

Impressum

Herausgeber:

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV)

Referat Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 103

14473 Potsdam

Tel.: 0331/866-7016

Fax: 0331/866-7018

E-mail: Pressestelle@MUGV.Brandenburg.de

Internet: www.mugv.brandenburg.de

Redaktion:

Abteilung Gesundheit, Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Gabriele Ellsäßer, Alexandra Lang, Daniel Koster, Karin Lüdecke, Claudia Siffczyk,

in Zusammenarbeit mit Andreas Böhm (MUGV), Andreas Keil (MASF) und Carsten Kampe (MASF)

Titel: Die Wortwolke wurde aus dem vorliegenden Text hergestellt (www.wordle.net). In der Wolke nehmen häufige Wörter im Text einen größeren Raum ein. Die Wortwolke kann als eine Art Zusammenfassung verstanden werden.

Potsdam, Dezember 2013

Gesamtherstellung:

Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg

Seeburger Chaussee 2

14476 Potsdam, OT Groß Glienicke

Layout und Druck:

LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Brandenburg herausgegeben. Sie ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landes-, Bundestags- und Kommunalwahlen. Missverständlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden wird.

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht. Belegexemplar erbeten.

Inhalt

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Einleitung | 4 |
| 2 | Demografische Entwicklung in Brandenburg | 6 |
| 3 | Soziale Aspekte der Gesundheit | 12 |
| 3.1 | Leben im eigenen Haushalt | 12 |
| 3.2 | Aspekt der sozialen Lage – Grundsicherung im Alter | 13 |
| 3.3 | Soziale Unterstützung | 14 |
| 3.4 | Bürgerschaftliches Engagement | 15 |
| 4 | Gesundheitliche Lage | 17 |
| 4.1 | Den Alltag meistern | 17 |
| 4.2 | Eigene Einschätzung der Gesundheit..... | 19 |
| 4.3 | Krankenhausbehandlungen | 20 |
| 4.4 | Sturzverletzungen und Oberschenkelbruch | 21 |
| 4.5 | Psychische Erkrankungen..... | 24 |
| 5 | Gesundheitsverhalten: Ressourcen und Risiken | 27 |
| 6 | Pflegebedürftigkeit | 33 |
| 7 | Das Bündnis Gesund Älter werden | 36 |
| 8 | Gesund älter werden im Land Brandenburg: Gesundheitliche Versorgung | 38 |
| | Literatur | 41 |

1 Einleitung

Die gestiegene Lebenserwartung, die verbesserte medizinische Versorgung und die sinkenden Geburtenzahlen bedingen europaweit eine Veränderung der Altersstruktur in der Bevölkerung. Wie Deutschland insgesamt, durchläuft auch das Land Brandenburg einen tiefgreifenden demografischen Wandel. Konkret bedeutet das, dass die Zahl und der Anteil älterer und hochbetagter Menschen in Brandenburg stark zunehmen und die Zahl und der Anteil jüngerer Menschen an der Bevölkerung geringer werden.

Die Lebensqualität und die gesundheitliche Lage im Alter werden nicht nur von der Qualität und Zugänglichkeit des medizinischen Versorgungssystems bestimmt. In großem Maße sind andere Faktoren wirksam und auch weitere Akteure gefordert. Auf Initiative des Brandenburgischen Gesundheitsministeriums hin haben sich im Jahr 2012 Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialwesen im Gesundheitszieleprozess „Bündnis Gesund älter werden in Brandenburg“ zusammengeschlossen. Die Bündnispartner verständigen sich über drängende Probleme und vereinbaren gemeinsame Ziele und Maßnahmen, um die bereits vorhandenen vielfältigen Aktivitäten im Feld von Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen zu bündeln und auszubauen. Dabei ist kein defizitorientiertes, sondern vielmehr ein ressourcenorientiertes Altersbild gefragt. Denn es geht im Gesundheitsbereich wie auch in anderen Lebensbereichen um möglichst viel Selbstbestimmung über das eigene Leben und gleichzeitig auch um das gemeinsame Leben. Hilfe und Unterstützung beruhen auf Geben und Nehmen.

Das „Bündnis Gesund Älter werden“ ist ein Beitrag zum seniorenpolitischen Programm der Brandenburgischen Landesregierung (siehe auch Kapitel 3.4) und zum nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ von Gesundheitsziele.de. Das gemeinsame

Wirken wird durch die Daten der Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheit älterer Menschen im Land Brandenburg begleitet. Ein regelmäßig aktualisierter Datenmonitor¹, in dem Gesundheitsdaten aus verschiedenen Quellen übersichtlich zusammengefasst sind, soll die Diskussion über Schwerpunkte und besondere Probleme im Land Brandenburg unterstützen und die Formulierung sowie später auch die Evaluation von Gesundheitszielen erleichtern. Die Daten sollen zum einen der Orientierung dienen: Wie steht es um Gesundheit und Lebensqualität? Zum anderen erfolgt auf diese Weise die Identifizierung von Problemfeldern bzw. auch von möglichen Gesundheitspotenzialen: Wo gibt es möglicherweise eine kritische Entwicklung im Vergleich zu früheren Jahren? Wie ist die Datenlage in Brandenburg im Vergleich zum Bundesdurchschnitt? Wo liegen Chancen und Stärken, die möglicherweise sogar ausgebaut werden können?

Der vorliegende Bericht gibt zunächst einen Überblick über die demografische Entwicklung im Land Brandenburg und geht danach auf ausgewählte Aspekte der gesundheitlichen Lage älterer Menschen ein. Da die Gesundheit und soziale Lage eng miteinander verflochten sind, werden auch Daten zur sozialen Lebenslage wie Wohnsituation, Grundsicherung im Alter und sozialer Unterstützung vorgestellt. Darüber hinaus werden verhaltensbezogene Gesundheitsressourcen und -risiken thematisiert. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Alter und der daraus resultierenden Unterstützungsbedarfe.

Mit dem vorliegenden Bericht wird kein vollständiges Bild zur Gesundheitssituation älterer Menschen gezeichnet. Viele Fragen

¹ Der aktuelle Datenmonitor zur Unterstützung der Arbeit des „Bündnis Gesund älter werden“ findet sich unter www.gesundheitsplattform.brandenburg.de

werden erst aufgeworfen, beispielsweise: Wie können neue Technologien hochaltrigen Menschen helfen, Einschränkungen im Alltag zu verringern? Wie kann das soziale Engagement der jungen Alten, d. h. der Gruppe, die nach dem Arbeitsleben bei guter Gesundheit ist, erhalten und gestärkt werden? Wie kann eine verbesserte Mundgesundheit bei den Hochbetagten – besonders bei den Pflegebedürftigen – erreicht werden?

Wichtige Datenquellen:

GEDA-Survey: Durch die bevölkerungsbezogene telefonische Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Instituts „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) werden im Rahmen des Gesundheitsmonitorings regelmäßig Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zu verschiedenen Gesundheitsgefährdungen sowie zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland erhoben. Das Land Brandenburg beteiligte sich 2008/2009 und 2012/2013 an GEDA mit zusätzlichen Mitteln für eine landesspezifische Aufstockung der Stichprobe.

Injury Data Base (IDB): Krankenhausbezogenes Erfassungssystem aller ambulant und stationär behandelten verletzten Patienten durch Unfälle, Gewalt oder Selbstverletzungen. Die Erfassung wird europaweit nach einem einheitlichen Standard durchgeführt, d. h. Verletzungsmechanismus, Kontextfaktoren und auslösende Produkte werden mit erfasst. Ziel dieses Monitoringsystems ist, bevölkerungsbezogene Aussagen zu Risikogruppen und Risikofaktoren zu treffen und Präventionsschwerpunkte abzuleiten. Die für das Land Brandenburg repräsentativen Daten werden am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus erfasst; weitere IDB-Daten für Deutschland werden an den Standorten Leipzig, Chemnitz und Delmenhorst erhoben.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg: Daten der Krankenhausdiagnosestatistik, bezogen auf den Wohnort der Patienten, Bevölkerungsstatistik, Todesursachenstatistik, Pflegestatistik

2 Demografische Entwicklung in Brandenburg

Die Bevölkerung des Landes Brandenburg schrumpft. Nach der aktuellen Bevölkerungsprognose (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2011) wird sich die Bevölkerung des Landes Brandenburg bis zum Jahr 2030 von 2,52 auf ca. 2,23 Millionen Einwohner verringern. Geburten und die erwartete Zuwanderung können den natürlichen Rückgang durch Sterbefälle nicht ausgleichen.

Mit dem Bevölkerungsrückgang verändert sich auch die Altersstruktur. Landesweit verringert sich die Anzahl der Kinder und Personen im erwerbsfähigen Alter während die Anzahl der Älteren mit 65 Jahren und älter ansteigt.

Im Jahr 2011 lebten in Brandenburg rund 2,5 Millionen Menschen, darunter etwa 558.500 Menschen mit 65 Jahren und älter (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Das entspricht einem Anteil von mehr als einem Fünftel (22 %) der Brandenburger Bevölkerung.

Im Jahr 2000 lag der Altenquotient (Definition siehe Kasten) bei 24,5, im Jahr 2011 bereits bei 36,0 (Abb. 1). Nach der jüngsten Bevölkerungsprognose wird der Altenquotient in Brandenburg bis zum Jahr 2020 auf 43,8 und bis 2030 auf 65,6 ansteigen, d. h. zwei ältere Menschen (65 Jahre und älter) stehen drei im erwerbsfähigen Alter gegenüber.

Altenquotient

Der Altenquotient bildet das zahlenmäßige Verhältnis der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter) zur Bevölkerung im Erwachsenenalter (20 bis unter 65 Jahre) ab. Der Altenquotient von 36 heißt, dass 36 ältere Menschen (65 Jahre und älter) 100 Menschen im Alter von 20 bis 65 Jahren gegenüber stehen.

$$\text{Altenquotient} = \frac{\text{Bevölkerung ab 65 J.}}{\text{Bevölkerung 15–64 J.}}$$

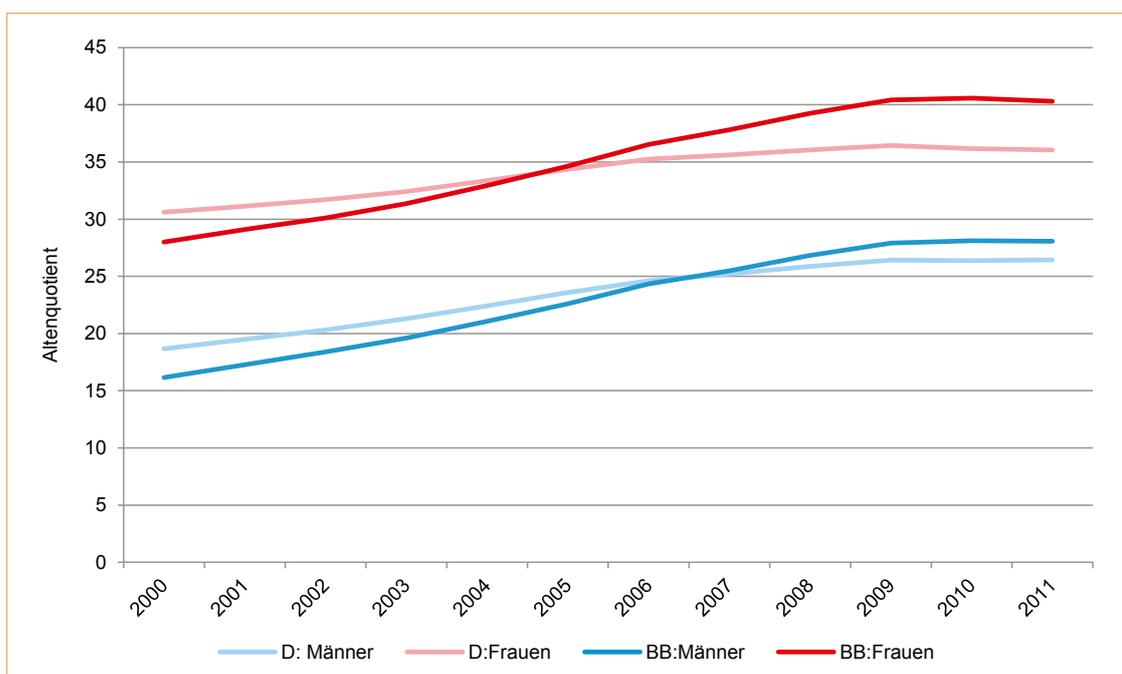


Abb. 1 Entwicklung des Altenquotienten in Deutschland und Brandenburg 2000–2011.
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerungsstatistik.

Bereits heute unterscheiden sich die Landkreise und kreisfreien Städte deutlich in der Alterszusammensetzung ihrer Bevölkerung. Die künftige demografische Entwicklung wird die regionalen Unterschiede zwischen den Berlin nahen und den Berlin fernen Regionen weiter verstärken. Für das Jahr 2030 wird ein Altenquotient von 55 für das Berliner Umland prognostiziert und von 77 für den weiteren Metropolraum. Für den Berlin fernen Landkreis Prignitz wird für das Jahr 2030 der höchste Altenquotient (85) prognostiziert, für die kreisfreie Stadt Potsdam dagegen der niedrigste (39).

Für die Brandenburger Landkreise und kreisfreien Städte mit besonders hohen Altenquotienten ist anzunehmen, dass es dort besondere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gibt. Die Gesundheitsversorgung wird in den dünn besiedelten ländlichen Regionen schwieriger (SVR Gesundheit 2009).

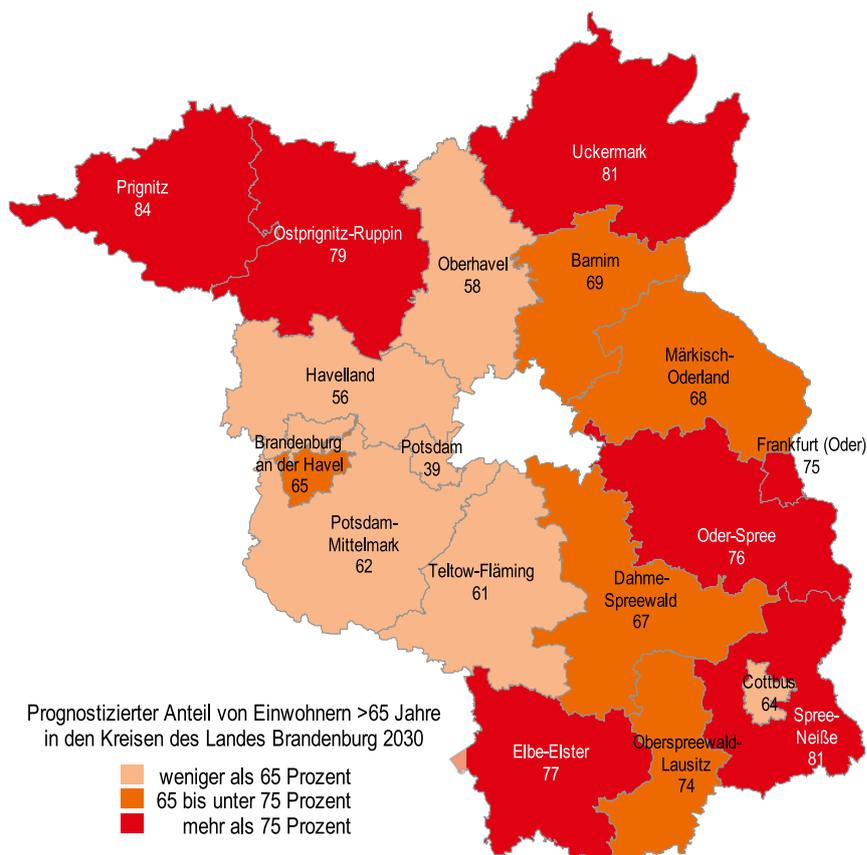


Abb. 2 Prognostizierter Altenquotient in Brandenburg 2030.

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerungsprognose 2010–2030, eigene Berechnungen LUGV.

Viele Hochbetagte in Brandenburg

Für das Jahr 2030 wird geschätzt, dass im Land Brandenburg etwa 596.800 ältere Menschen zwischen 65 und 80 Jahren leben werden, d.h. ihre Anzahl wird im Vergleich zum Jahr 2010 (441.200 ältere Menschen) um mehr als ein Drittel (35 %) angestiegen sein (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2011). Die Anzahl der Personen, die 80 Jahre und älter sind, wird sich im Land Brandenburg von etwa 110.700 im Jahr 2011 bis zum Jahr 2030 mehr als verdoppeln. Dass die Zahl der hochaltrigen Menschen für einige Jahre wesentlich stärker ansteigt als die Zahl der jungen Alten liegt daran, dass zwischen Ende des Zweiten Weltkrieges und Anfang der 1950er Jahre ein Geburteneinbruch stattfand. Es wird geschätzt, dass erst ab dem Jahr 2020 die Zahl der Hochbetagten etwa konstant bleiben wird.

Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen den jüngeren älteren Menschen und den Hochbetagten wird sich demnach in den kommenden Jahren deutlich ändern (s. Abb. 3). Die Hochbetagten werden voraussichtlich viel Unterstützung im Alltag benötigen und auch ihre soziale Einbindung in die Kommunen wird eine große Rolle spielen. Bei der Bewältigung dieser Aufgaben wird es nicht zuletzt auch auf

die Tatkraft und das Engagement der jüngeren älteren Menschen ankommen, die sich zumeist einer guten Gesundheit erfreuen. Auf die Bedeutung des bürgerschaftlichen Engagements der Seniorinnen und Senioren in einer älter werdenden Gesellschaft wird daher in Abschnitt 3.4 näher eingegangen.

Lebenserwartung

Noch nie konnten Menschen im Land Brandenburg damit rechnen, so alt zu werden wie heute. Die Lebenserwartung ist die Anzahl der Lebensjahre, die ein heute geborener Junge oder Mädchen statistisch im Durchschnitt zu erwarten hat, wenn die Verhältnisse der Gegenwart fortgeschrieben werden. Sie spiegelt verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit wider, wozu genetische Dispositionen, individuelle und bevölkerungsbezogene Verhaltensweisen, Belastungen in der Lebensgeschichte, Ernährungsgewohnheiten, die soziale Lage und die Leistungsfähigkeit des medizinischen Versorgungssystems gehören.

Die Lebenserwartung der Brandenburger Bürgerinnen und Bürger hat sich zwischen 1993/1995 und 2009/2011 dem bundesweiten Durchschnittswert angenähert. Die Lebenserwartung für Frauen und Männer mit

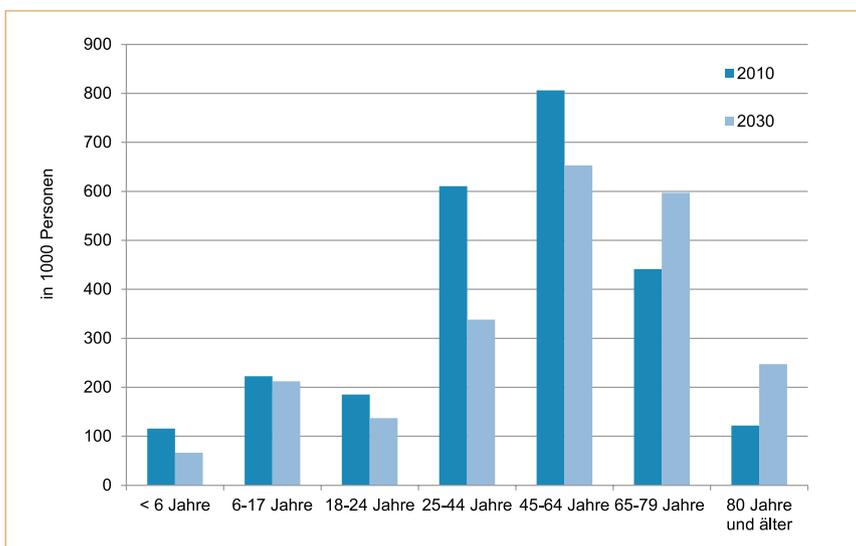


Abb. 3
Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen in Brandenburg 2010 und 2030; Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Bevölkerungsstand zum Jahresende, Bevölkerungsprognose 2010–2030.

65 Jahren ist in diesem Zeitraum um etwa 3 Jahre angestiegen. Aktuell beträgt die Lebenserwartung bei der Geburt für Brandenburger Männer 77 Jahre und für Frauen 82 Jahre. Im Bundesdurchschnitt liegt die mittlere Lebenserwartung für Männer bei 78 und bei Frauen bei 83 Jahren.

Die Lebenserwartung im höheren Lebensalter ist in den letzten Jahren ebenfalls gestiegen. 2009/2011 können Männer im Alter von 65 Jahren durchschnittlich 17 weitere Lebensjahre erwarten und Frauen 20 Jahre. Der Geschlechterunterschied bei der Lebenserwartung verringert sich im Alter von 80 Jahren: Männer haben hier noch etwa 8 und Frauen etwa 9 Jahre vor sich (siehe Abb. 4).

Insgesamt führt die steigende Lebenserwartung zu mehr in Gesundheit verbrachten Lebensjahren (SVR Gesundheit 2009). Dabei wirkt sich die sozioökonomische Lage eines Menschen deutlich auf seine Lebenserwartung aus: Studienergebnisse (z. B. Lampert et al. 2007) zeigen, dass die Lebenserwartung bei Männern in der niedrigsten Einkommensgruppe (0–60 % des durchschnittlichen Einkommens) um 11 Jahre niedriger ist, als bei Männern der höchsten Einkommensgruppe (mehr als 150 % des durchschnittlichen

Einkommens). Im Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung, d. h. also der Jahre, die ohne größere Einschränkungen erlebt werden, ist der Unterschied sogar noch größer (14 Jahre). Bei Frauen bestehen ebenfalls zwischen den Einkommensgruppen deutliche Unterschiede, allerdings geringere als bei den Männern.

Vorzeitige Sterblichkeit

Treten in einer Bevölkerung in einem Alter deutlich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung gehäuft Todesfälle auf, so besteht ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken. Konkret bedeutet das: Wie viele Menschen sterben unter 65 Jahren durch Krankheiten oder äußere Ursachen? Todesfälle, die sich bei unter 65-Jährigen ereignen, werden als vorzeitig und in vielen Fällen als vermeidbar angesehen.

Männer sterben insgesamt deutlich häufiger unter 65 Jahren als Frauen. Insbesondere bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und bei den Verletzungen ist die Geschlechterdifferenz groß (siehe Abb. 5). Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems sind sowohl in Deutschland als auch in Brandenburg bei beiden Geschlechtern die häufigsten Ursachen für einen vorzeitigen Tod.

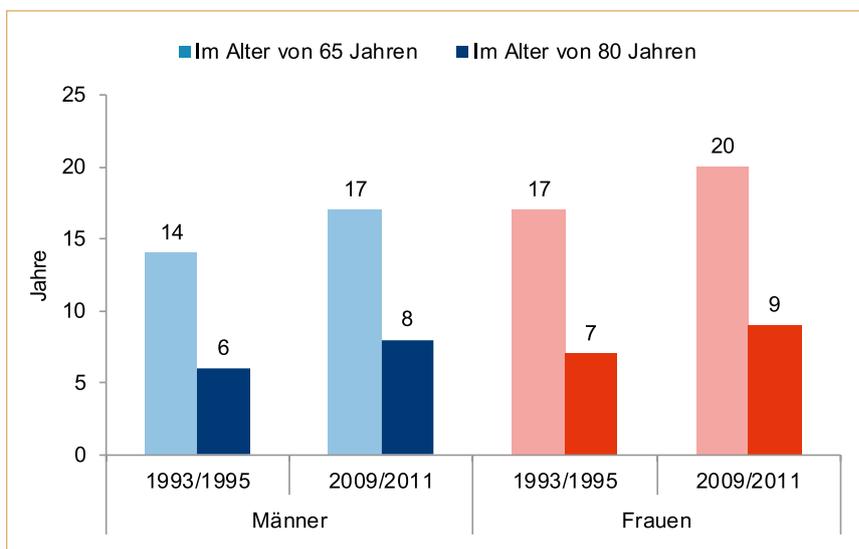


Abb. 4
Lebenserwartung ab 65 und ab 80 Jahren in Brandenburg 1993/1995 und 2009/2011.
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik.

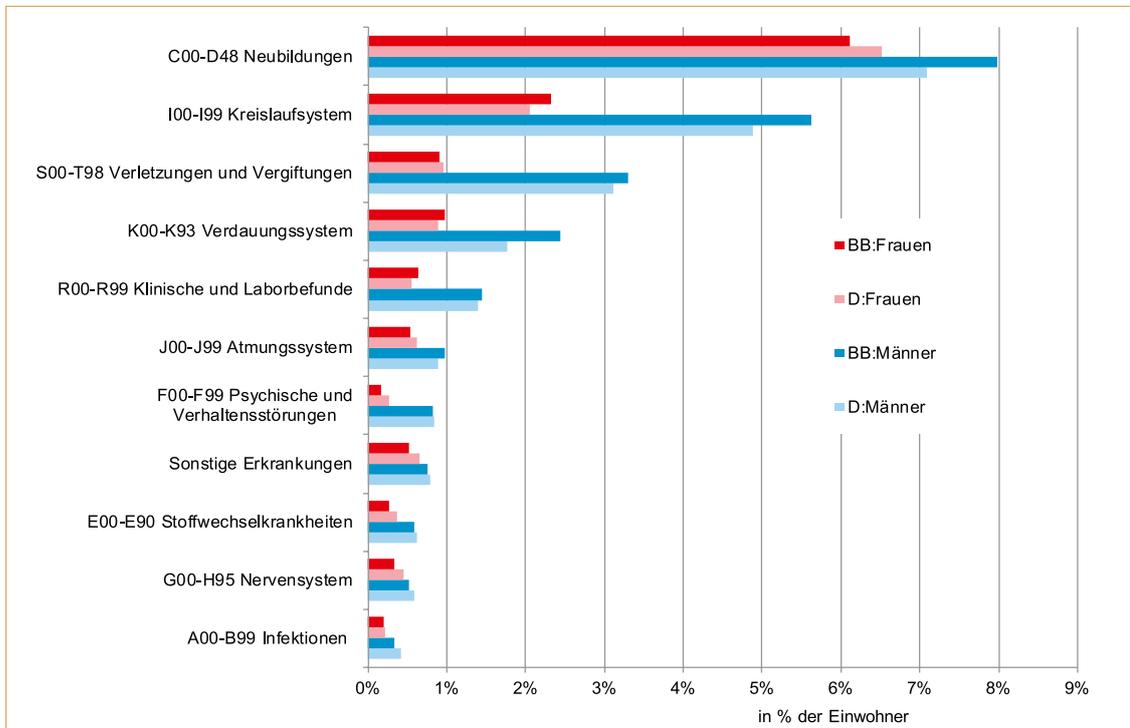


Abb. 5 Todesfälle unter 65 Jahren bei Frauen und Männern nach Diagnosen in Deutschland und Brandenburg 2011. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik 2011.

Im Land Brandenburg sterben häufiger unter 65-Jährige als dies im Bundesdurchschnitt der Fall ist: Während im Jahr 2011 in Deutschland 183 von 100.000 Einwohnern durch Krankheiten und äußere Ursachen (Verletzungen etc.) ums Leben kamen, waren es im Land Brandenburg zehn mehr. Brandenburger Männer sterben deutlich häufiger unter 65 Jahren als Männer im Bundesdurchschnitt. Bei den Frauen zeigt sich kaum ein Unterschied zwischen dem Land Brandenburg und dem Bundesdurchschnitt. Dies weist darauf hin, dass Männer im Land Brandenburg größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind als im Bundesdurchschnitt. Dies trifft beispielsweise für tödliche Verletzungen durch Unfälle und Selbstverletzungen zu.

Zwischen den Jahren 2001 und 2011 hat sich die vorzeitige Sterblichkeit sowohl bundesweit als auch im Land Brandenburg stetig verringert: Bei den Männern nahm der Anteil

der unter 65 Jahren Gestorbenen um etwa 23 % ab, bei den Frauen waren es 15 %.

Bei Betrachtung der vorzeitigen Sterblichkeit auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte im Land Brandenburg zeigen sich deutliche Unterschiede im Vergleich zum Landesdurchschnitt (siehe Abb. 6). Die Stadt Brandenburg an der Havel und der Landkreis Prignitz liegen hier besonders deutlich über dem Durchschnitt, während die Landkreise Potsdam-Mittelmark und Oberhavel markant unter dem Landesdurchschnitt liegen. Regionale Unterschiede bei der vorzeitigen Sterblichkeit zeigen sich auch bei einem Vergleich des Berliner Umlandes mit dem weiteren Metropolenraum: In Berlin nahen Teilen des Landes Brandenburg ist die vorzeitige Sterblichkeit deutlich geringer als in den Berlin ferneren Regionen.

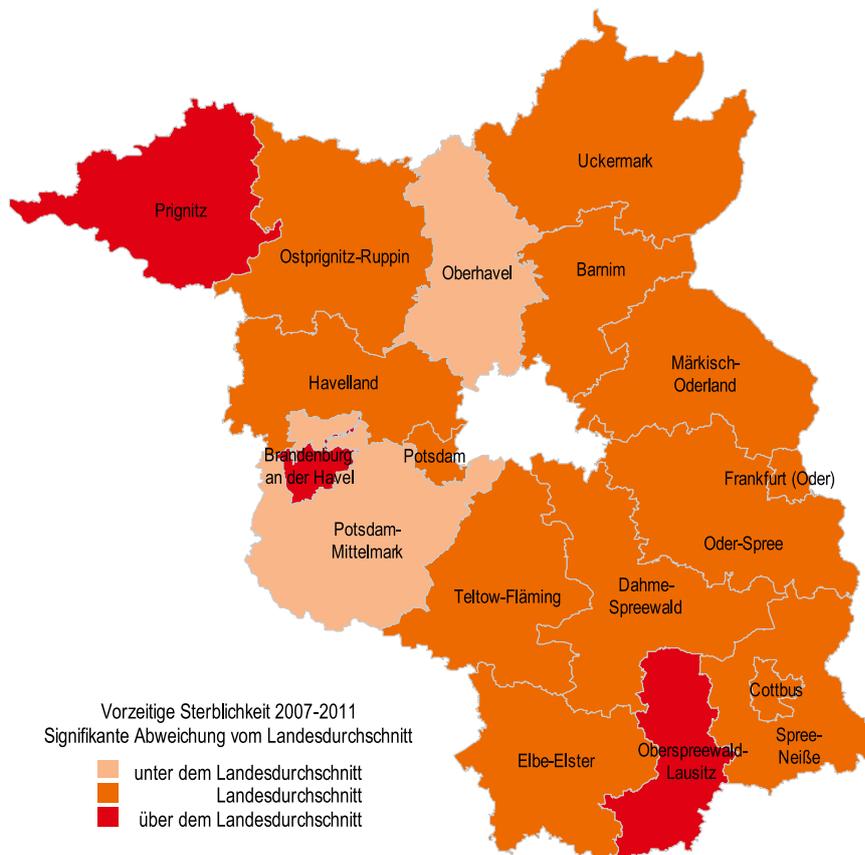


Abb. 6 Vorzeitige Sterberate (SMR²) in den Brandenburger Landkreisen und kreisfreien Städten im Vergleich zum Landesdurchschnitt 2011.

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Todesursachen- und Bevölkerungsstatistik 2011.

² SMR = Standardisierte Mortalitätsrate; dieser Indikator beschreibt, wie die Mortalitäts- oder Morbiditätsraten in den betrachteten Regionen wären, wenn die Bezugsbevölkerung der durchschnittlichen Brandenburger Bevölkerung entspräche. Auf diese Weise werden Effekte der unterschiedlichen Altersstrukturen ausgeblendet und eine regionale Vergleichbarkeit ermöglicht.

3 Soziale Aspekte der Gesundheit

Die körperliche und seelische Gesundheit steht in enger Wechselbeziehung zur sozialen Lage. Soziale Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, inwieweit ein älterer Mensch in der Lage ist, seinen Alltag in Abhängigkeit von seiner gesundheitlichen Verfassung selbstständig zu bewältigen. Zu diesen zählen die Wohnsituation, das Einkommen und die Teilhabe am sozialen Leben. Auf der anderen Seite spielt das soziale Eingebunden-sein eine Rolle, z. B. in Form von ehrenamtlichen Tätigkeiten.

3.1 Leben im eigenen Haushalt

Die Wohnsituation der älteren Menschen sagt etwas über die selbstständige Lebensführung von älteren Menschen aus. Im Land Brandenburg leben die meisten älteren Menschen (etwa 70 %) im Alter von 65 Jahren und älter in Privathaushalten, davon etwa ein Drittel (28 %) in Ein-Personen-Haushalten (Mikrozensus 2011). Je höher das Alter ist, umso eher wird allein gelebt. Das gilt besonders für Frauen. Bedingt durch die höhere Lebenserwartung und ein höheres Alter des Partners überleben Frauen häufig ihren Partner. Im Jahr 2011 lebten etwa die Hälfte (46 %) aller Frauen mit 65 Jahren und älter allein im Haushalt. Männer dieser Altersgruppe leben deutlich seltener allein (33 %). Ge-

rade Frauen im höheren Alter ab 75 Jahren leben im Verhältnis zu den Männern besonders häufig allein (siehe Abb.7).

Ist es für einen älteren bzw. hochbetagten Menschen bei einem erhöhten Pflegebedarf und aufgrund fehlender Unterstützungsmöglichkeiten nicht länger möglich, den Alltag im eigenen Haushalt zu bewältigen, kommt häufig nur der Umzug in ein Pflegeheim in Frage. Hochbetagte Frauen benötigen häufiger stationäre Dauerpflege als Männer (siehe Abb. 8), was nicht nur mit der längeren Lebensdauer, sondern auch mit Familienstand und Haushaltsform zusammenhängt. Viele Frauen sind im Alter allein stehend und waren häufig zuvor erheblichen Belastungen durch die Pflege des Partners ausgesetzt. Die Geschlechtsdifferenzierte Ausprägung von Erkrankungen spielt ebenfalls eine Rolle: Während ältere Männer öfter von Erkrankungen betroffen sind, die mit einer frühen Sterblichkeit verbunden sind (z. B. Herzinfarkt), leiden Frauen häufiger unter Erkrankungen, die zwar zu körperlichen Einschränkungen, nicht aber zu vorzeitigem Tod führen (Destatis, DZA & RKI 2009). Erreichen ältere Männer ein hohes Alter, haben sie deshalb häufiger als gleichaltrige Frauen eine relativ gute Gesundheit (siehe auch Pflegequoten in Kapitel 6).

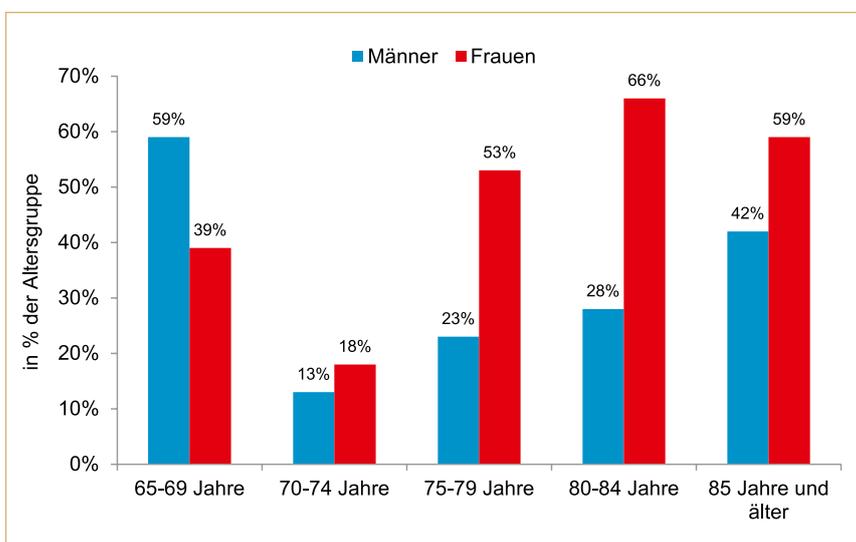


Abb. 7
Frauen und Männer 65+
wohnhaft in Ein-Personen-
Haushalten in Brandenburg
2011.
Quelle: Amt für Statistik
Berlin-Brandenburg,
Mikrozensus 2011.

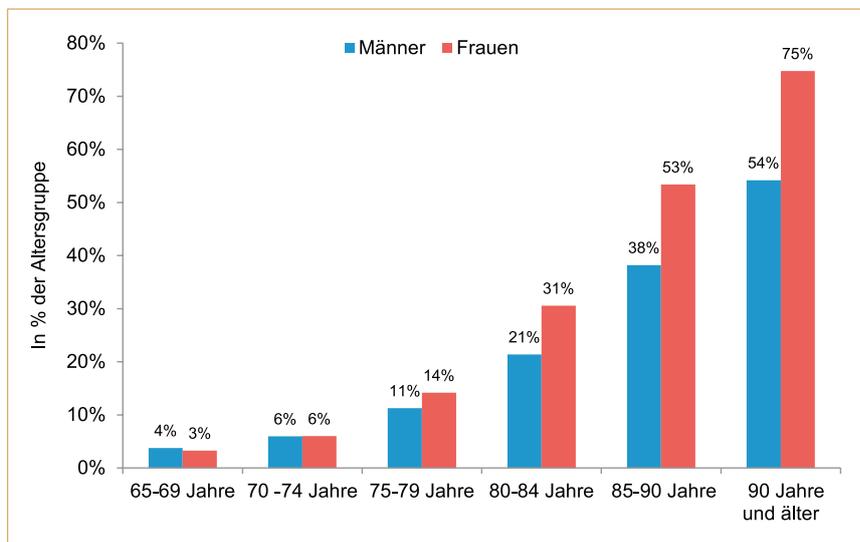


Abb. 8
 Frauen und Männer 65+
 in Pflegeheimen
 (Stationäre Dauerpflege) in
 % der Altersgruppen,
 Brandenburg 2011.
 Quelle: Statistisches Bundesamt,
 Pflegestatistik, Bevölkerungsstatistik
 2011, eigene Berechnung LUGV.

3.2 Aspekt der sozialen Lage – Grundsicherung im Alter

Zu den die soziale Lage beschreibenden Faktoren - wie beispielsweise Bildung oder ehemalige berufliche Stellung – gehören auch die finanziellen Ressourcen. Das Einkommen älterer Menschen in Brandenburg wird vor allem durch die gesetzliche Rentenversicherung geprägt. Zunehmend kann aber auch auf zusätzliche Einkünfte, z. B. aus privater und betrieblicher Altersvorsorge zurückgegriffen werden. Je nach Haushaltssituation und Wohnort, verfügen 47 % der Alleinstehenden in den alten und 37 % der Alleinstehenden in den neuen Ländern über zusätzliche Einkommen neben den Alterssicherungsleistungen. Bei Ehepaaren lauten die entsprechenden Zahlen 59 % für die alten und 48 % für die neuen Länder (BMAS 2012).

Bei Hilfebedürftigkeit können Leistungen aus der Grundsicherung im Alter (4. Kapitel SGB XII) in Anspruch genommen werden. Der Bezug von Grundsicherung im Alter gibt dabei auch Hinweise auf die Entwicklung von Einkommensarmut im Alter: Lediglich etwa 1,2 % der Bevölkerung Brandenburgs im Alter von 65 Jahren und älter bezogen im Jahr 2011 Grundsicherung (bundesweit 2,4 %). Frauen

erhalten dabei sowohl bundesweit als auch in Brandenburg häufiger Grundsicherung als Männer (siehe Abb. 9). Im Jahr 2011 gab es in Brandenburg 20.730 Rentnerinnen und Rentner, die Grundsicherung erhielten. Insgesamt ist der Anteil der älteren Menschen in Brandenburg, die Grundsicherung beziehen, deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt. Eine signifikante Zunahme von Altersarmut lässt sich aus den vorliegenden Daten zurzeit nicht ableiten.

Allerdings kann die tatsächliche Armutsgefährdung im Alter höher liegen, als es die Grundsicherungsquote signalisiert. Viele ältere Menschen nehmen staatliche Leistungen aus Scham oder auch aus Unkenntnis nicht in Anspruch (sog. „verdeckte Armut“). Es wird geschätzt, dass bundesweit nur etwa die Hälfte der Anspruchsberechtigten über 65 Jahre auch tatsächlich Leistungen der Grundsicherung beziehen (Becker 2012). Ob das in diesem Maße auch für das Land Brandenburg zutrifft, bleibt offen.

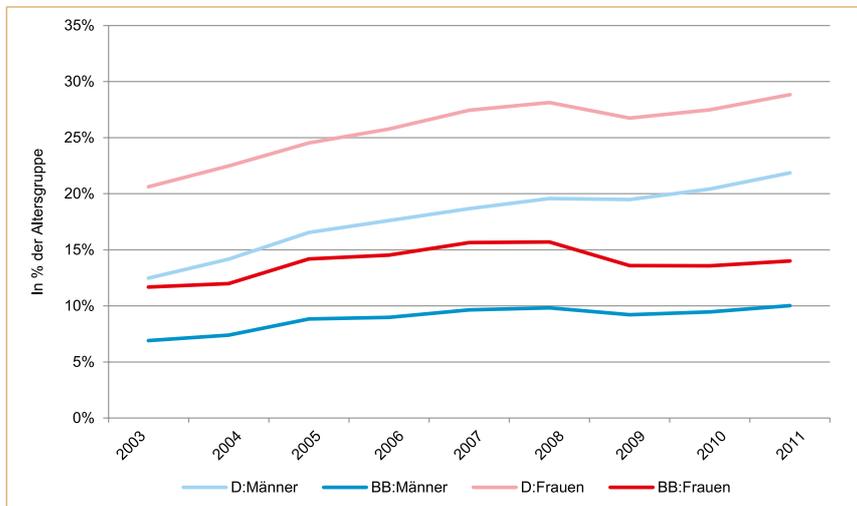


Abb. 9
Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter 65+ in Deutschland und Brandenburg 2003–2011. Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe-Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

3.3 Soziale Unterstützung

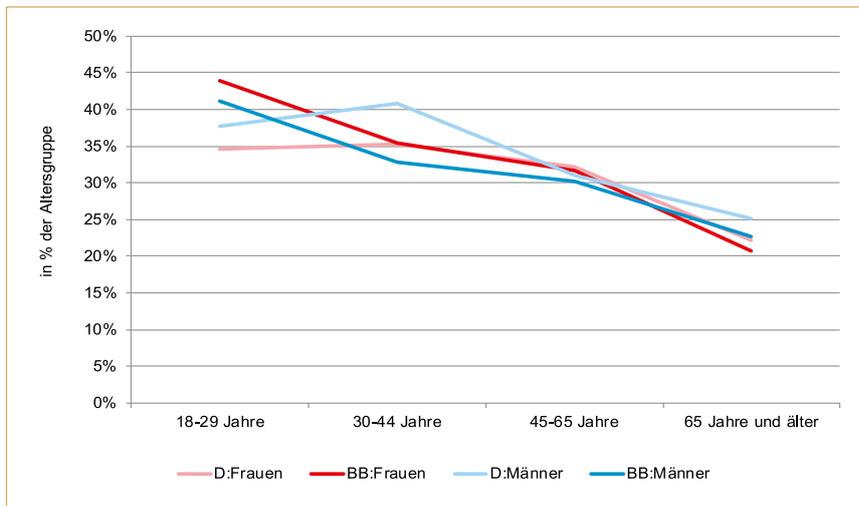
Soziale Beziehungen leben davon, dass Menschen einander vertrauen und sich füreinander verantwortlich fühlen. Zentral ist, dass sowohl ein Geben als auch ein Nehmen stattfindet, denn das soziale Miteinander beruht auf Gegenseitigkeit. Für die Lebensqualität im Alter spielt es eine große Rolle, wie gut ein Mensch in soziale Netzwerke wie z. B. Familie, Nachbarn, Vereine etc. integriert ist. Viele ältere Menschen, gerade die jungen Alten im dritten Lebensalter zwischen 65 und 80 Jahren, sind in ein gutes soziales Netzwerk eingebunden und können ihren Alltag selbst bewältigen. Das bedeutet auch, dass diese Gruppe über Ressourcen verfügt, die es erlauben, körperlich und geistig eingeschränkte ältere Menschen, besonders unter den Hochbetagten, zu unterstützen. Durch soziale Unterstützung können psychosoziale Belastungen besser bewältigt werden und die Anfälligkeit für Krankheiten und Beschwerden wird verringert (Berkman & Glass 2000).

Soziale Unterstützung hat mehrere Komponenten. Im Survey „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts wird soziale Unterstützung gemessen, indem gefragt wird, auf wie viele Menschen man sich bei ernststen persönlichen Problemen verlassen kann, wie viel Interesse und Anteilnahme an-

dere Menschen an dem, was man tut, zeigen und wie leicht es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Im Lebensverlauf nimmt die soziale Unterstützung ab (siehe Abb. 10). Gerade in den Gruppen der Gleichaltrigen sowie in den engeren familiären Zusammenhängen der jungen Erwachsenen und später auch bei den Altersgruppen, die über ihre berufliche Tätigkeit möglicherweise besser ihre soziale Kontakte pflegen können, liegt der Anteil mit starker sozialer Unterstützung deutlich höher als bei den über 64-Jährigen.

Brandenburger Männer und Frauen ab 45 Jahren erleben durchschnittlich etwas weniger soziale Unterstützung als Männer und Frauen im Bundesdurchschnitt. Es ist unklar, woher diese Benachteiligung kommt. Zwischen 2009 und 2013 hat sich der Anteil der Männer mit 65 Jahren und älter mit einer starken sozialen Unterstützung erhöht (von 22 % auf 27 %) während hier bei den weiblichen Altersgenossinnen ein Rückgang zu verzeichnen ist (von 21 % auf 18 %).

Insgesamt steht bei den älteren Menschen dem relativ kleinen Anteil mit einer starken Unterstützung ein wesentlich größerer Anteil derjenigen gegenüber, die nur eine mittlere oder sogar geringe soziale Unterstützung erfährt (RKI, GEDA-Survey 2013).



*Abb. 10
Anteil von Frauen und Männern
mit starker sozialer Unterstützung
nach Altersgruppen in Deutschland
und Brandenburg 2013.
Quelle: RKI, GEDA 2013.*

Sowohl was den Unterschied zu Deutschland insgesamt angeht wie auch hinsichtlich der Entwicklung in den letzten Jahren besteht Forschungsbedarf. Sicher ist, dass eine Verbesserung bei sozialer Unterstützung sowohl die Lebensqualität sowie indirekt dann auch die Gesundheit der älteren Menschen fördern würde.

3.4 Bürgerschaftliches Engagement

Eng verknüpft mit der sozialen Unterstützung ist das bürgerschaftliche Engagement zu betrachten. Gerade im höheren Lebensalter ist es nicht nur wichtig selbst sozial vernetzt zu sein und die notwendige Unterstützung zu erhalten, sondern auch, dass die eigenen (sozialen) Kompetenzen gefördert werden. Im Zusammenhang mit dem bereits in Kapitel 2 beschriebenen Wandel der Altersstruktur und der damit einhergehenden schrumpfenden Bevölkerung ist unter anderem auch die künftige Versorgung mit sozialen Einrichtungen und Strukturen (z. B. Begegnungsräumen, Nachbarschaftshilfe etc.) für Ältere in den Kommunen eine große Herausforderung. Gerade im ländlichen Raum aber auch in den Städten kann ziviles Engagement ergänzend und stützend wirken. Es kann eine Bereicherung und ein Standortvorteil für die Kommune sein. Der Stellenwert hängt allerdings entscheidend von der entsprechenden

kommunalpolitischen Herangehensweise und Förderung ab (Mai & Swiacny 2008). Studienergebnisse konnten zeigen, dass sich Menschen, die sich für andere engagierten, eher gesund bleiben (Fried et al. 2004).

Im Land Brandenburg stellen Seniorinnen und Senioren einen großen Anteil der bürgerschaftlich engagierten Menschen. Die Engagementquote liegt mit aktuell 28 % im bundesweiten Durchschnitt (siehe Abb.11). Dazu kommen noch 36 % sogenannter „Informell Aktive“. Damit sind die Bürgerinnen und Bürger gemeint, die sich nicht öffentlich engagieren und auch keine Position oder Funktion in einem Verein etc. bekleiden. Aber sie unterstützen und helfen beispielsweise regelmäßig Nachbarn und andere Personen, wobei hier die Unterstützung von Familienmitgliedern nicht mitgezählt wird. Aus der Perspektive der gesundheitlichen Versorgung und des Ziels einer hohen Lebensqualität für alle ist das oft stille Wirken der „informell Aktiven“ hoch zu schätzen.

Das Potenzial zum zivilen Engagement scheint bei den Frauen und Männern mit 65 Jahren und älter aber durchaus noch nicht ausgeschöpft zu sein: Immerhin 9 % der befragten älteren Menschen gaben an, dass eine Ausdehnung ihres freiwilligen Engagements möglich sei (MASF 2013).

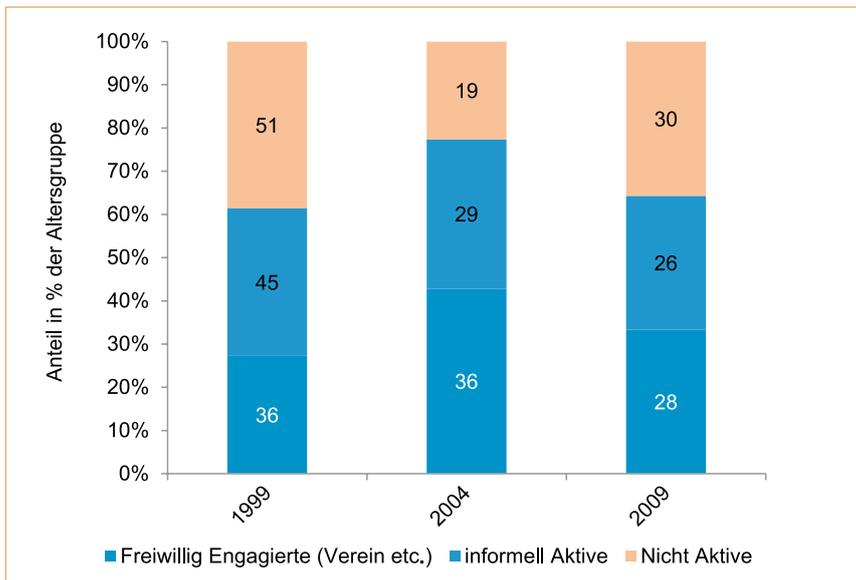


Abb.11
 Bürgerschaftlich Engagierte
 60+ in Brandenburg,
 1999–2009.
 Quelle: MASF 2013.



„Engagement hält gesund“ – Unterstützung des Bürgerschaftlichen Engagements von Seniorinnen und Senioren im Land Brandenburg

Eine der Leitlinien der Seniorenpolitik im Land ist die Unterstützung des Bürgerschaftlichen Engagements Älterer:

„Die Seniorenpolitik der Landesregierung stärkt die Eigenverantwortung und Mitverantwortung älterer Menschen. Sie bestärkt sie darin, ihre Potenziale für das Gemeinwohl einzusetzen. Das bürgerschaftliche Engagement von Seniorinnen und Senioren als unverzichtbarer Beitrag der älteren Generationen zur Generationensolidarität wird unterstützt. Die Seniorenpolitik der Landesregierung ermutigt Seniorinnen und Senioren zum lebenslangen Lernen.“ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (2007)

Das im Jahr 2011 beschlossene seniorenpolitische Maßnahmenpaket der Landesregierung enthält allein 10 Maßnahmen und Projekte, die dem Schwerpunkt „Engagieren“ zugeordnet sind, beispielsweise die Gewinnung und Schulung von Senioren in Freiwilligendiensten, die Förderung regionaler Hilfe-Netzwerke "Ältere für Ältere" (z. B. Seniorengenossenschaften, Tauschbörsen), die Gewinnung von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern für das Ehrenamt oder die Entwicklung eines Weiterbildungskonzeptes zum ehrenamtlichen "individuellen Begleiter" von Senioren und Seniorinnen im häuslichen Umfeld. Ein Schwerpunkt liegt in der Stärkung der Interessenvertretung von und für Seniorinnen und Senioren, beispielsweise durch Unterstützung der Brandenburgischen Seniorenwoche, der Schulung von kommunalen Seniorenbeiräten oder durch die Etablierung von Qualifikationen für die seniorenpolitischen Interessenvertretungen. In den Seniorenbeiräten sind rund 2.000 Seniorinnen und Senioren ehrenamtlich aktiv, über 600 davon sind bereits über 70 Jahre alt.

Weiterführende Informationen zu den seniorenpolitischen Leitlinien des Landes Brandenburg finden sich unter:

http://www.masf.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/seniorenpolitische_leitlinien.pdf

Das Leben im Alter soll in möglichst guter Gesundheit verbracht werden. Ältere Frauen und Männer sind heute gesünder als in früheren Zeiten und es gibt Hinweise darauf, dass sich insgesamt sowohl die körperliche als auch die seelische Gesundheit von Generation zu Generation verbessert hat (Kuhlmey 2006). Gleichzeitig sind viele ältere Menschen von chronischen Erkrankungen oder Multimorbidität betroffen. Ein gesundes Älterwerden ist nicht ohne jegliche Funktionseinschränkungen zu erreichen. Vielmehr ist es das Ziel, die Lebensqualität zu erhalten. Für die individuelle Lebensqualität spielen die Verhältnisse des Gesundheitssystems ebenso eine Rolle wie die sozialen Ressourcen (siehe auch Kapitel 3) und biographischen Ereignisse, die meist erst im Alter auftreten (z. B. Verlust des langjährigen Lebenspartners) sowie das persönliche Gesundheitsverhalten.

Aus der Perspektive der gesundheitlichen Versorgung stellt sich die Frage nach der künftigen Entwicklung im Land: Wie häufig werden welche Krankheiten sein? Wie werden sich Ausmaß und Art von chronischen Krankheiten und Multimorbidität entwickeln? Und schließlich auch: Wie wird eine qualitativ hochwertige Versorgung organisiert und wie werden die Kosten dafür aufgebracht?

In Abb.12 werden vier Faktoren dargestellt, die die künftige „Krankheitslast“ wesentlich beeinflussen werden. Unter diesen Faktoren ist allein die demografische Entwicklung vergleichsweise deutlich absehbar. Demgegenüber ist es unklarer, wie sich die sozialen Rahmenbedingungen und Ressourcen entwickeln werden und in welchem Ausmaß eine Vermeidung von Krankheiten durch Prävention und Gesundheitsförderung gelingt. Unklar ist auch, wie sich die Leistungsfähigkeit des gesundheitlichen Versorgungssystems entwickeln wird (vgl. Kapitel 8 zur Versorgung).

4.1 Den Alltag meistern

Für die Lebensqualität älterer Menschen sind nicht nur medizinische Aspekte von Gesundheit relevant. Vielmehr müssen auch der Grad des Eingeschränktheits im alltäglichen Leben sowie die eigene Bewertung des Gesundheitszustandes mit berücksichtigt werden. Eine gute Lebensqualität wird sowohl durch die Mobilisierung eigener Ressourcen wie auch durch die Kompetenzförderung im Umfeld ermöglicht.

Das Ausmaß der gesundheitlich bedingten Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens wie z. B. beim Gehen, Baden, Treppensteigen oder Lesen ist für ältere Menschen von großer Bedeutung. Gerade

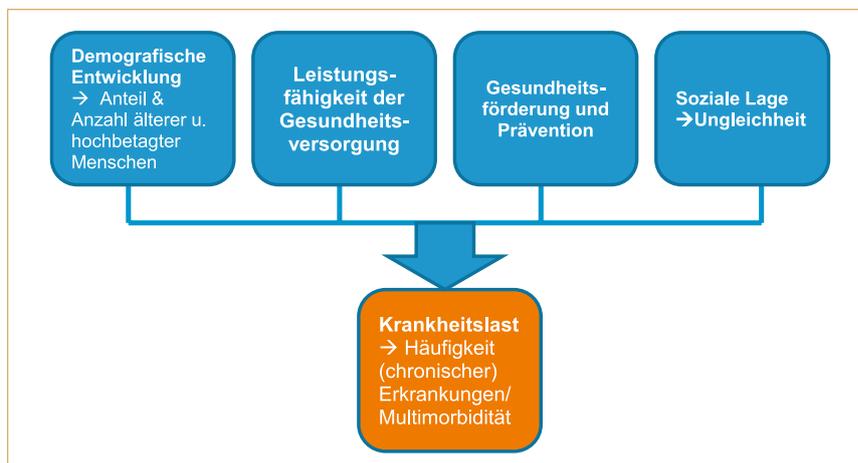


Abb.12
Einflussfaktoren
auf die Krankheitslast
in der Bevölkerung.
Eigene Darstellung
MUGV 2013

krankheitsbedingte Einschränkungen im sozialen Leben wie Schwierigkeiten beim Telefonieren aufgrund von Schwerhörigkeit oder die Scham, mit einer halbseitigen Gesichtslähmung nach einem Schlaganfall in einem Restaurant essen zu gehen, werden im Begriff „funktionale Gesundheit“ mit berücksichtigt. Bei einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung werden die Auswirkungen der Krankheit für die Bewältigung des Alltags in den Vordergrund gestellt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in diesem Zusammenhang für die Klassifizierung der funktionalen Gesundheit ein Schema entwickelt: die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (WHO 2005).

Im GEDA-Survey des RKI wurde zur Feststellung von gesundheitlichen Einschränkungen folgende Frage gestellt: „In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft eingeschränkt? Mit dauerhaft meinen wir seit mindestens einem halben Jahr.“

Den Befragungsergebnissen zufolge, fühlt sich nur knapp die Hälfte (48 %) der Brandenburger Männer mit 65 Jahren und älter und sogar nur 40 % ihrer weiblichen Altersgenossinnen bei der Ausübung ihrer Alltagsverrichtungen nicht eingeschränkt (siehe Abb. 13). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt fällt auf, dass die älteren Männer in Brandenburg etwas seltener erheblich durch eine Krankheit eingeschränkt sind als im Bundesdurchschnitt (18 % vs. 19 %) während dies bei Brandenburger Frauen deutlich häufiger der Fall ist als im Bundesdurchschnitt (26 % vs. 21 %).

Im Vergleich zu den GEDA-Befragungsergebnissen von 2009 sind Brandenburger Frauen mit 65 Jahren und älter im Jahr 2013 häufiger erheblich eingeschränkt (2009: 22 %; 2013: 26 %) während im selben Zeitraum bei ihren männlichen Altersgenossen der Anteil derer mit erheblicher Einschränkung im Alltag etwas abgenommen hat (2009: 21 %; 2013: 18 %).

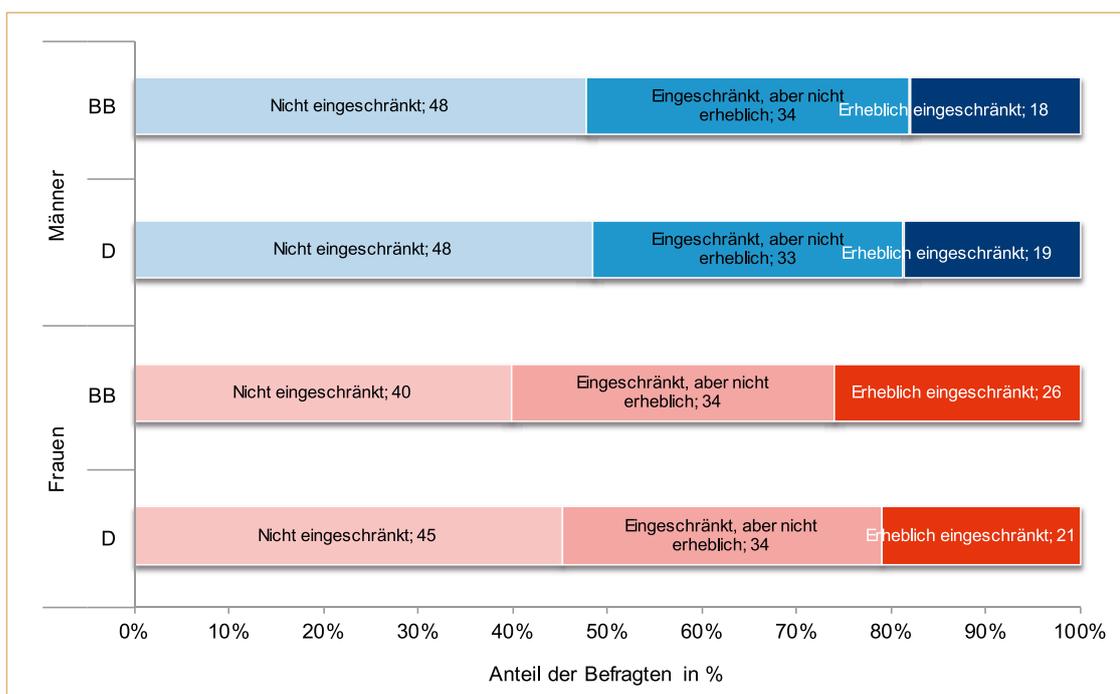


Abb. 13 Ausmaß der Einschränkung durch Krankheit im Alltag bei Frauen und Männern 65+ in Deutschland und Brandenburg 2013. Quelle: RKI, GEDA 2013.

4.2 Eigene Einschätzung der Gesundheit

Wie gesund man sich persönlich fühlt, spielt für die Lebensqualität oftmals eine größere Rolle als die medizinisch messbare Gesundheit. Ältere Menschen beurteilen ihren Gesundheitszustand – im Gegensatz zu jungen Menschen – häufiger, trotz gewisser körperlicher Einschränkungen, als gut. Ein möglicher Grund liegt in der Neigung, sich mit Altersgenossen zu vergleichen, denen es gesundheitlich schlechter geht, als einem selbst. Teilweise werden körperliche Beschwerden auch eher dem Alter an sich zugeschrieben, statt einer Krankheit. Gewisse körperliche und geistige Einschränkungen werden auf diese Weise als natürlich und normal empfunden und beeinträchtigen den gefühlten Gesundheitszustand weniger. Je positiver ein Mensch seine eigene Gesundheit bewertet, desto mehr nimmt er auch am sozialen Leben teil. Ein Zusammenhang zwischen einem subjektiv als gut bewerteten Gesundheitszustand und einer höheren Lebenser-

wartung konnte ebenfalls nachgewiesen werden (Pinkquart 2001).

Im GEDA-Survey des RKI wird die Einschätzung der eigenen Gesundheit mit der folgenden Frage erfasst: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Frauen und Männer mit 65 Jahren und älter im Land Brandenburg ihren Gesundheitszustand im Vergleich zum Bundesdurchschnitt seltener als gut oder sehr gut einschätzen – bei den Frauen ist der Unterschied besonders markant (siehe Abb. 14). Brandenburger Frauen schätzen außerdem ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht oder sehr schlecht ein, als dies im Bundesdurchschnitt der Fall ist; bei den Männern gibt es hier kaum einen Unterschied.

Beim Vergleich der GEDA-Befragungsergebnisse von 2009 und 2013 zeigt sich bei den

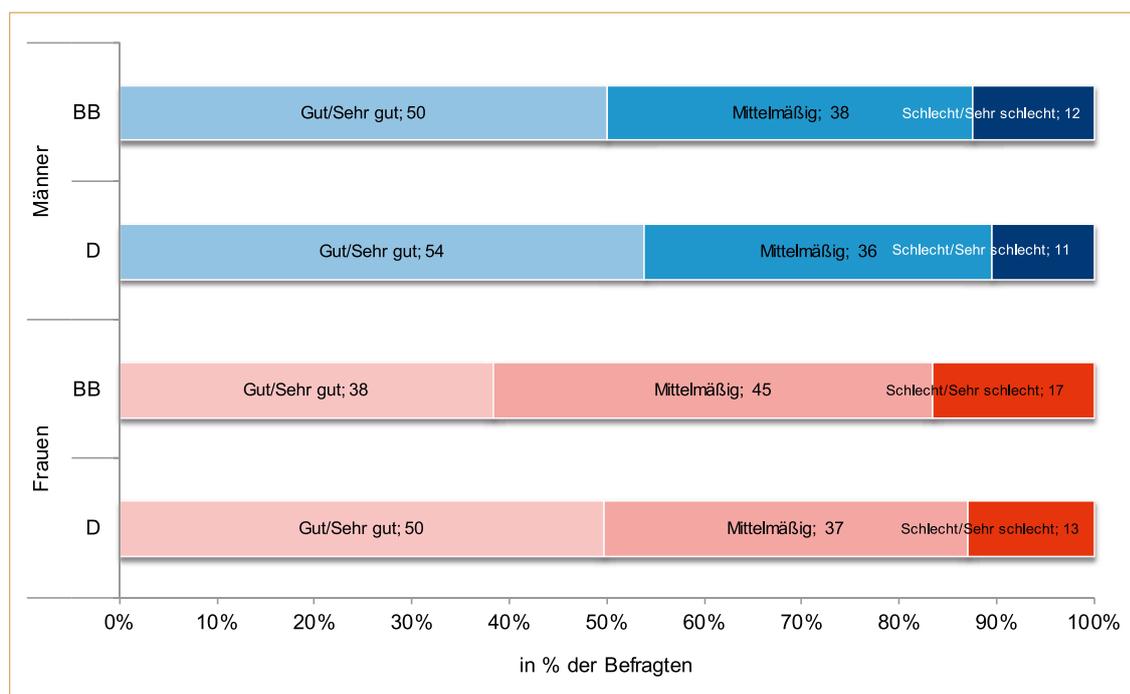


Abb. 14 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bei Frauen und Männern 65+ in Deutschland und Brandenburg 2013. Quelle: RKI, GEDA 2013.

Brandenburger Männern mit 65 Jahren und älter ein positiver Trend: Während 2009 nur 33 % ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzten, waren es 2013 bereits 50 %. Auch bei den Frauen hat dieser Anteil zugenommen, allerdings weniger deutlich (von 34 % auf 38 %).

Fernziel für den Gesundheitszieleprozess Bündnis Gesund Älter werden könnte sein, dass sich die künftige Bewertung der eigenen Gesundheit weiterhin positiv entwickelt. Konkret: Der Anteil der Brandenburger Männer und Frauen mit sehr guter und guter Bewertung sollte erkennbar höher werden.

4.3 Krankenhausbehandlungen

Die Krankenhausdiagnosestatistik gibt einen Überblick über schwerwiegendere Erkrankungen in der Bevölkerung. Bei stationären

Behandlungen wird die Hauptdiagnose bei der Entlassung nach einem internationalen Standard, dem ICD-10, festgehalten.

Ältere Menschen benötigen einen großen Teil der Krankenhausleistungen: Im Jahr 2011 entfiel fast die Hälfte aller stationären Krankenhausbehandlungen in Brandenburg auf Menschen mit 65 Jahren und älter (45 %) und knapp ein Drittel (31 %) auf die Hochbetagten mit 80 Jahren und älter. Die häufigsten stationären Diagnosen sind bei beiden Geschlechtern Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Zu den häufigsten Herz-Kreislaferkrankungen bei Menschen mit 65 Jahren und älter gehören Herzinsuffizienz, Herzinfarkt und Schlaganfall. Im Jahr 2011 lag das Land Brandenburg bei allen diesen Diagnosen über dem Bundesdurchschnitt.

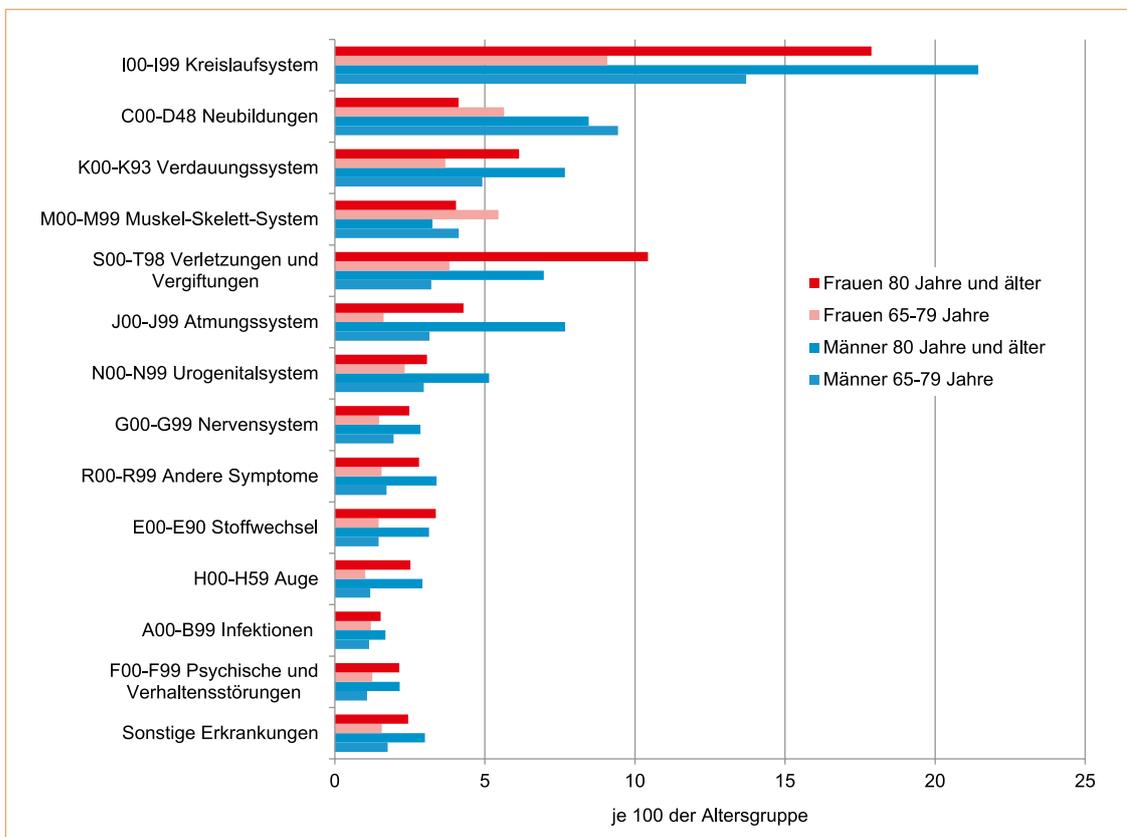


Abb. 15 Krankenhausdiagnosen bei älteren und hochbetagten Frauen und Männern in Brandenburg 2011. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausdiagnosestatistik 2011.

Auch Krebserkrankungen (Neubildungen) waren bei Brandenburger Frauen und Männer mit 65 Jahren und älter häufiger als bei ihren Altersgenossinnen und -genossen im Bundesdurchschnitt (Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik 2011).

Mit zunehmendem Lebensalter steigt bei vielen Erkrankungen die Häufigkeit der Krankenhausbehandlungen. Dies ist für Brandenburg in Abb. 15 dargestellt. Insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems nehmen bei hochbetagten Frauen und Männern deutlich zu, während andere Erkrankungen, z. B. Neubildungen, zurückgehen. Auffällig ist, dass hochbetagte Frauen besonders häufig aufgrund von Verletzungen im Krankenhaus behandelt werden müssen (vgl. Kapitel 4.4).

Weitere Informationen und stationäre Daten zu Gesundheitsindikatoren wie Depression, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Demenz bei älteren Menschen mit 65 Jahren und älter, finden sich für das Land Brandenburg nach Altersgruppen und regional differenziert auf der Internetseite www.gesundheitsplattform.brandenburg.de.

4.4 Sturzverletzungen und Oberschenkelbruch

Mit steigendem Lebensalter nimmt sowohl das Verletzungsrisiko, als auch die Schwere der Verletzungen zu. Unter den Menschen mit 65 Jahren und älter stellen die Hochbetagten (80 Jahre und älter) eine Hochrisikogruppe dar. Seit Jahren zeigen sich bei dieser Altersgruppe die höchsten Sterbeziffern durch Unfälle, dies gilt sowohl deutschlandweit als auch in Brandenburg. Die meisten dieser tödlichen Unfälle passieren im häuslichen Bereich, eher selten sind dagegen Unfälle im Straßenverkehr (siehe Abb. 16).

Bis zum Alter von 65 Jahren haben Männer gegenüber Frauen ein höheres Risiko sich schwer zu verletzen³, danach sind Frauen deutlich stärker betroffen (siehe Abb. 17). Brandenburger Frauen mit 80 Jahren und älter mussten im Jahr 2011 fast doppelt so häufig wegen einer Verletzung im Krankenhaus behandelt werden wie die gleichaltrigen Männer (8,5 vs. 4,7 pro 100 Einwohner; Fälle absolut: 7.231 vs. 1.826). Eine wesentliche Ursache für diesen Geschlechterunterschied ist das höhere Risiko von Frauen, im höheren Lebensalter eine Osteoporose zu entwickeln, was mit einem höheren Verletzungsrisiko einhergeht (Bartl & Bartl 2004).

³ Schwere Verletzungen sind hier solche, die eine Krankenhausbehandlung erfordern.

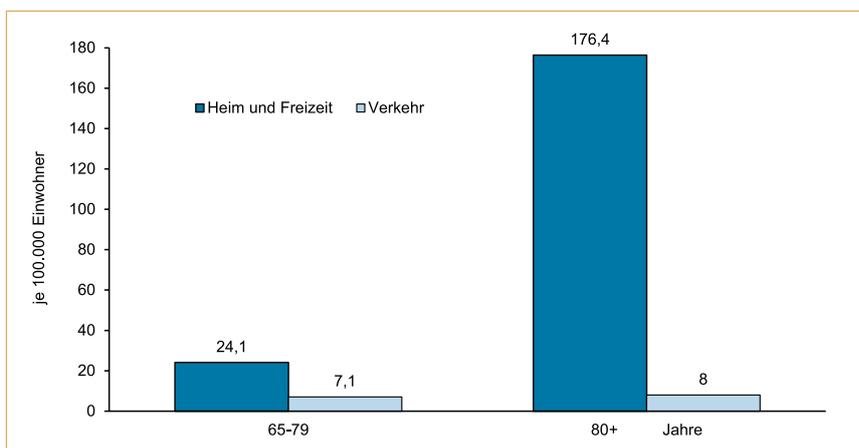


Abb. 16
Tödliche Unfälle bei älteren und hochbetagten Menschen nach Unfallkategorie in Brandenburg 2011.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Abt. Gesundheit im LUGV Brandenburg, eigene Berechnungen.

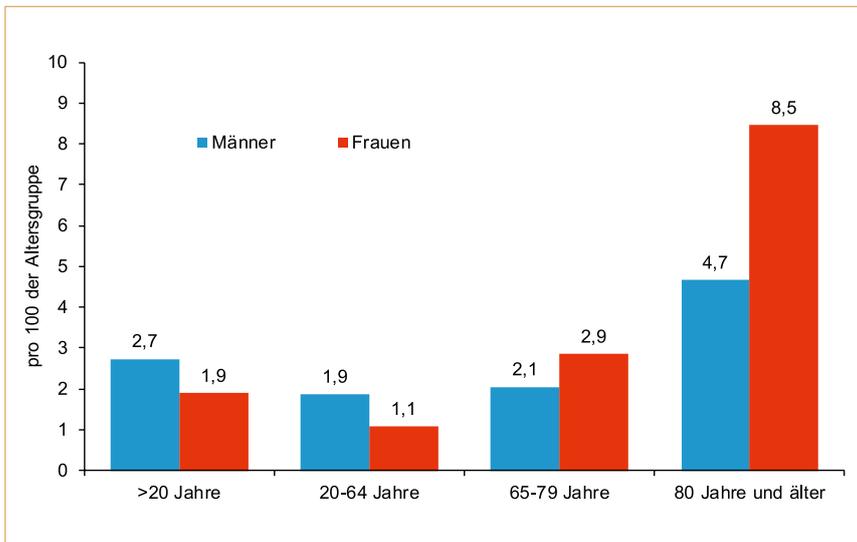


Abb. 17
 Mit einer Verletzung im Krankenhaus behandelte Frauen und Männer nach Altersgruppen in Brandenburg 2011.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik 2011, Abt. Gesundheit im LUGV Brandenburg, eigene Berechnungen.

Safe Region

2009 wurde das Land Brandenburg als „Safe Region – Sicheres Brandenburg“ von der WHO zertifiziert. Damit hat die WHO die Gesundheitspolitik zur Verletzungsprävention des Landes gewürdigt, in dem auf Initiative und unter Moderation des Gesundheitsministeriums relevante Akteure aus verschiedenen Ressorts kontinuierlich zusammen arbeiten (www.saferegion.brandenburg.de).

Grundlage dieser Zertifizierung ist, dass das Land Brandenburg das Verletzungsgeschehen kontinuierlich bewertet und seine Präventionsmaßnahmen datengestützt ausrichtet. Der Fokus liegt auf Risikogruppen wie Kinder, ältere Menschen und gefährdete Straßenverkehrsteilnehmer sowie auf Settings (häuslicher Bereich, Arbeit, Schule etc.), Verletzungen durch Unfälle, Gewalt und Selbstbeschädigung (laut Empfehlung des EU Rates von 2007).

Der aktuelle Bericht zum Verletzungsmonitoring (2012) ist online unter www.gesundheitsplattform.brandenburg.de verfügbar.

Die krankenhausbefugte Verletzungsdatenbank Injury Data Base (IDB) ermöglicht genauere Aussagen zum Verletzungshergang. Eine Fallanalyse der IDB Cottbus für den Zeitraum 2008 bis 2012 zeigt: Stürze zählten bei den Hochbetagten (80+) mit einem Anteil von rund 87 % zu den häufigsten Verletzungsmechanismen. Fast alle Sturzunfälle in dieser Altersgruppe (97 %) ereigneten sich im Heim- und Freizeitbereich. Häufig kommt es dabei zu einem Bruch des Oberschenkels, was häufig eine überdurch-

schnittlich lange Krankenhausbehandlung (16 Tage) erfordert und zudem – z. B. durch längere Bewegungseinschränkung – ein hohes Risiko für Folgeerkrankungen darstellt (Becker, Fleischer et al 1999). Mit dem Alter steigt die Häufigkeit eines Oberschenkelbruchs bei beiden Geschlechtern, insbesondere jedoch bei Frauen mit 80 Jahren und älter (siehe Abb. 18).

Die IDB-Daten verdeutlichen nochmals, dass der Oberschenkelbruch sowohl in der Alters-

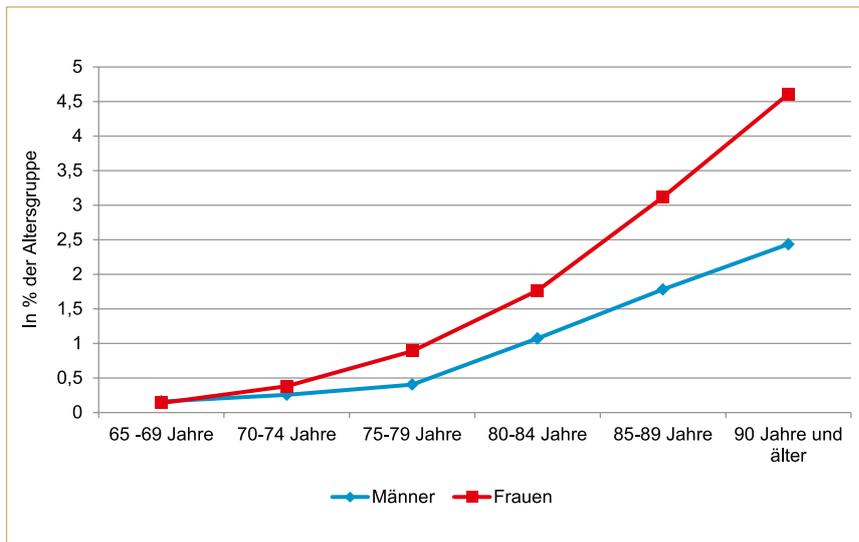


Abb. 18
Krankenhausbehandlungen
aufgrund von Oberschenkelbruch
bei Frauen und Männern 65+ in
Brandenburg 2011.
Quelle: Statistisches Bundesamt,
Krankenhausdiagnosestatistik,
2011.

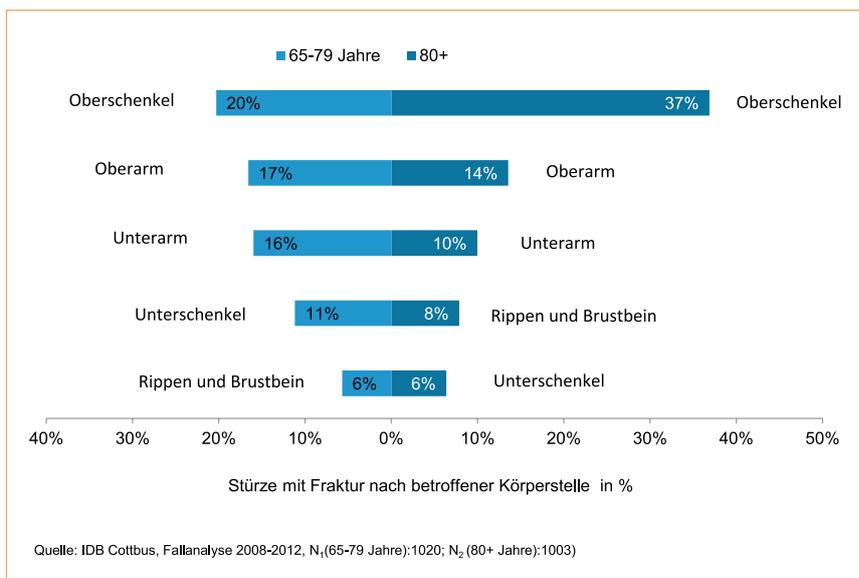


Abb. 19
Die fünf am häufigsten von einer
Fraktur betroffenen Körperstellen
nach einem Sturz bei älteren und
hochbetagten Menschen,
Fallanalyse IDB Cottbus,
2008–2012

gruppe der 65- bis 80-Jährigen und insbesondere bei den Hochbetagten mit 80 Jahren und älter der häufigste sturzbedingte Knochenbruch ist. Mehr als ein Drittel der Hochbetagten ist davon betroffen (siehe Abb. 19).

Sturzprophylaxe – Stürze vermeiden

Stürzt ein älterer Mensch, so kommen oft verschiedene Ursachen zusammen (z. B. unzureichende Beleuchtung, Gangunsicherheit oder Schwindel etc.). Um Stürzen vorzubeugen ist es daher wichtig, dass medizinische, pflegerische und therapeutische Ansätze kombiniert werden. Mögliche Maßnahmen der Sturzprophylaxe sind zum Beispiel:

- Feststellen des Sturzrisikos und anschließende Aufklärung des Betroffenen
- Übungen zum Erhalt/zur Verbesserung der Beweglichkeit
- Anpassung der Umgebung (Anbringen von Haltegriffen im Bad, Modifikation der Betthöhe etc.)
- Geeignete Hilfsmittel für die Fortbewegung (Rollator, Gehstock) und/oder für optische und akustische Wahrnehmung (Brille, Hörgerät etc.)
- Überprüfung der Medikamente (Prüfung der Dosis etc.), da manche Nebenwirkungen (wie Schwindel) zu einer erhöhten Sturzgefahr führen können.

Weitere Informationen zur Sturzprophylaxe finden sich in der Schriftenreihe Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland „Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung“ (2012)

4.5 Psychische Erkrankungen

Depressionen

In der deutschen Bevölkerung wird in den letzten Jahren eine Zunahme von diagnostizierten depressiven Erkrankungen verzeichnet; dieser Anstieg wird mit einer besseren, niedrigschwelligeren ärztlichen Diagnostik und einem offeneren Umgang mit psychischen Störungen erklärt (Wittchen et al 2011).

Die Daten des GEDA-Survey zeigen, dass der Altersgipfel bei Depressionen, die innerhalb des letzten Jahres von einem Arzt bzw. von einem Psychotherapeuten diagnostiziert wurden, sowohl in Deutschland als auch in Brandenburg zwischen 40 und 64 Jahren liegt. Im höheren Lebensalter mit 65 Jahren und älter sinkt die Häufigkeit einer Depression. Trotzdem haben Depressionen auch bei den Menschen mit 65 Jahren und älter zugenommen: Während 2009 6 % der Befragten dieser Altersgruppe angaben, dass im letzten Jahr bei ihnen eine Depression diagnostiziert worden sei, waren es

2013 bereits 8 %. Dies entspricht dem bundesweiten Trend.

GEDA-Befragungsergebnisse aus dem Jahr 2013 zeigen, dass bei Frauen mit 65 Jahren und älter sowohl in Deutschland als auch in Brandenburg innerhalb des letzten Jahres deutlich häufiger eine Depression diagnostiziert wurde, als bei den Männern ihrer Altersgruppe. Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wurde aber sowohl bei den Frauen als auch den Männern mit 65 Jahren und älter in Brandenburg innerhalb des letzten Jahres seltener eine Depression festgestellt (siehe Abb. 20).

Suizide

Die überwiegende Zahl von Selbsttötungen (Suizide) hängt mit einer depressiven Erkrankung zusammen. Im Jahr 2011 haben sich im Land Brandenburg 65 Männer und 23 Frauen mit 65 Jahren und älter das Leben genommen. Die tatsächliche Zahl erfolgreicher Suizide ist bei Älteren vermutlich höher als in der Todesursachenstatistik ausgewiesen (Desta-

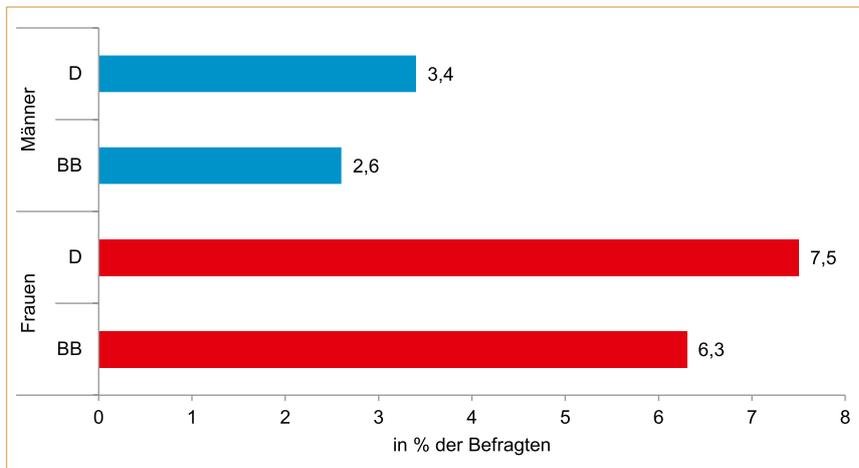


Abb. 20
 Frauen und Männer 65+
 mit einer in den letzten 12 Monaten
 ärztlich/psychotherapeutisch
 diagnostizierten Depression in
 Deutschland und Brandenburg 2013.
 Quelle: RKI, GEDA 2013.

tis, RKI, DZA 2009). Männer zwischen 80 und 85 Jahren sind besonders betroffen. Im Jahr 2011 betrug die Suizidrate bei Männern dieser Altersgruppe im Land Brandenburg 22 Suizide pro 100.000 der Altersgruppe; bei Frauen waren es 8,7 Suizide. Insgesamt sind Selbsttötungen in Brandenburg seltener als im Bundesdurchschnitt und in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen (siehe Verletzungsmonitoring 2012).

Demenz

Demenz ist ein Oberbegriff für unterschiedliche Krankheiten, deren Gemeinsamkeit in einem fortschreitenden Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit und in der Veränderung der Persönlichkeit liegt. Bei etwa zwei Drittel der demenziellen Erkrankungen handelt es sich um Demenz vom Typ Alzheimer (Bickel

2008). Der wesentliche Risikofaktor ist das Alter. Es ist nicht leicht, altersübliche Veränderungen der kognitiven Leistungen von einer beginnenden Demenz zu unterscheiden. Die Zahl der Demenzkranken wird von der amtlichen Statistik nicht erfasst. Mit Hilfe von Prävalenzraten des Deutschen Zentrums für Altersfragen wird der Anteil der Bevölkerung, der zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer Demenz erkrankt ist, geschätzt. Bezogen auf die Brandenburger Bevölkerung von 2009 lässt sich schätzen, dass zu diesem Zeitpunkt im Land Brandenburg etwa 43.800 demenziell erkrankte Menschen über 65 Jahre lebten. Für das Jahr 2030 wird aufgrund der veränderten Altersstruktur (Zunahme von Hochbetagten) eine Zahl von rund 87.400 Demenzkranken prognostiziert (siehe Tabelle 1), was einer Verdopplung entspricht.

Tab. 1 Projektion der Zahl der demenzerkrankten Frauen und Männer in Brandenburg, Prognose 2009–2030. Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen und Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Berechnungen MASF.

| | 2009 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | Zuwachs 2009–2030 |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------------|
| Männer | 13.956 | 19.370 | 24.442 | 28.680 | 32.863 | 135,5 % ⁴ |
| Frauen | 29.861 | 36.268 | 42.735 | 48.976 | 54.535 | 82,6 % |
| Insgesamt | 43.817 | 55.638 | 67.177 | 77.656 | 87.398 | 99,5 % |

4 Der prognostizierte hohe Zuwachs bei der absoluten Zahl von demenzerkrankten Männern lässt sich damit erklären, dass es bei den heutigen Hochaltrigen kriegsbedingt weniger Männer gibt. Zukünftig werden die absolute Zahl hochbetagter Männer und damit auch die Zahl der Demenzerkrankten ansteigen.

Exkurs Versorgung von Demenzkranken

Etwa 60 % der an Demenz Erkrankten lebt in Privathaushalten und wird zu Hause betreut (RKI 2005). Medizinisch-pflegerische Aufgaben treten bei der Betreuung von Demenzkranken in den Hintergrund, dafür werden das Begleiten der erkrankten Menschen und die biografiegeleitete Pflegeplanung umso wichtiger. Die Zunahme von demenziellen Erkrankungen in der Bevölkerung erfordert eine Veränderung in der Ausrichtung der fachlichen Arbeit. Die wichtigsten Bezugspersonen von Demenzkranken sind die Angehörigen. Als neue Form der Betreuung etablieren sich in zunehmendem Maße ambulant betreute Wohngemeinschaften von Demenzkranken.

Pflegende Angehörige stehen allgemein unter hohen psychischen und physischen Belastungen, besonders jedoch bei der Betreuung und Pflege von demenziell Erkrankten. Deshalb sind Entlastungsangebote, z. B. stundenweise Anwesenheit einer geschulten ehrenamtlichen Kraft, von großer Bedeutung.

Als landesweite Koordinierungsstelle organisiert und begleitet die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. niedrigschwellige

Betreuungsangebote und bietet Fortbildung für ehrenamtlich tätige Helferinnen und Helfer. Inzwischen gibt es in Brandenburg rund dreihundert solcher Angebote und rund 1.350 Personen, die durch die Alzheimer Gesellschaft für die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen und ihren Angehörigen qualifiziert sind.

Gerade auch die Kommunen als direkter Lebensraum von Demenzkranken und ihren Angehörigen sind gefordert, sich verstärkt mit dem Thema Demenz auseinanderzusetzen und tun dies vielerorts bereits. Die bundesweit agierende Bürgerinitiative „Aktion Demenz“ bietet eine Plattform für verschiedene Projekte in den Bundesländern. Das Programm „Menschen mit Demenz in der Kommune“ wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert und soll Ideen und Maßnahmen unterstützen, die zu einer Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz beitragen können. Auch im Land Brandenburg gibt es bereits einige Kommunen, die Projekte für Demenzkranke anbieten (wie Angermünde, Lehnin und Spremberg).⁵

⁵ Siehe unter www.demenzfreundliche-kommunen.de

Siehe hierzu: MASGF & Alzheimer-Gesellschaft (2009): Die Tür nach draußen öffnen. Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im Land Brandenburg 4. Auflage; im Internet unter: www.masf.brandenburg.de.

Jeder und jede kann durch das eigene Verhalten zur Gesundheit beitragen oder auch der Gesundheit schaden. Zum Gesundheitsverhalten zählen beispielsweise die Inanspruchnahme von Impfungen, körperliche Aktivität, Ernährung, Stressbewältigung, Alkohol- und Tabakkonsum. Allerdings reicht die Betrachtung des individuellen Gesundheitsverhaltens nicht aus, um bestehende gesundheitliche Ungleichheit in der Bevölkerung zu erklären. In vielen Studien wurde gezeigt, dass gesundheitliche Unterschiede sowie die Lebenserwartung bzw. die Sterblichkeit und Lebenserwartung durch die soziale Lage beeinflusst werden (vgl. Kapitel 3). Soziale Lage und Ressourcen auf der einen Seite und das individuelle gesundheitliche Verhalten auf der anderen Seite sind eng miteinander verknüpft. Unter dem Gesichtspunkt von Gerechtigkeit und Fairness kann man es bedauern: Von einem gesundheitsförderlichen Verhalten profitieren Menschen in günstiger sozialer Lage am meisten (Abel et al. 2009).

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Grippeimpfung

Die saisonalen Grippewellen stellen für ältere Menschen eine besondere Gesund-

heitsgefährdung dar. Regelmäßig kommt es dabei zu Todesfällen, im Jahr 2011 gab es beispielsweise 4 Fälle⁶ im Land Brandenburg (Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik). Da die Immunabwehr im höheren Lebensalter schwächer ist als in jüngeren Jahren, empfiehlt die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut u. a. Menschen ab 60 Jahren und chronisch Kranken eine jährliche Gripeschutzimpfung⁷.

Wie in Abb. 21 dargestellt, sind Brandenburger Frauen und Männer mit 65 Jahren und älter deutlich häufiger gegen Grippe geimpft als ihre Altersgenossen im Bundesdurchschnitt⁸.

Im Vergleich zu den GEDA-Ergebnissen von 2009 ist der Anteil der gegen Grippe geimpften älteren Menschen sowohl bei den Frauen (von 78 % auf 74 %) als auch bei den Männern (von 76 % auf 75 %) in Brandenburg im Jahr 2013 leicht gesunken.

6 Unter dem Begriff „Grippe“ werden hier die ICD-10-Diagnosen J9-11 verstanden

7 Siehe unter http://www.rki.de/clin_049/nn_199630/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/FAQ02.html

8 Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

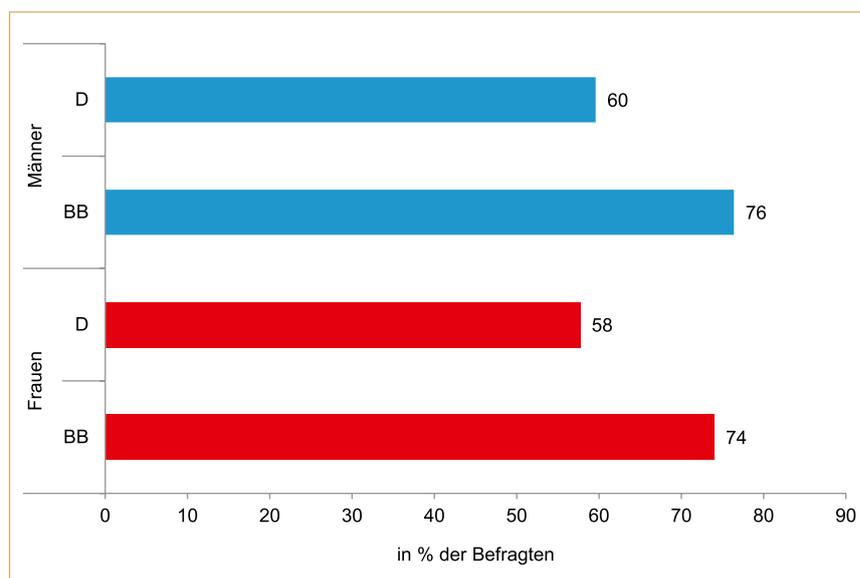


Abb. 21
Grippeimpfungen bei Frauen
und Männern 65+
(Wintersaison 2010/2011)
in Deutschland und
Land Brandenburg 2013.
Quelle: RKI, GEDA 2013.

Gesundheitsressource:

Körperliche Aktivität und Sport

Körperliche Aktivität erhält die Gesundheit und unterstützt bei Erkrankungen den Genesungsverlauf. Körperliche Bewegung hilft bei der Rehabilitation von Herzkrankheiten, Schlaganfall, Diabetes, Osteoporose, Rückenschmerzen und einzelnen Krebsarten.

Zur Erfassung der körperlichen Aktivität wird im GEDA-Survey nach der Häufigkeit und der Dauer gefragt „An wie vielen Tagen in der Woche sind Sie körperlich so aktiv, dass Sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten?“ und „Und wie lange sind Sie an diesen Tagen durchschnittlich körperlich aktiv?“. Diese Fragen orientieren sich an der Empfehlung von Gesundheitswissenschaftlern, dass Erwachsene sich mindestens an 5 Tagen pro Woche eine halbe Stunde und länger körperlich betätigen sollten; insgesamt also 2,5 Stunden pro Woche (Centers of Disease Control and Prevention 1996). Diese Empfehlung hat international in Präventionsprogrammen Eingang gefunden, die sich an die gesamte Bevölkerung richten.

Wenn man die Empfehlung der Wissenschaftler als Maßstab nimmt, dann waren im Jahr 2013 73 % der Brandenburger Frauen mit 65 Jahren und älter und 69 % ihrer männlichen Altersgenossen zu wenig körperlich aktiv. Bei den Männern in Brandenburg ist dies ein größerer Anteil als bei den Männern im Bundesdurchschnitt während die Brandenburger Frauen genau im Bundesdurchschnitt liegen (siehe Abb. 20).

In Bezug auf die körperliche Aktivität bei den älteren Menschen gibt es in Brandenburg einen positiven Trend zu verzeichnen: Im Vergleich mit den GEDA-Ergebnissen von 2009 hat sich der Anteil der älteren Menschen, die in einem ausreichenden Maß körperlich aktiv sind, im Jahr 2013 sowohl bei den Frauen (von 17 % auf 28 %) als auch bei den Männern (von 15 % auf 32 %) stark erhöht.

Die Mitgliedschaft in einem Sportverein bietet eine gute Möglichkeit, sich regelmäßig zu bewegen und auch soziale Kontakte zu knüpfen bzw. zu pflegen. Die Mitgliedschaft im

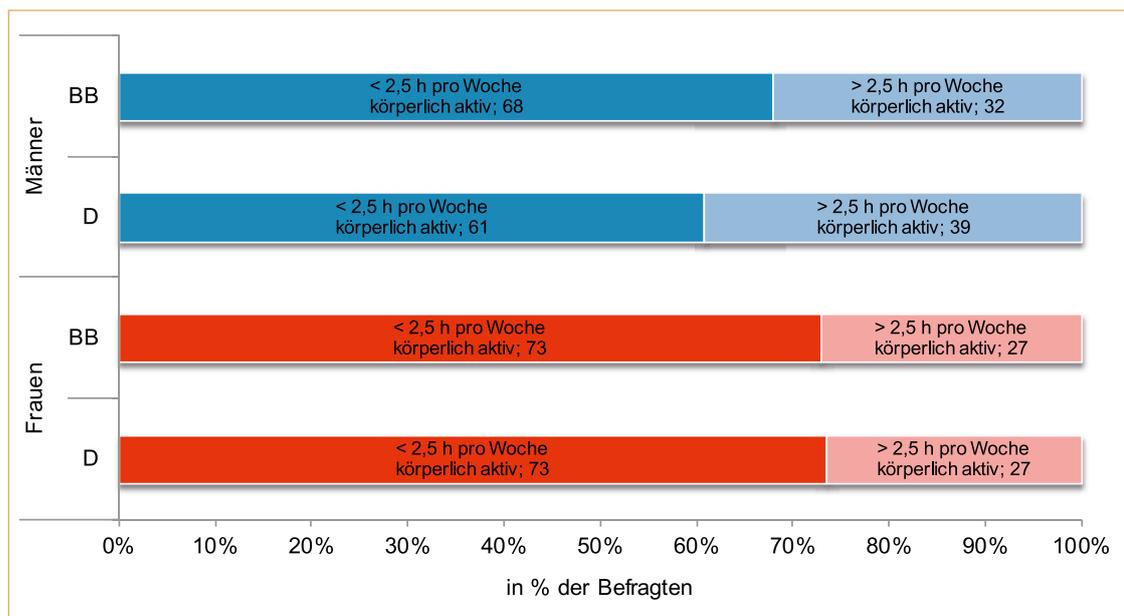


Abb. 22 Einhaltung der Empfehlung zur körperlichen Aktivität (mind. 2,5 h pro Woche, Schwitzen oder außer Atem) bei Frauen und Männern 65+ in Deutschland und Brandenburg 2013. Quelle: RKI, GEDA 2013.

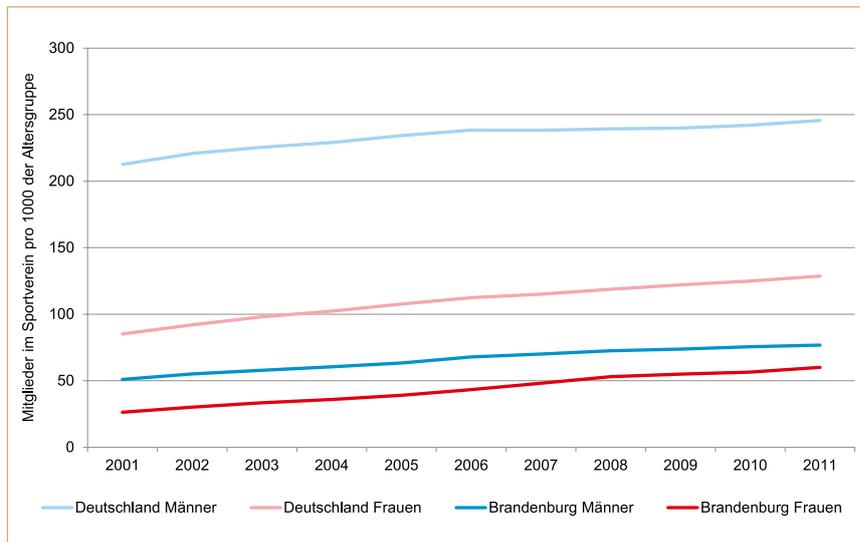


Abb. 23
Mitgliedschaft in einem Sportverein von Frauen und Männern 60+ in Deutschland und in Brandenburg 2001–2011. Quelle: Deutscher Olympischer Sportbund, Landessportbund Brandenburg: Bestandserhebung Mitglieder, Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg: Bevölkerungsstatistik.

Das Bündnis Gesund Älter werden im Land Brandenburg sammelte 2013 „gute Praxis“ unter der Überschrift „Gesund und mobil älter werden“. Angebote und Aktivitäten von Vereinen, informellen Gruppen und anderen Einrichtungen wurden zusammen gestellt, um gute Beispiele sichtbar zu machen und zum Nachmachen und Mitmachen anzuregen.

www.buendnis-gesund-aelter-werden.de

Die **Handreichung zur Bewegungsförderung des Bündnis Gesund älter werden in Brandenburg** liefert weiterführende Informationen, unter anderem zu den Themen:

- Auswirkungen von Sport und Bewegung
- Spezifische Lage von älteren Menschen im Land Brandenburg
- Voraussetzungen und Chancen von Bewegungsangeboten in ländlichen Lebensräumen
- Beispiele der Guten Praxis der Gesundheits- und Bewegungsförderung

Die Handreichung ist verfügbar unter:

http://www.gesundheitberlin.de/download/handreicherung_5_MB.pdf

Die Landessportkonferenz Brandenburg hat 2013 Empfehlungen zum Thema „Sport und Gesundheit“ gegeben. Sie empfiehlt insbesondere einen Ausbau der Bewegungsangebote für ältere und hochaltrige Menschen, wobei soziale Aktivitäten und kognitives Training zu integrieren sind.

www.mbjs.brandenburg.de > Sport > Landessportkonferenz

Sportverein kann die Gefahr sozialer Isolation im höheren Lebensalter vermindern. Ältere Frauen und Männer in Brandenburg sind deutlich seltener Mitglied in einem Sportverein als im Bundesdurchschnitt. Dieser Unterschied findet sich allerdings auch für die anderen neuen Länder. Insgesamt kann man

folgern, dass hier noch ein großes Potenzial liegt, das von den Vereinen verwirklicht werden kann. Und tatsächlich sind in den letzten zehn Jahren immer mehr Frauen und Männer mit 60 Jahren und älter in Brandenburg in einem Sportverein aktiv (siehe Abb. 23).

Gesundheitsrisiken:

Tabak- und Alkoholkonsum

Dass Rauchen der Gesundheit schadet, dürfte inzwischen bekannt sein. Wer mit dem Rauchen aufhört oder am besten nie geraucht hat, hat bessere Chancen, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen zu vermeiden. Der Anteil der regelmäßigen Raucherinnen und Raucher geht ab dem mittleren Erwachsenenalter bei beiden Geschlechtern zurück. Insgesamt rauchen über die ganze Lebensspanne hinweg Männer häufiger als Frauen. Der überwiegende Teil der älteren Menschen – in Brandenburg und bundesweit – ist Nichtraucher, wobei anzunehmen ist, dass ein Teil der älteren Nichtraucher früher einmal Raucher waren. Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt rauchen Brandenburger Frauen mit 65 Jahren und älter häufiger. Rauchen und soziale Faktoren hängen zusammen; so rauchen zum Beispiel Menschen in den unteren Einkommensgruppen deutlich häufiger als in den oberen Einkommensklassen (RKI 2005).

Seit 2009 hat sich der Anteil der Raucher und Raucherinnen unter den älteren Menschen nicht verändert.

Riskanter Alkoholkonsum ist ein weiteres, prinzipiell vermeidbares Gesundheitsrisiko. Leberzirrhose, Herzmuskelerkrankungen, Gehirnschädigungen sowie Entzündungen und zahlreiche Krebserkrankungen werden durch einen riskanten Alkoholkonsum begünstigt (RKI 2006). Ein hoher Alkoholverbrauch zieht ebenfalls das Risiko der Alkoholabhängigkeit nach sich.

Beim riskanten Alkoholmissbrauch (gemäß Definition im GEDA-Survey, siehe Kasten S. 31) zeigt sich bei älteren Menschen eine ähnliche Situation wie beim Rauchen: Ältere Menschen konsumieren seltener in einem riskanten Maß Alkohol als jüngere. Männer trinken allerdings auch im höheren Lebensalter noch deutlich häufiger riskant als Frauen. Insgesamt ist der riskante Alkoholkonsum bei den älteren Menschen in Brandenburg weniger verbreitet als im deutschen Durchschnitt; dies betrifft vor allem die Frauen (siehe Abb. 25).

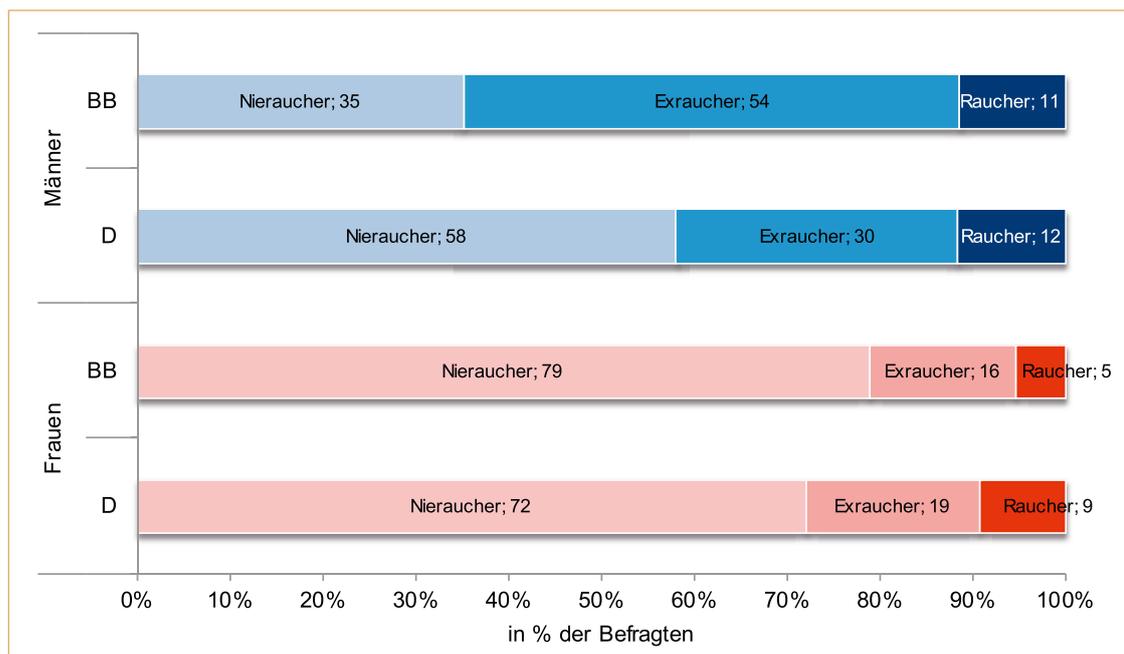


Abb. 24 Tabakkonsum bei Frauen und Männern mit 65+ in Deutschland und Brandenburg 2013. Quelle: RKI, GEDA 2013.

Ist Ihr Alkoholkonsum riskant für Ihre Gesundheit?

Der Alkoholkonsum wird beim GEDA-Survey durch folgende Fragen eingeschätzt:

1. „Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränke, Schnaps oder Likör zu sich?“ Antwortkategorien:
 - a. Nie = 0 Punkte
 - b. einmal pro Monat oder seltener = 1 Punkte
 - c. 2-mal im Monat = 2 Punkte
 - d. 3-mal im Monat = 3 Punkte
 - e. 4-mal im Monat oder öfter = 4 Punkte

2. „Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?“ Antwortkategorien:
 - a. 1 bis 2 = 0 Punkt
 - b. 3 bis 4 = 1 Punkte
 - c. 5 bis 6 = 2 Punkte
 - d. 7 bis 9 = 3 Punkte
 - e. 10 und mehr alkoholische Getränke = 4 Punkte

3. „Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, z. B. beim Abendessen oder auf einer Party?“ Antwortkategorien:
 - a. Nie = 0 Punkte
 - b. seltener als einmal im Monat = 1 Punkt
 - c. jeden Monat = 2 Punkte
 - d. jede Woche = 3 Punkte
 - e. jeden Tag oder fast jeden Tag = 4 Punkte

Jede Antwort wird mit einer Punktzahl von 0–4 gewertet. Die Punkte zu jeder Antwort werden addiert. Bei Männern gilt der Alkoholkonsum als riskant, wenn bei allen drei Fragen insgesamt 5 Punkte erreicht werden, bei Frauen 4 Punkte.

Zwischen 2009 und 2013 ist der Anteil der Frauen und Männer mit 65 Jahren und älter mit einem riskanten Alkoholkonsum in etwa gleich geblieben.

Die GEDA-Befragungsergebnisse für Deutschland zeigen, dass auch beim Alkoholkonsum ein Zusammenhang mit der sozialen Lage besteht – in diesem Fall allerdings zu Ungunsten der höheren Bildungsschichten. Ab dem Alter von 45 Jahren ist der Anteil der Risikokonsumenten unter Männern in oberen Bildungsgruppen höher als in den unteren Bildungsgruppen (RKI 2009).

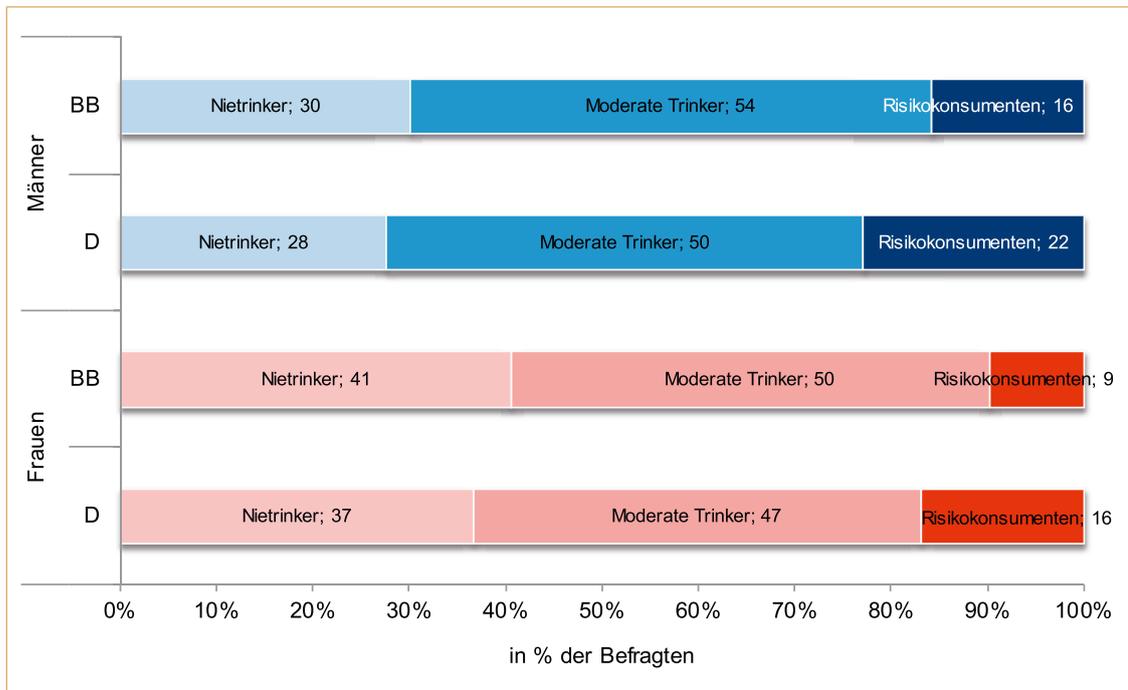


Abb. 25 Alkoholkonsum bei Frauen und Männern mit 65+ in Deutschland und Brandenburg 2013. Quelle: RKI, GEDA 2013.

Veränderungen der Gesundheit in der Selbstbeschreibung: von 2009 nach 2013

Zu verschiedenen Themen des vorliegenden Berichts tragen die Ergebnisse des GEDA-Surveys 2009 und 2013 Erkenntnisse bei. An dieser Stelle soll eine Zusammenfassung über die Veränderungen zwischen den beiden Zeitpunkten gegeben werden. Die gesundheitliche und soziale Situation hat sich insbesondere für die Männer mit 65 Jahren und älter günstig entwickelt:

- Der Anteil von älteren Männern, die eine starke soziale Unterstützung im Alltag erleben, hat zugenommen.
- Weniger ältere Männer erleben starke gesundheitliche Einschränkungen.
- Mehr ältere Männer schätzen den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein.

Pflegebedürftigkeit tritt als allgemeines Lebensrisiko vorrangig im höheren Alter auf. Im Folgenden werden Pflegebedürftige definiert als Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Pflegeversicherung nach SGB XI. Bundesweit betrachtet hat Brandenburg zusammen mit Sachsen-Anhalt mit je einem Anteil von 3,8 % Pflegebedürftigen an der Bevölkerung die zweithöchste Pflegequote. Mecklenburg-Vorpommern ist mit einer Pflegequote von 4,1 % Spitzenreiter. Nach der letzten amtlichen Pflegestatistik erhielten 2011 im Land Brandenburg insgesamt 95.970 Personen Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Davon waren zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer. Insgesamt sind 84 % der Pflegebedürftigen älter als 65 Jahre; 52 % aller Pflegebedürftigen waren 80 Jahre und älter.

Um die Pflegebedürftigkeit der älteren Menschen zwischen den Altersgruppen vergleichen zu können, sind die altersspezifischen Pflegequoten für das Land Brandenburg in Tabelle 2 dargestellt. Während nur sehr wenig Menschen in der Altersgruppe zwischen 65 und 70 Jahren Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, sind bei den über 90-Jährigen etwa drei Viertel der Frauen und mehr als die Hälfte der Männer pflegebedürftig (siehe Tabelle 2).

Der Anteil Pflegebedürftiger an der Wohnbevölkerung variiert zwischen den Brandenburger Landkreisen (siehe Abb. 26). Besonders viele Pflegebedürftige gibt es in den Landkreisen Prignitz und Uckermark: Hier sind 5,4 % der Bevölkerung Pflegebedürftige. Die kreisfreien Städte Cottbus und Potsdam haben dagegen mit 2,8 % bzw. 2,9 % die geringste Quote an Pflegebedürftigen.

Eine plausible Erklärung für die unterschiedlichen Raten in der Pflegebedürftigkeit im Norden und Süden von Brandenburg steht noch aus. Sicher ist aber, dass die Anforderungen bei der Organisation der pflegerischen Versorgung variieren: Landkreise mit einem hohen Anteil Älterer und Hochbetagter an der Bevölkerung stehen vor der Herausforderung eines hohen Pflegebedarfs bei relativ geringem informellen Pflegepotenzial bzw. hohem Alter der pflegenden Angehörigen. In peripheren Regionen (wie etwa der Uckermark) wird die Versorgungssituation zusätzlich dadurch erschwert, dass auch professionelle Angebote immer schwerer flächendeckend vorgehalten werden können. Potsdam hingegen hat einen wesentlich geringeren Teil an Pflegebedürftigen bei höherem informellen Pflegepotenzial und gut ausgebauten professionellen Versorgungsstrukturen zu bewältigen. Zukünftig kann eine qualitativ hochwertige

Tab. 2 Pflegebedürftige nach SGB XI nach Altersgruppen in Brandenburg 2011. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik 2011 eigene Berechnungen.

| Pflegebedürftige je Altersgruppe in % | Männer | Frauen |
|---------------------------------------|--------|--------|
| 65 bis unter 70 Jahre | 3,8 | 3,3 |
| 70 bis unter 75 Jahre | 6,0 | 6,0 |
| 75 bis unter 80 Jahre | 11,2 | 14,2 |
| 80 bis unter 85 Jahre | 21,4 | 30,6 |
| 85 bis unter 90 Jahre | 38,2 | 53,4 |
| 90 Jahre und älter | 54,2 | 74,8 |

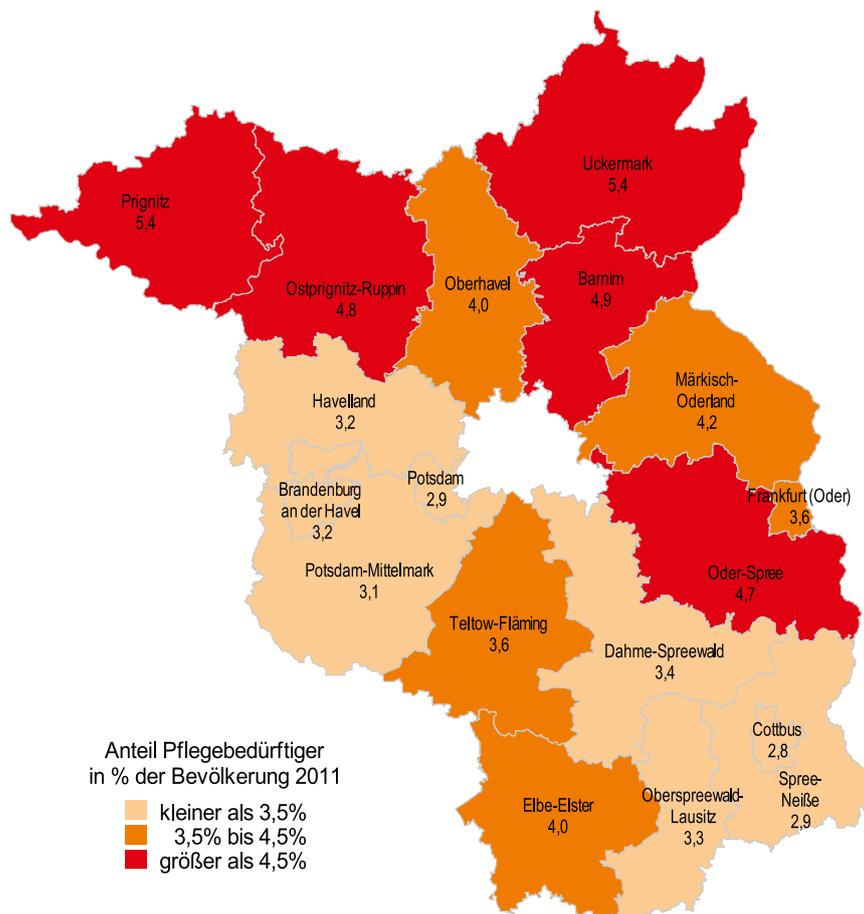


Abb. 26 Pflegebedürftigkeitsrate in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Land Brandenburg. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik 2011.

ge Pflege in den Brandenburger Landkreisen nur sichergestellt werden, wenn die regionalen Unterschiede hinreichend Berücksichtigung finden. Handlungsbedarf besteht im Hinblick auf die demografische Entwicklung in allen Regionen Brandenburgs; die Qualität des Handlungsbedarfs unterscheidet sich jedoch.

Der Anteil der in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen (Pflegegeldempfänger und durch ambulante Dienste Betreute) beläuft sich in Brandenburg im Jahr 2011 auf knapp 77 %. Damit belegt Brandenburg deutschlandweit einen Spitzenwert. In Schleswig-Holstein liegt der Anteil der in der Häuslich-

keit versorgten Pflegebedürftigen nur bei etwa 60 %. Knapp 48 % der Pflegebedürftigen bezieht in Brandenburg Pflegegeld und wird damit im Wesentlichen durch familiäre Netzwerke versorgt. Eine Besonderheit der Brandenburger Versorgungsstruktur besteht im Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen, und Pflegebedürftigen, die in stationären Einrichtungen leben: Dass es mehr Pflegebedürftige gibt, die auf ambulante Dienste zugreifen als Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen, ist im Bundesländervergleich einmalig.

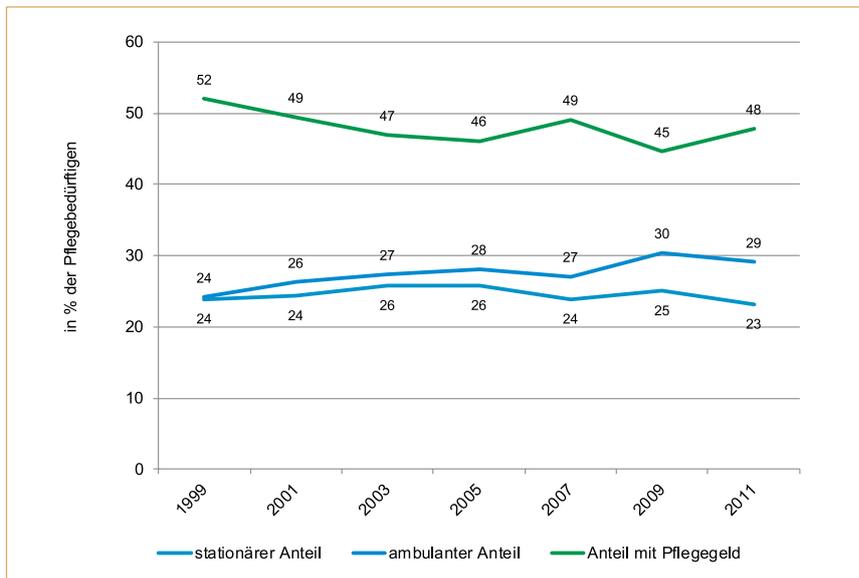


Abb. 27
Pflegebedürftige nach Art der Versorgung (Anzahl und Anteil).
 Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik 2011.

Darüber hinaus nimmt die Tages- und Nachtpflege in Brandenburg stetig an Bedeutung zu. Auch das ist ein Indiz für eine zunehmende und sehr erfreuliche Verzahnung zwischen informeller und professioneller Versorgung in Brandenburg. Eine der großen Herausforderungen besteht darin, die häuslichen Pflegearrangements in Brandenburg so zu unterstützen und zu stärken, dass auch zukünftig die Mehrzahl der Pflegebedürftigen ambulant – mit und ohne Unterstützung eines Pflegedienstes – versorgt werden können.

Weitere Informationen zu den Themen Pflegebedürftigkeit, ambulanter und stationärer Versorgung von Pflegebedürftigen zu Beschäftigten in der Pflege finden sich in der aktuellen Veröffentlichung des MASF

Sozialspezial „Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg“ (2013), verfügbar unter http://www.masf.brandenburg.de/media_fast/4055/sozialspezial_03.pdf



7 Das Bündnis Gesund Älter werden

Das Bündnis hat sich im März 2012 auf Initiative des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MUGV) gegründet und hat Mitte 2013 34 Partner. Deren Zusammenarbeit wird von dem gemeinsamen Verständnis getragen, dass ein gesundes Älterwerden durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird – von der Wohnqualität über die Förderung von Alltagsbewegung und sozialer Integration bis zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung – und deshalb nur gemeinsam von den Verantwortlichen in den verschiedenen Feldern gestaltet werden kann.

Das Bündnis folgt den Grundsätzen der Seniorenpolitischen Leitlinien der Landesregierung für ein aktives Altern und ist Teil des seniorenpolitischen Maßnahmenpakets.

Die gemeinsame Erklärung des Bündnisses formuliert folgende Handlungsfelder für die Arbeit des Bündnisses:

- Gemeinsam über Ressortgrenzen hinweg für Gesundheit stark machen
- Ressourcen statt Defizite in den Blick nehmen
- Übergänge zwischen den Lebensphasen gestalten
- Selbstbestimmung trotz Pflegebedarf oder Krankheit erhalten
- Voraussetzungen für gesunde Lebenswelten und -stile schaffen
- Ziele für ein gesundes Älterwerden gemeinsam festlegen.

Das Bündnis greift in seiner Gründungserklärung ein ressourcenorientiertes Verständnis vom Alter auf und rückt die Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen in den Vordergrund. Partizipation ist ein Hauptelement des Bündnisses: Mit und für ältere Menschen.



Partner im Bündnis Gesund Älter werden auf der Gründungsveranstaltung im März 2012
(Foto: André Wagenzik)

Im Bündnis wirken unter anderen mit: Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Volkssolidarität, Landesseniorenrat, Verband Berlin-Brandenburgischer Wohnungsunternehmen, Hochschule Lausitz und Fachhochschule Potsdam, Landespflegerat Berlin-Brandenburg, Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg, Landessportbund, die Landeskrankenhausgesellschaft und die Verbraucherzentrale Brandenburg.

Im Bündnis arbeiten derzeit drei Arbeitsgruppen:

- Die Arbeitsgruppe Gesundheits- und Bewegungsförderung bei älteren Menschen wurde 2012 durch Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. initiiert und führt ihre Arbeit unter dem Dach des Bündnisses weiter. Die Teilnehmenden beschäftigten sich unter anderem mit der psychischen Gesundheit Älterer sowie der Gesundheit älterer Beschäftigter.

- Die Arbeitsgruppe Mundgesundheit bei älteren Menschen wird durch die Landeszahnärztekammer Brandenburg geleitet und behandelt vor allem die Information und Sensibilisierung

unterschiedlicher Akteure zum Thema „Mundgesundheit im Alter“ vor dem Hintergrund eines gesunden Älterwerdens.



(Foto: Ernst Kessler)

- Wie identifiziert man gute Praxis im Land? Und wie macht man sie sichtbar? Mit diesen Fragen beschäftigt sich die Arbeitsgruppe Gute Praxis – Gesund älter werden in Brandenburg. Die AG hat die landesweite Sammlung von Modellen guter Praxis vorbereitet, Motto: Gesund und mobil älter werden.

Eine Steuerungsgruppe, in der alle Bündnispartner vertreten sind, begleitet die inhaltliche Arbeit im Bündnis. Die Fachstelle Gesundheitsziele im Land Brandenburg, in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., unterstützt den Gesundheitszieleprozess fachlich und organisatorisch.

Kontakt:

fachstelle-gesundheitsziele@gesundheitbb.de

Website:

www.buendnis-gesund-aelter-werden.de

Das deutsche Gesundheitswesen weist verschiedene strukturelle Probleme auf, die in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen besonders deutlich werden:

- Ältere Menschen leiden häufiger unter mehreren und lang andauernden Krankheiten. Dem steht eine medizinische Versorgung gegenüber, die eher an spezifischen Krankheiten ausgerichtet ist und in der Akutversorgung die größten Stärken hat.
- Die medizinische Versorgung von älteren Menschen mit mehreren und chronischen Krankheiten erfordert die gezielte Kooperation verschiedener medizinischer Disziplinen und pflegerischer Tätigkeiten. Die Betreuung älterer Menschen sieht aber immer noch eine institutionelle Trennung von ärztlicher Behandlung und sozialer Betreuung vor, wie sie z. B. in der Unterscheidung in Grund- und Behandlungspflege ihren sozialrechtlichen Niederschlag findet.
- Die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung wird einerseits wegen des demografischen Wandels und der Veränderung des Krankheitsspektrums wachsen. Andererseits ist hier der Nachwuchsmangel besonders drängend. Die vom Gesundheits-Sachverständigenrat dringend empfohlene Stärkung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, vor allem auch für die Primärversorgung, kommt nur langsam voran.

In Brandenburg wird es vor allem in den Berlin fernen Regionen zunehmend schwerer, frei werdende Arztstellen wieder zu besetzen. Die künftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen wird nur gelingen, wenn die vorhandenen Ressourcen klug und koordiniert eingesetzt werden können und wenn ein wirksames Umverteilungsmoment dafür sorgen hilft, dass bundesweit einerseits Überversorgung abgebaut wird und andererseits die medizinischen Leistungen in strukturschwächeren

ländlichen Regionen angemessen finanziert sind. Ein wirklich wirksames Umverteilungsmoment fehlt bislang und die mit der Gesundheitsreform bzw. auch mit dem Versorgungsstrukturgesetz verbundenen Hoffnungen oder Versprechungen haben sich nicht erfüllt.

Aber auch wenn die bundespolitischen Rahmenbedingungen nicht in jeder Hinsicht zufriedenstellend sind, liegen die Potenziale immer zuerst in der Zusammenarbeit. Und für die gibt es in Brandenburg eine gute Tradition. Regelmäßige Gespräche auf Spitzenebene, angeregt durch die Ministerin für Gesundheit, zeigen Einigkeit zwischen den wichtigen Akteuren im Brandenburger Gesundheitswesen. Über die Diagnosen und die verabredeten Maßnahmen besteht zwischen allen Partnern im Land Konsens (MUGV 2012). In Brandenburg haben wir uns zudem darauf verständigt, ein gemeinsames Landesgremium für sektorenübergreifende Versorgungsfragen einzurichten. Die Steuerung von Versorgung und die Entwicklung zukunftsfähiger Konzepte, insbesondere für strukturkritische Regionen, erfordert eine sektorenübergreifende systematische Betrachtung auf Landesebene. Dabei kommt es auch darauf an, Fragen von Gesundheitsversorgung und Fragen von Infrastrukturentwicklung gemeinsam zu betrachten. Regionale Versorgungsbedürfnisse, raumordnerische Aspekte und Perspektiven der demografischen Entwicklung müssen berücksichtigt werden. Für unterschiedliche Räume und Gegebenheiten werden angepasste Konzepte benötigt, damit alle Menschen angemessen erreicht werden können. Dafür brauchen wir die Zusammenarbeit der Strukturverantwortlichen im Gesundheitswesen, also des Landes, der Krankenkassen, der kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhäuser und der Kommunen. Aber auch die Expertise der Landesplanung, der Ärztekammer, der Patientenfürsprecher, die von Berufsverbänden und anderer Sozialleistungsträger soll einfließen.

In Brandenburg, ebenso wie in den anderen neuen Ländern, zeigen sich schon seit geraumer Zeit Entwicklungen, die sich inzwischen teilweise auch bundesweit abzeichnen. Dazu gehört die wachsende Disparität zwischen städtischen und ländlichen Regionen und die demografische Entwicklung. Wir werden weniger und wir werden älter, vor allem auf dem Land. Manche sprechen daher von den neuen Ländern als von einer Art Labor, in dem sich bestimmte Entwicklungen – aber auch darauf abgestimmte Maßnahmen – relativ früher oder auch ausgeprägter als andersorts beobachten lassen. Folgendes Beispiel veranschaulicht dies: das Bundesministerium für Verkehr, Bauwesen, Städtebau und Raumordnung fördert schon seit mehreren Jahren Modellvorhaben der Raumordnung (MORO), die ausgewählte Regionen in ländlichen Räumen darin unterstützen, sich innovativ den infrastrukturellen Herausforderungen des demografischen Wandels zu stellen. Von den in der laufenden Förderperiode bundesweit ausgewählten 21 Modellregionen liegen 9 in den neuen Ländern, 4 allein in Brandenburg. Alle Brandenburger Modellregionen haben das Thema gesundheitliche und soziale Versorgung in diesem Zusammenhang in den Fokus genommen.

Fast die Hälfte aller Krankenhausleistungen (siehe auch Kapitel 4.3) werden von älteren Menschen (65 Jahre und älter) benötigt. Wegen dieses Bedarfes und weil die Anzahl und der Anteil älterer Menschen in

Brandenburg steigen, wurde in der jüngsten Fortschreibung des Krankenhausplanes die stationäre Versorgung älterer Menschen besonders berücksichtigt. Deshalb wurde das Angebot vor allem in der Geriatrie, in der Inneren Medizin und in der Neurologie im Planungszeitraum 2014 bis 2018 deutlich erhöht. Angepasst wurden auch die Kapazitäten in der Geburtshilfe, der Kinderheilkunde und der Chirurgie. Insgesamt wurde das Angebot an vollstationären Betten nahezu konstant gehalten (Planbetten 2012: 15.059, künftig 15.129). Deutlich erhöht wurde die Zahl der Tagesklinikplätze (2012: 1.068, künftig 1.345).

Der Krankenhausplan schafft stationäre Kerne und Tageskliniken vor allem für das Fachgebiet Geriatrie. Ziel war es, regionale sektorübergreifende Versorgungsketten für ältere Menschen aufzubauen, von der teil- und vollstationären Geriatrie über Vor- und Nachsorge sowie Reha-Angeboten bis hin zur häuslichen Betreuung.

Mit einer Reihe von Initiativen und Maßnahmen wird in Brandenburg in verschiedenen Feldern eine kooperative Gesundheitspolitik betrieben.

- Bereits seit längerem wirkt die Kampagne www.arzt-in-brandenburg.de für die Nachwuchssicherung von ärztlichen Fachkräften. Auch das Thema Kooperation und flexible Arbeitszeiten spielt in Brandenburg traditionell eine wichtige Rolle.

Hintergrund: Krankenhäuser in Brandenburg

2013 gibt es im Land Brandenburg 52 Krankenhäuser mit 62 Standorten. Darunter sind 17 Krankenhäuser der Grundversorgung, 11 Krankenhäuser der Regelversorgung, davon 3 Krankenhäuser der qualifizierten Regelversorgung, 5 Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung und 19 Fachkrankenhäuser. Insgesamt erfolgt die stationäre Versorgung mit 14.985 Betten und 1.023 Tagesklinikplätzen. 19 Krankenhäuser sind in öffentlicher, 18 in privater und 15 in freigemeinnütziger Trägerschaft.

- Für Polikliniken und Ambulatorien wurde zu Beginn der 1990er Jahre im Einigungsvertrag ein Bestandsschutz für die im Beitrittsgebiet bestehenden staatlichen Gesundheitseinrichtungen erreicht. Die Landesregierung Brandenburg hat sich für ihren Fortbestand mit großem Nachdruck eingesetzt und ihren Erhalt unter dem Begriff Gesundheitszentren mit Modellförderung unterstützt. Diese Versorgungsform wurde dann unter dem Namen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) 2004 bundesweit zugelassen.
- Durch den Ausbau von Telemedizin oder Modelle wie AGnES sollen Ärztinnen und Ärzte zugunsten der ärztlichen Tätigkeiten im engeren Sinne entlastet werden. AGnES steht für arztentlastende, gemeindenahе, E-Healthgestützte, systemische Intervention. Die Akzeptanz des AGnES-Konzeptes (entwickelt durch das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald) war bei den am Brandenburger Modellprojekt teilnehmenden Hausärzten und Patienten sehr hoch. Die Projektergebnisse veranlassten den Gesetzgeber schließlich, diese Versorgungsform in die Regelversorgung zu überführen. Aus der „AGnES-Fachkraft“ wurde zum 1. April 2009 die nicht-ärztliche Praxisassistentin.
- Es gibt in Brandenburg zudem viele Beispiele für ganz konkrete innovative Formen der Zusammenarbeit auf regionaler Ebene, z. B. zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenhaus für Kindergesundheit oder zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, Kommunen und Krankenkassen für einen regionalen Patientenbus. Auch Mittel aus EU-Fonds werden für neue Formen medizinischer Versorgung im ländlichen Raum genutzt, wie zum Beispiel eine mobile Zahnarztpraxis.

den Menschen organisiert wird, damit Bürgerinnen und Bürger in Brandenburg gesund bleiben und im Krankheitsfall die Unterstützung bekommen, die sie brauchen.

Die Brandenburgische Landesregierung setzt sich für eine gute und gerecht finanzierte Gesundheitsversorgung ein, die nah an

Literatur

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2011) Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg 2011–2030. Statistischer Bericht A1, S.8–11.
- Balzer K, Bremer M et al (2012) Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland. Verfügbar unter http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta255_bericht_de.pdf.
- Bartl C, Bartl R (2004) Osteoporose Manual. Diagnose, Prävention und Therapie. Springer, Berlin.
- Becker I (2012) Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter. Zeitschrift für Sozialreform 2/2012, S. 2. Verfügbar unter http://www.boeckler.de/impuls_2012_13_2.pdf.
- Berkman L F, Glass T (2000) Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: Berman LF, Kawachi I (Hrsg) Social Epidemiology. University Press, Oxford, S 137–173.
- Bickel, H. 2008: Die Epidemiologie der Demenz. Das Wichtigste 1. Hrsg: Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin. Verfügbar unter: www.deutsche-alzheimer.de.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2012) Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2012 gemäß § 154 Abs. 2 SGB VI (Alterssicherungsbericht 2012). Verfügbar unter: <http://www.bmas.de>.
- Fried L et al. (2004) A Social Model for Health Promotion for an Aging Population: Initial Evidence on the Experience Corps Model. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine Vol. 81, No. 1.S. 64–78.
- Kuhlmei A (2006) Gesundes Altern – Geht das? Verfügbar unter: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0106.pdf.
- Mai R, Swiaczny F (2008) Demografische Entwicklung – Potenziale für Bürgerschaftliches Engagement. Heft 126: Materialien zur Bevölkerungswissenschaft des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie (2013) Freiwilliges soziales Engagement im Land Brandenburg. SozialSpezial 2/2013. Verfügbar unter: http://www.masf.brandenburg.de/media_fast/4055/sozial-spezial-2web.pdf.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) (2007) Alt werden im Land Brandenburg – Leitlinien zur Seniorenpolitik der Landesregierung. Verfügbar unter: http://www.masf.brandenburg.de/media_fast/4055/seniorenpolitische_leitlinien.pdf.
- Pinquart M (2001) Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. Psychology and Aging 16 (3), S. 414–426.
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit - Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.pdf?__blob=publicationFile.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI, Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14> .

Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen & Robert Koch-Institut (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de>.

US Department of Health and Human Services (USDHHS) (1996) Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention. Verfügbar unter: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/execsumm.pdf>.

Wittchen HUI et al. (2000) Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655–679.

WHO (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgeber: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Verfügbar unter: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf.

**Ministerium für Umwelt,
Gesundheit und Verbraucherschutz
des Landes Brandenburg**

Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 103

14473 Potsdam

Tel.: 0331/866-7016

Fax: 0331/866-7018

E-mail: Pressestelle@MUGV.Brandenburg.de

Internet: www.mugv.brandenburg.de

