

## **Antrag**

**der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl, Bärbel Sothmann, Dr. Gerhard Friedrich (Erlangen), Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Thomas Rachel, Dr. Wolf Bauer, Ilse Aigner, Dr. Maria Böhmer, Dr. Hans Georg Faust, Ulf Fink, Ingrid Fischbach, Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land), Norbert Hauser (Bonn), Hubert Hüppe, Dr.-Ing. Rainer Jork, Dr. Harald Kahl, Steffen Kampeter, Eva-Maria Kors, Werner Lensing, Erich Maaß (Wilhelmshaven), Dr. Martin Mayer (Siegertsbrunn), Hans-Peter Repnik, Hannelore Rönsch (Wiesbaden), Heinz Schemken, Dr.-Ing. Joachim Schmidt (Halsbrücke), Dr. Erika Schuchardt, Angelika Volquartz, Annette Widmann-Mauz, Heinz Wiese (Ehingen), Aribert Wolf, Peter-Kurt Würzbach, Wolfgang Zöllner und der Fraktion der CDU/CSU**

### **Dringender Handlungsbedarf in der Altersforschung**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Im 20. Jahrhundert hat es in Deutschland ebenso wie in anderen hoch entwickelten Ländern eine in der Menschheitsgeschichte beispiellose Zunahme der Lebenserwartung gegeben. Ein um das Jahr 1900 in Deutschland geborenes Mädchen hatte eine durchschnittliche Lebenserwartung von gut 48 Jahren, ein neugeborener Junge von 45 Jahren. Heute liegt die Lebenserwartung um ca. 30 Jahre höher, bei 80,5 Jahren für Frauen und bei 74,5 Jahren für Männer. War die Zunahme der Lebenserwartung in der ersten Hälfte des Jahrhunderts noch ganz überwiegend auf die rückläufige Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie auf die Bekämpfung von schweren Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose) zurückzuführen, sind die in den letzten Jahrzehnten erzielten Zuwächse hauptsächlich auf eine Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität im höheren Erwachsenenalter zurückzuführen, die auch für die weitere Entwicklung der Lebenserwartung in den kommenden Jahrzehnten entscheidend sein werden.

Der Zuwachs an Lebenserwartung hat in Verbindung mit den stark zurückgegangenen Geburtenraten bereits in den letzten Jahren zu einem raschen Anwachsen des Anteils der älteren Bevölkerung geführt. Dieser Trend wird sich in den kommenden Jahrzehnten mit erheblich verstärkter Dynamik fortsetzen. So wird in Deutschland nach der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes der Anteil der Älteren ab 60 Jahren, der zwischen 1950 und dem Jahrtausendwechsel von 15 % auf 22 % zugenommen hat, bis zum Jahr 2050 auf ca. 36 % bis 37 % anwachsen. Besonders große Zuwächse gibt es bei dem Anteil der hochbetagten Menschen ab 80 Jahren, deren Anteil sich von derzeit 4 % auf ca. 12 % im Jahre 2050 etwa verdreifachen wird.

Die quantitative Zunahme des Anteils Älterer in der Bevölkerung ist nur ein Aspekt des demographischen Wandels, der für sich genommen schon tiefgreifende Auswirkungen auf die Struktur unserer Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten haben wird. Noch entscheidender wird jedoch sein, in wie weit es gelingen wird, den wachsenden Anteilen älterer Mitbürger ein Altern in größtmöglicher Gesundheit und Unabhängigkeit und mit weitreichender Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Zwar treten die heute Älteren ohne Frage bei im Durchschnitt besserer gesundheitlicher Verfassung in das „Dritte Lebensalter“ ein als vorhergehende Generationen, dennoch bleiben die Möglichkeiten der präventiven und kurativen Medizin gerade gegenüber vielen chronischen Erkrankungen, deren Häufigkeit mit dem Alter drastisch zunimmt, begrenzt. Zu nennen sind hier in erster Linie verschiedene kardiovaskuläre Erkrankungen, wie z. B. der Schlaganfall, weitere hirnorganische Erkrankungen, wie z. B. die Alzheimer'sche Erkrankung, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, wie z. B. die Arthrose und verschiedene Krebserkrankungen. Hinzu kommen ernährungsbedingte Erkrankungen, Übergewicht und Diabetes mellitus mit seinen Folgeerkrankungen. Diese Erkrankungen sind zugleich für den größten Teil aller Fälle von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie der ständig wachsenden Kosten im Gesundheitswesen verantwortlich.

Die Änderung der Altersstruktur der Bevölkerung in Verbindung mit dem allgemeinen Trend hin zur Kleinfamilie, die höhere Lebenserwartung der Frauen werden bewirken, dass der Anteil der Alleinstehenden insbesondere bei den Frauen erheblich zunehmen wird. Entsprechend ist zu erwarten, dass die absolute und relative Häufigkeit der Alleinstehenden auch bei den Kranken, Behinderten und Pflegebedürftigen erheblich größer wird. Dadurch wird der Bedarf an Hilfe durch Dritte steigen.

Aus den genannten Entwicklungen ergeben sich weitreichende gesellschaftspolitische Herausforderungen, denen nur auf der Basis von Ergebnissen einer zukunftsweisenden interdisziplinär ausgerichteten Altersforschung adäquat begegnet werden kann. Im Gegensatz zu anderen Ländern hat die Förderung der Altersforschung in Deutschland bislang eine sehr geringe Priorität. Einen eigenen Förderschwerpunkt zu diesem wichtigen Zukunftsfeld gibt es nicht.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

die Altersforschung in Deutschland entsprechend ihrer Bedeutung für die Bewältigung der mit dem demographischen Wandel einhergehenden gesellschaftspolitischen und medizinischen Herausforderungen nachhaltig zu stärken durch

- verbesserte Förderung von Institutionen im Bereich der interdisziplinären Altersforschung,
- die Auflage gezielter nationaler Forschungsprogramme zur Förderung interdisziplinärer Altersforschung unter Einbeziehung sozial- und verhaltenswissenschaftlicher Disziplinen, epidemiologischer, demographischer und gesundheitsökonomischer Forschung, der Präventions- und Rehabilitationsforschung, der Altersmedizin und naturwissenschaftlicher Disziplinen (einschl. der molekulargenetischen Altersforschung),
- verstärkten Einsatz für koordinierte Forschungsprogramme im Bereich der Altersforschung innerhalb der Europäischen Union.

Im Einzelnen leitet sich folgender vorrangiger Forschungsbedarf mit dem Ziel einer künftigen besseren Prävention und Therapie altersassoziierter Krankheiten ab:

#### Basisforschung

- Erforschung von Ätiopathogenese (= Ursache und Krankheitsentwicklung) und Therapie neurodegenerativer Erkrankungen (Alzheimer-Demenz, Parkinson),
- Erforschung von Ätiopathogenese und Therapie der altersassozierten Makuladegeneration (= Netzhauterkrankung des Auges) (feuchte bzw. insbesondere trockene),
- Erforschung von Ätiopathogenese und Primärprävention der Depression,
- Erforschung von Ätiopathogenese, neuer Therapieoptionen und Prävention der Arthrose (= degenerative Gelenkerkrankung) (Coxarthrose, Gonarthrose, Spondylarthrose).

#### Verhaltensmedizinische Forschung

- Erforschung von Möglichkeiten breitenwirksamer und nachhaltiger Verhaltensmodifikation (Ernährung, Bewegung, Genussmittelkonsum) zur primären und sekundären Prävention (Übergewicht, Hypertonie, Arteriosklerose, Malignome, Osteoporose, Arthrose, etc.).

#### Versorgungsforschung

- Aufbau einer kontinuierlichen Versorgungsforschung, um Versorgungsdefizite zeitnah erkennen zu können,
- Evaluation der Wirksamkeit von Methoden zur Intervention bei erkannten Versorgungsdefiziten vor Implementierung (Beispiel: Depression im Alter),
- Evaluation der Effizienz bestimmter innovativer Techniken (z. B. Telemonitoring) und Therapieformen (z. B. Off-Label-Use (= Einsatz von Medikamenten außerhalb zugelassener Indikation) von Chemotherapeutika in der Onkologie).

#### Psychosoziale Forschung

- Erforschung der Konzepte der Bevölkerung zur Lebensgestaltung im Alter (dazu gehören u. a. Dauer der Erwerbstätigkeit, Wohnform, Sterben),
- Erforschung der Wirksamkeit und Effizienz von Versorgungsformen, die diesen Konzepten entsprechen,
- Erforschung der Kompetenzen der Bevölkerung, mit häufigen, alters-typischen Krankheiten sachgerecht im Sinne der Selbsthilfe (eigenes Expertentum im Interesse der Autonomie und Compliance, Expertentum der Angehörigen) umzugehen,
- Erforschung von Interventionsmöglichkeiten zur breitenwirksamen Erhöhung der Kompetenzen der Bevölkerung zur (autonomen) Selbsthilfe (auch mit dem Ziel, Nachteile aus der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Schichten zu mindern).

- Erforschung des Einflusses auf die Lebensqualität und Lebensqualität-adjustierte Lebensjahre (QALYs) bei medizinischen Interventionen im fortgeschrittenen Lebensalter (z. B. tumorchirurgische Interventionen).

Berlin, den 29. Januar 2002

**Dr. Sabine Bergmann-Pohl**  
**Bärbel Sothmann**  
**Dr. Gerhard Friedrich (Erlangen)**  
**Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)**  
**Thomas Rachel**  
**Dr. Wolf Bauer**  
**Ilse Aigner**  
**Dr. Maria Böhmer**  
**Dr. Hans Georg Faust**  
**Ulf Fink**  
**Ingrid Fischbach**  
**Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land)**  
**Norbert Hauser (Bonn)**  
**Hubert Hüppe**  
**Dr.-Ing. Rainer Jork**  
**Dr. Harald Kahl**  
**Steffen Kampeter**  
**Eva-Maria Kors**  
**Werner Lensing**  
**Erich Maaß (Wilhelmshaven)**  
**Dr. Martin Mayer (Siegertsbrunn)**  
**Hans-Peter Repnik**  
**Hannelore Rönsch (Wiesbaden)**  
**Heinz Schemken**  
**Dr.-Ing. Joachim Schmidt (Halsbrücke)**  
**Dr. Erika Schuchardt**  
**Angelika Volquartz**  
**Annette Widmann-Mautz**  
**Heinz Wiese (Ehingen)**  
**Aribert Wolf**  
**Peter Kurt-Würzbach**  
**Wolfgang Zöllner**  
**Friedrich Merz, Michael Glos und Fraktion**