Vergleich der beiden Kohorten deutlich, dass man auf der Grundlage des Alterssurveys nicht von einer Zunahme der gesunden Lebenserwartung im Sinne einer Kompression der Morbidität bei den über 70-Jährigen Männern und Frauen sprechen kann. Ebenso wenig trifft das Bild einer Expansion der Morbidität zu. Die vergleichende Darstellung beider Kohorten liefert keinen Hinweis auf einen systematischen Trend, der zu einer Zunahme der Jahre in guter Gesundheit bei der Geburtskohorte 1917 bis 1932 führt. Die gesunde Lebenserwartung ist im Kohortenvergleich vielmehr durch relative Konstanz gekennzeichnet.

Fazit

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, ob es seit Mitte der 1990er Jahre in der bundesdeutschen Bevölkerung der 70-Jährigen und Älteren zu einer Verlängerung der Lebenszeit in subjektiv „guter“ Gesundheit und somit zu einer Kompression der Morbidität gekommen ist. Die Datengrundlage bilden zwei Kohorten des Deutschen Alterssurveys (DEAS), die 1996 und 2002 bzw. 2002 und 2008 befragt wurden. Diese beiden Geburtskohorten umfassen die Jahrgänge 1911 bis 1926 sowie 1917 bis 1932. Der Vergleich dieser beiden Kohorten zeigt, dass es in den letzten Jahren in diesen Altersgruppen nicht zu einer generellen Zunahme der Jahre in als „gut“ eingeschätzter Gesundheit kam. Es ergibt sich vielmehr ein inkonsistentes Bild, das sich weder als systematischer Trend der Zu- noch der Abnahme der Lebenserwartung in guter Gesundheit zwischen den beiden Kohorten interpretieren lässt. Es kann daher von einer relativen Konstanz der „gesunden Lebenserwartung“ bei den 70-Jährigen und Älteren zwischen 1996 und 2008 ausgegangen werden.

Dieses Ergebnis widerspricht den eingangs aufgeführten Befunden derjenigen Studien, die eine Kompression der Morbidität für die bundesdeutsche Altenbevölkerung beobachteten. Es ist jedoch zu bedenken, dass die zeitliche Differenz zwischen den beiden Geburtskohorten im DEAS lediglich sechs Jahre beträgt. Es ist durchaus möglich, dass dieser Zeitraum zu kurz ist, um signifikante Änderungen der gesunden Lebenserwartung festzustellen.

Zudem ist der Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und dem Lebensalter keinesfalls stetig. So verschlechtert sich die subjektive Gesundheit mit zunehmendem Lebensalter nicht im gleichen Maße, wie „objektive“ (d.h. in aller Regel medizinisch diagnostizierte) Zustände, was in der Altersforschung auch als „Altersinvarianz-Paradox“ bezeichnet wird (Tesch-Römer/Wurm 2009, S. 14). Bisweilen fallen objektive Gesundheitszustände und deren subjektive Einschätzung sogar gänzlich auseinander. Dieses „Disability-Paradox“ bezeichnet den beispielsweise in klinischen Studien beobachteten Tatbestand, dass Patienten, die in Folge einer schwerwiegenden Erkrankung zwar mit funktionalen Einschränkungen zu leben hatten, ihre Gesundheit nicht notwendigerweise als „schlecht“, sondern in einigen Fällen sogar als „gut“ bzw. „sehr gut“ einstufen (vgl. Carr/Higginson 2001, S. 1358; Addington-Hall/Kalra 2001, S. 1418f.). Dem subjektiven Gesundheitszustand kommt daher als einzelner Indikator für eine Kompression der Morbi-



dität nur eine begrenzte Aussagekraft zu und sollte – falls es die Datenlage zulässt – um weitere Aspekte der funktionalen und „objektiven“ Gesundheit im Alter ergänzt werden.

Die Geburtskohorten unterscheiden sich zudem nach ihrer Verteilung innerhalb der verschiedenen Altersgruppen, den Anteilen von Männern und Frauen sowie dem Familienstand. Da die vorliegende Untersuchung nicht alle gesundheitsrelevanten Einflüsse kontrollierte, können Verzerrungen der Ergebnisse durch weitere solche Merkmale, wie beispielsweise das formelle Bildungsniveau oder den ehemaligen beruflichen Status, nicht ausgeschlossen werden. Hierzu wären aufwändigere statistische Analyseverfahren notwendig, die im Rahmen des vorliegenden Beitrages nicht umsetzbar sind. Gleichwohl bietet die Thematik an dieser Stelle Anknüpfungspunkte für weiterführende Analysen mit den Längsschnittdaten des DEAS.

Literatur

- Addington-Hall, Julia; Kalra, Lalit 2001: Who Should Measure Quality of Life?, in: *BMG*, Jg. 322, H. 7299, S. 1417-1420
- Breyer, Friedrich; Felder, Stefan 2006: Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying, in: *Health Policy*, 75, S. 178-186
- Carr, Alison J.; Higginson, Irene J. 2001: Are Quality of Life Measures Patient Centred?, in: *BMJ*, Jg. 322, H. 7298, S. 1357-1360
- Doblhammer, Gabriele; Kytir, Josef 2001: Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998, in: *Social Science & Medicine*, 52, S. 385-391
- Eurostat 2011: Demography report 2010 - Older, more numerous, and diverse Europeans, online unter (21.09.2011): <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=de&pubId=5936&type=2&furtherPubs=no>
- Fries, James F. 2005: The Compression of Morbidity, in: *The Milbank Quarterly*, Jg. 83, H. 4, S. 801-823
- Lloyd-Sherlock, Peter 2000: Population ageing in the developed and developing regions: implications for health policy, in: *Social Science & Medicine*, 51, S. 887-895
- Künemund, Harald 2005: Datengrundlage und Methoden, in: Kohli, Martin; Künemund, Harald (Hrsg.): *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 34-41
- Kurth, Bärbel-Maria 2001: Demografischer Wandel und Anforderungen an das Gesundheitswesen, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44, S. 813-823
- Mai, Ralf 2003: Die Alten der Zukunft. Eine bevölkerungsstatistische Datenanalyse, Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Band 32, Opladen: Leske + Budrich
- Menning, Sonja 2006: Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität im Alter, Report Altersdaten, Deutsches Zentrum für Altersfragen, online unter: <http://www.dza.de/gerostat/gerostat-aktuelle.html>
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) 2006: Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, online unter: http://www.rki.de/cln_049/nn_204568/DE/Content/GBE/GesundheitsberichterstattungGesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht.pdf
- Schimany, Peter 2003: Die Alterung der Gesellschaft. Ursachen und Folgen demographischen Umbruchs, Frankfurt am Main/New York: Campus
- Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke 2005: Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Aufl., München, Wien: Oldenbourg
- Schulz, Erika; Leidl, Reiner; König, Hans-Helmut 2004: The Impact of Ageing on Hospital Care and Long-term Care – the Example of Germany, in: *Health Policy* 67, S. 57-74
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2009: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, online unter (11.07.2011): http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebrochure__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2011: Periodensterbetafeln für Deutschland. Allgemeine Sterbetafeln, abgekürzte Sterbetafeln und Sterbetafeln, 1871/1881 bis 2007/2009, online unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/Periodensterbetafeln5126202099004,property=file.pdf>
- Tesch-Römer, Clemens; Wurm, Susanne 2009: Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter, in: Böhm, Katrin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin, S. 7-20