

A. Hessel
T. Gunzelmann
M. Geyer
E. Brähler

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren

Health care utilization and medication intake in the elderly in Germany

Zusammenfassung In einer zufällig gezogenen Stichprobe von 394 61jährigen und Älteren aus Ost- und Westdeutschland wurden bestehende Erkrankungen, die Inanspruchnahme von Allgemein- und Fachärzten, der Medikamentenkonsum, Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, die subjektive Gesundheit, psychische Probleme, das Ausmaß sozialer Unterstützung, Integration und sozialer Belastungen sowie sozio-de-

mographische Variablen erhoben. Es wurde geprüft, welche Faktoren die Inanspruchnahme von Ärzten sowie den Medikamentenkonsum mitbestimmen. Die Befragung bestätigte die Häufigkeit von Multimorbidität im höheren Lebensalter mit durchschnittlich drei gleichzeitig bestehenden Diagnosen; fast 10% geben mindestens sieben gleichzeitig bestehende Diagnosen an. 88% suchten mindestens einmal im Jahr einen Allgemeinarzt auf, 97% waren mindestens bei einem Arzt gleich welcher Fachrichtung. Von 55,8% wird täglich mindestens ein Medikament eingenommen. Die Anzahl gleichzeitig bestehender Erkrankungen bestimmte als bedeutendste Variable über die Inanspruchnahme von Ärzten sowie den Medikamentenkonsum mit. Darüber hinaus werden von den befragten Älteren mehr Ärzte in Anspruch und mehr Medikamente eingenommen, wenn die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten subjektiv als hoch und die eigene Gesundheit als schlecht bewertet wird. Weniger Arztbesuche und ein geringerer Medikamentenkonsum finden sich, wenn der Aufwand für die Gesundheit als wenig lohnenswert oder die eigenen Einflussmöglichkeiten als gering beurteilt werden und durch den Gesundheitszustand wenig Beeinträchtigungen im Alltag erlebt werden. Bei geringer sozialer Unterstützung besteht ein höherer Medikamentenkonsum. Al-

ter und Geschlecht spielten bei der Inanspruchnahme von Ärzten und beim Medikamentenkonsum eine untergeordnete Rolle.

Schlüsselwörter

Gesundheitsverhalten – Krankheit – Ältere – Medikamenteneinnahme

Summary In a community sample of 394 elderly aged 61 years and older from East and West Germany, diseases, contacts with general practitioners and specialists, the use of medicine, attitudes regarding health and illness, the subjective health, psychic problems, social support, social integration, social burden, and socio-demographic variables were assessed. Based on these data the determinants for the contact of physicians and the use of medicine were analyzed. The results confirmed the frequency of multimorbidity in the elderly; on average we found three different diseases at the same time for each person. In nearly 10% of the sample we found seven diagnoses existing at the same time. 88% had contact with a general practitioner at least once a year, 97% had contact either with a general practitioner or with a specialist once a year. 55.8% took at least one medicine each day. The number of diseases existing at the same time was the most determining variable for the contact of physicians and the use of medicine. Furthermore, the

Eingegangen: 9. Dezember 1999
Akzeptiert: 20. Dezember 1999

A. Hessel · M. Geyer
Universität Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
und Psychosomatische Medizin
K.-Tauchnitz-Straße 25
D-04107 Leipzig

T. Gunzelmann
Friedrichstr. 35
D-90408 Nürnberg

E. Brähler (✉)
Universität Leipzig
Selbständige Abteilung für Medizinische
Psychologie und Medizinische Soziologie
Liebigstraße 21
D-04103 Leipzig

elderly had more contact with physicians and took more medicine if they thought they were susceptible to diseases in a high degree, and if they rated their own health as poor. Fewer contacts with physicians and a lower use of medicine were found in those elderly that rated health be-

havior as little useful, that had low control beliefs regarding their own health, and that experienced only a low degree of health-related limitations in their everyday life. Furthermore, we found a higher use of medicine if there was little social support. There were no significant

age-related or sex-related differences regarding the contact of practitioners or the use of medicine.

Key words Health behavior – illness – elderly – use of medicine – contact to practitioners

Einleitung

Ältere Menschen nehmen von allen Bevölkerungsgruppen im größten Umfang Gesundheitsleistungen und Gesundheitseinrichtungen in Anspruch.

Güther (1998) kommt bei einer Analyse der ambulanten Behandlung von Patienten mit ausgewählten chronischen Erkrankungen auf der Basis von 100 Allgemein- und internistischen Praxen mit 221027 Patienten im Jahr 1993 zu dem Ergebnis, dass die unter 60jährigen Patienten durchschnittlich 6,4 Konsultationen hatten, die über 60jährigen dagegen durchschnittlich 13,4 Konsultationen. Somit beanspruchten die Älteren, die 24,7% der Patienten ausmachten, 40,6% aller Konsultationen.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, 1994) unterzogen sich von den 15 bis 40jährigen kranken Personen 87,3% einer ärztlichen Behandlung; bis zum 65. Lebensjahr steigt dieser Anteil auf 92%. „Legt man diesen Ergebnissen die Bevölkerung insgesamt, die Angaben zum Gesundheitszustand macht, zugrunde, so sucht jeder zwölfte aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eine Arztpraxis auf, bei den ab 65jährigen fast jeder fünfte“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997).

Nach der Krankheitsartenstatistik der AOK-West von 1993 ist mit zunehmendem Alter auch eine ansteigende Zahl von stationär behandelten Patienten sowie eine Zunahme der Dauer der stationären Behandlung festzustellen. Während die über 70jährigen nur 11% der Versicherten in der AOK ausmachen, entfallen auf sie 24% aller Krankenhaustage (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997).

Die Berliner Altersstudie erbrachte, dass 93% der 70jährigen und Älteren regelmäßig hausärztliche und 60% zusätzlich fachärztliche Betreuung in Anspruch nehmen, 96% mindestens ein Arzneimittel ständig einnehmen und 21% im vergangenen Jahr mindestens einmal im Krankenhaus waren (Linden et al., 1996).

Diese mit dem höheren Lebensalter verbundenen Tendenzen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gehen einher mit einer Steigerung der Gesundheitskosten für die Bevölkerungsgruppe der Älteren. Bei einem Anteil von 28,7% von Rentnern in den gesetzlichen Krankenversicherungen lag ihr Anteil an den Aus-

gaben 1992 bei 41,7%; die Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung pro Rentner übersteigen die der Mitglieder um 78%. Hier schlagen vor allem Ausgaben für Arzneimittel, stationäre Behandlung und Heil- und Hilfsmittel zu Buche (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997). Bei einem von Güther (1998) geschätzten Ausgabebetrag von 26,47 Mrd. DM für Allgemeinärzte und Internisten im Jahr 1993 entfiel ein Betrag von 10,75 Mrd. auf die ambulante Behandlung Älterer.

Besonders deutlich wird die im Alter zunehmende Inanspruchnahme im Hinblick auf die Verschreibungshäufigkeit von Medikamenten, da Multimorbidität im Alter in typischer Weise mit Multimedikation verbunden ist (Oster und Schlierf, 1998). So zeigen Stuck et al. (1995) in ihrer Literaturübersicht, dass zu Hause lebende ältere Menschen durchschnittlich drei bis fünf verschiedene Medikamente einnehmen. Aus ihrer eigenen Untersuchung von über 75jährigen Schweizern referieren sie Befunde, die auf eine medikamentöse Überbehandlung älterer Menschen hinweisen. Dies gilt insbesondere für Beruhigungs- und Schmerzmedikamente, die häufig der symptomatischen Behandlung von psychosomatisch (mit-)bedingten Beschwerden dienen. So wurden in dieser Untersuchung 36% aller untersuchten Frauen Benzodiazepine und 24% nichtsteroidale Entzündungshemmer verschrieben. Perrig-Chiello et al. (1996) finden ebenfalls eine starke Zunahme des Medikamentenkonsums mit zunehmendem Alter.

Die Tatsache, dass sich mit zunehmendem Lebensalter insbesondere das Risiko für chronisch-degenerative gesundheitliche Beeinträchtigungen erhöht, erklärt diesen Sachverhalt zumindest teilweise (Steinhagen-Thiesen und Borchelt, 1996; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997). So ist aufgrund der höheren Erkrankungshäufigkeit im höheren Alter eine erhöhte Anzahl von Arztkonsultationen und medizinischen Interventionen plausibel.

Aus der Forschung zum Gesundheitsverhalten ist aber bekannt, dass neben objektiven und ärztlich diagnostizierten physischen Beschwerden, Beeinträchtigungen und Erkrankungen auch subjektive Entscheidungsprozesse, Kontrollüberzeugungen und Einstellungen eine bedeutsame Rolle hinsichtlich der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nehmen (Arnold, 1992; Gunzelmann, 1992; Linden et al., 1997; Perrig-

Chiello et al., 1997). Sozio-demographische und sozialstrukturelle Bedingungen wie Bildung, Einkommen, Geschlecht, Alter, Familienstand werden als *prädisponierende* Faktoren betrachtet, die die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Hilfe beeinflussen (Troschke, v., 1993; Linden et al., 1996).

So finden Stoller und Forster (1994) in ihrer Untersuchung mit 627 Personen im Alter von 65 Jahren und älter, dass die subjektive Unsicherheit in bezug auf die Ernsthaftigkeit eines Symptoms, das Ausmaß an Schmerz oder dadurch bedingte Beeinträchtigungen und kausale Attributionen signifikante Prädiktoren dafür waren, einen Arzt aufzusuchen.

In der Berliner Altersstudie konnte der Kontakt zu Ärzten nur in geringem Ausmaß durch Variablen der physischen Gesundheit vorhergesagt werden. Ein höherer Verbrauch von Medikamenten wurde neben einer höheren Anzahl von medizinischen Diagnosen am besten durch einen besseren kognitiven Status sowie gesundheitsbezogene Einstellungen vorhergesagt. Ein erhöhter Medikamentenkonsum sowie vermehrte Hausarztkontakte fanden sich außerdem im Gefolge von psychischen Belastungen (Linden et al., 1997).

Schmitz, Russell und Cutrona (1997) fanden, dass Personen mit einer größeren Verfügbarkeit von greifbarer Hilfe aus ihren sozialen Unterstützungsnetzwerken häufiger zum Arzt gingen.

Nach den Studien von Stoller, Kart und Portugal (1997) über Entscheidungswege bei der Inanspruchnahme von Hilfe bei Krankheitssymptomen durch ältere Menschen steigerten schmerzhaft oder beeinträchtigende Symptome die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Laienhilfe, Unsicherheit im Hinblick auf die Ernsthaftigkeit eines Symptoms die Wahrscheinlichkeit von professioneller Inanspruchnahme.

In einer Studie mit 612 chronisch kranken Personen im mittleren und höheren Alter zur Medikamentencompliance zeigte sich, dass hinsichtlich der Einstellungen die subjektiv wahrgenommene Effektivität der Behandlung der einzige Faktor war, der konsistent die Compliance beeinflusste (Belgrave, Wykle und Cogan, 1997).

Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen in der Gesundheitsversorgung sowie vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen um die Gesundheitsausgaben für Ältere wird zunehmend die Frage nach subjektiven (einstellungsbezogenen), sozio-demographischen und sozialstrukturellen Faktoren wichtig, die neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch ältere Menschen bestimmen. Nähere Erkenntnisse zu dieser Frage sind u.a. deshalb relevant, da ältere Menschen eine hohe Eigenverantwortung in bezug auf Gesunderhaltung aufweisen und entsprechend Einfluss auf Umfang und Art der medizinischen Leistungen nehmen (Linden et al., 1996; Raab, 1996). In praktischer Hinsicht können sich aus

dem Wissen über die verhaltensbestimmenden Faktoren des Gesundheitsverhaltens Konsequenzen für die Ressourcenplanung und gezielte gesundheitsfördernde Maßnahmen in bezug auf Krankheitsgruppen mit hoher Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie die Einbeziehung psycho-sozialer Komponenten in die medizinische Betreuung Älterer ergeben (z.B. in bezug auf die Teilnahme an präventiven Gesundheitsprogrammen, Verbesserung der Compliance, Berücksichtigung von Verhaltensbarrieren im Gesundheitsverhalten). Daraus könnte eine rationalere Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel sowie eine gezieltere Gesundheitsversorgung resultieren.

Im Kontext der hier dargelegten Fragestellungen ist die vorliegende Untersuchung zu sehen. Ausgehend von den oben referierten theoretischen Erklärungsansätzen und empirischen Ergebnissen zu Bedingungsfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im höheren Alter wurde im einzelnen geprüft,

- welche Leistungen von welchen älteren Menschen in welchem Umfang in Anspruch genommen werden; hierbei wird unterschieden zwischen Hausarzt- und Facharztbesuchen und dem Arzneimittelkonsum, da diese im ambulanten Bereich zusammen den größten Kostenfaktor der gesetzlichen Krankenkassenleistungen ausmachen (Linden et al., 1996; Bundesministerium für Gesundheit, 1998);
- inwiefern sich die Inanspruchnahme nach Krankheitsgruppen unterscheidet;
- welche sozio-demographischen und sozio-strukturellen Variablen Einfluss auf die Inanspruchnahme nehmen;
- welche subjektiven Variablen Einfluss auf die Inanspruchnahme nehmen; hierbei werden subjektive Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit und die subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands sowie das Erleben von Beeinträchtigungen durch den Gesundheitszustand einbezogen;
- welche Bedeutung psychische Belastungen im Hinblick auf das Inanspruchnahmeverhalten haben;
- welche Bedeutung soziale Unterstützung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat.

Stichprobe und Methoden

Stichprobe

Im Auftrag der Universität Leipzig wurde im März/April 1996 durch das Meinungsforschungsinstitut USUMA Berlin eine Befragung von 2179 Personen im Alter von 19 bis 96 Jahren durchgeführt. Die Teilstichprobe der über 60jährigen umfasst 394 Personen, davon 171 Männer (43,4%) und 223 Frauen (56,6%). Das Alter der Stichprobe liegt bei durchschnittlich 69,6 Jahren,

Tab. 1 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

		Gesamtgruppe (n=394)	Männer (n=171)	Frauen (n=223)
Alter	M	69,6	68,7	70,4
	SD	6,9	6,1	7,3
	Spanne	61–96	61–87	61–69
Altersgruppen	61–65 Jahre	132 (33,5%)	62 (36,3%)	70 (31,4%)
	66–70 Jahre	113 (28,7%)	53 (31%)	60 (26,9%)
	71 bis 75 Jahre	74 (18,8%)	31 (18,1%)	43 (19,3%)
	älter als 75 Jahre	75 (19%)	25 (14,6%)	50 (22,4%)
Wohnort	Ost	224 (56,9%)	104 (60,8%)	129 (53,8%)
	West	170 (43,1%)	67 (39,2%)	103 (46,2%)
Familienstand	Ledig	14 (3,6%)	2 (1,2%)	12 (5,4%)
	Verheiratet	215 (54,6%)	133 (77,8%)	82 (36,8%)
	Geschieden	16 (4,1%)	4 (2,3%)	12 (5,4%)
	Verwitwet	149 (37,8%)	32 (18,7%)	117 (52,5%)
Partnerschaft	Mit Partner	239 (60,7%)	135 (78,9%)	104 (46,6%)
	Ohne Partner	155 (39,3%)	36 (21,1%)	119 (53,4%)
Schulabschluß	Ohne Abschluß	32 (8,2%)	13 (7,6%)	19 (8,6%)
	Hauptschule/8. Kl.	230 (59,0%)	86 (50,6%)	144 (65,5%)
	Mittl. Reife/Realschule/10. Kl.	48 (12,3%)	17 (10%)	31 (14,1%)
	Fachschule o. Anerg.	23 (5,9%)	11 (6,5%)	12 (5,5%)
	Abitur	13 (3,3%)	9 (5,3%)	4 (1,8%)
	FH-/Univ.Studium	44 (11,3%)	34 (20%)	10 (4,5%)
Beruf	Noch nie berufstätig	12 (3,1%)	0 (0%)	12 (5,6%)
	ArbeiterIn	56 (14,5%)	17 (9,9%)	39 (18,2%)
	FacharbeiterIn	88 (22,9%)	54 (31,6%)	34 (15,9%)
	LandwirtIn	3 (0,8%)	1 (0,6%)	2 (0,9%)
	Freiberuflich	5 (1,3%)	2 (1,2%)	3 (1,4%)
	Selbständige/r	14 (4,4%)	7 (4,1%)	10 (4,7%)
	Angestellte/r	187 (48,6%)	76 (44,4%)	111 (51,9%)
	Beamter/in	17 (4,4%)	14 (8,2%)	3 (1,4%)
Monatliches Haushaltseinkommen in DM (netto)	Bis unter 1500	49 (13,4%)	8 (4,9%)	41 (20,2%)
	1500 bis unter 2500	154 (42,0%)	69 (42,1%)	85 (41,9%)
	2500 bis unter 4000	128 (34,9%)	65 (39,6%)	63 (31,0%)
	4000 bis unter 5000	22 (6,0%)	12 (7,3%)	10 (4,9%)
	5000 und mehr	14 (3,8%)	10 (6,1%)	4 (2,0%)

(auf 100% fehlende Daten: keine Angaben)

wobei die Frauen mit durchschnittlich 70,4 Jahren signifikant älter sind als die Männer mit durchschnittlich 68,7 Jahren ($F=6,24$; $p=.01$). Die Altersspanne liegt zwischen 61 und 96 Jahren. 170 der Befragten (43,1%) lebten zum Zeitpunkt der Befragung in Westdeutschland, 224 (56,9%) in Ostdeutschland. Der größte Teil der Männer (77,8%) ist verheiratet, die Frauen sind überwiegend verwitwet (52,5%). Weitere soziodemographische Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte in Form einer Mehrthemenumfrage. Die Untersuchungspersonen wurden von ge-

schulnten Interviewern zu Hause aufgesucht. Die Zufallsauswahl der Haushalte erfolgte nach dem Random-Routen-Verfahren, wobei die im Haushalt zu befragende Zielperson ebenfalls nach dem Zufallsprinzip ermittelt wurde.

Für die vorliegende Arbeit wurden folgende Methoden verwendet, um die Morbidität, die Inanspruchnahme von Ärzten und den Medikamentenkonsum, subjektive Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, Merkmale der sozialen Unterstützung sowie psychische Belastungen zu operationalisieren:

- ein selbst entwickelter Fragebogen zu Gesundheit und Krankheit, der die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes, Kontrollüberzeugungen bezüglich der eigenen Gesundheit, subjektive Beeinträchtigungen durch den Gesundheitszustand, derzeit bestehende Erkrankungen, die Inanspruchnahme von Ärzten

und die Einnahme ärztlich verordneter und nicht verordneter Medikamente umfasste.

- Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-SOZU (Sommer und Fydrich, 1989), der das individuelle Erleben sozial unterstützenden bzw. sozial belastenden Verhaltens und die erwartete Verfügbarkeit sozialer Unterstützung erfasst. Die vier Skalen des F-SOZU umschreiben „emotionale Unterstützung“ (sich von anderen akzeptiert und gemocht fühlen, positive und negative Gefühle teilen, vertraute Menschen haben, Anteilnahme erleben), „praktische Unterstützung“ (Verfügbarkeit praktischer Hilfen bei Alltagsproblemen), „soziale Integration“ (einen Freundeskreis haben, Menschen mit ähnlichen Interessen und Werten haben, gemeinsame Unternehmungen durchführen) und „soziale Belastung“ (sich kritisiert, abgelehnt, eingeengt und von anderen überfordert fühlen).
- Die Symptomcheckliste SCL-90-R (Derogatis, 1986), aus der der „global severity index“ verwendet wurde, der die grundsätzliche psychische Belastung einer Person misst.

Die Datenanalyse erfolgte je nach Datenniveau mit non-parametrischen und parametrischen Verfahren. Im Einzelnen wurden Korrelationsanalysen, Chi-Quadrat-Tests, T-Tests, einfaktorische Varianzanalysen sowie eine multipl. schrittweise Regressionsanalyse durchgeführt.

Ergebnisse

Inanspruchnahme und Morbidität

Mehr als zwei Drittel der befragten Älteren geben zum Zeitpunkt der Befragung zwei oder mehr für sie zutreffende Krankheitsdiagnosen an (16,5% keine Diagnose, 16,0% eine Diagnose, 33% zwei bis drei Diagnosen, 34,5% vier und mehr Diagnosen). Die Männer weisen nach eigenen Angaben zu 41,5% keine oder eine Erkrankung auf und zu 58,5% zwei oder mehr gleichzeitig bestehende Erkrankungen. Für die Frauen liegen die entsprechenden Angaben bei 25,5% für keine oder eine Erkrankung und 74,5% für zwei oder mehr Erkrankungen. 9,8% aller Befragten geben mindestens sieben gleichzeitig bestehende Diagnosen an. Am häufigsten sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (81,5% aller Befragten), Erkrankungen der Verdauungsorgane oder des Stoffwechsels (66,2%), orthopädische Erkrankungen (66%), Erkrankungen der Lunge (43,6%) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (34%). Allergien und Hauterkrankungen sind mit 16,5%, Krebserkrankungen mit 5,1% und seelische Erkrankungen mit 2,6% mit der geringsten Häufigkeit vertreten. Muskelverspannungen werden von 19,4% zum Zeitpunkt der Befragung angegeben, Migräne von 11,9%. Die Anzahl der Diagnosen ist mit dem Alter nicht korreliert ($r=0,06$, $p=0,20$). Durchschnittlich finden sich in jeder Altersgruppe (61

bis 65 Jahre, 66 bis 70 Jahre, 71 bis 75 Jahre, 76 Jahre und älter) drei Diagnosen. Dagegen finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Beim Vergleich der Häufung von Erkrankungen (0 – keine; zwei – drei; vier und mehr) zwischen Männern und Frauen erbrachte der Chi-Quadrat-Test einen signifikanten Unterschied ($p=0,003$), wonach Männer häufiger als Frauen keine oder nur eine Erkrankung angeben.

Entsprechend der Häufigkeit verschiedener Diagnosen, die das Bestehen von Multimorbidität im höheren Lebensalter bestätigen, ist die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens hoch ausgeprägt. 88% der über 60jährigen suchten im vergangenen Jahr mindestens einmal den Praktischen Arzt auf, 72% einen Apotheker. Etwa 20% konsultierten in den letzten zwölf Monaten mehr als zehnmal einen Praktischen Arzt oder Apotheker, 97% waren im gleichen Zeitraum mindestens einmal bei einem Arzt gleich welcher Fachrichtung.

Die Anzahl aktuell bestehender Diagnosen und die Anzahl aller Arztkontakte insgesamt ist in einem mittleren Ausmaß positiv miteinander korreliert ($r=0,52$, $p=0,000$).

55,8% der Befragten nehmen täglich eines oder mehrere Medikamente, 11,2% täglich drei und mehr verschiedene Medikamente ein. Am häufigsten sind hierbei Herz-Kreislauf-Medikamente, die von 40,1% täglich eingenommen werden.

Die Anzahl von Diagnosen und die Anzahl eingenommener Medikamente korreliert mit $r=0,36$ ($p=0,000$) und die Anzahl von Arztbesuchen mit der Anzahl eingenommener Medikamente mit $r=0,38$ ($p=0,000$). Diese relativ geringen statistischen Zusammenhänge zwischen Medikamentenkonsumentum und Morbidität bzw. Arztbesuchen spricht dafür, dass Medikamente häufig auch ohne diagnostizierte Erkrankung und dementsprechend auch ohne ärztliche Verordnung konsumiert werden. So sind nur 36% der Anregungs- und Stärkungsmittel sowie der Vitaminpräparate, 42% der eingenommenen Abführmittel, 53% homöopathischer Mittel und 66% der Schmerzmittel ärztlich verordnet. Ärztliche Verordnungen machen – wie aufgrund der Erkrankungen und der Verschreibungspflicht vieler damit verbundener Medikamente zu erwarten ist – einen höheren Anteil aus bei der Einnahme von Herz-Kreislauf-Mitteln (98% verordnet), Mitteln zur Senkung des Blutzuckerspiegels (100%), Mitteln für Lungen und Bronchien (91%), Hormonpräparaten (94%), Antiallergika (89%), Psychopharmaka (89%) sowie Appetitzüglern (100%). Doch auch Beruhigungs- und Schlafmittel werden zu 73% und Schmerzmittel zu 66% von Ärzten verordnet.

Insgesamt bestehen in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Ärzten oder beim Medikamentenkonsumentum keine oder nur geringfügige alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Prüfung möglicher Unter-

schiede mit dem Chi-Quadrat-Test erbrachte nicht-signifikante Ergebnisse. Lediglich Besuche beim Urologen sind bei Männern häufiger als bei Frauen ($p < 0,001$). Hierfür ist wohl die Häufigkeit von Prostataerkrankungen bei älteren Männern in hohem Ausmaß verantwortlich zu machen. Bei einer einfaktorischen Varianzanalyse mit den Altersgruppen als Faktor für die Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter Pflege ergab sich ein hochsignifikanter Altersgruppeneffekt ($F = 7,27$, $p = 0,000$). Diese wird mit zunehmendem Lebensalter häufiger in Anspruch genommen. Dabei erbrachte ein post hoc-Vergleich mit Hilfe des Duncan-Tests, daß sich die älteste Altersgruppe (76 Jahre und älter) sowie die Gruppe mit den 71- bis 75jährigen jeweils von den beiden jüngsten Altersgruppen (61 bis 65 Jahre und 66 bis 70 Jahre) in der Häufigkeit der Inanspruchnahme unterscheiden. Somit ist in der von uns befragten Stichprobe weniger eine quantitative Zunahme von Erkrankungen im höheren Lebensalter zu verzeichnen, wohl aber eine Zunahme des Schweregrads zu vermuten, die vermehrte ambulante Unterstützung notwendig macht.

Im Hinblick auf den Besuch von Allgemein- und Fachärzten wurde geprüft, inwieweit die Inanspruchnahme diagnosespezifisch erfolgt. Hierfür wurden t-Tests durchgeführt, wobei jeweils der Unterschied in der Häufigkeit der Inanspruchnahme mit vs. ohne spezifische Diagnose (bzw. bei Allgemeinärzten Vorliegen einer Diagnose vs. keine Diagnose) untersucht wurde.

Jene älteren Befragten, die mindestens eine Diagnose aufwiesen, nahmen einen Allgemeinarzt in signifikant höherer Weise in Anspruch als jene ohne Diagnose ($p = 0,000$). Ältere mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung nahmen einen Internisten häufiger in Anspruch als jene, bei denen diese Diagnose nicht vorliegt ($p = 0,000$). Dies trifft ebenfalls zu für Ältere mit einer Krebserkrankung ($p = 0,000$). Dagegen besteht kein Unterschied in der Inanspruchnahme eines Internisten zwischen Älteren mit vs. ohne Lungenerkrankung ($p = 0,772$), mit vs. ohne Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels ($p = 0,380$) oder mit vs. ohne psychische Beschwerden ($p = 0,488$).

Bei einer Diagnose psychischer Beschwerden wird dagegen häufiger als ohne diese Diagnose ein Neurologe oder Nervenarzt in Anspruch genommen ($p = 0,000$). Dies trifft auch zu für die Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten ($p = 0,004$).

Bei allergischen und Hauterkrankungen wird häufiger ein Hautarzt in Anspruch genommen als ohne diese Diagnose ($p = 0,000$), bei orthopädischen Erkrankungen häufiger ein Orthopäde als ohne entsprechend diagnostizierte Erkrankung ($p = 0,000$). Bei Erkrankungen des Urogenitalsystems wird häufiger ein Frauenarzt bzw. ein Urologe in Anspruch genommen, als wenn keine Erkrankung in diesem Bereich diagnostiziert ist ($p = 0,000$).

Die psychischen Belastungen (Global Severity Index aus der SCL-90-R) sind nur geringfügig korreliert mit der Anzahl der besuchten Ärzte ($r = 0,23$, $p = 0,000$) sowie der Anzahl der eingenommenen Medikamente ($r = 0,38$, $p = 0,000$).

Inanspruchnahme und subjektive Einstellungen

Da die Inanspruchnahme von Ärzten und die Einnahme von Medikamenten nur zum Teil einen Zusammenhang mit der Häufigkeit von Diagnosen und der Art der Diagnose aufweist, wurden subjektive Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit als weitere einflussnehmende Faktoren untersucht. Hierfür wurden die Antworten zu den Einstellungsfragen jeweils nach drei Antwortkategorien kodiert (s. Tabelle 2 und 3) und dann als Gruppierungsvariable für die Berechnung einfaktorischer ANOVAs eingesetzt. Bei signifikanten F-Werten für Haupteffekte der Einstellungsfaktoren wurden post hoc-Vergleiche mittels des Duncan-Tests durchgeführt (Signifikanzniveau $p = 0,05$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 und 3 für die Häufigkeit von Arztbesuchen und die Anzahl eingenommener Medikamente dargestellt.

Sowohl hinsichtlich der Anzahl von Arztbesuchen als auch hinsichtlich des Medikamentenkonsums ergeben sich keine Unterschiede zwischen Älteren, die stärker bzw. weniger stark oder gar nicht auf ihre Gesundheit achten und zwischen Älteren, die die eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit als hoch oder gering einschätzen.

Dagegen finden sich

- mehr Arztbesuche und mehr Medikamente, wenn die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten subjektiv hoch eingeschätzt wird und die Gesundheit insgesamt schlechter bewertet wird, und
- weniger Arztbesuche und weniger Medikamente, wenn der Aufwand für Gesundheit als weniger lohnenswert beurteilt wird und wenn durch den Gesundheitszustand wenig Beeinträchtigungen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben erlebt werden.

Bedingungsfaktoren für die Inanspruchnahme

Um den gemeinsamen Einfluss objektiver gesundheitlicher Daten (Anzahl von Diagnosen; für Medikamentenkonsum auch Anzahl besuchter Ärzte) und subjektiver Faktoren (Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit) auf die Anzahl von Arztkontakten und den Medikamentenkonsum zu überprüfen, wurde eine schrittweise multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Als weitere Faktoren wurden soziodemographische und sozio-ökonomische Merkmale (Geschlecht, Alter, Familienstand, Einkommen) sowie Merkmale der sozialen Unterstützung (F-SOZU) in die Regressionsanalyse aufgenommen, da

Tab. 2 Häufigkeit von Arztbesuchen und Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

	M	F	P	Duncan-Test (p=0,05)
<i>Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?</i>				
1) „sehr stark – stark“	4,55	2,88	0,06	Keine Differenzen zwischen den Gruppen
2) „mittelmäßig“	4,04			
3) „gar nicht“	3,82			
<i>Wie sehr kann man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen?</i>				
1) „sehr viel – viel“	4,42	0,70	0,50	Keine Differenzen zwischen den Gruppen
2) „einiges“	4,10			
3) „wenig – gar nicht“	4,40			
<i>Wie stark anfällig sind Sie im allgemeinen gegenüber Krankheiten?</i>				
1) „sehr stark – stark anfällig“	5,82	9,06	0,000	1 > 2
2) „mittelmäßig anfällig“	4,41			1 > 3
3) „weniger – gar nicht anfällig“	4,01			
<i>Der Aufwand für die Gesundheit lohnt sich ...</i>				
1) „sehr – ziemlich“	4,65	6,51	0,001	3 < 1
2) „etwas“	4,27			3 < 2
3) „kaum – gar nicht“	3,48			
<i>Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</i>				
1) „sehr stark – gut“	1,96	19,78	0,000	2 > 1
2) „zufriedenstellend“	2,13			3 > 1
3) „weniger gut – schlecht“	2,70			3 > 2
<i>Beeinträchtigt Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben?</i>				
1) „überhaupt nicht“	2,09	20,24	0,000	1 < 2
2) „ein wenig“	2,23			1 < 3
3) „erheblich“	2,52			

M=Mittelwert; F=F-Wert; P=Signifikanz von F

Tab. 3 Anzahl eingenommener Medikamente und Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

	M	F	P	Duncan-Test (p=0,05)
<i>Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?</i>				
1) „sehr stark – stark“	3,43	0,17	0,85	Keine Differenzen zwischen den Gruppen
2) „mittelmäßig“	3,31			
3) „gar nicht“	3,51			
<i>Wie sehr kann man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen?</i>				
1) „sehr viel – viel“	3,34	1,33	0,27	Keine Differenzen zwischen den Gruppen
2) „einiges“	3,46			
3) „wenig – gar nicht“	4,08			
<i>Wie stark anfällig sind Sie im allgemeinen gegenüber Krankheiten?</i>				
1) „sehr stark – stark anfällig“	4,63	12,00	0,000	2 < 1
2) „mittelmäßig anfällig“	3,76			3 < 1
3) „weniger – gar nicht anfällig“	2,96			3 < 2
<i>Der Aufwand für die Gesundheit lohnt sich ...</i>				
1) „sehr – ziemlich“	3,43	2,87	0,05	3 < 2
2) „etwas“	3,66			
3) „kaum – gar nicht“	2,86			
<i>Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</i>				
1) „sehr stark – gut“	2,50	20,81	0,000	2 > 1
2) „zufriedenstellend“	3,48			3 > 1
3) „weniger gut – schlecht“	4,40			3 > 2
<i>Beeinträchtigt Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben?</i>				
1) „überhaupt nicht“	2,70	18,97	0,000	1 < 2
2) „ein wenig“	3,81			1 < 3
3) „erheblich“	4,39			

M=Mittelwert; F=F-Wert; P=Signifikanz von F

Tab. 4 Ergebnisse der Multiplen Regression für die Inanspruchnahme (Beta Gewichte)

Prädiktorvariable	Kriteriumsvariable	
	Anzahl der Arztkontakte	Anzahl eingenommener Medikamente
Alter	–	–
Geschlecht	–	0,112
Haushaltseinkommen	0,123	–
Familienstand	–	–
Anzahl der Diagnosen	0,428	0,298
Anzahl der Arztkontakte	–	0,220
Einstellung 1	0,095	–
Einstellung 2	–	0,112
Einstellung 3	0,102	–
Einstellung 4	–	–
Einstellung 5	–	–
Einstellung 6	0,197	–
Sozu 1	–	0,144
Sozu 2	–	–
Sozu 3	–	–
Sozu 4	–	–
AdjR ²	0,35	0,23
Df	5/288	5/288
F	32,48	18,98
p von F	0,000	0,000

(aufgeführt sind die standardisierten Regressionskoeffizienten [Beta-gewichte] derjenigen Prädiktorvariablen, die einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der jeweiligen Kriteriumsvariable leisten)

Haushaltseinkommen und Familienstand: s. Tabelle 1

Einstellung 1: Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit (Kodierung s. Tabelle 1)

Einstellung 2: Wie sehr kann man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen (Kodierung s. Tabelle 1)

Einstellung 3: Wie stark anfällig sind Sie im allgemeinen gegenüber Krankheiten (Kodierung s. Tabelle 1)

Einstellung 4: Der Aufwand für Gesundheit lohnt sich ... (Kodierung s. Tabelle 1)

Einstellung 5: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben (Kodierung s. Tabelle 1)

Einstellung 6: Beeinträchtigt Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben (Kodierung s. Tabelle 1)

Sozu 1: emotionale Unterstützung

Sozu 2: praktische Unterstützung

Sozu 3: soziale Integration

Sozu 4: soziale Belastung

diese sich in einigen Untersuchungen ebenfalls als wichtige Prädiktorvariablen erwiesen haben (s. Einleitung). Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Es zeigt sich, dass durch die eingeführten Prädiktorvariablen 35% Varianz hinsichtlich der Anzahl besuchter Ärzte und 23% Varianz hinsichtlich der Anzahl der eingenommenen Medikamente erklärt werden kann.

Bei der Zahl von Arztkontakten ist der stärkste Prädiktor die Anzahl gleichzeitig bestehender Erkrankungen. Darüber hinaus spielt das Ausmaß subjektiv erfahrener Einschränkungen in der Alltagsbewältigung durch

den Gesundheitszustand eine wichtige Rolle; je stärker diese sind, desto häufiger wird ein Arzt in Anspruch genommen. Ein höheres Haushaltseinkommen ist von der statistischen Bedeutung der nächstgrößere Faktor, der Einfluss auf die Anzahl von Arztkontakten nimmt. Darüber hinaus haben diejenigen mehr Arztkontakte, die stärker auf ihre Gesundheit achten, und die sich für stärker anfällig gegenüber Krankheiten erleben. Somit wird die Inanspruchnahme von Ärzten insgesamt aus einem Bedingungs-bündel von Diagnosen, guter finanzieller Lage und subjektiven Einstellungen mitbestimmt.

Der Medikamentenkonsum wird ebenfalls am stärksten durch die Anzahl gleichzeitig bestehender Erkrankungen vorhergesagt. Darüber hinaus werden mehr Medikamente eingenommen, wenn mehr Ärzte besucht werden. Eine Zunahme des Medikamentenkonsums findet sich außerdem bei geringer sozialer Unterstützung. Weniger bedeutsam ist das Geschlecht der Befragten, wobei Frauen mehr Medikamente einnehmen als Männer. Subjektive Einstellungen spielen insofern eine Rolle, als mehr Medikamente von jenen eingenommen werden, die der Meinung sind, man könne viel für den eigenen Gesundheitszustand tun. Insgesamt findet sich also auch bei der Einnahme von Medikamenten ein Bündel von Bedingungsfaktoren, in das objektive Gesundheitsdaten, subjektive Faktoren und außerdem Merkmale sozialer Unterstützung eingehen und Geschlechtsunterschieden eine weitere Bedeutung zukommt.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Befragung von 394 61jährigen und älteren aus Ost- und Westdeutschland wurde das hohe Vorkommen von Multimorbidität bei Älteren bestätigt. 83,5% der Befragten gaben mindestens eine Diagnose an, zwei Drittel der Befragten zwei oder mehr gleichzeitig bestehende Erkrankungen, wobei Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle stehen und ältere Frauen zu einem höheren Anteil als ältere Männer zwei oder mehr Erkrankungen gleichzeitig angaben. Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Ergebnissen der Berliner Altersstudie, wonach sich insgesamt eine Prävalenz zwischen 87% und 96% für das Vorliegen von mindestens einer Diagnose findet (Steinhagen-Thiessen und Borchelt, 1996). Unsere Ergebnisse stehen auch in Übereinstimmung mit dem Befund, dass sowohl die subjektive Morbidität (Hessel et al., unveröffentlicht) als auch die objektive Morbidität an Herz-Kreislauserkrankungen alterskorreliert stark ansteigen und Beta-Rezeptoren, Calcium-Antagonisten sowie ACE-Hemmer an dritter Stelle der verordnungsstärksten Indikationsgruppen in der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen (Bundesministerium für Gesundheit, 1998). So berichten v. Ferber et al. (1995) bei über 60jährigen eine Prävalenzrate für Hypertonie von 43,9%. Güther (1998) ermittelte für

Hypertonie einen Prävalenzanteil von 37% aller über 60jährigen aus 100 Allgemeinarzt- und internistischen Praxen. Oster und Schlierf (1998) zitieren Prävalenzdaten aus den USA, wonach die Koronare Herzkrankheit und Hypertonie nach Arthritis/Arthrose die häufigsten Formen chronischer Krankheiten bei über 65jährigen darstellen.

Zwischen Lebensalter und Anzahl der Diagnosen konnte in unserer Befragung kein statistisch relevanter Zusammenhang gefunden werden. Durchschnittlich finden sich in jeder Altersgruppe (61 bis 65 Jahre, 66 bis 70 Jahre, 71 bis 75 Jahre, 76 Jahre und älter) drei gleichzeitig bestehende Erkrankungen. Dieses Ergebnis wird weiter unten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen näher diskutiert.

Entsprechend der Häufigkeit gleichzeitig bestehender Erkrankungen ist auch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen hoch, vor allem von Allgemeinärzten. 88% der über 60jährigen suchten im vergangenen Jahr mindestens einmal einen Allgemeinarzt auf. Während die Berliner Altersstudie erbrachte, dass 42% der Älteren unter Betreuung eines Arztes für Allgemeinmedizin stehen und 56% von Internisten behandelt werden, stehen unsere Ergebnisse in guter Übereinstimmung mit den von v. Ferber et al. berichteten Ergebnissen, die 1988 in einer AOK-Stichprobe ermittelt wurden. Sie teilen mit, dass 89% der über 60jährigen Versicherten im vergangenen Jahr mindestens einmal einen Arzt aufgesucht haben.

Bei der Inanspruchnahme von Ärzten zeigt sich, dass Allgemeinärzte häufiger besucht werden, wenn eine Erkrankung diagnostiziert werden kann, als wenn dies nicht der Fall ist, und daß Fachärzte von Älteren mit entsprechenden spezifischen Erkrankungen häufiger in Anspruch genommen werden als ohne spezifische Erkrankungen. Dieses Ergebnis spricht für eine hohe Zielgerichtetheit der Zuweisung älterer Menschen zu Ärzten.

Übereinstimmend mit den einleitend referierten Befunden wurde auch in unserer Stichprobe ein hoher Medikamentenkonsum gefunden. So gaben 93% der Befragten an, in unterschiedlicher Häufigkeit (von selten bis täglich) Medikamente einzunehmen. Zwei Drittel aller Befragten nehmen täglich mindestens ein Medikament, mehr als die Hälfte der Befragten täglich eines oder mehrere Medikamente ein. Dabei machen (entsprechend der gefundenen Häufigkeit bei den Diagnosegruppen) Herz-Kreislauf-Medikamente den höchsten Anteil aus. Das Ergebnis, dass die Anzahl von Diagnosen mit der Anzahl eingenommener Medikamente sowie die Anzahl von Arztbesuchen mit der Anzahl eingenommener Medikamente in relativ geringem Ausmaß korreliert ist, weist darauf hin, dass Medikamente häufig auch ohne diagnostizierte Erkrankung und ohne ärztliche Verordnung konsumiert werden. So nehmen etwa ein Drittel der Befragten Schmerzmittel ohne Verordnung ein. Zwei Drittel dieser Medikamentengruppe al-

lerdings werden verschrieben. So hat die medikamentöse Therapie eine große Bedeutung in der medizinischen Versorgung älterer Menschen. Befunde für die Gesamtbevölkerung, wonach rein statistisch bei jedem Arztbesuch ein Rezept ausgestellt wird (Glaeske, 1991) und das Ausstellen eines Rezepts die häufigste therapeutische Leistung ist (Sohn, 1992) finden in diesem Ergebnis ihre Entsprechung.

Die Inanspruchnahme von Ärzten und die Anzahl eingenommener Medikamente weisen (mit wenigen geringfügigen Ausnahmen) keine bedeutsamen alters- oder geschlechtsspezifischen Unterschiede auf. Ein anderes Bild ergibt sich, wenn nicht ärztliche Leistungen, sondern pflegerische Dienste betrachtet werden. Die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste ist im höheren Lebensalter wesentlich stärker ausgeprägt als in den jüngeren untersuchten Altersgruppen. Dies weist darauf hin, dass nicht die Anzahl der gleichzeitig bestehenden Erkrankungen zunimmt, wohl aber deren Schweregrad mit den damit einhergehenden einschränkenden Folgen für die Selbständigkeit, die eine zunehmende Inanspruchnahme ambulanter Hilfen erfordern.

Hinsichtlich der bedingenden Faktoren für die Inanspruchnahme bestätigte sich, dass auch subjektive Faktoren zu berücksichtigen sind. So werden mehr Ärzte in Anspruch genommen und mehr Medikamente eingenommen, wenn der subjektive Gesundheitszustand als schlecht beurteilt und die Anfälligkeit für Krankheiten als hoch eingeschätzt werden. Eine weitere Rolle spielt die Überzeugung, der Aufwand für die Gesundheit sei lohnenswert, und die Gesundheit sei durch eigenes Handeln beeinflussbar. Dies steht in Übereinstimmung mit den einleitend referierten Ergebnissen zu subjektiven Faktoren des Gesundheitsverhaltens.

Sozio-strukturelle Variablen hatten in bezug auf die Medikamenteneinnahme und Hausarztkontakte wenig Vorhersagewert. Lediglich dem Haushaltseinkommen kommt eine schwache Rolle bezüglich der Anzahl besuchter Ärzte zu (hier drückt sich offensichtlich ein stärkeres Gesundheitsbewußtsein und aktivere Gesundheitsvorsorge bei Personen mit höherem sozio-ökonomischen Status aus). Frauen nehmen etwas häufiger Medikamente ein als Männer. Dies kann durch die höhere Multimorbidität bei älteren Frauen erklärt werden, die auch Oster und Schlierf (1998) bei ihren Daten angeben. Die geringe Bedeutung sozio-struktureller Variablen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kann mit dem umfassenden grundlegenden Versicherungsschutz für alle Bevölkerungsgruppen unabhängig von Alter, Geschlecht oder Einkommen begründet werden. Wichtiger sind objektive Merkmale des Gesundheitszustands (insbesondere die Anzahl der Diagnosen) sowie die genannten subjektiven Überzeugungen, die bei vergleichbaren Zugangsmöglichkeiten zum medizinischen Versorgungssystem individuelle Unterschiede mitbestimmen.

Die hohe Bedeutung, die die Anzahl von Erkrankungen und die subjektiven Einstellungen für die Inanspruchnahme von Ärzten und den Medikamentenkonsum haben, lässt folgende Schlussfolgerungen für die Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Alterung der Gesellschaft zu.

Ausgehend vom Konzept der „Bimodalität“ von Kane (1990), wonach in Zukunft sowohl ein zunehmender Anteil gesunder aktiver alter Menschen als auch ein zunehmender Anteil gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger alter Menschen anzunehmen ist, ist aufgrund des gefundenen Zusammenhangs zwischen Krankheitshäufigkeit und Inanspruchnahme in Zukunft eine zunehmende Nutzung medizinischer Leistungen durch Ältere zu erwarten. Entsprechend unserer Ergebnisse ist dies v.a. mit einem hohen Verbrauch von Medikamenten verbunden. Damit sind insgesamt weitere Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu erwarten. Eine Reduzierung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dieser Bevölkerungsgruppe ist nur bei einer zukünftigen Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustands der Älteren möglich (vgl. auch Linden et al., 1996), wobei insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem hohen Medikamentenkonsum und Erkrankungen des Bewegungsapparates, die die Alltagsbewältigung stark beeinträchtigen, hohe Bedeutung zukommt.

Neben einer rein medizinischen Versorgung und der Verstärkung präventiver Maßnahmen sind hierbei subjektive Konzepte von Krankheit und Gesundheit zu be-

rücksichtigen, die älteren Menschen insbesondere den Sinn von Gesundheitsverhalten sowie die Möglichkeiten eigener Einflussnahme verdeutlichen. Im Rahmen einer umfassenden medizinischen Prävention und Betreuung müssen demnach soziale und psycho-soziale Aspekte deutlich berücksichtigt werden, etwa durch

- die genaue Abklärung medizinischer Behandlungspläne und subjektiver Vorstellungen und Krankheitskonzepte im Arzt-Patient-Gespräch, um etwa individuelle Barrieren gegen eine notwendige Behandlung abbauen zu können (der ältere Mensch ist kein passiver Empfänger medizinischer Hilfe, sondern ein handelndes Subjekt, das mehr oder weniger explizit selbst über die Behandlung mitbestimmt; Arnold, 1992),
- durch die Erhöhung subjektiver Kontrolle in bezug auf medizinische Maßnahmen (z.B. durch intensive Patientenaufklärung auch bei alten Patienten),
- durch Patientenschulungen im Alter (z.B. im Hinblick auf Vermeidung von Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen) mit der Vermittlung von Alternativen zur Verminderung oder Vermeidung einer kostenintensiven medikamentösen Behandlung (z.B. Förderung von Bewegungsaktivitäten im Alter),
- durch eine stärkere Berücksichtigung psychischer und psycho-sozialer Komponenten körperlicher Erkrankungen im Sinne einer psycho-somatischen Sichtweise der Geriatrie auf den alten Patienten (Bruder et al., 1991; Heuft 1992).

Literatur

- Arnold K (1992) Gesundheitserleben und -verhalten älterer Menschen. In: Kaiser HJ (Hrsg) Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. Hans Huber Verlag, Bern, S 117–137
- Belgrave LL, Wykle ML, Cogan D (1997) Medical self-care: Compliance with recommended treatment regimens among chronically ill middle-aged and elderly persons. *Research in the Sociology of Health Care* 14:99–117
- Bruder J, Lucke C, Schramm A, Tews HP, Werner H (1991) Was ist Geriatrie? Rügheim: Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (1997) Datenreport Alter. Individuelle und sozioökonomische Rahmenbedingungen heutigen und zukünftigen Alters. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 137)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (1998) Statistisches Taschenbuch Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
- Derogatis LR (1986) SCL-90-R. Self Report Symptom Inventory. In: Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (Hrsg) Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz, Weinheim
- Ferber v. L, Köster I, Schubert I (1995) Arzneimittelverordnungen und Diagnosen bei über 60jährigen Personen am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Verlaufsberechnungen unter Verwendung von Krankenkassendaten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28:401–407
- Glaeske G (1991) Der Arzneimittelmarkt (Bundesrepublik) Deutschland – eine kritische Bewertung. In: Kochen MM (Hrsg) Rationale Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis. Springer, Berlin
- Güther B (1998) Morbidität und Krankheitskosten von Alten. *Gesundheitswesen* 60: 39–46
- Gunzelmann T (1992) Medikamenteneinnahme als Wissens- und Einstellungsproblem. In: Kaiser HJ (Hrsg.) Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. Hans Huber Verlag, Bern, S 139–151
- Heuft G (1992) Psychosomatik des Alternsprozesses aus psychoanalytischer Perspektive. In: Niederfranke A, Lehr UM, Oswald F, Maier G (Hrsg) Altern in unserer Zeit. Quelle & Meyer, Heidelberg, Wiesbaden
- Kane RL (1990) Compression of morbidity: issues and irrelevancies. In: Kane RL et al. (Eds) Improving the health of older people: A World view. Oxford New York Tokyo, S 118–125
- Linden M, Gilberg R, Horgas AL, Steinhagen-Thiessen E (1996) Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: Mayer KU, Balthes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S 475–495
- Linden M, Horgas AL, Gilberg R, Steinhagen-Thiessen E (1997) Predicting health care utilization in the very old: The role of physical health, mental health, attitudinal and social factors. *Journal of Aging and Health* 9:3–27

- Oster P, Schlierf G (1998) Die gesundheitliche Situation älterer Menschen. In: Kruse A (Hrsg) Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Band 15). Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, S 79–86
- Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Stähelin HB, Krebs-Roubicek E, Ehram R (1996) Wohlbefinden, Gesundheit und Autonomie im Alter: Die Basler IDA-Studie (Interdisziplinäre Altersstudie). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29:95–109
- Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Stähelin HB, Ehram R (1997) Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und subjektive und objektive Gesundheitsindikatoren im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 10:3–16
- Raab S (1996) Gesundheit im Griff. Eine Rekonstruktion des biographischen Gesundheits-, Krankheits- und Patientenhandelns im Zivilisationsprozess. Profil, München
- Schmitz, MF, Russell DW, Cutrona CE (1997) Perceived Social Support and Social Network Influences on Physician Utilization among the Elderly. Research in the Sociology of Health Care 14:249-272
- Sohn W (1992) Einflüsse auf das Verschreibungsverhalten von deutschen Allgemeinärzten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 68:473–476
- Sommer G, Fydrich T (1989) Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Materialien Nr. 22. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen
- Statistisches Bundesamt (1994) Fragen zur Gesundheit 1992. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Steinhagen-Thiessen, Borchelt M (1996) Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S 151–183
- Stoller EP, Forster LE (1994) The impact of symptom interpretation on physician utilization. Journal of Aging and Health 6: 507–534
- Stoller EP, Kart CS, Portugal SS (1997) Explaining pathways of care taken bei elderly people: An analysis of responses to illness symptoms. Sociological Focus 30: 147–165
- Stuck AE, Gloer BD, Pfluger DH, Minder CE, Beck JC (1995) Geschlechtsunterschiede im Medikamentenkonsum bei über 75jährigen Personen zu Hause. Eine epidemiologische Untersuchung in Bern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: 28:394–400
- Troschke v J (1993) Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Weinheim, Basel, S 155–175