



# Gesundheitliche Situation älterer Menschen in Erfurt, Halle und Leipzig

## Daten, Fakten und Einschätzungen

Gesundheitsbericht der Städte Erfurt, Halle und Leipzig

Herausgeber: Landeshauptstadt Erfurt - Stadtverwaltung  
Stadt Halle (Saale) - Die Oberbürgermeisterin  
Stadt Leipzig - Der Oberbürgermeister

Verantwortlich: Dr. med. Bodo Gronemann, Gesundheitsamt der Stadt Leipzig;  
Dr. med. Kristina Rohmann, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Erfurt;  
Dr. med. Eberhard Wilhelms, Fachbereich Gesundheit / Veterinärwesen der Stadt Halle (Saale);

Autoren: Dr. rer. medic. Ines Benkert (MPH), Gesundheitsamt der Stadt Leipzig  
Silke Jordan, Fachbereich Gesundheit / Veterinärwesen der Stadt Halle (Saale)  
Waltraut Willkomm, Bernd Miehlich, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Erfurt

Layout des Einbandes: Gisela Streck, Fachbereich Kommunikation und Datenverarbeitung der Stadt Halle (Saale);  
Grafik Mitteldeutschland (Titelseite): Wirtschaftsinitiative für Mitteldeutschland GmbH

Druck: Hausdruckerei der Stadt Halle (Saale)  
Hausdruckerei der Stadt Leipzig

Redaktionsschluss: 30.06.2007

## Vorwort

„Ich denke niemals an die Zukunft. Sie kommt früh genug.“ soll Albert Einstein gesagt haben.

Eine Gesellschaft allerdings, die aufgrund des demografischen Wandels vor grundlegend neue Aufgaben gestellt wird, muss rechtzeitig darüber nachdenken, wie sie mit den Herausforderungen umgeht – politisch, sozial, ökonomisch und medizinisch.

Dabei geht es auch um die Frage, wie Gesundheit effektiv gefördert werden kann, um den Menschen ein längeres aktives und selbstbestimmtes Leben im Alter ohne große geistige und körperliche Beeinträchtigungen zu ermöglichen.

In einem gemeinsamen Gesundheitsbericht haben die Städte Erfurt, Halle (Saale) und Leipzig die gesundheitliche Situation der Seniorinnen und Senioren thematisiert. Dabei werden erstmalig Gesundheitsdaten zu diesem Thema aus drei Großstädten in drei neuen Bundesländern vergleichend dargestellt.

Der Bericht zeigt, in welchem Ausmaß chronische Erkrankungen wie Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Herz- Kreislauferkrankungen und Demenz mit steigendem Lebensalter zunehmen. Die Menschen können zwar mit einem über lange Zeit in Gesundheit verbrachten Leben rechnen, zukünftig werden aber auch immer mehr ältere Bürger/-innen mit chronischen Erkrankungen einer guten Behandlung und Pflege bedürfen.

Gesundheitliche Probleme werden oft als altersgemäß normal wahrgenommen und medizinische Maßnahmen erst dann eingeleitet, wenn Symptome und Beschwerden stark zunehmen. Die Vermeidung von Krankheiten und Behinderungen ist jedoch nicht nur eine Frage der Lebensqualität im Alter, sondern überdies auch von hoher Bedeutung für die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme.

Entsprechend der demografischen Entwicklung müssen die Versorgungsstrukturen und Angebote angepasst und so gestaltet werden, dass sich die älteren Menschen mit all ihren Gegebenheiten und Erfordernissen einbringen können. Dazu gehören gesundheitsfördernde Maßnahmen wie auch seniorenorientierte Produkte und Dienstleistungen zur Erhaltung der Lebensfreude und Selbständigkeit.

In der Alterung unserer Gesellschaft liegt eine große Herausforderung.

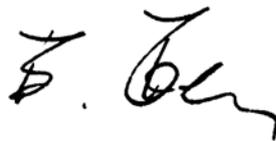
Es ist deshalb wichtig, die Bürger/-innen und Akteure so zu informieren, dass sie in ihren Bemühungen um eine ausreichende gesundheitliche Für- und Vorsorge ausreichend unterstützt und begleitet werden. Die Erkenntnisse der Medizin hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Lebensstils werden künftig für ein Altwerden in Gesundheit eine größere Rolle spielen. Auch in deren Förderung liegt eine wesentliche kommunalpolitische Verantwortung.

Allen, die zum Gelingen dieses gemeinsamen Gesundheitsberichtes beigetragen haben, sei an dieser Stelle gedankt. Besonderer Dank gilt den Mitarbeiter/-innen des Thüringer Landesamtes für Statistik, des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt, des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen, des Stadtentwicklungsamtes der Stadt Erfurt, dem Bereich Statistik und Wahlen des Fachbereiches Bürgerservice der Stadt Halle (Saale), dem Ressort Statistik und Wahlen des Amtes für Statistik und Wahlen der Stadt Leipzig und des Gemeinsamen Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen.

Wir hoffen, dass der vorliegende Bericht ein breites öffentliches Interesse findet und zu weiterführenden Diskussionen über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Seniorinnen und Senioren in den Städten Erfurt, Halle (Saale) und Leipzig anregt.



Tamara Thierbach  
Bürgermeisterin und  
Beigeordnete  
Dezernat Soziales und  
Bildung  
der Stadt Erfurt



Eberhard Doege  
Beigeordneter für  
Ordnung, Sicherheit,  
Umwelt und Sport  
der Stadt Halle (Saale)



Prof. Dr. Thomas Fabian  
Bürgermeister und  
Beigeordneter  
für Jugend, Soziales,  
Gesundheit und Schule  
der Stadt Leipzig

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Demografische Situation .....</b>	<b>8</b>
2.1	Bevölkerungsentwicklung 2000 - 2005.....	8
2.2	Bevölkerungsvorausschätzungen.....	11
<b>3.</b>	<b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Alter ...</b>	<b>14</b>
3.1	Funktionale Beeinträchtigungen .....	14
3.2	Stationäre Behandlungsfälle.....	16
3.3	Ausgewählte Erkrankungen .....	20
3.3.1	Kreberkrankungen .....	20
3.3.2	Diabetes mellitus .....	28
3.3.3	Schlaganfall.....	33
3.3.4	Psychische und Verhaltensstörungen .....	37
3.4	Verkehrsunfälle .....	45
3.5	Schwerbehinderungen.....	47
3.6	Pflegebedürftigkeit.....	51
<b>4.</b>	<b>Sterblichkeit und Sterberisiko im Alter .....</b>	<b>60</b>
4.1	Lebenserwartung und Sterblichkeit .....	60
4.2	Häufigste Todesursachen .....	63
<b>5.</b>	<b>Gesundheitliche Betreuung und Versorgung.....</b>	<b>66</b>
5.1	Medizinische Versorgung.....	66
5.1.1	Ambulante und stationäre Akut- und Regelversorgung.....	66
5.1.2	Geriatrische Spezialeinrichtungen.....	68
5.1.3	Gerontopsychiatrische Versorgung .....	69
5.2	Angebote der Altenpflege.....	73
5.2.1	Ambulante Pflege .....	73
5.2.2	Teilstationäre und Kurzzeitpflege .....	74
5.2.3	Stationäre Pflege.....	76
5.3	Offene Altenhilfe.....	79
<b>6.</b>	<b>Selbsthilfe .....</b>	<b>81</b>

<b>7.</b>	<b>Soziale Lage und Gesundheit.....</b>	<b>86</b>
<b>8.</b>	<b>Möglichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention .....</b>	<b>88</b>

## 1. Einleitung

Der demografische Wandel und die damit verbundene Zunahme des Anteils älterer und hochaltriger Menschen an der Gesamtbevölkerung stellen Politik und Gesellschaft vor neue Herausforderungen.

Im „Wegweiser Demografischer Wandel 2020“, 2006 von der Bertelsmann Stiftung herausgegeben, heißt es:

"Die Folgen des demografischen Wandels sind in Deutschland überall spürbar. Immer weniger Kinder, eine zunehmend ältere Bevölkerung und starke Wanderungsbewegungen führen in den Städten und Gemeinden zu tiefgreifenden Änderungen, die für alle in ihrem Lebensumfeld spürbar sein werden. Deshalb muss die Zukunftsplanung der Kommunen heute - und nicht erst in einigen Jahren - an den absehbaren Entwicklungen ausgerichtet und neu gedacht werden. Mit Blick auf die kommenden Jahre stellen sich viele Fragen: Wie entwickelt sich unsere Stadt bis zum Jahr 2020 und darüber hinaus? Welche Veränderungen werden in unserer Gemeinde spürbar sein? Welche Handlungsfelder haben für unsere Kommune höchste Priorität und was kann ganz konkret getan werden?"

[ 1 ]

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen immer weiter an. Im Gegensatz zu jüngeren Bevölkerungsgruppen haben die Erkrankungen oft chronischen Charakter und machen die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten über einen längeren Zeitraum oder wiederholt erforderlich. Deshalb muss bei der Beantwortung der im "Wegweiser Demografischer Wandel

2020" gestellten Fragen die derzeitige gesundheitliche Situation älterer Menschen, der Versorgungsbedarf und die Möglichkeiten der Implementation wirksamer Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Rolle spielen. Eine wichtige Aufgabe liegt in der Vorbeugung oder Hinauszögerung des Eintritts von Alterserkrankungen, aber auch gleichermaßen in der Bereitstellung bedarfsadäquater Versorgungsmöglichkeiten für die älteren und alten Bevölkerungsgruppen und in der Entwicklung geeigneter Konzepte der Gesundheitssicherung.

Der vorliegende Bericht "Gesundheitliche Situation älterer Menschen in Erfurt, Halle (Saale) und Leipzig" ist ein erster Beitrag, der im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung der Städte Erfurt, Halle und Leipzig die Gesundheit älterer Menschen thematisiert. Es werden Daten und Fakten von drei Großstädten aus den neuen Bundesländern zu ausgewählten Themenbereichen gegenübergestellt, bewertet sowie präventive und gesundheitsfördernde Ansätze aufgezeigt.

In Halle (Saale) fand im April diesen Jahres die Gründungsveranstaltung für eine Gesundheitsförderkonferenz statt. In deren Rahmen wird sich die Arbeitsgruppe „Senioren und Gesundheit“ mit den Ergebnissen des vorliegenden Berichtes auseinandersetzen.

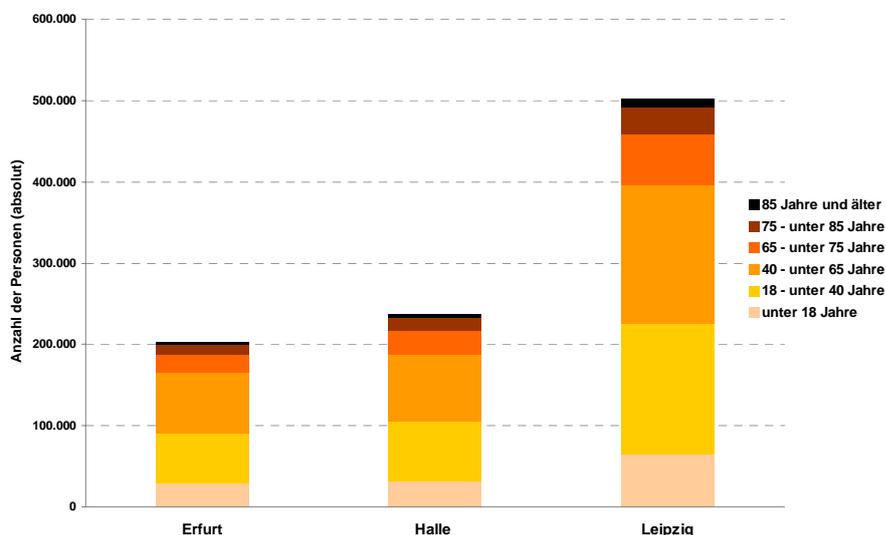
In Leipzig werden die Ergebnisse des vorliegenden Berichtes in das Konzept zur Seniorenarbeit (Altenhilfeplan) Leipzig eingehen.

## 2. Demografische Situation

### 2.1 Bevölkerungsentwicklung 2000 - 2005

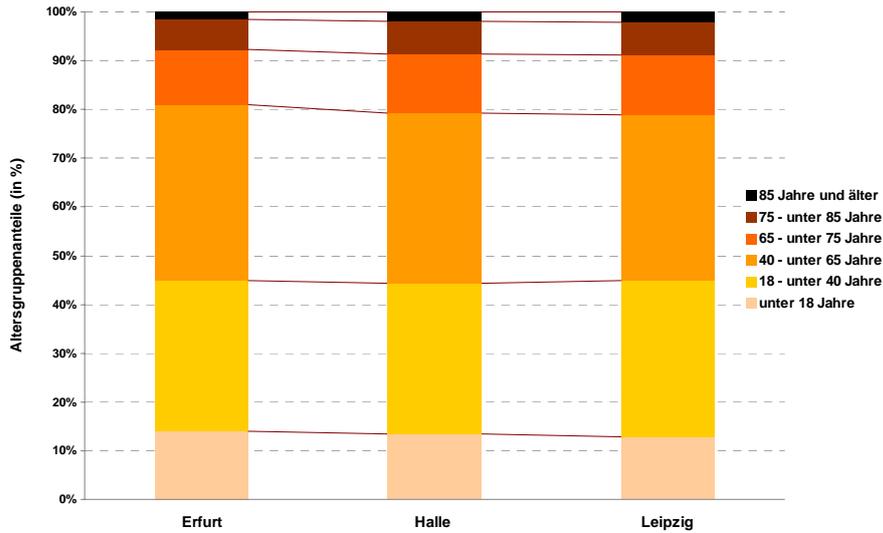
Informationen zur Bevölkerungsstruktur und deren weiterer Entwicklung sind wesentliche Grundlage eines jeden Gesundheitsberichtes. Die Altersstruktur der Bevölkerung bestimmt in hohem Maße das Krankheitsspektrum sowie die Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Deshalb wird in diesem Kapitel des Berichtes die Bevölkerung der Städte Erfurt, Halle (Saale) und Leipzig näher betrachtet und vergleichend gegenübergestellt. Die folgenden beiden Abbildungen geben Auskunft über die Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung der Städte Erfurt, Halle und Leipzig im Jahr 2005.



**Abb. 1: Vergleich der Bevölkerung der Städte Erfurt, Halle und Leipzig nach Altersgruppen (absolute Anzahl), 2005**

Quelle: Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen, Stadt Halle, Fachbereich Bürgerservice, Ressort Statistik und Wahlen, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen



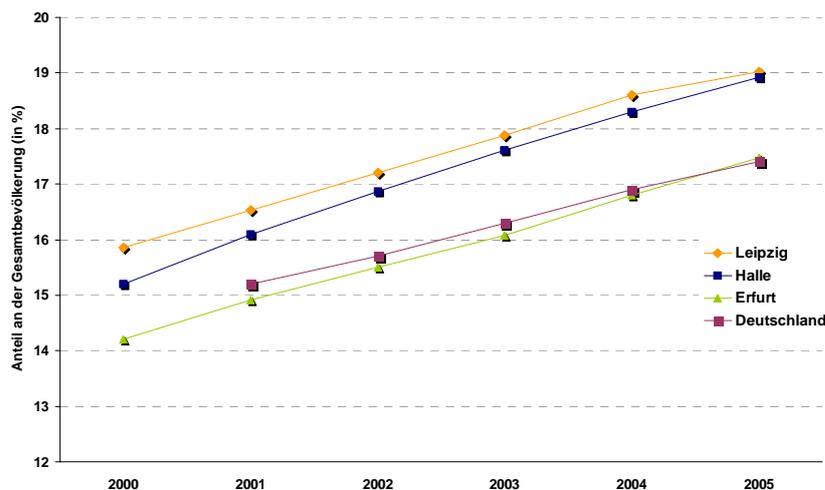
**Abb. 2: Vergleich der Altersgruppenanteile der Bevölkerung 2005 der Städte Erfurt, Halle und Leipzig (in %)**

Quelle: Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen, Stadt Halle, Fachbereich Bürgerservice, Ressort Statistik und Wahlen, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

Aus Abb.1 ist zu erkennen, dass im Jahr 2005 die Einwohnerzahl Leipzigs etwa doppelt so groß ist wie die von Erfurt und Halle. Abb. 2 zeigt, dass die Altersgruppenzusammensetzung der drei Städte sehr ähnlich ist und dass jeweils ca. 20 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter sind. Der Anteil der Hochbetagten (85

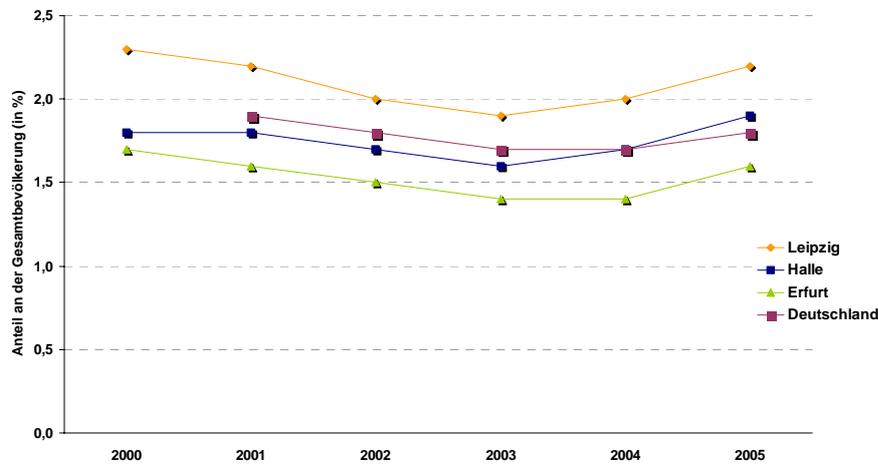
Jahre und älter) ist mit etwa 2 % vergleichsweise klein.

In den folgenden beiden Grafiken wird die Entwicklung der Altersgruppenanteile der 65- bis unter 85-Jährigen und der 85-Jährigen und Älteren von 2000 bis 2005 dargestellt.



**Abb. 3: Anteil der 65- bis unter 85-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, Zeitreihe 2000 - 2005**

Quelle: Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen, Stadt Halle, Fachbereich Bürgerservice, Ressort Statistik und Wahlen, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen



**Abb. 4:** Anteil der Einwohner der Altersgruppe 85 Jahre und älter an der Gesamtbevölkerung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, Zeitreihe 2000 - 2005

Quelle: Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen, Stadt Halle, Fachbereich Bürgerservice, Ressort Statistik und Wahlen, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

Die Abbildungen belegen, dass in den vergangenen fünf Jahren die Altersgruppe der 65- bis unter 85-Jährigen in allen drei Städten ähnlich dem Bundestrend stetig zugenommen hat. Dabei liegen Halle und Leipzig im gesamten Betrachtungszeitraum über dem Bundesdurchschnitt, Erfurt bis 2004 geringfügig darunter, 2005 dann auch über dem Bundesdurchschnitt. Im Gegensatz dazu nimmt der Anteil der 85-Jährigen und Älteren zunächst bis zum Jahr 2003 ebenfalls in allen drei Städten ähnlich dem Bundes-

durchschnitt ab und steigt bis zum Jahr 2005 nun wieder an. Sowohl in Erfurt, Halle und Leipzig als auch in Deutschland insgesamt ist der Anteil der 85-Jährigen und Älteren im Jahr 2000 und im Jahr 2005 nahezu gleich.

Da die Altersgruppenanteile der 65-Jährigen und Älteren der Städte Erfurt, Halle und Leipzig ähnlich sind, wird im vorliegenden Bericht auf die Altersstandardisierung der Inzidenzraten verzichtet.

## 2.2 Bevölkerungsvorausschätzungen

Durch die zehnjährige Arbeit der Enquete-Kommission "Demografischer Wandel", die Altenberichte der Bundesregierung, die Bevölkerungsvorberechnungen des Statistischen Bundesamtes und eine Vielzahl weiterer Publikationen liegen für Deutschland umfassende Informationen zur demografischen Entwicklung vor. Im "Fünften Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland" (2006) werden anhand von Bevölkerungsprognosen folgende demografische Entwicklungen für Deutschland beschrieben:

- Es ist mit einer kontinuierlichen Alterung der Bevölkerung zu rechnen.
- "Die Zahl der älteren Menschen wird zunehmen, insbesondere die Zahl der Hochaltrigen wird überproportio-

nal steigen."

- Nach dem Jahr 2020 wird eine Abnahme der Bevölkerungszahl erwartet, wobei die Bevölkerung im Erwerbsalter prozentual stärker schrumpfen wird als die Gesamtbevölkerung.

In verschiedenen Regionen mit hohen Abwanderungsraten junger Menschen, insbesondere in den neuen Bundesländern, werden die möglichen Folgeprobleme einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung schon viel früher zutage treten als im Bundesdurchschnitt. [ 4 ]

Für Erfurt, Halle und Leipzig liegen jeweils Bevölkerungsvorausschätzungen bis zum Jahr 2025 vor. Diese bilden die Basis der beiden folgenden Darstellungen.

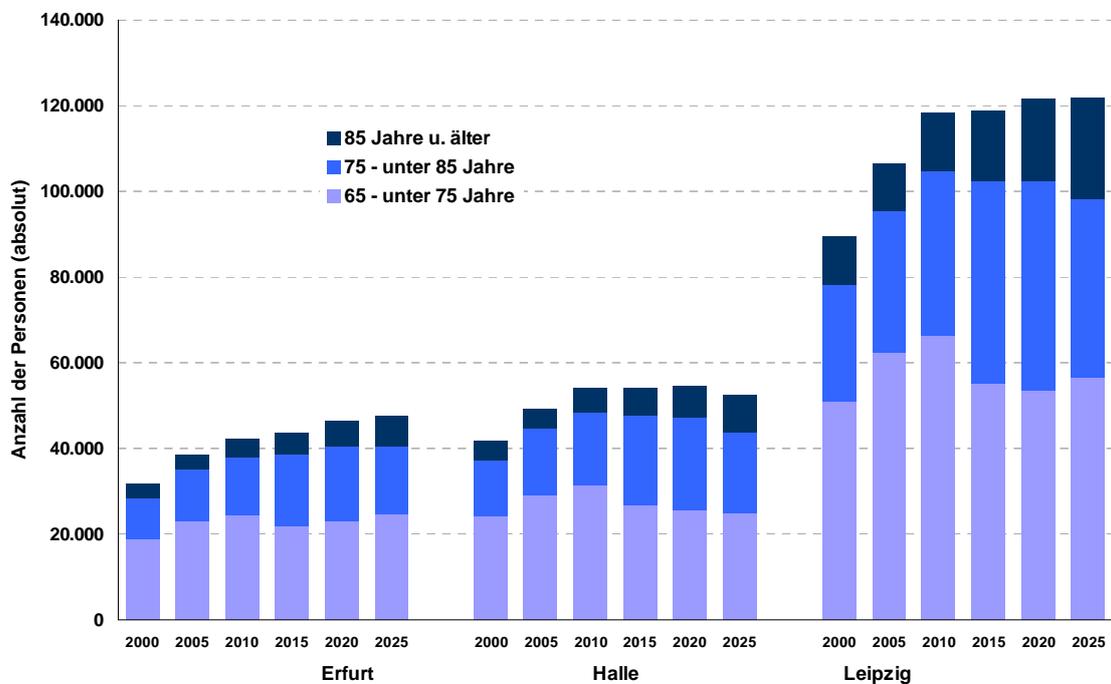
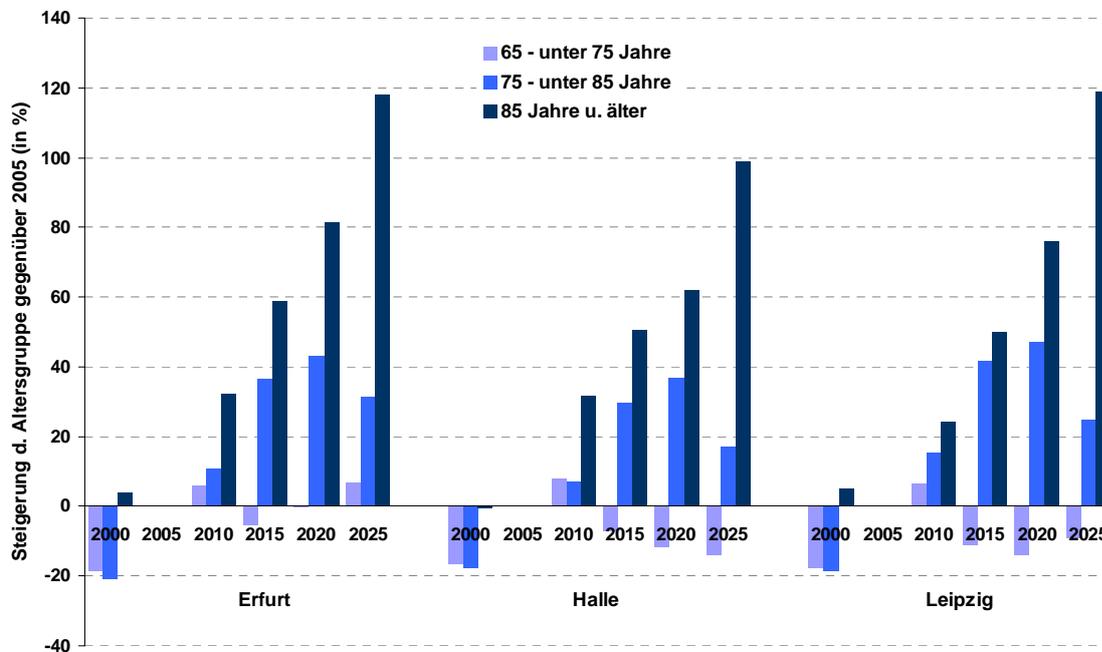


Abb. 5: Bevölkerungsvorausschätzungen der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 65-Jährige und Ältere nach Altersgruppen (absolut), 2000 bis 2025

Quelle: Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

Aus Abb. 5 geht hervor, dass in allen drei Städten von 2000 bis 2010 jeweils die Altersgruppe der 65- bis unter 75-Jährigen am stärksten zugenommen hat, danach

vor allem die Altersgruppen der „Alten“ (75 bis unter 85 Jahre) und die der „Hochbetagten“ (85 Jahre und älter) erheblich gewachsen sind.



**Abb. 6: Entwicklung der Altersgruppen (65-Jährige und Ältere) gegenüber 2005 für Erfurt, Halle und Leipzig, 2000, 2010-2025**

Grundlage: Bevölkerungsvorausrechnungen der Städte Erfurt, Halle und Leipzig

Quelle: Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

In Abb. 6 wird die Entwicklung der Altersgruppen der 65-Jährigen und Älteren im Vergleich zum Basisjahr 2005 grafisch dargestellt. Es wird deutlich, dass in Erfurt, Halle und Leipzig jeweils die Altersgruppe der hochbetagten Menschen (85 Jahre und älter) in den nächsten Jahren

am stärksten zunehmen wird. Nach den derzeit vorliegenden Bevölkerungsvorausrechnungen wird sich in Halle im genannten Prognosezeitraum die Anzahl der 85-Jährigen und Älteren bis zum Jahr 2025 verdoppeln, in Erfurt und Leipzig liegt die Zuwachsrate bei fast 120 %.

---

**Kurzfassung:**

- Die Altersstruktur der Bevölkerung in Erfurt, Halle und Leipzig ist ähnlich.
  - Im Jahr 2005 ist in den drei Städten etwa jeder Fünfte 65 Jahre und älter.
  - In den vergangenen fünf Jahren hat vor allem der Anteil der 65- bis unter 85-Jährigen kontinuierlich zugenommen. In Halle und Leipzig liegt dieser Wert von 2000 bis 2005 über dem Bundesdurchschnitt, in Erfurt bis 2004 geringfügig darunter, im Jahr 2005 ebenfalls darüber.
  - Bevölkerungsvorausschätzungen für Erfurt, Halle und Leipzig quantifizieren die Zunahme der älteren Menschen. Entsprechend diesen Prognosen wird sich in Halle die Zahl der hochbetagten Menschen (85 Jahre und älter) gegenüber 2005 etwa verdoppeln, für Erfurt und Leipzig werden Zuwachsraten von fast 120 % ermittelt.
-

### 3. **Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Alter**

Ältere Menschen sind heute gesünder als früher. Die gestiegene Lebenserwartung kann empirischen Befunden zufolge mit einer Zunahme von beschwerdefreien Lebensabschnitten einhergehen. Mit der Verlängerung der Lebenszeit erhöht sich aber auch die Möglichkeit der Manifestation bisher latenter chronischer Erkrankungen und degenerative Prozesse treten mehr in Erscheinung. [ 19 ]

Altern selbst ist keine Krankheit. Aber es gibt spezifische Krankheitskonstellationen, die für den älteren Patienten typisch sind.

- Krankheiten, die gehäuft erst im Alter auftreten, z. B. Diabetes oder Demenzerkrankungen,
- Krankheiten, die schon viele Jahre bestehen und mit zunehmendem Alter einen hohen Krankheitswert erreichen und zu funktionalen Beeinträchtigungen führen können, z. B. Arthrosen,
- akute Erkrankungen, z. B. Schenkelhalsfrakturen,
- Funktionseinschränkungen bestimmter Organe, z. B. Nachlassen der Sehkraft und des Hörvermögens.

Zwei Drittel aller Diagnosen älterer Menschen betreffen das Herz-Kreislauf-System, das Nervensystem und die Sinnesorgane, das Blut sowie blutbildende Organe, den Stoffwechsel, den Gastrointestinaltrakt sowie Neubildungen. Darüber hinaus treten Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie neurologische und psychische Störungen im Alter häufig auf. Der internationale Vergleich lässt ähnliche Entwicklungen der Morbidität auch in anderen Industrieländern erkennen.

Neben dem vermehrten Auftreten chronischer Erkrankungen mit zunehmendem Alter, ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) ein gravierendes Gesundheitsproblem.

Die Berliner Altersstudie ergab, dass etwa ein Drittel der über 70-Jährigen an fünf mittelgradig schweren und fast ein Viertel an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen leidet. Multimorbidität erhöht wiederum das Eintreten von Funktionsstörungen sowie Behinderungen und führt häufig zu Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. [ 20 ]

#### 3.1 **Funktionale Beeinträchtigungen**

Um die Frage beantworten zu können, inwieweit ältere Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzu-

haben, ist es wichtig, nicht nur Informationen über die Häufigkeit von Krankheiten zu erhalten, sondern auch über ihren funktionalen gesundheitlichen Zustand.

„Eine Person gilt nach ICF<sup>1</sup> als funktional gesund, wenn - vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren) -

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).“ [ 40 ]

„Eine gute funktionale Gesundheit ist wesentlich für Autonomie und selbständige Lebensführung im Alter. Oder umgekehrt: Funktionale Einschränkungen im Alter können dazu führen, dass die gewohnten Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können, Aktionsspielräume eingeeengt werden und die betreffende Person hilfe- und pflegebedürftig wird ...“, heißt es im Report Altersdaten 02 | 2006 des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA). [ 25 ]

Funktionale Gesundheit umfasst physische, psychische und soziale Aspekte und ist vor allem mit der Zunahme von

Einschränkungen in diesem Bereich für das höhere Alter von Belang.

Altsein wurde und wird häufig mit Kranksein und Gebrechlichkeit assoziiert. Dass dieser Stereotyp des Alters falsch ist, belegen eine Vielzahl von Untersuchungen und Studien. Die meisten der über 60-Jährigen sind trotz bestehender funktionaler Einschränkungen in der Lage, die Alltagsanforderungen selbständig zu erfüllen.

Funktionale Beeinträchtigungen bezeichnen Einschränkungen bzw. Probleme beim Ausführen bestimmter Alltagsaktivitäten aufgrund körperlicher oder mentaler Störungen. Das sind vor allem sensorische Beeinträchtigungen (Sehen und Hören) und Einschränkungen der Mobilität (Gehen und Treppensteigen). [ 25 ]

Ein großer Teil der älteren Menschen ist von Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens betroffen. Britischen Studien zufolge leidet etwa ein Fünftel der über 75-Jährigen an Sehbeeinträchtigungen und ein Viertel an Hörbeeinträchtigungen. Vermindertes Seh- und Hörvermögen beeinflussen nicht nur die Lebensqualität der Menschen, sondern erhöhen das Risiko von Unfällen und weiteren Erkrankungen. [ 25 ]

Funktionsverluste bezüglich des Sehens können nur teilweise durch Sehhilfen, Operationen und andere Interventionen kompensiert werden. Deshalb leben viele Menschen im höheren Alter mit Sehbeeinträchtigungen.

Hörbeeinträchtigungen gehören ebenfalls zu den häufigsten Gesundheitsstörungen der Älteren. Nach Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys des Robert-Koch-Institutes 1998 gaben 17 % der

---

<sup>1</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001)

Frauen und 31 % der Männer der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre an, schwerhörig zu sein. Menschen mit Hörbeeinträchtigungen beklagen oft, dass sie Kommunikationsprobleme haben, d. h. Gesprochenes nicht, unvollständig oder falsch verstehen. Mögliche Folgen können sozialer Rückzug und psychische Probleme sein. Diese gefährden eine selbständige Lebensführung. Im Bundesgesundheitsurvey gaben ein Fünftel der über 75-Jährigen an, Schwierigkeiten beim Telefonieren zu haben, ein Viertel berichtete über Hörprobleme in Grup-

pengesprächen.

Mobilitätseinschränkungen nehmen mit dem Alter zu. Sie gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit. Langsamer und unsicherer Gang sind oft Ursache von Stürzen. Die Daten des Deutschen Alterssurveys 2002 belegen, dass vor allem die 75-Jährigen und Älteren einen hohen Bedarf an Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Mobilität haben. [ 25 ]

Zu den funktionalen Beeinträchtigungen liegen für Erfurt, Halle und Leipzig keine Daten der amtlichen Statistik vor.

---

### **Kurzfassung:**

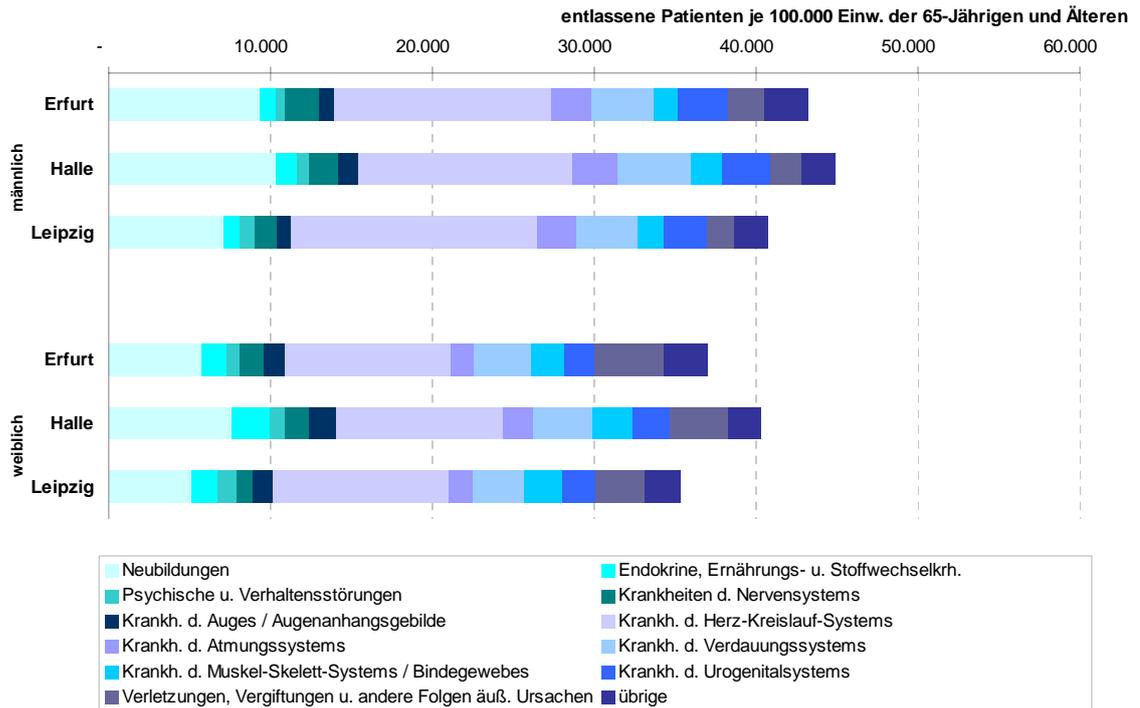
- Eine gute funktionale Gesundheit ist wesentlich für eine selbständige Lebensführung im Alter.
  - Studien belegen, dass die meisten älteren Menschen trotz bestehender funktionaler Einschränkungen in der Lage sind, die Alltagsanforderungen zu erfüllen.
  - Ein großer Teil der älteren Menschen ist von Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens betroffen.
  - Mobilitätseinschränkungen nehmen mit dem Alter zu und gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Hilfe- oder sogar Pflegebedürftigkeit. Daten des Alterssurveys 2002 belegen, dass vor allem die 75-Jährigen und Älteren einen hohen Bedarf an Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Mobilität haben.
  - Zu den funktionalen Beeinträchtigungen liegen keine Daten der amtlichen Statistik vor. Diesbezügliche Studien würden helfen, den Versorgungsbedarf für die kommunalen Ebenen zu quantifizieren.
- 

## **3.2 Stationäre Behandlungsfälle**

Um einen Überblick über die häufigsten Erkrankungen der älteren Menschen zu erhalten, werden im Folgenden die Daten der Krankenhausstatistik ausgewertet. Über ambulante Behandlungsfälle liegen keine Daten der amtlichen Statistik vor. Den folgenden beiden Abbildungen liegen die Daten der 65-Jährigen und Älteren der jeweils aus den Krankenhäusern

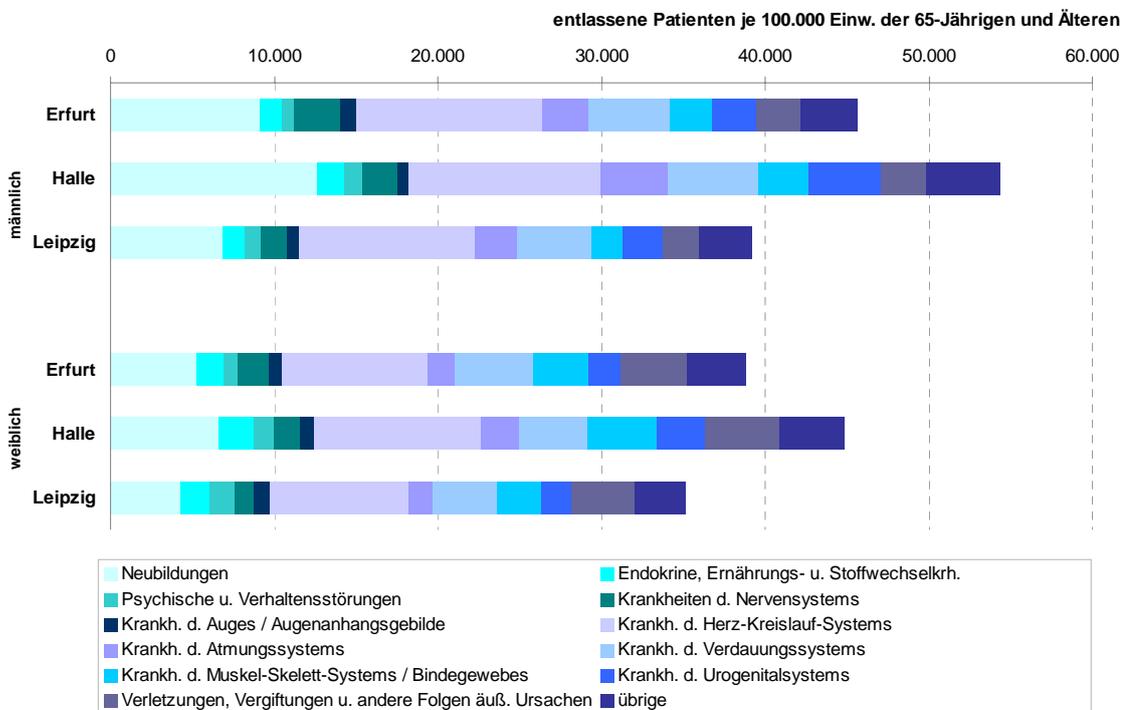
von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entlassenen Patienten mit Hauptwohnsitz in Erfurt, Halle bzw. Leipzig zugrunde. In den Grafiken werden diese Daten bezogen auf 100 000 Einwohner der Altersgruppe 65 Jahre und älter nach Diagnose und geschlechtsspezifisch für die Jahre 2000 und 2005 der Städte Erfurt, Halle und Leipzig verglichen.

# Gesundheitszustand



**Abb. 7: Aus den Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten nach Diagnoseklassen und Geschlecht, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen



**Abb. 8: Aus den Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten nach Diagnoseklassen und Geschlecht, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

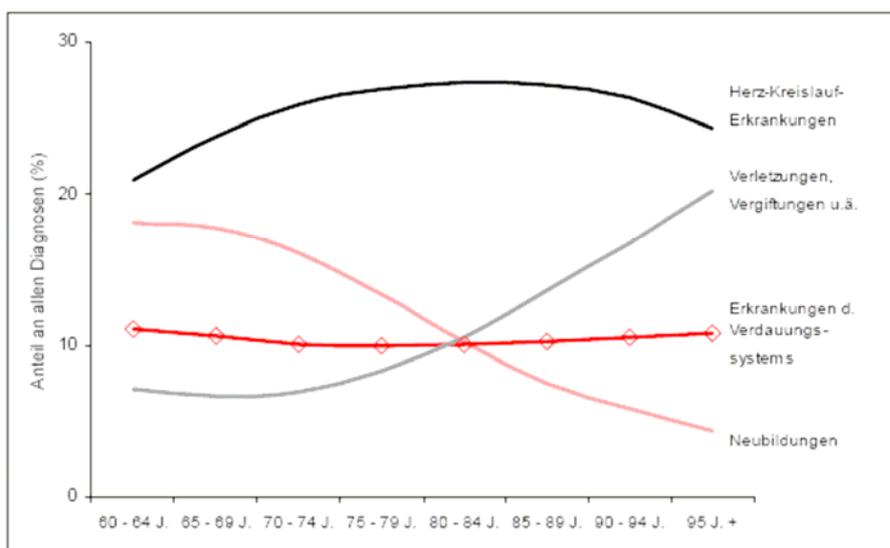
Sowohl im Jahr 2000 als auch 2005 wurden in Erfurt, Halle und Leipzig Männer häufiger stationär behandelt wurden als Frauen. Der Anteil der Neubildungen nimmt in Halle besonders bei den Männern im Jahr 2005 einen vergleichsweise hohen Anteil ein.

Von 2000 zu 2005 ist in Erfurt und Halle der Anteil der stationären Behandlungsfälle unter den 65-Jährigen und Älteren gestiegen. In Halle ist diese Steigerung besonders deutlich. In Leipzig ist dieser Anteil bei den Männern der betrachteten Altersgruppe gesunken, bei den Frauen nur ganz geringfügig. Über die Ursachen dieser unterschiedlichen Entwicklungsverläufe liegen keine Erkenntnisse vor, entsprechende Untersuchungen sollten zur Klärung beitragen.

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Neubildungen sind sowohl bei

den über 65-jährigen Männern als auch bei den Frauen der gleichen Altersgruppe die häufigsten stationären Behandlungsanlässe. Im Vergleich der Jahre 2000 und 2005 ist in allen drei Städten der Anteil der Krankenhausfälle wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgegangen. Danach folgen die Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems, Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie die Erkrankungen des Urogenitaltraktes.

„Die einzelnen Krankheitsgruppen entwickeln sich in ihrer Häufigkeit als stationärer Behandlungsanlass im Alter unterschiedlich.“ heißt es im Report Altersdaten 01/2006. Die folgende Abbildung aus dieser Publikation und Daten des Statistischen Bundesamtes von 2003 belegen deutschlandweit diese Aussage an ausgewählten Diagnosen. [ 26 ]



**Abb. 9:** Ausgewählte Krankenhausentlassungsdiagnosen nach Altersgruppen (Anteile an allen stationären Behandlungsfällen der Altersgruppe in %), 2003

Quelle: GeroStat-Beitrag im „Informationsdienst Altersfragen“, Heft 01/2006, Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) [ 26 ]

Das bedeutet, dass demografisch bedingte Veränderungen der Altersgruppen sich auch auf den fachrichtungbezogenen stationären Versorgungsbedarf bzw. die stationären Behandlungsanlässe auswirken.

Da die Daten der amtlichen Krankenhausstatistik jeweils nur die Hauptbehandlungsursache der stationären Pati-

entinnen und Patienten enthalten, bleibt bei der Auswertung das charakteristische Phänomen der Multimorbidität völlig unberücksichtigt.

Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Erkrankungen näher betrachtet, die bevölkerungsmedizinisch besonders relevant sind.

---

### **Kurzfassung:**

- Daten aus Erfurt, Halle und Leipzig der Jahre 2000 und 2005 lassen erkennen, dass Männer der Altersgruppe 65 Jahre und älter häufiger stationär behandelt wurden als Frauen der gleichen Altersgruppe.
  - In Erfurt und Halle ist der Anteil der stationären Behandlungsfälle gestiegen, in Leipzig gesunken. Ursachen für diese unterschiedliche Entwicklung sind nicht bekannt.
  - Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Neubildungen sind die häufigsten Behandlungsanlässe im Krankenhaus.
  - Im Alter verändert sich die Häufigkeit der einzelnen stationären Behandlungsanlässe. Das bedeutet, dass demografisch bedingte Veränderungen der Altersgruppen sich auch auf den stationären Versorgungsbedarf bzw. die stationären Behandlungsanlässe auswirken.
-

### 3.3 Ausgewählte Erkrankungen

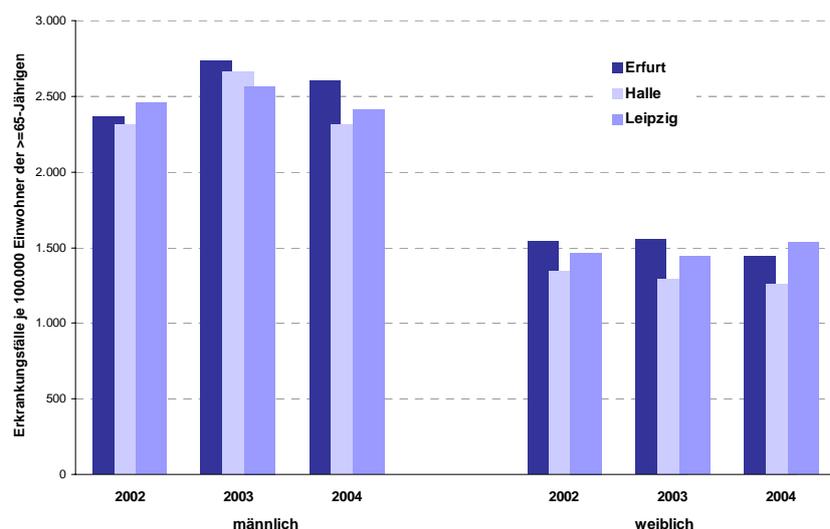
#### 3.3.1 Krebserkrankungen

Die bösartigen Neubildungen stehen in den westlichen Industrienationen an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik.

Im höheren Alter wird dabei die Todesursache „Krebs“ immer häufiger. Das bedeutet, dass die tatsächliche absolute Zahl an jährlichen Neuerkrankungen stark vom Anteil älterer und alter Menschen in der Bevölkerung abhängt. Auch bei gleichbleibenden oder sinkenden altersstandardisierten Erkrankungsraten wird sich in einer alternden Bevölkerung die absolute Zahl der jährlichen Neuerkrankungsfälle erhöhen. Insgesamt müssen die Krebserkrankungen unter epidemiologischen und gesundheitswissenschaftlichen Gesichtspunkten als altersassoziierte Erkrankungen betrachtet werden. Das Risiko, an bösartigen Neubildungen zu erkranken und zu sterben, steigt mit zunehmendem Alter fast loga-

rithmisch an. Nach den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems stellen die bösartigen Neubildungen den größten Anteil der Todesursachen.

Den folgenden Auswertungen der Krebserkrankungs- und -sterbefälle der Städte Erfurt, Halle und Leipzig liegen die Regionaldaten des Gemeinsamen Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) für Erfurt, Halle und Leipzig zugrunde. Für Halle konnten nur Daten zur Inzidenz zur Verfügung gestellt werden, Mortalitätsdaten liegen nicht vor. Die folgende Abbildung zeigt die Inzidenzraten der älteren Bevölkerung (Altersgruppe 65 Jahre und älter) von 2002 bis 2004 im Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig nach Geschlecht.

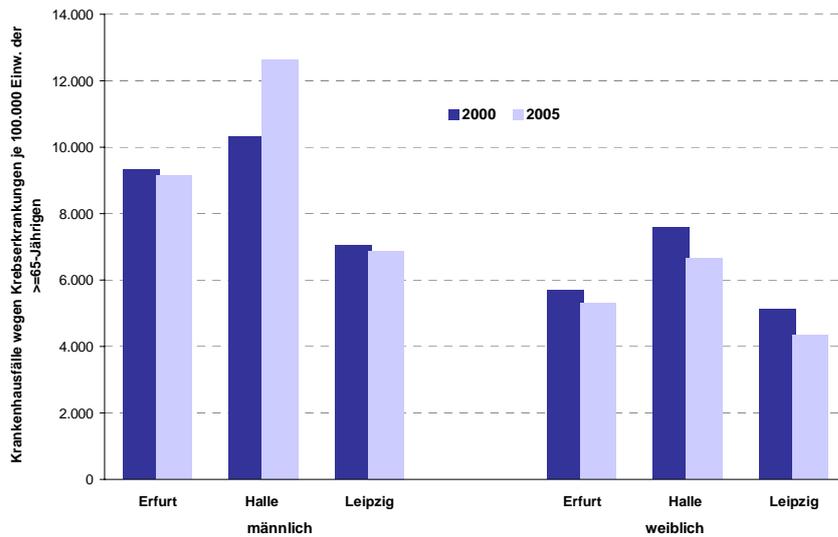


**Abb. 10:** Inzidenzraten der bösartigen Neubildungen der Altersgruppe 65 Jahre und älter und nach Geschlecht, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2002 -2004

Quelle: *Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen*

Die Inzidenzraten für die Krankheitsgruppe aller bösartiger Neubildungen unterscheiden sich sowohl zwischen Erfurt, Halle und Leipzig als auch im Jahresvergleich nur unwesentlich. Sehr deutlich ist der Unterschied zwischen der Häufigkeit der männlichen und weiblichen Erkrank-

ten. Männer erkranken häufiger. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied spiegelt sich auch in der folgenden grafischen Darstellung zu den Krankenhausfällen aufgrund bösartiger Neubildungen wider.



**Abb. 11: Krankenhausfälle infolge bösartiger Neubildungen der Altersgruppe 65 Jahre und älter, geschlechtsspezifischer Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 und 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

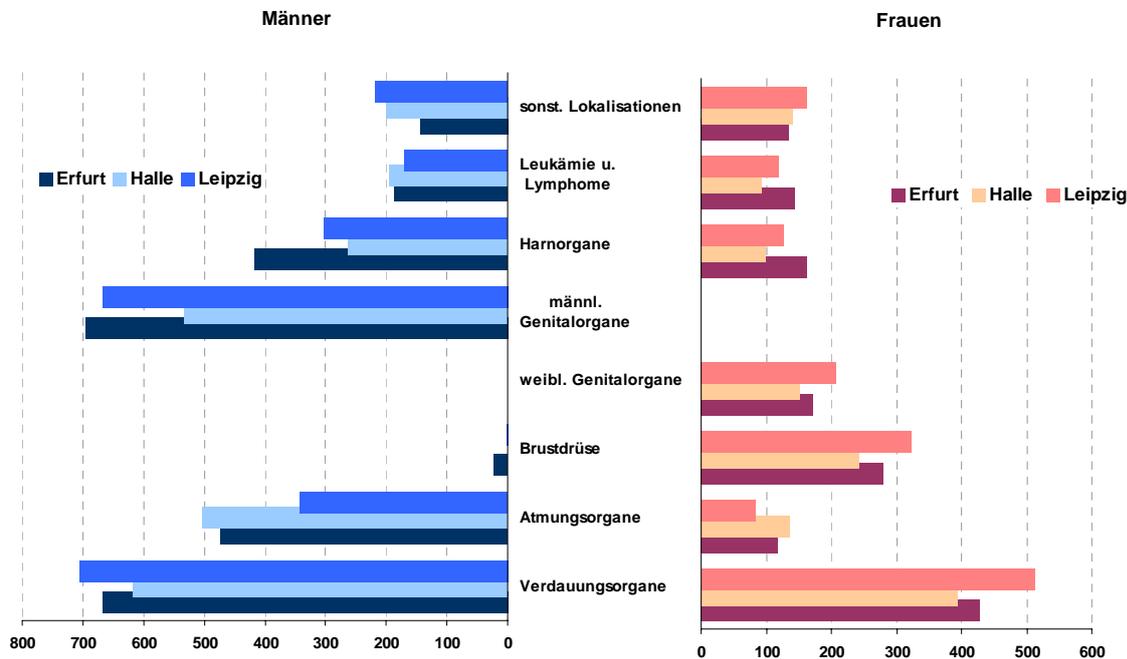
Aus der Abb. 11 ist ersichtlich, dass sich im Vergleich der Jahre 2000 und 2005 der stationäre Behandlungsbedarf der betrachteten Altersgruppe nur bei den älteren Männern in Halle deutlich erhöht hat, ansonsten sind die Behandlungsraten bei den männlichen Erkrankten geringfügig, bei den erkrankten Frauen von 2000 auf 2005 deutlich zurückgegangen. Im Gesundheitsbericht für Deutschland wird ausgeführt, dass die Zahl neuer Krebsfälle bis zum Jahr 2020 aufgrund der wachsenden Zahl älterer Menschen deutlich steigen wird. Diese Aussagen beruhen auf den Berechnungen der 10. Bevölkerungsvorausschätzung des

Statistischen Bundesamtes und den vom Robert-Koch-Institut ermittelten altersspezifischen Krebserkrankungsraten des Jahres 2000. Diesen Vorausberechnungen zufolge wird sich die Zahl der Krebsneuerkrankungen bei über 65-jährigen Männern um mindestens 50 % und bei Frauen dieser Altersgruppe um mindestens 25 % erhöhen.[ 32 ]

Angesichts dieser Prognose wird sich der Behandlungs- und Betreuungsbedarf krebsskranker älterer Menschen in den nächsten Jahren auch in den Städten Erfurt, Halle und Leipzig deutlich erhöhen.

Die Inzidenzraten der 65-Jährigen und Älteren nach Lokalisation des Tumors und Geschlecht im Vergleich für Erfurt, Halle und Leipzig ist Gegenstand der fol-

genden Grafik. Die Basis dieser Darstellung bilden die Daten des GKR für die drei Städte des Jahres 2004.



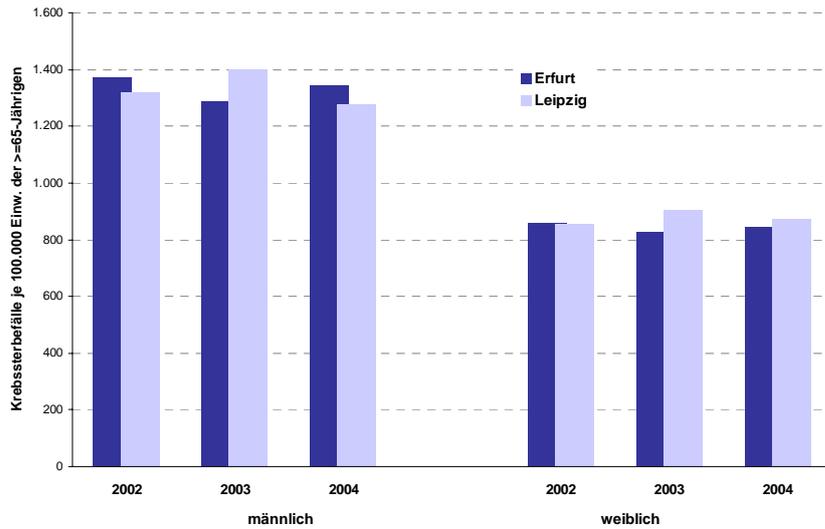
**Abb. 12: Inzidenzraten (Anzahl der Neuerkrankungen je 100 000 Einwohner) der bösartigen Neubildungen der 65-Jährigen und Älteren nach Geschlecht und Lokalisation des Tumors, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2004**

Quelle: *Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen*

Die Abbildung zeigt, dass bei Männern der Altersgruppe 65 Jahre und älter für Erfurt, Halle und Leipzig bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und der männlichen Genitalorgane (fast ausschließlich Prostataerkrankungen) am häufigsten vorkommen. Auch Tumorerkrankungen der Atmungsorgane und der Harnorgane wurden vergleichsweise häufig diagnostiziert. Bei den Frauen der betrachteten Altersgruppe überwiegen die Krebserkrankungen der Verdauungsorgane. In der Rangfolge an zweiter und dritter Stelle mit deutlich geringeren Inzidenzwerten wurden die bösartigen Neubildungen der Brustdrüse und der weiblichen Genitalorgane ermittelt mit eher ge-

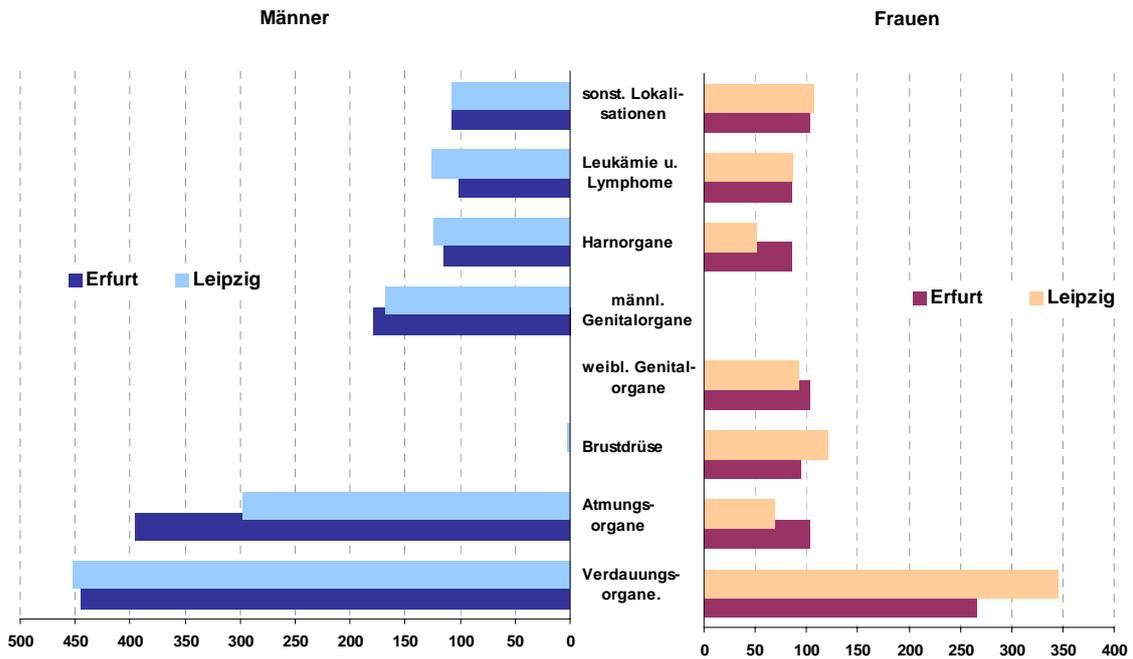
ringem Unterschied zu allen weiteren grafisch dargestellten Lokalisationen der Krebserkrankungen.

Für die epidemiologische Auswertung der Krankheitsgruppe der bösartigen Neubildungen ist neben den Inzidenzraten auch die Auswertung der Mortalitätsdaten erforderlich. Wie bereits erwähnt, konnten diese seitens des GKR nur für Erfurt und Leipzig zur Verfügung gestellt werden. In der folgenden Abb. 13 werden Mortalitätsraten an bösartigen Neubildungen der 65-Jährigen und Älteren von 2002 - 2004 für Erfurt und Leipzig nach Geschlecht vergleichend gegenübergestellt, in Abb. 14 nach Lokalisation des Tumors für das Jahr 2004.



**Abb. 13: Sterbefälle an bösartigen Neubildungen der 65-Jährigen und Älteren je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe, geschlechtsspezifischer Vergleich der Städte Erfurt und Leipzig, 2002 - 2004**

Quelle: *Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen*



**Abb. 14: Sterbefälle an bösartigen Neubildungen der Altersgruppe 65 Jahre und älter je 100 000 Einwohner der betrachteten Altersgruppe nach Geschlecht und Lokalisation des Tumors, Vergleich der Städte Erfurt und Leipzig, 2004**

Quelle: *Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen*

Aus Abb. 13 wird deutlich, dass zwischen Erfurt und Leipzig und auch im zeitlichen Verlauf der Jahre 2002, 2003 und 2004 nur geringfügige Unterschiede festzustellen sind. Offensichtlich sind die geschlechtsspezifischen Abweichungen. In der betrachteten Altersgruppe versterben Männer häufiger an Krebserkrankungen als Frauen.

Die Auswertung der Mortalitätsdaten nach Tumorlokalisation (Abb. 14) lässt

erkennen, dass die meisten 65-Jährigen und Älteren in Erfurt und Leipzig an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane versterben. Bei den Männern der betrachteten Altersgruppe ist außerdem die Sterberate an Krebserkrankungen der Atmungsorgane, vor allem Lungenkrebs, ebenfalls sehr hoch. Auf die häufigsten Krebserkrankungen wird in den folgenden Ausführungen noch einmal näher eingegangen.

## Darmkrebs

Der Darm ist die häufigste Tumorlokalisation bei den Krebserkrankungen der Verdauungsorgane.

In der 2006 veröffentlichten Publikation „Krebs in Deutschland, Häufigkeiten und Trends“ der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut wird berichtet, dass Darmkrebs mittlerweile für Männer und Frauen in Deutschland insgesamt (alle Altersgruppen) die zweithäufigste Krebserkrankung ist. Da Männer durchschnittlich im Alter von 69 und Frauen von 75 Jahren erkranken, also vergleichsweise spät, hat diese Erkrankung für die betrachtete Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren besondere Bedeutung. [ 14 ]

Folgende Risikofaktoren werden genannt:

- Übergewicht und Bewegungsmangel
- ernährungsbedingte Faktoren, insbesondere eine ballaststoffarme, fettreiche Nahrung, ein hoher Anteil an rotem (eisenhaltigem) Fleisch, ein geringer Anteil an Gemüse, regelmäßiger Alkoholkonsum

- Darmkrebserkrankungen bei Verwandten ersten Grades
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Die Früherkennung von Darmkrebs ist Bestandteil des gesetzlichen Früherkennungsprogramms. 2002 wurde das Krebsfrüherkennungsprogramm hinsichtlich der Früherkennung von Darmkrebs erweitert. Seitdem können gesetzlich krankenversicherte Personen im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl (Hämokkult) durchführen lassen und haben ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf die Durchführung einer Früherkennungsdarmspiegelung einschließlich einer Wiederholungskoloskopie nach 10 Jahren. Versicherte, die sich gegen eine Früherkennungskoloskopie entscheiden, können alternativ ab vollendetem 55. Lebensjahr einen Okkultblut-Test in zweijährlichem Turnus fortführen.

Da die Teilnahme am Vorsorgeprogramm noch relativ gering ist, wird eingeschätzt, dass der Einfluss der Screeninguntersuchungen auf die Darmkrebs-

Inzidenz bisher als nichtausschlaggebend eingestuft werden muss.

Im o. g. Bericht wird publiziert, dass die geschätzten Erkrankungsraten von Männern und Frauen nach einem zunehmenden Trend in den letzten Jahrzehnten auf unterschiedlichem Niveau in etwa konstant bleiben. Im Unterschied zur Ent-

wicklung der Inzidenz nehmen die Sterberaten für beide Geschlechter seit Mitte der 70er Jahre kontinuierlich ab. Insgesamt (d. h. für alle Altersgruppen) liegt die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Männer und Frauen inzwischen bei 56 %. [ 14 ]

### **Prostatakarzinom**

Wie aus Abb. 12 ersichtlich ist, gehören die bösartigen Neubildungen der männlichen Genitalorgane zu den häufigsten Krebserkrankungen der über 65-jährigen Männer in Erfurt, Halle und Leipzig.

Im Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes „Prostataerkrankungen“ wird anhand der Daten für Deutschland 2002 berichtet, dass die Erkrankungsrate ca. ab dem 50. Lebensjahr fast linear ansteigen und für die über 75-Jährigen ca. 800 Neuerkrankungen pro Jahr betragen. Etwa 90 % aller Erkrankten sind älter als 60 Jahre. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt derzeit bei etwa 70 Jahren. 96 % aller Sterbefälle am Prostatakarzinom sind älter als 60 Jahre. Die Mortalitätsrate an dieser Krebsart steigt ebenfalls mit dem Alter an. [ 37 ]

Bisher konnten keine Faktoren ermittelt werden, die ursächlich mit der Entstehung des Prostatakarzinoms und den Verlauf beeinflussenden Faktoren im Zusammenhang stehen. Im jüngeren Alter wird der Einfluss einer genetischen Prädisposition diskutiert.

Als Risikofaktoren werden diskutiert:

- Übergewicht
- fett- und kalorienreiche Ernährung
- Bewegungsmangel

- Rauchen
- sowie familiäre Dispositionen [ 14 ]

Die Möglichkeit, die Erkrankung in einem möglichst frühen Stadium zu diagnostizieren und damit mit weit besseren Chancen auf Heilung behandelt zu werden, bietet das gesetzliche Früherkennungsprogramm. Alle gesetzlich krankenversicherten Männer ab dem Alter von 45 Jahren haben einen jährlichen Anspruch auf eine kostenfreie Untersuchung der Genitalorgane und eine Tastuntersuchung der Prostata. Nach Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung nahmen 2004 nur 18,3 % der anspruchsberechtigten Männer an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil.

Seit Ende der 80er Jahre ist in Deutschland ein steiler Anstieg der Neuerkrankungsraten zu beobachten. Es wird vermutet, dass dieser Anstieg größtenteils auf den Einsatz neuer Methoden in der Diagnostik (zum Beispiel der Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA)) zurückgeführt werden kann. Voraussetzung für eine ergänzende Aufnahme des PSA-Tests in das gesetzliche Krebsfrüherkennungsprogramm ist der wissenschaftliche Nachweis des bevölkerungsmedizinischen Nutzens.

Derzeit werden zwei Studien zu dieser Zielstellung durchgeführt, deren Ergebnisse bis zum Jahr 2008 erwartet werden.

In Deutschland ist die Sterberate an Prostatakrebs seit den frühen 70er Jahren bis Mitte der 90er geringfügig gestiegen und verringert sich seitdem bis auf

das Niveau 70er Jahre. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt inzwischen bei etwa 82 %. Bei der Prognose sind langsam voranschreitende von aggressiven, metastasierenden Verlaufsformen zu unterscheiden, die bei Männern in jüngeren Altersgruppen (unter 60 Jahren) häufiger auftreten.

### **Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane**

Die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und dabei vorwiegend Krebserkrankungen der Lunge sind für die über 65-jährigen Männer die dritthäufigste Krebserkrankung und stehen bezüglich der Sterblichkeitsrate sogar an zweiter Stelle (siehe Abb. 12 und Abb. 14). Im Gegensatz dazu wird bei den älteren Frauen der betrachteten Altersgruppe diese Erkrankung deutlich weniger diagnostiziert. Diese Auswertungsergebnisse gehen konform mit vorliegenden deutschlandweiten Auswertungen aus dem Jahr 2002. [ 14 ]

Die für Deutschland ermittelten altersspezifischen Inzidenzraten zeigen einen deutlichen Anstieg mit zunehmendem Alter. Für Männer der Altersgruppe 60 bis unter 75 Jahre wird eine Inzidenz von 276 Fällen pro 100 000 Einwohner der Altersgruppe ermittelt, für 75-Jährige und Ältere sind es bereits 409 Fälle. Die Mortalitätsrate ist in diesen beiden fast ebenso hoch. Die deutschlandweite Inzidenzrate der Frauen im Alter von 60 bis unter 75 Jahren ist mit einem Wert von 74 ein Vielfaches geringer als der vergleichbare Wert der Männer. Für die Altersgruppe 75 und älter ist der Anstieg auch nur geringfügig und beträgt 85 Fälle je 100 000 Frauen der Altersgruppe. [ 14 ]

Im Gesundheitsbericht „Gesundheit in Deutschland“ wird ausgesagt, dass das durchschnittliche Erkrankungsalter für Männer und Frauen ca. 68 Jahre beträgt. Das entspricht in etwa dem durchschnittlichen Erkrankungsalter für die bösartigen Neubildungen insgesamt. [ 32 ]

Der Hauptrisikofaktor des Lungenkrebses ist das Rauchen. Es wird ausgeführt, dass derzeit 90 % der Lungenkrebsfälle bei Männern und derzeit bis zu 60 % bei Frauen auf aktives Rauchen zurückzuführen sind. Auch Passivrauchen erhöht das Erkrankungsrisiko. Der Lungenkrebs macht bei Männern ca. ein Viertel (Leipzig 2004: 23,3 %, Erfurt 2004: 29,4 %) und bei den Frauen ca. 10 % (Leipzig 2004: 7,9 %, Erfurt 2004: 12,3 %) der Krebstodesfälle aus. Aufgrund einer niedrigen 5-Jahres-Überlebensrate (Männer: 12 %, Frauen: 14 %) gehört der Lungenkrebs zu den prognostisch ungünstigsten Krebsformen. Bisher gibt es keine wirksamen Untersuchungen zur Früherkennung des Lungenkrebses. Deshalb sind Rauchverzicht und ein umfassender Nichtraucherenschutz besonders wichtig zur Prävention des Lungenkrebses. [ 14 ]

---

**Kurzfassung:**

- Mit zunehmendem Alter erkranken und sterben mehr Menschen an bösartigen Neubildungen.
  - Die Erkrankungsraten der ab 65-Jährigen unterscheiden sich zwischen Erfurt, Halle und Leipzig nur unwesentlich.
  - Männer erkranken deutlich häufiger als Frauen.
  - Die Zahl der Neuerkrankungsfälle wird sich aufgrund der wachsenden Zahl älterer Menschen erhöhen. Damit steigt auch der Behandlungs- und Betreuungsbedarf krebskranker älterer Menschen.
  - Bei Männern der Altersgruppe 65 Jahre und älter in Halle, Erfurt und Leipzig werden bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und der Prostata am häufigsten diagnostiziert. Danach folgen Tumorerkrankungen der Atmungs- und Harnorgane. Bei den älteren Frauen der drei Städte überwiegen Krebserkrankungen der Verdauungsorgane.
  - Die Früherkennung einiger Krebserkrankungen ist Bestandteil des gesetzlichen Früherkennungsprogramms. Dessen Inanspruchnahme wird bezüglich des Darmkrebses und des Prostatakarzinoms insgesamt als gering bewertet, regionale Daten für Erfurt, Halle und Leipzig liegen dazu nicht vor. In Erfurt, Halle und Leipzig sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Information und Motivation zur Teilnahme am Früherkennungsprogramm der GKV auch für die älteren Menschen durchgeführt werden.
  - Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane, vor allem Lungenkrebs, sind bei den Männern in Erfurt, Halle und Leipzig die dritthäufigste Krebserkrankung und stehen bezüglich der Sterblichkeitsrate sogar an zweiter Stelle. Die Inzidenzraten zeigen einen deutlich Anstieg mit zunehmendem Alter. Der Hauptrisikofaktor des Lungenkrebses ist das Rauchen. Deshalb sind Rauchverzicht und ein umfassender Nichtraucher-schutz besonders wichtig zur Prävention des Lungenkrebses.
-

### 3.3.2 Diabetes mellitus

„Von den für 2010 in Deutschland geschätzten 10 Mio. Diabetikern werden mehr als zwei Drittel älter als 65 Jahre alt sein – auch Hundertjährige sind dabei!“ heißt es im Deutschen Gesundheitsbericht „Diabetes 2007“, vorgelegt von der Deutschen Diabetes-Union zum Weltdiabetestag im November 2006.

Es wird berichtet, dass die Anzahl von Menschen mit Diabetes in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen hat. Als Gründe werden die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur und ein Anstieg der altersspezifischen Neuerkrankungsraten genannt. Jedoch seit ca. 1990 scheint dieser Trend gestoppt zu sein, eine Zunahme der absoluten Anzahl der Erkrankten scheint primär durch die Alterung der Bevölkerung bedingt zu sein. [ 6 ], [ 35 ]

Der Diabetes mellitus und seine Begleit- und Folgeerkrankungen (insbesondere Herz-Kreislauf-, Augenerkrankungen, diabetische Fußkomplikationen und Amputationen, Nieren- und Nervenschäden) ist für die Betroffenen und ihre Familien meist mit weitreichenden Belastungen verbunden. Die erhebliche gesundheitspolitische Bedeutung dieser Erkrankung resultiert aus der Erkrankungshäufigkeit und der erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und somit hohen Kosten für die Gesellschaft.

Es werden verschiedene Diabetesformen unterschieden. Ca. 80 - 90 % aller Diabetiker sind von einem Typ-2-Diabetes betroffen. Diese Erkrankung tritt überwiegend jenseits des 40. Lebensjahres auf,

wobei die Häufigkeit mit steigendem Alter zunimmt („Altersdiabetes“).

Die meisten älteren Diabetiker sind also von einem Typ-2-Diabetes betroffen, weshalb in den folgenden Ausführungen nur auf diesen Bezug genommen wird.

Die Datenlage zur Erkrankungshäufigkeit an Diabetes mellitus ist in Deutschland unzureichend. Schätzungen zur Diabetesprävalenz basieren auf Ergebnissen verschiedener Studien und den Ergebnissen des Diabetesregisters der ehemaligen DDR. Im Themenheft „Diabetes mellitus“ der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird publiziert, dass in Deutschland schätzungsweise bei ca. 4 Millionen Menschen (etwa 5 %) eine Diabeteserkrankung diagnostiziert wurde. Anhand einer bevölkerungsbasierten Untersuchung in Augsburg (KORA-Survey 2000) wird für die Altersgruppe 55 bis 74 Jahre eine Prävalenz von 8,4 % für den bereits bekannten Diabetes publiziert, aber auch bei fast ebenso vielen (8,2 %) wurde eine bisher unentdeckte Diabeteserkrankung festgestellt. Damit erhöht sich die Gesamtprävalenz dieser Altersgruppe anhand dieser Studienergebnisse auf über 16 %. [ 35 ]

Ähnliche Ergebnisse werden durch Decode (2003), Rathmann (2003) publiziert. Sie vergleichen Prävalenzen des Diabetes (einschließlich unentdeckter Fälle) in der älteren Allgemeinbevölkerung (60 - 69 Jahre) in Europa. Für Deutschland wurden für die Männer Häufigkeiten von 18,1 % und für Frauen 16,7 % referiert. Nahezu die Hälfte der Erkrankungen war ebenfalls nicht bekannt. [ 17 ]

Dem Deutschen Gesundheitsbericht „Diabetes 2007“ ist zu entnehmen, dass ca. bei jedem vierten über 75-Jährigen Menschen in Deutschland eine Diabeteserkrankung bekannt ist. Über 6 % der Personen in diesem Alter werden mit Insulin behandelt. [ 6 ]

Bis zum 70. Lebensjahr sind häufiger Männer betroffen, im höheren Alter Frauen. In den neuen Bundesländern ist die Prävalenz in allen Bevölkerungsgruppen höher als in den alten Bundesländern. [ 3 ], [ 17 ], [ 32 ]

Bei der Betreuung und Versorgung von älteren Diabetikern sind die häufigen Wechselwirkungen mit den „geriatrischen Syndromen“ zu beachten. Mit diesem Begriff werden spezifische Zustände, die vor allem bei älteren, gebrechlichen Personen infolge des Zusammenwirkens mehrerer Erkrankungen und Schädigungen häufig auftreten, z. B. Instabilität (Gefahr von Stürzen), Immobilität, Inkontinenz und intellektueller Abbau (Demenz), beschrieben. In der von der Deutschen Diabetes Gesellschaft gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie 2004 herausgegebenen evidenz-basierten Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter“ werden diese Wechselwirkungen beachtet.

Im Deutschen Gesundheitsbericht „Diabetes 2007“ wird ausgeführt, dass die Behandlung des alten Menschen mit Diabetes in erster Linie auf die Verbesserung des Befindens, Erhöhung der Lebensqualität und Verlängerung der behinderungsfreien Lebenszeit zielt. Dabei sind Lebensqualität, Pflegebedürftigkeit und damit auch Kostenintensität geriatrischer Patienten sehr eng verknüpft mit

dem Vorliegen geriatrischer Syndrome wie Inkontinenz, Instabilität, Immobilität oder intellektuellem Abbau.

Beim älteren Menschen muss immer

- die Multimorbidität,
- der individuelle Gesundheitszustand
- und das soziale Umfeld

beachtet werden.

Es wird eingeschätzt, dass nach wie vor die Mehrheit der Patienten aus Angst vor Unterzuckerung, Stürzen oder aufgrund logistischer Probleme eher viel zu „großzügig“ eingestellt ist. Studien belegen den Nutzen einer besseren Blutzuckereinstellung vor allem in Hinsicht auf den individuellen Funktionszustand und geriatrische Syndrome. [ 6 ]

Die Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes haben außerordentlich große Auswirkungen auf die Lebensqualität und letztlich auch auf die Sterblichkeit der Betroffenen. Ihnen kommt bei großer Häufigkeit auch eine wichtige Bedeutung im Hinblick auf die Beeinflussung der Lebensqualität und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu.

Verschiedene Untersuchungen konnten nachweisen, dass konventionelle Schulungsprogramme bei geriatrischen Patienten meist nicht sehr effektiv sind. Spezielle Schulungsprogramme für ältere bzw. leicht kognitiv eingeschränkte Menschen mit Diabetes wurden neu entwickelt. Die „strukturierte geriatrische Schulung“ (SGS) wurde 2005/2006 erprobt und zeigte Effektivität.

Insbesondere bei hochbetagten Menschen mit höhergradigen kognitiven oder physischen Funktionseinschränkungen (insbesondere bei Pflegeheimbewohnern) ist Patientenschulung meist nicht

mehr sinnvoll. Hier müssen die Betreuungs- und Pflegepersonen entsprechend angeleitet werden. Seit 2006 gibt es ein entsprechende neues Curriculum für das Pflegepersonal „Fortbildung Diabetes für Altenpflegekräfte“ (FoDiAl). [ 6 ]

Insulintherapie spielt im Alter eine entscheidende Rolle, ist aber schwieriger durchzuführen. Viele Ältere sind dabei auf Hilfe angewiesen.

Zeyfang signalisiert weiteren Forschungs- und Entwicklungsbedarf bei den Zusammenhängen zwischen Altersproblemen und Diabetes, den Versorgungsformen und der Hilfsmittelentwicklung, um optimale Behandlungsmöglichkeiten für ältere Diabetiker zu erreichen. [ 6 ], [ 46 ]

Eine Heilung des Diabetes ist bis heute nicht möglich, ein gesunder Lebensstil jedoch senkt das Diabetesrisiko. Die Manifestation des Typ-2-Diabetes steht im Gegensatz zum Typ-I-Diabetes in engem Zusammenhang zur Lebensweise. Es ist bekannt, dass das Erkrankungsrisiko durch Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel erhöht wird.

Die Initiative „gesundheitsziele.de“ hat für den Typ-2-Diabetes drei wichtige gesundheitspolitische Ziele formuliert:

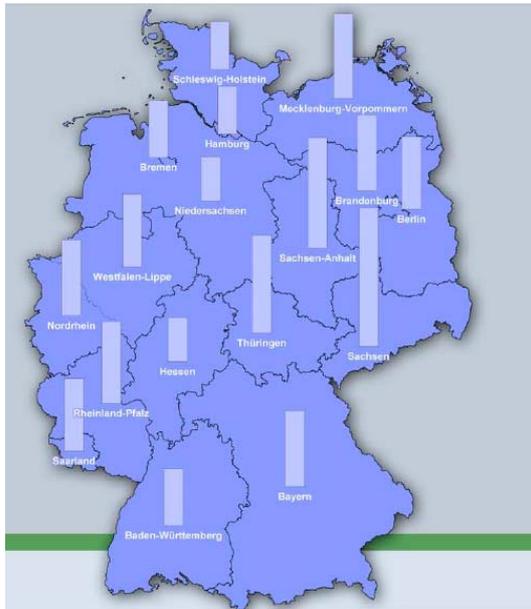
- Reduktion der Neuerkrankungsraten (Stärkung der Primärprävention),
- Diagnostik der Erkrankung in einem frühen Stadium, in dem noch keine Folgeschäden aufgetreten sind (Sekundärprävention),

- Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Typ-2-Diabetes (Tertiärprävention). [ 12 ]

In Sachsen gab es ein „Sächsisches Modell“ zur Diabetikerversorgung, an dem 2001 mehr als 80 % der Hausärzte teilnahmen. Mit dem Beschluss der Bundesregierung zur bundesweiten Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) im Juli 2002 wurden alle bestehenden Diabetesverträge seitens der Krankenkassen aber gekündigt.

Mit den nun eingeführten Disease-Management-Programmen (DMP) und den integrierten Versorgungsmodellen soll eine flächendeckende, qualifizierte Versorgung sichergestellt werden. Anliegen der DMP ist es, durch eine abgestimmte und kontinuierliche Betreuung, Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden oder zu verzögern.

In der folgenden Deutschlandkarte ist der Anteil der GKV-Versicherten, die an einem Diabetes-DMP teilnehmen, nach Bundesland bzw. Region dargestellt. Aus der Karte ist zu entnehmen, dass in Sachsen dieser Anteil bundesweit am höchsten ist und auch in Sachsen-Anhalt und Thüringen über dem Bundesdurchschnitt liegt. Inwieweit damit nun eine spürbare Verbesserung der Betreuung und Versorgung der älteren Diabetiker verbunden ist, kann nicht eingeschätzt werden.



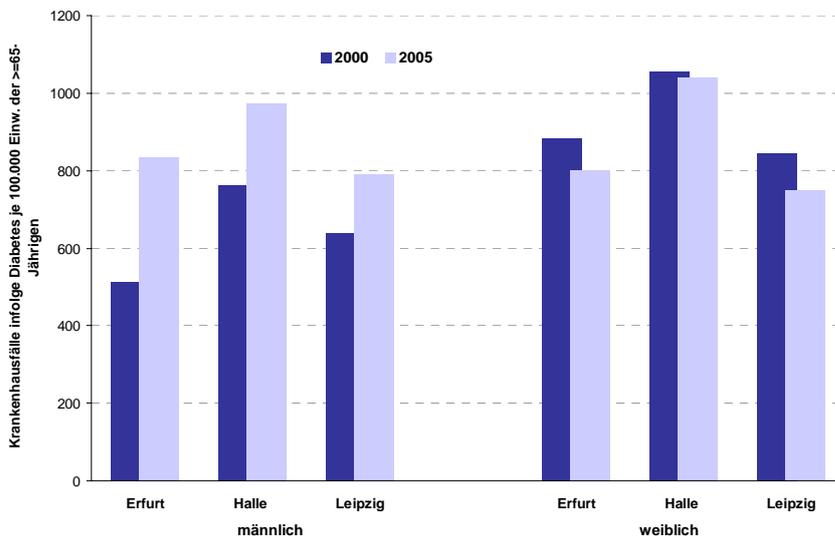
Bundesland / KV-Region	Rate in %
Baden-Württemberg	1,8
Bayern	2,4
Berlin	2,3
Brandenburg	2,4
Bremen	1,8
Hamburg	1,5
Hessen	1,4
Mecklenburg-Vorpommern	2,7
Niedersachsen	1,4
Nordrhein	2,4
Rheinland-Pfalz	2,6
Saarland	2,3
Sachsen	4,4
Sachsen-Anhalt	3,5
Schleswig-Holstein	1,5
Thüringen	3,1
Westfalen-Lippe	2,3
Deutschland	2,3

**Abb. 15: Anteil der in ein DMP Diabetes Typ 2 eingeschriebenen Versicherten an allen GKV-Versicherten nach Bundesland bzw. Region**

Quelle: *Diabetes-Care-Monitor\_Nr.3\_(2006).pdf [ 7 ]*

Über die Anzahl der Diabeteskranken als auch Aussagen zur Art und Qualität der Betreuung in Erfurt, Halle und Leipzig liegen keine entsprechenden Daten vor.

Lediglich die Daten der wegen Diabetes stationär behandelten älteren Menschen und die Todesursachenstatistik weisen entsprechende Regionaldaten aus.



**Abb. 16. Krankenhausfälle aufgrund einer Diabeteserkrankung je 100 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Geschlecht Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 und 2005**

Quelle: *Thüringer Landesamt für Statistik, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen*

Es ist zu erkennen, dass bei den älteren diabeteserkrankten Männern die Krankenhausfälle von 2000 zu 2005 in allen drei Städten deutlich zugenommen haben, bei den Frauen dagegen ein geringfügiger Rückgang zu verzeichnen ist. Im Themenheft „Diabetes“ der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird ausgeführt, dass in den Daten zur stationären Versorgung häufig die Komplikationen oder Begleiterkrankungen des Diabetes dokumentiert werden, aber nicht der Diabetes selbst. Daher ist zu vermuten, dass der Anteil der stationären Behandlungsfälle infolge von Diabetes deutlich höher liegt. Auf die Auswertung der Todesfälle infolge der diabetesbedingten Komplikationen wird an dieser Stelle aus gleichem Grund nicht näher eingegangen.

Aufgrund der zu erwartenden deutlichen Zunahme des Anteils älterer Menschen in den nächsten Jahren ist in Erfurt, Halle und Leipzig mit einer weiteren erheblichen Zunahme der Anzahl der Diabeteserkrankten zu rechnen. Neben den ausführlich beschriebenen Anforderungen an Versorgung und Betreuung der bereits Erkrankten sind vor allem die Anstrengungen zu verstärken, um die Risikofaktoren des Diabetes in allen Altersgruppen zu minimieren. Die Auswertungen der Ergebnisse der jugendärztlichen Untersuchungen zu Übergewicht und Adipositas belegen den dringenden Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung und Prävention. Wichtig ist auch, dass alle Altersgruppen über entsprechende Angebote oder Settings erreicht werden.

---

#### **Kurzfassung:**

- Die Anzahl von Menschen mit Diabetes hat in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen. Die Häufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu.
  - Der Diabetes mellitus mit seinen Begleit- und Folgeerkrankungen ist für die Betroffenen und ihre Familien mit weitreichenden Belastungen verbunden. Die erhebliche gesundheitspolitische Bedeutung dieser Erkrankung resultiert aus der Erkrankungshäufigkeit und der erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und somit hohen Kosten für die Gesellschaft.
  - Bei der Betreuung und Versorgung von älteren Diabetikern sind die häufigen Wechselwirkungen mit den „geriatrischen Syndromen“ zu beachten.
-

### 3.3.3 Schlaganfall

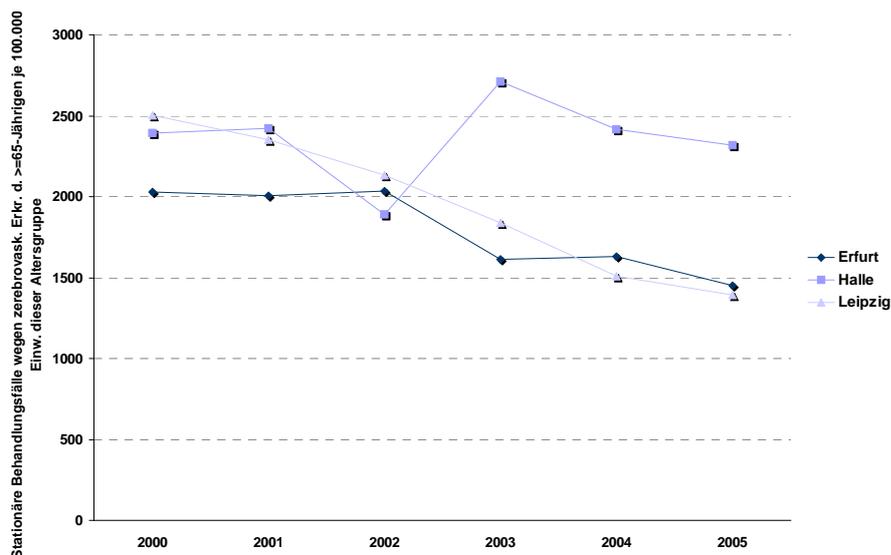
Unter dem Begriff „Schlaganfall“ werden verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst, die man auch als zerebrovaskuläre Erkrankungen bezeichnet. Im folgenden werden die Daten auf diese gesamte Krankheitsgruppe mit den ICD-Diagnosen I60-I64 bezogen.

Der Schlaganfall gehört zu den häufigsten und bedeutendsten vaskulären Erkrankungen. In den westlichen Industrienationen ist er die dritthäufigste Todesursache, weltweit sogar die zweithäufigste. Europaweit gilt er als dritthäufigste Ursache für Behinderungen und vorzeitige Invalidität. Derzeit wird in Deutschland von einer jährlichen Erkrankungszahl von 200 000 bis 250 000 Menschen ausgegangen. Es wird geschätzt, dass etwa eine Million Bundesbürger mit den Folgen eines Schlaganfalls leben. Diese Erkrankung hat für die Betroffenen und ihre Angehörigen weitreichende Auswirkungen, da nur etwa 40 % der Überlebenden ein Jahr nach der Erkrankung keine Beeinträchtigungen in den Aktivitäten im täglichen Leben mehr haben. [ 8 ], [ 27 ]

Auch wenn der Schlaganfall keine „Alterskrankheit“ ist, sind doch ältere Menschen deutlich häufiger von einem Schlaganfall betroffen als jüngere. Das durchschnittliche Erkrankungsalter bei einem erstmaligen Schlaganfall ist bei Männern etwa 70 Jahre, bei Frauen etwa 75 Jahre. Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung der Menschen in unserer Gesellschaft und der Zunahme der Anzahl der alten und hochbetagten Menschen wird unter der Annahme von gleich bleibenden oder leicht sinkenden Neuerkrankungsraten mit einer Zunahme der absoluten Anzahl von Schlaganfall-Betroffenen gerechnet.

[ 27 ]

Um Aussagen zur Inzidenz des Schlaganfalls in Erfurt, Halle und Leipzig zu erhalten, werden die Daten der Krankenhausstatistik zu den zerebrovaskulären Erkrankungen herangezogen. Die meisten Schlaganfallpatienten werden stationär versorgt, dennoch wird die tatsächliche Inzidenz über den Werten der stationären Behandlungsfälle liegen.

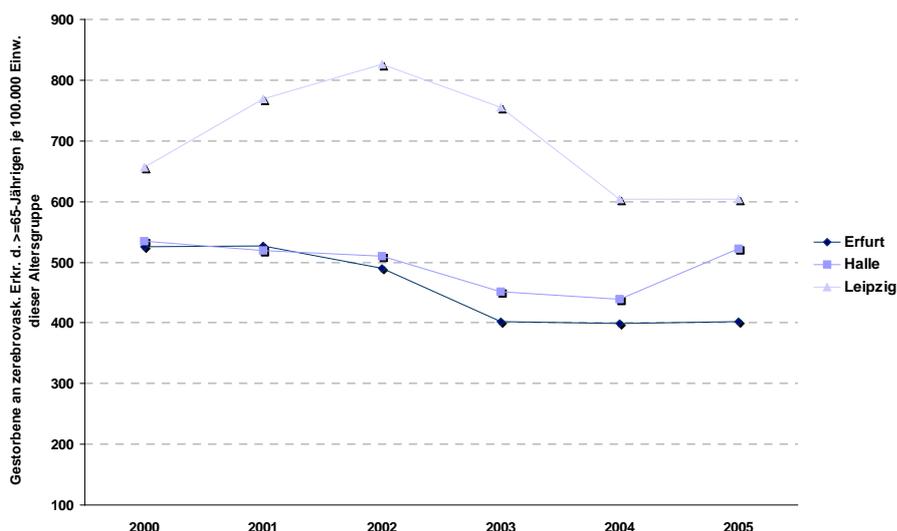


**Abb. 17: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen (ICD-10: I60-I69), Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 - 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

In Erfurt und Leipzig ist von 2000 bis 2005 ein deutlicher Rückgang der stationären Behandlungsfälle zu beobachten, in Halle gibt es 2002 und 2003 größere

Schwankungen, in den übrigen Jahren ist der Anteil der stationären Behandlungsfälle bezüglich dieser Krankheitsgruppe fast gleichbleibend.



**Abb. 18: Gestorbene an zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) der Altersgruppe 65 Jahre und älter je 100.000 Einwohner der Altersgruppe, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 – 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Abb. 17 veranschaulicht, dass im zeitlichen Verlauf der Jahre 2000 bis 2005 der Anteil der Sterbefälle mit der Todesursache zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) in Erfurt leicht gesunken, in Halle nach einem leichten Rückgang wieder ansteigt und in Leipzig nach einem Anstieg bis 2002 sich bis 2005 verringert hat. Die Werte von Erfurt und Halle weichen nur wenig voneinander ab, die Leipziger Werte sind deutlich höher.

Das Schlaganfallrisiko steigt mit zunehmenden Alter deutlich. Ca. die Hälfte aller Schlaganfälle ereignen sich in der Altersgruppe der über 75-Jährigen. „Aber gerade die häufiger betroffenen älteren Menschen sind unzureichend informiert und nehmen Warnsignale nicht ernst.“ erklärt der Leiter der Schlaganfallstation am Universitätsklinikum Leipzig zum Tag des Schlaganfalls (12.09.2006). „Typische Symptome wie plötzliche Sprachstörungen, kurzzeitige Erblindung auf einem Auge, Sehen von Doppelbildern, Taubheits- oder Lähmungserscheinungen einer Körperhälfte werden ignoriert und als allerlei andere Leiden abgetan.“ Deshalb ist die Bevölkerung für das schnelle und richtige Handeln bei Schlaganfallsymptomen aufzuklären und zu sensibilisieren, um durch rasche ärztliche Akut-Therapie schwere Folgeschäden zu vermeiden. [ 44 ]

Auch die Risikofaktoren für Schlaganfälle sind weitgehend unbekannt. Neben dem Lebensalter gehören genetische Faktoren zu den sogenannten nicht beeinflussbaren Risikofaktoren für eine Schlaganfallerkrankung. Folgende der beeinflussbaren Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Schlaganfalls:

- Bluthochdruck,
- Fettstoffwechselstörungen,
- Diabetes mellitus,
- Rauchen,
- Übermäßiger Alkoholkonsum,
- Fehlernährung bei Übergewicht,
- und Bewegungsmangel.

Der nationale Aktionsplan von 2006 soll helfen, vermeidbare Schlaganfälle zu verhindern. Dieser sieht vor, das Wissen um die beeinflussbaren Risikofaktoren in der Bevölkerung zu vertiefen und durch individuelle Risikominimierung (z. B. Behandlung des Bluthochdrucks) umzusetzen. Durch einen gesunden Lebensstil kann das individuelle Schlaganfallrisiko deutlich verringert werden.

Da ein Schlaganfall nicht nur für die Erkrankten und deren Familien weitreichende Folgen hat, sondern auch erhebliche Kosten für die Gesellschaft verursacht, sollten Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Schlaganfällen verstärkt werden. Es ist vor allem zu prüfen, wie auch die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen erreicht werden können.

---

**Kurzfassung:**

- Der Schlaganfall gehört zu den häufigsten und bedeutendsten vaskulären Erkrankungen. In den westlichen Industrienationen ist er die dritthäufigste Todesursache und häufig Ursache für Behinderungen und vorzeitige Invalidität.
  - Das Schlaganfallrisiko steigt mit zunehmenden Alter deutlich an. Etwa die Hälfte der Schlaganfallpatienten ist älter als 75 Jahre.
  - Durch die Erhöhung der Zahl der älteren Menschen ist unter der Annahme von gleichbleibenden oder leicht sinkenden Neuerkrankungsraten mit einer Zunahme der absoluten Anzahl von Schlaganfall-Betroffenen zu rechnen.
  - Der Anteil der stationären Behandlungsfälle aufgrund eines Schlaganfalls sind in Erfurt und Leipzig von 2000 - 2005 leicht gesunken, in Halle ist in diesem Zeitraum kein Trend erkennbar.
  - Die Bevölkerung ist für das schnelle und richtige Handeln bei Schlaganfallsymptomen aufzuklären, um durch rasche ärztliche Akut-Therapie schwere Folgeschäden zu vermeiden.
  - Bluthochdruck, Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, übermäßiger Alkoholgenuß, Übergewicht und Bewegungsmangel erhöhen das Schlaganfallrisiko.
  - Durch einen gesunden Lebensstil kann das individuelle Schlaganfallrisiko deutlich verringert werden.
  - Da ein Schlaganfall nicht nur für die Erkrankten und deren Familien weitreichende Folgen hat, sondern auch erhebliche Kosten für die Gesellschaft verursacht, sollten Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Schlaganfällen verstärkt werden.
-

### 3.3.4 Psychische und Verhaltensstörungen

In einer Vielzahl von Veröffentlichungen (u. a. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 10 „Gesundheit im Alter“) wird die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter mit ca. 25 % beschrieben. [ 33 ]

In der Berliner Altersstudie werden folgende Häufigkeiten zu psychischen Erkrankungen im Alter ermittelt. Etwas weniger als die Hälfte der untersuchten 70-bis 100-Jährigen (44 %) zeigte keinerlei psychische Erkrankungen oder Auffälligkeiten, etwa ein Viertel (24 %) eindeutige psychische Erkrankungen und von dem übrigen Drittel hatten 16 % psychopathogene Symptome ohne und 17 % mit Krankheitswert. [ 16 ]

Eine Grenzziehung zwischen psychischen Auffälligkeiten und ganz normalen Alterungsvorgängen ist nicht immer einfach, da eine gewisse Verlangsamung und Abnahme der Reaktionsfähigkeit und eine verminderte Umstellfähigkeit altersentsprechend normal ist. Damit besteht aber auch die Gefahr, dass behandlungsbedürftige Erkrankungen als „Alterserscheinung“ klassifiziert und folglich übersehen und nicht therapiert werden. Andererseits kann ein alter Mensch mit „eigenwilligen“ Persönlichkeitszügen vor-schnell als psychisch krank eingeordnet werden. Problematisch bei der psychiatrischen Diagnostik alter Menschen ist, dass Symptome unterschiedlicher Krankheitsbilder fließend ineinander übergehen und nur sehr schwer voneinander zu trennen sind. Daran wird deutlich, dass beim Umgang mit psychiatrisch auffälligen Menschen die Verflechtung von sozialen, psychischen und körperlichen

Vorgängen und Störungen eine besondere Beachtung finden muss.

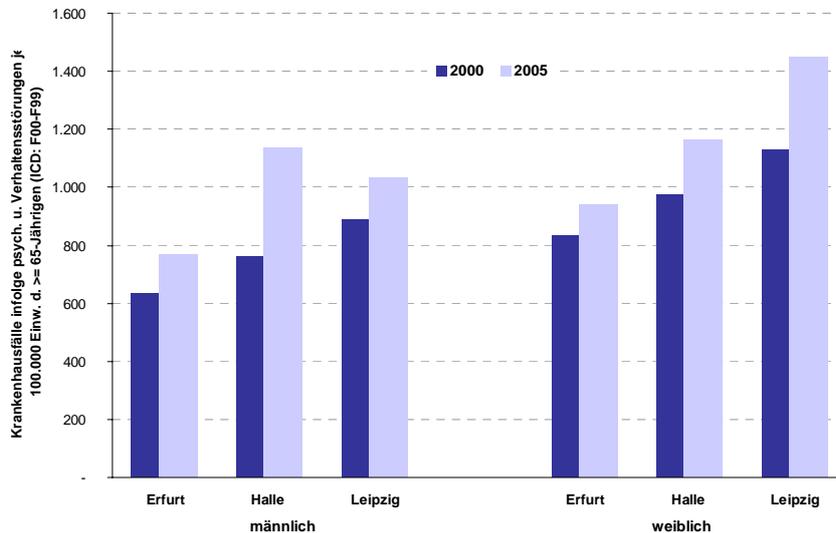
Als Ursachen psychischer Störungen im Alter werden folgende Faktoren genannt:

- erhöhtes Krankheitsrisiko und verlängerte Krankheitsdauer: Akute körperliche Erkrankungen, Stoffwechselstörungen sowie eine meist vorhandene Multimorbidität, mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten und eine längere Krankheitsdauer können psychische Störungen der alten Menschen nach sich ziehen.
- Verlustsituation des höheren Lebensalters: Häufig steht die Entwicklung psychischer Störungen in zeitlicher Folge von Verlusten. Typische Verlustsituationen im Alter sind:
  - ⇒ Verlust der körperlichen Unversehrtheit,
  - ⇒ Austritt aus dem Berufsleben und damit einhergehende soziale Veränderungen,
  - ⇒ Verlust von Bezugspersonen (Tod des Partners, Wegzug von nahen Angehörigen etc.).
  - ⇒ Verlust von Zielvorstellungen und Zukunftserwartungen.
- ungünstige Wohnsituation mit schlechter Verkehrsanbindung und damit einhergehender Problematik der sozialen Isolation
- schlechte ökonomische Ausstattung [ 7 ]

Für Erfurt, Halle und Leipzig liegen keine Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen der 65-Jährigen und Älteren vor. Vergleichbare Aussagen sind nur aufgrund der Krankenhausdiagnosestatistik möglich.

In der folgenden Grafik sind die aus den Krankenhäusern entlassenen vollstationären Patienten der Altersgruppe 65 Jahre und älter mit der Diagnose psychische

und Verhaltensstörungen mit Wohnort Erfurt, Halle und Leipzig für die Jahre 2000 und 2005 nach Geschlecht vergleichend gegenübergestellt.



**Abb. 19: Krankenhausfälle infolge psychischer und Verhaltensstörungen der Altersgruppe 65 Jahre und älter je 100 000 Einwohner nach Geschlecht Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 und 2005**

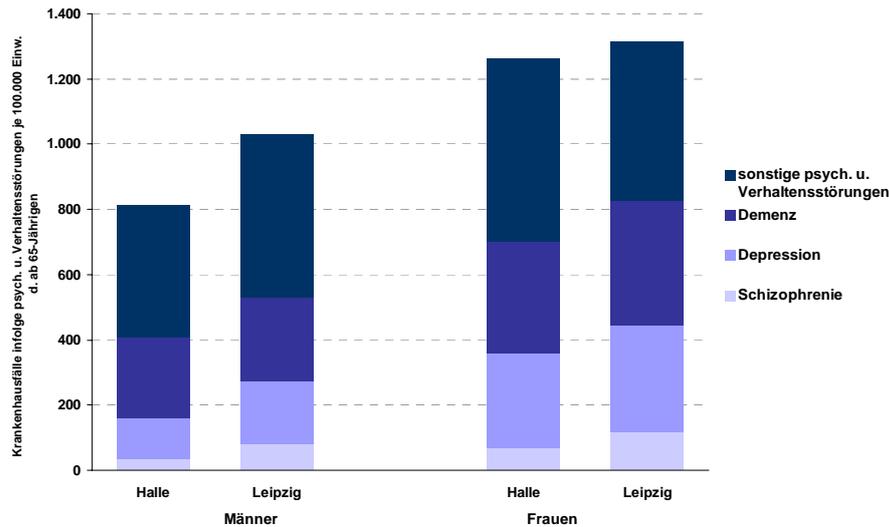
Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Die Abb. 19 verdeutlicht, dass in den drei Städten jeweils der Anteil der 65-Jährigen und Älteren, die infolge von psychischen und Verhaltensstörungen stationär behandelt werden mussten, von 2000 auf 2005 deutlich gestiegen ist. Bei der Wertung dieser Daten ist auch die Einführung der DRG's im stationären Bereich mit zu beachten.

Frauen werden häufiger wegen derartiger Erkrankungen stationär behandelt als Männer. Es ist ersichtlich, dass der Anteil der Krankenhausfälle in Halle bei den

Männern und in Leipzig bei den Frauen am höchsten ist. Es ist zu vermuten, dass das Vorhandensein von entsprechenden stationären Versorgungsangeboten auch das Einweisungsverhalten der Ärzte beeinflusst.

Für Halle und Leipzig liegen stationäre Behandlungsfälle von psychischen und Verhaltensstörungen für 2004 für die betrachtete Altersgruppe nach Art der psychischen Störungen vor. Diese Daten werden in der folgenden grafischen Darstellung veranschaulicht.



**Abb. 20: Krankenhausfälle infolge psychischer und Verhaltensstörungen je 100 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Geschlecht und nach Art der Störung, Vergleich der Städte Halle und Leipzig, 2004**

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Aus Abb. 20 ist zu entnehmen, dass demenzielle Erkrankungen und Depressionen etwa die Hälfte der stationären Behandlungsfälle in der Altersgruppe ab 65 Jahre ausmachen. Da das Krankheitsbild

„Demenz“ zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter gehört, soll in diesem Bericht darauf näher eingegangen werden.

## Altersdemenz

Demenzielle Erkrankungen sind gekennzeichnet durch fortschreitende Beeinträchtigungen vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.

Der normale Alterungsprozess ist auch durch eine Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Deshalb ist es oft schwierig, ein altersentsprechendes „Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten“ von frühen Demenzstadien zu unterscheiden.

Der Begriff Demenz bezeichnet vorwiegend die folgenden Krankheitsbilder:

- degenerative Demenz (z. B. Alzheimer-Demenz)
- vaskuläre Demenz (z. B. Multiinfarkt-Demenz)
- nutritiv-toxisch oder metabolisch verursachte Demenz (z. B. Alkohol-demenz)
- entzündlich bedingte oder übertragbare Erkrankungen, die zur Demenz führen können (z. B. AIDS-Demenz)
- durch Schädel-Hirn-Trauma bedingte Demenzen

Die häufigste Form der Demenz ist die vom Alzheimer Typ. Nach neuesten Erkenntnissen aus Studien sind ca. zwei Drittel der Erkrankungen der Demenzform der Alzheimerschen Krankheit zuzuordnen. Diese Erkrankung ist oft mit vaskulären Erkrankungen gekoppelt. [ 22 ], [ 36 ]

Zur Schätzung der Prävalenz von demenziellen Erkrankungen liegen eine Reihe epidemiologischer Studien und Metaanalysen vor. Sie ergeben für die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren in den westlichen Industriestaaten Prävalenzraten von insgesamt 5-8 %. „Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen steigt exponentiell mit dem Alter von 0,8 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis auf 28,5 % bei den über 90-Jährigen.“ [ 30 ], [ 33 ], [ 36 ]

Im Themenheft „Altersdemenz“ der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden altersspezifische Prävalenzraten von Demenzerkrankungen auf der Grundlage von Meta-Analysen publiziert. Die jüngsten Ergebnisse von Lobo et al. aus dem Jahr 2000 werden im vorliegenden Bericht verwendet und deshalb hier nochmals dargestellt.

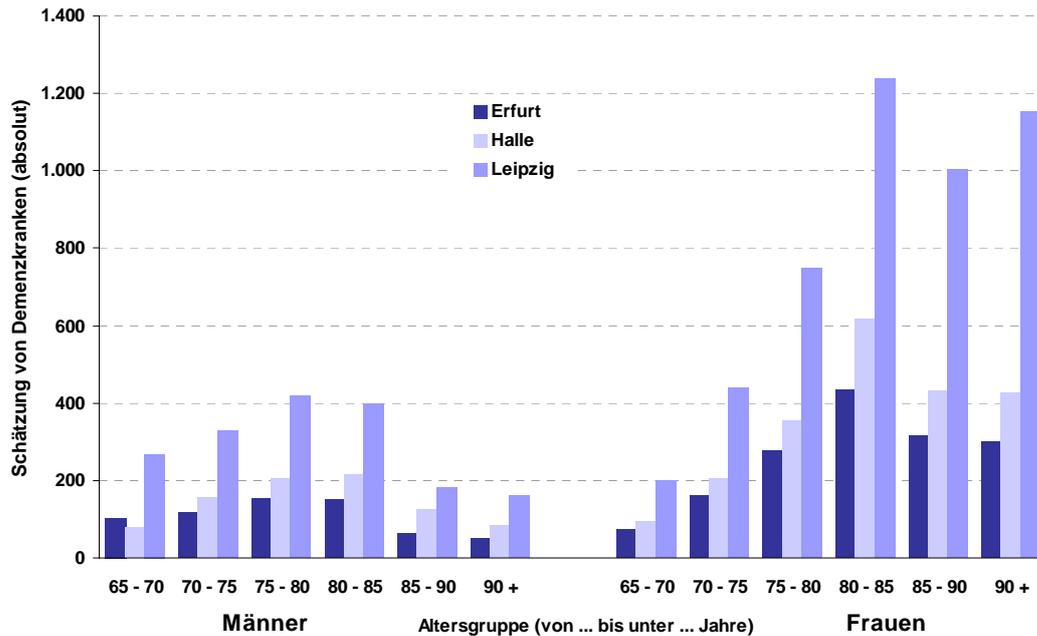
Altersgruppe	Prävalenzraten in %	
	Männer	Frauen
65 - 69	1,6	1,0
70 - 74	2,9	3,1
75 - 79	5,6	6,0
80 - 84	11,0	12,6
85 - 89	12,8	20,2
90 u. älter	22,1	30,8
Gesamtrate	4,5	7,3

**Tab. 1: Altersspezifische Prävalenzraten von Demenzkranken nach Lobo et al. (2000)**

Quelle: Robert-Koch-Institut [ 36 ]

Es wird deutlich, dass mit der Zunahme des Anteils hochbetagter alter Menschen in Deutschland auch mit einer Steigerung der Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen insgesamt zu rechnen ist. [ 36 ]

Die Anwendung der Studienergebnisse von Lobo et al. (2000) auf die Bevölkerung von Erfurt, Halle und Leipzig 2005 führt zu einer Schätzung der absoluten Anzahl der älteren Demenzkranken in diesen drei Städten für das Jahr 2005 unterteilt nach Altersgruppen und Geschlecht. (Abb. 21)



**Abb. 21: Schätzung der Prävalenz von Demenzkranken für die Altersgruppen der 65-Jährigen und Älteren für Erfurt, Halle und Leipzig für das Jahr 2005**  
**Grundlage: Prävalenzraten nach Lobo et al. (2000) und Bevölkerungsdaten für Erfurt, Halle und Leipzig von 2005**

Quelle: *Berechnungsgrundlage:*  
*Altersspezifische Prävalenzraten nach Lobo et al. (2000): Robert-Koch-Institut [ 36 ]*  
*Bevölkerungsdaten:*  
*Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen,*  
*Stadt Halle, Fachbereich Bürgerservice, Ressort Statistik und Wahlen,*  
*Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen*

Der Frauenüberschuss in der Bevölkerungsgruppe der ab 65-Jährigen spiegelt sich auch in Abb. 21. Es ist zu erkennen, dass die überwiegende Mehrheit der Demenzkranken Frauen sind. Die meisten erkrankten Männer gehören der Altersgruppe 75 bis unter 85 Jahre an, bei den Frauen fällt in allen drei Städten die Altersgruppe 80 bis unter 85 Jahre auf. In Leipzig ist der ermittelte Schätzwert der Demenzkranken außerdem bei den 90-Jährigen und darüber

Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes die prognostische Entwicklung der Zahl der Demenzkranken für Deutschland geschätzt. Eine analoge Berechnung für die Städte Erfurt, Halle und Leipzig unter Anwendung der zur Verfügung stehenden Bevölkerungsvorausberechnungen der drei Städte ergibt die in der folgenden Tabelle dargestellten prognostischen Erkrankungszahlen, wiederum unter der Annahme, dass die altersspezifischen Prävalenzraten gleich bleiben.

In Erfurt und Leipzig beträgt die Zunahme bis 2025 jeweils über 50 % der Erkrankungszahl 2005, in Halle um etwa ein Drittel.

Jahr	Schätzung von Demenzkranken (absolut)		
	Erfurt	Halle	Leipzig
2005	2 194	2 994	6 539
2010	2 590	3 355	7 670
2015	2 921	3 693	8 644
2020	3 241	3 938	9 488
2025	3 453	4 002	9 956

**Tab. 2: Schätzung der Zahl von Demenzkranken (65-jährig und älter) 2005 -2025 in Erfurt, Halle und Leipzig unter der Annahme gleichbleibender Prävalenzraten  
Grundlage: Prävalenzraten nach Lobo et al. (2000) und Bevölkerungsvorausberechnungen für Erfurt, Halle und Leipzig**

Quelle: *Berechnungsgrundlage:  
Altersspezifische Prävalenzraten nach Lobo et al. (2000): Robert-Koch-Institut [ 36 ]  
Bevölkerungsvorausschätzungen:  
Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen*

Demenzerkrankungen sind derzeit nicht heilbar, aber die krankheitsfördernden Faktoren sind beeinflussbar.

Eine amerikanische Modellrechnung (Brookmeyer et al. 1998) zeigt, welche weitreichenden Wirkungen schon ein Hinauszögern des Krankheitsbeginns hätte. „Danach würde ein genereller, bevölkerungsweiter Aufschub des Erkrankungsalters um zweieinhalb Jahre die Zahl der Kranken um mehr als 20 % und ein Aufschub um fünf Jahre die Zahl der Kranken um fast die Hälfte verringern. Diese starke Reduktion der Krankenzahl erklärt sich daraus, dass Demenzen überwiegend im Alter oberhalb von 80 Jahren auftreten. In diesem hohen Alter kann die Verzögerung des Demenzbeginns um wenige Jahre die verbleibende Lebenserwartung in vielen Fällen übersteigen, so dass es nicht zum Krankheitsausbruch kommt. [ 45 ]

Demenzielle Erkrankungen haben für die Betroffenen, deren soziales Umfeld und auch die Gesellschaft insofern beachtliche Folgen, da bereits in den leichten

bzw. frühen Stadien die kognitiven Veränderungen zu Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung führen können, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch keine vollständige Hilfebedürftigkeit vorliegt. Ein umfassender Pflege- und Beaufsichtigungsbedarf ist im mittelschweren und schweren Demenzstadium gegeben. Bei diesem Krankheitsbild treten häufig noch andere psychische Auffälligkeiten auf, die letztendlich auch zu einer Belastung der Pflegepersonen führen. Der Verlauf der meisten demenziellen Erkrankungen ist ungünstig und mündet in einer umfassenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Schätzungen ergeben, dass ca. die Hälfte aller Pflegebedürftigen, die zu Hause betreut werden, an einer Demenz leiden. In Pflegeheimen wird der Anteil mit 60 % beziffert. Demenzerkrankungen sind häufig der Grund für eine Aufnahme ins Pflegeheim. Der Anteil demenzkranker Heimbewohner hat in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen. [ 36 ]

Die zu erwartende Zunahme der Erkrankungsfälle muss sowohl bei der Planung von kommunalen Versorgungsstrukturen (ambulant, teilstationär, stationär) Berücksichtigung finden als auch eine Stärkung der pflegenden Angehörigen umfassen.

Durch medikamentöse Therapie, psychologische sowie ökologische und soziale Interventionen besteht derzeit die Möglichkeit einer Krankheitsmilderung und eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und damit auch eine Entlastung der Betreuungspersonen. Seit kurzem stehen drei neue Medikamente zur Verfügung, die den Krankheitsverlauf verzögern. Das setzt natürlich voraus, dass die Erkrankungen erkannt, diagnostisch gesichert und therapeutische Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Unter Beachtung der bereits erwähnten schwierigen Abgrenzung der Störung von normalen Alterungserscheinungen ist hier insbesondere das soziale Umfeld (Familie, Nachbarn, ...) der älteren Menschen und der betreuende Hausarzt gefordert, Krankheitssymptome wahrzunehmen und Hilfe anzubieten.

[ 36 ]

LEILA75+, eine Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung, zielt auf die Verbesserung der Diagnosemöglichkeiten der Alzheimer-Demenz. Im Rahmen dieser Studie wurden 1997 bis 2006 1500 Seniorinnen und Senioren aus Privathaushalten und 192 Bewohner/-innen von Alten- und Pflegeheimen der Altersgruppe 75 Jahre und älter in regelmäßigen Abständen untersucht. Es sollen weitere Erkenntnisse über Verbreitung, Verlauf und Risikofaktoren von Demen-

zen gewonnen werden. Angesichts der zu erwartenden Erkrankungszahlen und der Tatsache, dass Demenzen nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zu den kostenintensivsten Krankheitsgruppen im höheren Alter gehören, ist es besonders wichtig, Präventionspotentiale zu erkennen.  
[ 30 ]

### **Risiko- und protektive Faktoren**

Nach Weyerer/Bickel (2007) gibt es Hinweise, wonach ein hoher Fettverzehr, erhöhte Kalorienaufnahme und Übergewicht das Risiko für eine Alzheimer-Demenz erhöhen, während der Verzehr von Fisch als Hauptquelle von mehrfach ungesättigten Fettsäuren protektiv wirkt. Chancen zur Prävention ergeben sich aus der Erkenntnis, dass nahezu für alle etablierten vaskulären Risikofaktoren Assoziationen mit der Inzidenz von Alzheimer-Demenz nachgewiesen wurden. Es wird diskutiert, dass unbehandelte Hypertonie im mittleren Alter ein erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Demenz im Alter anzeigt.

Ähnliches gilt in Bezug auf Fettstoffwechselstörungen. Erhöhte Cholesterinspiegel im mittleren Lebensalter erhöhen das Risiko der Entstehung demenzieller Erkrankungen. Nach MacKnight et al. (2002) erhöht Diabetes mellitus nicht nur das Erkrankungsrisiko für eine vaskuläre Demenz, sondern verdoppelt auch das Risiko der Entstehung einer Demenz-Erkrankung vom Alzheimer-Typ. Patienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, haben ein hohes Risiko für Demenz (Weyerer/Bickel 2007).

Geistige Aktivitäten wirken protektiv gegenüber dem Nachlassen kognitiver Leistungen im Alter. Körperliche Aktivitä-

ten wirken sich positiv auf den Zustand des Herz-Kreislauf-Systems aus und gelten als Schutzfaktor gegenüber vaskulären und vielen chronischen Erkrankungen (u. a. Werle et al. 2006). Auch ein funktionierendes soziales Umfeld kann als Schutzfaktor wirken. [ 45 ]

### **Präventionspotentiale**

Gesundheitsbewusstes Verhalten kann das Risiko der Entstehung von Demenz mindern.

Ältere Menschen mit leichten kognitiven Störungen bilden eine Hochrisikogruppe für die Entstehung von Demenzen. Deshalb ist die Früherkennung und frühe Behandlung leichter kognitiver Störungen sehr wichtig. [ 45 ]

Demenzen sind derzeit nicht heilbar. Ziel aller Präventionsansätze muss es vor allem sein, den Krankheitsbeginn hinauszuzögern und bei leichten kognitiven Störungen die Leistungsfähigkeit zu verbessern oder zumindest zu stabilisieren. Im mittleren und schweren Demenzstadium geht es vor allem darum, die noch vorhandenen Alltagskompetenzen möglichst lange zu erhalten und Krankheitsfolgen zu mildern. Im Mittelpunkt steht die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Pflegepersonen.

Die Stärkung der pflegenden Angehörigen kann dazu beitragen, den kostenintensiven und häufig nicht gewünschten Heimaufenthalt eines Demenzkranken hinauszuzögern. [ 45 ]

---

### **Kurzfassung:**

- Die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter wird mit ca. 25 % beschrieben.
  - Der Anteil der älteren Menschen in Erfurt, Halle und Leipzig, die infolge psychischer und Verhaltensstörungen stationär behandelt werden mussten, ist im Jahr 2005 gegenüber 2000 deutlich gestiegen, darunter mehr Frauen.
  - Daten der amtlichen Krankenhausstatistik aus Halle und Leipzig belegen, dass gerontopsychiatrische Erkrankungen und Depressionen etwa die Hälfte der stationären Behandlungsanlässe der psychischen und Verhaltensstörungen der über 65-Jährigen ausmachen. In der Krankheitsgruppe der gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind vor allem die demenziellen Erkrankungen im Alter bedeutsam.
  - Demenzielle Erkrankungen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter.
  - Die zu erwartende Zunahme der Erkrankten muss sowohl bei der Planung von Versorgungsstrukturen Berücksichtigung finden als auch eine Stärkung der pflegenden Angehörigen umfassen.
  - Demenz ist derzeit nicht heilbar, aber geeignete präventive Maßnahmen helfen, den Krankheitsbeginn hinauszuzögern, im leichten Demenzstadium die Leistungsfähigkeit zu verbessern und im mittelschweren und schweren Stadium Alltagskompetenzen möglichst lange zu erhalten und Krankheitsfolgen zu mildern.
-

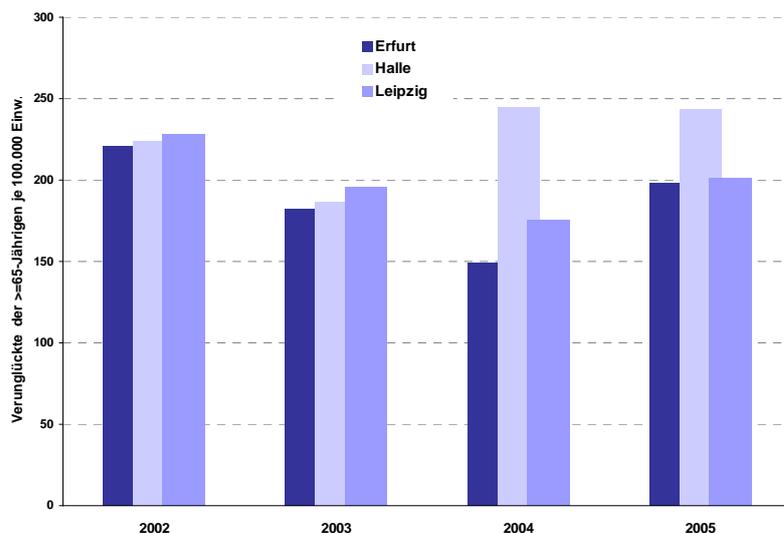
### 3.4 Verkehrsunfälle

„Als motorisierte Verkehrsteilnehmer werden ältere Menschen in der Zukunft eine weit größere Rolle spielen als in der Vergangenheit. Für immer mehr älter gewordene Menschen ist die Benutzung des Autos selbstverständlich, sie besitzen den Führerschein "ein Leben lang", und sie haben wenig Gründe, ihre Nutzungsgewohnheiten zu ändern.“ heißt es in einer Studie „Ältere aktive Kraftfahrer - Möglichkeiten und Grenzen der motorisierten Verkehrsteilnahme im Seniorenalter“ der Universität Essen. [ 29 ]

Unfallstatistiken belegen, dass ältere Verkehrsteilnehmer im Unfallgeschehen

eher unterrepräsentiert sind. Es wird vermutet, dass viele sich ihrer altersbedingten Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen bewusst sind und sich im Fahrverhalten danach richten. Vorfahrtsfehler und Abbiegefehler sind die häufigsten Unfallsursachen älterer Kraftfahrer. Die Unfallfolgen sind für die älteren Menschen meist schlimmer als für jüngere Menschen.

Für Erfurt, Halle und Leipzig liegen Daten der im Straßenverkehr Verunglückten der Altersgruppe 65 Jahre und älter von 2002 bis 2005 vor.

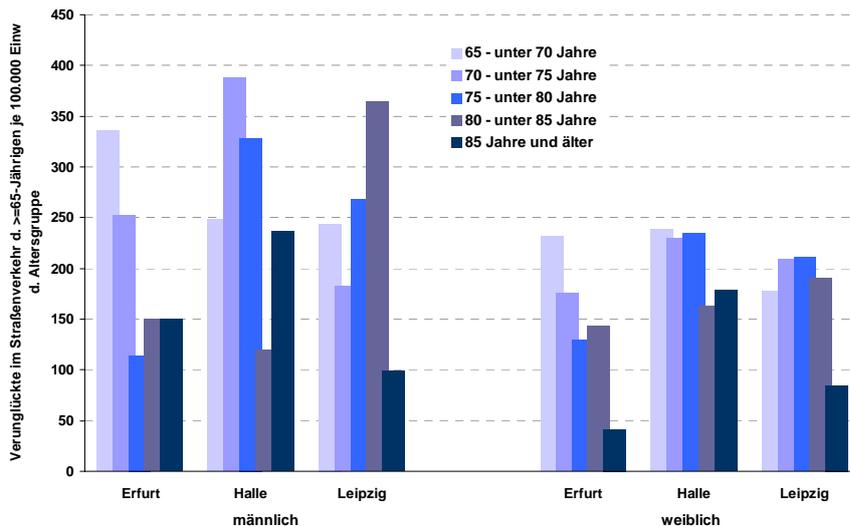


**Abb. 22: Verunglückte im Straßenverkehr der 65-Jährigen und Älteren je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2002 - 2005**

Quelle: Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Abb. 22 lässt erkennen, dass in Halle 2004 und 2005 ein deutlicher Anstieg des Anteils der verunglückten älteren Verkehrsteilnehmer zu beobachten war, in Erfurt und Leipzig nach einem leichten

Rückgang jetzt diese Zahl wieder zugenommen hat. Die Unterteilung der Verunglückten nach Altersgruppen wird in der folgenden Grafik veranschaulicht.



**Abb. 23: Verunglückte im Straßenverkehr der 65-Jährigen und Älteren nach Altersgruppen je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppen, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005**

Quelle: Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

Auffällig ist, dass in Halle der Anteil der über 85-jährigen Unfallbeteiligten deutlich größer ist als in Erfurt und Leipzig. In Leipzig ist der Anteil der männlichen Verunglückten der Altersgruppe 80 bis unter 85 Jahre deutlich größer als in Erfurt und Halle.

Der Deutsche Verkehrssicherheits-Rat (DVR) hat ein Programm „Ältere aktive Kraftfahrer“ veranlasst. Im Spannungsfeld zwischen Mobilität und Sicherheit soll es gelingen, dass ältere Menschen

zur Umsetzung ihrer Mobilitätsvorhaben auch andere Verkehrsmittel mit nutzen.

In der Stadt Leipzig werden in diesem Rahmen für die älteren Menschen regelmäßig „Schulungen für ältere Kraftfahrer“ vom Seniorenbeirat der Stadt Leipzig kostenfrei angeboten. Diese Veranstaltungen werden sehr gut angenommen und sollten fortgeführt werden. Auch am Verkehrssicherheitstag beteiligten sich viele Seniorinnen und Senioren.

### Kurzfassung:

- Ältere Kraftfahrer sind in der Unfallstatistik bisher unterrepräsentiert.
- Die Unfallfolgen sind für die älteren Menschen meist schlimmer als für jüngere Menschen.
- In Halle ist eine Zunahme des Anteils der Verunglückten im Jahr 2004 und 2005 zu beobachten sowie ein höherer Anteil hochbetagter Verunglückter als in Erfurt und Leipzig.
- Die Zahl der älteren und alten Verkehrsteilnehmer wird weiter zunehmen.
- In Erfurt, Halle und Leipzig sollten Maßnahmen und Programme zur Gewährleistung der Verkehrssicherheit der Älteren durch- bzw. fortgeführt werden.

### 3.5 Schwerbehinderungen

Als behindert im Sinne des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX – „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) gelten Menschen, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Von einer drohenden Behinderung wird gesprochen, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Normale Alterserscheinungen sind keine Behinderungen im Sinne des SGB IX.

Es ist unerheblich, ob die Behinderung auf Krankheit oder Unfall beruht oder ob sie angeboren ist. Auch das Alter spielt keine Rolle. Die Gewährung von Leistungen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile setzt eine Feststellung des Grades der Behinderung voraus. Nach dem Schwerbehindertengesetz gelten Personen mit einem Behinderungsgrad von mindestens 50 als Schwerbehinderte. [ 10 ], [ 32 ]

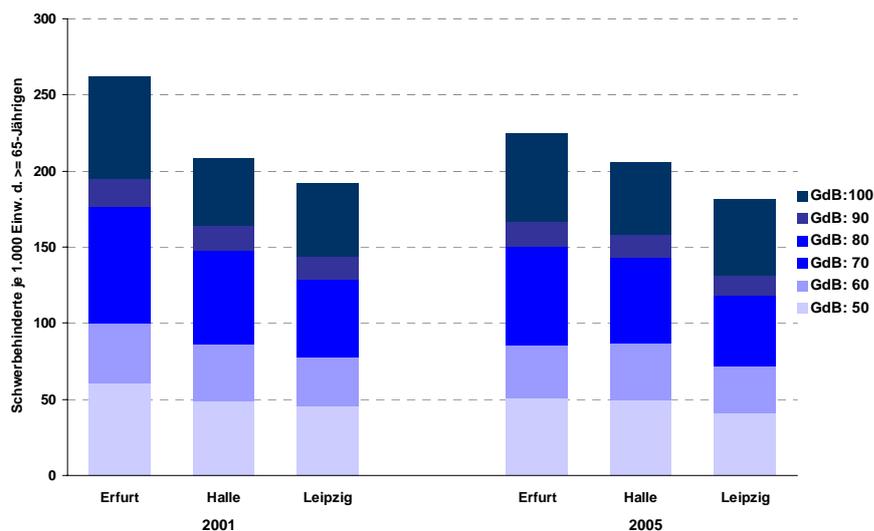
Im 2006 erschienenen Gesundheitsbericht „Gesundheit in Deutschland“ wird referiert, dass etwa jede zehnte Person behindert ist (2003: 8,4 Millionen anerkannte behinderte Menschen). Seit 1993

stieg diese Zahl um rund 250.000. Etwa jeder zweite Schwerbehinderte ist älter als 65 Jahre. Die Schwerbehindertenquote steigt im höheren Lebensalter an. In der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren ist nahezu jeder Dritte schwerbehindert. Bei der Wertung dieser statistischen Informationen ist zu beachten, dass nicht alle Menschen mit Behinderungen einen Schwerbehindertenausweis beantragen, insbesondere auch ältere Menschen.

Die Schwerbehindertenstatistik gibt Auskunft über die Art der schwersten Behinderung. Deutschlandweit werden orthopädische und Herz-Kreislauf-Erkrankungen als häufigste Behinderungsgründe angeführt. Angeborene Leiden und Behinderungen infolge von Unfällen sind vergleichsweise selten.

Im Folgenden werden die Schwerbehinderten in der Altersgruppe 65 Jahre und älter der Städte Erfurt, Halle und Leipzig bezogen auf 1 000 Einwohner dieser Altersgruppe für die Jahre 2001 und 2005 insgesamt und nach Grad der Behinderung betrachtet.

Abb. 25 thematisiert die Häufigkeitsverteilung der Schwerbehinderten nach dem Grad der Behinderung für die drei Städte.

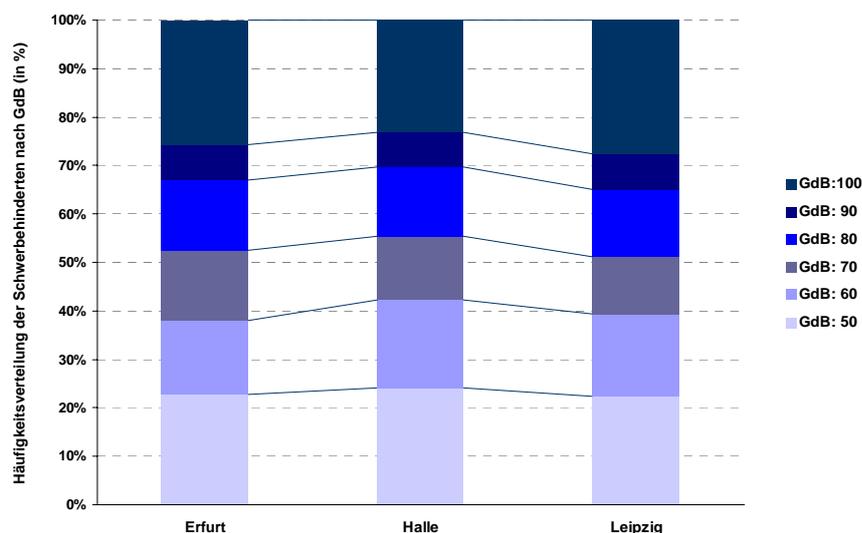


**Abb. 24: Schwerbehinderte je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Grad der Behinderung Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001 und 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

In Erfurt ist der Anteil insbesondere im Jahr 2001 deutlich größer als in Halle und Leipzig und hat sich bis zum Jahr 2005 verringert. In Halle ist im zeitlichen Vergleich der Jahre 2001 und 2005 der

Schwerbehindertenanteil etwa gleich geblieben, in Leipzig wurde der geringste Wert ermittelt mit einem leichten Rückgang von 2001 zu 2005.



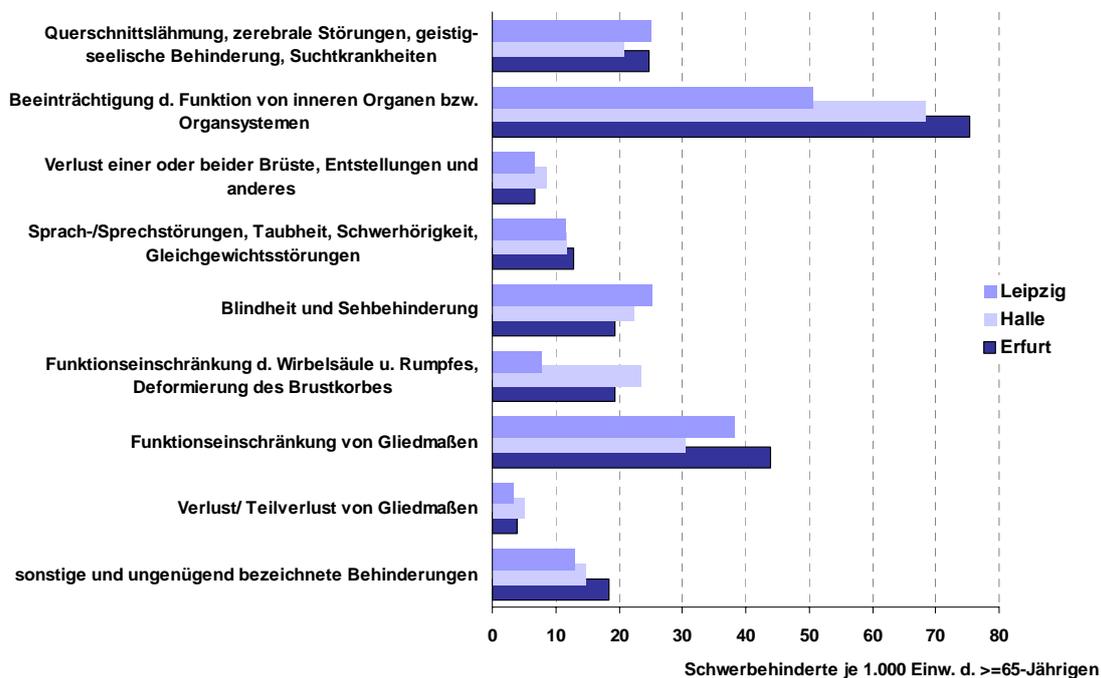
**Abb. 25: Häufigkeitsverteilung der Schwerbehinderten nach Grad der Behinderung Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Die Betrachtung der Schwerbehinderten nach dem Grad der Behinderung lässt erkennen, dass im Jahr 2005 in den drei Städten jeweils fast ein Viertel der Betroffenen in der Kategorie 50 GdB und in der höchsten Kategorie 100 GdB eingestuft ist. Im zeitlichen Verlauf von 2001 zu 2005 steigt der Anteil der Kategorie 100 GdB in den drei Städten in unterschiedli-

chem Ausmaß an, d. h. in Halle und Leipzig verstärkt, in Erfurt nur ganz geringfügig.

Die Ergebnisse der Auswertung der Behinderten für Erfurt, Halle und Leipzig nach Art der schwersten Behinderung gleicht den bereits dargelegten Aussagen für Deutschland.



**Abb. 26: Schwerbehinderte je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Art der schwersten Behinderung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Durch Prävention können chronische Erkrankungen und Behinderungen vermieden oder in ihren Ausmaßen gelindert werden. Neben präventiven Maßnahmen dienen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dazu, Störungen der gesellschaftlichen Teilhabe entgegenzuwirken.

Außerdem unterstützen kommunale Beratungsstellen die Behinderten auf Anfrage (u. a. die Behindertenberatungsstellen der Gesundheitsämter). In der Stadt Leipzig ist im Sozialamt eine Wohnberatung für ältere behinderte Bürger eingerichtet.

---

**Kurzfassung:**

- Die Schwerbehindertenquote steigt im höheren Lebensalter an.
  - In Erfurt und Leipzig hat sich der Anteil der Schwerbehinderten von 2001 zu 2005 verringert, in Halle ist dieser nahezu gleich geblieben.
  - Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen und Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen sind in den drei Städten die häufigsten Gründe der Behinderung.
  - Durch Prävention kann Behinderung vermieden bzw. deren Grad der Ausprägung vermindert werden.
-

### 3.6 Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist altersabhängig und tritt überwiegend erst bei hochaltrigen Menschen auf. Pflege kann sowohl auf der Basis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V gewährt als auch nach Pflegeversicherungsgesetz SGB XI geleistet werden. Die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen wird überwiegend auf der Grundlage des SGB XI geleistet.

Nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind Personen als pflegebedürftig einzustufen, wenn sie „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (§ 14 SGB XI). Der Leistungsanspruch resultiert somit nicht aus dem Vorliegen einer Krankheit oder Behinderung an sich, vielmehr ist der Hilfebedarf bei bestimmten gewöhnlichen, regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens von Bedeutung. Dabei erfolgt entsprechend der Feststellung des Hilfebedarfs die Einstufung in die Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit), Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) oder Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit). Der Bedarf an weitergehenden Hilfen insbesondere für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen im Sinne einer allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung wurde bisher nicht mit anerkannt und berücksichtigt. [ 21 ], [ 38 ]

Mit der Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, bekannt gegeben durch das BMG am 19.06.2007, wird die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit weiterhin gewährleistet. Grundsätzlich neu ist die Berücksichtigung des besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfes der Demenzerkrankungen, die Einführung einer Pflegezeit mit Dauer von 6 Monaten für pflegende Angehörige und die Einrichtung von quartiersbezogenen Pflegestützpunkten. [ 5 ]

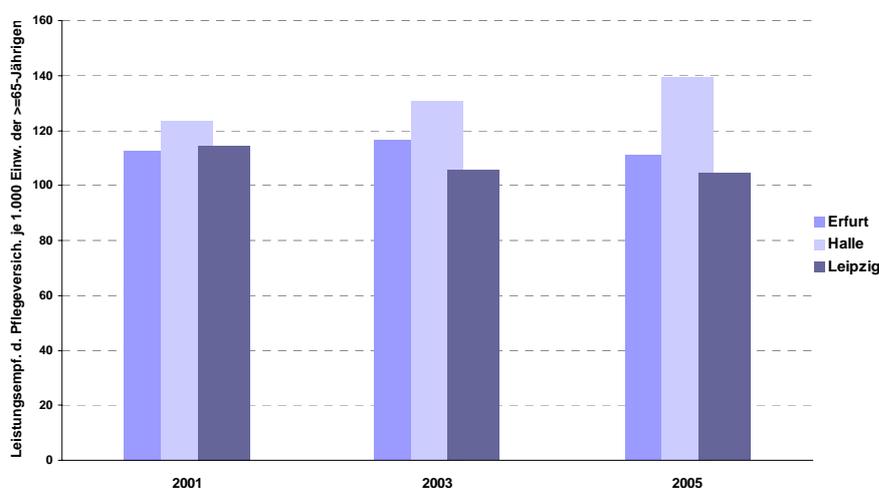
Deutschlandweite Auswertungen der ersten pflegebegründenden Diagnose gemäß der ICD-10 belegen, dass in den höheren Altersgruppen neben den Krankheiten des Kreislaufsystems, die psychischen und Verhaltensstörungen (häufigste psychiatrische Einzeldiagnosen beziehen sich dabei auf die verschiedenen Formen der Demenz) zur Pflegebedürftigkeit führen. Als weitere pflegebegründende Diagnosegruppen werden die Neubildungen, die unspezifischen Symptome und abnormen klinischen Befunde (hier ist häufigste Einzeldiagnose die Senilität) und die Krankheiten des Skelett- und Muskelsystems genannt. [ 38 ]

Pflegebedürftige haben die Möglichkeit, zwischen einem bestimmten Umfang an professioneller Hilfe bzw. Pflege (Sachleistung) und Pflegegeldzahlung (Geldleistung) zu wählen oder diese miteinander zu kombinieren (Kombinationsleistung). Mit dem Pflegegeld können sowohl professionelle Angebote (z. B. Pflege-

dienste) finanziert als auch Laienhilfe konzipiert werden. [ 21 ]

Für Erfurt, Halle und Leipzig liegen Daten zur Anzahl der Pflegegeldempfänger/-innen (ohne Kombinationsleistung) und der durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegestufen für die Jahre 2001, 2003 und 2005 für die 65-jährigen und älteren Menschen vor.

Die Gesamtzahl der Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung ergibt sich aus der Summe dieser drei Gruppen. Die folgende Abbildung zeigt den Anteil der Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung der betrachteten Altersgruppe für die drei Städte sowie in der zeitlichen Entwicklung von 2001 bis 2005.



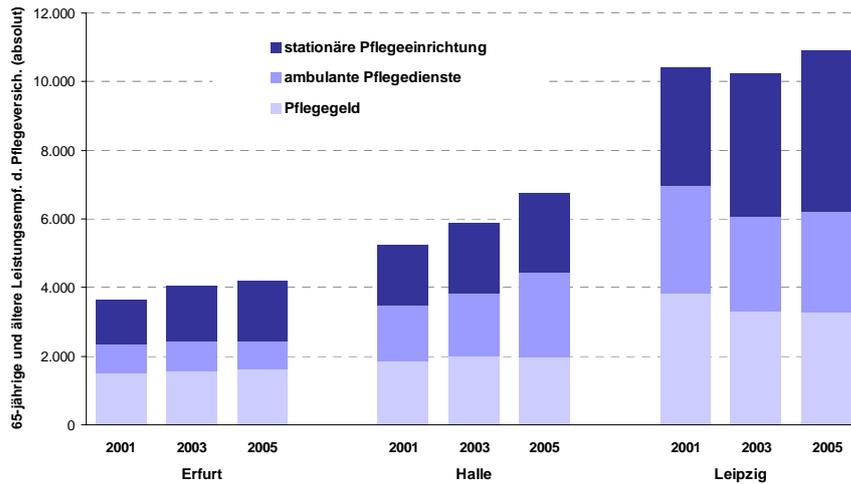
**Abb. 27: Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung der 65-Jährigen und Älteren je 1 000 Einwohner dieser Altersgruppe, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Die grafische Darstellung lässt erkennen, dass im Jahr 2001 der Anteil der Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung in Erfurt und Leipzig nahezu gleich groß war, in Halle war dieser Anteil 2001 am höchsten und steigt 2003 und 2005 weiter an. In Erfurt bleibt der Anteil der Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung von 2001 bis 2005

nahezu konstant, in Leipzig ist ein geringfügiger Rückgang zu erkennen.

Die Auswertung der Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung nach Leistungsart und wiederum im zeitlichen Verlauf der Jahre 2001, 2003 und 2005 wurde in der folgenden grafischen Darstellung thematisiert.



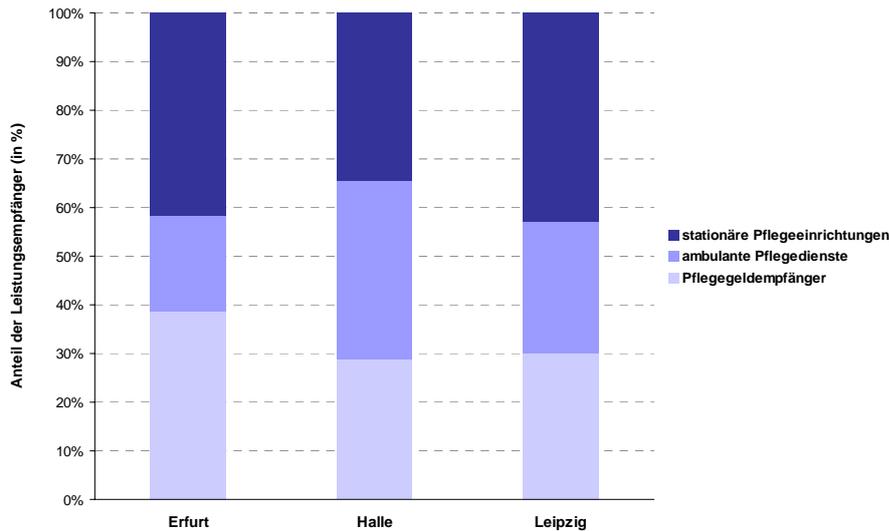
**Abb. 28: Anzahl der 65-jährigen und älteren Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung nach Art der Leistung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Die deutlichen Unterschiede in der Gesamtzahl der Leistungsempfänger/-innen sind aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungszahlen zu erklären. In allen drei Städten hat sich der Anteil der in stationären Pflegeeinrichtungen betreuten älteren Menschen von 2001 bis 2005 erhöht. In der Stadt Halle wurden 2005 mehr ältere Menschen durch ambulante Pflegeeinrichtungen versorgt, der Anteil der Empfänger/-innen von Pflegegeld

(ohne Kombinationsleistung) ist nahezu gleich geblieben. In Leipzig hat sich der Anteil der stationär gepflegten Älteren bis 2005 erhöht und der Anteil der Pflegegeldempfänger und ambulant betreuten älteren Menschen jeweils reduziert.

In Abb. 29 werden die Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung 2005 prozentual nach der Art der Pflegeleistung dargestellt.



**Abb. 29: Anteil der Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung der Altersgruppe 65 Jahre und älter nach Art der Leistung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

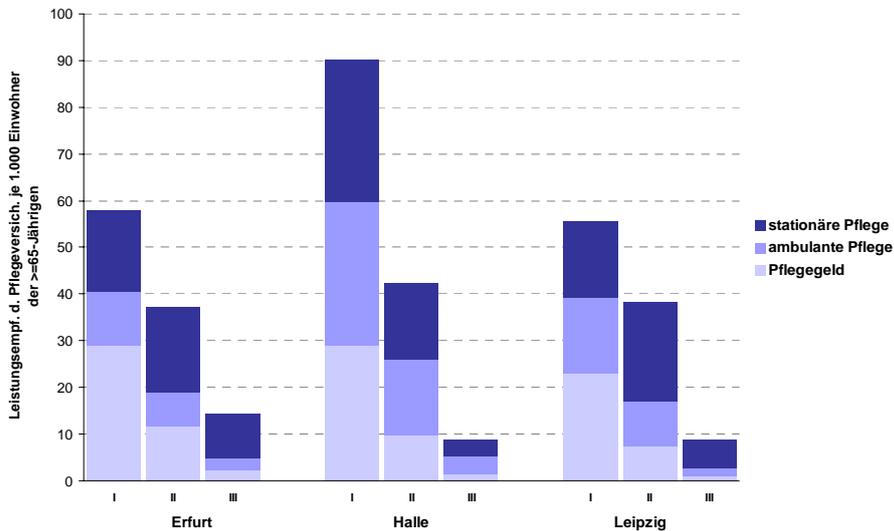
Es wird deutlich, dass insbesondere in Halle der Anteil der ambulanten Pflege deutlich größer ist als in Erfurt und Leipzig. Ebenso ist zu erkennen, dass der Anteil der Pflegegeldempfänger/-innen (ohne Kombinationsleistung) in Erfurt mit fast 40 % deutlich höher ist als in Halle und Leipzig. Inwieweit die vorhandenen Angebote diese Verteilung beeinflussen, ist zu diskutieren.

In der folgenden Tabelle sind die Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung nach Pflegestufe und Art der Leistung je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren im Vergleich der drei Städte und im zeitlichen Verlauf der Jahre 2001, 2003 und 2005 tabellarisch zusammengefasst. Für das Jahr 2005 wurden diese Daten nochmals in Abb. 30 grafisch dargestellt.

Pflegestufe	Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung je 1 000 Einwohner der Altersgruppe 65 Jahre und älter								
	Erfurt			Halle			Leipzig		
	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005
Pflegegeldempfänger/-innen (ohne Kombinationsleistung)									
Stufe I	31,2	30,6	29,0	28,7	30,7	29,1	28,6	24,4	23,0
Stufe II	12,4	12,2	11,6	13,4	11,7	9,8	11,8	8,7	7,5
Stufe III	2,7	2,4	2,3	1,5	1,8	1,4	1,5	1,0	0,9
Ambulante Pflegedienste									
Stufe I	13,1	13,1	11,5	19,8	22,3	30,5	19,2	16,1	16,2
Stufe II	9,6	9,1	7,4	15,3	15,2	16,2	13,0	10,3	9,6
Stufe III	2,5	2,6	2,5	2,5	3,2	3,7	2,2	1,6	1,8
Stationäre Pflegeeinrichtungen									
Stufe I	13,9	18,2	17,3	19,8	22,3	30,5	13,7	17,9	16,6
Stufe II	15,0	17,5	18,3	15,3	15,2	16,2	18,3	19,9	21,1
Stufe III	9,7	9,1	9,4	2,5	3,2	3,7	4,1	4,1	6,0

**Tab. 3: Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Leistungsart und Pflegestufe Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003 und 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen



**Abb. 30: Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Leistungsart und Pflegestufe Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Es wird deutlich, dass in Halle der Anteil der älteren Menschen mit Pflegestufe I deutlich höher ist als in Erfurt und Leipzig. Mit steigender Pflegestufe wird auch erwartungsgemäß der Anteil der stationär gepflegten Älteren größer. Hier wiederum weicht Halle mit einem vergleichsweise geringeren Anteil von Erfurt und Leipzig ab.

Die demografische Entwicklung in Deutschland stellt neue Herausforderungen an das derzeitige Pflegesystem.

Im Rahmen des EU-Projektes FELICIE (Future Elderly Living Conditions In Europe) wurden Prognosen zum Anteil und zur Zusammensetzung der zukünftigen pflegebedürftigen Bevölkerung in Deutschland im Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels erstellt. „Alter ist der größte Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit, und mit dem Anstieg der Lebenserwartung wird der Anteil der Pflegebedürftigen steigen. Die Ergebnisse von FELICIE zeigen, dass auch die verbesserte, verlängerte Gesundheit diesem Anstieg nicht entgegenwirken kann.“ [ 39 ]

Zwei Szenarien werden diskutiert, das konstante Pflegeszenario (Constant Disability Scenario) und das Gesunde-Lebensjahre-Szenario (Healthy Life Gain Scenario).

Das konstante Pflegeszenario stützt die Hypothese, dass die Jahre der Pflegebe-

dürftigkeit proportional zu den dazu gewonnenen Lebensjahren steigen.

Unter dieser Annahme werden im Schwerpunktbericht „Pflege“ der Gesundheitsberichterstattung des Bundes anhand der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Prognosen der Leistungsempfänger/-innen der sozialen Pflegeversicherung bis 2040 ermittelt. Die folgenden alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten der Pflegebedürftigkeit für Deutschland im Jahr 2002 liegen diesen Berechnungen zu Grunde :

Altersgruppe (in Jahren)	Prävalenzraten der Pflegebedürftigkeit in %	
	Männer	Frauen
65 - unter 70	2,8	2,4
70 - unter 75	4,8	4,7
75 - unter 80	8,1	9,8
80 - unter 85	14,7	20,5
85 - unter 90	27,7	40,7
90 u. älter	37,5	62,7

**Tab. 4: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in Deutschland 2002 nach Alter und Geschlecht (in %)**

Quelle: Robert-Koch-Institut [ 38 ]

Analoge Modellrechnungen lassen sich auch für Erfurt, Halle und Leipzig unter Berücksichtigung der vorliegenden Bevölkerungsvorausberechnungen der drei Städte und der obigen Pflegeprävalenzraten durchführen.

Jahr	Modellrechnung zur Zahl der Pflegebedürftigen (konstantes Pflegeszenario) für die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren (absolut)					
	Erfurt		Halle		Leipzig	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2005 (Ist)	4 197		6 759		10 905	
2005	1 010	2 826	1 530	3 860	2 816	8 755
2010	1 259	3 267	1 580	4 308	3 598	9 894
2015	1 492	3 618	1 836	4 638	4 297	10 908
2020	1 716	3 959	2 016	4 870	4 907	11 831
2025	1 881	4 265	2 071	5 045	5 294	12 609

**Tab. 5: Modellrechnung zur Zahl der Pflegebedürftigen (konstantes Pflegeszenario) für die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren (absolut) für Erfurt, Halle und Leipzig, 2005 - 2025**

Quelle: Prävalenzraten der Pflegebedürftigkeit: Robert-Koch-Institut [ 38 ]

Bevölkerungsvorausberechnungen:

Stadt Erfurt, Stadtentwicklungsamt, Bereich Statistik und Wahlen

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,

Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

Diese Modellrechnung zeigt unterschiedliche Steigerungsraten in den drei betrachteten Städten. In Halle ist die Zunahme am geringsten, gefolgt von Erfurt, in Leipzig ist die Zunahme beträchtlich.

Das Gesunde-Lebensjahre-Szenario fußt auf der Annahme, dass die dazu gewonnenen Lebensjahre in Gesundheit verbracht werden. Dennoch führen die Ergebnisse des EU-Projektes FELICIE zu dem Schluss, dass auch unter dieser Annahme ein deutlicher Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen zu erwarten ist, auch wenn die prognostischen Zunahmen geringer sind als jene im konstanten Pflegeszenario. [ 39 ]

Angesichts dieser Modellrechnungen und Studienergebnisse ist die Frage nach Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. eines zeitlichen „Hinauszögerns“ des Eintritts der Pflegebedürftigkeit von zentraler Bedeutung. „Experten beklagen, dass die Möglichkeiten der Rehabilitation und Ver-

meidung von Pflegebedürftigkeit nur unzureichend genutzt werden.“ [ 38 ]

Positive Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern zeigen, dass es z. B. durch Sturzprophylaxe im Alter und Programme zur frühzeitigen Schlaganfallerkennung möglich ist, Auslöser von Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Ebenso sollte der geriatrischen Rehabilitation mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, um vorhandene Ressourcen der Pflegebedürftigen so weit wie möglich zu reaktivieren und zu erhalten. [ 38 ]

Wie bereits im Abschnitt „Psychiatrische Erkrankungen“ (siehe Seite 37) beschrieben, ist Altersdemenz ein häufiger Grund für die Aufnahme in ein Pflegeheim. Im Schwerpunktbericht „Pflege“ der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird eingeschätzt, dass gegenwärtig die pflegerische Versorgung zu wenig auf die Bedürfnisse der Demenzkranken eingestellt ist. „Es fehlt vor allem an Leistungs- und Betreuungsangeboten,

welche die pflegenden Angehörigen der Demenzkranken dauerhaft wirksam entlasten und damit einer drohenden Überforderung entgegenwirken.“ Es wird beurteilt, dass die Möglichkeiten zur Erkennung und Frühdiagnostik nicht genügend genutzt werden. Wie bereits im vorliegenden Bericht ausgeführt, kann die Erkrankung nicht verhindert, aber durch rechtzeitige Therapie eine Krankheitsmilderung, damit eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und eine Entlastung der Pflegepersonen erreicht werden.

Neben einer bedarfsgerechten Erweiterung der professionellen Pflegeleistungsangebote ist die Stärkung der pflegenden Familienangehörigen besonders wichtig.

Veränderte Familien- und Haushaltstrukturen, Berufstätigkeit und insbesondere der Wegzug junger Familien aufgrund der Arbeitsplatzsituation in den neuen Bundesländern sind Faktoren, die die Nachfrage nach professioneller Pflege in Erfurt, Leipzig und Halle tendenziell weiter erhöhen werden.

---

#### **Kurzfassung:**

- Die Pflegebedürftigkeit ist altersabhängig und tritt überwiegend erst bei hochaltrigen Menschen auf.
- Mit der Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, bekannt gegeben durch das BMG am 19.06.2007, wird die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit weiterhin gewährleistet. Neu ist die Berücksichtigung des besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfes der Demenzkranken, die Einführung einer Pflegezeit mit Dauer von 6 Monaten für pflegende Angehörige und die Einrichtung von quartiersbezogenen Pflegestützpunkten.
- Der Anteil der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ist in Halle im Vergleich zu Erfurt und Leipzig am größten und steigt von 2001 bis 2005 weiter an. Nahezu gleiche Werte werden 2001 für Erfurt und Leipzig ermittelt. In Erfurt bleibt der Anteil der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung von 2001 bis 2005 nahezu konstant, in Leipzig ist ein geringfügiger Rückgang zu erkennen.
- In allen drei Städten hat sich der Anteil der in stationären Pflegeeinrichtungen betreuten älteren Menschen von 2001 bis 2005 erhöht. In der Stadt Halle wurden 2005 mehr ältere Menschen durch ambulante Pflegeeinrichtungen versorgt, der Anteil der Empfänger von Pflegegeld (ohne Kombinationsleistung) ist nahezu gleich geblieben. In Leipzig hat sich der Anteil der stationär gepflegten Älteren bis 2005 auf 43 % erhöht und der Anteil der Pflegegeldempfänger und ambulant betreuten älteren Menschen jeweils reduziert.
- In Halle ist der Anteil der ambulanten Pflege deutlich größer als in Erfurt und Leipzig. In Erfurt ist mit fast 40 % der Anteil der Pflegegeldempfänger (ohne Kombinationsleistung) deutlich höher als in Halle und Leipzig. Inwieweit die vorhandenen Angebote diese Verteilung beeinflussen, ist zu diskutieren.

- In Halle ist der Anteil der älteren Menschen mit Pflegestufe I deutlich höher als in Erfurt und Leipzig. Mit steigender Pflegestufe wird auch erwartungsgemäß der Anteil der stationär gepflegten Älteren größer. Hier wiederum weicht Halle mit einem vergleichsweise geringeren Anteil von Erfurt und Leipzig ab.
  - Alter ist der größte Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit. Durch die Zunahme des Anteils alter und hochbetagter Menschen und mit dem Anstieg der Lebenserwartung wird der Anteil der Pflegebedürftigen steigen.
  - Es sind alle Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. eines zeitlichen „Hinauszögerns“ des Eintritts der Pflegebedürftigkeit auszuschöpfen (z. B. Sturzprophylaxe, frühzeitige Schlaganfallerkennung).
  - Neben einer bedarfsgerechten Erweiterung der professionellen Pflegeleistungsangebote ist die Stärkung der pflegenden Familienangehörigen besonders wichtig.
-

## 4. Sterblichkeit und Sterberisiko im Alter

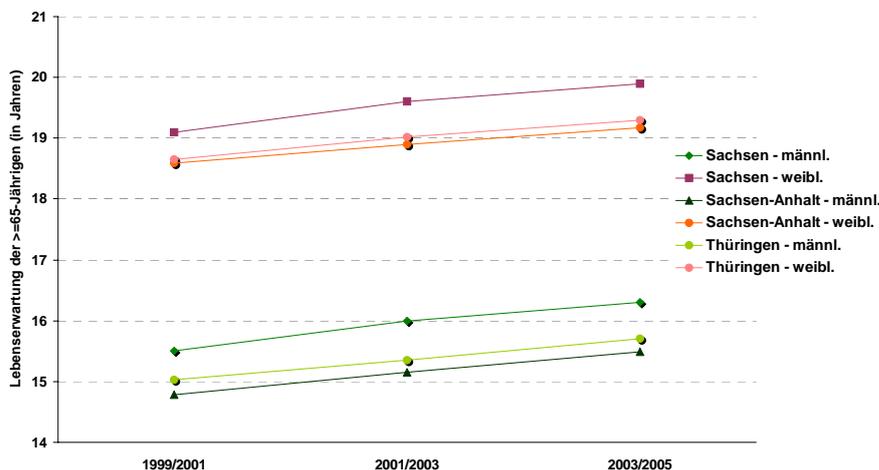
### 4.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

„Die heute 65-Jährigen haben fast ein Viertel ihres Lebens noch vor sich.“ heißt es im Gesundheitsbericht „Gesundheit in Deutschland“, der im Jahr 2006 veröffentlicht wurde. [ 32 ]

Die Verbesserung der Gesundheit der älteren Bevölkerung in den vergangenen Jahrzehnten führte zu einer deutlichen Steigerung ihrer Lebenserwartung. Während die Zunahme der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung im ersten Drittel des vergangenen Jahrhunderts vor allem aus der Senkung der Säuglingssterblichkeit resultierte, waren es im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts insbesondere die Erwachsenen im mittleren und höheren Alter, deren Sterblichkeit sank. Eine bessere medizinische Versorgung, gute individuelle materielle Ressourcen und Le-

bensstilfaktoren werden als Begründung für die Erhöhung der Lebenserwartung der älteren Menschen diskutiert. [ 26 ]

Die Daten der älteren Menschen für die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen belegen, dass sich die Lebenserwartung in den vergangenen fünf Jahren auch in den neuen Bundesländern, in Mitteldeutschland für Männer und Frauen auch in den höheren Altersgruppen, gleichermaßen erhöht hat. Die folgende Grafik veranschaulicht das für die 65-Jährigen. Die Geschlechterdifferenz hat sich kaum verändert. Die grafische Darstellung zeigt, dass die Lebenserwartung der älteren Menschen in Sachsen geringfügig über den Werten für Thüringen und Sachsen-Anhalt liegt.



**Abb. 31: Lebenserwartung der 65-Jährigen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, 1999 - 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Im Bundesdurchschnitt betrug die Lebenserwartung der 65-Jährigen 2002 / 2004 19,8 Jahre für die Frauen und 16,4 Jahre für die Männer. In Sachsen sind diese Werte 2003 / 2005 mit 19,9 Jahren für die Frauen bereits überschritten bzw. mit 16,3 Jahren für die Männer nahezu erreicht.

Deutschlandweit wird eingeschätzt, dass der Zugewinn an Lebenserwartung neben einer Reduzierung der Säuglingssterblichkeit vor allem auf eine verminderte Alterssterblichkeit zurückzuführen ist. Im bereits erwähnten Gesundheitsbericht für Deutschland wird eingeschätzt,

dass die allgemeine Sterblichkeit der Deutschen zwischen 1990 und 2004 kontinuierlich gesunken ist. Da die Mortalitätsraten in den neuen Bundesländern stärker gesunken sind als in den alten, hat sich die Sterblichkeit in „Ost“ und „West“ weiter angeglichen. Neben den Ost-West-Unterschieden werden auch Abweichungen von Bundesland zu Bundesland beobachtet.

In der folgenden Tab. 6 werden die altersspezifischen Sterbeziffern für Erfurt, Halle und Leipzig der Jahre 2000 und 2005 gegenübergestellt.

Geschlecht	Jahr	Stadt	Alter von ... bis unter ... Jahren					
			gesamt	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85	85 +
			Sterbefälle je 100 000 Einwohner					
Männer	2000	Erfurt	964	2 840	3 185	7 154	9 818	21 942
		Halle	1 098	2 209	3 869	5 962	11 670	23 268
		Leipzig	1 016	2 460	3 481	5 923	10 080	21 246
	2005	Erfurt	936	1 968	3 326	5 317	9 152	18 168
		Halle	1 104	2 134	3 217	6 070	9 166	21 518
		Leipzig	1 022	2 052	3 206	5 006	9 218	22 101
Frauen	2000	Erfurt	1 073	1 463	2 399	4 039	7 848	16 023
		Halle	1 133	1 329	2 271	3 989	6 804	15 359
		Leipzig	1 198	1 259	2 101	3 644	6 543	14 527
	2005	Erfurt	1 028	915	2 033	3 192	6 672	16 337
		Halle	1 179	1 067	1 986	3 383	6 879	15 752
		Leipzig	1 186	915	1 859	3 061	5 931	16 109

**Tab. 6: Sterbeziffern insgesamt und der 65-Jährigen und Älteren in 5-Jahres-Altersgruppen Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 und 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Auch wenn keine eindeutigen Altersmuster der Sterblichkeitsreduzierung von 2000 zu 2005 in Erfurt, Halle und Leipzig erkennbar sind, kann festgestellt werden, dass vor allem die Reduzierung der

Sterblichkeit bei den sogenannten „jungen“ Alten in allen drei Städten gleichermaßen erfolgt ist. Die Unterschiede der drei Städte können als geringfügig beurteilt werden.

---

**Kurzfassung:**

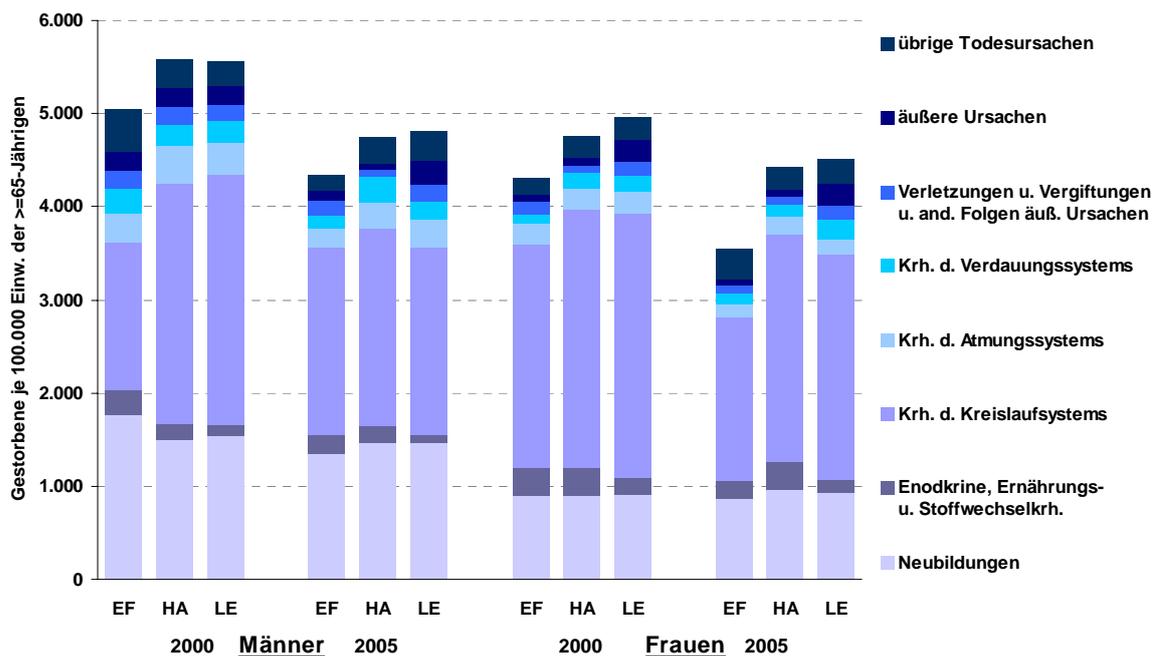
- Die Lebenserwartung der Menschen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen hat sich in den letzten Jahren gleichermaßen erhöht.
  - Die geschlechtsspezifischen Unterschiede haben sich nur wenig verändert.
  - Der Zugewinn an Lebensjahren ist in Erfurt, Halle und Leipzig vor allem bei den sogenannten „jungen“ Alten (Altersgruppe 65 - 75 Jahre) zu erkennen.
-

## 4.2 Häufigste Todesursachen

Die Erhöhung der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten ist mit einer Veränderung des Todesursachenspektrums einhergegangen. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts dominierten noch Infektionskrankheiten als Haupttodesursache. Heute sind es vor allem die Herz-

Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen (Krebserkrankungen). Diese Todesursachen überwiegen mit zunehmendem Alter.

Die folgende Abbildung bestätigt diese Aussage auch für die Städte Erfurt, Halle und Leipzig für die Jahre 2000 und 2005.



**Abb. 32: Sterbeziffern nach Haupttodesursachen und Geschlecht, Vergleich der Städte Erfurt (EF), Halle (HA) und Leipzig (LE), 2000 und 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Abb. 32 veranschaulicht, dass die Sterblichkeit der Männer in der betrachteten Altersgruppe höher ist als die der Frauen, auch wenn sich der Unterschied von 2000 zu 2005 verringert hat. Die ermittelten Sterbeziffern für die Stadt Erfurt sind 2000 und 2005 sowohl für Frauen als auch für Männer geringer als jene für Halle und Leipzig, die nur geringfügig voneinander abweichen. Es ist zu vermuten, dass der geringfügig kleinere Anteil

der Altersgruppe der Hochaltrigen in Erfurt (siehe Kapitel Demografie) gegenüber Halle und Leipzig auch die Differenz der Sterbeziffern erklären. Die grafische Darstellung belegt für die drei Städte, dass in der Krankheitsgruppe der bösartigen Neubildungen und der Krankheiten der Atmungsorgane die Sterblichkeit der Männer höher ist als jene der Frauen.

Die Auswertung der Sterbefälle von Erfurt, Halle und Leipzig nach den häufigsten Einzeldiagnosen (Rangfolge) je Altersgruppe ist aufgrund der geringen Fallzahl statistisch nicht valide.

Um die Veränderung des Todesursachenspektrums im Alter zu verdeutlichen, werden deshalb die Sterbeziffern der

über 60-jährigen Männer und Frauen des Bundesgebietes insgesamt nach der Todesursache (Hauptkapitel der ICD-10) aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, veröffentlicht im Report Altersdaten 01 / 2006 des Deutschen Zentrums für Altersfragen, hier dargestellt.

Pos-Nr. der ICD-10	Todesursache	Gestorbene Insq.	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren							
			60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85	85 - 90	90 +	
je 100 000 Einwohner										
A00-B99	Infektionskrankheiten u.ä.	m	12,9	17,2	26,1	46,2	73,7	120,2	172,3	197,1
		w	13,9	9,0	14,7	30,7	53,6	92,0	125,0	204,6
C00-D48	Neubildungen (Kreislauferkrankungen)	m	280,9	540,3	797,3	1190,1	1657,0	2233,4	2754,3	2802,5
		w	240,8	322,1	443,0	636,0	901,3	1241,5	1574,6	1939,0
D50-D89	Bluterkrankungen u.ä.	m	2,0	2,5	4,6	6,6	13,9	18,6	30,6	51,8
		w	2,9	1,9	3,2	4,3	10,7	18,8	28,6	60,3
E00-E90	Stoffwechselkrankheiten u.ä.	m	25,8	32,2	57,8	101,8	146,8	265,5	445,7	574,0
		w	39,5	16,2	31,5	70,2	132,3	276,8	498,4	823,3
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	m	13,5	23,1	22,5	22,0	28,4	49,0	107,0	193,5
		w	9,7	6,6	6,2	9,2	16,7	44,2	106,7	274,9
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	m	20,6	22,3	34,9	66,6	134,3	240,2	344,7	371,9
		w	22,2	13,9	20,9	40,5	81,2	154,9	238,3	314,6
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	m	377,9	405,1	712,5	1339,5	2351,8	4506,3	7777,2	12398,1
		w	512,5	138,6	294,9	663,5	1472,5	3397,2	6984,1	14472,1
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	m	67,4	63,4	122,7	254,0	473,3	842,8	1466,1	2163,7
		w	60,0	28,6	47,4	98,2	189,0	378,3	725,5	1479,9
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	m	52,8	97,6	124,6	162,8	223,8	334,7	492,9	743,1
		w	49,6	41,5	53,8	88,7	159,0	289,4	505,6	818,5
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	m	13,8	9,4	21,8	45,2	89,3	187,3	368,8	587,7
		w	18,2	5,9	12,1	28,4	63,8	128,5	241,7	411,5
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen u.ä.	m	2,1	1,6	1,1	1,1	0,9	1,4	1,5	3,6
		w	1,7	1,2	1,0	0,5	0,8	1,4	1,0	1,7
R00-R99	Symptome, abnorme Befunde u.ä.	m	24,9	43,8	49,8	60,3	79,6	122,4	249,2	576,9
		w	25,2	14,2	20,1	31,5	55,2	107,5	246,5	772,8
V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	m	51,4	59,2	65,5	84,4	132,3	219,8	370,8	584,8
		w	29,8	21,2	27,3	42,0	70,7	141,6	250,2	463,7

**Tab. 7: Sterbeziffern der über 60-jährigen Männer und Frauen (Hauptkapitel der ICD-10), 2004**

Quelle: GeroStat-Beitrag im „Informationsdienst Altersfragen“, Heft 01/2006, Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) [ 26 ]

Es ist zu erkennen, dass sich mit zunehmendem Alter die Struktur der häufigsten Todesursachen ändert. Im „jungen“ Alter dominieren die bösartigen Neubildungen unterschiedlicher Organsysteme. Im höheren Alter steigt der Anteil der Todesfälle infolge von Herz-

Kreislauf-Erkrankungen. Diese Krankheitsgruppe umfasst verschiedene Krankheitsformen, die wiederum mit unterschiedlichen Altersschwerpunkten auftreten. Die ischämischen Herzkrankheiten (u. a. Angina pectoris, Herzinfarkt) sind bei älteren Männern in allen Alters-

gruppen die häufigste Todesursache. Bei den Frauen im höheren Alter werden diese Erkrankungen ebenfalls häufig als Haupttodesursache dokumentiert. Ab dem 80. Lebensjahr sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ihren unterschiedlichen Formen in etwa der Hälfte aller Todesfälle die Haupttodesursache. [ 26 ]  
„Vor allem ältere Männer begehen häufiger Selbstmord als gleichaltrige Frauen“

heißt es im Gesundheitsbericht für Deutschland. [ 32 ]

Diese Aussage kann auch für Erfurt, Halle und Leipzig insgesamt so bestätigt werden. Aufgrund sehr kleiner Zahlen liegen für Halle teilweise keine geschlechtsbezogenen Daten vor. Suizide werden in Erfurt, Halle und Leipzig bei weniger als 1 % (zwischen 0,7 % und 0,1 %) der Sterbefälle dokumentiert.

---

### **Kurzfassung:**

- Die Erhöhung der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten ist mit einer Veränderung des Todesursachenspektrums einhergegangen.
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen sind die häufigsten Todesursachen der älteren Menschen auch in Erfurt, Halle und Leipzig.
  - Mit zunehmendem Alter verändert sich die Struktur der häufigsten Todesursachen. Im „jungen“ Alter dominieren die bösartigen Neubildungen unterschiedlicher Organsysteme. Im höheren Alter steigt der Anteil der Todesfälle infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
  - Die Sterblichkeit der älteren Männer ist höher als die der Frauen.
  - Ältere Männer begehen häufiger Selbstmord als Frauen, auch wenn diese Todesursache in allen drei Städten mit einer Häufigkeit zwischen 0,7 % und 0,1 % einen vergleichsweise geringen Anteil im Todesursachenspektrum ausmacht.
-

## **5. Gesundheitliche Betreuung und Versorgung**

### **5.1 Medizinische Versorgung**

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen immer weiter an. Diese haben oft chronischen Charakter und machen die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten erforderlich. Somit ist nicht verwunderlich, dass ältere Menschen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als jede andere Bevölkerungsgruppe. Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch

für den stationären Bereich. Ziel der medizinischen Versorgung älterer Patienten ist nicht ausschließlich das Wiederherstellen von Gesundheit, sondern ebenso der bestmögliche Erhalt einer selbständigen Lebensführung. Das setzt die Bereitstellung bedarfsadäquater Versorgungsmöglichkeiten und die Entwicklung geeigneter Konzepte der Gesundheitssicherung voraus. [ 19]

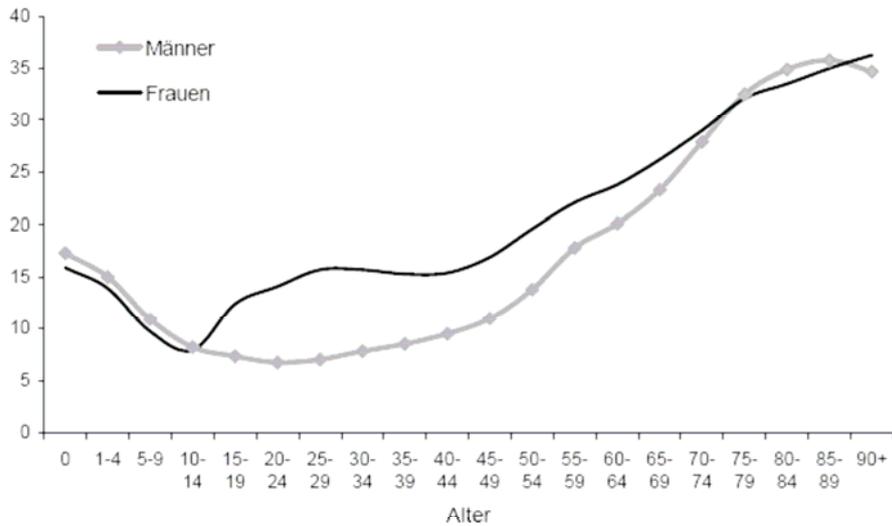
#### **5.1.1 Ambulante und stationäre Akut- und Regelversorgung**

Die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen der Regelversorgung durch die älteren Menschen ist vergleichsweise hoch. „Mehr als 80 % der 70- bis 90-Jährigen frequentieren regelmäßig einen niedergelassenen Mediziner.“ „Auch das Krankenhaus wird von alten Menschen überdurchschnittlich stark in Anspruch genommen.“ [ 13 ]

Eine Studie der Gmünder Ersatzkasse hat die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen durch ältere Menschen ausgewertet. Die folgende grafi-

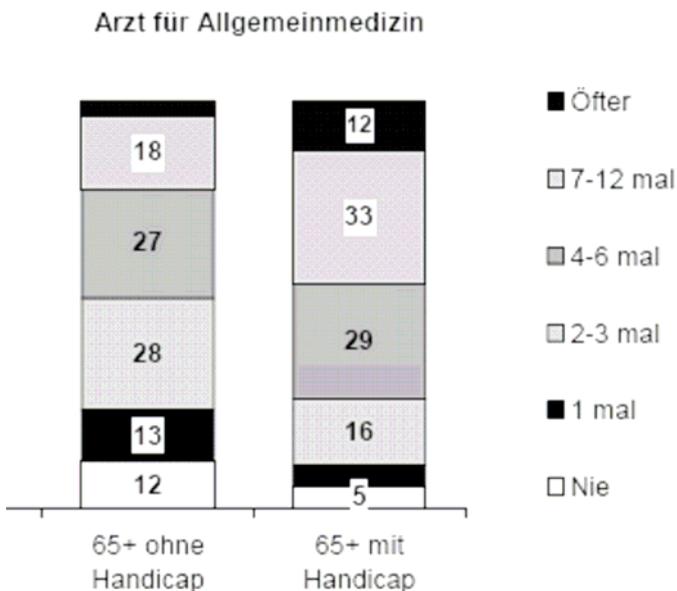
sche Darstellung zeigt auf der Grundlage dieser Studienergebnisse die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte pro Jahr nach Geschlecht und Alter. Eine zweite Abbildung belegt anhand von Alterssurveydaten 2002, dass die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Leistungen durch die Bevölkerungsgruppe der Älteren entscheidend durch deren Gesundheitszustand beeinflusst wird.

[ 24 ]



**Abb. 33: Durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte pro Jahr und Alter**  
**Studie der Gmünder Ersatzkasse, versichertenbezogene Auswertung von Kassendaten 2004**

Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen, Heft 01/2007, [ 11 ]



**Abb. 34: Häufigkeit der Arztkontakte der 65-Jährigen (insgesamt, mit und ohne Handicap<sup>2</sup>) und Älteren zu Allgemeinmedizinern**

Daten: Alterssurvey 2002, Replikationsstichprobe, gewichtet

Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen, Heft 01/2007, [ 11 ]

<sup>2</sup> Als Befragte mit Handicap wurden diejenigen definiert, die angaben, sich im täglichen Leben durch eine chronische körperliche oder seelische Krankheit bzw. Behinderung etwas oder sehr stark eingeschränkt zu fühlen.

Garms-Homolová und Schaefer stellen fest, dass die medizinische Versorgung den Bedarfs- und Problemlagen chronisch kranker und älterer Menschen nicht gerecht wird. Als Hauptursache wird das Festhalten am akutmedizinischen Be-

handlungsparadigma sowie die fehlende und unzureichende Berücksichtigung geriatrischer Erkenntnisse genannt. Die Autorinnen schlussfolgern, dass damit zusätzlicher Behandlungsbedarf entsteht. [ 13 ]

### 5.1.2 Geriatrische Spezialeinrichtungen

„Geriatric wird als die Disziplin definiert, die Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter in sich vereint und deren primäres Ziel das Anhalten funktionaler Einbußen und die Wiederherstellung der größtmöglichen Selbstständigkeit ist.“ [ 13 ]

Homolová und Schaefer schätzen ein, dass entsprechende Einrichtungen, geri-

atrische und gerontopsychiatrische Kliniken und Rehabilitationshäuser, Tageskliniken etc., noch rar sind.

Die geriatrischen Versorgungsstrukturen in Erfurt, Halle und Leipzig sind sehr unterschiedlich, eine vergleichende Bewertung sehr schwierig. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die stationären Einrichtungen mit speziellen geriatrischen Bettenkapazitäten.

Erfurt	Halle (Saale)	Leipzig
<p><b>Zentrum für Geriatrie der HELIOS Klinik GmbH (Eröffnung 2000 / Tagesklinik 2001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 58 Betten für geriatrische Akutbehandlung</li> <li>▪ 15 Behandlungsplätze in der geriatrischen Tagesklinik</li> <li>▪ 2003: Erweiterung des Zentrums für Geriatrie um 20 weitere Betten auf insgesamt 78 Betten</li> </ul>	<p><b>Klinik für Geriatrie, Akutgeriatrie und Frührehabilitation im Diakoniekrankenhaus Halle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mit 30 Betten (2 Stationen mit jeweils 15 Betten)</li> <li>▪ mit 20 Betten in der geriatrischen Tagesklinik</li> </ul> <p><b>Psychiatrisches Krankenhaus Halle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gerontopsychiatrische Station mit 19 Betten</li> <li>▪ Institutsambulanz</li> </ul> <p><b>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gerontopsychiatrische Station mit 16 Betten</li> <li>▪ 2 integrierte tagesklinische Plätze</li> </ul>	<p><b>Geriatriezentrums Leipzig am Klinikum St. Georg gGmbH (Gründung April 2007)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachbereich Akutgeriatrie mit 42 Betten</li> <li>▪ Tagesklinik am Geriatriezentrums Leipzig (10 Behandlungsplätze)</li> <li>▪ Stationäre Geriatrische Rehabilitation mit 36 Betten</li> <li>▪ Geriatrie-24-Stunden-Hotline</li> </ul> <p><b>Park-Krankenhaus Leipzig-Südost GmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 gerontopsychiatrische Stationen</li> </ul> <p><b>Universitätsklinikum Leipzig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medizinische Klinik und Poliklinik IV f. Rheumatologie.</li> </ul>

Erfurt	Halle (Saale)	Leipzig
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gerontopsychiatrische Sprechstunde in der psychiatrischen Institutsambulanz</li> </ul>	Gerontologie / Stoffwechsel, Infektions- und Tropenmedizin

**Tab. 8: Geriatrische Spezialeinrichtungen der Städte Erfurt, Halle und Leipzig**

Quelle: Internet: [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) (Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (MDK Nord))  
 Stadt Halle, FB Gesundheit/ Veterinärwesen  
 Stadt Leipzig, Gesundheitsamt

Grundlage der geriatrischen Versorgung in den Bundesländern bilden entsprechende Konzeptionen und deren Umsetzung in den Landeskrankenhausplänen. Im Freistaat Thüringen wurde 2001 die stationäre geriatrische Versorgung in Thüringen als Fortschreibung der Konzeption der AG „Geriatrie“ des Krankenhausplanungsausschusses im Freistaat Thüringen vom Februar 1995 aktualisiert. In Sachsen-Anhalt gilt das Geriatriekonzept „Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung alter kranker Menschen im Land Sachsen-Anhalt“ vom Dezember 1995. In Sachsen besteht eine Rahmenkonzeption zur geriatrischen Hilfe

(Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie). Weitere Informationen zu geriatrischen Versorgungsstrukturen sind dem sächsischen Krankenhausplan zu entnehmen. In diesem wird gesetzlich geregelt, dass in allen Krankenhäusern der Regelversorgung geriatrische Behandlung innerhalb des Bettenkontingentes der Inneren Medizin angeboten wird, eine Ausweisung dieser Betten im Krankenhausplan erfolgt nicht. [ 18 ]  
 Insofern ist eine Aussage, inwieweit die bestehenden geriatrischen Versorgungsstrukturen ausreichend sind, nur aufgrund der praktischen Erfahrungen behandelnder Ärzte möglich.

### 5.1.3 Gerontopsychiatrische Versorgung

Auch wenn Altsein nicht gleichzusetzen ist mit Kranksein, so treten doch bestimmte Erkrankungen mit zunehmendem Alter viel häufiger auf. Einen besonderen Stellenwert haben dabei psychische Erkrankungen wie etwa Depression und demenzielle Erkrankungen, insbesondere die Alzheimer-Demenz. Die Gerontopsychiatrie befasst sich genau mit diesen Patienten. Die Behandlung orientiert sich dabei an den persönlichen Ressourcen des älteren Patienten.

Mit der steigenden Anzahl der altersbedingten psychischen Erkrankungen (insbesondere Demenz) aufgrund der Zunahme vor allem der hochbetagten Bevölkerungsgruppen kommt der gerontopsychiatrischen Versorgung eine wachsende Bedeutung zu. Die Versorgungsstrukturen der zu vergleichenden Städte Erfurt, Halle und Leipzig sind sehr unterschiedlich und sollen in Folgendem kurz beschrieben werden.

### **Stadt Erfurt**

In Erfurt werden alte psychisch kranke Menschen vorwiegend von ihren Hausärzten sowie niedergelassenen Psychiatern und Psychologischen Psychotherapeuten betreut. Beratung und Unterstützung können Angehörige und Betroffene beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und bei der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle des Christophorus Werkes Erfurt finden. Die Klinik für Geriatrie des Helios-Klinikums und die Klinik für Psychiatrie des Katholischen Krankenhauses betreuen in der jeweiligen Tagesklinik oder Institutsambulanz gerontopsychiatrische Patienten.

Die Stadt Erfurt beteiligt sich auf der Grundlage eines Bundesmodellprojektes gemeinsam mit den Pflegekassen und den Fachhochschulen Erfurt und Freiburg an der Erprobung personenbezogener Budgets (§ 8 Abs. 3 SGB XI). Ziel ist eine effektive und effiziente Nutzung der Leistungen der Pflegeversicherung für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Unterstützt und begleitet wird das Projekt durch Case-Manager.

Die Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft der Stadt beschäftigt sich mit Fragen der Betreuung akut und chronisch psychiatrisch erkrankter Menschen sowie deren ambulanter und stationärer Versorgung. Dabei spielt die Kooperation mit dem Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Erfurt eine wissenschaftlich unterstützende Rolle.

Da die gerontopsychiatrische Versorgung, Betreuung und Beratung in Erfurt derzeit in verschiedenen Bereichen stattfindet, ist es notwendig nach Wegen zu suchen, die Zusammenarbeit und Koope-

ration zum gegenseitigen Nutzen und im Interesse der Betroffenen zu vernetzen. Zielstellung ist eine gerontopsychiatrische Versorgungskette (vom häuslichen Bereich über die ambulante bis zur stationären Versorgung und Betreuung), wie sie bereits in anderen bundesdeutschen Großstädten praktiziert wird.

### **Stadt Halle (Saale):**

Nach den Vorstellungen der kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen-Anhalt sollte im niedergelassenen Bereich die zentrale Rolle des Hausarztes durch geriatrische Schwerpunktpraxen gestärkt werden. Die Ärztekammer in Sachsen-Anhalt wird einen Schwerpunkt der Geriatrie in der Inneren Medizin einführen. (Psychiatriebericht Stadt Halle 2006, S.70).

Seit einigen Jahren entwickelt sich in Halle ein eigener Bereich der Geront- und Alterspsychiatrie. Dieser ist auf die Menschen ab dem 65. Lebensjahr spezialisiert. Bereits im Jahr 2000 wurde in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) der Arbeitskreis „Gerontopsychiatrie“ gebildet. Zentrale Aufgaben sind:

- Ist-Analyse und Bedarfsfeststellung,
- Mitarbeit an der Psychiatrieplanung der Stadt Halle,
- Kooperation / Vernetzung der Angebote,
- Weiterbildung (z. B. für Hausärzte und ambulante Pflegedienste),
- Öffentlichkeitsarbeit.

Mitglieder im Arbeitskreis sind Leistungserbringer und Kostenträger aus dem medizinischen und rehabilitativen/komplementären Bereich sowie zuständige Fachbereiche in der Stadt.

Zu den gerontopsychiatrischen Hilfsangeboten in Halle gehören:

- stationäre und teilstationäre Behandlungsmöglichkeit in drei Kliniken,
- ambulante Behandlung durch ca. 180 Haus- und ca. 25 Nervenärzte,
- stationäres und teilstationäres Wohnen mit derzeit drei spezialisierten Pflegeeinrichtungen für gerontopsychiatrische Heimbewohner,
- ambulante Hilfen in eigener Häuslichkeit, z. Z. von drei Trägern angeboten,
- verschiedene Gesprächsgruppen für Angehörige von Demenzkranken,
- eine Beratungsstelle für Demenzkranke und deren Angehörige.

Diese Hilfsangebote sind angesichts der demografischen Veränderungen dem aktuellen Bedarf anzupassen. Ambulante Hilfen sind zu bevorzugen.

In einem Seniorenbericht wurde im Jahr 2005 festgestellt, dass Freizeitmöglichkeiten, Dienstleistungen, Beratungsangebote, Nahverkehr und die gesamte Stadtplanung in der Stadt Halle seniorenfreundlicher auszurichten sind.

### **Stadt Leipzig**

In den Jahren 2003 und 2004 wurden gemeinsam mit freien Trägern, Sozial- und Pflegediensten, ambulanten und stationären Einrichtungen der Psychiatrie vier Gerontopsychiatrisch-geriatrische Verbände (GGV) der Stadt Leipzig gegründet.

Wichtigstes Ziel ist die Förderung der institutions- und trägerübergreifenden Kooperation zwischen den Pflege-, Betreuungs- und Krankenhausbereichen, zum einen um die Betreuung älterer psychisch kranker Menschen zu verbessern, zum anderen um ein fachlich fundiertes und übersichtliches Beratungs- und Betreuungsangebot für Angehörige und

Betroffene zu schaffen, so dass auch den altersbedingt seelisch gestörten Menschen gemeindenahe Hilfen gesichert werden können.

Zwar bestanden und bestehen in der Stadt Leipzig ausreichende Angebote, die auch diesen Menschen Unterstützung geben, ein abgestimmtes übersichtliches System existierte bislang allerdings nicht. Die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und Trägern war bisher nur punktuell, selten verbindlich geregelt. Häufig existierte ein verwirrendes Angebot unterschiedlichster Einrichtungen, die nicht selten gegenseitige Vorurteile hegen.

Das dies anders geht, zeigt jetzt die Zusammenarbeit in den Verbänden, in denen Vertreter von privaten, konfessionellen und auch städtischen Pflege- und Betreuungseinrichtungen gemeinsam nach Wegen suchen, die Kooperation zu verbessern und sich über die Praxis der Pflege demenzerkrankter alter Menschen – zum gegenseitigen Nutzen - austauschen.

Grundlage der Verbundbildung ist die Einteilung der Stadt in vier Bereiche (Nord / Süd / Ost / West), in denen jeweils die Zusammenarbeit zwischen Heimen, Pflegediensten, Sozialdiensten, Sozialstationen, Senioreneinrichtungen und -vereinen, dem sozialpsychiatrischen Dienst und psychiatrischen Krankenhäusern gefördert werden soll. Die Zusammenarbeit, die gemeinsame Weiterbildung, Absprache über Qualitätsstandards sowie fallbezogene Zusammenarbeit einschließt, wird über eine gemeinsam unterzeichnete Vereinbarung verbindlich geregelt. Diese Vereinbarung verpflichtet zu gegenseitiger Transparenz und gemeinsamer Öffentlichkeitsarbeit,

um der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen entgegenzutreten und dient auch dazu, den pflegenden Angehörigen fachlich zur Seite zu stehen.

Die Zusammenarbeit soll insbesondere durch ein Arbeitsgremium, das in den Einrichtungen wechselnd tagen kann und viermal im Jahr zusammen kommen soll, Verbesserungen schaffen. Bundesweit

hat sich dieses Vernetzungsmodell als günstig erwiesen und zeigt, dass Defizite, die heute noch zwischen den Heimeinrichtungen und ambulanten Einrichtungen als sogenannte negative Konkurrenz bestehen, überwunden werden können, wenn dargestellt wird, dass es gemeinsame Ziele gibt.

---

### **Kurzfassung:**

- Mit zunehmendem Alter steigt das Krankheitsrisiko und damit auch der Bedarf der gesundheitlichen Betreuung und Versorgung.
  - Die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen der Regelversorgung (ärztliche Praxen, Krankenhäuser) durch ältere Menschen ist hoch. Dennoch wird eingeschätzt, dass die Versorgung den Bedarfs- und Problemlagen chronisch kranker und älterer Menschen nicht gerecht wird.
  - Die geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen in Erfurt, Halle und Leipzig sind sehr unterschiedlich. Mit den zu erwartenden demografischen Veränderungen wird der Versorgungsbedarf in diesem Bereich zunehmen.
-

## 5.2 Angebote der Altenpflege

Für eine bedarfsgerechte und pflegerisch wirtschaftliche Versorgungsstruktur sind die Länder verantwortlich. Eine entsprechende Bedarfsplanung gewährleistet, dass der Zahl der Pflegebedürftigen angemessene Anbieterstrukturen im Bereich der Pflegeeinrichtungen gegenüberstehen. Aus der Bedarfsplanung

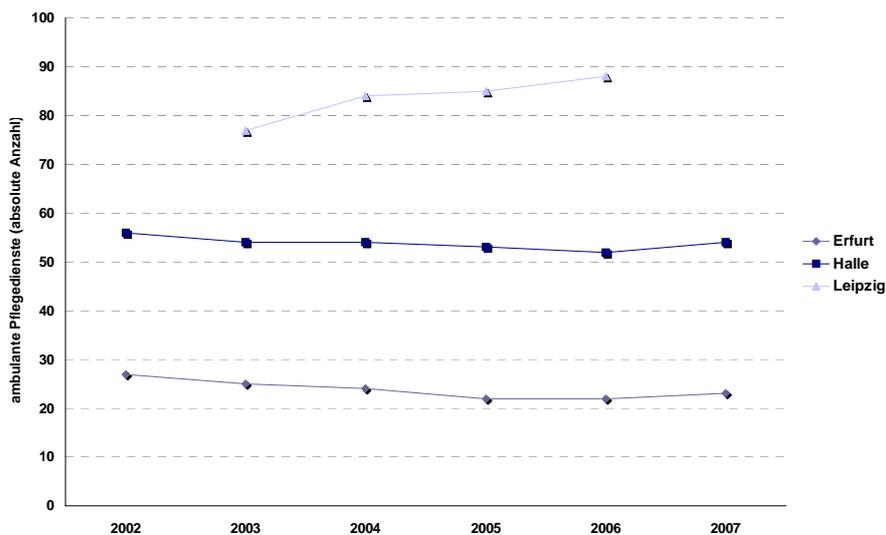
geht hervor, wie viele Pflegeeinrichtungen (z. B. Altenpflegeheime) angesichts der Zahl der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Regionen notwendig sind und verhindert eine Unterversorgung. Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Rahmen der Leistungen zuständig. [ 13 ]

### 5.2.1 Ambulante Pflege

Werden ältere Menschen pflegebedürftig, so stehen ihnen für Pflegeleistungen in der eigenen Wohnung, oft in Verbindung mit der Pflege und Betreuung durch Angehörige, ambulante Pflegedienste (einschließlich Sozialstationen) zur Verfügung. Ambulante Betreuung und Pflege wird sowohl von den Wohlfahrtsverbänden als auch von privaten Pflegediensten angeboten. Finanziert werden diese Leistungen von den Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und den Betroffenen selbst. Weitere mobile Dienste wie

z. B. Hauswirtschaftshilfe oder Essensversorgung ergänzen das Dienstleistungsangebot der Alten- und Krankenpflege und machen es so vielen älteren Bürgern möglich, die erforderlichen medizinischen und hauswirtschaftlichen Hilfen in ihrer eigenen Wohnung zu erhalten. [ 41 ], [ 42 ]

Die Entwicklung der Zahl der ambulanten Pflegedienste für Erfurt, Halle und Leipzig wird in der folgenden Abbildung dargestellt.



**Abb. 35: Anzahl der ambulanten Pflegedienste (einschl. Sozialstationen), Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 1992 - 2006**

Quelle: Pflegekasse bei der AOK Thüringen, Pflegekasse bei der AOK Sachsen-Anhalt, Pflegekasse bei der AOK Sachsen

Mit der zu erwartenden Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in den nächsten Jahren und in Verbindung mit dem Grundsatz „Ambulant vor stationär“ wird ein weiterer bedarfsgerechter Ausbau der ambulanten Pflegeangebote in allen drei Städten erforderlich sein.

Im Seniorenbericht der Stadt **Erfurt** 2006 wird eingeschätzt, dass die ambulanten Pflegeeinrichtungen weitestgehend eine ortsnahe, flächendeckende sowie zahlenmäßig ausreichende ambulante pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Bürger gewährleisten. In Erfurt steigt die Zahl alter pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten. Eine Antwort auf diese Entwicklung ist die von der Stadtverwaltung angestoßene Initiative zur kultursensiblen Pflege. Die personelle Besetzung einiger ambulanter Pflegedienste durch Migrantinnen und Migranten wird deshalb sehr positiv bewertet.

In **Halle** ist durch die hohe Zahl ambulanter Pflegedienste eine ortsnahe Versorgung älterer Menschen gut gewährleistet. Die städtische Seniorenberatungsstelle veröffentlicht die Angebote in diesem Bereich zur Bürgerinformation und analysiert die Angebote im Rahmen der Alten-

hilfeplanung. Die Stadt bietet den Pflegediensten Fortbildungsangebote für ihre Mitarbeiter an, um Spezialisierungen innerhalb der häuslichen Pflege zu ermöglichen (z. B. bei Demenzerkrankungen). Hauswirtschaftliche Dienste und Essen auf Rädern werden sowohl von den Wohlfahrtsverbänden als auch von einer immer größeren Zahl privater Anbieter erbracht, mit erheblichen Preisunterschieden.

Auch in **Leipzig** ist seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1994 die Zahl der ambulanten Pflegedienste stetig gewachsen. Weitere Einrichtungen wie Notrufeinrichtungen, Hauswirtschaftliche Dienste sowie mobile Essenversorgung ergänzen das Angebot in der Alten- und Krankenpflege im Stadtgebiet. Für demenzkranke ältere Menschen bzw. ihre Angehörigen gibt es in Leipzig spezielle Beratungsstellen bzw. Tageseinrichtungen. Im Rahmen der Altenhilfeplanung werden die bestehenden Angebote der Altenhilfe und -pflege analysiert und entsprechende Handlungsempfehlungen veröffentlicht.

Der nächste Altenhilfeplan soll im Jahr 2008 veröffentlicht werden.

### 5.2.2 Teilstationäre und Kurzzeitpflege

Zunehmend etablieren sich neben den ambulanten und stationären Diensten auch teilstationäre Einrichtungen und die Kurzzeitpflege. Diese Betreuungsformen dienen sowohl der Ergänzung der ambulanten und familiären Betreuung als auch zur Entlastung der stationären Einrichtungen bzw. Vermeidung von stationären Aufenthalten. Kurzzeitpflege, Tagespflege oder betreutes Wohnen sind eine Mischform zwischen mobiler Betreuung

zu Hause und Pflege in einem Heim. Diese Betreuungsformen sind meist Pflegeheimen oder Sozialstationen angegliedert, existieren aber auch als eigenständige Einrichtungen. Die Kosten für die Pflegeleistungen werden nach Feststellung der Pflegestufe von der Pflegekasse übernommen, die finanziellen Aufwendungen für Verpflegung und andere besondere Leistungen sind vom Nutzer selbst zu tragen.

Die meisten Erfurter Pflegeeinrichtungen bieten Tages- und Kurzzeitpflege an. Im Interesse der älteren Menschen wird dieses Angebot unterstützt und als sinnvolle Alternative zur stationären Pflege dargestellt. Entsprechend der Nachfrage und dem Bedarf wird das Angebot gestaltet. [ 23 ]

In Halle wird zweimal jährlich ein Seniorenbericht und ein Maßnahmenplan zur Seniorenarbeit erarbeitet. Im letzten Bericht wird eingeschätzt, dass mit 2 500 Plätzen ein ausreichendes Angebot an stationären Plätzen vorhanden ist. Einige Einrichtungen halten Kurzzeitpflegeplätze vor, der überwiegende Anteil befindet sich aber in wirtschaftlich unabhängigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen. In Halle gibt es 6 Anbieter von Tagespflege mit 67 Plätzen mit gutem bis zufriedenstellendem Auslastungsgrad. Hier ist nicht an eine Erhöhung der Kapazitäten gedacht. Die Stadt Halle hat als Service ein Bürgertelefon eingerichtet, welches in Form einer Hotline freie Kapazitäten in der Dauer-, Kurzzeit- und Tagespflege (wöchentlich aktualisiert) bekannt gibt.

In Leipzig führt jährlich der Bereich Sozialplanung des Sozialamtes eine Erhebung zur Pflegeeinrichtungsplanung Altenhilfe durch. Demnach hielten 2006 9 Altenpflegeheime (120 Plätze) ein Angebot zur integrierten Tagespflege vor. Diese Angebote werden von den Trägern selbst allgemein als schwierig und mit unzureichender Nachfrage beurteilt. Von drei Einrichtungen wurden deshalb Anträge auf Umnutzung der Plätze gestellt. Außerdem gibt es weiterhin 6 solitäre Tagespflegen mit 85 Tages- und 6 Nachtpflegeplätzen, die in dieser Erhebung nicht enthalten sind. [ 43 ]

2006 wurde im Rahmen der jährlichen Befragung der Altenpflegeeinrichtungen auch nach der Nutzung der sogenannten Verhinderungspflege (Kurzzeitpflege in nicht wirtschaftlich selbständiger Einheit) gefragt. Es wurde festgestellt, dass 15 Einrichtungen regelmäßig Kurzzeitbewohner haben. Die Auslastung solcher Platzangebote für Kurzzeitpflege wird als gering beurteilt. Deshalb wurden Anträge auf temporäre Umnutzung von Kurzzeitpflegeplätzen als vollstationäre Plätze gestellt. [ 43 ]

Für die unzureichende Nachfrage und Auslastung der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege werden im Sozialreport Leipzig 2005 die folgenden Gründe genannt:

- Mangelnde Information und Kenntnis der Angehörigen,
- Kostenübernahme durch die Pflegekassen nur für bestimmte Anzahl von Tagen,
- Fahrtkosten bei Tagespflege,
- mangelnde Wirtschaftlichkeit bei unzureichender Auslastung der Angebote einschließlich Probleme der Personalbesetzung,
- geforderte wirtschaftliche Selbständigkeit der Kurzzeitpflege in Verbindung mit geförderten stationären Einrichtungen. [ 41 ]

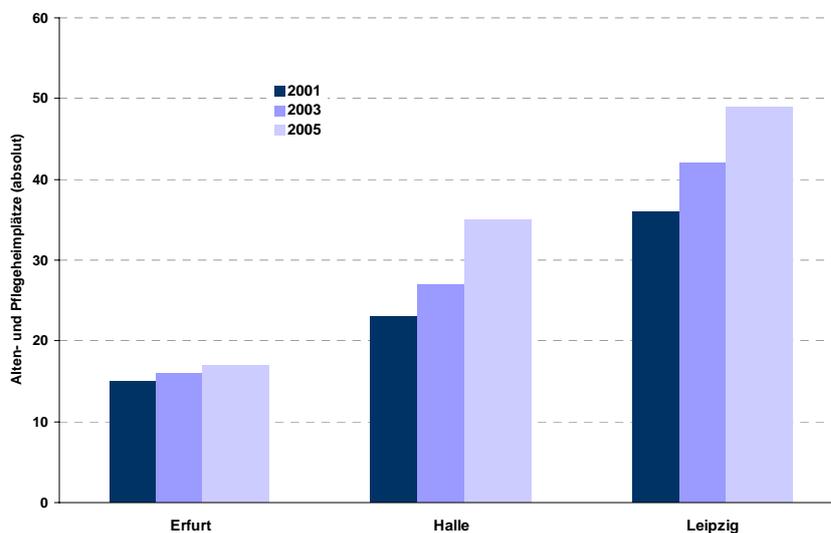
Es wird eingeschätzt, dass in Leipzig ein ausreichendes Angebot an ambulanter Pflege und Kurzzeitpflege vorhanden ist. Wohnortnahe Angebote der Tagespflege gibt es nicht in allen Stadtteilen. Es wird erwartet, dass teilstationäre Betreuungsformen als Hilfen für die Pflege durch Angehörige in ihrer Bedeutung wachsen werden. [ 43 ]

### 5.2.3 Stationäre Pflege

Wenn der Grad der Pflegebedürftigkeit älterer und alter Menschen dazu führt, dass sie nicht mehr in der Lage sind, ihr Leben im häuslichen Umfeld zu führen und auch die ambulanten Hilfsangebote nicht ausreichen oder nicht angenommen werden, besteht die Möglichkeit der Betreuung und Pflege in einem Alten- und Pflegeheim.

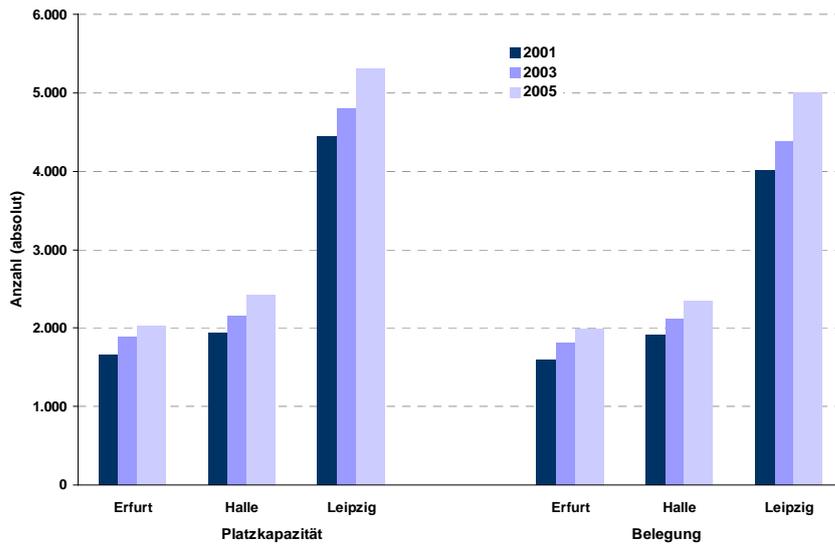
Für die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist die Feststellung einer Pflegestufe erforderlich.

Die Anzahl der Alten- und Pflegeheime, Platzkapazitäten und Belegung wird in den folgenden Grafiken für die Städte Erfurt, Halle und Leipzig im Vergleich der Jahre 2001, 2003, 2005 gegenübergestellt.



**Abb. 36: Anzahl der Alten- und Pflegeheime, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig und die Jahre 2001, 2003 und 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Stadt Halle, Fachbereich Soziales,  
Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

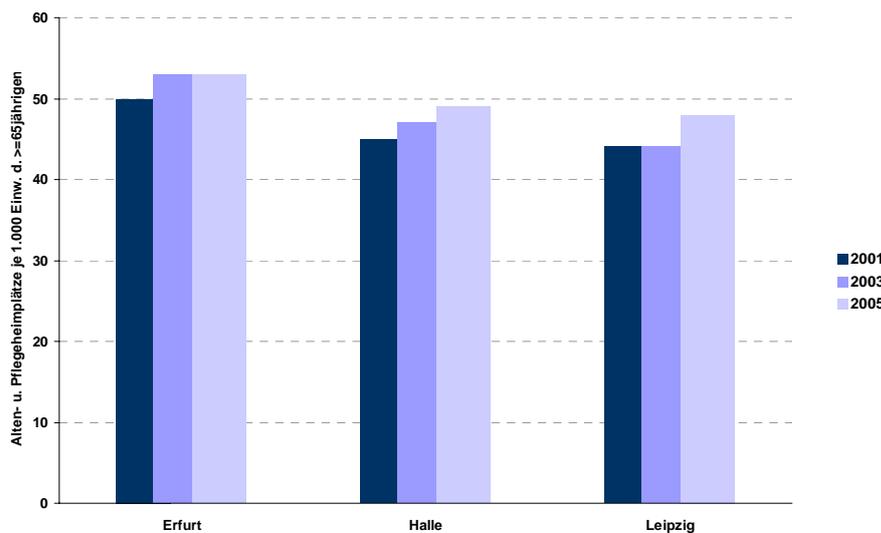


**Abb. 37: Platzkapazität und Belegung der Alten- und Pflegeheime der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Stadt Halle, Fachbereich Soziales, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

Es ist zu erkennen, dass in allen drei Städten die Anzahl der Heime und damit auch die Anzahl der zur Verfügung stehenden vollstationären Heimplätze von 2001 zu 2005 stetig gewachsen ist. Die Gegenüberstellung Platzkapazität und Belegung weist aus, dass die Auslastung

mit ca. 95 % recht gut ist. Meist führen Neueröffnungen und Baumaßnahmen zu einer vorübergehenden geringeren Auslastung der Heime. Das Angebot an Heimplätzen bezogen auf die Bevölkerungsgruppe der Älteren und Alten ist in Abb. 38 grafisch dargestellt.



**Abb. 38: Alten- und Pflegeheimplätze je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003, 2005**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Stadt Halle, Fachbereich Soziales, Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen

Es wird deutlich, dass in Halle und Leipzig für fast 5 % der betrachteten Bevölkerungsgruppe ein Heimplatz zur Verfügung steht, in Erfurt dieser Anteil sogar inzwischen über 5 % liegt. In allen drei Städten hat sich der Versorgungsgrad seit 2001 stetig erhöht.

Es wird mit einem weiter steigenden Bedarf an Plätzen in Alten- und Pflegeeinrichtungen gerechnet. Als Ursachen dafür werden neben der demografischen Entwicklung auch veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen sowie ein ver-

änderter Lebensstil der jüngeren Menschen mit einem hohen Anteil der Frauenerwerbstätigkeit gesehen. Es ist davon auszugehen, dass durch die schwierige Arbeitsmarktsituation auch in den Städten Erfurt, Halle und Leipzig viele Angehörige älterer Menschen berufsbedingt nicht mehr als „Pflegepotential“ zur Verfügung stehen und dadurch die Nachfrage nach vollstationären Pflegeleistungen weiterhin vergleichsweise hoch sein wird. [ 43 ]

---

### **Kurzfassung / Fazit:**

- Für eine bedarfsgerechte und pflegerisch wirtschaftliche Versorgungsstruktur sind die Länder verantwortlich. Eine entsprechende Bedarfsplanung gewährleistet, dass der Zahl der Pflegebedürftigen angemessene Anbieterstrukturen im Bereich der Pflegeeinrichtungen gegenüberstehen.
  - Die ambulanten Pflegedienste in Erfurt, Halle und Leipzig gewährleisten eine ortsnahe, flächendeckende sowie zahlenmäßig ausreichende ambulante pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Bürger. Hauswirtschaftliche Dienste und Essenangebote verschiedener Anbieter ergänzen dieses Angebot. Mit der zu erwartenden Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in den nächsten Jahren und in Verbindung mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird ein weiterer bedarfsgerechter Ausbau der ambulanten Pflegedienste in allen drei Städten erforderlich sein.
  - Zunehmend etablieren sich auch in Erfurt, Halle und Leipzig neben den ambulanten und stationären Diensten auch teilstationäre Einrichtungen und die Kurzzeitpflege als Ergänzung zur ambulanten und familiären Pflege. Entsprechende Angebote sind vorhanden. In Halle wird von einem guten bis befriedigenden Auslastungsgrad berichtet, in Leipzig wird die Nachfrage und Auslastung als unzureichend beurteilt.
  - In Erfurt, Halle und Leipzig hat sich die Zahl der Pflegeheimplätze weiter erhöht. Die Auslastung ist sehr gut. Es wird mit einem weiter steigenden Bedarf an Alten- und Pflegeheimplätzen gerechnet.
-

### 5.3 Offene Altenhilfe

Den gesetzlichen Rahmen der offenen Altenhilfe bildet der § 71 des SGB XII. Demnach sollen durch die verschiedenen Angebote Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, verhütet, überwunden oder gemildert und den älteren Menschen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden. Die Angebote der offenen Altenhilfe zielen auf möglichst langfristige Aufrechterhaltung der selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensweise durch Unterstützung der Älteren und Alten im eigenen Wohnraum.

Die Landeshauptstadt Erfurt fördert die Arbeit der Vereine und Verbände, die sich der offenen Altenhilfe widmen, im Rahmen der städtischen Richtlinie zur Erfüllung sozialer Aufgaben.

Vom Amt für Sozial- und Wohnungswesen werden pro Jahr mindestens drei Großveranstaltungen im Kulturbereich für insgesamt ca. 2 000 Senioren ausgerichtet. Die Teilnahme ist kostenfrei oder gegen einen sehr geringen Beitrag möglich. Schließlich finanziert die Landeshauptstadt Erfurt ein ca. 500 m<sup>2</sup> großes "Kompetenzzentrum für aktive Senioren und bürgerschaftliches Engagement" mit drei Personalstellen und Sachkosten.

Über eine Ehrenamtsbörse werden ehrenamtlich interessierte Senioren in alle Ehrenamtsbereiche vermittelt.

25 ehrenamtliche Seniortrainer und zahlreiche ehrenamtliche Gruppenleiter betreuen im Kompetenzzentrum jährlich in über 1 000 Veranstaltungen mehr als 12 000 Senioren.

Neben den 11 Seniorenclubs in freier Trägerschaft betreibt die Stadt 4 eigene Seniorenclubs.

Der im Jahre 2006 vom Stadtrat beschlossene Seniorenbericht beinhaltet erstmals Handlungsempfehlungen, die Aufträge sowohl an die Politik als auch an die Verwaltung zur Gestaltung der Seniorenarbeit beinhalten. Im Seniorenbericht werden in den Bereichen soziales und gesellschaftliches Engagement, Freizeit und Sport im Alter, Wohnen im Alter und Pflege Zukunftsperspektiven für die Seniorenpolitik der Landeshauptstadt Erfurt festgeschrieben.

Die Stadt Halle fördert im Rahmen der offenen Altenhilfe verschiedene Vereine und Verbände, die sich der Altenhilfe widmen. Dies sind hauptsächlich Vereine, die Begegnungsstätten und Treffs unterhalten bzw. intergenerative Angebote unterbreiten. Die Stadt informiert im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit über diese speziellen Seniorenangebote. Ein Seniorenkalender auf [www.halle.de](http://www.halle.de) ermöglicht eine wöchentliche Aktualisierung. Im Rahmen der offenen Altenhilfe wird Ehrenamt und Freiwilligenarbeit ein immer größerer Faktor. Zusammen mit der Freiwilligenagentur gibt es eine Vielzahl von Projekten zur Engagementförderung älterer Menschen.

Die Stadt Leipzig fördert die Arbeit der Vereine und Verbände, die sich in der Altenhilfe engagieren. Im Sozialreport 2006 der Stadt Leipzig wird festgestellt, dass es große Unterschiede in der räumlichen Verteilung dieser Angebote gibt. Leipzi-

ger Stadtteile mit einem hohen Seniorenanteil weisen nicht zwangsläufig die meisten Angebote aus. Die Inanspruchnahme der Angebote regelt sich auch aufgrund der „KOMM-Struktur“, d. h. vorwiegend aktive Senioren nutzen die Angebote. Eine neue Entwicklung gibt es bei den Wohnungsanbietern, die mit eigenen Angeboten die älteren Mieter unterstützen. Dabei handelt es sich sowohl

um räumliche Angebote als auch Sozialdienste. Ein durch die Stadt initiiertes und koordiniertes Senioren-Besuchsdienst, der von Bürgern ehrenamtlich übernommen wird, ergänzt das vorhandene Netz von Begegnungsstätten. [ 41 ]

Im Altenhilfeplan 2003 wurde der Aufbau eines Seniorentelefons vorgeschlagen. [ 43 ]

---

**Kurzfassung:**

- Die Angebote der offenen Altenhilfe zielen auf möglichst langfristige Aufrechterhaltung der selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensweise durch Unterstützung der Älteren im eigenen Wohnraum.
  - Die Städte Erfurt, Halle und Leipzig unterstützen die Arbeit von Vereinen und Verbänden, die sich in der Altenhilfe engagieren.
  - Im Rahmen der offenen Altenhilfe wird Ehrenamt und Freiwilligenarbeit ein immer größerer Faktor und wird entsprechend gefördert.
-

## 6. Selbsthilfe

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe gehört zu den traditionellen Bewältigungsformen von Krankheit und Behinderung. Bei der gruppenorientierten Selbsthilfe schließen sich Menschen mit gleicher Problembetroffenheit in Selbsthilfegruppen zusammen. Selbsthilfegruppen sind somit als freiwilliger Zusammenschluss von Menschen auf meist regionaler Ebene zur Bewältigung von Krankheiten, psychischen und/ oder sozialen Problemen zu verstehen und damit eine wichtige Ergänzung zu den professionellen Versorgungssystemen des Gesundheitswesens. Die Gruppenarbeit bezieht sich auf die Bedürfnisse der Teilnehmer und zielt auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, Behinderungen, psychischen Problemlagen sowie schwierigen Lebenssituationen. In diesem ganzheitlichen Ansatz liegt auch die besondere Bedeutung von Selbsthilfegruppen für den Gesundheitsbereich. Für die Bevölkerungsgruppe der Älteren spielen zusätzlich die Überwindung von Einsamkeit und Isolation bei der Krankheitsbewältigung eine zentrale Rolle. Die inhaltliche Arbeit wird von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppen gestaltet. [ 34 ]

In Deutschland gibt es schätzungsweise 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen, in denen ca. drei Millionen Menschen mitwirken. Es wird von einer erheblichen Steigerung in den letzten fünf Jahren ausgegangen. Als Gründe hierfür werden die Zunahme von chronischen und psychischen Erkrankungen, Veränderungen der familiären Bindungen und Strukturen und das Anwachsen des Anteils der An-

gehörigengruppen angeführt. Auf der Grundlage einer repräsentativen Studie wird von einer prinzipiellen Teilnahmebereitschaft an einer Selbsthilfegruppe von 76 % ausgegangen. Trotzdem weisen die immer noch vergleichsweise geringen Teilnahmeraten auf ein ausgeprägtes Informationsdefizit über Selbsthilfe hin. Studienergebnisse belegen, dass sich Betroffene aus allen sozialen Schichten in der Selbsthilfe engagieren. Frauen engagieren sich stärker als Männer. [ 34 ]

Viele regionale Selbsthilfegruppen erhalten Unterstützung von überregionalen, landesweiten oder sogar bundesweiten Selbsthilfeorganisationen. Deren Mitglieder müssen nicht notwendigerweise Betroffene, sondern können auch Professionelle aus dem Gesundheitsbereich, Förderer oder Interessierte sein. Viele der bundesweiten Selbsthilfeorganisationen bieten den regionalen Selbsthilfegruppen fachliche Beratung, Organisationshilfe, Fortbildungen, Unterstützung bei der Erstellung von Medien, Lobbyarbeit etc. an.

Unterstützung erhalten die Selbsthilfegruppen außerdem von den Selbsthilfekontakt- und Informationsstellen (SKIS). Diese sind professionelle Beratungseinrichtungen mit meist hauptamtlichen Mitarbeitern. Sie arbeiten themen-, bereichs- und indikationsübergreifend auf regionaler Ebene. In Deutschland waren 2003 273 Selbsthilfekontaktstellen tätig, davon drei Viertel in den alten Bundesländern und ein Viertel in den neuen Bundesländern. [ 34 ]

Bundesweit agiert die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Sie ist eine bundesweite Aufklärungs-, Service- und Netzwerkeinrichtung.

Mit der Neuregelung der Selbsthilfeförderung im Jahr 2000 wurden die Krankenkassen per Gesetz zur Erarbeitung gemeinsamer Fördergrundsätze mit den „für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“ verpflichtet. Als „Vertreter der Selbsthilfe“ agieren die folgenden drei Spitzenorganisationen auf Bundesebene:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V. (BAGH),
- Der deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e. V. (PARITÄTISCHER),
- Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG).

Neben diesen Organisationsformen gibt es weitere spezifische Bereiche der Selbsthilfe, z. B. der Deutsche Behindertenrat (DBR) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

Außerdem koordinieren 14 Landesarbeitsgemeinschaften die Selbsthilfearbeit auf Landesebene.

### **Selbsthilfeförderung**

Die finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe erfolgt durch unterschiedliche Kostenträger. Die wichtigsten Förderer sind hierbei die öffentliche Hand (Bund, Länder, Kommunen), die Sozialversicherungsträger (Renten-, Kranken- und Unfallversicherung), private Krankenversicherung und private Geldgeber (Sponsoren, Stiftungen etc.).

Die Selbsthilfeförderung der öffentlichen Hand ist keine gesetzlich fixierte Pflicht-

aufgabe. Es wird eingeschätzt, dass in den letzten Jahren ein allgemeiner Abwärtstrend bei der Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer zu verzeichnen ist. „Angesichts des zunehmenden Kostendrucks im Bereich der freiwilligen Leistungen der öffentlichen Haushalte fordern wichtige Verbände aus dem Bereich der Selbsthilfe eine Verbesserung und Absicherung der Rahmenbedingungen zur Förderung der Selbsthilfe und der sie unterstützenden Infrastruktur. Selbsthilfeförderung sollte als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, indem Regelungen getroffen werden, die eine verzahnte Förderung durch die öffentliche Hand und die Sozialversicherungsträger ermöglichen.“ [ 34 ]

Während für die Gesetzliche Krankenversicherung seit 2000 die Selbsthilfeförderung nach SGB V gesetzlich festgeschrieben ist, können die Rentenversicherungsträger diese Leistung auf der Basis der Freiwilligkeit erbringen.

Einen erheblichen Anteil des Finanzierungsbedarfes bestreiten die in der Selbsthilfe Engagierten aus Eigenmitteln oder durch private Geldgeber.

In Erfurt, Halle und Leipzig sind zahlreiche Selbsthilfegruppen tätig, in denen zu einem großen Teil auch Senioren mitarbeiten. In den Selbsthilfegruppen engagieren sich die älteren Menschen insbesondere in den Selbsthilfegruppen zu folgenden Problemen oder Erkrankungen:

- Inkontinenz,
- Osteoporose,
- Diabetes mellitus /  
metabolisches Syndrom,
- Parkinson-Erkrankung,

- Atemwegserkrankungen,
- Multiple Sklerose,
- Rheuma,
- Schlaganfall,
- Krebserkrankungen.

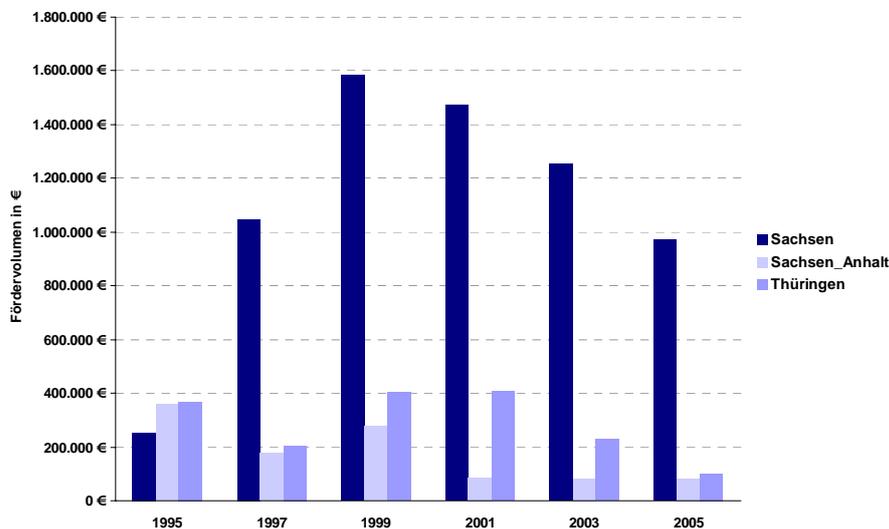
Außerdem existieren Angehörigengruppen, insbesondere für Angehörige von Demenzkranken vom Typ Alzheimer. Die Nachfrage in diesem Bereich ist sehr groß.

In Erfurt werden gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen von der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) unterstützt. Die KISS ist dem Gesundheitsamt angegliedert und arbeitet als Koordinator und Mittler von Informationen, Kontakten und Leistungen für Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich.

In Halle nimmt diese Funktion die PARITÄTISCHE Selbsthilfekontaktstelle Halle-Saalkreis wahr.

In Leipzig gibt es derzeit keine Selbsthilfekontaktstelle. Informationen und Kontaktdaten zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe erhalten die Leipziger Bürger derzeit durch das Sachgebiet Sozialmedizin des Gesundheitsamtes der Stadt Leipzig. Die Schaffung einer SKIS am Gesundheitsamt ist geplant.

Dass die Fördersituation in den einzelnen Bundesländern sehr uneinheitlich ist, wird im Themenheft „Selbsthilfe im Gesundheitsbereich“ [ 34 ] festgestellt. Die folgenden Daten und Fakten bestätigen diese Aussage auch für Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.



**Abb. 39: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, Entwicklung des Fördervolumens 1995 – 2005**

Quelle: NAKOS Paper 5, Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2005 [ 28 ]

	1. Selbsthilfe- Gruppen **	2. Selbsthilfe- kontaktstellen	3. Landes- organisationen der Selbsthilfe
<b>Sachsen</b>	255 000 €	-	715 000 €
<b>Sachsen-Anhalt</b>	50 000 €	-	35 000 €
<b>Thüringen</b>	unter 2. mit enthalten	20 000 €	80 000 €

**Tab. 9: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen 2005 nach Förderadressaten**

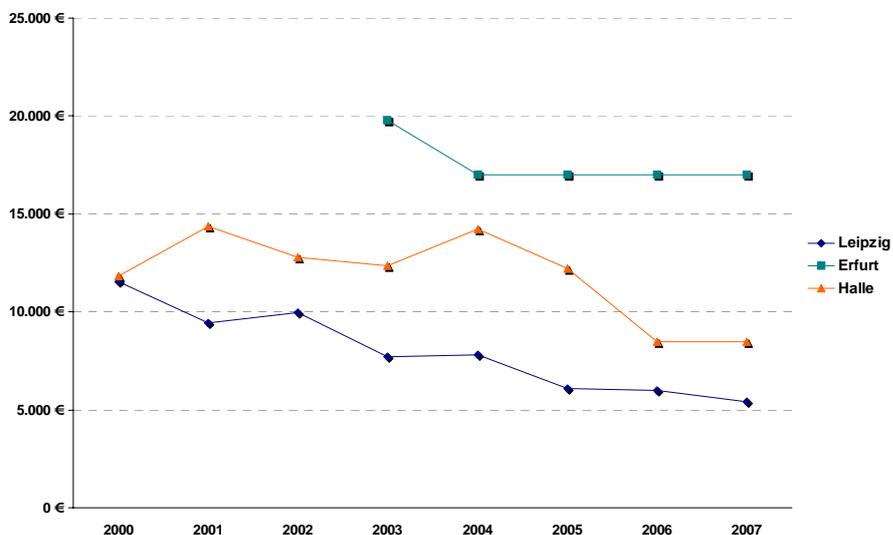
\*\* ohne Fördermaßnahmen AIDS-Prävention / -Hilfe / -Selbsthilfe

Quelle: NAKOS Paper 5, Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2005 [ 28 ]

Für die Selbsthilfeförderung pro Person wird im „NAKOS Paper 5, Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2005“ bundesweit eine Pro-Kopf-Fördersumme von 0,15 € ermittelt. In Sachsen liegt dieser Anteil mit 0,22 € deutlich über dem Deutschlanddurchschnitt. Für Sachsen-Anhalt wurde ein

deutlich geringerer Wert von 0,03 € registriert, fast ebenso niedrig ist auch das Pro-Kopf-Fördervolumen für Thüringen mit 0,04 €.

Die folgende Grafik veranschaulicht die kommunale Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Erfurt, Halle und Leipzig.



**Abb. 40: Kommunale Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen in Erfurt, Halle und Leipzig, Entwicklung des Fördervolumens 2000 – 2007 (ohne Vereinsförderung und Landesförderung)**

Quelle: Stadt Erfurt, Gesundheitsamt  
Stadt Halle, Fachbereich Soziales  
Stadt Leipzig, Gesundheitsamt

Die Fördersumme hat sich in allen drei Städten seit 2000 verringert. Unter Beachtung der Ergebnisse in Tabelle 2 wird auch deutlich, dass die Selbsthilfeförderung, insbesondere Landesförderung und kommunale Förderung, sehr unterschiedlich erfolgt.

Selbsthilfe im Gesundheitsbereich erfährt wachsende gesellschaftliche Anerken-

nung und wird zunehmend zu einer wichtigen Säule im medizinischen Versorgungssystem. Deshalb ist es wichtig, dass Selbsthilfeförderung als Gemeinschaftsaufgabe verstanden und aufgrund von Sparzwängen nicht weiterhin verringert werden.

---

### **Kurzfassung:**

- Gesundheitsbezogene Selbsthilfe ist neben der professionellen Betreuung und Versorgung eine wichtige Form zur Bewältigung von Krankheiten, Behinderungen und / oder psychosozialen Problemen. Für die älteren Menschen spielt die Überwindung von Einsamkeit und Isolation bei der Krankheitsbewältigung eine zentrale Rolle.
  - In Erfurt, Halle und Leipzig agieren eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen, deren finanzielle Förderung durch Land und Kommunen sich in den letzten Jahren verringert hat.
  - In Erfurt und Halle werden die Selbsthilfegruppen durch die regionalen Selbsthilfekontakt- und Informationsstellen unterstützt, in Leipzig soll diese am Gesundheitsamt neu geschaffen werden.
  - Die Selbsthilfeförderung durch die Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen und die Städte Erfurt, Halle und Leipzig erfolgt sehr unterschiedlich.
  - In den Kommunen sollte die bisherige Unterstützung der Selbsthilfeaktivitäten gesichert bzw. weiter ausgebaut werden.
-

## 7. Soziale Lage und Gesundheit

Sowohl auf Bundesebene als auch auf Ebene der Kommunen liegen Daten zur „Lebenslage“ der Bevölkerung insgesamt und auch für die älteren Menschen vor (z. B. Altenberichte der Bundesregierung, Lebenslagenreport der Stadt Leipzig). In der Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ wird die Kenntnis über den Zusammenhang von Lebensbedingungen und Gesundheit der älteren Menschen wie folgt beschrieben: „Über den Einfluss der sozialen Lage auf den Alternsverlauf und die gesundheitliche Situation im höheren Lebensalter ist noch relativ wenig bekannt. Die sozial-epidemiologische Forschung konzentriert sich nach wie vor insbesondere auf das mittlere Lebensalter, während die Altersforschung zwar zahlreiche Befunde zur Gesundheit älterer und hochbetagter Menschen liefert, diese aber nur selten im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen im Alter und im vorgängigen Lebensverlauf diskutiert.“

Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie haben gezeigt, dass weder die Bildung noch die frühere berufliche Position einen bedeutsamen Einfluss auf körperliche und funktionale Aspekte der Gesundheit von 70-jährigen und älteren Menschen haben. Ein hohes Bildungsniveau konnte als Schutzfaktor bei der Entwicklung der Altersdemenz (Lampert 2000; Mayer, Wagner 1996) ermittelt werden. Ein Zusammenhang konnte auch zwischen dem sozio-ökonomischen Status und der Mortalität festgestellt werden, bei Männern vor allem im Alter 70 bis 85 Jahre und bei Frauen auch

noch im höheren Alter (Lampert et al. 2004). Allgemein wird ausgesagt, dass die im mittleren Lebensalter erkennbare soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im höheren Alter weitaus geringer sind. Untersuchungen in anderen Ländern (z. B. Großbritannien und Schweden) haben gezeigt, dass sich die sozio-ökonomisch bedingten Disparitäten spätestens ab dem 60. Lebensjahr verringern. Der geringere gesundheitsrelevante Einfluss der sozialen Lage auf den Gesundheitszustand im höheren Alter ist aber auch hinsichtlich eines Selektionseffektes zu diskutieren. Hochbetagte Menschen stellen eine Gruppe relativ gesunder Überlebender dar, die am stärksten sozial wie gesundheitlich Benachteiligten könnten daher schon verstorben sein (Lampert, Maas 2002; Lampert et al. 2004). [ 31 ]

Die Einkommenssituation der älteren Menschen beeinflusst ihre Selbständigkeit, Unabhängigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Insbesondere eine beeinträchtigte Mobilität infolge von Krankheiten oder altersbedingten Funktionseinbußen erfordern zusätzlich Unterstützung und Hilfen meist mit steigendem finanziellen Bedarf, wenn dies nicht im familiären Umfeld erfolgt. Eine besondere finanzielle Belastung tritt ein, wenn ältere Menschen von professionellen Pflegeeinrichtungen betreut werden müssen.

Für die Bewertung der Einkommenssituation der älteren Menschen in Erfurt, Halle und Leipzig werden im Folgenden die Daten der Empfänger/-innen von So-

zualleistungen des Jahres 2005 herangezogen.

Auf Aussagen zur zeitlichen Entwicklung dieser Kennziffern muss aufgrund der

Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen (SGB XII) in den letzten Jahren verzichtet werden.

Empfänger/-innen von ... im Alter von 65 Jahren und älter im Jahr 2005	Erfurt		Halle		Leipzig	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
... Grundsicherung im Alter	654	1,7	883	1,8	1 786	1,7
... laufender Hilfe zum Lebensunterhalt	159	0,4	453	0,9	476	0,5
... Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII	493	1,3	845	1,7	1 729	1,6

**Tab. 10: 65-jährige und ältere Empfänger/-innen von ausgewählten Sozialleistungen der Städte Erfurt, Halle und Leipzig 2005, absolut und in Prozent der Altersgruppe**

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik,  
Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt,  
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Aus der Tab. 10 wird ersichtlich, dass die Anteile der Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter, laufender Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Leistungen nach dem 5. und 9. Kapitel SGB XII der Städte Erfurt, Halle und Leipzig im Jahr

2005 nicht wesentlich voneinander abweichen. Es ist aber zu vermuten, dass der Anteil derer, die Anspruchsberechtigte für o. g. Leistungen sind, höher ist, da nicht wenige ältere Menschen die Antragstellung nicht mehr allein bewältigen.

---

**Kurzfassung:**

- Experten schätzen ein, dass über den Einfluss der sozialen Lage auf den Altersverlauf und die gesundheitliche Situation im höheren Lebensalter noch relativ wenig bekannt ist.
  - Studien haben ergeben, dass die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sich im höheren Alter verringern.
  - Die Einkommenssituation der älteren Menschen beeinflusst ihre Selbständigkeit, Unabhängigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
  - Der Anteil der älteren Menschen, die 2005 Leistungen zur Grundsicherung im Alter, laufende Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII erhalten, weicht in den Städten Erfurt, Halle und Leipzig nur wenig voneinander ab.
-

## 8. Möglichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention

Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen legt eine Definition von Gesundheit im Alter vor, die sich an den verschiedenen Dimensionen des Alterns (der physischen, der psychischen, der sozialen Dimension) orientiert. Im Bericht des Sachverständigenrates wird festgestellt: „Die hohen präventiven Potentiale bei älteren Menschen werden unterschätzt. Um diese Potentiale zu realisieren, sollten sich die Maßnahmen und Strategien nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Altersprozess mit seinen funktionalen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration berücksichtigen.“ [ 19 ] Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zielen auf ...

1. die Erhaltung einer aktiven, selbständigen Lebensführung,
2. die Erhaltung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit,
3. die Vermeidung von körperlichen und psychischen Erkrankungen,
4. und die Aufrechterhaltung eines angemessenen Systems der Unterstützung.

Als Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention sind sowohl die persönlichen Faktoren (Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten, Empfinden und Bewältigung von Belastungen, Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen etc.) als auch die Umweltfaktoren (barrierefreie Gestaltung des Wohnraumes, Ausstattung mit Hilfs-

mitteln, Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen etc.) von Bedeutung.

Als eine der wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Alter wird die Förderung der körperlichen Aktivität genannt, da von ihr auch gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen profitieren. Körperliche Aktivitäten helfen, Funktionseinschränkungen zu vermeiden, zu minimieren bzw. deren Folgen durch Kompensation zu lindern. Es wird eingeschätzt, dass das Niveau der körperlichen Tätigkeit bei den meisten älteren Menschen zu niedrig ist.

Deshalb wird die Schaffung von körperlichen Betätigungsmöglichkeiten und eine diesbezügliche Gesundheitserziehung gefordert. Die Stärkung der Muskulatur und die Förderung des Gleichgewichtsinns trägt auch zur Sturzprophylaxe bei. Sportliche Aktivitäten sollten nicht erst im Alter beginnen. Bei intensiven sportlichen Aktivitäten sollte im Vorfeld eine ärztliche Untersuchung und Beratung erfolgen, um negative Folgen einer Fehlbelastung zu vermeiden. Regelmäßige sportliche Betätigung erhält die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems. [ 19 ]

Ein weiteres sehr wesentliches Ziel präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Alter ist die Förderung einer gesunden Ernährung. Wichtig ist dabei die Anpassung der Energiezufuhr an den veränderten Bedarf, eine eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungszusammensetzung mit ausreichend viel Obst und wenig Milchfett, die Verteilung der Nahrungsaufnahme auf mehrere

kleine Mahlzeiten sowie eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr (Schroll et al. 1996). Ein angemessenes Ernährungsverhalten verhindert Mangelzustände. [ 19 ]

Die Verhinderung von Unfällen ist ein ebenso wichtiges Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung. Etwa ein Drittel der über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal im Jahr. Die meisten Unfälle ereignen sich im Haushalt, danach folgen in der Rangfolge Verkehrsunfälle. Zur Verbesserung des Unfallschutzes älterer Menschen werden insbesondere Interventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität, Hausbegehungen und Wohnungsberatungen, Beratungen älte-

rer Menschen bei der Nutzung von Technik und Programme zur Sicherheit im Straßenverkehr gefordert.

Die kognitive Aktivität beeinflusst die kognitive Leistungsfähigkeit der älteren Menschen. Durch die Beschäftigung mit neuen Aufgaben und Herausforderungen nimmt die geistige Flexibilität zu.

Der präventive Hausbesuch stellt eine spezifische Präventionsstrategie als Möglichkeit zur Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen, zur frühzeitigen Intervention sowie zur gezielten Beeinflussung von Verhaltensweisen dar. Sie erfolgen nur mit Zustimmung des Patienten.

---

### **Kurzfassung:**

- Die präventiven Potentiale bei älteren Menschen werden unterschätzt. Die Maßnahmen sollten sich nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Altersprozess mit seinen funktionalen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration berücksichtigen.
  - Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zielen vor allem auf die Erhaltung einer aktiven, selbständigen Lebensführung bei möglichst guter Gesundheit.
  - Als Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention sind sowohl die persönlichen Faktoren (Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten, Empfinden und Bewältigung von Belastungen, Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen etc.) als auch die Umweltfaktoren (barrierefreie Gestaltung des Wohnraumes, Ausstattung mit Hilfsmitteln, Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen etc.) von Bedeutung.
  - Insbesondere sind körperliche Aktivitäten und eine gesunde Ernährung zu fördern. Der Verhinderung von Unfällen und der Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit sollten ebenfalls Ziele gesundheitsfördernder Maßnahmen sein.
  - Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sind auch in der Bevölkerungsgruppe der Älteren weiter zu propagieren und auf die Notwendigkeit der Inanspruchnahme hinzuweisen.
  - Der präventive Hausbesuch ist eine spezifische Präventionsstrategie als Möglichkeit zur Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen, zur frühzeitigen Intervention sowie zur gezielten Beeinflussung von Verhaltensweisen.
-

## Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Erfurt, Halle und Leipzig sind drei Großstädte in den neuen Bundesländern mit einem hohen Anteil älterer Menschen. In den vergangenen fünf Jahren hat vor allem die Zahl der 65- bis unter 85-Jährigen kontinuierlich zugenommen. In Halle und Leipzig liegt dieser Anteil über dem Bundesdurchschnitt, in Erfurt bis zum Jahr 2004 geringfügig darunter, 2005 darüber. Laut den Bevölkerungsvorausschätzungen wird sich bis zum Jahr 2025 in Halle die Zahl der hochbetagten Menschen (85 und älter) gegenüber 2005 nahezu verdoppeln, in Erfurt und Leipzig wird ein Zuwachs von nahezu 120 % prognostiziert.

Die Lebensqualität im Alter hängt neben der materiellen Absicherung ganz wesentlich von der gesundheitlichen Situation ab. Ältere Menschen sind heute gesünder als früher. Aber mit zunehmendem Alter steigt das Risiko von funktionalen Beeinträchtigungen und Erkrankungen. Ein großer Teil der Seniorinnen und Senioren ist von Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens und / oder der Mobilität betroffen. Mobilitätsverluste erhöhen die Gefahr von Stürzen und führen damit häufig zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

⇒ *In Erfurt, Halle und Leipzig sollten Maßnahmen und Projekte zur Erhaltung und Verbesserung der Mobilität der Seniorinnen und Senioren unterstützt und gefördert werden.*

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen sind die häufigsten stationären Behandlungsanlässe der ab 65-Jährigen in den betrachteten drei Städten. Männer wurden häufiger stationär behandelt als Frauen. In Erfurt und Halle

ist der Anteil der Krankenhausfälle in den letzten Jahren gestiegen, in Leipzig gesunken. Über ambulante Behandlungsfälle liegen keine Daten der amtlichen Statistik vor.

Bösartige Neubildungen, treten bis auf einige spezielle Tumorlokalisationen vermehrt mit zunehmendem Alter auf. Die Erkrankungsraten der ab 65-Jährigen unterscheiden sich zwischen den drei Städten nur unwesentlich. Männer erkranken deutlich häufiger als Frauen. Aufgrund der wachsenden Zahl älterer Menschen wird die Zahl der Neuerkrankungsfälle steigen und damit der Behandlungs- und Betreuungsbedarf krebskranker älterer Menschen. Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen wird deutschlandweit als gering bewertet, regionale Aussagen liegen nicht vor.

⇒ *Erfurt, Halle und Leipzig sind gut beraten, Maßnahmen zur Verbesserung der Information und Motivation zur Teilnahme am Früherkennungsprogramm der GKV insbesondere auch für die älteren Menschen einzuführen.*

Etwa zwei Drittel der Diabetiker sind 65 Jahre und älter. Der Diabetes mellitus und seine Begleit- und Folgerkrankungen sind für die Betroffenen und ihre Familien meist mit weitreichenden Belastungen verbunden. Die Kosten für die Gesellschaft resultieren aus der Erkrankungshäufigkeit und der erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Eine Heilung des Diabetes ist bis heute nicht möglich, ein gesunder Lebensstil senkt jedoch das Diabetesrisiko (Typ-2-Diabetes).

⇒ *In Erfurt, Halle und Leipzig sollten Maßnahmen zur Motivation der Teil-*

*nahme am sogenannten „Check-Up“ zur Diagnostik des Diabetes in einem frühen Stadium zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen durchgeführt werden.*

- ⇒ *Regelmäßige Aufklärung und Gesundheitserziehung zu den lebensstilbezogenen Risikofaktoren (Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel) des Diabetes ist in der breiten Öffentlichkeit in allen Altersgruppen erforderlich.*

Der Schlaganfall ist häufig Ursache für Behinderungen und vorzeitige Invalidität. Todesfälle sind nicht selten. Das Erkrankungsrisiko steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Auf Grund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme der Zahl der Betroffenen zu rechnen. Da ein Schlaganfall nicht nur für die Erkrankten und seine Familie weitreichende Folgen hat, sondern auch erhebliche Kosten für die Gesellschaft verursacht, sollten Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Schlaganfällen verstärkt werden.

- ⇒ *Die Bevölkerung ist für das schnelle und richtige Handeln bei Schlaganfallsymptomen aufzuklären, um durch rasche ärztliche Akut-Therapie in Stroke-Units schwere Folgeschäden zu vermeiden.*
- ⇒ *Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil senkt das Schlaganfallrisiko. Insbesondere sind Bluthochdruck, Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel sind zu vermeiden.*

Psychische Störungen insbesondere Demenzerkrankungen gehören ebenfalls zu

den folgenreichsten Erkrankungen im Alter. Es ist von einer Zunahme der Zahl der Erkrankten in den nächsten Jahren auszugehen. Entsprechende Versorgungs- und Betreuungsstrukturen sind zu planen. Demenz ist derzeit nicht heilbar, aber präventive Maßnahmen können den Krankheitsbeginn hinauszögern.

- ⇒ *Gesundheitsbewusstes Verhalten kann das Risiko der Entstehung von Demenz mindern.*
- ⇒ *Demenzerkrankungen sind rechtzeitig diagnostisch zu sichern und zu behandeln, um die Leistungsfähigkeit und Alltagskompetenzen möglichst lange zu erhalten.*
- ⇒ *Die Versorgung Demenzkranker und deren pflegender Angehöriger sollte Schwerpunkt in der regionalen Altenhilfeplanung sein.*
- ⇒ *Die Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sollten unterstützt und gestärkt werden.*
- ⇒ *Pflegende Angehörige müssen mehr Unterstützung und Stärkung erfahren.*

Ältere Kraftfahrer sind in der Unfallstatistik bisher eher unterrepräsentiert. In Halle wurde im Jahr 2005 ein höherer Anteil hochbetagter Verunglückter als in Erfurt und Leipzig registriert.

Die Zahl der älteren und alten Verkehrsteilnehmer wird steigen.

- ⇒ *Programme zur Erhöhung der Verkehrssicherheit sollten den älteren Menschen regelmäßig angeboten werden.*

Die Schwerbehindertenquote steigt im höheren Lebensalter an. In Erfurt und Leipzig hat sich der Anteil der Schwerbehinderten von 2001 zu 2005 verringert, in Halle ist er in dem Betrachtungszeitraum nahezu gleich geblieben. Auf Grund der demogra-

fischen Entwicklung ist von einer Zunahme der Zahl der Schwerbehinderten auszugehen.

- ⇒ *Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung bzw. Minderung der Schwere von Behinderungen sind zu fördern.*
- ⇒ *Die Beratungs- und Hilfsangebote in Erfurt, Halle und Leipzig sind bedarfsgerecht anzupassen.*

Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend erst bei hochaltrigen Menschen auf. Die demografische Entwicklung und der Anstieg der Lebenserwartung wird in den nächsten Jahren zu einem Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen und damit zu einer wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen führen.

Der Anteil der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ist in Halle im Vergleich zu Erfurt und Leipzig am größten. In den drei Städten hat sich der Anteil der in stationären Pflegeeinrichtungen betreuten älteren Menschen in den letzten Jahren erhöht. In Halle war 2005 der Anteil der Seniorinnen und Senioren, die durch ambulante Pflegeeinrichtungen versorgt wurden, deutlich größer als in Erfurt und Leipzig.

- ⇒ *Es sind alle Maßnahmen zur Vermeidung bzw. zeitlichen Hinauszögerung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit zu fördern.*
- ⇒ *Im Rahmen der Altenhilfeplanung muss die bedarfsgerechte Erweiterung der professionellen Pflegeleistungsangebote gewährleistet und deren Qualität gesichert werden.*
- ⇒ *Der Stärkung pflegender Angehöriger insbesondere demenzkranker alter Menschen muss besondere Beachtung geschenkt werden (Selbsthilfe, Beratungsangebote).*

Die Lebenserwartung der Menschen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen hat sich in den letzten Jahren gleichermaßen erhöht.

Damit war in den letzten Jahrzehnten eine Verschiebung des Todesursachenspektrums verbunden. Die meisten älteren Menschen sterben heute an Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, so auch in Erfurt, Halle und Leipzig. Bei den häufigsten Todesursachen lassen sich alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede erkennen. In Erfurt, Halle und Leipzig wurden bei weniger als 1 % der Sterbefälle der ab 65-Jährigen Suizide dokumentiert.

Die Angebote der offenen Altenhilfe zielen auf eine möglichst langfristige Aufrechterhaltung der selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensweise durch Unterstützung der Älteren im eigenen Wohnraum.

- ⇒ *Die Unterstützung der Arbeit von Vereinen und Verbänden, die sich in der Altenhilfe engagieren, ist bedarfsgerecht auszubauen.*
- ⇒ *Im Rahmen der offenen Altenhilfe wird Ehrenamt und Freiwilligenarbeit ein immer größerer Faktor und sollte entsprechend anerkannt und gefördert werden.*

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe ist eine wichtige Form zur Bewältigung von Krankheiten, Behinderungen und / oder psychosozialen Problemen. In Erfurt, Halle und Leipzig agieren eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen, deren finanzielle Förderung durch Land und Kommunen sich in den letzten Jahren verringert hat. In Erfurt und Halle werden die Selbsthilfegruppen durch

die regionalen Selbsthilfekontakt- und Informationsstellen unterstützt, in Leipzig soll diese am Gesundheitsamt neu geschaffen werden.

- ⇒ *Die Bevölkerung ist über Selbsthilfemöglichkeiten und bestehende Gruppen regelmäßig zu informieren.*
- ⇒ *In den Kommunen sollte die bisherige Unterstützung der Selbsthilfeaktivitäten gesichert bzw. weiter ausgebaut werden.*

Die präventiven Potentiale bei älteren Menschen werden unterschätzt. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zielen vor allem auf Erhaltung einer aktiven, selbständigen Lebensführung bei möglichst guter Gesundheit. Als Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention sind sowohl die persönlichen Faktoren (Lebensstil, Empfinden und Bewältigung von Belastungen, Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen etc.) als auch die Umweltfaktoren (barrierefreie Gestaltung des Wohnraumes, Ausstattung mit Hilfsmitteln, Ausstattung des Wohnumfel-

des mit Dienstleistungen etc.) von Bedeutung.

- ⇒ *Insbesondere sind körperliche Aktivitäten und eine gesunde Ernährung zu fördern. Der Verhinderung von Unfällen und der Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit sollten ebenfalls Ziele gesundheitsfördernder Maßnahmen sein.*
- ⇒ *Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sind auch in der Bevölkerungsgruppe der Älteren weiter zu propagieren und auf die Notwendigkeit der Inanspruchnahme hinzuweisen.*
- ⇒ *Der präventive Hausbesuch ist eine spezifische Präventionsstrategie als Möglichkeit zur Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen, zur frühzeitigen Intervention sowie zur gezielten Beeinflussung von Verhaltensweisen. Insbesondere ältere Menschen mit unzureichender sozialer Unterstützung sollten aufgesucht werden.*

**Arthrose** - chronische, schmerzhafte, zunehmend funktionsbehindernde Gelenkveränderung,

**Adipositas** - Fettsucht, -leibigkeit

**BMG** - Bundesministerium für Gesundheit

**degenerativ** - entartend, rückbildend

**Disparitäten** - Ungleichheiten

**DMP** - Disease-Management-Programme

**Endokrine Krankheiten (Endokrinopathien)** - Bezeichnung für Krankheiten, bei denen hormonelle Störungen ursächlich und krankheitsbestimmend im Vordergrund stehen.

**gastrointestinal** - Magen und Dünndarm betreffend

**Geriatric** - Lehre von den Krankheiten des alten Menschen, Altersheilkunde

**Gerontopsychiatrie** - siehe Geriatric, allerdings betrifft es hier die Psychiatrie

**GKR** - Gemeinsames Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen

**GKV** - Gesetzliche Krankenversicherung

**Hypertonie** - sogenannter Bluthochdruck, Bluthochdruckkrankheit

**ICD-10** - Abk. (engl.) für International Classification of Diseases (WHO)

**ICF** - Abk. (engl.) für International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)

**Inkontinenz** - Unvermögen, Harn oder Stuhlgang willkürlich zurückzuhalten

**Inzidenz** - Häufigkeit des Neuauftretens einer Krankheit in einem bestimmten Zeitraumes

**Ischämie** - Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung eines Organs, Organteils oder Gewebes infolge mangelnder arterieller Blutzufuhr (z. B. durch Thrombose, Embolie, Tumore)

**Karzinom** - vom Epithel (geschlossener ein- oder mehrschichtiger Zellverband, der innere oder äußere Körperoberflächen bedeckt) ausgehender maligner (bösartiger) Tumor

**kognitiv** - das Erkennen (Wahrnehmen, Denken) betreffend

**Koloskopie** - Dickdarmspiegelung

**kortikal** - von der Gehirnrinde ausgehend, in der Gehirnrinde lokalisiert

**latent** - verborgen, versteckt, gebunden, ohne Symptome verlaufend

**mental** - aus Englischen übernommener Begriff für geistig, seelisch, verstandesmäßig

**metabolisch** - veränderlich; (physio.) im Stoffwechsel entstanden, stoffwechselbedingt

**Morbidität** - Krankheitshäufigkeit

**Mortalität** - Sterblichkeit;

**nutritiv-toxisch** - . der Nahrung bzw. Ernährung betreffend giftig

**Okkultblut-Test** - Test auf verborgenes Blut in Harn, Stuhl oder Liquor (Flüssigkeit)

**Prädisposition** - Zustand, der eine Krankheit begünstigt

**Prävalenz** - Häufigkeit einer bestimmten Krankheit oder eines bestimmten Merkmales zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Zeitperiode.

**protektiv** - fördernd; schützend

**SGB** - Sozialgesetzbuch

**urogenital** - Harn- und Geschlechtsorgan betreffend

**Validität** - Gütekriterium für Testverfahren, das beschreibt, wie tauglich ein Verfahren zur Abbildung des zu messenden Sachverhalts ist.

**vaskulär** - (Blut-)Gefäße betreffend

**zerebrovaskulär** - die Hirnblutgefäße betreffend

Abb. 1:	Vergleich der Bevölkerung der Städte Erfurt, Halle und Leipzig nach Altersgruppen (absolute Anzahl), 2005 .....	8
Abb. 2:	Vergleich der Altersgruppenanteile der Bevölkerung 2005 der Städte Erfurt, Halle und Leipzig (in %).....	9
Abb. 3:	Anteil der 65- bis unter 85-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, Zeitreihe 2000 - 2005.....	9
Abb. 4:	Anteil der Einwohner der Altersgruppe 85 Jahre und älter an der Gesamtbevölkerung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, Zeitreihe 2000 - 2005.....	10
Abb. 5:	Bevölkerungsvorausschätzungen der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 65-Jährige und Ältere nach Altersgruppen (absolut), 2000 bis 2025.....	11
Abb. 6:	Entwicklung der Altersgruppen (65-Jährige und Ältere) gegenüber 2005 für Erfurt, Halle und Leipzig, 2000, 2010-2025 Grundlage: Bevölkerungsvorausberechnungen der Städte Erfurt, Halle und Leipzig.....	12
Abb. 7:	Aus den Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten nach Diagnoseklassen und Geschlecht, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000.....	17
Abb. 8:	Aus den Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten nach Diagnoseklassen und Geschlecht, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005.....	17
Abb. 9:	Ausgewählte Krankenhausentlassungsdiagnosen nach Altersgruppen (Anteile an allen stationären Behandlungsfällen der Altersgruppe in %), 2003.....	18
Abb. 10:	Inzidenzraten der bösartigen Neubildungen der Altersgruppe 65 Jahre und älter und nach Geschlecht, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2002 -2004.....	20
Abb. 11:	Krankenhausfälle infolge bösartiger Neubildungen der Altersgruppe 65 Jahre und älter, geschlechtsspezifischer Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 und 2005.....	21
Abb. 12:	Inzidenzraten der bösartigen Neubildungen der 65-Jährigen und Älteren nach Geschlecht und Lokalisation des Tumors, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2004 .....	22
Abb. 13:	Sterbefälle an bösartigen Neubildungen der 65-Jährigen und Älteren je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe, geschlechtsspezifischer Vergleich der Städte Erfurt und Leipzig, 2002 - 2004.....	23
Abb. 14:	Sterbefälle an bösartigen Neubildungen der Altersgruppe 65 Jahre und älter je 100 000 Einwohner der betrachteten Altersgruppe nach Geschlecht und Lokalisation des Tumors, Vergleich der Städte Erfurt und Leipzig, 2004 .....	23
Abb. 15:	Anteil der in ein DMP Diabetes Typ 2 eingeschriebenen Versicherten an allen GKV-Versicherten nach Bundesland bzw. Region .....	31
Abb. 16:	Krankenhausfälle aufgrund einer Diabeteserkrankung je 100 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Geschlecht Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 und 2005.....	31
Abb. 17:	Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen (ICD-10: I60-I69), Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 - 2005.....	34
Abb. 18:	Gestorbene an zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) der Altersgruppe 65 Jahre und älter je 100.000 Einwohner der Altersgruppe, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 – 2005.....	34
Abb. 19:	Krankenhausfälle infolge psychischer und Verhaltensstörungen der Altersgruppe 65 Jahre und älter je 100 000 Einwohner nach Geschlecht Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 und 2005.....	38
Abb. 20:	Krankenhausfälle infolge psychischer und Verhaltensstörungen je 100 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Geschlecht und nach Art der Störung, Vergleich der Städte Halle und Leipzig, 2004 .....	39

Abb. 21:	Schätzung der Prävalenz von Demenzkranken für die Altersgruppen der 65-Jährigen und Älteren für Erfurt, Halle und Leipzig für das Jahr 2005 Grundlage: Prävalenzraten nach Lobo et al. (2000) und Bevölkerungsdaten für Erfurt, Halle und Leipzig 2005.....	41
Abb. 22:	Verunglückte im Straßenverkehr der 65-Jährigen und Älteren je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2002 - 2005.....	45
Abb. 23:	Verunglückte im Straßenverkehr der 65-Jährigen und Älteren nach Altersgruppen je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppen, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005 .....	46
Abb. 24:	Schwerbehinderte je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Grad der Behinderung Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001 und 2005.....	48
Abb. 25:	Häufigkeitsverteilung der Schwerbehinderten nach Grad der Behinderung Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005.....	48
Abb. 26:	Schwerbehinderte je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Art der schwersten Behinderung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005 .....	49
Abb. 27:	Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung der 65-Jährigen und Älteren je 1 000 Einwohner dieser Altersgruppe, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003, 2005.....	52
Abb. 28:	Anzahl der 65-jährigen und älteren Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung nach Art der Leistung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003, 2005.....	53
Abb. 29:	Anteil der Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung der Altersgruppe 65 Jahre und älter nach Art der Leistung, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005.....	54
Abb. 30:	Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Leistungsart und Pflegestufe Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2005.....	55
Abb. 31:	Lebenserwartung der 65-Jährigen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, 1999 - 2005.....	60
Abb. 32:	Sterbeziffern nach Haupttodesursachen und Geschlecht, Vergleich der Städte Erfurt (EF), Halle (HA) und Leipzig (LE), 2000 und 2005 .....	63
Abb. 33:	Durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte pro Jahr und Alter Studie der Gmünder Ersatzkasse, versichertenbezogene Auswertung von Kassendaten 2004 .....	67
Abb. 34:	Häufigkeit der Arztkontakte der 65-Jährigen (insgesamt, mit und ohne Handicap) und Älteren zu Allgemeinmedizinern Daten: Alterssurvey 2002, Replikationsstichprobe, gewichtet.....	67
Abb. 35:	Anzahl der ambulanten Pflegedienste (einschl. Sozialstationen), Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 1992 - 2006.....	73
Abb. 36:	Anzahl der Alten- und Pflegeheime, Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig und die Jahre 2001, 2003 und 2005.....	76
Abb. 37:	Platzkapazität und Belegung der Alten- und Pflegeheime der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003, 2005 .....	77
Abb. 38:	Alten- und Pflegeheimplätze je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003, 2005 .....	77
Abb. 39:	Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, Entwicklung des Fördervolumens 1995 – 2005 .....	83
Abb. 40:	Kommunale Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen in Erfurt, Halle und Leipzig, Entwicklung des Fördervolumens 2000 – 2007 (ohne Vereinsförderung und Landesförderung) .....	84

Tab. 1:	Altersspezifische Prävalenzraten von Demenzkranken nach Lobo et al. (2000).....	40
Tab. 2:	Schätzung der Zahl von Demenzkranken (65-jährig und älter) 2005 -2025 in Erfurt, Halle und Leipzig unter der Annahme gleichbleibender Prävalenzraten Grundlage: Prävalenzraten nach Lobo et al. (2000) und Bevölkerungsvorausberechnungen für Erfurt, Halle und Leipzig .....	42
Tab. 3:	Leistungsempfänger/-innen der Pflegeversicherung je 1 000 Einwohner der 65-Jährigen und Älteren nach Leistungsart und Pflegestufe Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2001, 2003 und 2005.....	55
Tab. 4:	Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in Deutschland 2002 nach Alter und Geschlecht (in %) .....	56
Tab. 5:	Modellrechnung zur Zahl der Pflegebedürftigen (konstantes Pflegeszenario) für die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren (absolut) für Erfurt, Halle und Leipzig, 2005 - 2025.....	57
Tab. 6:	Sterbeziffern insgesamt und der 65-Jährigen und Älteren in 5-Jahres-Altersgruppen Vergleich der Städte Erfurt, Halle und Leipzig, 2000 und 2005.....	61
Tab. 7:	Sterbeziffern der über 60-jährigen Männer und Frauen (Hauptkapitel der ICD-10), 2004.....	64
Tab. 8:	Geriatrische Spezialeinrichtungen der Städte Erfurt, Halle und Leipzig .....	69
Tab. 9:	Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen 2005 nach Förderadressaten ** ohne Fördermaßnahmen AIDS-Prävention / -Hilfe / -Selbsthilfe .....	84
Tab. 10:	65-jährige und ältere Empfänger/-innen von ausgewählten Sozialleistungen der Städte Erfurt, Halle und Leipzig 2005, absolut und in Prozent der Altersgruppe .....	87

- [ 1 ] Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Wegweiser Demografischer Wandel 2020. Analysen und Handlungskonzepte für Städte und Gemeinden. 1. Auflage Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2006
- [ 2 ] Brennecke, R.; Erler, A.; Fuchs, J.: Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. In: Brennecke, R. (Hrsg.): Lehrbuch Sozialmedizin. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans-Huber-Verlag, 2004. S. 172 - 186
- [ 3 ] Buck, R. A. J.: Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. In: Schwartz, F. W.: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München; Jena: Verlag Urban & Fischer, 2000. S. 441 - 451
- [ 4 ] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: 2006
- [ 5 ] Bundesministerium für Gesundheit: Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.  
Ort: Internet 2007-07-11  
([http://www.bmg.bund.de/cln\\_040/nn\\_773096/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node,param=.html\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_773096/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node,param=.html__nnn=true))
- [ 6 ] Deutsche Diabetes-Union (DDU): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2007. Mainz: Verlag Kirchheim + Co GmbH, 2006
- [ 7 ] Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie e.V. (DGPP)  
Ort: Internet 2007-03-18  
(<http://www.dgpp.de/publikationen.html>)
- [ 8 ] Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Der Schlaganfall.  
Ort: Internet 2007-05-22  
([http://www.schlaganfall-hilfe.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=12&Itemid=12](http://www.schlaganfall-hilfe.de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=12))
- [ 9 ] Deutsches Diabetes-Zentrum DDZ, Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung: Diabetes-Care-Monitor, Ausgabe 3, Juni 2006  
Ort: Internet 2007-04-14  
(<http://www.diabetes-care-monitor.de>)
- [ 10 ] Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen (2003) 30; Heft 05/2003  
Ort: Internet 2007-05-07  
(<http://www.dza.de/infodienst/IDA0503.pdf>)
- [ 11 ] Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen (2007) 34; Heft 01/2007  
Ort: Internet 2007-05-24  
(<http://www.dza.de/infodienst/IDA0701.pdf>)
- [ 12 ] Forum Gesundheitsziele Deutschland  
Ort: Internet 2007-03-18  
(<http://www.gesundheitsziele.de>)
- [ 13 ] Garms-Homolová, V.; Schaefer, D.: Ältere und Alte. In: Schwartz, F. W.: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München; Jena: Verlag Urban & Fischer, 2000. S. 536 - 556
- [ 14 ] Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., Robert-Koch-Institut: Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. 5. überarbeitete aktualisierte Auflage Saarbrücken: 2006
- [ 15 ] Haisch, J.: Selbsthilfe. In: Schwarzer, R.; Jerusalem, M.; Weber, H.: Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 2002. S. 506 - 509

- [ 16 ] Helmchen, H.; Baltes, M. M.; Geiselman, B.; Kanowski, S.; Linden, M.; Reischies, F. M.; et al. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter.  
In: Mayer, K. U.; Baltes, P. B.: Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 1996.  
S. 185 - 219
- [ 17 ] Icks, A.; Rathmann, W.: Prävention von Diabetes und Adipositas.  
In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 2004. S. 169 – 178
- [ 18 ] Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (MDK Nord)  
Ort: Internet 2007-05-14  
(<http://www.kcgeriatrie.de/-CIPCZQX01a6349325=00007a01e91f96da00000000>)
- [ 19 ] Kruse, A.: Prävention und Gesundheitsförderung im Alter.  
In: Brennecke, R. (Hrsg.): Lehrbuch Sozialmedizin. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans-Huber-Verlag, 2004. S. 83 - 93
- [ 20 ] Kuhlmei, A.: Geriatrische Erkrankungen und Sozialgerontologie.  
In: Brennecke, R. (Hrsg.): Lehrbuch Sozialmedizin. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans-Huber-Verlag, 2004. S. 93 - 97
- [ 21 ] Kuhlmei, A.: Pflege.  
In: Brennecke, R. (Hrsg.): Lehrbuch Sozialmedizin. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans-Huber-Verlag, 2004. S. 276 - 286
- [ 22 ] Kuhlmei, A.: Demenz: Verbreitung, Versorgung, Belastungen der Pflegenden.  
In: Forum Public Health (2005) 13 Nr. 49
- [ 23 ] Landeshauptstadt Erfurt: Seniorenbericht der Landeshauptstadt Erfurt 2006. Erfurt: Stadt Erfurt; Stadtverwaltung, 2006
- [ 24 ] Menning, S.: Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen durch ältere Menschen.  
In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen (2007) 34; Heft 01/2007  
Ort: Internet 2007-05-24  
(<http://www.dza.de/infodienst/IDA0701.pdf>)
- [ 25 ] Menning, S.: Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer.  
In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Report Altersdaten 02/2006  
Ort: Internet 2007-05-07  
([http://www.dza.de/gerostat/report02\\_2006.pdf](http://www.dza.de/gerostat/report02_2006.pdf))
- [ 26 ] Menning, S.: Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität im Alter.  
In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Report Altersdaten 01/2006  
Ort: Internet 2007-05-07  
([http://www.dza.de/gerostat/report01\\_2006.pdf](http://www.dza.de/gerostat/report01_2006.pdf))
- [ 27 ] Müller-Nordhorn, J.; Willich, S.N.: Schlaganfall.  
In: Brennecke, R. (Hrsg.): Lehrbuch Sozialmedizin. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans-Huber-Verlag, 2004. S. 65 - 67
- [ 28 ] NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.): Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2005.  
In: NAKOS Paper 5, 8. Ausgabe Berlin: 2005  
Ort: Internet 2007-04-24  
(<http://www.nakos.de/site/materialien/fachinformationen>)
- [ 29 ] Reiter, K.: Ältere aktive Kraftfahrer - Möglichkeiten und Grenzen der motorisierten Verkehrsteilnahme im Seniorenalter.  
Ort: Internet 2007-05-25  
([http://www.uni-essen.de/traffic\\_education/alt/texte.kr/vortwien.html](http://www.uni-essen.de/traffic_education/alt/texte.kr/vortwien.html))

- [ 30 ] Riedel-Heller, S. G.: Das Spektrum psychischer Störungen im Alter - eine Bevölkerungsperspektive im Alter. Psychiat. Prax (2004) 31. 327-329
- [ 31 ] Robert-Koch-Institut: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2005
- [ 32 ] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2006
- [ 33 ] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10. Gesundheit im Alter. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2002
- [ 34 ] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 23. Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2004
- [ 35 ] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 24. Diabetes mellitus. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2005
- [ 36 ] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Altersdemenz. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2005
- [ 37 ] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 36. Prostataerkrankungen. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2007
- [ 38 ] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflege. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2004
- [ 39 ] Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels: Aktuelles vom 06.02.2007.  
Ort: Internet 2007-05-29  
(<http://www.rostockerzentrum.de/aktuelles/070206/>)
- [ 40 ] Schuntermann, M. F.: Einführung in die ICF- Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 2. überarb. Auflage Landsberg/Lech: Verlag ecomed MEDIZIN, 2007
- [ 41 ] Stadt Leipzig; Dezernat für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule: Sozialreport 2006. Leipzig: Stadt Leipzig, 2006
- [ 42 ] Stadt Leipzig, Dezernat für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule, Sozialamt: Konzept der Seniorenarbeit Leipzig. 2. Altenhilfeplan 2003. Leipzig: Stadt Leipzig, 2003
- [ 43 ] Stadt Leipzig, Dezernat für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule, Sozialamt: Altenpflegeheime in der Stadt Leipzig. Auswertung der Erhebung zur Pflegeeinrichtungsplanung Altenhilfe – Stadt Leipzig (Stichtag 30.06.2006).
- [ 44 ] Universität Leipzig: Pressemitteilung zum Tag des Schlaganfalls Nr. 268/2006 (presseabo@uni-leipzig.de, 2006-09-12)
- [ 45 ] Weyerer, S.; Schäufele, M.: Demenzielle Erkrankungen. Risikofaktoren und Möglichkeiten der Prävention. prävention (2006) Nr. 04; 104 - 107
- [ 46 ] Zeyfang, R. A.: Diabetes und Geriatrie. Deutsche Diabetes-Union (DDU): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2007. Mainz: Verlag Kirchheim + Co GmbH, 2006. S. 113 - 118



Landeshauptstadt Erfurt  
Stadtverwaltung



Stadt Leipzig



HALLE ★ Die gesunde Stadt