SACHSEN-ANHALT

Landesamt für
Verbraucherschutz

Generation 65plus Sachsen-Anhalt

Auffälligkeiten und Zeittrends in den Routinedaten der Gesundheitsberichterstattung des Landes

Generation 65plus Sachsen-Anhalt

Auffälligkeiten und Zeittrends in den Routinedaten der Gesundheitsberichterstattung des Landes

SACHSEN-ANHALT

Landesamt für
Verbraucherschutz

Impressum

Herausgeber: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
Fachbereich Hygiene
Große Steinernetischstraße 4
39104 Magdeburg
Postanschrift: Postfach 1748, 39007 Magdeburg
Telefon: (03 91) 25 64 - 0, Fax: (03 91) 25 64 - 192
E-Mail: fb2@lav.ms.sachsen-anhalt.de

www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de

Redaktion: Dr. rer. nat. Goetz Wahl
Matthias Julien

Stand: November 2015
LAV 11/2015-245

Dieser Bericht wurde mit Sorgfalt und nach vorhandenem Wissen erarbeitet. Eventuelle Fehler sowie inzwischen geänderter und erweiterter Kenntnisstand können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Wenden Sie sich in diesem Fall direkt an die Redaktion.

Für weitere Informationen steht Ihnen der Internetauftritt des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt unter www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de und der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalts www.gbe.sachsen-anhalt.de zur Verfügung.

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

in Sachsen-Anhalt findet alle zwei bis drei Jahre eine Landesgesundheitskonferenz statt, die Fachleuten aus Gesundheitswesen, Politik, Wirtschaft und Verwaltung ein Forum zum Austausch und zum öffentlichen Dialog über die gesundheitliche Situation und Lage der Bevölkerung bietet. Im Fokus der Landesgesundheitskonferenzen stehen regelmäßig die bereits im Jahr 1998 verabschiedeten und 2003 neu justierten Landesgesundheitsziele. Die vergangenen beiden Gesundheitskonferenzen widmeten sich insbesondere der Gesundheit von Kindern (2011) und der arbeitenden Bevölkerung (2013).

Die 7. Landesgesundheitskonferenz Sachsen-Anhalt rückt die gesundheitliche Situation der älteren Bevölkerung in den Mittelpunkt der Betrachtungen. „Gesund älter werden“ ist ein komplexes Thema, das nicht nur mit Gesundheit und Krankheit beschrieben werden kann. Der vorliegende Fokusbericht deckt einige landesspezifische Besonderheiten auf – vor allem im Bereich Krankheits- und Sterbediagnosen, Frühberentungen und Pflegequoten – und vergleicht sie mit dem Bundesdurchschnitt. Es zeigt sich dabei, dass die Landesgesundheitsziele noch nicht vollumfänglich verwirklicht werden konnten: So liegen z. B. die Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch immer über dem Bundesdurchschnitt. Hiervon sind gleich vier Landesgesundheitsziele betroffen – es gilt also, daran festzuhalten und sie weiterzuverfolgen. Bei der Grippeschutzimpfung ist Sachsen-Anhalt zwar besser als der Bundesdurchschnitt, aber auch hier besteht noch Nachholbedarf im Vergleich zu den Zielen der Weltgesundheitsorganisation.

Und so wird erwartungsgemäß der Gesundheitszieleprozess weiterhin ein langer Weg bleiben. Aber es ist ein guter und lohnender Weg, denn es zeigt sich vor allem auch, dass die Menschen in Sachsen-Anhalt nicht nur immer älter werden – sie werden auch gesünder älter als je zuvor. Ich denke, dieser Ihnen vorliegende Bericht ist eine gute Grundlage für eine Diskussion, wie wir auf dem eingeschlagenen Wege weiter vorankommen.

Dr.- Ing. Bernhard Räbel
Präsident des Landesamtes für Verbraucherschutz
Sachsen-Anhalt

Inhalt

1 Zusammenfassung . . . 1

1.1 Ziel und Grenzen des Berichts . . . 1

1.2 Allgemeine Morbidität und allgemeine Sterblichkeit . . . 1

1.3 Die wichtigsten Krankheits- und Todesursachengruppen . . . 1

1.4 Die besondere Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen . . . 1

1.5 Weitere auffällige Einzeldiagnosen . . . 1

1.6 Zeittrends . . . 2

1.7 Geschlechts- und Altersspezifik . . . 2

1.8 Erwerbsminderungsrenten . . . 2

1.9 Pflegesituation . . . 2

1.10 Fazit . . . 2

2 Einleitung . . . 3

3 Ergebnisse/Datenauswertungen . . . 5

3.1 Sachsen-Anhalt im demografischen Wandel . . . 5

3.1.1 Die Bevölkerungsentwicklung . . . 5

3.1.2 Natürlicher Saldo . . . 6

3.1.3 Binnenwanderungssaldo . . . 7

3.1.4 Migrationssaldo . . . 7

3.1.5 Altersstruktur der Bevölkerung . . . 8

3.1.6 Altenquotient . . . 9

3.1.7 Jugendquotient . . . 10

3.1.8 Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht . . . 11

3.1.9 Lebenserwartung . . . 12

3.2 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung . . . 12

3.2.1 Zusammenfassung . . . 12

3.2.2 Methodische Vorbemerkungen . . . 13

3.2.3 Globale ambulante Behandlungsquote . . . 14

3.2.4 Die häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-3-Steller) in Sachsen-Anhalt und Deutschland . . . 14

3.2.5 Identifizierung von „auffälligen“ Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt . . . 20

3.2.6 Geschlechtsspezifik bei ambulanten Behandlungsquoten . . . 21

3.2.7 Altersspezifik bei ambulanten Behandlungsquoten . . . 22

3.2.8 Zeittrends auffälliger ambulanter Diagnosen in Sachsen-Anhalt . . . 24

3.3 Krankenhausfälle . . . 27

3.3.1 Zusammenfassung . . . 27

3.3.2 Vorbemerkung . . . 27

3.3.3 Globale Krankenhausfallquote . . . 28

3.3.4 Krankenhausfallquoten nach Diagnosekapiteln (ICD10-Hauptgruppen) 28
3.3.5 Die häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-3-Steller, Hauptdiagnosen) 29
3.3.6 Identifizierung von „auffälligen“ Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt 34
3.3.7 Geschlechtsspezifik 38
3.3.8 Altersspezifik 40
3.3.9 Zeittrends auffälliger Krankenhausdiagnosen in Sachsen-Anhalt 41
3.4 Sterbefälle 47
3.4.1 Zusammenfassung 47
3.4.2 Vorbemerkung 47
3.4.3 Globale Sterblichkeit 47
3.4.4 Sterblichkeit nach Diagnosekapiteln (ICD-10-Hauptgruppen) 48
3.4.5 Die häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-3-Steller) 49
3.4.6 Identifizierung von „auffälligen“ Todesursachen in Sachsen-Anhalt 51
3.4.7 Geschlechtsspezifik 53
3.4.8 Altersspezifik 56
3.4.9 Zeittrends auffälliger Todesursachen in Sachsen-Anhalt 57
3.5 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV 59
3.5.1 Alter bei Rentenzugang 59
3.5.2 Rentenzugänge nach Altersgruppen 59
3.5.3 Entwicklung der Rentenzugänge der ≥ 60-Jährigen in Sachsen-Anhalt 61
3.5.4 Rentenzugänge nach ICD-10 Diagnosehauptgruppen 62
3.5.5 Anstieg der Rentenzugänge bei den ≥ 60-Jährigen nach Diagnosehauptgruppen 63
3.5.5.1 F00 – F99 63
3.5.5.2 I00 – I99 65
3.5.5.3 M00 – M99 66
3.6 Pflegebedürftigkeit in Sachsen-Anhalt 67
3.6.1 Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 1999 – 2013 67
3.6.2 Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten 67
3.6.3 Ambulante und vollstationäre Pflege 69
3.6.4 Personen mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz (PEA) 70
3.6.5 Vollstationäre und ambulante Pflege nach Pflegestufen 71
3.6.6 Pflegegeld 73
3.6.7 Pflegedienste 74
3.6.7.1 Ambulante Pflegedienste nach Träger 74
3.6.7.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Träger 75
3.6.8 Personal in Pflegeeinrichtungen 76

4 Diskussion 78
4.1 Demografische Ausgangslage 78
4.2 Ambulante Behandlungen, Krankenhausfällen und Sterbefälle von ≥ 65-Jährigen 79
4.2.1 Vorbemerkungen 79

4.2.2 Allgemeine Morbidität und allgemeine Sterblichkeit 79
4.2.3 Die wichtigsten Krankheits- und Todesursachengruppen bei ≥ 65-Jährigen 82
4.2.4 Die besondere Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen 82
4.2.5 Weitere auffällige Einzeldiagnosen 84
4.2.6 Geschlechtsspezifik 93
4.3 Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) von ≥ 60-Jährigen 95
4.4 Pflegesituation von ≥ 65-Jährigen 96

5 Literatur 98

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch 65- bis79-jährige Frauen bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 . . . 15

Tab. 2 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch 65- bis 79-jährige Männer bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 . . . 16

Tab. 3 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 80-jährige Frauen bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 . . . 17

Tab. 4 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 80-jährige Männer bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 . . . 18

Tab. 5 Anzahl ≥ 65-jähriger „Patienten“ in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen in Sachsen-Anhalt und Deutschland, Mittelwerte 2012/2013 . . . 19

Tab. 6 Auffällige Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 (Zusammenfassung der Tabelle 1 bis Tabelle 4) . . . 20

Tab. 7 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei 65- bis 79-Jährigen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 . . . 21

Tab. 8 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei ≥ 80-Jährigen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 . . . 22

Tab. 9 Altersspezifische Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei Frauen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 . . . 23

Tab. 10 Altersspezifische Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei Männern, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 . . . 24

Tab. 11 Die 5 häufigsten Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥-65 Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppe, Deutschland Sachsen-Anhalt, 2009 – 2013 . . . 30

Tab. 12 Die 20 häufigsten Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei Frauen/Männern im Alter von 65 – 74 Jahren, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013. . . . 31

Tab. 13 Die 20 häufigsten Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei Frauen/Männern im Alter von 75 – 84 Jahren, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013. . . . 32

Tab. 14 Die 20 häufigsten Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei Frauen/Männern im Alter von ≥ 85 Jahren, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013. . . . 33

Tab. 15 Auffällige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-jährigen Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt (Ränge, Quoten und Quoten-Quotienten sind Mittelwerte der Jahre 2009 – 2013) . . . 35

Tab. 16 Absolute jährliche Zahl von Krankenhausfällen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt bzgl. ausgewählter Diagnosekapitel und Einzeldiagnosen (Mittelwerte 2009 – 2013) . . . 37

Tab. 17 Die 40 häufigsten Diagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Geschlechtervergleich, sortiert nach Häufigkeit bei Frauen (Mittelwerte 2009 – 2013) . . . 39

Tab. 18 Veränderung der Häufigkeit und des Spektrums von Krankenhausdiagnosen in den Altersgruppen 65 – 64, 75 – 84 und ≥ 85 Jahre, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte der Jahre 2009 – 2013 . . . 40

Tab. 19 Gesamtliste der 44 Einzeldiagnosen im Krankenhaus, die sich ergibt, wenn man die jeweils 20 häufigsten Diagnosen bei 65- bis 74-, 75- bis 84- und ≥ 85-jährigen Frauen bzw. Männern in Deutschland und Sachsen-Anhalt unter Auslassung von Überschneidungen addiert (Quoten, Ränge und Quoten-Quotienten sind Mittelwerte der Jahre 2009 – 2013). . . . 46

Tab. 20 Die 20 häufigsten Todesursachen bei Frauen/Männern im Alter von ≥ 65 Jahren, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013 . . . 50

Tab. 21 Auffällige Todesursachen bei Frauen/Männern im Alter von ≥ 65 Jahren in Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013 . . . 52

Tab. 22 Absolute jährliche Zahl von Sterbefällen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt bzgl. ausgewählter Diagnosekapitel und Einzeldiagnosen (Mittelwerte 2009 – 2013) . . . 53

Tab. 23 Die 20 häufigsten Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Geschlechtervergleich, sortiert nach Häufigkeit bei Frauen (Mittelwerte 2009 – 2013) . . . 55

Tab. 24 Die 20 häufigsten Todesursachen bei 65- bis 74-Jährigen, 75- bis 84-Jährigen und ≥ 85-Jährigen in Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013 . . . 56

Tab. 25 Die wichtigsten Diagnosekapitel bei ambulanten Behandlungen, Krankenhausfällen und Sterbefällen . . . 82

Tab. 26 Auffällige Herz-Kreislauf-assoziierte Diagnosen bei ambulanten Behandlungsquoten, Krankenhausfallquoten und Sterbeziffern von ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt . . . 83

Tab. 27 Weitere auffällige Einzeldiagnosen bei ambulanten Behandlungsquoten, Krankenhausfallquoten und Sterbeziffern von ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt . . . 84

Tab. 28 Krankenhausfälle infolge von depressiven Episoden (F32) und affektiven Störungen insgesamt (F30 – F39) . . . 85

Tab. 29 Dichte von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Orthopäden (je 100.000 Einw. ≥ 65 Jahre) . . . 87

Tab. 30 Teilnahme von Anspruchsberechtigten an gesetzlichen Krebsvorsorgeuntersuchungen . . . 92

Tab. 31 Einzeldiagnosen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt mit ausgeprägter Geschlechtsspezifik. . . . 94

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Bevölkerung nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, zum 31.12. des Jahres 5

Abb. 2 Geburten und Sterbefälle in Sachsen-Anhalt 6

Abb. 3 Saldo Geburten und Sterbefälle in Deutschland vs. Sachsen-Anhalt 6

Abb. 4 Wanderungsstatistik Sachsen-Anhalt 7

Abb. 5 Bevölkerung männlich, in Altersgruppen, Mittelwerte 1990 – 1994 und 2008 – 2012, Deutschland und Sachsen-Anhalt. 8

Abb. 6 Bevölkerung weiblich, in Altersgruppen, Mittelwerte 1990 – 1994 und 2008 – 2012, Deutschland und Sachsen-Anhalt 8

Abb. 7 Altenquotient Deutschland und Sachsen-Anhalt 9

Abb. 8 Jugendquotient Deutschland und Sachsen-Anhalt 10

Abb. 9 Bevölkerung am 31.12. nach Alter und Geschlecht, Sachsen-Anhalt, 2013 11

Abb. 10 Lebenserwartung der Männer/Frauen in Deutschland und Sachsen-Anhalt 12

Abb. 11 Globale Behandlungsquote in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (alle Behandlungsanlässe, A00 – Z99), Sachsen-Anhalt/ Deutschland, Zeittrend 2011 – 2013 14

Abb. 12 Häufigkeit auffälliger Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt (I), Zeittrend 2011 – 2014 25

Abb. 13 Häufigkeit auffälliger Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt (II), Zeittrend 2011 – 2014 25

Abb. 14 Häufigkeit auffälliger Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt (III), Zeittrend 2011 – 2014 26

Abb. 15 Häufigkeit auffälliger Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt (IV), Zeittrend 2011 – 2014 26

Abb. 16 Allgemeine (A00 – T98) Krankenhausfallquote der Gesamtbevölkerung und der Altersgruppe ≥ 65 Jahre, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2004 – 2013 28

Abb. 17 Krankenhausfallquoten bei ≥ 65-Jährigen nach Diagnosekapiteln, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Mittelwerte 2009 – 2013. 29

Abb. 18 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (I): E11, I10, Zeittrend 2000 – 2013. 42

Abb. 19 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (II): I11, I50, Zeittrend 2000 – 2013 42

Abb. 20 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (III): I20, I21, Zeittrend 2000 – 2013 43

Abb. 21 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (IV): K80, H25, Zeittrend 2000 – 2013 . . 43

Abb. 22 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (V): M54, K29, Zeittrend 2000 – 2013. . . 44

Abb. 23 Seltenere Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt: M16, Zeittrend 2000 – 2013 44

Abb. 24 Auffällige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-jährigen Frauen in Sachsen-Anhalt: C34, C50, Zeittrend 2000 – 2013. 45

Abb. 25 Auffällige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-jährigen Männern in Sachsen-Anhalt: C18, C34, Zeittrend 2000 – 2013 45

Abb. 26 Allgemeine (A00 – T98) Sterbeziffer der Gesamtbevölkerung und der Altersgruppe ≥ 65 Jahre, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2004 – 2013 48

Abb. 27 Sterbeziffern bei ≥ 65-Jährigen nach Diagnosekapiteln, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Mittelwerte 2009 – 2013 49

Abb. 28 Verlauf der Sterblichkeit bei Frauen und Männern ≥ 65 Jahre, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Mittelwerte 2009 – 2013 54

Abb. 29 Überdurchschnittlich häufige Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (I): E11, Zeittrend 2000 – 2013 57

Abb. 30 Überdurchschnittlich häufige Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (II): I11, I21, I25, Zeittrend 2000 – 2013 58

Abb. 31 Seltenere Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (I): J12-J18, J18, Zeittrend 2000 – 2013 58

Abb. 32 Durchschnittliches Alter bei Rentenzugang, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013 59

Abb. 33 Rentenzugang Frauen nach Altersgruppen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013 (in Prozent der Zugänge) 60

Abb. 34 Rentenzugang Männer nach Altersgruppen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013 (in Prozent der Zugänge). 60

Abb. 35 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, alle Diagnosen, 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013 61

Abb. 36 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung: Anteil häufiger Diagnosehauptgruppen an allen EM-Renten, Alter bei Rentenzugang 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013, Sachsen-Anhalt . . 62

Abb. 37 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung: Anteil häufiger Diagnosehauptgruppen an allen EM-Renten, alle Altersgruppen, nach Geschlecht, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013, Sachsen-Anhalt. 62

Abb. 38 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, F00 – F99, 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013 . . . 63

Abb. 39 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, Affektive Störungen (F30 – F39), ausgewählte Altersgruppen, Frauen, Sachsen-Anhalt . . . 64

Abb. 40 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, Affektive Störungen (F30 – F39), ausgewählte Altersgruppen, Männer, Sachsen-Anhalt . . . 64

Abb. 41 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe: Anteil ausgewählter Diagnosehauptgruppen in Prozent, alle Altersgruppen, nach Geschlecht, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013, Sachsen-Anhalt . . . 65

Abb. 42 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, I00 – I99, 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013 . . . 66

Abb. 43 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, M00 – M99, 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013 . . . 66

Abb. 44 Pflegebedürftige (absolut), Pflegestufen insgesamt, nach Geschlecht, alle Altersstufen und 65 Jahre und älter, Sachsen-Anhalt, 1999 – 2013 . 67

Abb. 45 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach Alter und Geschlecht, Mittelwerte 1999 – 2003 und 2009 – 2013, Sachsen-Anhalt. . . . 68

Abb. 46 Pflegebedürftige insgesamt, Altersgruppe 65 und älter, Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2013 . . . 68

Abb. 47 Pflegebedürftige weiblich, 65 Jahre und älter, in der ambulanten/vollstationären Pflege, Sachsen-Anhalt und Deutschland . . . 69

Abb. 48 Pflegebedürftige männlich, 65 Jahre und älter, in der ambulanten/vollstationären Pflege, Sachsen-Anhalt und Deutschland . . . 70

Abb. 49 Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2013 . . . 71

Abb. 50 Vollstationäre Pflege: Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner weiblich und männlich, nach Pflegestufen und Altersgruppen, Mittelwerte 2009 – 2013, Sachsen-Anhalt und Deutschland . . . 72

Abb. 51 Ambulante Pflege: Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner weiblich und männlich, nach Pflegestufen und Altersgruppen, Mittelwerte 2009 – 2013, Sachsen-Anhalt und Deutschland . . . 72

Abb. 52 Pflegegeldempfänger nach Geschlecht, im Alter 65 bis unter 80 Jahre, Sachsen-Anhalt und Deutschland . . . 73

Abb. 53 Pflegegeldempfänger nach Geschlecht, im Alter 80 Jahre und älter, Sachsen-Anhalt und Deutschland. . . . 74

Abb. 54 Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige, nach Träger, Sachsen-Anhalt und Deutschland . . . 75

Abb. 55 Verfügbare Plätze in Pflegeheimen, nach Träger, Sachsen-Anhalt und Deutschland . . . 76

Abb. 56 Personal in Pflegeeinrichtungen, Sachsen-Anhalt . . . 76

Abb. 57 Personal in der Pflege nach Einrichtungsart, Sachsen-Anhalt . . . 77

Abb. 58 Stationärer Pflegedienst: Anteil Vollzeit/Teilzeit/Sonstige Beschäftigungsverhältnisse, Sachsen-Anhalt . . . 77

Abb. 59 Ambulanter Pflegedienst: Anteil Vollzeit/Teilzeit/Sonstige Beschäftigungsverhältnisse, Sachsen-Anhalt . . . 78

Abb. 60 Allgemeine stationäre Morbidität (Krankenhausfälle A00 – T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen) bei unter 65-Jährigen und ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich . . . 81

Abb. 61 Allgemeine Sterblichkeit (Sterbefälle A00 – T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen) bei unter 65-Jährigen und ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich . . . 81

Abb. 62 Sterbefälle infolge von vaskulärer Demenz, nicht näher bezeichneter Demenz und Alzheimer-Krankheit bei ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2000 – 2013 . . . 88

Abb. 63 Krankenhausfälle infolge von vaskulärer Demenz, nicht näher bezeichneter Demenz und Alzheimer-Krankheit bei ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2000 – 2013 . . . 88

Abb. 64 Kumulierte Krankenhausfallquote und Sterbefallquote infolge von „Demenz“ bei ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2000 – 2013 . . . 89

Abb. 65 Krankenhausfälle bei ≥ 65-jährigen Frauen infolge von Brustkrebs (C50), Sachsen-Anhalt/neue Länder/alte Bundesländer im Zeittrend . . . 90

Abb. 66 Durchschnittliche Zahl der Geburten je 1.000 Frauen nach Altersgruppen, früheres Bundesgebiet/neue Länder im Zeittrend . . . 90

Abb. 67 Sterbefallquote bei ≥ 65-jährigen Männern infolge von Dickdarmkrebs (C18), Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeittrend . . . 91

Abb. 68 Krankenhausfälle von ≥ 65-Jährigen infolge affektiver Störungen (F30 – F39) bzw. depressiver Episoden (F32), Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeittrend . . . 93

1 Zusammenfassung

1.1 Ziel und Grenzen des Berichts

Im folgenden Bericht wurden Routinedaten der Gesundheitsberichterstattung (ambulante Abrechnungsdaten, Krankenhausdaten, Sterblichkeitsdaten, Rentendaten, Pflegedaten) von ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt daraufhin untersucht, ob sich auffällige „Positivabweichungen“ (geringere Diagnosehäufigkeiten) oder „Negativabweichungen“ (höhere Diagnosehäufigkeiten) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zeigen und ob sich solche ggf. auftretenden Abweichungen über die letzten 14 Jahre „positiv“ (Abnahme der Diagnosehäufigkeit) oder „negativ“ (Zunahme der Diagnosehäufigkeit) entwickelt haben. Es ist damit in erster Linie ein Bericht zu Krankheitshäufigkeiten in der Generation 65plus. Um ein ganzheitliches Bild der gesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Menschen in Sachsen-Anhalt zu zeichnen, müssen viele weitere Daten- und Informationsquellen (z. B. auch zu Gesundheitspotenzialen) herangezogen werden.

1.2 Allgemeine Morbidität und allgemeine Sterblichkeit

Die altersstandardisierten Quoten von Krankenhaus- und Sterbefällen sind bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt nach wie vor höher als im Bundesdurchschnitt. Allerdings ist dieser Unterschied geringer als bei den unter 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt. Zudem scheint sich die allgemeine Krankenhausfallquote bei den ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt allmählich dem Bundesdurchschnitt anzunähern. Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist in Sachsen-Anhalt derzeit bei Frauen um 0,5 und bei Männern um 0,9 Jahre geringer als im Bundesdurchschnitt; sie hat sich allerdings seit 1991/1993 um 3,7 bzw. 3,6 Jahre (und damit viel deutlicher als im Bundesdurchschnitt) erhöht.

1.3 Die wichtigsten Krankheits- und Todesursachengruppen

Wie im Bundesdurchschnitt werden in Sachsen-Anhalt die stationäre Morbidität (Krankenhausfälle) und die Sterblichkeit bei ≥ 65-Jährigen von zwei Diagnosekapiteln dominiert: ***Krankheiten des Kreislaufsystems*** und ***bösartige Neubildungen*** (Krebs). Zusammen verursachen diese beiden Diagnosekapitel über ein Drittel der Krankenhausfälle und mehr als drei Viertel der Sterbefälle der ≥ 65-Jährigen. Auch bei ambulanten Diagnosen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen in dieser Altersgruppe besonders häufig, ebenso Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Stoffwechselkrankheiten. Die Häufigkeit der verschiedenen Diagnosekapitel bei Krankenhaus- und Sterbefällen ist in Sachsen-Anhalt zum Teil etwas anders als im Bundesdurchschnitt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten des Verdauungssystems, Krankheiten des Urogenitalsystems und Stoffwechselkrankheiten sind häufiger; Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, Verletzungen/Vergiftungen, Krankheiten des Atmungssystems und Psychische und Verhaltensstörungen sind seltener.

1.4 Die besondere Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Betrachtet man bei ambulanten Behandlungen, Krankenhausfällen und Sterbefällen jeweils getrennt für Frauen und Männer nur die jeweils 20 häufigsten Einzeldiagnosen (ICD10-3-Steller), so fallen ***insgesamt 25 Diagnosen*** auf, deren Häufigkeit bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt bei mindestens einem der Geschlechter deutlich höher oder deutlich geringer ist als im Bundesdurchschnitt. 13 der 25 auffälligen Diagnosen betreffen mittelbar (als Risikofaktoren) oder unmittelbar (als Folgeerkrankungen) Herz-Kreislauf-Erkrankungen; ***12 der 13 auffälligen Herz-Kreislauf-assoziierten Diagnosen zeigen eine Negativabweichung vom Bundesdurchschnitt*** (Ausnahme: E78 Fettsäurestoffwechselstörungen als ambulante Diagnose). Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass auch in der Generation 65plus in Sachsen-Anhalt Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiter verbreitet sind und zu einer höheren Morbidität und Mortalität führen als im Bundesdurchschnitt. Mögliche Gründe hierfür sind die weitere Verbreitung von ungesunden Lebensstilen (mangelnde Bewegung, übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen) in der Bevölkerung von Sachsen-Anhalt und der in anderen Studien belegte enge Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und dem Anteil von sozial benachteiligten Personen/Familien in einer Bevölkerung.

1.5 Weitere auffällige Einzeldiagnosen

Unter den 12 weiteren (nicht Herz-Kreislauf-assoziierten) auffälligen Diagnosen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt zeigen **vier eine Negativabweichung** (größere Häufigkeit) vom Bundesdurchschnitt, **vier eine Positivabweichung** und v**ier eine ambivalente oder nicht bewertbare Abweichung**. Zu den Negativabweichungen gehören K29 Gastritis/Duodenitis im Krankenhaus, M54 Rückenschmerzen im Krankenhaus, M17 ambulant behandelte Arthrose des Kniegelenks und C18 stationär behandelter Dickdarmkrebs bei Männern. Zu den Positivabweichungen gehören Z25 Impfungen gegen andere Viruskrankheiten (v. a. Grippe), J18 Sterblichkeit infolge von Pneumonie, C50 Brustkrebs bei Frauen und F32 ambulant diagnostizierte depressive Episode bei Frauen. Auch bei Z25 Impfungen gegen andere Viruskrankheiten (v. a. Grippe) ist in Sachsen-Anhalt von einer „Positivabweichung“ zu sprechen, obwohl hier die „Behandlungsquote“ (Impfquote) entgegen der sonstigen Definition einer Positivabweichung deutlich **höher** ist als im Bundesdurchschnitt. Für die meisten der Positiv- bzw. Negativabweichungen konnten Erklärungshypothesen entwickelt werden.

1.6 Zeittrends

Von ***9 Herz-Kreislauf-assoziierten auffälligen Diagnosen***, bei denen längere Zeittrends untersucht werden konnten, zeigten ***drei einen positiven Zeittrend*** (I20 Angina pectoris, I21 akuter Myokardinfarkt, I25 chronische ischämische Herzkrankheit), ***drei einen negativen Zeittrend*** (I10 Bluthochdruck, I11 Hypertensive Herzkrankheit, I50 Herzinsuffizienz) und ***drei einen stabilen oder nicht bewertbaren Trend***. Von ***8 weiteren auffälligen Diagnosen***, bei denen längere Zeittrends untersucht werden konnten, zeigten ***zwei einen positiven Zeittrend*** (C50 Brustkrebs bei Frauen, C18 Dickdarmkrebs bei Männern) und ***zwei einen deutlich negativen Zeittrend*** (M54 stationär behandelte Rückenschmerzen, K29 stationär behandelte Gastritis/Duodenitis), eine Diagnose (C34 Lungenkrebs) zeigte einen positiven Zeittrend bei Männern und einen negativen Zeittrend bei Frauen und die restlichen 3 Zeittrends waren entweder stabil oder nicht eindeutig. Nur für drei dieser Diagnosen (C50, C18, C34) konnten für die festgestellten Zeittrends Erklärungshypothesen entwickelt werden. Insgesamt lässt sich aus den hier festgestellten Zeittrends keine allgemeine Gesundheitsentwicklung bei ≥ 65-Jährigen bezüglich bestimmter Diagnosekapitel ableiten.

1.7 Geschlechts- und Altersspezifik

In der Generation 65plus in Sachsen-Anhalt (und Deutschland) sind die jährlichen ***Absolutzahlen*** von ambulanten Behandlungen, Krankenhausfällen und Sterbefällen ***bei Frauen höher als bei Männern***. Dies lässt jedoch nicht auf eine erhöhte weibliche Morbidität schließen, sondern ist vor allem der erhöhten vorzeitigen (< 65 Jahre) Sterblichkeit der Männer geschuldet. Versicherten- oder bevölkerungsbezogen sind vielmehr bei ≥ 65-Jährigen die ***Krankenhausfallquoten und die Sterblichkeit bei Männern deutlich höher als bei Frauen***. Die ambulante Inanspruchnahme ist hingegen bei Frauen höher, weil diese ein anderes Gesundheitsverhalten haben. Es wurde – über die sexualbiologisch bedingten Diagnosen hinaus – eine ganze Reihe von beidgeschlechtlich auftretenden Einzeldiagnosen identifiziert, die eine deutlich unterschiedliche Häufigkeit bei Frauen und Männern aufweisen. Dabei waren bei Männern vor allem Herz-Kreislauf- und Krebsdiagnosen häufiger, bei Frauen bluthochdruckassoziierte Diagnosen, Unterarmbrüche (im hohen Alter) und ambulant behandelte Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Kleinschrittige Altersgänge von Krankheitshäufigkeiten und Veränderungen im Krankheitsspektrum konnten nicht untersucht werden. Es wurde lediglich festgestellt, dass sich die allgemeine Morbidität und Mortalität erwartungsgemäß in älteren Altersgruppen drastisch erhöhen, und dass einige Einzeldiagnosen in den älteren Altersgruppen immer häufiger werden, während andere immer seltener werden.

1.8 Erwerbsminderungsrenten

Das Zugangsalter und der Anteil von ≥ 60-Jährigen bei Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit („Frühberentungen“) sind in den vergangenen 14 Jahren deutlich gestiegen. Dies ist zunächst rein statistisch auf den Zuwachs an älteren Beschäftigten zurückzuführen. Andererseits ist aber auch die versichertenbezogene Quote von Frühberentungen ***innerhalb*** der Altersgruppe der ≥ 60-Jährigen gestiegen. Dies ist eher ein Hinweis darauf, dass mit der Verlängerung der Lebensarbeitszeit ältere (älter werdende) Beschäftigte an der Schwelle zur Regelaltersrente zunehmend irreversibel erkranken. Es konnte gezeigt werden, dass die Zunahme der Frühberentungsquote bei den älteren Beschäftigten (≥ 60 Jahre) vor allem auf vermehrte psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen ist.

1.9 Pflegesituation

Die Routinedaten der Gesundheitsberichterstattung zur Pflege zeigen, dass die Absolutzahl der Pflegebedürftigen in der Gesamtbevölkerung in Sachsen-Anhalt (und Deutschland) seit vielen Jahren kontinuierlich und deutlich steigt. Dies ist in allererster Linie auf die demografische Alterung (und die damit verbundene steigende Morbidität) in der Gesellschaft zurückzuführen. So sind mehr als 85 % aller Pflegebedürftigen ≥ 65 Jahre alt. Weiterhin wurde festgestellt, dass ausgewählte Parameter zu Pflegestrukturen (verfügbare Plätze in der stationären Pflege, ambulantes und stationäres Pflegepersonal) in Sachsen-Anhalt schon dieser Entwicklung folgen. Bei der Auswertung der Pflegedaten fielen drei Befunde auf, die einer weitergehenden Analyse, Interpretation und Bewertung bedürfen: a) das Verhältnis von durch private Träger Gepflegten zu durch freigemeinnützige Träger Gepflegten entwickelt sich in Sachsen-Anhalt deutlich auseinander (zugunsten der privaten Träger), während sich die Betreuung durch die beiden Trägergruppen im Bundesdurchschnitt angleicht, b) die Teilzeitbeschäftigung nimmt in Sachsen-Anhalt sowohl in der ambulanten als auch vor allem in der stationären Pflege kontinuierlich und deutlich zu, c) die altersstandardisierten (also alters***un***abhängigen) Pflegequoten bei ≥ 65-Jährigen sind in Sachsen-Anhalt höher als im Bundesdurchschnitt.

1.10 Fazit

Bei eingeschränkter, sich an ***Krankheitshäufigkeiten*** orientierender Sicht ähnelt die gesundheitliche Lage der Generation 65plus der schon in früheren GBE-Berichten beschriebenen Gesundheitslage der Gesamtbevölkerung von Sachsen-Anhalt: Die Morbidität und Mortalität in Sachsen-Anhalt sind nach wie vor höher als im Bundesdurchschnitt und sind vor allem bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen auffällig. Allerdings sind die Unterschiede zum Bundesdurchschnitt bei den ≥ 65-Jährigen geringer als bei den unter 65-jährigen Einwohnern von Sachsen-Anhalt.

2 Einleitung

Die Menschen in Deutschland werden nicht nur immer älter, sie werden auch gesünder älter als früher. Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ des Robert Koch-Instituts zeigt dies als deutlichen Trend der letzten Jahre auf. Während 2003 in der Altersgruppe 65plus noch 42 % der Frauen und 52 % der Männer ihren Gesundheitszustand als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ einschätzten, waren es 2012 schon 50 % bzw. 54 % (RKI 2014a).

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der älteren Menschen, die sich gesundheitlich beeinträchtigt fühlen: Bei den 65- bis 69-Jährigen waren es im Jahr 2013 deutschlandweit 18 %, bei den 70- bis 74-Jährigen 21 % und in der Altersgruppe ab 75 Jahre 28 % (Statistisches Bundesamt 2015). Über 90 % der ≥ 65-Jährigen konsultieren mindestens einmal pro Jahr einen niedergelassenen Allgemein- oder Facharzt (Kapitel 3.2) und pro Jahr ereignen sich in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen etwa 48.000 Krankenhausfälle (Kapitel 3.3) und 4.000 Sterbefälle je 100.000 Einwohner ≥ 65 Jahre (Kapitel 3.4). Die Krankenhaus- und Sterbefallquoten bei den ≥ 65-Jährigen sind 3-mal bzw. 21-mal höher als bei unter 65-Jährigen (Kapitel 4.2.2).

Deutschland ist von der demografischen Alterung – dem Phänomen der Veränderung der Altersstruktur einer Bevölkerung zugunsten von höheren Altersgruppen – besonders betroffen. Anhaltend niedrige Geburtenraten und ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung sorgen für eine Verschiebung bzw. nachhaltige Veränderung der Altersstruktur in Deutschland zugunsten des Anteils der älteren Bevölkerung. Die starken Geburtsjahrgänge rücken in die höheren Altersgruppen nach – und so wird, nach Ergebnissen der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, der Anteil der 65-Jährigen und Älteren in Deutschland bis 2060 auf ein Drittel der Gesamtbevölkerung anwachsen (Statistisches Bundesamt 2015; RKI 2009).

Das Robert Koch-Institut weist darauf hin, dass der steigende Anteil älterer bzw. hochbetagter Menschen mit wachsenden Anforderungen an die soziale Sicherung und die medizinische Versorgung verbunden sein wird (RKI 2002). Die Frage nach der Gesundheit im Alter ist somit von erheblicher individueller und gesellschaftlicher Bedeutung, wie z. B. die Frage der Aufrechterhaltung der Solidarität zwischen den Generationen (ebd.).

Gesundheit im Alter ist längst schon zum Schwerpunktthema geworden. Aber nicht nur der *„Experte“* sollte sich damit beschäftigen, sondern auch der *„Normalbürger“*. Zwar stehen die alten und hochbetagten Menschen im Fokus der Betrachtungen: das Altern selbst betrifft jedoch jedes Individuum – und somit auch die Jungen, die bald schon die Alten sein werden. Der biologischen Alterung sind alle Lebewesen und somit jeder Mensch unterworfen. Die Beschäftigung also eines jeden mit diesem Themenkreis erscheint angeraten und sinnvoll – ein Leben lang.

Um tiefer in das Thema einzusteigen, empfiehlt sich die 2009 erschienene gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts: *Gesundheit und Krankheit im Alter.* Dort finden sich wesentliche *theoretische Positionen zum Alter und Altern* (*Wer sind die Alten?)*, Ausführungen zum Thema *Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung (Alter = Krankheit?)*, Beiträge zu *gesundheitsrelevanten Lebenslagen und Lebensstile (Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten?), Angebote gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für alte Menschen (Systeme mit Altersschwäche?)* und – last but not least – ökonomische Chancen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft (Wie teuer wird das Altern?), also die dringliche Frage, ob Gesundheit in Zukunft bezahlbar bleiben wird. Das Buch zeigt eindrucksvoll, dass und wie Gesundheit und Krankheit im Alter von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden: biologische, verhaltensbezogene, soziale, medizinische, pflegerische und gesamtgesellschaftliche Faktoren sind zu berücksichtigen.

Um einen Überblick über die vielfältigen Lebenslagen älterer Menschen in Deutschland zu erhalten, beauftragte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Institut für Gerontologische Forschung e. V. mit der Erarbeitung von drei Expertisen: *Die jungen Alten* (BZgA 2011) mit Blick auf die Gruppe der 55- bis 65-Jährigen, *Alte Menschen* (BZgA 2013) konzentriert sich auf die 65- bis 80-Jährigen, und *Die Hochaltrigen* (BZgA 2015) bietet einen Überblick über die Lebenslagen von Menschen im Alter von über 80 Jahren in Deutschland. In diesen drei Fachpublikationen finden sich auch differenzierte Analysen der Ausgangsbedingungen hinsichtlich Präventions- und Gesundheitsaktivitäten für ältere Menschen.

Wenn auch Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist, so ist doch mit fortschreitendem Alter ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsprobleme zu beobachten. Zu nennen sind insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (besonders ischämische Herzkrankheiten und Schlaganfälle), Krankheiten des Bewegungsapparates (besonders Knochenschwund, Gelenkverschleiß an Hüfte und Knie, Rückenschmerzen), Krebserkrankungen (vor allem des Dickdarmes, der Lunge, der Brustdrüse [Frauen] und der Prostata) und psychische Störungen (von besonderer Bedeutung sind hier demenzielle Erkrankungen und Depressionen) (RKI 2009), wobei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates das Krankheitsspektrum im Alter deutlich dominieren. Auch das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen bei einer Person (Multimorbidität) ist ein Charakteristikum der gesundheitlichen Lage älterer Menschen. Zudem sind Krankheiten im Alter häufig chronisch und irreversibel. Ab dem Alter von 65 Jahren sind z. B. über die Hälfte der Menschen an mindestens einer chronischen Krankheit erkrankt. Die demografische Alterung in Deutschland hat auch zu einem starken Anstieg der Krankenhausbehandlungen, z. B. aufgrund von Herzschwäche und Prostatakrebs, geführt (Nowossadeck 2012; BZgA 2013).

Von vielen Krankheiten – wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall oder Diabetes – sind Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status stärker betroffen. Menschen mit niedrigerem Einkommen sterben deutlich früher als Menschen mit höherem Einkommen (BZgA 2013).

Immer wieder zeigt sich auch noch weiterer Forschungsbedarf. So deutet sich ein Anstieg des Suchtmittelkonsums auch unter älteren Menschen an. Weiterhin gibt es keine aktuellen und repräsentativen Daten zu Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von älteren Menschen mit Migrationshintergrund (BZgA 2013).

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) des Robert Koch-Institutes zeigt, dass der Anteil von Befragten, der von ärztlich diagnostizierten Krankheiten berichtet, mit dem Alter überproportional steigt: So gibt im Alter ab 65 jede fünfte Frau und jeder fünfte Mann an, zuckerkrank zu sein, und gut die Hälfte der 65-jährigen Frauen berichtet von ärztlich attestierter Arthrose (RKI 2014a). In unseren eigenen Auswertungen zeigte sich, dass bei 76 % – 83 % der ≥ 65-jährigen GKV-

Versicherten in Sachsen-Anhalt mindestens einmal im Jahr von einem niedergelassenen Arzt die Diagnose „Bluthochdruck“ (als Haupt- oder Nebendiagnose) abgerechnet und bei 33 % – 40 % eine Fettsäurestoffwechselstörung diagnostiziert wird (Kapitel 3.2). Die Prävalenz der Demenzerkrankung verdoppelt sich mit steigendem Lebensalter alle fünf Jahre (RKI 2005).

In Übereinstimmung mit der Ottawa-Erklärung der Welt-Gesundheits-Organisation (1986) ist die selbstständige, selbstverantwortliche und persönlich sinnerfüllte Lebensgestaltung als ein wesentliches Merkmal der Gesundheit im Alter anzusehen (erweitertes Gesundheitsverständnis). Gesundes Älterwerden ist nicht allein eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern vielmehr ein komplexer, mehrdimensionaler Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten auch die aktive Lebensführung und eine positive Lebenseinstellung umfasst (RKI 2002). Auch wenn gesundheitliche Probleme im Alter zunehmen, so ist Alter nicht gleichzusetzen mit Krankheit, Leiden und Pflegebedürftigkeit. Eine adäquate Lebensführung, ein zugewandtes Umfeld, gute medizinische und auch soziale Betreuung können den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und somit das allgemeine Wohlbefinden positiv beeinflussen.

Nicht nur Verluste kennzeichnen den Alternsprozess, sondern auch Gewinne in der psychologischen Dimension des Alterns, und zwar dergestalt, dass viele ältere Menschen im Laufe ihres Lebens Daseinskompetenzen, Anpassungs- und Bewältigungsstrategien entwickelt haben, die sie in die Lage versetzen, Einbußen, Verluste und andere Belastungen im Alter besser zu verarbeiten bzw. mit diesen schwierigen Situationen umgehen zu können (RKI 2009). Auch in der sozialen Dimension des Alterns liegen Gewinne für die Gesellschaft. Der *Alters-Survey 1997* zeigte schon, dass ältere Menschen in vielfältiger Weise einen Beitrag in die intergenerationellen Beziehungen einbringen (ebd.), und der *Bundesgesundheitssurvey 1998*, dass in den höheren Altersgruppen vor allem die körperliche Funktionsfähigkeit geringer ist als bei den jüngeren Altersgruppen, während sich die Indikatoren für die seelischen und sozialen Funktionen nur wenig von denen der anderen Altersgruppen unterscheiden. Wichtig für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter sind Aktivität, soziale Teilhabe und Sinnerfüllung (ebd.). Aber auch bei einem mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit wird der körperliche Gesundheitszustand immer noch in erster Linie über das Vorhanden- bzw. Freisein von Erkrankungen definiert.

Ältere Arbeitnehmer verbleiben heute länger im Beruf. Die Erwerbsquote der 55- bis 64-Jährigen steigt kontinuierlich an und auch die Erwerbstätigkeit der 65- bis 69-Jährigen betrug in Deutschland im Jahr 2014 immerhin 14 % – 2005 waren es noch 6 % (Statistisches Bundesamt 2015). Nach Jahrzehnten der Frühverrentungsprogramme ist aber diese Wertschätzung, die der ältere Beschäftigte seit geraumer Zeit erfährt, nicht unbedingt der Einsicht in dessen Fähigkeiten oder Wert zu verdanken, eher wohl der Einsicht in die Notwendigkeit – dass nämlich selbst eine erhöhte Zuwanderung (aus EU-Binnenwanderung und Drittstaaten) nicht genügen wird, ein konstantes oder gar steigendes Erwerbspersonenpotenzial abzusichern (vgl. Analysen und Prognosen der Bertelsmann Studie 2015).

Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können Krankheiten vermieden, hinausgezögert und ihre Folgen reduziert werden. So können präventive Maßnahmen auch zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im höheren Lebensalter beitragen (Wurm, Tesch-Römer 2009). Gesundes Altern und Gesundheit im Alter stellen daher zentrale Aspekte gesundheitspolitischer Planungen und Maßnahmen dar (Nowossadeck 2012).

Das 2012 veröffentlichte nationale Gesundheitsziel *„Gesund älter werden“* benennt konkrete Ansätze, Teilziele und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie zu besonderen Aspekten für die Zielgruppe 65plus wie den Themen psychische Gesundheit, Demenzerkrankungen und der Versorgung multimorbider älterer Menschen (www.gesundheitsziele.de). Da gerade bei Hochbetagten viele chronische Erkrankungen nicht mehr therapier- und heilbar sind, wird es immer wichtiger, durch geeignete therapeutische und rehabilitative Maßnahmen eine möglichst hohe Lebensqualität bei größtmöglicher Selbstständigkeit zu sichern. Eine gute psychische Gesundheit führt in der Regel zu guten Bewältigungsstrategien, um die negativen Folgen von Krankheiten und Einschränkungen im (hohen) Alter erträglicher zu machen (BZgA 2015).

Die Wertschätzung des älteren Menschen ist zwar so alt wie die antike Kultur und Philosophie – aber lange Zeit verschüttgegangen bzw. verdrängt worden von der profit- und erfolgsorientierten Ökonomie des Immer-mehr, Immer-besser, Immer-schneller, Immer-… Und so wirkt der Hinweis auf den „intergenerationellen“ Beitrag (s.o.), den die „Alten“ leisten (können), fast wie ein Herantasten an verloren gegangenes, aber zeitüberdauerndes Wissen. Viele der alten Quellen existieren noch – sie müssen aber auch zur Kenntnis genommen werden, wie z. B. die „alten“ Griechen (Platon, Aristoteles) und Römer (Cicero, Seneca), aber auch aus der frühen Neuzeit Erasmus von Rotterdam, Montaigne, Francis Bacon und aus dem 19./20. Jahrhundert Schopenhauer, Guardini und Bloch (vgl. Rentsch/Vollmann 2012).

Zwar erscheint *Alter* als biologische Erscheinung zunächst als philosophisch uninteressant: Sie ist aber wesentlich – durch Literatur und Philosophie – kulturell geprägt und deshalb offen und geeignet für den kritischen philosophischen Diskurs. Es ist hohe Zeit, Begriff und Vorstellung des Alters neu zu überdenken. Zum Thema haben sich auch interdisziplinär arbeitende Wissenschaftler zusammengefunden, wie z. B. A. Kruse (Gerontologe), H. P. Zimmermann (Kulturwissenschaftler) und T. Rentsch (Philosoph). In ihrer gemeinsam herausgegebenen Veröffentlichung *Altern in unserer Zeit* (2013) wird aus Sicht der Gerontologie, der Kulturwissenschaften und der Philosophie ein Bild des Alterns entworfen, das die Realität mit all seinen Chancen und Nöten einfängt. Lange zu leben und somit auch alt zu werden, finden viele Menschen erstrebenswert – wirklich alt und abhängig sein möchte dagegen niemand. So ist der Wunsch groß, die späte Lebensphase möglichst von Angst, Schmerz und Verlust freizuhalten. Immer mehr Wissenschaftler plädieren für ein Altern, das als existentieller Bestandteil des menschlichen Lebens wahrgenommen wird – und nicht als lästiges Problem und isoliertes Phänomen der individuellen Biografie. Und wenn auch der Alterungsprozess nicht notwendig mit Krankheit verbunden ist, so tut doch die Einsicht not, dass unsere konkrete menschliche Lebenswirklichkeit mit Verletzlichkeit, Vergänglichkeit, Endlichkeit, Sterblichkeit und Tod verbunden ist. Es geht um die für unsere Gesellschaft fundamentale Frage: *Was bedeutet das recht verstandene Altern für eine humane Kultur*? (Rentsch/Vollmann 2012).

Beim Versuch der Beantwortung dieser Frage kommen wir dem *Altern in Würde* ein Stück näher – und so kann unsere Gesellschaft der Situation alternder Menschen gerecht werden.

Ein Bericht zur gesundheitlichen Lage der Generation 65plus müsste, wenn er dem erweiterten Gesundheitsbegriff der WHO (s. o.) genügen wollte, die mannigfaltigen Bedingungen eines gesunden Älterwerdens berücksichtigen: objektiv gemes-

sene wie subjektiv empfundene Gesundheitsparameter, Angebot und Inanspruchnahme von präventiven, gesundheitsförderlichen, kurativen und pflegerischen Versorgungsstrukturen, das soziale und familiäre Umfeld, Honorar- und Ehrenamtstätigkeiten und nicht zuletzt die Teilhabe an Kultur-, Bildungs- und Freizeitangeboten.

Der vorliegende, von der Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung“ (GBE) am Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) erstellte Bericht kann diesem Anspruch nicht gerecht werden.

Stattdessen wurde versucht, mit dem vorliegenden Bericht einen Beitrag zur Beurteilung des „Krankheitszustandes“ der Generation 65plus in Sachsen-Anhalt zu leisten. Dazu wurden die bei der GBE am LAV vorliegenden ***Routinedaten*** (Abrechnungsdaten aus ambulanten Arztpraxen, Krankenhausdaten, Frühberentungsdaten, Pflegedaten, Todesursachenstatistik) daraufhin untersucht, ob hinsichtlich Inanspruchnahme oder Diagnosehäufigkeiten in Sachsen-Anhalt ***positive oder negative Abweichungen vom sog. Bundesdurchschnitt*** (Zahlenwerte für Gesamtdeutschland inklusive Sachsen-Anhalt) vorliegen.

Die Autoren sind sich bewusst, dass es sich bei dieser Herangehensweise um eine sehr eingeschränkte, „*pathogenetische*“ Sicht auf das Älterwerden handelt. Die Ergebnisse des Berichts – vor allem auch die negativen – können jedoch dazu beitragen, Gesundheitsstrategien für ältere Menschen in Sachsen-Anhalt so zu fokussieren, dass sich die ganzheitliche (auch alle anderen oben genannten Aspekte umfassende) Gesundheit der Generation 65plus in Sachsen-Anhalt in Zukunft noch stärker verbessern kann.

3 Ergebnisse/Datenauswertungen

3.1 Sachsen-Anhalt im demografischen Wandel

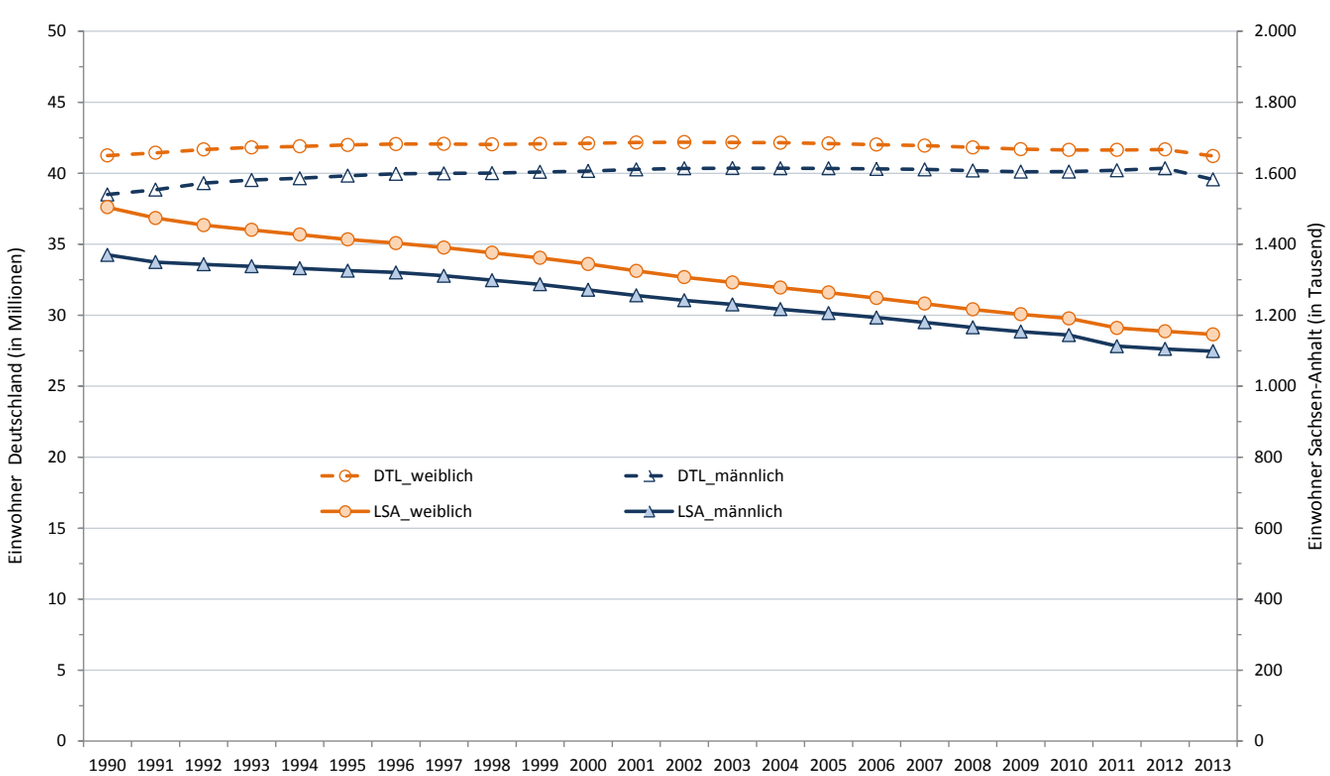
3.1.1 Die Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerung des Landes Sachsen-Anhalt ist in den Jahren 1990 bis 2014 um insgesamt 638.409 Einwohner zurückgegangen, in Deutschland ist die Einwohnerzahl im gleichen Zeitraum um 1.444.310 gestiegen. Das bedeutet für Sachsen-Anhalt einen Bevölkerungsrückgang um 22,2 %, für Deutschland ein Wachstum um 1,8 % (vgl. gbe-bund-online, 02.11.2015: vorläufige Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011).

Beeinflusst wird die Bevölkerungsentwicklung durch 3 Faktoren:

- Natürlicher Saldo (Saldo Geburten und Sterbefälle),
- Binnenwanderungssaldo (Saldo Zu- und Fortzüge),
- Migrationssaldo (Ein- und Auswanderung).

In den ostdeutschen Bundesländern zeigen sich hier ähnliche negative Entwicklungstendenzen, die sich deutlich von denen der westdeutschen Flächenländer unterscheiden (vgl. Die demografische Entwicklung Sachsen-Anhalts im Vergleich/Statistische Ämter 2010).



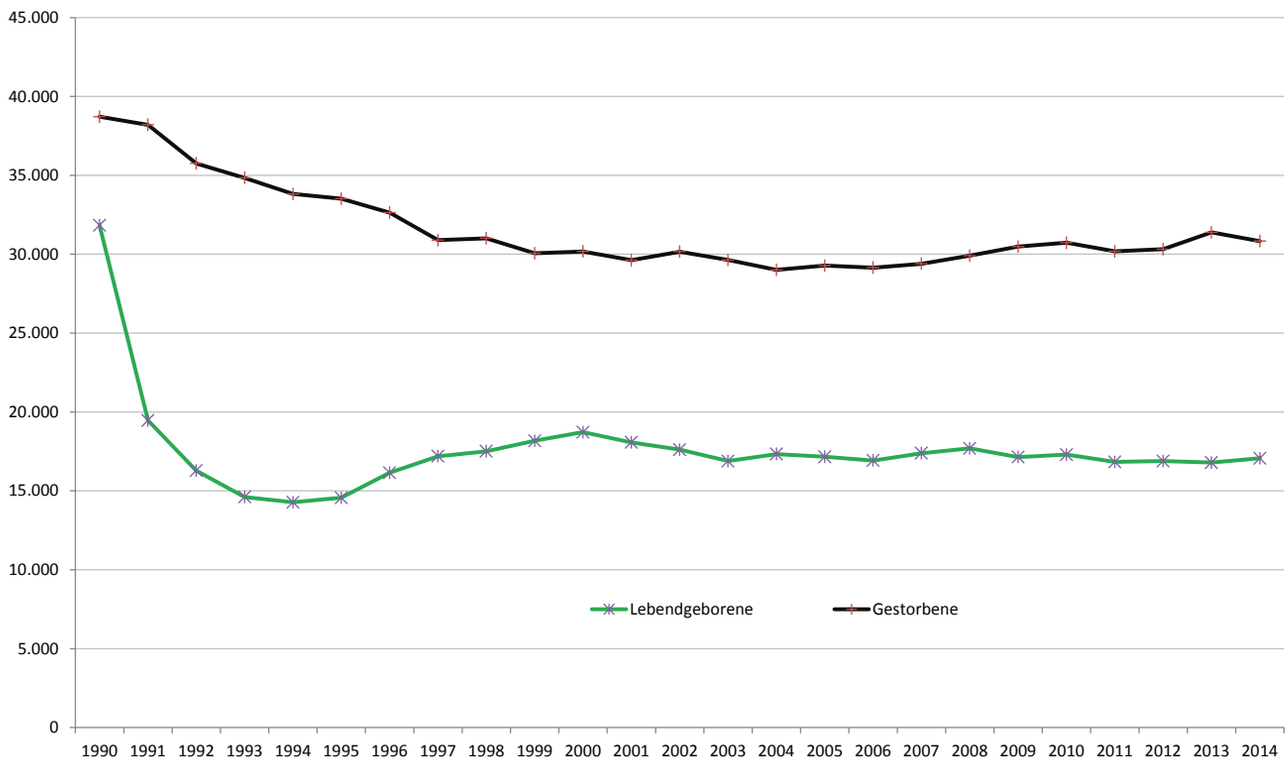
Datenquelle: gbe-bund-online, StaLa-online, 30.09.2015

Abb. 1 Bevölkerung nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, zum 31.12. des Jahres

3.1.2 Natürlicher Saldo

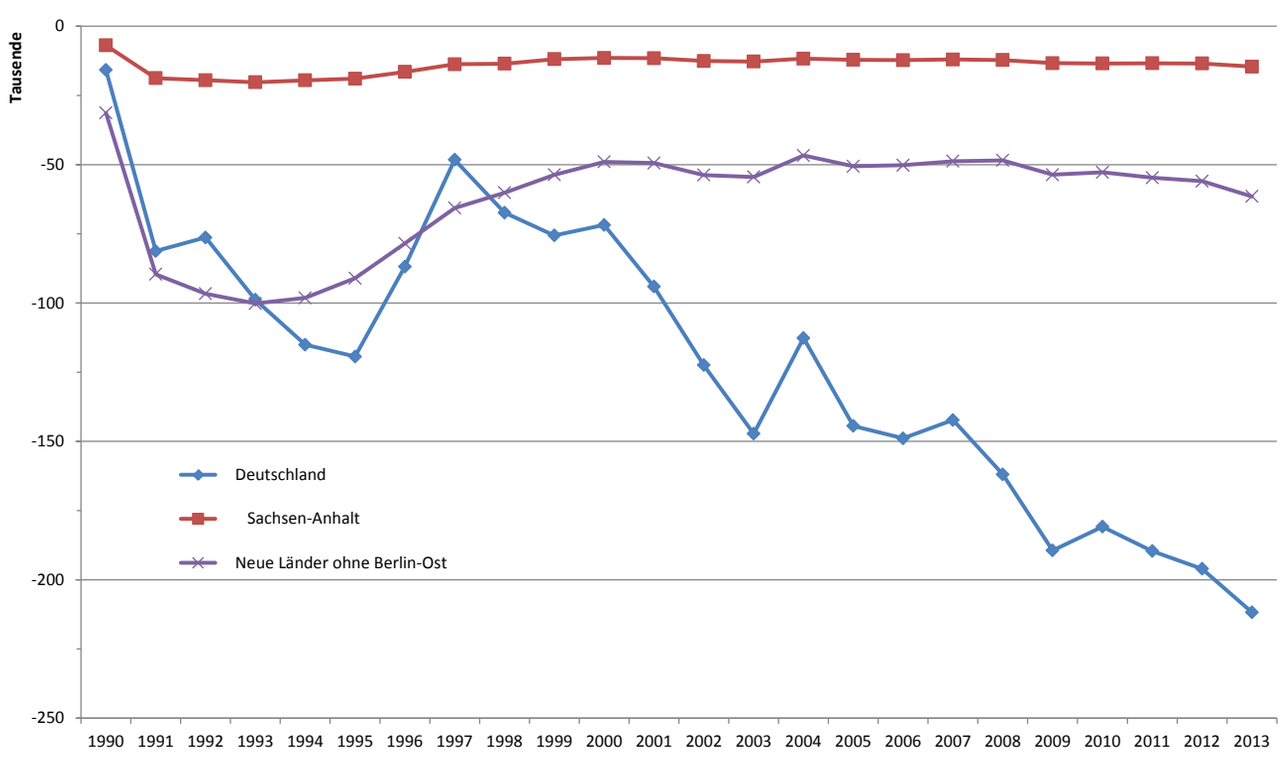
Wie in ganz Deutschland liegt der Saldo *Lebendgeborene/ Gestorbene* in Sachsen-Anhalt seit 1990 im Minusbereich: Waren es 1990 noch - 6.874, so erreichte er 1993 mit - 20.228 seinen Tiefpunkt. Nach einer Erholung sank dieser Saldo wieder kontinuierlich seit 2000 von - 11.452 auf - 14.588 im Jahr 2013 und betrug 2014 - 13.766 (PM StaLa 29.9.2015). In Deutschland sank der Saldo von - 15.770 im Jahr 1990 auf den bisherigen Tiefststand von - 211.756 im Jahr 2013. Tendenz weiterhin sinkend.

Dem dramatischen Geburtenrückgang nach der Wende stehen seit 1994/95 einer konstant niedrigen Anzahl Lebendgeborener in Sachsen-Anhalt fast doppelt so viele Sterbefälle gegenüber. Dies spiegelt mehr oder weniger die Entwicklung in allen neuen Bundesländern wider.



Datenquelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2015

Abb. 2 Geburten und Sterbefälle in Sachsen-Anhalt



Datenquelle: gbe-bund-online, 22.06.2015

Abb. 3 Saldo Geburten und Sterbefälle in Deutschland vs. Sachsen-Anhalt

3.1.3 Binnenwanderungssaldo

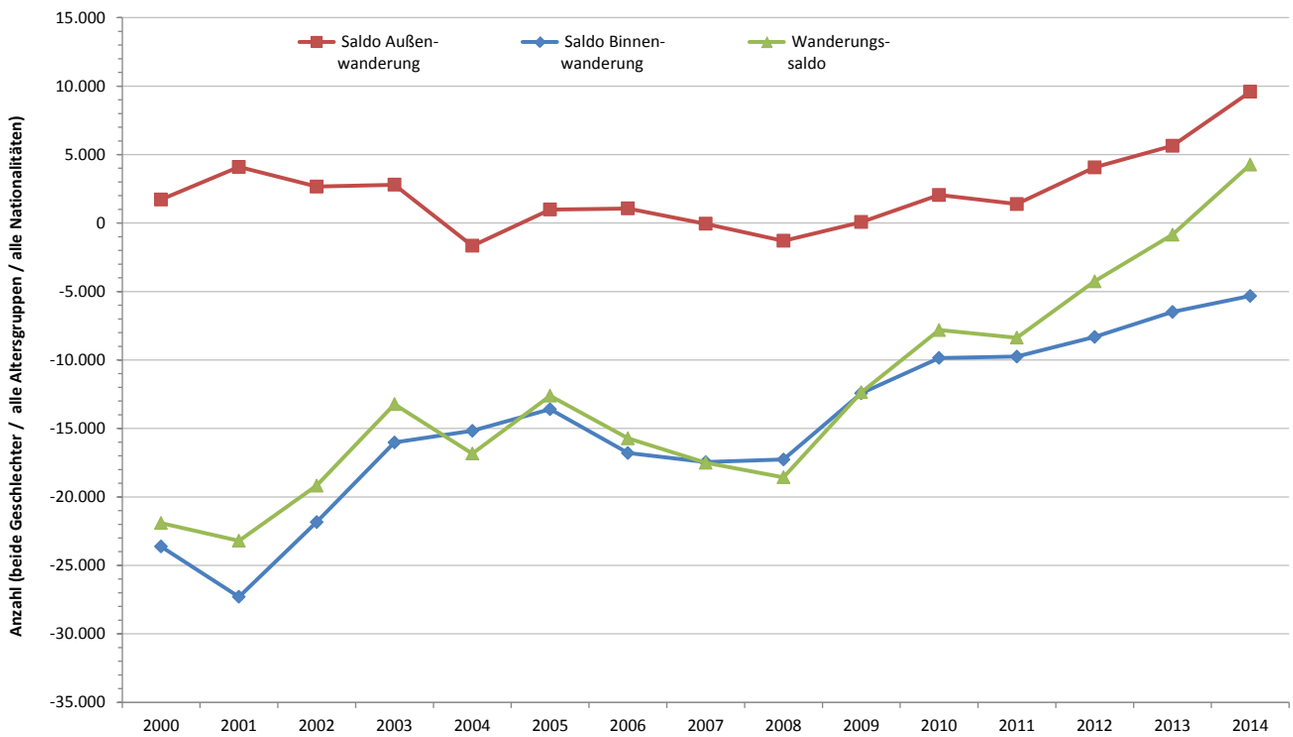
Betrug der Insgesamt-Wanderungssaldo im Jahr 2001 - 23.201, so waren es 2013 nur noch - 848 und 2014 + 4.269. Der negative Saldo der *Binnenwanderung* (Wanderungsbilanz des Landes mit den anderen Bundesländern) hat sich von - 7.301 (2001) auf - 6.489 (2013) bzw. - 5.323 (2014) zwar abgeschwächt, gleichwohl übersteigt die Anzahl der Fortzüge aus Sachsen-Anhalt in andere Bundesländer die Zahl der Zuzüge immer noch deutlich. Vor allem junge, gut ausgebildete Frauen und Männer verlassen immer noch das Land in Richtung westliche Bundesländer, die ihnen eine bessere Perspektive bieten. Diese Wanderungen wiederum beeinflussen sowohl die Wanderungsstatistik als auch die Bevölkerungsaltersstruktur der alten Bundesländer. In Sachsen-Anhalt führt(e) diese Entwicklung hingegen zu einem (starken) Rückgang gerade der Erwerbsfähigen.

3.1.4 Migrationssaldo

Der Saldo der *Außenwanderung* (*Migrationssaldo*) zeigte zwar in den Jahren 2000–2014 meist positive Werte, allerdings bis Ende 2011 auf einem geringen Niveau. Seit 2012 stieg der Migrationssaldo deutlich an und betrug Ende 2014 + 9.592: Im Jahr 2014 wanderten 20.948 Personen über die Außengrenze der Bundesrepublik Deutschland nach Sachsen-Anhalt ein. Davon waren 93 % ausländische Personen (vor allem aus Syrien, Polen, Rumänien und Indien). 11.356 Personen (85 % Ausländer) verließen Deutschland (vgl. PM StaLa 29.9.2015).

Bis Ende 2013 konnte auch ein positiver Migrationssaldo den negativen Binnensaldo kaum abmildern bzw. die insgesamt negativ fortschreitende Bevölkerungsentwicklung ausgleichen. Im Jahr 2014 ergab sich für Sachsen-Anhalt erstmals seit vielen Jahren ein positiver Wanderungssaldo von 4.269 Personen.

Die Entwicklung bis Ende 2015 lässt sich kaum abschätzen: Es bleibt abzuwarten, wie sich die seit Mitte 2015 enorm gestiegene Anzahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Deutschland auf Sachsen-Anhalt auswirken wird. Allein im September 2015 kamen mehr Menschen ins Land als im gesamten Jahr 2014.



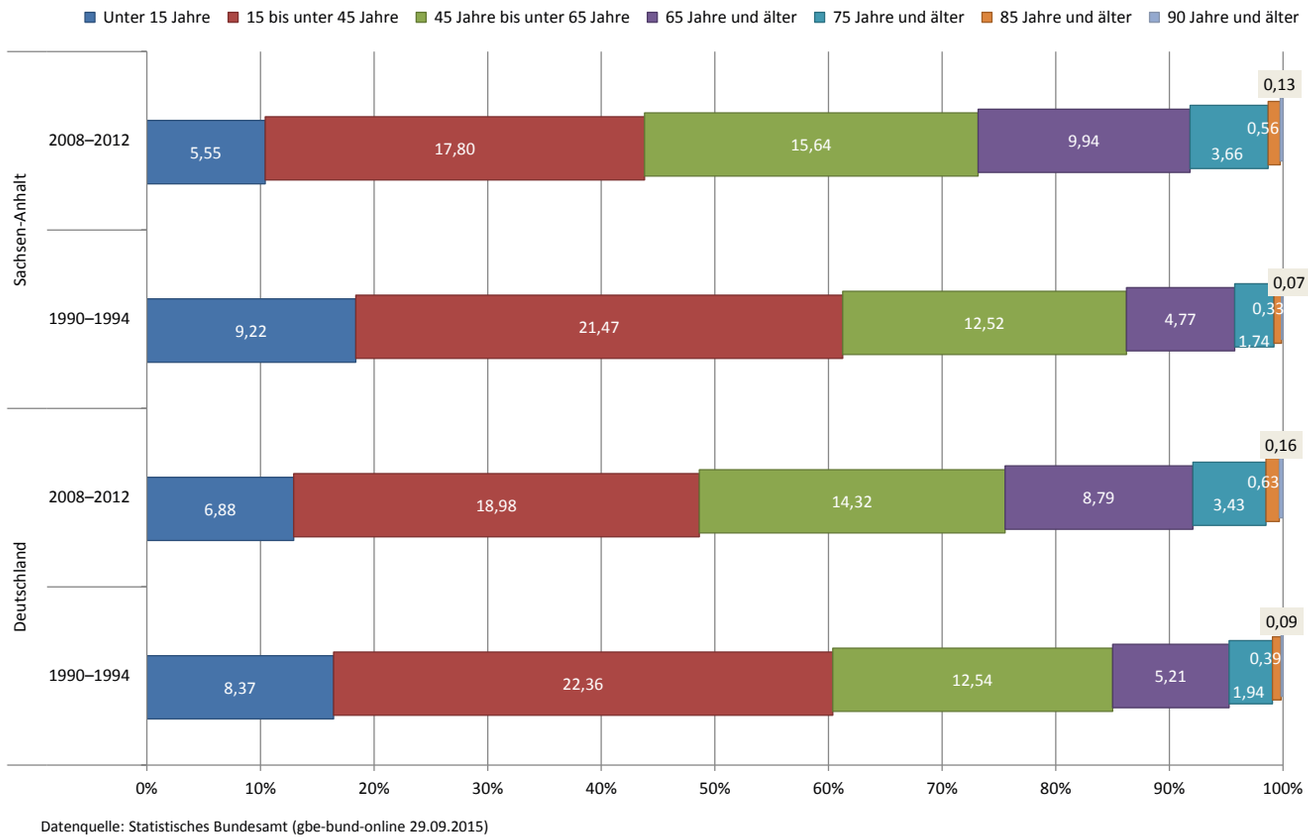
Datenquelle: Wanderungsstatistik, Statistisches Bundesamt (gbe-bund-online 29.09.2015 und Pressemitteilung Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt 29.09.15)

Abb. 4 Wanderungsstatistik Sachsen-Anhalt

3.1.5 Altersstruktur der Bevölkerung

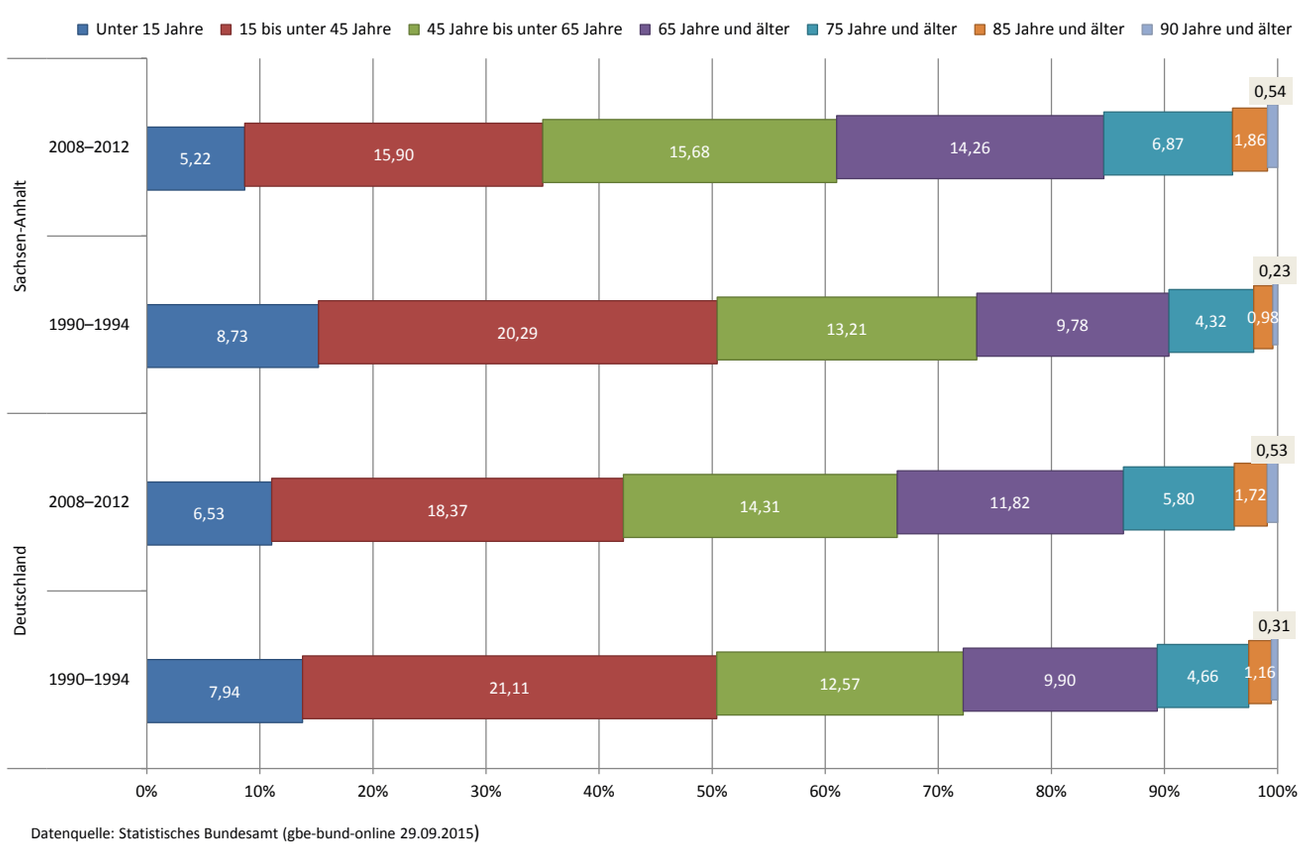
Die Entwicklung der Alterszusammensetzung ist geprägt von einer Abnahme bei den unteren Altersgruppen (*unter 15 Jahre, 15 bis unter 45 Jahre*) und von einer Zunahme bei den Altersgruppen ab *45*. Sowohl die Zunahme bei den höheren Altersgruppen als auch die Abnahme bei der Altersgruppe < *15* sind deutlich ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt.

Bei den Männern in Sachsen-Anhalt verzeichnen die Altersgruppen *65 und älter* sowie *75 und älter* die stärksten Zunahmen, bei den Frauen in Sachsen-Anhalt sind es die Altersgruppen *85 und älter* und *90 und älter*. Die Abnahme ist besonders deutlich bei Kindern/Jugendlichen (weiblich und männlich) *unter 15* Jahre.



Datenquelle: Statistisches Bundesamt (gbe-bund-online 29.09.2015)

Abb. 5 Bevölkerung männlich, in Altersgruppen, Mittelwerte 1990 – 1994 und 2008 – 2012, Deutschland und Sachsen-Anhalt



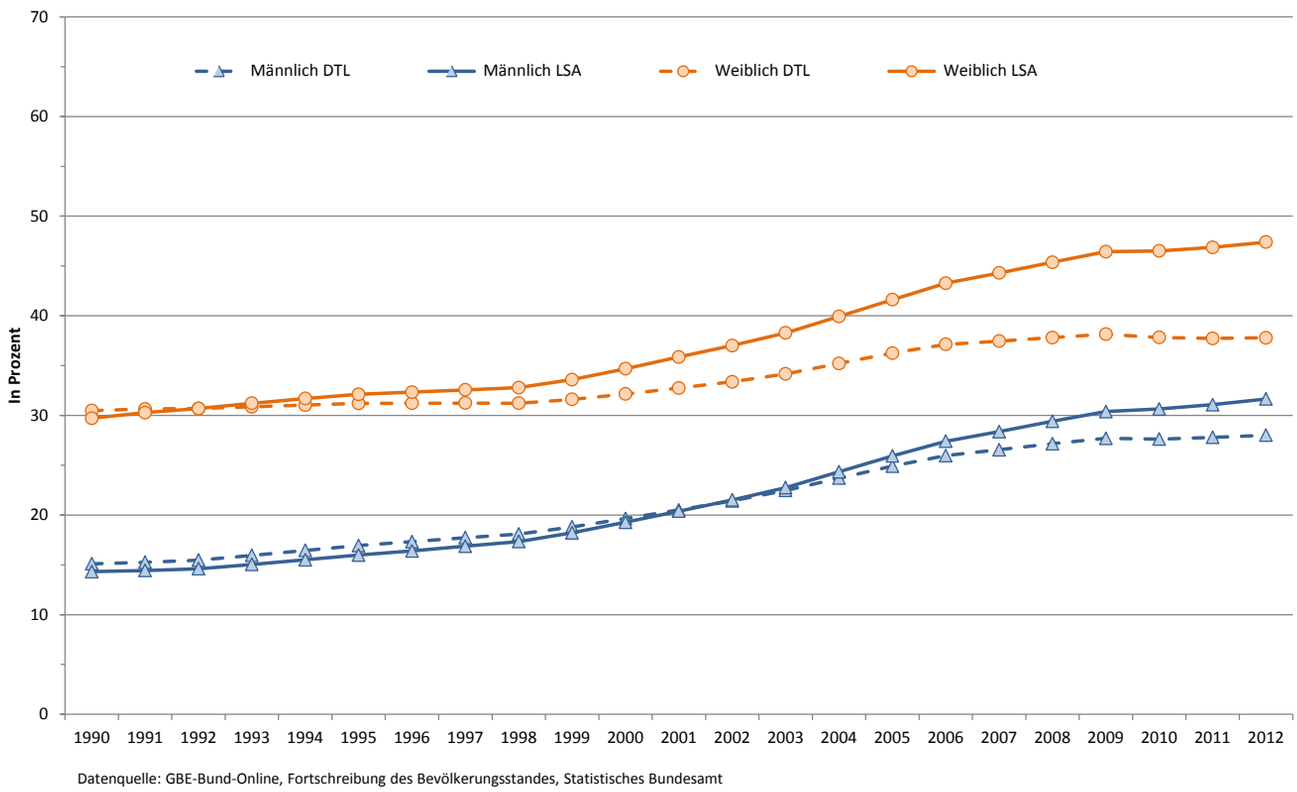
Datenquelle: Statistisches Bundesamt (gbe-bund-online 29.09.2015)

Abb. 6 Bevölkerung weiblich, in Altersgruppen, Mittelwerte 1990 – 1994 und 2008 – 2012, Deutschland und Sachsen-Anhalt

3.1.6 Altenquotient

Der Altenquotient ist das Verhältnis von Personen in der Bevölkerung, die 65 Jahre oder älter sind, zu Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, in Prozent.

Betrug der Altenquotient 1990 in Sachsen-Anhalt bei den Frauen noch 29,7 und bei den Männern 14,3, so waren es 2012 bei den Frauen 47,4 und bei den Männern 31,7. Die Werte sind bei den Frauen seit 1993, bei den Männern seit 2002 höher als im Bundesdurchschnitt und steigen kontinuierlich. Nach Berechnungen des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt (2015) wird der Altenquotient im Jahr 2025 insgesamt ca. 58 betragen (im Vergleichsjahr 2008: ca. 39), in einigen Landkreisen wird er allerdings bei weit über 60 bis fast 73 liegen (vgl. GBE-Indikator 2.12: www.gbe.sachsen-anhalt.de). In der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (gbe-bund.de 01.09.2015) werden für Deutschland für das Jahr 2030 ca. 22 Millionen Menschen im Alter von 65 oder älter geschätzt (für 2040 ca. 24 Millionen). Das wären im Jahr 2030 ca. 27 % der geschätzten Gesamtbevölkerung (2040 ca. 30 %).



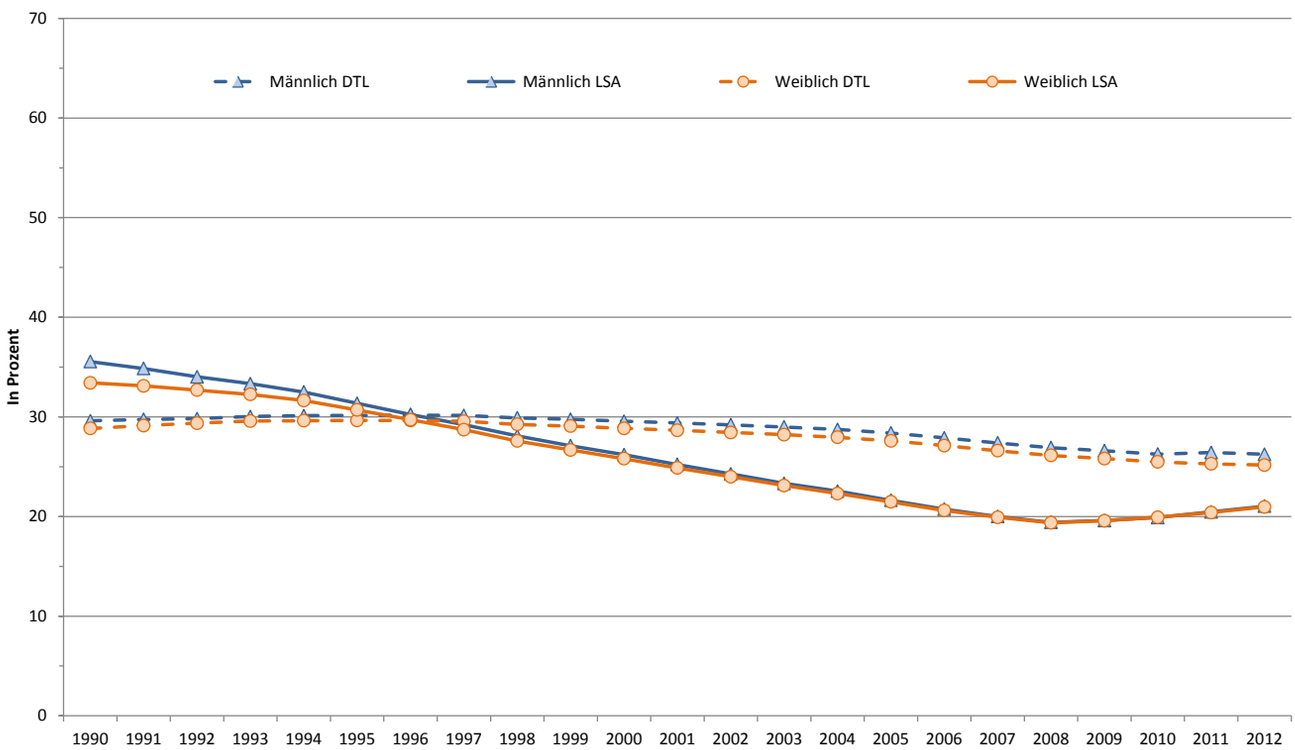
Datenquelle: GBE-Bund-Online, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt

Abb. 7 Altenquotient Deutschland und Sachsen-Anhalt

3.1.7 Jugendquotient

Eine gegenläufige Entwicklung zeigt der Jugendquotient (das Verhältnis von Personen in der Bevölkerung, die jünger als 18 Jahre alt sind, zu Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, in Prozent). Von 1990 an sank der Jugendquotient in Sachsen-Anhalt von 33,4 (weiblich) bzw. 35,6 (männlich) auf 19,4 (weiblich und männlich) im Jahr 2008. Seitdem ist ein leichter Anstieg festzustellen. Seit 1996 liegt der Jugendquotient von Sachsen-Anhalt unter dem Bundesdurchschnitt.

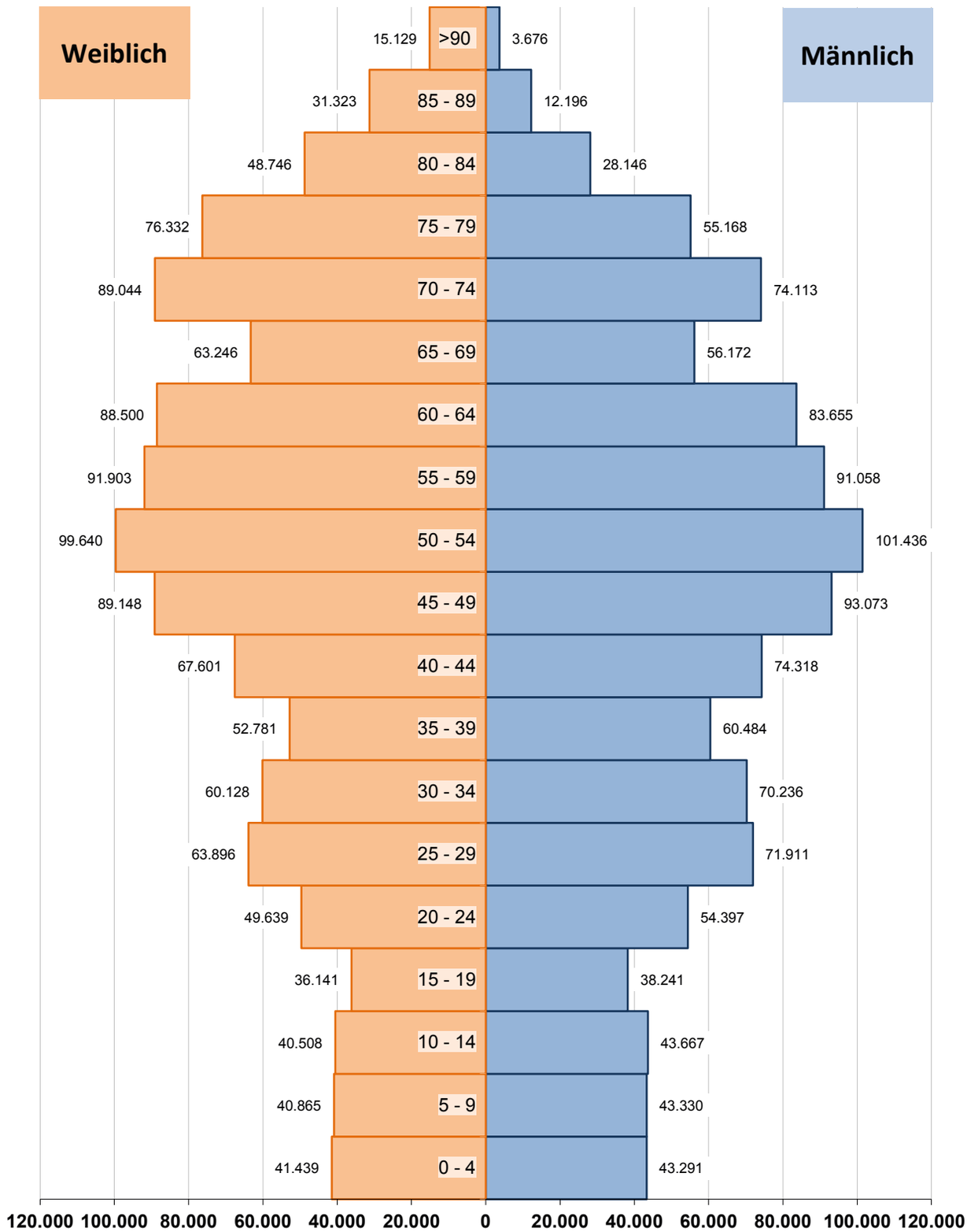
Nach Berechnungen des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt (2015) wird der Jugendquotient im Jahr 2025 insgesamt bei ca. 28 liegen, was eine Verbesserung zum Vergleichsjahr 2008 (ca. 24) darstellt.



Datenquelle: GBE-Bund-Online, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt

Abb. 8 Jugendquotient Deutschland und Sachsen-Anhalt

3.1.8 Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht



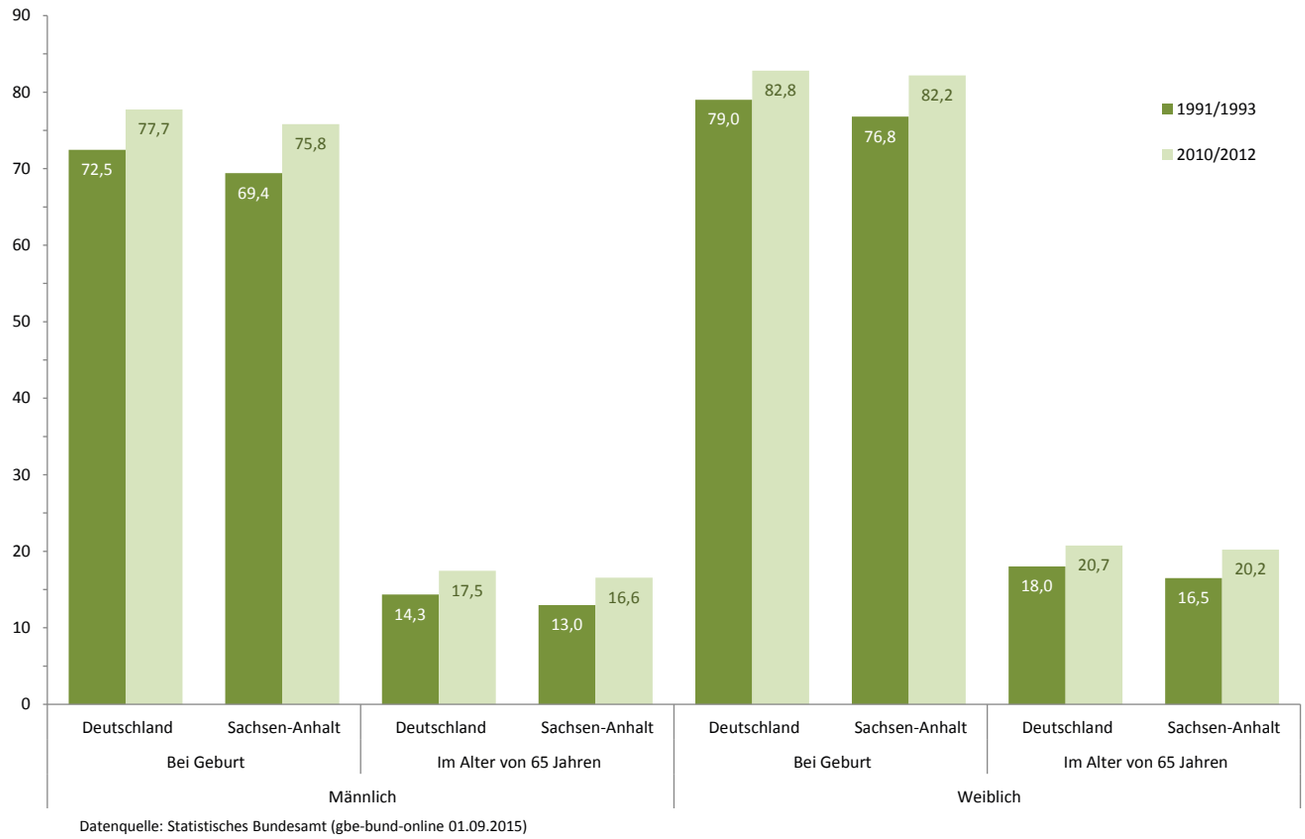
Datenquelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Halle (Saale), 2015: Ergebnisse auf Basis des Zensus vom 9. Mai 2011 - mit Stand vom 10.04.2014

Abb. 9 Bevölkerung am 31.12. nach Alter und Geschlecht, Sachsen-Anhalt, 2013

Dieser Altersaufbau der Bevölkerung, der schon lange keine sogenannte Alterspyramide mehr darstellt, zeigt, dass zwar wieder mehr Kinder als vor 20 Jahren geboren werden, dass aber die weibliche Bevölkerung im Alter von 20 bis 50 Jahren „geschrumpft“ ist, vor allem durch Fortzüge jüngerer Frauen, die in anderen Bundesländern bessere Berufs- und Lebenschancen finden – und dort auch ihre Kinder bekommen. Ab 60 gibt es dann einen immer stärker werdenden Frauenüberschuss. Bei den Männern in der Altersgruppe 85 und älter zeigen sich immer noch die Verluste des 2. Weltkrieges.

3.1.9 Lebenserwartung

So wie in Deutschland insgesamt, nimmt in Sachsen-Anhalt die Lebenserwartung kontinuierlich zu. Betrug die Lebenserwartung in Sachsen-Anhalt bei Geburt für Frauen 1991/1993 noch 76,8 Jahre und für Männer 69,4 Jahre, so waren es 2010/2012 bei den Frauen fast 82,2 Jahre und bei den Männern 75,8 Jahre. Ein Blick auf die fernere Lebenserwartung zeigt, dass Frauen in Sachsen-Anhalt, die das Alter von 65 Jahren erreicht haben, eine weitere Lebenserwartung von 20,2 Jahren und Männer von 16,6 Jahren vor sich haben. Die Lebenserwartung bei Geburt und die fernere Lebenserwartung sind in Sachsen-Anhalt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern niedriger als im Bundesdurchschnitt.



Datenquelle: Statistisches Bundesamt (gbe-bund-online 01.09.2015)

Abb. 10 Lebenserwartung der Männer/Frauen in Deutschland und Sachsen-Anhalt

3.2 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

3.2.1 Zusammenfassung

In Sachsen-Anhalt ist die globale, d. h. alle Behandlungsanlässe A00 – Z99 umfassende jährliche ambulante Behandlungsquote von GKV-Versicherten bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten in der gesamten, d. h. alle Altersgruppen umfassenden Versichertenpopulation laut BARMER-GEK-Arztreport 2013 – 2015 hoch (92,5 % – 93,6 %), aber nur unwesentlich höher als im Bundesdurchschnitt (92,1 % – 92,9 %).

Die globale Behandlungsquote bei ≥ 65-jährigen GKV-Versicherten in Sachsen-Anhalt ist erwartungsgemäß noch etwas höher als in der Gesamtpopulation der GKV-Versicherten, zeigte jedoch in den Jahren 2011, 2012 und 2013 einen abnehmenden Trend (98,3 %, 96,7 %, 96,0 %). Vergleichsdaten zu ≥ 65-Jährigen in Deutschland sind nicht verfügbar.

Das Spektrum der 20 häufigsten ambulanten Einzeldiagnosen bei ≥ 65-Jährigen ist in Sachsen-Anhalt und Deutschland sehr ähnlich. Allerdings fallen unter diesen häufigsten Diagnosen 10 Diagnosen auf, bei denen die Behandlungsquote in Sachsen-Anhalt deutlich (≥ 20 %) vom Bundesdurchschnitt abweicht. 4 von 5 Diagnosen, die in Sachsen-Anhalt eine deutlich erhöhte ambulante Behandlungsquote aufweisen, betreffen indirekt (als Risikofaktoren: E11, E66) oder direkt (als Folgeerkrankungen: I25, I50) das **Kreislaufsystem**. Bei 4 Diagnosen zeigte sich in Sachsen-Anhalt eine geringere ambulante Inanspruchnahme/Behandlungsquote als im Bundesdurchschnitt. Hier könnten allerdings andere (nicht epidemiologisch bedingte) Gründe eine Rolle spielen (vgl. Kapitel 3.2.5). Die auffälligen ambulanten Diagnosen in Sachsen-Anhalt zeigen mehrheitlich einen leicht steigenden Trend der Behandlungsquoten.

Im Gegensatz zu Krankenhausfällen (Kapitel 3.3) und Sterbefällen (Kapitel 3.4) ist im ambulanten Bereich die Behandlungsquote bei Frauen etwas höher als bei Männern. Insbesondere sind sie häufiger wegen Erkrankungen des **Muskel-Skelett-Systems** (Arthrose des Kniegelenks, Osteoporose, Spondylose), **Krampfadern** und **Depressionen** (letzteres nur in der Altersgruppe der ≥ 80-Jährigen) in ambulanter Behandlung. Männer sind häufiger als Frauen wegen **Erkrankungen des Kreislaufsystems** in ambulanter Behandlung; entweder sowohl bei 65- bis 79-Jährigen als auch bei ≥ 80 Jährigen (chronische

ischämische Herzkrankheit, kardiale oder vaskuläre Implantate) oder zumindest in einer der beiden Altersgruppen (Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern/-flattern, sonstige kardiale Arrhythmien).

Die globale, alle Behandlungsanlässe A00 – Z99 umfassende ambulante Behandlungsquote nahm erwartungsgemäß mit dem Alter (d. h. von der Altersgruppe 65 – 79 Jahre zu der Altersgruppe ≥ 80 Jahre) zu. Einen „positiven Altersgang“ (Zunahme der Behandlungsquote mit zunehmendem Alter) zeigte sich in beiden Geschlechtern vor allem bei bestimmten Krankheiten des Kreislaufsystems und bei Knie- und Hüftarthrosen. Bei Frauen stieg auch die Behandlungsquote bezüglich Diabetes Typ 2, Depressionen und Osteoporose.

3.2.2 Methodische Vorbemerkungen

Die Häufigkeit, mit der bestimmte Diagnosen bei Patienten von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten zum Zwecke der Abrechnung an die jeweilige Krankenkasse bzw. im Falle von gesetzlich Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldet werden, kann einen Hinweis darauf liefern, wie häufig die betreffende Erkrankung in der Bevölkerung ist. Da die Diagnosestellungen jedoch nicht zum Zweck und mit der Methodik einer epidemiologischen Erhebung von Erkrankungshäufigkeiten erfolgen, sondern primär Abrechnungszwecken dienen und diesbezüglichen Regularien unterworfen sind, ist die epidemiologische Aussagekraft dieser „Abrechnungsdaten“ eingeschränkt: Unterschiede von Diagnosehäufigkeiten zwischen Regionen und/oder zwischen Krankheitsgruppen können unter Umständen auch von abrechnungstechnischen Faktoren beeinflusst sein. Ein zusätzliches Problem stellt die für alle Vergleiche zwischen Regionen notwendige Berechnung von populationsbezogenen *Quoten* dar. Für die Deutschlandpopulation wird hier auf die veröffentlichten Quoten des jährlich erscheinenden BARMER-GEK-Arztreports zurückgegriffen. Dort werden Behandlungsquoten und Diagnosehäufigkeiten in der großen, aber spezifischen Versichertenpopulation der BARMER-GEK durch bestimmte Rechenoperationen auf die deutsche Gesamtbevölkerung extrapoliert. Außer für die *globale* (nicht nach Diagnosen differenzierte) Behandlungsquote stehen in diesen Berichten keine Quoten für einzelne Bundesländer zur Verfügung. Für einen Vergleich von Diagnosehäufigkeiten bei ≥ 65-Jährigen zwischen Sachsen-Anhalt und Deutschland wurden für den vorliegenden Bericht deshalb von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) die Häufigkeiten von Diagnosen bei GKV-Versicherten auf der Basis von Patientenpseudonymen erhoben und bereitgestellt. Diese Patientenpseudonyme werden aus der Krankenkassenzugehörigkeit, dem Vor- und Familiennamen und dem Geburtsdatum gebildet. Dabei kann es zu einer Mehrfachzählung derselben Person kommen, wenn diese innerhalb des Abrechnungsjahres die Krankenkasse wechselt und/oder den Namen ändert (z. B. bei Eheschließung/Scheidung) und/oder wenn Schreibfehler bei einer händischen Erfassung des (Vor-)Namens und/oder des Geburtsdatums erfolgen (z. B. bei Notfallaufnahmen ohne Versichertenkarte). Eine Gleichsetzung von Patientenpseudonymen und Versicherten würde die Anzahl von Patienten (Personen) also etwas überschätzen. Um einen Vergleich mit den patienten-(personen-)bezogenen Behandlungsquoten in den BARMER-GEK-Arztreports zu ermöglichen, wurde die Anzahl der Patientenpseudonyme in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2011 – 2013 jeweils durch folgende Rechenoperation für mögliche Mehrfachzählungen von Versicherten korrigiert:

A	GKV-Versicherte in Sachsen-Anhalt im betr. Jahr	
B	Behandlungsquote in Sachsen-Anhalt laut BARMER-GEK-Arztreport im betr. Jahr	
C	Geschätzte Anzahl behandelter GKV-Versicherter in Sachsen-Anhalt im betr. Jahr	A * B
D	Gemeldete Patientenpseudonyme A00 – Z99 bei der KVSA im betr. Jahr	
E	Differenz	D - C
F	Anteil der Mehrfachzählung unter Patientenpseudonymen im betr. Jahr	E / D
G	Korrekturfaktor für das betr. Jahr	1 - F

Der Korrekturfaktor für Mehrfachzählungen variierte in den bisher berechneten Erhebungsjahren 2011 – 2013 nur sehr geringfügig (0,948 – 0,967). Für das Jahr 2014 ist noch kein Korrekturfaktor berechenbar, weil die allgemeine Behandlungsquote Sachsen-Anhalt 2014 erst im BARMER-GEK-Arztreport 2016 veröffentlicht wird. Als Korrekturfaktor 2014 wird deshalb der Mittelwert der Korrekturfaktoren der Jahre 2011 – 2013 verwendet. Die für Sachsen-Anhalt berechnete Maßzahl: korrigierte Patientenpseudonyme/100 GKV-Versicherte wird im Folgenden vereinfachend als „Behandlungsquote“ bezeichnet.

3.2.3 Globale ambulante Behandlungsquote

Die „globale“, d. h. alle Behandlungsanlässe A00 – Z99 umfassende Behandlungsquote in Sachsen-Anhalt unterscheidet sich – bezogen auf alle Altersgruppen – laut der BARMER-GEK-Arztreporte nur unwesentlich von derjenigen im Bundesdurchschnitt und betrug in den Jahren 2011 – 2013 92,5 % – 93,6 % (Abbildung 11). Bezüglich der globalen Behandlungsquote von ≥ 65-Jährigen liegen keine Vergleichsdaten für Deutschland vor.

Die Zeittrends der globalen ambulanten Behandlungsquoten scheinen sich zwischen Gesamtpopulation (tendenziell steigend) und ≥ 65-Jährigen (tendenziell fallend) zu unterscheiden. Allerdings sind die jeweiligen Anstiege bzw. Abnahmen sehr gering (um nur 1,2 % – 1,4 % des Ausgangswertes)

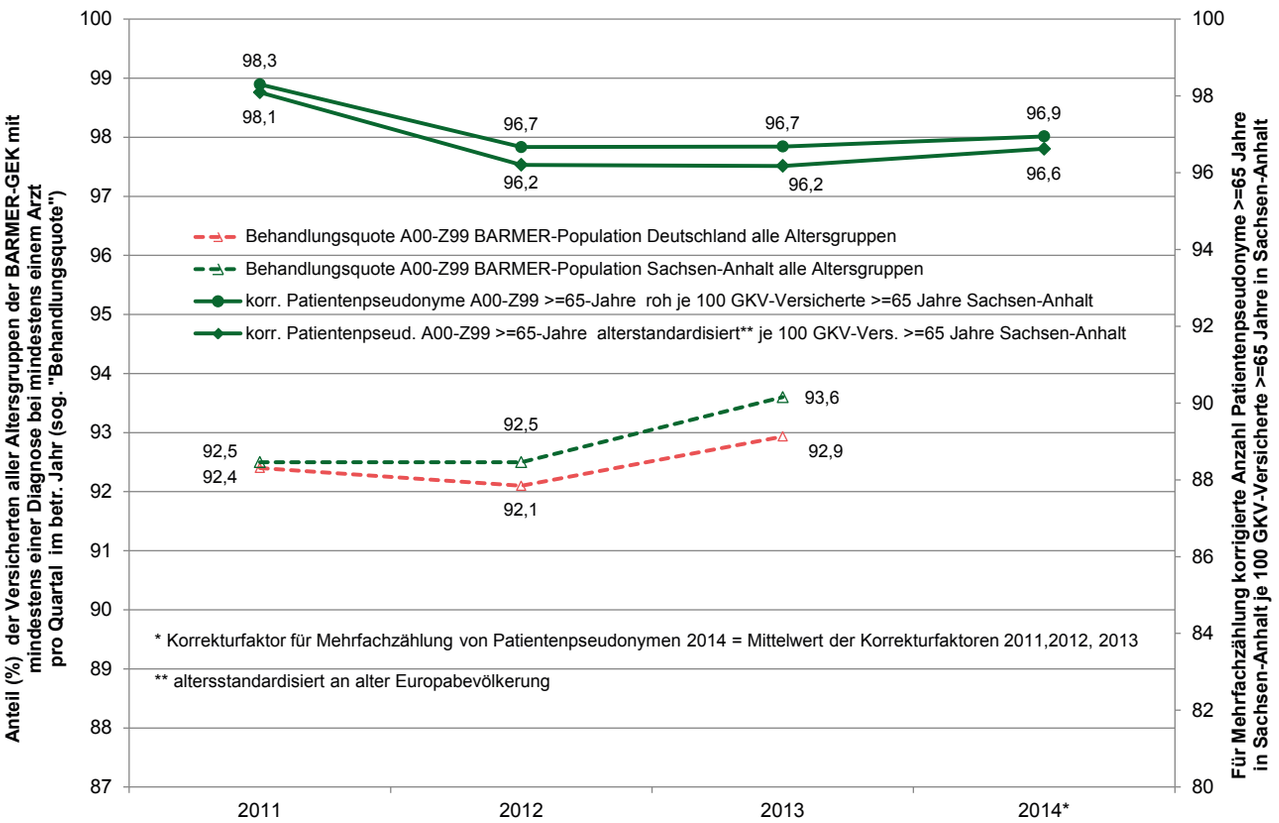


Abb. 11 Globale Behandlungsquote in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (alle Behandlungsanlässe, A00 – Z99), Sachsen-Anhalt/ Deutschland, Zeittrend 2011 – 2013

3.2.4 Die häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-3-Steller) in Sachsen-Anhalt und Deutschland

Um nach eventuellen, quantitativ wichtigen Unterschieden in der Häufigkeit ambulant behandelter Erkrankungen in der Bevölkerung der ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt und Deutschland zu suchen, werden im Folgenden die Behandlungsquoten bezüglich der jeweils **20 häufigsten Einzeldiagnosen** (ICD-3-Steller) in Sachsen-Anhalt und in Deutschland im Mittelwert der Jahre 2012 und 2013 verglichen.

Da die Deutschlandwerte für ≥ 65-Jährige in den BARMER-GEK-Reporten nur in den Altersgruppen 65 – 79 Jahre und ≥ 80 Jahre und nur getrennt nach Frauen und Männern dargestellt sind, wurden die Daten aus Sachsen-Anhalt in denselben Gruppen zusammengefasst.

In Tabelle 1 bis Tabelle 4 sind die Behandlungsquoten bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten in Deutschland und in Sachsen-Anhalt bei 65- bis 79-Jährigen und bei ≥ 80-Jährigen jeweils getrennt für Frauen und Männer dargestellt.

In Tabelle 5 sind die „Patientenzahlen“ (für Mehrfachzählungen korrigierte Anzahl von Patientenpseudonymen) ≥ 65 Jahre in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt betreffend der 20 häufigsten Diagnosen in Sachsen-Anhalt und Deutschland dargestellt.

Tab. 1 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch 65- bis79-jährige Frauen bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013

	% der gesetzlich Versicherten mit der betr. Diagnose in mind. einem Quartal bei mind. einem Arzt				
	Deutschland		Sachsen-Anhalt		
	%*	Rang	%**	Rang	% ST/% D
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	66,7	1	76,0	1	1,14
E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, sonstige Lipidämien	47,5	2	38,9	4	0,82
H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	43,5	3	36,5	5	0,84
M54 Rückenschmerzen	41,1	4	40,0	3	0,97
Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	37,6	5	34,2	6	0,91
N95 Klimakterische Störungen	32,8	7	24,1	10	0,73
Z25 Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	33,4	7	51,4	2	1,54
E04 Sonstige nichttoxische Struma	22,3	9	22,3	11	1,00
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	22,1	9	26,8	8	1,21
M47 Spondylose	22,1	10	18,1	19	0,82
Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	21,0	12	20,5	14	0,98
I83 Varizen der unteren Extremitäten	20,0	13	18,7	18	0,94
H26 Sonstige Kataraktformen	19,8	14			
Z01 Sonst. spezielle Untersuchungen/ Abklärungen (ohne Beschwerden/Diagnose)	20,2	15	20,5	14	1,02
E11 Nicht primär insulinabh. (Typ-2-)Diabetes mellitus	19,5	16	31,3	7	1,61
H25 Cataracta senilis	19,2	16	20,5	14	1,07
M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	19,2	16	20,7	13	1,08
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	19,4	16	19,4	17	1,00
F32 Depressive Episode	18,8	18			
F45 Somatoforme Störungen	17,8	20			
H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut	17,3	20	16,2	20	0,92
E66 Adipositas			20,7	14	
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit			25,4	9	

* Diagnosehäufigkeit laut BARMER-Arztreport 2014, 2015, ** für Mehrfachzählung korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme/100 GKV-Versicherte
(die Quoten für Deutschland und die Quoten für Sachsen-Anhalt sind an der Deutschlandbevölkerung 2012 bzw. 2013 altersstandardisiert)

Tab. 2 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch 65- bis 79-jährige Männer bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013

	% der gesetzlich Versicherten mit der betr. Diagnose in mind. einem Quartal bei mind. einem Arzt				
	Deutschland		Sachsen-Anhalt		
	%*	Rang	%**	Rang	% ST/% D
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	69,0	1	72,6	1	1,05
E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, sonstige Lipidämien	48,0	2	39,6	3	0,82
H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	37,6	3	32,8	7	0,87
N40 Prostatahyperplasie	35,9	4	35,7	4	0,99
Z25 Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	33,8	5	49,7	2	1,47
M54 Rückenschmerzen	32,3	6	29,6	8	0,92
E11 Nicht primär insulinabh. (Typ-2-)Diabetes mellitus	27,6	8	34,4	5	1,25
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	27,7	8	33,6	6	1,21
Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	24,7	9	28,4	9	1,15
Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	20,8	10	19,0	10	0,91
E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	17,8	11	16,1	14	0,91
M47 Spondylose	16,8	12	13,5	20	0,81
H25 Cataracta senilis	16,4	14	17,9	12	1,09
H26 Sonstige Kataraktformen	16,4	14			
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	15,9	15	18,0	11	1,14
E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	15,4	17			
H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut	15,5	17	15,1	16	0,98
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	14,8	18	15,3	15	1,04
E66 Adipositas	13,8	19	16,0	14	1,20
K76 Sonstige Krankheiten der Leber	13,5	20			
H53 Sehstörungen	13,2	20			
I50 Herzinsuffizienz			14,9	18	
Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese			14,7	17	
Z95 Kardiale oder vaskulären Implantate oder Transplantate			13,5	19	

* Diagnosehäufigkeit laut BARMER-Arztreport 2014, 2015, ** für Mehrfachzählung korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme/100 GKV-Versicherte
(die Quoten für Deutschland und die Quoten für Sachsen-Anhalt sind an der Deutschlandbevölkerung 2012 bzw. 2013 altersstandardisiert)

Tab. 3 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 80-jährige Frauen bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013

	% der gesetzlich Versicherten mit der betr. Diagnose in mind. einem Quartal bei mind. einem Arzt				
	Deutschland		Sachsen-Anhalt		
	%*	Rang	%**	Rang	% ST/% D
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	77,4	1	82,7	1	1,07
E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, sonstige Lipidämien	46,5	2	33,2	6	0,71
H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	40,0	3	28,9	11	0,72
M54 Rückenschmerzen	36,7	5	31,2	10	0,85
Z25 Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	36,7	5	52,3	2	1,43
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	35,3	6	31,8	8	0,90
M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	29,8	7	28,7	11	0,96
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	28,5	8	33,5	6	1,18
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	26,7	9	47,2	3	1,77
H26 Sonstige Kataraktformen	25,9	10	22,6	13	0,87
H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut	25,8	11	20,1	15	0,78
E11 Nicht primär insulinabh. (Typ-2-)Diabetes mellitus	23,2	12	39,6	5	1,71
I50 Herzinsuffizienz	22,8	13	31,5	9	1,39
F32 Depressive Episode	22,3	15	15,9	20	0,71
I83 Varizen der unteren Extremitäten	22,3	15	19,2	17	0,86
M47 Spondylose	21,8	16	16,6	19	0,76
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	18,7	18	19,5	16	1,04
H25 Cataracta senilis	18,4	18	21,1	14	1,15
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	18,3	19			
H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	17,7	20			
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern			18,8	18	
E04 Sonstige nichttoxische Struma			15,8	20	

* Diagnosehäufigkeit laut BARMER-Arztreport 2014, 2015, ** für Mehrfachzählung korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme/100 GKV-Versicherte
(die Quoten für Deutschland und die Quoten für Sachsen-Anhalt sind an der Deutschlandbevölkerung 2012 bzw. 2013 altersstandardisiert)

Tab. 4 Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 80-jährige Männer bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013

	% der gesetzlich Versicherten mit der betr. Diagnose in mind. einem Quartal bei mind. einem Arzt				
	Deutschland		Sachsen-Anhalt		
	%*	Rang	%**	Rang	% ST/% D
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	76,5	1	79,6	1	1,04
E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, sonstige Lipidämien	46,3	2	35,5	6	0,77
N40 Prostatahyperplasie	45,4	3	43,9	4	0,97
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	42,9	4	55,4	2	1,29
H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	41,7	6	32,4	7	0,78
Z25 Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	40,8	6	54,3	3	1,33
M54 Rückenschmerzen	32,0	7	27,2	10	0,85
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	30,5	8	29,5	9	0,97
E11 Nicht primär insulinabh. (Typ-2-)Diabetes mellitus	29,6	9	38,9	5	1,31
H26 Sonstige Kataraktformen	26,0	10	22,4	14	0,86
H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut	25,1	11	21,3	17	0,85
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	22,0	13	23,0	13	1,05
I50 Herzinsuffizienz	22,2	13	31,1	8	1,40
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	21,6	14	25,1	11	1,17
H25 Cataracta senilis	20,9	16	23,6	12	1,13
I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	20,9	16	18,4	19	0,88
Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	20,2	17	22,1	15	1,10
H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	20,2	18	7,2	24	0,70
E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	19,4	19			
Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	20,3	19	20,7	17	1,07
Z95 Kardiale oder vaskulären Implantate oder Transplantate	19,4	20	20,2	18	1,04
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]			17,0	20	

* Diagnosehäufigkeit laut BARMER-Arztreport 2014, 2015, ** für Mehrfachzählung korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme/100 GKV-Versicherte
(die Quoten für Deutschland und die Quoten für Sachsen-Anhalt sind an der Deutschlandbevölkerung 2012 bzw. 2013 altersstandardisiert)

Tab. 5 Anzahl ≥ 65-jähriger „Patienten“* in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt bezüglich der 20 häufigsten Diagnosen in Sachsen-Anhalt und Deutschland, Mittelwerte 2012/2013

	ICD3	Frauen		Männer		Beide	
		Anzahl	%**	Anzahl	%**	Anzahl	%**
Diagnosen, die in beiden Geschlechtern zu den Top 20 zählen	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	258.524	78,3	171.097	74,2	429.621	76,6
	Z25 Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	171.116	51,8	117.252	50,9	288.368	51,4
	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechs., sonst. Lipidämien	123.376	37,4	89.657	38,9	213.033	38,0
	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	106.534	32,3	88.245	38,3	194.779	34,7
	E11 Nicht primär insulinabh. (Typ-2-) Diabetes mellitus	112.545	34,1	81.729	35,5	194.273	34,6
	M54 Rückenschmerzen	123.629	37,4	67.069	29,1	190.698	34,0
	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	113.544	34,4	75.951	33,0	189.495	33,8
	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	88.599	26,8	62.729	27,2	151.329	27,0
	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	95.890	29,0	45.139	19,6	141.029	25,2
	Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	77.564	23,5	42.294	18,4	119.858	21,4
	H25 Cataracta senilis	68.951	20,9	44.448	19,3	113.399	20,2
	I50 Herzinsuffizienz	61.634	18,7	42.091	18,3	103.725	18,5
	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	61.089	18,5	41.723	18,1	102.812	18,3
	H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut	58.002	17,6	38.008	16,5	96.011	17,1
	H26 Sonstige Kataraktformen	60.490	18,3	34.722	15,1	95.212	17,0
	E66 Adipositas	60.550	18,3	34.441	14,9	94.990	16,9
	M47 Spondylose	58.480	17,7	31.845	13,8	90.325	16,1
	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	77.158	23,4	11.909	5,2	89.067	15,9
	E04 Sonstige nichttoxische Struma	66.762	20,2	21.936	9,5	88.698	15,8
	I83 Varizen der unteren Extremitäten	62.542	18,9	22.946	10,0	85.488	15,2
	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	53.710	16,3	30.509	13,2	84.219	15,0
	Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	36.908	11,2	37.122	16,1	74.030	13,2
	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	40.603	12,3	32.542	14,1	73.145	13,0
	E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	34.180	10,3	37.337	16,2	71.517	12,8
	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	38.676	11,7	32.744	14,2	71.420	12,7
	E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	37.432	11,3	28.680	12,4	66.112	11,8
	H53 Sehstörungen	39.336	11,9	25.791	11,2	65.127	11,6
	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	46.853	14,2	17.822	7,7	64.675	11,5
	F32 Depressive Episode	48.449	14,7	16.141	7,0	64.591	11,5
	F45 Somatoforme Störungen	45.111	13,7	18.385	8,0	63.496	11,3
	Z01 Sonst. spezielle Untersuchungen/ Abklärungen (ohne Beschwerden/Diagnose)	53.862	16,3	7.811	3,4	61.673	11,0
	Z95 Kardiale oder vaskulären Implantate oder Transplantate	23.169	7,0	34.501	15,0	57.670	10,3
	K76 Sonstige Krankheiten der Leber	31.614	9,6	25.975	11,3	57.589	10,3
	H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	29.051	8,8	23.328	10,1	52.379	9,3
	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	16.961	5,1	9.580	4,2	26.540	4,7
nur bei Frauen unter den Top 20	N95 Klimakterische Störungen	61.582	18,6				
	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	26.316	8,0				
	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	23.964	7,3				
nur bei Männern unter den Top 20	N40 Prostatahyperplasie			86.401	37,5		
	K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit			27.203	11,8		
	K29 Gastritis und Duodenitis			23.401	10,2		
	L30 Sonstige Dermatitis			22.726	9,9		
	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, a.o. nicht klassifiziert			15.780	6,8		
	Z27 Impfung gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten			15.356	6,7		
	J20 Akute Bronchitis			12.288	5,3		
GKV-Versicherte		330.284		230.461		560.745	

* für Mehrfachzählung korrigierte Anzahl gemeldeter Patientenpseudonyme,
** von GKV-Versicherten (Einzeldiagnosen addieren sich nicht zu 100 %, weil pro Patient meist mehrere Diagnosen pro Quartal gemeldet werden)

Es zeigt sich, dass

- ein erheblicher Anteil der ≥ 65-jährigen GKV-Versicherten in Sachsen-Anhalt jährlich mindestens einmal bezüglich mindestens einer der Diagnosen in ambulanter Behandlung ist (z. B. 429.621 Patienten = 76,6 % der ≥ 65-jährigen Versicherten bezüglich Hypertonie, vgl. Tabelle 5),
- das Gesamtspektrum der 20 häufigsten ambulanten Diagnosen in Sachsen-Anhalt und Deutschland in weiten Teilen übereinstimmt (relativ wenige Diagnosen sind *nur* in Deutschland oder *nur* in Sachsen-Anhalt unter den Top 20, vgl. Tabelle 1 bis Tabelle 4),
- es allerdings bei einer Reihe von Diagnosen erhebliche Unterschiede bezüglich des Häufigkeitsranges und der versichertenbezogenen Behandlungsquote zwischen Sachsen-Anhalt und Deutschland gibt (vgl. Kapitel 3.2.5),
- sich das Spektrum der häufigsten Diagnosen zwischen Frauen und Männern deutlich unterscheidet (vgl. Kapitel 3.2.6),
- sich das Spektrum der häufigsten Diagnosen mit zunehmendem Alter verändert (vgl. Kapitel 3.2.7).

3.2.5 Identifizierung von „auffälligen“ Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt

Eine Besprechung sämtlicher, ggf. geschlechtsspezifischer Unterschiede der Behandlungsquoten zwischen Sachsen-Anhalt und Deutschland in Tabelle 1 bis Tabelle 4 ist im Rahmen dieses Berichts nicht möglich. Deshalb wurden unter den 20 häufigsten Diagnosen als „**auffällige ambulante Einzeldiagnosen“** nur solche berücksichtigt, bei denen

1. der Quotient aus der mittleren Behandlungsquote in Sachsen-Anhalt 2012 – 2013 und der mittleren Behandlungsquote in Deutschland 2012 – 2013 **≥ 1,20** oder **≤ 0,80** war, d. h. bei denen im Mittel der Jahre 2012 – 2013 die Behandlungsquote **≥ 20 % höher oder ≥ 20 % geringer war als im Bundesdurchschnitt**,
2. eine „**doppelte Auffälligkeit**“ vorliegt (d. h. die Auffälligkeit, wenn sie nur in einer der beiden Altersgruppen vorliegt, bei beiden Geschlechtern gleichgerichtet auftreten muss, bzw. wenn sie nur bei einem der Geschlechter vorliegt, in beiden Altersgruppen gleichgerichtet auftreten muss).

Nach Anwendung dieses Auswahlkriteriums ergibt sich eine Liste von

9 auffälligen ambulanten Diagnosen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt.

Diese sind in Tabelle 6 zusammengestellt. Es fällt auf:

- Bei 5 der 9 auffälligen Diagnosen liegt eine „Negativabweichung“ vor, die Behandlungsquote in Sachsen-Anhalt ist *höher* als im Bundesdurchschnitt. Unter diesen 5 sind 4 Diagnosen, die indirekt (als Risikofaktoren: E11, E66) oder direkt (als Folgeerkrankungen: I25, I50) das **Kreislaufsystem** betreffen.
- Bei 4 der 9 auffälligen Diagnosen ist die Behandlungsquote in Sachsen-Anhalt *niedriger* als im Bundesdurchschnitt. Ob es sich hierbei um echte „Positivabweichungen“ handelt, kann nicht sicher entschieden werden, weil drei dieser Diagnosen (F32, H35, H52) in der Regel von Facharztgruppen gestellt werden, bei denen in Sachsen-Anhalt eine relativ geringe Vertragsarztdichte herrscht (Psychotherapeuten) bzw. lange Wartezeiten auf Arzttermine berichtet werden (Augenärzte) und deshalb für ältere Patienten eventuell der Zugang zur entsprechenden ambulanten Kontrolle/Behandlung erschwert ist und weil bei einer Diagnose (E78: Lipoproteinstoffwechselstörung) eventuell eine Unterdiagnose vorliegt (siehe Diskussion).
- Bei einer Diagnose (Z25: Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten, darunter vor allem Z25.1: Grippeimpfung) liegt in Sachsen-Anhalt zwar eine erhöhte „Behandlungsquote“ vor, diese ist jedoch bei dieser prophylaktischen Maßnahme als „Positivabweichung“ vom Bundesdurchschnitt zu werten (deshalb in den Tabellen grün markiert).

Weitere mögliche Ursachen für die Abweichungen der ambulanten Behandlungsquoten der 10 auffälligen Diagnosen in Sachsen-Anhalt werden in der Diskussion besprochen.

Tab. 6 Auffällige Diagnosen* bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013 (Zusammenfassung der Tabelle 1 bis Tabelle 4)

	65 – 79 Jahre		≥ 80 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
E11 Nicht primär insulinabhängiger (Typ-2-) Diabetes mellitus	+	+	+	+
E66 Adipositas	+[1]	+		
E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, sonstige Lipidämien	(—)	(—)	—	—
F32 Depressive Episode	—[2]		—	
H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	(—)	(—)	—	—
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	(+)	+	+	+
I50 Herzinsuffizienz		+[1]	+	+
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	+	(+)	(+)	(+)
Z25 Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	+	+	+	+

+/— = Behandlungsquote in Sachsen-Anhalt ≥ 20 % höher/geringer als in Deutschland
(+)/(-) = Behandlungsquote in Sachsen-Anhalt höher/geringer als in Deutschland, aber nicht ≥ 20 %
+[1] = in beiden Jahren (2012 und 2013) nur in Sachsen-Anhalt unter den Top 20
—[2] = in beiden Jahren (2012 und 2013) nur in Deutschland unter den Top 20
leer = weder in Sachsen-Anhalt noch in Deutschland unter den Top 20
* alphabetisch nach ICD-10-Code sortiert

3.2.6 Geschlechtsspezifik bei ambulanten Behandlungsquoten

Eine bei ≥ 65-Jährigen ggf. auftretende geschlechtsspezifisch unterschiedliche ambulante Inanspruchnahme kann nicht an unterschiedlichen Patientenzahlen (-pseudonymen) festgemacht werden: Durch erhöhte Mortalität gibt es im Alter weniger Männer und deshalb per se weniger männliche Patienten in der ambulanten Versorgung (Tabelle 5). Stattdessen kann ein möglicher Unterschied zum Beispiel über den Vergleich von geschlechtsspezifischen, **versichertenbezogenen Behandlungsquoten** dargestellt werden. Berücksichtigt man nur Diagnosen, die quantitativ relevant sind (Top 20 in mindestens einer Altersgruppe und bei mindestens einem der beiden Geschlechter) und die sich *deutlich* zwischen den Geschlechtern unterscheiden (≥ 15 % bzw. nur in einem der Geschlechter unter den Top 20), so ergeben sich die Zusammenstellungen in Tabelle 7 und Tabelle 8. Dort wird deutlich:

Frauen (in Sachsen-Anhalt) sind in beiden Altersgruppen insgesamt häufiger in ambulanter Behandlung (A00 – Z99). Insbesondere sind sie häufiger wegen bestimmter Erkrankungen des **Muskel-Skelett-Systems** (Arthrose des Kniegelenks, Osteoporose, Spondylose) und wegen **Krampfadern** in ambulanter Behandlung als Männer. Altersspezifisch ist der Anteil ambulant behandelter Frauen auch bei Rückenschmerzen, Adipositas, Struma, Abklärungen ohne Beschwerden (Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen) und bei **Depressionen** (≥ 80-Jährige) höher als die entsprechenden Behandlungsquoten bei Männern.

Männer in Sachsen-Anhalt sind in beiden Altersgruppen häufiger als Frauen aufgrund von bestimmten **Erkrankungen des Kreislaufsystems** (Chronische ischämische Herzkrankheit [I25], kardialen oder vaskulären Implantaten [Z95]) und infolge von **medizinischer Behandlung in der Eigenanamnese** (Z92) in ambulanter Behandlung. In der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen ist auch die Behandlungsquote infolge **Herzinsuffizienz** (I50) und Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (E79) bei Männern höher als bei Frauen. In der Altersgruppe der ≥ 80-Jährigen werden Männer bezüglich **Vorhofflimmern/-flattern** (I48) und **sonstigen kardialen Arrhythmien** (I49) versichertenbezogen häufiger behandelt als Frauen.

Die Inanspruchnahme von bestimmten **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen** (Z12) ist in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen bei Frauen höher als bei Männern; in der Altersgruppe der ≥ 80-Jährigen ist es umgekehrt. Dies steht in Einklang mit den Datenauswertungen des Robert Koch-Institutes (RKI, 2009b, S. 156) und ist in einem geschlechtsspezifisch unterschiedlichen „Altersgang“ des Krebsneuerkrankungsrisikos und der Akzeptanz/Sensibilisierung für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen begründet (ebenda).

Tab. 7 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei 65- bis 79-Jährigen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013

		Frauen		Männer		m/w
		%**	Rang	%**	Rang	
A00 – Z99 Alle Behandlungsanlässe		99,1		90,6		0,91
Einzeldiagnosen, bei denen die Behandlungsquote bei Frauen höher ist als bei Männern*	M54 Rückenschmerzen	40,0	3	29,6	8	0,74
	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	34,2	6	28,4	9	0,83
	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	26,8	8	18,0	11	0,67
	E04 Sonstige nichttoxische Struma	22,3	11			
	E66 Adipositas	20,7	13	16,0	14	0,77
	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	20,7	13			
	Z01 Sonst. spezielle Untersuchungen/Abklärungen (ohne Beschwerden/Diagnose)	20,5	14			
	Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	19,4	17	15,3	15	0,79
	I83 Varizen der unteren Extremitäten	18,7	18			
	M47 Spondylose	18,1	19	13,5	20	0,75
Einzeldiagnosen, bei denen die Behandlungsquote bei Männern höher ist als bei Frauen*	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	25,4	9	33,6	6	1,32
	E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels			16,1	14	
	Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese			14,7	17	
	I50 Herzinsuffizienz			14,9	18	
	Z95 Kardiale oder vaskulären Implantate oder Transplantate			13,5	19	

* Auswahlkriterien für auffällige Diagnosen: a) unter den Top 20 in Sachsen-Anhalt UND b) Behandlungsquote in einem der Geschlechter ≥ 15 % höher als beim anderen Geschlecht oder nur in einem der beiden Geschlechter unter den Top 20 (Diagnosen, die per se nur eines der Geschlechter betreffen, sind nicht berücksichtigt)
** korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme je 100 GKV-Versicherte

Tab. 8 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei ≥ 80-Jährigen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013

		Frauen		Männer		m/w
		%**	Rang	%**	Rang	
A00 – Z99 Alle Behandlungsanlässe		100,0		95,2		0,95
Einzeldiagnosen, bei denen die Behandlungsquote bei Frauen höher ist als bei Männern*	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	33,5	6	25,1	11	0,75
	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	28,7	11			
	I83 Varizen der unteren Extremitäten	19,2	17			
	M47 Spondylose	16,6	19			
	F32 Depressive Episode	15,9	20			
Einzeldiagnosen, bei denen die Behandlungsquote bei Männern höher ist als bei Frauen*	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	47,2	3	55,4	2	1,17
	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	18,8	18	23,0	13	1,23
	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen			22,1	15	
	Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese			20,7	17	
	Z95 Kardiale oder vaskulären Implantate oder Transplantate			20,2	18	
	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien			18,4	19	

* Auswahlkriterien für auffällige Diagnosen: a) unter den Top 20 in Sachsen-Anhalt UND b) Behandlungsquote in einem der Geschlechter ≥ 15 % höher als beim anderen Geschlecht oder nur in einem der beiden Geschlechter unter den Top 20 (Diagnosen, die per se nur eines der Geschlechter betreffen, sind nicht berücksichtigt)
** korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme je 100 GKV-Versicherte

3.2.7 Altersspezifik bei ambulanten Behandlungsquoten

Eine Zusammenstellung von quantitativ relevanten Diagnosen (Top 20 in mindestens einer Altersgruppe und bei mindestens einem der beiden Geschlechter) bei denen ein deutlicher Unterschied (≥ 15 % bzw. nur in einer der Altersgruppen unter den Top 20) der ambulanten Behandlungsquote zwischen der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen und der Altersgruppe der ≥ 80-Jährigen besteht, bieten Tabelle 9 und Tabelle 10.

Ein „**Altersgang**“ (***Zunahme*** der Behandlungsquote mit zunehmendem Alter) zeigte sich

in **beiden Geschlechtern** bezüglich:
- ambulanter Behandlungen insgesamt (A00 – Z99),
- bestimmten Krankheiten des Kreislaufsystems (I25, I48, I50),
- Knie- und Hüftarthrosen (M16, M17),
- sonstigen Kataraktformen und Affektionen der Netzhaut (H26, H35),
- anderen (außer kardial-vaskulären) Implantaten (Z96),

bei **Frauen** zusätzlich bezüglich:
- Diabetes Typ 2 (E11),
- Depressionen (F32),
- Osteoporose (M81).

Bei **Männern** zeigte sich ein Altersgang zusätzlich bei
- nicht näher bezeichnetem Diabetes (E14),
- Grauem Star (H25),
- sonstigen kardialen Arrhythmien (I49),
- Prostatahyperplasie (N40),
- Behandlung in Eigenanamnese (Z92),
- kardio-vaskuläre Implantate (Z95).

Ein „**umgekehrter Altersgang**“ (***Abnahme*** der Behandlungsquote mit zunehmendem Alter) zeigte sich

in **beiden Geschlechtern** bezüglich:
- Adipositas (E66)
- Allgemeinuntersuchungen ohne Beschwerden/Diagnosen (Z00)
- bestimmte Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12),

bei **Frauen** zusätzlich bezüglich:
- Struma (E04),
- Untersuchungen/Behandlungen wegen Sehstörungen (H52),
- Rückenschmerzen (M54),
- sonstige, spezielle Untersuchungen ohne Beschwerden/Diagnose (Z01),

bei **Männern** zusätzlich bei:
- Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78),
- Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (E79),
- Spondylose (M47).

Mögliche Ursachen für die auffälligen Geschlechts- und Altersunterschiede bei bestimmten ambulanten Diagnosen werden in der Diskussion besprochen.

Tab. 9 Altersspezifische Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei Frauen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013

		65- bis 79 Jahre		≥ 80 Jahre		≥ 80 / 65 – 79
		%**	Rang	%**	Rang	
A00 – Z99 Alle Behandlungsanlässe		99,1		100,0		1,01
Einzeldiagnosen mit Zunahme der Behandlungsquote mit zunehmendem Alter*	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	25,4	9	47,2	3	1,86
	E11 Nicht primär insulinabhängige (Typ-2-)Diabetes mellitus	31,3	7	39,6	5	1,26
	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	26,8	8	33,5	6	1,25
	Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	19,4	17	31,8	8	1,64
	I50 Herzinsuffizienz			31,5	9	
	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	20,7	13	28,7	11	1,39
	H26 Sonstige Kataraktformen			22,6	13	
	H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut	16,2	20	20,1	15	1,24
	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]			19,5	16	
	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern			18,8	18	
	F32 Depressive Episode			15,9	20	
Einzeldiagnosen mit Abnahme der Behandlungsquote mit zunehmendem Alter*	M54 Rückenschmerzen	40,0	3	31,2	10	0,78
	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	36,5	5	28,9	11	0,79
	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	34,2	6			0,00
	E04 Sonstige nichttoxische Struma	22,3	11	15,8	20	0,71
	E66 Adipositas	20,7	14			
	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	20,5	15			
	Z01 Sonst. spezielle Untersuchungen/Abklärungen (ohne Beschwerden/Diagnose)	20,5	15			

* Auswahlkriterien für auffällige Diagnosen: a) unter den Top 20 in Sachsen-Anhalt UND b) Behandlungsquote in einer Altersgruppe ≥ 15 % höher als in der anderen oder nur in einer der beiden Altersgruppen unter den Top 20
** korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme je 100 GKV-Versicherte

Tab. 10 Altersspezifische Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei Männern, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2012/2013

		65 – 79 Jahre		≥ 80 Jahre		≥ 80 / 65 – 79
		%**	Rang	%**	Rang	
A00 – Z99 Alle Behandlungsanlässe		90,6		95,2		1,05
Einzeldiagnosen mit Zunahme der Behandlungsquote mit zunehmendem Alter*	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	33,6	6	55,4	2	1,65
	N40 Prostatahyperplasie	35,7	4	43,9	4	1,23
	E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus			35,5	6	
	I50 Herzinsuffizienz	14,9	18	31,1	8	2,09
	Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	15,3	15	29,5	9	1,93
	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	18,0	11	25,1	11	1,39
	H25 Cataracta senilis	17,9	12	23,6	12	1,32
	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern			23,0	13	
	H26 Sonstige Kataraktformen			22,4	14	
	H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut	15,1	16	21,3	17	1,42
	Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	14,7	17	20,7	17	1,41
	Z95 Kardiale oder vaskulären Implantate oder Transplantate	13,5	19	20,2	18	1,49
	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien			18,4	19	
	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]			17,0	20	
Einzeldiagnosen mit Abnahme der Behandlungsquote mit zunehmendem Alter*	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, sonst. Lipidämien	39,6	3			
	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	28,4	9	22,1	15	0,78
	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	19,0	10			
	E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	16,1	14			
	E66 Adipositas	16,0	15			
	M47 Spondylose	13,5	20			

* Auswahlkriterien für auffällige Diagnosen: a) unter den Top 20 in Sachsen-Anhalt UND b) Behandlungsquote in einer Altersgruppe ≥ 15 % höher als in der anderen oder nur in einer der beiden Altersgruppen unter den Top 20
** korrigierte Anzahl Patientenpseudonyme je 100 GKV-Versicherte

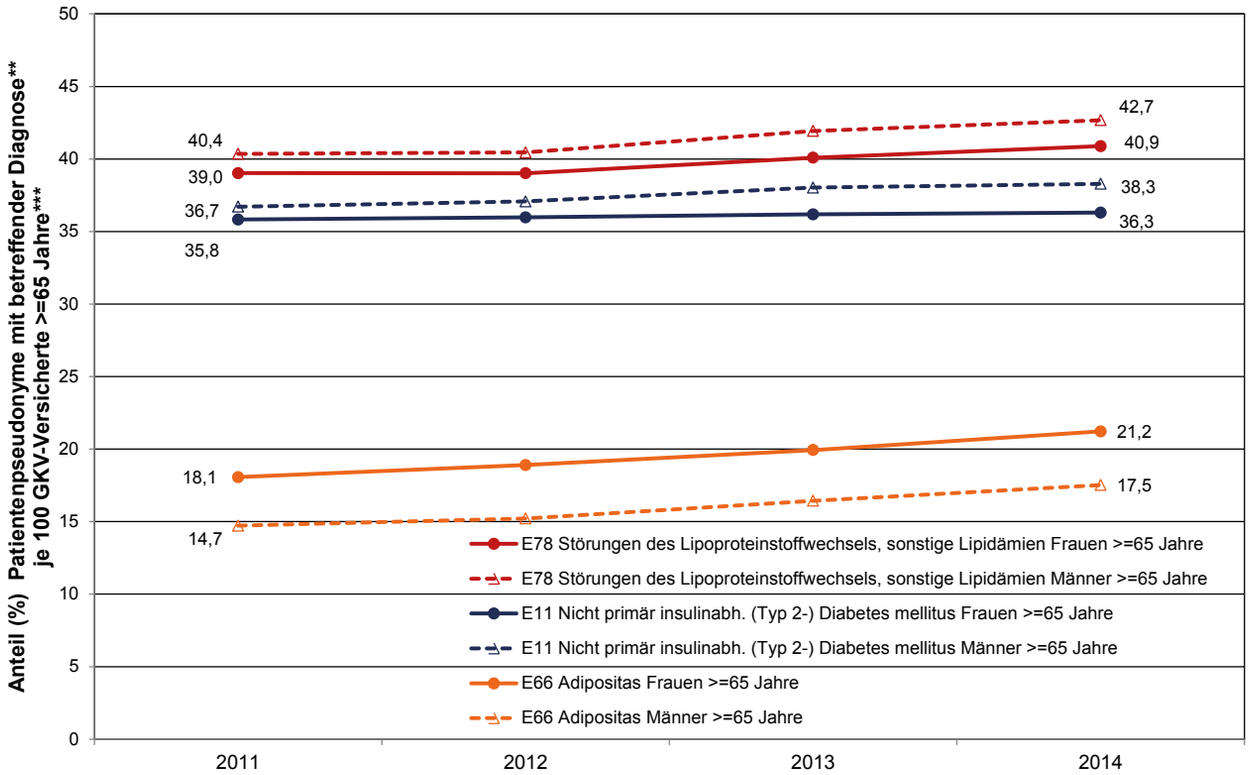
3.2.8 Zeittrends auffälliger ambulanter Diagnosen in Sachsen-Anhalt

Im Kapitel 3.2.5 wurden unter den 20 häufigsten ambulanten Diagnosen in Deutschland und in Sachsen-Anhalt 9 Diagnosen identifiziert, welche in Sachsen-Anhalt eine **auffällige ambulante Behandlungsquote** aufweisen (Abweichung von ≥ 20 % vom Bundesdurchschnitt). Bei diesen 9 Diagnosen wurde untersucht, ob in den letzten Jahren ein Zeittrend feststellbar ist und ob dieser eher positiv (abnehmende Behandlungsquote) oder eher negativ (zunehmende Behandlungsquote) ist. Zur Untersuchung möglicher Zeittrends bei Einzeldiagnosen von ≥ 65-Jährigen wurden von der KVSA die Daten der Jahre 2011 – 2014 zur Verfügung gestellt. Da für das Jahr 2014 kein Korrekturfaktor errechnet werden kann (die empirisch ermittelte, allgemeine Behandlungsquote der Versicherten für Sachsen-Anhalt im Routineteil des BARMER-GEK-Arztreports ist für das Jahr 2014 noch nicht verfügbar), werden im Folgenden die *unkorrigierten* Behandlungsquoten für Sachsen-Anhalt dargestellt (rohe Patientenpseudonym-Zahlen ohne Korrektur für Mehrfachzählungen je 100 GKV-Versicherte). Diese Werte sind im Mittel etwa 5 % höher als die für Mehrfachzählungen korrigierten Werte in den vorherigen Tabellen und Abbildungen.

Die Zeittrendanalysen (Abbildung 12 bis Abbildung 15) ergaben, dass:

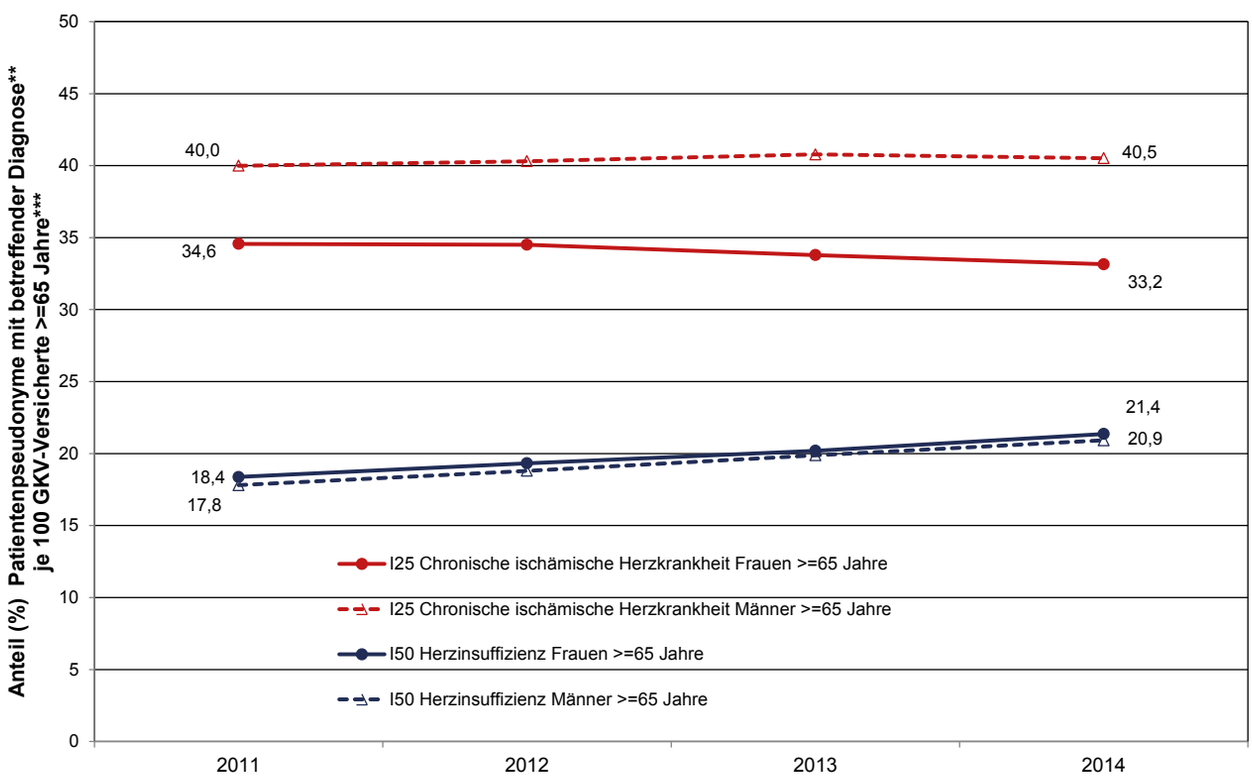
- die Behandlungsquoten der 9 auffälligen ambulanten Diagnosen in Sachsen-Anhalt in den 4 Beobachtungsjahren nur sehr geringe Schwankungen aufweisen und in der Mehrzahl eine geringfügige, aber kontinuierliche Steigerung zeigen (im Mittel der 9 Diagnosen um 6,6 % vom Ausgangswert),
- nur 3 Diagnosen: Impfung gegen Viruskrankheiten (Z25), chronische ischämische Herzkrankheit (I25), Arthrose des Kniegelenks (M17) keine Steigerung der Behandlungsquoten bzw. sogar einen leichten Rückgang der Behandlungsquote (I25 bei Frauen) aufweisen,
- die mehrheitliche Steigerung der Behandlungsquoten bei den *auffälligen* Diagnosen (Abbildung 12 bis Abbildung 15) im Gegensatz zur Abnahme der *globalen* (alle Behandlungsanlässe A00 – Z99 umfassenden) ambulanten Behandlungsquote (Abbildung 11) steht.

Die geringe Schwankungsbreite der Behandlungsquoten bei den 9 auffälligen ambulanten Diagnosen ist wahrscheinlich darin begründet, dass es sich dabei ausnahmslos um chronische Erkrankungen (E11, E66, E78, F32, I25, I50, H35, M17) oder um Routinebehandlungen (Z25, H52) handelt, welche einer mindestens jährlichen Behandlung/Kontrolle bedürfen und somit bei den betroffenen Patientenpseudonymen jedes Jahr wieder in der Statistik erscheinen. Auch die Geringfügigkeit des Anstiegs bzw. das Stagnieren der Behandlungsquoten bezüglich der auffälligen ambulanten Diagnosen kann so erklärt werden.



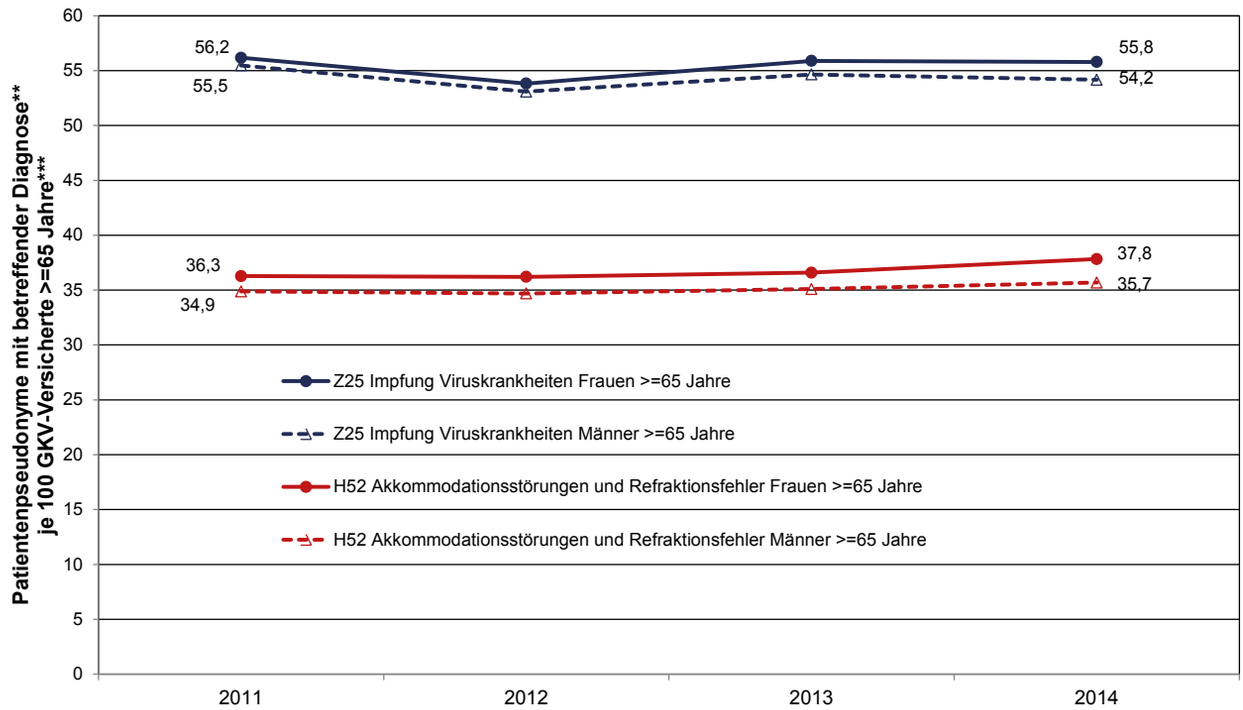
* gegenüber Bundesdurchschnitt, ** in mind. einem Quartal bei mind. einem Arzt, *** "rohe Behandlungsquote" (ohne Korrektur für Mehrfachzählung von Patientenpseudonymen)

Abb. 12 Häufigkeit auffälliger* Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt (I), Zeittrend 2011 – 2014



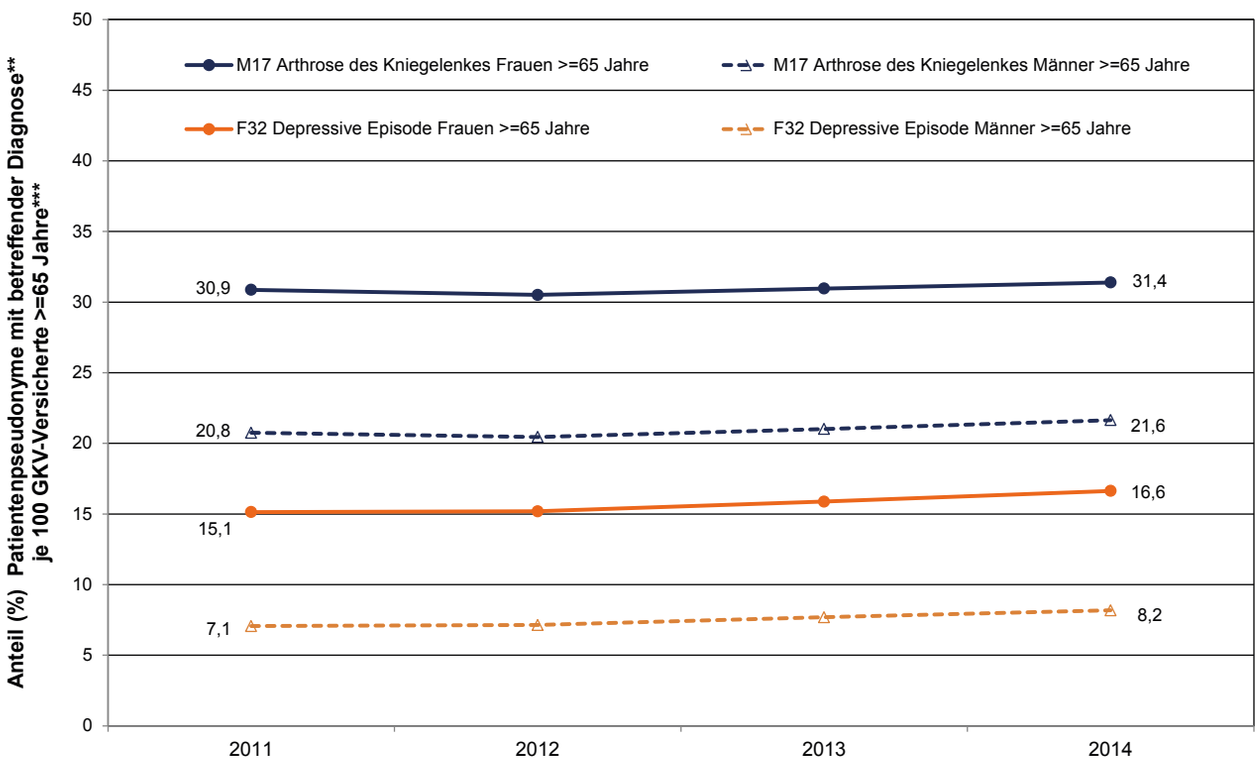
* gegenüber Bundesdurchschnitt, ** in mind. einem Quartal bei mind. einem Arzt, *** "rohe Behandlungsquote" (ohne Korrektur für Mehrfachzählung von Patientenpseudonymen)

Abb. 13 Häufigkeit auffälliger* Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt (II), Zeittrend 2011 – 2014



* gegenüber Bundesdurchschnitt, ** in mind. einem Quartal bei mind. einem Arzt, *** "rohe Behandlungsquote" (ohne Korrektur für Mehrfachzählung von Patientenpseudonymen)

Abb. 14 Häufigkeit auffälliger* Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt (III), Zeittrend 2011 – 2014



* gegenüber Bundesdurchschnitt, ** in mind. einem Quartal bei mind. einem Arzt, *** "rohe Behandlungsquote" (ohne Korrektur für Mehrfachzählung von Patientenpseudonymen)

Abb. 15 Häufigkeit auffälliger* Diagnosen bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt (IV), Zeittrend 2011 – 2014

3.3 Krankenhausfälle

3.3.1 Zusammenfassung

In Sachsen-Anhalt sind Krankenhausaufenthalte von ≥ 65-Jährigen bevölkerungsbezogen nur unwesentlich häufiger als im Bundesdurchschnitt. Allerdings sind sie bezüglich einiger **Diagnosekapitel** (ICD10-Hauptgruppen) deutlich häufiger (v. a. Krankheiten des Kreislaufsystems, Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems, Stoffwechselkrankheiten), während sie in anderen Kapiteln seltener als im Bundesdurchschnitt sind (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten des Nervensystems, Verletzungen und Vergiftungen).

Unter 44 **Einzeldiagnosen** (ICD10-3-Steller), die in Sachsen-Anhalt und Deutschland bei 65- bis 74-Jährigen, bei 75- bis 84-Jährigen und/oder bei ≥ 85-Jährigen besonders häufig zu Krankenhausaufenthalten führen, dominieren sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland Krankheiten des Kreislaufsystems.

Unter den 44 Diagnosen wurden 14 identifiziert, die in Sachsen-Anhalt quantitativ besonders relevant sind und besonders deutlich vom Bundesdurchschnitt abweichen. Bei 11 dieser 14 Diagnosen zeigte sich in beiden Geschlechtern eine „**Negativabweichung**" (deutlich erhöhte Fallhäufigkeit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt). Acht der 11 Negativabweichungen betreffen direkt oder indirekt (als Risiko- oder Begleitfaktoren) Krankheiten des Kreislaufsystems: Diabetes Typ 2 (E11), essentielle Hypertonie (I10), hypertensive Herzkrankheit (I11), Herzinsuffizienz (I50), Angina pectoris (I20), akuter Myokardinfarkt (I21), grauer Star (H25) und Gallenstein (K80). Drei der 8 auffälligen, Herz-Kreislauf-assoziierten Diagnosen zeigen seit dem Jahr 2000 einen positiven (abnehmenden) Trend der Krankenhausfallquoten (Diabetes Typ 2, Angina pectoris, akuter Myokardinfarkt), drei zeigen einen negativen Trend (Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit, Herzinsuffizienz), eine Diagnose ist ohne klaren Trend (Gallenstein) und der Trend einer Diagnose im Krankenhaus (Grauer Star) kann nicht beurteilt werden, weil hier Verschiebungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor dominieren.

Nur eine der 14 ausgewählten Einzeldiagnosen zeigt bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Mittel der Jahre 2009 – 2013 eine eindeutige, quantitativ relevante „**Positivabweichung"** vom Bundesdurchschnitt: Brustkrebs bei Frauen. Hier zeigt sich zudem ein anhaltend positiver (abnehmender) Trend der Krankenhausfallquote.

Neben den 11 Negativabweichungen und der einen Positivabweichung waren 2 Diagnosen weniger eindeutig zuzuordnen: Arthrose des Hüftgelenks (M16), wo die Krankenhausfallquote zwar in beiden Geschlechtern in Sachsen-Anhalt deutlich geringer ist, wo jedoch die Interpretation nicht zwingend positiv ist (vgl. Diskussion), und die Krankenhausfallquote bezüglich Lungenkrebs (C34), welche bei Frauen geringer (Zeittrend stagnierend) und bei Männern höher (Zeittrend abnehmend) als im Bundesdurchschnitt ist.

In der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen sind Männer bevölkerungsbezogen häufiger von Krankenhausaufenthalten betroffen als Frauen, vor allem bezüglich Krankheiten des Kreislaufsystems und bezüglich Krebs. Frauen sind nur häufiger von Bluthochdruck-assoziierten Krankheiten und von Unterarmbrüchen betroffen.

Das Spektrum der häufigsten Diagnosen verändert sich bei Senioren mit zunehmendem Alter. Bei Hochbetagten gewinnen vor allem Oberschenkelhalsbrüche, Hirninfarkt, Lungenentzündung und Blutvolumenmangel an Bedeutung.

3.3.2 Vorbemerkung

Die jährliche Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen bezüglich bestimmter Diagnosen kann, wenn sie mit der Häufigkeit der betreffenden Behandlungen im Bundesdurchschnitt verglichen wird, wichtige Hinweise auf mögliche gesundheitliche Stärken oder Defizite der Landesbevölkerung geben. Zu beachten ist allerdings, dass die hier verwendeten jährlichen „Krankenhausfälle" nicht gleichzusetzen sind mit der Anzahl *Personen*, die im betreffenden Jahr infolge der betreffenden Diagnose im Krankenhaus waren: Mehrfachbehandlungen derselben Person werden in der Krankenhausstatistik als getrennte Fälle gemeldet. Außerdem muss bei der Berechnung von Häufigkeiten (sog. Krankenhausfallquoten, üblicherweise bezogen auf 100.000 Einwohner) beachtet werden, dass die Bevölkerung von Sachsen-Anhalt generell und auch in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen einen höheren Anteil älterer Menschen aufweist als die Bundesbevölkerung. Dieser Anteil hat aufgrund des fortgeschrittenen Alters in der Regel eine höhere Morbidität und wird deshalb statistisch „per se" häufiger im Krankenhaus behandelt. Um nach „tatsächlichen" (und nicht altersbedingten) Gesundheitsunterschieden zu suchen, werden Fallquoten in der GBE üblicherweise altersstandardisiert. Dies war im folgenden Kapitel in den Altersgruppen ≥ 65, 65 – 74 und 75 – 84 Jahre möglich; in der Gruppe der ≥ 85-Jährigen konnte nur mit „rohen" (nicht altersstandardisierten) Werten gerechnet werden. Zwar weisen regionale Unterschiede von Diagnosehäufigkeiten bei Krankenhausfällen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf regionale Morbiditätsunterschiede hin, es ist jedoch zu beachten, dass die Diagnosestellung im Krankenhaus (wie auch im ambulanten Bereich) nicht zum Zweck und mit der Methodik einer epidemiologischen Erhebung von Erkrankungshäufigkeiten erfolgt, sondern primär Abrechnungszwecken dient und diesbezüglichen Regularien unterworfen ist. Die epidemiologische Aussagekraft solcher „Abrechnungsdaten" ist somit eingeschränkt: Unterschiede von Diagnosehäufigkeiten zwischen Regionen und/oder zwischen Krankheitsgruppen können unter Umständen auch von abrechnungstechnischen Faktoren beeinflusst sein. Zuletzt ist zu beachten, dass es sich bei den in der Krankenhausstatistik gemeldeten Diagnosen um sog. Hauptdiagnosen handelt, das sind diejenigen Diagnosen, die vom Arzt als die Hauptursache des jeweiligen Krankenhausaufenthaltes eingeschätzt werden (Nebendiagnosen bleiben unberücksichtigt).

3.3.3 Globale Krankenhausfallquote

Die „globale“, d. h. alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00 – T98) umfassende Krankenhausfallquote ist bei ≥ 65-Jährigen erwartungsgemäß (steigende Morbidität im Alter) sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt deutlich (etwa 2-mal) höher als in der Gesamtbevölkerung.

Die globale Krankenhausfallquote ist in Sachsen-Anhalt seit vielen Jahren höher als im Bundesdurchschnitt; Abbildung 16 zeigt, dass dies auch in den letzten 10 Jahren bis 2013 noch der Fall ist. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung ist dieser Unterschied recht deutlich (im Jahr 2013 um 14 % gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht), in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen ist der Unterschied Sachsen-Anhalt/Deutschland hingegen **nur gering** (2013 etwa 4 %).

Die globale Krankenhausfallquote ist in den letzten 10 Jahren sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland kontinuierlich gestiegen. Der Anstieg ist sehr viel deutlicher, wenn man die „rohen“ (nicht altersstandardisierten) Quoten betrachtet. als wenn man die altersstandardisierten Quoten heranzieht. Dies zeigt, dass ein erheblicher Teil des Anstiegs der stationären Morbidität demografisch bedingt ist: Der Anteil älterer Menschen (die eine höhere Morbidität haben) nimmt in Deutschland bekanntermaßen kontinuierlich zu. Aber auch die altersstandardisierten Quoten, bei denen die „Alterung“ der Gesellschaft „herausgerechnet“ ist, sind in den letzten Jahren kontinuierlich, wenn auch geringfügig, gestiegen. Dies zeigt, dass auch die nicht-altersbedingte Inanspruchnahme der stationären Versorgung zunimmt. Ob dies ausschließlich die Folge eines „tatsächlichen“ (altersunabhängigen) Anstiegs der Morbidität ist, oder ob hier auch Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten und/oder in den Versorgungsstrukturen eine Rolle spielen, ist Gegenstand einer breiten Diskussion im Gesundheitswesen.

Es fällt auf, dass der Anstieg der altersstandardisierten Krankenhausfallquote bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt etwas geringer ist als im Bundesdurchschnitt und sich diesem somit annähert.

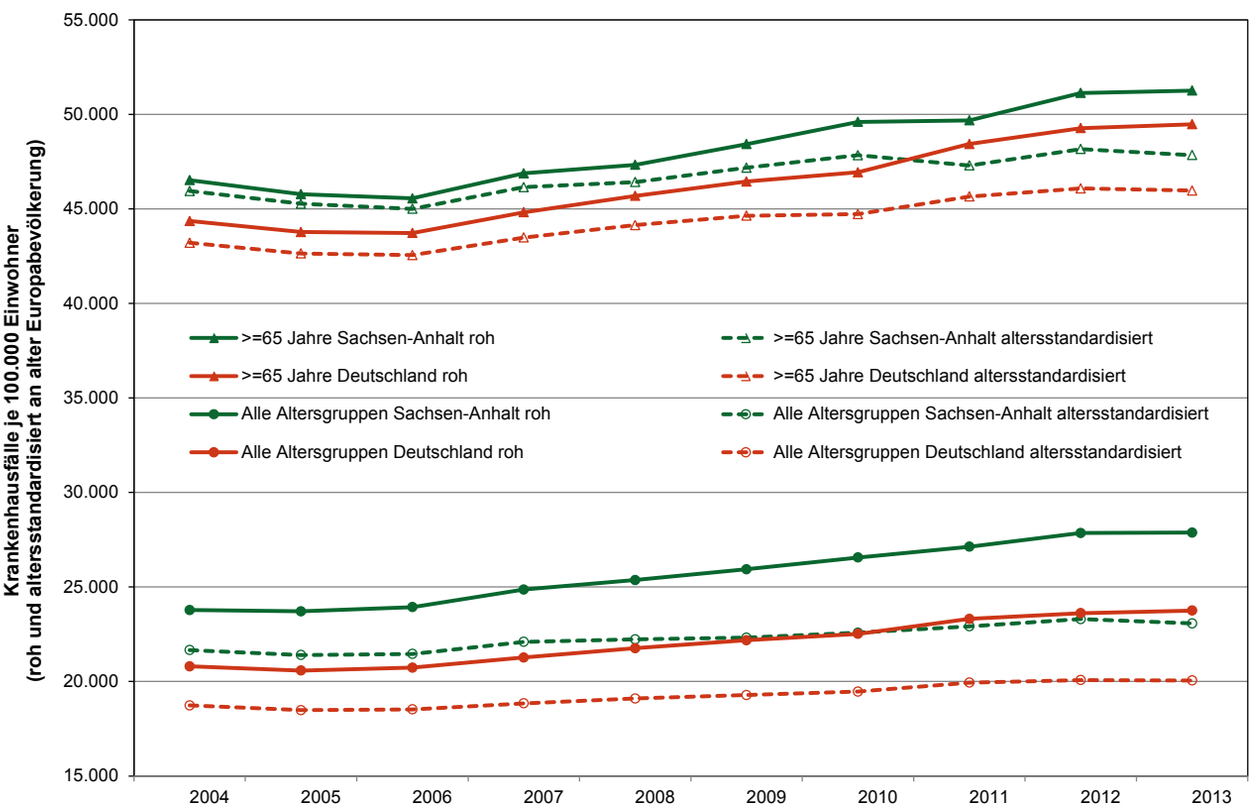


Abb. 16 Allgemeine (A00 – T98) Krankenhausfallquote der Gesamtbevölkerung und der Altersgruppe ≥ 65 Jahre, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2004 – 2013

3.3.4 Krankenhausfallquoten nach Diagnosekapiteln (ICD10-Hauptgruppen)

Krankheiten des Kreislaufsystems sind sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland die mit Abstand häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte bei ≥ 65-Jährigen, gefolgt von Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Abbildung 17). Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen Sachsen-Anhalt und Deutschland bezüglich bestimmter Diagnosekapitel (ICD10-Hauptgruppen). Während die Krankenhausfallquoten in Sachsen-Anhalt bei

- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99),
- Neubildungen (C00 – D48),
- Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93),
- Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 – N99),
- Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90),
- Nicht klassifizierten Symptomen und Befunden (R00 – R99) und
- sonstigen (9) Diagnosekapiteln

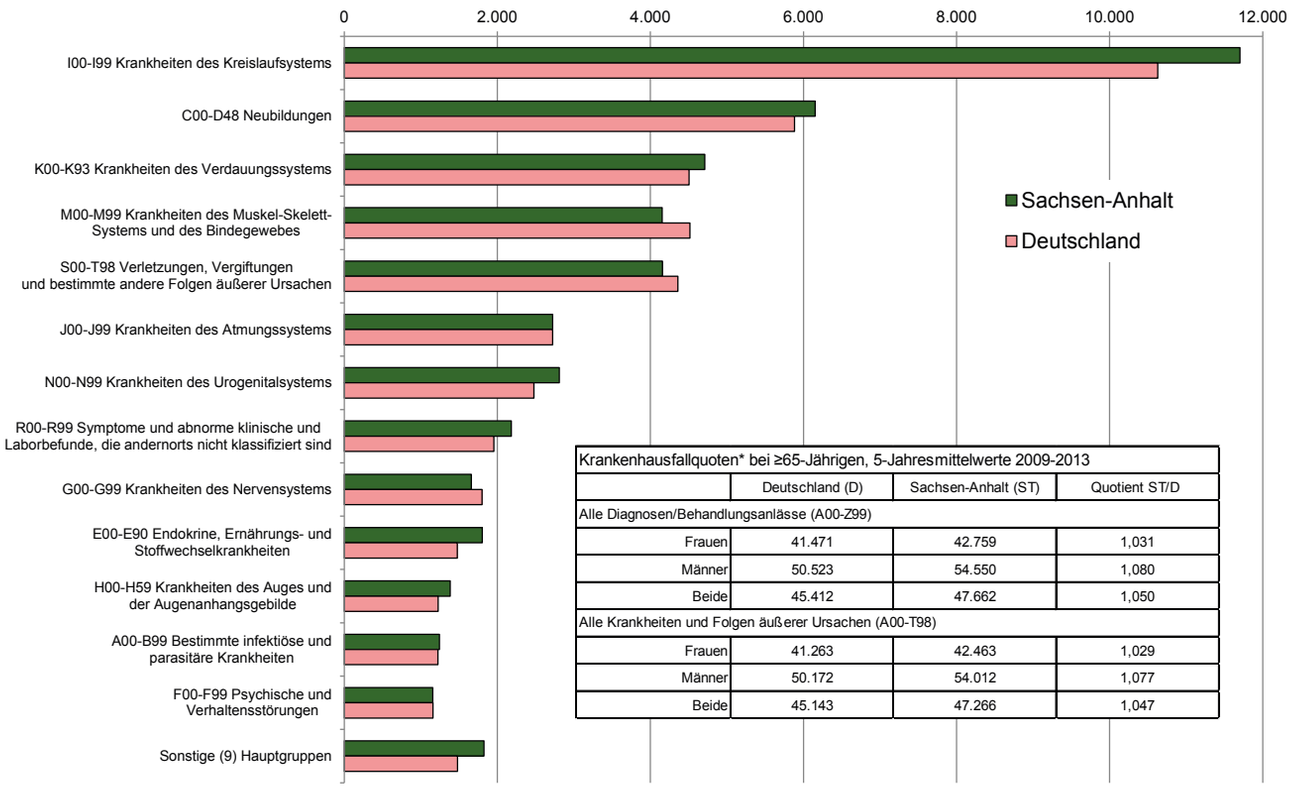
im Vergleich zum Bundesdurchschnitt **erhöht** sind,
ist die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in Sachsen-An-

halt bei

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 – M99),
- Verletzungen und Vergiftungen (S00 – T98),
- Krankheiten des Nervensystems (G00 – G99)

im Vergleich zum Bundesdurchschnitt **geringer**.

In Sachsen-Anhalt verursachen Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen (v. a. Krebs) bei ≥ 65-jährigen Frauen 24,1 % + 9,9 % = 34,0 % aller Krankenhausaufenthalte, bei ≥ 65-jährigen Männern sind es sogar 25,9 % + 17,4 % = 43,3 % (Tabelle 16).



Krankenhausfallquoten* bei ≥65-Jährigen, 5-Jahresmittelwerte 2009-2013

	Deutschland (D)	Sachsen-Anhalt (ST)	Quotient ST/D
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe (A00-Z99)			
Frauen	41.471	42.759	1,031
Männer	50.523	54.550	1,080
Beide	45.412	47.662	1,050
Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)			
Frauen	41.263	42.463	1,029
Männer	50.172	54.012	1,077
Beide	45.143	47.266	1,047

Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

* je 100.000 Einwohner ≥65 Jahre, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung

Abb. 17 Krankenhausfallquoten* bei ≥ 65-Jährigen nach Diagnosekapiteln, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Mittelwerte 2009 – 2013

3.3.5 Die häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-3-Steller, Hauptdiagnosen)

In Tabelle 11 bis Tabelle 14 und Tabelle 19 sind die jeweils fünf bzw. zwanzig häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-3-Steller) bei Krankenhausaufenthalten in den Altersgruppen 65 – 74, 75 – 84 und ≥ 85 Jahre in Sachsen-Anhalt und in Deutschland im Mittel der Jahre 2009 – 2013 dargestellt. Es zeigt sich, dass

- das relativ enge Spektrum der 5 bzw. 20 häufigsten Diagnosen für immerhin 12 – 23 % bzw. 32 – 46 % aller Krankenhausfälle in den drei Altersgruppen verantwortlich ist,
- Krankheiten des Kreislaufsystems die mit Abstand häufigsten Einzeldiagnosen bei Krankenhausfällen von ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt und Deutschland sind,
- das Gesamtspektrum der 5 bzw. 20 häufigsten Diagnosen in Sachsen-Anhalt und Deutschland in weiten Teilen übereinstimmt (relativ wenige Diagnosen sind nur in Deutschland oder nur in Sachsen-Anhalt unter den Top 5 bzw. Top 20),
- es allerdings bei einer ganzen Reihe von Diagnosen erhebliche Unterschiede bezüglich des Häufigkeitsranges, der bevölkerungsbezogenen Fallquote und des Anteils unter allen Krankenhausfällen zwischen Sachsen-Anhalt und Deutschland gibt (vgl. Kapitel 3.3.6),
- sich das Spektrum der häufigsten Krankheiten zwischen Frauen und Männern deutlich unterscheidet (vgl. Kapitel 3.3.7),
- sich das Spektrum der häufigsten Krankheiten mit zunehmendem Alter verändert (vgl. Kapitel 3.3.8).

Tab. 11 Die 5 häufigsten Einzeldiagnosen* im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppe, Deutschland Sachsen-Anhalt, 2009 – 2013

Rang	Frauen							
	≥ 65		65 – 74		75 – 84		85plus	
	D	ST	D	ST	D	ST	D	ST
1	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz
2	I48 Vorhofflattern und -flimmern	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	I48 Vorhofflattern und -flimmern	I50 Herzinsuffizienz	I48 Vorhofflattern und -flimmern	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	S72 Fraktur des Femurs	S72 Fraktur des Femurs
3	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	I48 Vorhofflattern und -flimmern	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	I63 Hirninfarkt	I63 Hirninfarkt	I63 Hirninfarkt
4	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	I63 Hirninfarkt	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse	I48 Vorhofflattern und -flimmern	I63 Hirninfarkt	H25 Cataracta senilis	E86 Volumen-mangel	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeich-net
5	I63 Hirninfarkt	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	I20 Angina pectoris	S72 Fraktur des Femurs	I48 Vorhofflattern und -flimmern	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeich-net	E86 Volumen-mangel
Rang	Männer							
	≥ 65		65 – 74		75 – 84		85plus	
	D	ST	D	ST	D	ST	D	ST
1	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz	I20 Angina pectoris	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz	I50 Herzinsuffizienz
2	I20 Angina pectoris	I20 Angina pectoris	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	I20 Angina pectoris	I20 Angina pectoris	I20 Angina pectoris	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeich-net	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeich-net
3	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	I21 Akuter Myo-kardinfarkt	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien/ Lunge	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien/ Lunge	I63 Hirninfarkt	I21 Akuter Myo-kardinfarkt	I63 Hirninfarkt	I63 Hirninfarkt
4	I48 Vorhofflattern und -flimmern	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien/ Lunge	I50 Herzinsuffizienz	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeich-net	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeich-net	S72 Fraktur des Femurs	I21 Akuter Myo-kardinfarkt
5	I63 Hirninfarkt	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	I48 Vorhofflattern und -flimmern	I70 Atherosklerose	I21 Akuter Myo-kardinfarkt	I63 Hirninfarkt	I21 Akuter Myo-kardinfarkt	S72 Fraktur des Femurs

Krankheiten des Kreislaufsystems

* Hauptdiagnose des betreffenden Krankenhausaufenthaltes

Tab. 12 Die 20 häufigsten* Einzeldiagnosen** im Krankenhaus bei Frauen/Männern im Alter von 65 – 74 Jahren, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013

	Frauen								Männer							
	Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)			ST/D		Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)			ST/D	
	Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	roh[2]	adj.[3]	Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	roh[2]	adj.[3]
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	846	2	2,5	862	4	2,5	1,02	0,98	1.075	5	2,6	1.033	6	2,3	0,96	0,88
I20 Angina pectoris	591	7	1,8	788	5	2,3	1,33	1,29	1.198	1	2,9	1.367	2	3,0	1,14	1,05
I50 Herzinsuffizienz	624	6	1,9	911	2	2,6	1,46	1,41	1.122	4	2,7	1.492	1	3,3	1,33	1,22
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	450	12	1,3	353	21	1,0	0,79	0,76	1.151	3	2,7	1.264	3	2,8	1,10	1,01
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	397	14	1,2	436	13	1,3	1,10	1,06	1.192	2	2,8	1.263	4	2,8	1,06	0,97
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	905	1	2,7	881	3	2,5	0,97	0,94	573	15	1,4	562	15	1,2	0,98	0,90
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	515	8	1,5	394	16	1,1	0,76	0,74	886	7	2,1	935	8	2,0	1,06	0,97
I70 Atherosklerose	362	16	1,1	301	24	0,9	0,83	0,80	929	6	2,2	1.074	5	2,4	1,16	1,06
I63 Hirninfarkt	467	10	1,4	524	11	1,5	1,12	1,08	797	11	1,9	859	11	1,9	1,08	0,99
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	713	5	2,1	563	9	1,6	0,79	0,76	530	16	1,3	489	19	1,1	0,92	0,85
I21 Akuter Myokardinfarkt	338	20	1,0	392	17	1,1	1,16	1,12	877	8	2,1	963	7	2,1	1,10	1,01
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	757	3	2,3	974	1	2,8	1,29	1,24	400	19	1,0	493	18	1,1	1,23	1,13
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	361	17	1,1	527	10	1,5	1,46	1,41	669	12	1,6	888	9	1,9	1,33	1,22
K80 Cholelithiasis	507	9	1,5	602	7	1,7	1,19	1,15	429	18	1,0	560	16	1,2	1,31	1,20
K40 Hernia inguinalis	80	28	0,2	57	28	0,2	0,71	0,69	820	10	2,0	774	12	1,7	0,94	0,87
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	295	23	0,9	285	25	0,8	0,97	0,93	595	14	1,4	659	14	1,4	1,11	1,02
C61 Bösartige Neubildung der Prostata									848	9	2,0	866	10	1,9	1,02	0,94
M54 Rückenschmerzen	450	12	1,3	658	6	1,9	1,46	1,41	305	22	0,7	485	20	1,1	1,59	1,46
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	749	4	2,2	566	8	1,6	0,76	0,73								
M48 Sonstige Spondylopathien	349	19	1,0	319	23	0,9	0,92	0,88	338	21	0,8	324	22	0,7	0,96	0,88
K57 Divertikulose des Darmes	380	15	1,1	348	22	1,0	0,91	0,88	274	23	0,7	231	25	0,5	0,84	0,77
G47 Schlafstörungen	169	27	0,5	58	27	0,2	0,34	0,33	473	17	1,1	139	27	0,3	0,29	0,27
N40 Prostatahyperplasie									641	13	1,5	661	13	1,4	1,03	0,95
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	245	25	0,7	234	26	0,7	0,96	0,92	390	20	0,9	498	17	1,1	1,28	1,17
T84 Komplik. durch orth. Endopro-thesen, Implantate, Transplantate	338	20	1,0	363	19	1,1	1,07	1,04	267	24	0,6	297	23	0,7	1,11	1,02
H25 Cataracta senilis	319	22	1,0	418	15	1,2	1,31	1,27	239	25	0,6	349	21	0,8	1,46	1,34
S52 Fraktur des Unterarmes	456	11	1,4	463	12	1,3	1,02	0,98	93	28	0,2	82	28	0,2	0,88	0,81
K29 Gastritis und Duodenitis	258	24	0,8	361	20	1,0	1,40	1,35	202	26	0,5	261	24	0,6	1,29	1,19
N81 Genitalprolaps bei der Frau	357	18	1,1	429	14	1,2	1,20	1,16								
I11 Hypertensive Herzkrankheit	207	26	0,6	378	18	1,1	1,82	1,76	122	27	0,3	206	26	0,5	1,69	1,55
Summe Diagnosen Rang 1 – 5	3.970		11,9	4.416		12,8			5.738		13,7	6.460		14,1		
Summe Diagnosen Rang 1 – 20	10.573		31,7	11.490		33,2			15.594		37,1	17.185		37,6		
alle Behandlungsanlässe	33.401			34.572			1,035		41.981			45.679			1,088	

* Rang ≤ 20 bei Frauen oder Männern in Deutschland oder Sachsen-Anhalt, sortiert nach Häufigkeit in Deutschland bzgl. beider Geschlechter
** jeweils Hauptdiagnose des betreffenden Krankenhausaufenthaltes
[1] je 100.000 weibliche/männliche Einwohner, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung
[2] roher Quotenquotient (Quote ST/Quote D)
[3] adjustierter Quotenquotient: (Quote ST x 1/1,035)/Quote D bzw. (Quote ST x 1/1,088)/Quote D

Faktor ≥ 1,15 (≥ 15 % höher als Bundesdurchschnitt) | Faktor ≤ 0,85 (≥ 15 % geringer als Bundesdurchschnitt)

Tab. 13 Die 20 häufigsten* Einzeldiagnosen** im Krankenhaus bei Frauen/Männern im Alter von 75 – 84 Jahren, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013

	Frauen								Männer							
	Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)			ST/D		Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)			ST/D	
	Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	roh[2]	adj.[3]	Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	roh[2]	adj.[3]
I50 Herzinsuffizienz	2.250	1	4,4	2.859	1	5,3	1,27	1,22	3.050	1	4,9	3.851	1	5,8	1,26	1,18
I63 Hirninfarkt	1.260	4	2,4	1.346	3	2,5	1,07	1,03	1.536	3	2,5	1.575	5	2,4	1,03	0,96
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1.280	2	2,5	1.177	5	2,2	0,92	0,89	1.306	8	2,1	1.202	11	1,8	0,92	0,86
I20 Angina pectoris	832	8	1,6	1.039	8	1,9	1,25	1,20	1.543	2	2,5	1.793	2	2,7	1,16	1,08
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	725	13	1,4	774	12	1,4	1,07	1,03	1.512	4	2,4	1.669	4	2,5	1,10	1,03
I21 Akuter Myokardinfarkt	782	11	1,5	914	10	1,7	1,17	1,13	1.450	5	2,3	1.669	3	2,5	1,15	1,07
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	739	12	1,4	728	13	1,4	0,99	0,95	1.420	6	2,3	1.450	7	2,2	1,02	0,95
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	534	23	1,0	545	21	1,0	1,02	0,98	1.390	7	2,3	1.421	8	2,1	1,02	0,95
I70 Atherosklerose	659	15	1,3	587	19	1,1	0,89	0,86	1.236	9	2,0	1.270	10	1,9	1,03	0,96
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	1.272	3	2,5	1.483	2	2,8	1,17	1,12	604	22	1,0	706	18	1,1	1,17	1,09
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	785	9	1,5	1.145	6	2,1	1,46	1,41	1.039	11	1,7	1.336	9	2,0	1,29	1,20
S72 Fraktur des Femurs	1.148	5	2,2	1.085	7	2,0	0,95	0,91	627	20	1,0	574	22	0,9	0,92	0,85
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1.088	6	2,1	1.000	9	1,9	0,92	0,89	670	17	1,1	676	19	1,0	1,01	0,94
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	885	7	1,7	718	14	1,3	0,81	0,78	635	18	1,0	572	23	0,9	0,90	0,84
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	319	25	0,6	310	25	0,6	0,97	0,93	1.100	10	1,8	1.485	6	2,2	1,35	1,26
R55 Synkope und Kollaps	656	16	1,3	619	16	1,2	0,94	0,91	723	16	1,2	676	20	1,0	0,93	0,87
H25 Cataracta senilis	785	9	1,5	1.209	4	2,3	1,54	1,48	574	23	0,9	997	13	1,5	1,74	1,62
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	208	26	0,4	260	26	0,5	1,25	1,20	1.016	12	1,6	1.064	12	1,6	1,05	0,98
K80 Cholelithiasis	590	18	1,1	673	15	1,3	1,14	1,10	626	21	1,0	782	15	1,2	1,25	1,17
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	551	21	1,1	533	23	1,0	0,97	0,93	631	19	1,0	594	21	0,9	0,94	0,88
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	561	20	1,1	536	21	1,0	0,95	0,92	581	23	0,9	616	21	0,9	1,06	0,99
M54 Rückenschmerzen	697	14	1,4	905	11	1,7	1,30	1,25	431	26	0,7	607	22	0,9	1,41	1,31
K40 Hernia inguinalis	111,8	27	0,2	74,4	27	0,1	0,67	0,64	967	13	1,6	896,8	14	1,4	0,93	0,86
E86 Volumenmangel	546	21	1,1	572	20	1,1	1,05	1,01	479	25	0,8	517	26	0,8	1,08	1,01
N40 Prostatahyperplasie									804	14	1,3	736	17	1,1	0,92	0,85
K29 Gastritis und Duodenitis	454	22	0,9	596	18	1,1	1,31	1,26	342	27	0,6	442	27	0,7	1,29	1,20
S52 Fraktur des Unterarmes	628	17	1,2	608	17	1,1	0,97	0,93	102	28	0,2	84	28	0,1	0,82	0,77
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	583	19	1,1	449	22	0,8	0,77	0,74								
Summe Diagnosen Rang 1 – 5	7.211		14,0	8.074		15,1			9.091		14,7	10.557		15,9		
Summe Diagnosen Rang 1 – 20	18.205		35,3	20.038		37,4			23.282		37,7	25.849		39,0		
alle Behandlungsanlässe	51.620			53.611			1,039		61.756			66.239			1,073	

* Rang ≤ 20 bei Frauen oder Männern in Deutschland oder Sachsen-Anhalt, sortiert nach Häufigkeit in Deutschland bzgl. beider Geschlechter
** jeweils Hauptdiagnose des betreffenden Krankenhausaufenthaltes
1 je 100.000 weibliche/männliche Einwohner, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung
2 roher Quotenquotient (Quote ST/Quote D)
3 adjustierter Quotenquotient: (Quote ST x 1/1,039)/Quote D bzw. (Quote ST x 1/1,073)/Quote D

Faktor ≥ 1,15 (≥ 15 % höher als Bundesdurchschnitt)	Faktor ≤ 0,85 (≥ 15 % geringer als Bundesdurchschnitt)

Tab. 14 Die 20 häufigsten* Einzeldiagnosen** im Krankenhaus bei Frauen/Männern im Alter von ≥ 85 Jahren, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013

	Frauen								Männer							
	Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)			ST/D		Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)			ST/D	
	Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	roh[2]	adj.[3]	Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	roh[2]	adj.[3]
I50 Herzinsuffizienz	5.105	1	7,6	5.700	1	8,4	1,12	1,12	5.843	1	7,6	6.761	1	8,3	1,16	1,09
S72 Fraktur des Femurs	3.461	2	5,1	3.266	2	4,8	0,94	0,94	2.066	4	2,7	1.969	5	2,4	0,95	0,90
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	1.864	5	2,8	1.975	4	2,9	1,06	1,06	3.408	2	4,4	3.834	2	4,7	1,13	1,06
I63 Hirninfarkt	2.373	3	3,5	2.592	3	3,8	1,09	1,09	2.260	3	2,9	2.334	3	2,9	1,03	0,97
E86 Volumenmangel	2.007	4	3,0	1.954	5	2,9	0,97	0,97	1.661	6	2,2	1.829	6	2,2	1,10	1,03
I21 Akuter Myokardinfarkt	1.237	7	1,8	1.351	9	2,0	1,09	1,09	1.932	5	2,5	2.287	4	2,8	1,18	1,11
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	1.553	6	2,3	1.613	6	2,4	1,04	1,04	814	22	1,1	948	19	1,2	1,17	1,09
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	816	17	1,2	761	18	1,1	0,93	0,93	1.547	7	2,0	1.661	7	2,0	1,07	1,01
S06 Intrakranielle Verletzung	1.176	9	1,7	1.473	8	2,2	1,25	1,25	1.101	13	1,4	1.241	11	1,5	1,13	1,06
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1.141	10	1,7	967	13	1,4	0,85	0,85	1.129	12	1,5	1.019	18	1,2	0,90	0,85
I70 Atherosklerose	975	14	1,4	894	14	1,3	0,92	0,92	1.272	8	1,7	1.251	10	1,5	0,98	0,92
R55 Synkope und Kollaps	1.071	11	1,6	986	12	1,5	0,92	0,92	1.161	10	1,5	1.101	15	1,3	0,95	0,89
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.033	13	1,5	893	15	1,3	0,86	0,86	1.166	9	1,5	1.094	16	1,3	0,94	0,88
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	1.048	12	1,6	1.537	7	2,3	1,47	1,47	1.068	14	1,4	1.525	8	1,9	1,43	1,34
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	1.225	8	1,8	1.038	11	1,5	0,85	0,85	625	25	0,8	504	26	0,6	0,81	0,76
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	889	16	1,3	870	16	1,3	0,98	0,98	936	17	1,2	1.054	17	1,3	1,13	1,06
K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	900	15	1,3	774	17	1,1	0,86	0,86	886	18	1,2	790	23	1,0	0,89	0,84
I20 Angina pectoris	507	24	0,8	531	23	0,8	1,05	1,05	1.030	15	1,3	1.222	12	1,5	1,19	1,11
A41 Sonstige Sepsis	553	23	0,8	459	25	0,7	0,83	0,83	876	19	1,1	771	24	0,9	0,88	0,83
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	429	25	0,6	495	24	0,7	1,15	1,15	982	16	1,3	1.261	9	1,5	1,29	1,21
N17 Akutes Nierenversagen	554	22	0,8	560	22	0,8	1,01	1,01	833	21	1,1	845	20	1,0	1,01	0,95
K80 Cholelithiasis	648	20	1,0	743	19	1,1	1,15	1,15	728	23	0,9	829	21	1,0	1,14	1,07
H25 Cataracta senilis	693	18	1,0	1.054	10	1,6	1,52	1,52	671	24	0,9	1.218	13	1,5	1,82	1,71
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	203	26	0,3	216	26	0,3	1,07	1,07	1.138	11	1,5	1.154	14	1,4	1,01	0,95
A09 Sonstige Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher	645,6	21	1,0	716,8	20	1,1	1,11	1,11	496	26	0,6	570,8	25	0,7	1,15	1,08
K40 Hernia inguinalis	111	27	0,2	81	27	0,1	0,73	0,73	875	20	1,1	810	22	1,0	0,93	0,87
S52 Fraktur des Unterarmes	660	19	1,0	578	21	0,9	0,88	0,88	126	27	0,2	95	27	0,1	0,76	0,71
Summe Diagnosen Rang 1 – 5	14.810		21,9	15.486		22,9			15.508		20,2	17.185		21,1		
Summe Diagnosen Rang 1 – 20	29.875		44,2	31.158		46,2			32.337		42,2	35.608		43,6		
alle Behandlungsanlässe	67.517			67.514			1,000		76.624			81.581			1,065	

* Rang ≤ 20 bei Frauen oder Männern in Deutschland oder Sachsen-Anhalt, sortiert nach Häufigkeit in Deutschland bzgl. beider Geschlechter
** jeweils Hauptdiagnose des betreffenden Krankenhausaufenthaltes
1 je 100.000 weibliche/männliche Einwohner, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung
2 roher Quotenquotient (Quote ST/Quote D)
3 adjustierter Quotenquotient: (Quote ST x 1/1,000)/Quote D bzw. (Quote ST x 1/1,065)/Quote D

Faktor ≥ 1,15 (≥ 15 höher als Bundesdurchschnitt) | Faktor ≤ 0,85 (≥ 15 geringer als Bundesdurchschnitt)

3.3.6 Identifizierung von „auffälligen“ Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt

Addiert man – unter Ausschluss der Überschneidungen – die im Mittel der Jahre 2009 – 2013 jeweils 20 häufigsten Einzeldiagnosen bei Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt und Deutschland in den Altersgruppen 65 – 74, 75 – 84 und ≥ 85-Jahre (Tabelle 12 bis Tabelle 14) so ergibt sich eine Liste von insgesamt

44 häufigen Einzeldiagnosen in der gesamten Altersgruppe (≥ 65-Jährige).

In Tabelle 19 sind die Häufigkeiten dieser 44 Diagnosen bezogen auf die gesamte Untersuchungspopulation (≥ 65 Jährige) in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, getrennt nach Frauen und Männern und sortiert nach der Häufigkeit in Deutschland, dargestellt.

Eine Besprechung sämtlicher, ggf. geschlechtsspezifischer Häufigkeitsabweichungen unter den 44 Diagnosen in der gesamten Untersuchungspopulation (Tabelle 19), geschweige denn in den drei Unter-Altersgruppen (Tabelle 12 bis Tabelle 14), ist im Rahmen dieses Berichts nicht möglich. Deshalb wurden in vier Schritten **besonders auffällige Einzeldiagnosen** für eine weitere Besprechung ausgewählt:

1. Um eine „quantitative Relevanz“ zu gewährleisten, wurden aus Tabelle 19 zunächst nur solche Diagnosen ausgewählt, bei denen in der Gesamtpopulation der Senioren (≥ 65-Jährige) im Mittel der Jahre 2009 – 2013 ein **Häufigkeitsrang < 25** bei mindestens einem der Geschlechter (Frauen und/oder Männern) in mindestens einer der Regionen (Sachsen-Anhalt und/oder Deutschland) vorlag. Aufgrund dieser „Mindest-Bedingungen“ haben einige Diagnosen in der Auswahlliste in bestimmten Konstellationen Häufigkeitsränge ≥ 25.
2. Unter diesen besonders häufigen Diagnosen wurden sodann nur solche berücksichtigt, bei denen der Quotient aus der mittleren Krankenhausfallquote in Sachsen-Anhalt 2009 – 2013 und der mittleren Krankenhausfallquote in Deutschland 2009 – 2013 ≥ 1,15 oder ≤ 0,85 war, d.h. bei denen im Mittel der Jahre 2009 – 2013 die Krankenhausfallquote **≥ 15 % höher oder ≥ 15 % geringer war als im Bundesdurchschnitt**.
3. Diagnosen, bei denen die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in beiden Geschlechtern in dieselbe Richtung weisen (überdurchschnittlich bzw. unterdurchschnittlich) werden nicht geschlechtsdifferenziert, sondern „beidgeschlechtlich“ betrachtet, auch wenn im Einzelfall die Abweichung in einem der beiden Geschlechter < 15 % vom Bundesdurchschnitt ist. Sie werden auch dann beidgeschlechtlich betrachtet, wenn die Häufigkeit in einem der beiden Geschlechter hoch (Rang < 25), im anderen gering ist (Rang ≥ 25), die Abweichungen jedoch in dieselbe Richtung weisen.
4. Zuletzt wurde – quasi zur Kontrolle – den rohen Quoten-Quotienten (vgl. Punkt 2) auch die jeweiligen **adjustierten Quoten-Quotienten** gegenübergestellt (Adjustierung der Krankenhausfallquoten in Sachsen-Anhalt durch Abzug der insgesamt erhöhten stationären Morbidität in Sachsen-Anhalt). Die adjustierten Quoten-Quotienten sind in jeweils eigenen Spalten in Tabelle 12 bis Tabelle 14 und Tabelle 19 aufgeführt.

Nach Anwendung dieser Auswahlkriterien ergibt sich eine Liste von

14 auffälligen Diagnosen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt.

Diese sind in Tabelle 15 zusammengestellt. Zusätzlich sind dort für die 14 ausgewählten Diagnosen auch die Abweichungen der jeweiligen Krankenhausfallquoten in den drei Unter-Altersgruppen dargestellt (vgl. Tabelle 12 bis Tabelle 14).

Tab. 15 Auffällige[1] Einzeldiagnosen[2] im Krankenhaus[3] bei ≥ 65-jährigen Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt (Ränge, Quoten und Quoten-Quotienten sind Mittelwerte der Jahre 2009 – 2013)

	Frauen								Männer							
	Deutschland (D)		Sachsen-Anhalt (ST)						Deutschland (D)		Sachsen-Anhalt (ST)					
	≥ 65		≥ 65			65 – 74	75 – 84	≥ 85	≥ 65		≥ 65			65 – 74	75 – 84	≥ 85
	Quote[4]	Rg.	Quote[4]	Rg.	ST/D[5]	ST/D[5]	ST/D[5]	ST/D[5]	Quote[4]	Rg.	Quote[4]	Rg.	ST/D[5]	ST/D[5]	ST/D[5]	ST/D[5]
Alle Diagnosen/ Behandlungsanlässe	41.471		42.759		1,031	1,035	1,039	1,000	50.523		54.550		1,080	1,088	1,073	1,065
I50 Herzinsuffizienz	1.475	1	1.877	1	1,27	1,46	1,27	1,12	2.078	1	2.614	1	1,26	1,33	1,26	1,16
I20 Angina pectoris	649	9	833	6	1,28	1,33	1,25	1,05	1.276	2	1.470	2	1,15	1,14	1,16	1,19
I21 Akuter Myokardinfarkt	541	13	622	12	1,15	1,16	1,17	1,09	1.129	6	1.276	3	1,13	1,10	1,15	1,18
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	970	3	1.171	2	1,21	1,29	1,17	1,04	493	20	592	18	1,20	1,23	1,17	1,17
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	383	26	321	31	0,84	0,79	0,97	1,21	1.075	9	1.271	4	1,18	1,10	1,35	1,44
E11 Nicht primär insulin-abhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	539	14	788	7	1,46	1,46	1,46	1,47	806	13	1.068	11	1,32	1,33	1,29	1,43
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	729	7	578	13	0,79	0,79	0,81	0,72	538	17	490	23	0,91	0,92	0,90	0,83
K80 Cholelithiasis	542	12	635	11	1,17	1,19	1,14	1,15	509	19	645	16	1,27	1,31	1,25	1,14
M54 Rückenschmerzen	534	15	726	9	1,36	1,46	1,30	1,04	355	32	523	21	1,47	1,59	1,41	1,15
H25 Cataracta senilis	480	18	691	10	1,44	1,31	1,54	1,52	370	30	605	17	1,63	1,46	1,74	1,82
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	286	33	274	34	0,96	0,95	1,00	0,86	442	23	532	20	1,20	1,28	1,17	0,93
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	668	8	507	17	0,76	0,76	0,77	0,77								
K29 Gastritis und Duodenitis	337	31	448	18	1,33	1,40	1,31	1,14	263	38	336	33	1,28	1,29	1,29	1,20
I11 Hypertensive Herzkrankheit	253	35	409	23	1,62	1,82	1,49	1,11	141	41	222	38	1,58	1,70	1,45	1,39

[1] Rang < 25 in Dtl. oder Sachsen-Anhalt in einem oder beiden Geschlechtern UND Abweichung Werte Sachsen-Anhalt vom Bundesdurchschnitt +/- ≥ 15 %
[2] Sortiert nach dem Rang in Deutschland bezüglich beider Geschelchter
[3] sog. Hauptdiagnosen (Hauptursache des jeweiligen Krankenhausaufenthaltes)
[4] Krankenhausfälle (inkl. Wiederholungsfälle) je 100.000 weibl. bzw. männl. Einwohner ≥ 65 Jahre, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung
[5] roher Quoten-Quotient: Quote ST/Quote D

Stärke der Abweichung vom Bundesdurchschnitt:	≥ 1,2-mal (≥ 20 % höher als BD)	1,15 - < 1,2-mal (15 % - < 20 % höher als BD)	0,85 - > 0,8-mal (15 % - < 20 % geringer als BD)	≤ 0,8-mal (≥ 20 % geringer als BD)

Bei den so ausgewählten „auffälligen“ Diagnosen ist zu beachten, dass bei immerhin 6 der 14 Diagnosen (Akuter Myokardinfarkt, Angina pectoris, Hypertonie, Gallenstein, Lungenkrebs, Darmkrebs) bei Adjustierung der Quoten-Quotienten (s. oben Punkt 4), die „negative Auffälligkeit“ in mindestens einer Altersgruppe und bei mindestens einem der beiden Geschlechter ihre „Signifikanz“ (+/- ≥ 15 % des Bundesdurchschnitts) verliert. Die Grundtendenz (erhöhte Krankenhausfallquote im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) bleibt jedoch jeweils erhalten (vgl. Spalten rohe/adjustierte Quoten-Quotienten in Tabelle 19 und Tabelle 12 bis Tabelle 14).

Durch die Anwendung der Auswahlkriterien 1) bis 3) und der Zusammenstellung in Tabelle 15 wird deutlich, dass in Sachsen-Anhalt im Mittel der letzten fünf Beobachtungsjahre (2009 – 2013) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt:

- 10 Diagnosen in beiden Geschlechtern häufiger sind (E11, H25, I10, I11, I20, I21, I50, K29, K80, M54),
- 1 Diagnose in beiden Geschlechtern seltener ist (M16),
- 1 Diagnose nur bei Männern häufiger ist (C18),
- 1 Diagnose bei Frauen seltener ist (C50),
- 1 Diagnose (C34) bei Männern häufiger, bei Frauen seltener als im Bundesdurchschnitt ist.

Im Einzelnen zeigt sich, dass in Sachsen-Anhalt

a) bei ≥ 65-Jährigen **bei beiden Geschlechtern**
der als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannte
- Nicht primär insulinabhängige (Typ-2-) Diabetes mellitus (E11),

die Herz-Kreislauf-Erkrankungen:
- Essentielle (primäre) Hypertonie (I10),
- Hypertensive Herzkrankheit (I11),
- Angina pectoris (I20),
- akuter Myokardinfarkt (I21),
- Herzinsuffizienz (I50)

und die u. a. durch Typ-2-Diabetes begünstigten Diagnosen:
- Cataracta senilis/grauer Star (H25),
- Cholelithiasis/Gallenstein (K80)

in fast allen Altersgruppen deutlich **häufiger** sind als im Bundesdurchschnitt.

Hingegen wird
- Arthrose des Hüftgelenks (M16) **seltener** im Krankenhaus behandelt (operiert) als im Bundesdurchschnitt.

b) bei **Männern**
- Neubildungen des Colons (C18, „Darmkrebs“),
- Neubildungen der Lunge und der Bronchien (C34, „Lungenkrebs“)

häufiger Ursache für einen Krankenhausaufenthalt sind als im Bundesdurchschnitt,

c) Frauen bezüglich
- Brustkrebs (C50) und
- Lungenkrebs (C34) **seltener** im Krankenhaus behandelt werden als im bundesdeutschen Mittel.

Die absoluten jährlichen Fallzahlen bzgl. der 14 auffälligen Diagnosen in Sachsen-Anhalt sind in Tabelle 16 gezeigt. Es wird deutlich, dass bei Frauen jährlich etwa 35.800 Krankenhausfälle (das sind 23,3 % aller weiblichen Krankenhausfälle) durch eine der 14 „auffälligen“ Diagnosen verursacht werden. Bei Männern sind es etwa 27.300 Krankenhausfälle, die durch eine der „auffälligen“ Diagnosen verursacht werden, das sind 21,5 % aller männlichen Krankenhausfälle. Die ausgewählten auffälligen Diagnosen sind für jeweils 25 – 48 % der Krankenhausfälle in „ihrem“ Diagnosekapitel verantwortlich.

Tab. 16 Absolute jährliche Zahl von Krankenhausfällen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt bzgl. ausgewählter Diagnosekapitel und Einzeldiagnosen (Mittelwerte 2009 – 2013)

Diagnosekapitel/ Diagnosen	Frauen				Männer			
	≥ 65	65 – 74	75 – 84	≥ 85	≥ 65	65 – 74	75 – 84	≥ 85
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe (A00 – Z99)	153.428	59.933	64.074	29.421	126.721	66.761	48.930	11.030
I00 – I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	36.968	12.819	16.301	7.848	32.818	16.680	13.266	2.872
%[1)]	24,1	21,4	25,4	26,7	25,9	25,0	27,1	26,0
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	4.162	1.688	1.770	705	1.368	717	523	128
I11 Hypertensive Herzkrankheit	1.394	648	590	156	521	301	185	35
I20 Angina pectoris	2.809	1.376	1.201	231	3.497	2.021	1.312	164
I21 Akuter Myokardinfarkt	2.394	698	1.109	588	2.962	1.418	1.235	309
I50 Herzinsuffizienz	7.658	1.652	3.523	2.483	6.013	2.237	2.863	914
Zwischensumme	18.417	6.061	8.192	4.163	14.361	6.694	6.117	1.550
%[2)]	49,8	47,3	50,3	53,0	43,8	40,1	46,1	54,0
C00 – D48 Neubildungen	15.137	7.753	5.809	1.575	19.703	11.636	7.008	1.059
%[1)]	9,9	12,9	9,1	5,4	15,5	17,4	14,3	9,6
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	963	412	427	124	1.263	739	464	59
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1.002	588	355	58	3.028	1.854	1.082	92
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1.578	938	522	119				
Zwischensumme	3.543	1.938	1.303	302	4.307	2.603	1.553	152
%[2)]	23,4	25,0	22,4	19,2	21,9	22,4	22,2	14,3
M00 – M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	14.970	7.874	5.905	1.191	8.497	5.280	2.865	352
%[1)]	9,8	13,1	9,2	4,0	6,7	7,9	5,9	3,2
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	1.926	986	822	117	1.165	715	418	33
M54 Rückenschmerzen	2.497	1.145	1.064	288	1.225	699	452	74
Zwischensumme	4.423	2.132	1.886	405	2.390	1.413	870	107
%[2)]	29,5	27,1	31,9	34,0	28,1	26,8	30,4	30,5
K00 – K93 Krankheiten des Verdauungssystems	14.906	5.849	6.130	2.927	12.664	6.796	4.781	1.087
%[1)]	9,7	9,8	9,6	9,9	10,0	10,2	9,8	9,9
K29 Gastritis und Duodenitis	1.611	631	714	266	786	386	327	73
K80 Cholelithiasis	2.140	1.022	795	324	1.504	814	578	112
Zwischensumme	3.752	1.653	1.509	590	2.290	1.200	905	185
%[2)]	25,2	28,3	24,6	20,2	18,1	17,7	18,9	17,0
E00 – E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6.694	2.209	2.774	1.711	4.105	2.011	1.607	488
%[1)]	4,4	3,7	4,3	5,8	3,2	3,0	3,3	4,4
E11 Nicht primär insulin-abhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2.982	945	1.371	667	2.490	1.306	979	205
%[2)]	44,6	42,8	49,4	39,0	60,7	65,0	60,9	42,1
H00 – H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	5.103	1.973	2.421	709	3.215	1.533	1.410	272
%[1)]	3,3	3,3	3,8	2,4	2,5	2,3	2,9	2,5
H25 Cataracta senilis	2.679	765	1.455	459	1.430	530	736	164
%[2)]	52,5	38,8	60,1	64,7	44,5	34,6	52,2	60,1
alle 14 auffälligen Diagnosen	35.795	13.494	15.715	6.586	27.268	13.746	11.160	2.364
%[1)]	23,3	22,5	24,5	22,4	21,5	20,6	22,8	21,4

[1)] von allen Behandlungsanlässen, [2)] vom jeweiligen Diagnosekapitel

3.3.7 Geschlechtsspezifik

Eine bei ≥ 65-Jährigen ggf. auftretende unterschiedliche stationäre Morbidität bei Frauen und Männern kann nicht an unterschiedlichen Fallzahlen festgemacht werden: Durch erhöhte Mortalität gibt es im Alter weniger Männer und deshalb selbst bei ggf. gleicher Morbidität weniger männliche Krankenhausfälle (Tabelle 16). Stattdessen kann ein möglicher Unterschied nur über den Vergleich von **bevölkerungsbezogenen Quoten** und/oder von unterschiedlichen Anteilen einer bestimmten Diagnose unter allen Behandlungsfällen dargestellt werden. Eine Gegenüberstellung dieser Parameter bei ≥ 65-jährigen Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt bei den 40 häufigsten Einzeldiagnosen im Krankenhaus (44 minus 4 Diagnosen, die nur auf eines der beiden Geschlechter zutreffen) zeigt Tabelle 17. Dort wird deutlich, dass

Männer (in Sachsen-Anhalt) in der Altersgruppe ≥ 65 Jahre bezüglich folgender Diagnosen deutlich häufiger im Krankenhaus sind als Frauen:

A41 Sonstige Sepsis
C18 Bösartige Neubildung des Kolons
C20 Bösartige Neubildung des Rektums
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase
I20 Angina pectoris
I21 Akuter Myokardinfarkt
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit
I70 Atherosklerose
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
K40 Hernia inguinalis
N17 Akutes Nierenversagen

Frauen (in Sachsen-Anhalt) in der Altersgruppe ≥ 65 Jahre hingegen nur bei folgenden Diagnosen bevölkerungsbezogen deutlich häufiger stationär behandelt werden als Männer:

I10 Essentielle (primäre) Hypertonie
I11 Hypertensive Herzkrankheit
S52 Fraktur des Unterarmes

Bei der obigen alphabetischen Sortierung nach ICD-10-Code fällt auf, dass Männer im Alter von ≥ 65 Jahren (in Sachsen-Anhalt) besonders bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen (Krebs) häufiger im Krankenhaus sind als Frauen. Frauen im Alter von ≥ 65 Jahren werden hingegen – wie auch in jüngeren Altersgruppen – aufgrund der unterschiedlichen weiblichen Physiologie häufiger wegen Bluthochdruck und assoziierter Diagnosen stationär behandelt. Frauen der Altersgruppe ≥ 65 Jahre haben deutlich häufiger Unterarmbrüche als Männer, vermutlich, weil sie häufiger bis ins hohe Alter noch mobil sind/sein müssen und dann häufiger stürzen.

Zusätzlich zur oben beschriebenen, in weiten Teilen auch für Deutschland zutreffenden Geschlechtsspezifik, lassen sich auch **landesspezifische** Geschlechtsunterschiede in Sachsen-Anhalt feststellen, nämlich dann, wenn **geschlechtsspezifisch deutlich unterschiedliche Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (BD)** vorliegen. Dies ist bei folgenden Diagnosen (in der Reihenfolge der Häufigkeit) der Fall (vgl. Tabelle 19):

- Atherosklerose (I70):
  bei Frauen seltener, bei Männern häufiger als BD
- Lungenkrebs (C34):
  bei Frauen seltener, bei Männern häufiger als BD
- Hernia inguinales (I70):
  nur bei Frauen deutlich seltener als BD
- Bösartige Neubildung des Kolons (C18)
  nur bei Männern deutlich häufiger als BD
- Bösartige Neubildung des Rektums (C20)
  nur bei Männern deutlich häufiger als BD

Tab. 17 Die 40 häufigsten Diagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Geschlechtervergleich, sortiert nach Häufigkeit bei Frauen (Mittelwerte 2009 – 2013)

	Frauen			Männer			
	Quote*	Rang	%-Anteil**	Quote*	Rang	%-Anteil**	Quote m/w***
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	42.759			54.550			1,28
I50 Herzinsuffizienz	1.877	1	4,39	2.614	1	4,79	1,39
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	1.171	2	2,74	592	18	1,08	0,51
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	958	3	2,24	1.077	10	1,98	1,13
I63 Hirninfarkt	936	4	2,19	1.188	7	2,18	1,27
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	854	5	2,00	567	19	1,04	0,66
I20 Angina pectoris	833	6	1,95	1.470	2	2,70	1,77
E11 Nicht primär insulinabh. (Typ-2-) Diabetes mellitus	788	7	1,84	1.068	11	1,96	1,36
S72 Fraktur des Femurs	752	8	1,76	463	24	0,85	0,62
M54 Rückenschmerzen	726	9	1,70	523	21	0,96	0,72
H25 Cataracta senilis	691	10	1,62	605	17	1,11	0,87
K80 Cholelithiasis	635	11	1,48	645	16	1,18	1,02
I21 Akuter Myokardinfarkt	622	12	1,45	1.276	3	2,34	2,05
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	578	13	1,35	490	23	0,90	0,85
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	572	14	1,34	1.223	6	2,24	2,14
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	519	15	1,21	1.142	9	2,09	2,20
S52 Fraktur des Unterarmes	513	16	1,20	84	42	0,15	0,16
K29 Gastritis und Duodenitis	448	18	1,05	336	33	0,62	0,75
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	437	19	1,02	1.237	5	2,27	2,83
R55 Synkope und Kollaps	437	20	1,02	501	22	0,92	1,15
I70 Atherosklerose	433	21	1,01	1.143	8	2,10	2,64
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	428	22	1,00	448	27	0,82	1,05
I11 Hypertensive Herzkrankheit	409	23	0,96	222	38	0,41	0,54
E86 Volumenmangel	408	24	0,95	391	31	0,72	0,96
T84 Komplikationen durch orthopäd. Endoprothesen, Implantate, Transplantate	405	25	0,95	320	35	0,59	0,79
K57 Divertikulose des Darmes	401	26	0,94	302	36	0,55	0,75
S06 Intrakranielle Verletzung	394	27	0,92	433	28	0,79	1,10
G45 Zerebrale transitor. Ischämie u. verwandte Syndrome	380	28	0,89	450	26	0,82	1,19
M48 Sonstige Spondylopathien	322	30	0,75	336	32	0,62	1,04
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	321	31	0,75	1.271	4	2,33	3,96
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	314	32	0,73	190	40	0,35	0,60
K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	281	33	0,66	333	34	0,61	1,18
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	274	34	0,64	532	20	0,97	1,94
A09 Sonst. Gastroenteritis/ Kolitis (infekt. O. nicht näher bez.)	273	35	0,64	216	39	0,40	0,79
A41 Sonstige Sepsis	235	36	0,55	410	30	0,75	1,74
N17 Akutes Nierenversagen	209	37	0,49	295	37	0,54	1,41
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	208	38	0,49	457	25	0,84	2,20
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	179	39	0,42	789	14	1,45	4,40
C20 Bösartige Neubildung des Rektums	153	40	0,36	431	29	0,79	2,82
K40 Hernia inguinalis	64	41	0,15	811	13	1,49	12,75
Alle angezeigten Diagnosen			47,79			49,28	

* je 100.000 Einwohner der betr. Geschlechts- und Altersgruppe (altersstandardisiert an alter Europabevölkerung)
** von allen Behandlungsfällen
*** > 1,00 = Krankenhausfallquote bei Männern höher, < 1,00 = KH-Fallquote bei Frauen höher

3.3.8 Altersspezifik

Die Veränderungen bezüglich der Häufigkeit von Krankenhausdiagnosen mit dem Alter (innerhalb der Altersgruppe ≥ 65 Jahre) ist in Tabelle 18 dargestellt (Basis: die 44 wichtigen/häufigen Diagnosen aus Tabelle 19):

Tab. 18 Veränderung der Häufigkeit und des Spektrums von Krankenhausdiagnosen in den Altersgruppen 65 – 64, 75 – 84 und ≥ 85 Jahre, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte der Jahre 2009 – 2013

	65 – 74		75 – 84		85plus	
	Quote*	Rang	Quote*	Rang	Quote**	Rang
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	39.698		58.516		70.849	
I50 Herzinsuffizienz	1.178	1	3.242	1	5.953	1
I20 Angina pectoris	1.055	2	1.330	3	694	20
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	942	3	1.187	6	979	12
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	866	4	782	16	497	27
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	817	5	888	12	215	39
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	773	6	767	17	262	36
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	752	7	1.181	7	1.455	8
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	735	8	870	13	236	38
E11 Nicht primär insulinabhängiger (Typ-2-) Diabetes mellitus	695	9	1.222	4	1.536	7
I63 Hirninfarkt	679	10	1.437	2	2.531	3
N40 Prostatahyperplasie	661	11	736	18	439	30
I70 Atherosklerose	658	12	854	14	978	13
I21 Akuter Myokardinfarkt	655	13	1.207	5	1.573	6
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	643	14	1.006	10	974	14
K80 Cholelithiasis	583	15	715	19	763	19
M54 Rückenschmerzen	579	16	788	15	631	23
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	529	17	660	20	263	35
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	457	18	1.117	9	2.413	4
N81 Genitalprolaps bei der Frau	429	19	314	41	122	43
K40 Hernia inguinalis	388	20	394	37	253	37
H25 Cataracta senilis	386	21	1.128	8	1.092	10
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	360	22	568	22	437	31
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	355	23	473	28	322	33
T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen o. ä.	333	24	473	29	314	34
M48 Sonstige Spondylopathien	322	25	398	36	149	42
K29 Gastritis und Duodenitis	315	26	536	26	595	25
R55 Synkope und Kollaps	308	27	642	21	1.013	11
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	307	28	278	43	210	40
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	301	29	567	23	941	15
I11 Hypertensive Herzkrankheit	298	30	403	34	334	32
K57 Divertikulose des Darmes	294	31	463	30	480	28
C20 Bösartige Neubildung des Rektums	289	32	279	42	163	41
S52 Fraktur des Unterarmes	287	33	405	33	464	29
G45 Zerebrale transitorische Ischämie u. verwandte Syndrome	270	34	557	24	913	16
S06 Intrakranielle Verletzung	232	35	518	27	1.419	9
S72 Fraktur des Femurs	227	36	893	11	2.959	2
A41 Sonstige Sepsis	224	37	421	31	533	26
K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	194	38	400	35	779	18
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	194	39	417	32	677	22
A09 Sonstige Gastroenteritis und Kolitis (u.a. infektiös)	156	40	330	40	682	21
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	141	41	364	38	912	17
N17 Akutes Nierenversagen	138	42	352	39	627	24
E86 Volumenmangel	123	43	552	25	1.924	5
G47 Schlafstörungen	95	44	50	44	10	44

* je 100.000 Einwohner der betr. Altersgtruppe (alterstandardisiert an alter Europabevölkerung)
** je 100.000 Einwohner der betr. Altersgtruppe (ohne Altersstandardisierung)

Es wird deutlich, dass

a) die „globale“, nicht nach ICD10-Diagnosen differenzierte Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten mit dem Alter erwartungsgemäß deutlich steigt (zunehmende allgemeine Morbidität), und zwar um 47 % bei 75- bis 84-Jährigen (im Vergleich zu 65- bis 74-Jährigen) und um 21 % bei ≥ 85-Jährigen (im Vergleich zu 75- bis 84-Jährigen),
b) das Spektrum der häufigsten Diagnosen sich mit dem Alter verändert.

Krankenhausdiagnosen, die mit dem Alter **an Bedeutung gewinnen** (in der Rangfolge deutlich steigen), sind (in der Häufigkeitsrangfolge bei ≥ 85-Jährigen):

S72 Fraktur des Femurs
I63 Hirninfarkt
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
E86 Volumenmangel
S06 Intrakranielle Verletzung
R55 Synkope und Kollaps
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems
G45 Zerebrale transitorische Ischämie u. verwandte Syndrome

Krankenhausdiagnosen, die mit dem Alter **an Bedeutung verlieren** (in der Rangfolge deutlich fallen), sind (in der Häufigkeitsrangfolge bei ≥ 85-Jährigen):

I20 Angina pectoris
C61 Bösartige Neubildung der Prostata
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]

Mögliche Gründe für die Veränderung des Spektrums der häufigsten Diagnosen in den drei Altersgruppen werden in der Diskussion besprochen.

3.3.9 Zeittrends auffälliger Krankenhausdiagnosen in Sachsen-Anhalt

Im Kapitel 3.3.6 wurden unter den 20 häufigsten Krankenhausdiagnosen in Deutschland und in Sachsen-Anhalt 14 Diagnosen identifiziert, welche in Sachsen-Anhalt eine **auffällige Krankenhausfallquote** aufweisen (Abweichung von ≥ 15 % vom Bundesdurchschnitt, vgl. Tabelle 15). Bei diesen 14 Diagnosen wird im Folgenden untersucht, ob in den letzten Jahren ein Zeittrend feststellbar ist und ob dieser eher positiv (abnehmende Behandlungsquote) oder eher negativ (zunehmende Behandlungsquote) ist.

In Abbildung 18 bis Abbildung 25 sind die Zeittrends der 14 auffälligen Diagnosen über einen Zeitraum von 14 Jahren dargestellt. Bewertet man vor allem die letzten 5 Beobachtungsjahre, so zeigen sich folgende Tendenzen (Diagnosen mit positivem bzw. negativem Trend sind jeweils nach absteigender Deutlichkeit des Trends sortiert):

6 Diagnosen mit **positivem Trend**
(Rückgang der Häufigkeit **und** Annäherung oder Verbesserung zum Bundesdurchschnitt):

Brustkrebs (C50) bei Frauen	Abbildung 24
Lungenkrebs (C34) bei Männern	Abbildung 25
Darmkrebs (C18) bei Männern	Abbildung 25
Diabetes Typ 2 (E11)	Abbildung 18
Angina pectoris (I20)	Abbildung 20
Akuter Myokardinfarkt (I21)	Abbildung 20

1 Diagnose mit **bedingt positivem Trend**
(Annäherung an den Bundesdurchschnitt ohne Häufigkeitsrückgang):

Lungenkrebs (C34) bei Frauen	Abbildung 24

5 Diagnosen mit **negativem Trend**
(Zunahme der Häufigkeit oder stagnierend mit Vergrößerung des Abstandes zum Bundesdurchschnitt):

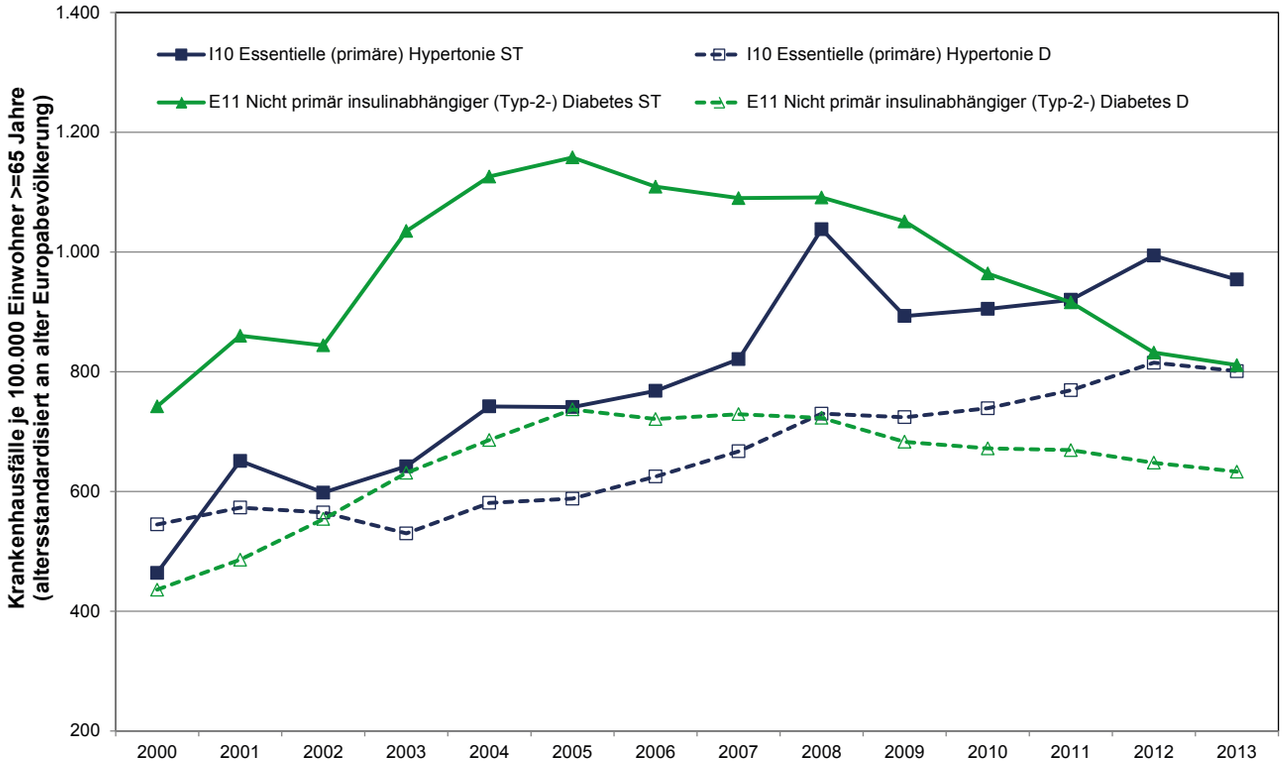
Gastritis/Duodenitis (K29)	Abbildung 22
Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)	Abbildung 18
Hypertensive Herzkrankheit (I11)	Abbildung 19
Herzinsuffizienz (I50)	Abbildung 19
Rückenschmerzen (M54)	Abbildung 22

Diagnosen **ohne klaren Trend**
(stagnierend und ohne Annäherung an den Bundesdurchschnitt)

Gallenstein (K80)	Abbildung 21
Arthrose des Hüftgelenks (M16)	Abbildung 23

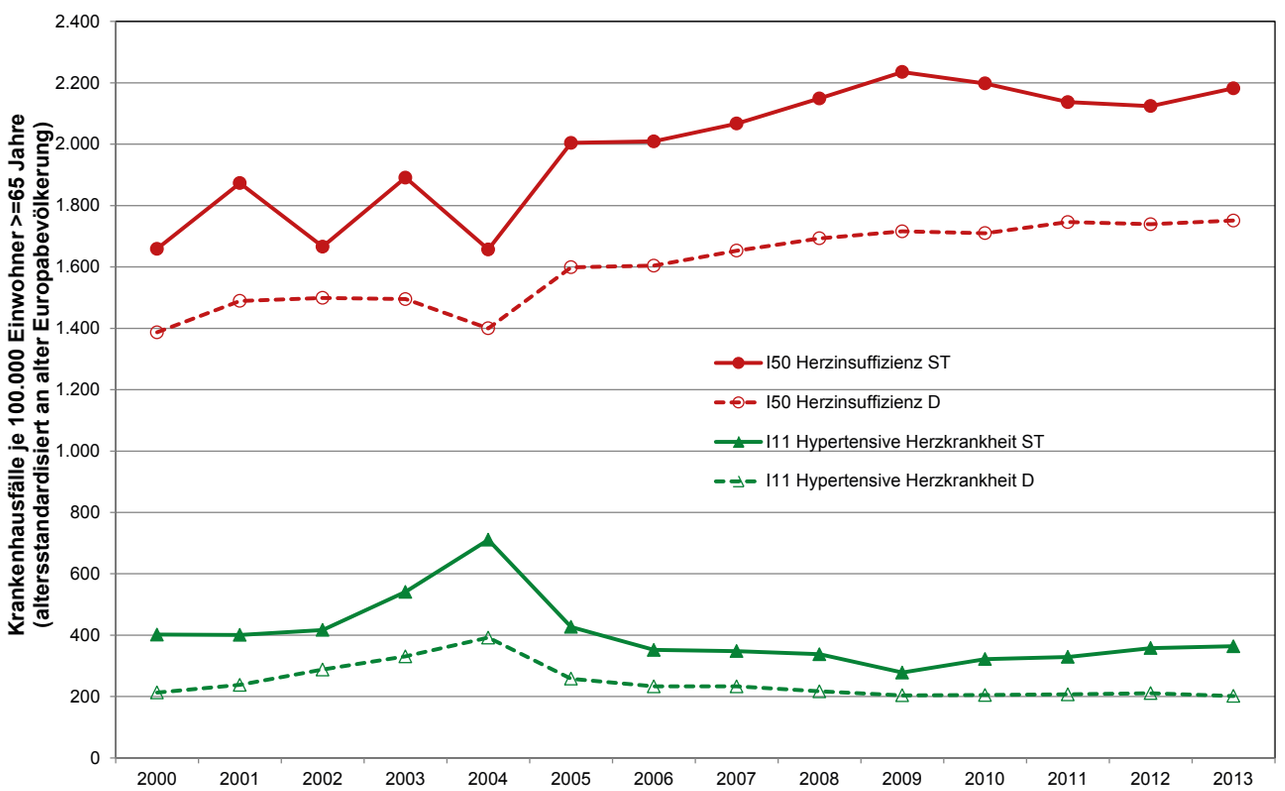
Diagnose **ohne bewertbaren Trend**:
(Zeittrend wird durch Verschiebung der Behandlung vom stationären in den ambulanten Sektor beeinflusst):

Grauer Star (H25)	Abbildung 21



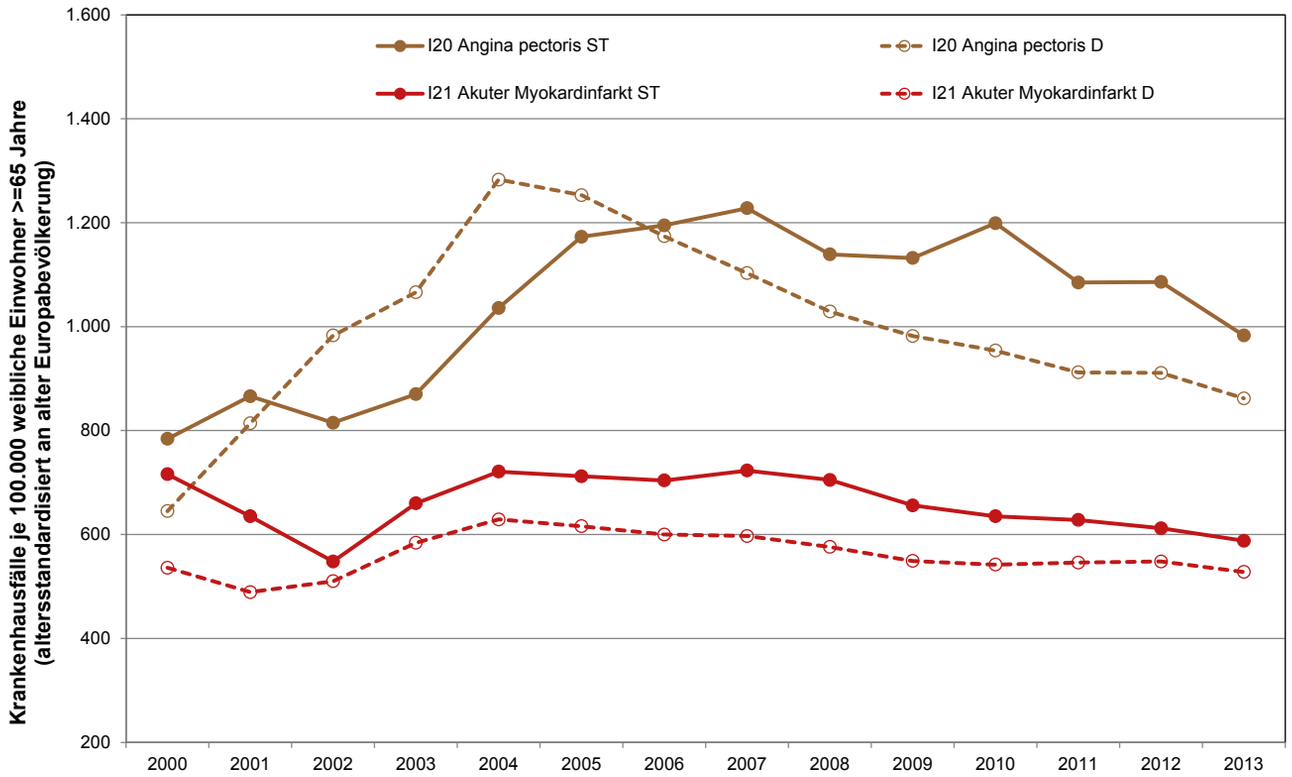
Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statististisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 18 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (I): E11, I10, Zeittrend 2000 – 2013



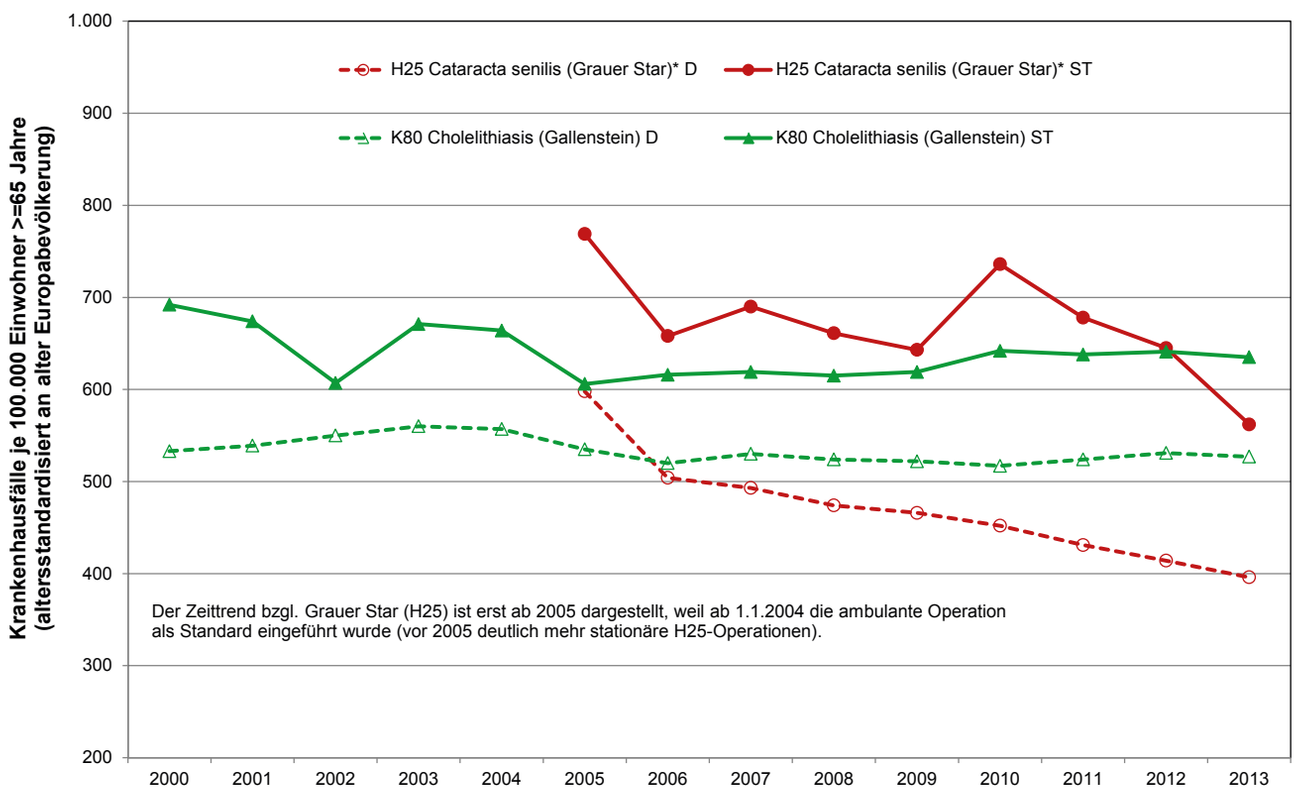
Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statististisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 19 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (II): I11, I50, Zeittrend 2000 – 2013



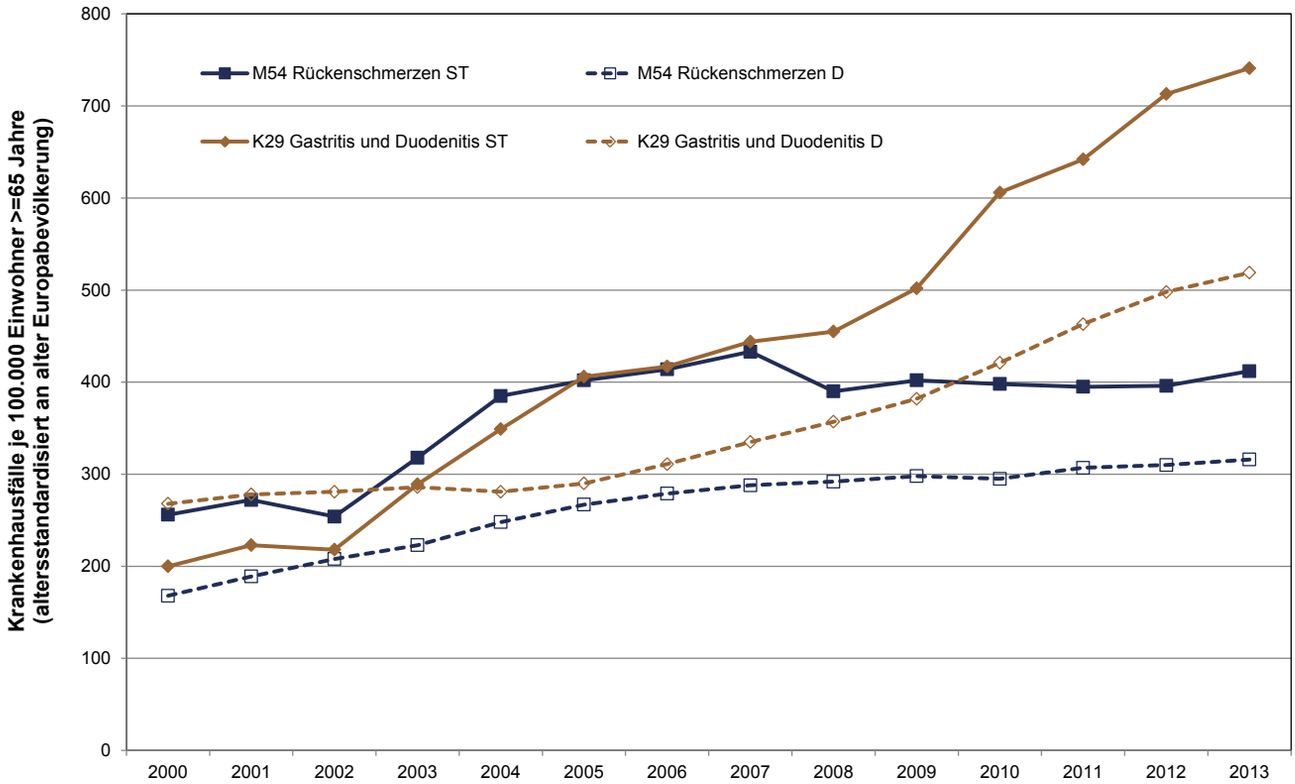
Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 20 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (III): I20, I21, Zeittrend 2000 – 2013



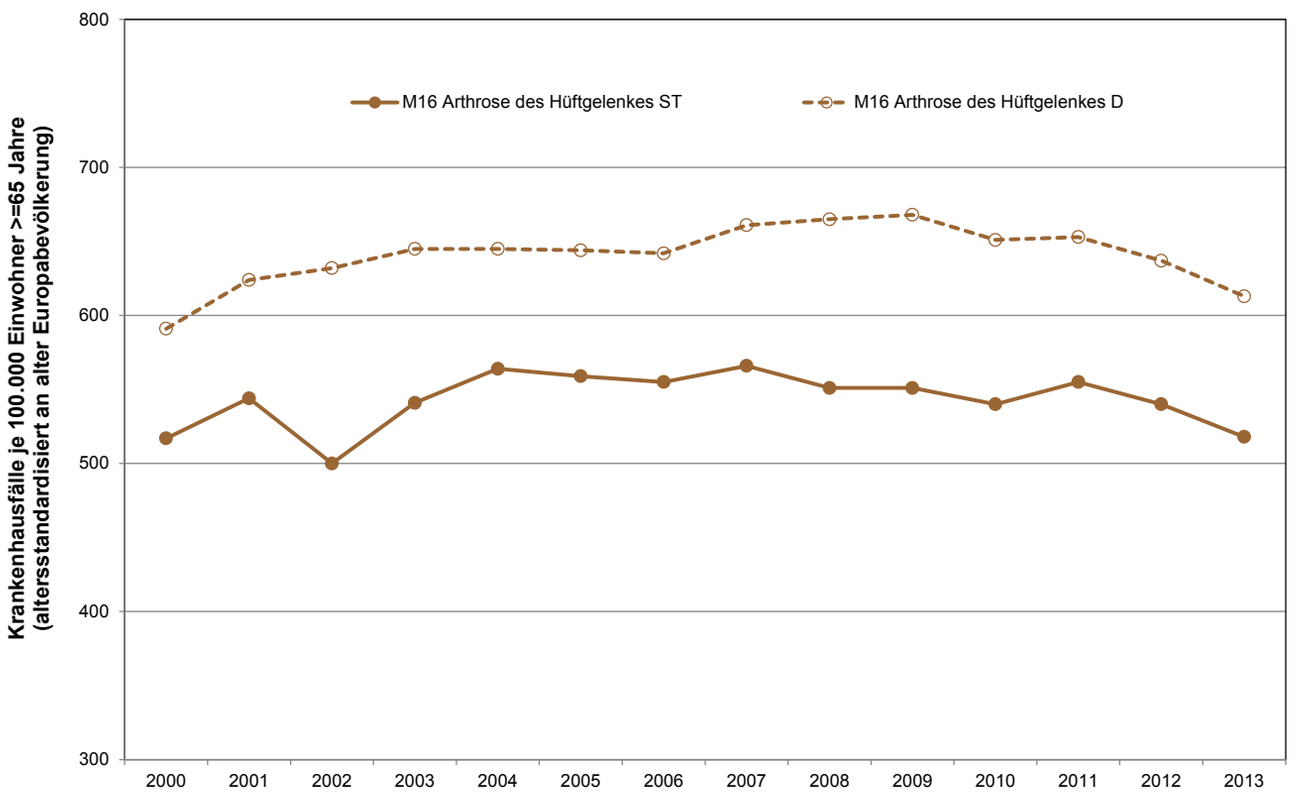
Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 21 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (IV): K80, H25, Zeittrend 2000 – 2013



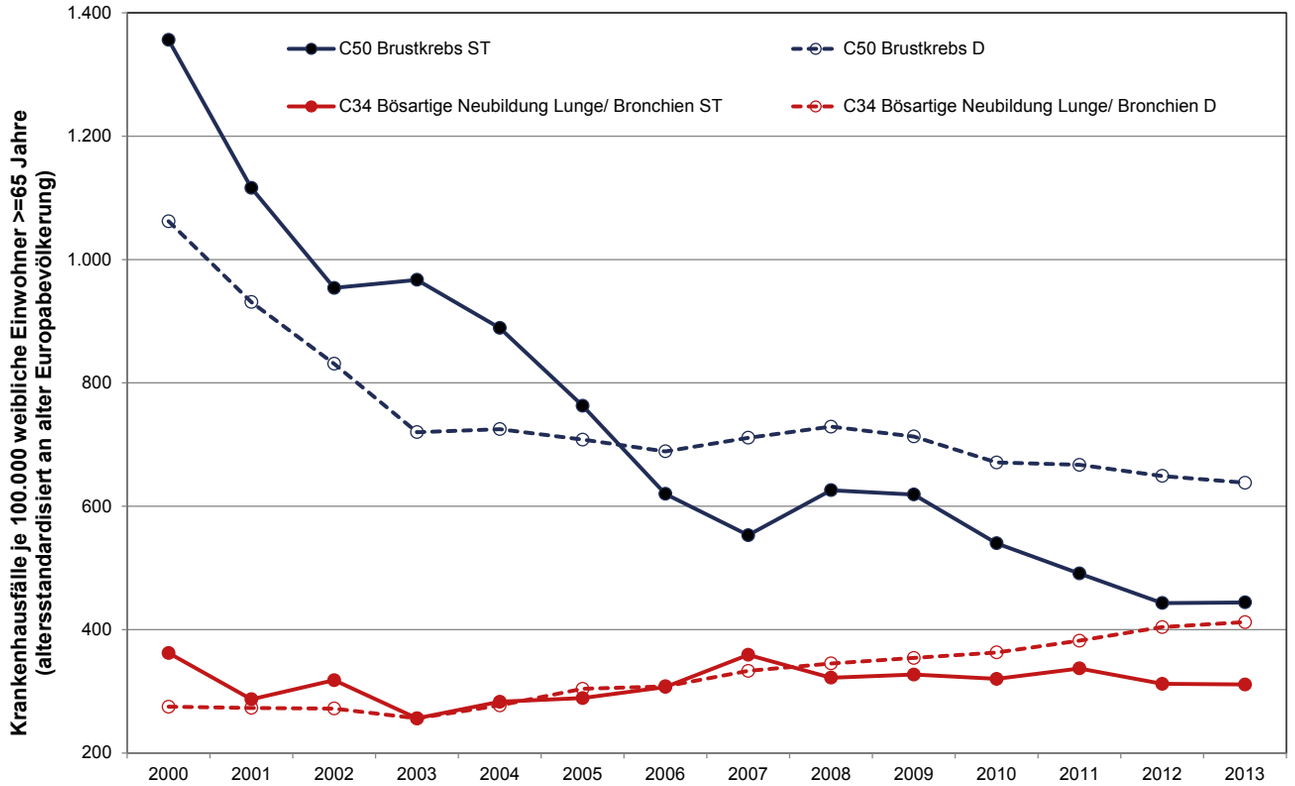
Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 22 Überdurchschnittlich häufige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (V): M54, K29, Zeittrend 2000 – 2013



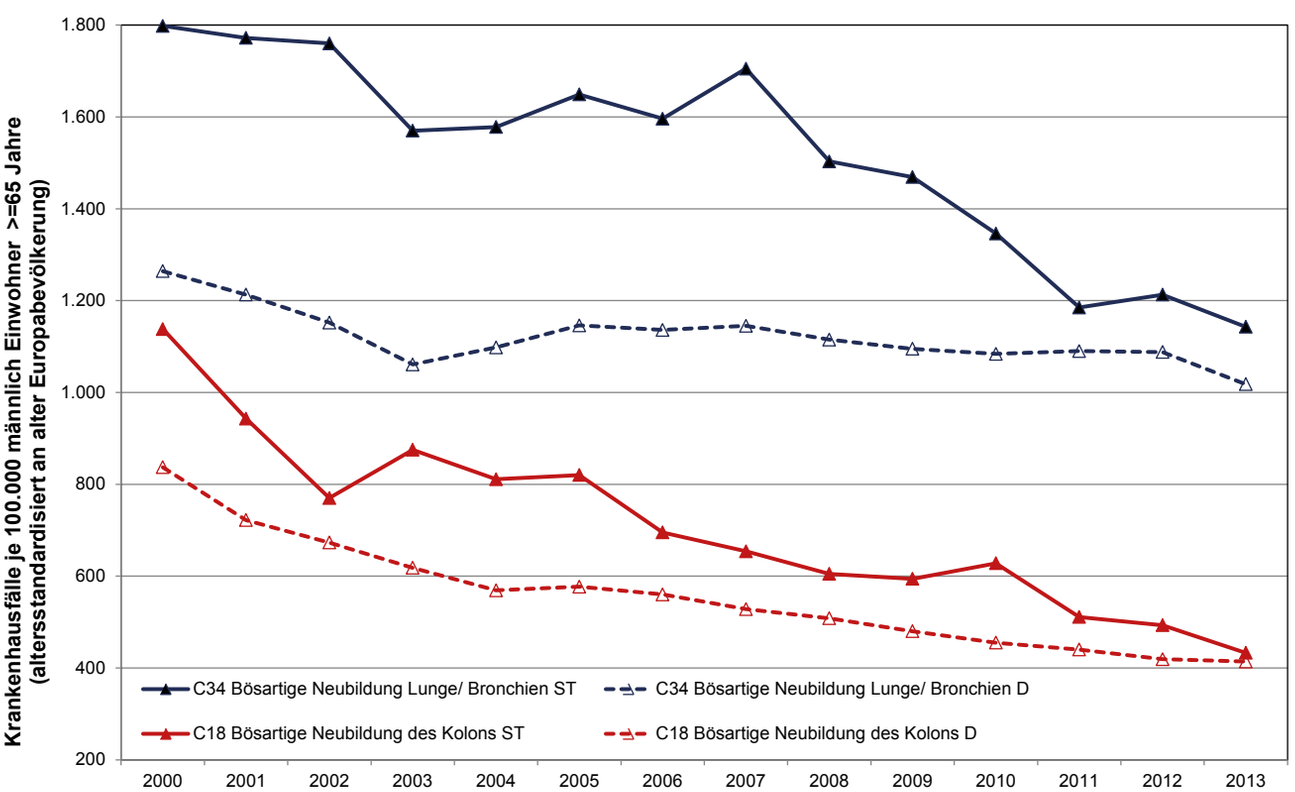
Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 23 Seltenere Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt: M16, Zeittrend 2000 – 2013



Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 24 Auffällige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-jährigen Frauen in Sachsen-Anhalt: C34, C50, Zeittrend 2000 – 2013



Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 25 Auffällige Einzeldiagnosen im Krankenhaus bei ≥ 65-jährigen Männern in Sachsen-Anhalt: C18, C34, Zeittrend 2000 – 2013

Tab. 19 Gesamtliste* der 44 Einzeldiagnosen im Krankenhaus**, die sich ergibt, wenn man die jeweils 20 häufigsten Diagnosen bei 65- bis 74-, 75- bis 84- und ≥ 85-jährigen Frauen bzw. Männern in Deutschland und Sachsen-Anhalt unter Auslassung von Überschneidungen addiert (Quoten, Ränge und Quoten-Quotienten sind Mittelwerte der Jahre 2009 – 2013)

	Frauen								Männer							
	Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)					Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)				
	Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	ST/D		Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	ST/D	
							roh[2]	adj.[3]							roh[2]	adj.[3]
I50 Herzinsuffizienz	1.475	1	3,6	1.877	1	4,4	1,27	1,23	2.078	1	4,1	2.614	1	4,8	1,26	1,17
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	991	2	2,4	958	3	2,2	0,97	0,94	1.143	4	2,3	1.077	10	2,0	0,94	0,87
I63 Hirninfarkt	857	5	2,1	936	4	2,2	1,09	1,06	1.132	5	2,2	1.188	7	2,2	1,05	0,97
I20 Angina pectoris	649	9	1,6	833	6	1,9	1,28	1,24	1.276	2	2,5	1.470	2	2,7	1,15	1,07
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	604	10	1,5	519	15	1,2	0,86	0,83	1.092	8	2,2	1.142	9	2,1	1,05	0,97
I21 Akuter Myokardinfarkt	541	13	1,3	622	12	1,5	1,15	1,11	1.129	6	2,2	1.276	3	2,3	1,13	1,05
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	555	11	1,3	572	14	1,3	1,03	1,00	1.101	7	2,2	1.223	6	2,2	1,11	1,03
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	413	22	1,0	437	19	1,0	1,06	1,03	1.185	3	2,3	1.237	5	2,3	1,04	0,97
I70 Atherosklerose	499	17	1,2	433	21	1,0	0,87	0,84	1.044	10	2,1	1.143	8	2,1	1,10	1,01
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	902	4	2,2	854	5	2,0	0,95	0,92	573	16	1,1	567	19	1,0	0,99	0,92
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	970	3	2,3	1.171	2	2,7	1,21	1,17	493	20	1,0	592	18	1,1	1,20	1,11
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	383	26	0,9	321	31	0,8	0,84	0,81	1.075	9	2,1	1.271	4	2,3	1,18	1,10
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	539	14	1,3	788	7	1,8	1,46	1,42	806	13	1,6	1.068	11	2,0	1,32	1,23
S72 Fraktur des Femurs	814	6	2,0	752	8	1,8	0,92	0,90	490	21	1,0	463	24	0,8	0,94	0,87
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	729	7	1,8	578	13	1,4	0,79	0,77	538	17	1,1	490	23	0,9	0,91	0,84
K80 Cholelithiasis	542	12	1,3	635	11	1,5	1,17	1,13	509	19	1,0	645	16	1,2	1,27	1,17
R55 Synkope und Kollaps	449	19	1,1	437	20	1,0	0,97	0,94	520	18	1,0	501	22	0,9	0,96	0,89
K40 Hernia inguinalis	91	42	0,2	64	41	0,1	0,70	0,67	865	11	1,7	811	13	1,5	0,94	0,87
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	164	39	0,4	179	39	0,4	1,09	1,06	757	14	1,5	789	14	1,4	1,04	0,96
M54 Rückenschmerzen	534	15	1,3	726	9	1,7	1,36	1,32	355	32	0,7	523	21	1,0	1,47	1,36
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	438	21	1,1	428	22	1,0	0,98	0,95	425	24	0,8	448	27	0,8	1,05	0,98
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	397	23	1,0	380	28	0,9	0,96	0,93	462	22	0,9	450	26	0,8	0,97	0,90
H25 Cataracta senilis	480	18	1,2	691	10	1,6	1,44	1,40	370	30	0,7	605	17	1,1	1,63	1,51
C61 Bösartige Neubildung der Prostata									819	12	1,6	825	12	1,5	1,01	0,93
K57 Divertikulose des Darmes	444	20	1,1	401	26	0,9	0,90	0,87	347	35	0,7	302	36	0,6	0,87	0,81
S06 Intrakranielle Verletzung	347	30	0,8	394	27	0,9	1,14	1,10	419	25	0,8	433	28	0,8	1,03	0,96
E86 Volumenmangel	394	25	1,0	408	24	1,0	1,03	1,00	354	33	0,7	391	31	0,7	1,10	1,02
M48 Sonstige Spondylopathien	376	28	0,9	322	30	0,8	0,86	0,83	368	31	0,7	336	32	0,6	0,91	0,85
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	286	33	0,7	274	34	0,6	0,96	0,93	442	23	0,9	532	20	1,0	1,20	1,12
K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	351	29	0,8	281	33	0,7	0,80	0,78	375	29	0,7	333	34	0,6	0,89	0,82
T84 Komplik. durch orthopäd. Endoprothesen, Implantate, Transplantate	395	24	1,0	405	25	0,9	1,02	0,99	301	36	0,6	320	35	0,6	1,07	0,99
N40 Prostatahyperplasie									675	15	1,3	662	15	1,2	0,98	0,91
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	668	8	1,6	507	17	1,2	0,76	0,74								
A41 Sonstige Sepsis	249	36	0,6	235	36	0,6	0,95	0,92	389	28	0,8	410	30	0,8	1,06	0,98
S52 Fraktur des Unterarmes	521	16	1,3	513	16	1,2	0,98	0,95	98	42	0,2	84	42	0,2	0,85	0,79
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	205	37	0,5	208	38	0,5	1,01	0,98	406	26	0,8	457	25	0,8	1,13	1,04
K29 Gastritis und Duodenitis	337	31	0,8	448	18	1,0	1,33	1,29	263	38	0,5	336	33	0,6	1,28	1,18
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	383	27	0,9	314	32	0,7	0,82	0,79	211	39	0,4	190	40	0,3	0,90	0,83
G47 Schlafstörungen	141	41	0,3	44	42	0,1	0,31	0,31	405	27	0,8	114	41	0,2	0,28	0,26
C20 Bösartige Neubildung des Rektums	160	40	0,4	153	40	0,4	0,96	0,93	352	34	0,7	431	29	0,8	1,23	1,14
N17 Akutes Nierenversagen	195	38	0,5	209	37	0,5	1,07	1,04	297	37	0,6	295	37	0,5	0,99	0,92
A09 Sonst. Gastroenteritis/Kolitis infekt. u. nicht näher bez. Ursprungs	254	34	0,6	273	35	0,6	1,07	1,04	193	40	0,4	216	39	0,4	1,11	1,03
I11 Hypertensive Herzkrankheit	253	35	0,6	409	23	1,0	1,62	1,57	141	41	0,3	222	38	0,4	1,58	1,46
N81 Genitalprolaps bei der Frau	316	32	0,8	369	29	0,9	1,17	1,13								
Alle angezeigten ICD-Positionen	20.292		48,9	21.356		49,9			26.272		52,0	28.481		52,2		
alle Behandlungsanlässe	41.471			42.759			1,031		50.523			54.550			1,080	

* Rang ≤ 20 bei Frauen oder Männern in Deutschland oder Sachsen-Anhalt, sortiert nach Häufigkeit in Deutschland bzgl. beider Geschlechter
** jeweils Hauptdiagnose des betreffenden Krankenhausaufenthaltes
[1] je 100.000 weibliche/männliche Einwohner, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung
[2] roher Quotenquotient (Quote ST/Quote D)
[3] adjustierter Quotenquotient: (Quote ST x (1/Faktor Abweichung Gesamtmorbidität vom Bundesdurchschnitt))/Quote D

Stärke der Abweichung vom Bundesdurchschnitt:

≥ 1,2-mal (≥ 20 % höher als BD)	1,15 - < 1,2-mal (15 % - < 20 % höher als BD)	0,85 - > 0,8-mal (15 % - < 20 % geringer als BD)	≤ 0,8-mal (≤ 20 geringer als BD)

3.4 Sterbefälle

3.4.1 Zusammenfassung

In Sachsen-Anhalt sind Sterbefälle je 100.000 Einwohner (sog. Sterbeziffern) von ≥ 65-Jährigen bei Frauen um ca. 7 %, bei Männern um ca. 13 % häufiger als im Bundesdurchschnitt. Dabei sind die Sterbeziffern in einigen **Diagnosekapiteln** (ICD10-Hauptgruppen) deutlich höher (Krankheiten des Kreislaufsystems, Stoffwechselkrankheiten, Neubildungen), in einigen anderen Kapiteln deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt (Krankheiten des Atmungssystems, Psychische und Verhaltensstörungen).

Unter 31 **Einzeldiagnosen** (ICD10-3-Steller), die in Sachsen-Anhalt und Deutschland bei ≥ 65-jährigen Frauen oder Männern besonders häufige Todesursachen sind, dominieren sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland Krankheiten des Kreislaufsystems, bösartige Neubildungen und Krankheiten des Atmungssystems.

Unter den 31 Diagnosen wurden 5 identifiziert, die in Deutschland oder in Sachsen-Anhalt quantitativ besonders relevant sind und in Sachsen-Anhalt besonders deutlich vom Bundesdurchschnitt abweichen.

Bei 4 dieser 5 auffälligen Diagnosen zeigte sich in beiden Geschlechtern eine „**Negativabweichung**“ in Sachsen-Anhalt (deutlich erhöhte Sterbeziffer im Vergleich zum Bundesdurchschnitt). Alle 4 Negativabweichungen betreffen direkt oder indirekt (als Risiko- oder Begleitfaktoren) Krankheiten des Kreislaufsystems: nicht primär insulinabhängiger Typ-2-Diabetes (E11), chronische ischämische Herzkrankheit (I25), akuter Myokardinfarkt (I21) und hypertensive Herzkrankheit (I11). Zwei der 4 negativ-auffälligen, Herz-Kreislauf-assoziierten Diagnosen zeigen seit dem Jahr 2000 einen positiven bzw. bedingt positiven Trend der Sterbeziffern (akuter Myokardinfarkt, chronische ischämische Herzkrankheit), zwei zeigen einen negativen Trend (hypertensive Herzkrankheit, Typ- 2-Diabetes).

Eine der 5 auffälligen Diagnosen zeigt bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt eine deutliche „**Positivabweichung“** vom Bundesdurchschnitt: Pneumonie. Hier zeigte sich kein klarer Zeittrend bezüglich der Häufigkeit und/oder bzgl. des Abstandes zum Bundesdurchschnitt.

Einige Todesursachen (I63, I64, F03) waren nach den angelegten Auswahlkriterien zwar jede für sich auffällig, durch die Zusammenschau mit jeweils „verwandten“ Diagnosen ergab sich jedoch ein widersprüchliches Bild, so dass in der Diskussion die ganze betreffende Diagnosegruppe: zerebrovaskuläre Krankheiten (I60 – I69) bzw. Demenz (F01 + F03 + G30) besprochen werden musste.

In der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen haben Männer eine deutlich höhere Sterblichkeit als Frauen; beide Geschlechter haben in Sachsen-Anhalt eine höhere Sterblichkeit als im Bundesdurchschnitt, die Negativabweichung zum Bundesdurchschnitt ist bei Männern allerdings viel deutlicher als bei Frauen. Die erhöhte Sterblichkeit der Männer im Vergleich zu Frauen geht vor allem auf die erhöhte Sterblichkeit bezüglich bestimmter Krebsarten, akutem Myokardinfarkt, chronischer ischämischer Herzkrankheit, Pneumonie und sonstiger chronischer obstruktiver Lungenkrankheit zurück.

Das Spektrum der häufigsten Todesursachen verändert sich bei Senioren mit zunehmendem Alter. Bei Hochbetagten gewinnen vor allem bestimmte Herz-Kreislauf-Diagnosen, Demenz und Pneumonie an Bedeutung. Hingegen verlieren bestimmte Krebsarten, welche bei 65- bis 74-Jährigen noch zu den Top 15 der Todesursachen gehören, in der Altersgruppe der ≥85-Jährigen an Bedeutung, weil die Erkrankten schon frühzeitig versterben.

3.4.2 Vorbemerkung

Das Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes schreibt vor, dass alle Sterbefälle registriert werden und dabei die Todesursache in Form eines „Grundleidens“ ermittelt wird (zugrunde liegendes Leiden, das am Anfang einer Kausalkette von Leiden steht, welche letztendlich zum Tode führt). Dazu tragen die Ärzte ein Grundleiden und andere wesentliche Krankheitszustände in den Leichenschauschein ein, außerdem noch die Wohngemeinde, Sterbedatum, Geschlecht und Nationalität (deutsche Nationalität ja/nein). Die Todesscheine werden an die Statistischen Landesämter übermittelt, welche sie auswerten und das Grundleiden entsprechend der International Statistical Classification of Diseases and Related Health (ICD) verschlüsseln. Die Daten der Sterbefälle werden fortlaufend an das Statistische Bundesamt übermittelt. Die Todesursachenstatistik ist somit auf Landes- und Bundesebene eine Vollerhebung. Sie wird – mit ähnlichem Grundprinzip – in Deutschland seit 1892 geführt. Die hier verwendeten Daten entstammen einer öffentlich zugänglichen online-Datenbank der Abteilung „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ des Statistischen Bundesamtes (www.gbe-bund.de). Die Anzahl Sterbefälle (ggf. bzgl. einer bestimmten Diagnose) je 100.000 Einwohner wird als Sterbefallquote oder Sterbeziffer bezeichnet.

3.4.3 Globale Sterblichkeit

Die „globale“, alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00 – T98) umfassende Sterbeziffer ist bei ≥ 65-Jährigen erwartungsgemäß (steigende Morbidität und Mortalität im Alter) sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt sehr deutlich (etwa 4- bis 6-mal) höher als in der Gesamtbevölkerung (Abbildung 26).

Die globale Sterbeziffer ist in Sachsen-Anhalt seit vielen Jahren höher als im Bundesdurchschnitt. Abbildung 26 zeigt, dass dies auch in den letzten 10 Jahren bis 2013 noch der Fall ist. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung ist dieser Unterschied recht deutlich (im Jahr 2013 eine um 11 % erhöhte altersstandardisierte Sterbeziffer), in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen

ist der Unterschied Sachsen-Anhalt vs. Deutschland geringer (2013 etwa 8 %). Die Negativabweichung (erhöhte Sterblichkeit) vom Bundesdurchschnitt in Sachsen-Anhalt ist bei Männern viel deutlicher als bei Frauen (vgl. Abbildung 27 und Tabelle 20).

Der Zeittrend der globalen Sterbeziffer zeigt in den letzten 10 Jahren sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland ein ambivalentes Bild, je nachdem, ob man die „rohen" (nicht altersstandardisierten) Quoten oder die altersstandardisierten Quoten betrachtet. Die rohen Sterbeziffern steigen in Deutschland und Sachsen-Anhalt kontinuierlich an, weil der Anteil älterer Menschen (die eine höhere Mortalität haben) in Deutschland und in Sachsen-Anhalt bekanntermaßen kontinuierlich zunimmt. Die altersstandardisierten Sterbeziffern, bei denen die „Alterung" der Gesellschaft „herausgerechnet" ist, zeigen hingegen einen kontinuierlich abnehmenden Trend. Dies ist darin begründet, dass sich durch fortschreitende Verbesserung der medizinischen Versorgung/Behandlung und/oder durch gesündere Lebensbedingungen die Lebenserwartung der Bevölkerung kontinuierlich erhöht.

Die bei den Krankenhausfällen beobachtete „positivere" Entwicklung bei den ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Sachsen-Anhalt (vgl. Kapitel 3.3.3, Abbildung 16) ist bei den Sterbefällen nicht zu beobachten, eventuell auch aufgrund der größeren Varianz der Sterbeziffern in der relativ kleinen Population von Sachsen-Anhalt (Abbildung 26).

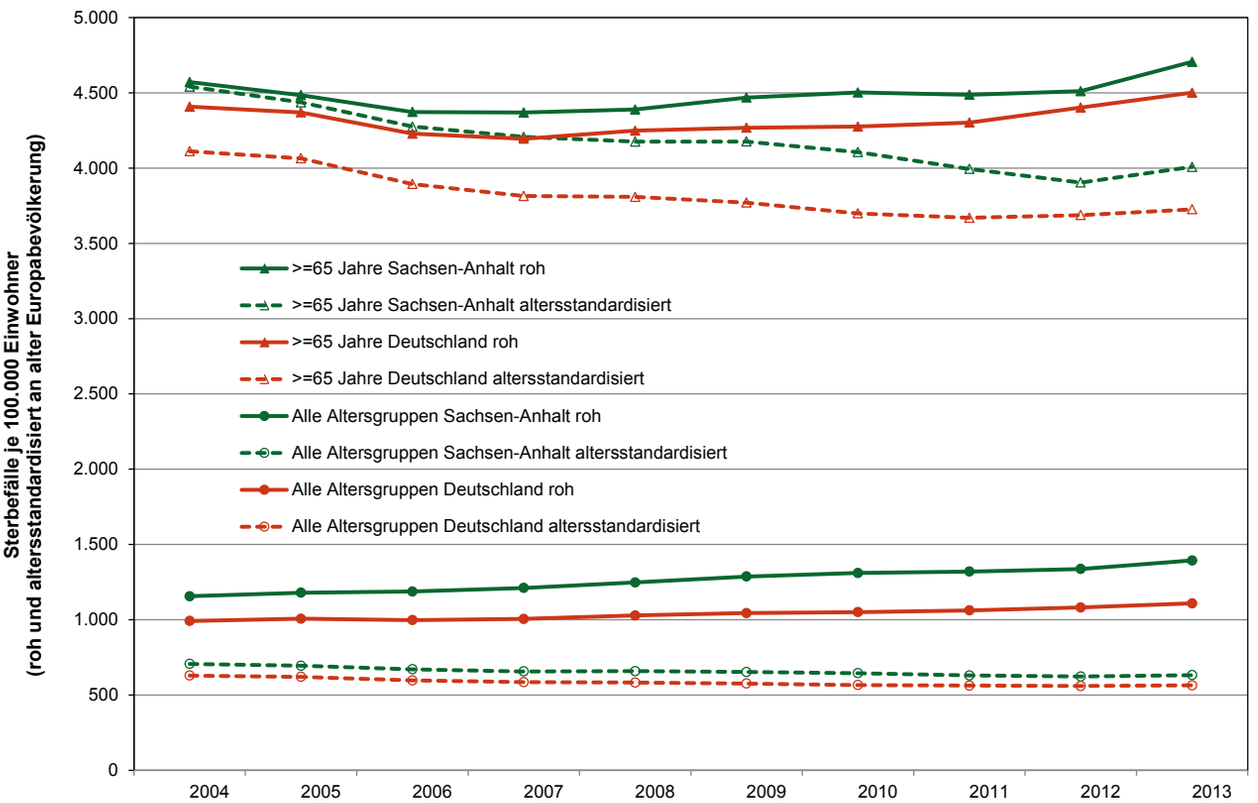


Abb. 26 Allgemeine (A00 – T98) Sterbeziffer der Gesamtbevölkerung und der Altersgruppe ≥ 65 Jahre, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2004 – 2013

3.4.4 Sterblichkeit nach Diagnosekapiteln (ICD-10-Hauptgruppen)

Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen sind sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland die mit Abstand häufigsten Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen. Zwischen den Sterbeziffern einiger **Diagnosekapiteln** (ICD10-Hauptgruppen) gibt es deutliche Unterschiede zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt. Während die Sterbeziffern bei

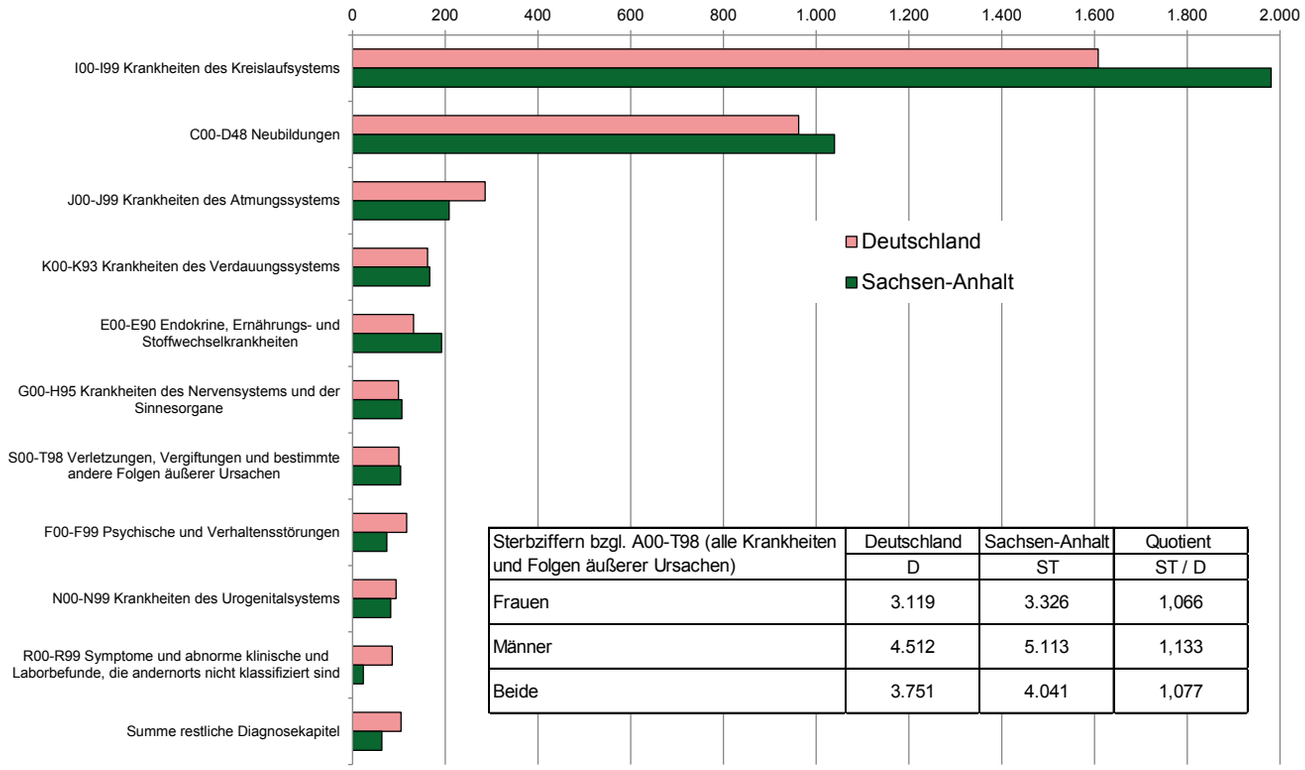
- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99),
- Neubildungen (C00 – D48) und
- Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90)

im Vergleich zum Bundesdurchschnitt **erhöht** sind,
ist die Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt infolge von

- Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99),
- Psychischen und Verhaltensstörungen (F00 – F99),
- Nicht klassifizierten Symptomen und Befunden (R00 – R99) und
- sonstigen (9) Diagnosekapiteln

im Vergleich zum Bundesdurchschnitt **geringer**.

Bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt verursachen Krankheiten des Kreislaufsystems bzw. Neubildungen (v. a. Krebs) bei Frauen 54,7 % bzw. 20,2 % aller Sterbefälle, bei Männern sind es 44,1 % bzw. 30,2 %. In beiden Geschlechtern verursachen bei ≥ 65-Jährigen die beiden Diagnosekapitel zusammen etwa drei Viertel aller Sterbefälle (Tabelle 22).



Sterbziffern bzgl. A00-T98 (alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen)	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Quotient
	D	ST	ST / D
Frauen	3.119	3.326	1,066
Männer	4.512	5.113	1,133
Beide	3.751	4.041	1,077

Datenquelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

* Sterbfälle je 100.000 Einwohner ≥65 Jahre, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung

Abb. 27 Sterbeziffern* bei ≥ 65-Jährigen nach Diagnosekapiteln, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Mittelwerte 2009 – 2013

3.4.5 Die häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-3-Steller)

In Tabelle 20 sind die zwanzig häufigsten Todesursachen (ICD-3-Steller) bei ≥ 65-jährigen Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt und in Deutschland im Mittel der Jahre 2009 – 2013 dargestellt. Es zeigt sich, dass

- das relativ enge Spektrum der 5 bzw. 20 häufigsten Diagnosen für immerhin 28 – 36 % bzw. 42 – 51 % aller Sterbefälle in dieser Altersgruppe verantwortlich ist,
- Krankheiten des Kreislaufsystems, bösartige Neubildungen und bestimmte Krankheiten des Atmungssystems die mit Abstand häufigsten Einzeldiagnosen bei Sterbefällen von ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt und Deutschland sind,
- das Gesamtspektrum der 10 häufigsten Todesursachen jeweils bei Frauen und bei Männern in Sachsen-Anhalt und Deutschland in weiten Teilen übereinstimmt (relativ wenige Diagnosen sind bei Frauen bzw. bei Männern nur in Deutschland oder nur in Sachsen-Anhalt unter den Top 10),
- es allerdings bei einer ganzen Reihe von Diagnosen erhebliche Unterschiede bezüglich des Häufigkeitsranges, der Höhe der Sterbefallquote und des Anteils unter allen Sterbefällen zwischen Sachsen-Anhalt und Deutschland gibt (vgl. Kapitel 3.4.6),
- sich das Spektrum der häufigsten Todesursachen zwischen Frauen und Männern deutlich unterscheidet (vgl. Kapitel 3.4.7),
- sich das Spektrum der häufigsten Todesursachen mit zunehmendem Alter (innerhalb der Altersgruppe ≥ 65) verändert (vgl. Kapitel 3.4.8).

Tab. 20 Die 20 häufigsten* Todesursachen** bei Frauen/Männern im Alter von ≥ 65 Jahren, Deutschland/Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013

		Frauen								Männer							
		Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)					Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)				
		Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	ST/D		Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	ST/D	
								roh[2]	adj.[3]							roh[2]	adj.[3]
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	264	1	8,5	419	1	12,6	1,58	1,49	441	1	9,8	655	1	12,8	1,49	1,31
2	I21 Akuter Myokardinfarkt	172	3	5,5	233	2	7,0	1,35	1,27	318	2	7,0	459	2	9,0	1,44	1,27
3	I50 Herzinsuffizienz	214	2	6,8	186	4	5,6	0,87	0,82	212	4	4,7	195	5	3,8	0,92	0,81
4	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	96	7	3,1	78	8	2,3	0,81	0,76	291	3	6,4	337	3	6,6	1,16	1,02
5	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	85	9	2,7	72	10	2,2	0,85	0,79	184	5	4,1	189	6	3,7	1,03	0,91
6	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung/Infarkt bezeichnet	98	6	3,1	56	14	1,7	0,57	0,54	105	8	2,3	62	18	1,2	0,59	0,52
7	I11 Hypertensive Herzkrankheit	108	5	3,4	205	3	6,2	1,91	1,79	80	10	1,8	176	7	3,4	2,20	1,94
8	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	68	11	2,2	38	19	1,1	0,56	0,52	117	7	2,6	60	20	1,2	0,51	0,45
9	F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	87	8	2,8	16	29	0,5	0,18	0,17	78	13	1,7	19	28	0,4	0,24	0,22
10	C61 Bösartige Neubildung der Prostata									165	6	3,7	205	4	4,0	1,25	1,10
11	C18 Bösartige Neubildung des Kolons	63	13	2,0	65	12	2,0	1,04	0,97	97	9	2,1	115	10	2,2	1,18	1,05
12	I63 Hirninfarkt	68	12	2,2	117	6	3,5	1,74	1,63	78	12	1,7	133	9	2,6	1,71	1,51
13	C25 Bösartige Neubildung des Pankreas	62	14	2,0	63	13	1,9	1,01	0,95	79	11	1,7	82	12	1,6	1,04	0,92
14	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	71	10	2,3	74	9	2,2	1,05	0,98	67	15	1,5	72	14	1,4	1,08	0,95
15	E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	59	15	1,9	23	32	0,7	0,39	0,36	71	14	1,6	21	52	0,4	0,29	0,26
16	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	115	4	3,7	107	7	3,2	0,93	0,87								
17	R99 Sonstige ungenau/nicht näher bezeich. Todesurs.	32	21	1,0	8	30	0,2	0,26	0,24	56	17	1,2	17	29	0,3	0,30	0,27
18	C16 Bösartige Neubildung des Magens	30	24	1,0	40	18	1,2	1,33	1,25	59	16	1,3	86	11	1,7	1,47	1,30
19	C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	34	20	1,1	34	22	1,0	1,01	0,95	51	19	1,1	48	24	0,9	0,94	0,83
20	C56 Bösartige Neubildung des Ovars	40	16	1,3	38	20	1,1	0,94	0,88								
21	G20 Primäres Parkinson-Syndrom	25	30	0,8	23	31	0,7	0,94	0,88	54	18	1,2	54	21	1,1	0,99	0,88
22	I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	35	18	1,1	33	23	1,0	0,95	0,89	42	26	0,9	39	30	0,8	0,94	0,83
23	E11 Nicht primär insulin -abh. (Typ-2-) Diabetes	36	17	1,2	137	5	4,1	3,79	3,56	40	27	0,9	160	8	3,1	3,99	3,52
24	N18 Chronische Nierenkrankheit	30	23	1,0	48	15	1,4	1,58	1,48	45	23	1,0	62	17	1,2	1,39	1,23
25	I70 Atherosklerose	35	19	1,1	26	25	0,8	0,76	0,71	37	29	0,8	36	32	0,7	0,92	0,81
26	C20 Bösartige Neubildung des Rektums	23	33	0,7	26	27	0,8	1,11	1,04	47	21	1,0	60	19	1,2	1,28	1,13
27	C22 Bös. Neubldg. der Leber u. intrahepat. Gallengänge	19	37	0,6	23	33	0,7	1,21	1,13	51	20	1,1	66	16	1,3	1,30	1,15
28	C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	13	> 50	0,4	19	37	0,6	1,46	1,37	46	22	1,0	68	15	1,3	1,47	1,30
29	I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	26	29	0,8	70	11	2,1	2,64	2,47	25	47	0,5	75	13	1,5	3,06	2,70
30	I13 Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	18	40	0,6	42	17	1,3	2,34	2,20	16	> 50	0,3	43	26	0,8	2,74	2,42
31	F01 Vaskuläre Demenz	15	46	0,5	44	16	1,3	2,90	2,72	15	> 50	0,3	48	25	0,9	3,17	2,79
Summe Diagnosen Rang 1-5		873		28,0	1.180		35,5			1.446		32,0	1.852		36,2		
Summe Diagnosen Rang 1-10		1.310		42,0	1.628		49,0			2.010		44,5	2.624		51,3		
Sterbeziffer alle Todesursachen		3.119			3.326			1,066		4.512			5.113			1,133	

* Rang ≤ 20 bei Frauen oder Männern in Deutschland oder Sachsen-Anhalt, sortiert nach Häufigkeit in Deutschland bzgl. beider Geschlechter
** jeweiliges Grundleiden laut Leichenschauschein
[1] je 100.000 weibliche/männliche Einwohner (altersstandardisiert an alter Europabevölkerung)
[2] roher Quotenquotient (Quote ST/Quote D)
[3] adjustierter Quotenquotient: (Quote ST x 1/1,066)/Quote D bzw. (Quote ST x 1/1,133)/Quote D

Faktor ≥ 1,3 (≥ 30 % höher als Bundesdurchschnitt) | Faktor ≤ 0,7 (≥ 30 % geringer als Bundesdurchschnitt)

3.4.6 Identifizierung von „auffälligen“ Todesursachen in Sachsen-Anhalt

Addiert man – unter Ausschluss der Überschneidungen – die im Mittel der Jahre 2009 – 2013 jeweils 20 häufigsten Einzeldiagnosen bei Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt und in Deutschland in der Altersgruppe ≥ 65-Jahre (Tabelle 20), so ergibt sich eine Liste von insgesamt

31 besonders häufigen Einzeldiagnosen in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen.

Eine Besprechung sämtlicher, ggf. geschlechtsspezifischer Häufigkeitsabweichungen unter diesen 31 Diagnosen ist im Rahmen dieses Berichts nicht möglich. Deshalb wurden in fünf Schritten **besonders auffällige Todesursachen in Sachsen-Anhalt** für eine weitere Besprechung ausgewählt:

1. Um eine „quantitative Relevanz“ zu gewährleisten, wurden zunächst nur solche Todesursachen berücksichtigt, bei denen in der Gesamtpopulation der ≥ 65-Jährigen im Mittel der Jahre 2009 – 2013 ein **Häufigkeitsrang ≤ 10** bei mindestens einem der Geschlechter (Frauen und/oder Männern) in mindestens einer der Regionen (Sachsen-Anhalt und/oder Deutschland) vorlag (aufgrund der „Mindest-Bedingungen“ haben viele Diagnosen in der Auswahlliste in bestimmten Konstellationen Häufigkeitsränge > 10).
2. Unter diesen besonders häufigen Diagnosen wurden sodann nur solche berücksichtigt, bei denen der Quotient aus der mittleren Sterbefallquote in Sachsen-Anhalt 2009 – 2013 und der mittleren Sterbefallquote in Deutschland 2009 – 2013 ≥ 1,3 oder ≤ 0,7 war, d. h., bei denen im Mittel der Jahre 2009 – 2013 die Sterbeziffer **30 % höher oder ≥ 30 % geringer war als im Bundesdurchschnitt**.
3. Diagnosen, bei denen die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in beiden Geschlechtern in dieselbe Richtung weisen (überdurchschnittlich bzw. unterdurchschnittlich), werden nicht geschlechtsdifferenziert, sondern „beidgeschlechtlich“ betrachtet, auch wenn im Einzelfall die Abweichung in einem der beiden Geschlechter < 30 % vom Bundesdurchschnitt ist. Sie werden auch dann beidgeschlechtlich betrachtet, wenn die Häufigkeit in einem der beiden Geschlechter über dem Grenzwert (Rang ≤ 10), im anderen unter dem Grenzwert ist (Rang > 10), die Abweichungen jedoch in dieselbe Richtung weisen.
4. Zur Kontrolle wurde den rohen Quoten-Quotienten (vgl. Punkt 2) auch die jeweiligen **adjustierten Quoten-Quotienten** gegenübergestellt (Adjustierung der Sterbeziffern in Sachsen-Anhalt durch Abzug der insgesamt erhöhten Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt). Die adjustierten Quoten-Quotienten aller 31 Diagnosen sind auch in Tabelle 20 aufgeführt.
5. Bei einigen auffälligen Todesursachen wurde auch die Häufigkeit von „verwandten“ Diagnosen untersucht, um auszuschließen, dass es sich bei der Auffälligkeit um eine rein methodische Verschiebung bei der Codierung des Grundleidens im Totenschein handelt.

Nach Anwendung dieser Auswahlkriterien ergibt sich eine Liste von

5 auffälligen Diagnosen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt.

Diese 5 auffälligen Diagnosen sind in Tabelle 21 zusammengestellt. Die Diagnosen I63 (Hirninfarkt), I64 (Schlaganfall, nicht als Infarkt oder Blutung bezeichnet) und F03 (nicht näher bezeichnete Demenz) sind zwar nach den Kriterien 1 – 4 auffällig, in der Zusammenschau mit anderen, „verwandten“ Diagnosen ergibt sich jedoch ein anderes Bild. Die Diagnosegruppen I60 – I69 (zerebrovaskuläre Krankheiten) und F01 + F03 + G30 („Demenz“) werden deshalb in der Diskussion gesondert besprochen.

Tab. 21 Auffällige* Todesursachen** bei Frauen/Männern im Alter von ≥ 65 Jahren in Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013

		Frauen								Männer							
		Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)					Deutschland (D)			Sachsen-Anhalt (ST)				
		Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	ST/D		Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	ST/D	
								roh[2]	adj.[3]							roh[2]	adj.[3]
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	264	1	8,5	419	1	12,6	1,58	1,49	441	1	9,8	655	1	12,8	1,49	1,31
2	I21 Akuter Myokardinfarkt	172	3	5,5	233	2	7,0	1,35	1,27	318	2	7,0	459	2	9,0	1,44	1,27
3	I11 Hypertensive Herzkrankheit	108	5	3,4	205	3	6,2	1,91	1,79	80	10	1,8	176	7	3,4	2,20	1,94
	I63 Hirninfarkt	68	12	2,2	117	6	3,5	1,74	1,63	78	12	1,7	133	9	2,6	1,71	1,51
	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung/ Infarkt bezeichnet	98	6	3,1	56	14	1,7	0,57	0,54	105	8	2,3	62	18	1,2	0,59	0,52
	I67 Sonstige zerebro-vaskuläre Krankheiten	26	29	0,8	70	11	2,1	2,69	2,52	24	47	0,5	75	13	1,5	3,13	2,76
Summe I60 – I69 (Zerebrovaskuläre Krankheiten)		257		8,2	305		9,2	1,19	1,11	291		6,4	362		7,1	1,24	1,10
4	E11 Nicht primär insulin-abh. (Typ-2-) Diabetes	36	17	1,2	137	5	4,1	3,79	3,56	40	27	0,9	160	8	3,1	3,99	3,52
	E14 Nicht näher bezeichn. Diabetes mellitus	59	13	1,9	23	49	0,7	0,39	0,36	71	14	1,6	21	62	0,4	0,29	0,26
Summe E11 + E14		95		3,1	160		4,8	1,68	1,57	111		2,5	181		3,5	1,63	1,44
5	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	68	11	2,2	38	19	1,1	0,56	0,52	117	7	2,6	60	20	1,2	0,51	0,45
Summe J12 – J18 (Pneumonien insgesamt)		72		2,3	47		1,4	0,65	0,61	125		2,8	76		1,5	0,61	0,54
	F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	87	8	2,8	16	35	0,5	0,23	0,22	78	13	1,7	19	54	0,4	0,26	0,23
	F01 Vaskuläre Demnez	15	42	0,5	44	16	1,3	2,93	2,75	15	64	0,3	48	25	0,9	3,20	2,82
	G30 Alzheimer-Krankheit	27	27	0,9	35	20	1,1	1,30	1,22	25	42	0,6	39	30	0,8	1,56	1,38
Summe F01 + F03 + G30 ("Demenz")		129		4,1	95		2,9	0,74	0,69	118		2,6	106		2,1	0,90	0,79
Summe Diagnosen Rang 1 – 5		873		28,0	1.180		35,5			1.446		32,0	1.852		36,2		
Summe Diagnosen Rang 1 – 10		1.310		42,0	1.628		49,0			2.010		44,5	2.624		51,3		
Sterbeziffer alle Todesursachen		3.119			3.326			1,066		4.512			5.113			1,133	

* Rang ≤ 10 in Dtl. oder Sachsen-Anhalt in einem oder beiden Geschlechtern UND Abweichung Quote Sachsen-Anhalt vom Bundesdurchschnitt +/- ≥ 30 %
** jeweiliges Grundleiden laut Leichenschauschein
[1] je 100.000 weibliche/männliche Einwohner, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung
[2] roher Quotenquotient (Quote ST/Quote D)
[3] adjustierter Quotenquotient: (Quote ST x 1/1,066)/Quote D bzw. (Quote ST x 1/1,133)/Quote D

Faktor ≥ 1,30 (≥ 30 % höher als Bundesdurchschnitt) | Faktor ≤ 0,70 (≥30 % geringer als Bundesdurchschn.)

In Tabelle 21 zeigt sich, dass in Sachsen-Anhalt im Mittel der letzten fünf Beobachtungsjahre (2009 – 2013) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt:

- 4 Todesursachen in beiden Geschlechtern deutlich häufiger sind (E11, I25, I21, I11),
- 1 Todesursache in beiden Geschlechtern deutlich seltener ist (J18).

Alle vier Negativabweichungen betreffen indirekt (als Risikofaktor) oder direkt Herz-Kreislauf-Krankheiten, die einzige Positivabweichung betrifft Pneumonie. Mögliche Gründe für diese Auffälligkeiten sowie für die jeweiligen Zeittrends werden in der Diskussion besprochen.

Die absoluten jährlichen Sterbefallzahlen insgesamt, nach Diagnosekapiteln und bzgl. der 5 auffälligen Todesursachen in Sachsen-Anhalt sind in Tabelle 22 gezeigt. Es wird deutlich, dass bei Frauen jährlich etwa 4.600 Sterbefälle (das sind 32,5 % aller weiblichen Sterbefälle) durch eine der 5 „auffälligen“ Diagnosen verursacht werden. Bei Männern sind es etwa 3.300 Sterbefälle, die durch die „auffälligen“ Diagnosen verursacht werden, das sind 29,1 % aller männlichen Sterbefälle. Die ausgewählten auffälligen Diagnosen sind für jeweils 21 – 56 % der Sterbefälle in „ihrem“ Diagnosekapitel verantwortlich.

Tab. 22 Absolute jährliche Zahl von Sterbefällen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt bzgl. ausgewählter Diagnosekapitel und Einzeldiagnosen (Mittelwerte 2009 – 2013)

Diagnosekapitel/Diagnosen	Frauen	Männer	Beide
Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00 – T98)	14.150	11.255	25.404
I00 – I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	7.736	4.959	12.695
%[1)]	54,7	44,1	50,0
I25 Chronische ischäm. Herzkrankheit	1.905	1.387	3.292
I21 Akuter Myokardinfarkt	987	1.026	2.013
I11 Hypertensive Herzkrankheit	955	358	1.313
Zwischensumme	3.847	2.771	6.618
%[2)]	49,7	55,9	52,1
C00 – D48 Neubildungen	2.858	3.398	6.257
%[1)]	20,2	30,2	24,6
J00 – J99 Krankheiten des Atmungssystems	618	705	1.324
%[1)]	4,4	6,3	5,2
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	174	148	322
%[2)]	28,1	21,0	24,3
E00 – E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	756	454	1.210
%[1)]	5,3	4,0	4,8
E11 Nicht primär insulin-abhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	583	361	943
%[2)]	77,0	79,5	78,0
K00 – K93 Krankheiten des Verdauungssystems	547	461	1.008
%[1)]	3,9	4,1	4,0
F00 – F99 Psychische und Verhaltensstörungen	295	177	472
%[1)]	2,1	1,6	1,9
alle 5 auffälligen Diagnosen	4.604	3.280	7.883
%[1)]	32,5	29,1	31,0

[1)] von allen Sterbefällen A00 – T98, [2)] vom jeweiligen Diagnosekapitel

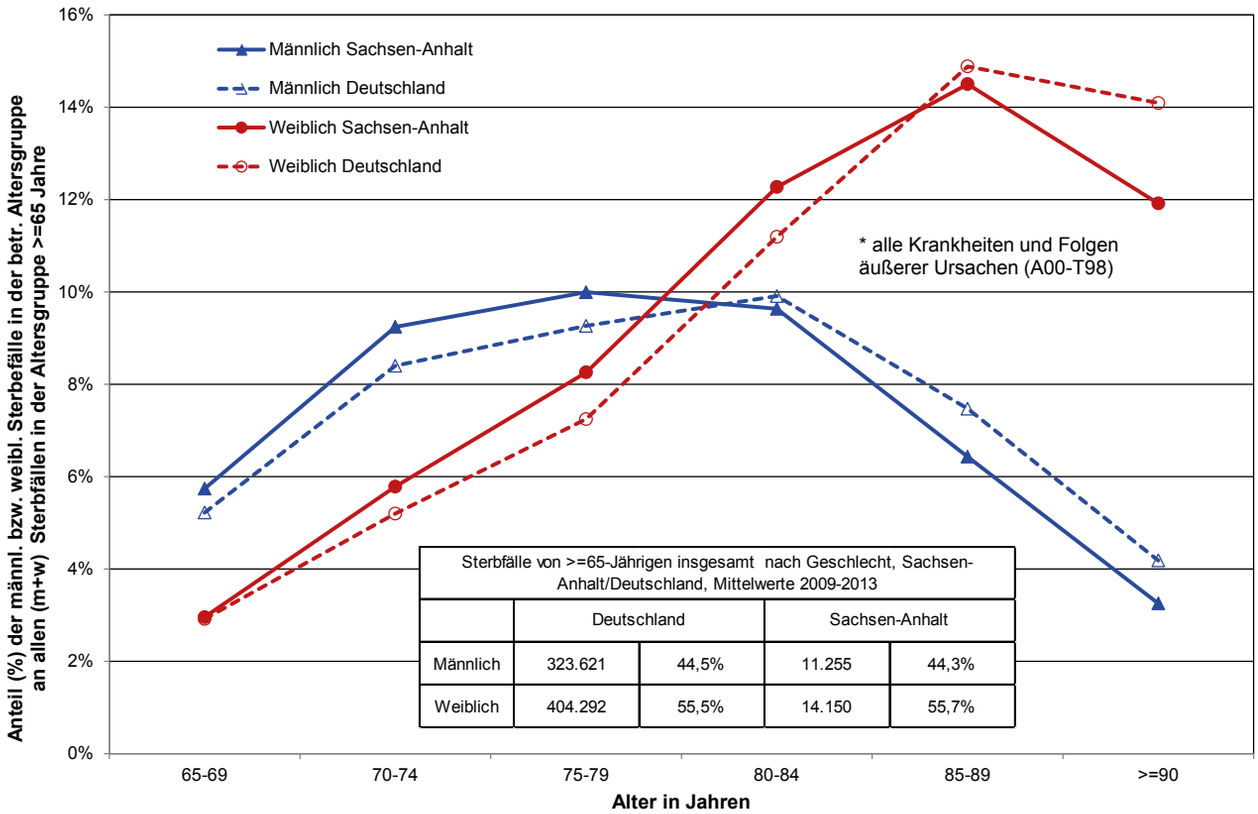
3.4.7 Geschlechtsspezifik

Männer haben in Deutschland (wie in fast allen Kulturen) eine geringere Lebenserwartung als Frauen. In Sachsen-Anhalt ist die Lebenserwartung sowohl bei Frauen als auch bei Männern geringer als im Bundesdurchschnitt; dies ist bei Männern deutlicher ausgeprägt als bei Frauen. Diese Tatsachen zeigt u. a. Abbildung 28:

a) Nur 44,5 % bzw. 44,3 % der Einwohner in Deutschland bzw. Sachsen-Anhalt, die ein Alter von 65 Jahren erreichen (und dann zu unterschiedlichen Zeitpunkten sterben), sind Männer.

b) Während Männer die höchste Sterblichkeit in der Altersgruppe 70 – 84 Jahre aufweisen, haben Frauen die höchste Sterblichkeit erst in einem Alter von 85 – 89 Jahren.

c) Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist in Sachsen-Anhalt die Sterblichkeitskurve im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zu jüngeren Altersgruppen hin verschoben, d. h., in jüngeren Altersgruppen sterben relativ mehr, in älteren Altersgruppen relativ weniger Menschen als im Bundesdurchschnitt. Diese Verschiebung ist in Sachsen-Anhalt bei Männern deutlicher als bei Frauen.



Sterbfälle von >=65-Jährigen insgesamt nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Mittelwerte 2009-2013

	Deutschland		Sachsen-Anhalt	
Männlich	323.621	44,5%	11.255	44,3%
Weiblich	404.292	55,5%	14.150	55,7%

Abb. 28 Verlauf der Sterblichkeit* bei Frauen und Männern ≥ 65 Jahre, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Mittelwerte 2009 – 2013

Tabelle 23 zeigt für die Altersgruppe ≥ 65 Jahre in Sachsen-Anhalt die unterschiedlichen Sterbeziffern bei Frauen und Männern bzgl. der 21 häufigsten Todesursachen (31 Diagnosen aus Tabelle 20 minus 7 Todesursachen, die in Sachsen-Anhalt weder bei Frauen noch bei Männern einen Rang ≤ 20 haben minus 3 Todesursachen, die nur für Frauen bzw. nur für Männer relevant sind). Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, dass

bei **Männern** in Sachsen-Anhalt in der Altersgruppe ≥ 65 Jahre folgende Todesursachen deutlich häufiger sind als bei Frauen:

C16 Bösartige Neubildung des Magens
C18 Bösartige Neubildung des Kolons
C20 Bösartige Neubildung des Rektums
C22 Bös. Neubldg. der Leber u. intrahepat. Gallengänge
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase
I21 Akuter Myokardinfarkt
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit

Hingegen ist keine der 21 häufigsten Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt bei Frauen häufiger als bei Männern.

Bei der obigen alphabetischen Sortierung nach ICD-10-Code fällt auf, dass Männer im Alter von ≥ 65 Jahren in Sachsen-Anhalt vor allem häufiger infolge bösartiger Neubildungen (Krebs), der mit Rauchen assoziierten Diagnose J44 und häufiger infolge von Lungenentzündung sterben als Frauen.

Tab. 23 Die 20 häufigsten* Todesursachen** bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Geschlechtervergleich, sortiert nach Häufigkeit bei Frauen (Mittelwerte 2009 – 2013)

		Frauen			Männer				
		Quote[1]	Rg.	%	Quote[1]	Rg.	%	Quote m/w roh[2]	Quote m/w adjust[3]
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	419	1	12,6	655	1	12,8	1,57	1,50
2	I21 Akuter Myokardinfarkt	233	2	7,0	459	2	9,0	1,97	1,89
3	I11 Hypertensive Herzkrankheit	205	3	6,2	176	7	3,4	0,86	0,82
4	I50 Herzinsuffizienz	186	4	5,6	195	5	3,8	1,05	1,01
5	E11 Nicht primär insulinabh. (Typ-2-) Diabetes	137	5	4,1	160	8	3,1	1,17	1,12
6	I63 Hirninfarkt	117	6	3,5	133	9	2,6	1,13	1,09
7	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	78	8	2,3	337	3	6,6	4,31	4,14
8	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	74	9	2,2	72	14	1,4	0,97	0,93
9	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	72	10	2,2	189	6	3,7	2,62	2,52
10	I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	70	11	2,1	75	13	1,5	1,08	1,04
11	C18 Bösartige Neubildung des Kolons	65	12	2,0	115	10	2,2	1,76	1,69
12	C25 Bösartige Neubildung des Pankreas	63	13	1,9	82	12	1,6	1,31	1,26
13	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	56	14	1,7	62	18	1,2	1,10	1,06
14	N18 Chronische Nierenkrankheit	48	15	1,4	62	17	1,2	1,31	1,26
15	F01 Vaskuläre Demenz	44	16	1,3	48	25	0,9	1,10	1,05
16	I13 Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	42	17	1,3	43	26	0,8	1,02	0,98
17	C16 Bösartige Neubildung des Magens	40	18	1,2	86	11	1,7	2,17	2,08
18	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	38	19	1,1	60	20	1,2	1,58	1,51
19	C20 Bösartige Neubildung des Rektums	26	27	0,8	60	19	1,2	2,33	2,24
20	C22 Bös. Neubldg. der Leber u. intrahepat. Gallengänge	23	33	0,7	66	16	1,3	2,90	2,79
21	C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	19	37	0,6	68	15	1,3	3,49	3,35
Sterbeziffer alle Todesursachen		3.326			5.113			1,54	

* Rang ≤ 20 bei Frauen oder Männern in Sachsen-Anhalt
** jeweiliges Grundleiden laut Leichenschauschein
1 je 100.000 weibliche/männliche Einwohner, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung
2 roher Quotenquotient (Quote m/Quote w)
3 adjustierter Quotenquotient: (Quote m x 1/1,133)/(Quote w x 1/1,066)

Zusätzlich zur oben beschriebenen, in weiten Teilen auch für Deutschland zutreffenden Geschlechtsspezifik, lassen sich auch **landesspezifische** Geschlechtsunterschiede der Mortalität in Sachsen-Anhalt feststellen, nämlich dann, wenn geschlechtsspezifisch deutlich unterschiedliche Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (BD) vorliegen. Dies ist bei folgenden Diagnosen (in der Reihenfolge der Häufigkeit) der Fall:

Lungenkrebs (C34)	bei Frauen seltener, bei Männern häufiger als im BD
Sonst. chron. obstrukt. Lungenkrankh. (J44)	bei Frauen seltener, bei Männern häufiger als im BD
Bösartige Neubildung des Kolons (C18)	stärkere Negativabweichung vom BD bei Männern
Bösartige Neubildung des Rektums (C20)	stärkere Negativabweichung vom BD bei Männern
Bösartige Neubildungen der Leber und intrahepatischen Gallengänge (C22)	stärkere Negativabweichung vom BD bei Männern

Mögliche Gründe für die landesspezifischen Geschlechtsunterschiede bezüglich der Sterblichkeit werden in der Diskussion besprochen.

3.4.8 Altersspezifik

Die Veränderungen bezüglich der Häufigkeit von Todesursachen mit zunehmendem Alter (innerhalb der Altersgruppe ≥ 65 Jahre) ist in Tabelle 24 dargestellt (Basis: die 31 wichtigen/häufigen Diagnosen aus Tabelle 20):

Tab. 24 Die 20 häufigsten* Todesursachen** bei 65- bis 74-Jährigen, 75- bis 84-Jährigen und ≥ 85-Jährigen in Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2009 – 2013

	65 – 74 Jahre		75 – 84 Jahre		≥ 85 Jahre	
	Quote[1]	Rg.	Quote[1]	Rg.	Quote[1]	Rg.
A00 – T98 Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	1.931		5.345		16.085	
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	163	1	218	5	183	16
I21 Akuter Myokardinfarkt	115	2	323	2	864	3
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	101	3	434	1	1.809	1
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	91	4	140	7	235	13
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	77	5	237	3	610	6
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	69	6	183	6	362	10
C25 Bösartige Neubildung des Pankreas	54	7	92	15	123	21
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	47	8	108	10	217	14
I50 Herzinsuffizienz	40	9	231	4	1.493	2
C56 Bösartige Neubildung des Ovars	34	10	52	20	56	28
C16 Bösartige Neubildung des Magens	28	11	59	17	101	25
C22 Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	27	12	43	23	45	29
I63 Hirninfarkt	27	13	104	12	330	11
C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	26	14	55	18	114	23
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	25	15	112	9	471	8
C20 Bösartige Neubildung des Rektums	25	16	44	22	73	27
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	24	17	134	8	603	7
I11 Hypertensive Herzkrankheit	16	18	104	11	715	4
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	14	19	92	14	427	9
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	13	20	39	24	81	26
G20 Primäres Parkinson-Syndrom	11	21	62	16	143	19
N18 Chronische Nierenkrankheit	11	22	50	21	178	18
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	10	23	94	13	616	5
I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	10	24	53	19	208	15
I70 Atherosklerose	8	25	39	26	246	12
G30 Alzheimer-Krankheit	7	26	39	25	138	20
I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	4	27	28	27	180	17
I13 Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	2	28	18	28	118	22
F01 Vaskuläre Demenz	2	29	18	29	102	24

* Rang ≤ 20 bei Frauen oder Männern in Deutschland oder Sachsen-Anhalt, sortiert nach Häufigkeit in Deutschland bzgl. beider Geschlechter
** jeweiliges Grundleiden laut Leichenschauschein
[1] je 100.000 Einwohner (ohne Altersstandardisierung)

Es wird deutlich, dass

a) die „globale“, nicht nach ICD10-Diagnosen differenzierte Sterblichkeit mit dem Alter erwartungsgemäß deutlich steigt (zunehmende allgemeine Mortalität), und zwar um das 2,8-Fache bei 75- bis 84-Jährigen (im Vergleich zu 65- bis 74-Jährigen) und um 3,0-Fache bei ≥ 85-Jährigen (im Vergleich zu 75- bis 84-Jährigen),

b) das Spektrum der häufigsten Todesursachen sich mit dem Alter verändert.

Todesursachen, die mit zunehmendem Alter **an Bedeutung gewinnen** (in der Rangfolge deutlich steigen), sind (in der Häufigkeitsrangfolge bei ≥ 85-Jährigen):

F03 Nicht näher bezeichnete Demenz
I11 Hypertensive Herzkrankheit
I70 Atherosklerose
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern
I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten
I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
I50 Herzinsuffizienz
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

Todesursachen, die mit zunehmendem Alter **an Bedeutung verlieren** (in der Rangfolge deutlich fallen), sind (in der Häufigkeitsrangfolge bei ≥ 85-Jährigen):

C56 Bösartige Neubildung des Ovars
C22 Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C25 Bösartige Neubildung des Pankreas
C16 Bösartige Neubildung des Magens
C20 Bösartige Neubildung des Rektums
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

Gründe für die Veränderung des Spektrums der häufigsten Todesursachen in den drei Altersgruppen werden in der Diskussion besprochen.

3.4.9 Zeittrends auffälliger Todesursachen in Sachsen-Anhalt

Im Kapitel 3.4.6 wurden unter den 20 häufigsten Todesursachen in Deutschland und in Sachsen-Anhalt 5 Diagnosen identifiziert, welche in Sachsen-Anhalt eine **auffällige Sterbeziffer** aufweisen (Abweichung von ≥ 30 % vom Bundesdurchschnitt, vgl. Tabelle 21). Bei diesen 5 Diagnosen wird im Folgenden untersucht, ob in den letzten Jahren ein Zeittrend feststellbar ist und ob dieser eher positiv (abnehmende Sterbeziffer) oder eher negativ (steigende Sterbeziffer) ist.

In Abbildung 29 bis Abbildung 31 sind die Zeittrends der 5 auffälligen Diagnosen über einen Zeitraum von 14 Jahren dargestellt. Bewertet man vor allem die letzten 5 Beobachtungsjahre, so zeigen sich folgende Trends:

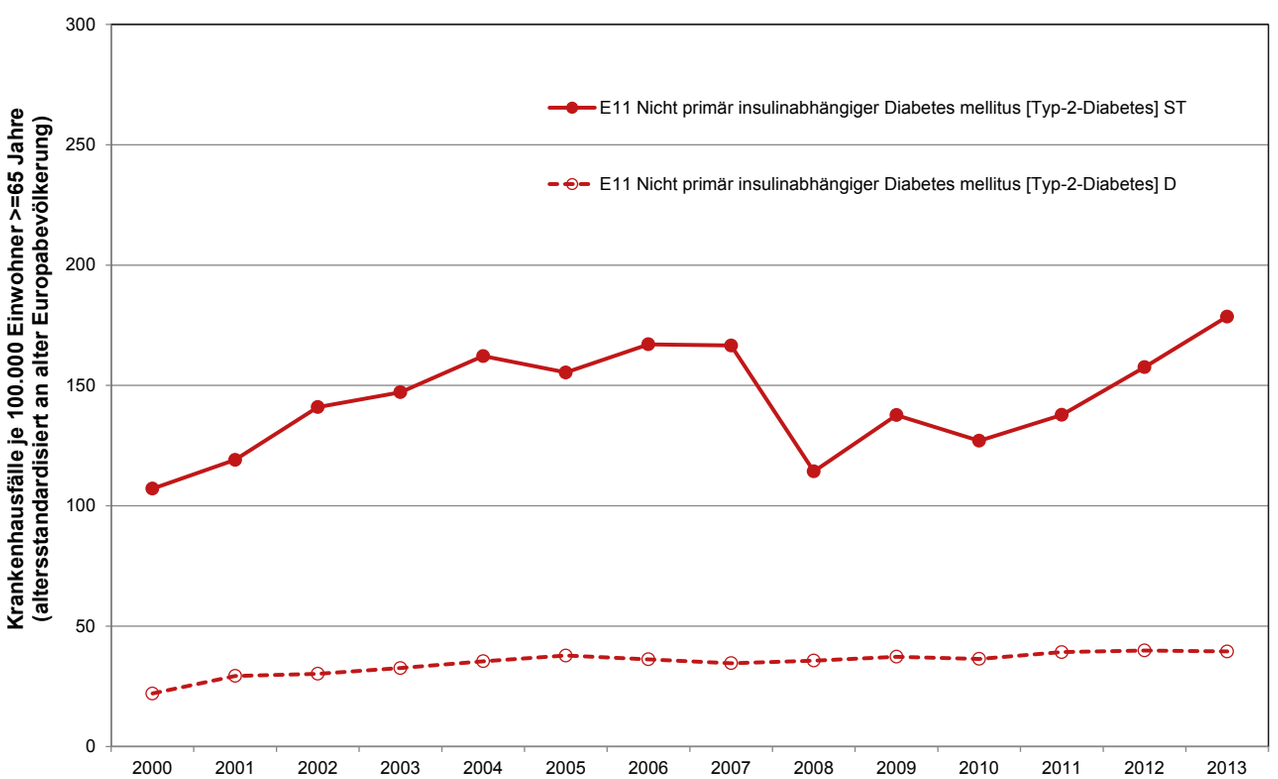
1 Diagnose mit **positivem Trend**
(Rückgang der Häufigkeit **und** Annäherung oder Verbesserung zum Bundesdurchschnitt):
Akuter Myokardinfarkt (I21) Abbildung 30

1 Diagnose mit **bedingt positivem Trend**
(Häufigkeitsrückgang ohne Annäherung an den Bundesdurchschnitt):
Chronische ischämische Herzkrankheit (I25) Abbildung 30

2 Diagnosen mit **negativem Trend**
(Zunahme der Häufigkeit und Vergrößerung des Abstandes zum Bundesdurchschnitt):
Nicht primär insulinabhängiger Typ-2-Diabetes (E11) Abbildung 29
Hypertensive Herzkrankheit (I11) Abbildung 30

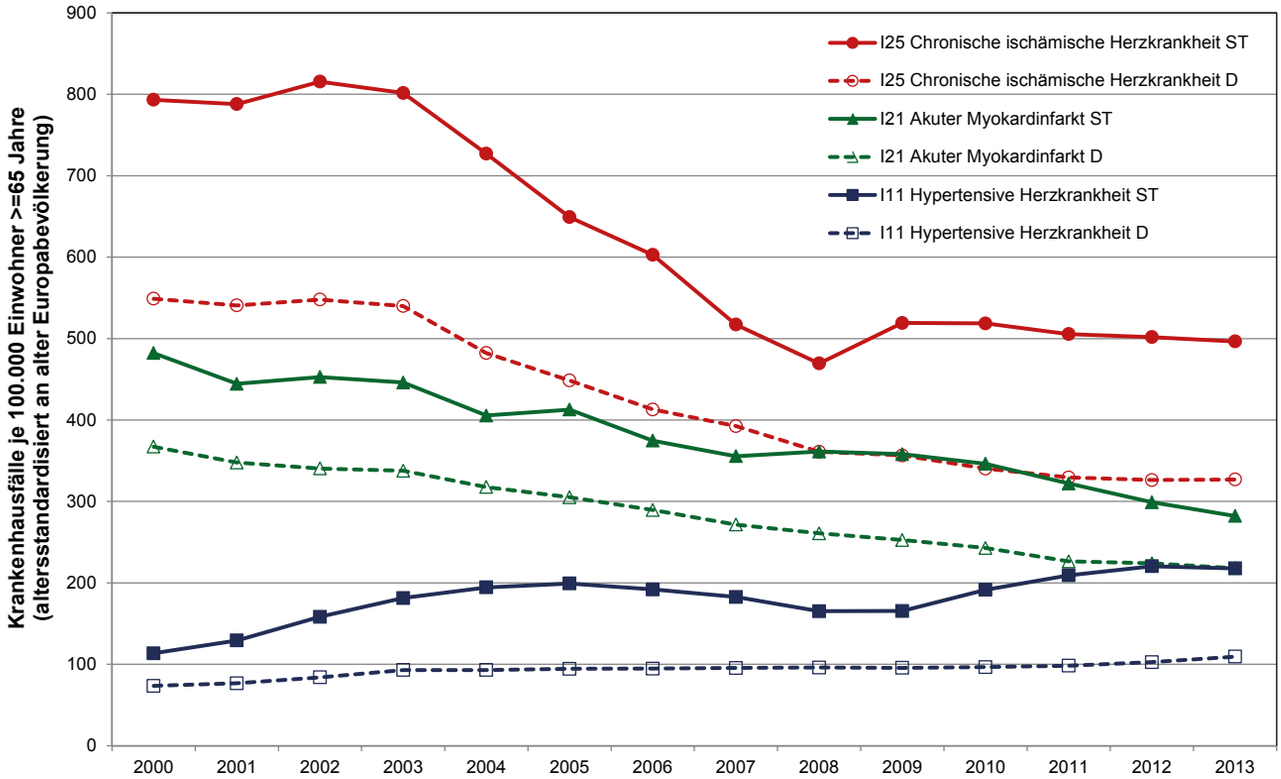
1 Diagnose **ohne klaren Trend**
(stagnierend ohne Annäherung an den Bundesdurchschnitt)
Nicht näher bezeichnete Pneumonie (J18) Abbildung 31

Mögliche Gründe für die unterschiedlichen Zeittrends werden in der Diskussion besprochen.



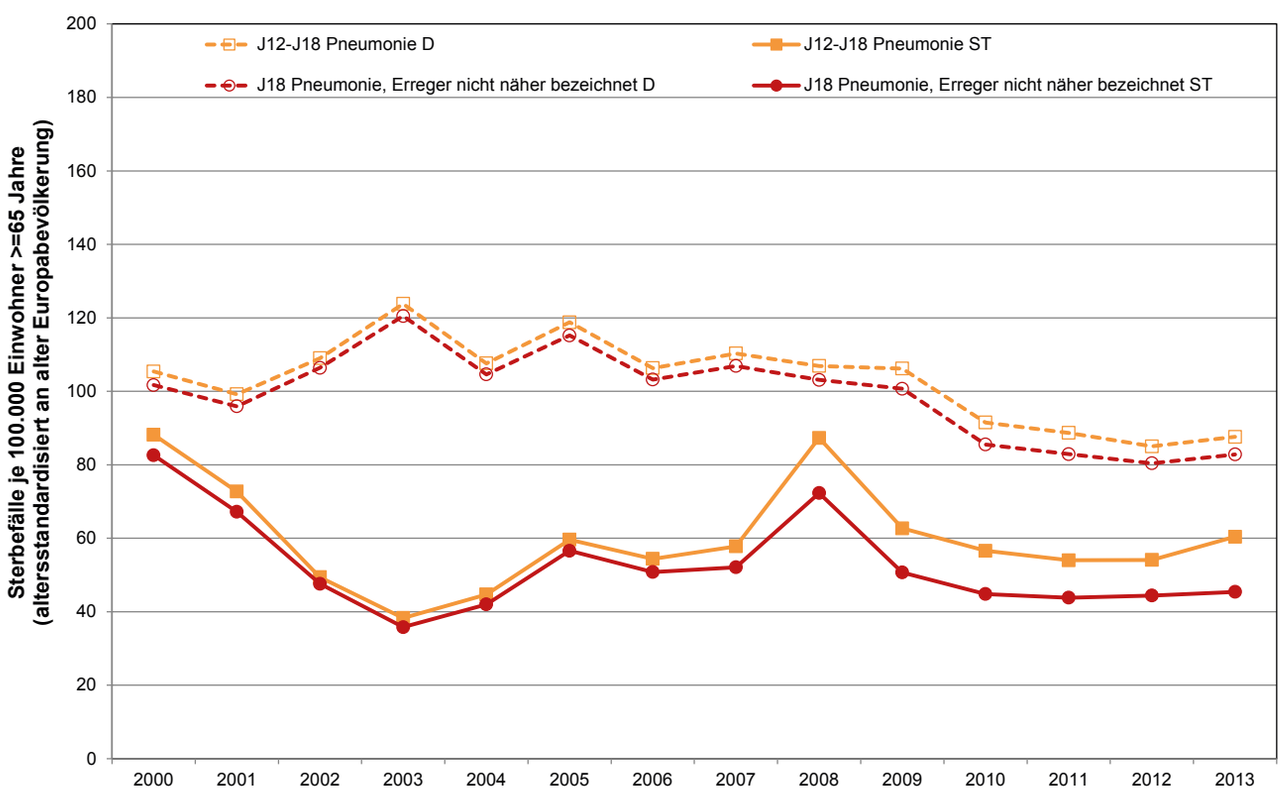
Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 29 Überdurchschnittlich häufige Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (I): E11, Zeittrend 2000 – 2013



Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 30 Überdurchschnittlich häufige Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (II): I11, I21, I25, Zeittrend 2000 – 2013



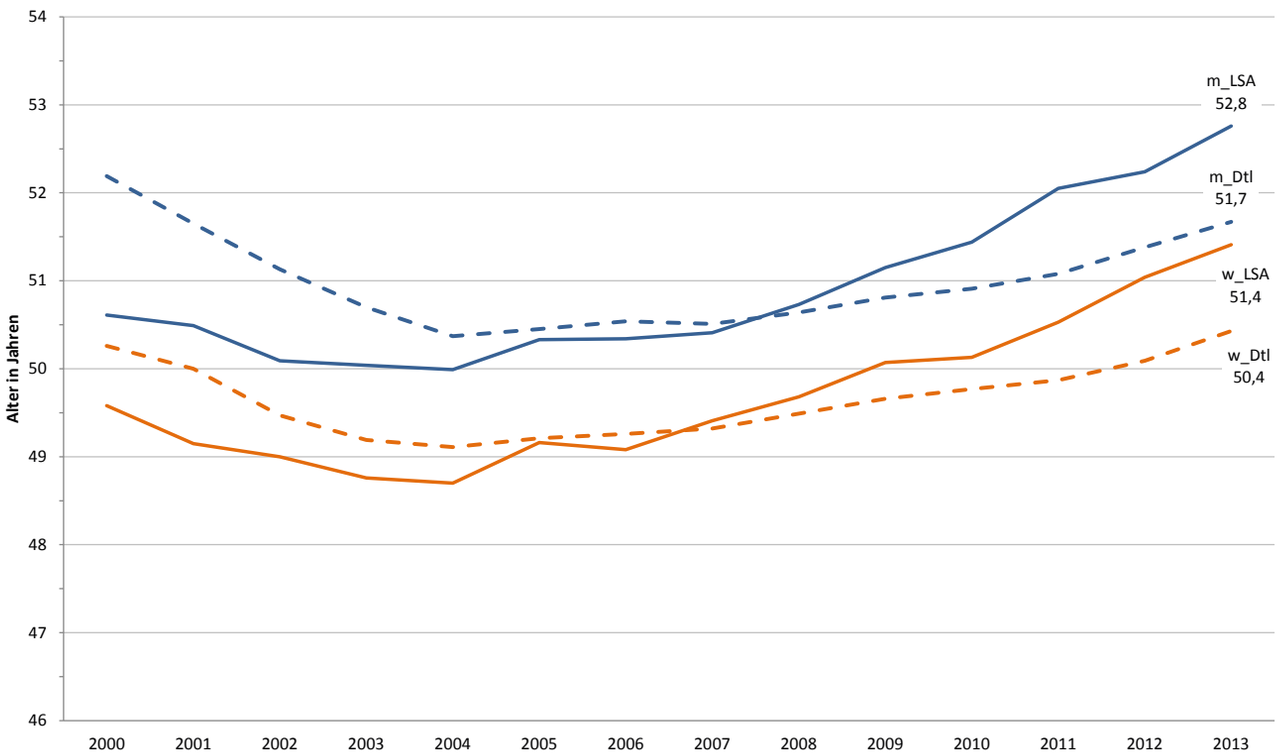
Datenquelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 31 Seltenere Todesursachen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (I): J12-J18, J18, Zeittrend 2000 – 2013

3.5 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV

3.5.1 Alter bei Rentenzugang

Im Jahr 2000 lag das durchschnittliche Alter bei Rentenzugang wegen Erwerbsminderung in Deutschland bei Männern und Frauen deutlich über den jeweiligen Werten in Sachsen-Anhalt (Abbildung 32). Seit 2007/2008 ist eine gegenläufige Entwicklung festzustellen: Das durchschnittliche Alter bei Rentenzugang lag im Jahr 2013 bei den Frauen in Sachsen-Anhalt bei 51,4 Jahren, in Deutschland bei 50,4 Jahren; bei den Männern in Sachsen-Anhalt waren es 52,8 Jahre, in Deutschland 51,7 Jahre.

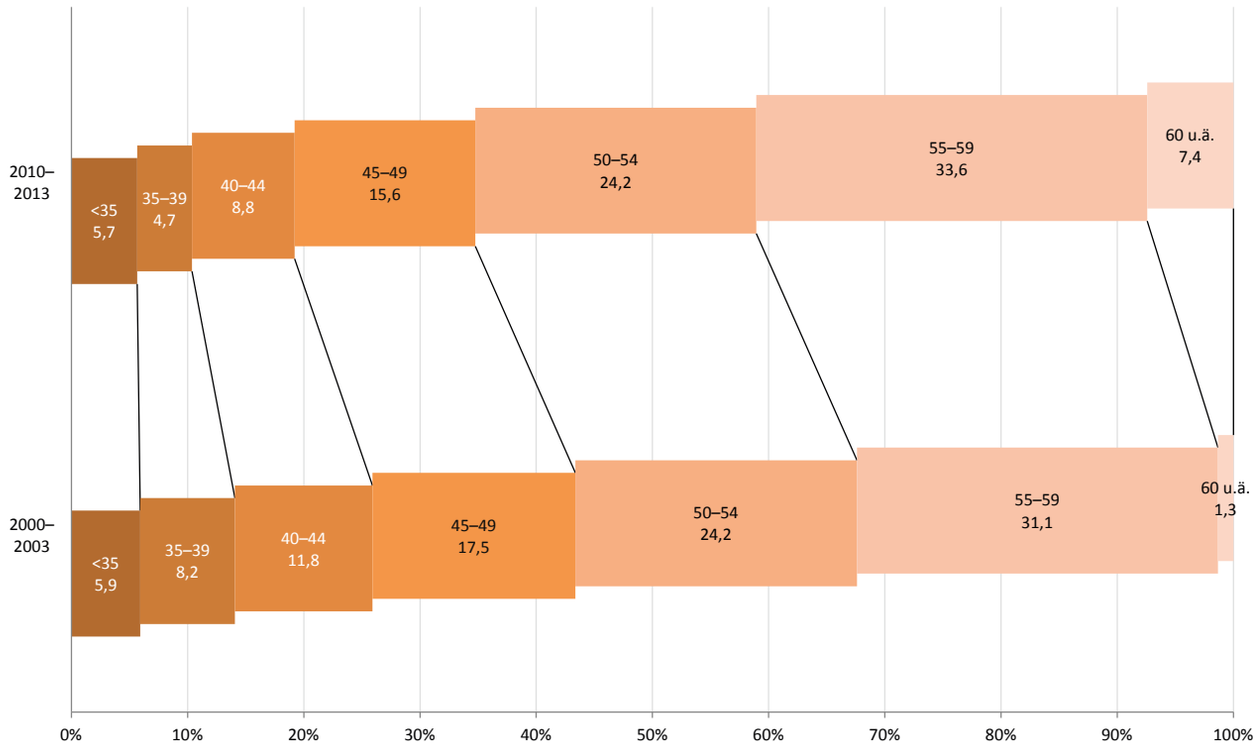


Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten; Werte für Deutschland aus gbe-bund-online (12.08.2015)

Abb. 32 Durchschnittliches Alter bei Rentenzugang, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013

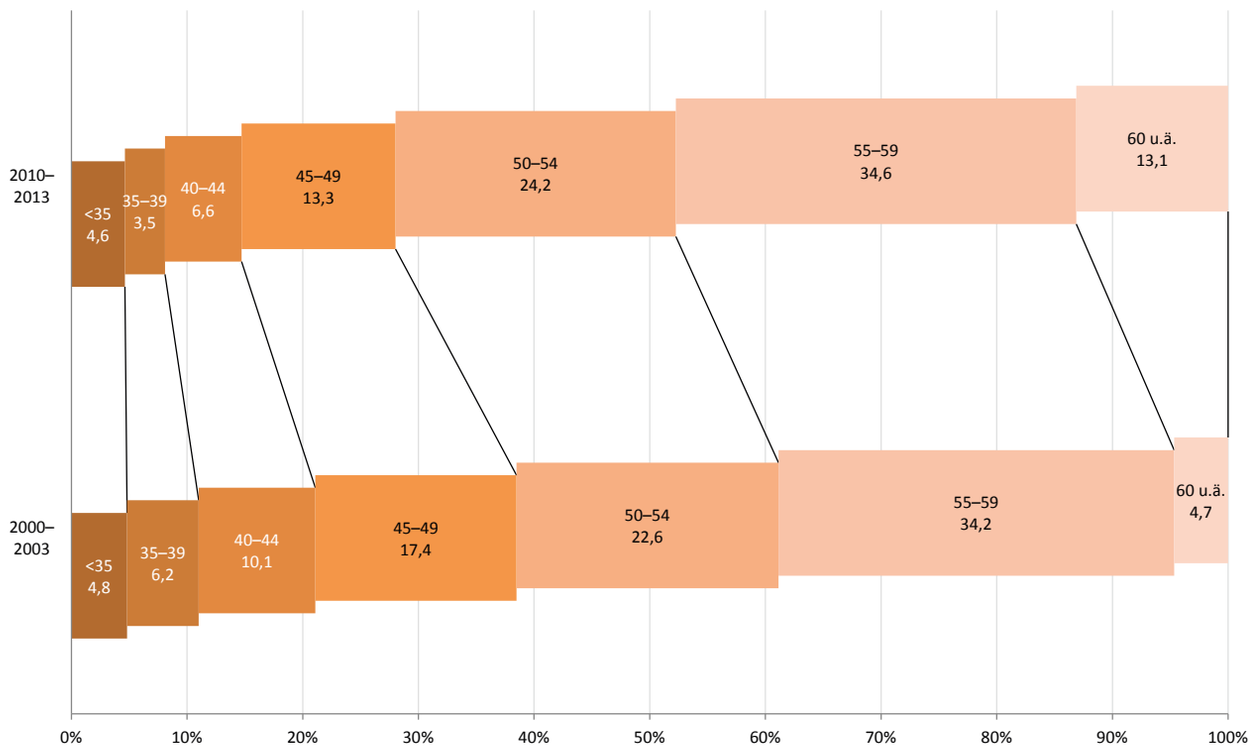
3.5.2 Rentenzugänge nach Altersgruppen

Die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zeigen beim Vergleich der Altersgruppen zwischen den Mittelwerten der Jahre 2000 – 2003 vs. 2010 – 2013 bei beiden Geschlechtern in Sachsen-Anhalt einen deutlichen Anstieg des prozentualen Anteils der Altersgruppe *60 Jahre und älter*: Frauen 1,3 % vs. 7,4 % und Männer 4,7 % vs. 13,1 %. In der Altersgruppe 50 – 59 Jahre liegt der Mittelwert 2010 – 2013 bei den Frauen 2,5 und bei den Männern 2 Prozentpunkte höher als 2000 – 2003. Dagegen sind die Mittelwerte der Altersgruppen < 35 bis 49 Jahre im Zeitraum 2010 – 2013 deutlich niedriger als im Zeitraum 2000 – 2003: Frauen 34,8 % vs. 43,4 %, Männer 28 % vs. 38,5 % (Abbildung 33 und Abbildung 34).



Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Abb. 33 Rentenzugang Frauen nach Altersgruppen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013 (in Prozent der Zugänge)



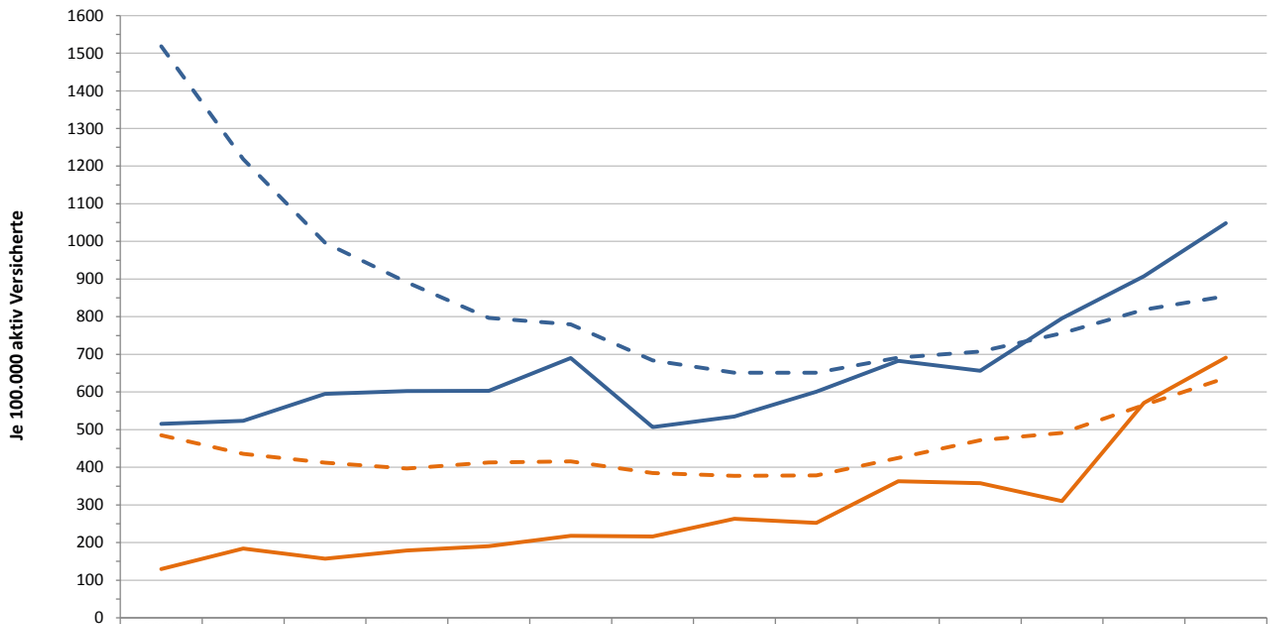
Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Abb. 34 Rentenzugang Männer nach Altersgruppen, Sachsen-Anhalt, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013 (in Prozent der Zugänge)

3.5.3 Entwicklung der Rentenzugänge der ≥ 60-Jährigen in Sachsen-Anhalt

Die Entwicklung der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Sachsen-Anhalt ist in den Jahren 2000 – 2013 in der Altersgruppe der ≥ *60-Jährigen* im Wesentlichen anders verlaufen als insgesamt in Deutschland.

Betrachtet man den Verlauf bzgl. aller ICD-10-Diagnosen, so sieht man, dass sich die Quote bei den Männern in Sachsen-Anhalt verdoppelt, bei den Männern in Deutschland jedoch fast halbiert hat. Bei den Frauen in Deutschland ist ein leichter Anstieg (1,3-mal), bei den Frauen in Sachsen-Anhalt ein starker Anstieg (5,3-mal) zu verzeichnen. Bis 2011 waren allerdings die Deutschlandquoten bei den Männern und bis 2012 bei den Frauen immer höher als in Sachsen-Anhalt (Abbildung 35).



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
m_Dtl	1518,2	1218,8	996,3	891,6	797	779,5	684	651	651,2	691,2	707,5	756,3	818,7	854,8
w_Dtl	485,2	435,9	412,4	396,8	412,9	415,4	384,4	377,1	378,6	424,8	471,6	491,4	565,1	637,3
m_LSA	515,4	523,2	594,9	602,5	602,8	690,4	506,8	534,8	600,9	682,7	656,6	795,9	907,5	1048,7
w_LSA	129,7	184,3	157,2	179,2	190,1	218,0	215,9	263,0	252,1	362,7	357,8	310,1	570,8	691,5

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten; Werte für Deutschland aus gbe-bund-online (12.08.2015)

Abb. 35 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, alle Diagnosen, 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013

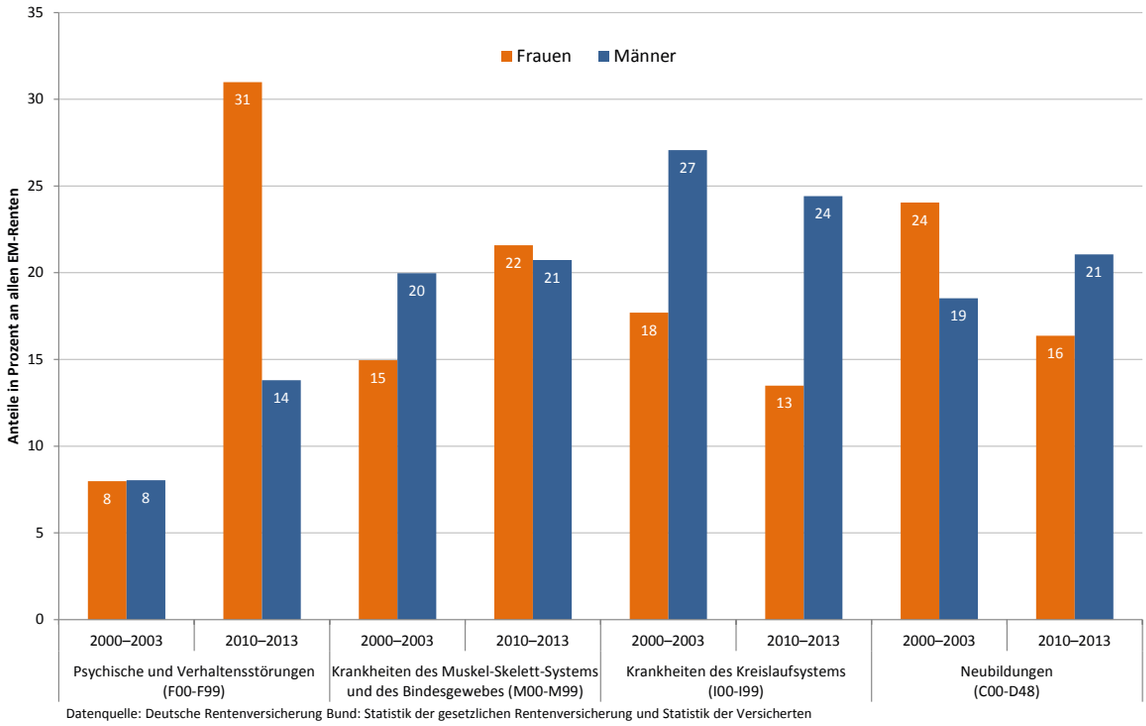
Der starke Rückgang der Frühberentungsquote der ≥ 60-jährigen Männer in Deutschland im Zeitraum 2000 – 2007 lässt sich damit erklären, dass bis zur Reform des Rechts der Erwerbsminderung im Jahr 2001 zur Stabilisierung des Arbeitsmarktes recht großzügig Erwerbsminderungsrenten gewährt wurden – zumindest in den alten Bundesländern. Auch ist zu vermuten, dass die geringeren Zugänge bei den Männern und auch bei den Frauen in Sachsen-Anhalt darauf zurückzuführen sind, dass dort – aufgrund der Arbeitsmarktsituation – viel stärker die Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit bzw. für Frauen die Altersrente ab dem 60. Lebensjahr in Anspruch genommen wurden – und nicht in die Erwerbsminderungsrente „ausgewichen" wurde.

Danach erfolgte ein wesentlich restriktiveres Genehmigungsverfahren. Auch waren die EM-Renten bis 2001 Dauermaßnahmen, danach jedoch nur noch befristete Maßnahmen. Dies und die wesentlich geringeren Zahlbeträge haben das Antragsverhalten sichtlich beeinflusst. Von 2000 – 2011 sanken die durchschnittlichen Zahlbeträge von neu zugehenden EM-Renten für Männer-West von 780 € auf 635 € und Männer-Ost von 687 € auf 568 € (Altersübergangs-Report 2012-03) und waren somit finanziell nicht (mehr) attraktiv.

Weiterhin konnten Beschäftigte bis ca. 2010 – vor allem in den alten Bundesländern – Angebote ihrer Arbeitgeber zur Frühverrentung wahrnehmen. Diese Möglichkeit besteht nun nicht mehr bzw. nur noch unter Verzicht auf einige Prozentpunkte ihrer Rente. Damit könnte eventuell auch der Anstieg der EM-Quoten in Deutschland zusammenhängen. Steigende Belastungen im Beruf durch die Verdichtung in der Arbeitswelt und die Unmöglichkeit frühzeitig auszuscheiden führen wohl vermehrt zu psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern bei vielen Beschäftigten.

3.5.4 Rentenzugänge nach ICD-10 Diagnosehauptgruppen

Abbildung 36 zeigt die prozentualen Anteile der vier häufigsten Diagnosehauptgruppen an allen Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Alter bei Rentenzugang 60 Jahre und älter. Zum Vergleich wurden die Mittelwerte der Jahre 2000 – 2003 und 2010 – 2013 herangezogen.



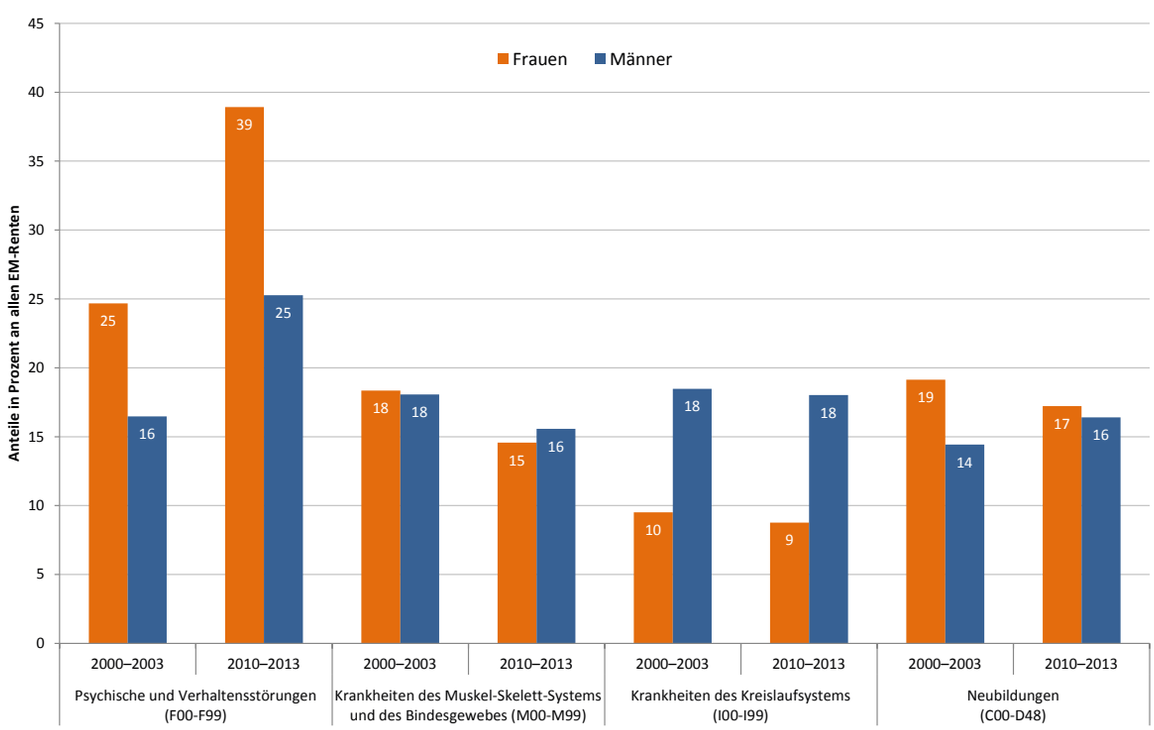
Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Abb. 36 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung: Anteil häufiger Diagnosehauptgruppen an allen EM-Renten, Alter bei Rentenzugang 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013, Sachsen-Anhalt

Diese vier Diagnosehauptgruppen stellten im Zeitraum 2010 – 2013 bei den Frauen 82,4 %, bei den Männern 80 % aller Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Altersgruppe 60 Jahre und älter (2000 – 2003: Frauen 64,7 %/ Männer 73,6 %).

Besonders auffällig ist die starke Zunahme bei der prozentualen Verteilung im Bereich der psychischen Erkrankungen bei den Frauen im Zeitraum 2010 – 2013 im Vergleich zum Zeitraum 2000 – 2003.

Auch unter Berücksichtigung aller Altersgruppen (Abbildung 37) nehmen diese vier Diagnosehauptgruppen im Zeitraum 2010 – 2013 bei den Frauen 79,5 % und bei den Männern 75,3 % ein (2000 – 2003: Frauen 71,7 %, Männer 67,4 %). Und auch hier zeigt sich eine deutliche Zunahme des prozentualen Anteils im Bereich der psychischen Erkrankungen bei den Frauen im Zeitraum 2010 – 2013 vs. 2000 – 2003.



Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Abb. 37 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung: Anteil häufiger Diagnosehauptgruppen an allen EM-Renten, alle Altersgruppen, nach Geschlecht, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013, Sachsen-Anhalt

3.5.5 Anstieg der Rentenzugänge bei den ≥ 60-Jährigen nach Diagnosehauptgruppen

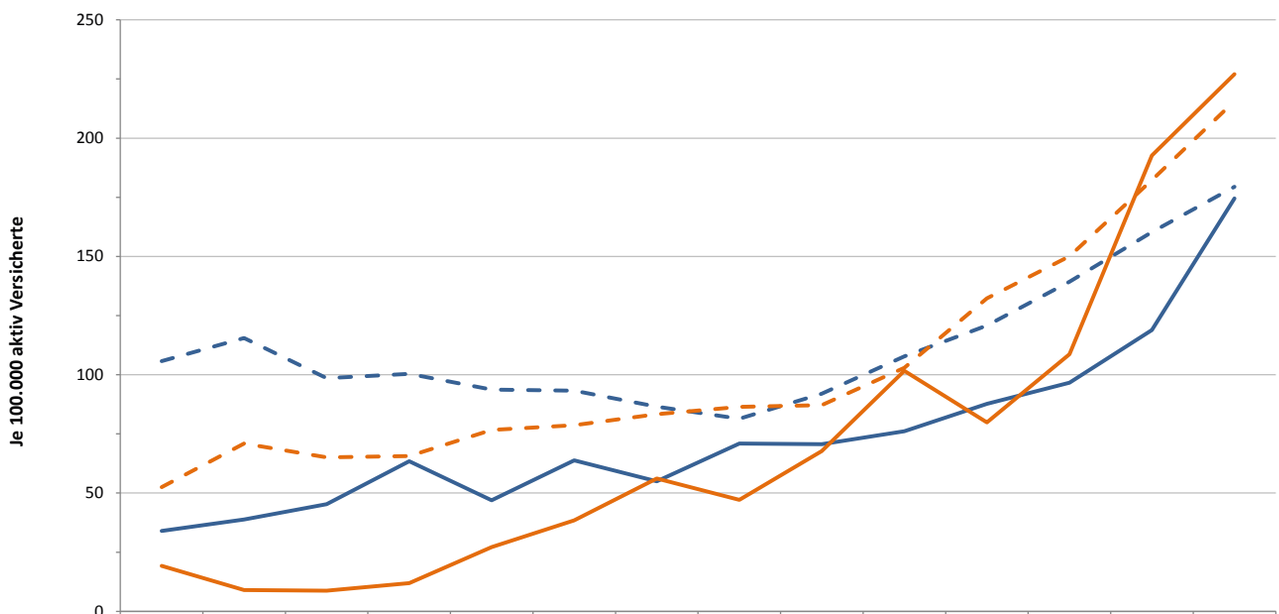
Insgesamt sind die Verrentungsquoten bei Männern und Frauen aller Altersgruppen im Zeitraum 2000 – 2013 relativ konstant. Dies gilt jedoch nicht – wie oben gezeigt – für jede Altersgruppe und auch nicht für alle ICD-10-Hauptgruppen.

In der Gruppe der *60-Jährigen und älter* ist in Sachsen-Anhalt seit 2010/2011 ein besonders starker Anstieg der Rentenzugänge zu verzeichnen. Die hiervon hauptsächlich betroffenen ICD-10-Hauptgruppen sind:

F00 – F99: Psychische und Verhaltensstörungen,
I00 – I99: Krankheiten des Kreislaufsystems und
M00 – M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.

3.5.5.1 F00 – F99

In der Gruppe F00 – F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) ist sowohl bei den Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 38): Frauen_LSA 11,8-mal (Frauen_Dtl 4,2-mal) und Männer_LSA 5,1-mal (Männer_Dtl 1,7-mal). Besonders ausgeprägt ist der Anstieg in Sachsen-Anhalt seit 2011/2012.



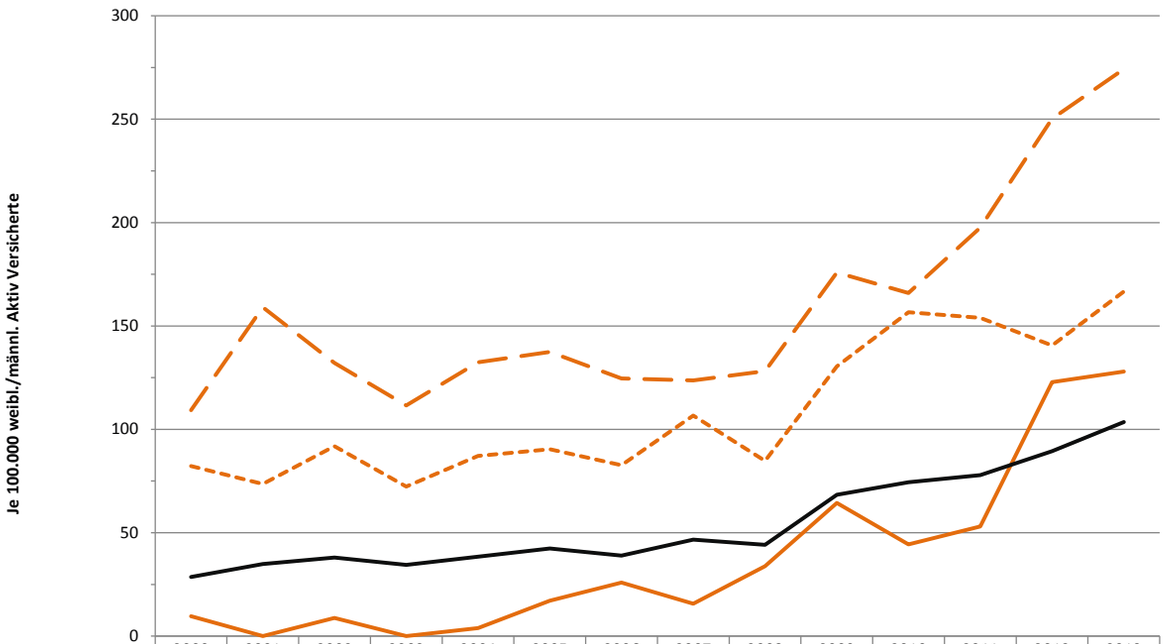
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
m_Dtl	105,8	115,5	98,6	100,4	93,7	93,3	86,5	81,4	92	107,8	120,8	139,3	160,3	179,4
w_Dtl	52,5	70,9	65,1	65,6	76,7	78,7	83,3	86,4	87,2	102,9	132,3	150,1	182,3	215,6
m_LSA	33,9	38,9	45,3	63,4	47,0	63,8	55,0	70,9	70,7	76,2	87,7	96,6	118,9	174,5
w_LSA	19,2	9,0	8,7	11,9	27,2	38,5	56,1	47,1	67,7	101,7	79,8	108,7	192,7	227,1

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten; Werte für Deutschland aus gbe-bund-online (12.08.2015)

Abb. 38 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, F00 – F99, 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013

Bei diesem Anstieg der F-Diagnosen stellt sich die Frage, ob es sich tatsächlich um eine klassische Zunahme oder aber vielleicht eher um eine andere Betrachtungsweise bzw. Diagnostik handelt. Tatsächlich wird diskutiert, dass es sich dabei um eine geänderte Diagnostik handelt und z. B. ein großer Prozentsatz der Rückenleiden (M-Diagnosen/Orthopädie) keine somatischen Leiden, sondern eher psychischer Natur sind – und mittlerweile auch als solche diagnostiziert werden. Allerdings verzeichnen auch die M-Diagnosen in Sachsen-Anhalt einen Anstieg (siehe unten).

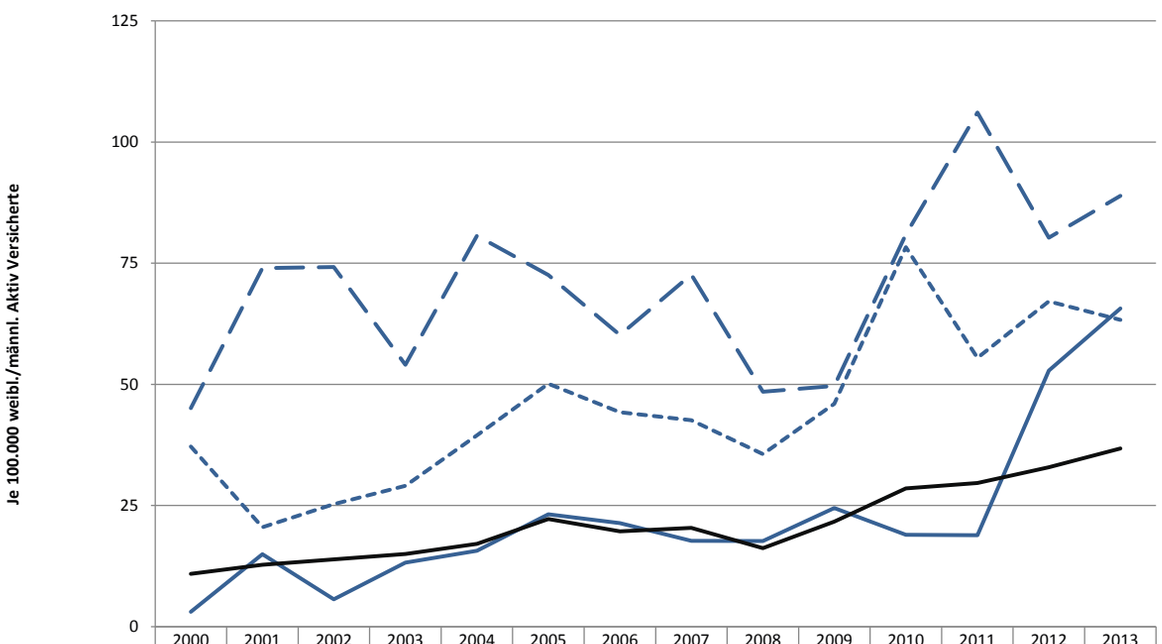
Vor allem ist zu berücksichtigen, dass durch die Beschleunigung, Verdichtung, Komplexität und Globalisierung der Arbeitswelt und des „modernen“ Lebens insgesamt das Risiko steigt, psychisch zu erkranken – bis hin zur EM-Rente. Wenn auch der Anteil von Menschen mit einer Disposition zur Neurose nicht unbedingt höher ist als vor ein oder zwei Jahrzehnten, so verfügen doch heute die Menschen über weniger Kompensationsmöglichkeiten: Da wo früher der Einzelne z. B noch im kollegialen Arbeitsteam aufgefangen wurde – wobei die Veranlagung zur Neurose durchaus vorhanden war, aber nicht akut wurde –, da setzen sich immer mehr Ellenbogenmentalität und Druck jeglicher Art im Arbeitsumfeld durch. Diese Faktoren treiben viele Beschäftigte in die psychische Erschöpfung. Hinweis darauf ist die dramatische Zunahme der affektiven Störungen (F30 – F39) sowohl bei Frauen (Abbildung 39) als auch bei Männern (Abbildung 40), jeweils in den Altersgruppen ab 50 Jahren und hier besonders die Gruppe der 55- bis 59-Jährigen. Die Gruppe der ≥ 60-Jährigen galt bisher als die psychisch stabilste. Wer bis 60 Jahre und darüber hinaus im Berufsleben stand, hatte in der Regel bis zur Altersrente kaum mehr mit psychischen Problemen zu rechnen. Durch die größere Anzahl von Personen, die nun in dieser Altersgruppe noch arbeiten müssen, erhöht sich wohl zwangsläufig auch die Zahl der F-Diagnosen.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
50 - 54 Jahre	82,3	73,6	91,9	72,4	87,2	90,4	82,7	106,6	84,8	130,5	156,7	153,9	140,6	166,7
55 - 59 Jahre	109,2	159,0	132,1	111,5	132,5	137,5	124,6	123,7	128,1	175,8	165,9	197,6	250,2	274,2
60 Jahre und älter	9,6	0,0	8,7	0,0	3,9	17,1	25,9	15,7	33,9	64,4	44,4	53,0	122,8	128,0
Insgesamt	28,6	34,9	38,0	34,5	38,4	42,4	38,9	46,7	44,2	68,4	74,5	77,8	89,4	103,6

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Abb. 39 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, Affektive Störungen (F30 – F39), ausgewählte Altersgruppen, Frauen, Sachsen-Anhalt



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
50 - 54 Jahre	37,2	20,5	25,3	29,1	39,5	50,2	44,3	42,6	35,6	46,0	78,3	55,5	67,1	63,3
55 - 59 Jahre	45,1	74,0	74,2	54,0	80,6	72,6	60,2	72,6	48,5	49,7	80,9	106,1	80,3	88,9
60 Jahre und älter	3,1	14,9	5,7	13,2	15,7	23,2	21,4	17,7	17,7	24,5	19,0	18,9	52,8	65,6
Insgesamt	10,9	12,8	13,9	15,0	17,1	22,2	19,7	20,4	16,2	21,7	28,6	29,7	32,9	36,8

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

Abb. 40 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, Affektive Störungen (F30 – F39), ausgewählte Altersgruppen, Männer, Sachsen-Anhalt

Diagnosen im Bereich psychischer und Verhaltensprobleme sind die häufigsten Diagnosen bei der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Im Jahr 2013 betrug der Anteil der F-Diagnosen an allen Diagnosen, die zu einer EM-Rente führten, in allen Altersgruppen bei Frauen 41 %, bei Männern 27 % und in der Gruppe *60 Jahre und älter* bei Frauen 33 % und bei Männern 17 %.

Auffällig ist jedoch, dass sich diese Werte nicht in den Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation widerspiegeln (Abbildung 41). Im Vergleich zu den Reha-Maßnahmen aufgrund von M-Diagnosen haben die F-Diagnosen einen wesentlich geringeren Anteil an allen Maßnahmen insgesamt.

Eventuell sollte durch niedrigschwellige Reha-Maßnahmen versucht werden, die Betroffenen überhaupt erst einmal zu erreichen und dann besser vor einer EM-Rente zu bewahren.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, haben aber auch die Unternehmen immer noch nicht in ausreichender Weise auf das seit langem bekannte Problem der psychischen Erschöpfung ihrer Beschäftigten reagiert. So geht der volkswirtschaftliche Schaden in die Milliarden pro Jahr. Geplant wurde schon vieles – viele der Absichtserklärungen aber noch nicht genügend umgesetzt (vgl. Der Spiegel 30/2011).

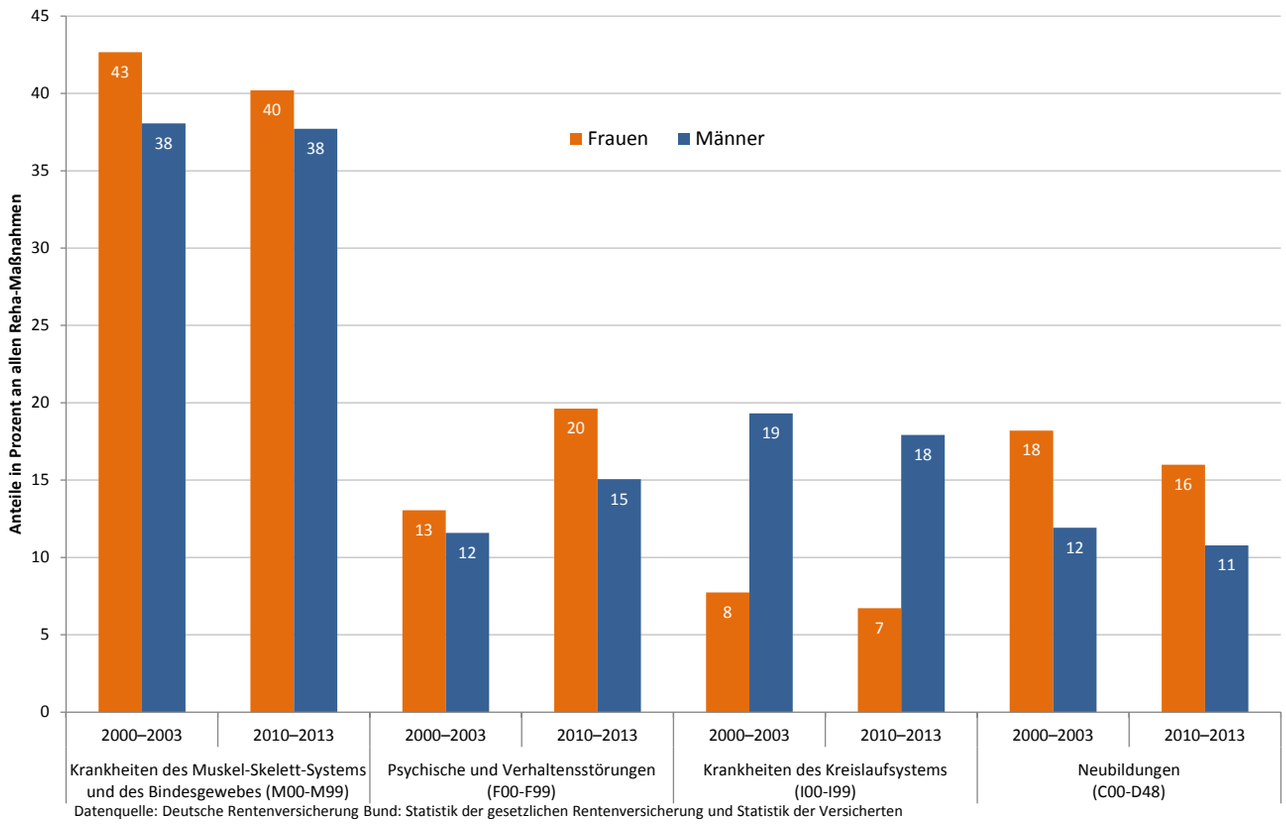
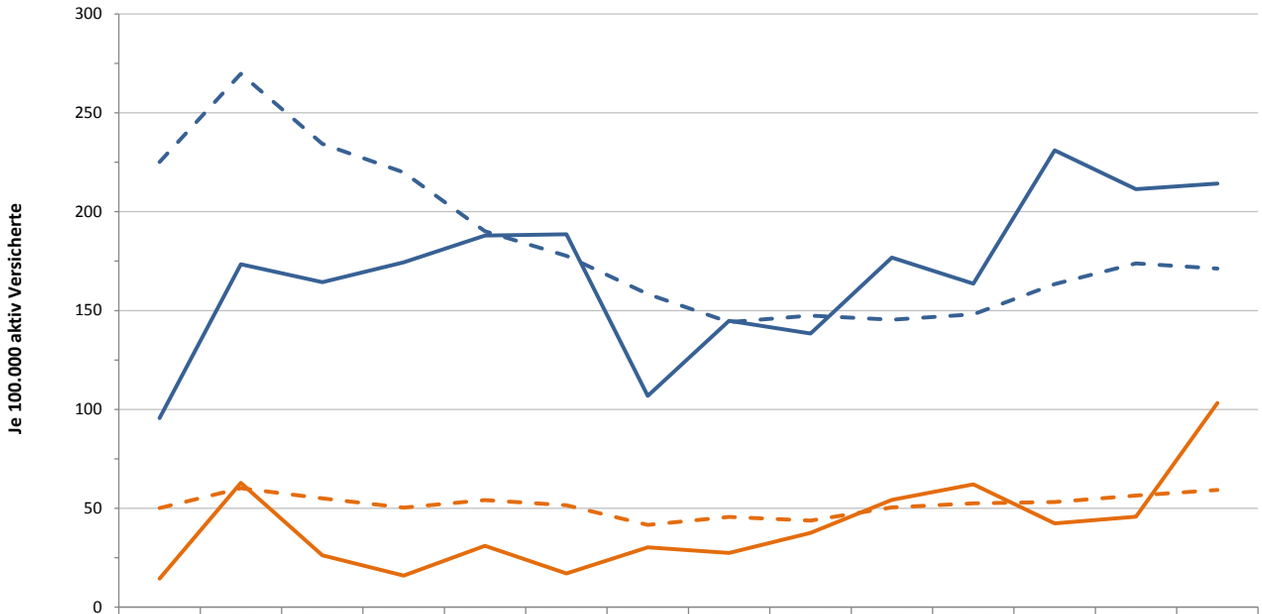


Abb. 41 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe: Anteil ausgewählter Diagnosehauptgruppen in Prozent, alle Altersgruppen, nach Geschlecht, Mittelwerte 2000 – 2003 und 2010 – 2013, Sachsen-Anhalt

3.5.5.2 I00 – I99

Auch die Rentenzugänge infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99) sind in Sachsen-Anhalt von 2000 bis 2013 deutlich angestiegen (Abbildung 42). Eine erwartete Verbesserung der Werte bzw. weniger Herz-Kreislauf-Renten wegen besserer medizinischer Möglichkeiten und medizinischem Fortschritt (z. B. Herzzentren) sind in Sachsen-Anhalt (noch) nicht festzustellen. Die Anteile der Herz-Kreislauf-bedingten Reha-Maßnahmen sind indes leicht rückläufig (Abbildung 41), wahrscheinlich vor allem, weil der Anteil von Reha-Maßnahmen wegen psychischer Erkrankungen gestiegen ist (das Reha-Maßnahmen-Budget insgesamt aber nicht).



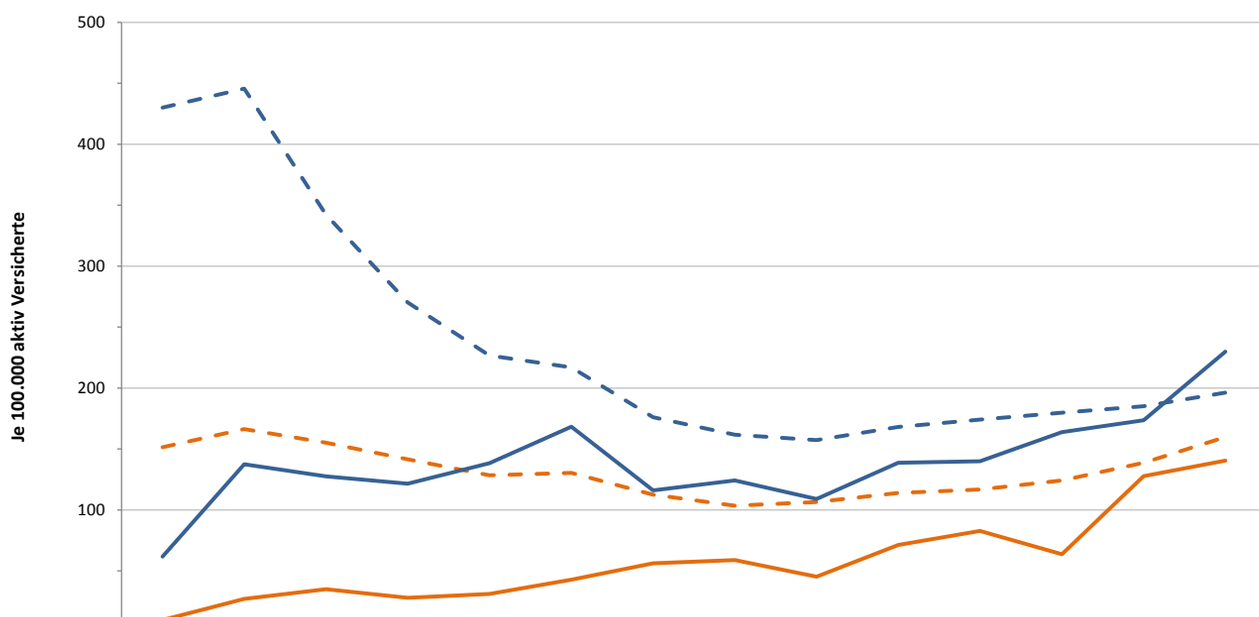
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
m_Dtl	225,1	269,7	234,3	219,9	190,1	177,7	158,3	144,2	147,4	145,4	148,1	163,4	173,8	171,2
w_Dtl	50,1	60,2	55	50,4	54,2	51,6	41,6	45,7	43,8	50,5	52,5	53,2	56,5	59,3
m_LSA	95,7	173,4	164,3	174,4	187,9	188,5	106,9	144,8	138,4	176,8	163,5	231,0	211,3	214,2
w_LSA	14,4	62,9	26,2	15,9	31,0	17,1	30,2	27,5	37,6	54,2	62,1	42,4	45,8	103,2

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten; Werte für Deutschland aus gbe-bund-online (12.08.2015)

Abb. 42 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, I00 – I99, 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013

3.5.5.3 M00 – M99

Die Frühverrentungsquote infolge Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes ist in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2000 bis 2013 angestiegen (Abbildung 43). Betroffen sind mehr Männer als Frauen, vermutlich weil Männer häufiger in Berufsgruppen mit schwerer körperlicher Tätigkeit arbeiten. Auch in diesem Bereich könnte eventuell durch frühzeitige und vermehrte Reha-Maßnahmen eine EM-Rente vermieden werden.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
m_Dtl	430	445,6	342,2	270,2	226,6	217	176,1	161,7	157,2	168,1	174,1	179,7	185,1	196,2
w_Dtl	151,4	166,3	155,2	141,5	128,4	130,3	112,5	103,5	106,4	113,9	116,8	124,1	138,7	159,7
m_LSA	61,7	137,5	127,5	121,6	138,3	168,2	116,0	124,1	109,0	138,7	139,8	163,8	173,6	229,8
w_LSA	9,6	27,0	34,9	27,9	31,0	42,7	56,1	58,9	45,2	71,2	82,8	63,6	127,7	140,4

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten; Werte für Deutschland aus gbe-bund-online (12.08.2015)

Abb. 43 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV, M00 – M99, 60 Jahre und älter, nach Geschlecht, Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2000 – 2013

3.6 Pflegebedürftigkeit in Sachsen-Anhalt

3.6.1 Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 1999 – 2013

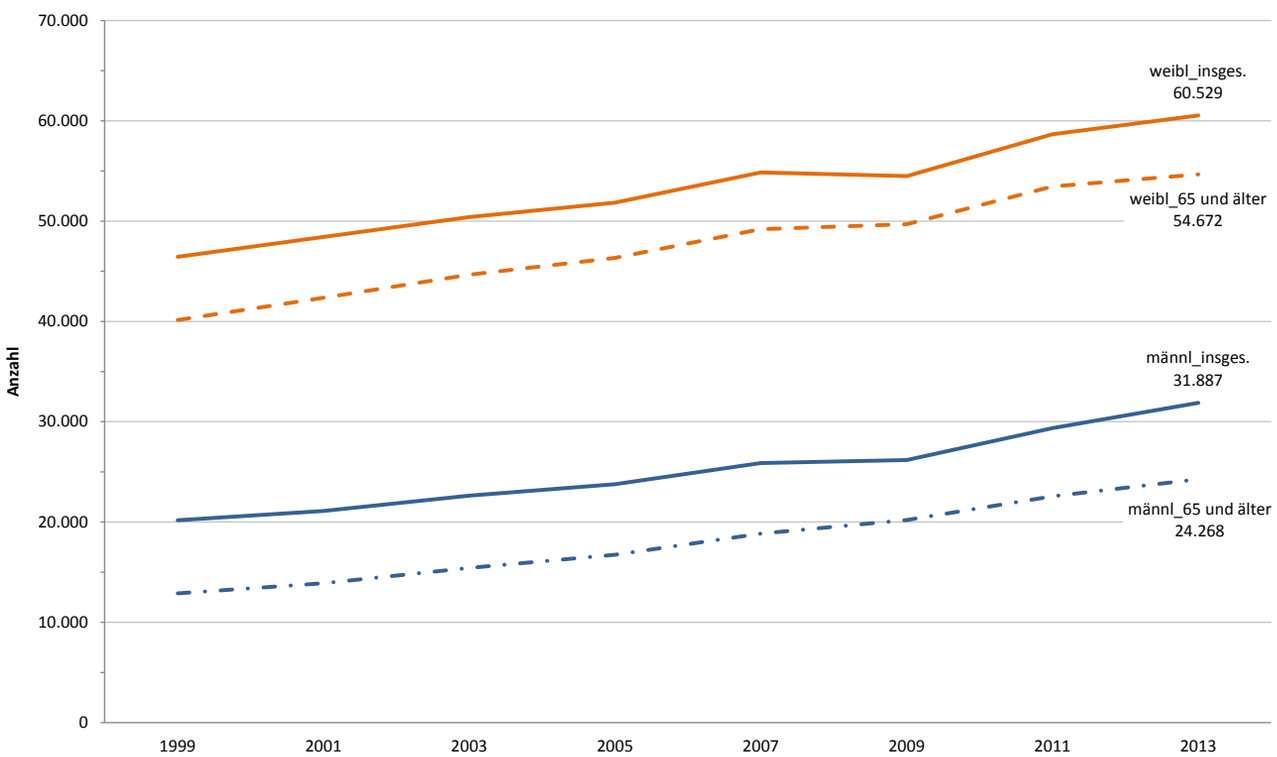
Die Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen wird hier ab 1999 betrachtet (Abbildung 44), dem Jahr der Einführung der Pflegestatistik (SGB XI). Die Pflegestatistik ist eine Bestandsstatistik und bietet einen Überblick über Angebot und Nachfrage im Bereich der pflegerischen Versorgung. Die Daten werden alle zwei Jahre von den Statistischen Landesämtern und dem Statistischen Bundesamt erhoben. Zu beachten ist, dass seit 2009 (wegen der Reform der Pflegeversicherung 2008) bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen die teilstationär Versorgten nicht mehr zusätzlich addiert werden. Diese erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl berücksichtigt. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen vor und nach 2009 leicht eingeschränkt. Ende 2013 waren 92.416 Menschen in Sachsen-Anhalt pflegebedürftig (1999: 66.616) im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); gegenüber 2011 ist dies ein Anstieg von fast 5 %, für die Zeitspanne 1999 – 2013 von 38,7 % (Frauen 30 %, Männer 58 %). Die Mehrheit (85,4 %) der Pflegebedürftigen war *65 Jahre und älter* (1999: 79,6 %), 55,2 % waren *80 Jahre und älter* (1999: 47,7 %).

2013 waren 65,5 % aller Pflegebedürftigen Frauen (1999: 69,7), in der Altersgruppe *65 bis unter 80* waren es 55,9 % (1999: 67,1 %) und in der Gruppe *80 Jahre und älter* 76,6 % Frauen (1999: 81,4 %).

Hochaltrige Frauen sind von Pflegebedürftigkeit in besonderer Weise betroffen – aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung.

Der Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung insgesamt hat dabei deutlich von 2,5 % im Jahr 1999 auf 4,1 % im Jahr 2013 zugenommen (Frauen: 3,4 % vs. 5,3 %, Männer 1,6 % vs. 2,9 %).

Ein wesentlicher Faktor für diesen Anstieg ist die zunehmende Alterung der Bevölkerung: 1999 waren 86.497 Menschen in Sachsen-Anhalt 80 Jahre oder älter (entspricht 3,3 % der Gesamtbevölkerung), 2013 waren es 139.216 (6,2 % der Gesamtbevölkerung).



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de, 09.09.2015

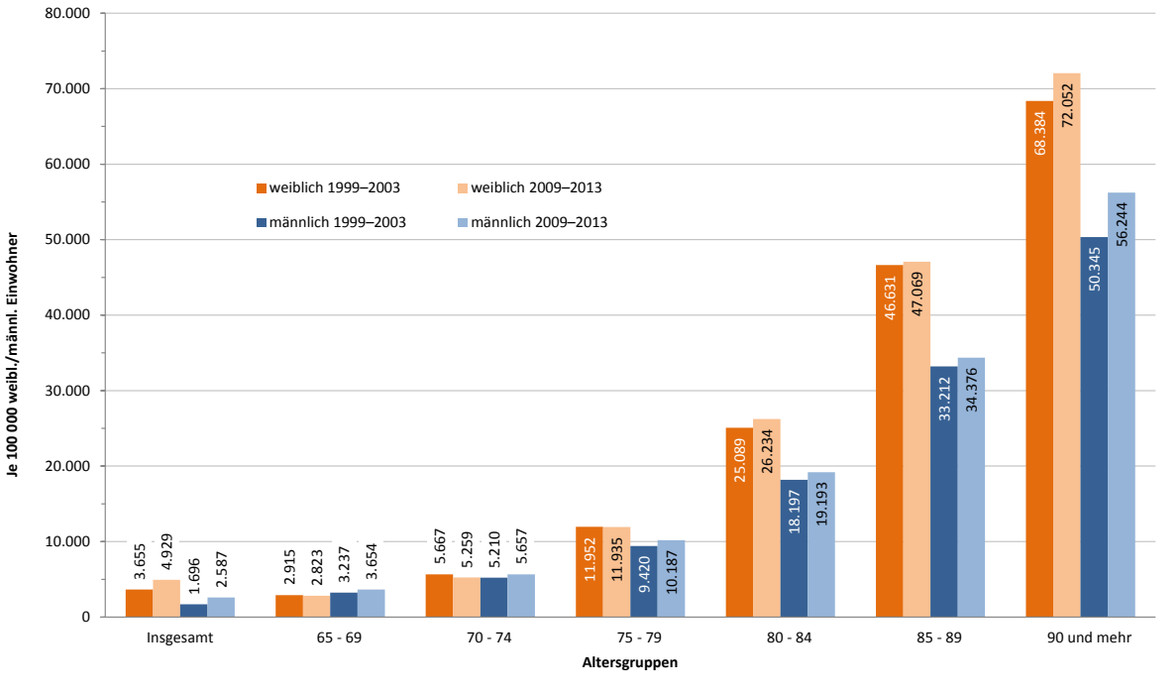
Abb. 44 Pflegebedürftige (absolut), Pflegestufen insgesamt, nach Geschlecht, alle Altersstufen und 65 Jahre und älter, Sachsen-Anhalt, 1999 – 2013

3.6.2 Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten

Mit zunehmendem Alter sind/werden Menschen in der Regel eher pflegebedürftig (Abbildung 45).

Betrug im Jahr 2013 die Pflegequote (Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in Prozent) bei den Frauen der Altersgruppe *65 bis unter 80* Jahre 6,8 %, so waren es in der Altersgruppe *80 Jahre und älter* 41 %. Auffallend ist, dass Frauen in der Altersgruppe *80 Jahre und älter* eine deutlich höhere Pflegequote aufweisen als die Männer dieser Altersgruppe (41 % vs. 27 %). Beträgt 2013 der Frauenanteil bei der Altersgruppe *65 bis unter 80* Jahre 55,2 %, so sind es bei den Hochbetagten in der Altersgruppe *80 Jahre und älter* 68,4 % Frauen. Pflegebedürftige Männer leben oft noch mit ihren Partnern/Partnerinnen zusammen und werden oft von diesen dann auch zu Hause gepflegt – nicht selten, ohne überhaupt eine Pflegestufe zu beantragen. Infolge ihrer höheren Lebenserwartung leben dagegen viele pflegebedürftige Frauen alleine und sind dann zwingend auf ambulante und stationäre Pflege angewiesen.

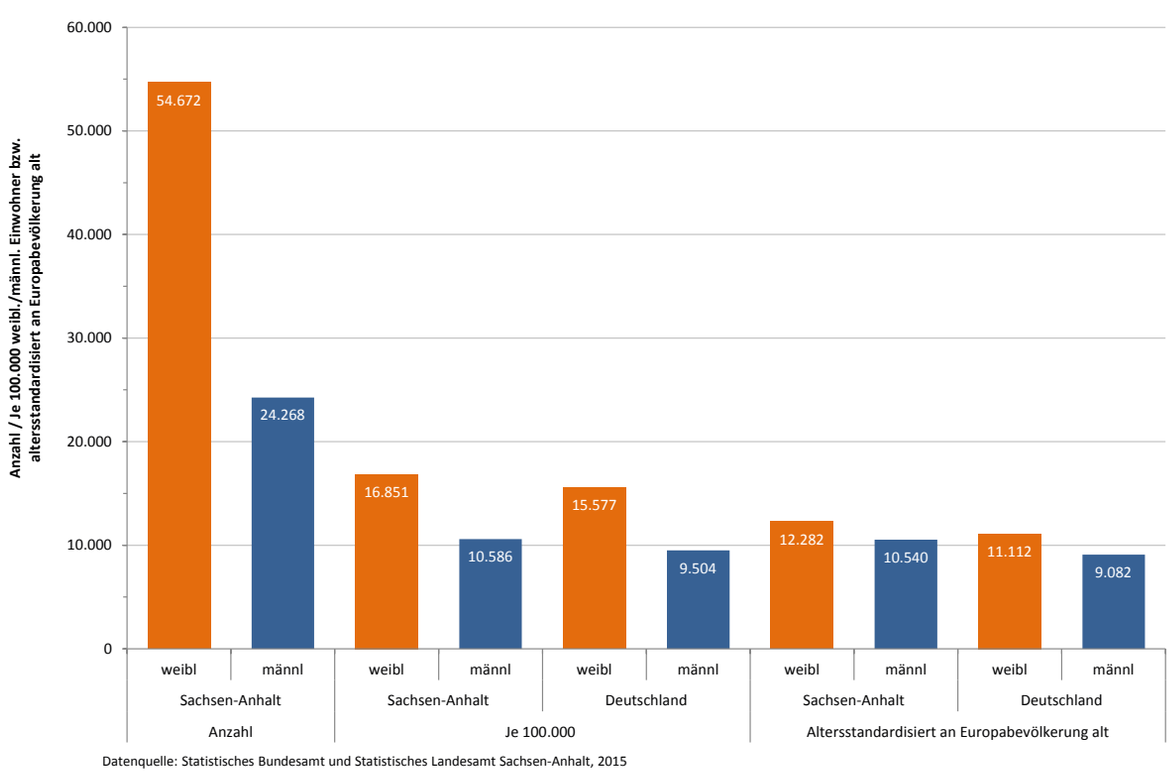
Der Vergleich der Mittelwerte 1999 – 2003 und 2009 – 2013 der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung je 100.000 Einwohner nach Altersgruppen zeigt die Steigerung bei beiden Geschlechtern in den höheren Altersgruppen, besonders aber in der Altersgruppe 90 und älter (Abbildung 45). Deutlich sichtbar ist auch das größere Risiko der Frauen, ab dem 75. – 80. Lebensjahr pflegebedürftig zu werden. Das heißt auch, ein hoher Anteil an Männern in diesen Altersgruppen stirbt, bevor er pflegebedürftig wird.



Datenquelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2015

Abb. 45 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach Alter und Geschlecht, Mittelwerte 1999 – 2003 und 2009 – 2013, Sachsen-Anhalt

Bei der vergleichenden Darstellung (nach Geschlecht) der Absolutzahlen der Pflegebedürftigen, der rohen Pflegequoten und der altersstandardisierten Pflegequoten in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren (Abbildung 46) nivellieren sich a) der zunehmende Trend der Pflegequoten, b) die Geschlechtsunterschiede und c) die Unterschiede in der Pflegequote Deutschland/Sachsen-Anhalt (weil durch die Altersstandardisierung der höhere Anteil älterer, pflegebedürftigerer Personen im weiblichen Geschlecht bzw. in Sachsen-Anhalt korrigiert wird).



Datenquelle: Statistisches Bundesamt und Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2015

Abb. 46 Pflegebedürftige insgesamt, Altersgruppe 65 und älter, Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2013

3.6.3 Ambulante und vollstationäre Pflege

Sowohl bei der ambulanten als auch bei der vollstationären Pflege sind die Zahlen der weiblichen Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt je 100.000 Einwohner im Alter *65 und älter* in der Zeitspanne 1999 – 2013 angestiegen (Abbildung 47), gleiches gilt für die Altersgruppe der Hochbetagten (*80 Jahre und älter*). In beiden Altersgruppen wird jeweils die vollstationäre Pflege stärker in Anspruch genommen und in beiden Altersgruppen liegen die Sachsen-Anhalt-Werte über den Deutschland-Werten.

Auch bei den Männern im Alter *65 und älter* ist in der Zeitspanne 1999 – 2013 bei der ambulanten und auch vollstationären Pflege ab 2007 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 48). In der Altersgruppe *80 Jahre und älter* stiegen die Werte in der stationären Pflege deutlich an und übersteigen ab 2011 die Werte der ambulanten Pflege. Und auch bei den Männern liegen die Sachsen-Anhalt-Werte über den Deutschland-Werten.

Im ambulanten und vollstationären Pflegebereich sind jeweils die Werte der Frauen höher als bei den Männern. Das heißt nicht, dass Frauen im Alter per se pflegebedürftiger sind als Männer: Hier spiegelt sich eher die Tatsache des „Gratispflegedienstes“ wider, den viele ältere Frauen an ihren Ehe-/Lebenspartnern leisten – oft, ohne eine Pflegestufe oder Pflegegeld zu beantragen. Werden die Frauen dann selbst pflegebedürftig, sind sie meist alleine und auf ambulante und stationäre Pflegedienste angewiesen.

Bei den deutlichen Anstiegen der Pflegequoten in Abbildung 47 und Abbildung 48 ist zu beachten, dass es sich um „rohe“ (nicht altersstandardisierte) Quoten handelt und also auch der demografisch bedingte Anstieg der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Gruppe der ≥ 65-Jährigen eine Rolle spielt.

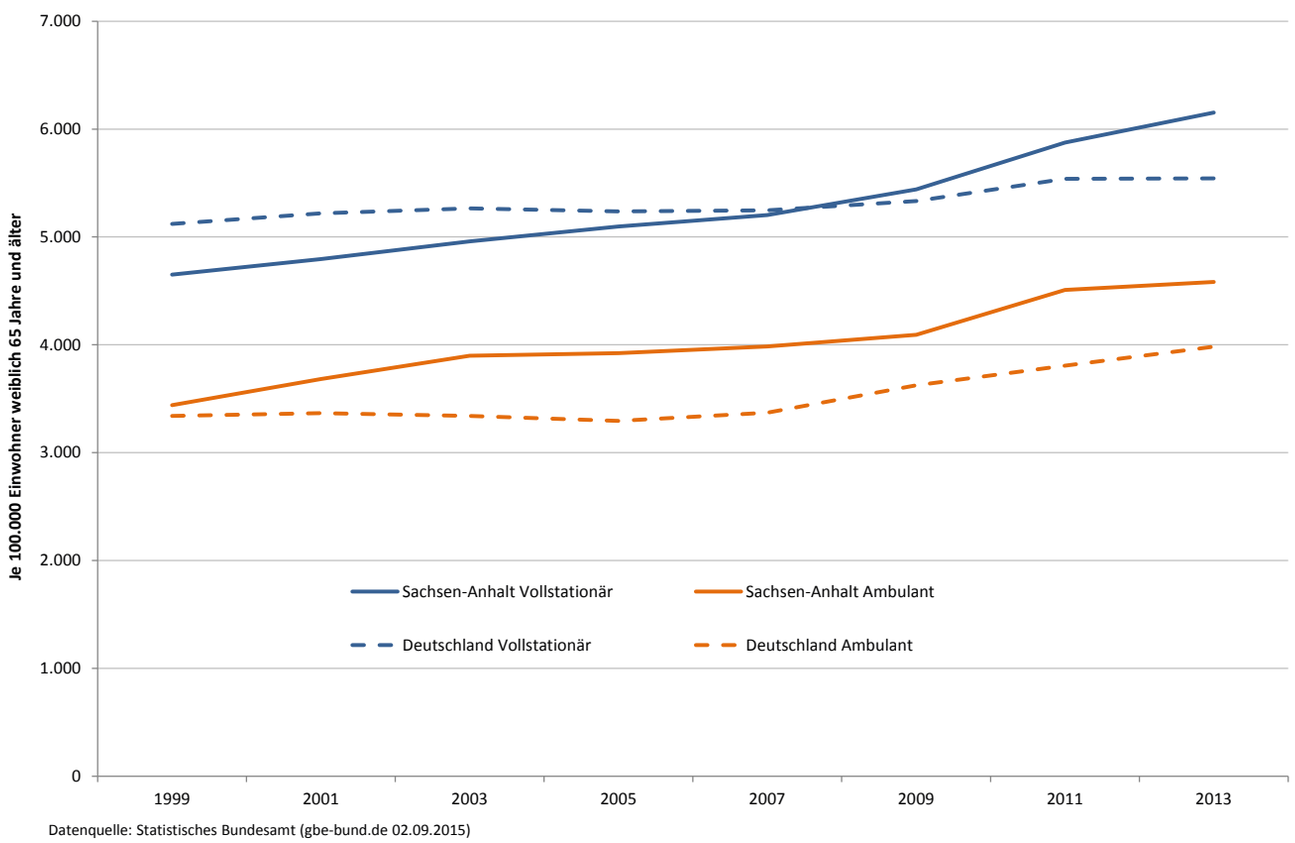


Abb. 47 Pflegebedürftige weiblich, 65 Jahre und älter, in der ambulanten/vollstationären Pflege, Sachsen-Anhalt und Deutschland

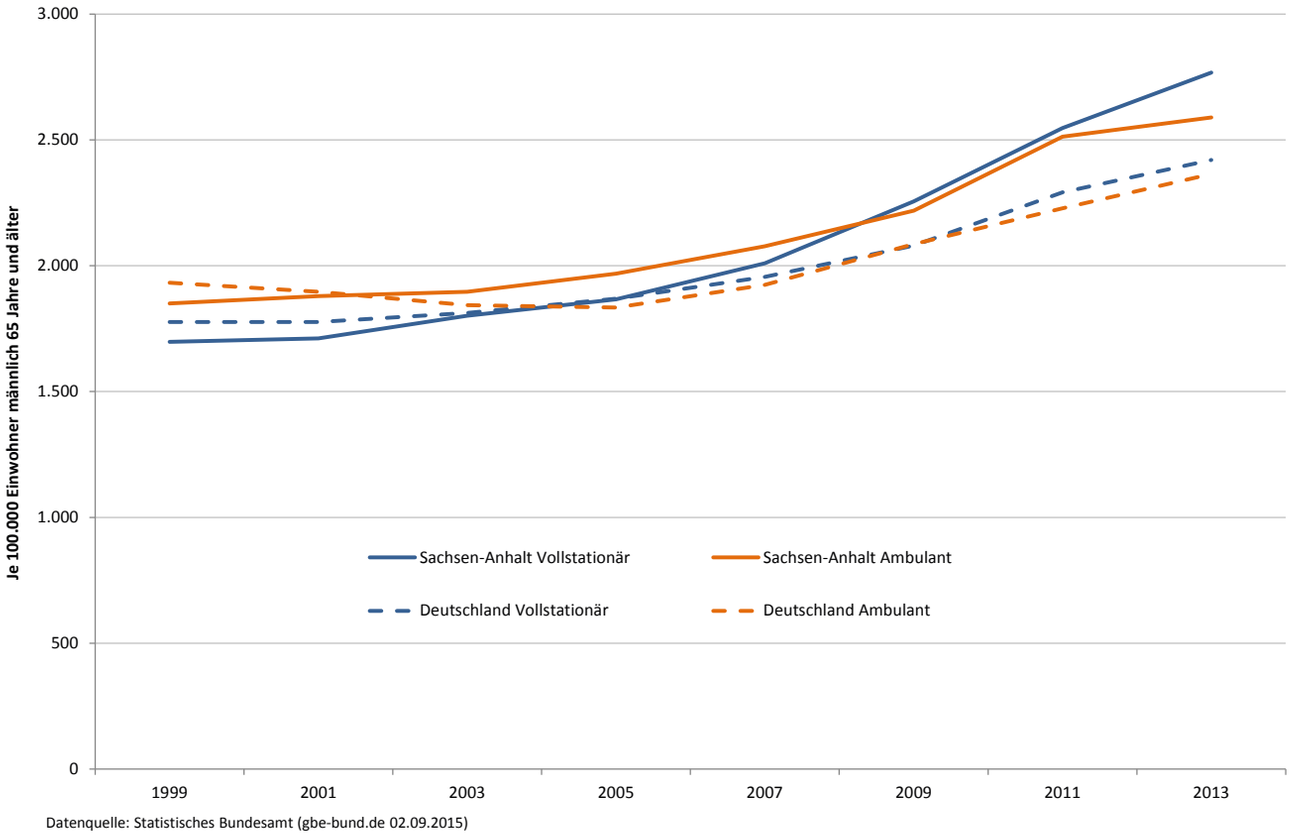


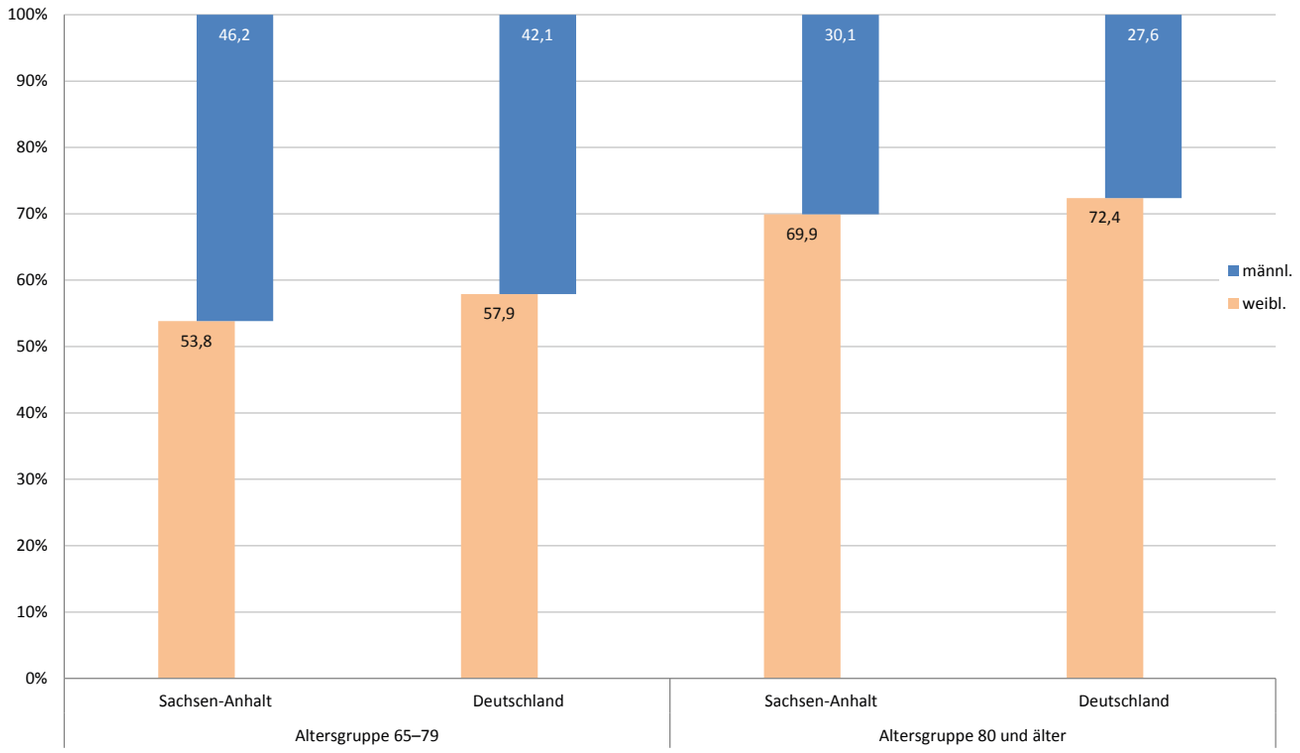
Abb. 48 Pflegebedürftige männlich, 65 Jahre und älter, in der ambulanten/vollstationären Pflege, Sachsen-Anhalt und Deutschland

3.6.4 Personen mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz (PEA)

Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (Pflegereform 2008) können dementiell oder psychisch erkrankte Menschen, die zwar noch nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, aber als *Personen mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz* (PEA) eingestuft werden, Leistungen der Pflegeversicherung beantragen.

Zu dieser Gruppe gehörten 2013 in Sachsen-Anhalt insgesamt 3.288 Personen (alle Altersgruppen), 55 % davon waren Frauen. In der Altersgruppe der *65 bis unter 80-Jährigen* gab es 1.096 Personen (54 % Frauen), in der Altersgruppe *80 und älter* 1.071 (70 % Frauen) [Abbildung 49].

Warum der Anteil der männlichen PEA in Sachsen-Anhalt höher ist als im Bundesdurchschnitt, muss hier offen bleiben.



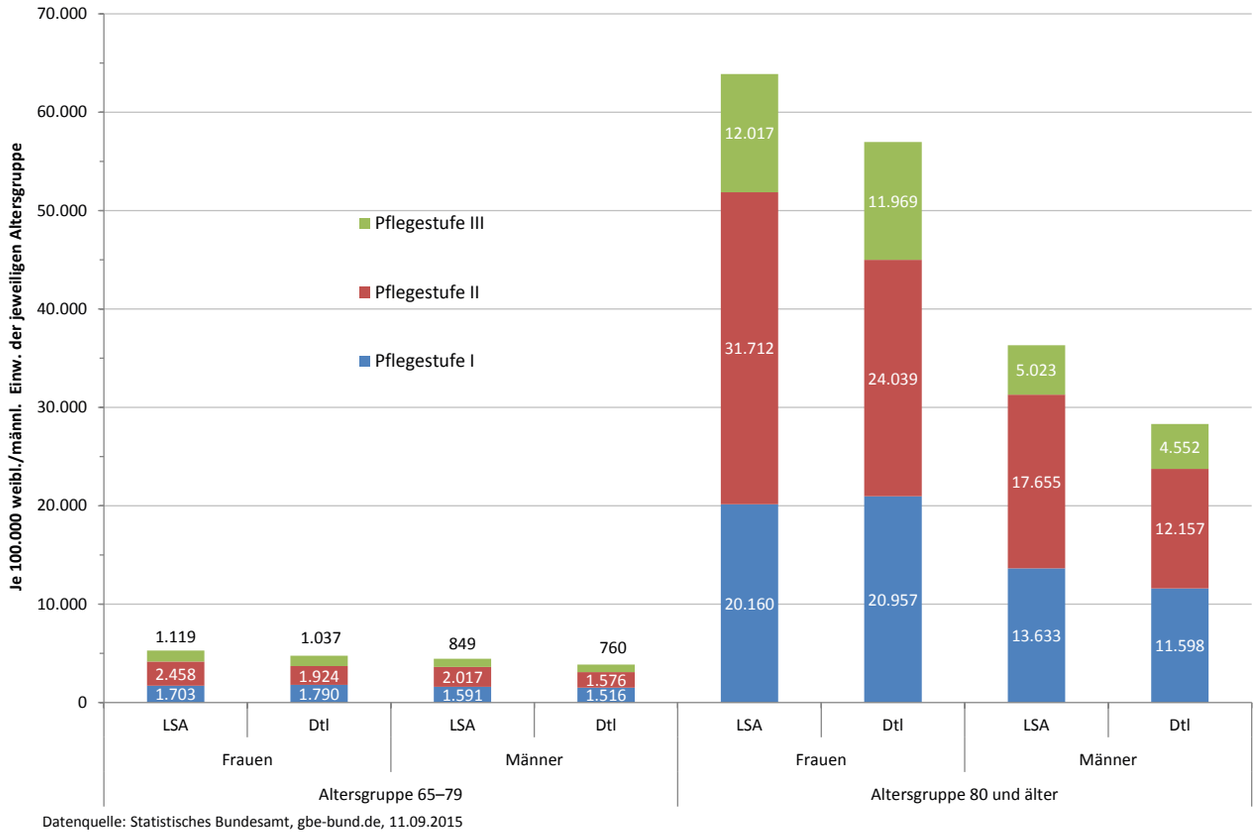
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de, 21.09.2015

Abb. 49 Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2013

3.6.5 Vollstationäre und ambulante Pflege nach Pflegestufen

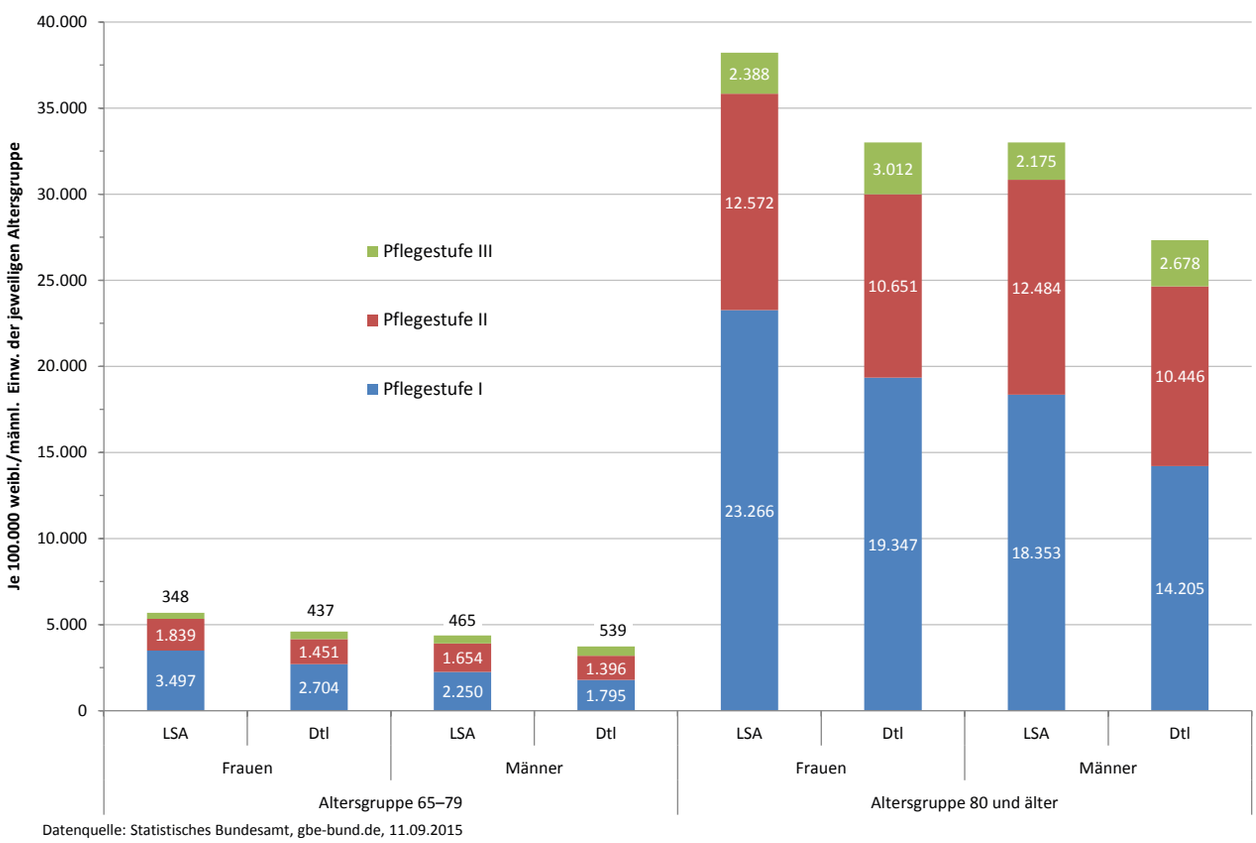
In Abbildung 50 und Abbildung 51 sind die Anteile der Pflegebedürftigen im Mittel der Jahre 2009 – 2013 (je 100.000 weibl./männl. Einwohner) an den Pflegestufen I bis III in der vollstationären und ambulanten Pflege dargestellt. Warum der Anteil der Pflegestufe-III-Patienten in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2009 – 2013 sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich geringer war als im Bundesdurchschnitt, kann hier nicht geklärt werden.

Im Bereich der Pflegestufen wird es ab Januar 2016 größere Veränderungen geben, wenn das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) in Kraft tritt: Es wird dann keine 3 Pflegestufen, sondern 5 Pflegegrade geben, die eine individuellere Pflege für alle Pflegebedürftigen gewährleisten soll (vgl. Kapitel 4.4).



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de, 11.09.2015

Abb. 50 Vollstationäre Pflege: Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner weiblich und männlich, nach Pflegestufen und Altersgruppen, Mittelwerte 2009 – 2013, Sachsen-Anhalt und Deutschland



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de, 11.09.2015

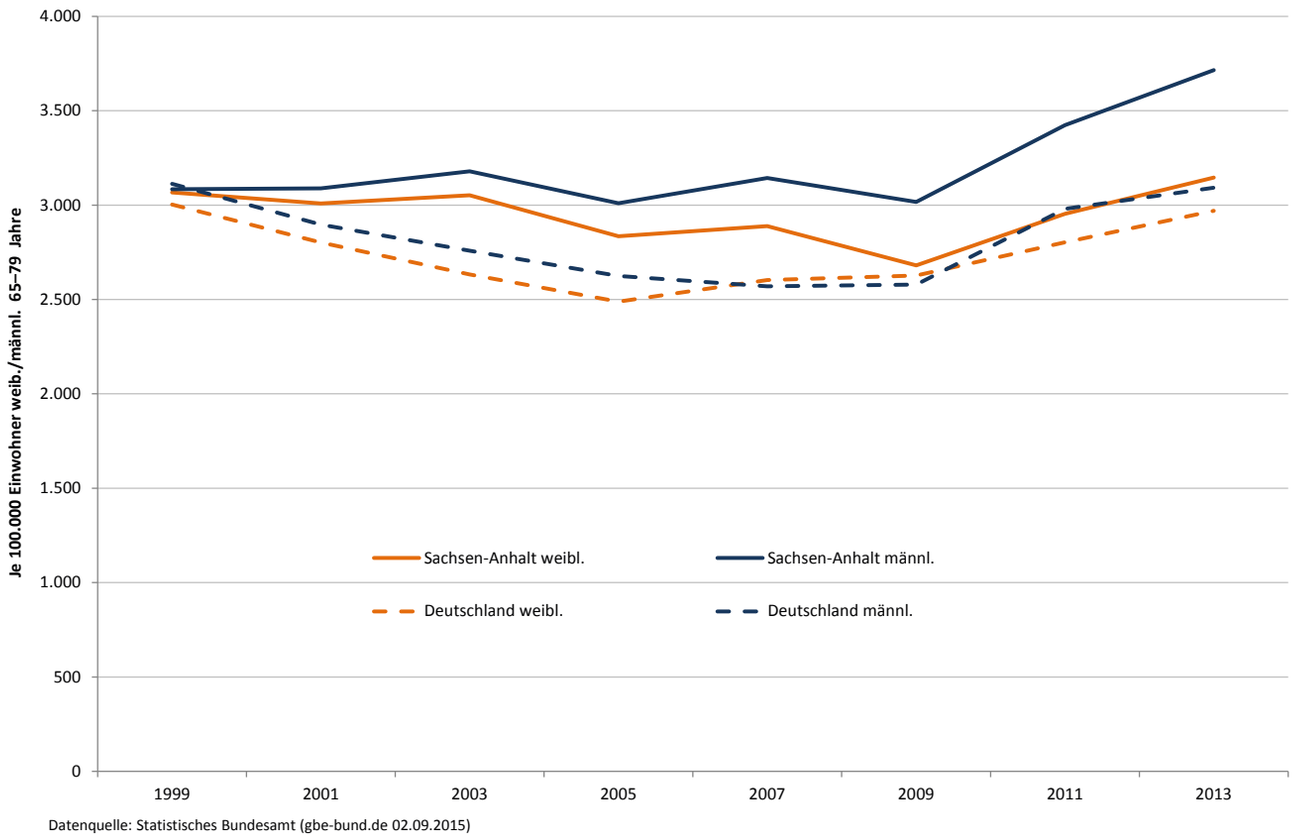
Abb. 51 Ambulante Pflege: Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner weiblich und männlich, nach Pflegestufen und Altersgruppen, Mittelwerte 2009 – 2013, Sachsen-Anhalt und Deutschland

3.6.6 Pflegegeld

Pflegegeld wird gezahlt, um die häusliche Pflege, die in der Regel durch Angehörige übernommen wird, sicherzustellen.

Pflegegeld erhielten 2013 in Sachsen-Anhalt 41.102 Personen. Gegenüber 1999 war das ein Anstieg um 18,1 % und 6,4 % im Vergleich zu 2011. Ende 2013 betrug der Anteil der Frauen an den Pflegegeldempfängern 58,2 %, 1999 waren es 62,7 %. In der Altersgruppe 65 bis 79 betrug der Anstieg 27,5 % gegenüber 1999 und 6,3 % im Vergleich zu 2011. Betrug in Sachsen-Anhalt der Frauenanteil in dieser Altersgruppe 1999 noch 61 %, so waren es 2013 51 % (Deutschland 57,8 % und 52,9 %). In der Altersgruppe 80 und älter betrug der Anstieg der Pflegegeldempfänger gegenüber 1999 35,8 % und im Vergleich zu 2011 2,3 %. Bei dieser Gruppe der Hochbetagten war der Frauenanteil 2013 bei 71,7 %, 1999 bei 78,4 %.

Abbildung 52 und Abbildung 53 zeigen nach vielen Jahren des Stagnierens bzw. Rückgangs von Pflegegeldzahlungen je 100.000 Einwohner seit 2009 wieder einen Anstieg, in der Altersgruppe *80 Jahre und älter* allerdings weniger als in der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahre. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Erfolgschancen und/oder die Bereitschaft, Pflegegeld zu beantragen seit dem Jahr 2009 steigt, besonders in der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahre.



Datenquelle: Statistisches Bundesamt (gbe-bund.de 02.09.2015)

Abb. 52 Pflegegeldempfänger nach Geschlecht, im Alter 65 bis unter 80 Jahre, Sachsen-Anhalt und Deutschland

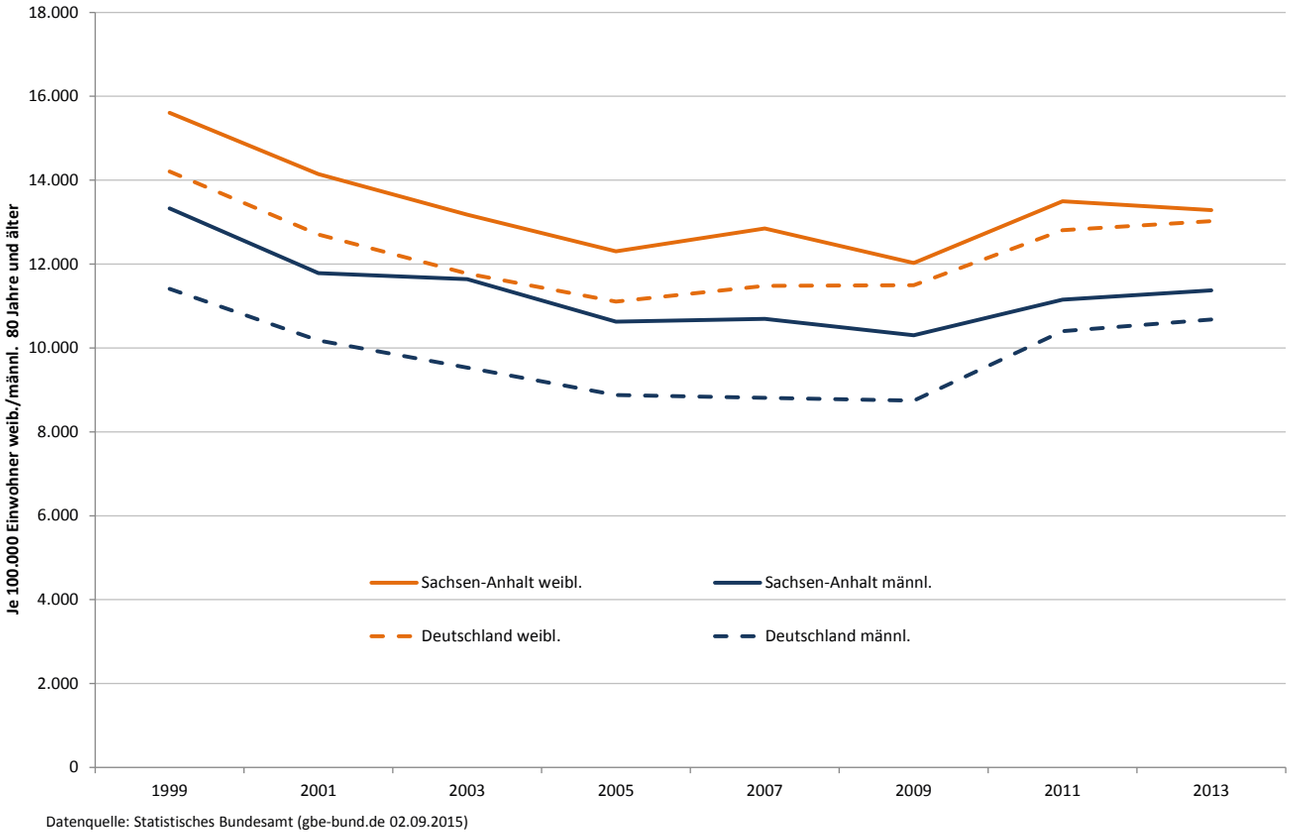


Abb. 53 Pflegegeldempfänger nach Geschlecht, im Alter 80 Jahre und älter, Sachsen-Anhalt und Deutschland

3.6.7 Pflegedienste

Ende 2013 gab es in Sachsen-Anhalt 534 ambulante Pflegedienste, das waren 11 % mehr als 1999 und 2,5 % mehr als 2011 (Deutschland: 18 % und 3,2 %). Die ambulanten Pflegedienste betreuten 2013 23.031 Personen, das waren 62,2 % mehr als im Jahr 1999 und 2,2 % mehr als 2011 (Deutschland: 48,3 % und 6,9 %).

2013 gab es 517 stationäre Pflegeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt. Das waren 98,8 % mehr als 1999 und 9,8 % mehr als 2011 (Deutschland: 47,1 % und 5,5 %). Das Angebot von Pflegeplätzen im stationären Bereich betrug 31.120 Plätze – gegenüber 1999 ein Plus von 58,6 % und gegenüber 2011 ein Plus von 6 % (Deutschland 39,9 % und 3,1 %).

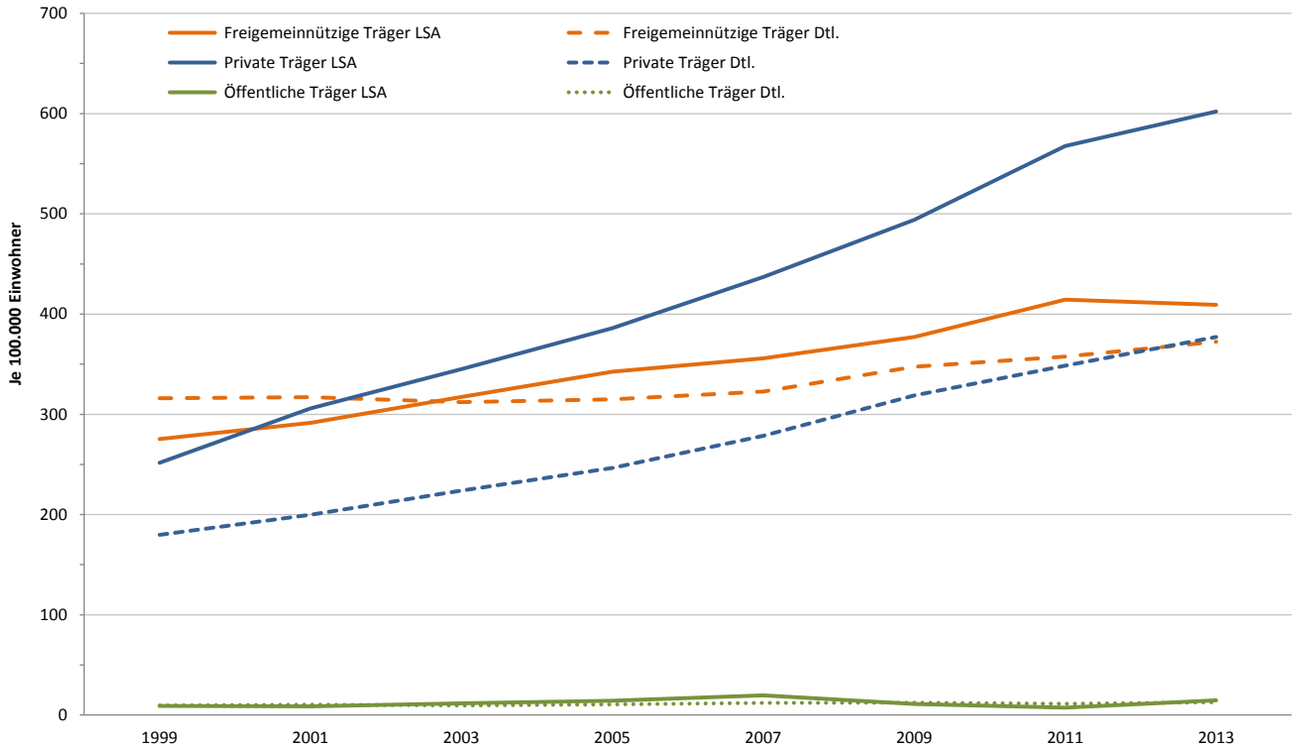
Der enorm steigende Bedarf führt zu einer deutlichen Ausweitung der Strukturen.

3.6.7.1 Ambulante Pflegedienste nach Träger

In Sachsen-Anhalt wie in Deutschland insgesamt ist seit 1999 die Zahl der ambulanten Pflegedienste von *privaten Trägern* stark angestiegen und machte 2013 in LSA 69 % (Dtl 64 %) aller ambulanten Pflegedienste aus. Bei den *freigemeinnützigen Trägern* ist seit 2001 eine Abnahme festzustellen; ihr Anteil betrug 2013 in Sachsen-Anhalt 31 %, in Deutschland ca. 35 %. Der Anteil der ö*ffentlichen Träger* ist seit 1999 gering geblieben und machte 2013 in Sachsen-Anhalt 0,7 %, deutschlandweit 1,4 % aus.

Die Anzahl der von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen ist bei den *privaten Trägern* seit 1999 stark angestiegen und hat in Sachsen-Anhalt schon seit 2001 die Anzahl der von *freigemeinnützigen Trägern* betreuten Pflegebedürftigen überschritten (Abbildung 54).

Die zunehmende Privatisierung in der ambulanten Pflege ist in Sachsen-Anhalt noch deutlicher als insgesamt in Deutschland.



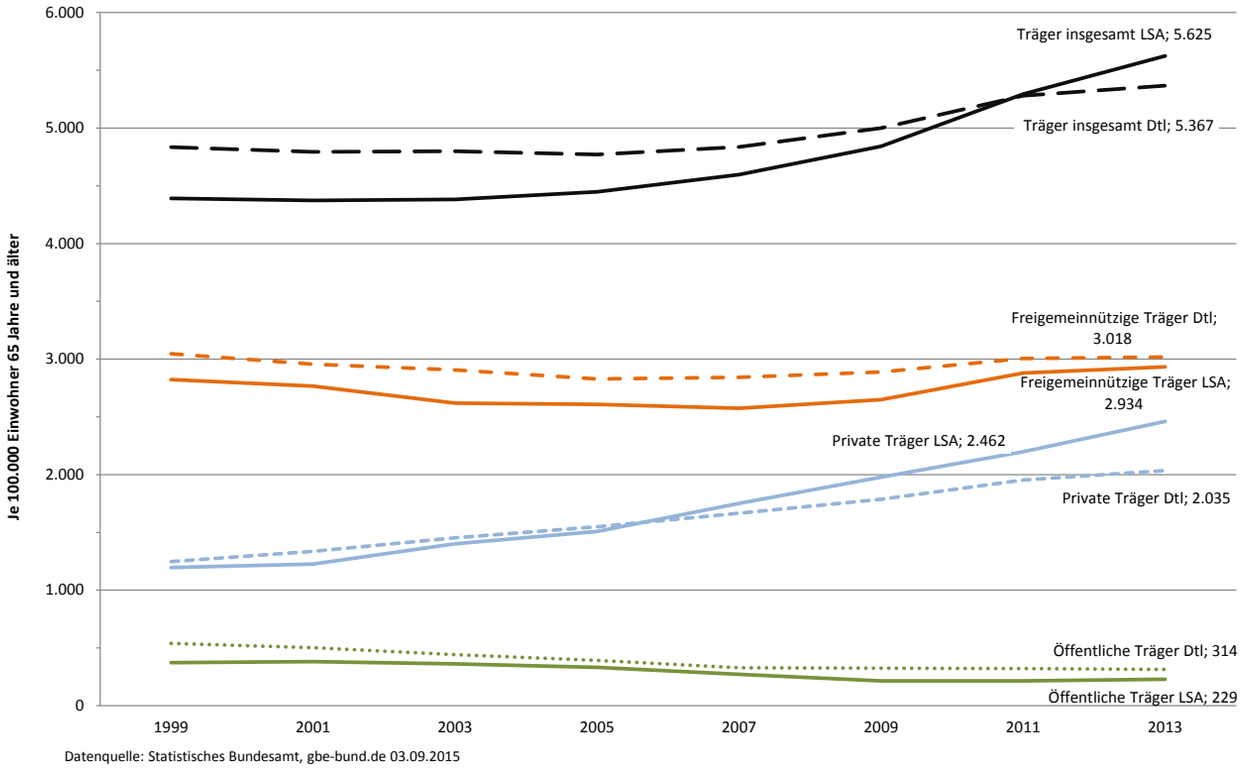
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de 03.09.2015

Abb. 54 Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige, nach Träger, Sachsen-Anhalt und Deutschland

3.6.7.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Träger

Wie in Deutschland ist auch in Sachsen-Anhalt die Zahl der verfügbaren Plätze in Pflegeheimen absolut und je 100.000 Einwohner der über 64-jährigen Bevölkerung in den letzten Jahren angestiegen.

Seit 1999 stellen die *freigemeinnützigen Träger* die meisten Plätze zur Verfügung, wobei ihr Anteil Ende 2013 in Sachsen-Anhalt über 52 % (in Deutschland über 56 %) aller Träger ausmachte. Allerdings hat die Zahl der verfügbaren Pflegeheimplätze der *privaten Träger* seit 1999 stark zugenommen und ihr Anteil betrug 2013 in Sachsen-Anhalt fast 44 % (Dtl 38 %). Der Anteil der ö*ffentlichen Träger* ist in der gleichen Zeit noch ein wenig zurückgegangen und machte 2013 in Sachsen-Anhalt 4 %, in Deutschland knapp 6 % aus (Abbildung 55).



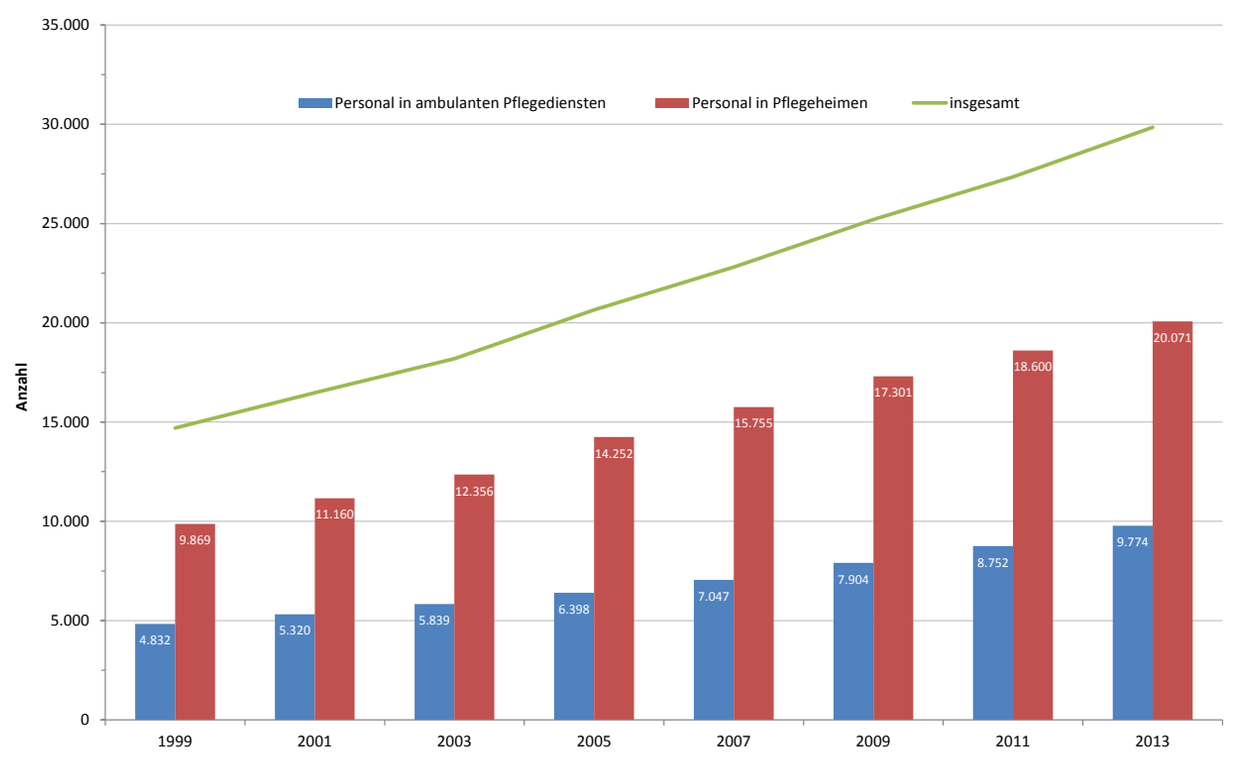
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de 03.09.2015

Abb. 55 Verfügbare Plätze in Pflegeheimen, nach Träger, Sachsen-Anhalt und Deutschland

3.6.8 Personal in Pflegeeinrichtungen

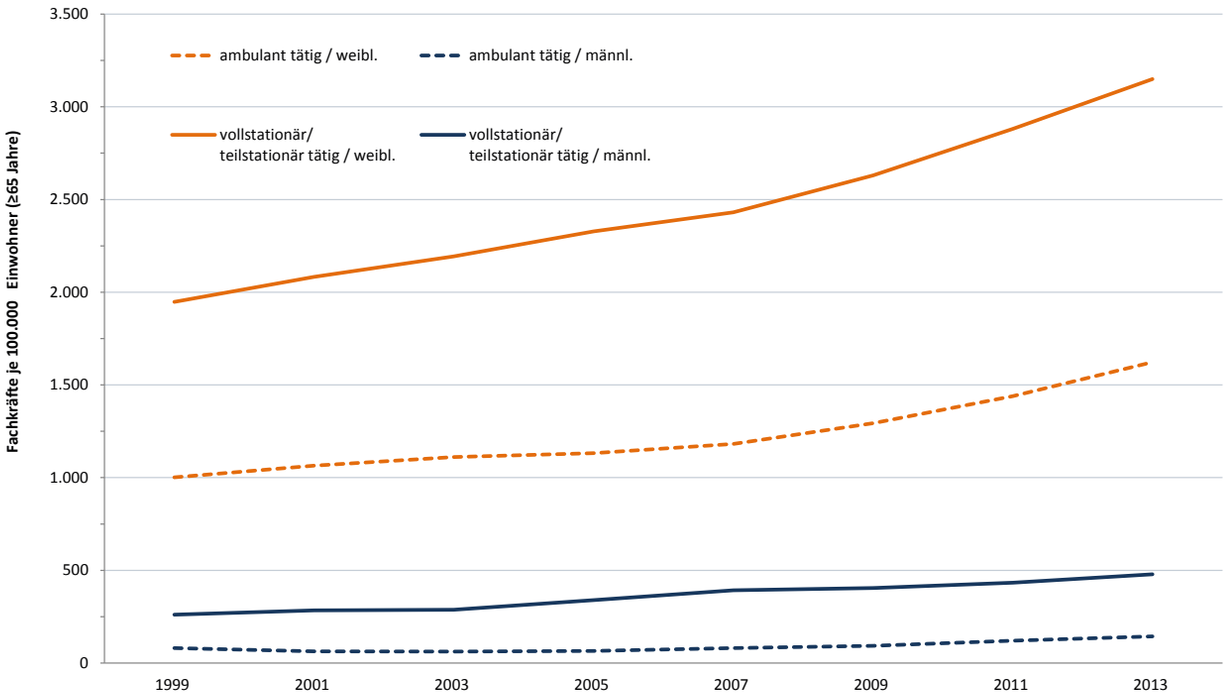
2013 arbeiteten in Sachsen-Anhalt insgesamt 29.845 Personen im Pflegebereich (Abbildung 56); gegenüber 1999 ist das mehr als eine Verdoppelung, im Vergleich zu 2011 eine Steigerung um 9,1 % (Deutschland: 61 %/5,6 %). Davon waren 67,3 % in Pflegeheimen beschäftigt (Deutschland 68,2 %).

Mit einem Anteil von fast 92 % im ambulanten Bereich und fast 87 % im voll-/teilstationären Bereich bildeten die Frauen die überwältigende Mehrheit der in der Pflege Tätigen. Der Anteil der Männer hat sich seit 1999 im ambulanten Bereich nur um 0,7 % und im stationären Bereich um 1,4 % erhöht. Im Hinblick auf den Berufsabschluss dominierten bei den Frauen und bei den Männern die Altenpflegeberufe (40,1 %/39,3 %) sowie die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (18,2 %/19,4 %).Und so stellen die Angehörigen der Pflegeberufe schon lange Zeit die mit Abstand größte Beschäftigtengruppe im Gesundheitswesen (RKI Pflege 2004).



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de, 11.09.2015

Abb. 56 Personal in Pflegeeinrichtungen, Sachsen-Anhalt

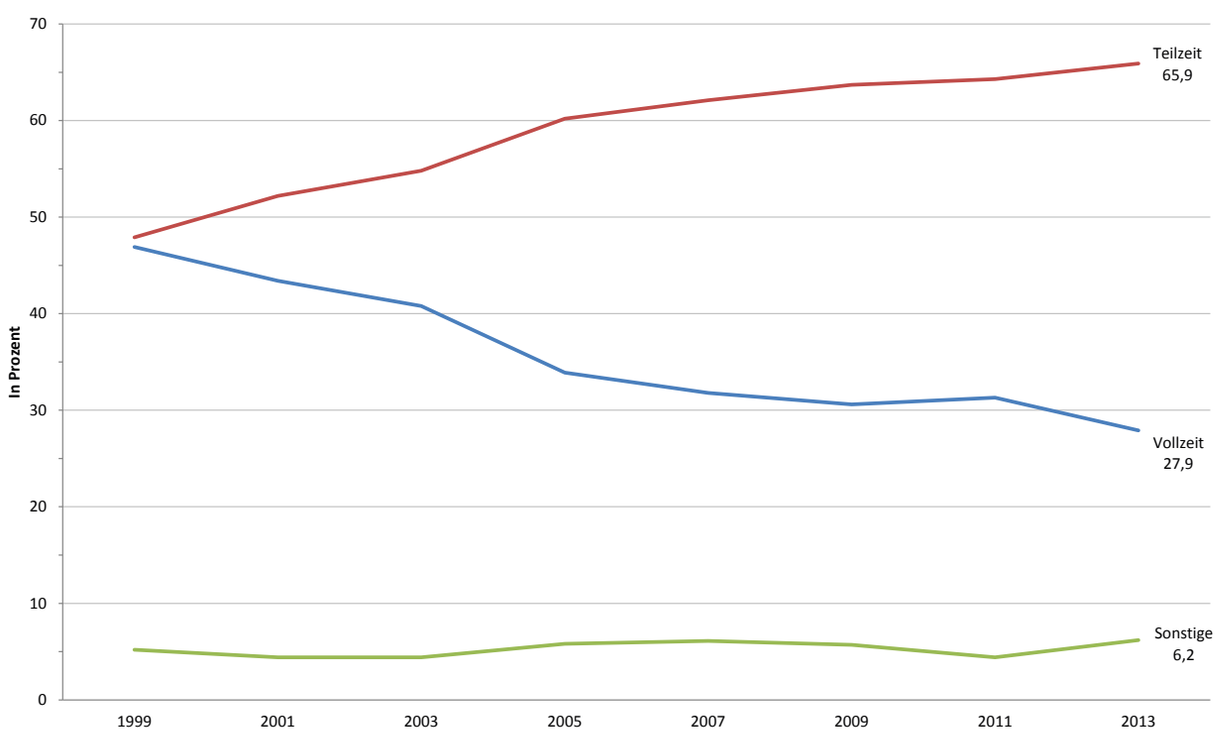


Datenquelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Halle (Saale), 2015: Pflegestatistik

Abb. 57 Personal in der Pflege nach Einrichtungsart, Sachsen-Anhalt

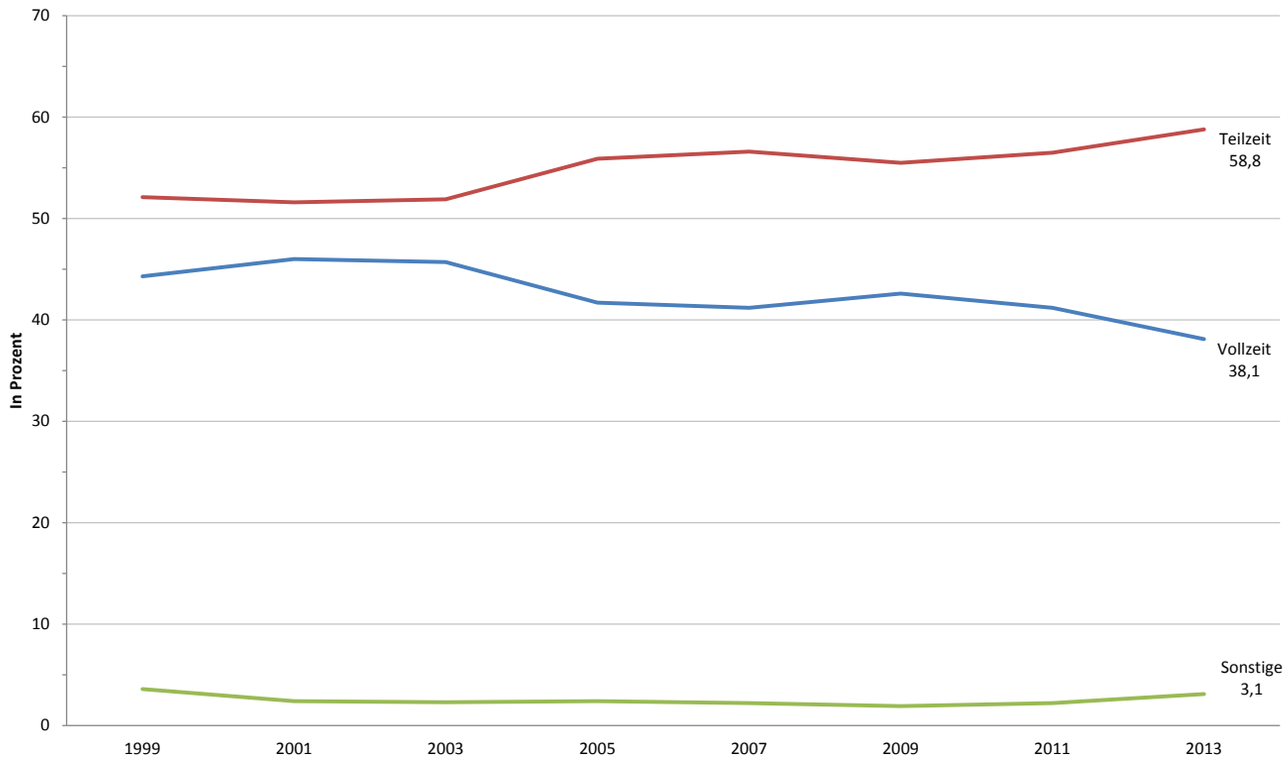
Allerdings zeigt sich auch deutlich, dass Pflege immer mehr durch Teilzeitbeschäftigte erfolgt (Abbildung 58 und Abbildung 59). Betrug 1999 in Sachsen-Anhalt der Anteil des Teilzeit-Personals in Pflegeheimen 47,9 %, so waren es 2013 fast 66 % (Deutschland: 45,0 %/61,9 %). Bei den ambulanten Pflegediensten waren 1999 52,1 % des Personals teilzeitbeschäftigt, 2013 waren es 58,8 % (Deutschland: 63,7 %/69,8 %). Im Jahr 2013 arbeiteten nur knapp 28 % der Beschäftigten in Pflegeheimen in Vollzeit (1999: fast 47 %), in ambulanten Pflegediensten waren 38 % Vollzeitbeschäftigte tätig (1999: 44,3 %). Die restlichen 6 % in Pflegeheimen und 3,5 % bei ambulanten Pflegediensten setzten sich zusammen aus Auszubildenden, Praktikanten, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr und geringfügig Beschäftigten. Der Anstieg der Gesamtbeschäftigtenzahl im Pflegedienstbereich beruht also im Wesentlichen auf dem deutlichen Zuwachs bei den Teilzeitbeschäftigten.

Den Pflegeberuf trifft der demografische Wandel im doppelten Sinn: Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt zu; gleichzeitig steigt das Alter der Beschäftigten in diesem Berufsfeld. Neben den hohen berufsspezifischen Belastungen ist bereits ein großer Fachkräftemangel auszumachen. Um den neuen Personalbedarf nachhaltig zu decken, sind evtl. neue Unternehmensstrategien, vor allem aber der motivierende Umgang mit dem vorhandenen Personal gefragt. Der Pflegeberuf ist ein Beruf mit Chancen und Zukunft (Robert Bosch Stiftung 2010).



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de, 11.09.2015

Abb. 58 Stationärer Pflegedienst: Anteil Vollzeit/Teilzeit/Sonstige Beschäftigungsverhältnisse, Sachsen-Anhalt



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de, 11.09.2015

Abb. 59 Ambulanter Pflegedienst: Anteil Vollzeit/Teilzeit/Sonstige Beschäftigungsverhältnisse, Sachsen-Anhalt

4 Diskussion

4.1 Demografische Ausgangslage

Die Eckdaten der demografischen Entwicklung in Sachsen-Anhalt (vgl. Kapitel 3.1) sind in Expertenkreisen seit langem hinlänglich bekannt und werden inzwischen auch in weiten Teilen der Bevölkerung wahrgenommen: Sachsen-Anhalt hat europaweit eine der am schnellsten schrumpfenden und alternden Bevölkerungen (Pasternack 2014); der sog. „Altenquotient“ (Verhältnis der ≥ 65-Jährigen zu 18- bis 64-Jährigen in Prozent) wird im Jahr 2025 landesweit voraussichtlich bei 58 % liegen, in einigen Landkreisen sogar bei fast 70 % (Kapitel 3.1.6). Grund für diese Entwicklung sind vor allem a) ein anhaltend – wenn auch inzwischen stabiler – negativer Natürlicher Saldo (Differenz zwischen Lebendgeborenen und Gestorbenen) und b) ein – trotz kontinuierlicher Abschwächung seit dem Jahr 2001 – immer noch negativer Binnenwanderungssaldo (Differenz zwischen Zu- und Fortzügen aus/in andere Bundesländer). All diese Faktoren bzw. Trends führen dazu, dass Sachsen-Anhalt heute schon und auch in Zukunft zu den am stärksten schrumpfenden Regionen nicht nur in Deutschland, sondern in ganz Europa gehören wird (Pasternack 2014) – mit all den Folgen und Auswirkungen, den der Prozess der Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung für das Gesundheitssystem mit sich bringen.

Das Absinken der Geburtenrate weit unter die Sterberate, die steigende Lebenserwartung und die negative Binnenwanderungsstatistik führen zu einem starken Rückgang und Altern der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt (Min LuV Sachsen-Anhalt 2015). Friedrich und Pasternack bezeichnen Sachsen-Anhalt gleichsam als „Hot Spot dieser Entwicklung“, die in ganz Ostdeutschland stattfindet (Friedrich/Pasternack 2012).

Laut Bertelsmann Stiftung (Bertelsmann 2015) wird das Ausmaß der Folgen des demografischen Wandels z. B. auf den deutschen Arbeitsmarkt immer noch unterschätzt bzw. ist noch nicht umfassend wissenschaftlich geklärt. Es drohen aufgrund mangelnder Arbeitskräfte die Auslagerung von Produktionsstätten ins Ausland und ein gleichzeitiger Anstieg der Kosten der sozialen Sicherungssysteme. Der Bericht zeigt deutlich auf, dass Deutschland angewiesen ist – und bleiben wird – auf Zuwanderungen aus EU-Staaten und vor allem aus Nicht-EU-Staaten, um diesen demografischen Wandel zu bewältigen. Gefordert werden eine neue Migrationsarchitektur und umfassende Willkommenskultur. Doch zeigt die letzte Auswertung des Eurobarometers im Auftrag der EU-Kommission, dass über 60 % der Deutschen gegen Zuwanderung aus Nicht-EU-Staaten sind. Hier müssen vielfältige Anstrengungen unternommen werden, die einheimische Bevölkerung „mitzunehmen“ und dem Bundesbürger eine „Kultur des Willkommens“ nahezubringen. Auch Ministerpräsident Rainer Haseloff wirbt für eine erfolgreiche Zuwanderungspolitik: „Wir brauchen eine Willkommenskultur, eine Kultur der Anerkennung und Wertschätzung. Nur wenn wir ausländische Menschen als Bereicherung und Teil der Vielfalt erleben, wird die Entwicklung von Parallelgesellschaften vermieden“ (PM Staatskanzlei Sachsen-Anhalt vom 09.04.2015). In derselben PM sieht der Minister für Landesentwicklung und Verkehr, Thomas Webel, Sachsen-Anhalt als „Vorreiter bei der Gestaltung des demografischen Wandels. Andere Regionen in Deutschland und Europa folgen uns.“ (ebd.). Beim Demografie-Kongress bzw. der ersten Demografie-Woche in Sachsen-

Anhalt vom 10. – 17.04.2015 standen dann auch Fragen des demografischen Wandels im Mittelpunkt, wie z. B. der Einsatz von EU-Strukturfonds, die Gewinnung von (Fach-)Arbeitskräften, die Kooperation von Forschung und Wirtschaft oder auch das Thema Mobilität im ländlichen Raum (ebd.).

Im nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden" nimmt das dritte Handlungsfeld die besonderen Herausforderungen dieser demografischen Entwicklung in den Blick (Thelen et al. 2012): Häufigkeit und Spektrum der Krankheiten werden sich verändern (bes. Zunahme bei chron. Erkrankungen, Multimorbidität, Bedarf an Pflegeleistungen). Es wurden Ziele bestimmt und Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele formuliert, insbesondere zur Situation älterer Menschen mit Behinderungen, psychischer Gesundheit, Demenzerkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit. Diese Vorschläge richten sich vor allem an die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, an Kostenträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen, an die Zivilgesellschaft und Wissenschaft (ebd.). Die Auswirkungen der seit September 2015 außergewöhnlich stark gestiegenen Anzahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Deutschland bleiben abzuwarten.

Die im Kapitel 3.1 dargestellten demografischen Kennziffern belegen, welche außerordentliche Wichtigkeit eine gesellschaftliche und wissenschaftliche Beschäftigung mit dem kontinuierlich wachsenden Anteil „älterer Menschen" auch und vor allem in Sachsen-Anhalt besitzt. In der Einleitung wurde dargelegt, dass dieser Prozess des Älterwerdens nicht ausschließlich negativ gesehen werden darf, sondern auch Potenziale für das Individuum und für die Gesellschaft birgt.

Der vorliegende Bericht und die folgenden Besprechungen müssen sich indes auf das Auftreten von Krankheiten beschränken (pathogenetische Sicht von Gesundheit) und gehen der Frage nach, ob diese in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen häufiger oder seltener in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt (Regionalunterschiede), bei Frauen als bei Männern (Geschlechtsspezifik), bei Hochbetagten als bei „jungen Senioren" (Altersspezifik) sind.

4.2 Ambulante Behandlungen, Krankenhausfällen und Sterbefälle von ≥ 65-Jährigen

4.2.1 Vorbemerkungen

In den Kapiteln 3.2, 3.3 und 3.4 wurde jeweils einführend dargelegt, dass die verwendeten Daten nur eingeschränkt Auskunft über die tatsächliche Morbidität bzw. die tatsächliche Mortalität in der Bevölkerung geben können: In jedem der 3 Fälle stammen die Daten aus Statistiken, die nicht explizit für das Monitoring der Gesundheitslage der Bevölkerung geführt werden. Es sind sog. „Routinedaten", die auf der Grundlage von bundesgesetzlichen Vorschriften von zentraler Stelle „eingezogen" werden und in erster Linie anderen Zwecken dienen (Abrechnung von Leistungen, Verwaltung, Strukturplanung o. ä.). Während es sich bei den Krankenhausdaten und der Todesursachenstatistik um sog. „amtliche Statistiken" handelt, wurden die Daten zur Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) im Rahmen einer Kooperation zur Verfügung gestellt. Jede der drei Datenquellen besitzt spezifische Einschränkungen bezüglich ihrer Aussagefähigkeit zur „tatsächlichen" Morbidität/ Mortalität in der Bevölkerung: Die Daten der KVSA beziehen sich nur auf GKV-Versicherte, werden zu Abrechnungszwecken (d. h. nicht zu epidemiologischen Zwecken) erhoben, unterscheiden nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnosen und zwischen Allgemein- und Facharztdiagnosen und geben keine Auskunft darüber, wie oft der Patient bezüglich der betreffenden Diagnose im selben Jahr oder schon in Vorjahren in Behandlung war. Die Krankenhausdaten basieren zwar auf den besonders aussagekräftigen, für den Krankenhausaufenthalt entscheidenden sog. Hauptdiagnosen, es werden aber keine Personen, sondern „Fälle" gemeldet, (d. h., unter Umständen kann ein und dieselbe Person im selben Jahr mit mehreren Fällen gezählt werden) und auch hier können abrechnungsbedingte Verzerrungen (besonders nach Einführung des DRG-Systems) nicht ausgeschlossen werden. Die Todesursachenstatistik schließlich basiert auf Angaben im Totenschein, welche oft von Ärzten ausgefüllt werden (müssen), die den Patienten nicht kennen und die die ggf. bestehende Krankengeschichte nur schwer recherchieren können; dabei stellt die Identifizierung des in einer Kausalkette letztendlich zum Tode führenden „*Grundleidens*" (nur dieses wird in der Statistik gemeldet) eine besondere Schwierigkeit dar. Trotz all dieser Einschränkungen können in den 3 Statistiken die hier vor allem interessierenden „***Abweichungen vom Bundesdurchschnitt***" mit relativ hoher Validität identifiziert werden, da davon ausgegangen werden kann, dass die methodischen Unschärfen gleichermaßen und gleichgerichtet in allen Bundesländern und damit im Mittel aller Bundesländer (Bundesdurchschnitt) wirken.

4.2.2 Allgemeine Morbidität und allgemeine Sterblichkeit

Unter allgemeiner Morbidität wird hier die globale (d.h. alle Behandlungsanlässe A00 – Z99 umfassende) ambulante Behandlungsquote der GKV-Versicherten bzw. die globale (d.h. alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen A00 – T98 umfassende) Krankenhausfallquote der Einwohner verstanden. Unter allgemeiner Sterblichkeit wird hier die globale (d. h. alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen A00 – T98 umfassende) Sterbeziffer der Einwohner verstanden.

In den Kapiteln 3.3.3 und 3.4.3 wurde gezeigt, dass die allgemeine Krankenhausfallquote und die allgemeine Sterblichkeit in der Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) in den letzten Jahren sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt noch immer steigen. Dies mag zunächst verwundern, weil viele Studien belegen, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung und die medizinische Versorgung in Deutschland seit vielen Jahren kontinuierlich verbessern. Die Aufklärung des Widerspruchs scheint zunächst einfach: Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung in Deutschland und besonders in Sachsen-Anhalt wächst kontinuierlich und deutlich. Da die ältere Bevölkerung eine erhöhte Morbidität und Sterblichkeit hat, ergibt sich damit in der Gesamtbevölkerung eine steigende Morbidität und Sterblichkeit. Die Krankenhausdaten belegen jedoch, dass auch wenn man die „Alterung" der Gesellschaft „herausrechnet" (indem man die Daten altersstandardisiert) die Krankenhausfallquote in der Gesamtbevölkerung zwar langsamer, aber nach wie vor steigt (Abbildung 16). Für die Erklärung bieten sich folgen-

de Hypothesen an: a) die Bereitschaft bzw. der Wunsch in der Bevölkerung, sich auch bei prinzipiell ambulant behandelbaren Erkrankungen in stationäre Behandlung zu begeben, wächst, b) durch regionale Engpässe bei der ambulanten Versorgung (objektiv bestehende oder subjektiv empfundene unzureichende Dichte niedergelassener Ärzte) kommt es zu einer „Verlagerung“ eines Teils der ambulanten Behandlungen in den stationären Bereich, c) niedergelassene Ärzte überweisen Patienten zunehmend häufig ins Krankenhaus, d) altersunabhängig ändert sich das Krankheitsspektrum in der Bevölkerung (von ambulant behandelbaren zu stationär indizierten Erkrankungen), e) die in den letzten 10 Jahren insgesamt rückläufige Dauer von Krankenhausaufenthalten in Deutschland und Sachsen-Anhalt (vgl. www.gbe-bund.de) könnte u. U. dazu führen, dass die Häufigkeit von „stationären Rückfällen“ (d. h. die Krankenhausfallquote) steigt.

Bei den Sterbeziffern sind die Zeittrends einfacher zu erklären (Abbildung 26): Hier ist es ganz offensichtlich so, dass der steigende Anteil älterer Menschen trotz der verbesserten medizinischen Versorgung zu einem weiteren Anstieg der „rohen“ (nicht altersstandardisierten) Sterbeziffer führt. Betrachtet man hingegen die altersstandardisierte Sterbeziffer, so wird die durch verbesserte medizinische Versorgung und gesündere Lebensbedingungen bedingte steigende Lebenserwartung der Bevölkerung deutlich (die altersstandardisierte Sterbeziffer sinkt).

Die globale, altersstandardisierte Krankenhausfallquote und die globale, altersstandardisierte Sterbeziffer sind sowohl bezogen auf die Gesamtbevölkerung als auch in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen seit vielen Jahren und bis zum letzten Beobachtungsjahr (2013) in Sachsen-Anhalt höher als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 16, Abbildung 26). Dies ist trotz aller Einschränkungen bzgl. der Datenqualität (siehe 4.2.1) ein sehr starkes Indiz dafür, dass die allgemeine Morbidität in Sachsen-Anhalt nach wie vor höher ist als im Bundesdurchschnitt. Diese Negativabweichung vom Bundesdurchschnitt ist kein landesspezifisches Phänomen. In zahlreichen Publikationen wird nachgewiesen, dass ähnliche Negativabweichungen trotz kontinuierlicher Abschwächung auch für die Gesamtheit der neuen Bundesländer bis heute gilt (vgl. zum Beispiel RKI, 2009a, 2011, 2014).

Bei den ≥ 65-Jährigen liegen im Prinzip die gleichen Zeittrends und Land-Bundesunterschiede vor wie in der Gesamtbevölkerung: Die Krankenhausfallquoten und Sterbeziffern sind noch immer höher als im Bundesdurchschnitt, die rohen Krankenhausfallquoten und Sterbeziffern steigen weiterhin deutlich aufgrund der Alterung innerhalb der Generation 65plus, die altersstandardisierten Quoten steigen langsamer (Krankenhausfallquoten) bzw. sinken sogar (Sterbeziffern) aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung und gesünderer Lebensbedingungen.

Einen Vergleich der allgemeinen stationären Morbidität und allgemeinen Sterblichkeit in der älteren (≥ 65 Jahre) und jüngeren (unter 65 Jahre) Bevölkerung in Sachsen-Anhalt und Deutschland zeigen die Abbildungen 60 und 61. Dort wird deutlich:

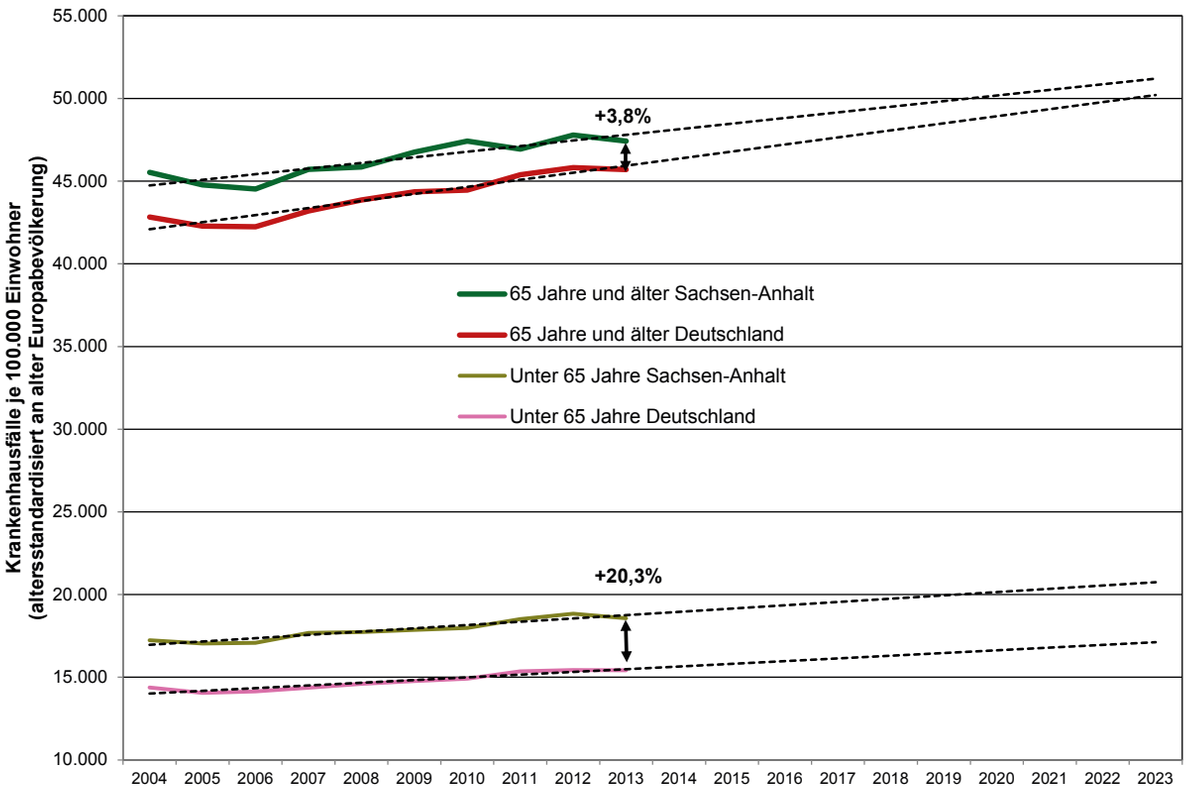
a) Die globalen Krankenhaus- und Sterbefallquoten bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (und Deutschland) sind zwar ***mehrfach höher als diejenigen bei unter 65-Jährigen*** (ein redundanter Beleg dafür, dass Morbidität und Mortalität im Alter drastisch steigen), aber:

b) Die Mehrbehandlung im Krankhaus und die Übersterblichkeit ***im Vergleich zum Bundesdurchschnitt*** sind bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt ***deutlich geringer als bei unter 65-Jährigen*** in Sachsen-Anhalt (bei der Krankenhausfallquote nur + 3,8 % bei den ≥ 65-Jährigen im Vergleich zu + 20,3 % bei den unter 65-Jährigen, bei der Sterbeziffer nur + 7,6 % bei den ≥ 65-Jährigen im Vergleich zu + 23,8 % bei den unter 65-Jährigen).

c) Die globale Krankenhausfallquote (die stationäre Morbidität) scheint sich bei den ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt allmählich dem Bundesdurchschnitt anzugleichen (Abbildung 60); eine solche Annäherung ist allerdings bei der allgemeinen Sterblichkeit von ≥ 65-Jährigen nicht zu beobachten (Abbildung 61).

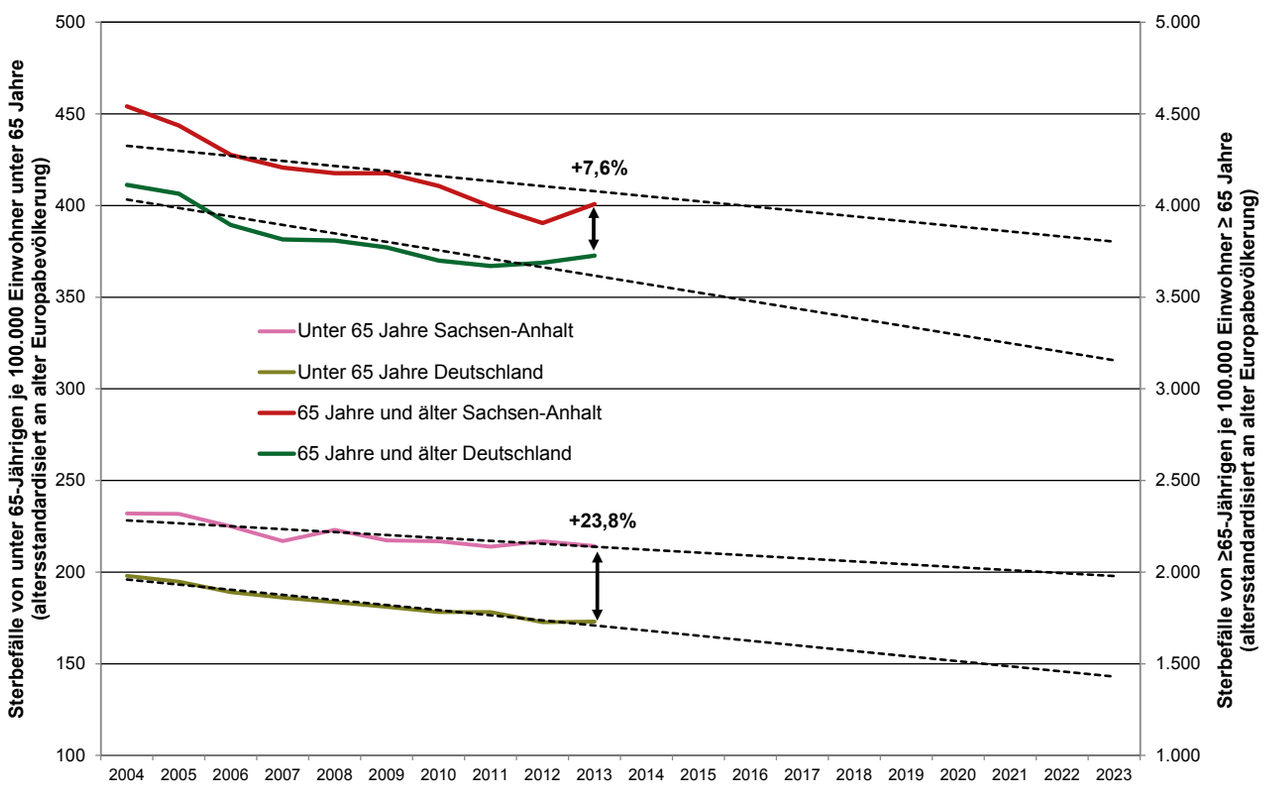
Eine allmähliche Annäherung der Morbidität und Mortalität der ***Gesamt***bevölkerungen der neuen an diejenigen der alten Bundesländer wird von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes konstatiert (RKI, 2009a, 2011, 2014b).

Die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eher unauffällige globale ambulante Behandlungsquote der BARMER-GEK-Versicherten in Sachsen-Anhalt (Abbildung 11) muss nicht unbedingt im Widerspruch zur festgestellten erhöhten stationären Morbidität und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt stehen: Erstens schlägt sich eine erhöhte ambulante Morbidität bei ≥ 65-Jährigen z. B. aufgrund chronischer Erkrankungen auch in der jährlichen Behandlungsfrequenz (welche hier nicht dargestellt ist) nieder. Zweitens könnte die insgesamt eher geringe Dichte an niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten in Sachsen-Anhalt zu einer Verlagerung eines Teils der ambulanten Behandlungen in den stationären Bereich führen (siehe oben).



Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 60 Allgemeine stationäre Morbidität (Krankenhausfälle A00 – T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen) bei unter 65-Jährigen und ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 61 Allgemeine Sterblichkeit (Sterbefälle A00 – T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen) bei unter 65-Jährigen und ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich

4.2.3 Die wichtigsten Krankheits- und Todesursachengruppen bei ≥ 65-Jährigen

Sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt wird das Krankheits- und Sterbegeschehen bei ≥ 65-Jährigen vor allem durch einige wenige Diagnosekapitel (Hauptdiagnosegruppen) bestimmt. Dabei ist die jeweilige Rangfolge der Wichtigkeit dieser großen Diagnosekapitel in den einzelnen Sektoren (ambulante Behandlungen, Krankenhausfälle, Sterbefälle) in Sachsen-Anhalt und Deutschland identisch. Eine Übersicht gibt Tabelle 25:

Tab. 25 Die wichtigsten Diagnosekapitel bei ambulanten Behandlungen, Krankenhausfällen und Sterbefällen

Ambulante Behandlungen*		Krankenhausfälle**		Sterbefälle***	
M00 – M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	C00 – D48	Neubildungen	C00 – D48	Neubildungen
E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	K00 – K93	Krankheiten des Verdauungssystems	J00 – J99	Krankheiten des Atmungssystems
Z00 – Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	M00 – M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	K00 – K93	Krankheiten des Verdauungssystems
H00 – H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	S00 – T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

* geschätzte Rangfolge, basierend auf der Anzahl Diagnosen x Behandlungsquote der betr. Diagnosen in Tabelle 1–4 in den verschiedenen Diagnosekapiteln
** vgl. Abbildung 17 *** vgl. Abbildung 27

Die Bedeutung und Rangfolge der großen Diagnose***kapitel*** in obiger Tabelle muss sich nicht in jedem Falle in der Rangfolge der häufigsten ***Einzel***diagnosen widerspiegeln (vgl. Tabelle 19 und Tabelle 20). Dies liegt daran, dass in der obigen Tabelle die jeweilige Summe der Häufigkeiten ***aller*** Einzeldiagnosen im betreffenden Diagnosekapitel dargestellt sind, in den anderen Tabellen hingegen sind die Häufigkeiten prominenter ***Einzel***diagnosen aufgelistet. So sind bei ≥ 65-Jährigen z. B. die Einzeldiagnose: Sonstige Sepsis (A41) mit Rang 28 bei männlichen Krankenhausfällen und die Einzeldiagnose: Primäres Parkinson-Syndrom (G20) mit Rang 18 bei männlichen Sterbefällen unter allen 3-stelligen Einzeldiagnosen recht häufig, die entsprechenden Diagnosekapitel (A00 – B99 bzw. G00 – G99) spielen bei Krankenhausfällen bzw. Sterbefällen eine eher untergeordnete Rolle, weil die restlichen Einzeldiagnosen (außer A41 und G20) vergleichsweise selten sind.

Ein Charakteristikum der Gesundheits- bzw. Krankheitslage älterer Menschen ist, dass sie häufig gleichzeitig von mehreren (häufig zusammenhängenden) Erkrankungen betroffen sind (sog. Multimorbidität). In den hier verwendeten Routinestatistiken schlägt sich die Multimorbidität jedoch nur in den ambulanten Abrechnungsdaten nieder: hier werden sowohl Haupt- wie behandlungsrelevante Nebendiagnosen gemeldet (abgerechnet) und führen deshalb auch zu hohen Behandlungsquoten. In den hier verwendeten Krankenhaus- und Sterbefalldaten schlägt sich die Multimorbidität der älteren Menschen jedoch nicht nieder, weil jeweils nur die dominierende Diagnose ausgewertet wird (Hauptdiagnose bei Krankenhausfällen bzw. Grundleiden bei Sterbefällen).

4.2.4 Die besondere Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt:

Tabelle 26 gibt einen Überblick über die in den Kapiteln 3.2.5, 3.3.6 und 3.4.6 identifizierten, in Sachsen-Anhalt auffälligen ***Herz-Kreislauf-assoziierten*** Diagnosen (im Folgenden als HKK abgekürzt). HKK-assoziiert bedeutet, dass diese Diagnosen entweder Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen betreffen (hier: E11, E66, E78, I10) oder das Kreislaufsystem betreffende „Folgeerkrankungen“ sind (alle anderen in Tabelle 26). Unter den „Folgeerkrankungen“ sind zwei Diagnosen (H25 Grauer Star, K80 Gallenstein), die nur eine mittelbare Assoziation mit HKK haben: Über sie ist bekannt, dass sie unter anderem mit Diabetes Typ 2 (E11), einem der Haupt-Risikofaktoren für Herzkreislauf-Erkrankungen, assoziiert sind.

Es zeigt sich, dass 12 der 14 auffälligen HKK-assoziierten Diagnosen aus Tabelle 26 bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt eine ***Negativabweichung (erhöhte Fallquote) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt*** in mindestens einer der drei Statistiken aufweisen. Weiterhin wurde in Kapitel 3.3.4 und 3.4.4 gezeigt, dass auch bei Einbeziehung sämtlicher HKK-Diagnosen, also bezüglich des gesamten Diagnosekapitels I00 – I99, sowohl die Krankenhausfallquote (Abbildung 17) als auch die Sterblichkeit (Abbildung 27) bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt deutlich höher ist als im Bundesdurchschnitt. Diese Ergebnisse belegen mit aller Deutlichkeit, dass – wie bei der Altersgruppe der < 65-Jährigen (vgl. Wahl et al., 2013) – ***auch in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt Krankheiten des Kreislaufsystems weiter verbreitet*** sind und zu einer höheren Morbidität und Mortalität führen als im Bundesdurchschnitt.

Dass besonders die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren in der Gesamtheit der neuen Bundesländer noch immer weiter verbreitet sind und zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen als in den alten Bundesländern, zeigen auch die Untersuchungen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI, 2009a, 2011, 2014). Dass Sachsen-Anhalt selbst unter den neuen Bundesländern eine herausragende Rolle bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat, zeigt u.a. der Kurzbericht „*25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit*“, wo dargestellt wird, dass Sachsen-Anhalt im Jahr 2012 sowohl bei Frauen als auch bei Männern die höchste Herz-Kreislauf-bedingte Sterblichkeit unter allen Bundesländern aufwies (RKI, 2014b).

Tab. 26 Auffällige Herz-Kreislauf-assoziierte Diagnosen bei ambulanten Behandlungsquoten, Krankenhausfallquoten und Sterbeziffern von ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt

		ambulante Fälle			Krankenhausfälle			Sterbefälle		
		Abweichung zum Bundesdurchschnitt MW 2012 – 2013		Zeittrend 2011 – 2014	Abweichung zum Bundesdurchschnitt MW 2009 – 2013			Abweichung zum Bundesdurchschnitt MW 2009 – 2013		Zeittrend 2000 – 2013
		w	m		w	m		w	m	
1	E11 Nicht primär insulinabh. (Typ-2-) Diabetes	+	+	n	+	+	p	+	+	n
2	E66 Adipositas	+	+	n						
3	E78 Störungen Lipoproteinstoff-wechsel	-	-	n						
4	H25 Cataracta senilis				+	+	o			
5	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie				+	+	n			
6	I11 Hypertensive Herzkrankheit				+	+	n	+	+	n
7	I20 Angina pectoris				+	+	p			
8	I21 Akuter Myokardinfarkt				+	+	p	+	+	p
9	I25 Chronische ischämische Herz-krankheit	+	+	o*/p**				+	+	p
10	I50 Herzinsuffizienz	+	+	n	+	+	n			
11	I63 Hirninfarkt							+	+	***
12	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung/ Infarkt bezeichnet							-	-	***
13	I67 Sonstige zerebro-vaskuläre Krankheiten							+	+	***
	I60 – I69 Summe zerebrovask. Krankh., dar. v. a. I63 + I64 + I67							(+)	(+)	***
14	K80 Cholelithiasis				+	+	o			

* bei Männern, ** bei Frauen, *** nicht untersucht
\+ = Quote deutlich höher, - = Quote deutlich geringer, (+)/(-) = Quote höher/geringer, aber unterhalb des "Auffälligkeitsgrenzwertes"
n = negativer Trend (Zunahme der Quote), p = positiver Trend (Abnahme der Quote), o = ohne klaren bzw. ohne bewertbaren Trend

Nur 2 der 14 auffälligen HKK-Diagnosen zeigten eine ***Positivabweichung (niedrigere Fallquote) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt***: I64 (bzgl. der Sterbeziffer) und E78 (bzgl. der ambulanten Behandlungsquote).

Betrachtet man die Diagnose I64 im Zusammenhang mit anderen „verwandten" Diagnosen, so fällt auf, dass die Sterblichkeit infolge von I63 (Hirninfarkt) und I67 (sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten) in Sachsen-Anhalt deutlich erhöht ist und dass sich in der Summe ***aller*** zerebrovaskulärer Krankheiten (I60–I69) wieder ein mit den übrigen Auffälligkeiten im Einklang stehendes Bild ergibt: eine erhöhte zerebrovaskuläre (d. h. HKK-assoziierte) Mortalität in Sachsen-Anhalt. Es liegt also der Schluss nahe, dass es sich bei den scheinbar widersprüchlichen Todesursachenhäufigkeiten in Sachsen-Anhalt und Deutschland bzgl. der Diagnosen I63, I64, I67 tatsächlich nur um eine unterschiedliche Praxis bei der Zuweisung von ICD-10-Codes bei zerebrovaskulären Todesursachen handelt.

Bei der zweiten Diagnose aus Tabelle 26 mit positiver Abweichung vom Bundesdurchschnitt (E78) handelt es sich um eine HKK-assoziierte Diagnose, weil Patienten mit der ICD-10-3-Steller-Diagnose E78 (Störungen des Lipoproteinstoffwechsels) ganz überwiegend einen erhöhten Cholesterinspiegel haben (ICD-10-4-Steller-Diagnosen E78.0 und E78.2) und dieser Befund als wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt (Scheidt-Nave et al., 2013). Für die vom „erwarteten" Bild abweichende Tatsache, dass dieser HKK-Risikofaktor in Sachsen-Anhalt anscheinend bei einem geringeren Anteil der ≥ 65-jährigen Patienten ambulant behandelt wird als im Bundesdurchschnitt, können zwei Erklärungshypothesen ins Feld geführt werden (vgl. Richter et al., 1993):

a) Eigene Lipoproteinstoffwechselstörungen (darunter erhöhter Cholesterinspiegel) waren kurz nach der Wiedervereinigung bei Studienteilnehmern aus den neuen Bundesländern wesentlich weniger bekannt als bei Studienteilnehmern aus den alten Bundesländern, d. h., heute ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt leben evtl. immer noch weniger „cholesterinbewusst" als Gleichaltrige in den alten Bundesländern (und damit im Bundesdurchschnitt) und begeben sich evtl. auch seltener in diesbezügliche Kontrolle/Behandlung;

b) bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt, die zum Teil noch „alte" (DDR-)Essgewohnheiten beibehalten haben, ist möglicherweise die Zufuhr von *einfach* ungesättigten Fettsäuren höher als bei Gleichaltrigen in den alten Bundesländern (d.h. auch im Bundesdurchschnitt). Einfach ungesättigte Fettsäuren haben anscheinend einen günstigen Effekt auf die HDL-Cholesterinwerte (Richter et al., 1993).

Erklärungshypothesen für die Negativabweichungen vom Bundesdurchschnitt:

Dass Krankheiten des Kreislaufsystems auch bei den ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt weiter verbreitet sind und zu einer höheren Morbidität und Mortalität führen als im Bundesdurchschnitt, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit sowohl eine Folge von früheren (zu DDR-Zeiten) als auch immer noch (in der Zeit seit 1990 bis 2013) ***ungesünderen Lebensbedingungen und Lebensstilen*** dieser Bevölkerungsgruppe.

Damit ist die heutige „Generation 65plus" jedoch keine Sondergruppe in Sachsen-Anhalt. Auch in der „arbeitsfähigen Bevölkerung" (unter 65-Jährige) in Sachsen-Anhalt sind bis in die jüngste Zeit ungesunde Lebensstile (mangelnde Bewegung, übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen), HKK-Risikofaktoren (Adipositas, Diabetes Typ 2, Hypertonie) und Herz-Kreislauf-

Folgeerkrankungen weiter verbreitet als im Bundesdurchschnitt (Wahl et al., 2013). Selbst Kinder/Jugendliche scheinen in Sachsen-Anhalt schon eine größere Nähe zu Alkohol und Tabak zu haben und weniger körperlich-sportlich aktiv zu sein (Wahl und Julien, 2015) und häufiger von Bluthochdruck betroffen zu sein (Wahl, 2010, 2013a, Wahl und Borrmann 2014a, 2014b) als in entsprechenden Referenzpopulationen.

Die Herz-Kreislauf-Morbidität ist auf individueller und gesellschaftlicher Ebene eng mit der sozialen Lage korreliert. Sozial benachteiligte Individuen/Bevölkerungsgruppen sind häufiger anfällig für gesundheitsschädigende Lebensstile und haben auch einen geringeren Zugang zu präventiven, gesundheitsförderlichen und kurativen Versorgungsangeboten und Versorgungsstrukturen. Dies zeigt beispielhaft, aber eindrücklich, die negative Korrelation der allgemeinen männlichen Sterblichkeit mit dem verfügbaren Nettoeinkommen der privaten Haushalte in den 16 Bundesländern, bei der Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern jeweils die ersten (höchste Sterblichkeit) bzw. letzten (geringste Haushaltseinkommen) Plätze belegen (RKI, 2011, Seite 21, Abbildung 10).

Zeittrends:

Bei 9 der 14 auffälligen HKK-assoziierten Diagnosen konnten längere (ab 2000) Zeittrends bzgl. Krankenhausfallquoten und Sterbeziffern untersucht werden. Dabei zeigten **3 Diagnosen** einen ***positiven* Trend** (abnehmende Fallquoten): Angina pectoris (I20), akuter Myokardinfarkt (I21), chronische ischämische Herzkrankheit (I25), **3 Diagnosen** einen ***negativen* Trend** (steigende Fallquoten): Bluthochdruck (I10), hypertensive Herzkrankheit (I11), Herzinsuffizienz (I50), **1 Diagnose** (E11: Diabetes Typ 2) einen ***ambivalenten* Trend** (abnehmende Krankenhausfallquote, steigende Sterbeziffer) und **2 Diagnosen** waren ***ohne bewertbaren Trend*** (H25: Grauer Star) bzw. ***ohne erkennbaren* Trend** (K80: Gallenstein).

Der Zeittrend der Krankenhausfallquote von H25 ist insofern nicht bewertbar, als graue-Star-Operationen zunehmend ambulant durchgeführt werden und deshalb die Krankenhausfallquote immer noch „methodisch bedingt“ abnimmt. Die Ambivalenz im Zeittrend von Diabetes Typ 2 könnte eventuell so begründet sein, dass die schweren (stationär zu behandelnden) Fälle bei den ≥ 65-Jährigen tatsächlich seltener werden, und dass die Sterblichkeit infolge von Diabetes Typ 2 nicht wirklich steigt, sondern dass das Bewusstsein der Ärzte für Diabetes Typ 2 als einer möglichen Todesursache steigt und die Diagnose E11 deshalb häufiger als Grundleiden im Totenschein vermerkt wird.

4.2.5 Weitere auffällige Einzeldiagnosen

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt:

Tabelle 27 gibt einen Überblick über die ***weiteren*** in den Kapiteln 3.2, 3.3 und 3.4 identifizierten auffälligen Einzeldiagnosen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt.

Von den 12 auffälligen Diagnosen zeigten **4 eine Positivabweichung** (grün markiert), **4 eine Negativabweichung** (rosa markiert) und **4 eine ambivalente bzw. nicht eindeutig bewertbare Abweichung** vom Bundesdurchschnitt (ohne farbliche Markierung). Mögliche Erklärungshypothesen für die Abweichungen sollen im Folgenden kurz besprochen werden.

Tab. 27 Weitere auffällige Einzeldiagnosen bei ambulanten Behandlungsquoten, Krankenhausfallquoten und Sterbeziffern von ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt

		ambulante Fälle			Krankenhausfälle			Sterbefälle		
		Abweichung zum Bundesdurchschnitt MW 2012 – 2013		Zeittrend 2011 – 2014	Abweichung zum Bundesdurchschnitt MW 2009 – 2013			Abweichung zum Bundesdurchschnitt MW 2009 – 2013		Zeittrend 2000 – 2013
		w	m		w	m		w	m	
1	C18 Bösartige Neubildung des Kolons					+	p*			
2	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge				-	+	p*/p**			
3	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]				-		p**			
4	F03 Nicht näher bezeichnete Demenz							-	-	n
5	F32 Depressive Episode	-		n						
6	H52 Akkommodationsstör., Refraktionsfehler	-	-	n						
7	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet							-	-	o
8	K29 Gastritis und Duodenitis				+	+	n			
9	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]				-	-	o			
10	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	+	+	o						
11	M54 Rückenschmerzen				+	+	n			
12	Z25 Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	+	+	o						

* bei Männern, ** bei Frauen + = Quote deutlich höher, - = Quote deutlich geringer, (+)/(-) = Quote höher/geringer, aber unterhalb des "Auffälligkeitsgrenzwertes"
n = negativer Trend (Zunahme der Quote), p = positiver Trend (Abnahme der Quote), o = ohne klaren bzw. ohne bewertbaren Trend

Positivabweichungen:

Z25 Impfungen gegen andere einzelne Viruskrankheiten: Unter diesen Diagnoseschlüssel fällt vor allem die Grippeschutzimpfung. Deren Inanspruchnahme ist in Sachsen-Anhalt in der Generation 65plus deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Hier liegt also der Sonderfall vor, dass eine erhöhte „Behandlungsquote" ein Positivergebnis für das Land darstellt. Auch in der Gesamtheit der neuen Bundesländer ist der Grippeschutz deutlich höher als in den alten Bundesländern, als Grund gilt die aus DDR-Zeiten tradierte insgesamt höhere Impfwilligkeit der Bevölkerung in den neuen Bundesländern (Riens et al., 2012, Poethko-Müller und Schmitz, 2013).

J18 Pneumonie: Die Sterblichkeit infolge von Pneumonie ist in Sachsen-Anhalt bei älteren Menschen deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 21), die Krankenhausfallquote ist hingegen unauffällig bis leicht über(bundes-)durchschnittlich (Tabelle 12 bis Tabelle 14). Der Grund für die bessere Prognose der Pneumonie in Sachsen-Anhalt ist eventuell unter anderem der höhere Durchimpfungsgrad bezüglich Grippeschutzimpfung, welche auch die Mortalität infolge von Pneumonie senkt (Babouee et al., 2010, Welte, 2010). Die Impfquote bezüglich der eigentlichen „Schutzimpfung gegen Lungenentzündung" (Pneumokokkenimpfung) ist bei 65- bis 79-Jährigen zwar insgesamt gering (ca. 30 %), in Ostdeutschland jedoch deutlich höher als in Westdeutschland (Poethko-Müller und Schmitz, 2013). Es ist davon auszugehen, dass diese höhere Durchimpfung auch für Sachsen-Anhalt zutrifft und damit ebenfalls zur geringeren Sterblichkeit infolge von Lungenentzündung in Sachsen-Anhalt beiträgt.

C50 Brustkrebs: Die Krankenhausfallquote bezüglich Brustkrebs ist bei ≥ 65-jährigen Frauen in Sachsen-Anhalt deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass ein erheblicher Teil der im Zeitraum 2009 – 2013 ≥ 65-jährigen Frauen in Sachsen-Anhalt aufgrund der Familienpolitik der DDR (vor allem in den 1970 – 1980er Jahren) früher und mehr Kinder bekommen hat als im früheren Bundesgebiet (siehe unten). Ein junges Alter bei der Erstgeburt und die Geburt mehrerer Kinder senkt eventuell das Risiko für Brustkrebs (Sundmacher et al., 2011). Eine geringere Brustkrebsinzidenz, -prävalenz und -sterblichkeit bei Frauen in den neuen Bundesländern ist in vielen Veröffentlichungen beschrieben (vgl. z. B. Malek und Kääb-Sanal, 2015).

F32 Depressive Episode bei Frauen: Der Anteil von ≥ 65-jährigen weiblichen GKV-Versicherten in Sachsen-Anhalt, bei dem in der **ambulanten** vertragsärztlichen Versorgung mindestens einmal pro Jahr eine depressive Episode diagnostiziert wird, ist geringer als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 1 und Tabelle 3). Auch **Krankenhausfälle** infolge von depressiven Episoden (F32) und affektiven Störungen insgesamt (F30 – F39) sind in Sachsen-Anhalt sowohl bei Frauen als auch bei Männern und sowohl bei unter 65-Jährigen als auch bei ≥ 65-Jährigen seltener als im Bundesdurchschnitt, bezüglich F32 bei ≥ 65-Jährigen allerdings nur geringfügig (Tabelle 28). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes berichtet ebenfalls von einer anhaltend geringeren Krankenhausfallquote F30 – F39 in den neuen Bundesländern, bei steigender Tendenz sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern (RKI, 2009a). Allerdings zeigen die Daten der Studie „*Gesundheit in Deutschland aktuell*" (GEDA) des RKI für die Jahre 2009, 2010 und 2012 keine eindeutig geringere Häufigkeit selbstberichteter (Telefoninterview), ärztlich diagnostizierter Depression in den alten und neuen Bundesländern (www.gbe-bund.de). Es ist davon auszugehen, dass nur ein relativ geringer Anteil der tatsächlich vorhanden Depressionen in der Bevölkerung in einer ärztlichen Praxis auffällig und diagnostiziert wird (RKI, 2010). Ob die geringere Diagnosehäufigkeit von affektiven Störungen in Sachsen-Anhalt einer tatsächlich geringeren Prävalenz dieser Erkrankungen in der Bevölkerung entspricht oder ob hier auch regionale Unterschiede bezüglich der Therapiewilligkeit der Betroffenen, der Versorgungsdichte mit Psychotherapeuten und/oder der ärztlichen Diagnosepraxis eine Rolle spielen (vgl. auch Wahl, 2015), kann hier nicht entschieden werden.

Tab. 28 Krankenhausfälle infolge von depressiven Episoden (F32) und affektiven Störungen insgesamt (F30 – F39)

		Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung …								
		Weiblich			Männlich			Beide Geschlechter		
		Deutschland (D)	Sachsen-Anhalt (ST)	ST/D	Deutschland (D)	Sachsen-Anhalt (ST)	ST/D	Deutschland (D)	Sachsen-Anhalt (ST)	ST/D
< 65 Jahre	F32	161	136	0,85	118	90	0,76	139	112	0,80
	F30 – F39	345	270	0,78	233	161	0,69	288	214	0,74
≥ 65 Jahre	F32	182	162	0,89	112	104	0,93	151	137	0,91
	F30 – F39	427	340	0,80	234	184	0,79	341	272	0,80

Negativabweichungen:

K29 Gastritis und Duodenitis: In Sachsen-Anhalt werden ≥ 65-Jährige deutlich häufiger im Krankenhaus infolge von Schleimhautentzündung des Magens oder des Zwölffingerdarms behandelt als im Bundesdurchschnitt. Eine mögliche Erklärung (unter vielen) hierfür ist, dass ältere Menschen in Sachsen-Anhalt eventuell häufiger nichtsteroidale Antiphlogistika/ Antirheumatika = NSAR (wie z. B. Diclofenac und Ibuprofen) und/oder Acetylsalicylsäurepräparate = ASS in Anspruch nehmen als im Bundesdurchschnitt. Beide Stoffgruppen (NSAR und ASS) wirken entzündungshemmend, schmerzlindernd und fiebersenkend; NSAR werden sowohl zur Einnahme als auch zum Auftragen auf die Haut angeboten. NSAR und ASS erhöhen nachweislich das Risiko von Gastritis und Duodenitis (RKI, 2013a). Mögliche Gründe für eine häufigere Einnahme bzw. Applikation von NSAR durch ältere Menschen in Sachsen-Anhalt könnten überdurchschnittlich häufige Rücken- (M54) und Gelenkschmerzen (M17) in dieser Altersgruppe sein (siehe unten). Die häufigere Einnahme/ Verordnung von ASS bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt könnte unter anderem in seinem Einsatz (in geringer Dosierung) bei bestimmten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (welche in Sachsen-Anhalt ebenfalls weiter verbreitet sind als im Bundesdurchschnitt, siehe oben) begründet sein. Auch erhöhter Alkohol- und Tabakkonsum sowie soziale Belastungen stellen ein Risiko für das Auftreten von Gastritis und Duodenitis dar (RKI, 2013a) und könnten eventuell bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt häufiger vorkommen.

M54 Rückenschmerzen: In Sachsen-Anhalt werden ≥ 65-Jährige deutlich häufiger wegen Rückenschmerzen im Krankenhaus behandelt als im Bundesdurchschnitt. Dies ist

auch bei unter 65-Jährigen der Fall (Wahl, 2013b). In beiden Altersgruppen ist die Behandlungsquote im Krankenhaus infolge Rückenschmerzen in den letzten 10 Jahren deutlich und viel stärker als im Bundesdurchschnitt angestiegen (vgl. Abbildung 22 und Wahl, 2013b). Auch bezüglich Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit infolge von Rückenschmerzen belegt unter Versicherten der Techniker Krankenkasse Sachsen-Anhalt im Ländervergleich Spitzenplätze (TK, 2014). Mögliche Gründe für die erhöhte Krankheitslast infolge von Rückschmerzen sind – vor allem auch in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen – vielfältig, jedoch im Einzelnen schwer zu belegen. Drei mögliche Hypothesen bieten sich an: a) ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt haben in ihrem früheren Arbeitsleben häufiger als im Bundesdurchschnitt körperlich belastende (den Rücken schädigende) Tätigkeiten ausgeübt (das würde jedoch nicht den Zeittrend erklären), b) die Zufriedenheit mit den eigenen Lebensbedingungen ist in der Gesamtbevölkerung und bei den ≥ 65-Jährigen (zunehmend) schlechter als im Bundesdurchschnitt (zum Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Rückenschmerzen vgl. Wahl, 2013b), c) Die körperliche Betätigung ist in der Generation 65plus in Sachsen-Anhalt (zunehmend) geringer als im Bundesdurchschnitt.

M17 Arthrose des Kniegelenks: Die ambulante Behandlungsquote bezüglich Kniegelenksarthrose ist bei ≥ 65-Jährigen bei beiden Geschlechtern und in beiden Altersgruppen in Sachsen-Anhalt höher als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 1 bis Tabelle 4). Die Krankenhausfall- (d. h. Operations-) Quoten sind hingegen unauffällig bis leicht unterdurchschnittlich (Tabelle 12 bis Tabelle 14 und Tabelle 19). Sowohl die ambulanten als auch die stationären Behandlungsquoten sind – wie in der Literatur beschrieben – bei Frauen deutlich höher als bei Männern. Für eine Deutung der Sachsen-Anhalt-spezifischen Befunde sind folgende Hypothesen denkbar: a) ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt haben in ihrem früheren Arbeitsleben häufiger als im Bundesdurchschnitt körperlich belastende (das Knie schädigende) Tätigkeiten ausgeübt (vgl. Diskussion zu M54), b) die körperliche Betätigung ist in der Generation 65plus in Sachsen-Anhalt geringer als im Bundesdurchschnitt und die Beweglichkeit/Beschwerdefreiheit der Knie ist deshalb häufiger eingeschränkt, c) Übergewicht ist in dieser Altersgruppe in Sachsen-Anhalt häufiger (vgl. u.a. Tabelle 1 und Tabelle 2) und führt deshalb zu einem höheren Anteil von Senioren mit Kniebeschwerden.

C18 Bösartige Neubildungen des Kolons bei Männern: In Sachsen-Anhalt werden ≥ 65-jährige Männer häufiger im Krankenhaus wegen Dickdarmkrebs behandelt als im Bundesdurchschnitt. Dickdarmkrebs (C18) und Enddarmkrebs (C20) machen zusammen etwa 95 % aller Darmkrebsarten aus; zwei Drittel der Karzinome betreffen den Dickdarm, ein Drittel den Enddarm. Auch die Krankenhausfallquote bezüglich C20 ist aktuell bei ≥ 65-jährigen Männern in Sachsen-Anhalt deutlich erhöht (Tabelle 19), wurde aber hier nicht näher besprochen, weil die Diagnose nicht zu den 20 häufigsten Krankenhausdiagnosen gehört. Die erhöhte Krankenhausfallquote infolge C19 – C20 in Sachsen-Anhalt besonders bei Männern wurde schon in einem früheren GBE-Bericht mit dem erhöhten Alkoholkonsum in Sachsen-Anhalt in Verbindung gebracht (Wahl, 2008). Auch bei Neuerkrankungsquoten der Diagnosegruppe C18 – C21 steht die männliche Bevölkerung in Sachsen-Anhalt im aktuellen Ländervergleich des letzten Krebsberichtes der Gesundheitsberichterstattung des Bundes an 4. Stelle (RKI, 2013b). Zwar hat Darmkrebs auch andere (u. a. genetische) Ursachen, ein wichtiger Teil des Darmkrebsrisikos ist jedoch lebensstilbedingt: fettreiche und ballaststoffarme Kost, Bewegungsmangel, Übergewicht, langjähriger Alkohol- und Nikotinkonsum (RKI, 2013b). Diese Lebensstilfaktoren sind auch Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sind nachweislich und/oder vermutlich in der Bevölkerung von Sachsen-Anhalt (vor allem der männlichen) weiter verbreitet als im Bundesdurchschnitt. Dem Alkohol kommt als Risikofaktor vor allem für Enddarmkrebs (C20), aber auch für Dickdarmkrebs (C18) eine besondere Rolle zu. Es liegt die Vermutung nahe, dass die erhöhte Darmkrebsmorbidität bei (≥ 65-jährigen) Männern in Sachsen-Anhalt mit einem erhöhten Alkoholkonsum assoziiert ist. Die Teilnahmequote an Krebsvorsorgeuntersuchungen insgesamt (Tabelle 30) und an Früherkennungs-Koloskopien (Riens et al., 2008) unterscheidet sich bei Männern in Sachsen-Anhalt kaum von derjenigen im Bundesdurchschnitt.

Ambivalente oder nicht bewertbare Abweichungen vom Bundesdurchschnitt

C34 Lungenkrebs: Bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt sind die Krankenhausfallquoten infolge bösartiger Neubildungen der Bronchien und der Lunge („Lungenkrebs“) bei 65- bis 84-jährigen Frauen geringer als im Bundesdurchschnitt, bei ≥ 65-jährigen Männern höher als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 15). Der letzte Krebsbericht des Robert Koch-Institutes zeigt auf, dass diese „umgekehrte“ Abweichung vom Bundesdurchschnitt beim Lungenkrebs auf die Gesamtheit der neuen Bundesländer zutrifft (RKI, 2013b). Dabei ist die Diskrepanz zwischen der Lungenkrebshäufigkeit bei Männern (hoch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) und bei Frauen (niedrig im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) in Sachsen-Anhalt besonders ausgeprägt (Rang 4 bei den Männern, Rang 13 bei den Frauen). Eine allgemein akzeptierte Erklärungshypothese dieser immer noch anhaltenden geschlechtsspezifisch „umgekehrten“ Abweichung vom Bundesdurchschnitt beim Lungenkrebs in den neuen Bundesländern ist, dass Frauen in der ehemaligen DDR seltener und wenn, dann später rauchten als in der ehemaligen BRD und dass Männer in der ehemaligen DDR insgesamt etwas häufiger rauchten als in der ehemaligen BRD (RKI, 2014B). Da die Entwicklungsdauer des Lungenkrebses relativ lang ist, schlagen die Konsumgewohnheiten in DDR- bzw. BRD-Zeiten noch jetzt für einen Teil der Bevölkerung (vor allem für heute ≥ 65-Jährige, die einen Großteil ihres Erwachsenenlebens in der DDR bzw. BRD gelebt haben) zu Buche.

M16 Arthrose des Hüftgelenks: In Sachsen-Anhalt wurde bei ≥ 65-Jährigen eine geringere Krankenhausfallquote bezüglich Hüftgelenkarthrose festgestellt als im Bundesdurchschnitt. Krankenhausaufenthalte infolge M16 betreffen in allererster Linie den operativen Einsatz künstlicher Hüftgelenke (Endoprothesen). Die Häufigkeit von Hüftgelenkersatzoperationen ist in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch und innerhalb Deutschlands regional recht unterschiedlich, wobei die Operationshäufigkeit in den neuen Bundesländern deutlich geringer ist als in den alten Bundesländern (Niethard et al., 2013). Die Autoren stellen fest, dass „[…] *in Regionen mit größerer sozialer Deprivation eine niedrigere Operationsfrequenz vorliegt (vor allem in den neuen Bundesländern) und umgekehrt*“, wobei jedoch nicht weiter auf die konkreten Gründe des Zusammenhangs zwischen „sozialer Benachteiligung (Deprivation)“ und Hüft-OP eingegangen wird. In dieser Hinsicht entspricht die Situation in Sachsen-Anhalt den Ergebnissen der besagten Publikation (hoher Anteil sozial benachteiligter Einwohner = geringe Hüft-OP-Quote). Einer anderen Erklärungshypothese für regional geringe Hüft-OP-Quoten widersprechen die Zahlen in Sachsen-Anhalt allerdings: Niethard et al. (2013) stellen fest, dass *„[…] sich Implantationen von Hüftendoprothesen umgekehrt proportional zur Zahl der niedergelassenen Orthopäden verhalten …“* und (Eckardt, 2013) vermutet ergänzend, weil „[…] *dort rascher und häufiger operiert wird, wo es an niedergelas-*

Tab. 29 Dichte von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Orthopäden (je 100.000 Einw. ≥ 65 Jahre)

	2009	2010	2011	2012	2013	2009-2013
Deutschland	38,8	39,8	40,7	41,6	42,4	40,7
Sachsen-Anhalt	26,7	28,3	28,4	29,9	31,1	28,9

Datenquelle: Arztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KM6-GKV-Versicherten-Statistik des BMG

senen Orthopäden mangelt, die für eine konservative Therapie der Arthrose konsultiert werden können und die sämtliche konservativen Maßnahmen anbieten können." Allerdings erfolgen Hüft-OPs auch nach Stürzen (vor allem im Alter) und sind in diesen Fällen von vorherigen „konservativen Therapien von niedergelassenen Orthopäden" unabhängig. In Sachsen-Anhalt sind beide Kennziffern relativ gering: sowohl die Hüft-OP-Quote von GKV-Versicherten als auch die Dichte von niedergelassenen Orthopäden (Tabelle 29). Die genauen Gründe, warum ≥ 65-Jährige in Sachsen-Anhalt seltener als im Bundesdurchschnitt eine Hüftersatzoperation erhalten, ebenso wie die Frage, ob diese geringere M16-Krankenhausfallquote ein Positiv- oder ein Negativergebnis für Sachsen-Anhalt ist, müssen hier also offen bleiben.

H52 Akkomodationsstörungen, Refraktionsfehler: Diese Diagnose ist in der ambulanten Behandlung bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt seltener als im Bundesdurchschnitt. Ob es sich hierbei tatschlich um eine „ophthalmologische Positivabweichung" bei älteren Menschen in Sachsen-Anhalt handelt, oder ob hier auch Faktoren der Verfügbarkeit/Erreichbarkeit von Augenärzten eine Rolle spielen (vgl. Kapitel 3.2.5), muss hier offen bleiben.

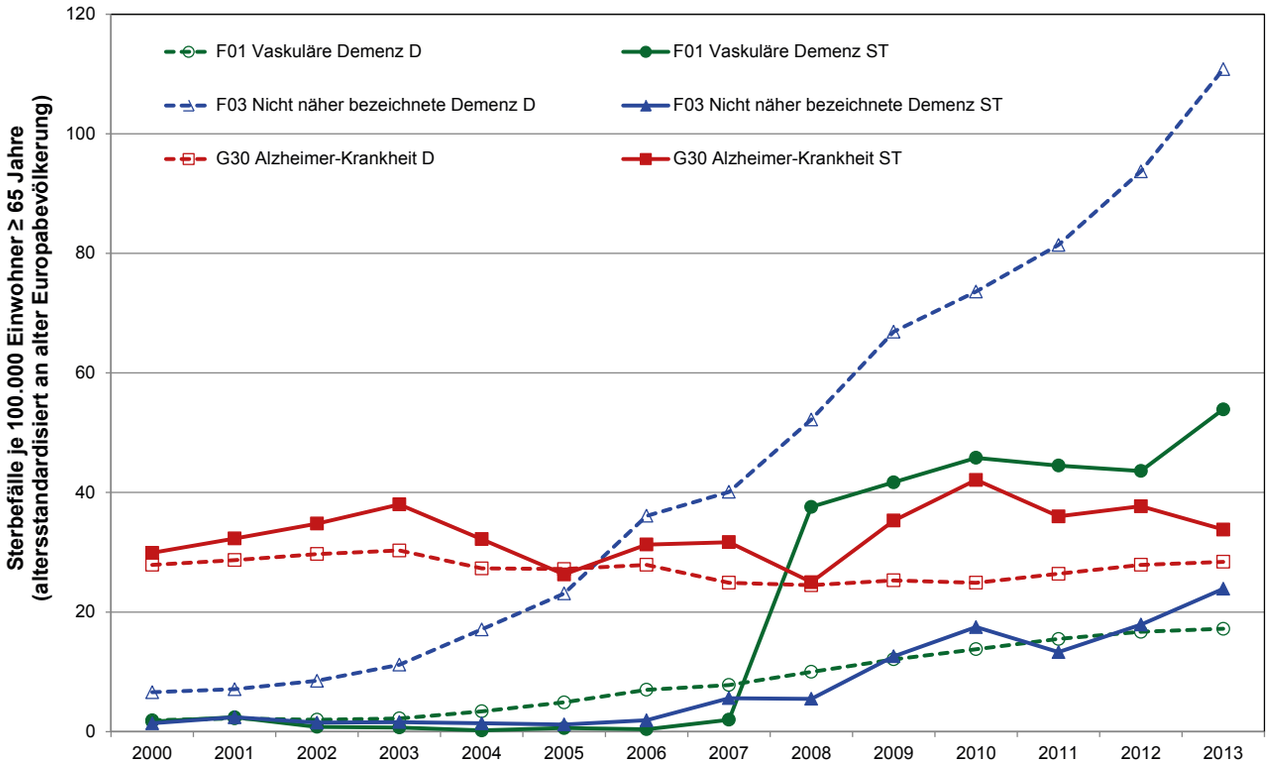
F03 nicht näher bezeichnete Demenz: Mögliche Ursachen für demenzielle Erkrankungen sind vielfältig und zum Teil nicht endgültig geklärt (RKI, 2009b) und können deshalb im Rahmen dieses Berichtes nicht weiter besprochen werden. Die Sterblichkeit infolge von nicht näher bezeichneter Demenz war im Mittel der Jahre 2009 – 2013 in Sachsen-Anhalt deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt. Diese Diagnose stellt jedoch nur einen Teil der Demenzerkrankungen insgesamt dar. Aus medizinischer Sicht entfallen etwa zwei Drittel aller Demenzerkrankungen auf die Alzheimer-Krankheit (G30), 15 % bis 20 % auf vaskuläre Demenzen (F01), der Rest auf Mischformen und bestimmte, seltene Demenzerkrankungen (RKI, 2009b). In der Praxis wird – mangels sicherer Diagnosemöglichkeiten – ein nicht unerheblicher Teil der Demenzerkrankungen als „nicht näher bezeichnete Demenz" (F03) kodiert. Nimmt man die Diagnosen G30 und F01 in die Betrachtung auf, berücksichtigt auch die Krankenhausfälle bezüglich G30, F01 und F03, betrachtet nicht nur den 5-Jahres-Mittelwert, sondern Zeittrends, und vergleicht man dann auch noch alle Parameter mit den jeweiligen Daten für Gesamtdeutschland, so ergibt sich ein sehr differenziertes und teilweise widersprüchliches Bild der Demenzsituation bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt (Abbildung 62 und Abbildung 63).

Die „deutlich geringere Sterblichkeit" infolge nicht näher bezeichneter Demenz (F03) in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2009 – 2013 resultiert nämlich lediglich aus einem vor etwa 10 Jahren einsetzenden dramatischen Anstieg der bundesdurchschnittlichen Häufigkeit der Diagnose F03 in der Todesursachenstatistik (Abbildung 62). Auch in Sachsen-Anhalt steigt die Diagnosehäufigkeit von F03 in der Todesursachenstatistik seit 2005, aber eben weniger stark. Noch auffallender ist in Sachsen-Anhalt ein sprunghafter und sich seither fortsetzender Anstieg der Diagnosehäufigkeit von ***vaskulärer*** Demenz (F01) ab dem Jahr 2008. Eine Anfrage beim Statistischen Landesamt Sachsen-Anhalt ergab, dass a) es im Jahr 2008 eine Änderung in der Anwendung der Signiervorschriften bezüglich vaskulärer Demenz gegeben hat und b) in Todesbescheinigungen mit Sterbeort: Krankenhaus (Bereich 9.1 der Todesbescheinigung ist angekreuzt) seit einigen Jahren immer häufiger eine Demenz aus dem Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen (also v.a. F01 oder F03) als ***Grundleiden*** angegeben wird.

Die Häufigkeit der Diagnose Alzheimer-Krankheit (G30) ist in der Todesursachenstatistik hingegen seit vielen Jahren sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt relativ stabil.

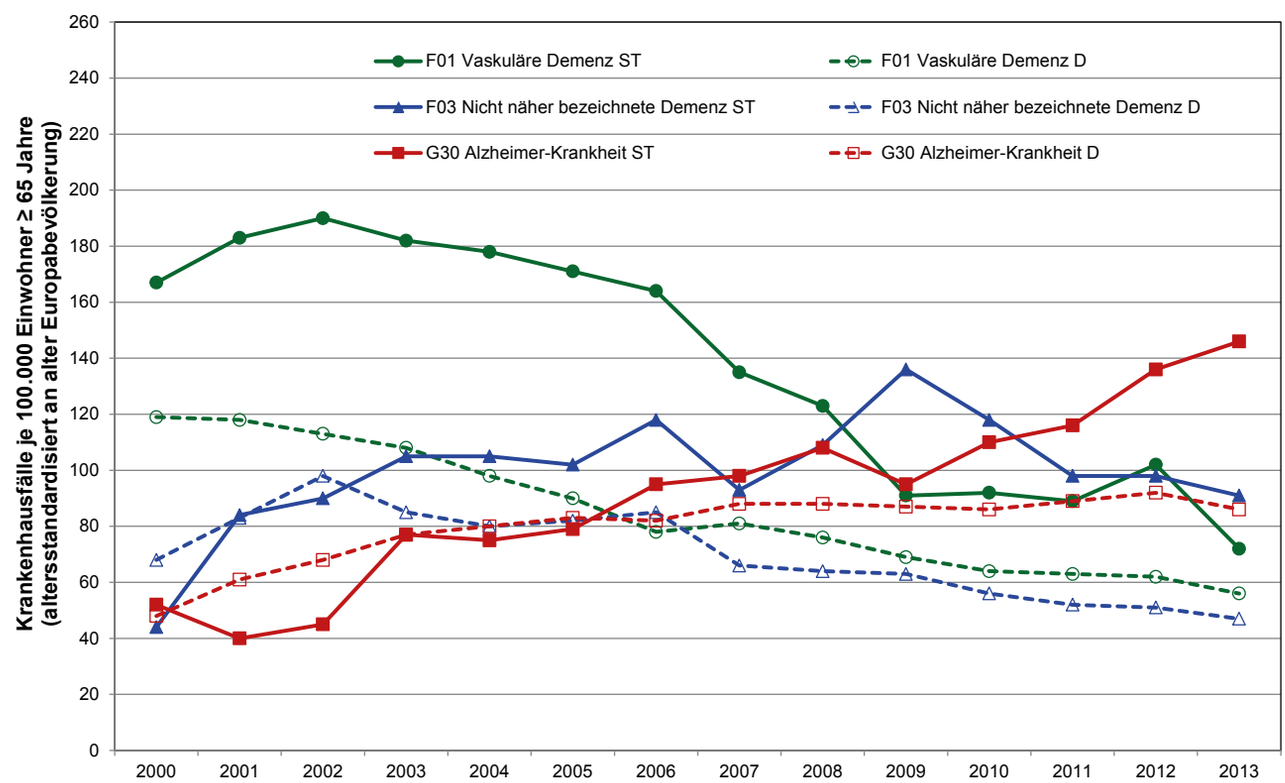
Bezüglich der Krankenhausfallquote infolge Demenz bei ≥ 65-Jährigen bietet sich ein ganz anderes Bild (Abbildung 63). Hier nimmt die Diagnosehäufigkeit von vaskulärer Demenz (F01) sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt ab, wobei sich die Quote in Sachsen-Anhalt allmählich dem Bundesdurchschnitt nähert. Während in Deutschland die Häufigkeit von nicht näher bezeichneter Demenz (F03) seit etwa zehn Jahren abnimmt, zeigt diese in Sachsen-Anhalt keinen abnehmenden (eher einen leicht steigenden) Trend. Der Zeittrend der Krankenhausfallquote bezüglich Alzheimer-Krankheit (G30) ist in Deutschland seit etwa 2006 stabil gleichbleibend, in Sachsen-Anhalt hingegen steigt er seit dem Jahr 2000 recht kontinuierlich an.

Addiert man die Häufigkeiten der verschiedenen Demenzformen bei den Krankenhausfällen bzw. bei den Sterbefällen, so ergibt sich das Bild in Abbildung 64.



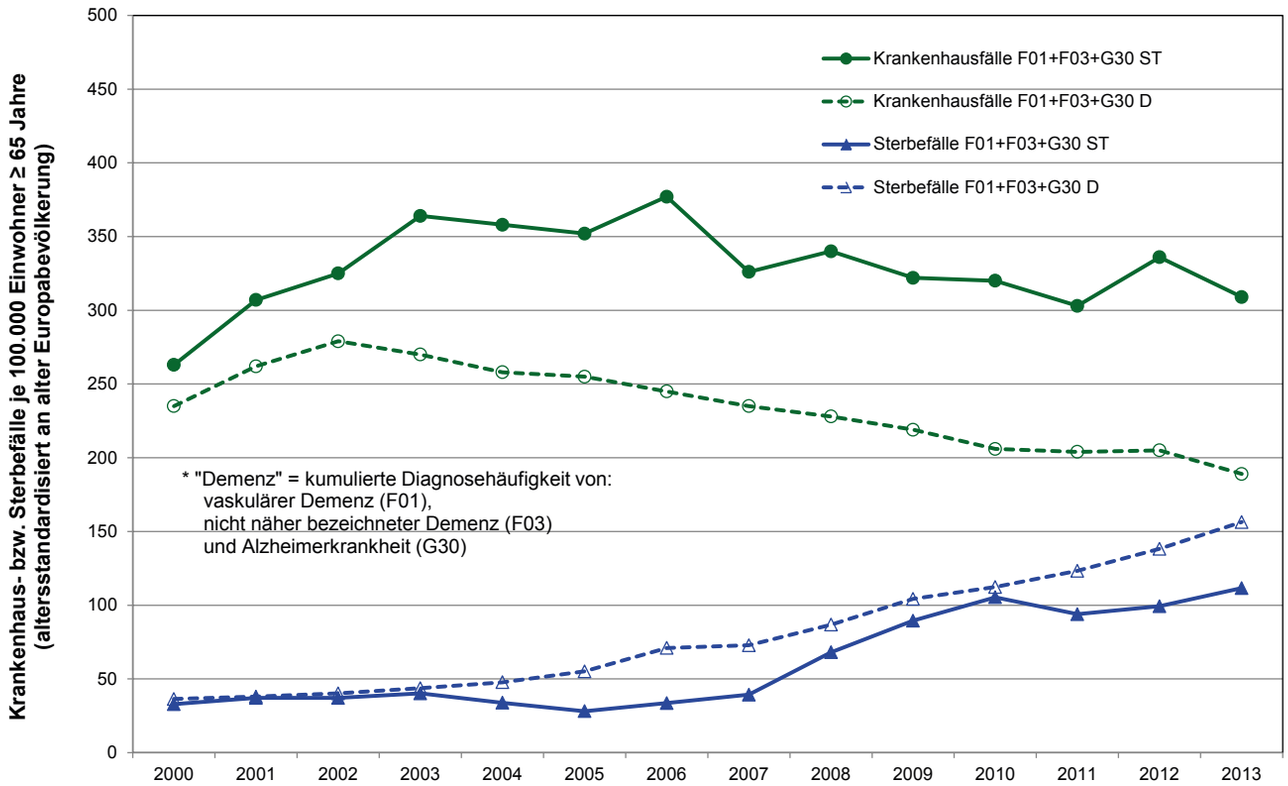
Datenquelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 62 Sterbefälle infolge von vaskulärer Demenz, nicht näher bezeichneter Demenz und Alzheimer-Krankheit bei ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/ Deutschland, Zeittrend 2000 – 2013



Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 63 Krankenhausfälle infolge von vaskulärer Demenz, nicht näher bezeichneter Demenz und Alzheimer-Krankheit bei ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2000 – 2013



Datenquelle: Kraneknhausdiagnose- und Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 64 Kumulierte Krankenhausfallquote und Sterbefallquote infolge von „Demenz"* bei ≥ 65-Jährigen, Sachsen-Anhalt/Deutschland, Zeittrend 2000 – 2013

In der Zusammenschau von Abbildung 62 bis Abbildung 64 treten recht unterschiedliche Zeittrends in Sachsen-Anhalt und in Deutschland und bei Krankenhausfällen und Sterbefällen hervor. Insgesamt liegen folgende Vermutungen nahe:

a) Die Kodierung bzw. Signierung von „psychischen" Demenzen (v. a. F01, F03) ist recht unsicher und kann sich ggf. sogar regional unterscheiden.

b) Der dramatische Anstieg der „Sterblichkeit" infolge von psychischer Demenz sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt stellt – weil er keine Entsprechung in der stationären Behandlungsquote hat – eventuell nur eine in den letzten 10 Jahren steigende Sensibilisierung der Ärztinnen/Ärzte für die psychische Demenz als ein mögliches, ursächlich zum Tode führendes Grundleiden dar.

c) Da die Diagnose einer Demenz bei Krankenhausfällen belastbarer scheint als in Todesbescheinigungen, ergibt sich in der Summe von (leicht) unterdurchschnittlicher „Sterblichkeit" und (deutlich) überdurchschnittlicher Krankenhausfallquote insgesamt ein eher negatives Bild für Sachsen-Anhalt: schwere (stationär behandelte) Demenz scheint bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt verbreiteter zu sein als im Bundesdurchschnitt und auch keinen deutlich abnehmenden Trend zu zeigen. Dies würde auch eher mit dem Befund der insgesamt erhöhten Herz-Kreislauf-(HKK-)Morbidität in Sachsen-Anhalt übereinstimmen, weil viele der HKK-Risikofaktoren und einige der HKK-Erkrankungen selbst (v. a. die die Durchblutung betreffenden, wie zerebrovaskuläre und atheriosklerotische Erkrankungen) auch das Demenzrisiko erhöhen (RKI, 2005).

Zeittrends:

Unter den „*weiteren* (außer HKK-assoziierten) *auffälligen Einzeldiagnosen*" zeigten **3 Diagnosen einen positiven Zeittrend** (Verringerung der Quoten bzw. der Negativabweichung zum Bundesdurchschnitt) und **3 Diagnosen einen Negativtrend** (Zunahme der Quoten). Die Zeittrends bezüglich Demenzdiagnosen wurden gesondert besprochen (siehe oben). Der Zeittrend von H52 (Akkomodationsstörungen, Refraktionsfehler) wird hier nicht weiter besprochen, weil dieser eventuell durch die Versorgungsstruktur beeinflusst sein kann (siehe oben).

Positive Zeittrends:

C50 Brustkrebs bei Frauen: Auffällig ist die erfreuliche Entwicklung (starker Rückgang) der Krankenhausfallquote infolge Brustkrebs bei ≥ 65-jährigen Frauen in Sachsen-Anhalt im hier gewählten Beobachtungszeitraum 2000 – 2013 (Abbildung 24). Auch im Mittel aller neuen Bundesländer sinkt die C50-Krankenhausfallquote bei ≥ 65-Jährigen, allerdings bis 2005 nicht auffallend anders als in den alten Bundesländern; ab 2006 fällt die C50-Krankenhausfallquote in den neuen Ländern zwar unter diejenige der alten Bundesländer, allerdings weniger auffällig als in Sachsen-Anhalt (Abbildung 65).

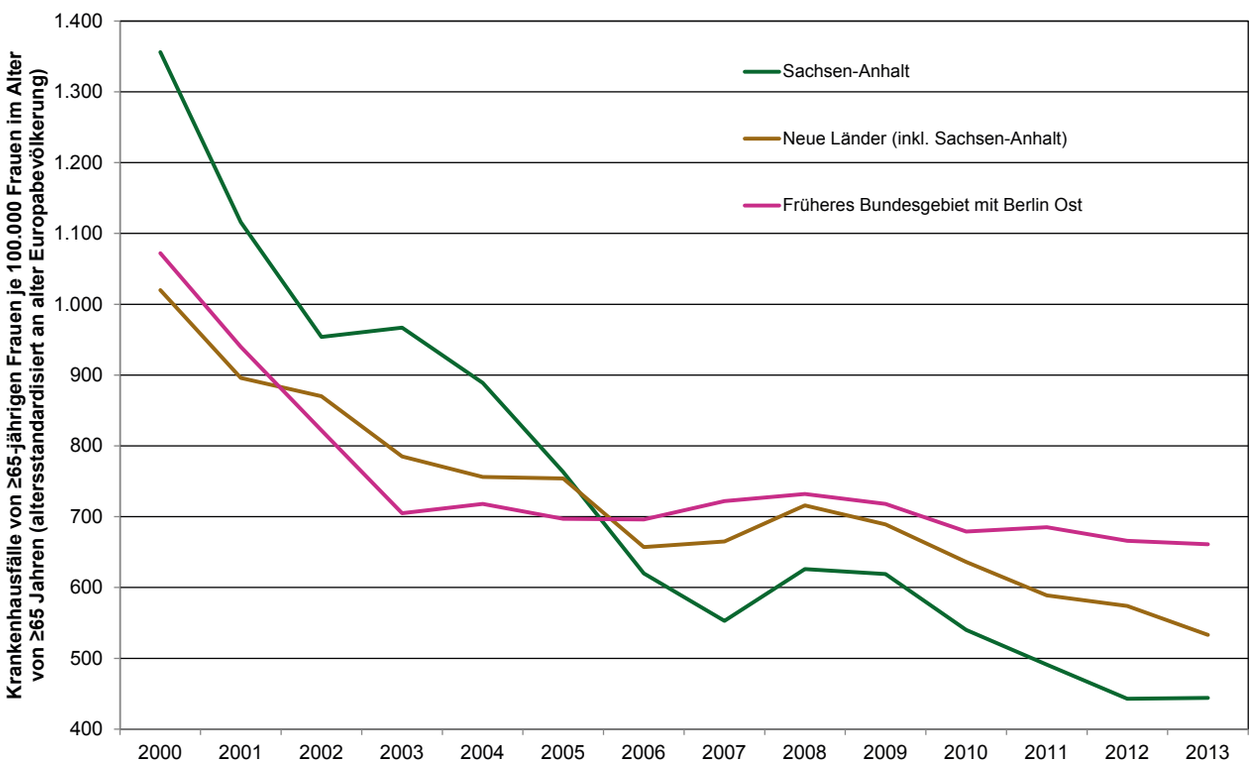
Eine mögliche Erklärung dafür, dass ab dem Jahr 2006 die C50-Krankenhausfallquote bei ≥ 65-Jährigen in den neuen Bundesländern (d.h. auch in Sachsen-Anhalt) unter diejenige in den alten Bundeländern fällt, ist die Einführung von geburtenfördernden Programmen in der DDR ab etwa 1970 (siehe oben und Sundmacher et al., 2011): Ab etwa 1973 stieg die Kinderzahl besonders bei Frauen der Altersgruppen 20 – 24 und 25 – 29 Jahre im Gebiet der ehemaligen DDR drastisch an (Abbildung 66). Frauen, die 1973 25 – 29 Jahre alt waren, haben im Jahr 2005 eine Alter von 57 – 61 Jahren (d. h. fallen noch nicht in die Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen des Jahres 2005). Ab dem Jahr 2006 erreichen mehr und mehr Frauen, die in der geburtenfreundlichen Phase 1973 – 1989 ihre Kinder bekommen haben, die aktuelle Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen. Im letzten Beob-

achtungsjahr (2013) haben Frauen, die 1973 25 – 29 Jahre alt waren, ein Alter von 65 – 69 Jahren (d. h. fallen alle in die Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen des Jahres 2013).

Auch die ***Sterblichkeit*** bei Frauen infolge von Brustkrebs ist in den neuen Bundesländern seit vielen Jahren geringer als in den alten Bundesländern; als mögliche weitere Faktoren (neben dem unterschiedlichen Reproduktionsverhalten) der insgesamt geringeren Brustkrebsmorbidität und -mortalität in den neuen Bundesländern werden auch ein unterschiedliches Verschreibungsverhalten der Ärzte bezüglich Hormonpräparaten in den Wechseljahren und genetische Risikofaktoren diskutiert (RKI, 2009a).

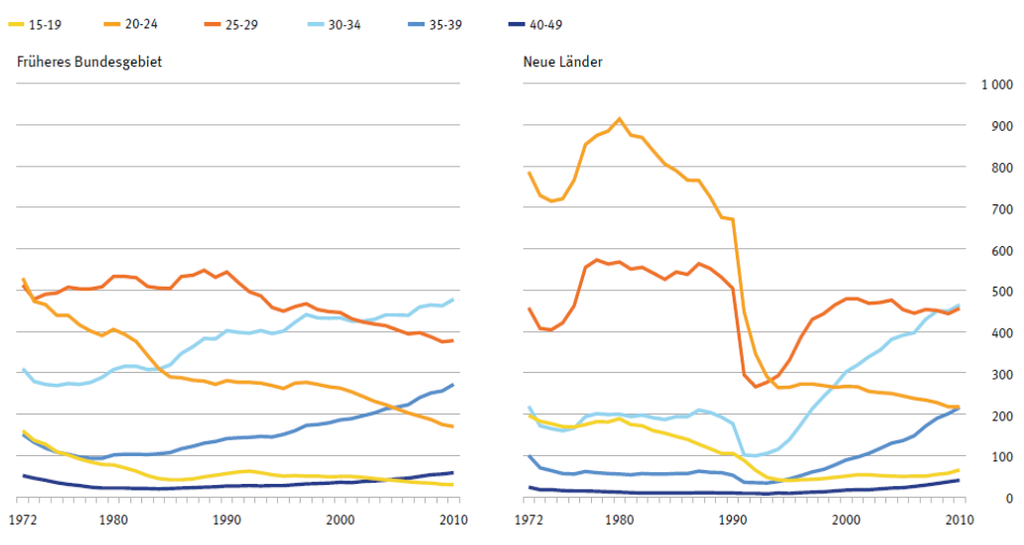
Der Wiederanstieg der C50-Krankenhausfallquote in den Jahren 2007 – 2009 ist wahrscheinlich in der Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts und des Anstiegs von „Überdiagnosen" (Brustkrebserkrankung, die bei Lebzeiten nicht symptomatisch geworden wäre) nach Einführung des Mammographie-Screenings in den neuen Bundesländern im Jahr 2007 begründet (Kääb-Sanyal, 2015). Die Teilnahmequote bezüglich Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen ab 20 Jahren entsprach in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2008 – 2013 in etwa dem Bundesdurchschnitt (Tabelle 30).

Warum die C50-Krankenhausfallquote bei ≥ 65-Jährigen Frauen in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2000 – 2005 deutlich höher war als in den anderen neuen Bundesländern und warum der seitherige Rückgang so viel deutlicher verläuft als in den anderen neuen Bundesländern, kann hier nicht endgültig geklärt werden und bedarf einer genaueren Recherche/Analyse. Verbesserte ambulante Behandlungsquoten und eine frühzeitige Umsetzung von Brustkrebs-Disease-Management-Programmen (wie sie in Sachsen-Anhalt angestrebt werden) können zu einem Rückgang der stationären Krankenhausfälle führen.



Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 65 Krankenhausfälle bei ≥ 65-jährigen Frauen infolge von Brustkrebs (C50), Sachsen-Anhalt/neue Länder/alte Bundesländer im Zeittrend



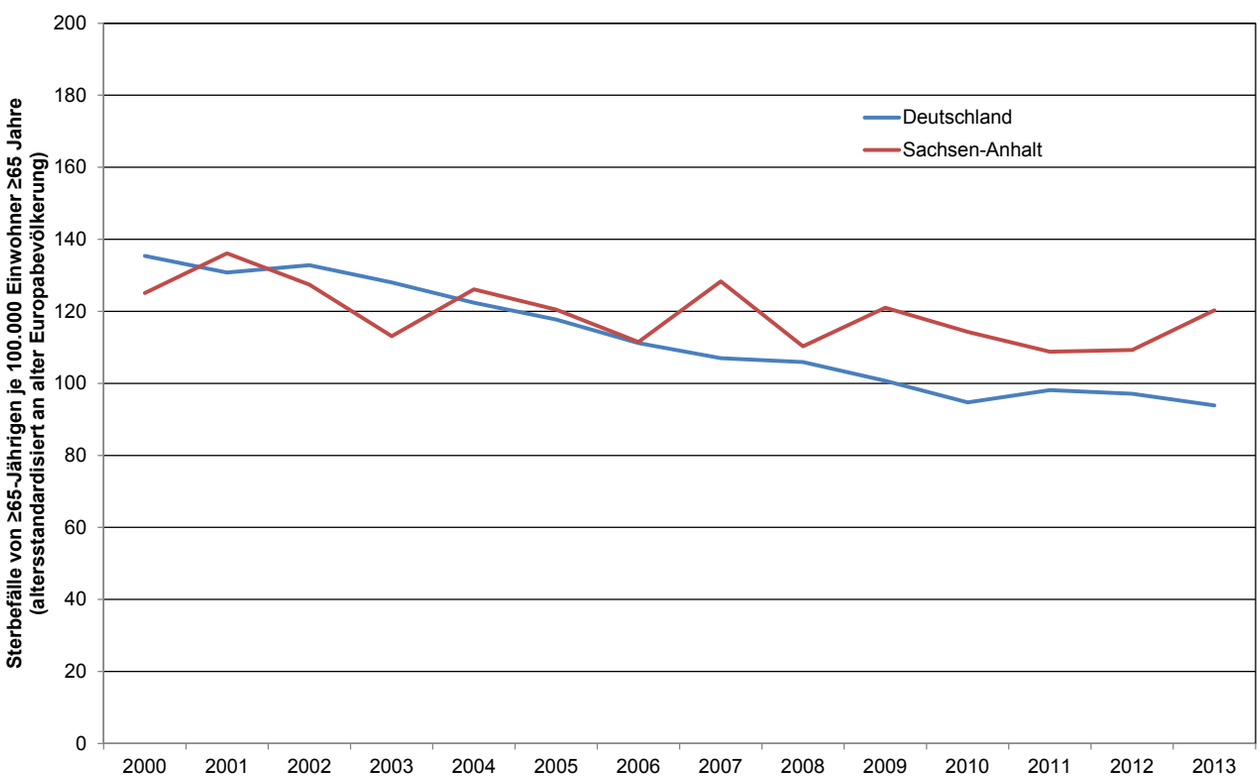
Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Abb. 66 Durchschnittliche Zahl der Geburten je 1.000 Frauen nach Altersgruppen, früheres Bundesgebiet/neue Länder im Zeittrend

C34 Lungenkrebs: Weiter oben wurde die „umgekehrte“ Abweichung der aktuellen Lungenkrebsmorbidität und -mortalität in den neuen Bundesländern bei Frauen (besser) und bei Männern (schlechter) und in den alten Bundesländern diskutiert und mit einem unterschiedlichen Rauchverhalten von Frauen (seltener) und Männern (häufiger) in der ehemaligen DDR im Vergleich zur ehemaligen BRD erklärt (RKI, 2009a, RKI, 2013b). Die Zeittrends seit 1990 zeigen, dass seit dem Jahr 2000 die Lungenkrebssterblichkeit in Deutschland bei den Männern abnimmt, und zwar in den neuen Bundesländern deutlicher als in den alten, bei den Frauen hingegen zunimmt, wobei sie dort zwar auch in den neuen Bundesländern steigt, allerdings etwas geringfügiger als in den alten (RKI, 2014B). Diese Zeittrends werden mit Änderungen des Rauchverhaltens von Männern und Frauen in Deutschland insgesamt und in etwas unterschiedlichen Verläufen in Ost- und Westdeutschland erklärt (RKI, 2013b).

Die veröffentlichten Zeittrends der Lungenkrebs***sterblichkeit*** in der *Gesamt*bevölkerung in Ost und West spiegeln sich ziemlich genau in den hier gezeigten Zeittrends der C34-***Krankenhaus***fallquoten bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt wider (Abbildung 24 und Abbildung 25): Die Krankenhausfallquote infolge Lungenkrebs nimmt bei den Männern deutlich ab und nähert sich dem Bundesdurchschnitt, die Quote bei den Frauen nahm bis 2007 zu, stagniert seither und der „Positivabstand“ zur (weiterhin steigenden) bundesdurchschnittlichen Quote wächst. Dennoch darf bei diesen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt positiven Ergebnissen nicht vergessen werden, dass die stagnierende C34-Krankenhausfallquote bei den Frauen „per se“ *kein* positives Ergebnis ist.

C18 Dickdarmkrebs: Darmkrebs (C18 + C20) gehört zu denjenigen Erkrankungen, die unter anderem durch langjährigen Alkohol- und Tabakkonsum begünstigt werden (Wahl, 2008, RKI, 2013b). Die höhere Darmkrebsprävalenz der Männer in den neuen Bundesländern zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung könnte also zum Teil auch durch das Trink- und Rauchverhalten der Männer zu DDR-Zeiten sowie eventuell zusätzlich durch ungünstigere Ernährungs-, Umwelt- und Arbeitsbedingungen in der damaligen Zeit mitverursacht gewesen sein. Der deutliche Rückgang der C18-Krankenhausfallquote bei ≥65-jährigen Männern in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2000 (Abbildung 25) könnte darauf hinweisen, dass sich der Alkohol- und Tabakkonsum nach der Wiedervereinigung in den entsprechenden Altersgruppen (jeweils 65 minus 10 bis 23 Jahre) verringert hat. Die Sterbeziffer infolge Dickdarmkrebs hat bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt allerdings weniger deutlich abgenommen als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 67).



Datenquelle: Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 67 Sterbefallquote bei ≥ 65-jährigen Männern infolge von Dickdarmkrebs (C18), Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeittrend

Die Teilnahmequote von Männern an Krebsvorsorgeuntersuchungen ist in Sachsen-Anhalt von 2005 bis 2010 gestiegen (Tabelle 30). Ob diese Steigerung jedoch am Rückgang der männlichen C18-Sterbefallquoten (vgl. Abbidlung 67) bei ≥ 65-Jährigen im hier betrachteten Zeitraum beteiligt ist (oder ob dies nicht doch eher durch sich verändernde Ernährungs- und Konsumgewohnheiten verursacht ist), kann hier nicht entschieden werden..

Tab. 30 Teilnahme von Anspruchsberechtigten* an gesetzlichen Krebsvorsorgeuntersuchungen**

	% der weiblichen Anspruchsberechtigten		% der männlichen Anspruchsberechtigten	
	Sachsen-Anhalt[1]	Deutschland[2]	Sachsen-Anhalt[1]	Deutschland[2]
2005	45,0	•	19,1	•
2006	43,0	•	20,9	•
2007	45,5	•	22,7	•
2008	47,1	47,4	23,2	21,2
2009	47,6	49,0	23,5	23,9
2010	47,2	48,3	24,2	24,2
2011	47,5	47,5	24,3	26,8
2012	47,1	48,5	24,3	24,2
2013	46,8	48,3	24,3	24,3

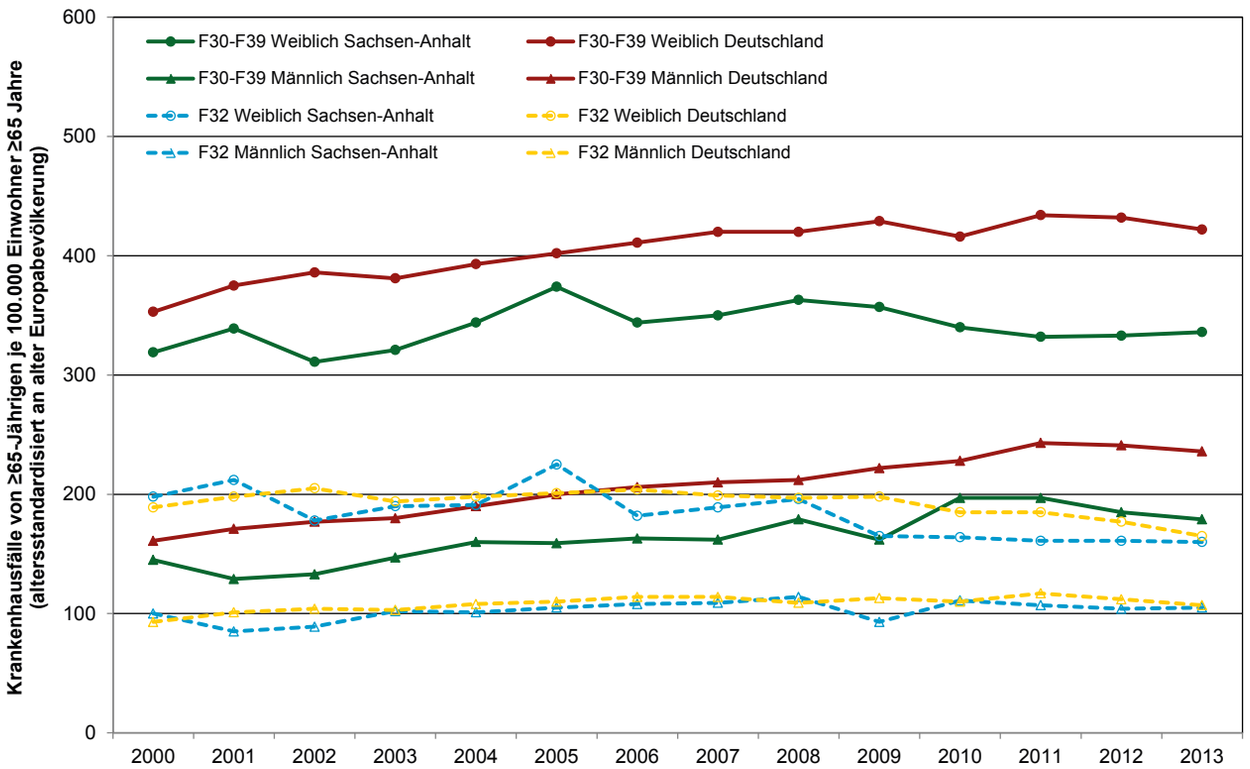
Datenquellen: [1] AOLG-Indikator 7.16 zitiert nach www.gbe.sachsen-anhalt.de, [2] AOLG-Indikator 7.16 zitiert nach www.gbe-bund.de
* GKV-Mitglieder (Versicherte+Familienmitglieder), ** In den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind die Leistungen spezifiziert, die im Rahmen der Untersuchungen zur Früherkennung von bestimmten Krebserkrankungen in Anspruch genommen werden können. Frauen haben ab dem 20. Lebensjahr ein Anrecht auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Genitale, ab dem 30. Lebensjahr wird das Untersuchungsprogramm erweitert um die Brust und die Haut. Männer können ab 45 Jahren das äußere Genitale, die Prostata und die Haut untersuchen lassen. Ab dem 50. Lebensjahr kommt bei Frauen und Männern die Untersuchung des Darms hinzu. Im Indikator bislang nicht erfasst werden die im Oktober 2002 für GKV-Versicherte eingeführte Koloskopie sowie die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs, die den GKV-Versicherten ab 1. Juli 2008 angeboten wird.

Negative Zeittrends:

M54 Rückenschmerzen: Die Häufigkeit von Krankenhausfällen mit Hauptdiagnose Rückenschmerzen war bei ≥ 65 in Sachsen-Anhalt im gesamten Beobachtungszeitraum (2000 – 2013) konsistent höher als im Bundesdurchschnitt; sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt ist dabei seit vielen Jahren eine mehr oder weniger kontinuierliche Steigerung der Krankenhausfallquote zu beobachten (Abbildung 22). Da es sich in Abbildung 22 um altersstandardisierte Quote handelt, können demografische Einflüsse ausgeschlossen werden. Mögliche Gründe für einen Anstieg der stationären Diagnosehäufigkeit von Rückenschmerzen bei ≥ 65-Jährigen sind vielfältig; eine plausible Erklärung kann hier nicht gegeben werden.

K29 Gastritis und Duodenitis: In Sachsen-Anhalt hat die Krankenhausfallquote bei ≥ 65-Jährigen bezüglich Gastritis/Duodenitis in den letzten 14 Jahren kontinuierlich und drastisch zugenommen (Abbildung 22). Während sie bis zum Jahr 2002 noch unterhalb des Bundesdurchschnittes lag, hat sie sich – obwohl die Quote im Bundesdurchschnitt ebenfalls steigt – seit 2004 von diesem immer mehr (zu höheren Quoten hin) entfernt. Zwar könnte die vermehrte Einnahme/Applikation von Schmerzmitteln zur Linderung von Rückenschmerzen hier eine Rolle spielen (siehe oben), aber es kann nicht der einzige Grund sein. Eine plausible Erklärung für den drastischen Anstieg kann hier nicht gegeben werden.

F32 Depressive Episode: Ein Zeittrend bezüglich F32 bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt wurde zunächst nur bei *ambulanten Behandlungen* untersucht, weil die Diagnose F32 bei Krankenhausfällen und Sterbefällen nicht die Kriterien einer „auffälligen Diagnose“ in Sachsen-Anhalt erfüllt. Der Zeittrend von F32 war im ambulanten Bereich zwar negativ (steigende Behandlungsquote), aber – wie bei den meisten anderen ambulanten Diagnosen – nicht sehr auffällig (Abbildung 15). Untersucht man nun auch die Zeittrends der *Krankenhausfälle*, so zeigt sich, dass sich die Höhe und der Trend der Diagnosehäufigkeit von F32 (depressive Episode) in Sachsen-Anhalt kaum vom Bundesdurchschnitt unterscheiden (Abbildung 68). Stationär behandelte affektive Störungen *insgesamt* (F30 – F39) sind in Sachsen-Anhalt jedoch sowohl bei Frauen als auch bei Männern deutlich ***seltener*** und steigen geringfügiger als im Bundesdurchschnitt. Insgesamt scheint die Situation/Entwicklung bezüglich affektiver Störungen deutschlandweit bei ≥ 65-Jährigen etwas weniger beunruhigend als bei unter 65-Jährigen und in Sachsen-Anhalt in beiden Altersgruppen etwas weniger beunruhigend als in Gesamtdeutschland (vgl. auch Hering et al., 2013).



Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, zitiert nach www.gbe-bund.de

Abb. 68 Krankenhausfälle von ≥ 65-Jährigen infolge affektiver Störungen (F30 – F39) bzw. depressiver Episoden (F32), Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeittrend

4.2.6 Geschlechtsspezifik

Die Auswertung der Routinedaten zeigt, dass bei ≥ 65-Jährigen pro Jahr deutlich mehr ***weibliche*** ambulant behandelte Patienten, Krankenhausfälle und Sterbefälle auftreten als männliche (Tabelle 31). Wie in den Kapiteln 3.2, 3.3 und 3.4 jeweils ausgeführt, können diese absoluten „Fallzahlen" jedoch nicht als Maßzahl für eine ggf. höhere Morbidität oder Mortalität von Frauen dienen: Durch die erhöhte vorzeitige Sterblichkeit der Männer (vor allem in Sachsen-Anhalt) und zu einem geringen Teil (bei ≥ 85-Jährigen) noch aufgrund der Folgen des 2. Weltkrieges gibt es in der Altersgruppe der ≥ 65-Jährigen per se weniger Männer. Hinweise zu möglichen Unterschieden der Morbidität und Mortalität bei Frauen und Männern lassen sich hingegen aus geschlechtsdifferenzierten versicherten- oder bevölkerungsbezogenen ***Quoten*** gewinnen. Allerdings sind hier weitere Einschränkungen zu beachten: Die ambulanten und stationären Routinedaten bilden lediglich eine **Inanspruchnahme** ab. Regionale, zeitliche, geschlechtsspezifische und altersspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sind zwar wahrscheinlich in erster Linie tatsächlich durch Unterschiede in der zugrundeliegenden „objektiven" Morbidität verursacht, sie werden jedoch auch von anderen Faktoren mitbeeinflusst: der Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten, dem Gesundheitsbewusstsein und dem subjektiven Gesundheitsempfinden der betrachteten Personen, der Behandlungs- bzw. Therapiewilligkeit, der Abkömmlichkeit am Arbeitsplatz und so fort.

So zeigt sich in Tabelle 31 ein zunächst widersprüchliches Bild: ≥ 65-jährige Männer haben eine etwas geringere ambulante Behandlungsquote, jedoch eine deutlich höhere Krankenhausfallquote (1,28-mal) und Sterblichkeit (1,53-mal) als ≥ 65-jährige Frauen. Die geringere Inanspruchnahme des ***ambulanten*** Gesundheitssystems durch Männer (auch ältere) ist aus vielen Veröffentlichungen bekannt (z. B. RKI, 2004a, Menning, 2007, BARMER, 2015). Dies ist nicht in einer geringeren objektiven Morbidität der Männer begründet, sondern in einem anderen Gesundheitsverhalten (vgl. z. B. RKI, 2014c).

In der vorliegenden Datenanalyse zeigte sich, dass unter den jeweils häufigsten Diagnosen bei ambulanten Behandlungen, Krankenhausfällen und Sterbefällen ≥ 65-Jährige ***Männer*** in Sachsen-Anhalt besonders bei ***Herz-Kreislauf-Erkrankungen*** und ***Krebs*** häufiger betroffen waren als Frauen (Tabelle 31). Auch dies entspricht den Ergebnissen aus vielen anderen Studien (vgl. z. B. RKI, 2014c). Als Hauptgrund für die erhöhte Krebs- und HKK-Morbidität und -Mortalität bei Männern gilt die höhere Anfälligkeit für ungesunde oder sogar riskante Lebensstile, vor allem für übermäßigen Alkoholkonsum und Rauchen, aber auch für ungesunde (ballaststoffarme und fleischreiche) Ernährung (RKI, 2014c).

Bezüglich weit fortgeschrittener Morbiditätsindikatoren (Krankenhausbehandlungen und Sterblichkeit) waren in den vorliegenden Datenanalysen Frauen nur bei 3 Diagnosen häufiger betroffen als Männer: bei ***Hypertonie***, ***hypertensiver Herzkrankheit*** und ***Unterarmbrüchen*** (Tabelle 31). Während die ersten beiden Befunde weitgehend durch biologische Unterschiede erklärt werden können, sind die häufigeren Unterarmbrüche wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass Frauen oft bis ins hohe Alter noch mobil sind/sein müssen und dann häufiger stürzen.

Im ambulanten Bereich war aufgrund der insgesamt höheren Inanspruchnahme (siehe oben) die Häufigkeit der meisten Diagnosen bei Frauen etwas höher als bei Männern, besonders auffallend war dies bei bestimmten Diagnosen betreffend das

Muskel-Skelett-System, Krampfadern der Beine und Depressionen bei ≥ 80-Jährigen. Ob die Männer in der entsprechenden Altersgruppe tatsächlich weniger von diesen Erkrankungen betroffen sind oder ein größerer Teil diesbezüglich eben einfach nicht zum Arzt geht, muss hier offen bleiben.

Tab. 31 Einzeldiagnosen bei ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt mit ausgeprägter Geschlechtsspezifik

	Patienten in ambulanter Behandlung (MW 2012 – 2013)		Krankenhausfälle (MW 2009 – 2013)		Sterblichkeit (MW 2009 – 2013)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Patienten-/Fallzahlen in Sachsen-Anhalt (A00-Z99* bzw. A00-T98**)	258.524	171.097	153.428	126.721	14.150	11.255
Anteil Patienten/Fälle je 100 GKV-Versicherte/Einwohner	99,1[1] 100[2]	90,6[1] 95,2[2]	42,8	54,6	3,33	5,11
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie			+			
I11 Hypertensive Herzkrankheit			+			
I83 Varizen der unteren Extremitäten	+					
E04 Sonstige nichttoxische Struma	(+)[1]					
E66 Adipositas	(+)[1]					
F32 Depressive Episode	(+)[2]					
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	+					
M47 Spondylose	+					
M54 Rückenschmerzen	(+)[1]					
M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	+					
S52 Fraktur des Unterarmes			+			
Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	(+)[1]					
A41 Sonstige Sepsis				+		
C16 Bösartige Neubildung des Magens						+
C18 Bösartige Neubildung des Kolons				+		+
C20 Bösartige Neubildung des Rektums				+		+
C22 Bös. Neubldg. der Leber u. intrahepat. Gallengänge						+
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge				+		+
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut				+		
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase				+		+
E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels		(+)[1]				
I20 Angina pectoris				+		
I21 Akuter Myokardinfarkt				+		+
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit		+		+		+
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern		(+)[2]				
I49 Sonstige kardiale Arrhythmien		(+)[2]				
I50 Herzinsuffizienz		(+)[1]				
I70 Atherosklerose				+		
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet				+		+
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit				+		+
K40 Hernia inguinalis				+		
N17 Akutes Nierenversagen				+		
Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen		(+)[2]				
Z95 Kardiale oder vaskulären Implantate oder Transplantate		+				

1 bei 65- bis 79-Jährigen, 2 bei ≥ 80-Jährigen
* bei ambulanten Behandlungen, ** bei Krankenhausfällen und Sterbefällen

Landesspezifische Geschlechtsunterschiede:

In den Kapiteln 3.3.7 und 3.4.7 fiel auf, dass Männer in Sachsen-Anhalt bzgl. C34 Lungenkrebs, J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit, C18 Dickdarmkrebs und C20 Enddarmkrebs im Vergleich zu Frauen besonders deutlich negativ vom Bundesdurchschnitt abweichen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass der in vielen Studien festgestellte Geschlechtsunterschied bezüglich Rauchen und übermäßigem Alkoholkonsum in Sachsen-Anhalt ausgeprägter ist/war als im Bundesdurchschnitt. Es kann jedoch auch eine – ggf. deutlich in der Vergangenheit liegende – Mehrbelastung der heute ≥ 65-jährigen Männer in Sachsen-Anhalt (im Vergleich zu Frauen) durch Umwelt- und Arbeitsbelastungen nicht ausgeschlossen werden.

Altersspezifik:

Eine genaue Untersuchung von „Altersgängen“ (kleinschrittige Veränderungen von Häufigkeiten und/oder Spektren bestimmter Krankheitsgruppen mit dem Alter) war kein ausdrückliches Ziel dieses Berichtes. Stattdessen können nur grobe Veränderungen zwischen größeren Altersgruppen berichtet werden. So zeigte sich, dass die globale, alle Behandlungsan-

lässe umfassende, ambulante Behandlungsquote, die globale Krankenhausfallquote und die globale Sterblichkeit erwartungsgemäß in den jeweils älteren Altersgruppen deutlich höher war als in den jüngeren (vgl. Kapitel 3.2.7, 3.3.8, 3.4.8) – ein redundanter Beleg dafür, dass die Gesundheit mit dem Alter nicht besser wird. Auch konnte gezeigt werden, dass bestimmte Diagnosen in den meisten der 3 verwendeten Statistiken in älteren Altersgruppen häufiger werden (z. B. I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern, I50 Herzinsuffizienz, J18 Pneumonie), andere hingegen seltener werden (z. B. bestimmte Krebsarten, die frühzeitig zum Tode führen und deren Träger deshalb seltener unter Hochbetagten zu finden sind) (vgl. auch RKI, 2009b).

4.3 Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) von ≥ 60-Jährigen

2007 wurde die schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung von 65 auf 67 Jahre beschlossen (SGB VI §35 / 2012 bis 2024 jeweils eine Anhebung um 1 Monat, 2025 bis 2031 um jeweils 2 Monate). Nach der jahrelangen Frühverrentungspolitik in Deutschland stellt die Verlängerung der Lebensarbeitszeit einen Paradigmenwechsel dar. Ein wesentliches Ziel dieser Maßnahme ist die Stabilisierung der Finanzierung der Rentenversicherung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung (vgl. Kap. 3.1). Die Menschen in Deutschland werden immer älter, verbringen einen großen Teil der gewonnenen Lebenszeit in überwiegend guter Gesundheit (GBE Kompakt 3/2015) und beziehen folglich immer länger ihre Rente. Gleichzeitig liegen die Geburtenraten in Deutschland seit Jahrzehnten auf niedrigem Niveau. Indes warnen Kritiker davor, dass sich das Vorhaben dieser Verlängerung der Lebensarbeitszeit nicht umsetzen lässt, denn viele Menschen könnten gar nicht bis 67 (oder noch länger) arbeiten (vgl. ZDH 2011). Es bleibt abzuwarten bzw. zu beobachten, ob und inwieweit sich die Änderung der Regelaltersgrenze auf die Rentenzugänge der versch. Altersgruppen bzw. auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand der betroffenen Personen auswirken wird. Vor dem Hintergrund der schrittweisen Anhebung der Altersgrenze für die Regelaltersrente auf 67 Jahre richtet sich allerdings die Aufmerksamkeit bereits zunehmend auf die Erwerbsminderungsrente, die nicht an Altersgrenzen gebunden ist. Denn eine vermutlich wachsende Zahl von Beschäftigten wird vor Erreichen der gestiegenen Regelaltersgrenze nicht mehr leistungsfähig und/oder von Arbeitslosigkeit bedroht sein. In den letzten Jahren kamen Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten mit steigender Tendenz aus einer langen Beschäftigungslosigkeit (Brussig 2012). Auch gibt es starke regionale Unterschiede im EM-Rentenzugang. Sie hängen u.a. mit der regionalen Arbeitsmarktlage zusammen und unterstreichen die Wechselbeziehungen zwischen den Sicherungssystemen bei Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit (ebd.).

Daten zu Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Renten) können, zumal sie ICD10-Code-bezogen vorliegen, Hinweise auf Probleme/Negativentwicklungen in der Gesundheitslage der arbeitenden Bevölkerung geben. Im Jahr 2007 wurde die schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre beschlossen, d. h., zukünftig wird ein wachsender Anteil der Zielpopulation dieses Berichts (≥ 65-Jährige) zur arbeitenden Bevölkerung gehören. Die Routinedaten der GBE zu Frühberentungen führen bisher als älteste Altersgruppe die ≥ 60-Jährigen – bis vor einigen Jahren waren Frühberentungen in dieser Altersgruppe eher selten, weil der ganz überwiegende Teil dieser Altersgruppe in Altersrente ging, bevor eine „späte Frühberentung“ überhaupt akut werden konnte. Die Routinedaten zu Frühberentungen von ≥ 60-Jährigen wurden in diesen Bericht aufgenommen, weil sie Hinweise zum Gesundheitszustand einer Bevölkerungsgruppe an der Schwelle zum Rentenalter und an der Schwelle zur „Generation 65plus“ geben können.

Im Kapitel 3.5 wurde gezeigt, dass das Zugangsalter bei Frühberentungen insgesamt, der Anteil der ≥ 60-Jährigen unter allen Frührentnern und die Quote der Frühberentungen je 100.000 Rentenversicherte bei ≥ 60-Jährigen seit einigen Jahren steigen und zwar in Sachsen-Anhalt deutlicher als im Bundesdurchschnitt. Die ersten beiden Beobachtungen könnten aufgrund der demografischen Entwicklung noch rein statistisch erklärt werden: Die Gruppe der älteren Beschäftigten wächst, damit steigt bei angenommen gleichbleibender mittlerer Frühberentungsquote „automatisch“ das mittlere Zugangsalter und der Anteil älterer Frühberentungsfälle. Die deutlich steigende Quote der Frühberentungen *innerhalb* der Gruppe der ≥ 60-Jährigen weist hingegen eher darauf hin, dass ältere (und immer länger arbeiten müssende) Beschäftigte auch häufiger irreversibel erkranken. Wahrscheinlich trägt diese Tatsache auch zu den ersten beiden Beobachtungen bei.

Diagnosebezogen zeigt sich, dass bei ≥ 60-Jährigen besonders die Häufigkeit von Frühberentungen wegen **psychischer und Verhaltensstörungen** (F00 – F99) in den letzten Jahren dramatisch zugenommen hat (vgl. auch Mümken, 2014) und zwar wieder in Sachsen-Anhalt deutlicher als im Bundesdurchschnitt: Während psychisch bedingte Frühberentungen noch bis vor kurzem in Sachsen-Anhalt seltener waren als im Bundesdurchschnitt, sind sie inzwischen genauso häufig oder sogar häufiger (bei Frauen). Dies steht in einem gewissen Widerspruch zu den Ergebnissen in Kapitel 3.2, 3.3 und 4.2.5, wo ≥ 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt eine eher geringere psychisch bedingte Morbidität als im Bundesdurchschnitt attestiert wurde. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass bei den Morbiditätsbetrachtungen die 60- bis 64-Jährigen nicht berücksichtigt sind und dass in jüngerer Vergangenheit bei der Frühberentung anscheinend zunehmend Krankheitsbilder als psychische Störung eingestuft werden, die früher eher als somatische Krankheiten kodiert wurden (z. B. Rückenschmerzen). Allerdings ist auch die Häufigkeit von Frühberentungen wegen **Krankheiten des Muskel-Skelettsystems** (M00 – M99) und **Krankheiten des Kreislaufsystems** (I00 – I99) in Sachsen-Anhalt bei ≥ 60-Jährigen deutlich gestiegen.

Fazit:

Die stufenweise Heraufsetzung der Regelaltersgrenze und die schon seit längerer Zeit wirksamen Schritte der Heraufsetzung der vorgezogenen Altersgrenzen führen dazu, dass Versicherte im Alter zwischen 60 und 65 Jahren in den Kreis potenzieller Erwerbsminderungsrentner/-innen rücken. Da im höheren Alter zugleich das Risiko eines Verlustes der Erwerbsfähigkeit steigt, spricht viel für die Erwartung, dass die Zahl der Erwerbsminderungsrenten in den nächsten Jahren steigen wird (Bäcker 2012).

In der Gruppe der ***60-Jährigen und älter*** ist in Sachsen-Anhalt bereits seit 2010/2011 ein starker Anstieg der EM-Rentenzugänge zu verzeichnen, besonders infolge psychischer und Verhaltensstörungen. Vorbeugend könnten hier niedrigschwellige Reha-Maßnahmen hilfreich sein, die die Betroffenen auch wirklich erreichen. Aber auch die „alte“ Idee der Altersteilzeit, also des langsamen Ausstiegs, könnte erfolgreich sein, einem weiteren Anstieg der Erwerbsminderungsrenten bei ≥ 60-Jäh-

rigen entgegenzuwirken. Die Arbeitgeber sollten diese Möglichkeit schaffen und ihre Beschäftigten dazu ermuntern, diese auch zu nutzen. Einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben mit den entsprechenden Kürzungen der Altersrente können sich nicht alle leisten. Altersgerechte Arbeitsbedingungen, reduzierte Arbeitsbelastungen, Arbeits- und Gesundheitsschutz und letztlich soziale Sicherheit für ältere Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen sind erforderlich, um die steigenden Altersgrenzen in der Rentenversicherung zu flankieren (Brussig 2015).

Aber auch die Rente – vor allem die zu frühe Rente – kann der Gesundheit schaden und die Lebensfreude bzw. das subjektiv empfundene Wohlbefinden schmälern. Viele sagen, Arbeit mache den Menschen krank – oft scheint aber eher das Gegenteil der Fall zu sein. Nicht nur Arbeitslose klagen häufig über psychische Probleme, auch bei ≥ 65-Jährigen ist eine Zunahme bei Depressionen nicht selten. Nach Aussage der Psychologen Holmes und Rahe gehört Rente zu den Top-Ten-Stressoren (in: DIE ZEIT, 31/2015). Immer noch ist Deutschland ganz offensichtlich ein Land, in dem Arbeit für das Selbstwertgefühl und letztlich auch für die subjektive/objektive Gesundheit enorm wichtig ist – wichtiger als in vielen anderen Ländern.

Das kontinuierliche Absinken der Zahlbeträge der neu zugehenden EM-Renten ist von besonderer sozialpolitischer Bedeutung, da zu befürchten ist, dass das Risiko der Altersarmut im besonderen Maße die EM-Rentner/-Rentnerinnen betrifft (Bäcker 2012).

Inwieweit der Flüchtlingsstrom nach Deutschland Arbeitsmarkt und Sozialsystem positiv beeinflussen wird, da gehen die Meinungen auseinander. Euphorie ist wohl fehl am Platz, allzu großer Pessimismus allerdings auch. Der Bundesvorstandsvorsitzende der Deutschen Rentenversicherung Gunkel sieht gute Perspektiven: Wenn es gelingt, die Neuankömmlinge in den Arbeitsmarkt zu integrieren, werden sie die Rentenversicherung stärken (in: Die Welt, 21.10.2015). Auch der neue Chef des Flüchtlings-Bundesamtes, Hans-Jürgen Weise, gibt sich optimistisch: Deutschland bekomme von den Neuankömmlingen mehr zurück, als es jetzt in sie investiere. Weise betont auch, dass die Zuwanderung dringend erforderlich sei, um die Volkswirtschaft und die Sozialsysteme zu halten (In: Süddeutsche Zeitung, 06.11.2015). Es wird sicherlich ein langer Weg sein.

4.4 Pflegesituation von ≥ 65-Jährigen

Pflegebedürftigkeit betrifft überwiegend ältere Menschen und primär ist Pflege eine Herausforderung des hohen Alters (80 Jahre und älter). Die künftige Anzahl zu pflegender Menschen ist eng an die demografische Entwicklung gekoppelt. So sind z. B. die pflegeintensiven Demenzerkrankungen alterskorreliert, d. h., sie nehmen mit steigendem Alter zu. Wie oben gezeigt (Kapitel 3.1), haben sich in Sachsen-Anhalt die prozentualen Anteile der höheren Altersgruppen deutlich erhöht. Aufgrund des aktuellen Aufbaus der Altersstufen (Abbildung 9) steigen immer mehr Menschen in die höheren Altersklassen auf – dies gilt vor allem für die Bevölkerung 60 Jahre und älter. Das ist auch der Trend für die nächsten Jahre, falls nicht ein positiver Migrationssaldo die Entwicklung abschwächt bzw. positiv beeinflusst. Die Struktur innerhalb der älteren Altersstufen wird sich zu den Altersgruppen verschieben, die ein höheres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden (Statistisches Bundesamt 2015). Trotz seit Jahren rückläufiger Bevölkerungszahlen insgesamt in Sachsen-Anhalt ist somit in den nächsten Jahren mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen – und mit den sich daraus ergebenden Herausforderungen für das pflegerische Versorgungssystem.

Im Kapitel 3.6 wurde gezeigt, dass sämtliche untersuchten Parameter zur Pflegesituation in Sachsen-Anhalt (und Deutschland) den Trend einer zunehmenden Wichtigkeit dieses Bereichs im Gesundheitswesen aufweisen: Die ***Absolutzahl*** der Pflegebedürftigen in der Gesamtbevölkerung steigt (Abbildung 44), die ***rohe Quote*** der ≥ 65-jährigen Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohner ≥ 65 Jahre steigt (Abbildungen 47 und 48), die Zahl der verfügbaren Plätze in Pflegeheimen steigt (Abbildung 55) und die absoluten Personalzahlen in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen steigen (Abbildungen 56 und 57). Die steigenden Anzahlen und Quoten von Pflegebedürftigen sind in erster Linie durch die demografische Alterung der Bevölkerung verursacht, darüber hinaus ist aber auch eine geringfügige Steigerung der Quote der Leistungsempfänger innerhalb eng umgrenzter Altersgruppen (also altersunabhängig) bei den ≥ 75-Jährigen zu beobachten (Abbildung 45). Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Pflegebedürftigkeit der älteren Bevölkerung ***unabhängig vom Alter*** steigt.

Bei den Datenanalysen traten vier Befunde/ Entwicklungen hervor, die hier referiert werden sollen, aber nur von Fachleuten im Bereich Pflege wirklich interpretiert und bewertet werden können:

a) Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III unter allen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe (I + II + III) war im hier gewählten Untersuchungszeitraum (2009 – 2013) in Sachsen-Anhalt geringer als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 51),
b) in der ambulanten Pflege entwickelt sich in Sachsen-Anhalt das Verhältnis von durch private Träger Gepflegten zu durch freigemeinnützige Träger Gepflegten deutlich auseinander (zugunsten der privaten Träger); im Bundedurchschnitt gleicht sich dieses Verhältnis hingegen 1:1 an (Abbildung 54),
c) das Verhältnis von Vollzeit-Pflegepersonal zu Teilzeit-Pflegepersonal entwickelt sich in Sachsen-Anhalt vor allem in stationären (Abbildung 58) aber auch in ambulanten Pflegediensten (Abbildung 59) deutlich auseinander (zugunsten der Teilzeitbeschäftigung),
d) die altersstandardisierten (also altersunabhängigen) Pflegequoten bei ≥ 65-Jährigen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern in Sachsen-Anhalt etwas höher als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 46).

Ausblick:

Vorausberechnungen und Beispielrechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland bzw. den Bundesländern erstellen die Statistischen Ämter anhand der Pflegestatistik mit teilweise unterschiedlichen Modellannahmen und Bevölkerungsszenarien.

Für die nächsten Jahre ist im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen wahrscheinlich. Unter Zugrundelegung der Bevölkerungsvorausberechnungen und des Status-Quo-Ansatzes mit

konstanten Pflegequoten wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2007 und 2030 um fast 30 % ansteigen, von 2007 bis 2050 um 50 % (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Beim Szenario „sinkende Pflegequoten“ wird dagegen unterstellt, dass die Pflegebedürftigkeit mit steigender Lebenserwartung in die höheren Altersgruppen verlagert wird. Dieses Szenario führt zu einem „Dämpfungseffekt“, wobei allerdings trotzdem die Zahl der Pflegebedürftigen steigt (ebd.). Das Institut der Deutschen Wirtschaft (IW) Köln warnt vor einem „Alarm im Pflegeheim“ und sieht Deutschland nicht gut vorbereitet auf die Alterung der Bevölkerung und die wachsende Pflegebedürftigkeit seiner Alten (Institut der Deutschen Wirtschaft 2015). Die Forscher des IW sehen bis 2030 bis zu 220.000 fehlende stationäre Pflegeheimplätze und über 50.000 fehlende Pflegekräfte (Vollzeit) voraus.

Auch sind erst in letzter Zeit die große Bedeutung und der immense Bedarf an palliativer Versorgung in den Blickpunkt gerückt. Noch immer können viele ältere Patienten in ihrer letzten Lebensphase nicht von professioneller palliativer Kompetenz profitieren. Und die sollte nicht nur auf spezielle Patientengruppen, auf Hospize oder spezielle Palliativabteilungen in wenigen Krankenhäusern beschränkt sein. Gerade auch in Altenpflegeeinrichtungen, bei den ambulanten Pflegediensten und bei der Pflege zu Hause ist gute palliative Praxis gefragt.

Vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen Entwicklung wird es zu einer deutlich steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen kommen. Der zu erwartende deutliche Fallzahlanstieg wird bei sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen zu berücksichtigen sein, so z. B. auch in Präventionsprogrammen, um häufig vorkommende Auslöser von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Eine der zentralen Zukunftsherausforderungen ist das medizinische und pflegerische Versorgungssystem bei Demenzerkrankungen (RKI 2004b) und eine umfassende Palliativversorgung.

Der Deutsche Bundestag hat am 25.09.2015 den Gesetzentwurf zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) in erster Lesung beraten. Mit dem PSG II stellt die Bundesregierung die Versorgung pflegebedürftiger Menschen auf eine neue Grundlage, denn das PSG II bringt grundlegende Veränderungen und Verbesserungen im Pflegesystem: für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte. Die Erprobungsphase des neuen Begutachtungsverfahrens begann 2014 (im Rahmen zweier Modellprojekte, koordiniert durch den GKV-Spitzenverband), das Gesetz soll am 1. Januar 2016 in Kraft treten und ab 2017 sollen die Neuerungen ihre Wirkung entfalten:

- Individuellere Pflege für alle Pflegebedürftigen (5 Pflegegrade)
- Fokus auf Selbstständigkeit im Alltag
- Gleichberechtigte Leistungen für Demenzkranke
- Unbürokratische Überleitung (alter in neue Pflegestufen)

(vgl. Webseite des BMG; bmg.bund.de; Zugriff am 28.09.2015).

Im Mittelpunkt des Pflegestärkungsgesetzes II steht die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, d. h. wer kann überhaupt als pflegebedürftig gelten. Vor allem Demenzkranke sollen von der neuen Regelung profitieren, aber auch Menschen mit geringen Einschränkungen, die derzeit noch nicht berücksichtigt werden. Der Personenkreis, der berechtigt ist, Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu erhalten, wird erweitert werden. Kritiker mahnen aber schon jetzt, dass die derzeit bestehende (zu) geringe Personalausstattung vieler Einrichtungen zum Problem bei der Umsetzung werden könnte: Ohne ausreichendes, qualifiziertes und motiviertes Personal seien die Ideen schwer zu verwirklichen und die oftmals beklagten Missstände in der Pflege (unzureichende Personalschlüssel in Pflegeheimen, permanente Überlastung des Pflegepersonals) würden sich kaum bessern (Fussek 2015). Beim nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wurde 2012 festgestellt, dass die Zunahme an lang andauernden und intensiven Versorgungs- und Betreuungsbedarfen (z. B. im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen oder Multimorbidität) besondere Anforderungen an die (Weiter-)Entwicklung adäquater gesundheitlicher, psychosozialer und pflegerischer Versorgungstrukturen stelle (Thelen et al. 2012): Dies bleibt auch noch zukünftig eine der großen Aufgaben.

5 Literatur

Amrhein, L., Heusinger, J., Ottovay, K., Wolter, B., BZgA (Hrsg) (2015): Die Hochaltrigen – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren. Köln

Babouee, B.; Widmer, A.F.; Battegay, M. (2010): Impfungen gegen Pneumokokken und Influenza. Wie groß ist die Evidenz? In: Der Internist 52 (2010), 265 – 276

Bäcker, G. (2012): Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme. In: Altersübergangs-Report Universität Duisburg-Essen 2012-03

BARMER GEK (2013): Arztreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (18)

BARMER GEK (2014): Arztreport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (24)

BARMER GEK (2015): Arztreport 2015. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (30)

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011): Gesundheitsreport Bayern 2/2009. Gesundheit im Alter. 2. korr. Aufl. Erlangen

Bertelsmann Stiftung (2015): Zuwanderungsbedarf aus Drittstaaten in Deutschland bis 2050. Szenarien für ein konstantes Erwerbspersonenpotenzial – unter Berücksichtigung der zukünftigen inländischen Erwerbsbeteiligung und der EU-Binnenmobilität. Gütersloh

Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. (Hrsg) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Robert Koch-Institut, Berlin

Brussig, M. (2012): Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt. In: Altersübergangs-Report Universität Duisburg-Essen 2012-04

Brussig, M. (2015): Alter beim Austritt aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung ist gestiegen. In: Altersübergangs-Report Universität Duisburg-Essen 2015-01

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2013): Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) – eine Langzeitstudie über die zweite Lebenshälfte in Deutschland. Kurzfassung. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2014): Eine neue Kultur des Alterns. Altersbilder in der Gesellschaft – Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts. 5. Aufl.Berlin

Jetzt mal langsam! Titel In: Der Spiegel (2011) 30, 58 – 68

Vom Flüchtling zum Beitragszahler In: Die Welt 21.10.2015

Eckardt, A. (2013): Therapiemöglichkeiten bei Muskel-Skeletterkrankungen – Indikationsqualität, OP-Häufigkeit und Zweitmeinungen. In: BKK-Gesundheitsreport 2013, 151 – 154

Friedrich, K., Pasternack, P. (2012): Sachsen-Anhalt als 'Hot-Spot' der demographischen Entwicklung in Deutschland – Ausgangspunkte und Fragestellungen. In: Demographischer Wandel als Querschnittsaufgabe. Halle (Saale), 2012, 15 – 19

Fuchs, J., Kubis, A., Schneider, L. (2015): Zuwanderungsbedarf aus Drittstaaten in Deutschland bis 2050. Szenarien für ein konstantes Erwerbspersonenpotenzial – unter Berücksichtigung der zukünftigen inländischen Erwerbsbeteiligung und der EU-Binnenmobilität. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Fussek, C. (2015): Außenansicht – Es ist eine Schande, wie in Deutschland Pflegebedürftige behandelt werde. Und keiner schreit auf. Über eine kollektive Verdrängung. In: Süddeutsche Zeitung 20.10.2015

Hering, T., Kreuburg, S., Nehring, R., Wahl, G. (2013): Daten und Trends zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Spiegel der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt. Bericht zur gesundheitlichen Lage, zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg.), 5 – 52.

Heusinger, J., Kammerer, K., Wolter, B., BZgA (Hrsg) (2013): Alte Menschen – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. Köln

Institut der Deutschen Wirtschaft (2015): Alarm im Pflegeheim. In: FAZ 29.09.2015

Kääb-Sanyal, V. (2015): Mammogrphie-Screening-Programm: erste Schätzun zu Überdiagnosen. In: Deutsches Ärzteblatt (2015) 11, 476 – 477

Malek, D., Kääb-Sanyal, V. (2015): Evaluationsbericht 2005 – 2012 – Ergebnis- und Prozessqualität im deutschen Mammographie-Screening-Programm. Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Berlin

Menning, S. (2007): Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen durch ältere Menschen. In: Informationsdienst Altersfragen (2007) 1, 1 – 6

Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2013): Den demografischen Wandel gestalten – Berichterstattung an den Landtag Sachsen-Anhalt (Demografiebericht)

Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2015): Demografieportal – Demografie auf einen Blick. www.demografie.sachsen-anhalt.de (13.01.2015)

Mümken, S. (2014): Arbeitsbedingungen und Gesundheit älterer Erwerbstätiger. In: Altersübergangs-Report Universität Duisburg-Essen 2014-03

Niejahr, E., Rudzio, K. (2015): Titel: Der Fluch der frühen Rente – Und jetzt? In: DIE ZEIT (2015) 31, 17 – 18

Nowossadeck, E. (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In: GBE kompakt (2012) 2

Pasternack, P. (2014): Mehr Demografie wagen. Sachsen-Anhalts Wissenschaft als Ressource im demografischen Wandel. In: Köhler, B., Maue, I., Pasternack, P.: Sachsen-Anhalt-Forschungslandkarte Demografie. 5 – 10

Poethko-Müller, C., Schmitz, R. (2013): Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt 56 (2013), 845 – 857

Rentsch, T., Zimmermann, H.P., Kruse, A. (Hrsg) (2013): Altern in unserer Zeit – Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit

Rentsch, T., Vollmann, M. (Hrsg) (2012): Gutes Leben im Alter – Die philosophischen Grundlagen. Stuttgart

Richter, W.O., Richter, V., Rassoul, F., Sönnichsen, A.C., Rotsch, W., Schwandt, P. (1993): Kardiovaskuläre Risiskofaktoren in den alten und neuen Bundesländern. In: Fortschr. Med. 111/13, 214-218

Riens, B., Schäfer, M., Altenhofen, L. (2008):Teilnahmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich. Bericht des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, versorgungsatlas.de

Riens, B., Mangiapane, S., Erhard, M., von Stillfried, D. (2012): Analyse regionaler Unterschiede der Influenza-Impfraten in der Impfsaison 2007/2008. Bericht des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, versorgungsatlas.de

Robert Bosch Stiftung (Hrsg) (2010): Leben im Alter. Stuttgart

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (10, Nachdruck 2007)

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004a): Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Abschlussbericht des Vorhabens des Förderschwerpunkts Versorgungsforschung der DLR

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004b): Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (28)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009a): 20 Jahre nach dem Mauerfall: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009b): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (51)

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011): Sterblichkeit, Tosdesursachen und regionale Unterschiede. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2013a): Gastritis, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (55)

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2013b): Krebs in Deutschland 2009/2010

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014a): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012« – Einleitung und Zusammenfassung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014b): 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede der Gesundheit. In: GBE-Kompakt 2014 (3)

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014c): Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Scheidt-Nave, C., Du, Y., Knopf, H., Schienkiewitz, A,. Ziese, T., Nowossadeck, E., Gößwald, A., Busch, M.A. (2013): Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsbl 56 (2013), 661 – 667

Staatskanzlei Sachsen-Anhalt: Pressemitteilung vom 09.04.2015

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg) (2010): Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. In Demografischer Wandel in Deutschland, (2010) 2

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2015): Die Generation 65+ in Deutschland. Wiesbaden

Sundmacher, L., Kimmerle, J., Latzitis, N. et al. (2011): Vermeidbare Sterbfälle in Deutschland: Räumliche Verteilung und regionale Konzentration. In: Gesundheitswesen 73 (2011), 229 – 237

Techniker Krankenkasse (2014): Gesundheitsreport 2014 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 29

Thelen, M., Scheidt-Nave, C., Schaeffer, D., Blüher, S., Nitsche-Neumann, L., Saß, A-C., Herweck, R. (2012): Nationales Gesundheitsziel "Gesund älter werden" – Handlungsfeld II: Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung älterer Menschen. In: Bundesgesundheitsbl 55 (2012), 991 – 997

von Borstel, S.: Vom Flüchtling zum Beitragszahler. In: Die Welt 21.10.2015

Wahl, G. (2008): Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg), 88 Seiten.

Wahl, G. (2010): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg.)

Wahl, G. (2013a): Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter. Untersuchungsjahre 2010 – 2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg)

Wahl, G. (2013b): Rückenschmerzen bei unter 65-Jährigen. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg)

Wahl, G., Borrmann, M. (2014a): Gesundheit von Drittklässlern in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1. Ergebnisse der Untersuchung der Gesundheitsämter. Untersuchungsjahre 2009/2010 – 2012/2013 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg)

Wahl, G., Borrmann, M. (2014b): Gesundheit von Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1. Ergebnisse der Untersuchung der Gesundheitsämter. Untersuchungsjahre 2009/2010 – 2012/2013 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg)

Wahl, G., Julien, M. (2015): Subjektive Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten von Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt. Ein landesweiter Survey im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg)

Wahl, G., Zeiske, K., Julien, M., Schulze, W.K. (2013): Herz-Kreislauf-Erkrankungen und assoziierte Diagnosen bei unter 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. In: Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt. Bericht zur gesundheitlichen Lage, zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg), 53 – 105

Welte, T. (2010): Pneumonie - Geschichtliche Entwicklung, Status quo und Ausblick. In: Pneumologie, 64 (2010), 560 – 566

Wetzstein, M., Rommel, A., Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: GBE kompakt (2015) 3

Wurm, S., Tesch-Römer, C. (2009): Prävention im Alter. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Hogrefe, Göttingen, 317 – 327

Zentralverband des Deutschen Handwerks (Hrsg) (2011): Leitfaden "Verlängerte Lebensarbeitszeit – Rente mit 67". Die verlängerte Lebensarbeitszeit, die Rente mit 67 und Gestaltungsoptionen für den Übergang von der Arbeits- in die Ruhestandsphase. Berlin

www.gbe.sachsen-anhalt.de
www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de