

Gesundheitsversorgung für ältere Menschen

von Cornelia Kricheldorf

Abstract

Die alternde Gesellschaft stellt das deutsche Gesundheitswesen – vor allem mit Blick in die Zukunft – vor große Herausforderungen. Im Zusammenhang mit der kontinuierlich steigenden Anzahl der Menschen im höheren Lebensalter geht es insbesondere um zwei zentrale Themen. Zum einen ist dies die Frage, wie der in diesem Kontext absehbare Mehrbedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen gut bewältigt werden kann, ohne dass das Gesundheitssystem kollabiert. Ganz entscheidende Faktoren sind dabei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der alternden Bevölkerung. Zum anderen zeigen einschlägige Studien und Daten sehr deutlich, dass sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf die Gesundheitskompetenz auswirkt. Morbidität und Mortalität älterer Menschen werden deutlich von Bildungsstand, sozialem Status und Einkommen beeinflusst. Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung wird damit auch zur sozialen Herausforderung in der gesundheitsbezogenen Versorgungsstruktur und in der Pflege.

Schlüsselwörter: alternde Gesellschaft, soziale Ungleichheit, Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung, Prävention, gesundheitsbezogene Versorgungsstruktur

The ageing society poses major challenges for Germany's healthcare system, especially with regard to the future. Since the number of old people is continually growing, there are at least two central issues. The first is, how the foreseeable increase in demand for health care and nursing services can be managed well without the health system collapsing. In this context, measures for health promotion and prevention in the ageing population are very decisive factors. The second point is that according to relevant studies and data social inequality in the life course has an impact on health literacy. Thus morbidity and mortality of older people are significantly influenced by educational attainment, social status and income. Needs-based health care is therefore also becoming a social challenge in the health-related care structure and in nursing.

Keywords: ageing society, social inequality, health literacy, health promotion, prevention, health-related care structure

1 Gesundheit und alternde Gesellschaft

Die rund 18,4 Millionen Menschen in Deutschland, die 65 Jahre oder älter sind, stellen mittlerweile 22 Prozent der Bevölkerung (Destatis 2023a). Ein Blick auf die Analysen zur Bevölkerungsentwicklung innerhalb der vergangenen Jahrzehnte macht deutlich, mit welcher Dynamik die Alterung in der deutschen Gesellschaft voranschreitet. So ist die Anzahl der Personen im Alter ab 70 Jahren zwischen 1990 und 2021 von 8 auf 13 Millionen gestiegen. Mit Blick in die Zukunft wird erkennbar, dass insbesondere die Zahl der Menschen im hohen Alter ab 80 Jahre absehbar deutlich steigen wird (Destatis 2022). Vor allem für die Zeit ab Mitte der 2030er-Jahre wird prognostiziert, dass der Bevölkerungsanteil der sogenannten Hochaltrigen (85 Jahre und älter) in Deutschland massiv zunehmen wird. In diesen höheren Altersgruppen werden sich die Anteile von Männern und Frauen allmählich angleichen. Zu diesen zentralen Ergebnissen kommt die 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2023b) (Abbildung 1).

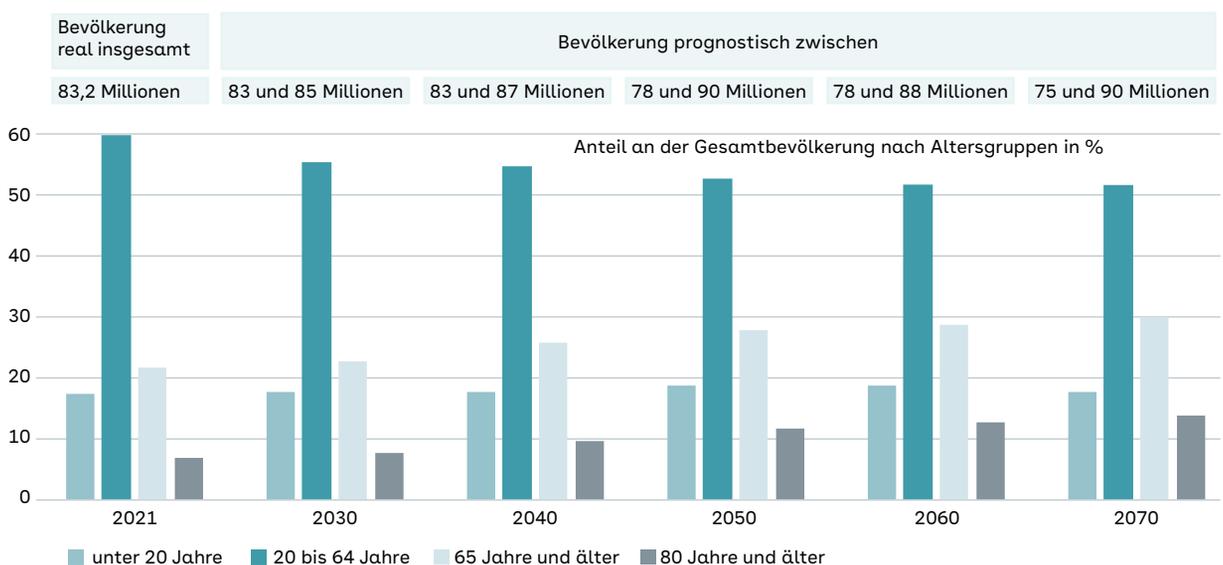
Aus den zitierten Analysen und Vorausberechnungen ergeben sich für die aktuelle Situation – und noch

viel deutlicher für die Zukunft – deutliche Implikationen für das Gesundheitswesen und den Pflegebereich. Denn obwohl aus individueller Perspektive das kalendarische Alter als Bezugsgröße für die Bestimmung des Gesundheitsstatus des alten Menschen keine seriösen Rückschlüsse erlaubt – die große Diversität in der Lebensphase Alter ist dafür mittlerweile viel zu ausgeprägt –, steigt doch rein statistisch betrachtet die Wahrscheinlichkeit von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit mit steigendem Lebensalter insgesamt deutlich an. Diesbezüglich prognostiziert die 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2070 den in **Abbildung 2** dargestellten Verlauf.

Die Gesundheitsausgaben sind in den vergangenen 30 Jahren kontinuierlich gestiegen und lagen im Jahr 2020 bei 441 Milliarden Euro. Auch im Verhältnis zur Wirtschaftskraft nahmen die Ausgaben zu. Die Sozialversicherungsbeiträge sind dabei mit Abstand die wichtigste Finanzierungsquelle. 2020 lag ihr Anteil bei 63 Prozent, wobei gut die Hälfte der gesamten Krankheitskosten bei rund einem Fünftel der Bevölkerung anfielen, nämlich bei den Menschen ab 65 Jahren (BPB 2022). Zentrale Fragen in diesem Kontext sind also:

- Wie kann der individuelle Gesundheitsstatus der Menschen im höheren Lebensalter so stabilisiert

Abbildung 1 Bevölkerungsaufbau 2021 bis 2070

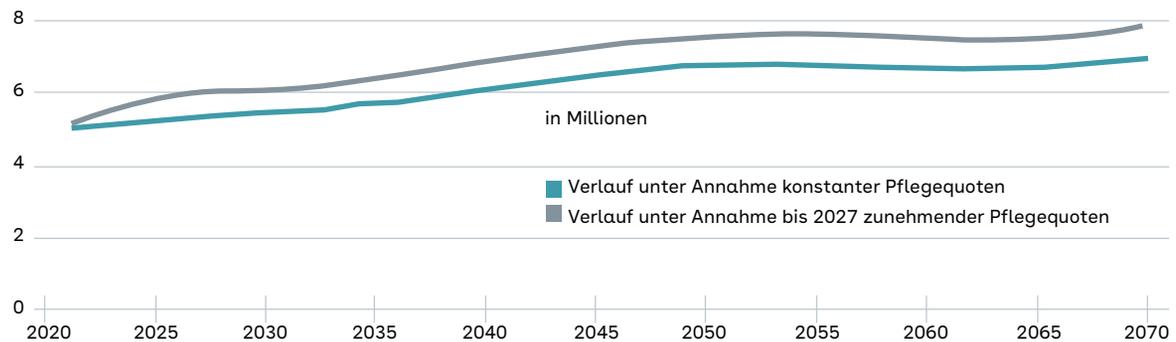


Die Grafik orientiert sich an den Varianten 1–3 der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland, basierend auf einer moderaten Entwicklung von Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung, verknüpft mit Prognosen zu Wanderungsbewegungen. Sie zeigt unter anderem die prozentuale Zunahme der Altersgruppe ab 80 Jahre.

Quelle: Destatis 2023b; eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2023

Abbildung 2 Prognose zur Pflegebedürftigkeit 2021 bis 2070

Quelle: Destatis 2023b,
Grafik: G+G Wissenschaft 2023



Selbst bei konstanten Pflegequoten steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, weil es künftig mehr ältere Menschen gibt.

und verbessert werden, dass die Solidargemeinschaft die Kosten weiterhin bewältigen kann?

- Wie lässt sich auch bei insgesamt steigendem Bedarf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung für ältere und alte Menschen so gewährleisten, dass eine gute Lebensqualität selbst bei chronischer Krankheit und individuell zunehmendem Pflegebedarf gesichert bleibt?

2 Daten und Fakten

Zum Thema „Gesundheit und Alter“ gibt es mittlerweile Beiträge aus sehr unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen, diese erschienen in einschlägigen Fachjournals und diversen Herausgeberbänden. Das Thema wird nicht nur aus gerontologischer (Konopik 2019; Kricheldorf 2017) und geriatrischer Perspektive (Pantel 2021) analysiert und beschrieben, sondern unter anderem auch mit soziologischen (vergleiche Brandt et al. 2020) und gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen (Pohlmann 2022) verknüpft. Der intensive Diskurs dazu erfolgt aus dem Blickwinkel der unterschiedlichen Fachexpertisen. In Zeiten des demografischen Wandels ist die Bearbeitung von Forschungsfragen zur Relevanz von Gesundheit im Alter ein spannendes und hochaktuelles Forschungsfeld, das auf individueller und gesellschaftlicher Ebene betrachtet wird, auch um Dynamiken auf Mikro- und auf Makroebene zu beschreiben.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurde und wird das Thema immer wieder ex-

plizit aufgegriffen, so zum Beispiel in einer umfangreichen Publikation zum Thema „Gesundheit und Krankheit im Alter“ in gemeinsamer Herausgeberschaft von Robert Koch-Institut, dem Deutschen Zentrum für Altersfragen und dem Statistischen Bundesamt. Diese umfassende Bestandsaufnahme hat in Bezug auf die veröffentlichten Daten zwar inzwischen an Aktualität verloren, liefert aber immer noch wichtige Hinweise auf den Facettenreichtum des Themas (Böhm et al. 2009).

Mit der Frage „Wie gesund sind die Älteren?“ hat sich die Sonderveröffentlichung eines relevanten Einzelkapitels (Kapitel 8) der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beschäftigt (RKI 2015). Diese Publikation kommt zusammenfassend zu folgenden Kernaussagen:

- Als führende Todesursachen in der Bevölkerung ab 65 Jahren wurden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie chronische Lungenerkrankungen identifiziert.
- Der spezielle Versorgungsbedarf älterer Menschen ergibt sich aus der altersbedingten Zunahme von chronischen Erkrankungen, von körperlichen und kognitiven Einschränkungen sowie von Stürzen. Er wird von Multimorbidität bestimmt.
- Die Suizidraten steigen im höheren Lebensalter stark an, insbesondere bei Männern.
- Die gleichzeitige Anwendung von fünf und mehr Arzneimitteln ist bei älteren Menschen deutlich häufiger und geht mit einem erhöhten Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen einher.
- Wichtige Ressourcen im höheren Lebensalter sind zielgruppengerechte Angebote zur Gesundheitsför-

derung, zu Prävention und gesundheitlicher Versorgung sowie eine Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe (RKI 2015).

In einer europaweiten vergleichenden Studie, dem European Health Interview Survey, wurden die gesundheitlichen Einschränkungen der Menschen im europäischen Vergleich betrachtet. Bezogen auf die gesundheitliche Lage älterer Menschen in Deutschland im Vergleich zu den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) wurden dabei Informationen zur Verbreitung von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben. Dazu zählen Einschränkungen bei basalen Aktivitäten (sogenannte *activities of daily living*, ADL) wie der Nahrungsaufnahme und bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (sogenannte *instrumental activities of daily living*, IADL). Zu den IADL gehören etwa das Einkaufen und das Erledigen von Bankgeschäften (Scheel-Hinke et al. 2020). Im Rahmen der zweiten Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (*European Health Interview Survey, EHIS 2*) wurden fünf ADL und sieben IADL bei Menschen ab 65 Jahren erfasst. Dabei zeigten sich folgende zentrale Ergebnisse:

- Für Deutschland finden sich niedrigere Prävalenzen von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens im Vergleich zum EU-Durchschnitt.
- Frauen sind häufiger von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens betroffen als Männer und Menschen ab 75 Jahren häufiger als 65- bis 74-Jährige.
- Menschen der unteren Bildungsgruppen weisen im Vergleich zu höheren Bildungsgruppen höhere Prävalenzen von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens auf (RKI 2019, 56–58).

Ganz aktuell befinden sich die Daten und Untersuchungsergebnisse der bundesweit durchgeführten, repräsentativen Studie „Gesundheit 65+“ in der Endauswertung. Sie sollen zum Jahresende 2023 vorliegen und veröffentlicht werden. Mit einer Laufzeit von Frühjahr 2021 bis Frühjahr 2023 wurde diese hoch relevante Studie vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und vom Robert Koch-Institut durchgeführt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und eingeladen. Bei einer Studienteilnahme von $n = 3.670$ Personen waren 41,4 Prozent von ihnen zwischen 65 und 79 Jahre alt, 58,6 Prozent waren älter als 80 Jahre. Erfasst wurde dabei der Gesundheitszustand der älteren Menschen in Deutschland – sowohl auf der Basis eines Gesundheitschecks als auch auf der Grund-

lage der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitsstatus, um auf der Basis der Ergebnisse Handlungsempfehlungen an die Politik geben zu können. Etwa die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, nämlich 50,2 Prozent, schätzte den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Neben diesem „subjektiven Gesundheitszustand“ wurde auch erfragt, ob die Menschen ab 65 Jahren Unterstützung bekommen, wenn sie diese benötigen. Dazu gaben 56 Prozent der Befragten an, dass es für sie „sehr einfach“ oder „einfach“ sei, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn ein Bedarf besteht. Wichtig war auch die Frage, ob sie am Alltag so teilnehmen können, wie sie das gerne möchten. Erhoben wurde zudem, welche direkten und indirekten Folgen der Covid-19-Pandemie sich für die Bevölkerung ab 65 Jahren ergeben (RKI 2023). Es bleibt abzuwarten, welche der Ergebnisse aus bisherigen Studien sich bestätigen beziehungsweise ob und in welchem Umfang sich neue Entwicklungen abzeichnen. Schließlich ist das Ziel, aus der Studie „Gesundheit 65+“ entsprechende Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik zu ziehen. Im Zentrum steht dabei die Frage, was verbessert werden kann und muss, damit die Menschen in Deutschland zukünftig gesünder altern können – eben auch um das Gesundheitssystem in der Perspektive zu entlasten.

Bislang deutet sich in der empirischen Gesamtsicht auf verschiedene Studienergebnisse an, dass chronische Krankheiten – vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Einschränkungen der Mobilität – die zentralen Gesundheitsprobleme der alternden Gesellschaft in Deutschland darstellen, deren weitere Zunahme mit Blick in die Zukunft prognostiziert werden. Vor diesem Hintergrund sind verstärkt Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll und notwendig, die auf Bewegungsförderung zielen sowie weitere koronare Risiken senken. Unter dem Titel „Älter werden in Balance“ bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Programm zur Gesundheitsförderung älterer Menschen an. Dieses ist online abrufbar und offeriert sowohl praktische Tipps für den Alltag als auch wichtige Informationen zum Thema Bewegung – vor allem zur Wirkung von Bewegung auf Körper und Wohlbefinden (BzGA 2022).

Doch die Gesundheit von Individuen umfasst nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Einschränkungen. Deshalb gewinnen Konzepte, die sich mit subjektivem Gesundheitserleben, mit Wohlbefinden und gelingendem Altern befassen, in diesem Kontext an Bedeutung. Dabei geht es auch um die Förderung sozialer

Teilhabe und den frühzeitigen Aufbau sozialer Netzwerke (Hajek et al. 2021; Kricheldorf 2017). Zudem muss die wachsende Diversität des Alters, die immer stärker von unterschiedlichen biografischen Prägungen und zunehmend auch von Migrationserfahrungen bestimmt ist, künftig stärker Beachtung finden.

3 Soziale Ungleichheit

Vor diesem Hintergrund sind Ansätze, die Gesundheit im Alter im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit im Lebenslauf thematisieren, hoch relevant (RKI 2016). Darauf verweist bereits sehr eindrücklich der „World Report on Ageing and Health“ (WHO 2015). Auch weitere einschlägige Studienergebnisse legen nahe, dass gesundes Altern von individuellen und kohortenspezifischen Startbedingungen, dem sozioökonomischen Status sowie von familiären Strukturen und Netzwerken, aber auch vom jeweiligen wohlfahrtstaatlichen und gesundheitsökonomischen Rahmen abhängig ist (Brandt et al. 2020).

Daten zur sozialen Ungleichheit in Bezug auf Lebenserwartung und Mortalität, wie sie beispielsweise dem jährlich erhobenen Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) zu entnehmen sind, sind ein deutlicher Ausdruck bestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der Bevölkerung. Die SOEP-Daten – im Rahmen der größten und am längsten laufenden multidisziplinären Langzeitstudie in Deutschland erhoben – weisen für den Zeitraum zwischen 1992 und 2016 nach, dass 13 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahres sterben, während dies in der höchsten Einkommensgruppe lediglich auf acht Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer zutrifft (Günther und Huebener 2018). Bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt beträgt die Differenz zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe bei Frauen 4,4 Jahre und bei Männern 8,6 Jahre. Auch in der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen. Bei Frauen beträgt die Spannweite zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe 3,7 Jahre, bei Männern 6,6 Jahre (RKI 2016).

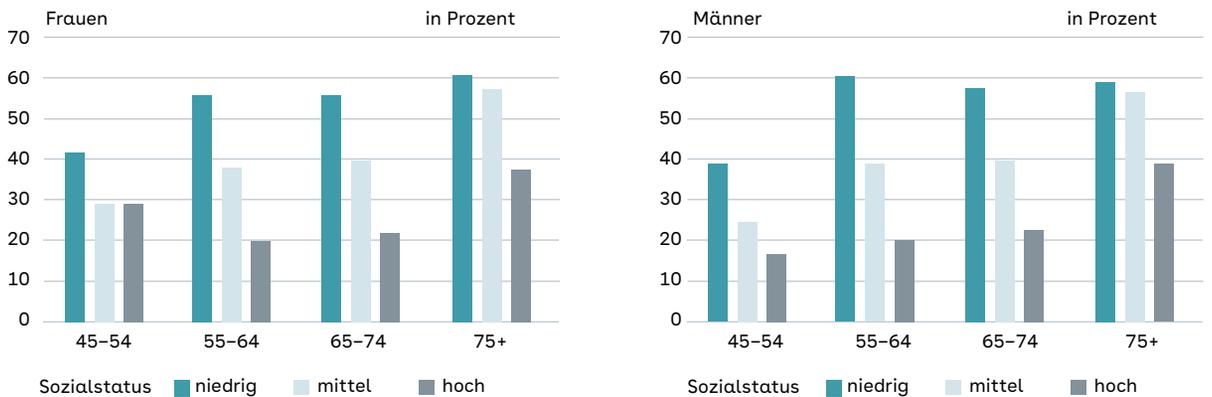
Soziale Ungleichheit bildet sich auch sehr deutlich ab, wenn es um das subjektive Gesundheitserleben geht. Das wird unter anderem durch Ergebnisse aus

der Gesundheitsberichterstattung des Bundes deutlich belegt, durchgeführt und veröffentlicht vom Robert Koch-Institut (RKI 2016). Dabei wird auch auf Daten des GEDA (Gesundheitsmonitoring des RKI) mehrerer Jahre zurückgegriffen. Der soziale Status wird in den GEDA-Erhebungen und in allen anderen Studien des Robert Koch-Instituts einheitlich auf der Basis von Angaben zur schulischen und beruflichen Bildung, zur beruflichen Stellung sowie zum Netto-Äquivalenzeinkommen bestimmt. Deutlich sichtbar wird dabei, wie stark der selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand bei Menschen ab 65 Jahren vom jeweiligen Sozialstatus beeinflusst wird (vergleiche **Abbildung 3**). Im Vergleich zwischen Frauen und Männern mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen zeigen sich graduelle Differenzen – bei Männern verringert sich der Abstand zwischen den drei Statusgruppen mit zunehmendem Alter (RKI 2016, 6). Dies wird unter anderem mit der höheren vorzeitigen Sterblichkeit von Männern mit niedrigem Sozialstatus begründet.

4 Implikationen für die Praxis

Verschiedene Zugänge zum Thema „Gesundheit im Alter“ repräsentieren ein breites Themenspektrum, aber noch deutlich zu wenig Verknüpfung dieser unterschiedlichen Aspekte. Eine in Deutschland zentrale Perspektive ist die medizinische Sichtweise, die sich vor allem auf die körperliche Gesundheit versus Funktionseinschränkungen konzentriert (Gaertner et al. 2019). Der sozialwissenschaftliche Blick hingegen fokussiert auf Einflussfaktoren wie den sozialen Status. Dabei berücksichtigt er die Auswirkungen von Lebenslage und Lebensstil auf Gesundheit im Alter ebenso wie das damit verbundene Ausmaß an sozialer Teilhabe und die Einbindung in soziale Netzwerke (Hajek et al. 2021). Die psychologische Perspektive widmet sich vor allem Fragen von Wohlbefinden und mentaler Gesundheit im Sinne eines gelingenden Alterns (Kruse 2016). Die ethische Perspektive kann dazu beitragen, Fragen der Gerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu klären (Riedel und Lehmeier 2023). Mit dem Ausmaß von Gesundheitskompetenz und der Frage, wie diese gefördert werden kann, beschäftigen sich Geragogen und Gesundheitspädagogen – vor allem im Kontext der Prävention (Bubolz-Lutz et al. 2022; Pohlmann 2016). Hinzu kommt die gesundheitsökonomische Perspektive, die sich auf die Kosten der Gesundheitsversorgung

Abbildung 3 Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“



Quelle: RKI 2016 auf Basis von GEDA 2009, 2010, 2012, Grafik: G + G Wissenschaft 2023

Je niedriger der Sozialstatus ist, desto schlechter schätzen die Befragten den eigenen Gesundheitszustand ein.

älter Menschen konzentriert und sich auch verstärkt mit der Frage beschäftigt, wie einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen entgegenwirkt werden kann (Stahmeyer et al. 2021). Aber diese einzelnen Teilaspekte des zentralen und immer relevanter werdenden Themas „Gesundheit im Alter“ werden in Deutschland noch zu isoliert voneinander diskutiert und bearbeitet. Die jeweiligen Ansätze sind bislang zu wenig miteinander verzahnt und verknüpft. Für die Praxis gilt in diesem Kontext: Ein multi- und interprofessioneller Zugang, beispielsweise von speziellen Teams, die in zugehender und niederschwelliger Form besonders vulnerable Gruppen in der älteren Bevölkerung bereits im Vorfeld von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit ansprechen und erreichen, wäre die richtige Antwort auf die Herausforderungen der Zukunft. Schließlich sind die skizzierten Problemlagen, die sich für das Gesundheitswesen aktuell und vor allem mit Blick in die Zukunft abzeichnen, nur mit einer multiperspektivischen Betrachtung und Bearbeitung der in diesem Beitrag skizzierten Fragen zu bewältigen. Einfach so weiterzumachen wie bisher wird das Gesundheitssystem an seine Grenzen bringen.

Alternde Gesellschaften brauchen neue Antworten. Diese lassen sich unter anderem aus Erfahrungen und Modellen ableiten, die andere alternde Gesellschaften bereits erfolgreich erprobt haben. Ein Beispiel dafür ist Japan, dessen Gesellschaft immer wieder als Super-Aging Society (Iijima et al. 2021) bezeichnet und beschrieben wird. Am japanischen Modell des *comprehensive community-based care systems* zeigt

sich deutlich die zentrale Rolle, die Kommunen bei der Konzeption und Koordination lokaler Versorgungsleistungen über alle Generationen und Bedürfnislagen hinweg leisten können, wenn ihnen die dazu erforderlichen gesetzlichen Kompetenzen zugestanden werden. Die japanische Regierung verfolgt dieser Logik folgend das Ziel, bis zum Jahr 2025 ein gemeindebasiertes integriertes Versorgungssystem zu realisieren, um die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung, Pflege, Vorsorge, Wohnraum und Unterstützung des Lebensunterhalts umfassend und in verzahnter Form sicherzustellen (Brickner 2020).

In diesen lokalen Gesundheitszentren arbeiten multiprofessionelle Teams und bieten Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch Pflege und Versorgung in zugehender Form an. Nach diesem gelungenen Modell, das lange Zeit vor allem im ländlichen Raum viel Resonanz fand, haben sich inzwischen gemeindezentrierte Gesundheitspraktiken in ganz Japan verbreitet – mittlerweile auch in städtischen Quartieren. Die japanische Regierung hat diese Erfahrungen und Praktiken inzwischen aufgegriffen und zu einem staatlichen Programm gemacht, das nach und nach etabliert wird. Sie hat im Jahr 2015 ihre Primärstrategie von einer Hochrisikostrategie auf eine gemeindebasierte Bevölkerungsstrategie umgestellt, indem sie das Pflegeversicherungsgesetz reformierte, das sich nun auf gemeindenahe Pflege und soziale Determinanten von Gesundheit konzentriert (Song und Tang 2019). Dieses Modell könnte Vorbild sein für eine an deutsche Bedingungen angepasste Variante, die ebenfalls auf die

Stärkung der kommunalen Zuständigkeit und multiprofessionelle Teams setzt.

Andere Ansätze, die einer ähnlichen und vor allem zugehenden Logik folgen, bestehen in der Etablierung von sogenannten Lotsen im Gesundheitswesen. Sie werden aktuell bereits in unterschiedlichen Kontexten erprobt – ehrenamtlich, in der Kommune und von Krankenkassen. Um Wirkung zu entfalten, vor allem auch im Hinblick auf die Erreichbarkeit von besonders vulnerablen Gruppen, wie alten Menschen mit geringem sozioökonomischem Status oder mit Migrationsgeschichte, müssen aber erst einheitliche und verlässliche Strukturen geschaffen werden. Ein anderer Erfolg versprechender Ansatz sind die Gesundheitskioske, die in ganz Deutschland als neue Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten in sozial benachteiligten Regionen aufgebaut werden sollen – so sieht es zumindest der Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung vor. Langfristig sind rund 1.000 Gesundheitskioske bundesweit geplant, initiiert von den Kommunen, finanziert mehrheitlich von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen mit Beteiligung der Kommunen (*BMG 2022*). Diese neuen Strukturen sollen den Zugang zur Versorgung der Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf verbessern und die Versorgung koordinieren. Weiter geht es darum, die Gesundheitskompetenz von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf gezielt zu fördern und im Bedarfsfall individuelle Beratung zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils zu leisten, etwa durch Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten. Das ist auch – wie in dieser Analyse beschrieben – für eine große Gruppe alter Menschen sinnvoll. Gesundheitskioske bieten sich insbesondere in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen für niedrigschwellige Beratung an. Sie sollen die Vermittlung von Leistungen der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Anleitung zu deren Inanspruchnahme übernehmen – ein ehrgeiziges Vorhaben, das bisher in der Umsetzung noch relativ wenig vorangekommen ist.

5 Fazit

Die vorliegende Analyse zur Gesundheit im Alter weist auf einen deutlichen Handlungs- und Reformbedarf, der mit den sich wandelnden individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen einer alternden Ge-

sellschaft begründet werden kann. Eine zentrale Herausforderung stellt dabei die wachsende Diversität und soziale Ungleichheit der älteren Bevölkerungsgruppen dar. Dass sich soziale Benachteiligung auf Morbidität und Mortalität im höheren Lebensalter auswirkt, konnte aufgezeigt werden. Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die Relevanz von niederschwelligen und zugehenden Angeboten von multiprofessionellen Gesundheitsteams in den Lebenswelten alter Menschen wird unübersehbar. Wie solche Angebote erfolgreich implementiert werden können, zeigt der Blick in andere alternde Gesellschaften. Dabei wird immer wieder die Bedeutung der kommunalen Ebene sowie von Sozialraum und Quartier deutlich. Es wird also künftig darum gehen, diese Erkenntnisse mit entsprechenden strukturellen Bedingungen zu verknüpfen – das wird die Herausforderung der Zukunft im Gesundheitswesen sein.

Literatur

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2022): Gesundheitskiosk; bundesgesundheitsministerium.de
→ Service → Begriffe von A - Z → G → Gesundheitskiosk
- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- BPB (Bundeszentrale für politische Bildung) (2022): Soziale Situation in Deutschland. Gesundheitsausgaben; bpb.de
→ kurz&knapp → Zahlen & Fakten → Soziale Situation in Deutschland → Gesundheit → Gesundheitsausgaben
- Brandt M, Kaschowitz J, Lazarevic P (2020): Gesundheit im Alter. In: Kriwy P, Jungbauer-Gans M (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS
- Brickner, T (2020): Community-Centric Healthcare in Japan: A Model. Raconteur, 10 Mar 2020; raconteur.net/sponsored/community-centric-healthcare-in-japan-a-model/
- Bubolz-Lutz E, Engler S, Kricheldorf C, Schramek R (2022): Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer
- BzGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2022): Älter werden in Balance – Programm zur Gesundheitsförderung älterer Menschen; aelter-werden-in-balance.de
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2019): Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022): 2035 werden in Deutschland 4 Millionen mehr ab 67-Jährige leben. Pressemitteilung Nr. 511 vom 2. Dezember 2022. Wiesbaden
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023a): Demografischer Wandel: Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren von 1950 bis 2021 von 10 % auf 22 % gestiegen. Pressemitteilung Nr. N033 vom 7. Juni 2023. Wiesbaden

- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023b): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Variante 1: Moderate Entwicklung der Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung bei niedrigem Wanderungssaldo (G2L2W1); [destatis.de/bevoelkerungspyramide](https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide)
- Fuchs J, Gaertner B, Prütz F (2022): Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und Unterstützungsbedarfe – Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHI. *Journal of Health Monitoring*, Jg. 7, Heft 1, 7–27
- Gaertner B et al. (2019): Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens im Alter in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS), 2. *Journal of Health Monitoring*, Jg. 4, Heft 4, 52–61
- Günther T, Huebener M (2018): Bildung und Lebenserwartung: Empirische Befunde für Deutschland und Europa. Berlin: DIW
- Hajek A et al. (2021): Social Support and Functional Decline in the Oldest Old. *Gerontology*, Vol. 68, No. 2, 1–9
- Iijima K et al. (2021): Toward the Development of a Vibrant, Super Aged Society: The Future of Medicine and Society in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, Vol. 21, No. 8, 601–613
- Konopik N (2019): Gesundheit im Alter. In: Konopik N: Gesundheitskompetenz im Alter. Erweiterung von Health Literacy unter Berücksichtigung biografischer und umweltbezogener Aspekte. Wiesbaden: Springer VS, 5–35
- Kricheldorf C (2017): Alter und Gesundheit multiperspektivisch betrachtet. *Public Health Forum*, Jg. 25, Heft 2, 102–105
- Kruse A (2016): Prävention im Alter: Anthropologischer Kontext, Konzepte, Befunde. In: Pohlmann S (Hrsg.): Alter und Prävention. Wiesbaden: Springer VS
- Pantel J (2021): Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. *Geriatric-Report*, Jg. 16, Heft 1, 6–8
- Pohlmann S (Hrsg.) (2016): Alter und Prävention. Wiesbaden: Springer VS
- Pohlmann S (2022): Diversität und Gestaltbarkeit von Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Haring R (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer
- Riedel A, Lehmeier S (2023): Ethik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Wie gesund sind die älteren Menschen? Kapitel 8; [rki.de](https://www.rki.de) → Gesundheitsmonitoring → Gesundheitsberichterstattung → Gesundheit in Deutschland 2015
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. Zahlen und Trends zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. GBE kompakt, Jg. 7, Heft 1
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. In: *Journal of Health Monitoring*, Jg. 4, Heft 1, 3–15
- RKI (Robert Koch-Institut) (2023): Gesundheit 65+. Bundesweite Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland. Studieninformation; [rki.de](https://www.rki.de) → Gesundheitsmonitoring → Studien und Surveillance → Gesundheit 65+
- Scheel-Hincke LL et al. (2020): Cross-National Comparison of Sex Differences in ADL and IADL in Europe: Findings from SHARE. *European Journal of Ageing*, Vol. 17, No. 1, 69–79
- Song P, Tang W (2019): The Community-Based Integrated Care System in Japan: Health Care and Nursing Care Challenges Posed by Super-Aged society. *BioScience Trends*, Vol. 13, No. 3, 279–281
- Stahmeyer JT et al. (2021): Gesundheitsausgaben und die Rolle des Alters: Eine detaillierte Analyse der Kosten von Überlebenden und Verstorbenen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 64, Heft 10, 1307–1314
- World Health Organization (2015): World Report on Ageing and Health; [iris.who.int](https://www.iris.who.int) → Suche: World report on ageing and health
- (letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 19. Oktober 2023)

Die Autorin



Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf, Jahrgang 1953, war bis Oktober 2020 an der Katholischen Hochschule Freiburg als Professorin für Soziale Gerontologie und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen tätig. Von 2007 bis 2020 stand sie an der Hochschule dem Institut für Angewandte Forschung (IAF) vor. Als langjährige Sprecherin des Forschungsschwerpunktes Versorgungsforschung leitete sie viele Drittmittel- und Forschungsprojekte zu gerontologischen und anderen Themen. Sie ist Mitglied im Editorial Board der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.

Kontakt

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf (em.), Soziale Gerontologie und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Katholische Hochschule Freiburg, 79106 Freiburg im Breisgau, Telefon: 0761 20888138, E-Mail: cornelia.kricheldorf@t-online.de