

Lausanne und Winterthur, Februar 2019

# Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz

Eine Studie basierend auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit

## Autorinnen und Autoren

Marc Höglinger, ZHAW-WIG / Simon Seiler, SHARE Schweiz/FORS

Franziska Ehrler, FORS

Jürgen Maurer, UNIL

## Reviewerinnen und Reviewer

Carmen Borrat-Besson, FORS

Klaus Eichler, ZHAW-WIG

Sarah Vilpert, FORS

Simon Wieser, ZHAW-WIG

  
UNIL | Université de Lausanne

  
FORS  
explore.understand.share.

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



# Inhaltsverzeichnis

RÉSUMÉ : « L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN SUISSE » .....	2
Question et aperçu .....	2
Approche méthodique.....	2
Résultats .....	3
ZUSAMMENFASSUNG.....	7
Fragestellung und Überblick .....	7
Methodisches Vorgehen .....	7
Resultate .....	8
1 EINLEITUNG .....	12
1.1 Ausgangslage und Zielsetzung.....	12
1.2 Fragestellungen.....	14
1.3 Methodisches Vorgehen und Datengrundlage.....	15
2 GESUNDHEITZUSTAND UND KRANKHEIT IM ALTER .....	18
2.1 Subjektive allgemeine Gesundheit und Schmerzen .....	18
2.2 Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten (NCDs).....	20
2.3 Auswirkungen von NCDs auf die subjektive Gesundheit und Schmerzen .....	26
2.4 Multimorbidität .....	29
2.5 Gesundheitliche Beschwerden und Einschränkungen .....	30
3 GESUNDHEITsverhalten UND -PRÄVENTION .....	33
3.1 Bewegung, Ernährung, Übergewicht .....	33
3.2 Suchtmittelkonsum .....	36
3.3 Soziale Aktivitäten.....	39
3.4 Inanspruchnahme von Unterstützung .....	40
4 LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSAUTONOMIE .....	43
4.1 Unterschiede zwischen Altersgruppen .....	45
4.2 Dimensionen der Lebensqualität .....	47
4.3 Unterschiede in der Lebensqualität und Alltagsautonomie mit und ohne NCD-Diagnose ...	48
4.4 Auswirkungen von NCDs auf Lebensqualität und Alltagsautonomie .....	50
5 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEITEN.....	56
5.1 Gesundheitszustand nach sozialen Gruppen.....	57
5.2 NCD-Prävalenzen nach sozialen Gruppen .....	60
5.3 Gesundheitsverhalten nach sozialen Gruppen.....	62
5.4 Lebensqualität und Alltagsautonomie nach sozialen Gruppen .....	72
5.5 Auswirkungen von NCDs auf Lebensqualität und Alltagsautonomie nach sozialen Gruppen (Verletzlichkeit).....	74
5.6 Gesundheitliche Ungleichheiten: Ein Überblick .....	77
6 FAZIT .....	79
7 BIBLIOGRAPHIE .....	82
8 ANHANG .....	86
8.1 Erfassung von Erkrankungen in SHARE .....	86
8.2 Einzelne gesundheitliche Einschränkungen.....	87

## RÉSUMÉ : « L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN SUISSE »

### QUESTION ET APERÇU

En 2016, 31% de la population suisse était âgée de 55 ans ou plus et la part des personnes âgées dans la population totale augmentera au cours des prochaines décennies (Bundesamt für Statistik 2016). Beaucoup de ces personnes âgées de 55 ans et plus ont encore une longue vie devant elles, puisque l'espérance de vie moyenne des femmes aujourd'hui âgées de 55 ans est de 32 ans, alors que celle des hommes est de 28 ans (Bundesamt für Statistik 2018). Heureusement, près de trois quarts de cette population âgée en Suisse estiment que leur état de santé est bon, voire très bon (Ehrler et al. 2016, p. 154f). Dans le même temps, environ la moitié des personnes âgées de 55 ans et plus et les deux tiers de celles âgées de 75 ans et plus vivent avec au moins une maladie chronique. Les maladies chroniques non transmissibles (MNT) sont des maladies qui ne sont pas contagieuses et qui présentent habituellement une évolution lente et chronique. Les groupes de maladies les plus importants (BAG/CDS 2016, p. 60) sont les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques (asthme, MPOC) et les maladies de l'appareil locomoteur (arthrose, ostéoporose, arthrite). À ces groupes s'ajoutent les maladies mentales, en particulier la dépression. Avec l'allongement de l'espérance de vie, la prévalence des maladies chroniques dans la population augmentera également, car beaucoup sont le résultat de changements physiologiques liés à l'âge et de l'accumulation des risques au cours de la vie. Cependant, selon le concept Healthy Ageing de l'OMS, le « vieillissement en bonne santé » représente bien plus que l'absence de maladie (WHO 2015). C'est pourquoi le présent rapport ne se limite pas uniquement à l'analyse des MNT, mais accorde également une attention particulière à la qualité de vie et la capacité à exercer de façon autonome les activités du quotidien.

L'objectif de cette étude est d'examiner l'état de santé ressenti, la qualité de vie et l'autonomie dans les activités du quotidien, la prévalence des MNT et l'influence des MNT sur l'état de santé ressenti de la population suisse âgée de 55 ans et plus. Les comportements en matière de santé de la population âgée sont également pris en compte, car l'exercice physique et une alimentation saine contribuent de manière importante à la prévention des MNT. Un examen détaillé des inégalités en matière de santé liées au revenu, au niveau d'éducation, à la migration et à la composition des ménages conclut le rapport.

### APPROCHE MÉTHODIQUE

Pour analyser l'état de santé de la population de 55 ans et plus en Suisse, nous utilisons les données de l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE). SHARE couvre un large éventail thématique. Elle permet non seulement d'analyser de manière longitudinale et individuelle l'état de santé des répondants, mais aussi d'examiner de façon détaillée les aspects sociodémographiques,

économiques et sociaux. Certaines limites s'imposent néanmoins en raison du biais de sélection typique des données d'enquête. Nous savons, en effet, que les personnes malades ou gravement malades sont nettement moins enclines à participer à une enquête. Comme les personnes en très mauvaise santé sont exclues des analyses, l'état de santé de la population tend à être surestimé et la prévalence des maladies, en particulier les maladies graves, à être sous-estimée.

## RÉSULTATS

### L'ÉTAT DE SANTÉ ET LA MALADIE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

La majorité des personnes âgées de 55 ans et plus décrivent leur état de santé comme bon, très bon ou excellent, et affirment, pour la plupart, ne pas avoir de douleur. Avec l'âge, la proportion de personnes en bonne santé diminue, en toute logique, et la proportion de personnes en mauvaise santé augmente fortement. Néanmoins, même chez les personnes très âgées (83-89 ans), les deux tiers estiment encore que leur état de santé est bon. Dans les groupes plus âgés, davantage de femmes que d'hommes déclarent que leur état de santé se détériore.

Malgré ces autoévaluations encourageantes de l'état de santé général, les MNT sont très répandues chez les personnes âgées. Dans le groupe des 55-61 ans, 38% souffrent actuellement d'une maladie chronique, une proportion qui augmente avec l'âge et atteint 70% chez les personnes très âgées (83-89 ans). Environ la moitié de ces malades chroniques très âgés souffrent, par ailleurs, de plusieurs MNT et donc de multimorbidité. À cet égard, on peut considérer qu'il est « normal » de vivre avec une (ou plusieurs) maladie(s) à cet âge. Les MNT les plus courantes sont les maladies de l'appareil locomoteur et la dépression, qui touchent actuellement environ un cinquième des personnes âgées de 55 ans et plus. Bien que les femmes soient plus fréquemment touchées par ces deux maladies que les hommes, une tendance inverse peut être observée pour les autres MNT courantes : les hommes âgés sont plus souvent atteints de maladies cardiovasculaires, de cancer et de diabète que les femmes.

Selon nos analyses, les maladies de l'appareil locomoteur ainsi que le cancer et la dépression, en particulier, sont souvent associés à des douleurs. Le cancer et la dépression sont aussi les maladies qui sont le plus fortement associées à une mauvaise santé autodéclarée. Cependant, une proportion considérable des malades chroniques décrit son état de santé comme bon ou très bon et sans douleur. Cela montre qu'une maladie chronique ne s'accompagne pas nécessairement de troubles majeurs, et que d'autres facteurs ont également une forte influence sur l'état de santé perçu.

Les personnes âgées sont souvent touchées par des troubles tels qu'une réduction de la force physique et de la mobilité, une diminution des capacités cognitives ou une baisse de la vision et de l'audition. Ces troubles déterminent dans une large mesure si les personnes âgées peuvent mener leurs activités quotidiennes normalement, avec des restrictions ou si elles n'en

sont plus du tout capables. Par exemple, les chutes sont assez fréquentes à partir de 69 ans chez les femmes et à partir de 76 ans chez les hommes (environ 10%), et la peur de tomber est également très répandue dans ces groupes d'âge. Les troubles du sommeil (39% des femmes, 25% des hommes) et les difficultés auditives (8% des femmes, 14% des hommes) sont également très fréquents. En outre, les personnes très âgées en particulier sont de plus en plus restreintes dans certaines activités quotidiennes.

## COMPORTEMENT DE SANTÉ ET PRÉVENTION

Un mode de vie sain peut aider grandement à prévenir ou retarder l'apparition d'une maladie chronique. En particulier, l'activité physique, l'alimentation, la consommation d'alcool et de tabac sont directement liées à un certain nombre de MNT, comme les maladies cardiovasculaires et le diabète. Selon les données de SHARE, la majorité de la population âgée de 55 ans et plus est physiquement active ou au moins modérément active. Seuls 14% des répondants ne sont pas très actifs, une proportion qui varie considérablement selon le groupe d'âge et le sexe. Chez les personnes très âgées, environ 31% des femmes et 18% des hommes sont peu actifs. La grande majorité (79% des hommes et 91% des femmes) consomment également des fruits ou des légumes tous les jours, ce qui est un indicateur d'alimentation saine. Néanmoins, l'obésité est un problème courant chez les personnes âgées. Environ la moitié des femmes et près de deux tiers des hommes âgés de 55 ans et plus ont un excès de poids. 14% souffrent même d'un surpoids très sévère (obésité), autant chez les femmes que chez les hommes. Les chiffres relatifs à la surcharge pondérale et au nombre de personnes touchées par l'obésité demeurent relativement constants dans tous les groupes d'âge.

La consommation d'alcool et le tabagisme sont des facteurs de risque très répandus et très importants pour les MNT. Au total, 22% des personnes âgées de 55 ans et plus fument, 30% ont fumé plus jeunes mais ont arrêté depuis, et 48% n'ont jamais fumé de leur vie. Dans la cohorte des 55-61 ans, le même nombre de femmes que d'hommes fument. Toutefois, si la proportion d'hommes fumeurs et non-fumeurs est relativement constante dans tous les groupes d'âge, on observe une nette tendance chez les femmes : chez les personnes plus âgées, la proportion de fumeuses et d'ex-fumeuses est nettement plus faible. La consommation problématique d'alcool, c'est-à-dire la consommation de six unités d'alcool ou plus en une même occasion, est également fortement répandue dans tous les groupes d'âge étudiés : par exemple, 15% des femmes et 29% des hommes de 55 ans et plus déclarent consommer occasionnellement une quantité problématique d'alcool. Environ 6% des femmes et 10% des hommes rapportent même une consommation problématique d'alcool à un rythme hebdomadaire. Une proportion qui reste pratiquement inchangée d'un groupe d'âge à l'autre, même chez les personnes très âgées (83-89 ans).

Les activités sociales telles que le bénévolat, la participation à un club, les jeux de société ou la formation continue ont une influence positive sur l'état de santé et peuvent être considérées comme un facteur de prévention indépendant contre diverses maladies. Environ les trois quarts de la population âgée de 55 ans et plus ont exercé au moins une activité sociale

dans l'année précédant l'enquête. Si cette proportion diminue dans les groupes plus âgés, elle reste néanmoins assez élevée, dans la mesure où environ la moitié des 83-89 ans exercent encore une telle activité sociale.

L'aide et les soins axés sur les besoins des personnes vulnérables sont essentiels au maintien de leur qualité de vie. En particulier dans les groupes d'âge de 76 ans et plus, la proportion du soutien formel est en augmentation et croît à nouveau fortement dans le groupe d'âge de 83 à 89 ans. Il est également frappant de constater qu'une proportion considérable de personnes très âgées ne demandent pas d'aide formelle ou informelle. Il existe des différences évidentes entre les sexes à cet égard : les femmes très âgées (62%) sont beaucoup plus susceptibles que les hommes (44%) de demander une aide formelle ou informelle. Une autre constatation digne de mention est qu'environ un tiers des personnes ayant une limitation fonctionnelle ne demandent pas d'aide.

#### QUALITÉ DE VIE ET AUTONOMIE DANS LES ACTIVITÉS DU QUOTIDIEN

Le maintien de la meilleure qualité de vie et de la plus grande autonomie possibles, c'est-à-dire la capacité à faire face à la vie quotidienne et à participer à la vie sociale, est au cœur des efforts visant à fournir des soins de santé efficaces. Si les gens souffrent de maladies chroniques, il est important de les aider à faire face à ces maladies et renforcer leurs capacités d'adaptation. Outre des soins de santé adéquats, des facteurs sociaux tels que le réseau social, les ressources financières et le niveau d'éducation jouent un rôle important.

Comme d'autres études le montrent également, la qualité de vie ne diminue pas de manière continue avec l'âge. Bien au contraire : le groupe des 62-68 ans a une qualité de vie légèrement supérieure à celle des 55-61 ans, même si la qualité de vie diminue un peu plus tard, un peu plus tôt et plus rapidement chez les femmes que chez les hommes. Par rapport à la qualité de vie, l'autonomie dans les activités du quotidien est sujette à des changements plus importants avec l'âge. Dans les groupes d'âge plus jeunes, environ 70% des répondants ont déclaré que leur santé ne les restreignait aucunement dans leurs activités quotidiennes. Cependant, cette proportion diminue continuellement avec l'âge et ne s'élève plus qu'à 42% des femmes et 48% des hommes chez les 83-89 ans. Comme pour la qualité de vie, l'évaluation de l'autonomie dans les activités quotidiennes des femmes est légèrement inférieure à celle des hommes. Cela correspond au fait que les femmes estiment globalement leur état de santé général ainsi que leur niveau de douleur moins bons que ceux des hommes.

En règle générale, les MNT ont un impact négatif sur la qualité de vie et l'autonomie dans les activités du quotidien des personnes concernées. Les troubles et handicaps physiques, la douleur et le stress psychologique réduisent plus ou moins la qualité de vie et limitent l'autonomie. Selon la maladie et son évolution, cette réduction peut n'être que temporaire ou elle peut être permanente et augmenter avec le temps.

Les analyses, que nous avons effectuées sur la base des répondants de l'enquête SHARE, montrent effectivement qu'un diagnostic de MNT diminue (légèrement) la qualité de vie et significativement l'autonomie dans les activités du quotidien. L'ampleur de ce changement

est néanmoins plus faible que ce qui est généralement attendu. Plusieurs raisons peuvent être invoquées, dont en premier lieu la qualité de la prise en charge. Si les patients bénéficient de thérapies efficaces et d'une bonne prise en charge, les maladies chroniques n'ont souvent pas ou peu d'impact sur la qualité de vie et l'autonomie dans les activités du quotidien. En deuxième lieu, il est important de noter que les résultats se basent sur des valeurs moyennes de qualité de vie et d'autonomie. Or, une moyenne ne reflète que peu la disparité des situations et ne donne donc qu'un aperçu limité de la souffrance des personnes concernées. Il ne faut, en effet, pas oublier que les MNT telles que le cancer ou les maladies cardiovasculaires progressent de façon très hétérogène. Et dans certains cas, elles entraînent une détérioration rapide de l'état de santé pouvant aller jusqu'au décès prématuré. Et finalement, il est important de souligner à nouveau que les analyses, reposant sur des données d'enquête, tendent à sous-estimer les incidences néfastes des maladies en raison des effets de sélection mentionnés ci-dessus.

## INÉGALITÉS DE SANTÉ

La possibilité de vieillir en bonne santé et avec une qualité de vie élevée dépend non seulement des conditions physiques, mais aussi de diverses ressources matérielles et sociales, qui sont inégalement réparties dans la population. Nos résultats montrent que des dimensions tels que le revenu, le niveau d'éducation, le fait d'être issu de la migration et la composition du ménage (le fait de vivre seul versus en famille ou en couple) sont liés à l'état de santé, la douleur, la prévalence des MNT, le degré d'autonomie dans les activités du quotidien et la qualité de vie. Le niveau d'éducation est, par exemple, lié à presque tous ces aspects et pour certains aspects de manière extrêmement claire. La plupart des analyses révèlent également des différences selon le revenu, quoique dans une moindre mesure et souvent seulement entre les faibles revenus et le reste de la population âgée, mais pas entre les revenus moyens et élevés. Le fait d'être issu de la migration et la composition du ménage ont également un impact sur l'état de santé perçu et sur certains comportements en matière de santé. A ce propos, les résultats liés à la composition du ménage montrent clairement que le « vieillissement en bonne santé » ne dépend pas uniquement de la présence ou de l'absence de maladie. En effet, les personnes vivant seules indiquent systématiquement avoir une moins bonne santé, plus de douleur, une moins bonne qualité de vie et rapportent davantage de restrictions liées à la santé dans leur vie quotidienne que les personnes vivant avec quelqu'un, alors que la prévalence des MNT et les comportements en matière de santé sont similaires dans ces deux groupes. De toute évidence, les personnes vivant seules, l'environnement social et la société dans son ensemble ne parviennent pas toujours à compenser les ressources sociales manquant dans le ménage pour maintenir une qualité de vie élevée.

# ZUSAMMENFASSUNG

## FRAGESTELLUNG UND ÜBERBLICK

31% der Schweizer Bevölkerung waren im Jahr 2016 55 Jahre alt oder älter und der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wird über die kommenden Jahrzehnte noch weiter ansteigen (Bundesamt für Statistik 2016). Vielen dieser Personen ab 55 Jahren steht noch ein langes Leben bevor, denn die durchschnittliche Lebenserwartung von heute 55-jährigen Frauen beträgt im Durchschnitt noch 32 Jahre, jene von Männern 28 Jahre (Bundesamt für Statistik 2018). Erfreulicherweise schätzen rund drei Viertel dieser älteren Bevölkerung in der Schweiz ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein (Ehrler et al. 2016, S. 154f). Gleichzeitig leben aber rund die Hälfte der Personen ab 55 Jahren und zwei Drittel der Personen ab 75 Jahren mit mindestens einer chronischen Krankheit. Chronische, nichtübertragbare Krankheiten (kurz NCDs, von «Non-Communicable Diseases») sind Krankheiten, die nicht ansteckend sind und in der Regel einen langfristigen, chronischen Verlauf zeigen. Die bedeutendsten Krankheitsgruppen (BAG/GDK 2016, S. 60) darunter sind Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (Arthrose, Osteoporose, Arthritis). Hinzu kommen psychische Erkrankungen, insbesondere Depression. Mit der steigenden Lebenserwartung nimmt auch die Verbreitung chronischer Krankheiten in der Bevölkerung zu, denn viele sind das Ergebnis altersphysiologischer Veränderungen und der Kumulation von Risiken über den Lebensverlauf. Gemäss dem Healthy Aging-Konzept der WHO hängt ein «gesundes Altern» jedoch nicht ausschliesslich von der Abwesenheit von Erkrankungen ab (WHO 2015). Entsprechend legt dieser Bericht neben den NCDs einen besonderen Fokus auf die Lebensqualität und Alltagsautonomie.

Ziel dieser Studie ist es, für die ältere Schweizer Bevölkerung ab 55 Jahren den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und Alltagsautonomie, die Prävalenz von NCDs sowie den Einfluss von NCDs auf den Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe zu untersuchen. Weiter wird das Gesundheitsverhalten der älteren Bevölkerung betrachtet, denn Bewegung und gesunde Ernährung leisten einen wichtigen Beitrag zur Prävention von NCDs. Einen detaillierten Blick auf gesundheitliche Ungleichheiten runden den Bericht ab, wobei Unterschiede entlang den soziodemografischen Faktoren Einkommen, Bildungsniveau, Migration und Haushaltssituation untersucht werden.

## METHODISCHES VORGEHEN

Zur Analyse des Gesundheitszustands der Bevölkerung ab 55 Jahren in der Schweiz analysieren wir die thematisch breiten Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Mit SHARE sind individuelle Längsschnittdaten zum Gesundheitszustand der Befragten sowie detaillierte demographische, sozioökonomische und soziale Aspekte analysierbar. Gewisse Einschränkungen ergeben sich durch die allen befragungsbasierten



Analysen zur Gesundheit gemeine Selektivität der Befragten: kranke bzw. schwerkranke Personen nehmen mit einer deutlich tieferen Wahrscheinlichkeit an einer Befragung teil. Weil dadurch Personen mit sehr schlechtem Gesundheitszustand aus der Analyse fallen, wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung tendenziell über- und die Prävalenzen insbesondere schwerer Krankheiten unterschätzt.

## RESULTATE

### GESUNDHEITZUSTAND UND KRANKHEIT IM ALTER

Personen im Alter von 55 Jahren und mehr beschreiben ihre allgemeine Gesundheit mehrheitlich als gut, sehr gut oder ausgezeichnet und sind zumeist weitgehend schmerzfrei. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen mit mindestens guter subjektiver Gesundheit erwartungsgemäss ab und der Anteil der Personen mit schlechter Gesundheit stark zu. Dennoch sind auch in der Gruppe der Hochaltrigen (83 bis 89 Jahre) noch zwei Drittel der Ansicht, dass ihre Gesundheit mindestens gut ist. In den höheren Altersgruppen geben Frauen im Vergleich zu Männern eine zunehmend schlechtere Gesundheit an.

Trotz dieser erfreulichen Selbsteinschätzungen zur allgemeinen Gesundheit sind NCDs in der älteren Bevölkerung weit verbreitet. In der Gruppe der 55- bis 61-Jährigen leiden 38% aktuell an einer chronischen Erkrankung, ein Anteil, der über die Altersgruppen zunimmt und bei den Hochaltrigen (83 bis 89 Jahre) 70% erreicht. Rund die Hälfte dieser hochaltrigen chronisch Kranken leidet zudem an mehr als einer NCD und damit an Multimorbidität. Das Leben mit einer (oder mehreren) Erkrankung ist in diesem Sinne der Normalfall im Alter. Die am meisten verbreiteten NCDs sind Erkrankungen des Bewegungsapparats und Depression, an denen rund ein Fünftel der 55-Jährigen und Älteren aktuell leiden. Während Frauen von diesen beiden Erkrankungen deutlich häufiger als Männer betroffen sind, zeigt sich für die weiteren häufig verbreiteten NCDs ein umgekehrtes Muster: Ältere Männer sind häufiger als Frauen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, von Krebs und von Diabetes betroffen.

Gemäss unseren Analysen sind Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie Krebs und Depression besonders häufig mit Schmerzen verbunden. Krebs und Depression zeigen auch den stärksten Zusammenhang mit einer schlechten selbstberichteten Gesundheit. Allerdings bezeichnet auch ein beträchtlicher Anteil der chronisch Kranken ihre Gesundheit als gut oder sehr gut und ist schmerzfrei. Dies zeigt, dass eine chronische Erkrankung nicht zwingend mit grösseren gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen muss – und auch andere Faktoren den Gesundheitszustand stark beeinflussen.

Ältere Personen sind oft von Beschwerden wie verminderter Kraft und Beweglichkeit, Abnahme der kognitiven Fähigkeiten oder einer Verminderung des Seh- und Hörvermögens betroffen. Solche Beschwerden bestimmen zu einem grossen Teil, ob Alltagsaktivitäten normal, nur mit Einschränkungen oder gar nicht mehr ausgeführt werden können. So sind Stürze bei Frauen ab 69 sowie bei Männern ab 76 mit rund 10% recht häufig – und auch die

Angst vor einem Sturz ist in diesen Altersgruppen weit verbreitet. Ebenfalls stark verbreitet sind Schlafstörungen (39% der Frauen, 25% der Männer) und Hörschwierigkeiten (Frauen 8%, Männer 14%). Zudem sind insbesondere Hochaltrige zunehmend in gewissen Alltagsaktivitäten eingeschränkt.

## GESUNDHEITSVERHALTEN UND -PRÄVENTION

Eine gesunde Lebensweise kann wesentlich zur Verhinderung oder Verzögerung einer chronischen Erkrankung beitragen. So steht insbesondere das Bewegungsverhalten, die Ernährung sowie der Alkohol- und Tabakkonsum in direktem Zusammenhang mit einer Reihe von NCDs, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Gemäss den SHARE-Daten ist die ältere Bevölkerung ab 55 Jahren mehrheitlich körperlich aktiv oder zumindest moderat aktiv. Nur 14% sind wenig aktiv – ein Anteil, der sich allerdings in den verschiedenen Altersgruppen und zwischen den Geschlechtern stark unterscheidet. Bei den Hochaltrigen sind etwa 31% der Frauen und 18% der Männer wenig aktiv. Auch nimmt die grosse Mehrheit (79% der Männer, 91% der Frauen) täglich Früchte oder Gemüse zu sich, ein Indikator für gesunde Ernährung. Trotzdem stellt Übergewicht ein verbreitetes Problem in der älteren Bevölkerung dar. Rund die Hälfte der Frauen und beinahe zwei Drittel der Männer ab 55 Jahren sind mindestens übergewichtig. 14% leiden zudem unter sehr starkem Übergewicht (Adipositas), gleich viele Frauen wie Männer. Übergewicht und die Zahl der Adipositasbetroffenen bleiben über alle Altersgruppen hinweg relativ konstant.

Alkoholkonsum und Rauchen sind weitverbreitete und sehr bedeutende Risikofaktoren für NCDs. Insgesamt 22% der Bevölkerung ab 55 Jahren rauchen, 30% haben früher geraucht aber mittlerweile aufgehört, und 48% haben nie in ihrem Leben geraucht. In der Kohorte der 55- bis 61-Jährigen rauchen gleich viele Frauen wie Männer. Während aber bei den Männern der Anteil der Raucher und Nichtraucher über alle Altersgruppen hinweg relativ konstant ist, zeigt sich bei den Frauen ein klarer Trend: Mit steigendem Alter sinkt der Anteil der Raucherinnen und der Ex-Raucherinnen stark. Problematischer Alkoholkonsum, der Konsum von sechs oder mehr Einheiten Alkohol bei einer einzigen Gelegenheit, ist bei allen untersuchten Altersgruppen ähnlich stark verbreitet: So geben 15% der Frauen und 29% der Männer ab 55 Jahren gelegentlichen problematischen Alkoholkonsum an. Rund 6% der Frauen und 10% der Männer geben gar wöchentlichen problematischen Alkoholkonsum an. Ein Anteil, der über die Altersgruppen hinweg praktisch unverändert bleibt, selbst bei den Hochaltrigen (83- bis 89).

Soziale Aktivitäten wie eine ehrenamtliche Tätigkeit, Teilnahme in einem Verein, Gesellschaftsspiele oder eine Weiterbildung haben einen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand und können als eigenständiger Präventionsfaktor gegen diverse Erkrankungen betrachtet werden. Rund drei Viertel der Bevölkerung ab 55 Jahren sind im Jahr vor der Befragung mindestens einer sozialen Aktivität nachgegangen. Dieser Anteil nimmt allerdings bei den höheren Altersgruppen ab. Dennoch hat noch rund die Hälfte der 83-89-Jährigen eine solche soziale Aktivität ausgeübt.

Bedarfsgerechte Hilfe und Pflege für Unterstützungsbedürftige ist essentiell für die Erhaltung der Lebensqualität. Insbesondere in den Altersgruppen ab 76 Jahren nimmt der Anteil der formellen Unterstützung zu und steigt in der Altersgruppe der 83- bis 89-Jährigen noch einmal stark an. Auffallend ist aber auch, dass ein beträchtlicher Teil der Hochaltrigen weder informelle noch formelle Hilfe in Anspruch nimmt. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich diesbezüglich deutliche Unterschiede: hochaltrige Frauen nehmen mit 62% deutlich häufiger formelle oder informelle Hilfe in Anspruch als Männer mit 44%. Bemerkenswert ist zudem der Befund, dass von den Personen mit Einschränkungen rund ein Drittel keine Hilfe in Anspruch nimmt.

## LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSAUTONOMIE

Die Erhaltung einer möglichst hohen Lebensqualität und Alltagsautonomie, d.h. die Fähigkeit, den Alltag zu meistern und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, steht im Zentrum der Bemühungen für eine wirksame Gesundheitsversorgung. Leiden Menschen an chronischen Erkrankungen, müssen sie im Umgang mit diesen Erkrankungen unterstützt und ihre Coping-Fähigkeiten gestärkt werden. Dabei spielen neben der adäquaten Gesundheitsversorgung auch soziale Faktoren wie das Beziehungsnetz, finanzielle Ressourcen oder das Bildungsniveau eine wichtige Rolle.

Die Lebensqualität nimmt, wie auch andere Studien zeigen, mit steigendem Alter keineswegs stetig ab. Im Gegenteil: Die Gruppe der 62- bis 68-Jährigen weist eine leicht höhere Lebensqualität auf als die 55- bis 61-Jährigen, auch wenn die Lebensqualität danach wieder etwas abnimmt, bei den Frauen etwas früher und schneller als bei den Männern. Die Alltagsautonomie ist im Vergleich zur Lebensqualität stärkeren Veränderungen über das Alter unterworfen. Bei den jüngeren Altersgruppen sagen rund 70% der Befragten, sie hätten keine gesundheitlichen Einschränkungen in ihren Alltagsaktivitäten. Dieser Anteil sinkt dann allerdings mit zunehmendem Alter stetig und liegt bei den 83- bis 89-Jährigen bei nur noch 42% der Frauen und 48% der Männer. Wie bei der Lebensqualität zeigt sich auch bei der Alltagsautonomie eine leicht schlechtere Einschätzung der Frauen relativ zu den Männern. Das passt zum Befund, dass Frauen sowohl ihre allgemeine Gesundheit, als auch die Schmerzbelastung im Durchschnitt als schlechter einschätzen als Männer.

NCDs haben in aller Regel negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Alltagsautonomie der Betroffenen. Körperliche Beschwerden und Einschränkungen, Schmerzen sowie etwaige psychische Belastungen vermindern in einem mehr oder weniger grossen Ausmass die Lebensqualität und schränken die Alltagsautonomie ein. Diese Verminderung ist – je nach Krankheit und Krankheitsverlauf – nur temporär oder aber dauerhaft und über die Zeit zunehmend. Unsere Analysen zeigen denn auch, dass eine NCD-Diagnose für die Betroffenen sowohl mit einer im Durchschnitt (leicht) verminderter Lebensqualität als auch einer deutlich tieferen Alltagsautonomie einhergeht im Vergleich zu Personen ohne NCDs.

Das Ausmass dieser Veränderung ist bei den analysierten SHARE-Befragten eher kleiner als erwartet. Dies dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass chronische Erkrankungen heute dank wirksamer Therapien bei gutem Krankheitsmanagement oft auch langfristig zu keiner oder einer nur geringen Verminderung der Lebensqualität und Alltagsautonomie führen. Trotzdem gilt es nicht zu übersehen, dass für einen gewissen Teil der Patientinnen und Patienten eine NCD zu einer rapide zunehmenden Zustandsverschlechterung bis hin zum verfrühten Tod führen kann. Krankheitsverläufe sind, z.B. bei Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sehr heterogen, und Mittelwerte der Lebensqualität und Alltagsautonomie geben deshalb nur eine beschränkte Einsicht in das Leiden der Betroffenen. Auf Befragungsdaten basierende Analysen unterschätzen zudem aufgrund der oben erwähnten möglichen Selektionseffekte tendenziell die adversen Auswirkungen von Erkrankungen.

#### GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEITEN

Die Chance, den Lebensabend gesund und mit einer hohen Lebensqualität verbringen zu können, hängt nicht nur von individuellen körperlichen Voraussetzungen ab, sondern auch von diversen materiellen und sozialen Ressourcen, mit denen Menschen ungleich ausgestattet sind. Unsere Resultate zeigen, dass vielfältige Unterschiede entlang der Merkmale Einkommen, Bildungsniveau, Migration und Alleinleben bestehen: Unterschiede gibt es bezüglich der allgemeinen subjektiven Gesundheit, Schmerzen, NCD-Prävalenzen, Alltagsautonomie und Lebensqualität. Insbesondere Unterschiede zwischen verschiedenen Bildungsniveaus zeigen sich in fast allen diesen Bereichen – zum Teil äusserst deutlich. Unterschiede nach Einkommenskategorien zeigen sich ebenfalls in den meisten Analysen, wenn auch tendenziell weniger ausgeprägt und oft nur zwischen den tiefen Einkommen und dem Rest der älteren Bevölkerung, nicht aber zwischen mittleren und hohen Einkommen. Bezüglich Migration und Alleinleben zeigen sich Unterschiede beim Gesundheitszustand und für einzelne Aspekte des Gesundheitsverhaltens. Der Blick auf das Alleinleben verdeutlicht, dass das (Nicht-)Vorhandensein von Erkrankungen nur ein Teilaspekt eines «gesunden Alterns» ist. Während für alleinlebende Personen ähnliche NCD-Prävalenzen und ein ähnliches Gesundheitsverhalten konstatiert werden kann wie für Personen, die mit jemandem zusammenleben, schätzen Alleinlebende ihre Gesundheit systematisch schlechter ein, haben häufiger Schmerzen und berichten eine tiefere Lebensqualität und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen im Alltag. Offenbar gelingt es den Alleinlebenden selbst, dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft insgesamt nicht immer, die im Haushalt fehlenden sozialen Ressourcen für eine hohe Lebensqualität durch solche von ausserhalb zu ersetzen.

# 1 EINLEITUNG

## 1.1 AUSGANGSLAGE UND ZIELSETZUNG

Die steigende Lebenserwartung und gleichzeitig stagnierende Geburtenraten haben in der Schweiz – wie in praktisch allen industrialisierten Ländern – zu einer markanten absoluten und relativen Zunahme der älteren Bevölkerung geführt und dieser Trend wird sich aller Voraussicht nach auch in den kommenden Jahrzehnten noch weiter fortsetzen (Bundesamt für Statistik 2016). Im Jahr 2016 waren 31% der Schweizer Bevölkerung 55 Jahre alt oder älter. Vielen dieser Personen steht noch ein langes Leben bevor. Die durchschnittliche Lebenserwartung von heute 55-jährigen Frauen beträgt im Durchschnitt noch 32 Jahre, jene von Männern 28 Jahre. Das sind für Frauen 3.5 und für Männer 5 Jahre Mehr als die Generation, die vor 30 Jahren 55 Jahre alt war und aktuell hochaltrig ist – und dieser Trend wird sich voraussichtlich auch in Zukunft fortsetzen (Bundesamt für Statistik 2018). Erfreulich dabei ist, dass ein wesentlicher Teil dieser dazugewonnenen Jahre ohne grössere Einschränkungen verbracht werden kann (OBSAN 2018). Rund drei Viertel der älteren Bevölkerung in der Schweiz schätzen denn auch ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein (Ehrler et al. 2016, S. 154f).

Gleichzeitig lebt rund die Hälfte der Personen ab 55 Jahren mit mindestens einer chronischen Krankheit, bei den Personen ab 75 Jahren sind es sogar zwei Drittel (eigene Analysen). Chronische, nichtübertragbare Krankheiten (kurz NCDs, von «Non-Communicable Diseases») sind Krankheiten, die nicht ansteckend sind und in der Regel einen langfristigen, chronischen Verlauf zeigen. Die bedeutendsten Krankheitsgruppen (BAG/GDK 2016, S. 60) unter den NCDs sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (Arthrose, Osteoporose, Arthritis). Hinzu kommen psychische Erkrankungen, insbesondere Depression. NCDs verursachten 2013 bei Männern 50% und bei Frauen 60% der vorzeitigen Mortalität, d.h. der Todesfälle vor dem 70. Lebensjahr (BAG/GDK 2016, S. 13). Sie sind für 80% der gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz verantwortlich (Wieser et al. 2018; Wieser et al. 2014).

Mit der steigenden Lebenserwartung nimmt oftmals auch die Verbreitung von NCDs in der Bevölkerung zu, denn viele sind das Ergebnis altersphysiologischer Veränderungen und der Kumulation von Risiken über den Lebensverlauf. Da eine Heilung bei einem beträchtlichen Teil dieser Erkrankungen nicht möglich ist, steht die Verhinderung des Eintretens solcher Erkrankungen (sog. Primärprävention), die Früherkennung und Verhinderung des Fortschreitens der Erkrankungen (sog. Sekundärprävention) und das Verhindern von Folgeproblemen der Erkrankungen (sog. Tertiärprävention) sowie der bessere Umgang mit der Krankheit und der Erhalt hoher Lebensqualität im Vordergrund aktueller Public Health Bemühungen. Auf diese Weise soll eine sog. Morbiditätskompression, d.h. eine Verkürzung

der Lebenszeit mit einer Erkrankung, sowie die Erhaltung maximaler Lebensqualität bis ins hohe Alter erreicht werden (Habermann-Horstmeier 2018).

In der Schweiz wurde deshalb im Rahmen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020 eine Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD Strategie) für die Jahre 2017 bis 2024 verabschiedet. Mit der neuen Strategie sollen die Ressourcen von Bund, Kantonen und privaten Akteuren künftig noch gezielter eingesetzt und ihre Aktivitäten optimal koordiniert werden. Die Strategie definiert zwei zentrale Handlungsfelder: einerseits die Gesundheitsförderung und Prävention in der Bevölkerung, andererseits die Prävention in der Gesundheitsversorgung (BAG/GDK 2016). Dadurch soll erreicht werden, dass weniger Menschen an NCDs erkranken, die negativen Effekte von NCDs auf erkrankte Personen so gut wie möglich verhindert oder zumindest abgemildert werden und weniger Menschen vorzeitig an NCDs bzw. deren Folgeerscheinungen sterben. Ferner soll erreicht werden, dass der Kostenanstieg in der Gesundheitsversorgung gebremst wird und mehr Menschen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status befähigt werden, einen gesunden Lebensstil in einem gesundheitsförderlichen Umfeld zu pflegen. Zudem sollen mehr Menschen trotz eventueller chronischer Krankheiten eine hohe Lebensqualität bis ins Alter erhalten können. Dieser letzte Ansatz steht auch im Zentrum des Healthy Ageing-Konzepts, welches die WHO ihren Aktivitäten zugrunde legt. Healthy Ageing meint dabei die Entwicklung und Erhaltung von Fähigkeiten, die ein hohes Wohlbefinden im Alter ermöglichen. Damit wird der Fokus auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden gelegt und nicht, wie oftmals in der Vergangenheit, primär bzw. ausschliesslich auf die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit (WHO 2015, S. 26ff).

Das Bundesamt für Gesundheit hat einen konkreten Massnahmenplan zur NCD-Strategie erarbeitet, der neben vielen anderen Massnahmen auch vorsieht, wissenschaftliche Grundlagen für eine evidenzbasierte Präventionspolitik bzgl. NCDs zu schaffen. In diesem Zusammenhang wurde SHARE Schweiz vom Bundesamt für Gesundheit beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW, einen Bericht zur Gesundheit der Bevölkerung ab 55 Jahren mit Fokus NCDs zu verfassen. Ziel der nicht ausschliesslich an ein spezialisiertes Publikum gerichteten Studie ist es, den Gesundheitszustand für ältere Menschen in der Schweiz einzuschätzen, die Prävalenz wichtiger NCDs aufzuzeigen und den Einfluss von NCDs auf den Gesundheitszustand zu untersuchen. Dem Healthy-Ageing-Konzept der WHO folgend wird hierbei ein besonderer Fokus auf die individuelle Autonomie im Alltag und auf Ressourcen, die eine hohe Lebensqualität trotz einer allfälligen Krankheit ermöglichen, gelegt. Diesbezügliche Unterschiede werden für verschiedene Bevölkerungsgruppen nach demografischen und sozioökonomischen Faktoren (Geschlecht, Alter, Einkommen, Bildungsniveau und Migrationserfahrung) aufgezeigt.

## 1.2 FRAGESTELLUNGEN

Aus dieser Zielsetzung leiten sich eine Reihe von Forschungsfragen ab, die sich in vier Themenbereiche einteilen lassen. Der nachfolgende Bericht ist entlang dieser vier Bereiche gegliedert.

### GESUNDHEITZUSTAND UND KRANKHEIT IM ALTER (KAPITEL 2):

Dieser erste Schwerpunkt gibt einen Überblick über den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung und stellt die gesundheitsrelevanten Messgrößen vor, die für die weitergehenden Analysen und das Aufzeigen von Zusammenhängen verwendet werden. Folgende Forschungsfragen werden beantwortet:

- Wie steht es um den Gesundheitszustand der Bevölkerung 55+ in der Schweiz?
- Wie viele Personen sind von einer oder mehreren Krankheiten der sechs vom BAG verwendeten NCD-Gruppen betroffen?
- Wie viele Personen sind gleichzeitig von mehreren NCDs (Multimorbidität) betroffen?
- Gibt es Unterschiede im Gesundheitszustand und in der NCD-Prävalenz zwischen Frauen und Männern? Welche Unterschiede zeigen sich zwischen verschiedenen Altersgruppen?

### GESUNDHEITSVRHALTEN UND PRÄVENTION (KAPITEL 3):

Gutes Gesundheitsverhalten ist ein wesentlicher Bestandteil effektiver NCD Prävention. Andererseits haben Krankheiten auch einen direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten. Der zweite Themenschwerpunkt untersucht deshalb das Gesundheitsverhalten der älteren Bevölkerung.

- Wie steht es um das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung hinsichtlich...
  - Suchtmittelkonsum (Tabak, Alkohol)?
  - Körperlicher Aktivität?
  - Ernährung (Konsum von gesunden Lebensmitteln, BMI)?
  - Sozialer Aktivitäten?
  - Inanspruchnahme von Hilfe und Pflege?

### LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSAUTONOMIE (KAPITEL 4):

Während sich der Gesundheitszustand im Alter im Durchschnitt verschlechtert und die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen (insbesondere an NCDs) steigt, steht für viele Menschen weniger die Abwesenheit von Krankheiten als vielmehr der Erhalt einer hohen Lebensqualität im Vordergrund. Dieser Themenbereich untersucht deshalb die Lebensqualität und die Alltagsautonomie, d.h. die Fähigkeit ein selbstbestimmtes Leben zu führen und den Alltag bewältigen zu können, mit oder ohne Krankheit:

- Wie steht es um die Lebensqualität und die Alltagsautonomie der Schweizer Bevölkerung und wie verändert sie sich mit dem Alter? Gibt es Unterschiede nach Geschlecht?
- Wie ändert sich die Lebensqualität und die Alltagsautonomie mit einer NCD-Diagnose?

#### GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEITEN (KAPITEL 5):

Den Lebensabend gesund und mit einer hohen Lebensqualität zu erleben, hängt nicht nur vom individuellen Gesundheitsverhalten ab, sondern auch von Ressourcen, mit denen unterschiedliche soziale Gruppen ungleich ausgestattet sind. Dieser letzte Fragekomplex widmet sich gesundheitlichen Ungleichheiten nach demografischen und sozioökonomischen Merkmalen:

- Zeigen sich Ungleichheiten im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Lebensqualität nach Bildungsniveau, verfügbarem Einkommen, Migrationshintergrund, sozialer Integration?
- Unterscheiden sich die Auswirkungen von NCDs auf die Lebensqualität und Autonomie zwischen verschiedenen sozialen Gruppen?

### 1.3 METHODISCHES VORGEHEN UND DATENGRUNDLAGE

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden die Schweizer Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) ausgewertet. SHARE ist eine internationale vergleichende Befragung zu Gesundheit, sozioökonomischem Status sowie sozialen und familiären Netzwerken. Befragt werden Personen ab 50 Jahren in ganz Europa, wobei für diesen Bericht nur jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigt werden, die 55 Jahre alt oder älter sind. Die SHARE Daten bieten eine gute Abdeckung diverser gesundheitsrelevanter Aspekte der älteren Bevölkerung. Aufgrund seiner multidisziplinären Ausgestaltung als längerfristige Forschungsinfrastruktur ist es eine spezielle Stärke von SHARE gegenüber anderen Befragungen zur Gesundheit (z.B. die Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB), dass individuelle Längsschnittdaten verfügbar sind und dass die erfassten Gesundheitsaspekte mit detailliert erhobenen demographischen, sozioökonomischen und sozialen Aspekten des Lebens der befragten Personen, wie beispielsweise ihrer Lebensqualität, sozialen Aktivitäten und sozialer Integration, in Verbindung gebracht werden können.

Gewisse Einschränkungen ergeben sich durch das allen Gesundheitsbefragungen eigene Problem der Gesundheitsselektivität. So nehmen kranke und v.a. schwer kranke Personen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit an Befragungen teil als gesunde Personen. SHARE versucht dem entgegenzuwirken, indem nicht nur Personen in Privathaushalten, sondern auch in Institutionen wie Altersheimen wohnhafte Personen befragt werden. Ausserdem besteht die Möglichkeit, dass eine nahestehende Person die zu befragende Person bei der Beantwortung der Umfrage unterstützt oder stellvertretend für diese Person Fragen beantwortet, wenn die zu befragende Person physisch oder kognitiv stark eingeschränkt ist.



Trotzdem wird der Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung mit umfragebasierten Daten tendenziell überschätzt.

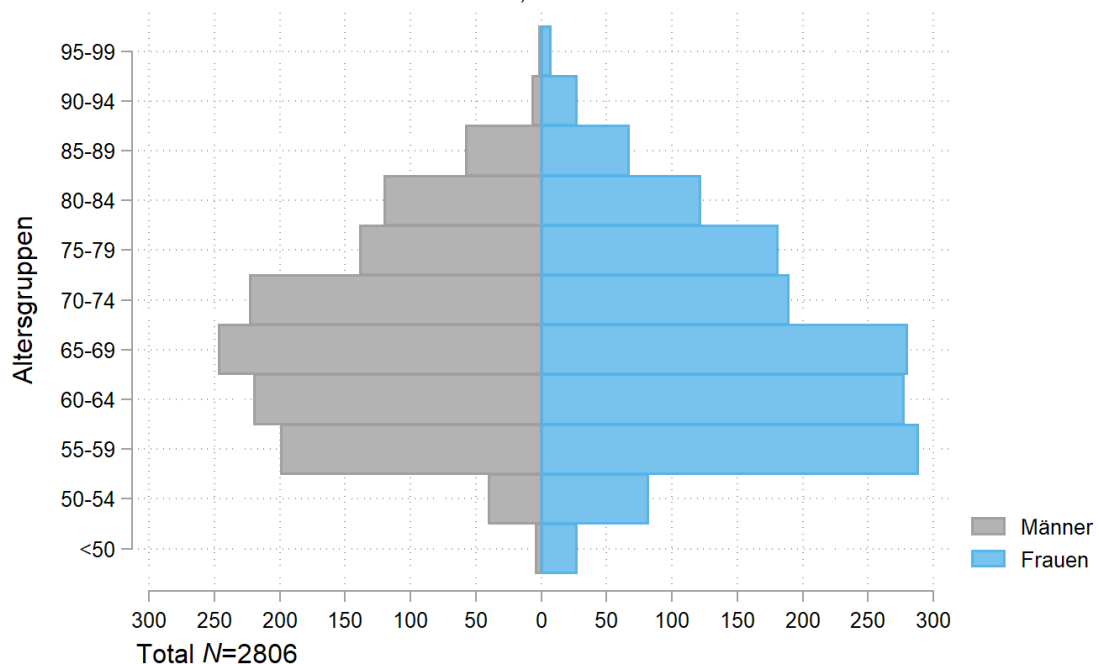
Um zu berücksichtigen, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen mit der gleichen Wahrscheinlichkeit an der SHARE Befragung teilnehmen und um für die Gesamtbevölkerung möglichst repräsentative Aussagen machen zu können, werden die Daten für die Analysen einzelner Wellen gewichtet. Keine Gewichtung erfolgt im Fall von Längsschnittanalysen, da dabei nicht primär repräsentative Verteilungen über die Gesamtbevölkerung geschätzt werden, sondern Veränderungen über die Zeit bei einzelnen Individuen oder Gruppenunterschiede und deren Beziehung mit bestimmten persönlichen Merkmalen wie z.B. Bildungsniveau, verfügbarem Einkommen, Migrationsgeschichte oder sozialer Integration.

## SHARE – Befragung zu Gesundheit, Alter und Pensionierung in Europa

Der Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) ist eine multidisziplinäre, international vergleichende Befragung zu Gesundheit, sozioökonomischem Status sowie sozialen und familiären Netzwerken. Befragt werden Personen ab 50 Jahren in ganz Europa. Die erste Befragung von SHARE fand 2004 statt und wird seither rund alle zwei Jahre wiederholt. Während an der ersten Befragungswelle 11 europäische Länder und Israel teilgenommen haben, waren an der siebten Befragungswelle 2017 28 Länder beteiligt.

Bei SHARE handelt sich um eine Panelbefragung, sprich dieselben Haushalte werden immer wieder befragt, mittlerweile seit mehr als 10 Jahren. Der Vorteil von Längsschnittdaten liegt darin, dass sich damit z.B. die Entwicklung der Lebensqualität bei Eintritt und im Verlauf einer Erkrankung untersuchen lässt. Insgesamt stehen dazu in den SHARE-Daten für die Schweiz ca. 13'500 Datenpunkte von rund 4'600 Personen zur Verfügung. Stichprobenauffrischungen, letztmals 2010, sorgen dafür, dass die Repräsentativität der Daten erhalten bleibt. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der Stichprobenauffrischungen und aufgrund von temporären und definitiven Ausfällen einzelner Personen – unter anderem auch aufgrund schwerer Erkrankungen oder gar des Todes – nur ein kleinerer Teil der Befragten an allen Wellen teilgenommen hat. Seit der letzten Stichprobenauffrischung sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer älter geworden – unter anderem deshalb werden für diesen Bericht nur die Befragten ab 55 Jahren untersucht.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer SHARE Schweiz nach Alter  
Welle 6, Jahr 2015



## 2 GESUNDHEITZUSTAND UND KRANKHEIT IM ALTER

In diesem Kapitel wird ein genereller Überblick über den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung in der Schweiz und über diesbezügliche Unterschiede zwischen Altersgruppen gegeben sowie die Prävalenzen von NCDs und Multimorbidität untersucht. Alle Indikatoren werden über verschiedene Altersgruppen<sup>1</sup> hinweg und getrennt für Frauen und Männer dargestellt:

- Genereller Gesundheitszustand (allgemeine subjektive Gesundheit, Schmerzen)
- Prävalenzen von NCDs: zum Befragungszeitpunkt («leiden Sie aktuell an...») und jemals diagnostiziert (Lebenszeitprävalenz)
- Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer NCD und dem Gesundheitszustand
- Multimorbidität: Auftreten von zwei und mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig
- Auftreten ausgewählter Beschwerden wie Angst vor Stürzen, Schlafstörungen oder Hörschwierigkeiten

### 2.1 SUBJEKTIVE ALLGEMEINE GESUNDHEIT UND SCHMERZEN

Der Gesundheitszustand kann auf verschiedene Arten gemessen werden: einerseits mit objektiven Massnahmen wie dem Vorhandensein von Krankheiten und Einschränkungen, andererseits mit subjektiven Einschätzungen der eigenen Gesundheit. In einem ersten Schritt konzentrieren wir uns auf zwei subjektive Massnahmen: die Selbsteinschätzungen der befragten Personen hinsichtlich ihrer allgemeinen Gesundheit und das Vorhandensein und die Stärke von Schmerzen. Alltagsautonomie und Lebensqualität, zwei weitere zentrale Messgrössen, werden in Kapitel 4 dieses Berichts ausführlich dargestellt.

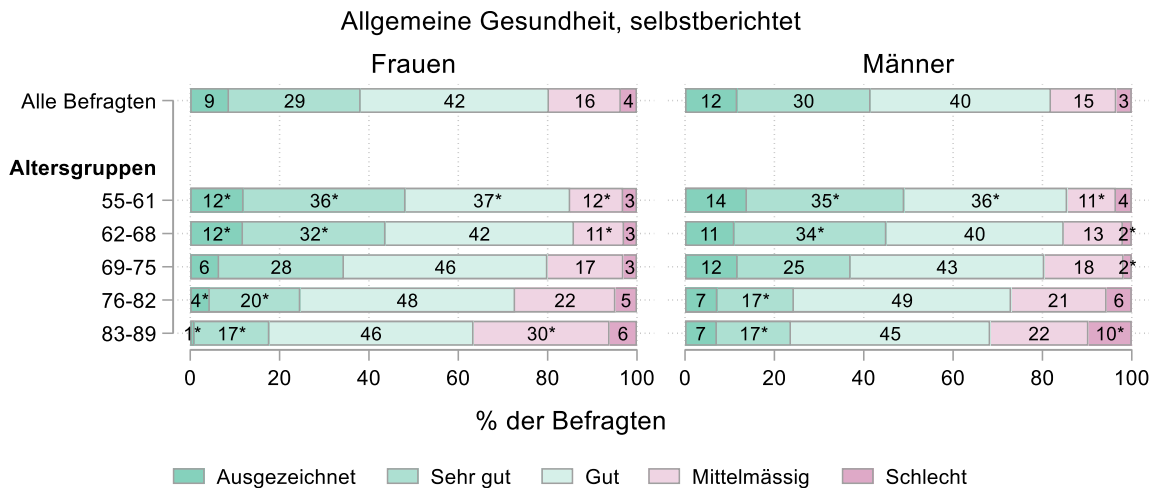
Wie Abbildung 1 zeigt, bezeichnet die ältere Bevölkerung ihre Gesundheit mehrheitlich als gut bis ausgezeichnet und ist schmerzfrei. Erwartungsgemäss ist der Gesundheitszustand in den höheren Altersgruppen schlechter als der in jüngeren Altersgruppen. Dennoch sind auch in der Gruppe der 83- bis 89-Jährigen immer noch rund zwei Drittel der Bevölkerung der Ansicht, dass ihre Gesundheit gut bis ausgezeichnet ist und nur eine von gut 12 Personen bezeichnet ihre Gesundheit als schlecht. Bei den jüngeren Altersgruppen zeigen sich hinsichtlich der allgemeinen subjektiven Gesundheit kaum Unterschiede nach Geschlecht. Mit zunehmendem Alter, und ab 69 Jahren statistisch signifikant, sehen Frauen im Durchschnitt ihre allgemeine Gesundheit als schlechter an verglichen mit Männern. So erachten von den 55- bis 62-Jährigen beider Geschlechter ungefähr 85% ihre Gesundheit als gut bis ausgezeichnet. In der Altersgruppe der 83- bis 89-Jährigen sind es dann noch 68% der Männer, aber nur noch 63% der

---

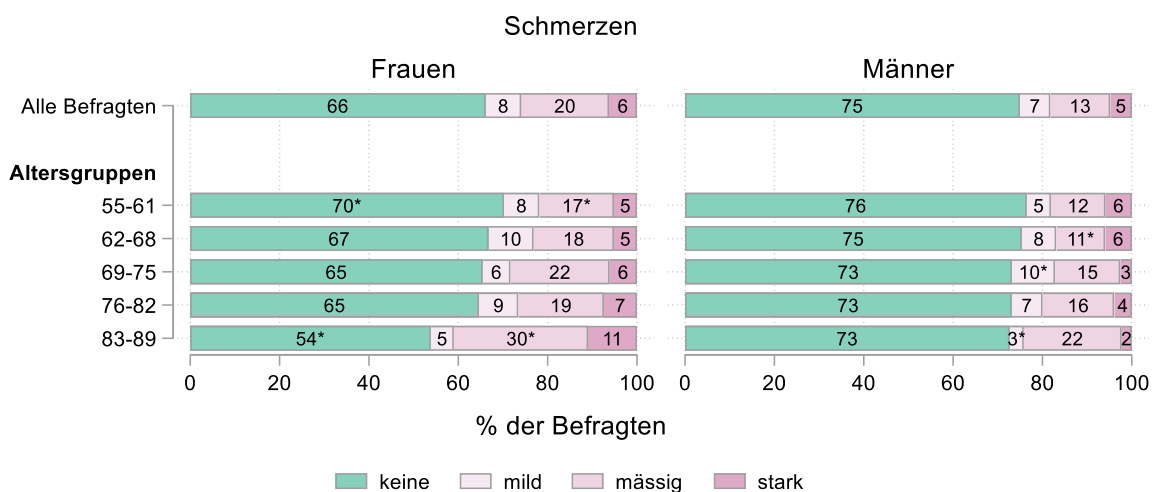
<sup>1</sup> Wir verwenden in diesem Bericht fünf Altersgruppen, die je sieben Jahre umfassen (55-61, 62-68, 69-75, 76-82 und 83-89). Siebenjahresgruppen haben sich als gute Lösung erwiesen, um eine genügend grosse Fallzahl pro Gruppe zu gewährleisten, gleichzeitig aber auch der Tatsache Rechnung zu tragen, dass z.B. Zehnjahresgruppen zu grob wären, um gewisse Veränderungen abzubilden.

Frauen. Auf der anderen Seite schätzen beinahe 10% der Männer dieser Altersgruppe ihre Gesundheit als schlecht ein, während es bei den Frauen nur 6% sind.

Abbildung 1: Selbstberichtete allgemeine Gesundheit (oben) und Vorhandensein von Schmerzen (unten) nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: SHARE Welle 6, N=2602



Quelle: SHARE Welle 6, N=2602

Fragestellungen: «Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist... (Ausgezeichnet/Sehr gut/Gut/Mittelmässig/Schlecht)?»  
 «Haben Sie Schmerzen? (Ja/Nein) Wie stark sind die Schmerzen meistens? (Mild/Mässig/Stark)»  
 \* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

In Bezug auf das Vorhandensein von Schmerzen zeigen sich Geschlechterunterschiede schon in jüngeren Altersgruppen, verstärken sich aber ebenfalls mit zunehmendem Alter. Während bei Männern der Anteil schmerzfreier Personen bis ins hohe Alter nur geringfügig von 76% auf 73% abnimmt, sinkt er bei Frauen stark von 70% auf 54%. Bei der Gruppe der 83- bis 89-jährigen Frauen nimmt zudem nicht nur der Anteil der schmerzfreien Personen noch einmal deutlich ab, sondern auch der Anteil jener mit starken Schmerzen nimmt deutlich zu und erreicht 11%. Insgesamt bleibt aber die Mehrheit der Bevölkerung in der Schweiz selbst im hohen Alter schmerzfrei. Während, über alle Befragten gesehen, Männer und Frauen ihre

allgemeine Gesundheit sehr ähnlich beschreiben, sind insgesamt deutlich mehr Frauen als Männer von Schmerzen betroffen.

Analysen zeigen, dass die Unterschiede zwischen den Personen im Alter generell grösser werden, da Risiken und Beeinträchtigungen ungleich verteilt sind und sich über den Lebensverlauf kumulieren (Bundesamt für Gesundheit 2018; Ehrler und Guggisberg 2018). Bei der subjektiven Gesundheitseinschätzung beispielsweise sieht man, dass der Anteil derjenigen Befragten, die ihre Gesundheit als «sehr gut» oder «ausgezeichnet» einschätzen, bei höheren Altersgruppen stark ab und der Anteil der Personen mit «schlechter» Gesundheit stark zunimmt.

Bei der Interpretation der Resultate gilt es zu beachten, dass das Sterberisiko ungleich verteilt ist und beispielsweise Personen mit einer sehr schlechten Gesundheit in den höheren Altersgruppen nicht mehr vertreten sind, weil sie bereits verstorben sind. Auch zwischen den Geschlechtern ist das Sterberisiko ungleich verteilt. So leiden Männer eher an Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit hoher Mortalität, während Frauen eher an Depression und Erkrankungen des Bewegungsapparates leiden, die zwar einschränken aber nicht tödlich sind (vgl. dazu Abschnitt 2.2). Diese Beobachtung entspricht dem internationalen Befund, dass Männer zwar weniger alt werden als Frauen, dafür aber in besserer Gesundheit altern (Case und Paxson 2005). Auch der Blick auf die Lebenserwartung und die Lebenserwartung in guter Gesundheit bestätigt dies: Die Lebenserwartung von Männern ist zwar niedriger als jene von Frauen, die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist aber für beide Geschlechter in etwa gleich hoch. Das bedeutet, dass jene Lebenszeit, die nicht in guter Gesundheit verbracht wird, bei Frauen im Durchschnitt länger ist als bei Männern (OBSAN 2018).

## 2.2 PRÄVALENZ NICHTÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN (NCDs)

Trotz der guten subjektiven allgemeinen Gesundheit sind vor allem in der älteren Bevölkerung viele Menschen von nichtübertragbaren Krankheiten betroffen. Rund die Hälfte der Personen ab 55 Jahren und zwei Drittel der Personen ab 75 Jahren ist von mindestens einer NCD betroffen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die sechs wichtigsten Gruppen der NCDs.

Im Folgenden wird anhand der SHARE-Daten aufgezeigt, wie viele Personen ab 55 Jahren von welchen NCDs betroffen sind und wie diese NCDs mit der subjektiven allgemeinen Gesundheit und Schmerzen, den beiden Gesundheitsindikatoren aus dem vorherigen Abschnitt, zusammenhängen. Die Angaben zu den NCD-Prävalenzen beruhen auf Selbstangaben der Befragten (vgl. Kasten unten). Krankheitsprävalenzen mittels Befragungsdaten zu messen hat Vor- und Nachteile. Einerseits können damit für eine Person vielfältige Diagnosen jüngeren und älteren Datums erfasst werden. Andererseits werden die Prävalenzen von Krankheiten mit schwerwiegendem und raschem Verlauf und von tödlichen Krankheiten unterschätzt, weil erkrankte Personen oftmals nicht mehr an Befragungen teilnehmen oder zum Zeitpunkt der Befragung bereits verstorben sind.

Tabelle 1 Übersicht zu den sechs wichtigsten NCD-Gruppen und deren Berücksichtigung in SHARE

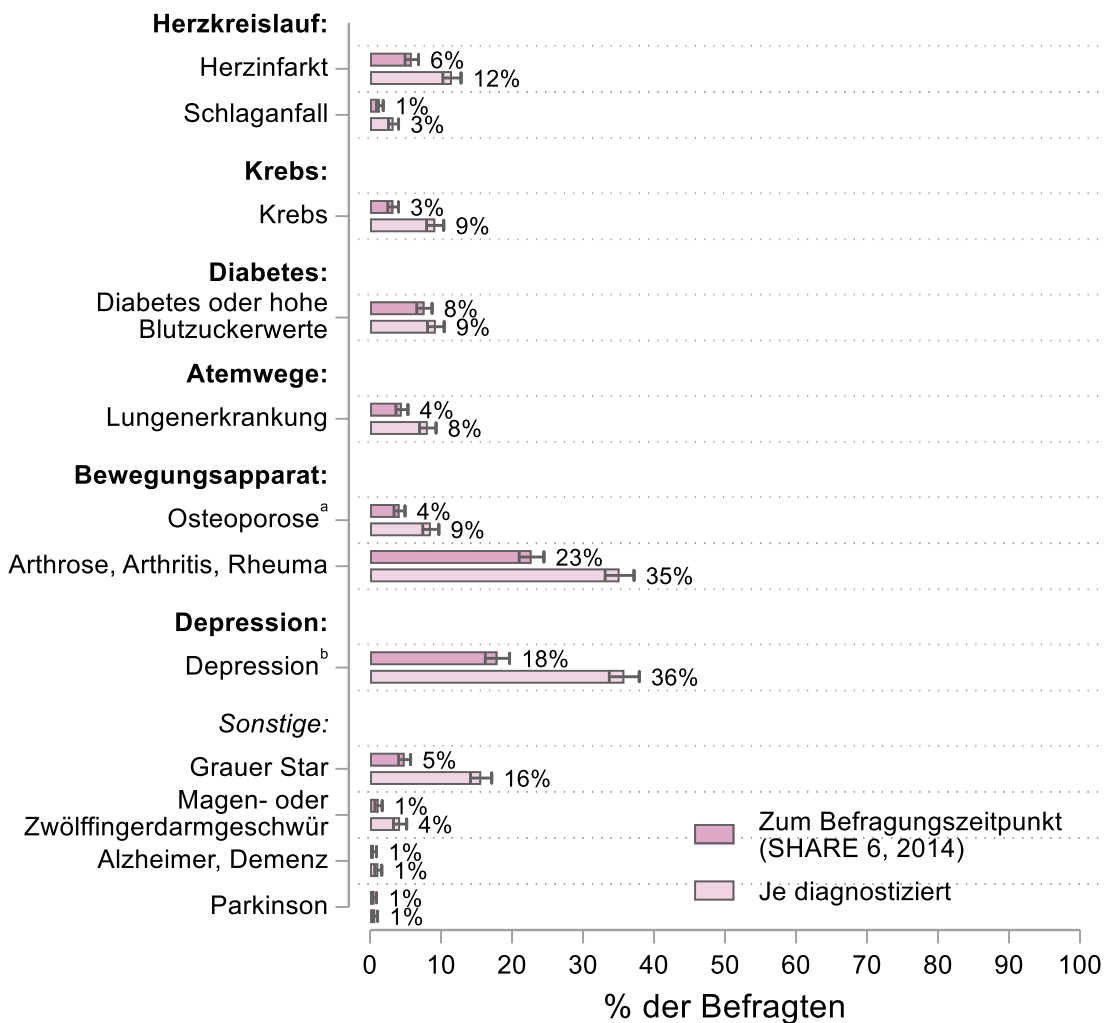
Krankheitsgruppe	typische Krankheiten	in Analysen berücksichtigt	nicht berücksichtigt	Risikofaktoren
Herz-Kreislauf-Krankheiten	Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Embolien, Aneurysmen	Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz	Embolien, Aneurysmen, Hypertonie	Tabakkonsum, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, zu viel Alkohol, Bluthochdruck, zu hoher Cholesterinwert, zu hoher Blutzuckerspiegel, Diabetes, Übergewicht, Infektionen, genetische Disposition
Krebs-erkrankungen	Brust-, Prostata-, Magen-Darm-Krebs, Leukämie, Lymphom	alle	-	Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Übergewicht
Diabetes	Typ I und Typ II	alle	-	Typ I: genetische Disposition Typ II: Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Tabakkonsum, Übergewicht
chronische Atemwegs-erkrankungen	Asthma, COPD, chronische Bronchitis, Lungenemphysem	alle	-	Rauchen, Übergewicht, Einatmen von Staub/Schadstoffen
Erkrankungen des Bewegungs-apparates	Arthrose, Arthritis, «Rheuma», Osteoporose, Low Back Pain	Arthrose, Arthritis, «Rheuma», Osteoporose (nur Querschnitt)	Low Back Pain	Übergewicht, mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung, inadäquates ergonomisches Verhalten, übermässiger Alkoholkonsum, Tabakkonsum, psychosoziale Risikofaktoren/Stress
Psychische Erkrankungen	Depression, Angststörungen, Demenz, Alzheimer, Schizophrenie, Sucht, Ess- und Persönlichkeitsstörungen	Depression (gemäss EURO-D)	Angststörungen, Demenz, Alzheimer, Schizophrenie, Sucht, Ess- und Persönlichkeitsstörungen	diverse physische Erkrankungen, genetische Veranlagung, fehlende Kontrollüberzeugung, soziale Isolation, Lebensumstände

Quellen: BAG/GDK (2016, S. 14-17), Schuler (2016), eigene Darstellung. Hypertonie und erhöhter Blutzuckerspiegel wurden als Risikofaktoren und nicht als Erkrankung gewertet (Moreau-Gruet 2013).

Abbildung 2 zeigt die Prävalenzen der berücksichtigten NCDs. Darin enthalten sind Krankheiten aus den sechs NCD-Gruppen, wie sie das BAG verwendet (die fettgedruckten Zwischen-titel verweisen auf diese Gruppen), sowie einige weitere NCDs. Diese abgebildeten NCDs bzw. die in SHARE erfassten Krankheitsdiagnosen decken einen Grossteil der relevanten Erkrankungen der älteren Bevölkerung ab. Betrachtet man den Anteil der verschiedenen Krankheiten an der gesamten Krankheitslast (verlorene gesunde Lebensjahre) so wären noch folgende Krankheiten relevant, können aber leider nicht bei den Analysen berücksichtigt werden<sup>2</sup>: Alzheimer mit 10% der Krankheitslast der 70-Jährigen und Älteren, Low Back Pain 4% (durch die Analysen von Schmerzen teilweise abgedeckt) und Verdauungsstörungen 3%. Stürze (5%) und Hörprobleme (3%) werden wir im Abschnitt 2.5 zu gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen aufgreifen.

<sup>2</sup> vgl. Global Burden of Disease Project, <http://ihmeuw.org/4o9c>.

Abbildung 2: Prävalenzen der berücksichtigten NCDs



Quelle: SHARE 1-6, N=2569

<sup>a</sup>auf Basis von Osteoporose Medikation; «Je diagnostiziert» bezieht sich deshalb auf die bisherigen SHARE-Teilnahmen  
<sup>b</sup>auf Basis von Euro-D in SHARE (siehe Kasten); «Je diagnostiziert» bezieht sich deshalb auf die bisherigen SHARE-Teilnahmen  
 Wenn nicht anders vermerkt, basieren die Prävalenzen auf Nennungen der Befragten. Zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen Analysen (z.B. Abbildung 3) beziehen sich die Prävalenzen auf die 55-89-jährigen Befragten.

Die dunklen (kürzeren) Balken in der Abbildung zeigen den Anteil der Befragten, die zum Befragungszeitpunkt angeben, aktuell an einer bestimmten Krankheit zu leiden. Die hellen (längeren) Balken zeigen den Anteil der Befragten, bei denen eine bestimmte Krankheit jemals diagnostiziert wurde (Lebenszeitprävalenz). Ausnahme: Bei Osteoporose und Depression kann nicht die Lebenszeitprävalenz, sondern nur die Prävalenz während der Teilnahme an der SHARE-Befragung, d.h. seit 2004, bestimmt werden.<sup>3</sup> Es zeigen sich vor allem hohe Prävalenzen in Bezug auf Erkrankungen des Bewegungsapparats (Osteoporose, Arthrose, Arthritis und Rheuma) und Depression. Bei 39% der Befragten wurde jemals eine Diagnose zu

<sup>3</sup> Der Grund ist, dass bei diesen beiden Krankheiten nicht nach der Lebenszeitprävalenz gefragt wird (vgl. vorherigen Abschnitt).

einer der genannten Erkrankungen des Bewegungsapparates gestellt, wobei diese Erkrankungen oft zusammen auftreten. 36% haben während der gesamten Dauer ihrer SHARE-Teilnahme schon einmal an einer Depression gelitten. Deutlich geringere Prävalenzen zeigen sich bei den abgefragten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz) sowie Krebserkrankungen. 15% der Befragten geben an, dass sie jemals einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erlitten haben und 11% litten an einer Krebserkrankung, wobei die aktuelle Erkrankungsrate für Krebs bei 3% liegt. Dies, obwohl es sich bei Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen um die beiden NCD-Gruppen mit den höchsten Anteilen an der Krankheitslast in der Schweiz handelt (Obsan 2015:130). Hier zeigt sich der obengenannte Aspekt der Unterschätzung von Krankheiten mit häufiger Todesfolge in Befragungsdaten. Die Tatsache, dass unsere Analysen nur jene Leute abbilden, die z.B. einen Herzinfarkt/Schlaganfall oder eine Krebserkrankung überlebt haben und noch in der Lage sind, an einer Befragung teilzunehmen, geben den Zahlen ein etwas anderes Gewicht.

### Erfassung von NCDs in SHARE

In SHARE geben die Befragten anhand einer Liste mit aktuell 17 Krankheiten an, an welchen Krankheiten sie leiden:

Bei der ersten Teilnahme einer Person in SHARE wurde gefragt: «Bitte schauen Sie sich Karte 8 an (Anm.: Die Karte zeigt eine Liste mit 17 Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen, darunter die in der Grafik gezeigten NCDs, vgl. Anhang (S. 86) für die vollständige Liste). Hat Ihnen ein Arzt jemals gesagt, dass Sie unter einer von den Krankheiten leiden, die dort aufgeführt sind?»

Bei den wiederholten Teilnahmen an SHARE wurde gefragt: «Bitte schauen Sie sich Karte 8 an. Ist es so, dass Sie zurzeit unter einer von den Krankheiten leiden, die dort aufgeführt sind? Damit ist gemeint, dass Ihnen ein Arzt die Diagnose gestellt hat und dass Sie zurzeit entsprechend behandelt werden oder von der Krankheit beeinträchtigt sind. Bitte nennen Sie mir die entsprechende(n) Ziffer(n).»

Aufgrund dieser Nennungen können die meisten relevanten NCDs abgebildet werden. Osteoporose und Depression stellen dabei eine Ausnahme dar, da diese durch die Liste der Krankheiten nur ungenügend abgedeckt werden. Im Folgenden gilt deshalb als von Osteoporose betroffen, wer angibt, entsprechende Medikamente einzunehmen. Depressive Symptome werden auf Basis der in SHARE implementierten EURO-D Skala gemessen (vgl. Kasten unten).

Können die Erkrankungen aufgrund der beschränkten Fallzahl nicht einzeln betrachtet werden, so gruppieren wir sie in sechs NCD-Gruppen. Dabei weisen wir die NCDs den vom BAG verwendeten fünf NCD Gruppen zu (Herzkreislauf, Krebs, Diabetes, Atemwege und Bewegungsapparat), die wir um die Depression erweitern (vgl. Tabelle 1, S. 21).

Abbildung 3 schlüsselt die Prävalenzen der sechs wichtigsten NCD-Gruppen nach Geschlecht und Alter auf. Die Prävalenzen beziehen sich dabei auf Angaben zu Erkrankungen zum Zeitpunkt der Befragung. Es zeigt sich, dass Männer deutlich häufiger an **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** leiden als Frauen und sowohl die Prävalenzen als auch die Geschlechterunterschiede nehmen mit dem Alter zu. Vor allem für die Altersgruppen nach 75 steigt das Risiko



noch einmal stark an, einen Schlaganfall oder Herzinfarkt zu erleiden. Rund einer von fünf Männern ab 75 Jahren im Befragungsjahr wurde behandelt und/oder litt unter Einschränkungen aufgrund eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls.

Auch bei den **Krebserkrankungen** sind die Prävalenzen für die Männer höher als für die Frauen und diese nehmen mit dem Alter zu. Dieser Befund deckt sich mit den Resultaten des nationalen Krebsberichts, der auf der Basis der Krebsregister zeigt, dass insbesondere ältere Männer ein deutlich höheres Risiko haben, an Krebs zu erkranken als Frauen (Arndt, Feller und Hauri 2016, S. 16).

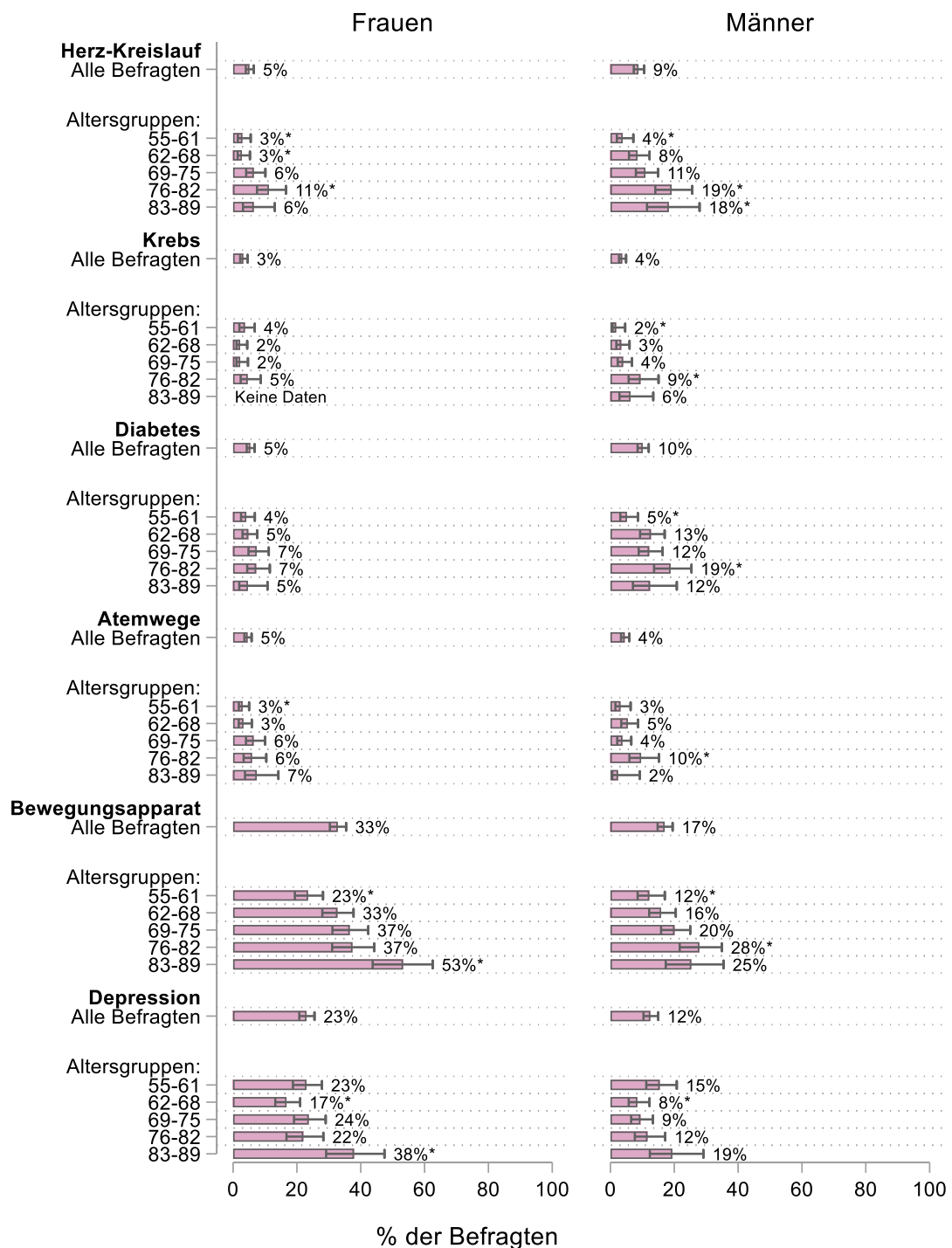
**Diabetes** ist ebenfalls eine Erkrankung, die ältere Männer häufiger betrifft als ältere Frauen. Während in der Gruppe der 55- bis 61-Jährigen die Männer nur geringfügig häufiger betroffen sind als Frauen, sind es in den Altersgruppen ab 62 Jahren jeweils doppelt bis beinahe drei Mal so viele Männer wie Frauen. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich, dass bei der obersten Altersgruppe der 83- bis 89-Jährigen die Prävalenzen geringer sind als bei den vorherigen Altersgruppen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Menschen mit Diabetes eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, dieses Alter zu erreichen. Ein ähnlicher Effekt zeigt sich auch bei den anderen NCDs.

Die Prävalenz von **Atemwegserkrankungen** nimmt ebenfalls mit dem Alter zu und Männer erkranken tendenziell etwas häufiger als Frauen. Sowohl die Zunahme über die Altersgruppen als auch der Geschlechterunterschied sind allerdings nur schwach ausgeprägt.

In Bezug auf die Erkrankungen des Bewegungsapparats und Depression zeigt sich dagegen ein anderes Muster. Beide Krankheiten haben deutlich höhere Prävalenzen als die obigen vier Krankheitsgruppen und betreffen Frauen viel häufiger als Männer. Bei **Erkrankungen des Bewegungsapparats** wie Arthrose oder Rheuma steigen bei den Frauen die Prävalenzen in der Altersgruppe ab 62 Jahren stark an und ein zweites Mal bei der Gruppe der 83- bis 89-Jährigen. Mehr als die Hälfte aller Frauen zwischen 83 und 89 Jahren leiden an einer Erkrankung des Bewegungsapparats wie Arthrose oder Rheuma – ein mehr als doppelt so hoher Anteil wie bei den Männern. Bei diesen verläuft der Anstieg der Prävalenzen viel langsamer und stabilisiert sich bei den 75-Jährigen und Älteren bei rund einem Viertel aller Männer.

Auch **Depression** betrifft Frauen deutlich öfters. Interessanterweise zeigt sich hier bei beiden Geschlechtern ein U-förmiger Verlauf über das Alter: Die Prävalenz ist bei den 55- bis 61-Jährigen höher, nimmt dann kurz vor bzw. kurz nach der Pensionierung zwischenzeitlich ab und steigt mit zunehmendem Alter wieder an. In der Altersgruppe der 55- bis 61-Jährigen sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen zwar schon deutlich ausgeprägt aber noch relativ geringer, während bei allen anderen untersuchten Altersgruppen die Frauen jeweils doppelt so häufig von Depression betroffen sind als die Männer. Bei beiden Geschlechtern gibt es noch einmal einen sprunghaften Anstieg der Prävalenz beim Übergang zur Hochaltrigkeit. Eine von drei Frauen und einer von fünf Männer in der Altersgruppe von 83 bis 89 Jahren litt im Befragungsjahr an Depression.

Abbildung 3: Prävalenzen zum Befragungszeitpunkt für die wichtigsten NCD-Gruppen nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: SHARE 6 (2014), N=2569

Für exakte Fragestellungen bei der Befragung vgl. Abbildung 2; für die Einteilungen der Gruppen, vgl. Tabelle 1 (S. 21).  
 \* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

## Messung von Depression mit EURO-D

Die EURO-D-Skala wurde Ende der 1990er Jahre mit dem Ziel entwickelt, über ein gemeinsames Instrument zur Messung von Depression in der älteren Bevölkerung in Europa zu verfügen (Prince et al. 1999). Die Skala berücksichtigt Niedergeschlagenheit, Pessimismus, Suizidalität, Schuld, Schlaf, Interesse, Reizbarkeit, Appetit, Müdigkeit, Konzentration (auf Lesen oder Unterhaltung), Freude und Traurigkeit. Daraus ergibt sich eine Skala von 0 (nicht depressiv) bis 12 (sehr depressiv). Ab einem Wert von vier wird das Vorliegen einer Depression konstatiert. Personen mit Werten zwischen 0 und 3 gelten als nicht depressiv (Mehrbrodt, Gruber und Wagner 2017, S. 3).

Zusammenfassend kann auf der Basis der SHARE-Daten festgehalten werden, dass Männer mit 55 Jahren und mehr häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes betroffen sind, während Frauen häufiger an Erkrankungen des Bewegungsapparates und an Depression leiden. Grundsätzlich nehmen die Prävalenzen der Erkrankungen über die Altersgruppen mit steigendem Alter zu, jedoch sind die Muster je nach Krankheitsgruppe und Geschlecht unterschiedlich. Bei einigen Krankheiten ist der Anstieg der Prävalenzen über die Altersgruppen langsam und stetig, bei anderen kommt es zu eher sprunghaften Zunahmen bei bestimmten Altersgruppen.

### 2.3 AUSWIRKUNGEN VON NCDs AUF DIE SUBJEKTIVE GESUNDHEIT UND SCHMERZEN

Inwiefern hängen NCDs mit den beiden selbstberichteten Gesundheitsmassen aus Abschnitt 3.1 zusammen? Abbildung 4 zeigt, wie Befragte ihre allgemeine Gesundheit einschätzen, wenn sie von einer der berücksichtigten NCDs betroffen sind oder nicht. Die einzelnen Balken zeigen die Einschätzung für jeweils eine bestimmte Gruppe: Gesamtbevölkerung, keine (berücksichtigte) NCD oder eine der sechs NCD-Gruppen. Um aussagekräftige Vergleiche zwischen den analysierten Gruppen zu ermöglichen, sind die berichteten Werte adjustiert um Alter, Geschlecht und um andere evtl. vorhandene Krankheiten aus den berücksichtigten NCD-Gruppen. Im Kasten unten wird detailliert erläutert, wie diese adjustierten Anteile berechnet werden. Der Vergleich der beiden ersten Balken «Alle Befragten» und «keine der NCDs» zeigt, dass der Einfluss der hier berücksichtigten NCDs auf den durchschnittlichen Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung bedeutsam ist. Befragte mit mindestens einer NCD geben im Durchschnitt eine deutlich schlechtere allgemeine Gesundheit und ein höheres Schmerzniveau an, als Personen ohne NCD. Während über alle Befragte gesehen 82% angeben, dass sie ihre Gesundheit mindestens als «gut» einschätzen, beträgt dieser Wert 94%, für Personen ohne eine der berücksichtigten NCDs (adjustiert um Alter und Geschlecht). Ähnlich verhält es sich bei Schmerzen. Von allen Befragten bezeichnen sich 71% als schmerzfrei, bei Personen ohne NCD sind es dagegen 85%.

## Methodik zur Berechnung adjustierter Werte

Den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und einer bestimmten NCD zu bestimmen ist nicht ganz trivial. So sind NCD-Patientinnen und Patienten im Durchschnitt älter – und ein höheres Alter geht unabhängig vom Vorliegen etwaiger NCDs mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher. Zudem leiden viele NCD-Patientinnen und Patienten an mehr als nur einer NCD. Auch das Geschlecht beeinflusst sowohl die Prävalenz verschiedener NCDs als auch den Gesundheitszustand direkt. Dadurch vermischen sich bei bivariaten Analysen die Auswirkungen einer NCD mit anderen NCDs sowie mit Alters- und Geschlechtereffekten. Z.B. sind Personen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates überdurchschnittlich alt – und entsprechend ist der Gesundheitszustand dieser Personengruppe nicht nur wegen der Erkrankung des Bewegungsapparates generell schlechter.

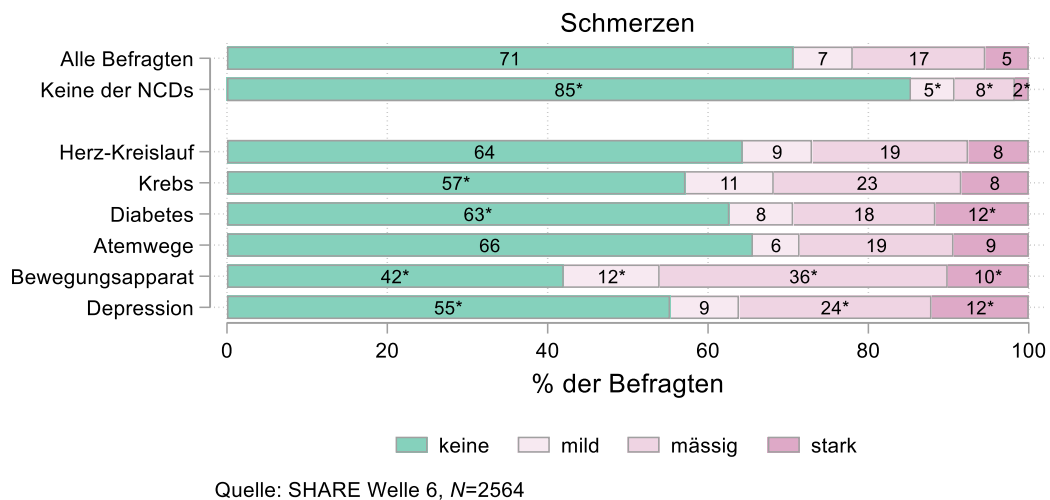
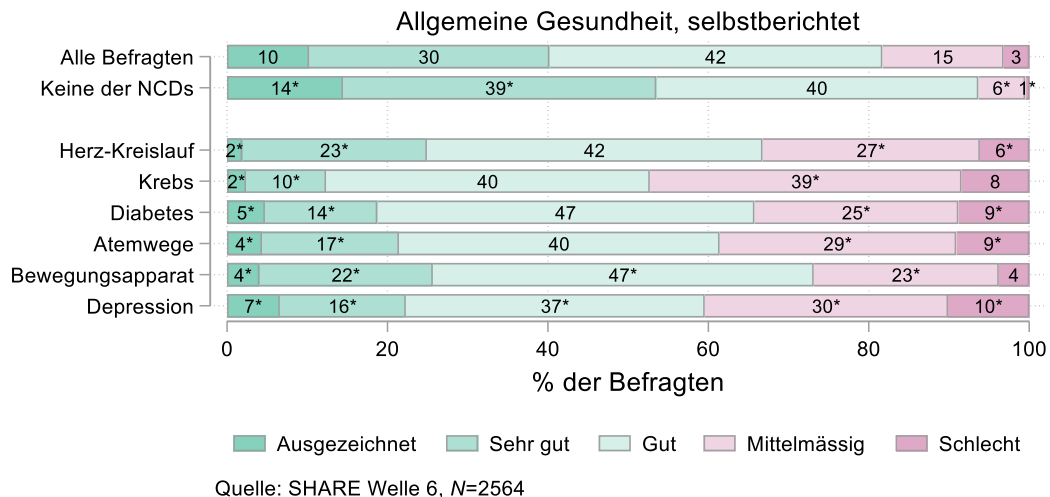
In unseren Analysen berücksichtigen wir diese Vermischung (die sog. «Konfundierung») indem wir sogenannte «adjustierte Werte» berechnen, d.h. Werte, die resultieren, wenn das Alter, Geschlecht und das Vorhandensein anderer NCDs der betrachteten Gruppe der Durchschnittsbevölkerung entspricht. Zur Berechnung solcher Werte verwenden wir multivariate statistische Modelle (lineare Regression, logistische Regression, multinominale logistische Regression) und schätzen so den Zusammenhang zwischen einer NCD-Diagnose und dem Gesundheitszustand (z.B. das Schmerzniveau) bei gleichzeitiger Kontrolle um Alter, Geschlecht und andere NCDs; die in den Graphiken präsentierten Werte entsprechen derart adjustierten Werten. Ein Blick auf die adjustierte subjektive Gesundheit der Gruppe mit einer Erkrankung des Bewegungsapparats in Abbildung 4 (obere Grafik, siebter Balken von oben) zeigt so, dass diese Personengruppe auch nach Berücksichtigung etwaiger Altersunterschiede (Adjustierung) eine deutlich schlechtere subjektive Gesundheit als Personen ohne diese NCD angeben.

Achtung: da die adjustierten Werte für eine Person mit durchschnittlichen Merkmalen berechnet werden – sowohl in Bezug auf das Alter als auch auf die Wahrscheinlichkeit von einer weiteren berücksichtigte NCD betroffen zu sein – vermitteln diese Werte zwar eine gute Einsicht dahingehend, wie stark die Auswirkungen einer (einzelnen) bestimmten NCD sind. Sie zeichnen aber auch ein etwas zu optimistisches Bild, was die tatsächliche Situation der erkrankten Personen anbelangt, da Personen mit einer NCD in der Regel überdurchschnittlich alt sind und überdurchschnittlich oft an weiteren NCDs leiden.

Aufgeschlüsselt nach einzelnen NCD-Gruppen zeigt sich, dass Erkrankungen des Bewegungsapparats den geringsten Zusammenhang mit der subjektiven allgemeinen Gesundheit haben, aber den grössten mit Schmerzen. Nur 42% der an einer Erkrankung des Bewegungsapparats leidenden Menschen sind schmerzfrei, verglichen mit 71% aller Befragten, also aller Studienteilnehmenden mit und ohne vorliegender NCD («Alle Befragten»). Krebs zeigt bei den SHARE-Befragten den stärksten Zusammenhang mit der subjektiven allgemeinen Gesundheit. Eine Krebsdiagnose verringert die Wahrscheinlichkeit, dass die eigene Gesundheit mindestens als gut bezeichnet wird von 82% auf 52%. Verglichen dazu ist der Einfluss der Herz-Kreislauf-Erkrankungen geringer. Leidet jemand an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Gesundheit als mindestens gut bezeichnet wird um 15 Prozentpunkte auf 79%. Dies dürfte auch damit zusammenhängen, dass bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch viele subjektiv eher als «mild» empfundene Erkrankungen enthalten sind (z.B. leichtere Herzinsuffizienz). Zudem dürfte gerade bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die mit einer relativ hohen Wahrscheinlichkeit plötzlich akut auftreten und

schwerwiegende oder tödliche Folgen haben, der Selektionseffekt dazu beitragen, dass die Schwere der Auswirkungen mit Befragungsdaten unterschätzt wird: Personen welche z.B. nach einem Herzinfarkt/Schlaganfall eine schwere Behinderung haben, können nicht mehr befragt und in unseren Analysen nicht berücksichtigt werden.

Abbildung 4: Subjektive Gesundheit bzw. Schmerzen nach NCD-Gruppe



Adjustiert auf die jeweils anderen NCDs, Geschlecht und Alter. Fragestellungen: „Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist... (Ausgezeichnet/Sehr gut/Gut/Mittelmässig/Schlecht)? Haben Sie Schmerzen? (Ja/Nein) Wie stark sind die Schmerzen meistens? (Mild/Mässig/Stark)“  
 \* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Ausserdem gibt es einen wesentlichen Zusammenhang zwischen Schmerzen und Depression. So bezeichnen sich nur 55% aller Personen mit einer Depression als schmerzfrei. Damit ist der Zusammenhang zwischen Depression und Schmerzen so stark wie der zwischen Krebs und Schmerzen; nur Erkrankungen des Bewegungsapparates weisen einen noch stärkeren Zusammenhang auf. Es ist aber wichtig zu betonen, dass diese Ergebnisse zwar zeigen, dass Depression und Schmerzen oft zusammen auftreten, dass sie aber nichts über die darunterliegenden, komplexen Kausalbeziehungen zwischen einer NCD und dem

Gesundheitszustand aussagen können (Bair et al. 2003; Von Korff und Simon 2018). Abschliessend muss zudem darauf hingewiesen werden, dass es auch innerhalb einzelner Krankheitsgruppen bzw. innerhalb der Gruppe ohne eine der berücksichtigten NCDs grosse Unterschiede in der Einschätzung der allgemeinen Gesundheit und der Schmerzbelastung gibt. Dies zeigt, dass die berücksichtigten NCDs nur einen Teil der Faktoren ausmachen, welche den individuellen Gesundheitszustand bestimmen.

## 2.4 MULTIMORBIDITÄT

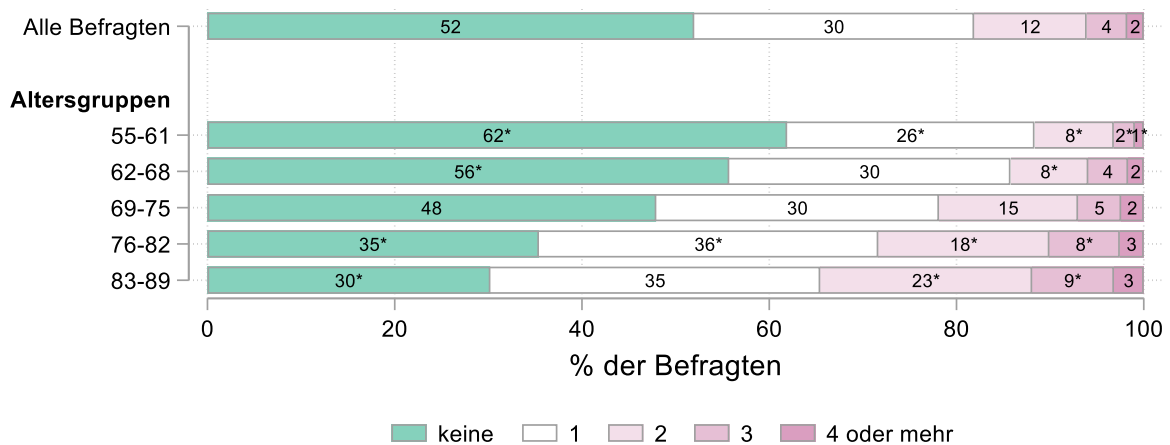
Multimorbidität heisst, dass eine Person an zwei oder mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig leidet. Multimorbidität ist sowohl für die betroffenen Personen als auch für das Gesundheitswesen eine Herausforderung. Für die betroffenen Personen, weil das Risiko von Einschränkungen und Verlust an Lebensqualität grösser ist. Für das Gesundheitswesen, weil behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit komplexeren Diagnosen und Therapien konfrontiert sind. So müssen optimale Behandlungsstrategien für eine bestimmte Erkrankung, wie sie z.B. in Guidelines festgehalten sind, bei multimorbiden Patientinnen und Patienten sorgfältig mit entsprechenden Behandlungsstrategien für ihre anderen Erkrankungen in Einklang gebracht werden. Ferner gilt es, die Auswirkungen z.B. einer Medikation auf alle vorliegenden Erkrankungen zu berücksichtigen, was schwierig und oft nur beschränkt möglich ist. Multimorbide Patientinnen und Patienten haben zudem ein erhöhtes Hospitalisierungsrisiko und verursachen höhere Behandlungskosten (Moreau-Gruet 2013).

Gemäss den Analysen der SHARE-Daten waren 2014 18% der Personen ab 55 Jahren in der Schweiz von Multimorbidität betroffen. 6% waren gleichzeitig von drei oder mehr NCDs betroffen. Abbildung 5 zeigt, dass Multimorbidität mit steigendem Alter stetig zunimmt. Sind von den 55- bis 61-Jährigen 12% von Multimorbidität betroffen (rote Fläche), sind es bei den 69- bis 76-Jährigen bereits 22% und bei den 83- bis 89-Jährigen schliesslich 35%. Die meisten Betroffenen sind jeweils von zwei der berücksichtigten Krankheiten aktuell betroffen, deutlich weniger von drei, und nur ein sehr kleiner Anteil leidet an vier oder mehr der berücksichtigten Erkrankungen.

### Messung von Multimorbidität

Es gibt kein standardisiertes Vorgehen zur Messung von Multimorbidität und die Resultate zum Ausmass von Multimorbidität hängen stark davon ab, welche und wie viele Krankheiten zur Bestimmung von Multimorbidität einbezogen werden. Empfohlen wird der Einbezug von mindestens zwölf Diagnosen (Fortin et al. 2012). Wir berücksichtigen in Übereinstimmung mit den Analysen des Obsan zu Multimorbidität (Moreau-Gruet 2013) die in Abbildung 2 anfangs dieses Kapitels dargestellten zwölf Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen.

Abbildung 5: Multimorbidität (1,2, 3, 4+ Diagnosen) nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2569

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

## 2.5 GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN UND EINSCHRÄNKUNGEN

Gerade im höheren Alter sind viele Menschen von gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen betroffen, die oft mit einer spezifischen Erkrankung in Zusammenhang stehen, aber auch unabhängig von einer Erkrankung auftreten können. Dazu gehören verminderte Kraft und Beweglichkeit, eine Abnahme der kognitiven Fähigkeiten oder Einschränkungen in Seh- und Hörvermögen. Solche Beschwerden bestimmen zu einem grossen Teil, ob Alltagsaktivitäten normal, nur mit Einschränkungen oder gar nicht mehr ausgeführt werden können. Auch auf den Erhalt einer hohen Lebensqualität und Alltagsautonomie im fortschreitenden Alter haben sie einen grossen Einfluss. Abbildung 6 greift drei zentrale Beschwerdekompexe auf (Stürze, Schlafprobleme und Hörschwierigkeiten) und gibt einen Überblick über die Verbreitung von Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten in verschiedenen Altersgruppen.

**Stürze** und insbesondere auch die Angst vor Stürzen sind in der älteren Bevölkerung ein relevantes Thema. Von den SHARE-Befragten haben 3% der Männer und 5% der Frauen angegeben, dass sie in den letzten sechs Monaten gestürzt sind. Während Stürze bei den jüngsten untersuchten Altersgruppen wenig verbreitet sind, sind Stürze bei Frauen ab 69 und bei Männern ab 76 mit rund 10% deutlich häufiger. Bei Frauen steigt die Angst zu stürzen über die betrachteten Altersgruppen hinweg von 4% auf etwa 25% und bei den Männern von einem Prozent auf etwa 17%. Dass sich Frauen mehr vor Stürzen fürchten, dürfte damit zusammenhängen, dass Frauen tatsächlich häufiger stürzen als Männer und auch häufiger von Osteoporose betroffen – letzteres führt dazu, dass Stürze viel gravierendere Auswirkungen haben.

**Schlafstörungen** sind in der älteren Bevölkerung weit verbreitet: 39% der Frauen und 25% der Männer haben angegeben, in der letzten Zeit darunter gelitten zu haben. Bei den Frauen unterscheidet sich dieser Anteil nur wenig zwischen den Altersgruppen. Bei den Männern aber ist die Altersgruppe der 69- bis 75-Jährigen, die in etwa mit der Zeit nach der Pensionierung

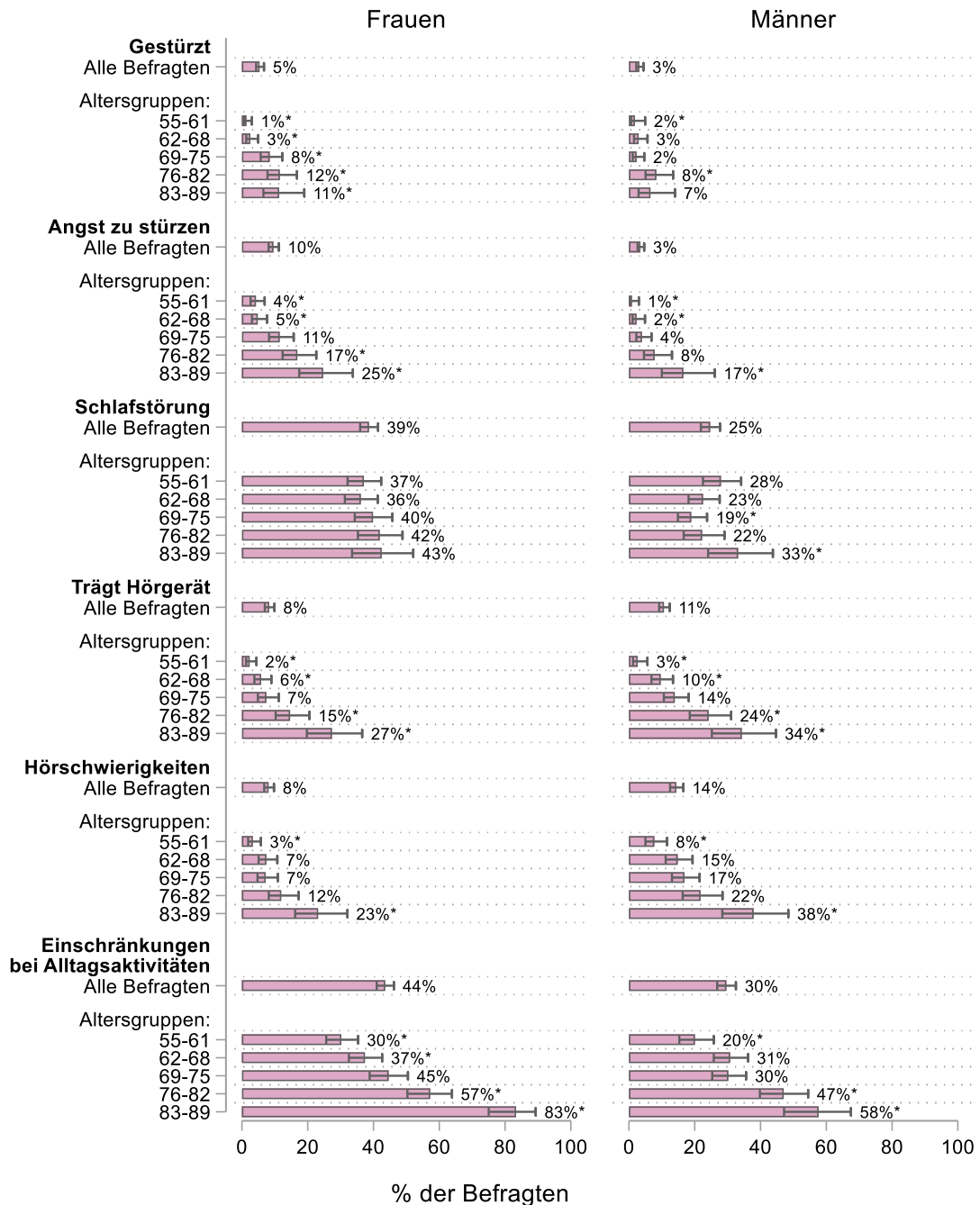
zusammenfällt, seltener von Schlafproblemen betroffen als die jüngste oder älteste untersuchte Altersgruppe.

**Hörschwierigkeiten** machen häufiger den älteren Männern (14%) als den Frauen (8%) zu schaffen. Dabei mussten die Befragten ihr Hörvermögen beim normalen Tragen eines allenfalls vorhandenen Hörgeräts einschätzen. Der Anteil der Hörgerätenutzerinnen und -nutzer über Geschlecht und Altersgruppen hinweg entspricht etwa dem Anteil derjenigen, die höchstens «mittelmässig» hören. Dieser Anteil steigt bei den Männern von 8% bei den 55- bis 61-Jährigen auf 38% bei den 83- bis 89-Jährigen, während er bei den Frauen von 3% auf 23% ansteigt.

**Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten** haben die Befragten auf einer Liste von 25 Aktivitäten angegeben, die von «ohne Pause mehrere Treppenabsätze steigen», über das «Waschen der eigenen Wäsche» bis zum «Benutzen der Toilette» reicht. In Abbildung 6 unten ist ersichtlich, dass insbesondere im hohen Alter Frauen deutlich häufiger als Männer von mindestens einer solchen Einschränkung in den Alltagsaktivitäten betroffen sind. Während der Anteil mit Einschränkungen bei den Männern von 20% bei den 55- bis 61-Jährigen auf 58% bei Hochaltrigen (83-96 Jahre) ansteigt, steigt er bei den Frauen viel stärker von 30% auf 83%. Die am häufigsten berichteten Einschränkungen bei Hochaltrigen sind Schwierigkeiten beim Bücken und Hinknien (45%), beim Treppensteigen und beim Tragen von schweren Lasten über 5 Kilogramm (je 35%) sowie beim Aufstehen von einem Stuhl (28%). Mit folgenreicheren Einschränkungen wie z.B. beim Anziehen, beim Baden/Duschen oder beim Lebensmittel Einkaufen (je 11%), Kochen (7%) oder Essen (3%) sowie beim Haus verlassen und/oder der Benutzung des öffentlichen Verkehrs (12%) sind zwar Teile der Hochaltrigen konfrontiert, insgesamt liegt der Anteil der älteren Bevölkerung mit Einschränkungen in Alltagsaktivitäten selbst bei den befragten Hochaltrigen auf einem eher tiefen Niveau. Abbildung 40 im Anhang (S. 87) zeigt die Verbreitung einzelner Einschränkungen im Detail. Im Kapitel 4 werden wir noch einmal auf gesundheitliche Einschränkungen im Alltag zurückkommen und analysieren, wie stark sich die Befragten aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Alltagsautonomie eingeschränkt sehen.



Abbildung 6: Beschwerden und Einschränkungen nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: SHARE 6 (2014), N=2568

«Gestürzt» und «Angst zu stürzen» sind Antwortmöglichkeiten auf die Frage: Haben Sie während den letzten sechs Monate (oder länger) eines von den aufgelisteten gesundheitlichen Problemen gehabt?

Zum Hörgerät wurde gefragt: Tragen Sie normalerweise ein Hörgerät?

Zu Hörschwierigkeiten wurde gefragt: Hören Sie [ , wenn Sie ihr Hörgerät normal benutzen]... (Ausgezeichnet/Sehr gut/ Gut/Mittelmässig/Schlecht)? Dabei wurden die Antworten «Mittelmässig» und «Schlecht» zu Hörschwierigkeiten zusammengefasst.

Zu den Schlafstörungen wurde gefragt: Haben Sie in letzter Zeit Schlafstörungen gehabt? (Schlafstörungen oder Veränderungen des Schlafverhaltens in der letzten Zeit / Kein Problem mit dem Schlafen)

«Einschränkungen im Alltag» gibt an, ob die befragte Person angab, bei mindestens einer von 25 aufgelisteten Alltagsaktivitäten Schwierigkeiten zu haben.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

### 3 GESUNDHEITSVERHALTEN UND -PRÄVENTION

Eine gesunde Lebensweise kann wesentlich zur Verhinderung beziehungsweise Verzögerung des Ausbruchs von NCDs beitragen und im Falle eines Ausbruchs den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen (BAG/GDK 2016). Deshalb wird in diesem Kapitel das Gesundheitsverhalten der älteren Bevölkerung in der Schweiz analysiert. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und NCDs wechselseitig ist: Das Gesundheitsverhalten beeinflusst einerseits das Krankheitsrisiko, andererseits beeinflussen NCDs auch das Gesundheitsverhalten. So schränkt eine Erkrankung z.B. oftmals die Bewegungsmöglichkeiten ein, kann aber auch dazu führen, dass sich Personen im Sinne der Tertiärprävention entschliessen, sich nun mehr zu bewegen. Folgende Aspekte des Gesundheitsverhaltens werden untersucht:

- Bewegung, Ernährung, Übergewicht: körperliche Aktivitäten, Konsum von Früchten und Gemüse und Body-Mass-Index (BMI)
- Suchtmittelkonsum: Alkohol und Tabak
- Soziale Aktivitäten
- Inanspruchnahme von Hilfe und Pflege

#### 3.1 BEWEGUNG, ERNÄHRUNG, ÜBERGEWICHT

Bewegung und Ernährung gehören neben dem Konsum von Alkohol und Tabak zu den wichtigsten lebensstilbezogenen Schutz- beziehungsweise Risikofaktoren (Martin-Diener et al. 2014). Sie stehen in direktem Zusammenhang mit Übergewicht, das ein zentraler Risikofaktor für eine Vielzahl von NCDs – insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes – darstellt (Marques et al. 2018). Bewegung und eine gesunde Ernährung haben nicht nur in jüngeren Jahren eine präventive Wirkung, sondern bleiben auch in der älteren Bevölkerung sehr wichtig zur Vermeidung und Verzögerung sowie zur Sekundär- und Tertiärprävention von NCDs (WHO 2015:69ff.)

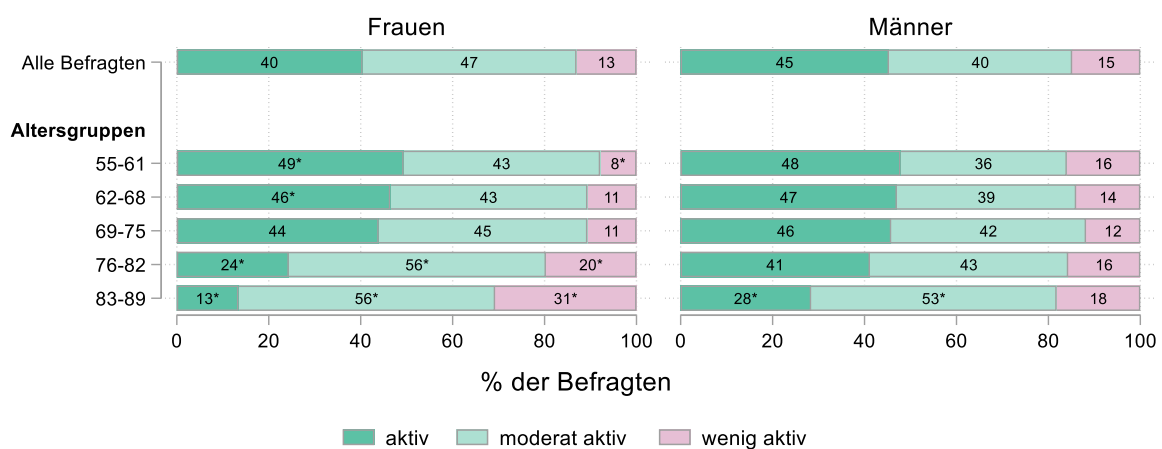
In Bezug auf Bewegung zeigt sich, dass der Grossteil der älteren Bevölkerung körperlich aktiv oder zumindest moderat körperlich aktiv<sup>4</sup> ist, d.h. zumindest mehr als einmal pro Woche eine körperlich leicht anstrengende Tätigkeit und/oder einmal pro Woche eine körperlich anstrengende Tätigkeit ausübt. Nur 13% der Frauen und 15% der Männer unter allen Befragten sind wenig aktiv. Bei den Frauen zeigen sich deutlichere Unterschiede zwischen den Altersgruppen als bei den Männern. Bei Männern geht die Abnahme der körperlichen Aktivität

---

<sup>4</sup> Die hier verwendete Operationalisierung von körperlicher Aktivität (siehe Anmerkung zu Abbildung 7) lehnt sich an jene der schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) an, ist aber nicht identisch.

primär mit dem Übergang zur Hochaltrigkeit<sup>5</sup> (über 80 Jahre) einher: hohe körperliche Aktivität weicht nun vermehrt moderater Aktivität. Mit Schwankungen zwischen 12% und 18% ist der Anteil der wenig aktiven Männer über die verschiedenen Altersgruppen hinweg erstaunlich konstant. Bei den Frauen hingegen sind die jüngeren Altersgruppen deutlich aktiver als die älteren. In den Altersgruppen der 55- bis 75-Jährigen sind die körperlichen Aktivitäten mehr oder weniger konstant, wobei nahezu 90% dieser Frauen mindestens moderat aktiv sind und jeweils über 40% sich als aktiv bezeichnen. In der Gruppe der 76- bis 82-Jährigen ist die körperliche Aktivität dann deutlich reduziert und geht noch einmal stark zurück bei der Gruppe der 83- bis 89-Jährigen. In dieser Altersgruppe der Hochaltrigen bezeichnen sich nur noch 13% der Frauen als aktiv und mit 31% fast ein Drittel als wenig aktiv.

Abbildung 7: Körperliche Aktivität nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2608

*Aktiv: Mehr als einmal pro Woche körperlich anstrengende Tätigkeit; moderat aktiv: mehr als einmal pro Woche körperlich leicht anstrengende Tätigkeit oder einmal pro Woche körperlich anstrengende Tätigkeit; wenig aktiv: höchstens einmal pro Woche leicht anstrengende Tätigkeit, weniger als einmal pro Woche anstrengende Tätigkeit.*

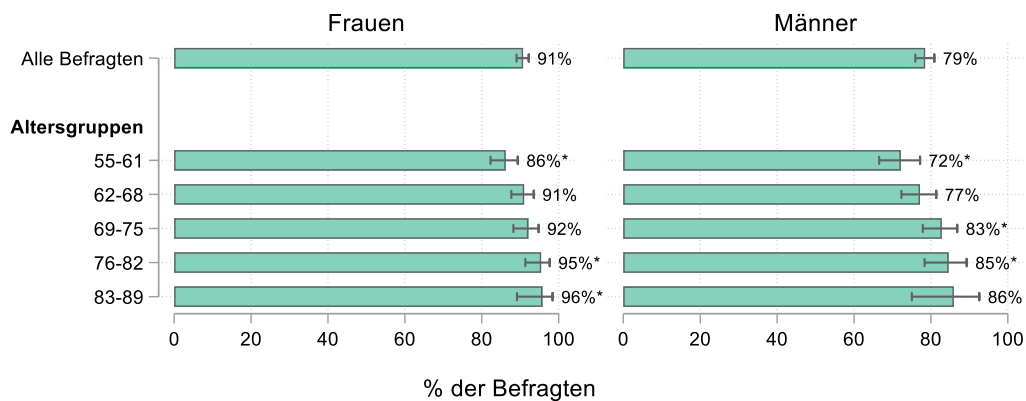
*Fragestellungen: Wie häufig üben Sie im Alltag eine anstrengende körperliche Tätigkeit aus, wie zum Beispiel beim Sport, bei schweren Arbeiten in Haus und Garten oder bei der Ausübung von einem Beruf, bei dem man körperlich schwer arbeitet? Wie häufig machen Sie Dinge, die leicht anstrengend sind, wie zum Beispiel leichte Gartenarbeit, das Auto waschen oder spazieren gehen? (1. Mehr als einmal wöchentlich 2. Einmal wöchentlich 3. Ein bis drei Mal pro Monat 4. So gut wie niemals, oder niemals)*

*\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.*

Als Indikator für eine gesunde Ernährung wurde in SHARE der tägliche Konsum von Früchten und Gemüse erfasst. Abbildung 8 zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der älteren Bevölkerung täglich Früchte und Gemüse isst, wobei sich Frauen etwas häufiger gesund ernähren als Männer. So konsumieren 91% der Frauen, aber nur 79% der Männer täglich Früchte und Gemüse. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen, die täglich Früchte und Gemüse konsumieren, leicht zu.

<sup>5</sup> Der Begriff Hochaltrigkeit unterteilt die Gruppe der Personen im Rentenalter in zwei Gruppe, die sogenannten „jungen Alten“ und die „Hochaltrigen“. Hochaltrigkeit wird je nach Disziplin und Perspektive anders definiert. Im Sinne einer pragmatischen Lösung werden statistisch meist Personen ab 80 Jahren (oder manchmal auch ab 85 Jahren) als hochaltrig definiert (Höpflinger 2014).

Abbildung 8: Täglicher Konsum von Früchten oder Gemüse nach Geschlecht und Altersgruppen



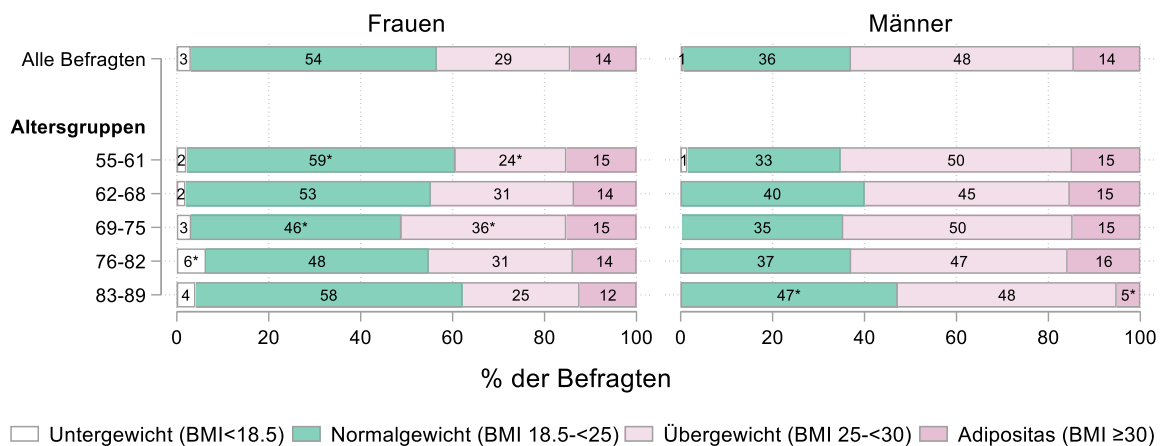
Quelle: SHARE 5 (2012), N=2634

Fragestellung: Wie viel Mal essen Sie in einer normalen Woche eine Portion Früchte oder Gemüse? (1. Täglich 2. 3-6 mal pro Woche 3. Zweimal pro Woche 4. Einmal pro Woche 5. Weniger als einmal pro Woche)

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Obwohl die Mehrheit der älteren Bevölkerung körperlich mindestens moderat aktiv ist und täglich Früchte und Gemüse isst, stellt Übergewicht ein verbreitetes Problem dar. Übergewicht ist ein Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Insgesamt sind 53% der Bevölkerung ab 55 Jahren übergewichtig. 14% leiden unter sehr starkem Übergewicht (Adipositas), wobei dieser Anteil für Frauen und Männer etwa gleich gross ist und über alle Altersgruppen hinweg konstant bleibt. Einzig in der Gruppe der Männer ab 83 Jahren ist er tiefer. Beim Übergewicht unterhalb der Adipositasgrenze (BMI 25 - <30) zeigt sich hingegen ein deutlicher Geschlechterunterschied. Insgesamt 29% der Frauen finden sich in diesem Bereich wieder, aber 48% der Männer. Zusammengefasst sind die Hälfte der Frauen und beinahe zwei Drittel der Männer ab 55 Jahren gemäss BMI mindestens übergewichtig. Der generell tiefe aber bei den Frauen im Alter steigende Anteil an Untergewichtigen ist ebenfalls relevant, weil Untergewicht oftmals mit einer schlechten selbstberichteten Gesundheit, verschiedenen Erkrankungen und höherer Mortalität einhergeht (Lorem, Schirmer und Emaus 2017). Ferner ist Untergewicht häufig mit einer schlechteren Knochenmineralisierung verknüpft ist und geht dadurch mit einem höheren Knochenbruchrisiko im Falle von Stürzen einher (Coin et al. 2000).

Abbildung 9: BMI-Kategorien nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2585

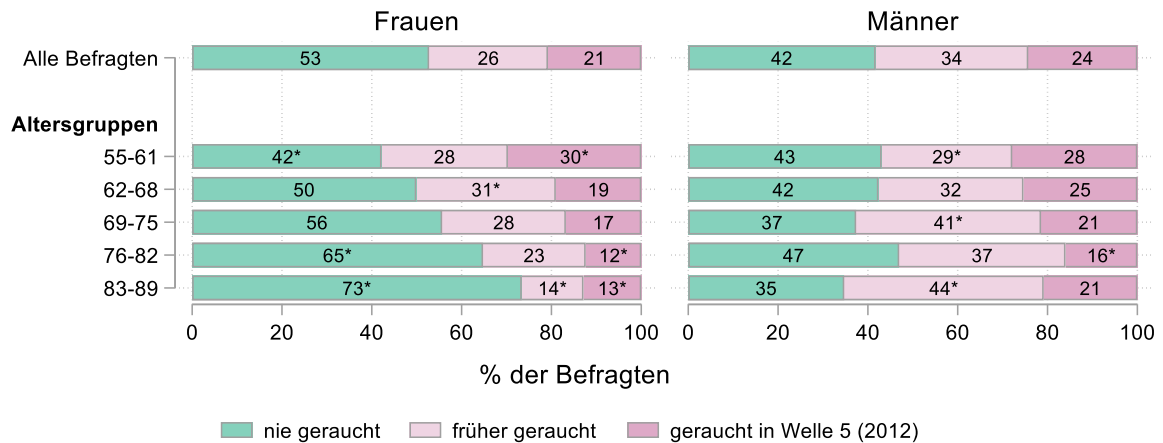
Die Befragten wurden nach Gewicht und Grösse gefragt, woraus anschliessend der BMI berechnet wurde.  
 \* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

### 3.2 SUCHTMITTELKONSUM

Alkoholkonsum und Rauchen sind zwei weitverbreitete und sehr bedeutende Risikofaktoren für NCDs, insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einige Krebsarten. Rauchen ist zudem der zentrale Risikofaktor für Atemwegserkrankungen wie COPD und Lungenkrebs und auch im hohen Alter wirkt es sich noch positiv auf die Gesundheit aus, mit dem Rauchen aufzuhören (Gellert, Schöttker und Brenner 2012).

Mit den SHARE-Daten kann gezeigt werden, wie viele Personen aktuell rauchen, wie viele früher geraucht haben, in der Zwischenzeit aber mit dem Rauchen aufgehört haben, und wie viele nie in ihrem Leben geraucht haben. Insgesamt rauchten 22% der Personen ab 55 noch im Befragungsjahr. 30% haben früher geraucht aber mittlerweile aufgehört. 48% haben nie in ihrem Leben geraucht, sind also lebenslange Nichtraucher. In der Altersgruppe der 55- bis 62-Jährigen zeigen sich diesbezüglich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern – ganz anders ist dies bei den oberen Altersgruppen. Während bei den Männern der Anteil der lebenslangen Nichtraucher über alle Altersgruppen hinweg wenig und unsystematisch zwischen 37% und 47% schwankt, zeigt sich bei den Frauen ein klarer Trend: Je höher das Alter, desto grösser ist der Anteil lebenslanger Nichtraucherinnen. Während 42% der Frauen in der Altersgruppe von 55 bis 62 Jahren nie geraucht haben, sind es bei den 83- bis 89-Jährigen 73%, also rund 30 Prozentpunkte mehr. Je höher die Altersgruppe, umso weniger (ehemalige) Raucherinnen gibt es. Diese starke Abnahme dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es für Frauen der älteren Generationen weniger üblich war zu rauchen. Unterschiede in der Mortalität zwischen Raucherinnen und Nichtraucherinnen (Raucherinnen sterben im Durchschnitt früher) ist dafür dagegen nachrangig.

Abbildung 10: Anteil Personen die nie, früher oder in der Welle 5<sup>6</sup> (2012) geraucht haben nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: SHARE Welle 6, N=2580

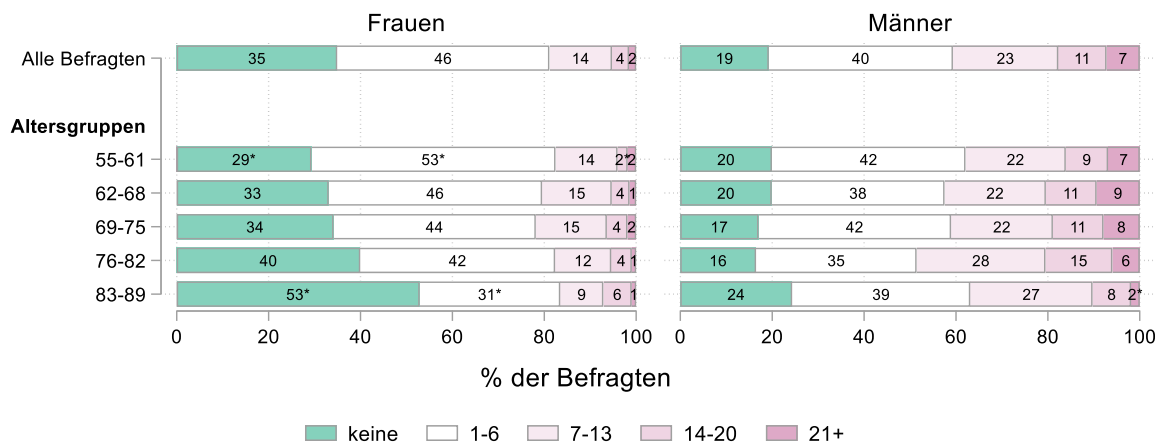
Fragestellung: Haben Sie jemals täglich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Zigaretten, Zigarren oder eine Pfeife geraucht? Rauchen Sie zur Zeit?

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Beim Alkoholkonsum der Frauen zeigt sich keine vergleichbare Abnahme bei höheren Altersgruppen wie beim Rauchen. Alkoholkonsum wurde anhand der konsumierten Alkohol-Einheiten während der letzten sieben Tage gemessen. Zwar nimmt der Anteil der Frauen, die in den letzten sieben Tagen gar keinen Alkohol getrunken haben in den höheren Altersgruppen zu. Betrachtet man allerdings den Anteil, die nichts oder wenig (eine bis maximal sechs Einheiten) getrunken haben, dann zeigen sich relativ konstante Anteile über alle Altersgruppen hinweg. Bei den Männern ist der Alkoholkonsum ebenfalls sehr konstant über die verschiedenen Altersgruppen hinweg. Allerdings zeigt sich generell ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern. 35% der Frauen haben gar keinen Alkohol konsumiert, hingegen nur 19% der Männer. Und nur halb so viele Frauen (19%) wie Männer (41%) haben sieben oder mehr Einheiten konsumiert.

<sup>6</sup> In der Befragungswelle 6 wurden die aktuellen Raucherinnen und Raucher nur sehr eingeschränkt erhoben. Deshalb verwenden wir die Daten der Befragungswelle 5.

Abbildung 11: Anzahl Einheiten alkoholischer Getränke in den letzten sieben Tagen nach Altersgruppen und Geschlecht



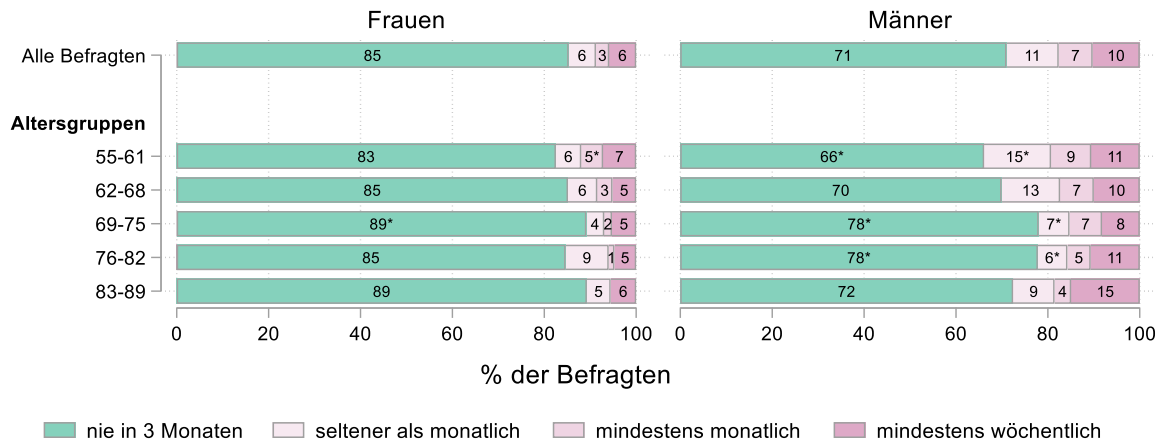
Fragestellung: Während der letzten 7 Tage, haben Sie zumindest ein alkoholisches Getränk zu sich genommen? Schauen Sie sich bitte Karte 15 an, wo die üblichen Einheiten für alkoholische Getränke abgebildet sind. Während der letzten 7 Tage, wie viele Einheiten von alkoholischen Getränken haben Sie zu sich genommen? (1 Einheit = 33 cl Bier, 12 cl Wein, 8 cl Likör, 4 cl Schnaps)

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Wenn anlässlich einer einzigen Gelegenheit sechs oder mehr Einheiten Alkohol konsumiert werden, wird dies in SHARE als problematischer Alkoholkonsum bezeichnet<sup>7</sup>. Die Resultate in Abbildung 12 zeigen, dass die grosse Mehrheit der älteren Bevölkerung kein problematisches Konsumverhalten aufweist. Aber immerhin 15% aller Frauen ab 55 Jahren und 29% der Männer haben in den letzten drei Monaten vor der Befragung einmal bei einer Gelegenheit sechs oder mehr Einheiten Alkohol getrunken. Rund 6% der Frauen und 10% der Männer geben an, dass sie gar wöchentlich Alkohol in einem problematischen Ausmass konsumieren. Dieser Anteil ist über die Altersgruppen hinweg stabil.

<sup>7</sup> Die Definition von problematischem Konsum in SHARE weicht von jener des BAG ab, die für Frauen 4 Gläser und für Männer 5 Gläser anlässlich einer einzigen Gelegenheit als Schwellenwert für risikoreichen Konsum definiert (Bundesamt für Gesundheit 2017).

Abbildung 12: Häufigkeit von problematischem Alkoholkonsum (mindestens 6 Einheiten) nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: SHARE Welle 6, N=2608

Fragestellung: Schauen Sie sich bitte Karte 16 an. Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten zu einer Gelegenheit sechs oder mehr Einheiten an alkoholischen Getränken getrunken? (1. Täglich oder fast täglich 2. Fünf bis sechs Tage pro Woche 3. Drei bis vier Tage pro Woche 4. Ein- oder zweimal pro Woche 5. Ein- oder zweimal im Monat 6. Weniger als einmal im Monat 7. Überhaupt nicht in den letzten drei Monaten)

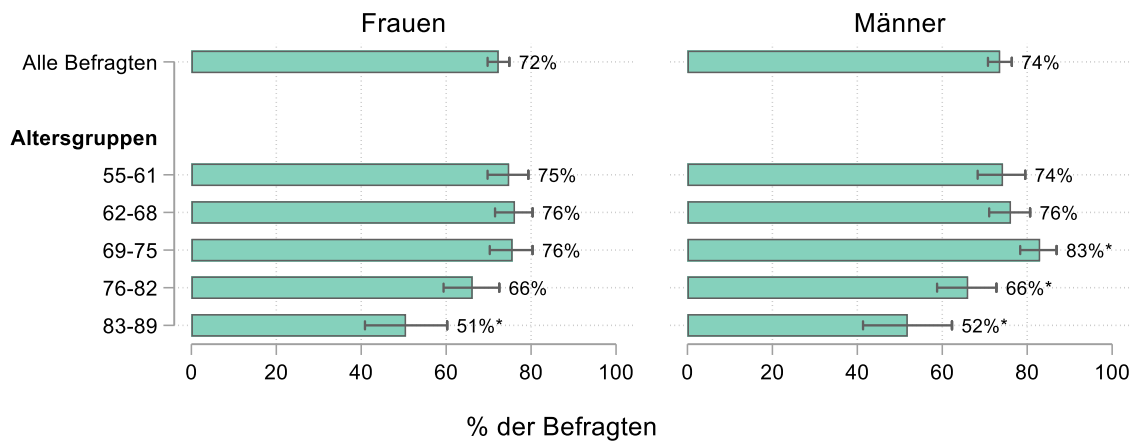
\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

### 3.3 SOZIALE AKTIVITÄTEN

Soziale Aktivitäten, als Ausdruck sozialer Integration, haben einen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand und werden daher zunehmend als eigenständiger Präventionsfaktor gegen diverse Erkrankungen betrachtet (Habermann-Horstmeier 2018, S. 380; Sirven und Debrand 2008). Rund drei Viertel der Bevölkerung ab 55 Jahre sind im Jahr vor der Befragung mindestens einer sozialen Aktivität wie einer ehrenamtlichen Tätigkeit, Teilnahme in einem Verein oder bei Gesellschaftsspielen oder einer Weiterbildung nachgegangen. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich ein ähnliches Muster: In den Altersgruppen der 55- bis 75-Jährigen ist der Anteil jener, die einer sozialen Aktivität nachgehen wesentlich höher als bei den 76- bis 82-Jährigen und dieser Anteil nimmt bei den 83- bis 89-Jährigen noch einmal deutlich ab. Dennoch hat noch rund die Hälfte der 83- bis 89-Jährigen eine soziale Aktivität ausgeübt. Während bei den Frauen in den tieferen Altersgruppen (55- bis 75-Jährige) der Anteil sozial aktiver Personen konstant ist, steigt bei den Männern der Anteil sozial aktiver Personen nach der Pensionierung etwas an, bevor er dann wieder abnimmt.



Abbildung 13: Soziale Aktivität nach Altersgruppe und Geschlecht



Quelle: SHARE 6 (2014), N=2565

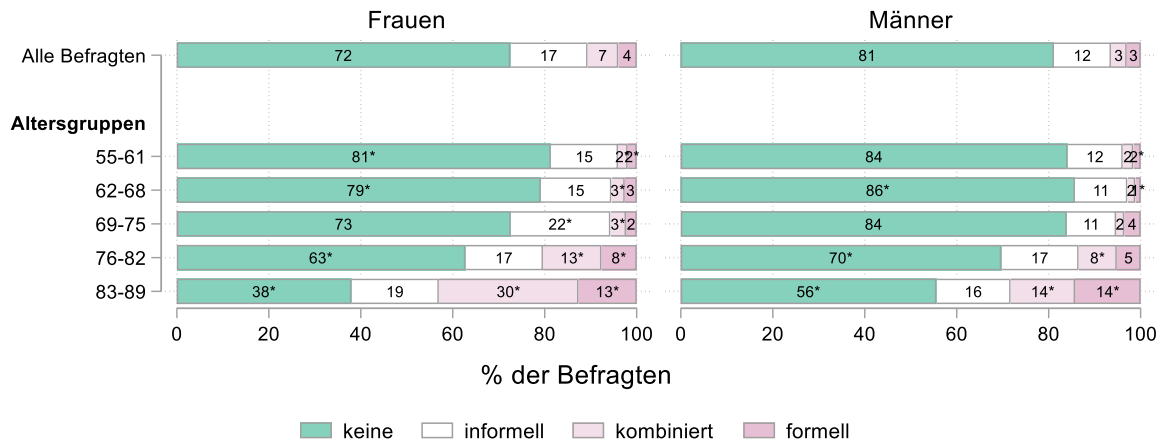
*Fragestellung: Haben Sie in den letzten 12 Monaten irgendeine dieser Tätigkeiten gemacht? Ehrenamtliche Tätigkeit, Teilnahme an einem Fort- oder Weiterbildungskurs, Teilnahme an Vereinsaktivitäten wie z.B. Sport- oder Heimatverein, (Teilnahme an Aktivitäten einer politischen Organisation oder Bürgerinitiative, Bücher, Zeitschriften oder Zeitungen gelesen, Kreuzwort- oder Zahlenrätsel wie Sudoku gelöst), Karten- oder Gesellschaftsspiele wie Schach gespielt. Die Aktivitäten in Klammern wurden nicht in die Analyse einbezogen, da es sich dabei nicht unbedingt um gemeinschaftliche Aktivitäten handelt. Wir lehnen uns hier an Sirven und Debrand (2008) an, wobei wir politische und kirchliche Tätigkeiten nicht berücksichtigen, da diese in Welle 6 nicht mehr erhoben wurden, dafür berücksichtigen wir auch Karten- oder Gesellschaftsspiele.*

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

### 3.4 INANSPRUCHNAHME VON UNTERSTÜTZUNG

Für die Erhaltung einer hohen Lebensqualität bei unterstützungsbedürftigen Personen ist es wichtig, dass bedürfnisgerechte Hilfe und Pflege verfügbar ist und auch in Anspruch genommen wird. Der Blick auf Abbildung 14 zeigt, dass Frauen im Durchschnitt etwas öfter Hilfe und Pflege in Anspruch nehmen als Männer. Bei beiden Geschlechtern überwiegt die informelle Unterstützung. Bei den 55- bis 75-Jährigen ist der Anteil mit formeller Unterstützung mit zwischen 3% und 6% klein. Informelle Unterstützung ist etwas verbreiteter, und Frauen nehmen diese mit zwischen 17% und 25% häufiger in Anspruch als Männer mit zwischen 13% und 14%. Ab 76 Jahren nimmt dann der Anteil mit formeller Unterstützung zu und steigt in der Altersgruppe der 83- bis 89-Jährigen noch einmal stark an. Auffallend sind bei der obersten Altersgruppe zudem zwei Befunde: Erstens nimmt auch in dieser Altersgruppe immer noch ein beträchtlicher Teil keine Hilfe in Anspruch. Zweitens nehmen Frauen mit 62% deutlich häufiger Hilfe in Anspruch als Männer mit 44%. Grund dafür dürfte unter anderem sein, dass Frauen zwar im Durchschnitt älter werden, aber bei weniger guter Gesundheit. Männer, die dieses hohe Alter erreichen, sind in der Regel weniger auf Hilfe angewiesen. Andererseits ist es auch möglich, dass Männer gleich viel Pflege und Hilfe benötigen würden, diese aber für sie weniger zugänglich ist oder von ihnen weniger in Anspruch genommen wird – zum Beispiel, weil männliche Rollenbilder dies erschweren (Galdas, Cheater und Marshall 2005).

Abbildung 14: Inanspruchnahme von formeller und informeller Unterstützung nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2578

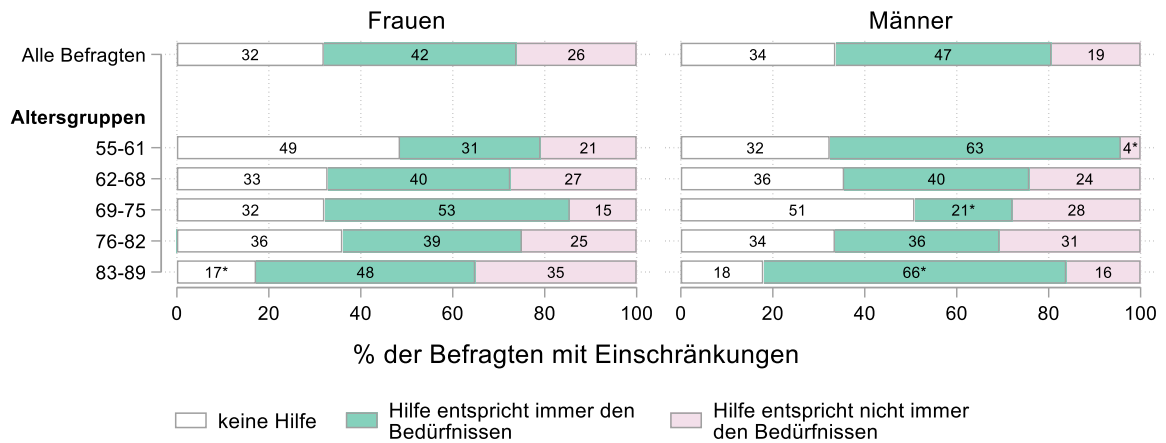
Diese Grafik basiert auf einer kombinierten Auswertung der folgenden Fragestellungen: Während der letzten 12 Monate, haben Sie aufgrund von körperlichen, mentalen, emotionalen oder Gedächtnis-Problemen eine von den dort aufgeführten professionellen oder bezahlten Hilfeleistungen zu Hause erhalten? Wenn Sie an die letzten 12 Monate zurückdenken - hat Ihnen ein Familienmitglied, welches ausserhalb von Ihrem Haushalt wohnt oder ein Freund oder Nachbar irgendeine Art von Hilfe geleistet, welche auf der Karte aufgeführt ist? Und lebt in diesem (Ihrem) Haushalt eine Person, die Ihnen in den letzten 12 Monaten regelmässig bei der persönlichen Pflege geholfen hat, zum Beispiel beim Waschen, aus dem Bett aufstehen oder beim Anziehen?

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Ob eine dieser Erklärungen zutrifft, kann an dieser Stelle nicht abschliessend untersucht werden, aber eine Analyse dazu, ob unterstützungsbedürftige Personen bedarfsgerechte Hilfe erhalten oder nicht, gibt erste Hinweise (Abbildung 15). Die Abbildung beschränkt sich auf jene Befragten die von gesundheitlichen Einschränkungen mit mindestens einer Alltagsaktivität wie z.B. dem Kochen oder dem Treppensteigen berichteten (vgl. den Teil zu den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten in Abschnitt 2.5). Von den Personen mit Einschränkungen aller Altersgruppen nimmt rund ein Drittel keine Hilfe in Anspruch. Bei den hochaltrigen 83- bis 89-Jährigen sind es noch knapp ein Fünftel. Diesbezüglich gibt es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Damit gibt es keine Hinweise darauf, dass eine systematisch schlechtere Verfügbarkeit von Hilfe für Männer dafür verantwortlich ist, dass Frauen häufiger als Männer formelle und/oder informelle Unterstützung erhalten.

Wegen der reduzierten Zahl von Befragten mit Einschränkungen sind die Resultate zur bedarfsgerechten Hilfe für einzelne Altersgruppen wenig aussagekräftig. Dementsprechend unterscheiden sich nur wenige Altersgruppen statistisch signifikant von allen Befragten mit Einschränkungen. Es gibt aber zwei erwähnenswerte Details: So haben in der Gruppe der 55- bis 61-Jährigen statistisch signifikant mehr Frauen als Männer keine Hilfe in Anspruch genommen, obwohl sie von Einschränkungen im Alltag betroffen waren. In der Gruppe der 69- bis 75-Jährigen ist es genau umgekehrt: hier nehmen deutlich mehr Männer als Frauen trotz Unterstützungsbedarf keine Hilfe in Anspruch. Vorsichtig interpretiert scheint es bei beiden Geschlechtern Altersgruppen zu geben, die bereits mit zunehmenden Einschränkungen konfrontiert sind, aber (noch) keine Hilfe in Anspruch nehmen. Dabei sind die betroffenen Frauen tendenziell jünger als die betroffenen Männer.

Abbildung 15: Bedarfsgerechte Hilfe bei Personen mit Einschränkungen nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=303

Diese Frage basiert auf der kombinierten Auswertung von zwei Fragen. Personen mit Einschränkungen wurden gefragt: Wenn Sie jetzt an die Aktivitäten denken, mit denen Sie Schwierigkeiten haben – gibt es jemand, der Ihnen dabei hilft? Wer diese Frage bejahte wurde zudem gefragt: Würden Sie sagen, diese Hilfe entspricht Ihren Bedürfnissen? (Diese Abbildung bezieht sich also nur auf Befragte mit Einschränkungen. Deshalb sind auch die Fallzahlen eher klein und der Anteil jener, die keine Hilfe benötigen geringer als in der vorherigen Grafik.)

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten mit Einschränkungen ab.

## 4 LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSAUTONOMIE

Ob mit oder ohne chronische Erkrankung – die Erhaltung einer möglichst hohen Lebensqualität und Alltagsautonomie, d.h. die Fähigkeit, den Alltag zu meistern und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, steht im Zentrum der Bemühungen für eine wirksame Gesundheitsversorgung und gilt als zentrales Ziel der Public Health Bemühungen des Bundes (Bundesrat 2013). Diese Perspektive auf die Gesundheit im Alter steht auch im Zentrum des «World Report on Ageing and Health» der WHO (2015). Sowohl Lebensqualität als auch Alltagsautonomie sind sowohl vom objektiven Gesundheitszustand abhängig, aber auch stark von individuellen Faktoren wie Resilienz, d.h. der psychischen Widerstandsfähigkeit, und von Bewältigungsstrategien und -fähigkeiten, wie mit herausfordernden Lebensumständen umgegangen werden kann, bestimmt. Leiden Menschen an chronischen Erkrankungen, so ist es zentral, dass sie im Umgang mit diesen Erkrankungen unterstützt, und dass ihre Coping-Fähigkeiten gestärkt werden. Dabei spielen neben der adäquaten Gesundheitsversorgung auch soziale Faktoren wie das Beziehungsnetz, finanzielle Ressourcen oder das Bildungsniveau eine wichtige Rolle.

Wir analysieren im Folgenden Unterschiede in der Lebensqualität und Alltagsautonomie zwischen verschiedenen Altersgruppen (Abschnitte 4.1) sowie zwischen Personen mit und ohne NCDs (Abschnitt 4.3). In Abschnitt 4.2 gehen wir detaillierter auf die der Lebensqualität und der Alltagsautonomie zugrundeliegenden Dimensionen ein. Abschliessend betrachten wir den Verlauf dieser beiden zentralen Indikatoren bei Eintritt einer NCD-Diagnose mittels Panelanalysen (Abschnitt 4.4).

Lebensqualität wird in SHARE mit dem Messinstrument CASP-12 erfasst, das insgesamt 12 Fragen zu den Dimensionen Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Vergnügen/Lebensfreude in einen Index zusammenfasst (vgl. Kasten unten für Details). Lebensqualität wird dabei in einem sehr breiten Sinne verstanden. Im Gegensatz zu anderen gängigen Lebensqualitätsmassen (z.B. EQ-5D, SF-36) misst CASP-12 explizit nicht (nur) die *gesundheitsbezogene* Lebensqualität, sondern betrachtet Gesundheit als eine vielen Determinanten der Lebensqualität. Körperliche Beschwerden oder Einschränkungen fliessen entsprechend nur indirekt in die Einschätzung der Lebensqualität ein – sofern sie z.B. die Selbstverwirklichung einschränken oder die Lebensfreude stark tangieren. Lebensqualität so verstanden reagiert nicht sehr sensitiv auf Veränderungen des Gesundheitszustands, dafür ist gut einschätzbar, welchen tatsächlichen Effekt eine Erkrankung auf die allgemeine Lebensqualität ausübt – oder eben nicht.

Alltagsautonomie wird in SHARE mit dem Global Activity Limitation Index (GALI) erfasst. Dabei wird direkt nach dem Ausmass gesundheitlicher Einschränkungen in Alltagsaktivitäten gefragt (vgl. Kasten unten für Details). Funktionale Einschränkungen oder Gebrechlichkeit («Frailty»), Konzepte, welche auch direkt gemessen werden können, fliessen alle in die Messgrösse Alltagsautonomie ein.

## Messung der Lebensqualität: CASP-12

Der CASP-12-Index (Control, Autonomy, Self-realization, Pleasure) ist ein Mass zur Bestimmung der Lebensqualität. Er basiert auf Antworten auf 12 Fragen zu vier grundlegenden Dimensionen menschlicher Grundbedürfnisse: Kontrolle, Autonomie, Selbstverwirklichung und Vergnügen/Lebensfreude. Die Urheber verfolgten drei Ziele bei der Entwicklung des Index (Higgs et al. 2003; Hyde et al. 2003). Erstens wollten sie eine auf einem klar definierten theoretischen Konzept basierende Operationalisierung von Lebensqualität erreichen. Zweitens wollten sie ein Mass, das nicht Determinanten von Lebensqualität als Indikatoren für ebendiese selbst verwendet. Drittens sollte das resultierende Mass sinnvolle Vergleiche zwischen Individuen zulassen. Der ursprüngliche CASP-19-Index, ein Mass basierend auf 19 Fragen, wurde für den in SHARE verwendeten Index auf 12 Fragen reduziert (Borrat-Besson, Ryser und Gonçalves 2015, S. 5f):

### Kontrolle (C)

1. Wie oft denken Sie hindert Sie Ihr Alter daran, Sachen zu machen, die Sie gerne machen würden?
2. Wie oft haben Sie das Gefühl, das was Ihnen passiert, nicht im Griff zu haben?
3. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Sie irgendwo nicht dazugehören?

### Autonomie (A)

4. Wie oft denken Sie machen Sie die Sachen, die Sie machen wollen?
5. Wie oft denken Sie hindern Sie Ihre familiären Verpflichtungen daran, das zu machen, was Sie machen wollen?
6. Wie oft denken Sie, dass Sie nicht genug Geld haben, um das zu machen, was Sie machen wollen?

### Selbstverwirklichung (S)

7. Wie oft freuen Sie sich auf jeden neuen Tag?
8. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben einen Sinn hat?
9. Wie oft schauen Sie, so alles in allem, mit einem Glücksgefühl auf Ihr Leben zurück?

### Vergnügen/Lebensfreude (P)

10. Wie oft fühlen Sie sich zurzeit voller Energie?
11. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass das Leben voll von Möglichkeiten ist?
12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zukunft gut aussieht?

Quelle: Fragebogen SHARE Schweiz, Welle 6.

Jede Frage wird auf einer vierstufigen Skala beantwortet:

1. Oft 2. Manchmal 3. Selten 4. Nie.

Auf Basis dieser Antworten wird dann ein additiver Index mit Werten zwischen 12 und 48 gebildet. Je höher der Index-Wert, umso höher ist die Lebensqualität (Borrat-Besson et al. 2015:11). Der Mittelwert in der hier untersuchten SHARE-Population liegt bei 40.6, die Standardabweichung bei 4.8 Punkten (Befragungswelle 6).

Leider liegen für den CASP-Index keine systematischen Befunde zu relevanten Unterschieden (sog. «Minimal Important Difference») vor. Zur besseren inhaltlichen Interpretation stützen wir uns deshalb auf die Standardabweichung (4.8) oder ziehen Unterschiede zwischen Gruppen mit objektiv unterschiedlicher Krankheitsbelastung als Vergleichsgrösse hinzu. So haben z.B. Personen mit diagnostiziertem Diabetes einen um durchschnittlich 0.9 Punkte tieferen Indexwert als Personen ohne Diabetes. Personen mit einer Depression gemäss der EURO-D-Skala haben eine um durchschnittlich 3.6 Punkte tieferen Indexwert als Personen ohne Depression.

## Messung der Alltagsautonomie: GALI

Der Global Activity Limitation Index (GALI) misst die selbst eingeschätzten gesundheitlichen Einschränkungen und Autonomie mittels einer einzelnen Frage (Robine, Jagger und The Euro-Reves Group 2003). Er berücksichtigt sowohl physische als auch psychische Gesundheitsprobleme (Mehrbrodt, Gruber und Wagner 2017, S. 9).

Folgende Frage wird gestellt: In welchem Ausmass sind Sie während der letzten sechs Monate (oder länger) wegen einem gesundheitlichen Problem bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt gewesen?

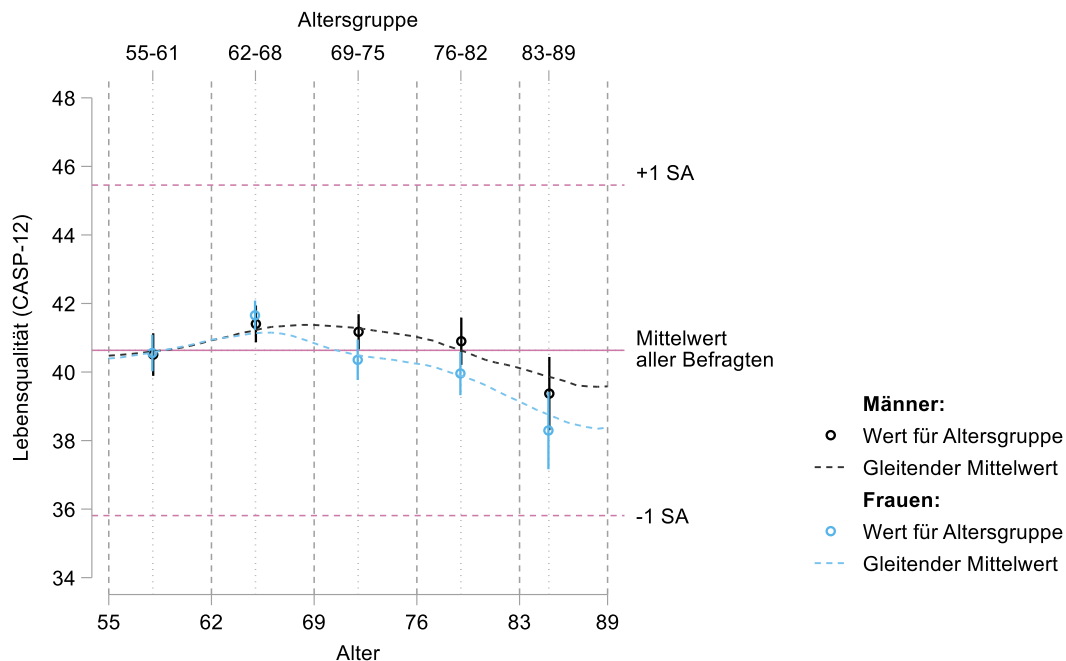
Antwortmöglichkeiten: 1. Stark eingeschränkt 2. Eingeschränkt, aber nicht stark 3. Nicht eingeschränkt.

Bisherige Befunde attestieren diesem kurzen und einfachen Messinstrument eine hohe Validität. Es liefert vergleichbare Resultate wie ähnliche Messinstrumente, z.B. der SF-36 (physischer Bereich), oder Messinstrumente zur Erfassung von Einschränkungen in den «Activities of Daily Living» (van Oyen et al. 2006).

## 4.1 UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ALTERSGRUPPEN

Für die Lebensqualität zeigt sich über steigende Altersgruppen hinweg keine stetige Abnahme. Im Gegenteil: Die Gruppe der 62- bis 68-Jährigen weist mit 41.5 Punkten im Durchschnitt eine 1.0 Punkte höhere Lebensqualität auf als die 55- bis 61-Jährigen mit 40.5 Punkten (Abbildung 16). Bei den Männern bleibt die Lebensqualität daraufhin mehr oder weniger konstant auf diesem Niveau und sinkt erst wieder in der Gruppe der 83- bis 89-Jährigen auf einen Wert von 39.4 Punkte. Bei den Frauen nimmt die Lebensqualität bereits früher bei den 69- bis 75-Jährigen ab und sinkt über die Zeit stärker bis auf ein Niveau von 38.3 Punkte bei den 83- bis 89-Jährigen. Die in Abbildung 17 zusätzlich eingezeichneten gleitenden Mittelwerte zeigen, dass die gewählte Gruppierung der Altersjahre ein korrektes Abbild der zugrundeliegenden Veränderungen vermittelt.

Abbildung 16: Durchschnittliche Lebensqualität (CASP-12) nach Geschlecht und Altersgruppen (obere x-Achse) sowie gleitender Mittelwert nach einzelnen Altersjahren und Geschlecht (untere x-Achse)

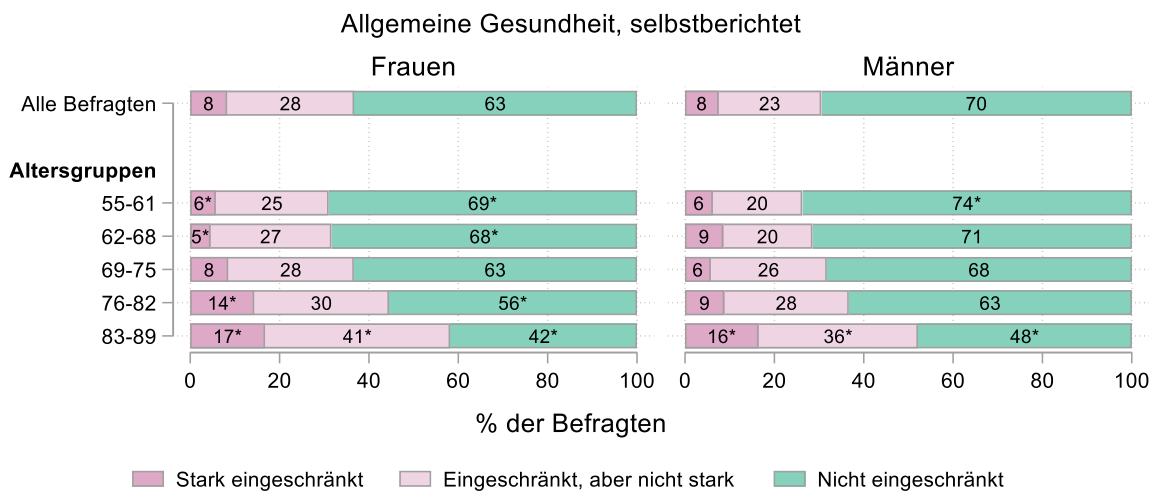


Quelle: SHARE 6, N=2537

Punktschätzer mit 95%-Konfidenzintervall für Altersgruppen. Gestrichelte Linien sind gleitende Mittelwerte für die einzelnen Jahrgänge. Dass die Punktschätzer nahe bei den jeweiligen gleitenden Mittelwerten liegen, zeigt, dass die gewählte Gruppierung von Altersjahren ein korrektes Bild wiedergibt. SA: Standardabweichung, beträgt in der untersuchten Population 4,8 Punkte.

Die Alltagsautonomie ist im Vergleich zur Lebensqualität stärkeren Veränderungen über das Alter unterworfen. Ihr Niveau ist sehr ähnlich bei beiden Geschlechtern in den jüngsten Altersgruppen der 55- bis 61 und 62- bis 68-Jährigen (Abbildung 17). Hier geben 69% bzw. 68% der Frauen und 74% bzw. 71% der Männer an, keine gesundheitlichen Einschränkungen in ihren Alltagsaktivitäten zu haben. Dieser Anteil sinkt dann allerdings mit zunehmendem Alter stetig auf einen Anteil von nur noch 42% (Frauen) und 48% (Männer) bei den 83- bis 89-Jährigen. Der Anteil derjenigen, die stark eingeschränkt sind, verdreifacht sich und steigt von 6% auf 17% (Frauen) bzw. von 6% auf 16% (Männer). Wie bei der Lebensqualität zeigt sich auch bei der Alltagsautonomie eine leicht schlechtere Einschätzung der Frauen relativ zu den Männern. Das passt zum mit der internationalen Literatur (Case und Paxson 2005) übereinstimmenden Befund aus Kapitel 2, dass Frauen trotz höherer Lebenserwartung sowohl ihre allgemeine Gesundheit, als auch die Schmerzbelastung im Durchschnitt als schlechter als Männer einschätzen.

Abbildung 17: Einschränkungen in der Alltagsautonomie (GALI) nach Geschlecht und Altersgruppen

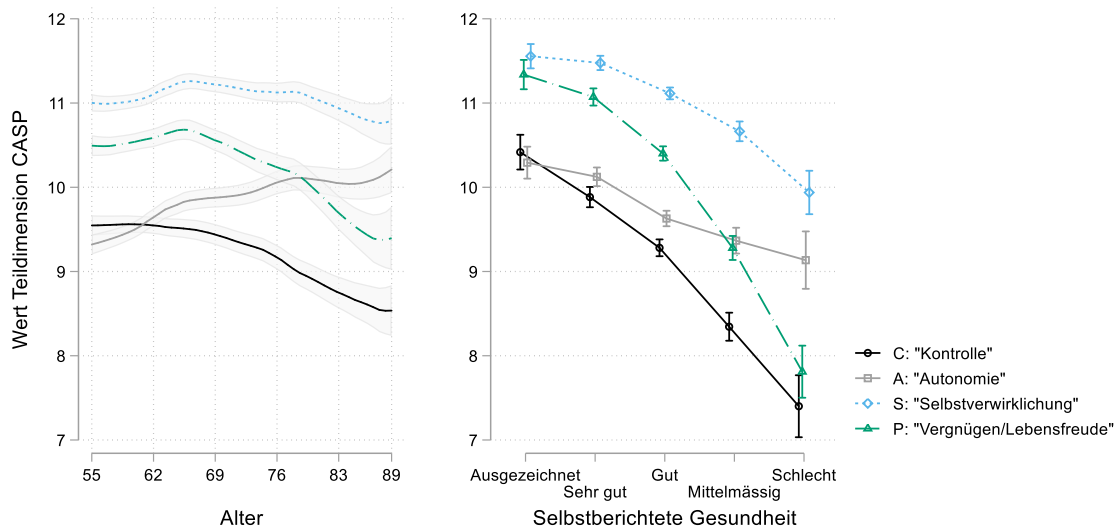


## 4.2 DIMENSIONEN DER LEBENSQUALITÄT

Im Gegensatz zu speziellen, gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsmassen wird Lebensqualität in SHARE mit dem CASP-12-Index in einem sehr breiten Sinne erfasst, und zwar ohne direkten Bezug zu Gesundheit oder Krankheiten (Coons et al. 2000). Damit ist die so gemessene Lebensqualität eine gute Ergänzung zur Messung der Alltagsautonomie, die mit GALI in direktem Bezug zu Gesundheitsproblemen erfasst wird (zu Details und einzelnen Fragen, siehe die Kästen zu CASP-12 und GALI). Die vier Dimensionen «Kontrolle», «Autonomie», «Selbstverwirklichung» und «Vergnügen/Lebensfreude», die im CASP-12-Index zusammengefasst werden, weisen einen unterschiedlichen Zusammenhang mit dem Alter und der subjektiven Gesundheit auf. Um zu verstehen, in welchen Bereichen die Befragten die stärksten alters- und krankheitsbedingten Defizite wahrnehmen, betrachten wir im Folgenden die dem CASP-12-Index zugrundeliegenden Teildimensionen einzeln. Abbildung 18 zeigt diese Teildimensionen nach Altersjahren und subjektiver Gesundheit. Mit zunehmendem Alter zeigt sich dabei v.a. bei den Dimensionen «Vergnügen/Lebensfreude» und «Kontrolle» eine starke Abnahme (in der Abbildung 18 links). «Selbstverwirklichung» bleibt konstant und bei «Autonomie» zeigt sich sogar eine Zunahme. Allerdings gilt es zu beachten, dass sich «Autonomie» beim CASP-12-Instrument stark auf äussere Einschränkungen aufgrund Geldmangels und familiärer Verpflichtungen bezieht. Betrachtet man die CASP-Teildimensionen nach der subjektiven Gesundheit (rechter Teil der Abbildung 18), bestätigt sich dieser Befund. Auch hier zeigt sich mit zunehmend schlechterer subjektiver Gesundheit eine starke Abnahme bei den Dimensionen «Vergnügen/Lebensfreude» und «Kontrolle». Auch die Einstufung der «Selbstverwirklichung» und «Autonomie» nehmen bei einer schlechteren subjektiven Gesundheit ab, allerdings weniger stark. Diese Resultate verdeutlichen nochmals die wichtige Rolle von Gesundheit für das Erreichen einer möglichst hohen Lebensqualität.



Abbildung 18: Teildimensionen der Lebensqualität (CASP-12) als gleitende Mittelwerte nach Altersjahren (links) und Mittelwerte nach subjektiver Gesundheit (rechts)



(Gleitende) Mittelwerte mit 95%-Konfidenzintervall. Die Mittelwerte nach subjektiver Gesundheit wurden um Alter und Geschlecht adjustiert.

### 4.3 UNTERSCHIEDE IN DER LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSAUTONOMIE MIT UND OHNE NCD-DIAGNOSE

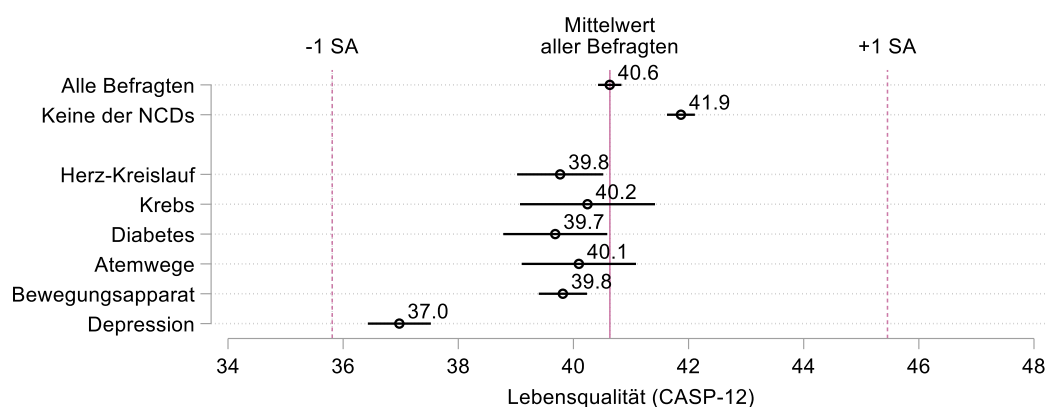
NCDs haben in aller Regel negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Alltagsautonomie der Betroffenen. Körperliche Beschwerden und Einschränkungen, Schmerzen sowie etwaige psychische Belastungen vermindern in einem mehr oder weniger grossen Ausmass die Lebensqualität und schränken die Alltagsautonomie ein. Diese Verminderung ist – je nach Krankheit und Krankheitsverlauf – nur temporär oder aber dauerhaft und über die Zeit zunehmend. Chronische Erkrankungen haben heute dank vieler erfolgreicher Therapien in gewissen Fällen oftmals nur kurzfristige negative Folgen auf das individuelle Wohlbefinden (z.B. eine überwundene Krebserkrankung) und können bei gutem Krankheitsmanagement manchmal auch langfristig zu keiner oder einer nur geringen Reduktion der Lebensqualität und Alltagsautonomie führen (z.B. Diabetes).

Dennoch gilt es nicht zu übersehen, dass für einen gewissen Teil der Patientinnen und Patienten eine NCD zu einer rapide zunehmenden Zustandsverschlechterung bis hin zum verfrühten Tod führen kann. Krankheitsverläufe sind, z.B. bei Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sehr heterogen und Mittelwerte der Lebensqualität und Alltagsautonomie geben deshalb nur eine beschränkte Einsicht in das Leiden der Betroffenen. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass Personen mit sehr schweren Beschwerden mit geringerer Wahrscheinlichkeit in SHARE befragt werden können als weniger belastete Personen. Hieraus resultiert eine gewisse Selektivität der untersuchten Stichprobe, die dazu führt, dass die negativen Auswirkungen von NCDs tendenziell unterschätzt werden. Das genaue Ausmass dieses Effektes ist schwierig abzuschätzen. Dennoch erlauben die Analysen wertvolle Einsichten in

die typischen Verläufe von Lebensqualität und Alltagsautonomie über die verschiedenen NCD-Gruppen hinweg und ermöglichen so besser, die tatsächlichen Folgen einer bestimmten NCD einzuschätzen.

Die Lebensqualität von Personen (noch) ohne NCD-Diagnose ist mit 41.9 Punkten rund 2 Punkte höher als bei Personen mit einer NCD-Diagnose (Abbildung 19). Diese Differenz entspricht rund zwei Fünftel Standardabweichungen im CASP-12-Index. Zwischen den einzelnen NCDs zeigen sich hierbei erstaunlich wenige Unterschiede – bis auf die Depression, bei der sich mit 5 Punkten ein fast doppelt so hoher Unterschied in der Lebensqualität im Vergleich zu Personen ohne NCD-Diagnose zeigt.

Abbildung 19: Durchschnittliche Lebensqualität (CASP-12) nach NCD-Gruppen

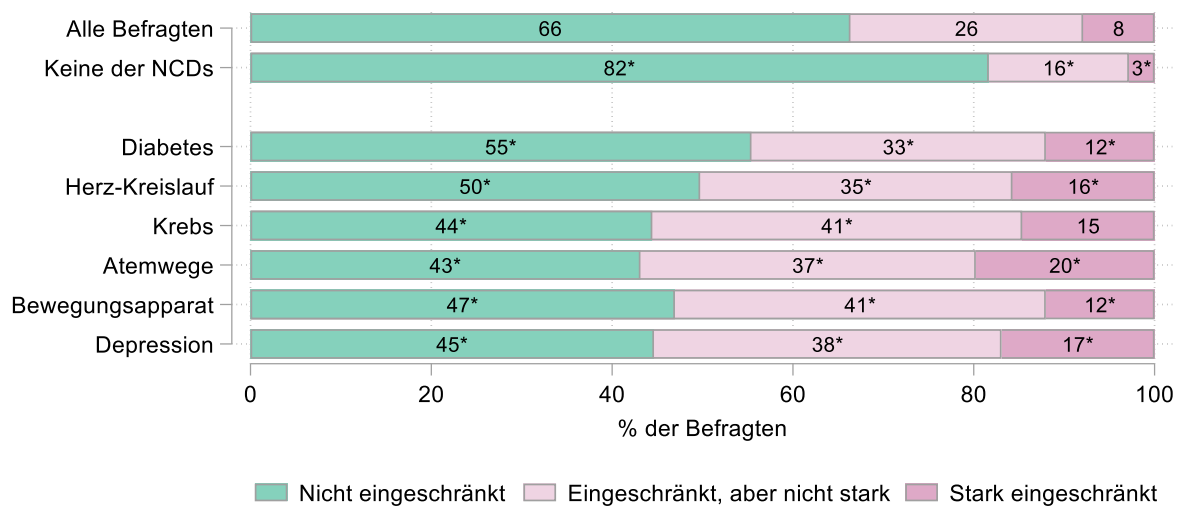


Quelle: SHARE 6, N=2536

Adjustiert um Alter, Geschlecht und andere NCDs. SA: Standardabweichung, beträgt in der untersuchten Population 4.8 Punkte.

Bei der Alltagsautonomie in Abbildung 20 zeigt sich, dass bei den Personen ohne NCD der Anteil ohne Einschränkungen bei 82% liegt, unter den Personen mit NCD jedoch nur zwischen 43% (Atemwege) und 55% (Diabetes). Auch der Anteil der stark Eingeschränkten weicht deutlich von den 3% bei Personen ohne NCDs ab und liegt zwischen 12% (Diabetes, Bewegungsapparat) und 20% (Atemwege). Personen mit NCD-Diagnose haben also sowohl eine im Durchschnitt (leicht) verminderte Lebensqualität als auch eine deutlich tiefere Alltagsautonomie als Personen ohne NCDs.

Abbildung 20: Alltagsautonomie (GALI) nach NCD-Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2536

Adjustiert um Alter, Geschlecht und andere NCDs.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

#### 4.4 AUSWIRKUNGEN VON NCDs AUF LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSAUTONOMIE

Statt einfach Personen (noch) ohne NCD-Diagnose mit Personen mit einer NCD-Diagnose zu vergleichen, können wir mit den SHARE-Daten im Rahmen von Panelanalysen (siehe Kasten) auch die individuellen Veränderungen in diversen Indikatoren für die Zeit vor bzw. nach einer NCD-Diagnose berechnen und sogar detaillierte Angaben zu den individuellen Veränderungen über verschiedene Zeitpunkte vor und nach einer NCD-Diagnose bestimmen. Diese Analysen geben uns ein besseres Bild der tatsächlichen Auswirkungen einer NCD auf die Entwicklung von Lebensqualität und Alltagsautonomie von betroffenen Personen über die Zeit. Für Depression ist eine derartige Analyse leider nicht möglich, da wir keine Angaben zum Diagnosezeitpunkt haben. Dafür stellen wir im Folgenden den Effekt einer Fraktur dar, welcher einen anschaulichen Vergleich ermöglicht.

Abbildung 21 stellt die individuellen Veränderungen zwischen dem Zustand im Zeitraum ein bis zehn Jahre vor gegenüber dem Zeitraum ab Diagnose bis 9 Jahre nach einer NCD-Diagnose dar: Diagnosen von Herz-Kreislauf- und Atemwegs-Erkrankungen gehen mit einer geringen Verschlechterung der Lebensqualität einher. Der durchschnittliche Effekt ist vom Ausmass her mit -0.5 bzw. -0.8 Punkten nicht sehr gross – er entspricht nur 1/10 bzw. 1/6 Standardabweichungen der Lebensqualität. Stärker sind die zu beobachtenden Veränderungen in der Alltagsautonomie. Hier zeigt sich eine Abnahme um bis zu -7.8%-Punkte (Atemwegs-Erkrankungen) des Anteils der Personen, die sich nicht stark gesundheitlich eingeschränkt fühlen. Ausser bei Arthrose/Arthritis/Rheuma (-2.5%-Punkte) zeigt sich bei allen anderen Erkrankungen eine durchaus relevante Abnahme des Anteils der Personen ohne starke Einschränkungen von rund 5% bis 8%-Punkten im Gefolge einer NCD-Diagnose.

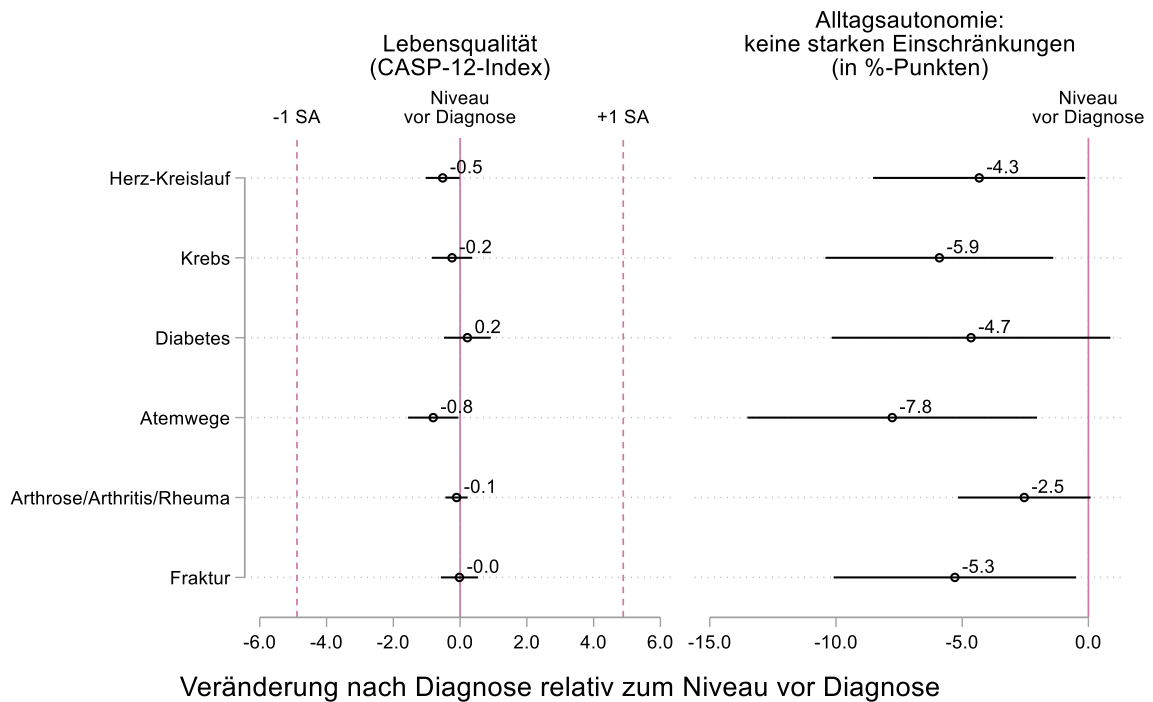
## Panelanalysen

Bei der Analyse von Veränderungen, wie dem Eintritt einer NCD-Erkrankung, zeigt eine sog. «Panelanalyse» besser die Lebensrealität einer Person auf und welchen Einfluss eine Erkrankung auf diese hat. Denn ein Vergleich von «gesunden» mit «erkrankten» Personen beinhaltet nicht nur den Effekt der Zustandsveränderung von «gesund» zu «krank» (Within-Effekt). Vielmehr wird ein solcher Vergleich auch geprägt durch möglicherweise nicht direkt beobachtbare Unterschiede zwischen der Gruppe der «Gesunden» und jener der «Kranken», die sich auch unabhängig von der Erkrankung voneinander unterscheiden (Between-Effekt).

Mit einer Panelanalyse wird deshalb versucht, den Effekt der Zustandsveränderung (Within-Effekt) zu isolieren. Dies gelingt am zuverlässigsten mit sogenannten Fixed-Effects-Modellen. Die im Haupttext präsentierten Resultate zu den Verläufen nach einer Diagnose basieren deshalb auf solchen Modellen.

Weil Fixed-Effects-Schätzungen nur auf Angaben von Personen, welche im Befragungszeitraum eine NCD-Diagnose erhalten haben, basieren, ist die Fallzahl für die Schätzung der Veränderungen recht klein – trotz einer insgesamt grossen Stichprobe von über 6'000 Befragten. Dies äussert sich in den grossen Konfidenzintervallen der Schätzer und – bei den Analysen zum zeitlichen Verlauf vor und nach dem Diagnosezeitpunkt – in teilweise etwas erratischen Schwankungen zwischen zwei Messzeitpunkten. Es ist deshalb wichtig, das gesamte Verlaufsmuster zu betrachten und nicht einzelne Veränderungen zwischen zwei Messzeitpunkten oder auffällige Ausschläge zu einem einzelnen Messzeitpunkt. Diese dürften mit hoher Wahrscheinlichkeit zufällig und nicht generalisierbar sein.

Abbildung 21: Panelanalyse zur Veränderung der durchschnittlichen Lebensqualität (links) und des Anteils der Personen ohne starke Einschränkungen in der Alltagsautonomie (rechts) vor und nach einer NCD-Diagnose/Fraktur



Quelle: SHARE Wellen 1-6, mehr als 10'000 Beobachtungen von über 4000 Personen (variiert nach NCD)

Fixed-Effects-Schätzer mit 95%-Konfidenzintervall. Sämtliche zeit-invarianten Individualmerkmale sind kontrolliert, zusätzlich adjustiert für Alter und andere NCDs. Berücksichtigter Zeitraum: 1 bis 10 Jahre vor Diagnose vs. ab Diagnose bis 9 Jahre später. SA: Standardabweichung, beträgt in der untersuchten Population 4.8 Punkte.

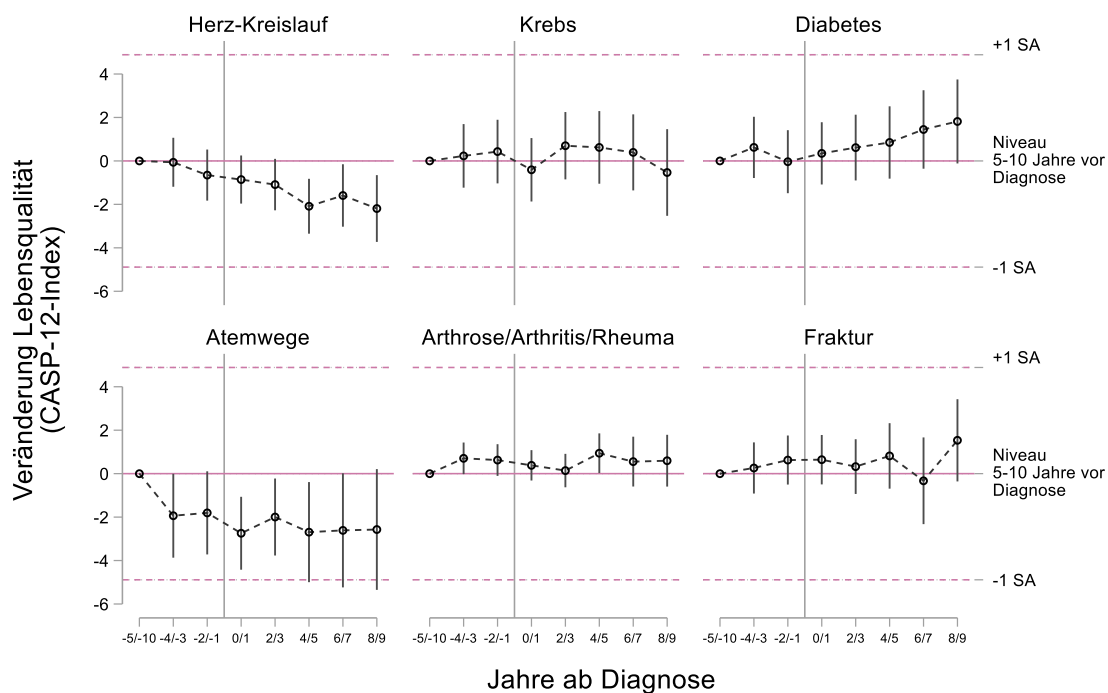
Das Ausmass dieser individuellen Veränderungen zwischen den rund zehn Jahren vor und den zehn Jahren nach einer NCD-Diagnose ist eher kleiner als man erwarten würde und auch deutlich kleiner als der Unterschied zwischen SHARE-Befragten mit und ohne NCD-Diagnose (vgl. vorhergehenden Abschnitt). Allerdings gilt es Folgendes zu berücksichtigen: Die Auswirkungen einer NCD zeigen sich bei gewissen Erkrankungen wie z.B. des Bewegungsapparates oft bereits lange vor einer Diagnose – eine Diagnose wird nämlich oft erst gestellt, wenn die Beschwerden bereits stark ausgeprägt sind. Andererseits gibt es Erkrankungen wie z.B. Krebs oder Frakturen, welche – offenbar – kaum längerfristige negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und Alltagsautonomie der Betroffenen zeigen. Dies dürfte unter anderem auf die heutzutage oft sehr erfolgreiche Therapie bei diesen Erkrankungen zurückzuführen sein.

Ein detaillierteres Bild zum genauen Verlauf von Lebensqualität und Alltagsautonomie ermöglichen die folgenden Analysen zu verschiedenen Zeitpunkten vor bzw. nach einer NCD-Diagnose. Abbildung 22 zeigt, wie sich die durchschnittliche Lebensqualität der Betroffenen über den gesamten Zeitraum vor und nach einer NCD-Diagnose verändert. Auch hier zeigt sich wie bei der vorhergehenden Analyse nur bei Herz-Kreislauf- und Atemwegs-Erkrankungen eine deutliche Abnahme der Lebensqualität. Sie sinkt bei beiden NCDs schon vor der

eigentlichen Diagnose. Das erstaunt nicht, dürften doch die zunehmenden Beschwerden oft erst verzögert zu Abklärungen und zu einer Diagnose geführt haben. Bei den anderen berücksichtigten Erkrankungen zeigen sich keine klaren Auswirkungen. Nach einer Diabetes-Diagnose scheint die Lebensqualität tendenziell zu steigen – der Effekt könnte auf die der Diagnose nachfolgende Behandlung bzw. Sekundärprävention zurückzuführen sein.

Allerdings gilt es zu beachten, dass diese Panelanalysen einzig auf Angaben von Personen, welche im Befragungszeitraum eine NCD-Diagnose erhalten haben, basieren. Dies führt zu relativ unpräzisen Schätzungen der durchschnittlichen Veränderungen – die grossen Konfidenzintervallen der Schätzer und die teilweise etwas erratischen Veränderungen zwischen zwei Messzeitpunkten sind eine Folge davon. Es ist deshalb wichtig, das gesamte Verlaufsmuster zu betrachten und nicht einzelne Veränderungen zwischen zwei Messzeitpunkten oder auffällige Ausschläge zu einem einzelnen Messzeitpunkt. Diese dürften mit hoher Wahrscheinlichkeit zufällig und nicht generalisierbar sein.

Abbildung 22: Panelanalyse zur Veränderung der durchschnittlichen Lebensqualität (CASP-12) vor und nach einer NCD-Diagnose/Fraktur



Quelle: SHARE Wellen 1-6, mehr als 10'000 Beobachtungen von über 4000 Personen (variiert nach NCD)

Fixed-Effects-Schätzer mit 95%-Konfidenzintervall. Sämtliche zeit-invarianten Individualmerkmale sind kontrolliert, zusätzlich adjustiert für Alter und andere NCDs. SA: Standardabweichung, beträgt in der untersuchten Population 4.8 Punkte.

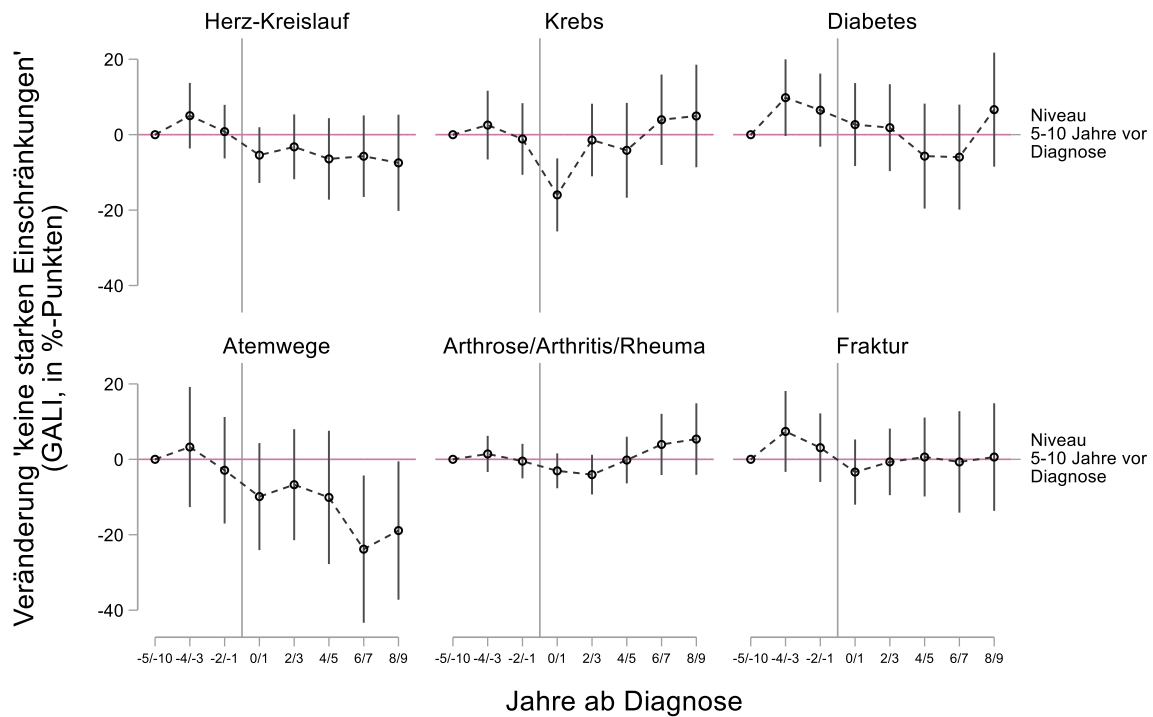
Bei der Alltagsautonomie (Abbildung 23) zeigen sich für Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegserkrankungen eine mehr oder weniger deutliche Abnahme des Anteils der Personen ohne starke Einschränkungen um den Diagnosezeitpunkt herum. Bei Krebs berichten nur zum Zeitpunkt kurz nach der Diagnose deutlich mehr Personen eine Verschlechterung – 2 bzw. 3

Jahre nach der Diagnose wird aber schon wieder das Ausgangsniveau erreicht. Bei Diabetes, Arthrose/Arthritis/Rheuma sowie Fraktur zeigt sich bezüglich Alltagsautonomie kein klares Muster.

Diese Resultate zeigen, dass – trotz den mannigfaltigen Belastungen und gesundheitlichen Beschwerden – eine NCD-Diagnose für die SHARE-Befragten mittel- und langfristig nur zu einer geringen Verminderung der Lebensqualität und – etwas ausgeprägter – der Alltagsautonomie führt. Das zwar nicht alle, aber viele Personen mit einer NCD in der Lage sind bzw. durch eine adäquate Gesundheitsversorgung und Unterstützung dazu befähigt werden, trotz chronischer Krankheit ein Leben ohne grössere Einschränkungen und mit hoher Lebensqualität zu führen, ist erfreulich. Weiterführende Analysen im Kapitel 5 zeigen, dass es diesbezüglich aber durchaus Unterschiede zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen gibt.

Und: Auch wenn die durchschnittlichen gefundenen Effekte einer NCD-Diagnose bei den SHARE-Befragten eher gering sind, dürfte es durchaus auch Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen und gravierenden Auswirkungen in der Lebensqualität und in der Alltagsautonomie geben. Personen mit ausserordentlich ungünstigen Verläufen können zudem oft nicht mehr für SHARE befragt werden und entfallen in der Folge aus der Analyse. Was wir in den Daten beobachten können, ist nur der Zustand der Überlebenden und derjenigen, die immer noch in der Lage sind, bei einer Befragung mitzumachen. Die adversen Effekte einer NCD-Erkrankung werden deshalb tendenziell unterschätzt.

Abbildung 23: Panelanalyse zur Veränderung des Anteils Personen ohne starke Einschränkungen in der Alltagsautonomie (GALI) vor und nach einer NCD-Diagnose/Fraktur



Quelle: SHARE Wellen 1-6, mehr als 10'000 Beobachtungen von über 4000 Personen (variiert nach NCD)

Fixed-Effects-Schätzer mit 95%-Konfidenzintervall. Sämtliche zeit-invarianten Individualmerkmale sind kontrolliert, zusätzlich adjustiert für Alter und andere NCDs.

Wir haben bei weiterführenden Analysen (nicht berichtet) auch untersucht, inwiefern eine NCD-Diagnose die psychische Gesundheit, speziell die Häufigkeit von Depression, beeinflusst. Noch weniger als bei den Analysen zur Lebensqualität und Alltagsautonomie aber zeigen sich bei der psychischen Gesundheit klare mittel- und langfristige Veränderungen nach einer NCD-Diagnose. Allenfalls lässt sich eine leichte kurzfristige Erhöhung in der Depressionsrate rund um den Erhalt einer NCD-Diagnose bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen oder nach einer Fraktur feststellen. Wiederum bedeutet dies aber nicht, dass NCDs keinen Effekt auf die psychische Verfassung der Betroffenen haben. Die Auswirkungen sind aber generell sehr unterschiedlich und in unseren Daten lassen sich keine klaren Muster erkennen.



## 5 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEITEN

In diesem Kapitel wird der Fokus auf Ungleichheiten im Gesundheitszustand und -verhalten der älteren Bevölkerung ab 55 Jahren gelegt. Die Chance, den Lebensabend gesund und mit einer hohen Lebensqualität verbringen zu können, hängt nicht nur von individuellen körperlichen Voraussetzungen ab, sondern auch von diversen materiellen und sozialen Ressourcen, mit denen Menschen ungleich ausgestattet sind. Zahlreiche Studien zeigen, dass insbesondere das Bildungsniveau, Migrationserfahrung, aber auch Einkommen und Vermögen mit deutlichen Unterschieden im Gesundheitszustand und in der Sterblichkeit einhergehen (Mackenbach et al. 2016; Stamm und Lamprecht 2009). In der Epidemiologie spricht man vom sog. «Sozialgradienten» (Marmot 2005). Dieser Sozialgradient bzw. die Unterschiede zwischen sozialen Gruppen nehmen mit zunehmendem Alter zwar ab, verschwinden aber nicht vollständig (Bopp und Minder 2003; Huwiler et al. 2002). Ein weiterer wichtiger sozialer Erklärungsfaktor für Gesundheitsunterschiede ist die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung. Sie ist sowohl ein Schutzfaktor für Erkrankungen, als auch eine wichtige Ressource bei der Bewältigung von Erkrankungen und daher für alle drei Präventionsarten, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, relevant (Bachmann 2014; Berkman und Glass 2000; Heaney und Israel 2008).

Im Folgenden werden die subjektive allgemeine Gesundheit, Schmerzen, NCD-Prävalenzen sowie Alltagsautonomie und Lebensqualität entlang der folgenden soziodemografische Merkmale analysiert: Einkommen, Bildungsniveau, Migration und Alleinleben (Abschnitt 5.1 bis 5.4). Anschliessend wird auf gruppenspezifische Auswirkungen einer NCD, die Verletzlichkeit, eingegangen (Abschnitt 5.5). Hier wird zum Beispiel die Frage beantwortet, ob die Lebensqualität und Alltagsautonomie von Menschen mit hohem Bildungsniveau weniger stark durch eine Diabeteserkrankung beeinträchtigt wird als von Menschen mit tiefem Bildungsniveau. Der letzte Abschnitt (5.6) dieses Kapitels gibt schliesslich einen Überblick über die gefundenen Unterschiede entlang den vier ausgewählten soziodemografischen Faktoren und ermöglicht so einen direkteren Zugang zu den Resultaten.

## Operationalisierung der soziodemografischen Faktoren

Die soziodemografischen Faktoren wurden soweit möglich in Übereinstimmung mit der BAG-Broschüre „Chancengleichheit und Gesundheit“ (Bundesamt für Gesundheit 2018) operationalisiert. Die verschiedenen Faktoren werden in den Analysen jeweils unabhängig voneinander (bivariat) betrachtet. Das heisst, es wird nicht berücksichtigt, dass zum Beispiel Menschen mit höherem Bildungsniveau häufiger auch ein hohes Einkommen haben. Stattdessen wird gezeigt, wie sich die Gruppen hinsichtlich eines Faktors unterscheiden. Das ist einfacher interpretierbar, und zudem haben unsere Analysen auch gezeigt, dass eine Berücksichtigung der jeweils anderen soziodemografischen Faktoren zu nahezu identischen Resultaten führen würde. Alle Ergebnisse wurden für Alter und Geschlecht statistisch adjustiert.

**Einkommen:** Monatliches Haushaltseinkommen nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen. Unter Verwendung der modifizierten OECD-Skala (die erste Person im Haushalt wird mit Faktor 1 gewichtet; alle weiteren Personen ab 14 Jahren mit 0,5; Kinder unter 14 Jahren mit 0,3) wurde daraus das Haushaltsäquivalenzeinkommen gebildet und jeder Haushalt einer der drei Kategorien «tiefes Einkommen» (unterste 20%), «mittleres Einkommen» (mittlere 60%) oder «hohes Einkommen» (oberste 20%) zugeordnet.

**Bildungsniveau:** Höchster Bildungsabschluss. Die Gruppe «tiefes Bildungsniveau» (15% der Befragten) beinhaltet Personen mit einem Abschluss auf der Oberstufe (Sek I) oder tiefer. «Mittleres Bildungsniveau» (51%) beinhaltet Personen mit einem weiterführenden Sekundarabschluss wie einer Berufslehre oder Matura. «Hohes Bildungsniveau» (34%) umfasst alle postsekundären und tertiären Bildungsabschlüsse wie Fachhochschulen (vormals HTL, Technikum, etc.) oder Universitäten.

**Migration:** Es wird berücksichtigt, ob die befragte Person in der Schweiz geboren wurde (84%) oder nicht (16%); das Geburtsland der Eltern wird nicht berücksichtigt, da die entsprechende Information nicht für alle Befragten vorhanden ist.

**Lebt allein:** Ob die befragte Person allein (28%) oder mit anderen Personen (72%) in einem Haushalt lebt. Rund 84% der in Mehrpersonenhaushalten lebenden Befragten leben zu zweit (in ca. 95% mit der/dem PartnerIn), die übrigen Befragten verteilen sich fast ausschliesslich auf Drei- oder Vierpersonenhaushalte (und leben meist zusammen mit eigenen Kindern).

### 5.1 GESUNDHEITZUSTAND NACH SOZIALEN GRUPPEN

In diesem Abschnitt wird der Gesundheitszustand anhand der allgemeinen subjektiven Gesundheit und dem Vorhandensein von Schmerzen in Beziehung zu soziodemografischen Faktoren gesetzt. In Bezug auf die subjektive Gesundheit in Abbildung 24 zeigen sich gemäss den SHARE-Daten für die ältere Bevölkerung ab 55 Jahren Ungleichheiten für alle betrachteten Merkmalsdimensionen, also für Einkommen, Bildungsniveau, Migration und Alleinleben (d.h. ob jemand alleine im Haushalt lebt oder nicht).

Beim **Einkommen** sind es die Personen mit tiefem Einkommen, die häufiger eine mittelmässige bis schlechte allgemeine Gesundheit angeben und statistisch signifikant weniger häufig eine sehr gute bis ausgezeichnete Gesundheit angeben als der Rest der Befragten. Zwischen der mittleren und der oberen Einkommensgruppe gibt es keine nennenswerten Unterschiede. Dabei gilt es immer zu beachten, dass hier nur Zusammenhänge betrachtet werden und keine Aussagen zur Kausalität gemacht werden. Wir können also feststellen, dass

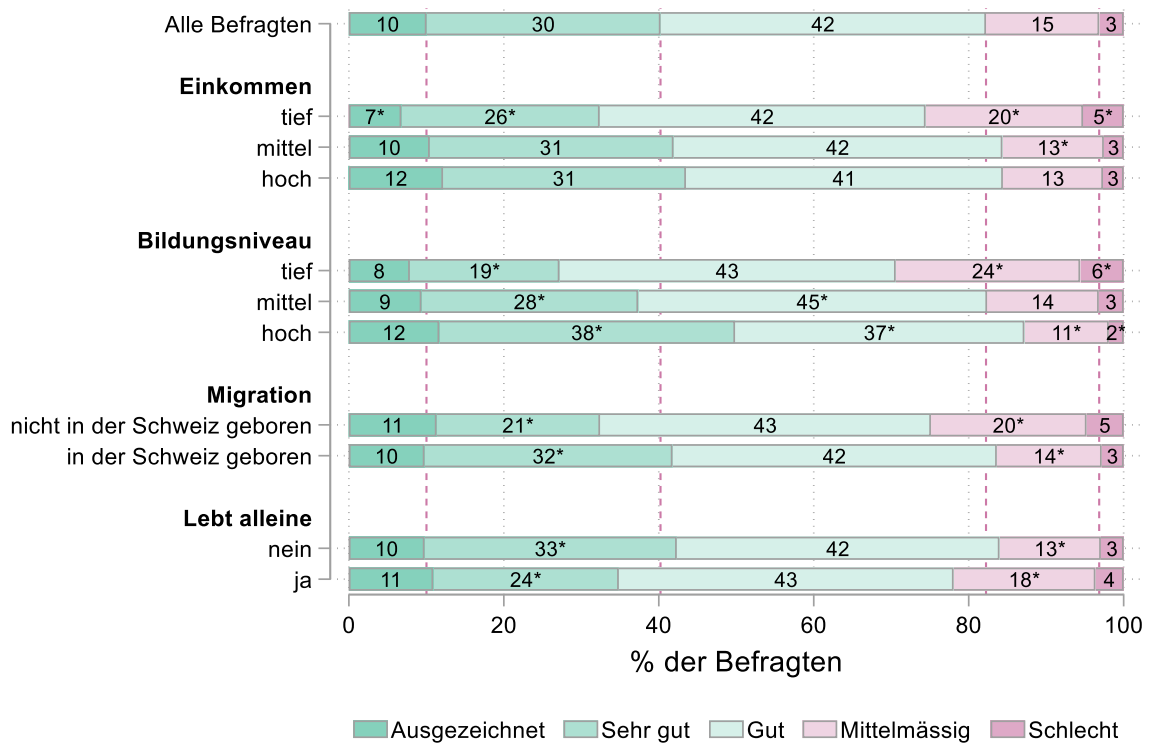
Personen in Haushalten mit tiefen Einkommen häufiger eine schlechte subjektive Gesundheit angeben. Wir können aber keine Aussage dazu machen, ob sie ein tiefes Einkommen haben, weil sie bei schlechter Gesundheit sind oder ob ihre Einkommenssituation den schlechten Gesundheitszustand verursacht. In der Literatur findet sich Evidenz für beide Wirkungsrichtungen (Kröger, Pakpahan und Hoffmann 2015).

Noch deutlichere Ungleichheiten zeigen sich in Bezug auf das **Bildungsniveau**. Ein höheres Bildungsniveau geht mit besserer subjektiver Gesundheit einher und zwar über alle drei analysierten Bildungskategorien. Während 50% der Personen mit hohem Bildungsniveau eine sehr gute bis ausgezeichnete Gesundheit angeben, sind es bei den Personen mit tiefem Bildungsniveau nur 27%. Und auch am anderen Ende der Gesundheitsskala zeigt sich ein ähnliches Bild. Personen mit hohem Bildungsniveau sind nur halb so oft bei mittelmässiger oder schlechter Gesundheit wie Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (tiefes Bildungsniveau).

Auch Personen mit **Migrationserfahrung**, d.h. die nicht in der Schweiz geboren sind, haben eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, ihre allgemeine Gesundheit als schlecht einzuschätzen.

Eine weitere relevante Ungleichheitsdimension ist das **Alleinleben**, also die Frage, ob jemand allein im Haushalt lebt oder nicht. Personen, die allein leben, geben deutlich öfter eine mittelmässige bis schlechte allgemeine Gesundheit an als Personen, die mit einer oder mehreren anderen Personen zusammenleben. So berichten 22% der Personen, die allein leben, von einer mittelmässigen bis schlechten Gesundheit, während es bei den Personen, die mit einer anderen Person im Haushalt leben, nur 16% sind.

Abbildung 24: Allgemeine subjektive Gesundheit nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2262

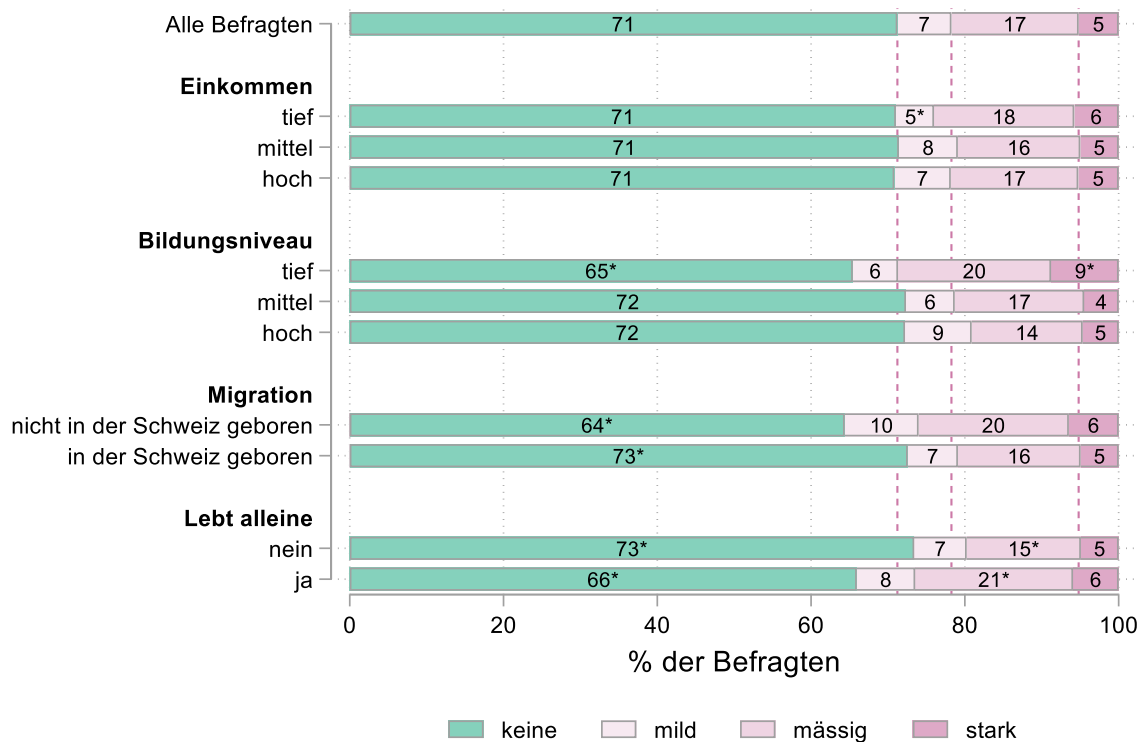
Fragestellung: Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist... (Ausgezeichnet/Sehr gut/Gut/Mittelmässig/Schlecht)?  
Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Schmerzen (Abbildung 25) scheinen im Vergleich zur subjektiven Gesundheit weniger ungleich verteilt zu sein. Allerdings zeigt sich auch bezüglich Schmerzen, dass in der Schweiz geborene Personen häufiger schmerzfrei sind, als nicht in der Schweiz geborene. Ebenso sind nicht alleinlebende Personen häufiger schmerzfrei als Personen, welche allein leben.

Der Zusammenhang zwischen Schmerzen und Bildungsniveau beziehungsweise Einkommen ist hingegen weniger ausgeprägt. Beim Einkommen zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede. Beim Bildungsniveau ist die Gruppe der Personen mit tiefem Bildungsniveau etwas häufiger von Schmerzen betroffen als Personen mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau.

Abbildung 25: Vorhandensein von Schmerzen nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2262

Fragestellung: Haben Sie Schmerzen? (Ja/Nein), Wie stark sind die Schmerzen meistens? (Mild/Mässig/Stark)  
Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

## 5.2 NCD-PRÄVALENZEN NACH SOZIALEN GRUPPEN

Auch die Prävalenzen von NCDs sind ungleich zwischen den sozialen Gruppen verteilt und die Forschung zeigt, dass Personen bestimmter Bevölkerungsgruppen oft erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeiten haben (Cockerham, Hamby und Oates 2017). Während sich in unseren Analysen der SHARE-Befragten ab 55 Jahren zwischen den sozialen Gruppen kaum Unterschiede bei den Prävalenzen von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen zeigen, sind die Ungleichheiten bei Diabetes, Depression und Erkrankungen des Bewegungsapparats deutlicher. Nicht zu vergessen ist allerdings auch hier der schon vorher mehrfach erwähnte Selektionseffekt: Personen, die durch eine Krankheit sehr schwere Einschränkungen haben oder gestorben sind, sind nicht mehr unter den Befragten, und fallen deshalb für die Analyse weg. Da die untersuchten soziodemografischen Faktoren teilweise auch mit der Lebenserwartung korrelieren (Spoerri et al. 2006), werden allfällige Ungleichheiten in der NCD-Prävalenz mit unseren Daten tendenziell unterschätzt.

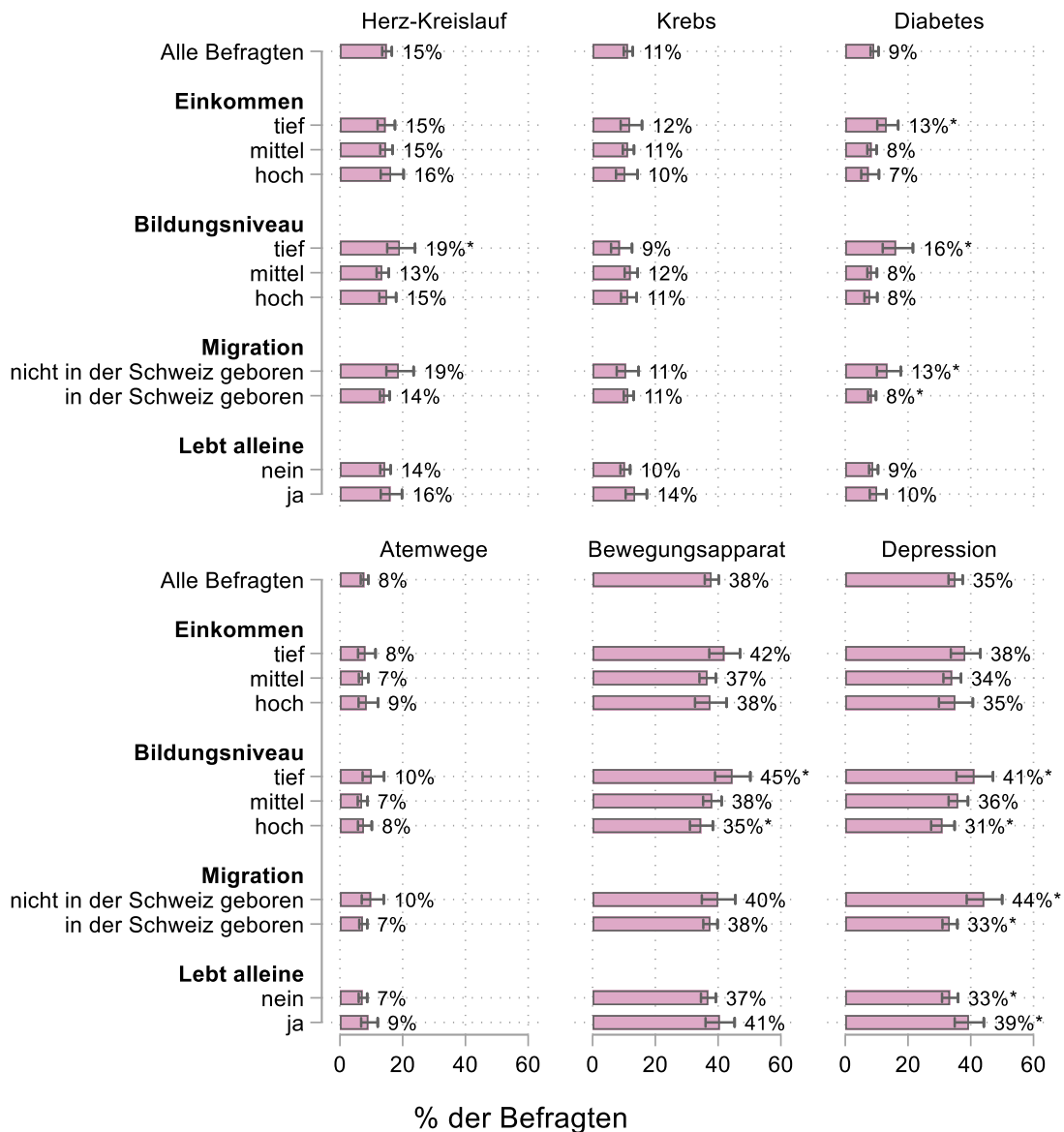
**Einkommen:** Statistisch signifikante Unterschiede zeigen sich nur bei Diabetes. So haben Personen mit tiefem Einkommen ein deutlich höheres Risiko an Diabetes zu erkranken als Personen mit einem mittleren oder hohen Einkommen.

**Bildungsniveau:** Die Ungleichheit in den NCD-Prävalenzen zwischen den Bildungsniveaus ist beträchtlich. Am stärksten sind die Unterschiede bei den Erkrankungen des Bewegungsapparats, Depression und Diabetes. Je höher das Bildungsniveau, desto geringer das Risiko an einer dieser NCDs zu erkranken, wobei die Unterschiede zwischen Personen mit tiefer Ausbildung und den anderen beiden Gruppen jeweils grösser sind als der Unterschied zwischen Personen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau. Dieses Phänomen zeigt sich in der Tendenz auch bei den Atemwegserkrankungen und bei den Herz-Kreislaufkrankheiten, wenn auch etwas weniger deutlich.

**Migration:** Migration scheint vor allem für Diabetes- und Depressionserkrankungen eine Rolle zu spielen. Nicht in der Schweiz geborene Personen haben ein deutlich höheres Risiko an diesen beiden Krankheiten zu leiden als in der Schweiz geborene Personen. In der Tendenz zeigt sich die erhöhte Prävalenz unter den nicht in der Schweiz geborenen Personen auch bei Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats. Keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen sich bei Krebserkrankungen.

**Lebt allein:** Alleinlebende Personen haben höhere Depressionsprävalenzen als diejenigen, die mit einer oder mehreren anderen Personen leben, während sich bei den anderen Erkrankungen keine relevanten Unterschiede zeigen.

Abbildung 26: NCD-Lebenszeitprävalenz nach sozialen Gruppen; BAG-Gruppen + Depression



Quelle: SHARE 1-6, N=2262

Anteilsschätzer mit 95%-Konfidenzintervall, adjustiert auf Geschlecht und Alter.  
 \* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

### 5.3 GESUNDHEITSVERHALTEN NACH SOZIALEN GRUPPEN

Nicht nur der Gesundheitszustand unterscheidet sich nach sozialen Gruppen, sondern auch das Gesundheitsverhalten. Während die Unterschiede nach Geschlecht und Alter bereits in Kapitel 3 aufgezeigt wurden, werden hier weitere soziodemografische Faktoren betrachtet. Studien zeigen, dass für Einkommen, Bildungsniveau sowie Migrationserfahrung Zusammenhänge mit dem Gesundheitsverhalten bestehen (Boes, Kaufmann und Marti 2016; Guggisberg et al. 2011). Zudem beeinflusst auch die Haushaltssituation, beziehungsweise ob jemand alleine lebt oder nicht, das Gesundheitsverhalten (Lieberherr 2017). Unsere

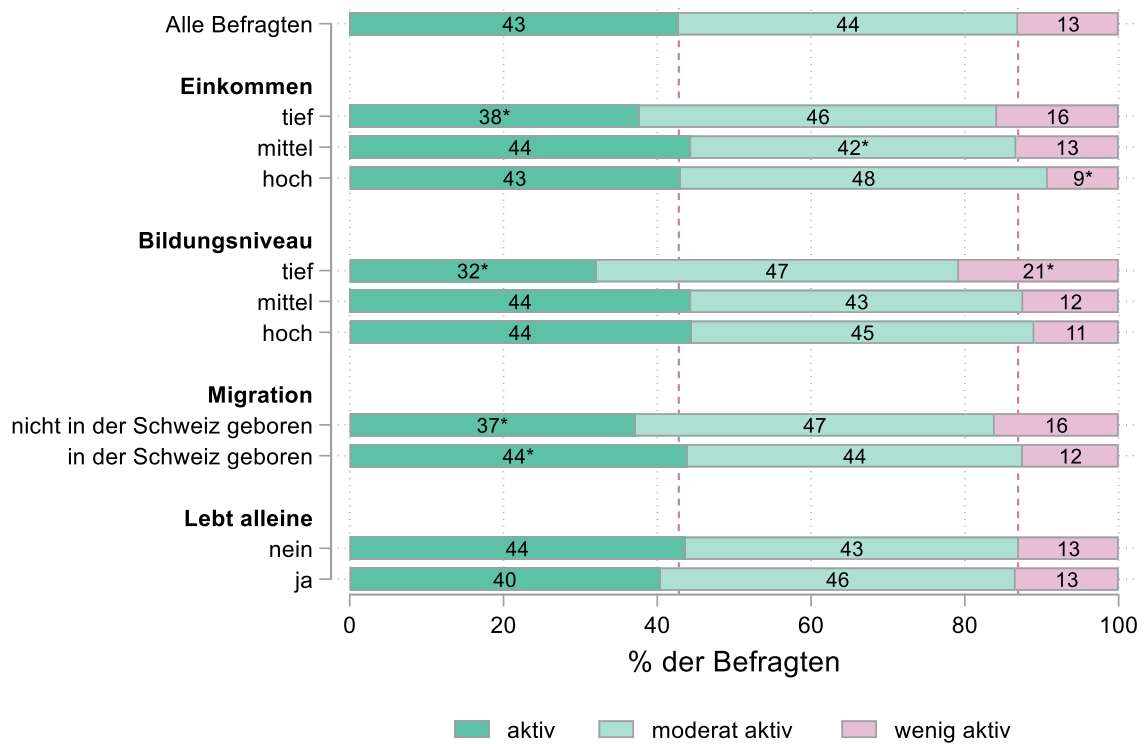
Auswertungen zeigen, dass diese vier soziodemografischen Faktoren auch für das Gesundheitsverhalten der älteren Bevölkerung in der Schweiz relevant sind. Generell zeigt sich, dass bei Ernährung, Bewegung, Übergewicht und Suchtmittelkonsum vor allem Einkommen und Bildungsniveau die relevanten Faktoren darstellen, während bei der Inanspruchnahme von Hilfe und Pflege die Faktoren Migration und Alleinleben von grösserer Bedeutung sind. Bei den bildungsspezifischen Ungleichheiten zeigen sich zudem meist Unterschiede zwischen allen drei Bildungsniveaus, während sich bei einkommensspezifischen Ungleichheiten vor allem die tiefsten Einkommen vom Rest abheben, und sich zwischen mittleren und oberen Einkommen keine Unterschiede zeigen.

#### BEWEGUNG, ERNÄHRUNG, ÜBERGEWICHT

Der grösste Teil der Befragten ist mindestens moderat aktiv. Nur gerade 13% der Bevölkerung ab 55 Jahren ist wenig aktiv. Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen sozialen Gruppen hinsichtlich Einkommen und Bildungsniveau. So zählen Personen mit tiefem Bildungsniveau überdurchschnittlich häufig zu den wenig Aktiven. Personen mit hohem Einkommen sind in dieser Gruppe dagegen untervertreten. Zudem sind Personen mit einem tiefen Einkommen oder tiefem Bildungsniveau auch eher nur moderat aktiv als aktiv, während sich bei den Personen mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau und mit mittlerem oder hohem Einkommen die moderat Aktiven und die Aktiven ungefähr die Waage halten. Ausserdem sind Personen, die in der Schweiz geboren wurden, häufiger aktiv als nicht in der Schweiz geborene Personen. Keine relevanten Unterschiede zeigen sich für das Alleinleben.



Abbildung 27: Körperliche Aktivität nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2262

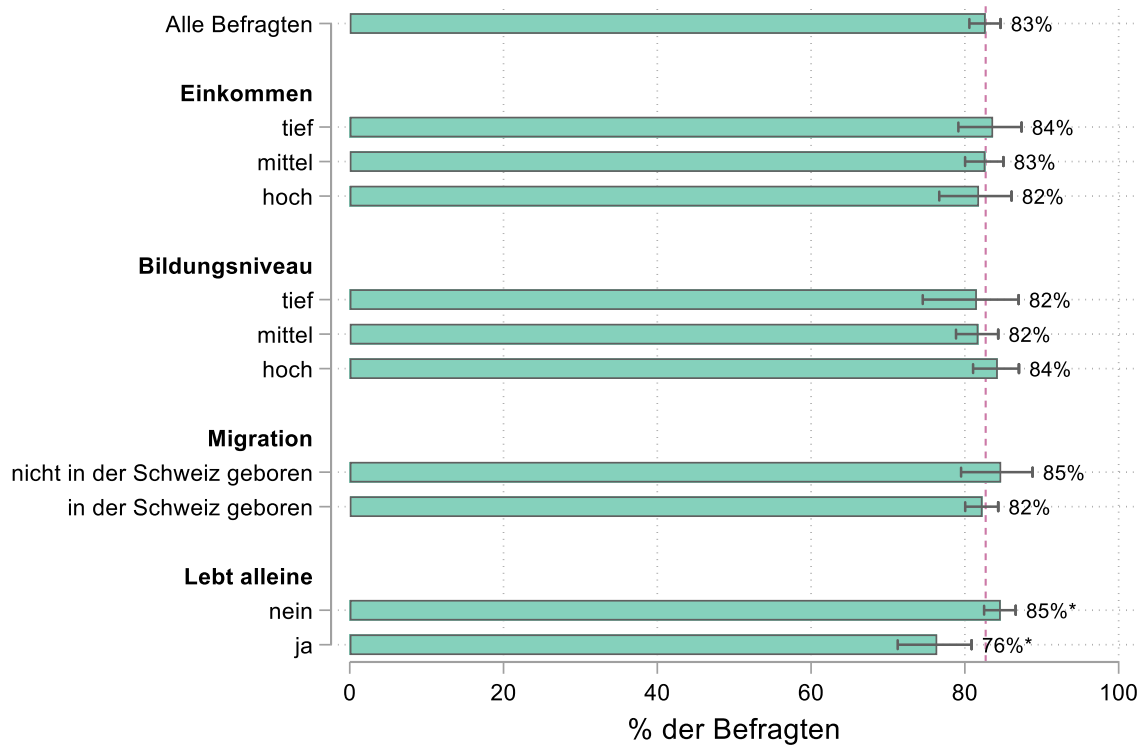
*Fragestellung: Aktiv: Mehr als einmal pro Woche körperlich anstrengende Tätigkeit; moderat aktiv: mehr als einmal pro Woche körperlich leicht anstrengende Tätigkeit oder einmal pro Woche körperlich anstrengende Tätigkeit; wenig aktiv: höchstens einmal pro Woche leicht anstrengende Tätigkeit, weniger als einmal pro Woche anstrengende Tätigkeit.*  
*Fragestellungen: Wie häufig üben Sie im Alltag eine anstrengende körperliche Tätigkeit aus, wie zum Beispiel beim Sport, bei schweren Arbeiten in Haus und Garten oder bei der Ausübung von einem Beruf, bei dem man körperlich schwer arbeitet? Wie häufig machen Sie Dinge, die leicht anstrengend sind, wie zum Beispiel leichte Gartenarbeit, das Auto waschen oder spazieren gehen? (1. Mehr als einmal wöchentlich 2. Einmal wöchentlich 3. Ein bis drei Mal pro Monat 4. So gut wie niemals, oder niemals)*

Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Genau umgekehrt verhält es sich beim täglichen Konsum von Früchten und Gemüse. Hier zeigen sich nur in Bezug auf das Alleinleben signifikante Abweichungen. Konkret ist der Anteil der täglich Früchte und Gemüse konsumierenden Personen bei den Alleinlebenden mit 76% 9 Prozentpunkte kleiner als bei den Personen, die in einem Mehrpersonenhaushalt leben (85%).

Abbildung 28: Täglicher Konsum von Früchten oder Gemüse nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 5&6, N=2110

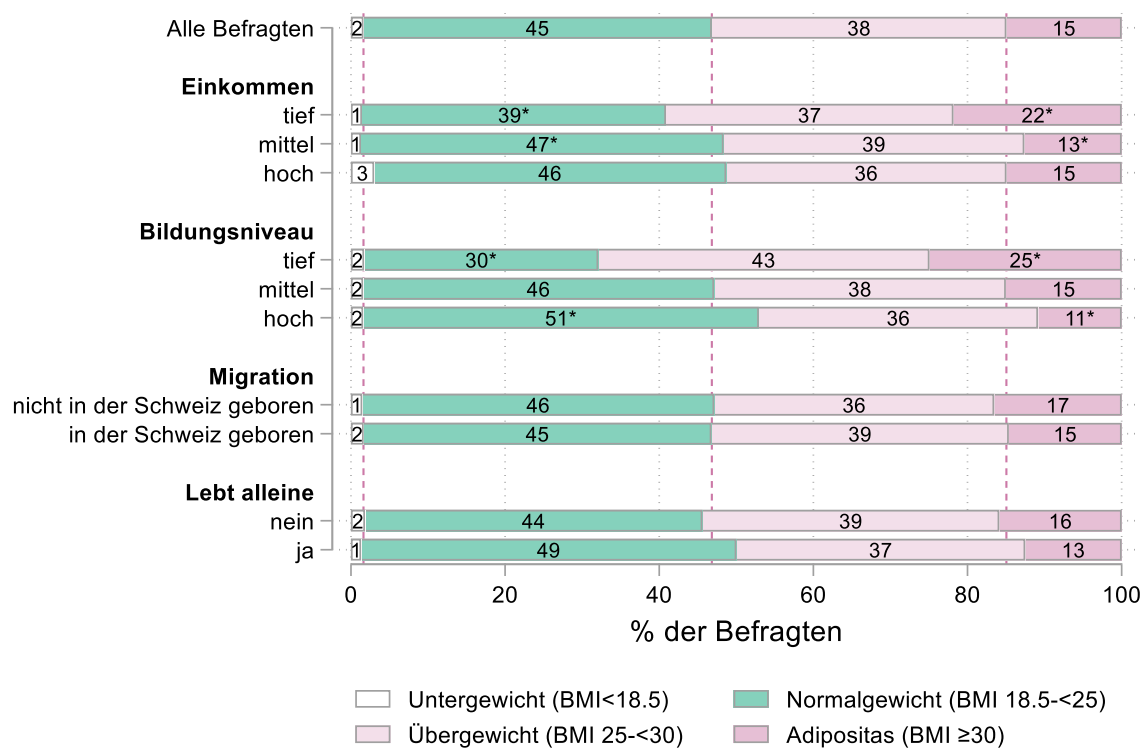
Fragestellung: Wie viel Mal essen Sie in einer normalen Woche eine Portion Früchte oder Gemüse? (1. Täglich 2. 3-6 mal pro Woche 3. Zweimal pro Woche 4. Einmal pro Woche 5. Weniger als einmal pro Woche)

Anteilsschätzer mit 95%-Konfidenzintervall, adjustiert auf Geschlecht und Alter.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Ähnliche Befunde wie beim Bewegungsverhalten finden sich dann aber wiederum bei den BMI-Kategorien. Auch hier zeigen sich beim Einkommen und beim Bildungsniveau signifikante Unterschiede, nicht aber bei Migration und Alleinleben. Die Unterschiede nach Einkommen und Bildungsniveau gehen generell auch in dieselbe Richtung wie beim Bewegungsverhalten. Personen mit tiefen Einkommen sind weniger oft normalgewichtig und deutlich übervertreten in der Adipositas-kategorie als solche mit mittleren und hohen Einkommen. In Bezug auf das Bildungsniveau zeigt sich das bekannte Treppenmuster: Personen mit mittlerem Bildungsniveau sind deutlich öfters normalgewichtig als Personen mit tiefem Bildungsniveau und deutlich weniger übergewichtig und von Adipositas betroffen. Vergleicht man mittleres mit hohem Bildungsniveau, wiederholt sich diese Verschiebung hin zu Normalgewicht und weg von Übergewicht und Adipositas noch einmal. Daraus resultieren beträchtliche Unterschiede zwischen tiefem und hohem Bildungsniveau: Während bei den Personen ohne nach-obligatorische Bildung eine von vier Personen von Adipositas betroffen ist, sind es bei den Personen mit hohem Bildungsniveau nur eine von zehn.

Abbildung 29: BMI-Kategorien nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2246

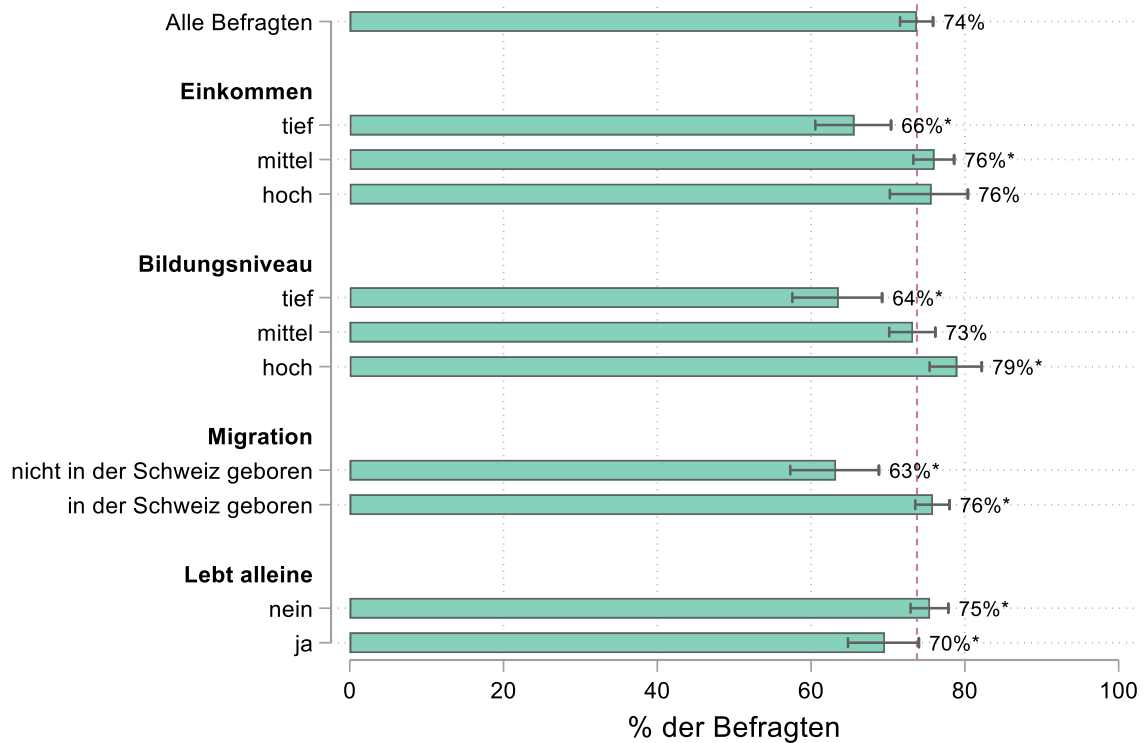
Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

## SOZIALE AKTIVITÄTEN

Während sich bei den sozialen Aktivitäten praktisch keine Unterschiede nach Geschlecht ausmachen liessen (Abschnitt 3.3) und zumindest bei den 55- bis 75-Jährigen auch keine Unterschiede nach Alter, so zeigen sich für die hier untersuchten soziodemografischen Faktoren teilweise beträchtliche Unterschiede. Personen mit tiefen Einkommen, tiefem Bildungsniveau und solche die nicht in der Schweiz geboren sind, sind deutlich seltener sozial aktiv als die Befragten im Durchschnitt. Während sich beim Einkommen wiederum nur die tiefen Einkommen vom Rest unterscheiden, zeigt sich bei der Bildung auch zwischen dem mittleren und hohen Bildungsniveau ein deutlicher Unterschied. Auffallend ist auch hier wieder der grosse Unterschied zwischen Personen mit hohem (79% sind sozial aktiv) und solchen mit tiefem Bildungsniveau (64%).

Abbildung 30: Soziale Aktivität nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2252

*Fragestellung: Haben Sie in den letzten 12 Monaten irgendeine dieser Tätigkeiten gemacht? Ehrenamtliche Tätigkeit, Teilnahme an einem Fort- oder Weiterbildungskurs, Teilnahme an Vereinsaktivitäten wie z.B. Sport- oder Heimatverein, (Teilnahme an Aktivitäten einer politischen Organisation oder Bürgerinitiative, Bücher, Zeitschriften oder Zeitungen gelesen, Kreuzwort- oder Zahlenrätsel wie Sudoku gelöst), Karten- oder Gesellschaftsspiele wie Schach gespielt. Die Aktivitäten in Klammern wurden nicht in die Analyse einbezogen, da es sich dabei nicht unbedingt um gemeinschaftliche Aktivitäten handelt. Wir lehnen uns hier an Sirven und Debrand (2008) an, wobei wir politische und kirchliche Tätigkeiten nicht berücksichtigen, da diese in Welle 6 nicht mehr erhoben wurden, dafür berücksichtigen wir auch Karten- oder Gesellschaftsspiele.*

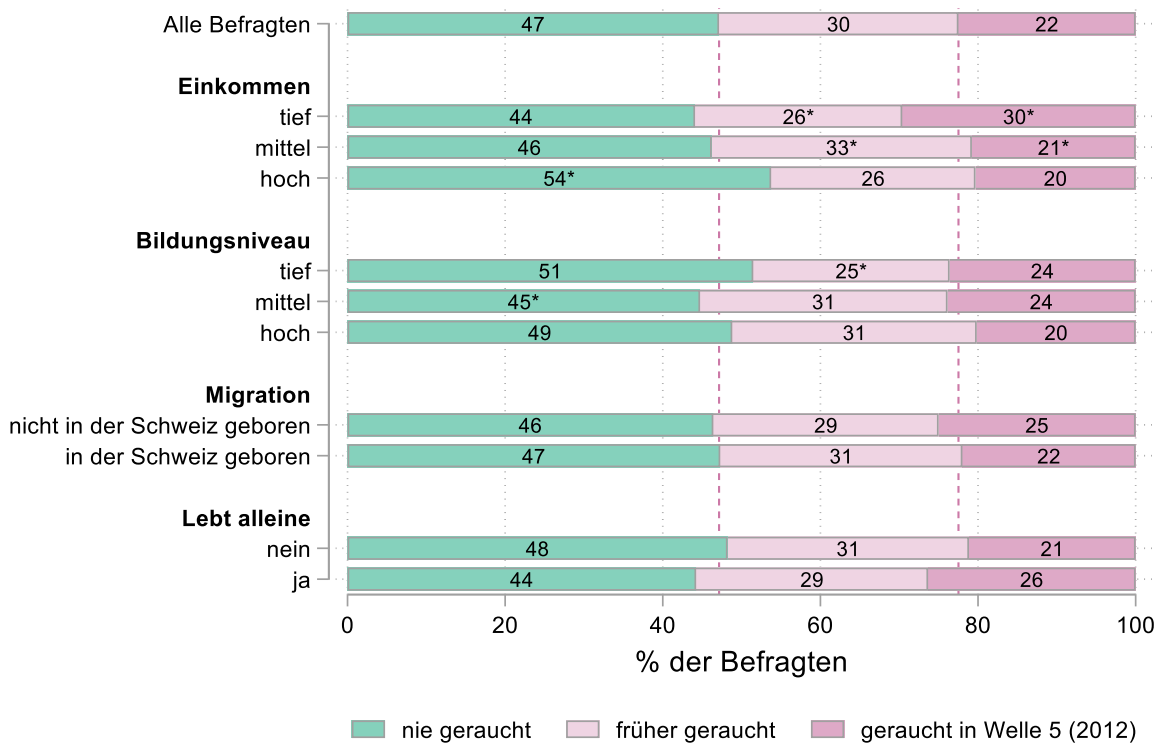
*Anteilsschätzer mit 95%-Konfidenzintervall, adjustiert auf Geschlecht und Alter.*

*\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.*

## SUCHTMITTELKONSUM

Anteilmässig am meisten Raucher hat es in der Gruppe der Personen mit tiefen Einkommen. In der mittleren Einkommensgruppe waren zwar fast ebenso viele Personen jemals in ihrem Leben Raucher, aber der Anteil jener, die inzwischen mit dem Rauchen aufgehört haben, ist deutlich höher. Klar am meisten lebenslange Nichtraucher finden sich dagegen bei den obersten Einkommen. Bezüglich Bildungsniveau zeigt sich ein weniger stark ausgeprägtes Gefälle mit einer leichten Konzentration der (ehemals) Rauchenden in der mittleren Bildungskategorie und einer etwas (aber nicht statistisch signifikant) geringeren aktuellen Raucherrate bei Personen mit hohem Bildungsniveau. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich hinsichtlich Migration und Alleinleben.

Abbildung 31: Anteil Personen die nie, früher oder in der Welle 5 (2012) geraucht haben nach sozialen Gruppen



Fragestellung: Haben Sie jemals täglich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Zigaretten, Zigarren oder eine Pfeife geraucht? Rauchen Sie zur Zeit?

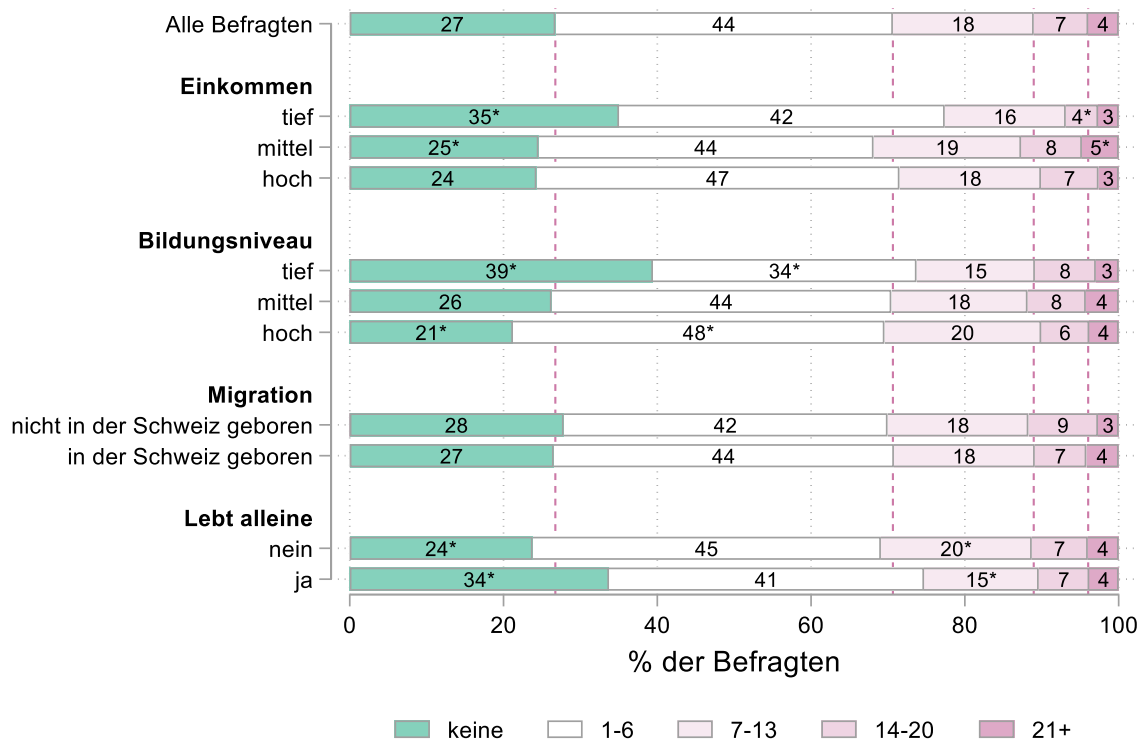
Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Während die Unterschiede nach sozialen Gruppen beim problematischen Alkoholkonsum sehr gering sind (Abbildung 33), zeigen sich bei der in der letzten Woche konsumierten Alkoholmenge durchaus Unterschiede (Abbildung 32). Die Effekte nach Bildungsniveau und Einkommen sind beim Alkoholkonsum etwas anders gelagert als bei den anderen Variablen des Gesundheitsverhaltens. So sind Personen mit tiefem Einkommen und solche mit tiefem Bildungsniveau in der Gruppe der Abstinenten signifikant übervertreten und Personen mit hohem Bildungsniveau deutlich untervertreten. Die Abnahme der Nichttrinkenden mit zunehmender Bildung geht einher mit einer Zunahme der wenig Trinkenden. Personen mit mittlerem oder höherem Bildungsniveau sind weniger häufig abstinent als solche mit tiefem Einkommen und trinken dafür wenig Alkohol, d.h. 1-6 Einheiten pro Woche.

Ausserdem zeigen sich anders als bei den meisten anderen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens bezüglich Alkoholkonsum auch deutliche Unterschiede zwischen Personen, die allein leben, und solchen, die mit jemanden zusammenleben. Alleinlebende Personen sind deutlich übervertreten unter jenen, die in der letzten Woche gar nichts getrunken haben. Dies dürfte wohl auch damit zusammenhängen, dass viele nur in Gesellschaft trinken und sich so vielen Alleinlebenden seltener Gelegenheit zum Alkoholkonsum bietet.

Abbildung 32: Anzahl Einheiten alkoholischer Getränke in den letzten sieben Tagen nach sozialen Gruppen

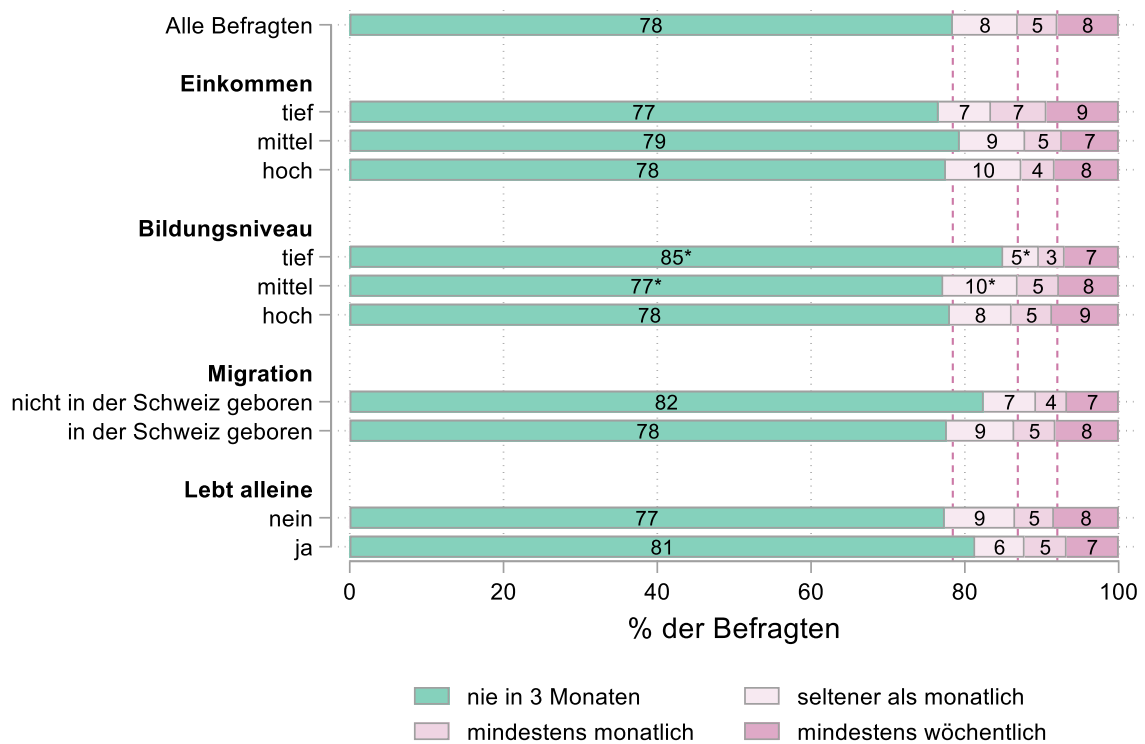


Fragestellung: Während der letzten 7 Tage, haben Sie zumindest ein alkoholisches Getränk zu sich genommen? Schauen Sie sich bitte Karte 15 an, wo die üblichen Einheiten für alkoholische Getränke abgebildet sind. Während der letzten 7 Tage, wie viele Einheiten von alkoholischen Getränken haben Sie zu sich genommen? (1 Einheit = 33 cl Bier, 12 cl Wein, 8 cl Likör, 4 cl Schnaps)

Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Abbildung 33: Häufigkeit von problematischem Alkoholkonsum (mindestens 6 Einheiten) nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2262

*Fragestellung: Schauen Sie sich bitte Karte 16 an. Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten zu einer Gelegenheit sechs oder mehr Einheiten an alkoholischen Getränken getrunken? (1. Täglich oder fast täglich 2. Fünf bis sechs Tage pro Woche 3. Drei bis vier Tage pro Woche 4. Ein- oder zweimal pro Woche 5. Ein- oder zweimal im Monat 6. Weniger als einmal im Monat 7. Überhaupt nicht in den letzten drei Monaten)*

*Adjustiert auf Geschlecht und Alter.*

*\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.*

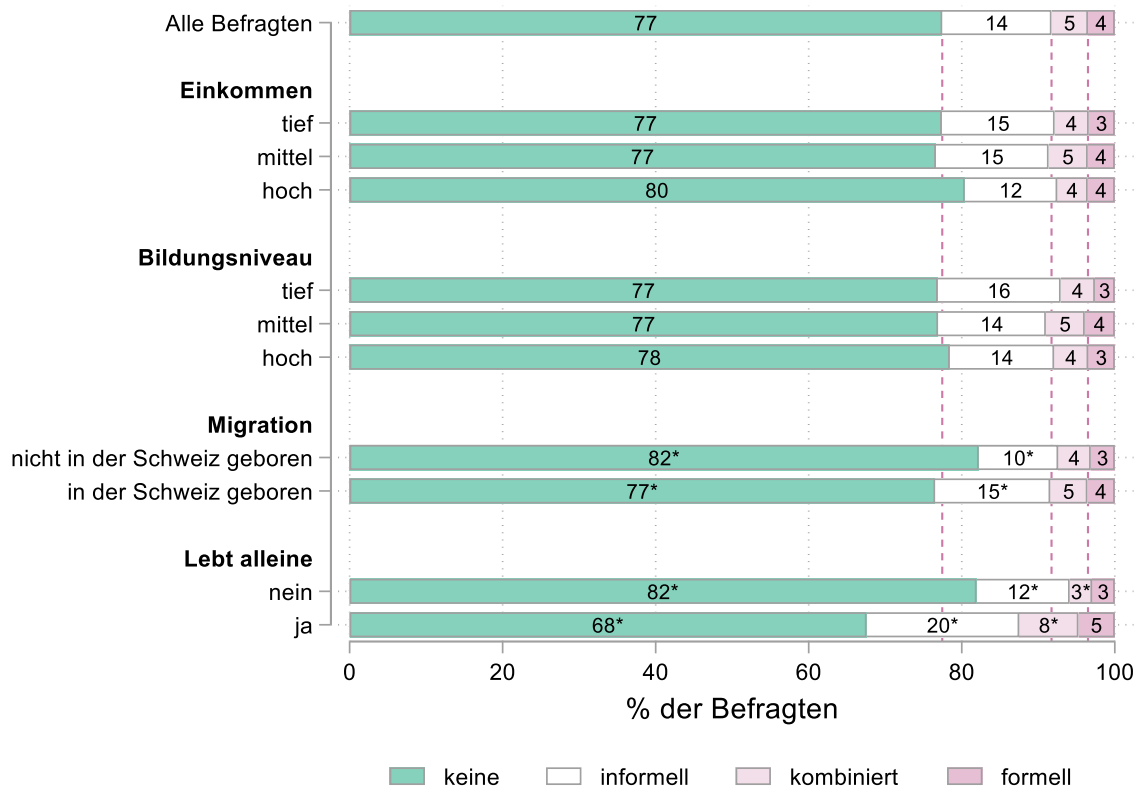
## INANSPRUCHNAHME VON UNTERSTÜTZUNG

Die Inanspruchnahme von informeller und formeller Unterstützung steht weder mit dem Bildungsniveau noch mit dem Einkommen im Zusammenhang. Allerdings gibt es Unterschiede in Bezug auf Migrationserfahrung und Alleinleben. So nimmt von den Personen, die in der Schweiz geboren wurden, ein grösserer Anteil Unterstützung in Anspruch als von den Personen, die nicht in der Schweiz geboren wurden (Abbildung 34). Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass in der Schweiz geborene Personen häufiger informelle Hilfe in Anspruch nehmen – bei der formellen Unterstützung gibt es dagegen keine Unterschiede. Dies ist ein Indiz dafür, dass es beim Zugang zu informeller Unterstützung grössere Ungleichheit gibt zwischen Personen mit und ohne Migrationserfahrung als bei jenem zu formeller Hilfe.

Alleinlebende nehmen deutlich öfter informelle wie auch formelle Hilfe in Anspruch als Personen, die nicht allein leben. Der Unterschied bei der informellen Hilfe sollte aber nicht überinterpretiert werden. Denn wer in einem Mehrpersonenhaushalt lebt, kann Unterstützung von einer Person aus demselben Haushalt annehmen und ist deshalb weniger auf Unterstützung von Ausserhalb angewiesen. Da in SHARE bei der Unterstützung innerhalb des Haushaltes nur nach Hilfe bei der persönlichen Pflege gefragt wurde, aber von ausserhalb des

Haushalts jegliche Hilfe gezählt wurde, zeigt sich hier ein durch die Fragestellung erzeugte Differenz. Aussagekräftiger ist die Tatsache, dass Alleinlebende auch häufiger formelle Hilfeleistungen in Anspruch nehmen. 13% von ihnen greifen auf bezahlte Hilfe zurück (formell + kombiniert), während es bei Personen aus Mehrpersonenhaushalten mit 6% nicht einmal die Hälfte sind.

Abbildung 34: Inanspruchnahme von formeller und informeller Unterstützung nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2252

Diese Grafik basiert auf einer kombinierten Auswertung der folgenden Fragestellungen: Während der letzten 12 Monate, haben Sie aufgrund von körperlichen, mentalen, emotionalen oder Gedächtnis-Problemen eine von den dort aufgeführten professionellen oder bezahlten Hilfeleistungen zu Hause erhalten? Wenn Sie an die letzten 12 Monate zurückdenken - hat Ihnen ein Familienmitglied, wo ausserhalb von Ihrem Haushalt wohnt oder ein Freund oder Nachbar irgendeine Art von Hilfe geleistet, wo auf der Karte aufgeführt ist? Und lebt in diesem (ihrem) Haushalt eine Person, die Ihnen in den letzten 12 Monaten regelmässig bei der persönlichen Pflege geholfen hat, zum Beispiel beim Waschen, aus dem Bett aufstehen oder beim Anziehen?

Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

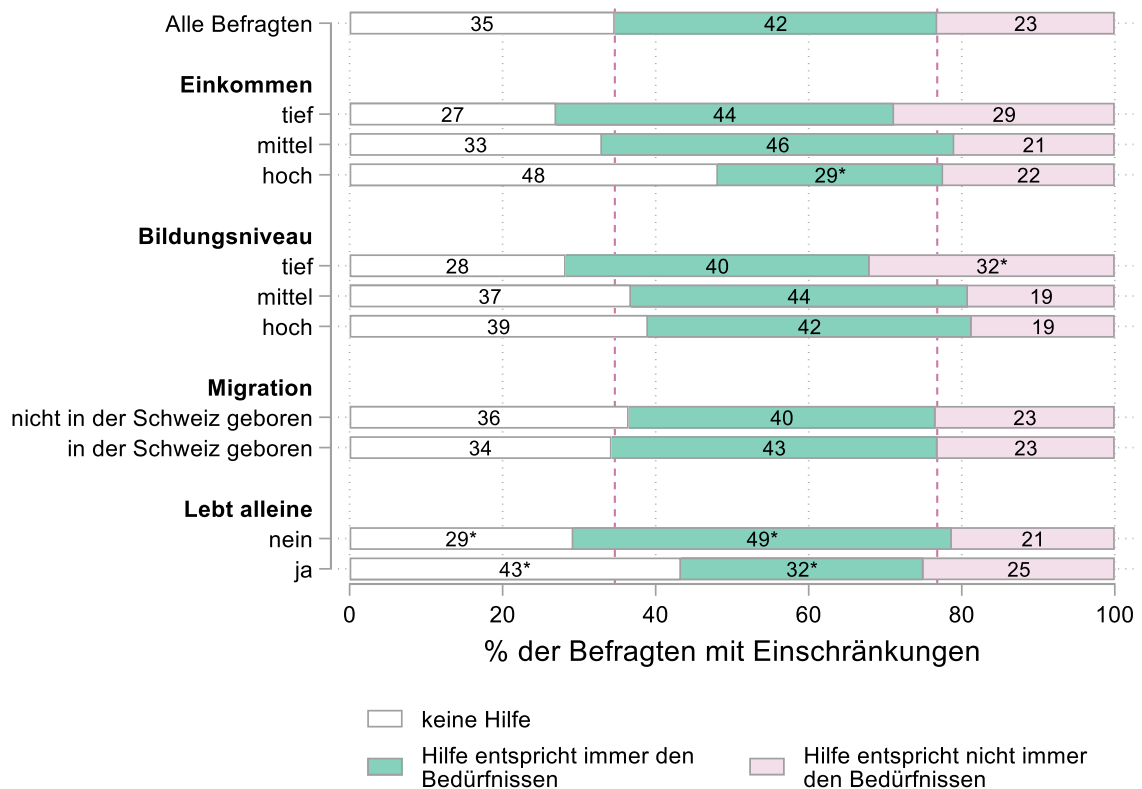
\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

Abbildung 35 zeigt diesbezüglich, wie wichtig die Hilfe innerhalb des Haushalts ist. Sie zeigt, inwiefern Personen mit Einschränkungen bedarfsgerechte Unterstützung erhalten. Für diese Analysen wurden nur jene Befragten berücksichtigt, die von Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten betroffen und deshalb unterstützungsbedürftig sind. Betrachtet man in dieser Gruppe die alleinlebenden Personen, dann zeigt sich, dass 43% trotz Schwierigkeiten im Alltag keine Hilfe erhalten, während dieser Anteil bei den Personen, die nicht allein leben, ein Drittel kleiner ist und nur 29% beträgt. Das gleiche Muster zeigt sich auch bei der Frage, ob die erhaltene Hilfe immer den Bedürfnissen entspricht oder nicht. Während zwei Drittel der



Personen, die mit jemandem zusammenleben und Hilfe erhalten, diese als bedürfnisgerecht einschätzen, tun dies bei den Alleinleben nur etwas mehr als die Hälfte.

Abbildung 35: Den Bedürfnissen entsprechende Hilfe bei Personen mit Einschränkungen nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=255

Diese Frage basiert auf der kombinierten Auswertung von zwei Fragen. Personen mit Einschränkungen wurden gefragt: Wenn Sie jetzt an die Aktivitäten denken, mit denen Sie Schwierigkeiten haben – gibt es jemand, der Ihnen dabei hilft? Wer diese Frage bejahte wurde zudem gefragt: Würden Sie sagen, diese Hilfe entspricht Ihren Bedürfnissen? (Diese Abbildung bezieht sich also nur auf Befragte mit Einschränkungen. Deshalb sind auch die Fallzahlen eher klein und der Anteil jener, die keine Hilfe in Anspruch nehmen, geringer als in der vorherigen Grafik.) Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

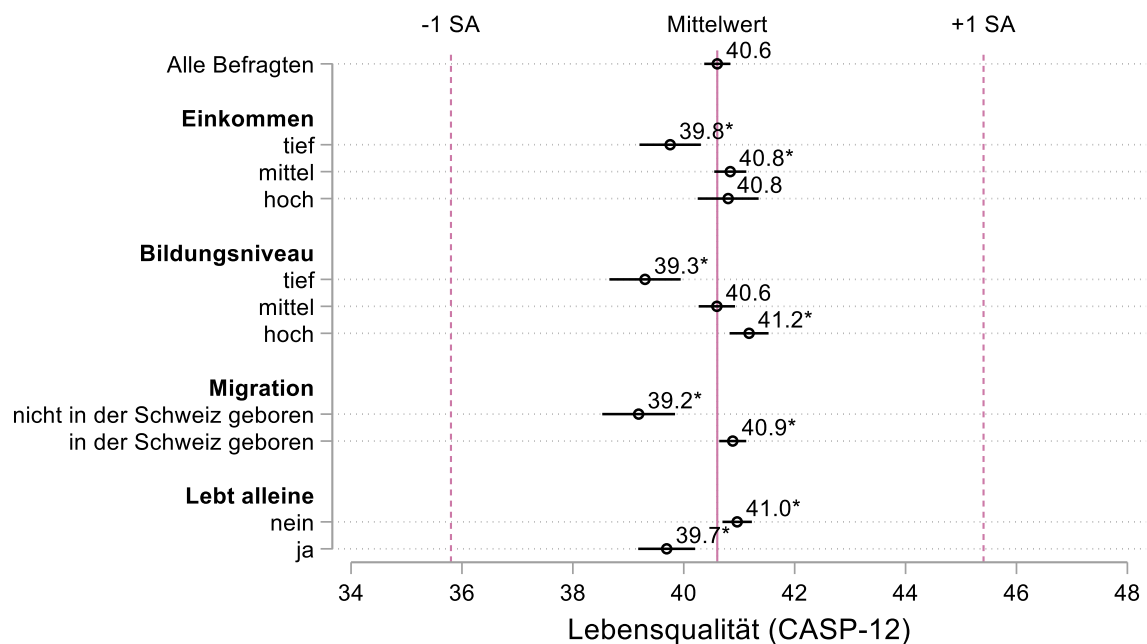
\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten mit Einschränkungen ab.

## 5.4 LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSAUTONOMIE NACH SOZIALEN GRUPPEN

Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen sozialen Gruppen übersetzen sich auch in Unterschiede in der Lebensqualität und Alltagsautonomie zwischen diesen Gruppen. Entsprechend zeigen sich bei diesen Indikatoren ähnliche Ungleichheitsmuster für die ältere Bevölkerung wie in den obigen Abschnitten. So wurde für Befragte mit tiefem Einkommen mit 39.8 Punkten eine um rund einen Punkt tiefere Lebensqualität ermittelt als für Personen mit mittlerem oder hohem Einkommen (Abbildung 36). Zur Veranschaulichung der Grösse dieses Unterschieds: Der beobachtete Unterschied zwischen Personen mit und ohne Diabetes-Erkrankung oder mit und ohne Herz-Kreislauf-Erkrankung entspricht ebenfalls rund einem Punkt (vgl. Abbildung 19). Bezüglich des Bildungsniveaus zeigen sich die grössten Unterschiede: Personen mit tiefem Bildungsniveau weisen mit 39.3 Punkten eine um 1.3 Punkte tiefere Lebensqualität auf als die Durchschnittsbevölkerung. Die Differenz zu Personen mit

hohem Bildungsniveau (41.2) beträgt 1.9 Punkte. Zur Veranschaulichung: der Unterschied zwischen Personen mit zu denen ohne eine chronische Erkrankung beträgt 1.3 Punkte. Eine ähnlich tiefere Lebensqualität im Vergleich zum Durchschnitt aller Befragten weisen auch Personen auf, die nicht in der Schweiz geboren wurden (39.2) und Personen, welche allein leben (39.7).

Abbildung 36: Lebensqualität (CASP-12) nach sozialen Gruppen



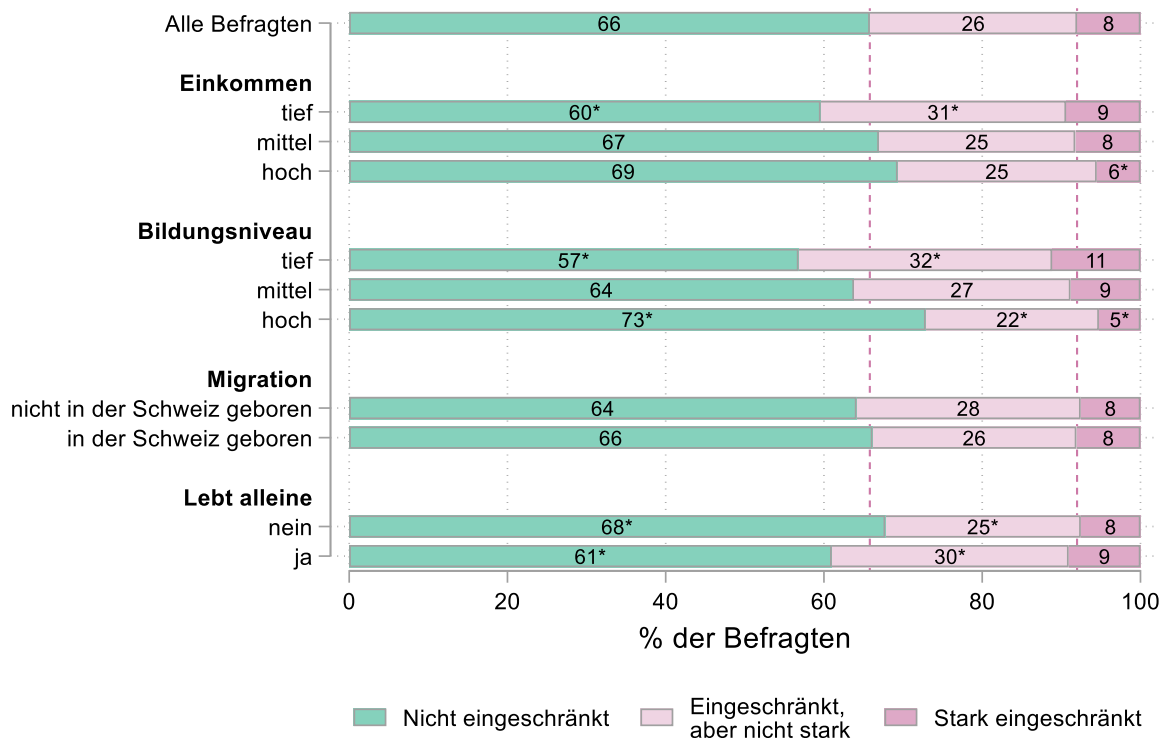
Quelle: SHARE 6, N=2262

Anteilsschätzer mit 95%-Konfidenzintervall, adjustiert auf Geschlecht und Alter. SA: Standardabweichung, beträgt in der untersuchten Population 4.8 Punkte.

\* Wert weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom Mittelwert aller Befragten ab.

Das Muster beim Indikator Alltagsautonomie ist weitgehend identisch (Abbildung 37). Jedoch treten die Ungleichheiten hier noch deutlicher hervor als bei der Lebensqualität. Der Anteil der Personen, die sich nicht aus gesundheitlichen Gründen in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt fühlen, liegt bei Personen mit tiefem Einkommen mit 60% deutlich tiefer als bei mittlerem (67%) oder hohem Einkommen (69%). Die Unterschiede nach dem Bildungsniveau sind beträchtlich: so leben nur 57% der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung ohne Einschränkungen, verglichen mit 64% der Personen mit mittlerem und 73% der Personen mit hohem Bildungsniveau. Hinsichtlich Migrationserfahrung zeigen sich in der Alltagsautonomie jedoch keine Unterschiede. Dafür bei der Haushaltssituation: Während nur 61% der Alleinlebenden nicht eingeschränkt sind, sind es mit 68% weit mehr bei Personen aus einem Mehrpersonenhaushalt.

Abbildung 37: Alltagsautonomie (GALI) nach sozialen Gruppen



Quelle: SHARE Welle 6, N=2262

Adjustiert auf Geschlecht und Alter.

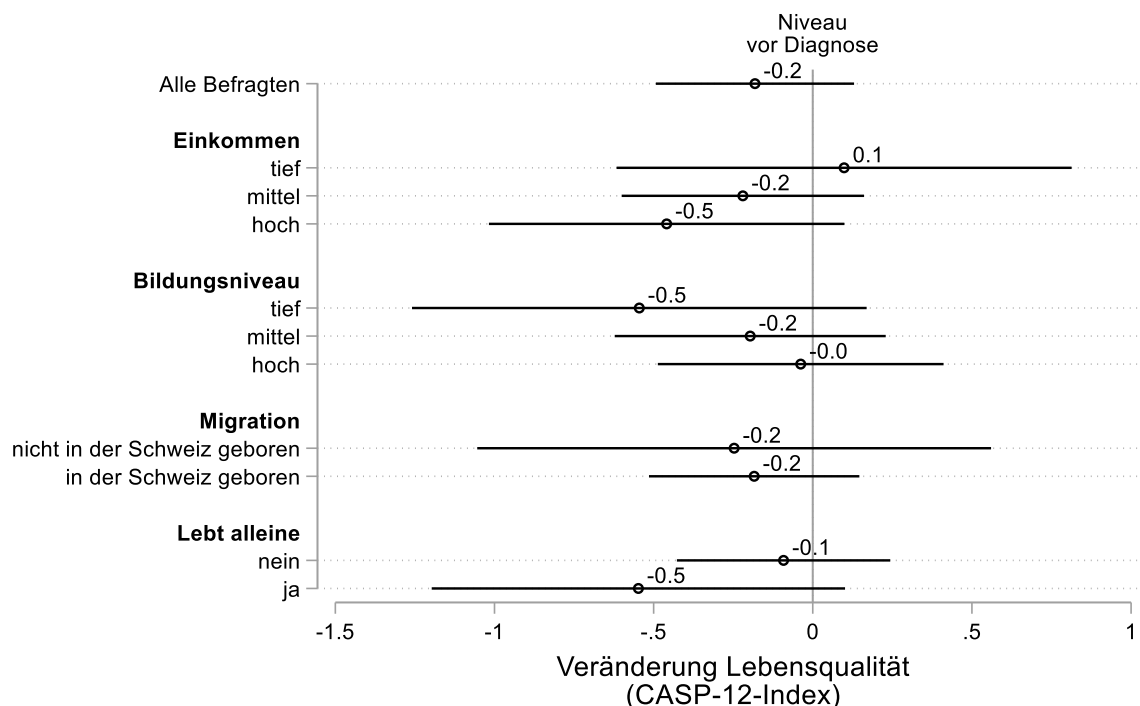
\* Anteil weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau vom mittleren Anteil aller Befragten ab.

## 5.5 AUSWIRKUNGEN VON NCDS AUF LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSAUTONOMIE NACH SOZIALEN GRUPPEN (VERLETZLICHKEIT)

Personen mit einer NCD-Diagnose berichten – erwartungsgemäss – eine tiefere Lebensqualität und Alltagsautonomie als Personen ohne Diagnose (vgl. Abschnitt 4.3 und Abschnitt 4.4). Allerdings ist der Einfluss einer NCD auf die Lebensqualität und die Alltagsautonomie über verschiedene Faktoren vermittelt, welche die Folgen einer Erkrankung mildern oder verstärken können. NCD-Patientinnen und Patienten sind unterschiedlich *verletzlich*. So wird z.B. die Alltagsautonomie bei einer Erkrankung des Bewegungsapparates weniger stark eingeschränkt, wenn finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, die bauliche Massnahmen oder situative Unterstützung ermöglichen. Auch soziale Unterstützung durch einen Partner/eine Partnerin oder eine andere Person, die im selben Haushalt lebt können die Auswirkungen körperlicher Einschränkungen auf die Lebensqualität und die Alltagsautonomie stark abfedern. Entsprechend können die in Abschnitt 4.4 gezeigten Veränderungen in der Lebensqualität und der Alltagsautonomie im Gefolge einer NCD-Diagnose für verschiedene soziale Gruppen unterschiedlich ausfallen. Dabei gilt es ebenfalls zu berücksichtigen, dass verschiedene soziale Gruppen sich bereits im Ausgangsniveau der Lebensqualität und der Alltagsautonomie vor einer bzw. ohne Diagnose voneinander unterscheiden (vgl. Abschnitt 5.1).

Wir untersuchen dies, indem wir die Auswirkungen einer NCD nach verschiedenen sozialen Gruppen mittels einer Panelanalyse untersuchen. Daraus wird ersichtlich, ob die mit einer NCD-Diagnose einhergehende Veränderung der Lebensqualität oder Alltagsautonomie für bestimmte Bevölkerungsgruppen unterschiedlich ausfallen oder nicht. Abbildung 38 zeigt dies für die Folgen einer NCD-Diagnose auf die Lebensqualität. Zugunsten der Übersichtlichkeit und da die Fallzahlen für einige NCDs zu gering sind, haben wir dazu alle berücksichtigten NCDs zusammengefasst: Herz-Kreislauf, Krebs, Diabetes, Atemwege oder Arthrose/Arthritis/Rheuma. Die Veränderung der Lebensqualität für alle Befragten vor und nach einer NCD-Diagnose ist – wie wir bereits in Abschnitt 4.4 gesehen haben, eher klein und für manche NCD-Diagnosen zeigt sich gar keine Veränderung. Entsprechen sehen wir auch in Abbildung 38 nach einer (ersten) NCD-Diagnose auch keine signifikante Verringerung der Lebensqualität für alle Befragten (oberster Schätzwert). Bei der differenzierten Betrachtung nach Einkommen, Bildungsniveau, Migrationserfahrung und Alleinleben zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Veränderungen für keine der betrachteten Gruppen.<sup>8</sup>

Abbildung 38: Panelanalyse zur Veränderung der durchschnittlichen Lebensqualität (CASP-12) vor und nach einer NCD-Diagnose (Herz-Kreislauf, Krebs, Diabetes, Atemwege oder Arthrose/Arthritis/Rheuma) für verschiedene soziale Gruppen



Quelle: SHARE Wellen 1-6, N=9184

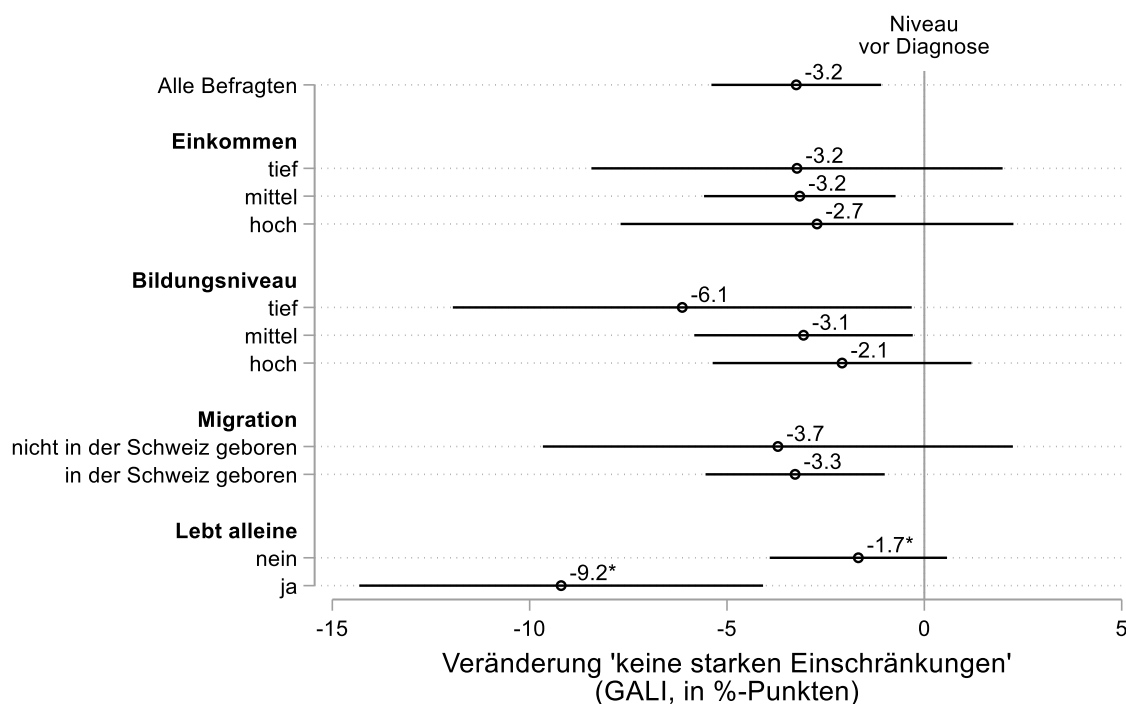
Fixed-Effects-Schätzer mit 95%-Konfidenzintervall. Sämtliche zeit-invarianten Individualmerkmale sind kontrolliert, zusätzlich adjustiert für Alter. Berücksichtigter Zeitraum: 1 bis 10 Jahre vor Diagnose vs. ab Diagnose bis 9 Jahre später.

\* Veränderung weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau von der mittleren Veränderung aller Befragten ab.

<sup>8</sup> Dass sich die Vertrauensintervalle der einzelnen Gruppen so stark überlappen zeigt, dass die Schätzwerte für die einzelnen Gruppen nicht eindeutig voneinander unterscheiden. Aufgrund der geringen Fallzahlen in den Subgruppen sind die Vertrauensintervalle eher gross und erschweren das Erkennen eindeutiger Muster.

Bei der Alltagsautonomie in Abbildung 39 zeigt sich dagegen ein etwas deutlicheres Muster. Der Anteil der Befragten, die angeben, keine starken gesundheitlichen Einschränkungen zu haben, nimmt über alle NCDs zusammen nach einer Diagnose um 3.2%-Punkte ab. Die Reduktion ist bei Personen mit tiefem und mittlerem Bildungsniveau signifikant, während sie bei Personen mit hohem Bildungsniveau kleiner und nicht statistisch signifikant ist. Die Reduktion ist bei alleinlebenden Personen mit -9.2%-Punkten überaus deutlich und statistisch signifikant grösser als bei Personen, welche nicht allein leben (-1.7%-Punkte). Mit jemandem zusammen im Haushalt zu leben, scheint ein ausgesprochener Schutzfaktor für den Erhalt einer hohen Alltagsautonomie trotz NCD-Erkrankung zu sein. Alleinlebende Personen, auf der anderen Seite, sind speziell verletzlich und bei einer NCD-Erkrankung auf Unterstützung angewiesen. Zwischen den Einkommensgruppen und zwischen den in der Schweiz und den im Ausland geborenen Befragten zeigen sich keine Unterschiede in den Auswirkungen einer NCD auf die Alltagsautonomie.

Abbildung 39: Panelanalyse zur Veränderung des Anteils der Personen ohne starke Einschränkungen in der Alltagsautonomie (GALI) von Personen mit und ohne NCD (Herz-Kreislauf, Krebs, Diabetes, Atemwege oder Arthrose/Arthritis/Rheuma) für verschiedene soziale Gruppen



Quelle: SHARE Wellen 1-6, N=9628

Fixed-Effects-Schätzer mit 95%-Konfidenzintervall. Sämtliche zeit-invarianten Individualmerkmale sind kontrolliert, zusätzlich adjustiert für Alter. Berücksichtigter Zeitraum: 1 bis 10 Jahre vor Diagnose vs. ab Diagnose bis 9 Jahre später.

\* Veränderung weicht statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau von der mittleren Veränderung aller Befragten ab.

Auch bei diesen Analysen gilt wie bei allen präsentierten Analysen zu den Veränderungen der Lebensqualität und der Alltagsautonomie: aufgrund der gewissen Selektivität der SHARE-Befragten werden die negativen Auswirkungen von NCDs und allfällige diesbezügliche

Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen tendenziell unterschätzt. Auch zu berücksichtigen gilt, dass wir hier nur Veränderungen zwischen dem Zustand vor und nach einer NCD-Diagnose untersuchen. Da die verschiedenen sozialen Gruppen teilweise sehr unterschiedliche Ausgangsniveaus in Lebensqualität und Alltagsautonomie haben (Abschnitt 5.4), unterscheiden sich NCD-Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen sozialen Gruppen stärker in diesen zentralen Messgrößen, als es der Blick alleine auf die Veränderung durch die NCD-Diagnose vermuten lässt.

Wegen der kleinen Fallzahlen in den betrachteten Subgruppen sind die Schätzungen zu den gruppenspezifischen Effekten zudem recht unpräzise. Die Analysen für einzelne NCD-Gruppen (nicht berichtet), zeigen zudem, dass sich bei den verschiedenen Erkrankungen nicht nur Unterschiede in der durchschnittlichen Auswirkung einer Diagnose auf Lebensqualität und Alltagsautonomie generell zeigen, sondern auch im Muster der gruppenspezifischen Unterschiede in diesen Auswirkungen. Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind diese Analysen aber leider nur wenig aussagekräftig.

## 5.6 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEITEN: EIN ÜBERBLICK

Die in diesem Kapitel diskutierten Resultate zeigen, dass vielfältige Unterschiede entlang der soziodemografischen Faktoren Einkommen, Bildungsniveau, Migration und Alleinleben bestehen. Tabelle 2 fasst diese Resultate zusammen. So wird deutlich, dass sich insbesondere Unterschiede zwischen verschiedenen Bildungsniveaus in fast allen Analysen zeigen – zum Teil äusserst deutlich. Unterschiede nach Einkommenskategorien zeigen sich ebenfalls in den meisten Analysen, wenn auch tendenziell weniger ausgeprägt und oft nur zwischen den tiefen Einkommen und dem Rest, nicht aber zwischen mittleren und hohen Einkommen. Bezüglich Migration und Alleinleben zeigen sich deutliche Unterschiede bei der subjektiven allgemeinen Gesundheit und für einzelne Aspekte des Gesundheitsverhaltens. Der Blick auf das Alleinleben verdeutlicht, dass das (Nicht-)Vorhandensein von Erkrankungen nur ein Teilaspekt eines «gesunden Alterns» ist. Während für alleinlebende Personen ähnliche NCD-Prävalenzen und ein ähnliches Gesundheitsverhalten konstatiert werden kann wie für Personen, die mit jemandem zusammenleben, schätzen Alleinlebende ihre subjektive Gesundheit systematisch schlechter ein, haben häufiger Schmerzen und berichten eine tiefere Lebensqualität und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen im Alltag. Offenbar gelingt es den Alleinlebenden selbst, dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft insgesamt nicht immer, die im Haushalt fehlenden sozialen Ressourcen für eine hohe Lebensqualität durch solche von ausserhalb zu ersetzen.

Tabelle 2 Übersicht gesundheitliche Ungleichheiten

<i>Dimension</i>	<i>Einkommen</i>	<i>Bildungsniveau</i>	<i>Migration</i>	<i>Lebt allein</i>
Subjektive Gesundheit (Abbildung 24)	Schlechter bei Personen mit tiefen Einkommen	<b>Besser mit höherem Bildungsniveau, über alle Bildungskategorien</b>	<b>Besser bei in der Schweiz Geborenen</b>	<b>Schlechter bei Personen, die allein leben</b>
Schmerzen (Abbildung 25)	-	Etwas mehr bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau	Weniger bei in der Schweiz Geborenen	Mehr bei Personen, die allein leben
NCD-Prävalenzen (Abbildung 26)	Leicht sinkende Diabetes-Prävalenzen mit höherem Einkommen	Mit höherem Bildungsniveau sinkende Prävalenzen für Herz-Kreislauf, Bewegungsapparat und Depression	Geringere Diabetes- und Depressions-Prävalenzen bei in der Schweiz Geborenen	Höhere Depressions-Prävalenzen bei Personen, die allein leben
Körperliche Aktivität (Abbildung 27)	Weniger bei Personen mit tiefen Einkommen	Weniger bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau	Mehr bei in der Schweiz Geborenen	-
Konsum von Früchten und Gemüse (Abbildung 28)	-	-	-	<b>Weniger bei Personen, die allein leben</b>
BMI/Übergewicht (Abbildung 29)	Höher bei Personen mit tiefen Einkommen	<b>Tiefer mit höherem Bildungsniveau, über alle Bildungskategorien</b>	-	-
Soziale Aktivität (Abbildung 30)	Weniger bei Personen mit tiefen Einkommen	<b>Mehr mit höherem Bildungsniveau, über alle Bildungskategorien</b>	<b>Mehr bei in der Schweiz Geborenen</b>	Weniger bei Personen, die allein leben
Rauchen (Abbildung 31)	<b>Weniger mit höherem Einkommen, über alle Einkommenskategorien</b>	Leichte Konzentration in der Mitte	-	-
Alkohol: Anzahl Einheiten letzte Woche (Abbildung 32)	<b>Weniger bei Personen mit tiefen Einkommen</b>	<b>Mehr mit höherem Bildungsniveau, über alle Bildungskategorien</b>	-	Weniger bei Personen, die allein leben
Alkohol: Problematischer Konsum letzte 3 Monate (Abbildung 33)	-	Etwas weniger bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau	-	-
Inanspruchnahme von Unterstützung (Abbildung 34)	-	-	Mehr bei in der Schweiz Geborenen	Weniger bei Personen, die allein leben
Unterstützung ist Bedürfnisgerecht (Abbildung 35)	Weniger mit hohem Einkommen	Weniger bei Personen mit tiefem Bildungsniveau	-	<b>Weniger bei Personen, die allein leben</b>
Lebensqualität (Abbildung 36)	Höher mit höherem Einkommen, über alle Einkommenskategorien	<b>Höher mit höherem Bildungsniveau, über alle Bildungskategorien</b>	<b>Höher bei in der Schweiz Geborenen</b>	Tiefer bei Personen, die allein leben
Alltagsautonomie (Abbildung 37)	Höher mit höherem Einkommen, über alle Einkommenskategorien	<b>Höher mit höherem Bildungsniveau, über alle Bildungskategorien</b>	-	Tiefer bei Personen, die allein leben
Verletzlichkeit bei NCDs bzgl. Lebensqualität (Abbildung 38)	Evtl. erhöht bei hohen Einkommen	Evtl. erhöht bei niedrigem Bildungsniveau	-	-
Verletzlichkeit bei NCDs bzgl. Alltagsautonomie (Abbildung 39)	-	Erhöht bei niedrigem Bildungsniveau	-	<b>Erhöht bei Personen, die allein leben</b>

*Fettgedruckte Zellen weisen auf deutliche Ungleichheiten hin.*

## 6 FAZIT

Unser Bericht zum Gesundheitszustand der Bevölkerung im Alter 55 und älter in der Schweiz auf Basis der SHARE-Daten zeichnet insgesamt ein positives Bild. Die Schweiz ist bekanntermassen sowohl bei der Lebenserwartung bei Geburt (85.6 Jahre für Frauen und 81.7 Jahre für Männer), als auch bei der verbleibenden Lebenserwartung im Alter 65 (22.9 Jahre für Frauen und 20 Jahre für Männer) in der Spitzengruppe aller Länder und auch die Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung sind in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern besonders gering (OECD 2019a; 2019b). Unsere Daten zum Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung zeigen ferner, dass eine grosse Mehrheit der 55-Jährigen und Älteren ihre allgemeine Gesundheit als gut, sehr gut oder ausgezeichnet einschätzt und weitestgehend schmerzfrei ist. Dies deckt sich mit Befunden anderer Studien (Camenzind und Petrini 2014). Sowohl die allgemeine subjektive Gesundheit als auch das Vorliegen von Schmerzen hängen signifikant mit der Prävalenz verschiedener NCDs zusammen und höhere Altersgruppen sind erwartungsgemäss stärker von NCDs betroffen als Personen mittleren Alters. Multimorbidität ist daher auch primär eine Herausforderung in der Gesundheitsversorgung hochaltriger Personen, von denen mehr als ein Drittel an zwei oder mehr NCDs gleichzeitig leidet.

Auch die gemessene Lebensqualität im Alter ist gemäss unseren Analysen relativ hoch in der Schweiz. Ein Resultat das im Einklang mit Befunden zur Schweiz als führendes Land hinsichtlich der generellen Lebensqualität (Sachs, Layard und Helliwell 2018) und als guter Ort zum Altern (HelpAge International 2015) steht. Sowohl die Lebensqualität als auch die Alltagsautonomie, die ein wichtiger Faktor für ein selbstbestimmtes Leben und Wohnen ist, zeigen einen signifikanten Zusammenhang mit der allgemeinen subjektiven Gesundheit und dem Vorliegen verschiedener NCDs. Es gilt aber festzuhalten, dass NCDs nicht zwangsläufig mit einer Verminderung der Lebensqualität oder der Alltagsautonomie einhergehen müssen. Und die Resultate unserer Panelanalysen zeigen eine viel kleinere Verringerung der Lebensqualität oder der Alltagsautonomie im Zusammenhang mit einer NCD-Erkrankung als deskriptive Querschnittsanalysen, bei denen Personen mit NCD solchen ohne NCD gegenübergestellt werden.

Wenngleich das Gesamtbild hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Lebensqualität älterer Menschen in der Schweiz durchaus positiv ist, so zeigen unsere Analysen der SHARE-Daten dennoch auch verschiedene Verbesserungspotentiale. Zum einen zeigen unsere Resultate, dass schlechtes Gesundheitsverhalten wie mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung, das Rauchen und problematischer Alkoholkonsum auch in der älteren Bevölkerung relativ verbreitet sind. Ferner sind auch materielle und soziale Schutzfaktoren, wie soziale Aktivitäten und Integration oder die Inanspruchnahme von Unterstützung weiter ausbaufähig. Sowohl hinsichtlich des Gesundheitszustandes als auch hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens zeigen sich ferner signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen sozialen Gruppen älterer Menschen in der Schweiz. Neben dem vielfach dokumentierten



Bildungsgradienten zeigen sich hierbei ein tiefes Einkommen, eine Herkunft ausserhalb der Schweiz sowie das Alleinleben als wichtige Risikofaktoren für verschiedene NCDs und für ungesunde Verhaltensweisen. Effektive Präventionsmassnahmen, welche insbesondere auch diese Risikogruppen erreichen, erscheinen daher als besonders vielversprechende Strategie, um den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung in der Schweiz weiter zu verbessern und soziale Ungleichheiten zu reduzieren.

Konkret sind dazu verschiedene Interventionstypen denkbar, wie diese auch im Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 des BAG dargelegt sind (BAG/GDK 2016). Dies sind einerseits etablierte Steuerungsinstrumenten der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention wie eine striktere Regulierung und/oder Besteuerung ungesunder Verhaltensweisen sowie Informationskampagnen. Ebenso dazu gehören präventive Massnahmen in der Gesundheitsversorgung wie eine verbesserte Finanzierung von Präventionsleistungen, die Stärkung des Selbstmanagement von chronisch kranken Personen und ihren Angehörigen, die Förderung neuer Technologien oder die Ausbildung zusätzlicher Fachkräfte im Bereich (geriatrische) Medizin und Pflege. Daneben sind aber auch neuere verhaltensökonomische Ansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention erwägenswert (Krisam, von Philipsborn und Meder 2017; Maier und Ziegler 2015; Rice 2013). Die Idee verbesserter Entscheidungsarchitekturen als Komplement zu traditionellen Steuerungsinstrumenten, d.h. die gezielte Gestaltung von Umgebungsfaktoren zur Förderung gesünderer Verhaltensweisen, scheint insbesondere deshalb vielversprechend, weil eher informationsbasierte Massnahmen und neue Technologien gerade Risikogruppen oft schlechter erreichen und/oder dort weniger effektiv sind. In der Folge können diese Gesundheitsförderungsmassnahmen gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen oftmals noch verstärken.

Unser Bericht auf Basis der SHARE-Daten hat sowohl Stärken als auch Schwächen. Zu den Stärken gehört die multidisziplinäre Paneldateninfrastruktur von SHARE, die es ermöglicht, Gesundheit ganzheitlich zu analysieren: Nämlich als mehr als nur die Abwesenheit von Erkrankungen und unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Kontexts älterer Menschen. Ferner erlauben die SHARE-Daten das Nachzeichnen individueller dynamischer Verläufe über die Zeit, wie z.B. der Lebensqualität und Alltagsautonomie vor und nach einer NCD-Diagnose. Zu den Schwächen von SHARE zählen mögliche unvollständige Angaben der Befragten zu Krankheitsdiagnosen oder eine Selektivität der Befragten, welche zu Verzerrungen in der Schätzung gewisser Kennzahlen führen könnte. Da in SHARE, wie in nahezu allen befragungsbasierten Studien, Menschen in guter Gesundheit etwas überrepräsentiert sein dürften, werden NCD-Prävalenzen und gesundheitliche Beschwerden und Einschränkungen der Gesamtpopulation mit SHARE-Daten wohl tendenziell unterschätzt. Dennoch ermöglichen die SHARE-Daten einen guten Einblick in den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung in der Schweiz und zeigen, wo wichtige Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung liegen, beispielsweise die hohe Multimorbidität unter Hochaltrigen und signifikante gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen.

Angesichts des notwendigerweise begrenzten Umfangs unseres Berichts bleiben natürlich zahlreiche wichtige Fragen offen für zukünftige Forschungsarbeiten. Beispielsweise detailliertere Analysen zum Gesundheitsverhalten älterer Menschen in der Schweiz und die Rolle des Gesundheitssystems, der sozialen Integration sowie von Alleinleben und (neuer) Technologien. Ferner wäre ein vertieftes Verständnis entscheidender Schutzfaktoren für den Erhalt einer hohen Lebensqualität und Alltagsautonomie älterer Menschen, unabhängig vom möglichen Vorliegen von NCDs und anderen Erkrankungen, sowie der Determinanten psychischer Widerstandsfähigkeit und erfolgreicher Belastungsverarbeitung im Alter hilfreich, um „Gesundes Altern“ in der Schweiz besser zu verstehen und fördern zu können. Darüber hinaus wären detaillierte Analysen zu den zugrundeliegenden Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen nützlich, um neue erfolgversprechende Interventionspunkte und -strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit identifizieren zu können.

## 7 BIBLIOGRAPHIE

- Arndt, V., A. Feller und D. Hauri. 2016. *Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen*. Bundesamt für Statistik (BFS), Nationales Institut für Krebs epidemiologie und-registrierung (NICER), Schweizer Kinderkrebsregister (SKKR).
- Bachmann, N. 2014. *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Neuchâtel: Obsan.
- BAG/GDK. 2016. *Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bair, M. J., R. L. Robinson, W. Katon und K. Kroenke. 2003. „Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review“. *Archives of Internal Medicine* 163 (20): 2433-45.
- Berkman, L. F. und T. Glass. 2000. „Social integration, social networks, social support, and health“. In *Social epidemiology*, hrsg. von Lisa F Berkman und Ichiro Kawachi, 137-73.
- Boes, S., C. Kaufmann und J. Marti. 2016. *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung*.
- Bopp, M. und C. E. Minder. 2003. „Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: results from the Swiss National Cohort“. *International Journal of Epidemiology* 32 (3): 346-54.
- Borrat-Besson, C., V.-A. Ryser und J. Gonçalves. 2015. *An evaluation of the CASP-12 scale used in the Survey of Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to measure Quality of Life among people aged 50+*. FORS Working Paper Series.
- Bundesamt für Gesundheit. 2017. *Alkoholkonsum in der Schweiz 2016, Faktenblatt*.
- . 2018. *Chancengleichheit und Gesundheit. Zahlen und Fakten für die Schweiz*. Bern
- Bundesamt für Statistik. 2016. *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2015–2045*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- . 2018. „Lebenserwartung nach Alter, 1981-2917. Tabellen“. Download am 29.01.2019 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.html>.
- Bundesrat. 2013. *Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*.
- Camenzind, P. und L. Petrini. 2014. *Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*.
- Case, A. und C. Paxson. 2005. „Sex differences in morbidity and mortality“. *Demography* 42 (2): 189-214.
- Cockerham, W. C., B. W. Hamby und G. R. Oates. 2017. „The Social Determinants of Chronic Disease“. *American Journal of Preventive Medicine* 52 (1, Supplement 1): S5-S12.
- Coin, A., G. Sergi, P. Benincà, L. Lupoli, G. Cinti, L. Ferrara, G. Benedetti, G. Tomasi, C. Pisent und G. Enzi. 2000. „Bone Mineral Density and Body Composition in Underweight and Normal Elderly Subjects“. *Osteoporosis International* 11 (12): 1043-50.
- Coons, S. J., S. Rao, D. L. Keininger und R. D. Hays. 2000. „A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments“. *Pharmacoeconomics* 17 (1): 13-35.
- Ehrler, F., F. Bühlmann, P. Farago, F. Höpflinger, D. Joye, P. Perrig-Chiello und C. Suter. 2016. *Sozialbericht 2016: Wohlbefinden. Sozialbericht*. Zürich: Seismo. Text.

- Ehrler, F. und M. Guggisberg. 2018. „Armut erschwert aktives Altern“. In *BFS-Aktuell: Aktives Altern, DEMOS 1/2018*.
- Fortin, M., M. Stewart, M.-E. Poitras, J. Almirall und H. Maddocks. 2012. „A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology“. *The Annals of Family Medicine* 10 (2): 142-51.
- Galdas, P. M., F. Cheater und P. Marshall. 2005. „Men and health help-seeking behaviour: literature review“. *Journal of Advanced Nursing* 49 (6): 616-23.
- Gellert, C., B. Schöttker und H. Brenner. 2012. „Smoking and All-Cause Mortality in Older People: Systematic Review and Meta-analysis“. *Archives of Internal Medicine* 172 (11): 837-44.
- Guggisberg, J., L. Gardiol, I. Graf, T. Oesch, K. Künzi, T. Volken, P. Rüesch, T. Abel, S. Ackermann und C. Müller. 2011. *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht*. BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND.
- Habermann-Horstmeier, L. 2018. „Chronische Krankheiten und Unfälle“. In *Public Health kompakt*, hrsg. von Matthias Egger, Oliver Razum und Anita Rieder, 362-436. Berlin: De Gruyter.
- Heaney, C. A. und B. A. Israel. 2008. „SOCIAL NETWORKS AND SOCIAL SUPPORT“. In *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, hrsg. von Karen Glanz, Barbara K Rimer und Kasisomayajula Viswanath. John Wiley & Sons.
- HelpAge International. 2015. „Global Age Watch Index 2015. Insight Report“. <https://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>.
- Higgs, P., M. Hyde, R. Wiggins und D. Blane. 2003. „Researching Quality of Life in Early Old Age: The Importance of the Sociological Dimension“. *Social Policy & Administration* 37 (3): 239-52.
- Höpflinger, F. 2014. *Langlebigkeit und Hochaltrigkeit. Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen*.
- Huwiler, K., M. Bichsel, C. Junker, C. E. Minder und R. Calmonte. 2002. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz*.
- Hyde, M., R. D. Wiggins, P. Higgs und D. B. Blane. 2003. „A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19) AU - Hyde, M“. *Aging & Mental Health* 7 (3): 186-94.
- Krisam, M., P. von Philipsborn und B. Meder. 2017. „Nudging in der Primärprävention: Eine Übersicht und Perspektiven für Deutschland“. *Gesundheitswesen* 79 (02): 117-23.
- Kröger, H., E. Pakpahan und R. Hoffmann. 2015. „What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection“. *European Journal of Public Health* 25 (6): 951-60.
- Lieberherr, R. 2017. *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 - Familie und Gesundheit*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Lorem, G. F., H. Schirmer und N. Emaus. 2017. „What is the impact of underweight on self-reported health trajectories and mortality rates: a cohort study“. *Health and quality of life outcomes* 15 (1): 191-91.
- Mackenbach, J. P., I. Kulhánová, B. Artnik, M. Bopp, C. Borrell, T. Clemens, G. Costa, C. Dibben, R. Kalediene, O. Lundberg, P. Martikainen, G. Menvielle, O. Östergren, R. Prochorskas, M. Rodríguez-Sanz, B. H. Strand, C. W. N. Looman und R. de Gelder. 2016. „Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries“. *BMJ* 353.

- Maier, E. und E. Ziegler. 2015. „Sanfte Stupser für gesundheitsförderliches Verhalten – oder Nudging im Gesundheitswesen“. *Clinicum* 3 (15): 76-81.
- Marmot, M. 2005. „Social determinants of health inequalities“. *The lancet* 365 (9464): 1099-104.
- Marques, A., M. Peralta, H. Sarmento, J. Martins und M. González Valeiro. 2018. „Associations between vigorous physical activity and chronic diseases in older adults: a study in 13 European countries“. *European Journal of Public Health* 28 (5): 950-55.
- Martin-Diener, E., J. Meyer, J. Braun, S. Tarnutzer, D. Faeh, S. Rohrmann und B. W. Martin. 2014. „The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases“. *Preventive Medicine* 65: 148-52.
- Mehrbrodt, T., S. Gruber und M. Wagner. 2017. *SHARE - Scales and Multi-Item Indicators*.
- Moreau-Gruet, F. 2013. *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*
- OBSAN. 2018. „Indikatoren: Lebenserwartung und Lebenserwartung bei guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren im Jahr 2012“. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/lebenserwartung-guter-gesundheit-ab-65-jahren>.
- OECD. 2019a. „Life expectancy at 65 (indicator)“. Abgerufen: 31 January 2019. doi:10.1787/0e9a3f00-en.
- . 2019b. „Life expectancy at birth (indicator)“. Abgerufen: 31 January 2019. doi:10.1787/27e0fc9d-en.
- Prince, M. J., F. Reischies, A. T. F. Beekman, R. Fuhrer, C. Jonker, S. L. Kivela, B. A. Lawlor, A. Lobo, H. Magnusson, M. Fichter, H. Van Oyen, M. Roelands, I. Skoog, C. Turrina und J. R. M. Copeland. 1999. „Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres“. *British Journal of Psychiatry* 174 (4): 330-38.
- Rice, T. 2013. „The behavioral economics of health and health care“. *Annual review of public health* 34: 431-47.
- Robine, J.-M., C. Jagger und The Euro-Reves Group. 2003. „Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project“. *European Journal of Public Health* 13 (suppl\_3): 6-14.
- Sachs, J. D., R. Layard und J. F. Helliwell. 2018. *World Happiness Report 2018*.
- Schuler, D., A. Tuch, N. Buscher und P. Camenzind. 2016. *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016*. Neuchâtel: Schweizer Gesundheitsobservatorium.
- Sirven, N. und T. Debrand. 2008. „Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data“. *Social Science & Medicine* 67 (12): 2017-26.
- Spoerri, A., M. Zwahlen, M. Egger, F. Gutzwiller, C. Minder und M. Bopp. 2006. „Educational inequalities in life expectancy in German speaking part of Switzerland 1990-1997: Swiss National Cohort“. *Swiss medical weekly* 136 (9-10): 145-48.
- Stamm, H. und M. Lamprecht. 2009. *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*.
- van Oyen, H., J. Van der Heyden, R. Perenboom und C. Jagger. 2006. „Monitoring population disability: evaluation of a new Global Activity Limitation Indicator (GALI)“. *Sozial- und Präventivmedizin* 51 (3): 153-61.
- Von Korff, M. und G. Simon. 2018. „The Relationship Between Pain and Depression“. *British Journal of Psychiatry* 168 (S30): 101-08.

- WHO. 2015. *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wieser, S., M. Riguzzi, M. Pletscher, C. A. Huber, H. Telser und M. Schwenkglenks. 2018. „How much does the treatment of each major disease cost? A decomposition of Swiss National Health Accounts“. *The European Journal of Health Economics*.
- Wieser, S., Y. Tomonaga, M. Riguzzi, B. Fischer, H. Telser, M. Pletscher, K. Eichler, M. Trost und M. Schwenkglenks. 2014. *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*.

## 8 ANHANG

### 8.1 ERFASSUNG VON ERKRANKUNGEN IN SHARE

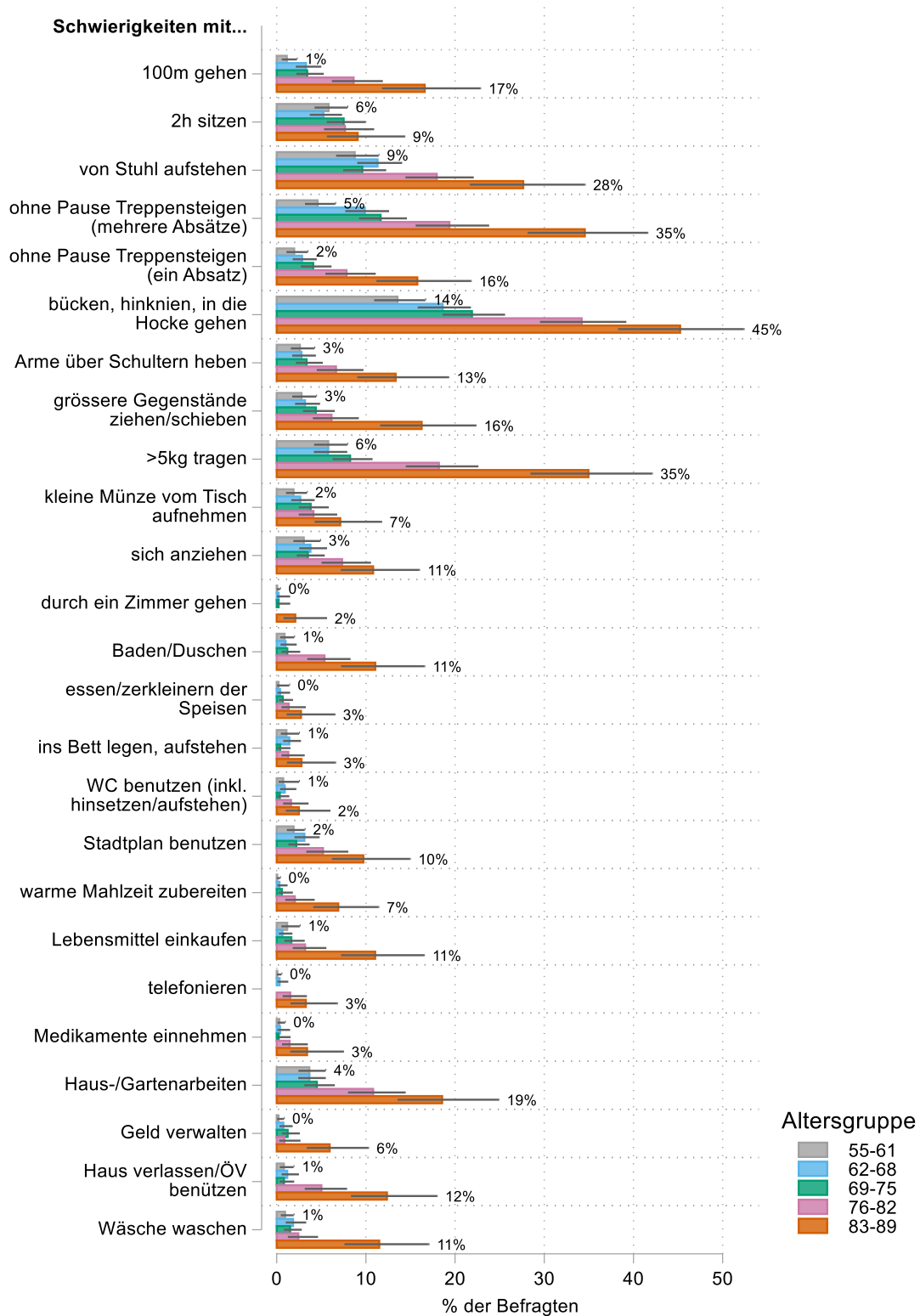
Bitte schauen Sie sich Karte 8 an.

[Hat Ihnen ein Arzt jemals gesagt, dass Sie/ Ist es so, dass Sie zurzeit] unter einer von den Krankheiten leiden, wo dort aufgeführt sind? [ Damit ist gemeint, dass Ihnen ein Arzt die Diagnose gestellt hat und dass Sie zurzeit entsprechend behandelt werden oder von der Krankheit beeinträchtigt sind.] Bitte nennen Sie mir die entsprechende(n) Ziffer(n).

1. Herzinfarkt einschliesslich Myokardinfarkt, Koronarthrombose oder andere Herzkrankheiten einschliesslich Herzinsuffizienz
2. Bluthochdruck
3. Hohe Cholesterinwerte
4. Schlaganfall einschliesslich Durchblutungsstörungen im Gehirn
5. Diabetes oder hohe Blutzuckerwerte
6. Chronische Erkrankungen der Lunge wie chronische Bronchitis oder Lungenemphysem
10. Krebs oder bösartiger Tumor, einschliesslich Leukämie und Lymphdrüsenkrebs, ausschliesslich kleinerer Hautkrebserkrankungen
11. Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür
12. Parkinson'sche Krankheit
13. Grauer Star
14. Hüftbruch oder Oberschenkelhalsbruch
15. Andere Brüche
16. Alzheimer, Demenz, Organisches Psychosyndrom, Senilität oder andere schwere Gedächtnisstörungen
18. Andere affektive oder emotionale Störungen, einschliesslich Angstzustände, Nerven- oder psychisches Leiden
19. Rheumatoide Arthritis
20. Arthrose oder Rheuma
21. Chronische Nierenkrankheit
96. Keine
97. Andere Krankheiten, die nicht genannt wurden

## 8.2 EINZELNE GESUNDHEITLICHE EINSCHRÄNKUNGEN

Abbildung 40: Einzelne gesundheitliche Einschränkungen nach Altersgruppe



Quelle: SHARE 6 (2014), N=2568

Gruppenmittelwerte mit 95%-Konfidenzintervall.