

Aspekte der Sozialen Teilhabe bei älteren Menschen in Berlin

Um der steigenden Lebenserwartung und der veränderten Bevölkerungsstruktur gemeinsam zu begegnen, hat die Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK) im Jahr 2011 das Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ beschlossen. In Abstimmung mit der AG „Gesundheitsziele für Ältere“ wurde das Monitoring „Gesund älter werden“ zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin ausgearbeitet. Eines der darin definierten Themenfelder ist der Bereich „Soziale Teilhabe“.

Soziale Teilhabe wird als die Einbeziehung einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich definiert. Sie stellt die soziale Perspektive der Funktionsfähigkeit dar (1, 2). Die soziale Teilhabe soll im Zusammenhang mit den Konzepten der sozialen Integration, der sozialen Eingliederung oder der sozialen Aktivität betrachtet werden (3).

Die soziale Teilhabe der älteren Bevölkerung gilt als einer der wichtigsten Schlüssel für ein gesundes und aktives Altern. Sie wird als eine zentrale Komponente angesehen, die sich auf die Gesundheit älterer Menschen auswirkt. Ihre Förderung ist eine der wichtigsten Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation als Reaktion auf die immer weiter wachsende alternde Bevölkerung. Die soziale Teilhabe älterer Menschen wird durch verschiedene ökologische, soziale und persönliche Faktoren beeinflusst (1).

Abbildung 1:
Bereiche der sozialen Teilhabe, angelehnt an die Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit



(Darstellung: SenWGPG - I A in Anlehnung an (2))

Die soziale Teilhabe ist ein mehrdimensionales Konzept und bezieht sich auf verschiedene Bereiche, die der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Grunde liegen (2). Diese Determinanten können mit Hilfe von Indikatoren gemessen werden. Die Determinanten der sozialen Teilhabe hängen voneinander ab und stehen in einem bidirektionalen Verhältnis zueinander (siehe Abbildung 1).

Determinanten, wie Arbeit und materielle Lebenssituation sowie Bildung und Ausbildung sind integraler Bestandteil der sozialen Teilhabe des Einzelnen. Für die Arbeit und die materielle Lebenssituation werden Indikatoren, wie Rente, Gesamteinkommen, bezahlte Arbeit und Verlust der Arbeit verwendet. Indikatoren, wie Bildungsniveau, Weiterbildung und

berufliche Bildung können zur Messung der Determinanten der Bildung und Ausbildung verwendet werden.

Die politische und zivilgesellschaftliche Partizipation ist eine weitere Determinante der sozialen Teilhabe, da sie es dem Einzelnen ermöglicht, Teil der öffentlichen Meinung zu sein. Sie zeigt sich zum Beispiel durch das Niveau des freiwilligen Engagements. Der deutsche Freiwilligen Survey 2019 zeigt, dass 62 % der 65- bis 74-Jährigen und 56 % der über 74-Jährigen in Berlin gemeinschaftlich öffentlich aktiv sind. Insgesamt 33 % der 65- bis 74-Jährigen und 20 % der über 74-Jährigen engagieren sich ehrenamtlich (4).

Freizeitaktivitäten, Kultur und Sport bestimmen die soziale Teilhabe durch Indikatoren wie körperliche Aktivität, sitzende oder nicht sitzende Lebensweise und Mitgliedschaft in Freizeitvereinen oder Teilnahme an kulturellen Ereignissen (4). Die soziale Teilhabe hängt auch von der Mobilität einer Person ab. In zwei bereits veröffentlichten KURZ INFORMIERT werden für die soziale Teilhabe relevante Indikatoren zur körperlichen Aktivität und Mobilität in der älteren Bevölkerung Berlins beschrieben:

- [Link zur Veröffentlichung „Bewegung und körperliche Aktivität älterer Menschen in Berlin“](#)
- [Link zur Veröffentlichung „Mobilität älterer Menschen in Berlin“](#)

In dieser Publikation werden Indikatoren für die Bereiche soziales Netzwerk, Wohnsituation, Gesundheitszustand und Selbstversorgung ergänzt.

Die Integration in soziale Netzwerken ist in der älteren Bevölkerung besonders wichtig. Veränderungen in diesem Bereich können das Risiko von sozialer Isolation und Einsamkeit erhöhen (5). Diese Determinanten der sozialen Teilhabe können durch den Grad der sozialen Unterstützung gemessen werden, wofür es verschiedene Instrumente gibt (6, 7).

Die Wohnsituation kann die soziale Teilhabe bei älteren Erwachsenen stark beeinflussen. Dabei spielt neben der physischen Wohnumgebung insbesondere die soziale Unterstützung eine Rolle. Alleinlebende Menschen erfahren häufiger eine geringe soziale Unterstützung im Vergleich zu Menschen, die mit Anderen zusammenleben (8-10).

Auch der Gesundheitszustand kann bei der sozialen Teilhabe eine Rolle spielen. Akute oder chronische Gesundheitsprobleme können die soziale Teilhabe einer Person einschränken. In der älteren Bevölkerung gehören Seh- und Hörstörungen zu den am häufigsten genannten Gesundheitsproblemen als Barrieren für die soziale Teilhabe. Diese beeinträchtigen die Mobilität wie die Kommunikation und damit die soziale Teilhabe (11-13).

Schließlich spielt die Fähigkeit zur Selbstversorgung für die soziale Teilhabe eine Rolle. Dazu können die sogenannten instrumentalen Aktivitäten des täglichen Lebens (iADL) betrachtet werden. Die iADLs werden als Indikatoren für den funktionalen Status einer Person verwendet und umfassen die Handlungen im Zusammenhang mit der Selbstversorgung: Mobilität, Essen, Einkaufen, Finanzmanagement usw. (14, 15).

Bisher liegen noch wenig Daten zur sozialen Teilhabe der Berliner Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter vor. Ziel dieser Publikation ist es, einzelne Indikatoren der sozialen Teilhabe in der älteren Bevölkerung Berlins zu beschreiben und Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen anhand von Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts aufzuzeigen.

Datengrundlage

Die Datengrundlage für diese Auswertung ist die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2019/2020 des Robert Koch-Instituts, in die auch die 3. Welle der „Europäischen Gesundheitsbefragung“ (European Health Interview Survey) integriert wurde (GEDA 2019/2020-EHIS). Die GEDA-Studie erhebt Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland. Dazu werden seit 2008 wiederholte Querschnittsbefragungen durchgeführt. Zwischen April 2019 und September 2020 wurden in GEDA 2019/2020-EHIS etwa 23.000 zufällig ausgewählte Personen der deutschsprachigen Wohnbevölkerung (darunter 2.109 Teilnehmende aus Berlin) ab 15 Jahren telefonisch befragt. Die Responserate lag bei 21,6 % (GEDA insgesamt) (16).

Die Berliner Stichprobe wurde auf Personen im Alter von mindestens 65 Jahren für diese Auswertung beschränkt. Die Indikatoren werden aufgegliedert nach Alter (65-79, ≥ 80 Jahre), Geschlecht (Frauen/Männer) und Bildungsstatus (niedrige, mittlere, höhere Bildung) berichtet. Bildungsstatus wurde gebildet auf Basis der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) (17). Die folgenden fünf Indikatoren wurden in Anlehnung an die Zielsetzung des Monitorings „Gesund älter werden“ im Bereich Soziale Teilhabe gebildet:

1. **Soziale Unterstützung:** Anteil der älteren Bevölkerung mit geringer, mittlerer und hoher sozialer Unterstützung nach der „Oslo-3-Skala“ (6, 7).
2. **Wohnsituation alleinlebend:** Anteil der älteren Bevölkerung, welcher alleine im Haushalt lebt (8).
3. **Schwierigkeiten beim Einkaufen:** Anteil der älteren Bevölkerung, welcher Schwierigkeiten hat, ohne Hilfe Einkäufe zu erledigen (14).
4. **Hörschwierigkeiten:** Anteil der älteren Bevölkerung, welcher Schwierigkeiten hat zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem lauten bzw. ruhigen Raum gesagt wird (einschließlich Menschen mit Hörgerät) (11, 12).
5. **Sehstörungen:** Anteil der älteren Bevölkerung, welcher Sehstörungen hat (einschließlich Menschen mit Brille) (11-13).

Eine detaillierte Beschreibung der Indikatoren kann eingesehen werden im: [Gesundheits- und Sozialinformationssystem](http://www.gsi-berlin.info) (www.gsi-berlin.info).

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Softwareprogramm Stata 17. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht, wenn die angegebenen 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) zwischen den Gruppen nicht überlappen oder der Chi-Quadrat-Test p-Wert $< 0,05$ ist. Von einer Tendenz wird ausgegangen, wenn der p Wert $< 0,1$ ist.

Beschreibung der Teilnehmenden

Von insgesamt 2.109 Berliner Teilnehmenden waren 36,5 % 65 Jahre und älter. Tabelle 1 zeigt die Stichprobenszusammensetzung der Berliner Teilnehmenden an GEDA 2019/2020-EHIS im Alter von 65 Jahren und älter. 57,0 % sind Frauen. 34,4 % haben eine niedrige Bildung, 39,3 % eine mittlere und 26,3 % eine höhere Bildung.

Eine Datentabelle zu den Ergebnissen der Sozialen Teilhabe kann eingesehen werden im:

[Gesundheits- und Sozialinformationssystem](http://www.gsi-berlin.info) (www.gsi-berlin.info).

Tabelle 1:

Soziodemographische Merkmale der älteren Berliner Teilnehmenden (≥ 65 Jahre) an GEDA 2019/2020-EHIS

Soziodemographische Variablen	Anzahl* (%)
Alter (Jahren)	
65-79	565 (73,4)
≥ 80	205 (26,6)
Geschlecht	
Frauen	449 (57,0)
Männer	321 (43,0)
Bildungsstatus	
niedrige Bildung	138 (34,4)
mittlere Bildung	272 (39,3)
höhere Bildung	360 (26,3)

* ungewichtete Anzahl

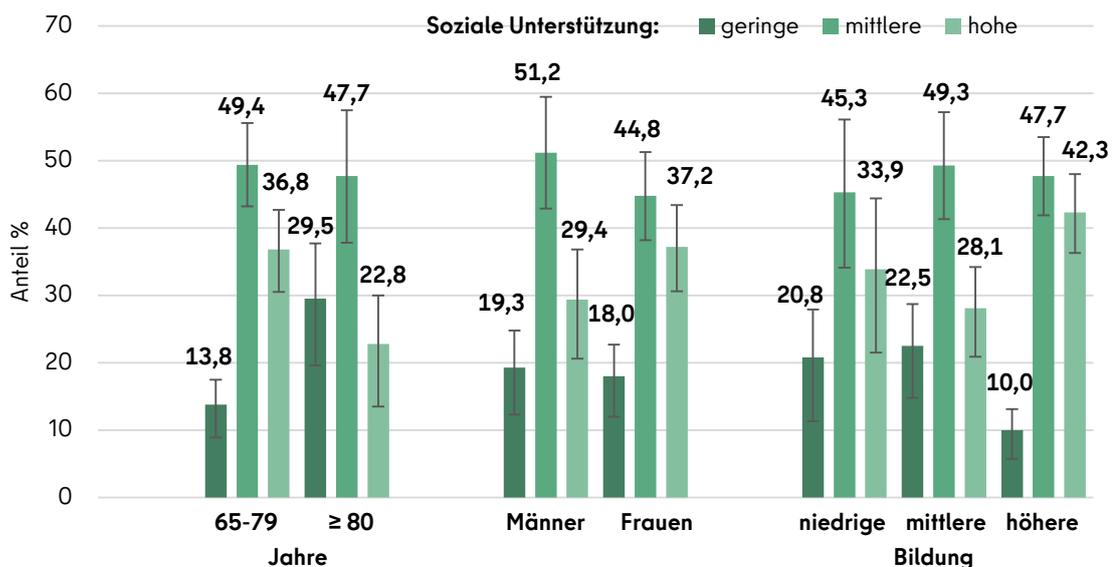
(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Soziale Unterstützung

Abbildung 2 zeigt den Anteil der älteren Bevölkerung mit geringer, mittlerer und hoher sozialer Unterstützung nach der Oslo-3-Skala.

Abbildung 2:

Anteil der älteren Berliner Bevölkerung mit geringer, mittlerer und hoher sozialer Unterstützung nach Alter, Geschlecht und Bildung in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Es zeigt sich, dass insgesamt 13,8 % der 65-bis 79-Jährigen und 29,5 % der mindestens 80-Jährigen eine geringe soziale Unterstützung haben. Lediglich 22,8 % der Teilnehmenden im Alter von 80 Jahren und älter haben eine starke soziale Unterstützung, verglichen mit 36,8 % der 65- bis 79-Jährigen.

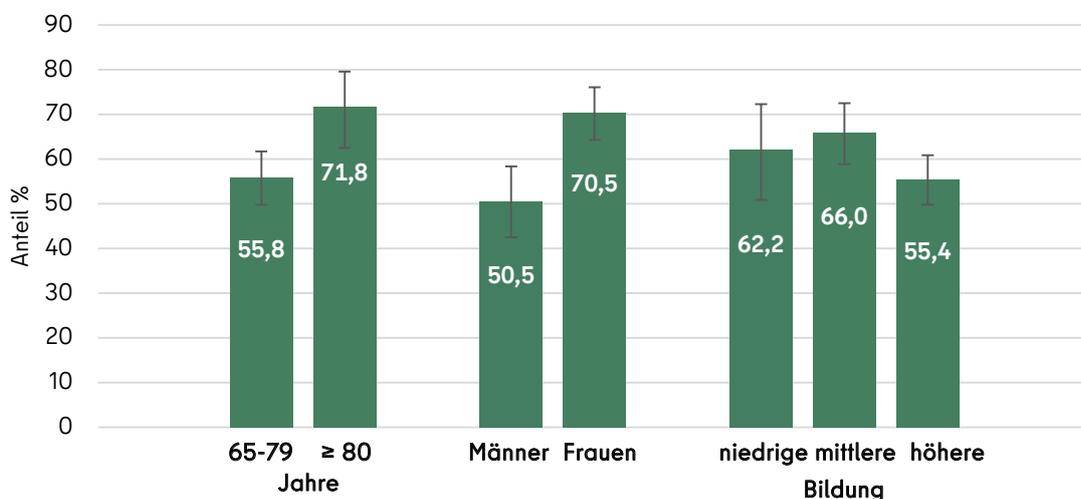
Teilnehmende mit höherer Bildung, weisen seltener eine geringe soziale Unterstützung auf als Teilnehmende mit niedriger und mittlerer Bildung. Hingegen erfahren Teilnehmende mit einem höheren Bildungsstatus im Vergleich zu Teilnehmenden mit einem mittleren Bildungsstatus häufiger eine starke soziale Unterstützung. Statistisch signifikante Zusammenhänge nach Geschlecht können für diesen Indikator nicht beobachtet werden.

Wohnsituation alleinlebend

Abbildung 3 zeigt die Anteile der älteren Bevölkerung, welche alleine in ihrem Haushalt leben. 71,8 % der Befragten im Alter von 80 Jahren und älter berichten allein zu leben, im Vergleich zu etwas mehr als die Hälfte der befragten 65- bis 79-Jährigen. 70,5 % der Frauen ab 65 Jahren berichten, allein zu leben, im Vergleich zur Hälfte der Männer ab 65 Jahren. Es gibt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alleinleben und dem Bildungsstatus.

Abbildung 3:

Anteil der älteren Berliner Bevölkerung, welcher alleine im Haushalt lebt, nach Alter, Geschlecht und Bildung in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



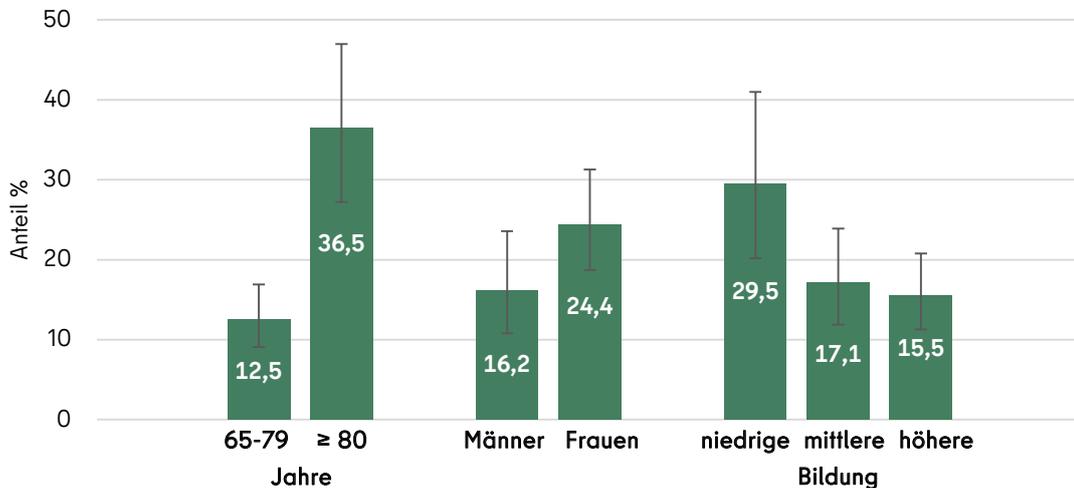
(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Schwierigkeiten beim Einkaufen

Abbildung 4 zeigt die Anteile der älteren Bevölkerung, welche Schwierigkeiten haben, ohne Hilfe Einkäufe zu erledigen. Höheres Alter, niedrigerer Bildungsstatus und tendenziell weibliches Geschlecht ist mit größeren Schwierigkeiten beim Ausführen dieser Tätigkeit assoziiert.

Abbildung 4:

Anteil der älteren Berliner Bevölkerung, welcher Schwierigkeiten hat, ohne Hilfe Einkäufe zu erledigen, nach Alter, Geschlecht und Bildung in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



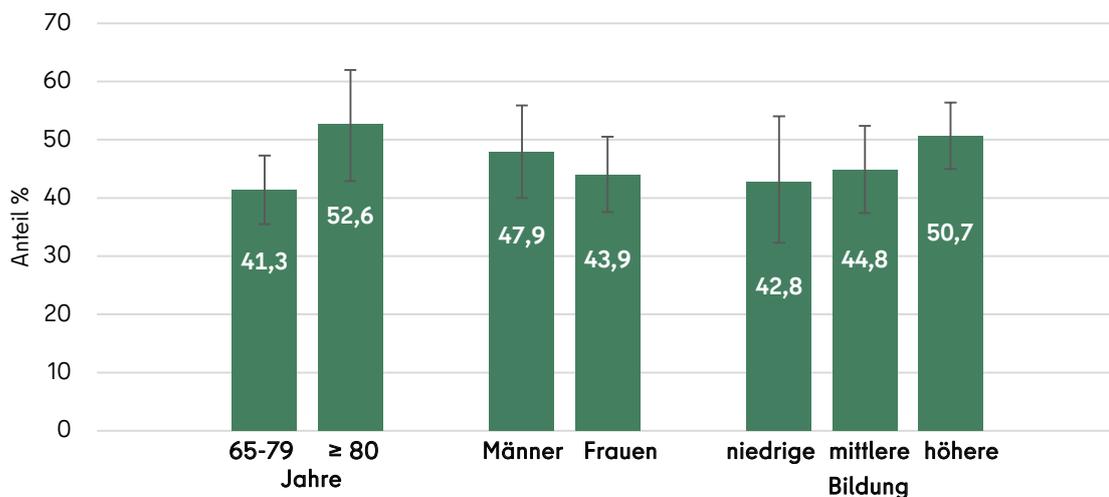
(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Hörschwierigkeiten

Abbildung 5 zeigt die Anteile der älteren Bevölkerung, welche Schwierigkeiten haben zu hören. Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen höherem Alter und einem höheren Anteil der Befragten, die über Hörschwierigkeiten berichten. Statistisch signifikante Zusammenhänge nach Geschlecht und Bildungsstatus können für diesen Indikator nicht beobachtet werden.

Abbildung 5:

Anteil der älteren Berliner Bevölkerung mit Hörschwierigkeiten nach Alter, Geschlecht und Bildung in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)

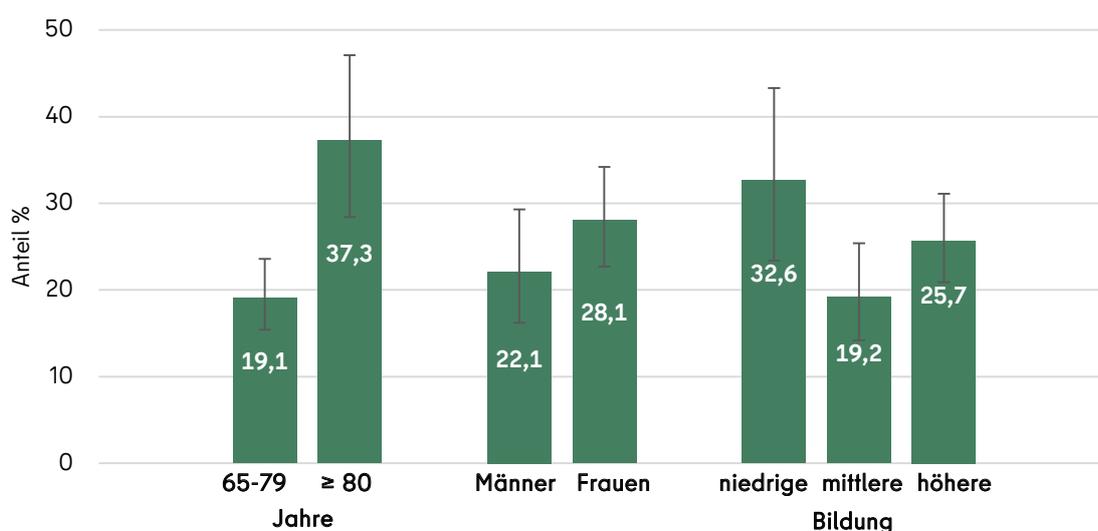


(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Sehstörungen

Abbildung 6 zeigt die Anteile der älteren Bevölkerung, welche Sehstörungen berichten. Höheres Alter und niedrigerer Bildungsstatus stehen in Zusammenhang mit einem größeren Anteil der Befragten, die über Sehstörungen berichten. Es gab keinen signifikanten Unterschied nach Geschlecht für diesen Indikator.

Abbildung 6:
Anteil der älteren Berliner Bevölkerung mit Sehstörungen nach Alter, Geschlecht und Bildung in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)



(Datenquelle: RKI, GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

Die Datenanalyse der Indikatoren im Zusammenhang mit sozialer Teilhabe bei älteren Menschen in Berlin zeigt: Niedrigerer Bildungsstatus und höheres Alter gehen mit einer geringeren sozialen Unterstützung einher. Geringe soziale Unterstützung wird häufiger mit psychischen Problemen in Verbindung gebracht. Die wahrgenommene soziale Unterstützung gilt als sensibles Maß für die Fähigkeit, mit psychischen und physischen Herausforderungen fertig zu werden (5, 6, 18).

Höheres Alter und weibliches Geschlecht sind mit einem höheren Anteil von Alleinlebenden verbunden. Der Geschlechterunterschied könnte durch die höhere Lebenserwartung bei Frauen im Vergleich zu Männern erklärt werden. Studien zeigen, dass Alleinleben mit geringerer sozialer Unterstützung, nicht aber mit der Häufigkeit sozialer Aktivitäten verbunden ist (18).

Höheres Alter, weibliches Geschlecht und niedrigerer Bildungsstatus sind mit einem höheren Anteil der Befragten assoziiert, die Schwierigkeiten beim selbständigen Einkaufen haben. Die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen wie selbstständig einzukaufen, hängt von kognitiven, motorischen und wahrnehmungsbezogenen Fähigkeiten ab. Einschränkungen bei den Aktivitäten

des täglichen Lebens werden mit geringerer Lebensqualität, schlechterem Gesundheitszustand und höherer Sterblichkeit in Verbindung gebracht (14, 15).

Höheres Alter steht im Zusammenhang mit einer höheren Prävalenz von Hörschwierigkeiten. Höheres Alter und niedrigerer Bildungsstatus sind mit häufigeren Sehstörungen verbunden. Ein verbesserter Umgang mit Hör- oder Sehstörungen kann bei älteren Erwachsenen zu einem stärkeren sozialen Netzwerk, einer größeren sozialen Teilhabe, mehr sozialer Unterstützung und weniger Einsamkeit führen (11-13). Menschen mit Hör- oder Sehstörungen sind häufiger depressiv, haben größere Schwierigkeiten bei der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens und sind in ihrer sozialen Teilhabe eingeschränkt, was ihre Abhängigkeit von anderen erhöht und ihre Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, einschränkt (11, 12).

Die Geschlechtsunterschiede, dass ältere Frauen häufiger Schwierigkeiten ohne Hilfe Einkäufe zu erledigen berichten als Männer und häufiger alleine leben, könnte auf die höhere Lebenserwartung bei Frauen im Vergleich zu Männern zurückzuführen sein. Männer mit gesundheitsbedingten Einschränkungen sind in der Altersgruppe 65 Jahre und älter bereits häufiger verstorben und nicht mehr Teil der Befragungstichprobe.

In Ergänzung zu den bereits veröffentlichten Daten zur Bewegung und Mobilität der älteren Bevölkerung (19, 20) liefert die vorliegende Analyse weitere Informationen zur sozialen Unterstützung, Wohnsituation, Selbstversorgung und Gesundheit, die alle gemeinsam als wichtige Indikatoren im Zusammenhang mit der sozialen Teilhabe älterer Menschen sind (Abbildung 1).

Eine verbesserte soziale Teilhabe älterer Menschen in Berlin kann über eine Förderung von Bewegung, Mobilität und Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie durch eine verbesserte Versorgung bei Hör- und Sehschwierigkeiten erreicht werden. Die Wohnsituation und das Wohnumfeld im Hinblick auf die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung sind weitere wichtige Einflussfaktoren, die im Zusammenhang mit sozialer Teilhabe älterer Menschen betrachtet werden sollten. Hierfür stehen mit der aufgestockten Berliner Stichprobe an GEDA 2019/2020-EHIS erstmalig Daten zur Verfügung, die zur Planung von Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe älterer Berlinerinnen und Berliner genutzt werden können.

Literatur

1. Dehi Aroogh M, Mohammadi Shahboulaghi F. Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2020; 8(1):55-72.
2. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Die Komponenten der ICF: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2021 [cited 2021]. Available from: URL: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/komponenten.html>.
3. Piškur B, Daniëls R, Jongmans MJ, Ketelaar M, Smeets RJEM, Norton M et al. Participation and social participation: Are they distinct concepts? *Clin Rehabil* 2014; 28(3):211-20.

4. Simonson, J., Kelle, N., Kausmann, C., & Clemens Tesch-Römer. Freiwilliges Engagement in Deutschland – Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019: Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen; 2021 Mar 18.
5. Dawson-Townsend K. Social participation patterns and their associations with health and well-being for older adults. *SSM Popul Health* 2019; 8:100424.
6. Kocalevent R-D, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M et al. Social support in the general population: Standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol* 2018; 6(1):31.
7. Peter Franzkowiak. Soziale Unterstützung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2018. Available from: URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-unterstuetzung/>.
8. Chan E, Procter-Gray E, Churchill L, Cheng J, Siden R, Aguirre A et al. Associations among living alone, social support and social activity in older adults. *AIMS Public Health* 2020; 7(3):521-34.
9. Kim J, Lee J-E. Social Support and Health-Related Quality of Life Among Elderly Individuals Living Alone in South Korea: A Cross-Sectional Study. *J Nurs Res* 2018; 26(5):316-23.
10. Sakurai R, Kawai H, Suzuki H, Kim H, Watanabe Y, Hirano H et al. Poor Social Network, Not Living Alone, Is Associated With Incidence of Adverse Health Outcomes in Older Adults. *J Am Med Dir Assoc* 2019; 20(11):1438-43.
11. Mick P, Parfyonov M, Wittich W, Phillips N, Guthrie D, Kathleen Pichora-Fuller M. Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Can Fam Physician* 2018; 64(1):e33-e41.
12. Jaiswal A, Fraser S, Wittich W. Barriers and Facilitators That Influence Social Participation in Older Adults With Dual Sensory Impairment. *Frontiers in Education* 2020; 5:127. Available from: URL: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/educ.2020.00127>.
13. Shah K, Frank CR, Ehrlich JR. The association between vision impairment and social participation in community-dwelling adults: A systematic review; 2020 Feb. *Eye* 2020; 34: 290-298.
14. Beate Gaertner, Markus A. Busch. Limitations in activities of daily living in old age in Germany and the EU – Results from the European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring* 2019; 2019(4 (4)):48-56.
15. Mueller-Schotte S, Zuithoff NPA, van der Schouw YT, Schuurmans MJ, Bleijenberg N. Trends in Risk of Limitations in Instrumental Activities of Daily Living Over Age in Older Persons With and Without Multiple Chronic Conditions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2020; 75(1):197-203.
16. Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J et al. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring* 2021; (6(3)):72-87.

- 
17. Lechert Y, Schroedter J, Lüttfinger P. Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus- Zusatzserhebung 1971 und die Mikrozensus 1976-2004. ZUMA-Methodenbericht, 2006/12. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim 2006.
 18. Shah SJ, Fang MC, Wannier SR, Steinman MA, Covinsky KE. Association of Social Support With Functional Outcomes in Older Adults Who Live Alone. JAMA Intern Med. 2022; 182(1): 26-32.
 19. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin, Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle. Bewegung und körperliche Aktivität älterer Menschen in Berlin. GESUND ÄLTER WERDEN: 2021/04.
 20. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin, Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle. Mobilität älterer Menschen in Berlin. GESUND ÄLTER WERDEN: 2021/05.

Impressum

Herausgegeben von:

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, Referat für Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle.

[E-Mail \(gbe@sengpg.berlin.de\)](mailto:gbe@sengpg.berlin.de),

[SenWGPG, Gesundheitsberichterstattung \(www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung\)](http://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung),

[Gesundheits- und Sozialinformationssystem \(www.gsi-berlin.info\)](http://www.gsi-berlin.info).

Stand: Dezember 2021