

Kreisausschuss Marburg-Biedenkopf

Aktueller *Stand Präventionsplan*
„Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“

Präventionskonferenz am 12.07.2023

Rahel Häcker, Gesunde Stadt Marburg
Rolf Reul, Geschäftsstelle Initiative Gesundheit fördern – Versorgung stärken

Beschluss und Festlegung bis 2030 der Gesundheitsziele für die drei Lebensphasen im Kreisausschuss und Magistrat der Universitätsstadt Marburg im Jahr 2019. Vom Kreistag und Stadtparlament Marburg anschließend zur Kenntnis genommen.

Gesund aufwachsen

1. Kinder, Jugendliche, Eltern und deren Bezugspersonen lernen einen bewussten Umgang mit digitalen Medien und der Medienwelt, ohne sich gesundheitlich, seelisch oder sozial zu schaden.
2. Kinder und Jugendliche entwickeln Freude an Bewegung. Entsprechend wird der Zugang zu Angeboten gefördert und ausgebaut, sowohl im Umfeld als auch im Naturraum.
3. Kindern, Jugendlichen und Eltern wird mit Wertschätzung und einer fördernden Grundhaltung begegnet. Eltern haben Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Stärken und erfahren Selbstwirksamkeit hinsichtlich der eigenen Gesunderhaltung und der Gesundheit ihrer Kinder.

Gesund bleiben

1. Menschen in der mittleren Lebensphase sind sensibilisiert, sich für die eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden aktiv einzusetzen.
2. Menschen in prekären Lebenslagen in der mittleren Lebensphase haben gute Zugänge zu Gesundheitsangeboten und gesellschaftlicher Teilhabe.
3. Die psychische Gesundheit von Erwerbslosen und geringfügig Beschäftigten wird gefördert.

Gesund altern

1. Die Gesundheit von pflegenden Angehörigen wird gefördert.
2. Die Lebensübergänge von Älteren werden präventiv gestaltet.
3. Die gesundheitliche Situation und Resilienz von isolierten, psychisch erkrankten, immobilen, von Armut bedrohten Älteren wird verbessert.



Ziel 3: Kindern, Jugendlichen und Eltern wird mit Wertschätzung und einer fördernden Grundhaltung begegnet. Eltern haben Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Stärken und erfahren Selbstwirksamkeit hinsichtlich der eigenen Gesunderhaltung und der Gesundheit ihrer Kinder.

Maßnahme: Programm „Message“, indizierte Suchtprävention

Ziel: Resilienzförderung, Stärkung der personalen und sozialen Ressourcen

Zielgruppe: Gruppenangebot für Jugendliche (13-17 Jahre) im Landkreis Marburg-Biedenkopf sowie deren Erzieher*innen, Betreuer*innen, Trainer*innen und Leitungspersonen.

Lebenswelt: Wohngruppen, Vereine

Kooperationspartnerin: Fachstelle für Suchtprävention beim Diakonischen Werk Hessen

Umsetzungsstand: Programmstart 2022

4 Wohngruppen des Elisabeth Vereins

2 Wohngruppen von Integral (überwiegend Minderjährige Asylsuchende)

Inhouse Schulung für 2 Wohngruppen in Biedenkopf

In Planung: FSV Cappel U 19; Wohngruppe Erlengraben (Marbach GmbH)

„Verbunden – Stark – Gesund“

Ein präventives, gesundheitsförderndes Unterstützungsangebot für Ein-Eltern-Familien in Marburg.

Maßnahme:

- Gruppenangebot für alleinerziehende Eltern (Eltern AG)
- Ernährungsangebot für die Kinder der Eltern
- Multiplikator*innenschulungen für Erzieher*innen der Kitas
- Pat*innenprogramm – Eltern-AG wird von Pat*innen weitergeführt

Projektumsetzung:

1. Eltern AG vom 27.04 – 19.10.2022 in der FBS Marburg
2. Eltern AG vom 28.09.2022 – 01.03.2023 in der FBS Marburg
3. Eltern AG vom 26.04-18.10.2023 in der FBS Marburg
4. Eltern AG vom 23.09.23 – 26.04.24 in Wehrda

Kostenträger: Gesetzlichen Krankenkassen in Hessen



Unterstützungsangebot für alleinerziehende Eltern und ihre Kinder

VERBUNDEN-STARK-GESUND

TERMINE
26.04.23 - 18.10.23
immer mittwochs
von 16.30-18.30 Uhr
(20 Treffen in festen Gruppen)

ANMELDUNG
unter
fbs@fbs-marburg.de
(Das Angebot ist kostenlos)

ORT
Ev. Familien-
bildungsstätte (fbs)
EG3
Barfußort 34, 35037
Marburg

ANSPRECHPARTNERINNEN
Tina Gerdes
Evangelische Familien-Bildungsstätte
Barfußort 34, 35037 Marburg
Tel.: 06421 17506-18
fbs@fbs-marburg.de
Linda Noack
Projektorganisation, Gesunde Stadt Marburg
Leopold-Lucas-Str. 46A, 35037 Marburg
Tel.: 06421 2011633
Linda.Noack@marburg-stadt.de

Gesund bleiben

Ziel 6: Die psychische Gesundheit von Erwerbslosen und geringfügig Beschäftigten wird gefördert.

Maßnahme: Achtsamkeitstraining zur Förderung der inneren Widerstandsfähigkeit und Unterstützung der psychischen Gesundheit von Menschen in prekären Lebenslagen.

Kooperationspartnerin: LOK (Verein für Beratung und Therapie e.V. aus Stadtallendorf)

Umsetzungsstand : Konzept in 2021 von der LOK entwickelt, Start 2022

2022 1 Kurs in Marburg mit 10 Teilnehmenden

2023 2 Kurse (Marburg/Stadtallendorf)

Ziel 9: Die gesundheitliche Situation und Resilienz von isolierten, psychisch erkrankten, immobilen, oder von Armut bedrohten Älteren wird verbessert.

Maßnahmen im Rahmen des Modellvorhabens zur Bewegungsförderung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Zuständig Fachdienst Kultur und Sport, „Sportland Hessen bewegt“)

Maßnahme: **ATP – Bewegungspfade**

Umsetzung: Bewegungspfade in 17 Kommunen etabliert

AlltagsTrainingsProgramm (ATP) entwickelt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS), dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), dem Deutschen Turner-Bund (DTB) und dem Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW).

Die Übungen sind so gewählt, dass keine selbst mitgebrachten Materialien oder Gegenstände notwendig sind, aus deren Nutzung Wartungs- oder Haftungsansprüche resultieren könnten. Die Übungen erfordern keine Vorkenntnisse und sind leicht umzusetzen.

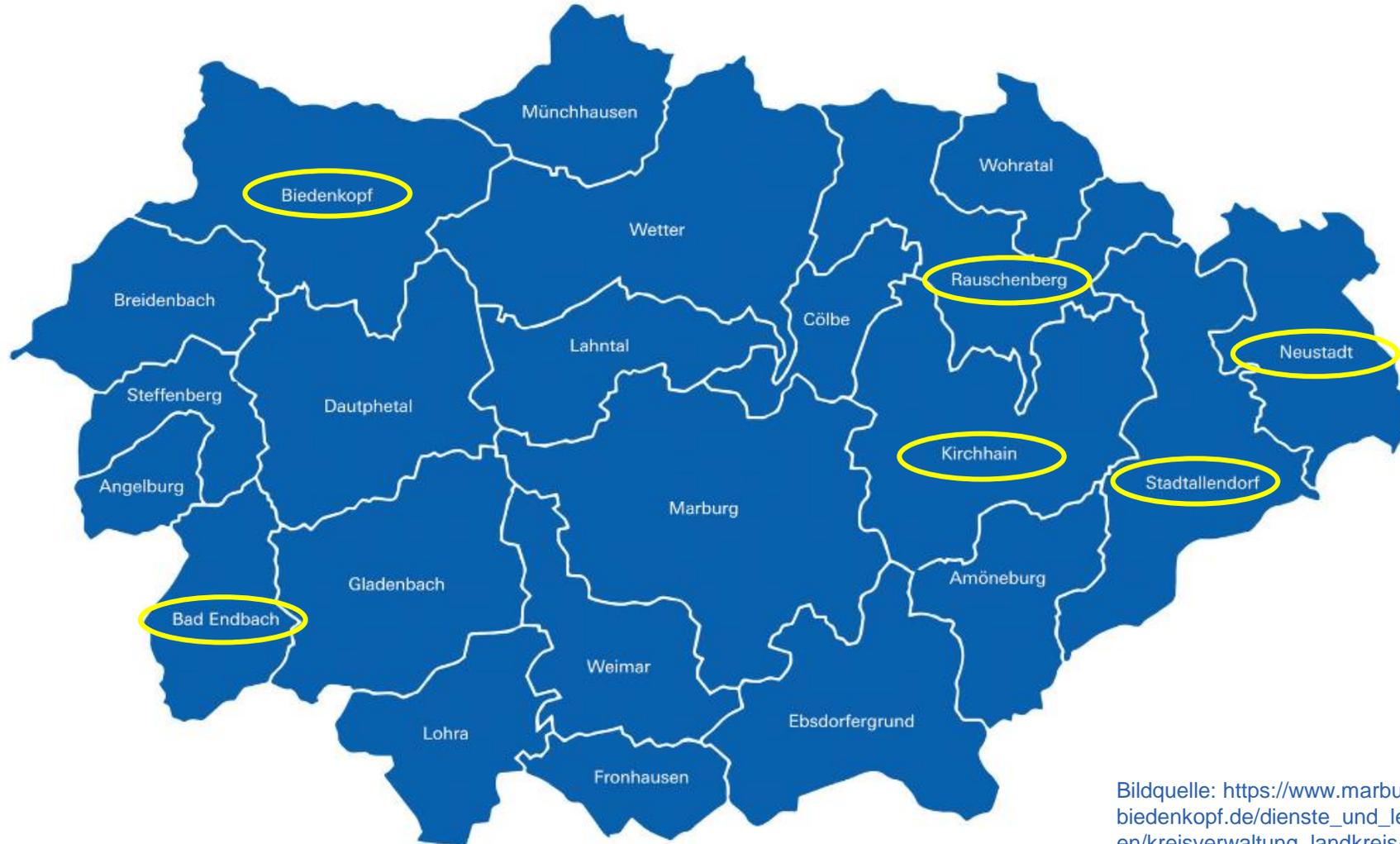


Gesundheitsziele in die Fläche bringen Dezentrale Präventionsberatung: *Gesundheitsamt GKV- Förderung bis 2026*

Modellvorhaben in sechs ausgewählten Kommunen des Landkreises

- Bedarf: Auf Grund der Größe des Landkreises, der Anzahl der Einrichtungen in den verschiedenen Settings sowie der regional unterschiedlichen Bedarfslage ist eine flächendeckende Umsetzung des Präventionsplans und seiner Ziele nur möglich, wenn fachliche Expertise „vor Ort kommt“.
- Die Präventionsberaterin dient als fachlicher Ansprechpartnerin und Koordinatorin. Gemeinsam mit den Verantwortlichen in den verschiedenen Lebenswelten vor Ort werden Bedarfe ermittelt und priorisiert, Konzepte erarbeitet, örtliche Netzwerke etabliert /gestärkt und ggf die Förderantragstellung unterstützt. Die inhaltliche Vorgehensweise ist am Public Health Action Cycle ausgerichtet.

Ausgewählte Kommunen



Bildquelle: https://www.marburg-biedenkopf.de/dienste_und_leistungen/kreisverwaltung_landkreis/Ueber-unsere-Landkreis.php



Aktuelle thematische Schwerpunkte

- Partizipative Angebotsentwicklung mit dem KiJuPa (Bad-Endbach),
- Medienkonsum im Kindes- und Jugendalter (Biedenkopf),
- partizipative Gestaltung einer Freifläche zur Bewegungs- und Interaktionsförderung (Kirchhain),
- Zahngesundheit, Ernährung und Bewegung (Neustadt),
- Erziehungskompetenz von Eltern und Ernährung im Kindes- und Jugendalter (Rauschenberg),
- Erfassung und Koordinierung von Angeboten der Altersstufe 0-6 Jahre (Stadtallendorf).

***Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!***

Gesund alter(n) als gesellschaftliche Herausforderung

6. Präventionskonferenz
der Initiative ‚Gesundheit fördern – Prävention stärken‘
12.07.2023

Prof. Dr. Regina Brunnett
Hochschule Fulda

12.07.2023

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Agenda

- Pluralisierung von Lebenslagen und Bildern des Alterns
- Ungleichheit, gesundheitliche und soziale Lagen im Alter
- Ungleiche Lebensräume im Altern
- Schlussfolgerungen und Herausforderungen

Demografischer Wandel

- ↘ Zunahme des Anteils alter und hochaltriger Menschen
- ↘ dadurch künftig steigender Bedarf an
 - ↘ Pflege und Gesundheitsversorgung für alte Menschen
 - ↘ Gesundheitsförderung und Prävention u.a. zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
 - ↘ Angeboten für die ‚Baby-Boomer‘ Generation

Pluralisierung von Lebenslagen Älterer

- ↘ Pluralisierung der Lebenslagen und -formen älterer Menschen hinsichtlich
 - ↘ Lebens- und Haushaltsformen (Patchwork, WG, Alleineleben) (Engstler/Klaus 2017)
 - ↘ Aktivität (z.B. Fitnessstudio, Wander- und Radurlaube)
 - ↘ Interessen & soziale Teilhabe
 - ↘ „Best Ager“, „Junge Alte“

Wandel der (Selbst-)Bilder des Alterns

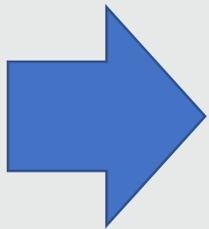
↘ positivere Altersbilder

↘ v.a. bei Menschen mit höherer Bildung (Beyer et al. 2017); auch in Forschung (vgl. BMFSFJ 2010)

↘ subjektiv:

↘ Verschiebung des Alt-Seins ins hohe Alter,

↘ wird assoziiert mit Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit (z.B. Graefe et al. 2011)



- **aktives Altern**
- **gesundes Altern**

Typ. Erkrankungen im Alter(n)

Demenz: > 65 Jahre: 1,7 Mill 2021

Herzinfarkt, Bluthochdruck KhK: sprunghafter Anstieg ab 65 Jahre

20,5 % - 65-74J. auf 35,1 % > 75 J bei Frauen

jemals diagnostizierte Krebserkrankung: deutlicher Anstieg

50-64 J., 9,8 % F, 5,3 % M;

65-74 J. 17,5 % F., 13,6 % M

Multimorbidität

Lebensqualität und chronische Erkrankungen im Alter

↘ hoher Einfluss auf Lebensgestaltung und Lebensqualität

↘ Selbstständigkeit,

↘ komplexere Versorgungsbedarfe, häufigere Krankheitshausaufenthalte,

↘ Einfluss auf Mobilität, ggf. Sturzgeschehen -> Pflegebedürftigkeit

↘ hohe Varianz in Krankheitsverläufen und Schweregraden

↘ Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung auch bei ‚bedingter Gesundheit‘

↘ Unterstützungs- und Bewältigungsmöglichkeiten auch im Alter

(Pohlmann 2019; Brunnett et al. 2013)

Aber: Gesundheitliche Ungleichheit im Alter(n)

- ↘ höhere Prävalenzen psychischer und chronischer Erkrankungen bei sozial Benachteiligten im früheren Lebensalter (v.a. belegt für SES)
 - ↘ häufiger Multimorbidität bei geringerer Bildung und bei Frauen
- ↘ gesundheitliche Unterschiede zwischen den Statusgruppen nivellieren sich tend. im höheren Lebensalter - bei Männern ab 75 J., bei Frauen bleiben sie bestehen (Lampert et al. 2017)

Chancen für gesundes Altern

- ↘ eingeschränkt bei sozialer Benachteiligung aufgrund von
 - ↘ Benachteiligungen in früheren Lebensphasen (Erwachsenenalter, z.T. auch Kindheit)
 - ↘ Materielle Faktoren: Arbeitsbedingungen, Wohnen, Freizeit/Urlaub...
 - ↘ Gesundheitsverhalten/-handeln
 - ↘ psychosoziale Belastungen

(vgl. Schmitz 2019)

- ↘ wohlfahrtstaatlichem Rahmen

Heterogene benachteiligte Gruppen auch im Alter

z.B.

↳ **Menschen mit Migrationserfahrung**

↳ Langzeitarbeitslose / Bürgergeld

↳ z.T. ALG I – Bezug

↳ Menschen mit Behinderungen

↳ Menschen mit niedrigem SES

- geringere Einkommen im Erwachsenenalter
- hohe körperliche Arbeitsbelastungen
- seltener: altersgerechte Wohnungen und Balkone, kleinere Wohnungen
- teilweise geringe deutsche Sprachkenntnisse

18%

Sonstige Migrantinnen und Migranten, u.a. Geflüchtete und Asylsuchende, aus einer großen Zahl von Ländern der übrigen Welt

32%

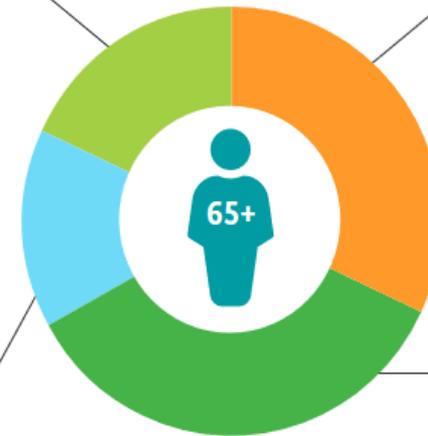
(Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedler aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion bzw. ab 1991 aus deren Nachfolgestaaten und aus weiteren osteuropäischen Staaten, insbesondere Polen und Rumänien

15%

Migrantinnen und Migranten aus der EU (ohne die Länder mit früheren Anwerbeabkommen)

35%

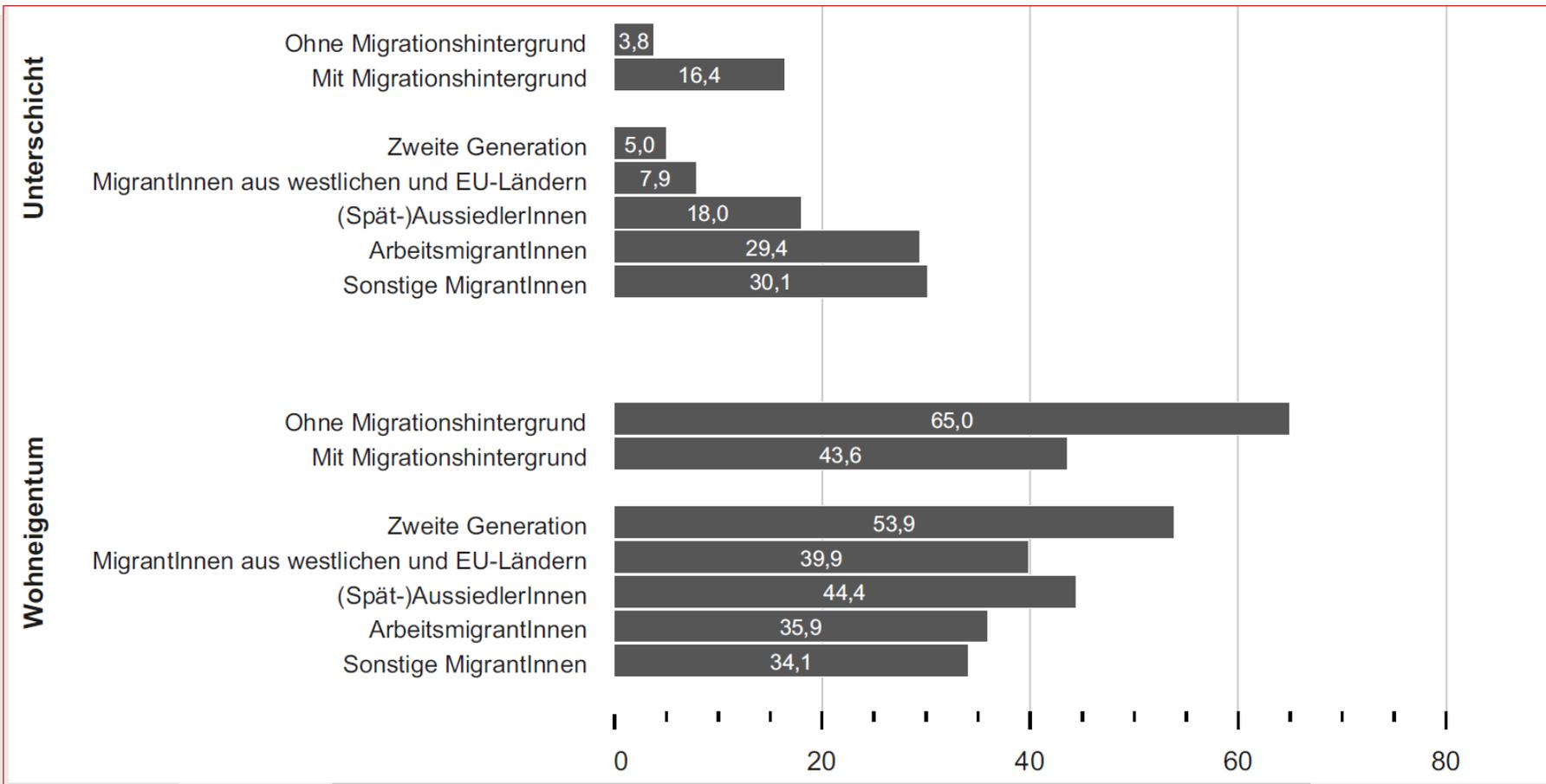
Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus Gastarbeiteranwerbestaaten (Italien, Spanien, Griechenland, Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien, ehem. Jugoslawien und Südkorea)



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020, eigene Berechnungen

(Olbermann 2021)

Soziale Benachteiligung Menschen mit Migrationshintergrund

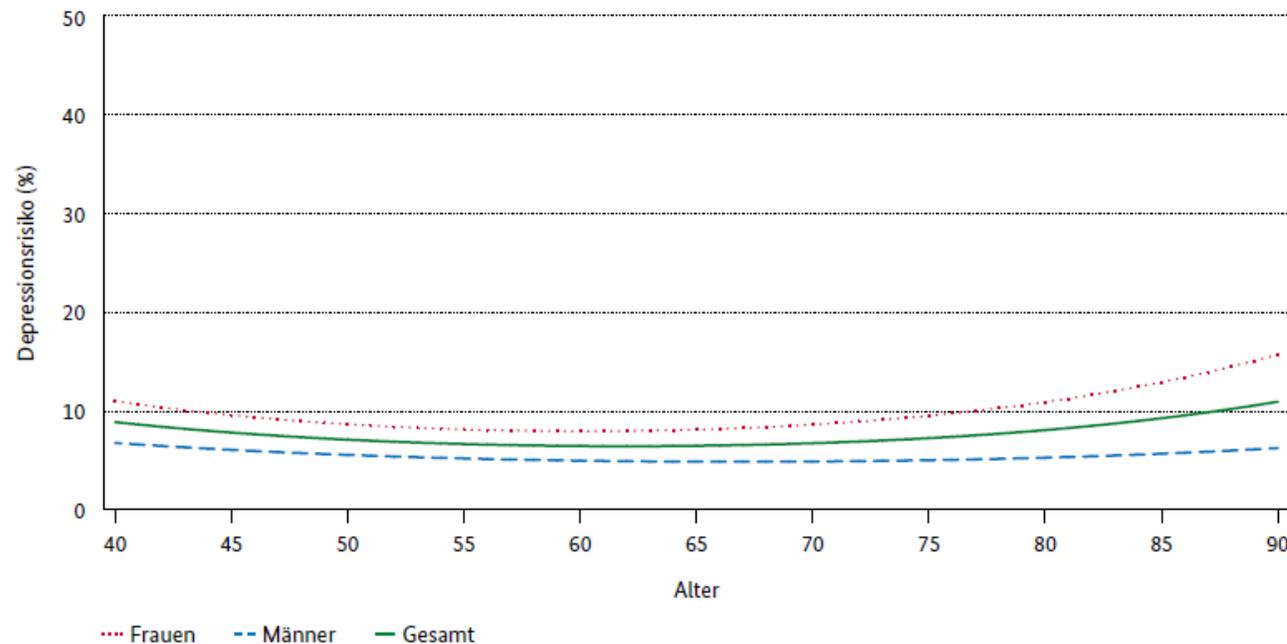


(Klaus/Baykara-Krumme 2017, S. 359)

Quelle: DEAS 2008 und 2014; (n = 11.380 für Armutsquote; n = 11.924 für Unterschichtsquote; n = 12.129 für Wohneigentum), gewichtet und kontrolliert nach Alter, Geschlecht, Landesteil. Gerundete Angaben; ($p < ,05$). Alle Gruppen unterscheiden sich signifikant von den Personen ohne Migrationshintergrund mit Ausnahme der zweiten Generation in der Kategorie Unterschicht

Depressionen im Altersverlauf

Abbildung K3-3: Depressionsrisiko bei Frauen und Männern im Altersverlauf



Quelle: DEAS 2002–2017; Schätzungen basieren auf $n = 14.906$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 28.554$ Beobachtungen; kontrolliert für Region. Der Wertebereich des Depressionsrisikos reicht von null Prozent bis 100 Prozent, in der Abbildung wird nur der Bereich null Prozent bis 50 Prozent gezeigt.

Frauen sind von einem höheren Depressionsrisiko betroffen als Männer, zudem steigt ihr Depressionsrisiko mit zunehmendem Alter stärker an als das der Männer.

DEGS Studie 2013:

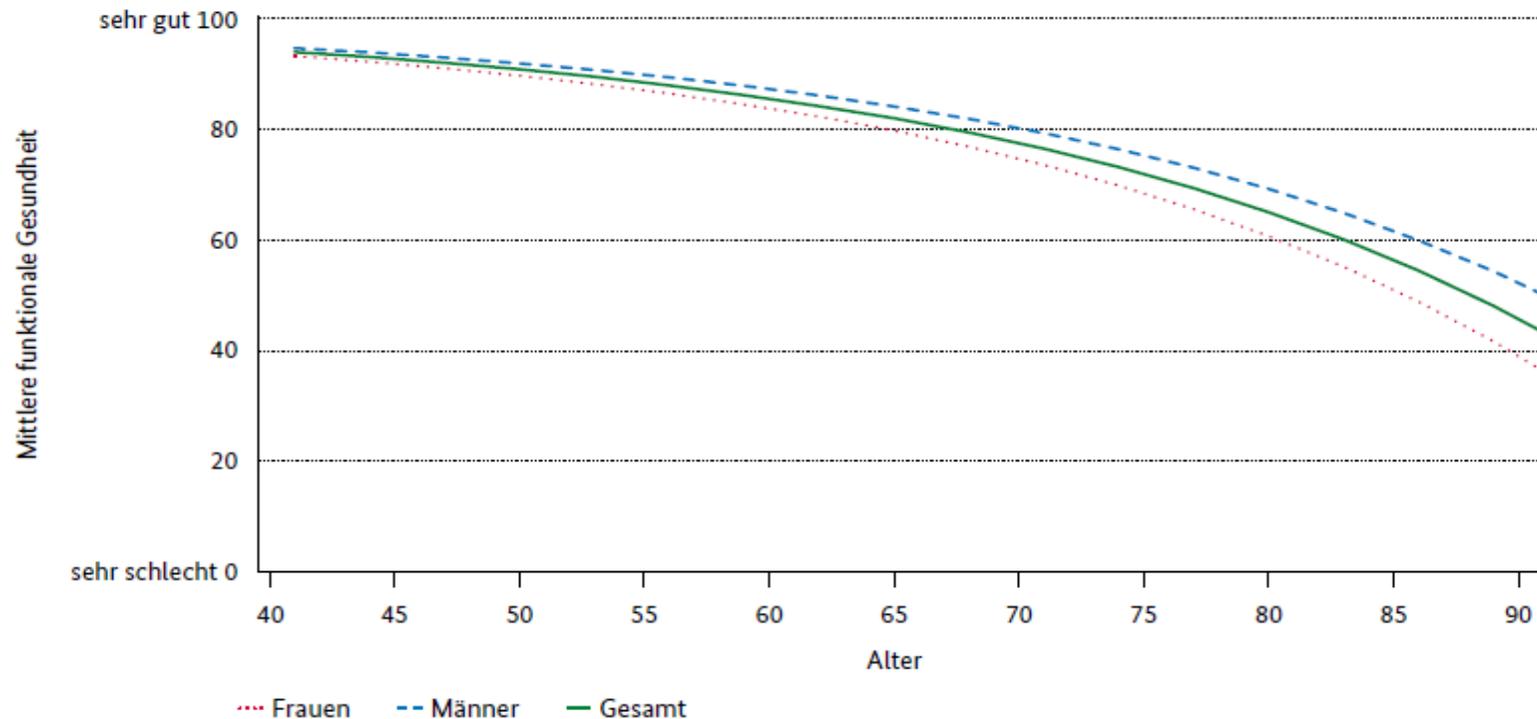
- Pers. aus niedriger Statusgruppe
3 x so hohe Prävalenz als Pers. aus hoher Statusgruppe

(Busch et al. 2013)

- für andere Gruppen: schlechte Studienlage

Funktionale Gesundheit im Altersverlauf

Abbildung K2-1: Funktionale Gesundheit bei Frauen und Männern im Altersverlauf



Quelle: DEAS 2002–2017, Schätzungen basieren auf $n = 15.131$ Studienteilnehmenden mit insgesamt $n = 28.882$ Beobachtungen; kontrolliert für Region; Kategorisierung der Werte: sehr gute funktionale Gesundheit (80–100), gute funktionale Gesundheit (60–79), moderate funktionale Gesundheit (40–59), schlechte funktionale Gesundheit (20–39), sehr schlechte funktionale Gesundheit (0–19).

Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag

Puffer, z.B.
Soziale
Unterstützungsnetzwerke,
(Angehörige)

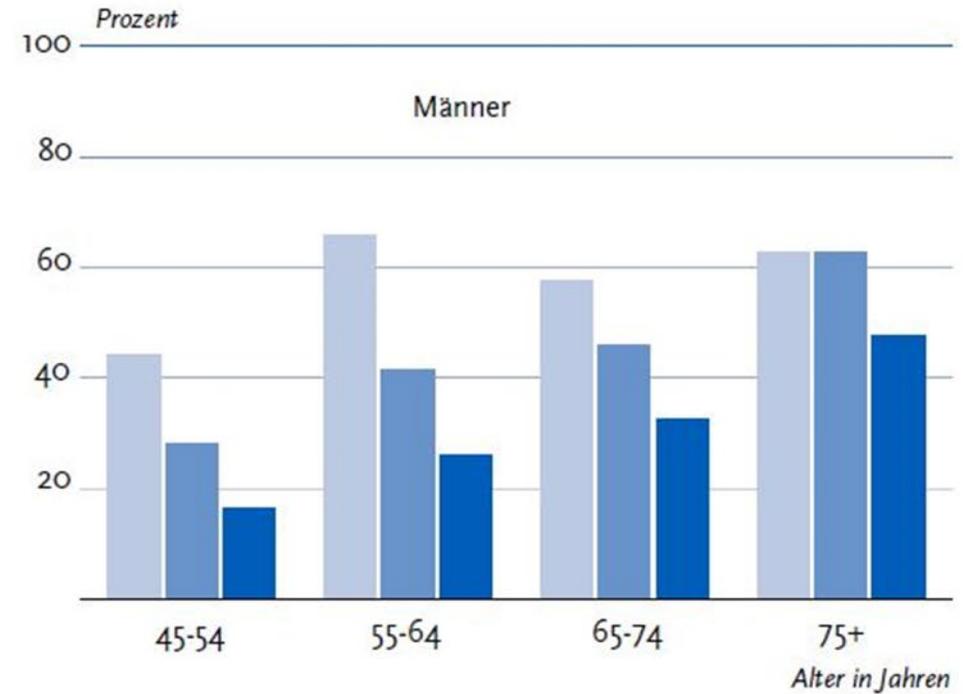
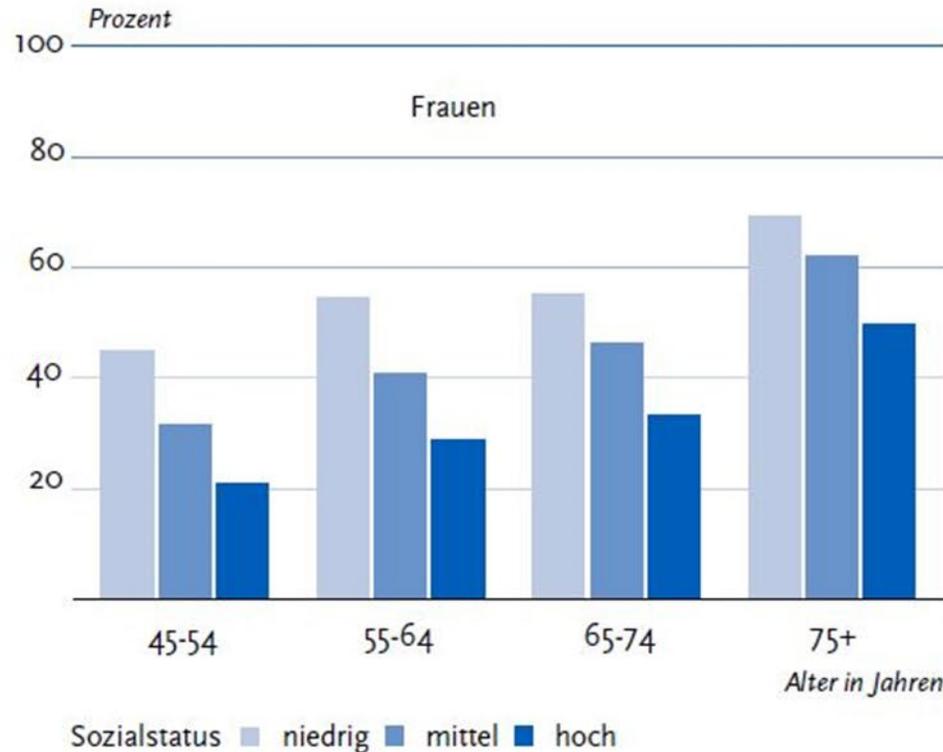
Tab. 1 Einschränkungen des Alltagslebens wegen gesundheitlicher Probleme nach Alter, in %

Alter	Stark eingeschränkt	Etwas eingeschränkt	Nicht eingeschränkt
25–54	2,9	12,9	84,3
55–64	10,7	29,2	60,1
65–79	16,1	38,4	45,4
80+	30,3	40,8	28,9

SOEP 2017, eigene Berechnungen

(Wiegel/Bergmann 2020)

Gesundheitliche Einschränkungen nach Sozialstatus und Alter

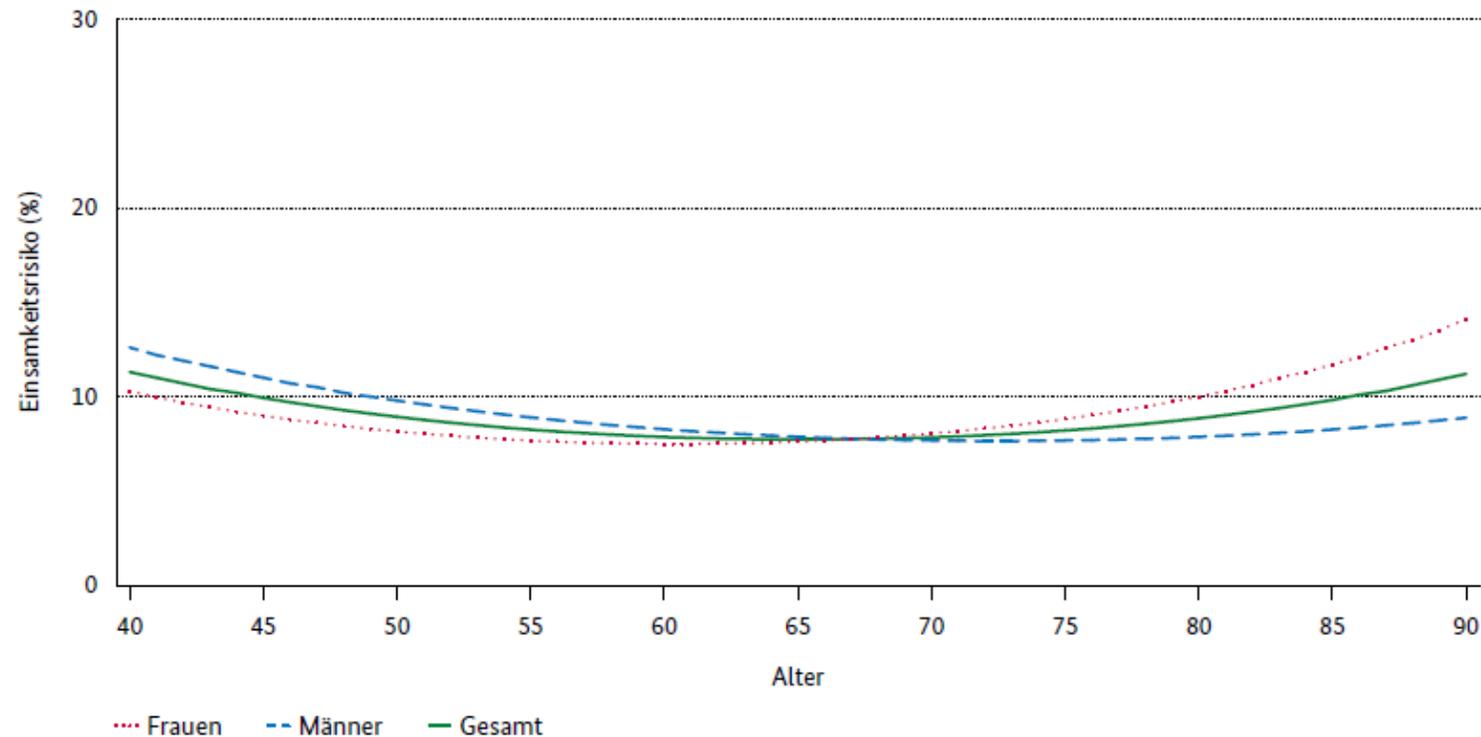


Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012

(Lampert et al. 2016;
vgl. auch Lampert/Höbel 2019)

Einsamkeitsrisiko im Altersverlauf

Abbildung K4-3: Einsamkeitsrisiko bei Frauen und Männern im Altersverlauf



Quelle: DEAS 1996–2017, n = 16.151 Studienteilnehmende mit insgesamt n = 25.992 Beobachtungen; modellbasierte Schätzungen kontrolliert für Region; der Geschlechtereffekt ist signifikant.

Die Wahrscheinlichkeit, im Alter von 90 Jahren einsam zu sein, beträgt für Frauen ca. 14 Prozent und für Männer ca. neun Prozent.

- Einsamkeit nimmt mit dem Alter zu
- am stärksten in Pflegeheimen
- hochaltrige Frauen > doppelt so häufig als Männer
- seltener bei hochaltrigen Menschen Partner*innenschaften/Netzwerke
-> aber: **Qualität entscheidend**
- häufiger bei schlechter subjektiver Gesundheit

(Kaspar et al. 2023)



Einsamkeitsrisiko steigt mit sozialer Benachteiligung

Menschen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen geben häufiger an, einsam zu sein

22,1 % niedrige Bildung
14,1 % mittlere Bildung
10,0 % hohe Bildung

Menschen mit direktem Migrationshintergrund geben häufiger an, einsam zu sein

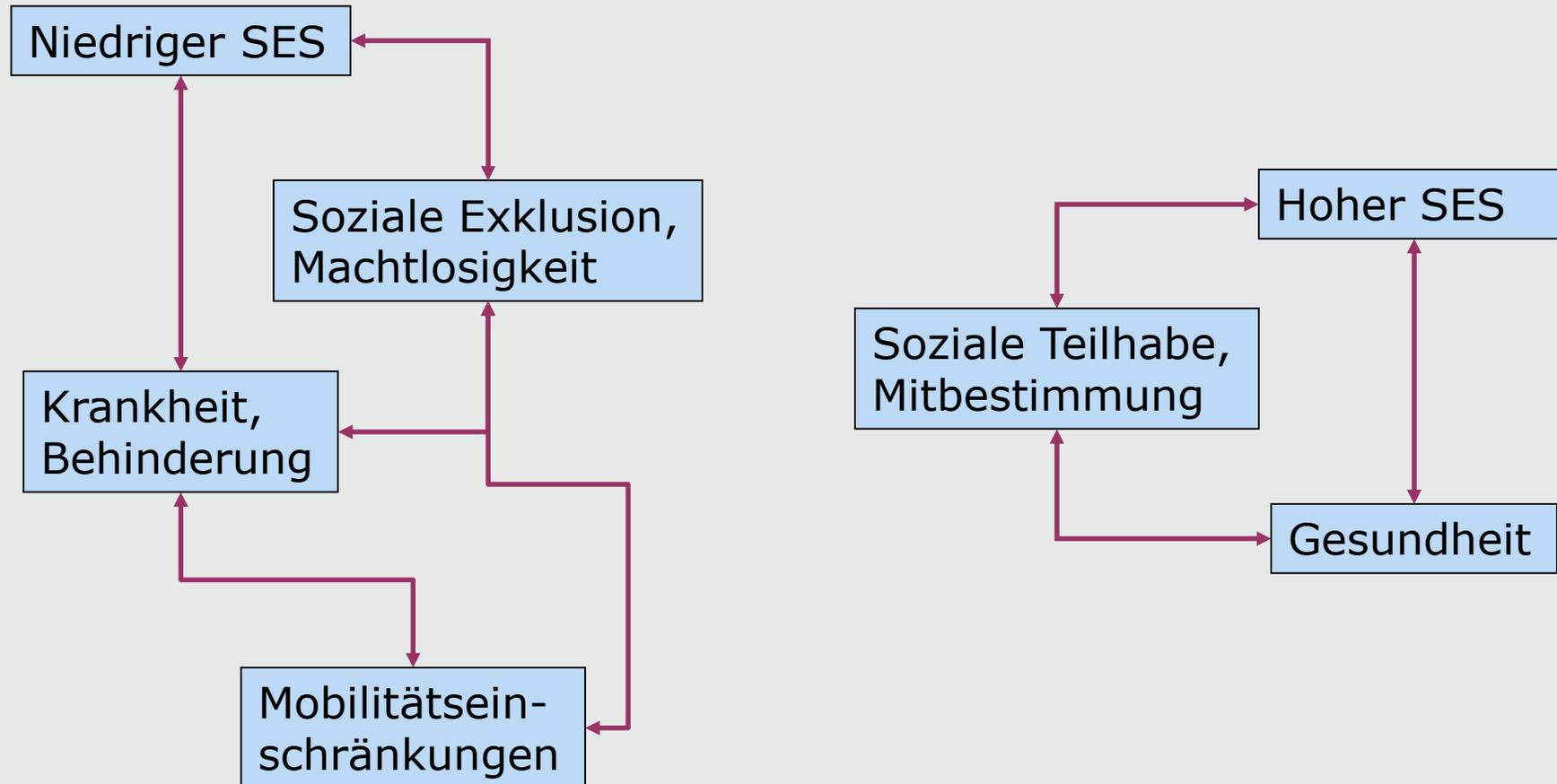
21,8 % mit Mig.
12,6 % ohne Mig.

vor der SARS-CoV2-Pandemie



Deutet auf geringe gesellschaftliche Teilhabe hin

Benachteiligung, Krankheit und soziale Teilhabe



Soziale Benachteiligung im Alter bedeutet

- ↘ signifikant früheren Eintritt chronischer Erkrankungen und Behinderungen
- ↘ frühere und stärkere Problematik des ‚vierten Alters‘
- ↘ frühere Einschränkungen der Mobilität durch gesundheitliche und finanzielle Einschränkungen
- ↘ eingeschränkte Partizipations- und Gestaltungschancen
- ↘ überproportional hohe Betroffenheit von **Altersarmut**

Exkurs: Armut im Alter

Messverfahren

↘ **Grundsicherung im Alter nach SGB XII**

bis über 60 % der Berechtigten stellen keinen Antrag
Dez. 2020: 3,2 % der Älteren (65+) im
Grundsicherungsbezug (59% F, 41% M)

Anteil der Männer steigt kontinuierlich von 2003-2020 an

↘ **Armutsgefährdungsquote** (über 65 Jahre) 2019:

↘ < 60 % des mittleren Einkommens (Median)

↘ Gesamt 15,7 %

↘ Frauen 17,4 %,

↘ Männer 13,5 %

(nach EU SILC / Stat. Bundesamt)

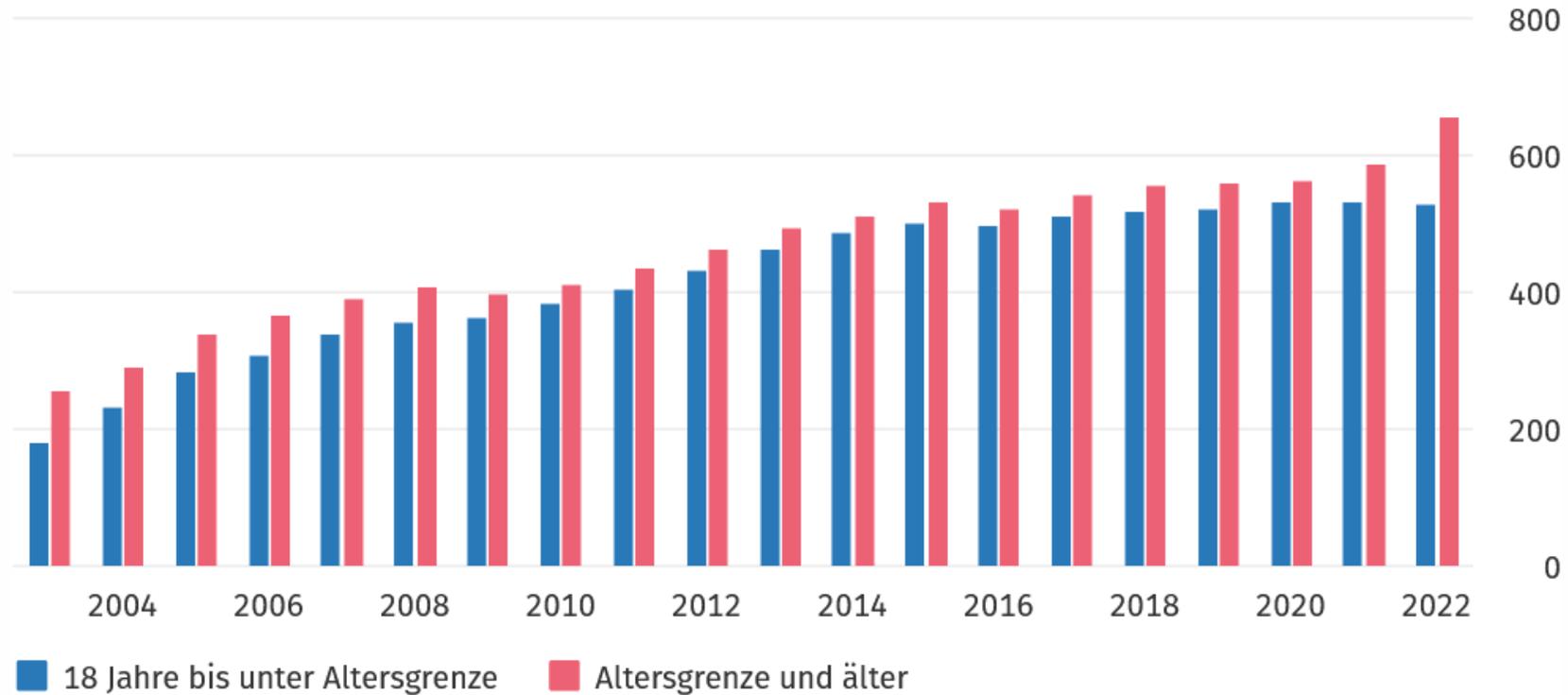


Bei Migrant*innen > 65 Jahre: 33,5 %

Grundsicherung nach Altersgruppen

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach Altersgruppen

in Tausend



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

Gesundheitsbezogene Bedarfe sozial benachteiligter Älterer

- ↘ Prävention/Gesundheitsförderung und pflegerisch-gesundheitliche Versorgung
 - ↘ Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind für sie schlechter erreichbar (Präventionsdilemma)
 - ↘ z.T. erschwerte Zugänge zu Pflege und Gesundheitsversorgung (Barrieren)
- ↘ auch: sozialräumliche Ressourcen

Ungleiche räumliche Ressourcen und Barrieren

↘ Gelegenheiten / Barrieren für Handlungsmöglichkeiten alter Menschen

Zugänge zu gesundheitlicher Infrastruktur

Ärzt*innen

Fachärzt*innen

Pflegedienste

Psychotherapie

Zugänge zu sozialer Infrastruktur

Einkaufsmöglichkeiten

Ämter/Behörden

Beratung

Freizeitmöglichkeiten

Zugang zu altersgerechtem Wohnraum

Räumliche
Barrierarmut
(Fahrstühle, Bänke)

Wohnsituationen (Standard, Größe, Lage)



Räume als soziale Determinante für die Gesundheit alter Menschen

Gesundheitseffekte von Quartieren auf Morbidität / Mortalität / gesundheitsbezogenes Verhalten (Berkowitz et al. 2021)

Segregationsprozesse, v.a. durch Gefährdung der Infrastruktur, Wegzug von Personen im erwerbsfähigen Alter
Armuts- und Einsamkeitsrisiko, besonders von Frauen

Bedeutung für Gesundheitsförderung

- ↘ Gesund altern: wesentlich eine gesellschaftliche Herausforderung !
- ↘ Gesundheitsförderung (auch in früheren Lebensphasen) kann soziale und gesundheitliche Benachteiligungen im Alter(n) z.T. kompensieren
- ↘ **Förderung sozialer Teilhabe und Partizipation sozial benachteiligter Menschen** schon in früheren Lebensphasen
- ↘ **Stärkung sozialraumbezogener Ressourcen** sinnvoll (z.B. Netzwerke/soziales Engagement) (vgl. z.B. Alich/Ritter 2019)

Herausforderungen für Gesundheitsförderung alter sozial benachteiligter Menschen

- ↘ Vernetzung zwischen verschiedenen Akteur*innen und Sektoren besonders bedeutsam (Pflege- und Versorgungsbedarf)
 - ↘ Verknüpfung lebenswelt- und versorgungsbezogener Ansätze
 - ↘ Unterstützung pflegender Angehöriger und ihrer Netzwerke
- ↘ regionale strukturelle Verankerung von Förderung v. Teilhabe am wirksamsten (Kühnemund/Kümpers 2019)
- ↘ kommunale Zuständigkeiten für benachteiligte Gruppen oft unklar
- ↘ diversitätssensible Angebote sinnvoll

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Prof. Dr. Regina Brunnett

Hochschule Fulda

Fachbereich Gesundheitswissenschaften

Leipziger Str. 123

36039 Fulda

Regina.Brunnett@gw.hs-fulda.de

Prof. Dr. Regina Brunnett

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Literatur

- Berkowitz, R. L., Gao, X., Michaels, E. K., & Mujahid, M. S. (2021). Structurally vulnerable neighbourhood environments and racial/ethnic COVID-19 inequities. *Cities & health*, 5(sup1), 59-62.
- Berner, F., Vogel, C., Wettstein, M., & Tesch-Römer, C. (2019). Frauen und Männer im Verlauf der zweiten Lebenshälfte: eine Gesamtbetrachtung der empirischen Befunde (pp. 133-143). Springer Fachmedien Wiesbaden
- BMFSFJ (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte – Älterwerden im sozialen Wandel. Zentrale Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 1996 bis 2017. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).
- Brunnett, R.; Hasseler, M.; Strupeit, S.; Deneke, C. (2013): Mobilität als multidimensionales Konzept: Grundlage für gesundheitsförderliche Mobilitätsförderung, in: Hasseler, M.; Meyer, M.; Fischer, S.; (Hg.): Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis (S. 72-84), Stuttgart.
- Deutscher Bundestag. (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung.
- Engstler, E.; Klaus, D. (2017): Auslaufmodell ‚traditionelle Ehe‘? Wandel der Lebensformen und der Arbeitsteilung von Paaren in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne; J.K. Wolff; J. Simonson; C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey. Wiesbaden: Springer VS, S. 201-213.
- Entringer, T. (2022). Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik eV Kompetenznetz Einsamkeit.
- Graefe, S.; van Dyk, S.; Lessenich, S. (2011): Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44, S. 299-305.
- Kaspar, R., Wenner, J., & Tesch-Römer, C. (2023). Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. In *Hohes Alter in Deutschland* (pp. 89-118). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Klaus, D.; Baykara-Krumme, H. (2017): Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 359-379). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_24

Literatur

- Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Fuchs, J.; Scheidt-Nave, C.; Nowossadeck, E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter, hrsg. RKI, Berlin. GBE kompakt 7 (1).
- Mahne, K; Wolff, J.K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (2017): Altsein im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey, in: Dies. (Hrsg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey, Wiesbaden: Springer VS, S. 11-27
- Olbermann, E. (2021): Gesundheitsförderung mit älteren Migrantinnen und Migranten gestalten, hrsg. BAGSO, Dortmund. https://im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/4_Gesundheitsfoerderung/Kommunale_Ebene/Gesundheitsfoerderung_MigrantInnen.pdf [Zugriff: 09.07.2023].
- Pohlmann, P. (2019): Diversität und Gestaltbarkeit von Gesundheit und Krankheit im Alter. In: R. Haring et al. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften (S. 457-464). Springer Reference Pflege-Therapie-Gesundheit
- RKI. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2020): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- RKI. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI Berlin.
- Schmitz, A. (2019): Gesundheitliche Ungleichheiten im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 52(2), 116-121.
- Statistisches Bundesamt (2023): Grundsicherung im Alter. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/165570/umfrage/empfaenger-von-grundsicherung-in-deutschland/> [Zugriff: 09.07.2023].
- Virtanen, M., Ferrie, J. E., Batty, G. D., Elovainio, M., Jokela, M., Vahtera, J., ... & Kivimäki, M. (2015): Socioeconomic and psychosocial adversity in midlife and depressive symptoms post retirement: a 21-year follow-up of the Whitehall II study. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 23(1), 99-109.
- Wiegel, C.; Bergmann, A. (2020): Alter und Gesundheit. in: S. Stadelbacher; W. Schneider (Hrsg.), Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s, https://doi.org/10.1007/978-3-658-29073-3_2