

Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit von Senioren im Bezirk Altona

2. Altonaer Gesundheitsbericht

Impressum

Herausgeber:

Bezirksamt Altona
Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit
Fachamt Gesundheit
Bahrenfelder Straße 254 - 260
22765 Hamburg

Autoren:

Dr. Bettina Wollesen
Bianka Dahlke
Gerd Stehr

Layout:

Rolf Henniges

Titelbild:

© Foto fotolia.com

Druck:

Zentrale Vordruckstelle
Bezirksamt Hamburg-Mitte
St. Petersburger Straße 28
20355 Hamburg

Auflage:

350

Altona 2014

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	7
Grußwort.....	8
Vorwort.....	9
Zusammenfassung	10
1 Gesundheit im Alter - Erfolgreiches Altern vor dem Hintergrund der Altersarmut.....	12
2 Basisdaten zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland.....	13
2.1 Typische Krankheiten im Alter	13
2.2 Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten	14
2.3 Besondere Gesundheitsrisiken im Alter.....	16
3 Prävention altersbedingter Erkrankungen.....	23
4 Alter, Armut und Gesundheit.....	26
4.1 Entstehung von Armut	26
4.2 Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit.....	27
4.3 Basisdaten zur Gesundheit und Altersarmut in Hamburg	29
4.4 Die Situation im Bezirk Altona	34
4.5 Zusammenfassung	36
5 Fragestellungen und Aufgaben des 2. Altonaer Gesundheitsberichts	37
6 Methodik.....	38
6.1 Methodik (Quantitative Erhebung).....	38
6.2 Methodik (Qualitative Erhebung)	40
7 Ergebnisse	41
7.1 Generelles körperliches, psychisches und gesundheitliches Wohlbefinden der Altonaer Senioren	41
7.2 Zentrale Ergebnisse zum Gesundheitszustand und Pflegestufen Chronische Erkrankungen und Multimorbidität	43
7.3 Alltagsprobleme und Funktionseinschränkungen	47
7.4 Zugänge zur Gesundheitsvorsorge (Haus- und Fachärzte)	50
7.5 Soziale Teilhabe und Interaktion.....	53
7.6 Wohnsituation und Einkommensstruktur	58
7.7 Einfluss des Einkommens und Stadtteilzugehörigkeit auf das gesundheitliche Wohlbefinden	60
7.8 Wünsche Altonaer Senioren im Bereich der Aktivitäten, sozialer Teilhabe und Gesundheitsförderung	66
7.9 Geschlechtsspezifische und kulturelle Unterschiede	69
7.10 Ergebnisse der qualitativen Interviews.....	70

8	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	77
8.1	Ergebnisse zur Gesundheit in Abhängigkeit der Wohn- und Betreuungssituation.....	77
8.1.1	Handlungsempfehlungen bezüglich der Gesundheitsförderung/Prävention und zur Selbsthilfe.....	79
8.1.2	Handlungsempfehlungen für die Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme..	81
8.1.3	Vorschläge der Altonaer Seniorenexperten zu Gesundheitsförderungsprogrammen mit Seniorinnen und Senioren	82
8.1.4	Handlungsempfehlungen an die politischen Entscheidungsträger des Bezirks Altona	85
8.2	Ergebnisse zur Gesundheit in Abhängigkeit des Einkommens und der Stadtteilzugehörigkeit	86
8.2.1	Handlungsempfehlungen bezüglich der Gesundheitsförderung/Prävention und zur Selbsthilfe.....	86
8.2.2	Handlungsempfehlungen für die Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme..	87
8.2.3	Vorschläge der Altonaer Seniorenexperten zur Gesundheit in Abhängigkeit des Einkommens und der Stadtteilzugehörigkeit	88
8.2.4	Handlungsempfehlungen an die politischen Entscheidungsträger des Bezirks Altona	89
8.3	Ergebnisse zu den Wünschen der befragten Seniorinnen und Senioren	90
8.3.1	Handlungsempfehlungen bezüglich der Gesundheitsförderung/Prävention und zur Selbsthilfe.....	91
8.3.2	Handlungsempfehlungen für die Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme..	91
8.3.3	Vorschläge der Altonaer Seniorenexperten.....	91
8.3.4	Handlungsempfehlungen an die politischen Entscheidungsträger des Bezirks Altona	92
9	Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen	93
	Literaturliste.....	95
	Anhang: Fragebogen „2. Altonaer Gesundheitsbericht“	100
	Glossar.....	115

Hinweis:

Zusätzlich wurde ein dokumentarischer Anhang erstellt. Dieser liegt als Sondereinband vor und kann beim Gesundheitsamt Altona, Bahrenfelder Straße 254 – 260, 22765 Hamburg, auch per eMail gesundheit@altona.hamburg.de, angefordert werden.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Bewegungspyramide Quelle:www.axapflegewelt.de	15
Abb. 2	Vergleich der psychischen Wohlbefindens (je höher der Summenscore desto höher das Wohlbefinden).....	41
Abb. 3	Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (je höher der Summenscore desto höher das Wohlbefinden).....	42
Abb. 4	Vergleich des Punktwerts für die geriatrische Depressionsskala (GDS).....	43
Abb. 5	Überblick chronischer Erkrankungen	44
Abb. 6	Vergleich der Barthelindizes.....	47
Abb. 7	Vergleich der IADL Mittelwerte	48
Abb. 8	Häufigkeiten der Hausarztbesuche pro Jahr [%]	51
Abb. 9	Fahrt- und Wegezeiten zum Hausarzt	51
Abb. 10	Häufigkeiten der Facharztbesuche pro Jahr [%].....	52
Abb. 11	Bekanntheit des Pflegestützpunktes in Altona.....	52
Abb. 12	Zufriedenheit mit Begegnungsstätten.....	57
Abb. 13	Interesse an ehrenamtlicher Arbeit.....	58
Abb. 14	Vergleich des Punktwerts der geriatrischen Depressionsskala in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform.....	61
Abb. 15	Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (Summenscores) in Abhängigkeit des Einkommens und des Geschlechts.....	62
Abb. 16	Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (Summenscores) in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform	62
Abb. 17	Vergleich des psychischen Wohlbefindens (Summenscores) in Abhängigkeit des Einkommens und des Geschlechts.....	63
Abb. 18	Vergleich des psychischen Wohlbefindens (Summenscores) in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform	63
Abb. 19	Vergleich der Barthelindizes in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform	64
Abb. 20	Vergleich der IADL´s in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform	65
Abb. 21	Korrelationsanalysen zum Gesundheitszustand in Abhängigkeit des Einkommens	65
Abb. 22	Wünsche der Befragten an Seniorenbegegnungsstätten	66
Abb. 23	Wünsche an altersgerechte Bildungsveranstaltungen.....	67
Abb. 24	Wünsche an seniorengerechte öffentliche Infrastruktur.....	68
Abb. 25	Wünsche für Gesundheitsförderungsmaßnahmen	68
Abb. 26	Wünsche zur Freizeitgestaltung	69

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Faktoren, die eine Entstehung von Demenzen begünstigen	17
Tab. 2	Multimorbidität im Alter [81]	21
Tab. 3	Übersicht der Pflegebedürftigen in Hamburg 2011	32
Tab. 4	Aufteilung der Altonaer-Stadtteile nach sozioökonomischen Status	35
Tab. 5	Prozentuale Altersverteilung der Stichprobe	38
Tab. 6	Stichprobenbeschreibung.....	38
Tab. 7	Stichprobenverteilung nach Aufteilung der Altonaer-Stadtteile nach sozioökonomischen Status	39
Tab. 8	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	41
Tab. 9	Überblick von Krankheitshäufungen (Multimorbidität) Häufigkeiten [%]	45
Tab. 10	Pflegestufen der Befragten.....	45
Tab. 11	Frage: Sind die zum Zeitpunkt der Befragung auf Hilfe angewiesen? [%]	46
Tab. 12	Frage: Wenn Sie auf Hilfe angewiesen sind, wer leistet diese Hilfe?.....	46
Tab. 13	Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?	49
Tab. 14	Sturzrisikofaktoren	49
Tab. 15	Kumuliertes Sturzrisiko der Befragten.....	50
Tab. 16	Frage: Kennen Sie den Pflegestützpunkt in Altona?	53
Tab. 17	Frage: Kennen Sie die Seniorenberatung in Altona?	53
Tab. 18	Frage: Leben Sie mit einem Partner oder Angehörigen	53
Tab. 19	Frage: Haben Sie jemanden, der –falls nötig – einige Tage für Sie sorgen würde? ...	54
Tab. 20	Frage: Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben? Würden Sie sagen... ..	54
Tab. 21	Frage: Pflegen Sie zur Zeit einen Angehörigen/Partner?	54
Tab. 22	Wenn Sie an Ihre Zukunft denken, welche Gedanken bereiten Ihnen Sorge?	55
Tab. 23	Frage: An welchen Orten/Einrichtungen verbringen Sie Ihre Freizeit?	55
Tab. 24	Frage: Wo verbringen Sie überwiegend Ihre Freizeit?	56
Tab. 25	Was machen Sie gern in Ihrer Freizeit?	56
Tab. 26	Frage: Besuchen Sie regelmäßig einen oder mehrere Verein(e)/Treff(s)/ eine kirchliche Gruppe?.....	57
Tab. 27	Wohnformen der Seniorinnen und Senioren	58
Tab. 28	Sind Sie mit Ihrer jetzigen Wohnsituation zufrieden?.....	58
Tab. 29	Verteilung der Personengruppen auf die Einkommensgruppen [%]	59
Tab. 30	Geschlechtsverteilung innerhalb der Einkommensgruppen [%].....	59
Tab. 31	Beurteilung des Gesundheitszustands in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%]	60
Tab. 32	Beurteilung von Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%].....	60
Tab. 33	Genannten Sorgen in Abhängigkeit der Einkommensgruppe [%].....	61
Tab. 34	Vergleich der Stadtteile in Bezug auf das gesundheitliche Wohlbefinden und die Lebensqualität	66

Grußwort

Liebe Altonaerinnen und Altonaer, liebe Leserinnen und Leser,



auch in Altona merken wir, dass wir in der älter werdenden Gesellschaft leben. Im Stadtteil, auf der Straße, in den Geschäften und in den Öffentlichen Verkehrsmitteln begegnen wir mehr und mehr Seniorinnen und Senioren. Der demografische Wandel nimmt Gestalt an. Und mit ihm ergeben sich neue Herausforderungen: für uns alle, für die Bezirkspolitik, für die Geschäftswelt sowie für die Gesundheits-, Sozial- und Pflegeeinrichtungen. Es gilt, den demografischen Wandel in Altona gemeinsam zu gestalten. Auf der Agenda stehen Themen wie zum Beispiel gesund alt werden, erfüllende Lebensgestaltung im Alter, das altersgerechte Wohnen, familiäre Kontakte, Nachbarschaft und Geselligkeit, aber auch mit zunehmendem Alter die Pflege bis hin zur Sterbebegleitung.

Das Risiko sich verbreitender Altersarmut hat den bezirkspolitischen Diskurs erreicht. Dabei bleibt oft unklar, was wir unter Armut verstehen und wie sich diese – auch und besonders – auf die Gesundheit älterer Menschen auswirkt.

Die Bezirksversammlung Altona hatte daher das Bezirksamt Altona beauftragt, den 2. Altonaer Gesundheitsbericht zum Thema auszuschreiben. Die beauftragte Universität Hamburg erstellte nun den Gesundheitsbericht, der genau dieser Fragestellung nachgeht. Der Bericht gibt erfreulicherweise wissenschaftlich fundierte Antworten und differenzierte Handlungsempfehlungen für die Senioren, die Bezirkspolitik und die Senioreneinrichtungen.

Auf dieser Grundlage lädt die Bezirksversammlung Altona die Altonaer Bürgerinnen und Bürger sowie Vertreter/-innen der Gesundheits-, Sozial- und Pflegeeinrichtungen herzlich zur Diskussion des Berichtes ein. Sie möchte mit Ihnen Strategien und erforderliche Maßnahmen beraten und auf den Weg bringen helfen. Seien Sie dabei. Ich wünsche Ihnen nun eine anregende Lektüre.



Dr. Frank Toussaint
Vorsitzender der Bezirksversammlung Altona

Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger, sehr geehrte Damen und Herren,



ich freue mich, Ihnen den 2. Altonaer Gesundheitsbericht präsentieren zu können. Dieser befasst sich mit der Gesundheit von Senioren und der Armut im Alter. Zwei für viele Seniorinnen und Senioren bedeutsame und zugleich bedrückende Themen, von denen sie existenziell betroffen werden können. Bereits jetzt gerät eine nicht geringe Zahl von Mitbürgerinnen und Mitbürgern in die Situation Gesundheitsdienste, professionelle Pflege und Sozialleistungen beantragen zu müssen.

Das Bezirksamt nimmt diese Entwicklungen wahr und stellt sich darauf ein. Es setzt sich dafür ein, dass Seniorinnen und Senioren gern und möglichst lange eigenständig in Altona leben. Es regt Nachbarschaft, Selbsthilfe und die Teilhabe aller älteren Menschen am öffentlichen Leben an. Das Bezirksamt fördert die Gesundheit der Senioren; es unterstützt eine qualitativ gute ärztlich-medizinische Versorgung und Pflege. Außerdem wirkt es beim Abbau von Barrieren mit und gestaltet in Kooperation mit den beteiligten Akteuren den bedarfsorientierten Umbau der sozialen Infrastruktur in Altonaer Stadtteilen. Dabei werden sozial benachteiligte und von Armut betroffene Senioren besonders berücksichtigt.

Hierbei sind die Erkenntnisse aus dem 2. Altonaer Gesundheitsbericht nützlich. Erstmalig wurden Informationen über die Gesundheit, Pflege und finanzielle Situation von im Bezirk Altona lebenden Seniorinnen und Senioren erhoben und Experten aus dem Gesundheits- sowie Pflegewesen im Hinblick auf die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit interviewt. Die Ergebnisse münden in verwertbaren Empfehlungen für die Seniorinnen und Senioren selber, für die Bezirkspolitik und das bezirkliche Gesundheitssystem und Pflegewesen.

Ich danke Frau Dr. Wollesen von der Universität Hamburg und allen beteiligten Personen sehr für die geleistete Arbeit und die Mitwirkung. Ich hoffe, dass die Empfehlungen auf fruchtbaren Boden fallen werden und zur Verbesserung der Gesundheit, des Lebens und der Pflege von Seniorinnen und Senioren in Altona beitragen werden.



Dr. Liane Melzer
Bezirksamtsleiterin

Zusammenfassung

Im Rahmen des 2. Altonaer Gesundheitsberichts wurde auf Basis quantitativer ($N=323$ Seniorinnen und Senioren; $n=142$ selbständig lebende, $n=50$ in der ambulanten Pflege betreute und $n=119$ im Pflegeheim lebende Personen füllten einen 14 seitigen Fragebogen aus) und qualitativer Befragungen ($N=9$ leitfadengestützte Interviews (jeweils 30 min) mit Senioren- und Gesundheitsexperten aus dem Bezirk) eine breite Datenbasis geschaffen, um die zukünftige Gesundheitspolitik im Bezirk Altona vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Altersarmut zu gestalten. Zentrale Aspekte zu Fragen des generellen gesundheitlichen Wohlbefindens der Altonaer Seniorinnen und Senioren, zu Mobilitäts- und Funktionalität und zum psycho-sozialen Wohlbefinden konnten hierbei erstmals beantwortet werden. Grundsätzlich wurden Unterschiede zwischen den selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren und den Personen, die pflegerische Hilfe benötigen ermittelt. Erwartungsgemäß erhöhte sich der Betreuungs- und Pflegeaufwand mit zunehmendem Alter, bei gleichzeitig reduziertem gesundheitlichem Wohlbefinden. Unerwartet hingegen war, dass es kaum geschlechtsspezifische Unterschiede gab. Auch konnte im Vorwege nicht erwartet werden, dass die psycho-soziale Situation der Personen, die in der ambulanten Pflege betreut werden deutlich schlechter ausfällt, als die der Heimbewohner. Die Problematik der ambulanten Pflegedienste drückte sich zudem auch darin aus, dass viele der Pflegedienste auf Grund ihrer geringen personellen Ressourcen eine Mitarbeit an der Befragung ablehnen mussten. Einschränkend zu den generellen Aussagen muss berücksichtigt werden, dass die Befragung nur mit Personen durchgeführt werden konnte, die dazu gesundheitlich in der Lage waren. Dies bedeutet, dass sowohl für die ambulante Pflege als auch für die Pflegeheime eine relativ rüstige Gruppe befragt wurde und kaum Aussagen getroffen werden können, wie es Personen mit höheren Pflegestufen geht. Dabei ist jedoch festzuhalten, dass die hier erfasste Stichprobe in ihrem Verhältnis Männer: Frauen und dem prozentualen Anteil von Menschen mit Migrationsanteil im Bezirk repräsentativ war.

Des Weiteren konnten Daten zum Gesundheits- und Freizeitverhalten der Altonaer Seniorinnen und Senioren analysiert werden. Hierbei war auffällig, wie gering der Bekanntheitsgrad zentraler Einrichtungen wie dem Pflegestützpunkt und der Seniorenberatungsstelle ist. Auch ergab sich eine Diskrepanz zwischen den Wünschen der Seniorinnen und Senioren an Senioreneinrichtungen und Begegnungsstätten und der Nutzung des vorhandenen Angebots. Die meisten Wünsche der Seniorinnen und Senioren werden bereits über die Einrichtungen angeboten, jedoch von der Zielgruppe nicht genutzt. Hier muss die barrierefreie Erreichbarkeit der Einrichtungen und die inhaltliche Ausgestaltung der Angebote reflektiert werden.

Positiv zu bewerten hingegen ist die Erreichbarkeit der Hausärzte. Dieser Umstand sollte unbedingt für die zukünftige Präventionsarbeit im Bezirk genutzt werden.

In Bezug auf den zentralen Aspekt der Altersarmut konnten hier vermutete Annahmen zu schlechteren gesundheitlichen Voraussetzungen für sozial schwächer gestellte Personen belegt werden. Diese beziehen sich auf alle hier erfassten Aspekte des gesundheitlichen Wohlbefindens und der Alltagsfunktionalität. Die auf Basis der Literaturanalyse erwarteten geschlechtsspezifischen Unterschiede ergaben sich hier nicht. Auch zeigten sich auf Basis dieser Daten keine spezifischen Nachteile innerhalb der Gruppe mit Migrationshintergrund. Weiterhin unerwartet war, dass sich die Gruppe der Personen mit niedrigem Einkommen innerhalb der Armutsgefährdungsschwelle auf die Stadtteile mit vermeintlich niedrigem und mittlerem sozioökonomischen Status gleichermaßen aufteilten. Somit ist ein Großteil der

Seniorinnen und Senioren im Bezirk Altona möglicherweise von Altersarmut und der zugehörigen gesundheitlichen Ausgangslage betroffen.

Eine Besonderheit dieses Gesundheitsberichts stellt der Einbezug der Altonaer Seniorinnen und Senioren Experten im Rahmen der qualitativen Interviews dar. Sie vermittelten einen guten Einblick in bestehende Projekte und darüber, welche Maßnahmen im Bezirk stattfinden und diese innerhalb der Bevölkerung wahrgenommen werden. Auch gaben sie viele hilfreiche Tipps und Anregungen für die Senioren- und Präventionsarbeit im Bezirk.

Aus der verknüpften Datenlage konnten somit umfangreiche Handlungsempfehlungen für vier Kernaspekte der Präventionspolitik abgeleitet werden: (1) Veränderungen der bisherigen Präventionsarbeit sowohl für Personen mit niedrigem Einkommen als auch für finanziell besser gestellten Seniorinnen und Senioren (2) Überprüfung der Erreichbarkeit der Zielgruppe für Gesundheitsförderung seitens der Akteure im Gesundheitssystem (3) Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen für ganzheitliche psycho-soziale seniorenrechtliche Gesundheitsförderung seitens politischer Entscheidungsträger und (4) Veränderung des gesellschaftlichen Bildes des Älterwerdens und Übernahme sozialer Verantwortung in der Nachbarschaft.

1 Gesundheit im Alter - Erfolgreiches Altern vor dem Hintergrund der Altersarmut

Demografie-Experten sagen auch für die nächsten Jahre ein enormes Wachstum der Altersgruppe 65+ voraus. Dies ergibt sich aus der sog. „Alterung von oben und unten“, die einen Geburtenrückgang bei gleichzeitig höherer Lebenserwartung beschreibt. Im Jahr 2060 wird der Anteil Älterer in der Bevölkerung mit schätzungsweise 34 % doppelt so hoch sein wie der Anteil der Jüngeren (ca. 17 %). Gleichzeitig steigt die Anzahl Hochaltriger (über 80 Jahre) bis 2060 von heute 4,2 Mio. (5 % der Bevölkerung) auf 9,1 Mio. (14 % der Bevölkerung).

In Anbetracht dieser Zahlen ergeben sich neue Aufgaben und Herausforderungen für das Gesundheitswesen, um ein gesundes und erfolgreiches Altern zu ermöglichen. Hierbei gilt es, unterschiedliche Facetten von Gesundheit im Alter zu integrieren: Körperliche Fähigkeiten, kognitive Funktionen, körperliches und psychisches Wohlbefinden, generelle Lebenszufriedenheit, soziale Absicherung und Integration.

Auch geschlechtsspezifische Besonderheiten und kulturelle sowie soziale Einflüsse sollten berücksichtigt werden. Seit Langem besteht unter Gesundheitsexperten Einigkeit darüber, dass Gesundheit nicht allein die Abwesenheit von Krankheit ist; so definiert auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

Folglich wird das Alter bzw. Altern nicht mehr mit einem unvermeidbaren Abbau körperlicher und psychischer Fähigkeiten und damit einhergehender Funktionsverluste assoziiert. Es geht vielmehr um die Aufrechterhaltung einer alltagsbezogenen Lebensqualität (z. B. Wohnqualität, soziale Beziehungen und materielle Versorgung) und die Förderung verbliebener Ressourcen. Diese Sichtweise beinhaltet, dass für eine Beurteilung von Gesundheit die genannten Faktoren miteinander in Beziehung gesetzt werden müssen.

Für den 2. Altonaer Gesundheitsbericht **„Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit von Senioren im Bezirk Altona“** sollen die Fragen, welche Gesundheitsrisiken der Altonaer Seniorinnen und Senioren im Alter bestehen und wie typischen Alterserkrankungen vorgebeugt werden kann, beantwortet werden. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf dem Aspekt der Altersarmut und deren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Seniorinnen und Senioren. Weiterhin wird analysiert, wie sich der Lebensalltag in Bezug auf Aktivitäten und Lebensbedingungen von Seniorinnen und Senioren in Altona vor dem Hintergrund unterschiedlicher sozioökonomischer Grundbedingungen und Pflegebedürftigkeit darstellt.

Zur Beantwortung der Fragen wurde zunächst eine umfangreiche Literaturrecherche und –analyse durchgeführt. Daraufhin erfolgte eine quantitative Befragung ($N=323$) in den Zielgruppen der (1) selbständig lebenden, (2) ambulant betreuten und (3) in Pflegeheimen lebenden Seniorinnen und Senioren, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten. Weiterhin konnten anhand neun qualitativer Interviews mit Experten der Seniorenbetreuung und -beratung Erkenntnisse und Anregungen zur Gestaltung der Präventions- und Gesundheitspolitik in Hamburg Altona gewonnen werden. Der vorliegende Bericht soll nun in die öffentliche und politische Diskussion einfließen, um dann auf der Basis identifizierter Zusammenhänge zwischen Altersarmut und Gesundheitszustand adäquate Interventionsmaßnahmen und Angebote zu gestalten.

2 Basisdaten zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland

Für den 2. Altonaer Gesundheitsbericht wird auf die WHO-Definition des gesunden Alterns zurückgegriffen. „**Gesundes Altern**“ wird hier als „... ein Prozess der Optimierung von Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Sicherheit mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern“ verstanden [88].

In westlichen Industrienationen wie Deutschland stehen für die Beurteilung von Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden vor allem die persönlichen Lebensumstände (Wohnqualität, soziale Einbindung, materielle Versorgung, bestehende gesundheitliche Probleme/ Krankheiten) im Fokus. Vor diesem Hintergrund stuften im Alterssurvey 2008 von den 65-74-jährigen 42 % ihre Gesundheit als „gut“ und 7 % als „sehr gut“ ein; unter den 75-84-jährigen reduzierte sich dieses Ergebnis auf 33 % für „gut“ und 3 % für „sehr gut“. Dies mag damit zu erklären sein, dass im Alter ein erhöhtes Krankheitsrisiko besteht und viele typische, altersassoziierte Erkrankungen eine unspezifische Symptomatik, verzögerte Genesung und einen chronischen oder progredienten Verlauf aufweisen. Oftmals bestehen mehrere Erkrankungen zugleich (Multimorbidität; siehe Glossar), was mit diversen damit einhergehenden Funktionsstörungen verbunden ist [88].

Altern ist ein individueller biologischer Prozess, der nicht allein mit kalendarischen Lebensjahren ausgedrückt werden kann. Jeder kennt Beispiele dafür, wie sehr sich zwei 60-jährige Menschen unterscheiden können. Der eine ist noch fit und beweglich, während der andere trotz gleichen Alters jede einzelne Treppenstufe als Belastung empfindet. Diese Unterschiede entstehen dadurch, dass der körperliche und geistige Alterungsprozess sich bei jedem Menschen unterschiedlich vollzieht. Körperliche Veränderungen im Alter nehmen starken Einfluss auf die Bewegungsmöglichkeiten und Alltagsfunktionalität. Insbesondere Gangveränderungen stellen ein großes Problem dar, da es hierdurch häufig zu Stürzen und Pflegebedürftigkeit kommt. Zudem zeigen Forschungsarbeiten, dass Einschränkungen der Mobilität auch zu einer verminderten geistigen Leistungsfähigkeit führen können.

Insgesamt sinkt die Anpassungsfähigkeit des Organismus mit zunehmendem Alter. Die Altersveränderungen stehen in Wechselwirkung mit sozialen und umweltbezogenen Einflüssen und frühere Lebensabschnitte nehmen Einfluss auf die Veränderungen im Lebenslauf. Neben Bewegungseinschränkungen kommt es im Alter häufig auch zu Schlafstörungen, Inkontinenz, nachlassender Leistungsfähigkeit der Sinnesorgane, Gedächtnisverlusten, reduzierter Muskelkraft und beeinträchtigtem Koordinationsvermögen. Insbesondere wenn mehrere dieser Funktionsstörungen zugleich auftreten führt dies zu Problemen und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (z. B. Lesen, Telefonieren, Treppen steigen, Überqueren von Kreuzungen) und verminderter sozialer Teilhabe (Isolation).

2.1 Typische Krankheiten im Alter

Altersphysiologische Prozesse führen bereits im mittleren Erwachsenenalter (55-64 Jahre) zu eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit. Ab dieser Altersklasse kommt es gehäuft zu stationären Behandlungen aufgrund von Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u. a. Herzinfarkte, Schlaganfälle, Bluthochdruck), Erkrankungen des Verdauungssystems sowie des Muskel-Skelett-Systems (u. a. Polyarthrit, Arthrosen). Hinzu kommen psychische Störungen und Verhaltensstörungen (insbesondere Alkoholabusus) und Verletzungen. Ambulant werden hingegen unabhängig von Altersgruppen Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen, Rückenschmerzen, chronische ischämische Herzkrankheit sowie Diabetes mellitus Typ II behandelt [34]. Die genannten Krankheitsbilder bestimmen sowohl ambulant als auch stati-

onär weitgehend das Bild der über 65-Jährigen. Im Jahr 2009 gab es 7,8 Millionen Krankenhausaufenthalte auf Grund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie zerebrovaskulären (die Blutgefäße des Gehirns betreffend) Funktionsstörungen. 2010 resultierte in der Gruppe der über 80-Jährigen die Hälfte der Sterbefälle aus Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems.

Grundsätzlich ist in der Altersgruppe 65+ ein Zuwachs an Muskel-Skelett-Erkrankungen (v. a. chronisch-degenerative Gelenkerkrankungen, z. B. Hüft- und Kniegelenkarthrose), rheumatoide Arthritis, Osteoporose, Verletzungen des Bewegungsapparates (v. a. Oberschenkelhalsfrakturen), Krebserkrankungen (Prostata-, Lungen-, Brust- und Darmkrebs), Demenzerkrankungen und Problemen mit der Mundhygiene zu verzeichnen. Psychische Krankheiten, vorwiegend Angststörungen und Depressionen, finden sich in Deutschland oftmals als Begleiterscheinung verschiedener Krankheitsbilder. Depressive Störungen weisen 8-16 % der Älteren auf [32]. Angststörungen, die häufig mit Depressionen einhergehen, werden in Studien mit Prozentsätzen zwischen 1,2-10,8 % angegeben.

Im Bereich der Depressionen und des „Burnouts“ ergeben sich sowohl altersspezifische als auch sozioökonomische Unterschiede. Die höchste Anzahl der Depressionen findet sich in der Altersgruppe unter 65 Jahre, insbesondere bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Im Alter zwischen 70 und 85 Jahren nehmen dann Erstdiagnosen von Depressionen meist in Verbindung mit krankheitsbedingten Funktionseinbußen zu. Diagnostizierte „Burnout“-Erkrankungen treten hingegen vermehrt in der Altersgruppe 40-49 Jahre bei sozioökonomisch gut gestellten Personen auf.

Als die drei Haupttodesursachen von Männern und Frauen zwischen 45 und 64 Jahren wurden 2006 Krebserkrankungen (Frauen: Brustkrebs, Bronchial- und Lungenkrebs; Männern: Bronchial- und Lungenkrebs) eingestuft. An zweiter Stelle stehen Herzinfarkte, gefolgt von alkoholbedingten Lebererkrankungen. Die Todesursachen zeigen auf, dass lebensstilbedingte Risikofaktoren (u.a. Alkohol, Rauchen) für beide Geschlechter in der Präventionsarbeit zu fokussieren sind. Für die über 65 Jahre alten Personen finden sich als Haupttodesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Atmungssystems [28].

2.2 Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten

Als Risikofaktoren für die gängigen Zivilisationskrankheiten (Wohlstandskrankheiten der Industrieländer) werden weltweit neben übermäßigem Alkohol- und Nikotinkonsum vor allem Übergewicht und Bewegungsmangel angesehen. Im Jahr 2012 waren in der Gruppe der 18-79-Jährigen 67,1 % der Männer und 53 % der Frauen übergewichtig. Auch findet sich seit 1998 eine Zunahme an Adipositas.

Adipositas ist ein zentraler Risikofaktor für die Entstehung eines Diabetes Mellitus im Alter. 85 % der Männer und 79 % der Frauen im Alter von 60 bis 69 Jahren waren im Jahr 2010 übergewichtig oder adipös, bei den über 70-Jährigen waren es 81 % der Männer und 78 % der Frauen [78].

Was ist Adipositas?

Adipositas beschreibt starkes Übergewicht. Aus Faustregel kann man sich merken, dass Adipositas dann vorliegt, wenn der Body-Mass-Index (BMI) größer als 30 ist. Der BMI kann errechnet werden über die Formel:

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht [kg]} / (\text{Körpergröße [m]})^2$$

Der "wünschenswerte" BMI hängt vom Alter ab. BMI -Werte für verschiedene Altersgruppen:

Alter	BMI
19-24 Jahre	19-24
25-34 Jahre	20-25
35-44 Jahre	21-26
45-54 Jahre	22-27
55-64 Jahre	23-28
>64 Jahre	24-29

Auch Bewegungsmangel zählt zu den besonderen Gesundheitsrisiken. Für das richtige Maß an Bewegung gibt es einfache Empfehlungen in Form einer Pyramide, deren Effekte auf die Gesundheit gut dokumentiert sind.



Abb. 1 Bewegungspyramide [99]

Fachgesellschaften wie die WHO empfehlen 150-180 Min. sportliche Aktivität pro Woche (Ausdauer, Kraft u. a.) sowie 30 Min. moderate körperliche Alltagsaktivität an fünf Wochentagen [19, 38, 44]. Derzeit erfüllen über alle Altersklassen gemittelt nur 18,5 % der Frauen und 25,4 % der Männer die WHO-Kriterien. An Maßnahmen zur Bewegungs-förderung nehmen aktuell nur 10 % der Männer und 20 % der Frauen teil, so dass die präventive Wirkung von Bewegung kaum genutzt wird. Mit zunehmendem Alter kann eine weitere Abnahme körperlicher Aktivität beobachtet werden. In der Altersgruppe der 40-49-Jährigen betreiben 19,9 % der Männer und Frauen 2,5 Std. pro Woche Sport. Diese Zahl reduziert sich kontinuierlich und liegt in der Altersgruppe der 70-79-Jährigen bei nur noch 13,6 % (11 % der Frauen und 16,5 % der Männer [48]).

2.3 Besondere Gesundheitsrisiken im Alter

Mit zunehmendem Alter ergeben sich spezielle gesundheitliche Risiken aus der altersspezifischen Multimorbidität und geriatrischen Herausforderungen: (1) intellektueller Abbau, (2) Instabilität, (3) Immobilität und (4) Inkontinenz. Hinzu kommen die Bereiche der Funktionsstörungen und iatrogenen Schädigungen, die unter (5) Multimorbidität zusammengefasst werden können, sowie in der Konsequenz von Lebens- und Krankheitsbiografien als besonderes soziales Problem, (6) die Isolation. Ebenfalls bedeutsam im Alter ist die (7) Fehl- oder Mangelernährung.

(1) Intellektueller Abbau

Das Nervensystem zeichnet sich auch im Alter durch seine hohe Anpassungsfähigkeit aus. Es arbeitet dabei dynamisch und verarbeitet ständig innere und äußere Reize. Von besonderer Bedeutung für die Alltagsorganisation für Seniorinnen und Senioren sind die Sinneswahrnehmungen und die Organisation der Bewegung. Dabei nehmen folgende Veränderungen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit des Nervensystems im Alter:

- Die Gehirnstrukturen verändern sich.
- Die Anzahl der Nervenzellen und ihrer Verbindungen, sowie die Geschwindigkeit der Reizweiterleitung von Informationen nehmen ab. Es erhöht sich die Reaktionszeit auf einwirkende Reize.
- Sinneswahrnehmung und -verarbeitung sind eingeschränkt.
- Die geistige Leistungsfähigkeit sinkt.

Die Folgen einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit des Nervensystems zeigen sich in herabgesetzten Funktionen der zentralnervösen Steuerung wie Aufmerksamkeit, Reaktions- und Koordinationsfähigkeit. Zusätzlich wird die eigene Wahrnehmung über die Körperbewegung und Körperposition im Raum durch diese Leistungseinbußen beeinträchtigt. Diese Faktoren können Sturzereignisse begünstigen.

Als besondere Erkrankungen im Bereich des intellektuellen Abbaus sind Demenzen zu nennen. Lag die Zahl der Demenzkranken im Jahr 2000 noch bei ca. 935.000 werden nach Einschätzungen von Experten bis 2050 ca. 2.290.000 Deutsche betroffen sein [11].

Was ist eine Demenz?

Demenz ist ein meist chronisch fortschreitender Verlust kognitiver Fähigkeiten infolge einer Gehirnerkrankung. Die damit einhergehenden Verluste umfassen u. a. Wahrnehmen, Erkennen, Gedächtnis, Denkvermögen, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Zudem kann es zu Störungen komplexer Bewegungsabläufe (z. B. Ankleiden, Körperpflege) kommen [41]. Diese Beeinträchtigungen gehen oftmals mit Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und des Antriebs oder der Motivation einher.

Am Häufigsten werden Alzheimer-Demenzen und vaskuläre Demenzen unterschieden. Erste ist durch eine Hirnatrophie (Gehirnschwund, d. h. Verlust von Hirnsubstanz) gekennzeichnet, letztere durch Multiinfarkte, d. h. viele kleine Schlaganfälle im Gehirn. Die Prävalenz steigt hierbei mit zunehmendem Alter deutlich an. Während sie bei der Altersgruppe der 65-69-Jährigen bei 1,5 % liegt, sind es bei den über 90-Jährigen etwa 30 %. Ab einem Alter von 75 Jahren sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer.

Etwa 60 % der in Pflegeheimen untergebrachten Menschen leiden an einer dementiellen Erkrankung (2005 wurden ca. 400.000 dementiell Erkrankte in Alten- und Pflegeheimen versorgt). Bei der Ableitung von Präventions- und Therapiestrategien sollten die folgenden Risikofaktoren berücksichtigt werden:

Tab. 1 Faktoren, die eine Entstehung von Demenzen begünstigen

Alzheimer- Demenz	Vaskuläre Demenz
<ul style="list-style-type: none">• Leichte kognitive Störungen (mild cognitive Impairment (MCI))• Niedrige Schulbildung und geringe berufliche Herausforderung• Bildungsassoziierte Unterschiede des Gesundheitsverhaltens• Arbeitsplatzrisiken• Oxidativer Stress	<ul style="list-style-type: none">• Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Vorhofflimmern, Bluthochdruck, Koronare Herzerkrankung)• Diabetes mellitus• Fettstoffwechselstörungen• Übergewicht• Alkohol- und Nikotinmissbrauch

Besondere Aspekte dementieller Erkrankungen

An Demenz erkrankte Menschen haben ein erhöhtes Sturzrisiko. Studien zeigten, dass zu Hause lebende dementiell Erkrankte 3,5 Mal häufiger stürzen als gesunde Seniorinnen und Senioren. Auch für demente Bewohner in Pflegeeinrichtungen ist das Sturzrisiko um das etwa 2-Fache erhöht. 25 % aller Oberschenkelhalsfrakturen als Sturzfolge sind bei dementiell Erkrankten zu verzeichnen. In Ergänzung zu den bereits dargelegten Sturzrisikofaktoren zeigte sich, dass hyperaktive Symptome, zielloses Umherwandern, Demenz in Verbindung mit Parkinsonsymptomen, Probleme bei der räumlichen Orientierung, Störungen der Blutdruckregulation (zu hoher oder zu niedriger Blutdruck), beobachtbare Gangveränderungen, Einnahme von Neuroleptika und der aktuelle kognitive Status ein Sturzereignis begünstigen.

In Pflegeheimen ereignen sich die Stürze dementiell Erkrankter meist in den ersten vier Wochen nach Einzug der Bewohner; hierbei spielen vermutlich die neue Umgebung und damit verbundene Veränderungen eine besondere Rolle. Bei zu Hause lebenden Erkrankten ereignen sich die Stürze meist nachts. Häufige Ursachen sind hierbei z. B. fehlendes oder falsches Schuhwerk, Ausrutschen (z. B. auf eigenem Urin), akute Zusatzerkrankungen, vermehrte Unruhe oder Nervosität, Müdigkeit und Fehleinschätzungen der eigenen Fähigkeiten.

(2) Instabilität - Schwindel und Sturzrisiko im Alter

Nicht nur bei dementiell Erkrankten kommt es zu Einschränkungen der Gleichgewichtsfähigkeit. Auch andere altersbedingte Erkrankungen führen bei vielen älteren Menschen zu Störungen der Gleichgewichtsfunktionen [27]. Besonders herauszustellen sind hierbei Schwindelsymptome, die bei Personen über 75 Jahren ein oft berichtetes Problem darstellen. Häufig tritt Schwindel als Begleiterscheinung anderer altersbedingter Erkrankungen auf (z. B. in Kombination mit Erkrankungen der Augen, des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, der Psyche oder neurologischen Störungen). Es wird folglich primär vestibulärer von nicht-vestibulärem Schwindel unterschieden [52]. Primär vestibulärer Schwindel basiert auf einer Störung des Gleichgewichtsorgans, welches im Innenohr lokalisiert ist; nicht-vestibulärer Schwindel hat seine Ursache an anderer Stelle, z. B. in einem eingeschränkten Sehvermögen oder reduzierter Sensibilität der Füße bei Diabetes.

Als Folge von Schwindel kann es leicht zu Sturzereignissen kommen. Ein Sturz ist ein komplexes Geschehen, welches sich aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren ergibt. Übersichtsartikel identifizierten über 130 Sturzrisikofaktoren [64], sodass eine Vorhersage über das individuelle Sturzrisiko häufig schwierig ist.

Bedeutende *physiologische* Sturzrisikofaktoren sind:

- Muskelschwäche in den Beinen [29],
- Gleichgewichts- und Balancestörungen [29,43] ,
- verminderte Funktionsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems [6,29,58].

Ferner sind *exogene Faktoren* wie wechselnde Licht- und Bodenverhältnisse (z. B. Glatteis, der Übergang von Teppichboden zu Fliesen), Kleidung (z. B. Schuhwerk), Verwendung von Hilfsmitteln sowie Stolperfallen in Form von Kleinmöbeln, Kabeln und Teppichen zu berücksichtigen [20,29].

Hinzu kommen *psychische Faktoren*, wie z. B. Angst zu stürzen [57,90], sowie die Einnahme bestimmter Medikamente mit z. B. sedierender Wirkung [29,89]. All diese Faktoren nehmen Einfluss auf die Haltungsstabilität im Stehen, Gehen und „sich Bewegen“. Zusätzlich wird in verschiedenen Untersuchungen der Einfluss kognitiver Leistungen auf die Bewegungssteuerung beschrieben [46,55]. Sturzrisiken entstehen demnach, wenn mehrere Einflussfaktoren gleichzeitig bewältigt und koordiniert werden müssen („Multi-Tasking-Situation“) und die Aufmerksamkeitskapazität zur Organisation der hierzu erforderlichen Bewegungsgenauigkeit nicht ausreicht. Ein Beispiel für eine solche Multi-Tasking-Situation könnte folgendes Szenario beim Überqueren einer Straße sein: Die Geschwindigkeit eines heranfahrenden Autos muss eingeschätzt und die eigene Gehgeschwindigkeit hieran angepasst werden. Visuelle Ablenkung liefert ggf. das Glitzern einer Pfütze. Als zusätzliche motorische Aufgabe könnte das Tragen eines Einkaufsbeutels hinzukommen. Alltagsbewegungen, wie beispielsweise das Gehen, erfordern also eine gute interne Koordination und Organisation verschiedener Teilhandlungen (Informationsverarbeitung der wahrgenommenen Umweltreize, Bewegungsiniti-

ierung, Bewegungssteuerung u.v.m.), um Sturzereignisse zu vermeiden. Dabei sind exogene, äußere Faktoren, nur in 10-30 % der Fälle ursächlich für einen Sturz. Alle weiteren Stürze ergeben sich aus den physiologischen, intrinsischen Faktoren, die das Ergebnis des individuellen Alterungsprozesses darstellen [42].

Etwa 30 % der älteren Menschen stürzen ab einem Alter von 65 Jahren zum ersten Mal folgenschwer [70]. Dabei ereignen sich Stürze häufiger in Pflegeeinrichtungen als im häuslichen Umfeld. Bei selbständig lebenden Älteren führen etwa 6 % der Stürze zu Frakturen, davon 1-2 % Hüftfrakturen [35]. Oftmals führt ein solches Sturzereignis zur Pflegebedürftigkeit des Betroffenen. In Pflegeheim erhöht sich die Frakturrate durch Stürze auf 10-25 %. Die Kosten für entstandene Hüftfrakturen beliefen sich im Jahr 2004 auf 2,7 Milliarden Euro [35].

Das individuelle Sturzrisiko kann durch ein Risikoassessment erfasst werden. Hierbei werden die individuellen Fähigkeiten (Ressourcen) mit den funktionellen Defiziten in Beziehung gesetzt und ausgewertet. Dies ermöglicht eine Einordnung des möglichen Sturzrisikos einer Person und kann Handlungsansätze zur Interventionsplanung aufzeigen (z. B. Berg-Balance-Scale, Tinetti-Test).

Die Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Stürzen und Reduzierung der Risikofaktoren beziehen sich häufig auf Hochaltrige (über 80-Jährige), Mehrfachstürzer, Pflegebedürftige sowie Osteoporosepatienten [8,20]. Dabei wird in der Literatur immer wieder darauf verwiesen, dass das erste einschneidende Sturzereignis im Alter ab 65 Jahren besonders gefährlich sei, auch wenn keine schwerwiegenden Verletzungen daraus resultieren. Der Grund für die Besonderheit des ersten Sturzes liegt darin, dass sich die Betroffenen häufig aus Angst, erneut zu stürzen, in ihren Alltagsaktivitäten einschränken. Gerade diese reduzierte Mobilität und das übervorsichtige Agieren begünstigen weitere Stürze. Die Prävention sollte somit idealerweise schon vor dem 65-ten Lebensjahr ansetzen.

(3) Immobilität

Immobilie Personen sind stark bewegungseingeschränkt oder gar bettlägerig [50]. Dies hat weitere Funktionsbeeinträchtigungen zur Folge. Mangelnde Bewegung führt zu einer Reduktion der Knochendichte und verstärkt den Knochenabbau, da die Knochenbildung durch Bewegung angeregt wird. Weiterhin reduzieren sich Muskelmasse und Kraftfähigkeit. Auch im Bereich der Herz-Kreislauf-Funktionen gibt es Beeinträchtigungen in Form von Schwäche und Schwindelgefühlen, die sich u.a. auf eingeschränkte Blutdruck-regulationsmechanismen (z. B. beim Wechsel vom Sitzen oder Liegen zum Stehen) zurückführen lassen. Auch Durchblutungsstörungen, Atem- und Verdauungsprobleme können durch Immobilität entstehen. Bei längerer Bettlägerigkeit besteht zudem die Gefahr von Gelenk-unbeweglichkeit (Kontrakturen).

Neben den körperlichen Veränderungen kann Immobilität jedoch auch die Psyche beeinflussen und soziale Folgen hervorrufen. In Kombination mit Immobilität kommt es häufig zu einer reduzierte Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, Orientierungsstörungen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Angst, Passivität, Aggressionen und Abnahme/Verlust des Selbstwertgefühls. In der Folge kann Isolation entstehen, was wiederum eine Reduktion kognitiver und emotionaler Fähigkeiten begünstigt. Hinzu kommen verschiedene Auswirkungen auf grundlegende Lebensaktivitäten und -inhalte:

- eingeschränkte persönliche Körperhygiene
- erschwertes Ankleiden
- die Beschaffung und Zubereitung von Nahrungsmitteln ist nicht durchführbar
- erschwerte Kontinenz, da die Toilette nicht erreicht werden kann
- Hobbies können nicht ausgeübt werden, Sinnverluste entstehen
- Kommunikation mit der Außenwelt ist auf Grund der Isolation nur geringfügig möglich, sodass soziale Kontakte nicht aufrecht erhalten werden können

(4) Inkontinenz

In Deutschland sind etwa 6-8 Millionen Menschen von Inkontinenz betroffen.

Diese kann sowohl als Harn- als auch Stuhlinkontinenz auftreten. Dabei gilt für beide For-

Was ist Inkontinenz?

Mit Inkontinenz ist im allgemeinen Sprachgebrauch meist die Harninkontinenz gemeint. Sie beschreibt das Auftreten eines unwillkürlichen Urinverlusts, der ein soziales und/oder hygienisches Problem darstellt und objektiv nachweisbar ist [3].

men, dass es zu unwillkürlichem Verlust von Urin oder Stuhl kommt, da die notwendigen Schließfunktionen über die Muskulatur im Beckenbereich aus verschiedenen Gründen nicht mehr ausreichend sind [3,4].

Die Erkrankungshäufigkeit steigt von 11 % bei den über 60-Jährigen, auf etwa 30 % in der Gruppe der über 80-Jährigen [93]. Frauen trifft es auf Grund ihrer besonderen anatomischen Voraussetzungen und evtl. durchlebten Schwangerschaften besonders häufig. Zwischen dem 30. und 90. Lebensjahr steigt die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei Frauen um das 14-Fache an (von 12 auf 168 pro 1000 Frauen).

Bei der Harninkontinenz werden drei Formen unterschieden:

- Belastungs- oder Stressinkontinenz (unwillkürlicher Urinverlust durch Erhöhung des Drucks im Bauchraum, z. B. durch Husten, Niesen, Lachen)
- Dranginkontinenz (häufiges Gefühl des Harndrangs auf Grund einer übermäßigen Blasenmuskelaktivität)
- Mischinkontinenz (Auftreten beider genannter Formen)

Die einzelnen Formen finden sich auf Grund anatomischer Voraussetzungen und spezifischer Vorerkrankungen bei Männern und Frauen unterschiedlich oft; Frauen haben häufiger Belastungsinkontinenzen; Männer häufiger Dranginkontinenzen.

Ursächlich für die Inkontinenz im Alter sind häufig folgende Faktoren: strukturelle Veränderungen im Blasenbau mit einem Rückgang an Muskelfasern, gestörte Blasenfunktion, reduzierte Blasenkapazität, zunehmende Muskelaktivität in der Blasenwand, zunehmende Restharnbildung, gesteigerte Nierentätigkeit in der Nacht, Veränderungen an den Nervenrezeptoren, Vergrößerungen der Prostata beim Mann, verminderte Östrogenproduktion bei der Frau. Auch Multimorbidität mit der zugehörigen Multimedikation und deren Nebenwirkungen auf den Harntrakt werden im Alter für Harninkontinenz verantwortlich gemacht [93].

(5) Isolation

Isolation im Alter ist mit der individuellen Lebens- und Gesundheitsbiografie assoziiert. Auf der einen Seite bedingen die geschilderten gesundheitlichen Voraussetzungen die Teilhabe

am gesellschaftlichen Leben. Die persönliche Mobilität des älteren Menschen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ergibt sich aus der Anzahl und des Schweregrads vorliegender Funktionseinschränkungen. Auf der anderen Seite bedingen die inner- und außerfamiliären sozialen Netzwerke die Möglichkeiten zur Kontaktpflege mit anderen Menschen. Insbesondere in Großstädten sind die familiären Netzwerke häufig weniger stark ausgeprägt als im ländlichen Raum. Erschwerend kommt oftmals die Wohnsituation in mehrstöckigen Mehrfamilienwohnhäusern hinzu. Vielfach wechselnde Mieter und Nachbarn können es erschweren, neue Kontakte oder soziale Netzwerke aufzubauen. Insbesondere für allein lebende Personen steigt durch diese Lebensumstände die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung depressiver Störungen [32].

(6) Multimorbidität

Multimorbidität wird als das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen und Gesundheitsprobleme bei einer Person definiert [78]. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich verschiedene gesundheitliche Voraussetzungen und Vorerkrankungen gegenseitig beeinflussen und in ihren negativen Konsequenzen verstärken. Multimorbidität verstärkt die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit und reduzierten Lebenserwartung. Die mit den Erkrankungen verbundenen Beeinträchtigungen begünstigen das Auftreten psychischer Störungen, insbesondere die Entstehung von Depressionen und Angststörungen [32].

Im Zuge eines Gesundheitssurveys [81] wurden folgende Daten zur Multimorbidität bei Personen im Alter von 65+ ermittelt:

Tab. 2 Multimorbidität im Alter [81]

	Männer [%]	Frauen [%]
1-2 Erkrankungen	45,5	37,1
3-4 Erkrankungen	36,2	39,3
> 4 Erkrankungen	8,9	16,4

Auffallend ist hierbei, dass in der Kategorie „>4 Erkrankungen“ Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig betroffen sind.

Altersmultimorbidität lässt sich in zwei Gruppen einteilen [26]:

1. eine unabhängige Zusammenfassung von Begleiterkrankungen, die keinen unmittelbaren Kausalzusammenhang aufweisen
(z. B. Gallensteine + koronare Herzerkrankung + Arthrose)
2. eine abhängige Summierung voneinander abhängiger Kombinationserkrankungen (z. B. Bluthochdruck + Diabetes + koronare Herzerkrankung + Schlaganfall).

(7) Fehl- oder Mangelernährung

Mangelernährung ist ein häufiges Problem hochbetagter Menschen [80]. Ein Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zeigte, dass zwei Drittel der Altenheimbewohner von Mangelernährung betroffen bzw. gefährdet sind. Auch ist jeder zweite Krankenhauspatient mit über 75 Jahren zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik mangelernährt [102].

Obwohl sich im Alter der Stoffwechsel verlangsamt, die Muskelmasse ab- und die Fettmasse zunimmt und sich somit der Energiebedarf reduziert, bleibt der Nährstoffbedarf unverändert. Bestimmte Stoffe, wie z. B. Vitamin D, werden im Alter sogar vermehrt benötigt. Somit muss trotz reduzierter Nahrungszufuhr die Nährstoffversorgung gesichert werden.

Was ist Anorexie?

Anorexie bezeichnet den herabgesetzten Trieb zur Nahrungsaufnahme, daher die auftretende Appetitlosigkeit bei älteren Menschen [82].

Als Hauptursache für eine Mangelernährung ist jedoch die Anorexie anzuführen.

Im fortgeschrittenen Alter ist die Anorexie zum Teil durch ein vorzeitig eintretendes Sättigungsgefühl aufgrund einer verminderten Magendehnung und Veränderung der Sättigungshormone physiologisch erklärbar. Daher tendieren ältere Personen oftmals dazu, die Mahlzeiten kleiner zu portionieren. Die Portionsgrößen entsprechen jedoch oftmals nicht dem eigentlichen Energiebedarf [80]. Häufig ist die Anorexie im Alter jedoch in einem multikausalen Zusammenhang zu betrachten, der physische, psychische und soziale Faktoren umfasst [82]. Psychosoziale Faktoren sind z. B. Einsamkeit oder Isolation. Menschen, die im Einpersonenhaushalt leben, müssen ihre Mahlzeiten für sich alleine zubereiten; dies kann zu einer Herabsetzung der Motivation und Freude am Essen führen [101].

Die Entstehung einer Mangelernährung wird weiterhin durch chronische Erkrankungen begünstigt. Zudem führen Kau- und Schluckbeschwerden, verminderte Geruchs- und Geschmackswahrnehmung oder depressive Verstimmungen häufig zu einer Mangelernährung [80]. Über 50 % der über 65-Jährigen und mehr als 75 % der über 80-Jährigen berichten beispielsweise über Riechstörungen, die sie in ihrer Lebensqualität einschränken [82].

Mangelernährung kann erhebliche Folgen für den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden älterer Menschen haben. Sie wirkt sich unter anderem negativ auf das Immunsystem, die Muskelkraft und Leistungsfähigkeit aus [83]. Folgender Teufelskreis der Mangelernährung kann entstehen: Durch Appetitlosigkeit kommt es zu einer mangelnden Deckung des Energie- und Nährstoffbedarfs (Untergewicht und Mangelernährung). Dies führt zur Schwächung der Immunabwehr und höheren Infektanfälligkeit, sodass Menschen mit Mangelernährung häufiger erkranken. Diese Krankheiten führen wiederum zu Appetitlosigkeit und der Kreislauf schließt sich [82].

Ein etabliertes Verfahren zur Feststellung von Mangelernährung in Pflegeheimen und ambulanter Versorgung stellt das MNA (Mini Nutritional Assessment) dar [5]. Hierbei handelt es sich um einen Fragebogen, der die zuvor genannten Risikofaktoren einer Anorexie beinhaltet (z. B. Körpergewicht, Gewichtsverlust, Mobilität, psychische Situation, Wohnsituation, Oberarm- und Wadenumfang). Zusätzlich kann eine Blutanalyse über die Versorgung des Körpers mit Vitaminen und Mineralstoffen Aufschluss geben [101].

3 Prävention altersbedingter Erkrankungen

Prävention sollte vor dem Hintergrund des sog. salutogenetischen Ansatzes betrachtet werden. Salutogenese bedeutet „Gesundheitsentstehung“; folglich hat Gesundheitsförderung das Ziel, Gesundheitspotentiale aufzubauen und Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Hierbei ist auch das Umfeld der jeweiligen Zielgruppe zu berücksichtigen. Erfolgreiches Altern umfasst auch das Erlernen eines adäquaten Umgangs mit Veränderungen, Krankheiten und Einschränkungen. Im Rahmen von Präventionsprogrammen sollten zudem soziale Aspekte integriert werden, wie z. B. die Vorbeugung immobilitätsbedingter Isolation.

Das wesentliche Ziel von Präventionsarbeit ist es, die gesunde Lebenserwartung zu erhöhen und die Selbständigkeit älterer Menschen möglichst lange zu erhalten. Hierzu gibt es eine Reihe von Anknüpfungspunkten für Präventionsmaßnahmen:

- **Ärztliche Versorgung**

Die ärztliche Versorgung, insbesondere durch Hausärzte, ist bei älteren Menschen besonders wichtig, da eigenständig lebende Seniorinnen und Senioren nicht mehr institutionell (z. B. über den Arbeitsplatz) erreicht werden können. Die Aufgabe der Hausärzte sollte hierbei sein, Risiken des Gesundheitsverhaltens aufzuzeigen und beratend tätig zu werden. Auch sollten Versorgungslücken aufgedeckt werden. Besonders geeignet sind hierzu neben der

Was ist ein präventiver Hausbesuch?

Präventive Hausbesuche sind ein Instrument zur stärkeren Verzahnung von präventiven, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen. Ziel der Hausbesuche von Ärzten oder Pflegekräften ist es, möglichst lange eine unabhängige Lebensweise aufrechtzuerhalten und vorzeitige Pflegeheimweisungen zu verhindern.

Sprechstunde sog. präventive Hausbesuche.

Weiterhin hat sich gezeigt, dass mit zunehmendem Alter die Grippemortalität steigt. Grippe-schutzimpfungen können z. B. Lungenentzündungen und grippebedingten Herz-Kreislauf-Komplikationen vorbeugen.

- **Frühzeitiges Erkennen und Reduzieren von Risikofaktoren**

Die ärztliche Versorgung ist ein wesentlicher Baustein zur frühzeitigen Aufdeckung von Risikofaktoren, sodass rechtzeitig Interventionsmaßnahmen und Therapien eingeleitet werden können. Besonders relevant sind Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung, da die Inanspruchnahme solcher Angebote mit zunehmendem Alter stetig sinkt (Schätzung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung 2007). Aber auch Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Seh- und Hörprobleme sowie kognitive Veränderungen sollten rechtzeitig erkannt werden, um Folgeschäden zu reduzieren.

- **Bluthochdruck**

Um kardiovaskulären (Herz und Gefäße betreffend) und zerebrovaskulären (Hirngefäße betreffend) Erkrankungen vorzubeugen, ist die Identifizierung und Behandlung eines jeglichen Bluthochdrucks (Hypertonie) von essentieller Bedeutung. Die Grenzwerte liegen hier bei ≥ 140 mmHg systolisch und ≥ 90 mmHg diastolisch. Eine Behandlungspflichtigkeit gilt sowohl für die isolierte systolische Hypertonie (Erhöhung des oberen Messwertes) als auch für eine Erhöhung des unteren Messwertes (diastolische Hypertonie), für eine Erhöhung des Ruhe-

Blutdruckes ebenso wie für eine krankhafte Erhöhung des Blutdruckes unter Belastung. Eine frühzeitige Behandlung von Bluthochdruck erhöht die Lebenserwartung und kann auch die Lebensqualität verbessern, falls der Bluthochdruck Beschwerden (z. B. Schwindel, Kopfschmerz) verursacht. Wichtiger Hinweis: Gerade ein chronischer Bluthochdruck kann auch beschwerdefrei verlaufen und daher besonders heimtückisch sein, wenn er nicht rechtzeitig erkannt wird.

- *Hör- und Sehprobleme*

Altersbedingte Hör- und Sehdefizite lassen sich durch technische Hilfsmittel wie Hörgeräte und Brillen schnell beheben. Eine gute Einstellung der Geräte fördert die Wahrnehmung und hilft bei der Aufrechterhaltung der Selbständigkeit. Zudem können Funktionseinbußen und das Sturzrisiko minimiert werden. Ebenfalls wird der Hörverlust mit sozialer Isolierung und Depression in Verbindung gebracht [75]. Auch können regelmäßige augenärztliche Kontrollen helfen, Erkrankungen wie Glaukom (grüner Star) oder Katarakt (grauer Star) rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

- *Kognitive Veränderungen und kognitives Training*

Im Alter kommt es zu physiologischen, d. h. natürlichen Veränderungsprozessen des Gehirns [96]. Hiervon betroffen sind insbesondere die kognitive Leistungsgeschwindigkeit und Präzision, was mit einer Abnahme der Gedächtnisleistung einhergeht [84]. Durch gezielte Screenings können Erkrankungen des Gehirns, wie z. B. Demenzerkrankungen, frühzeitig erkannt werden. Bei beginnenden dementiellen Erkrankungen kann durch eine antidementive Therapie (kognitives Training und medikamentöse Behandlung) dem Fortschreiten dieser Erkrankung effektiv entgegen gewirkt werden.

Studien zeigten jedoch auch, dass Menschen, die bis ins hohe Alter herausfordernden kognitiven Tätigkeiten nachgehen, deutlich geringere kognitive Einbußen aufweisen und seltener und auch erst später an Demenz erkranken als geistig weniger aktive Personen [84]. Das Risiko an Demenz zu erkranken ist daher bei Personen mit einer dauerhaften kognitiven Stimulation deutlich reduziert [72].

Hier setzt auch das kognitive Training als Teil der antidementiven Therapie an. Durch ein gezieltes kognitives Training können vor allem mentale Funktionen, wie z. B. Konzentration, Aufmerksamkeit, Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung und das räumliche Denken verbessert werden [100]. Auch können neue kognitive Strategien, z-B. zum Lösen von Multi-Tasking Aufgaben entwickelt werden [84].

Die sog. kognitive Plastizität spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Diese stellt das individuelle Leistungspotential dar, welches zur effizienteren und flexibleren Nutzung neuronaler Netzwerke ausgebildet werden kann und somit die Leistung optimiert. Dieses Leistungspotential kann die oben aufgezeigten altersbedingten Funktionseinbußen des Gehirns kompensieren und zu einer verbesserten Anpassungsfähigkeit führen [96]. Ein kognitives Training im Alter kann daher zu einer insgesamt deutlich besseren Gedächtnisleistung beitragen [84]. Weiterhin kann sich ein kognitives Trainingsprogramm günstig auf das Sozialverhalten, die Stimmungslage und das Antriebsniveau auswirken [37]. Berücksichtigt werden sollte bei der Ausarbeitung eines solchen Trainingsangebots, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen kognitiver Aktivität und Einkommen sowie Bildungsstand besteht [84].

- *Lebensstilmodifikationen*

Unter Lebensstilmodifikationen werden Veränderungen des eigenen Gesundheitsverhaltens im Sinne eines gesundheitsfördernden Lebensstils verstanden. Exemplarisch hierfür werden

die Themen Bewegung und Nicht-Rauchen in ihrer Bedeutung für die Gesundheit im Alter beschrieben.

▪ *Bewegung*

Ausreichende Bewegung (z. B. tägliches Spazierengehen und regelmäßiges körperliches Training) kann chronischen Erkrankungen, insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, vorbeugen [61]. Seit einiger Zeit werden Bewegungsprogramme zunehmend auch vor dem Hintergrund dementieller Erkrankungen beurteilt. So konnte in Langzeitstudien festgestellt werden, dass körperliche Aktivität vor Demenz schützen kann. Je nach Häufigkeit und Inhalt der Sportprogramme waren aktive Senioren weniger häufig betroffen als inaktive. Hierbei wurde den Bewegungsformen Tanzen und Walking eine besondere Bedeutung zugesprochen, um die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zu verbessern. Kraft- und Balancetraining hilft insbesondere das Sturzrisiko zu senken oder bei bereits gestürzten, dementen Personen Folgestürze zu vermeiden. Es zeigte sich weiterhin, dass dementiell Erkrankte durch spezifisches Training Bewegungen neu erlernen können und in die Lage versetzt werden, Multi-Tasking-Aufgaben, d. h. Aktivitäten, bei denen mehrere Dinge gleichzeitig ausgeführt werden müssen, zu bewältigen. Eine multidisziplinäre Betreuung aus Ärzten, Pflegekräften, Physio- und Ergotherapeuten allein reicht hier nicht aus. Die Bewegungsprogramme müssen personen-, alltags- und problemorientiert gestaltet werden.

Aber nicht nur körperliche Ressourcen können über Bewegungsprogramme ausgebaut werden. Neben den positiven Effekten auf die Alltagsmotorik können auch das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität gesteigert werden. Gezielte körperliche Aktivitäten können die Ausprägungen depressiver Verstimmungen reduzieren und Unruhezustände verringern. Eine Verbesserung der Stimmung konnte dabei insbesondere bei Programmen erzielt werden, die den ganzen Körper aktivieren.

▪ *Nichtrauchen*

Der Konsum von Zigaretten ist einer der bedeutendsten Gesundheitsrisikofaktoren in Deutschland. Nach Schätzungen der WHO sterben jährlich in Deutschland 110.000-140.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Die Auswirkungen des Tabakkonsums spiegeln sich auch in den, durch Tabakrauch verursachten Krankheiten wider. Erhöhter Tabakkonsum kann Ursache für mehr als 40 Krankheiten sein. Besonders zu erwähnen sind an dieser Stelle Krebserkrankungen (z. B. Lungen-, Kehlkopf-, Blasenkrebs), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall) und Erkrankungen der Atemwege [47]. Insbesondere das Herzinfarkttrisiko ist unter Rauchern deutlich erhöht [33]. Zudem haben Raucher im Vergleich zu Nichtrauchern eine, um durchschnittlich 8 Jahre reduzierte Lebenserwartung.

Studienergebnisse zeigten jedoch, dass auch ein Aufgeben des Rauchens im Alter noch positive Effekte haben kann. So wurden z. B. Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom über 3 Jahre untersucht. Diejenigen Patienten, die nach einem akuten Koronarsyndrom aufhörten zu rauchen, hatten über die nächsten 3 Jahre 50-60 % weniger kardiovaskuläre Ereignisse im Vergleich zu Patienten, die weiter rauchten [33].

4 Alter, Armut und Gesundheit

4.1 Entstehung von Armut

In Deutschland waren 2003 11,4 % der Personen im Alter von 65+ von Altersarmut betroffen [2]. Einkommen, Bildung und beruflicher Status haben Einfluss auf den Gesundheitsstatus [62]. Erwerbsbiografien, die z. B. durch Niedriglöhne, vorübergehende Arbeitslosigkeit oder Phasen der Selbständigkeit gekennzeichnet waren, führen häufig zu geringeren Rentenansprüchen als bei normalen Arbeitszeitverläufen [24]. Da das Rentenniveau durch Reformen auf etwa 43 % des letzten Erwerbseinkommens sinkt, reicht die gesetzliche Rentenversicherung oftmals nur in Kombination mit betrieblicher und privater Rentenvorsorge aus, um den eigenen Lebensstandard über die Rente hinaus zu sichern [18]. Zusatzversicherungen, wie z. B. die Riesterrente, werden jedoch nur von etwa 5 % der zukünftigen Rentenempfänger genutzt, sodass für diese Personen große Versorgungslücken entstehen können [18]. Daraus ergeben sich Armutsrisiken insbesondere für Personen, die im Bundesvergleich unterdurchschnittlich verdienen (≤ 75 %) oder vorzeitig in den Ruhestand eintreten. Gefährdet sind außerdem Mitarbeiter kleinerer Betriebe, in denen keine betriebliche Altersvorsorge angeboten wird.

Gerade ältere Menschen nehmen häufig von einer Beantragung von Sozialhilfe Abstand, da sie entweder zu stolz sind, sich schämen oder vor dem bürokratischen Aufwand zurückschrecken [17]. Zugleich weisen Personen im Alter von 55-64 Jahren das höchste Armutsrisiko auf [71]. Im Vergleich ist die Altersarmut in Westdeutschland, mit 15,8 %, stärker ausgeprägt als in Ostdeutschland, mit 13,6 %. Zudem nimmt in Westdeutschland die Armutsgefährdung mit dem Alter zu, in Ostdeutschland hingegen mit dem Alter ab. Allerdings gibt es hier, bezogen auf die Einkommensquellen, entscheidende Unterschiede. In Westdeutschland setzt sich das Einkommen vermehrt aus Renten, Kapitalerträgen und sonstigen Einkünften zusammen, in Ostdeutschland hingegen verstärkt nur aus der gesetzlichen Altersrente. Daher nimmt in den kommenden Jahren das Armutsrisiko auch in Ostdeutschland zu [71].

Im Vergleich der Geschlechter sind weiterhin Frauen deutlich häufiger (17,5 %) als Männer (12,8 %) von Altersarmut betroffen. Diese Differenz ist in Ostdeutschland höher als in Westdeutschland. Besonders betroffen sind Frauen ab 70 Jahren in Westdeutschland (Armutsquote 2008: 18,5 %) sowie allein lebende ältere Menschen. Gleichzeitig ist jedoch anzumerken, dass die Ruhestandsbevölkerung im Vergleich zum gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt derzeit einen noch vergleichsweise hohen Lebensstandard aufweist.

Ein erhöhtes Armutsrisiko weisen nach Böhnke Alleinerziehende, kinderreiche Familien und Arbeitslose auf [13]. Im Alter lässt sich die Einkommensarmut hauptsächlich auf die Erwerbsbiografie zurückführen. Hierbei besteht ein Zusammenhang zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigung, der Höhe des regelmäßigen Einkommens sowie Phasen der Beschäftigungsunterbrechung. Unter hochbetagten Frauen kommt es gehäuft zu Altersarmut, wenn keine hauptberufliche Tätigkeit ausgeübt wurde (z. B. bei Hausfrauen).

Definitionen und Aspekte von Armut

- Es wird zwischen objektiver Armut (Armut anhand objektiv messbarer Kriterien, wie z.B. Einkommen oder Vermögen) und subjektiver Armut (sich selbst in Relation zu andern als arm begreifen) unterschieden.
- Ältere Menschen leben häufig in verdeckter Armut. Dies bedeutet, dass diese Personen keine Sozialleistungen in Anspruch nehmen und daher in Statistiken nicht erfasst sind.
- Armut kann in absolute und relative Armut unterteilt werden. Absolute Armut basiert auf Berechnungsmodellen (z.B. Armutsschwelle). Relative Armut bezieht Lebenslagen, Teilhabechancen, Verwirklichungschancen und Ressourcen mit ein.
- Kumulative Armut beschreibt die Verknüpfung von z.B. unterwertigen Bildungsmöglichkeiten, prekärer Beschäftigung und niedrigem Einkommen.[79]

Armut im Alter in Zahlen

- Über 436.000 Ältere hatten 2011 monatlich nur EUR 700 zur Verfügung.
- Über 1 Million Ältere lebten nur knapp über dem Hartz-IV-Niveau.
- Über 2 Millionen lebten unter 60 % der Armutsrisikoschwelle von EUR 952.
- Über 760.000 Ruheständler hatten Minijobs. [17]

Auch Pflegebedürftigkeit steht in engem Zusammenhang mit schlechten sozioökonomischen Voraussetzungen. Etwa 25 % der stationär betreuten Pflegebedürftigen werden über Sozialhilfemittel finanziert. Pflegebedürftigkeit ist im ambulanten Sektor oftmals mit einem zusätzlichen finanziellen Aufwand für Pflegeleistungen verbunden. Gleichzeitig weisen pflegende Angehörige häufig vermehrt gesundheitliche Beschwerden auf, sodass erhöhte finanzielle Belastungen für Therapien und Arbeitsunfähigkeitstage entstehen [18].

4.2 Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit

Die Auswirkungen materieller Benachteiligung auf soziale Teilhabe werden insbesondere durch gesundheitliche Probleme verstärkt. Hinzu kommt, dass Langzeitarbeitslosigkeit und dauerhafte Armut (schlechte Versorgungslage) Hauptmerkmale für Ausgrenzungsprozesse sind [13]. Seit Beginn des Jahrtausends rücken immer häufiger Fragen zur Armut im Alter und deren Einfluss auf die Gesundheit in den Fokus von Politik und Gesundheitswesen. Relevante Faktoren sind hierbei die Bekämpfung sozialer Ausgrenzung, Herstellung von Chancengleichheit, Einflussnahme auf die Lebensqualität, gerechte Ressourcenverteilung, sowie die soziale, politische und kulturelle Teilhabe [13]. Als zentrale Ergebnisse einer Studie von Böhnke [13] zum Einfluss der Gesundheit auf die soziale Teilhabe im Alter konnte festgehalten werden, dass im Vergleich zur Gesamtbevölkerung keine Unterschiede in den Wohlstandspositionen der über 65-Jährigen zu verzeichnen sind. Hierbei waren insbesondere Mehrpersonenhaushalte überdurchschnittlich gut versorgt, Alleinlebende jedoch deutlich schlechter gestellt. Besonders hochbetagte Frauen hatten reduzierte Teilhabechancen und auch ein niedriges Einkommen verminderte die Partizipation am gesellschaftlichen Leben.

Wie Armut oder die soziale Lage den Gesundheitszustand beeinflussen, wurde in der „Berliner Altersstudie“ analysiert [59]. Hiernach hatten ein hoher Bildungsstand und die berufliche Position keinen Einfluss auf funktionelle Aspekte der Gesundheit im Alter beeinflussen jedoch das Mortalitätsrisiko und die Entwicklung einer Altersdemenz. Eine weitere Studie, die deutsche mit US-amerikanischen Daten einer telefonischen Befragung von Personen im Alter von 60+ verglich, konnte keine Zusammenhänge zwischen subjektiver empfundener Gesundheit, Depressionen, funktionellen Einschränkungen und den betrachteten sozioökonomischen Indikatoren wie Einkommen, Bildungsjahre, Hauseigentum und Vermögenswerte feststellen. Für Deutschland wurde hierbei ermittelt, dass die Einkommenslage als Prädiktor für den Gesundheitszustand relevant ist und in der niedrigsten Einkommensgruppe zu einem höheren Depressionsrisiko führt [91]. Aktuelle europäische Daten zeigten, dass die Lebensumstände und sozioökonomischen Voraussetzungen die seelische Gesundheit im Alter determinieren [15].

Die soziale Ungleichheit wirkt sich jedoch vorwiegend im mittleren Erwachsenenalter (40-64 Jahre) aus. Dies bezieht sich sowohl auf die Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustands als auch auf das Vorkommen chronischer Erkrankungen. Für beide Aspekte gleichen sich die unterschiedlichen Sozialschichten mit zunehmendem Alter an. Die Unterschiede sind in der Altersgruppe der 70-jährigen nur noch sehr schwach ausgeprägt [52]. Es wird jedoch vermutet, dass dieses Phänomen darauf basiert, dass die am stärksten sozial und gesundheitlich benachteiligten Personen bereits im mittleren Erwachsenenalter verstorben sind [54].

Aktuelle Daten des Bundesministeriums für Gesundheit [88] konnten weitere Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozioökonomischen Bedingungen feststellen. Geringes Einkommen, geringe Bildung, soziale Isolation und Migrationshintergrund führen dabei zu einer schlechteren Ausgangslage für die Gesundheitsentwicklung. So konnte ermittelt werden, dass Männer und Frauen, die 0-60 % des bundesdurchschnittlichen Einkommens zur Verfügung hatten im Vergleich zu überdurchschnittlich Verdienenden, eine deutlich reduzierte Lebenserwartung aufwiesen (Männer: -10,8 Jahre; Frauen: -9,2 Jahre; [53]). Für den Zeitpunkt des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit ist auch die berufliche Position oftmals ausschlaggebend. Personen höherer beruflicher Positionen können länger selbständig leben. Auch lässt sich der Einfluss von Vermögen, Hausbesitz und weiteren sozioökonomischen Vorteilen auf gesundheitliche Unterschiede in der Bevölkerung im Altersverlauf nachweisen.

Weiterhin ist zu beachten, dass es auch ein krankheitsbedingtes Armutrisiko gibt. Dies besteht insbesondere bei Personen, die unterbrochene Erwerbsbiografien aufweisen oder im Niedriglohnssektor tätig sind. Wenn bei diesen Personen im fortgeschrittenen Alter vor Renteneintritt chronische Erkrankungen entstehen, können Rentenbezüge und Lebensunterhalt deutlich unter der Armutrisikoschwelle liegen [49].

Maßgeblich für die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverläufe in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status ist auch das individuelle Gesundheitsverhalten. Dieses Verhalten steht in Korrelation zu ungleichen Sozialstrukturen, was bedeutet, dass Personen niedrigerer sozialer Schichten häufig einen weniger gesundheitsförderlichen Lebensstil aufweisen (höherer Zigarettenkonsum, mehr Übergewicht und Bewegungsmangel). Diese Problematik findet sich verstärkt bei Personen mit Migrationshintergrund, wobei hier die Männer eher rauchen und die Frauen vermehrt Bewegungsmangel und Adipositas zu verzeichnen haben [2]. Das persönliche Gesundheitsverhalten wirkt sich besonders im Übergang vom

dritten (60-80 Jahre) zum vierten Alter (ab 80 Jahre) aus, da sich in diesen Lebensjahren häufig typische Alterserkrankungen wie Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen manifestieren [62].

Zum derzeitigen Stand der Forschung bezüglich der Dynamik gesundheitlicher Ungleichheit im Alter werden drei Hypothesen diskutiert [62]:

- (1) Die im mittleren Erwachsenenalter ausgebildeten berufsbezogenen sozioökonomischen Unterschiede wirken sich kontinuierlich auf die Lebenschancen und -ziele über das Rentenalter hinweg aus (Kontinuitätshypothese).
- (2) Soziale Ungleichheit erhöht sich über den gesamten Lebensverlauf. Bereits bei der Geburt impliziert die soziale Schicht bestimmte Gesundheitschancen. Im Altersverlauf driften die sozialen Schichten dann immer weiter auseinander und niedrigere soziale Schichten haben schlechtere Voraussetzungen auch über das Rentenalter hinaus (Akumulationsthese).
- (3) Gesundheitliche Ungleichheiten erreichen im mittleren Erwachsenenalter ihren Höhepunkt und können sich mit dem Eintritt ins Rentenalter wieder reduzieren (Destrukturierungs-, Nivellierungs- oder Divergenz-Konvergenz-Hypothese).

Da diese Thesen jeweils einem anderen gesellschaftlichen Untersuchungsansatz folgen, bleibt unklar, ob eine dieser Thesen als alleiniger Erklärungsansatz Gültigkeit besitzt oder der Kern der Wahrheit in der Schnittmenge aller drei Thesen zu finden ist. Protektive oder Resilienzfaktoren auch bei Armutsgefährdung z.B. aus inner- und außerfamiliären sozialen Netzwerken sowie der Sozialkapitalausstattung des jeweiligen Wohnumfelds, tragen mit zum gesundheitlichen Wohlbefinden bei, und können ggf. soziale Ungleichheiten ausgleichen.

4.3 Basisdaten zur Gesundheit und Altersarmut in Hamburg

Gesundheit in Hamburg – Zahlen im Überblick

- Vergleichbar zum Bundesdurchschnitt verschiebt sich auch in Hamburg die Alterspyramide (das mittlere Alter lag 2009 bei 42,3 Jahren [60]). Der Anteil von Personen im Alter von 65+ beträgt derzeit etwa 18,8 %. Der Anteil Hochaltriger lag 2009 bei 4,9 %.
- Bis zum Jahr 2025 wird erwartet, dass der Anteil der Personen im Alter von 65+ auf 19,5 % und der Anteil Hochaltriger auf 6,3 % ansteigen wird. Im Jahr 2060 wird die Altersgruppe 65+ ein Drittel der Hamburger Bevölkerung ausmachen [14].
- Vor allem auf Grund der höheren Lebenserwartung gibt es einen Frauenüberschuss innerhalb der älteren Bevölkerung.
- In Hamburg liegt der Anteil an Bürgern mit Migrationshintergrund bei 17,6 % (2010) aus 180 verschiedenen Nationalitäten; es überwiegt jedoch der Anteil türkischer Mitbürger.
- Die Lebenserwartung liegt bei etwa 77 Jahren für Männer und 82,2 Jahren für Frauen.
- Das mittlere Sterblichkeitsalter liegt in Hamburg bei 76,9 Jahren und damit über dem Bundesdurchschnitt (dieser beträgt laut Statistischem Bundesamt bei den Männern 74,2 und bei den Frauen 81,3 Jahre [10]).

Häufigste Todesursachen

- (1) Herz-Kreislauf-Erkrankungen
(chronisch ischämisch, Herzinfarkt,
-insuffizienz)
- (2) Tumorerkrankungen (Lungen-,
Brustkrebs)
- (3) Erkrankungen der Atemwege
- (4) Verletzungen

Risikofaktoren

- Rauchen
- Fettreiche Ernährung
- Stress
- Erhöhte Cholesterinwerte
- Bluthochdruck
- Übergewicht
- Diabetes mellitus

Für alle Diagnosegruppen ist die altersbedingte Sterblichkeit bei den Männern höher als bei den Frauen. Frauen sterben am häufigsten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Als positiv ist die Reduktion der vermeidbaren Sterbefälle in den letzten Jahren (-25 % bei ischämischen Herzkrankheiten; -30 % bei Leberkrankheiten) zu bewerten. Hingegen nahm bis 2007 die Anzahl der Todesfälle durch Lungenkrebs zu.

Ein Blick auf Hamburgs Krankenhausstatistik zeigt, dass - ähnlich wie in Daten für Gesamtdeutschland - Herzinsuffizienzen dominieren, gefolgt von Krankenhausaufenthalten auf Grund von Alkoholmissbrauch, Lungenentzündung und Schlaganfall. Oberschenkelhalsfrakturen kommen gehäuft bei Frauen vor und entstehen oftmals durch Stürze im Alter (vgl. Abb. 1).

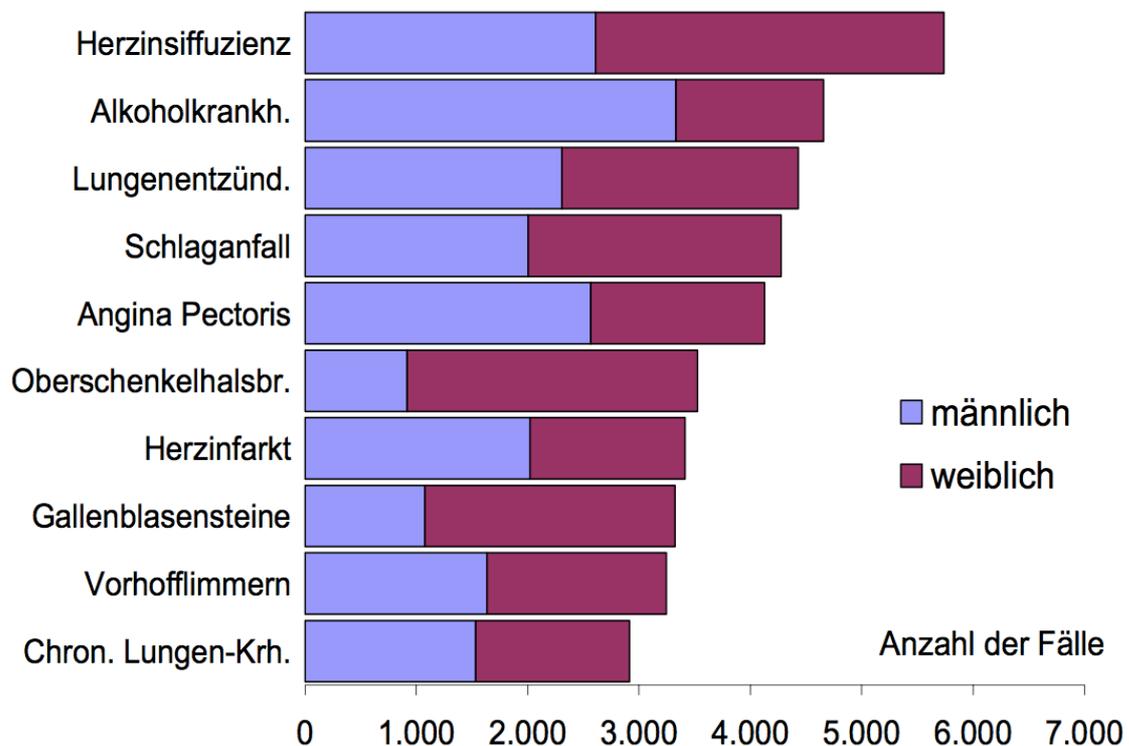


Abb. 1 Krankenhausdiagnosestatistik Hamburg, Vergleich von Männern und Frauen [9]

Für Seniorinnen und Senioren im Alter von 65+ stehen Herzinsuffizienzen, Schlaganfälle und Oberschenkelhalsfrakturen an der Spitze der Diagnosen im Krankenhaus (vgl. Abb. 2).

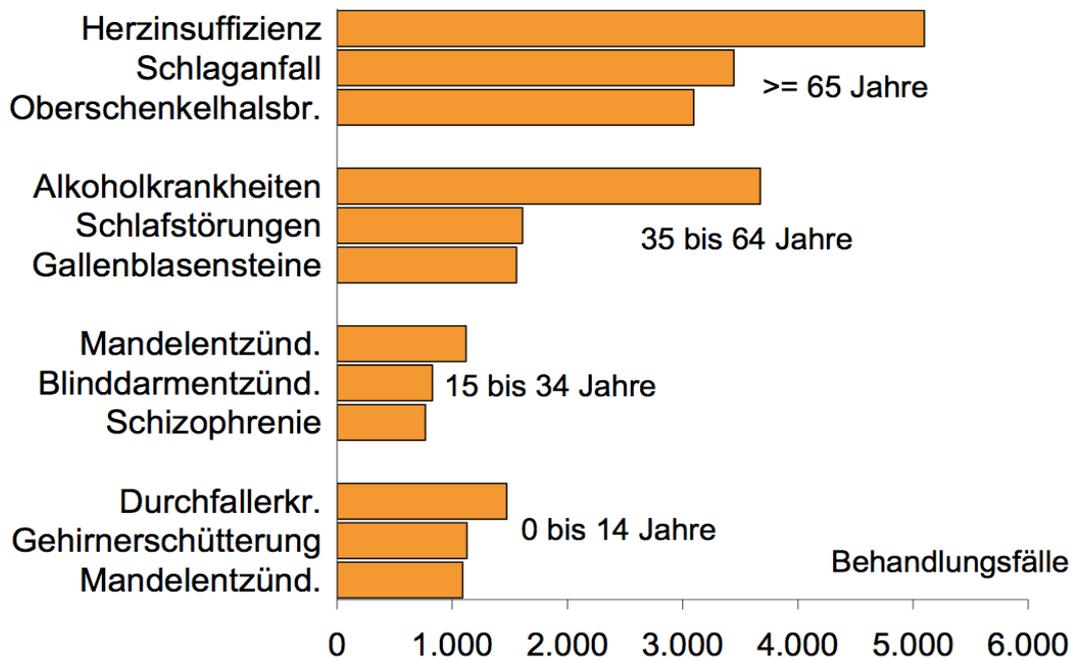


Abb. 2 Vergleich der Krankenhausdiagnosestatistik Hamburg nach Altersgruppen [9]

Hamburger Hausärzte behandeln am häufigsten Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Rückenschmerzen. (vgl. Abb. 3).

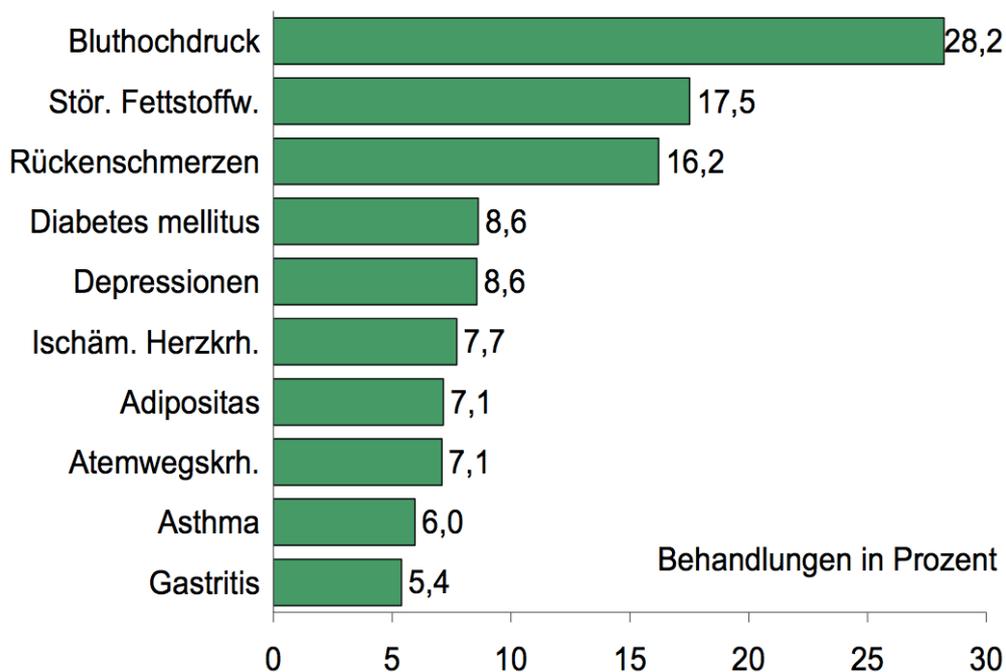


Abb. 3 Krankheitsbehandlungen von Hausärzten in Hamburg [9]

Pflegedaten in Hamburg

Im Jahr 2011 waren in Hamburg 47.207 Menschen pflegebedürftig. Davon wurden 13.513 Personen ambulant und 14.873 stationär betreut. Hinzu kamen 18.821 Pflegegeldbezieher. Die Tabelle 3 zeigt auf, dass vorwiegend Frauen der Altersgruppe 70-90 Jahre Pflegeleistungen beziehen. Hierbei ist die Pflegestufe I am Häufigsten vertreten.

Tab. 3 Übersicht der Pflegebedürftigen in Hamburg 2011

	Ambulant	Stationär	Pflegegeld
Pflegebedürftige [n]	13.513	14.873	18.821
Anteil Frauen und Männer [%]	Frauen: 69 Männer: 31	Frauen: 75,9 Männer: 24,1	
vorrangige Altersgruppen	70 bis 90 Jahre	70 bis >90 Jahre	70 bis 90 Jahre
Pflegestufe I [%]	60	40,3	64,7
Pflegestufe II [%]	31	38,6	28,7
Pflegestufe III [%]	9	19,9	8,3
Personal [n]	9827 (70 % Teilzeit)	12.167 (52,4 % Teilzeit)	
Pflegeeinrichtungen [n]	343	188	

Statistiken rechnen bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen in Hamburg auf 60.000-61.000 Personen [14].

Armut in Hamburg

Im Vergleich zu anderen Großstädten der Bundesrepublik kann der materielle Wohlstand in Hamburg als überdurchschnittlich bezeichnet werden. Bei der Wirtschaftskraft, dem Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem, erzielte Hamburg 2009 einen Betrag von EUR 74.900. Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte lag in Hamburg bei durchschnittlich EUR 24.100 pro Kopf. Somit erzielte Hamburg Platz Eins unter allen deutschen Großstädten [68].

Ein Blick auf die Einkommensverteilung gemessen an der sog. Armutsgefährdungsschwelle zeigt, dass diese 2012 bei EUR 928 je Einpersonenhaushalt lag; hiervon sind etwa 14,2 % der Hamburger Haushalte betroffen. Ein Vergleich der einzelnen Stadtbezirke zueinander zeigt jedoch, dass Hamburg mit 17 % eine im Reigen der Großstädte etwa durchschnittliche Armutsgefährdungsquote aufweist, das heißt gut ein Sechstel aller privaten Haushalte Hamburgs musste in der zweiten Hälfte des letzten Jahrzehnts mit einem Einkommen auskommen, das 60 % oder weniger des mittleren Einkommens der Hansestadt erreicht hat [22].

Was ist die Armutsgefährdungsschwelle?

Die Armutsgefährdungsschwelle wird – bei 60 % des mittleren Einkommens der Bevölkerung (Haushalts-Netto-Einkommen pro Kopf in Privathaushalten) im jeweiligen Bundesland beziehungsweise in der jeweiligen Region festgelegt. Personen, deren Einkommen unter diesem Schwellenwert liegt, werden als (relativ) einkommensarm eingestuft. [85]

Trotz des hohen Durchschnittseinkommens der Stadt wird die soziale Lage der in Hamburg lebenden Menschen eher kritisch betrachtet: Nur etwa ein Drittel der im Rahmen der „Urban-Audit-Befragung“ befragten Einwohner Hamburgs sieht die Armut in der Stadt nicht als Problem an [68]. Der Lebenslagenbericht für Hamburgs Familien und Senioren zeigte 2011, dass die Anzahl Erwerbsloser im Alter von 50+ zwar sank, die Anzahl der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen für soziale Leistungen hingegen anstieg. Demnach erhalten ca. 4,4 % der über 65-jährigen Leistungen nach SGB XII. Unter den über 65-jährigen Hamburgern mit Migrationshintergrund ist der Anteil von Leistungsempfängern deutlich höher (25,1 % der Frauen und 16,6 % der Männer) [10].

Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit

Im Zuge der Lukas-Telefonbefragung [9] wurde der gesundheitliche Zustand älterer Hamburger in Abhängigkeit ihres sozioökonomischen Status (der sich durch das Einkommen, die schulische Bildung und berufliche Position definierte) erfasst. Hierbei zeigte sich, dass besser gestellte Personen den eigenen Gesundheitszustand wesentlich häufiger als positiv bewerteten als Menschen mit niedrigem sozialem Status. Gleichzeitig wies die Gruppe der besser gestellten Seniorinnen und Senioren weniger häufig chronische Krankheiten und Schmerzen auf. Auf Basis der vorliegenden Daten lassen sich zusammenfassend folgende Aussagen treffen:

- Fast die Hälfte der Frauen weist einen niedrigen sozioökonomischen Status auf; vergleichsweise aber nur ein Drittel der Männer.
- Jeder zweite Mann (41 %) befindet sich in der oberen Sozialschicht, aber nur ein Viertel (25 %) der Frauen (maßgeblich sind hierfür vor allem die Einkommensunterschiede bzw. frühere Erwerbstätigkeit).
- 13 % der Männer müssen mit bis zu EUR 1000 im Monat auskommen; unter den Frauen sind es 40 %.
- In der Altersgruppe unter 75 Jahren hat etwa ein Drittel der Personen einen niedrigen sozioökonomischen Status. Diese Personenzahl verdoppelt sich in der Altersgruppe 75+.
- Die Gruppe der Älteren zeichnet sich zudem durch niedrigere Bildungsabschlüsse und Berufsqualifikationen aus, was sich auch in der Höhe des Einkommens widerspiegelt.
- Ein sehr guter oder guter Gesundheitszustand ist häufiger bei einem höheren sozioökonomischen Status anzutreffen.
- Ein niedriger Status korreliert häufiger mit chronischen Erkrankungen und Schmerzen.

- Schichtgradienten finden sich auch bei Lebenszufriedenheit, Körperbeschwerden und Einstellungen zur aktuellen Gesundheit. Personen der unteren Schichten weisen eine geringere Lebenszufriedenheit, mehr Körperbeschwerden und einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Zudem wird in niedrigeren sozialen Schichten häufiger angenommen, selbst wenig Einfluss auf die eigene Gesundheit nehmen zu können.
- Männer mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status weisen am Häufigsten Lücken im sozialen Netz auf (z.B. weniger Bezugspersonen und soziale Absicherung).
- Ein gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum ist bei Älteren der oberen Sozialschicht häufiger anzutreffen.
 - Armutsgefährdete Personen haben häufiger Übergewicht [22].
- Personen mit Armutsrisiko rauchen doppelt so oft wie nicht-armutsgefährdete Menschen [22].

Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund

- 27 % der Hamburger Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund; unter Personen im Alter von 65+ sind es 10 %.
- 25 % der Erwerbstätigen in Hamburg sind MigrantInnen; diese sind häufiger geringfügig beschäftigt.
- Hamburger MigrantInnen haben ein höheres Armutsrisiko.
- Hamburger MigrantInnen sind im Bundesvergleich häufiger übergewichtig.

4.4 Die Situation im Bezirk Altona

Der Stadtbezirk Altona liegt im Südwesten Hamburgs und ist untergliedert in 14 Stadtteile: Altona-Altstadt, Sternschanze, Altona-Nord, Ottensen, Bahrenfeld, Groß Flottbek, Othmarschen, Lurup, Osdorf, Nienstedten, Blankenese, Iserbrook, Sülldorf und Rissen. Insgesamt leben im Stadtbezirk Altona ca. 255.735 Menschen [85].

Die Stadtteile Ottensen, Lurup, Altona-Altstadt, Bahrenfeld, Osdorf und Altona-Nord (in genannter Rangfolge) zählen zu den bevölkerungsreichsten Stadtteilen des Stadtbezirkes Altona. In den Stadtteilen Lurup und Altona-Altstadt findet sich hierbei mit 35 % der größte prozentuale Anteil an Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationshintergrund. In den Stadtteilen Lurup, Ottensen, Altona-Nord, Sternschanze und Altona-Altstadt liegt mit über 5.000 EinwohnerInnen je Quadratkilometer die höchste Bevölkerungsdichte im Stadtbezirk Altona vor. Der Landesdurchschnitt in Hamburg liegt im Vergleich bei 2.330 EinwohnerInnen je Quadratkilometer. Weiterhin verteilen sich Familien und Einpersonenhaushalte unterschiedlich stark auf die Stadtteile. In den Stadtteilen Sülldorf, Lurup, Nienstedten und Groß Flottbek leben die meisten Familien (23 % und mehr). Einpersonenhaushalte hingegen befinden sich vor allem in den Stadtteilen Altona-Nord, Ottensen, Altona-Altstadt und Sternschanze.

Insgesamt sind in Altona 141.224 Personen im erwerbsfähigen Alter (25-65 Jahre, Bevölkerungsanteil 57,9 %). Hiervon haben 18,5 % einen Migrationshintergrund (Hamburger Durchschnitt: 17,6 %).

Bevölkerungsanteile und soziale Strukturen der 65- Jährigen und Älteren in Altona

Im Stadtbezirk Altona leben ca. 47.000 über 65-Jährige und Ältere. Dies entspricht einem Anteil von ca. 18,6 Prozent an der Gesamtbevölkerung des Stadtbezirkes Altona (Hamburg Gesamt: 18,9 %). Ein großer Teil lebt in den Stadtteilen Lurup und Osdorf. In den Stadtteilen Rissen und Ottensen leben über 4000 Personen die über 65 Jahre oder älter sind.

Soziale Strukturen

Leistungsempfänger von Sozialleistungen in Altona haben im Schnitt 861,51 Euro pro Bedarfsgemeinschaft im Monat zur Verfügung. Hiervon werden die Ausgaben für Lebensunterhalt (338,30 Euro), Kosten der Unterkunft (354,80 Euro), Sozialgeld (12,16 Euro), Sozialversicherungsbeiträge (150,56 Euro) und Sonstige Leistungen (5,68 Euro) bestritten [10]. Weiterhin ist für eine Prognose in Bezug auf das Armutrisiko für einzelne Stadtteile die Verteilung der Sozialversicherungsbeschäftigten und Arbeitslosen in der Altersgruppe „15- unter 65“ relevant. Im Stadtbezirk Altona sind insgesamt 33,5% der Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt und 3,9% Personen arbeitslos (Stand Juni 2012). In der folgenden Tabelle sind die einzelnen Stadtteile gegenübergestellt:

Tab. 4 Aufteilung der Altonaer-Stadtteile nach sozioökonomischen Status

niedriger sozioökonomischer Status		mittlerer sozioökonomischer Status		hoher sozioökonomischer Status	
Stadtteil (Bevölkerung)	Beschäftigte Arbeitslose	Stadtteil (Bevölkerung)	Beschäftigte Arbeitslose	Stadtteil (Bevölkerung)	Beschäftigte Arbeitslose
Altona-Altstadt (27.129)	SVB: 36,9 %	Bahrenfeld (26.481)	SVB: 40,6 %	Rissen (14.864)	SVB: 26,3 %
	AL: 6,4 %		AL: 4,5 %		AL: 1,6 %
Altona-Nord (21.595)	SVB: 40 %	Ottensen (33.520)	SVB: 39,4 %	Groß Flottbek (10.624)	SVB: 26,3 %
	AL: 5,8 %		AL: 4,2 %		AL: 1,1 %
Sternschanze (7.781)	SVB: 37,5 %	Osdorf (25.301)	SVB: 30,1 %	Othmarschen (12.616)	SVB: 26,8 %
	AL: 5,3 %		AL: 4,2 %		AL: 1,1 %
Lurup (34.006)	SVB: 33,2 %	Sülldorf (8.950)	SVB: 28,9 %	Blankenese (12.884)	SVB: 22,9 %
	AL: 5,1 %		AL: 2,4 %		AL: 1,0 %
		Iserbrook (10.890)	SVB: 32 %	Nienstedten (7.094)	SVB: 22 %
			AL: 2,3 %		AL: 0,8 %

SVB: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, AL: Arbeitslose (prozentual im Stadtteil bezogen auf die Gesamtbevölkerung)
Einteilung erfolgte lediglich auf Grundlage des Arbeitslosenprozentsatzes im jeweiligen Stadtteil.

Die Stadtteile Altona-Nord, Altona-Altstadt, Sternschanze und Lurup weisen im Vergleich prozentual den höchsten Arbeitslosenanteil (5-6 %) im eigenen Stadtteil auf. Die meisten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten finden sich in den Stadtteilen Ottensen, Bahrenfeld und Altona-Nord.

Auffällig ist der geringe Arbeitslosenanteil (unter 2 %) an der Gesamtbevölkerung der Stadtteile Groß Flottbek, Othmarschen, Nienstedten, Blankenese und Rissen.

In den genannten Stadtteilen zeigt sich allerdings auch ein relativ geringer Prozentsatz sozialversicherungspflichtig Beschäftigter (22-26 % im Stadtteil).

Dieses resultiert vermutlich aus einem größeren Bevölkerungsanteil von Rentnern, Selbständigen, Kindern und/oder Hausfrauen, die nicht der sozialversicherungs-pflichtigen oder arbeitslosen Bevölkerungsgruppe zuzuordnen sind.

Somit lässt sich weiterhin annehmen, dass aufgrund von einem geringen prozentualen Prozentsatz an Sozialversicherungspflichtigen aber zugleich auch geringen prozentualen Prozentsatz an Arbeitslosen, diese Stadtteile überwiegend einem sozial stärkerem Milieu zugeordnet werden können, welches auch den jeweiligen „Stadtteilbildern“ entsprechen würde.

Daher ist zusammenfassend festzustellen, dass in den Stadtteilen Altona-Nord, Altona-Altstadt, Sternschanze und Lurup vermutlich das höchste Armutsrisiko im Vergleich zu den anderen Stadtteilen im Stadtbezirk Altona bestehen.

Im mittleren sozialen Milieu sind nach vorliegender Tabelle die Stadtteile Ottensen, Bahrenfeld und Altona-Nord einzustufen. Die höchsten Einkommensgruppen finden sich nach diesen Daten in den Stadtteilen Groß-Flottbek, Nienstedten, Othmarschen, Rissen und Blankenese. Bei dieser Beurteilung ist allerdings zu beachten, dass diese lediglich auf Grundlage der Relation vom Beschäftigungs- und Arbeitslosenprozentsatz im jeweiligen Stadtteil getroffen wurde.

Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass die soziale Lage und Armutsgefährdung der Seniorinnen und Senioren auch anhängig vom Stadtteil zu betrachten ist.

4.5 Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der Eingangs dargestellten WHO-Definition für gesundes Altern, als *einen Prozess der Optimierung von Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Sicherheit mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern* in Verbindung mit der hier aufgezeigten Datenlage im Bundesvergleich, sollte die Situation der älteren Generationen in Altona aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden:

- (1) Aktueller Gesundheitszustand und zugehöriges körperliches und psychisches Wohlbefinden, sowie Funktionseinbußen/ -einschränkungen
- (2) Einfluss von Funktionseinschränkungen auf die soziale Teilhabe
- (3) Möglichkeiten zur sozialen Interaktion und aktive Teilnahme
- (4) Einfluss des sozioökonomischen Status auf den individuellen Gesundheitszustand und die Lebensqualität (z.B. Wohnsituation, soziale Teilhabe).

Die benannten Punkte sind nach der dargestellten Literatursynopsis elementar, um konkrete und gezielte Handlungsempfehlungen und (Präventions-)Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität aller Altonaer Seniorinnen und Senioren unter Berücksichtigung verschiedener sozialer Situationen abzuleiten.

Für den Bezirk Altona wurden derartige Daten bisher nicht erfasst, so dass es notwendig ist, eine Datenbasis zur Gestaltung der Gesundheitspolitik für die kommenden Jahre zu generieren. Hierbei gilt es auch zu berücksichtigen, dass es neben der sozioökonomischen Lage auch unterschiedliche Zielgruppen in Bezug ein die Optionen zur selbständigen Lebensführung gibt. Somit ergeben sich möglicherweise unterschiedliche Handlungsziele in Bezug auf selbständig lebende Seniorinnen und Senioren, ambulant betreute Personen, oder in Pflegeheimen lebende ältere Altonaer Bürgerinnen und Bürger. Auch ist zu bedenken, ob auf Grund kultureller Unterschiede differenziertere Handlungsstrategien erarbeitet werden müssen.

5 Fragestellungen und Aufgaben des 2. Altonaer Gesundheitsberichts

Die Zielstellung des 2. Altonaer Gesundheitsberichts führt zu folgenden Fragestellungen in Bezug auf die derzeitige Situation zur Gesundheit, der Lebensqualität und des sozioökonomischen Status im Stadtbezirk:

- Wie ist das generelle körperliche und psychische gesundheitliche Wohlbefinden der Altonaer Seniorinnen und Senioren?
- Welche Funktionseinschränkungen (z.B. Schmerz, Probleme bei der Verrichtung von Alltagstätigkeiten wie Körperhygiene oder Haushalt) lassen sich beschreiben?
- Welche Zugänge zur Gesundheitsvorsorge werden genutzt?
- Welche Aktivitäten im Bereich der sozialen Teilhabe und Interaktion nutzen die Altonaer Seniorinnen und Senioren?
- Wie lässt sich die derzeitige Einkommensstruktur beschreiben?
- Wie stellt sich die aktuelle Wohnsituation der älteren Bürgerinnen und Bürger dar?
- Welche Wünsche im Bereich der Aktivitäten und sozialen Teilhabe haben die Altonaer Seniorinnen und Senioren?

Zur weiteren Differenzierung und Ausgestaltung von Empfehlungen sollen bei der Datenanalyse nachstehende Aspekte berücksichtigt werden:

- Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?
- Unterscheiden sich die Gruppen der selbständig lebenden, ambulant betreuten und in Pflegeheimen wohnenden Seniorinnen und Senioren?
- Gibt es gesundheitsspezifische Merkmale, die sich vor dem Hintergrund des zur Verfügung stehenden Einkommens unterscheiden?
- Lassen sich Stadtteil-bezogene Unterschiede ermitteln?

Zur Berücksichtigung bereits bestehender Maßnahmen und Handlungsideen sollen weiterhin Experten zu Wort kommen. Hierbei geht es darum auch qualitative Aussagen zur Lage in Altona in Bezug auf die Fragestellungen zu treffen und um Ideen zur zukünftigen Gesundheitspolitik im Bezirk zu entwickeln.

Die aufgestellten Fragen und Arbeitsaufgaben führen zur Methodik des empirischen Teils des Gesundheitsberichts.

6 Methodik

Die Methodik des empirischen Teils des Berichts untergliedert sich in zwei Teilbereiche: (1) quantitative Befragung der Zielgruppe Altonaer Seniorinnen und Senioren und (2) leitfadengestützte, qualitative Interviews mit Seniorinnen und Senioren und Experten der Seniorenarbeit im Bezirk.

6.1 Methodik (Quantitative Erhebung)

Die Erhebung der Daten der Seniorinnen und Senioren im Stadtbezirk Altona erfolgte in Form einer quantitativen Fragebogenerhebung im Zeitraum September 2013 - Januar 2014. Zur Ergebnisauswertung konnte die Anzahl von 323 ausgefüllten Fragebögen einbezogen werden (80,5 %). Diese Stichprobe wurde weiterhin in Subgruppen unterteilt:

Subgruppe 1: Seniorinnen und Senioren im Pflegeheim

Subgruppe 2: Seniorinnen und Senioren in ambulanter Pflege

Subgruppe 3: Seniorinnen und Senioren im eigenständigen Wohnumfeld

Es wurden Fragebögen von Personen aus Pflegeheimen (n=119), von Personen in ambulanter Pflege (n=50) und von Personen im eigenständigen Wohnumfeld (n=142) zu Grunde gelegt. 11 Fragebögen waren ohne Angaben und konnte nicht in die Aufteilung nach Wohnformen einbezogen werden.

Folgende Altersgruppen haben sich auch vorwiegend an der Umfrage beteiligt (Tabelle 6).

Tab. 5 Prozentuale Altersverteilung der Stichprobe

Betreuung	Jünger als 65 Jahre	Zwischen 65 und 79	80 Jahre oder älter	Keine Angabe
Pflegeheim	13,4 %	20,2 %	58 %	8,4 %
Ambulant	12 %	48 %	34 %	6 %
Selbständig	8,3 %	61,8 %	29,9 %	0 %

Mehr als die Hälfte der befragten Personen im Pflegeheim waren der Altersgruppe 80 und älter zuzuordnen (58%). Bei den ambulant versorgten Personen befanden sich 48% in der Altersspanne zwischen 65 und 79 und 34 % in der Altersgruppe 80 Jahre oder älter. Die selbständig lebenden Personen waren mit deutlich mehr als der Hälfte (61,8 %) der Altersgruppe zwischen 65 und 79 zuzuordnen.

Tab. 6 Stichprobenbeschreibung

Betreuung	Geschlecht	Körperhöhe [m]	Körpermasse [kg]	BMI [kg/m ²]
Pflegeheim	W (n=65)	1,63 ± 0,07	68,6 ± 20,2	25,6
	M (n=37)	1,74 ± 0,07	78,4 ± 23,9	26
Ambulant	W (n=27)	1,64 ± 0,07	67,9 ± 14	25
	M (n=14)	1,72 ± 0,07	85 ± 7,38	28,9
Selbständig	W (n=101)	1,65 ± 0,06	73,5 ± 18,1	27
	M (n=39)	1,76 ± 0,09	80,8 ± 18,1	26,1

Sowohl die weiblichen als auch männlichen Befragten lagen in allen drei Personengruppen im Rahmen der Normwerte des BMI. Die Geschlechterverteilung zeigt auf, dass in allen drei Personengruppen im Verhältnis deutlich mehr weibliche als männliche Personen befragt wurden. Hierbei entsprach das Verhältnis von Männern und Frauen in etwa dem von Gesamt Hamburg im Bereich der Altersgruppen 70 Jahre und älter.

Auswertung nach Stadtteilen

Da die Rücklaufquote geringer war als erwartet, wurden die Stadtteile nach ihrer Sozialstruktur geclustert. Dies war auch deswegen möglich, weil das Einkommen hochsignifikant mit dem Stadtteil, in dem die Befragten lebten, korrelierte. Somit ergaben sich für die Stichprobenauswertung bezogen auf die Stadtteile folgende Verteilungen der Befragungsteilnehmer.

Tab. 7 Stichprobenverteilung nach Aufteilung der Altonaer-Stadtteile nach sozioökonomischen Status

niedriger sozioökonomischer Status	mittlerer sozioökonomischer Status	hoher sozioökonomischer Status
n= 133 41,2 %	n=125 38,7 %	n=58 18,4%

Innerhalb dieser Stichprobe befand sich ein Anteil von n=61 Personen mit Migrationshintergrund (18,9 %). Dies entspricht in etwa der Verteilung im Bezirk Altona von 18,5 %.

Beschreibung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde aus den zur Beantwortung der Fragestellungen relevanten Inhalten der Literaturanalyse erstellt und mit vergleichbaren Befragungsinstrumenten abgeglichen. Als Basis dienten vorwiegend evaluierte und validierte Instrumente, die um spezielle, für diesen Bericht notwendige Fragen ergänzt wurden.

Der Fragebogen (Anlage) war in drei thematische Abschnitte untergliedert. Im ersten Abschnitt wurden Fragen zum subjektiven Gesundheitszustand gestellt. Im zweiten Abschnitt ging es um die subjektive Beurteilung der aktuellen Lebens- und Wohnsituation und im dritten Abschnitt um die Situation und Angebote im Stadtteil. Der Fragebogen wurde ergänzt um Fragen zur Wohnsituation, gesellschaftlichen Aktivitäten, Aufsuche von Ärzten, Bekanntheitsgrad zentraler Einrichtungen (wie z.B. der Pflegestützpunkte) sowie Geschlecht, Altersgruppe, Stadtteilzugehörigkeit, Einkommensgruppe, Größe und Gewicht.

Hinzu kam ein Abschnitt, der Wünsche der Senioren an Alltagsaktivitäten und Mobilitäts- sowie Aktivitätsmaßnahmen abfragte.

6.2 Methodik (Qualitative Erhebung)

Stichprobe

Insgesamt konnten neun Interviewpartner aus verschiedenen Einrichtungen gefunden werden. Auf Wunsch eines Interviewteilnehmers wurden alle Interviews für diesen Bericht anonymisiert.

Vorgehen und Datenanalyse beim leitfadengestützten Interview

Die Auswertung der Interviews erfolgte auf Basis der Grounded Theory [86]. Das Kodierungsverfahren der Grounded Theory besteht in der Entwicklung von Kategorien auf zwei verschiedenen Ebenen. Im ersten Arbeitsschritt, dem offenen Kodieren, werden die Daten in einzelne Teile aufgebrochen und auf Kernstellen hin untersucht, welche benannt (kodiert) werden, wodurch eine begriffliche Verdichtung des Interviewmaterials entsteht. In einem zweiten Arbeitsschritt der beim offenen Kodieren gefundenen Kategorien, wird Bezug genommen auf spezifizierende Kennzeichen (Kontext, Bedingungen, etc.) und so präzisierte Subkategorien gebildet.

Durch die Nutzung eines Leitfadens für die Interviews ergab sich in den einzelnen Transkripten ein relativ identischer struktureller und inhaltlicher Aufbau. Durch die strikte Einhaltung der Interviewfragen und deren geradlinige Beantwortung, wurden die Kategorien für die Auswertung durch Interviewer und Interviewte vorgegeben. Somit war die, für die Grounded Theory nötige Unvoreingenommenheit gesorgt. Gleichzeitig wurden somit Strukturierungshilfen gegeben.

7 Ergebnisse

7.1 Generelles körperliches, psychisches und gesundheitliches Wohlbefinden der Altonaer Senioren

Tabelle 8 gibt zunächst einen Überblick darüber, wie die Befragten ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen bewerteten.

Tab. 8 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Ausgezeichnet	0,8	0	3,5
Sehr gut	8,4	2	7,6
Gut	33,6	24	42,4
Weniger gut	43,7	42	31,9
Schlecht	10,9	28	14,6
Keine Angabe	2,5	4	0

Die Bewohner von Pflegeheimen schienen ihre Gesundheit als besser zu empfinden als ambulant betreute Befragungsteilnehmer. Dennoch beschrieben viele Heimbewohner ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht (54,6 %). Unter den ambulant betreuten Personen waren dies sogar über zwei Drittel der Befragten (70 %). Bei den Selbständigen hingegen beurteilten 50 % ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut.

Im Folgenden wird das generelle körperliche und psychische Wohlbefinden aufgezeigt. Dies erfolgt durch einen Summenwert eines Fragenkomplexes, bei denen die Befragten ihren subjektiven Gesundheitszustand anhand von 12 Fragen beurteilten. Verglichen werden die drei Personengruppen, getrennt nach Geschlecht. Die Werte werden in Bezug zum jeweiligen Referenzwert aufgezeigt.

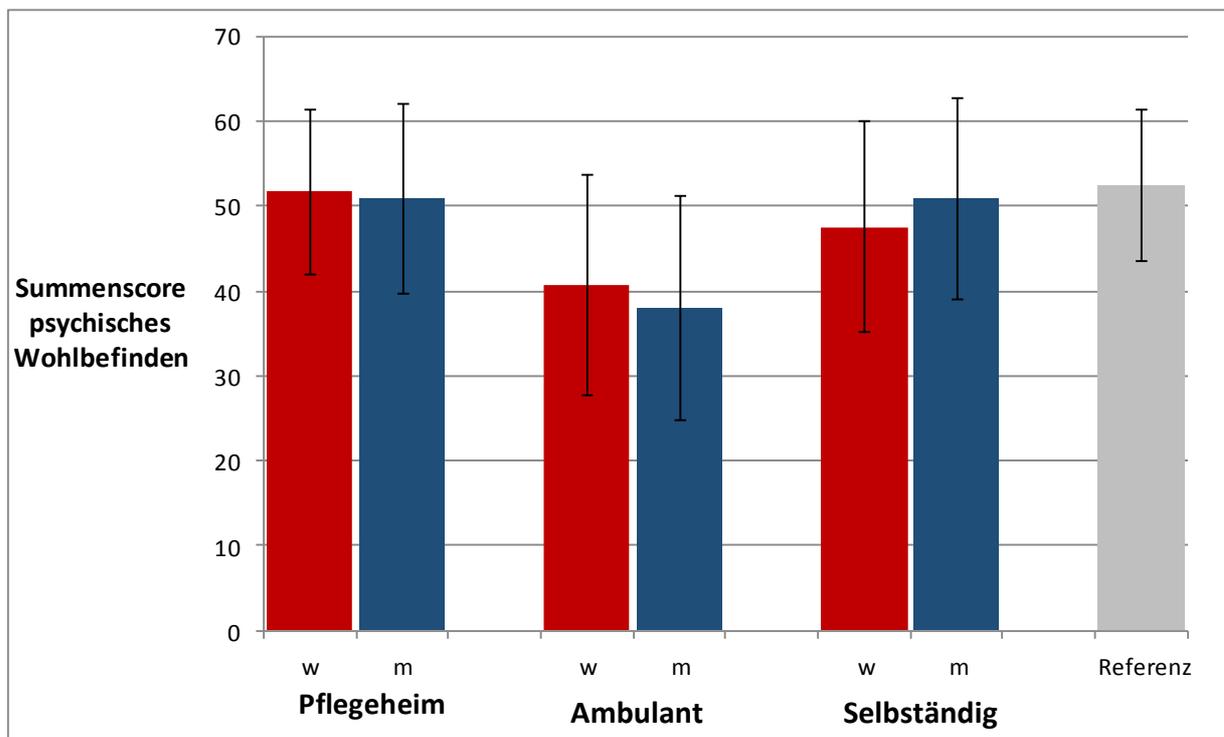


Abb. 2 Vergleich des psychischen Wohlbefindens (je höher der Summenscore desto höher das Wohlbefinden)

Durch die Abbildung 2 wird deutlich, dass Personen im Pflegeheim mit 51,5 Punkten nahezu den Referenzwert der Altersklasse in Höhe von 52,5 erreichten, Personen in ambulanter Pflege mit 39,8 jedoch deutlich unter der Referenz lagen. Selbständig lebende Personen erreichten Werte von 48,4 Punkten. Trotz der hohen Streuung der Werte innerhalb der einzelnen Gruppen (zu erkennen an den Strichen der Standardabweichung) unterschieden sich die Gruppen signifikant .

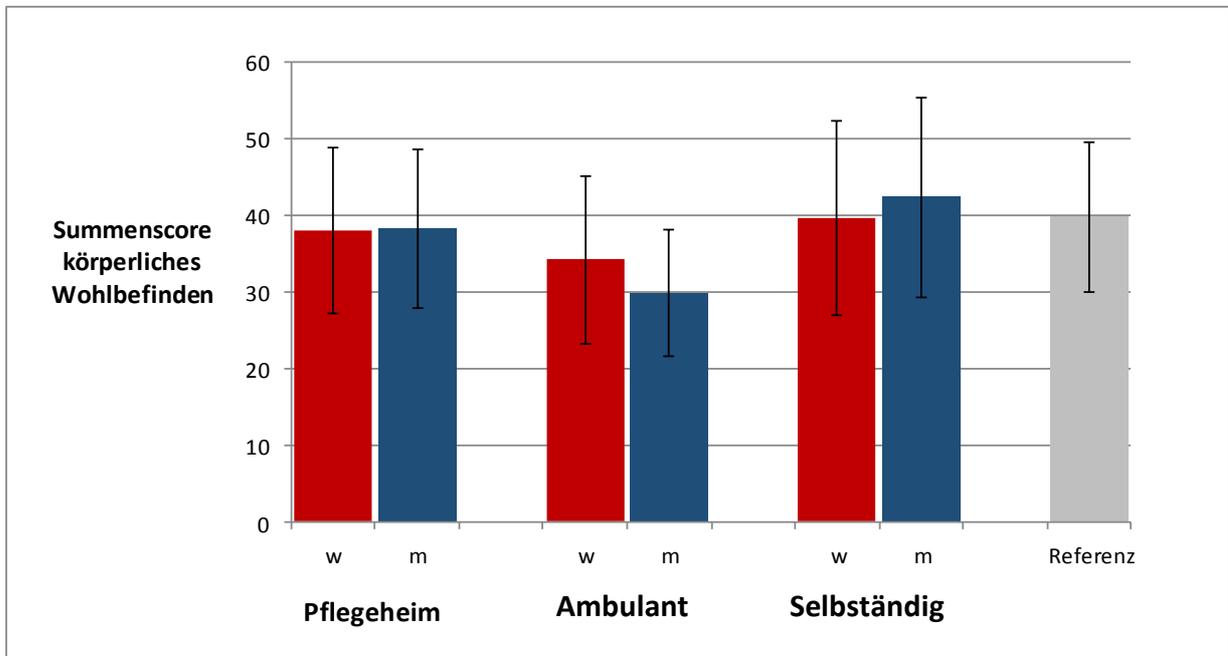


Abb. 3 Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (je höher der Summenscore desto höher das Wohlbefinden)

Anhand der Normwerte der deutschen Bevölkerung ist zu verzeichnen, dass die Befragten in ihrer körperlichen Verfassung deutlich unter den Normwerten lagen. Auch hier zeigten die ambulant betreuten Personen mit 32,8 Punkten die niedrigsten Werte, gefolgt von den in Pflegeheimen betreuten Menschen mit 37,7 und den selbständig Lebenden mit einem Punktwert von 40,2. Auch diese Gruppenunterschiede sind statistisch signifikant. Zu der generellen Bewertung des eigenen Gesundheitszustands wurde mit weiteren 15 Fragen eines standardisierten Verfahrens die Depressionsgefährdung ermittelt. Hierbei sagen niedrige Werte eine geringe und hohe Werte eine starke Gefährdung voraus. Grundsätzlich unterschieden sich die Gruppen in ihren Mittelwerten innerhalb der geriatrischen Depressionsskala. Hierbei lagen die Werte innerhalb der ambulant betreuten Personen am höchsten mit 6,17. Punktwerte über 5 können auf eine Depression hindeuten und erfordern grundsätzlich eine weitere medizinische Diagnostik.

Aus der Abbildung 4 ist zu entnehmen, dass die männlichen Personen in ambulanter Pflege einen deutlichen erhöhten Wert in der Depressionsskala aufzeigten im Vergleich zu den weiblich befragten Personen in ambulanter Pflege sowie im Vergleich zu Senioren aus dem Pflegeheim.

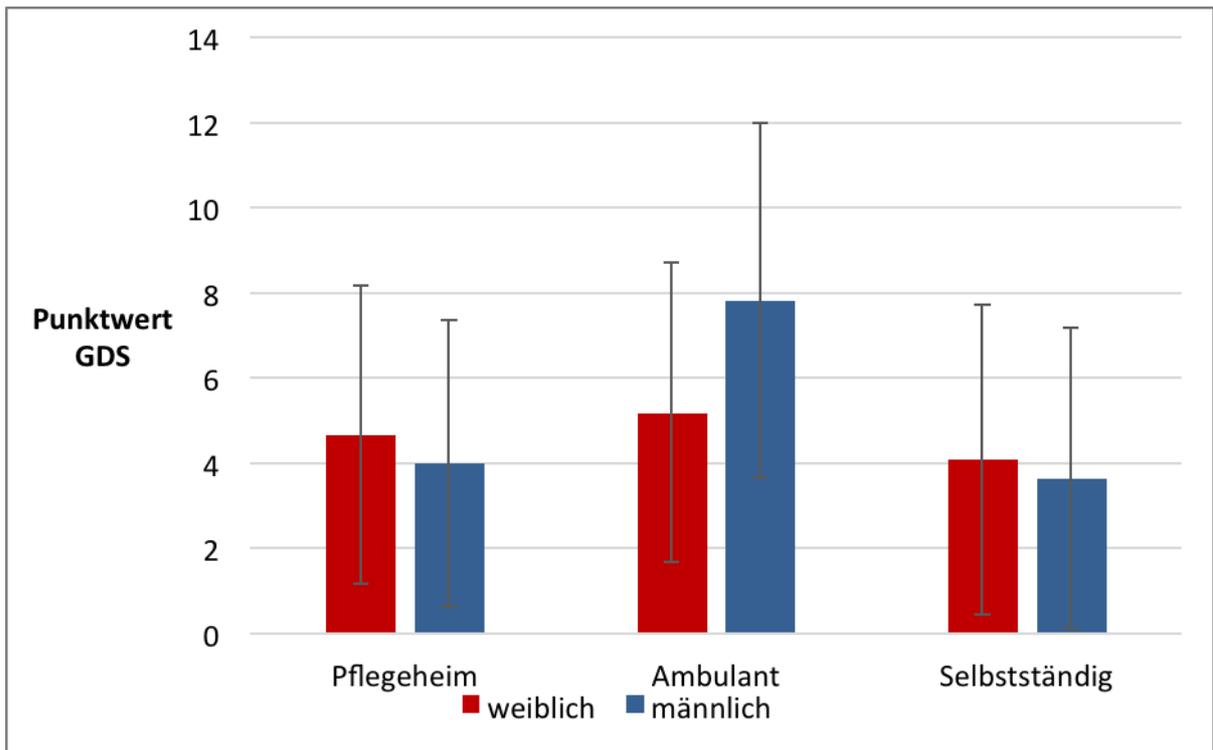


Abb. 4 Vergleich des Punktwerts für die geriatrische Depressionsskala (GDS)

Bei einer Analyse der Teilfragen zur Depressionsskala gaben weit über zwei Drittel der Personen in Pflegeheimen an, viele Aktivitäten und Interessen aufgegeben zu haben. Im Vergleich gaben über 50 % der ambulant versorgten Personen und nicht ganz die Hälfte der Selbständigen ihre Aktivitäten auf. Dennoch waren besonders die Heimbewohner und die Selbständigen mit ihrem Leben zufrieden, hatten meistens gute Laune und fanden es schön, jetzt zu leben. Knapp zwei Drittel der Pflegeheimbewohner und mehr als 50% der Selbständigen waren die meiste Zeit glücklich. Unter den ambulant Betreuten empfand dies nur etwa ein Drittel der Befragten.

Herauszustellen ist, dass sich vor allem die ambulant versorgten Personen (50 %) oft hilflos fühlten. Dieser prozentuale Wert war im Vergleich zu den zwei weiteren Personengruppen (Pflege: 27,7 %; Selbständig 26,8 %) deutlich erhöht. Auch hatten ambulant versorgte Personen häufiger das Gefühl wertlos zu sein (26 % im Vergleich zu 19,3 % Pflege und 15,4 Selbständig).

7.2 Zentrale Ergebnisse zum Gesundheitszustand und Pflegestufen Chronische Erkrankungen und Multimorbidität

Nicht viele der Befragten wollten konkrete Angaben dazu machen, unter wie vielen und welchen chronischen Erkrankungen sie leiden. Die folgende Abbildung zeigt die prozentuale Verteilung der getätigten Angaben (n= 292).

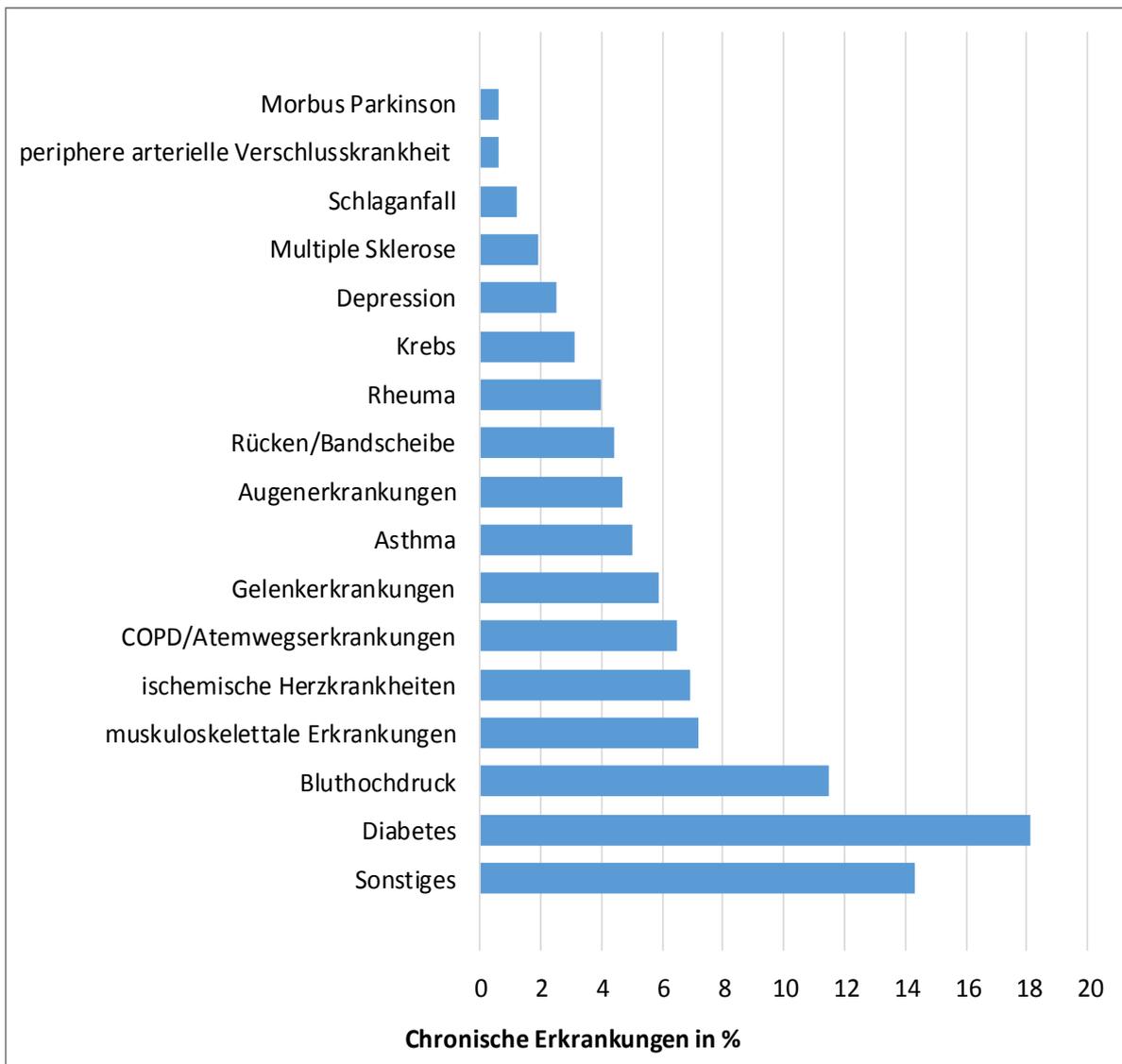


Abb. 5 Überblick chronischer Erkrankungen [%]

Hierbei zeigte sich eine große Vielfalt unterschiedlichster Erkrankungen. Besonders auffällig ist, dass die sogenannten Volkskrankheiten Diabetes Mellitus und Bluthochdruck am Häufigsten genannt wurden.

Im Bereich Sonstiges wurden Erkrankungen, die nur von ein oder zwei Personen genannt wurden zusammengefasst. Hierzu gehörten Krankheiten wie Polio, Leukämie, Epilepsie, Hepatitis, Schilddrüsenunterfunktion. Weiterhin wurden z.B. Angstzustände, Schlafstörungen und nicht weiter spezifizierte nervliche Erkrankungen, Reizdarm oder Blase genannt.

Die nachstehende Tabelle 9 gibt zudem Auskunft über das Vorkommen von Multimorbidität.

Tab. 9 Überblick von Krankheitshäufungen (Multimorbidität): Häufigkeiten [%]

Betreuung	Geschlecht	Keine Krankheit angegeben	Anzahl angegebener chronischer Erkrankungen		
			1	2-3	4 und mehr
Pflegeheim	Weiblich (n=70)	8,8	13,7	10,3	3
	Männlich (n=41)	10	13,4	13,4	7,2
Ambulant	Weiblich (n=30)	4,9	4,4	4,9	3
	Männlich (n=17)	5	7,2	5,2	1
Selbständig	Weiblich (n=104)	19,6	11,8	6,9	4,5
	Männlich (n=39)	25,2	12,4	5,1	2
Gesamt		141 Personen (43,9 %)	93 Personen (28,9 %)	68 Personen (21,2 %)	19 Personen (5,9%)

Pflege- und Hilfebedürftigkeit

Aus den dargestellten Erkrankungen ergeben sich dann die Pflegestufen, die sich wie folgt auf die Gruppen verteilen (Tabelle 10)

Tab. 10 Pflegestufen der Befragten

Pflegestufe	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
1	49,6	32	11,1
2	21	10	5,5
3	4,2	6	2,4

Fast 50% der Befragten in Pflegestufe 1 waren in Pflegeheimen untergebracht sowie 32 % der ambulant Versorgten und 11,1 % der Selbständigen. In Pflegestufe 2 waren im Vergleich zwischen den drei Personengruppen die Personen im Pflegeheim mit 21 % vermehrt eingestuft. Von der Pflegestufe 3 und damit der höchsten Notwendigkeit der Pflege waren 6 % der ambulanten Personen betroffen, im Vergleich zum Pflegeheim mit 4,2 % und Selbständigen mit 2,4 %. Hierbei ist zu beachten, dass die Fragebögen nur von Personen ausgefüllt werden konnten, die gesundheitlich dazu in der Lage waren.

Die Personen wurden weiterhin zu ihrer momentanen Hilfebedürftigkeit befragt.

Tab. 11 Frage: Sind die zum Zeitpunkt der Befragung auf Hilfe angewiesen? [%]

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Finanzielle Hilfe	0,8	4	6
Hauswirtschaftliche Hilfe	4,9	16	9,3
Pflegerische Hilfe	19,7	26	2,6
Finanzielle & hauswirtschaftliche Hilfe	0	2	0,7
Finanzielle & pflegerische Hilfe	2,5	0	0
Pflegerische & hauswirtschaftliche Hilfe	47,5	24	5,6
Finanzielle, hauswirtschaftliche & pflegerische Hilfe	7,3	6	2
Keine Hilfe	10,7	16	63
Keine Angabe	6,6	6	4,6

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass 36 % der Befragten keine pflegerische, finanzielle oder hauswirtschaftliche Hilfe benötigten. 64 % der Befragten waren jedoch auf Hilfe angewiesen, wobei Pflegeheimbewohner vor allem pflegerische sowie hauswirtschaftliche Hilfe und selbständige finanzielle Hilfe benötigten. Mehr als 8 % der Befragten waren auf alle drei Hilfen angewiesen. Die Hilfeleistungen wurden von Angehörigen und ambulanten Diensten übernommen, wie die Tabelle 12 aufzeigt.

Tab. 12 Frage: Wenn Sie auf Hilfe angewiesen sind, wer leistet diese Hilfe?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Angehörige (z.B. Kinder, Enkelkinder)	8,2	6	31,8
Ambulante Dienste bzw. Pflegeheim	60,7	54	7,3
Angehörige <u>und</u> ambulante Dienste	20,5	18	25,1
Keine Angabe	9,8	22	35,8

Bei den Pflegeheimbewohnern leistete zu 61 % das Pflegeheimpersonal Hilfe und bei den ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren leisteten dies zu 54 % die ambulanten Dienste. Bei den selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren waren es vor allem die Angehörigen (32 %).

7.3 Alltagsprobleme und Funktionseinschränkungen

Auswertung der Selbständigkeit im Alltag

Der Barthel-Index sowie der IADL (instrumental activities of daily living) dienen zur Bewertung der selbständigen Ausführung von Alltagstätigkeiten und der Selbständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit. Es werden für den Barthel-Index die Punkte der einzelnen Kategorien addiert, wobei minimal 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) und maximal 100 Punkte erreicht werden können. Beim IADL kann eine Gesamtpunktzahl von 8 als Maximalwert erreicht werden.

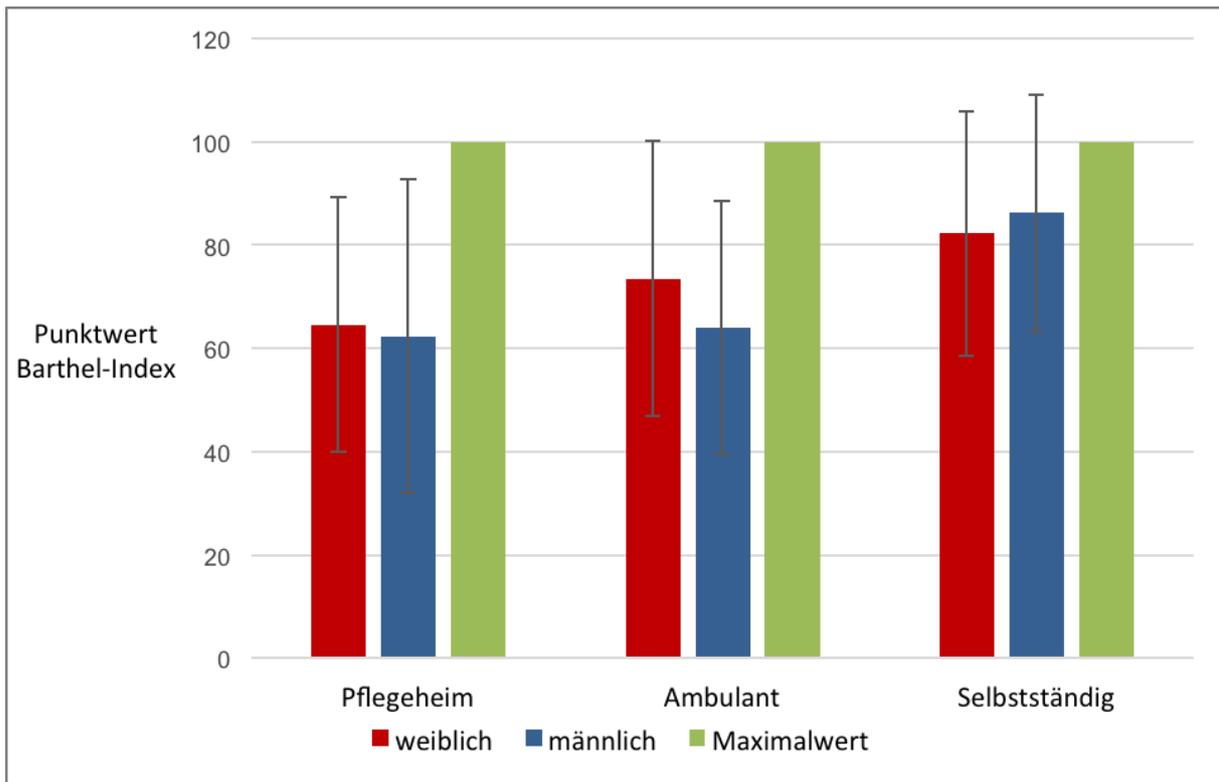


Abb. 6 Vergleich der Barthelindizes

Der Barthelindex war mit 63,4 Punkten bei den in Pflegeheimen lebenden Personen am niedrigsten. Ambulant betreute Menschen hatten im Mittel einen Wert von 69,3 und selbstständig lebende Personen hatten Mittelwerte von 83,7. Diese Gruppenunterschiede waren höchstsignifikant.

Wenn der Barthel-Index in seinen Unterkategorien betrachtet wird, dann ergeben sich die Bereiche, die den Seniorinnen und Senioren im Alltag die meisten Probleme bereiteten. Es ließen sich für den Barthel-Index keinerlei signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede festmachen. Dies galt sowohl in Bezug auf den Gesamtscore, als auch für die jeweiligen Subkategorien.

Anders verhielt es sich in Bezug auf das Alter. Hier fanden sich hochsignifikante Unterschiede für den Gesamtscore sowie in den Kategorien Baden, Gehen auf Flurebene und Treppensteigen und signifikante Unterschiede für die Selbständigkeit beim An- und Auskleiden. Hierbei ließen erwartungsgemäß die Fähigkeiten mit zunehmendem Alter nach. Derselbe Effekt traf für den Gesamtscore zu. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den IADL's (Abb. 7).

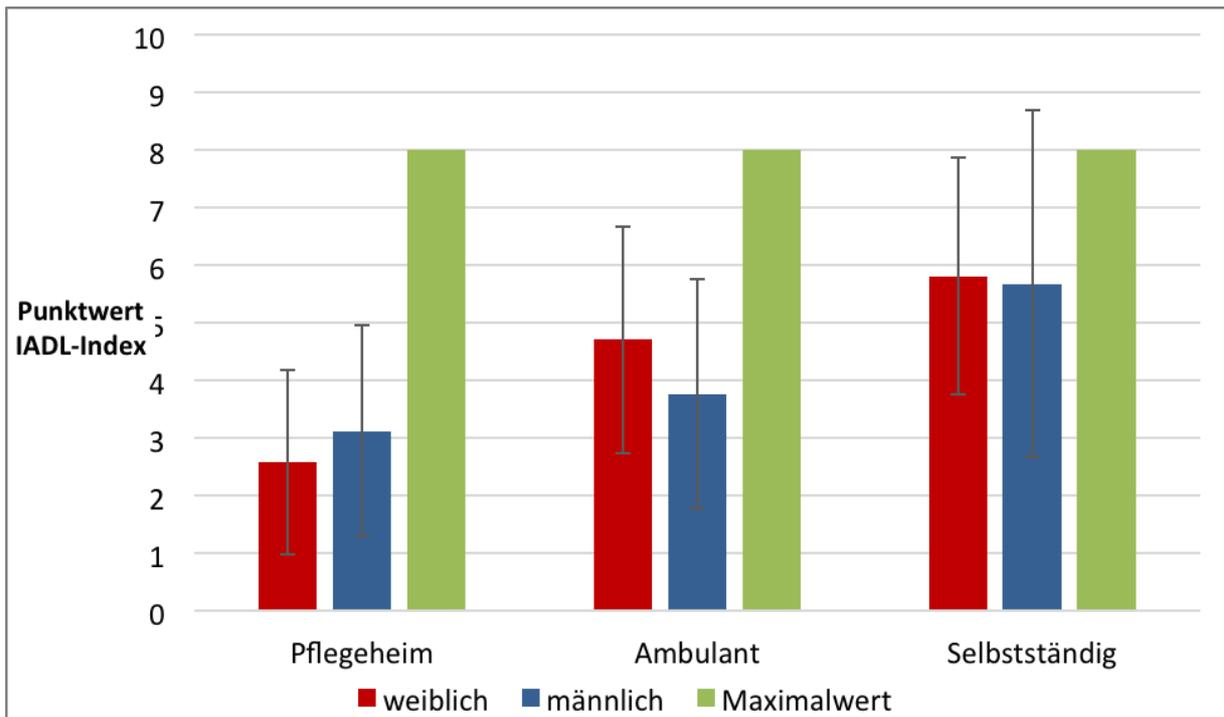


Abb. 7 Vergleich der IADL Mittelwerte

Auch hier ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Sowohl die Ergebnisse des Barthel- als auch des IADL-Indexes ließen auf eine verminderte Selbständigkeit im Alltag der befragten Personen schließen. Interessanter Weise korrelierte der Wert des IADL hochsignifikant mit der Frage zum aktuellen Gesundheitszustand (Werte zum aktuellen Gesundheitszustand siehe Tabelle 8). Dies bedeutet, dass ein Zusammenhang bestand zwischen dem Grad an Selbständigkeit im Alltag und dem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand. Dabei waren ambulant betreute Teilnehmer erwartungsgemäß selbständiger als Heimbewohner. Auffallend war allerdings bei sämtlichen Mittelwerten die hohe Standardabweichung. Es gab also sowohl sehr selbständige als auch sehr unterstützungsbedürftige Befragungsteilnehmer. Die Schwierigkeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten gliederten sich folgendermaßen auf:

Hochsignifikante Unterschiede zwischen den Alterskategorien fanden sich in den Kategorien: Einkaufen, Kochen, Haushalt, Wäsche, Transportmittel sowie dem Gesamtscore. Diese Fähigkeiten reduzierten sich mit zunehmendem Alter.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich in den Kategorien Kochen und Wäsche in denen die Frauen einen höheren Mittelwert, also höhere Selbständigkeit aufwiesen.

Schmerzen

Die nachstehenden Ergebnisse beschreiben das Ausmaß der Schmerzen zum Zeitpunkt der Befragung.

Tab. 13 Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Sehr leicht	10,9	12	21,5
Leicht	10,9	8	14,1
Mäßig	27,7	24	28,1
Stark	18,5	30	17
Sehr stark	4,2	12	3,7
Keine Angabe	5	2	0

Von den befragten Heimbewohnern hatten gut 22 % in den vergangenen vier Wochen starke oder sehr starke Schmerzen. Anders sah die Situation unter den ambulant Betreuten aus. Hier hatten 42 % starke oder sehr starke Schmerzen und nur 30 % sehr leichte oder leichte Schmerzen. Bei den selbständig lebenden Personen fanden sich die niedrigsten Werte.

Sturzrisikofaktoren

Für die Alltagsmobilität besonders relevant sind Sturzrisikofaktoren. Die Häufigkeit einzelner Sturzrisiken verteilte sich wie folgt auf die ausgewerteten Gruppen (Tabelle 14):

Tab. 14 Sturzrisikofaktoren

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Haben Sie Gleichgewichtsschwierigkeiten?	47,1	62	43
Sind Sie schnell außer Atem?	51,3	62	50,7
Hat Ihre Muskelkraft in den Armen oder Beinen nachgelassen?	77,3	78	66,7
Fühlen sich Ihre Gelenke steif an?	46,2	42	43
Benutzen Sie Gehilfen wie einen Stock oder einen Rollator?	84	58	31,7
Haben Sie manchmal Schwindelgefühle?	51,3	62	43,3
Nehmen Sie mehr als drei Medikamente?	66,4	80	47,6
Haben Sie Angst zu stürzen?	53,8	66	51,7
Haben Sie irgendwelche Probleme mit Ihren Füßen?	40,3	60	51,4
Müssen Sie sich manchmal beeilen zur Toilette zu kommen?	48,7	58	57,6
Haben Sie Probleme mit Ihren Augen?	49,6	54	55,2
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	0,8	8	13,2
Haben Sie Hörschwierigkeiten?	34,5	50	35,7
Essen Sie manchmal länger als 5 Std nichts?	21,8	36	34,5

Beinahe alle Heimbewohner nutzten eine Gehhilfe. Unter den ambulant Betreuten benötigte mehr als die Hälfte diese Unterstützung, unter den Selbständigen war es etwa jeder Dritte. In Bezug auf die körperliche Verfassung gab ein Großteil der Befragten an, dass sie oft Schwindelgefühle und Gleichgewichtsschwierigkeiten hätten, schnell außer Atem seien, sich die Gelenke steif anfühlten, sie Probleme mit den Füßen und Augen hätten und sich oft zur Toilette beeilen müssten. Weiterhin nannten 50 % der ambulant versorgten Personen Hörprobleme. Der Großteil der Befragten nahm zudem mehr als drei Medikamente ein und empfand die eigene Muskelkraft als vermindert. Dabei zeigte sich, dass auch unter den noch selbständig Lebenden die Sturzrisikofaktoren bei etwa 50 % der Befragten vorhanden waren. Für das individuelle Sturzrisiko ist es relevant, wie viele in Tabell 14 genannten Sturzrisikofaktoren bei einer Person gemeinsam vorkommen. Je mehr Sturzrisikofaktoren (z.B. Muskelschwäche, Schwindel und Angst zu Stürzen) eine Einzelperson aufweist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass tatsächlich ein Sturz passiert. Dies liegt daran, dass sich die Sturzrisikofaktoren gegenseitig verstärken (z.B. wenn ich Schwindelerscheinungen habe und dadurch ins Schwanken gerate, ist es besonders wichtig die Muskelkraft zu besitzen, um das Gleichgewicht zu halten und das Schwanken zu reduzieren). Für die hier befragte Stichprobe ergab sich dazu folgendes Bild:

Tab. 15 Kumuliertes Sturzrisiko der Befragten

	Pflegeheim	Ambulant	Selbständig
Anzahl Sturzrisiken (Maximalwert: 14)	6,9 ± 3,1	8,1 ± 3,4	5,6 ± 3

Neben den signifikant erhöht vorkommenden Sturzrisikofaktoren bei den ambulant betreuten Personen ergaben sich altersspezifische Unterschiede. Hierbei stiegen die individuellen Sturzrisikofaktoren mit zunehmendem Alter von durchschnittlich 5,7 in der jüngsten Altersgruppe auf 7,1 in der ältesten Kohorte an.

7.4 Zugänge zur Gesundheitsvorsorge (Haus- und Fachärzte)

Um Aussagen über die Zugänge zur Gesundheitsvorsorge und Beratung treffen zu können, wurden zunächst die Häufigkeiten der Arztbesuche erfasst (Abb. 8). Weiterhin wurde die Erreichbarkeit (Wegezeiten zu den Arztpraxen) der ärztlichen Versorgung ermittelt und die Anzahl der Facharztbesuche pro Jahr ausgewertet.

Die Abbildung 8 zeigt auf, dass die Mehrheit der Befragten 2-6 mal pro Jahr den Hausarzt besuchte (oder dieser in die Einrichtung, z.B. Pflegeheim kommt). Seniorinnen und Senioren, die im Pflegeheim wohnen oder ambulant betreut werden, hatten häufigere Kontakte (7-12 mal oder 12 mal und mehr) als selbständig lebende Befragte.

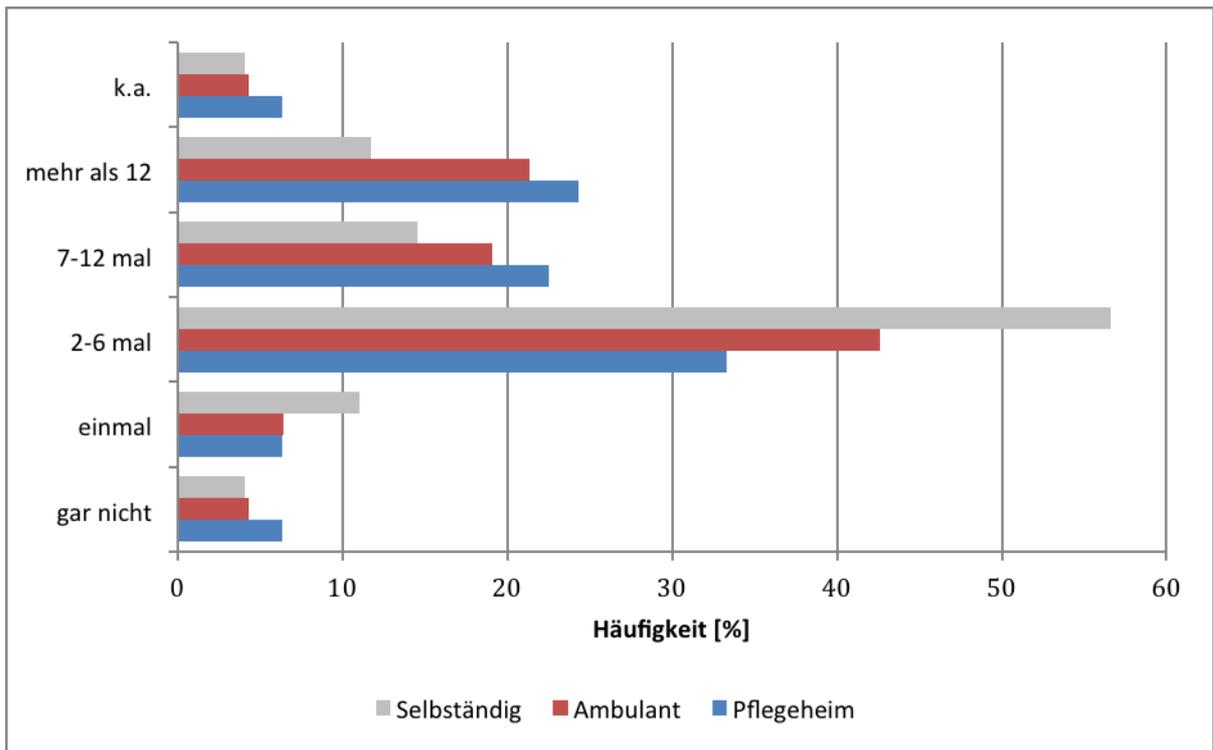


Abb. 8 Häufigkeiten der Hausarztbesuche pro Jahr [%]

Die nächste Frage beschäftigte sich mit der Wegezeit zu den Hausärzten um zu erfassen, ob die generelle Erreichbarkeit der Hausärzte für die Senioren handhabbar war (Abb. 9). Hier zeigte sich, dass die meisten Personen weniger als 15 Minuten benötigten, um ihren Arzt zu erreichen. Es fällt auf, dass ambulant betreute Personen zum Teil deutlich längere Wegezeiten in Kauf nehmen mussten. Ein Zusammenhang zwischen der Fahrt- und Wegezeit und der Häufigkeit der Arztbesuche konnte jedoch nicht festgestellt werden.

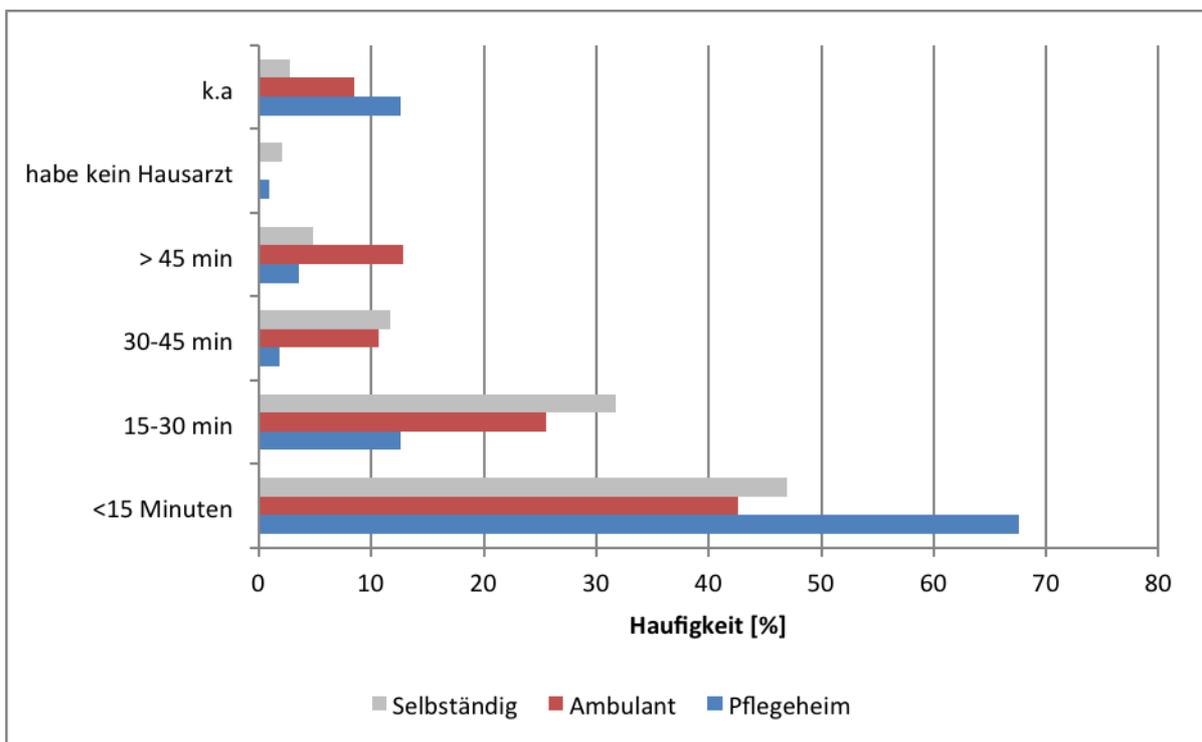


Abb. 9 Fahrt- und Wegezeiten zum Hausarzt [%]

Abschließend wurde ermittelt, wie häufig die Fachärzte aufgesucht wurden.

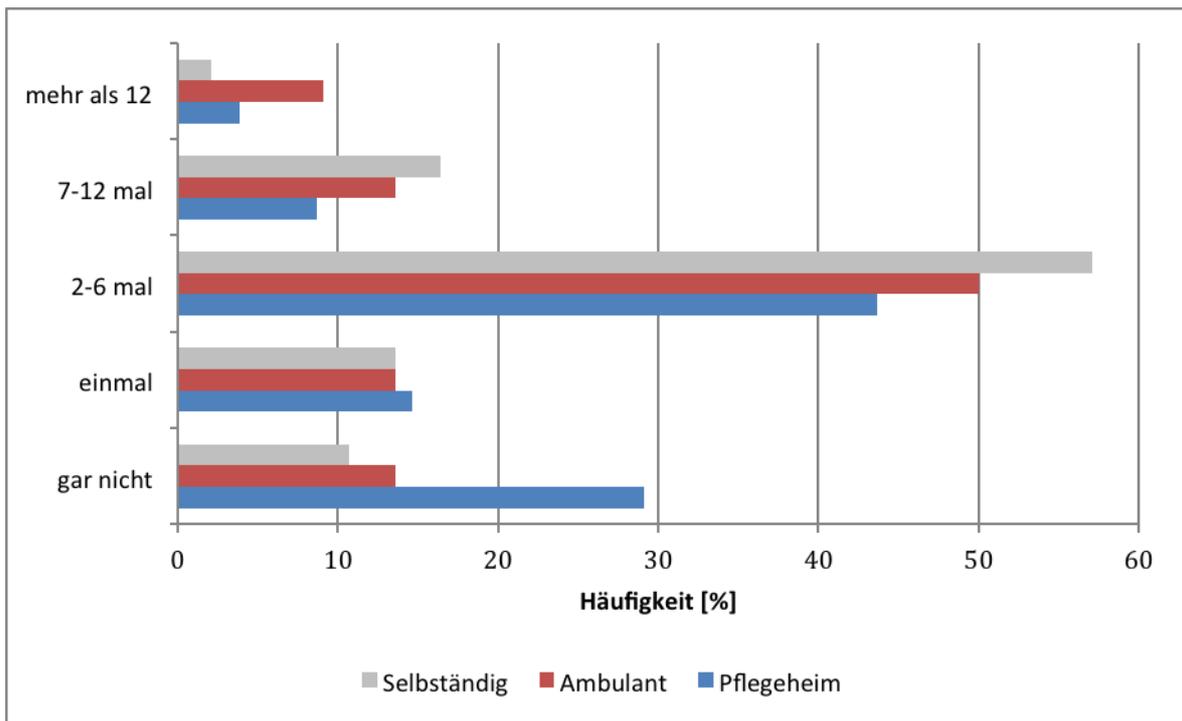


Abb. 10 Häufigkeiten der Facharztbesuche pro Jahr [%]

Es zeigte sich, dass Fachärzte häufiger von den selbständig lebenden Altonaer Bürgerinnen und Bürgern aufgesucht wurden. Die Mehrheit der Befragten besuchte Fachärzte 2-6 mal pro Jahr.

Einen weiteren Zugang zur Gesundheitsvorsorge stellen die Altonaer Seniorenberatung und Pflegestützpunkte dar. Im Rahmen der Befragung wurde hier ermittelt, ob die Altonaer Bürger mit diesen beiden Institutionen vertraut waren.

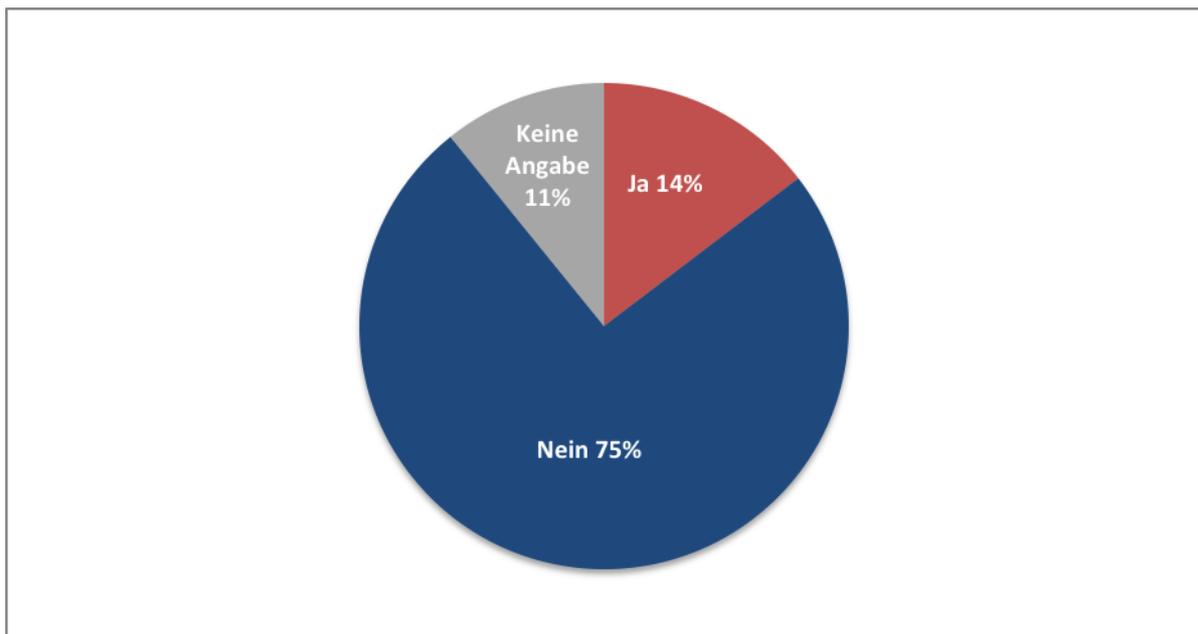


Abb. 11 Bekanntheit des Pflegestützpunktes in Altona [%]

Diesem Diagramm ist zu entnehmen, dass 75 % der Befragten den Pflegestützpunkt in Altona nicht kannten. Die Verteilung nach den Auswertungsgruppen Pflegeheim, ambulant versorgt und selbständig lebend ist der nachstehenden Tabelle 19 zu entnehmen.

Tab. 16 Frage: Kennen Sie den Pflegestützpunkt in Altona?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Ja	2,5	1,3	10,8
Nein	22,3	10,8	26,9
Sagt mir nichts	6,8	2,5	5,3
Keine Angabe	6,2	0,9	3,7

Die Tabelle verdeutlicht, dass der Pflegestützpunkt unter den selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren zwar im Vergleich am Häufigsten bekannt war, jedoch mit 10,8 % einen niedrigen allgemeinen Bekanntheitsgrad aufwies.

Ähnlich lag die Verteilung bei der Erfassung des Bekanntheitsgrades der bezirklichen Seniorenberatung (Tab. 17).

Tab. 17 Frage: Kennen Sie die Seniorenberatung in Altona?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Ja	1,5	0,9	9,9
Nein	22,9	10,2	29,1
Sagt mir nichts	7,5	3,1	4,3
Keine Angabe	5,9	1,3	3,4

7.5 Soziale Teilhabe und Interaktion

In diesem Fragenkomplex wurde zunächst erfasst, ob die Befragten Seniorinnen und Senioren allein oder mit einer Person zusammen leben und ob sie grundsätzlich von einer anderen Person versorgt werden könnten.

Tab. 18 Frage: Leben Sie mit einem Partner oder Angehörigen?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Mit einem Partner/ Angehörigen	5,4	34	27,1
allein	94,6	66	72,9

Knapp 95 % der Pflegeheimbewohner lebten allein. Die ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren lebten zu 34 % und die selbständig Lebenden zu 27 % mit einem Partner oder Angehörigen zusammen.

Tab. 19 Frage: Haben Sie jemanden, der –falls nötig – einige Tage für Sie sorgen würde?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
ja	63,9	42	70,2
nein	31,1	52	25,8
Keine Angabe	4,9	6	4

Der Tabelle 19 ist zu entnehmen, dass selbständig lebende Seniorinnen und Senioren im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen die höchste Prozentzahl an verfügbaren Angehörigen aufwies. Auffällig ist, dass über die Hälfte der ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren keine Angehörigen hatten, die sich – falls nötig – um sie sorgen würden. Weiterhin wurde erfasst, wie viele nahestehende Personen den Befragten zur Verfügung standen.

Tab. 20 Frage: Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben? Würden Sie sagen...

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Niemanden	15	10,6	8,8
1-2	49,6	46,8	44,9
3-5	23	27,7	28,6
>5	8,8	4,3	10,9
Weiß nicht	3,5	10,6	6,8

Knapp 50 % der im Pflegeheim wohnenden Seniorinnen und Senioren konnten sich auf 1-2 nahestehende Personen verlassen wenn sie ernste persönliche Probleme gehabt hätten. Ähnlich sah es bei den anderen beiden Gruppen aus, bei denen sich nur minimal geringere Prozentzahlen feststellen ließen. Mit 47 % bei den ambulant betreuten und mit 45 % bei den selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren standen Ihnen ebenfalls 1-2 Menschen so nahe, dass sie sich bei ernststen Problemen auf sie haben verlassen können.

Abschließend wurde gefragt, ob die Personen selber ein/e Angehörigen versorgen (Tab. 21)

Tab. 21 Frage: Pflegen Sie zur Zeit einen Angehörigen/Partner?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Nein	99,1	89,1	97,9
Ja, seit kurzem	0,9	4,3	1,4
Ja, seit mehr als 1 Jahr	0	6,5	0,7

Dieser Tabelle ist zu entnehmen, dass nahezu alle Befragten, die im Pflegeheim oder selbständig wohnen zur Zeit keinen Angehörigen oder Partner pflegten, während knapp 10 % der ambulant versorgten Personen selber noch für jemanden sorgen mussten.

Im Bereich der sozialen Teilhabe konnten die Befragten Angaben dazu machen, welche Aspekte ihnen Sorge bereiteten.

Tab. 22 Wenn Sie an Ihre Zukunft denken, welche Gedanken bereiten Ihnen Sorge?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Gesundheitliche Probleme	62,2	78	78,5
Auf fremde Hilfe/Pflege angewiesen zu sein	50,4	70	83,7
Zu wenig Geld zur Verfügung haben	38,7	56	52,6
Vielleicht an Demenz zu erkranken	35,3	48	62,8
Noch mal umziehen zu müssen	9,2	42	28,2
Gewalt gegen alte Menschen	15,1	36	39,5
Altersdiskriminierung	10,1	34	36,7
Terroranschläge	13,4	18	20
Sonstiges	2,4	14	5,3

Den meisten Befragten bereiteten vorwiegend gesundheitliche Probleme Sorge, wenn sie an ihre Zukunft dachten. Darunter fiel auch der Gedanke auf fremde Hilfe angewiesen zu sein und an Demenz zu erkranken. Zudem sorgten sich besonders die ambulant Betreuten und selbständig Lebenden häufig um ihre finanzielle Versorgung. Unter „Sonstiges“ wurden gehäuft Sorgen um die Zukunft der Familie genannt.

Nachfolgend wurde erfasst, an welchen Orten die Altonaer Bürger ihre Freizeit verbringen, um etwas über die Mobilität der Senioren zu erfahren.

Die Mehrheit der Befragten verbrachte ihre Freizeit überwiegend zu Hause bzw. im Pflegeheim oder in der Familie. Wohingegen die Pflegeheimbewohner als auch die ambulanten Patienten an anderen Orten kaum ihre Freizeit verbrachten, waren Selbständige, anscheinend aufgrund ihrer Fitness, in ihrer Freizeit häufiger an anderen Orten, wie z.B. bei Freunden oder in Vereinen unterwegs. Selbständige gaben zusätzlich an, in ihrer Freizeit in der Natur, der Innenstadt oder bei Schifffahrten zu sein. Im nächsten Schritt wurde gefragt, wo die Altonaer Bürger ihre Freizeit verbringen (Tab. 23).

Tab. 23 Frage: An welchen Orten/Einrichtungen verbringen Sie Ihre Freizeit?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Zu Hause/ Pflegeheim/ in Familie	64,7	75	66,2
Bei Freunden/ Bekannten	0	0	9,2
Verein (z.B. Sportverein, Wandergruppe)	4,3	0	9,4
Kirchen	0	0	7,8
Parteien	3,3	0	1,8
Bei Seniorenreisen/Tagesreisen	1,1	0	2,6
Kneipe/ Restaurant/ Cafe	0	3	1,7
Freizeitangebote der Volkshochschule	1,1	0	6,4
Kulturelle Angebote in (Altona)	0	0	4

Ergänzt wurden diese Angaben durch die Frage, wo, bzw. in welchem Stadtteil die Seniorinnen und Senioren überwiegend ihre Freizeit verbringen.

Tab. 24 Frage: Wo verbringen Sie überwiegend Ihre Freizeit?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
In Altona	77,1	58	70,9
Außerhalb	0,8	12	17,2
Keine Angabe	22,1	30	11,9

Die Mehrheit aller befragten Seniorinnen und Senioren hielt sich innerhalb von Altona auf. 29 % der befragten Seniorinnen und Senioren gaben auch Orte außerhalb von Altona an und nannten Aufenthaltsorte wie die Elbe, Hafen, Alster und Hamburger Innenstadt.

Tab. 25 Was machen Sie gern in Ihrer Freizeit?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Fernsehen/Video	64,7	44	23,3
Lesen	58,8	44	28,2
Musik hören	52,1	46	24
Mit Politik beschäftigen – passiv	37	28	6,8
Freunde und Bekannte treffen	26,1	26	10,5
Kreatives Gestalten, Basteln, Handarbeiten	21	22	9,6
Karten spielen	16,8	2	1,7
Aktivitäten in der Kirche	16	8	6,2
Sport treiben	15,9	12	4,1
Theaterbesuch	14,3	2	2,4
Gartenarbeiten	1,6	12	4,2
Ausgehen (Restaurant)	5	10	2,4
Ehrenamtliche Beschäftigungen	8,4	4	8,3
Tanzen	4,2	4	3,7
Foto- und Filmarbeiten	2,5	4	3,7
Mit Politik beschäftigen – aktiv	3,4	2	4,3

Die häufigsten Freizeitaktivitäten der befragten Personen war in allen drei Personengruppen Fernsehen, Lesen und Musik hören. Ehrenamtliche oder aktive politische Beschäftigungen, Tanzen und Foto- oder Filmarbeiten wurden kaum praktiziert. Auffallend war, dass Heimbewohner deutlich öfter in der Kirche engagiert waren und das Theater besuchten. Ambulant Betreute dagegen beschäftigten sich häufiger mit Gartenarbeiten oder gingen auswärts essen (Tab.25).

Auch organisierte Freizeitbeschäftigungen wie Vereine, Treffen oder kirchliche Gruppen wurden erhoben.

Tab. 26 Frage: Besuchen Sie regelmäßig einen oder mehrere Verein(e)/Treff(s)/ eine kirchliche Gruppe?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Nein	77	68	39,1
Ja	7,4	18	47,4
Keine Angabe	15,6	14	13,2

Dieser Tabelle ist zu entnehmen, dass die Pflegeheimbewohner und die ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren selten einen Verein oder eine Gruppe besuchten. Die selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren besuchten hingegen regelmäßiger einen Verein oder eine Gruppe (48 %). Hierbei wurden die Aktivitäten vorwiegend 1-2 mal pro Woche ausgeübt.

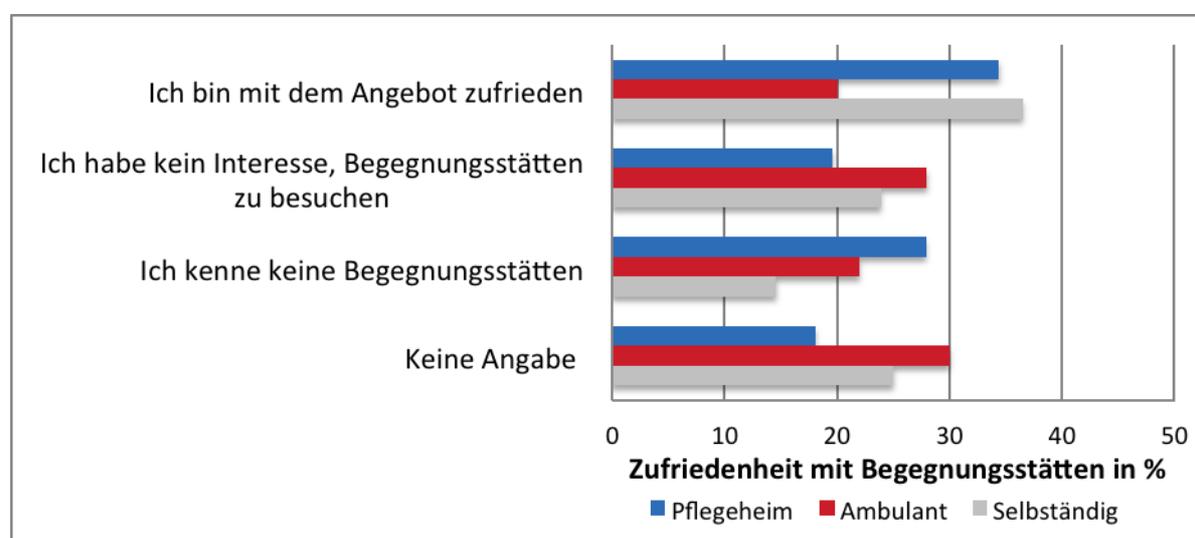


Abb. 12 Zufriedenheit mit Begegnungsstätten [%]

Die Abbildung 12 zeigt auf, dass nur wenige Seniorinnen und Senioren Begegnungsstätten kannten oder besuchten.

Auch lag die Zufriedenheit in Bezug auf das Angebot in allen Gruppen deutlich unter 40 %. Die Mehrheit der befragten Altonaer Bürgerinnen und Bürger engagierte sich nicht ehrenamtlich. Das meiste Interesse zeigten noch die selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren (58 %). Dem folgenden Diagramm ist das Gesamtinteresse aller befragten Seniorinnen und Senioren zu entnehmen: Es wird deutlich, dass 64 % der Seniorinnen und Senioren kein Interesse an ehrenamtlichen Engagement hatten.

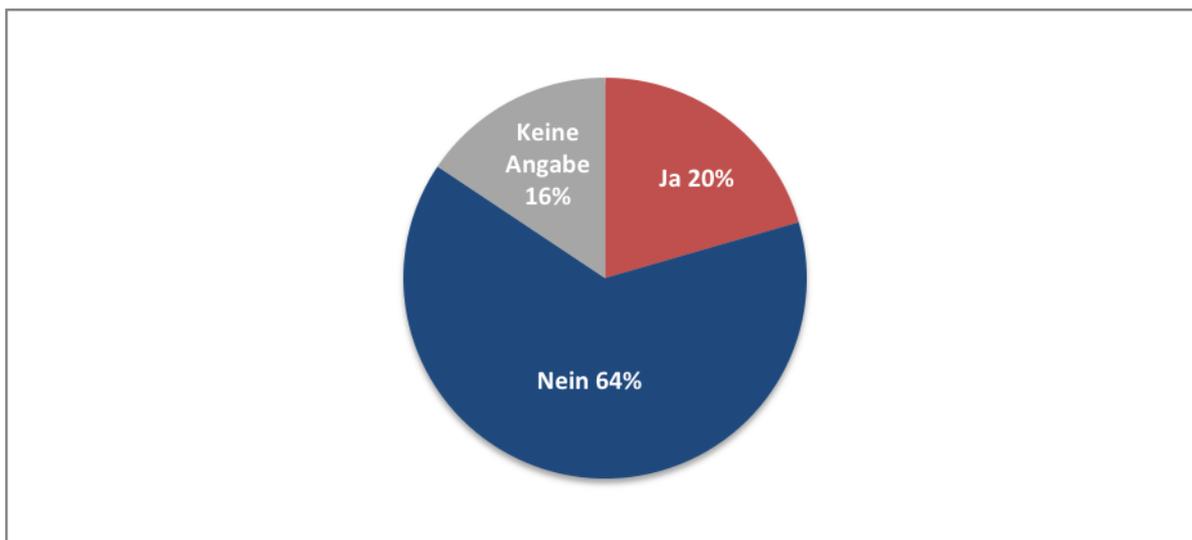


Abb. 13 Interesse an ehrenamtlicher Arbeit [%]

Grundsätzlich zeigte sich ein niedriges Interesse an einem ehrenamtlichen Engagement unter den Befragten.

7.6 Wohnsituation und Einkommensstruktur

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Antworten der Altonaer Bürgerinnen und Bürger zur Wohnsituation und Einkommensstruktur.

Tab. 27 Wohnformen der Seniorinnen und Senioren

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
In einem eigenem Haus oder einer Eigentumswohnung	0,3	2,8	9,6
In einer Mietwohnung	0,6	10,5	28,8
In einem Seniorenheim	34,4	0	6,5
In einer Seniorengemeinschaft	0	1,2	0,9
Keine Angabe	2,2	0,9	0,9

Auffällig an dieser Tabelle ist, dass 6,5 % der Selbständigen angaben, dass sie in einem Seniorenheim wohnten. Hiermit waren in diesem Fall Seniorenwohnanlagen gemeint. Knapp 40 % der Selbständigen wohnten jedoch in einem eigenen Haus oder einer Mietwohnung. Neben den Fragen zur generellen Wohnform wurde auch erfasst, wie zufrieden die Altonaer Befragten mit ihrer derzeitigen Wohnsituation waren.

Tab. 28 Sind Sie mit Ihrer jetzigen Wohnsituation zufrieden?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Ja	89,1	86	86,7
Nein	7,6	10	10
k.A.	3,3	4	3,3

Im Durchschnitt schienen die befragten Personen zufrieden mit ihrer Wohnsituation. Weiterhin wurde nach Verbesserungswünschen in Bezug auf die Wohnsituation gefragt.

Die Mehrheit der Seniorinnen und Senioren hatte zu dieser Frage keine Aussage getätigt. Einzelnennungen zeigten auf, dass sich die Bewohner eines Pflegeheims vor allem mehr Personal, eine bessere Qualität der Mahlzeiten sowie ein helleres/ größeres Zimmer bzw. ein Zimmer im Erdgeschoss wünschten. Zudem äußerten Sie den Wunsch nach mehr oder anderen Freizeitangeboten, wie Handarbeiten, Gedächtnistraining oder begleitete Spaziergänge. Schwimmen war in dieser Kategorie der am häufigsten genannte Aspekt. Auch die Gruppe der Selbständigen wünschte sich in ihrer Nähe ein Schwimmbad. Zudem beklagten sie und die ambulanten Seniorinnen und Senioren die zu hohen Mietpreise, die unzureichende Barrierefreiheit, vor allem das Fehlen von Fahrstühlen in vielen Einrichtungen. Außerdem waren einige mit ihrer Wohnungssituation aufgrund von Treppenstufen, der Größe, der Nachbarschaft oder des Ortes unzufrieden. Außerdem forderten manche ein behindertengerechtes Bad. Alle drei Gruppen gaben auch Wünsche bezüglich ihrer persönlichen Gesundheit, wie z.B. gehfähig zu sein, an.

Tab. 29 Verteilung der Personengruppen auf die Einkommensgruppen [%]

	< 500 €	500-1000 €	1001-2000 €	2001 - 3000 €	> 3000 €
Pflegeheim	13,3	4,6	5,6	3,7	1,5
Ambulant	1,2	5,9	4,6	0,6	0,0
Selbständig	4,3	10,5	16,1	6,5	3,4
Gesamt	18,8	21,0	26,3	10,8	4,9
k.A.	18,2				

Gut über ein Drittel der befragten Personen (37,1 %) verfügten über ein Einkommen zwischen 1001,- € und 3000 €. Hier zeigte sich allerdings deutlich, dass die selbständig lebenden Personen mehr Geld zur Verfügung hatten. Personen in ambulanter Pflege hatten deutlich weniger Einkommen zur Verfügung. Personen im Pflegeheim gaben vermehrt an nur unter 500 € an monatlichen Einkommen zu haben (Anmerkung: Personen im Pflegeheim erhalten von der Pflegeversicherung je nach Pflegestufe einen Zuschuss für die Pflegeheimkosten, dieser reicht jedoch meistens nicht aus um den Heimbeitrag zu decken, daher muss der restliche Beitrag aus dem eigenen Einkommen gezahlt werden. Dieses lässt vermuten, dass viele befragte Personen im Pflegeheim „unter 500 €“ als Einkommen bezogen auf ihr restlich zur Verfügung stehendes Einkommen angegeben haben).

Tab. 30 Geschlechtsverteilung innerhalb der Einkommensgruppen [%]

	< 500 €	500-1000 €	1001-2000 €	2001 - 3000 €	> 3000 €
Weiblich	21	30	31,8	11,2	5,9
Männlich	27,5	17,6	31,9	16,5	6,6

Bei der Betrachtung der Verteilung auf die Einkommensgruppe nach Geschlecht, zeigte sich, dass die Hälfte der befragten Frauen ein Einkommen in Höhe von 500-1000 € zur Verfügung hatte und etwa 30 % der Frauen 1001-2000 €. Bei den Männern gab es leicht höhere Werte in den höheren Einkommensgruppen. Diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Ebenfalls keine Unterschiede ergaben sich bei der Verteilung der Männer und Frauen auf die Untergruppen der Stadtteile.

7.7 Einfluss des Einkommens und Stadtteilzugehörigkeit auf das gesundheitliche Wohlbefinden

An der Beurteilung des Gesundheitszustandes wird deutlich, dass das zu Verfügung stehende Einkommen einen starken Einfluss auf die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes hatte.

Tab. 31 Beurteilung des Gesundheitszustands in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%]

	< 500 €	500-1000 €	1001-2000 €	2001-3000 €	> 3000 €
Ausgezeichnet	0	1,5	0	0	25
Sehr gut	6,7	9,2	2,5	11,4	6,3
Gut	31,7	18,5	53,1	62,9	37,5
Weniger gut	51,7	50,8	33,3	22,9	25
Schlecht	10	20	11,1	2,9	6,3

Über die Hälfte der Personen, die unter 500 € monatlich bzw. 500-1000 € als Einkommen zur Verfügung hatten, beurteilten ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“. Im Gegensatz hierzu beurteilte über die Hälfte der befragten Personen mit einem Einkommen von 1001-2000 € ihren Gesundheitszustand als „gut“. Betrachtet man die Einkommensgruppe von 2001-3000 € zeigt sich, dass hier vermehrt Personen auch angaben ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ zu empfinden. Bei den Personen mit dem höchsten Einkommen („über 3000 €“) gaben 25 %, daher ein Viertel der Befragten an, dass ihr Gesundheitszustand ausgezeichnet sei.

Tab. 32 Beurteilung von Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%]

	< 500 €	500-1000 €	1001-2000 €	2001-3000 €	> 3000 €
Ich hatte Schmerzen	15	19,7	13,6	18,2	0
Sehr leicht	15	4,9	27,2	24,2	16,7
Leicht	10	8,2	17,3	18,2	8,3
Mäßig	30	36,1	24,7	21,2	25
Stark	21,7	21,3	9,9	18,2	41,7
Sehr stark	1,7	8,2	4,9	0	8,3

Bei der Beurteilung von Schmerzen zeigte sich, dass Personen mit einem Einkommen unter 500 € ihre Schmerzen zur Hälfte (51,7 %) mit „mäßig“ bis „stark“ einstufen. Personen mit einem Einkommen in Höhe von 500-1000 € ebenso (57,4 %). In der Einkommensgruppe 1001-2000 € gaben hingegen dieses mit 34,6 % nur noch knapp über ein Drittel an. Zudem gaben diese Personen vermehrt an, „sehr leichte“ Schmerzen (27,2 %) bis „leichte“ Schmerzen (17,3 %) zu haben. In der Personengruppe 2001-3000 € zeigte sich wiederum eine relativ gleiche Verteilung auf alle Schmerzkategorien, nur dass genau die Hälfte (50 %) ihre Schmerzen mit „stark-sehr stark“ beurteilten.

Die Auswertung der Punktescores der geriatrischen Depressionsskala zeigte folgendes Bild (Abb. 14)

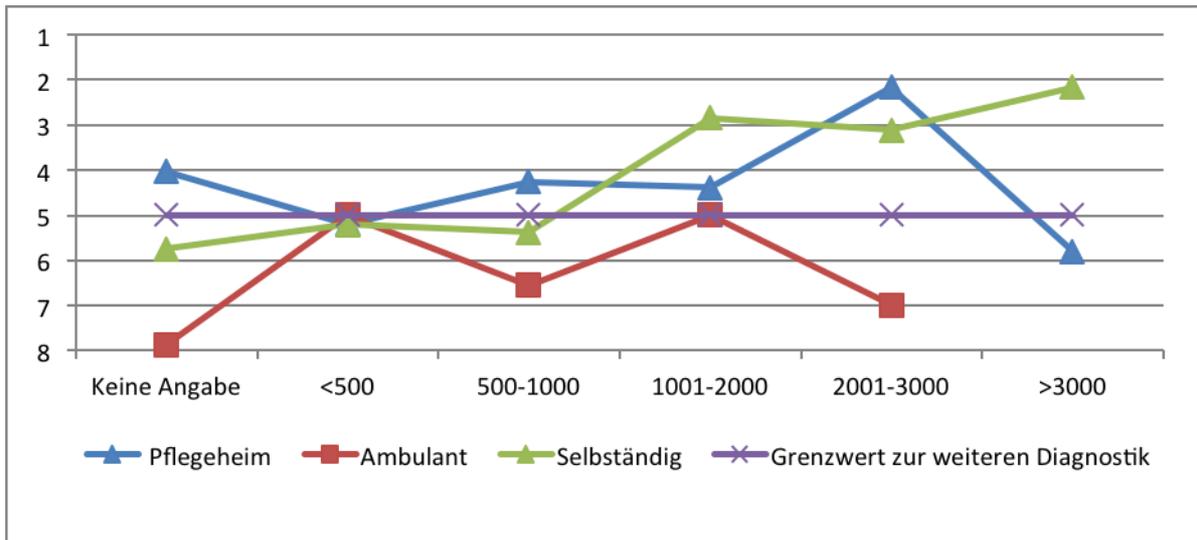


Abb. 14 Vergleich des Punktwerts der geriatrischen Depressionsskala in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform

Die Abbildung 14 verdeutlicht, dass insbesondere bei ambulant betreuten Personen die Punkte der GDS über dem Grenzwert zur weiteren Diagnostik mit Fachärzten lagen.

Tab. 33 Genannten Sorgen in Abhängigkeit der Einkommensgruppe [%]

	< 500 €	500-1000 €	1001-2000€	2001-3000€	> 3000 €
Gesundheitliche Probleme	80	75	81,7	58,8	81,3
Auf fremde Hilfe/Pflege angewiesen zu sein	65,5	67,7	87,7	64,7	62,5
Zu wenig Geld zur Verfügung haben	64,9	75	44,9	26,5	12,5
Vielleicht an Demenz zu erkranken	38,9	51,7	62	47,1	50
Noch mal umziehen zu müssen	16,4	39	25	14,7	12,5
Gewalt gegen alte Menschen	20,4	37,9	41,6	24,2	12,5
Altersdiskriminierung	13	45,6	34,2	21,2	0
Terroranschläge	14,8	25	18,4	12,2	12,5

Die Sorgen „gesundheitliche Probleme“ und „auf fremde Hilfe/Pflege angewiesen zu sein“ verteilten sich mit einer großen Mehrheit auf alle Einkommensgruppen.

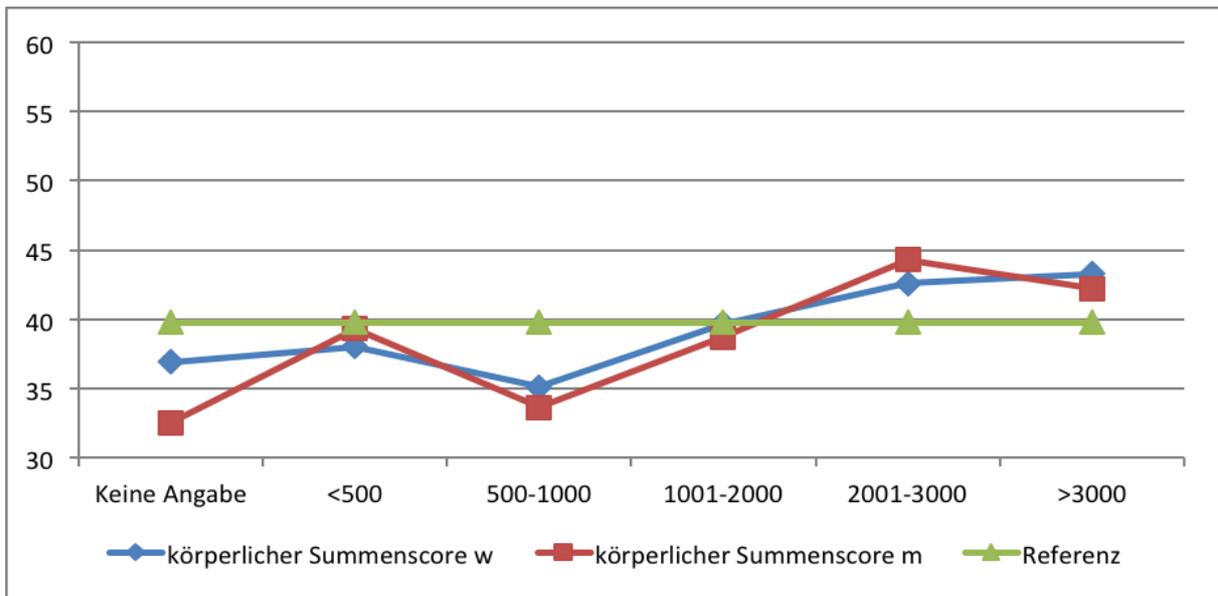


Abb. 15 Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (Summenscores) in Abhängigkeit des Einkommens und des Geschlechts

Die Auswertung des körperlichen Wohlbefindens in Abhängigkeit des Geschlechts und des Einkommens zeigte signifikante Unterschiede in Bezug auf das Einkommen, jedoch nicht für das Geschlecht.

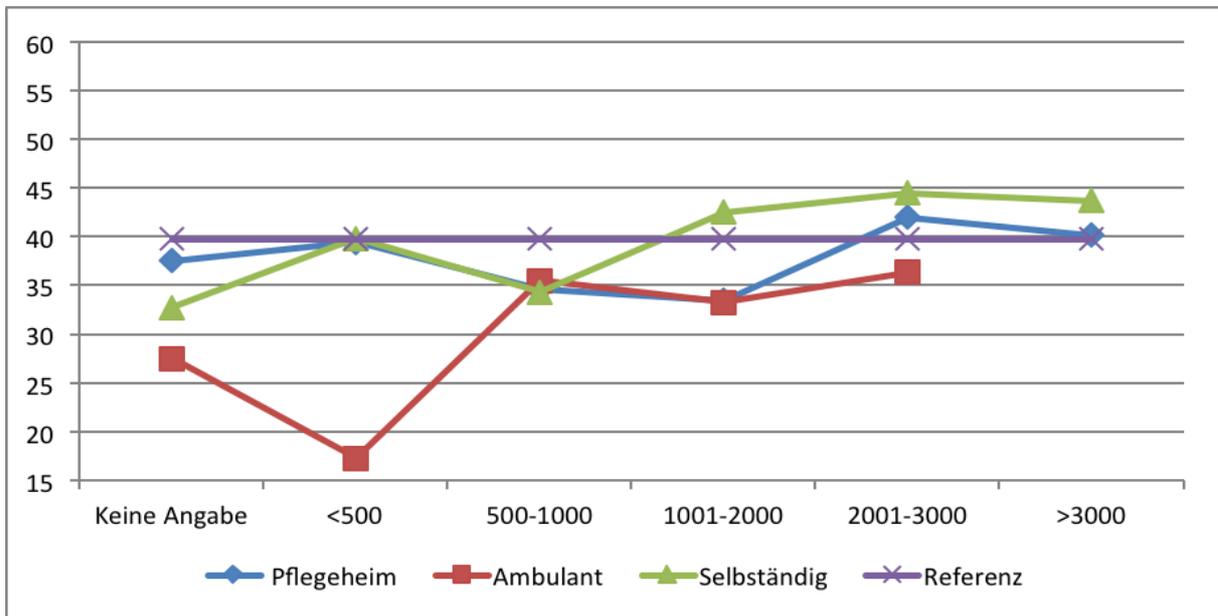


Abb. 16 Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (Summenscores) in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform

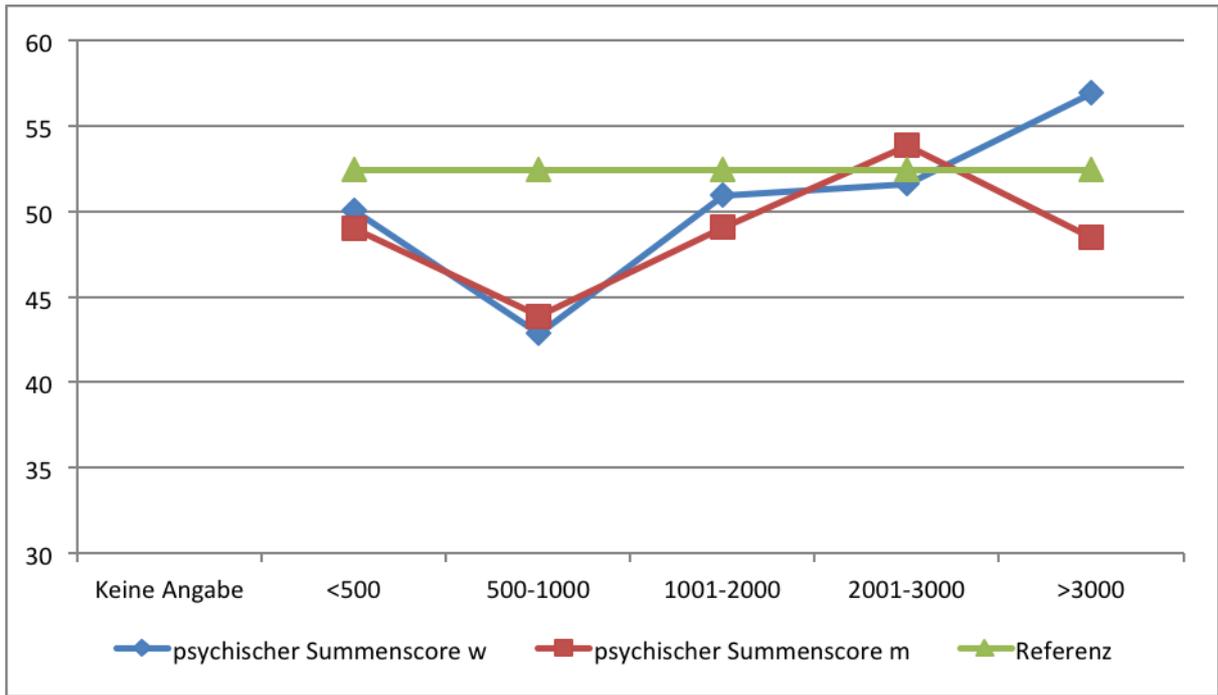


Abb. 17 Vergleich des psychischen Wohlbefindens (Summenscores) in Abhängigkeit des Einkommens und des Geschlechts

Analog zum körperlichen Wohlbefinden ergaben sich für das psychische Wohlbefinden Unterschiede der Einkommensgruppen, jedoch nicht der Geschlechter.

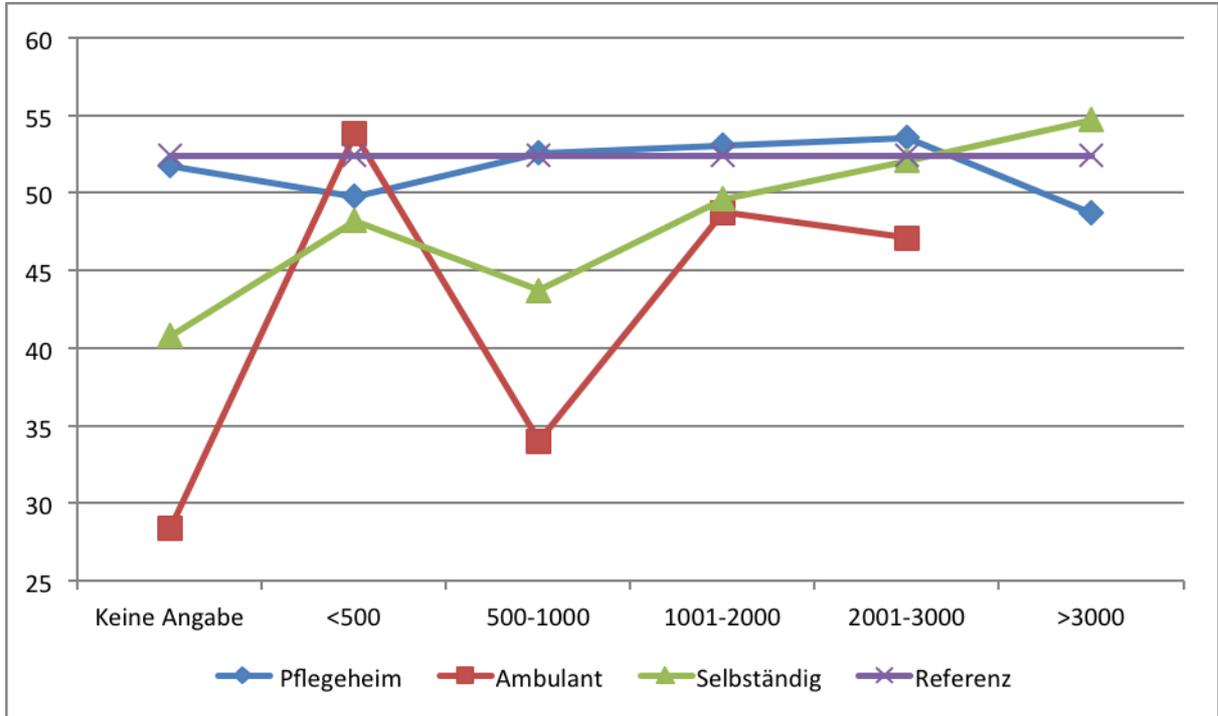


Abb. 18 Vergleich des psychischen Wohlbefindens (Summenscores) in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform

Bei den Auswertungen zum körperlichen und psychischem Wohlbefinden fällt auf, dass sich die ambulant betreuten Personen deutlich von den selbständig lebenden und den in Pflegeheimen wohnenden Seniorinnen und Senioren unterschieden. Weiterhin hatten die in Pflegeheimen lebenden Befragten vergleichsweise hohe Summenscores, was auf eine gute Versorgung innerhalb der Pflegeheime hindeuten kann. Die Auswertung der Barthelindizes zeigte einen deutlichen Anstieg des Punktwerts in Abhängigkeit des Einkommens (Abb. 19).

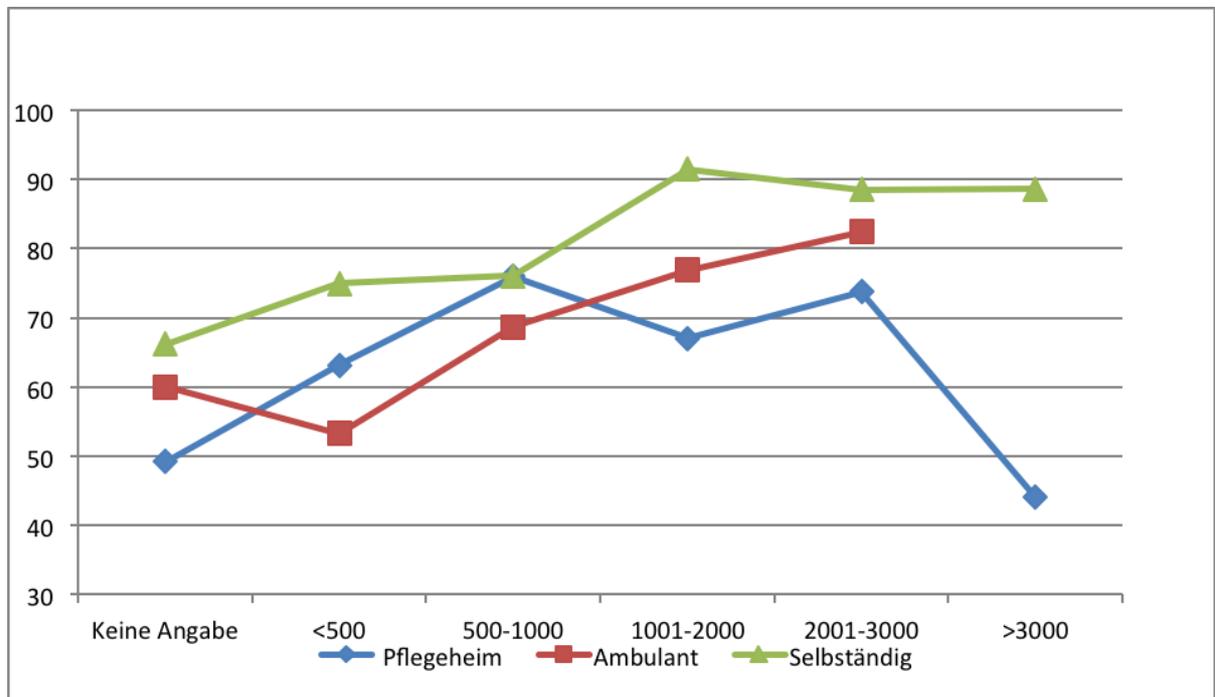


Abb. 19 Vergleich der Barthelindizes in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform

Die Abbildung macht deutlich, dass die Werte für alle Gruppen mit zunehmendem Einkommen stiegen und sich der vollen Punktzahl annäherten, was eine komplett selbständige Alltagsbewältigung bedeutet. Es fällt auf, dass in den unteren Einkommensstufen die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen höhere Punktwerte aufwiesen, als ambulant betreute Personen. Dieses Bild veränderte sich bei den IADL's. Hier waren die ambulant betreuten Befragten noch selbständiger im Alltag als Senioren im Pflegeheim.

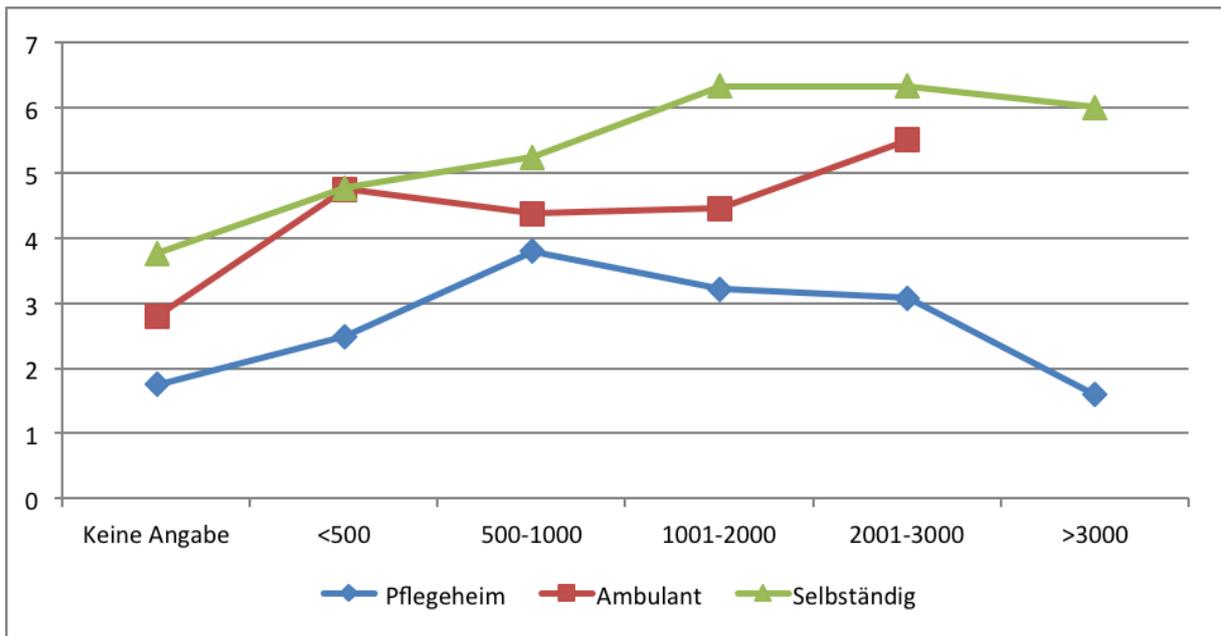


Abb. 20 Vergleich der IADL's in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform

Korrelationsanalysen der Daten in Abhängigkeit des Einkommens ergaben Zusammenhänge die der nächsten Abbildung 21 zu entnehmen sind.

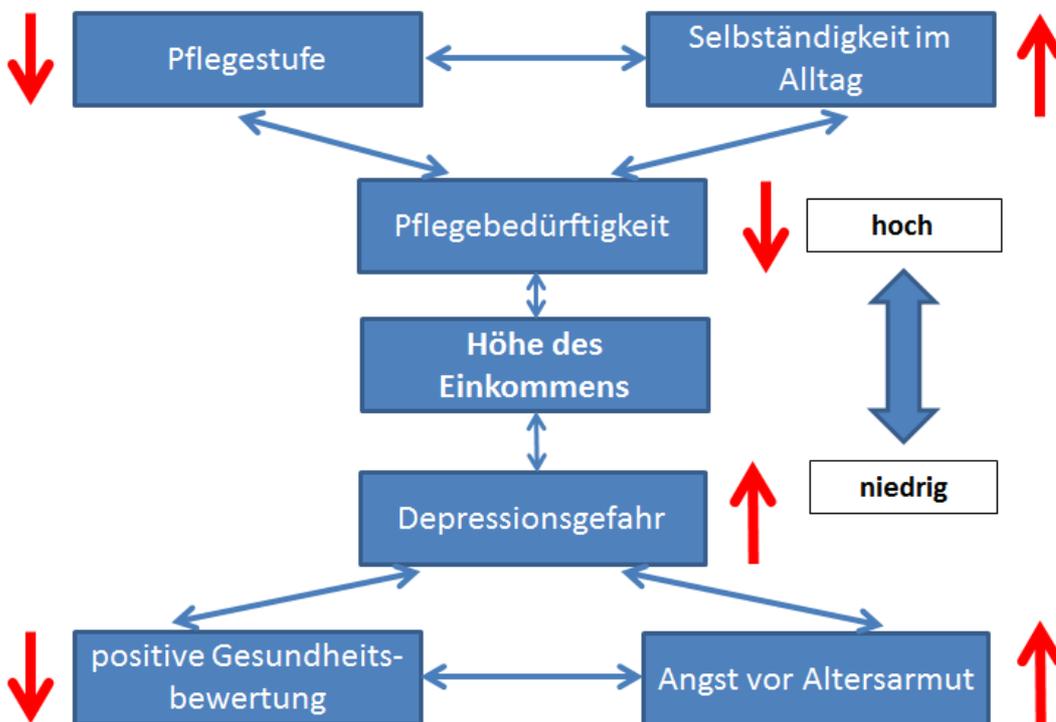


Abb. 21 Gesundheitszustand und Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit des Einkommens

Das Einkommen bestimmte den Grad der Selbständigkeit im Alter sowie die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe, d.h. je höher das Einkommen desto höher auch der Grad der Selbständigkeit. Erwartungsgemäß zeigte sich hierbei, dass je höher die Unabhängigkeit im Alltag war, umso geringer die Wahrscheinlichkeit für eine Pflegestufe ausfiel. Das Einkommen hing antiproportional mit dem Wert der geriatrischen Depressionsskala, dem subjektivem Gesundheitsempfinden und der Angst vor Altersarmut zusammen. Personen mit niedrigem Einkommen zeigten schlechtere Werten innerhalb der Depressionsskala, bewerteten ihren Gesundheitszustand schlechter und hatten mehr Angst vor Altersarmut.

Bei der Beurteilung des gesundheitlichen Wohlbefindens und der Lebensqualität ergaben sich signifikante Unterschiede in Bezug auf den Lebensraum (Stadtteil) der Befragten

Tab. 34 Vergleich der Stadtteile in Bezug auf das gesundheitliche Wohlbefinden und die Lebensqualität

Stadtteile	Körperliches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	GDS	Barthel-Index	IADL
niedriger sozio- öko-nomischer Status	35,9 ± 11	47,1 ± 12,1	5,1 ± 3,8	72,46 ± 26	3,9 ± 2,5
mittlerer sozio- öko-nomischer Status	39,4 ± 12,4	49 ± 12,6	4,3 ± 3,5	74,64 ± 25,6	4,6 ± 2,3
hoher sozioöko- nomischer Status	41 ± 12,8	50,7 ± 10,9	3,6 ± 2,9	74,72 ± 30,9	4,4 ± 2,5

Die in Tab. 34 aufgezeigten Unterschiede zwischen den Befragten Personen innerhalb der Stadtteile waren für das körperliche Wohlbefinden, die Depressionsskala und die IADL-Werte signifikant. Hierbei zeigten die Personen aus den Stadtteilen mit hohem sozioökonomischen Status die positivsten Werte für alle Bereiche.

7.8 Wünsche Altonaer Senioren im Bereich der Aktivitäten, sozialer Teilhabe und Gesundheitsförderung

Insgesamt hatten n=183 Personen Angaben zu Fragen der sozialen Teilhabe, insbesondere zu Wünschen an Begegnungsstätten und altersgerechten Bildungsveranstaltungen abgegeben.

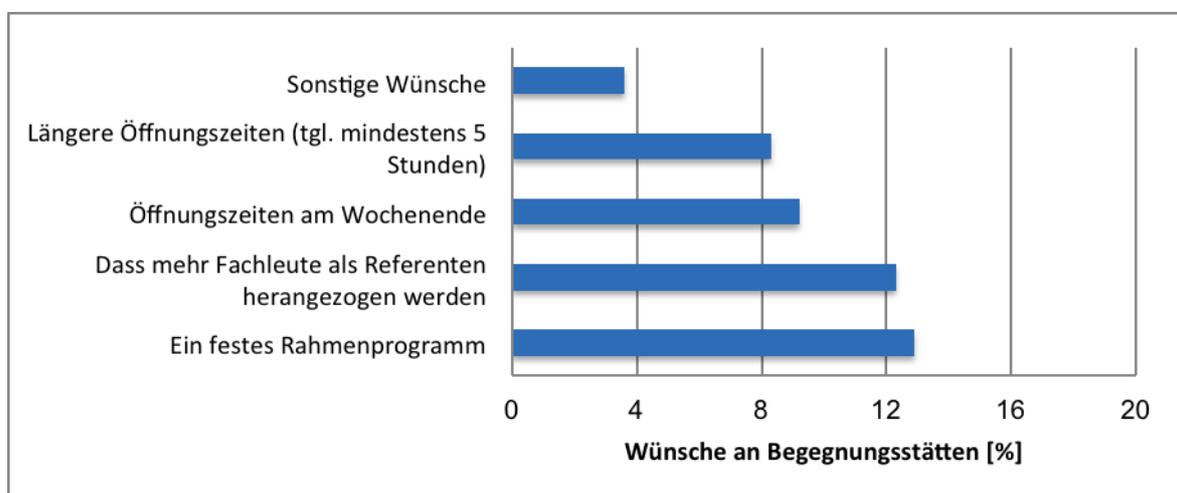


Abb. 22 Wünsche der Befragten an Seniorenbegegnungsstätten

An die Begegnungsstätten wurden insbesondere die Wünsche formuliert, dass ein festes Rahmenprogramm sowie Fachleute als Referenten zur Verfügung stehen sollten. Längere Öffnungszeiten, auch über das Wochenende, wurden ebenfalls genannt. Die Wünsche an die Bildungsveranstaltungen wurden weiterhin spezifiziert (Abb. 23).

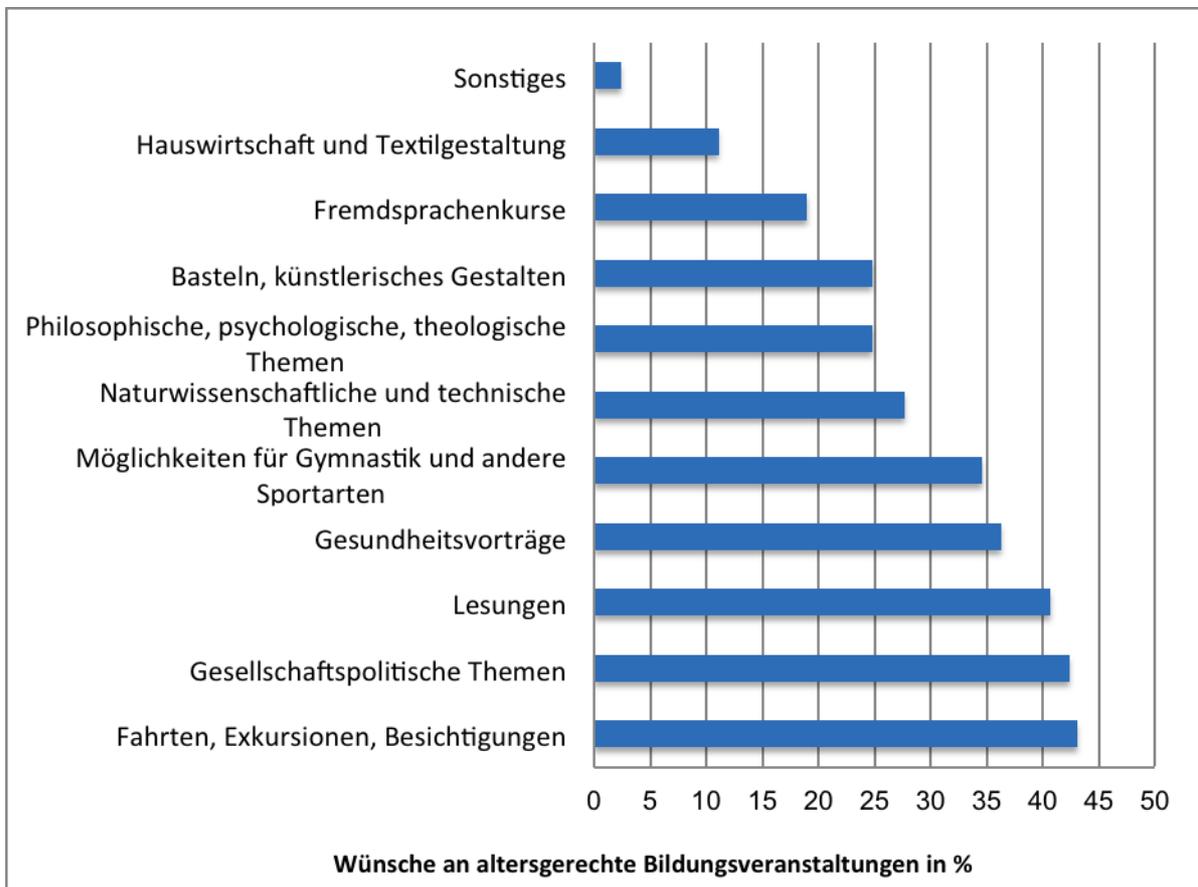


Abb. 23 Wünsche an altersgerechte Bildungsveranstaltungen

Ein Großteil der befragten Personen war interessiert an gesellschaftspolitischen Themen sowie Fahrten, Exkursionen und Besichtigungen. Da Lesungen und Gesundheitsvorträge ebenfalls einen hohen Stellenwert bei der befragten Personengruppe einnahmen, lässt sich eine starkes Bedürfnis an gesellschaftlicher Teilhabe konstatieren.

Weiterhin wurden die Seniorinnen und Senioren aufgefordert, Aussagen zu Verbesserungswünschen im Bezirk Altona zu nennen. Für die Auswertung wurden diese unterteilt in die Bereiche Öffentlichkeit (Verkehr, Infrastruktur), Gesundheit und Freizeit.

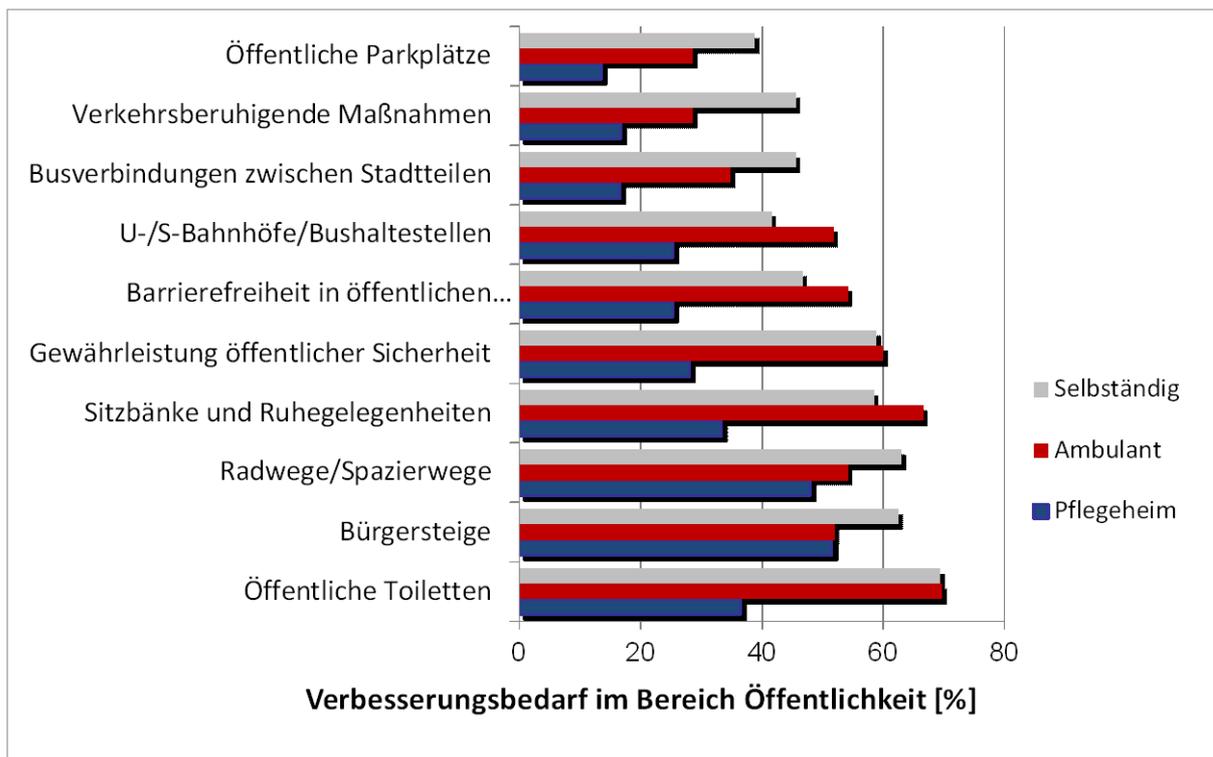


Abb. 24 Wünsche an seniorengerechte öffentliche Infrastruktur

Diesem Diagramm ist zu entnehmen, dass der Bedarf an Veränderungen im Bereich öffentlicher Toiletten sowohl von den selbständig lebenden als auch von den ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren am häufigsten geäußert wurde. Weiterhin gab es Verbesserungswünsche hinsichtlich Bürgersteigen, Rad- und Spazierwegen sowie zu Sitzbänken und Ruhegelegenheiten. Auch die Sicherheit und Barrierefreiheit sind Themen, bei denen sich mehr als die Hälfte der Befragten Verbesserungsmaßnahmen wünschte.

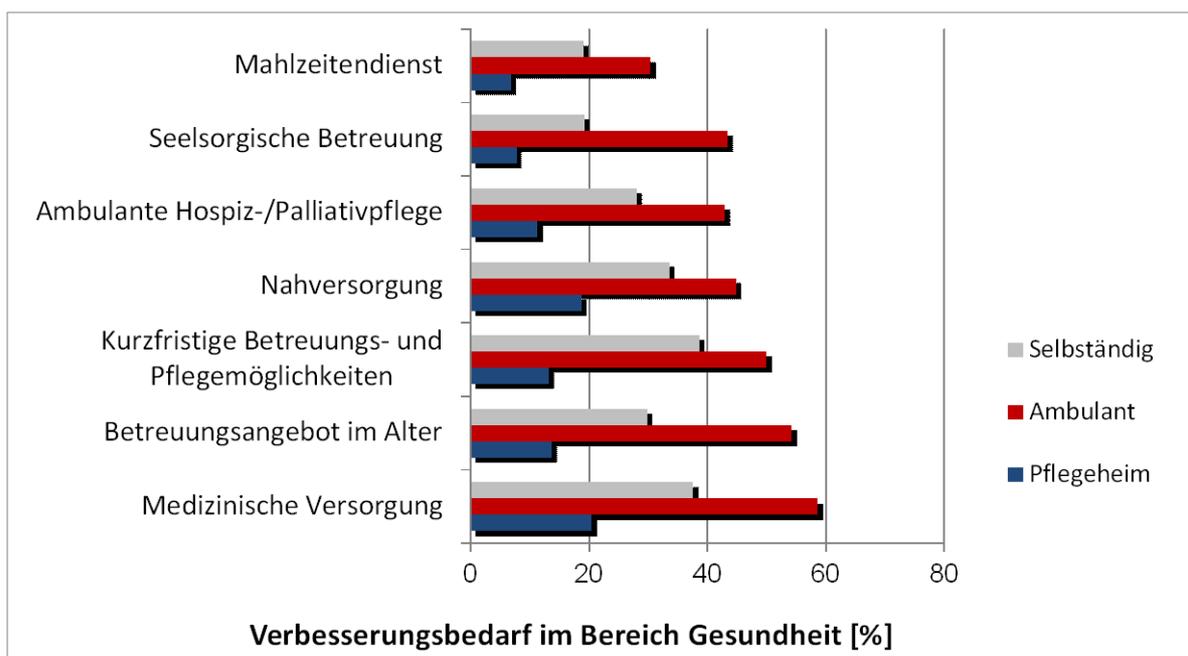


Abb. 25 Wünsche für Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Der Abbildung 25) ist zu entnehmen, dass die ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen in dem Bereich Gesundheit den größten Bedarf an Verbesserungen äußerten. Vor allem die medizinische Versorgung und das Betreuungsangebot im Alter waren häufig genannte Wünsche.

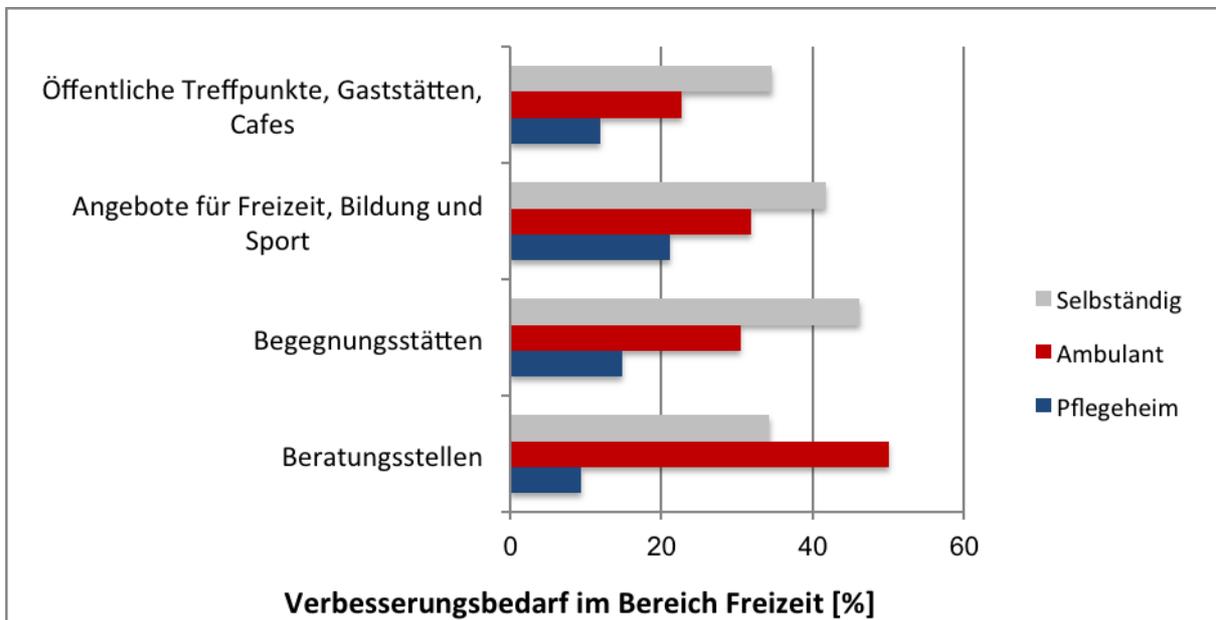


Abb. 26 Wünsche zur Freizeitgestaltung

Die Auswertung zeigt, dass die ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren am häufigsten Beratungsstellen wünschten. Selbständige äußerten ebenfalls großen Bedarf an Begegnungsstätten, Sport- Bildungsangeboten für die Freizeit sowie öffentlichen Treffpunkten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Seniorinnen und Senioren den größten Verbesserungsbedarf im öffentlichen Bereich sahen.

7.9 Geschlechtsspezifische und kulturelle Unterschiede

Die bisherige Datenauswertung zeigt vielfältige Einflüsse und Unterschiede der erfassten Gesundheitswerte in Bezug auf das Alter, die Lebens- bzw. Betreuungsform und das Einkommen bzw. einer Stadtteilzugehörigkeit.

Alle Ergebnisanalysen wurden auch unter Einbezug der Geschlechter vorgenommen. Hierbei konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden, außer für die Werte der geriatrischen Depressionsskala der ambulant betreuten Männer, die hier erhöhte Werte zeigten.

Des Weiteren wurde die Gruppe der Teilnehmer mit Migrationshintergrund separat ausgewertet. Hier zeigten sich signifikante Unterschiede innerhalb der Gesundheitsdaten in Bezug auf das psychische Wohlbefinden, welches innerhalb der Gruppe mit Migrationshintergrund deutlich niedriger ausfiel (Wert 41,7 bei Migrationshintergrund im Vergleich zur 49,7 ohne Migrationshintergrund). Weiterhin gab es keine weiteren signifikanten Ergebnisse unter Einbezug des Geburtsorts.

7.10 Ergebnisse der qualitativen Interviews

Im Zuge der Interviews konnten sechs Kategorien (1) Allgemeine Beschreibung der Lage in Altona, (2) positive Beispiele der Seniorenarbeit in Altona, (3) Gesellschaftsbild des Alterns in Altona, (4) Kritik an der Seniorenarbeit in Altona, (5) Auswirkung von personalen Faktoren/ Soziale Lage und (6) Migrationshintergrund herausgearbeitet werden.

(1) Allgemeine Beschreibung der Lage und politische Gegebenheiten

Altona wurde von den Interviewpartnern als lebendiger Bezirk beschrieben, in dem 2012 ein modernes Konzept zur Seniorenarbeit entwickelt und verabschiedet wurde. Auch die Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz ist in Bezug auf Altenarbeit sehr engagiert.

Was ist die Gesundheits- und Pflegekonferenz in Altona

Die Gesundheits- und Pflegekonferenz ist ein freiwilliger Zusammenschluss von verschiedenen ehrenamtlich engagierten Bürgerinnen und Bürgern sowie von Berufsgruppen aus dem Gesundheits-, Bildungs-, Pflege- und Seniorenbereich.

Zwei der Arbeitsgruppen sind speziell auf Seniorinnen und Senioren bezogen, die AG „Leben im Alter“ und die AG „Pflege für Seniorinnen und Senioren“. Sie setzen das einstimmig verabschiedete Projekt „Gesundheitsziele 2012-2016“ der Bezirksversammlung Altona um und entwickeln daran ausgerichtet bestimmte Aktivitäten.

Auf politischer Ebene der Seniorenarbeit wurde die Regionalisierung der Seniorentreffs mehrfach thematisiert. Dies hatte negative finanzielle Konsequenzen für Altonas Organisatoren. Es konnte jedoch erreicht werden, dass bisher keiner der Seniorentreffs geschlossen werden musste. Dennoch zeigten sich die Interviewpartner besorgt darüber, wie die finanziellen Lücken in Zukunft aufgefangen werden sollen. Die notwendigen Koordinationsleistungen innerhalb der Seniorentreffs benötigen, insbesondere bei interkulturellen Vereinen oder in Struktur schwachen Gebieten wie Bornheide, ein hohes Engagement aller beteiligten. Dies Engagement der Seniorentreffleitungen erfolgt meist ehrenamtlich und es stehen nur gering Geldsummen zur Verfügung. Zusätzlicher Druck für die Einrichtungen entsteht dadurch, dass bestimmte Vorgaben für Besucherzahlen durch die Behörden eingefordert werden.

(2) Positive Beispiele der Seniorenarbeit in Altona

Es gibt viele Angebote und Initiativen in Altona, die durch die beteiligten Interviewpartner vorgestellt wurden. Es lässt sich festhalten, dass Altona über mehrere Seniorentreffs, ambulante Pflegedienste und Informationseinrichtungen verfügt. Altona bietet darüber hinaus regelmäßige Seniorentage und eine Interaktionsplattform für Seniorinnen und Senioren und Angehörige. Dort sind Sportvereine, Pflegeheime und andere seniorenbezogene Einrichtungen, die Menschen über Angebote in ihrer Umgebung informieren und ihnen nahebringen, wo sie ihren Hobbies nachgehen können oder welches Heim für sie in Frage käme, abrufbar. Die in den Interviews speziell genannten Initiativen und Einrichtungen werden im Folgenden genauer beschrieben.

Arbeitsgruppe Pflege

Die AG „Pflege“ vergegenwärtigt sich laufend aktuelle Entwicklungen im Seniorenbereich und betrachtet die Lage der älteren Menschen unter Berücksichtigung ihrer Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. Aus den Interviews ging hervor, dass vor allem aus den Arbeitsgruppen der Altonaer Pflege- und Gesundheitskonferenz viele Aktivitäten und Projekte entstehen, um die Situation der älteren Menschen in Altona stetig zu verbessern.

Leistungen der AG Pflege in den letzten Jahren:

- Überprüfung der pflegerischen Versorgung und Rekrutierung von Pflegefachkräften für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund von gut ausgebildetem, qualifizierten Personal
- Initiierung von Fachfortbildungen und Pflegeausbildungen
- Initiative zur Erleichterung der Anerkennung von Abschlüssen im Pflegesektor von ausländischen Fachkräften
- Modellprojekt zur vereinfachten Pflegeplanung, d.h. Überlegungen dazu inwiefern die Dokumentationsarbeit in den Pflegeeinrichtungen auf ein Normalmaß gebracht werden kann, damit mehr Zeit für die pflegerische Versorgung der Betroffenen bleibt
- Organisation von Altonaer Gesundheitsveranstaltungen, in deren Rahmen beispielsweise eine Heimbefichtigungstour stattfindet, um zu schauen, welche Möglichkeiten sich den Senioren bieten und welches Heim für sie einen angemessenen Wohnort darstellen könnte
- Maßnahmen zum intergenerationellen Zusammenleben z.B. die Kooperation von Senioren mit dem Gymnasium Allee genannt, wo diese als Bibliotheksaufsicht ehrenamtlich tätig sind, in Kommunikation mit der jüngeren Generation treten und so einen Austausch bewerkstelligen können
- Kooperation der Seniorenberatung mit dem Altonaer Spar- und Bauvereins (Altoba), der insgesamt fünf Nachbarschaftstreffs in Altona betreibt und ein umfangreiches Angebot an Veranstaltungen für alle Altersgruppen organisiert

Arbeitsgruppe Bewegung

Die Arbeitsgruppe „Bewegung“ betrachtet die Möglichkeiten der Aktivierung und Beschäftigung von Senioren im Lebensraum Altona. Sie hat das Projekt „Bahnenfeld in Bewegung“ initiiert, das momentan im Auftrag des Gesundheitsamtes stattfindet und Möglichkeiten des Miteinanders und der Bewegung für Senioren nachhaltig implementiert. Dieses Angebot wird sehr positiv bewertet. Es gibt eine große Bandbreite von verschiedenen Sportarten und auch die Verteilung der Angebote über den Bezirk ist angemessen.

Angebote für Menschen mit dementiellen Erkrankungen

Eine in den Interviews vielfach erwähnte Initiative „Runder Tisch Dementen freundliches Altona“ (mit derzeit etwa 50 aktiv Mitwirkenden) entsprang aus der AG Leben im Alter. Orientiert an einem eigenen Leitbild wurde hier zunächst Öffentlichkeitsarbeit geleistet, um Aufmerksamkeit für das Thema Demenz zu erlangen. Aus dieser Gemeinschaftsarbeit heraus ergaben sich weitere Projekte, wie „Lebenslust“ (Start im Herbst 2012). Dieses Projekt ist auf die Förderung von praktischen Angeboten und von Bewegungsangeboten für Senioren und die Finanzierung der dafür nötigen Referenten ausgerichtet. Es bietet die Möglichkeit, Angebote zu initiieren und sucht nach passenden Räumlichkeiten zur Durchführung. So laufen seit

Februar 2013 die praktischen Umsetzungen, beispielsweise im Flaks e.V., einem Zentrum für Frauen in Altona. Parallel zu den Gruppen im Flaks gab es vierteljährliche Veranstaltungen im Seniorentreff „Haus Ottensen“. Zudem organisierte „Lebenslust“ eine Kooperation zwischen einer dritten Klasse der Grundschule Arnkielstraße für ein gemeinsames Theater- und Bewegungsangebot. Für 2014 ist geplant, dass der ASB-Seniorentreff in Rissen mit einer Seniorentanzleiterin eine monatliche Veranstaltung anbieten wird. Dort sollen themengebunden zum jeweiligen Monat verschiedene Musik- und Bewegungsangebote gestellt, sowie Sinnesreize angesprochen werden.

Als weitere positive Veranstaltung wurde die kooperative Aktion „Konfetti im Kopf“ im Altonaer Rathaus hervorgehoben. Dort wurden Begegnungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige geschaffen, Fachvorträge gehalten oder Betroffenenberichte in Form eines Films aufgezeigt. Diese, aus Sicht der Veranstalter, gelungene Aktion erhielt jedoch nicht die erwartete und erhoffte Resonanz.

Sozialraumbezogen kam es zur Bildung von Netzwerken, wobei in den hier betrachteten Interviews zumeist nur von dem „Demenznetzwerk Flottbek“ gesprochen wird. Hier wird durch die Zusammenführung verschiedener vorhandener Akteure wie Ärzte, Apotheker, Friseur, Pfleger, etc. eine Verknüpfung untereinander entstehen, so dass im Bedarfsfall schnell gehandelt und vermittelt, beraten werden kann. Die einzelnen Akteure sollen von- und übereinander Bescheid wissen, konkrete Handlungsideen in einer jeweiligen Situation bereitstellen und wissen, wie sie mit den bestimmten Personen in Kontakt treten können. Darüber hinaus können wichtige Informationen über die Betroffenen ausgetauscht und aufgefrischt werden. Gewünscht ist die Entwicklung solcher Netzwerke vor allem in Stadtteilen, in denen der Anteil der älteren Menschen sehr hoch ist, z.B. Lurup, Rissen und Iserbrook. Da aber auf vorhandene Kapazitäten der ehrenamtlich Mitwirkenden Rücksicht genommen werden muss, wurde zunächst beschlossen, ein Netzwerk in Lurup anzuregen und in das neue Bürgerhaus Bornheide zu integrieren und mit dem Seniorentreff zu verknüpfen.

Seniorentreffs und Interkulturelle Angebote

Es gibt verschiedene Möglichkeiten zum (inter-)kulturellen Austausch für Senioren. So werden derzeit zwei türkische Seniorentreffs, zwei Treffs der AWO, ein DRK-Treff und ein ASB-Treff organisiert. Im Mercado, dem Altonaer Einkaufszentrum ist ein ASB-Treff beheimatet. Außerdem bestehen in Altona zwei kirchliche Seniorentreffs. Weiterhin ist das Projekt Mimi – mit Migranten, für Migranten zu nennen. In diesem Projekt arbeiten interkulturelle Gesundheitsmediatoren und –mediatorinnen, die zu Themen der Gesundheitsförderung geschult werden und in bestimmten Communities diese Themen Menschen ihrer Muttersprache näherbringen. Mimi arbeitet eng mit dem bezirklichen Gesundheitsamt und dem Amt für Integration zusammen und war ebenfalls an dem Gesundheitstag im Osdorfer Born beteiligt. In Osdorf gibt es eine russischsprachige Gruppe, die sich 14-tägig trifft, Interesse an Bewegungsangeboten und gesunder Ernährung zeigt, aber selten ein passendes Angebot findet. Außerdem gibt es eine Persisch sprechende Gruppe in Osdorf, die sich aus Afghanerinnen und Iranerinnen zusammensetzt. Auch in Bahrenfeld befindet sich eine Community, in der eher Menschen leben, die keinen gesicherten Aufenthalt haben und sich mehr um ihre Existenz sorgen, als um ihre Gesundheit. Ein besonderer Standort für Migrantinnen und Migranten ist Altona-Altstadt. Dort sind vor allem viele Institutionen und Angebote vorzufinden und es haben sich Strukturen für Migranten in Altona-Altstadt entwickelt, die ein Leben für sie erleichtern. So gibt es bspw. eine Moschee, Kulturvereine und viele Angebote im Lebensmittelpbereich. Die Migranten haben sich hier eine Nische erobert, sie können mitgestal-

ten und fühlen sich heimisch und zu Hause. Diese Infrastruktur für Migranten gibt es in Lurup oder Osdorf nicht, so dass diese wesentlich mehr auf zu entwickelnde Angebote angewiesen sind.

Soziale Senioreneinrichtungen in Altona

Tages- und Begegnungsstätten sind für Senioren ein Treffpunkt, der Kontakte zwischen Menschen und anderen Gruppen fördert. Sie dienen den Bedürfnissen nach Kommunikation, Information, Bildung sowie Freizeitgestaltung. In Altona sind solche Senioreneinrichtungen zahlreich vertreten, von denen einige im Folgenden aufgezählt werden.

Die **Arbeiterwohlfahrt (AWO)** ist ein dezentral organisierter deutscher Wohlfahrtsverband. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, sozial schlechter gestellte Menschen zu unterstützen. Zudem betreuen sie hauptsächlich Menschen mit Behinderungen sowie Senioren. In Altona sind Seniorentreffs und -clubs der AWO lebendige Treffpunkte für eine Vielzahl von Aktivitäten (<http://www.awo-hamburg.org/>).

Außerdem gibt es den **Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)**, welcher eine freiwillige Hilfsorganisation und ein Wohlfahrtsverband ist (<http://www.asb-hamburg.de/>).

Auch das **Deutsche Rote Kreuz (DRK)** bietet zahlreiche Kursangebote für Senioren in Altona an (<http://www.drk-altona-mitte.de/angebote/senioren/tages-und-begegnungsstaetten.html>).

Des Weiteren gibt es ein **Mehrgenerationenhaus FLAKS**, welches ein Zentrum für Frauen in Hamburg-Altona ist und Frauen aller Nationalität sowie Altersgruppen Begegnung, Beratung, Bildung und Beschäftigung bietet (<http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/flaks-e.v.-zentrum-fur-frauen-in->

(3) Gesellschaftsbild des Alterns in Altona

Ein grundsätzliches Problem ist nach Meinung mehrerer Interviewpartner das Altersbild unserer Gesellschaft. Dies gilt nicht nur für Altona, sondern in ganz Deutschland. „Alter“ heutzutage bedeutet für sie mehr als Hilfebedürftigkeit. Es gibt zahlreiche aktive Senioren. Im Vordergrund des gängigen Altersbildes stehen jedoch die Hilfebedürftigen, die aber laut Meinung der Interviewpartner nur 5% der Senioren ausmachen. Dieses Bild sollte verändert werden, um die ältere Generation angemessen wahrzunehmen und auf sie eingehen zu können. Viele der Senioren benötigen und fordern weit aus mehr als Turnen im Sitzen oder Rommé spielen bei einer Tasse Kaffee. Das Bild der „wackeligen Alten“ ist nicht mehr aktuell und repräsentativ. Es sollte ein Umdenken in der Gesellschaft erfolgen, um Senioren angemessen begegnen zu können. Auch die Einstellung gegenüber dem Seniorensport z.B. als Sitzgymnastik wird als negativ eingestuft, da viele ältere Bürgerinnen und Bürger sich nicht als „alt“ wahrnehmen und nicht das Gefühl verspüren, dass sie therapeutische Übungen o-

der Gymnastik im Sitzen brauchen. Darüber hinaus ist die Sicht auf Heime und Pflegeeinrichtungen sehr negativ. Dieses negative Bild wurde auf die Öffnung der Pflegeversicherung in den 90er Jahren zurückgeführt, da sich durch die aufkeimenden ambulanten Pflegedienste etwas Grundlegendes verändert hat: man ging nur noch in ein Heim, wenn es nicht anders möglich war und somit wurden Heime zu reinen Pflegeheimen. Seniorenheime in denen man selbstbestimmt lebt und einen eigenen Tagesrhythmus aufrechterhält, gibt es kaum noch.

(4) Kritik an der Seniorenarbeit in Altona

Auch wenn in Altona viele verschiedene positive Projekte realisiert werden, merken nahezu alle Interviewpartner an, dass die Besucherzahlen schlecht oder zumindest nicht dem Projekt angemessen waren. Zum Teil resultieren diese schlechten Besucherzahlen aus einer mangelnden Bewerbung oder Öffentlichkeitsarbeit. Die Senioren und Betroffenen selbst müssten angesprochen werden, da diese Hilfestellung oft ablehnen, sie ihre Betroffenheit nicht erkennen oder nicht anerkennen. Hinzu kommt, dass notwendige Informationen die Zielgruppe nur unzureichend erreichen und dass viele der Teilnehmer z.B. im Projekt Mimi von den Gesundheitsangeboten im Bezirk Altona nichts wissen oder sich nicht eingeladen fühlen. Die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtungen und des Bezirks müsse sich demnach verändern und verbessern, es müssen Wege gefunden werden, wie Betroffene in Altona erfasst werden können, da Senioren von den Interviewpartnern als unerreichbar eingestuft werden.

Seniorenarbeit als reine Öffentlichkeitsarbeit in Form von Kampagnen, von denen die die Betroffenen selbst jedoch keinen Mehrwert erfahren, werden von den Interviewpartnern jedoch abgelehnt. Die Veranstaltungsstrukturen sollten überdacht werden, beziehungsweise müsste die Seniorenarbeit mehr auf die Betroffenen selbst ausgerichtet werden und sich weniger auf reine Informationsgabe ausrichten.

Als negativ wurde auch die Separierung der einzelnen Bereiche der Sozialarbeit eingestuft. Aus Erfahrungen in der Familienfürsorge wurde berichtet, dass früher die Altenpflege noch zur Familienfürsorge gehörte und ein Gemeinwesen-Arbeitsansatz bestand. Es konnte ein Netzwerk zwischen Bewohnern eines Wohnkomplexes gebildet werden, weil der dort tätige Sozialarbeiter Kontakt zu verschiedenen Familien/Bewohnern pflegte. So konnte eine Pflegefamilie Kontakt zu einer Familie herstellen, die durch die Mütterberatung betreut wurde und somit wichtige soziale Kontakte schließen. Heutzutage können bis zu drei verschiedene Sozialarbeiter (Jugend, Familie, Soziales, Alter, etc.) in einem Wohnkomplex tätig sein, zwischen denen aber keine Kommunikation und somit keine Vernetzung stattfindet. Es werde zwar häufig von Gemeinwesen gesprochen, jedoch wird dieses nicht konsequent umgesetzt, stattdessen bestehe eine Hierarchisierung, die keine Gestaltung von der Basis ermöglicht.

In ähnlicher Weise wurde die Übertragung der Beratungsstellen an die Gemeinde kritisiert, da diese so aus dem Blickwinkel der Menschen genommen wurden, die nicht in der Kirche organisiert sind oder sich von der Kirche abwenden. Zudem habe auch die Kirche nicht mehr die Möglichkeit der Hausbesuche aller über 65-Jährigen, wie es noch vor 20 Jahren der Fall war.

Ein anderes überregionales Problem ist die Bürokratisierung der Altenpflege. Den Einrichtungen und Pflegediensten bleibt wenig Zeit für die eigentliche pflegerische Versorgung, da die Altenpflege eine hohe Verwaltungslastigkeit aufweist. So werden Demenzfälle häufig nur über den Schreibtisch abgewickelt werden ohne den Betroffenen zu sichten oder persönlich zu beraten.

Weiterhin zu beachten sind vor allem bei Senioren mit Migrationshintergrund sprachliche Barrieren. Für jüngere Menschen ist es leichter eine fremde Sprache zu erlernen. Gerade viele Senioren haben sprachliche Probleme, da erst vor knapp sieben Jahren eine Strukturierung des Deutschlernens für Ausländer stattgefunden hat. Vorher war es für viele Migranten nicht möglich, einen solchen Kurs zu besuchen, sie mussten sehr aktiv werden, um Deutsch zu lernen und diese Energie konnten nicht alle Menschen aufwenden, so dass viele von ihnen nie von Grund auf Deutsch gelernt haben. Hinzu kommt ein Mangel an neutralen Übersetzern im gesamten Bezirk Altona. Häufig nehmen Betroffene einen Bekannten oder Verwandten zu Terminen bei der Behörde oder im Gesundheitswesen mit. Es gibt aber einerseits Themen, die nicht mit Familienangehörigen besprochen werden wollen/sollen, andererseits wird die Dolmetschertätigkeit nicht als professionelle Tätigkeit anerkannt. Oft gibt es zwischen zwei Personen gleicher Muttersprache Kommunikationsschwierigkeiten, werden dieses nun auch noch in eine andere Sprache übersetzt, kommt am Ende etwas anderes als das Gesagte heraus. So entstehen „Mischungen“ des Gesagten und der eigenen Meinung des als nicht distanzierenden Übersetzer einzuschätzenden Angehörigen. Es fehlen derzeit klare Strukturen um diesem Dolmetschermangel zu begegnen. Dies liegt u.a. daran, dass die Krankenkasse die Zuständigkeit an die Stadt abgibt, diese wiederum an die Gesellschaft und diese möchte wieder die Krankenkassen in die Pflicht nehmen. Diese schlechte Struktur sollte schnellstmöglich aufgearbeitet werden, denn eine neutrale Übersetzung bedeute einen wichtigen Beitrag für die Integration und nicht, wie viele sagen, einen Rückschritt.

Als letzten Punkt benannten die Interviewpartner, dass viele Handlungen im Bereich der Seniorenarbeit vom monetären Standpunkt aus betrachtet werden und nicht die Menschen selbst im Mittelpunkt stehen. Das Handeln aus finanzieller Sicht ist nicht nur bei privatisierten ambulanten Pflegediensten der Fall, sondern auch z.B. die Diakoniestationen werden mehr und mehr aus monetären Gesichtspunkten betrieben. Auch entstehen viele Netzwerke, wie z.B. das Demenznetzwerk Flottbek, aus Eigennutz, da auf dem Gebiet der Altenpflege schnell viel Geld verdient werden kann.

(5) Auswirkungen von personellen Faktoren /Soziale Lage

Allgemein lässt sich festhalten, dass es in Altona laut Einschätzung der Interviewpersonen eine relativ große Anzahl an Personen mit geringem Einkommen gibt und viele Menschen, an Altersarmut leiden. Als Beispiel wurde auf die hohe Anzahl von Senioren hingewiesen, die die Altonaer Volksküchen aufsuchen. In diesen Einrichtungen ist die Altersarmut sinnfällig und erfahrbar. Jedoch besteht in dieser Hinsicht politischer und gesellschaftlicher Handlungsbedarf, da das Thema Altersarmut „gesellschaftlich und politisch noch nicht richtig angefasst“ wurde.

Altersarmut wird in direkten Zusammenhang mit der Beeinträchtigung der Gesundheit gesehen. Auch wird der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit fokussiert, da neben den finanziellen Mitteln einer Person ausschlaggebend ist, ob man z.B. über gesunde Ernährung Bescheid weiß und sich dementsprechend versorgt uvm. Bildung bestimmt somit das eigene Verhalten, z.B. sich nicht nur in der Wohnung vor dem TV aufzuhalten, sondern Sport zu treiben, andere Sprachen zu lernen, etc., woraus sich wiederum eine soziale Integration ergibt, eine angemessene kognitive Beschäftigung und eine dem Alter entsprechende Bewegung.

Generell sollte allen Senioren offen stehen, sich an Aktivitäten zu beteiligen und bezüglich der Kosten und der Erreichbarkeit niemand von vornherein ausgeschlossen werden. Auch werden elementare Fähigkeiten wie Lesen voraus gesetzt, um sich über Angebote zu infor-

mieren, da diese häufig in Medien wie dem Wochenblatt oder dem Hamburger Abendblatt angekündigt werden. Hiermit können jedoch lediglich die Menschen angesprochen, die das Wochenblatt oder ähnliche Medien lesen und versuchen, sich das aktuelle Geschehen anzueignen. Dieses Handeln entspricht zumeist der schon genannten Bildungsbürgerschicht. Die Erreichbarkeit von Menschen die einerseits die deutsche Sprache nicht beherrschen und andererseits keine Presse verfolgen ist auf diesem Weg nicht gewährleistet. Wie schon in vorangegangenen Kapiteln erwähnt, besteht großer Handlungsbedarf auf dem Gebiet der Erfassung der tatsächlich Hilfebedürftigen und der Menschen, die aufgrund eines anderen Sprachgebrauches nicht zu erreichen sind.

Vor allem Senioren in Stadtteilen des gehobenen Bürgertums, wie Blankenese sind gut ansprechbar. Sie besitzen auch häufig Emailadressen, pflegen ihre Kontakte und informieren sich selbständig. Vor allem diese bürgerliche Mittelschicht ist generell relativ aktiv. Schwierig zu erreichen sind hingegen die Menschen, die abweichende Sprachen sprechen. Hier sind Anleiter notwendig, die auf die Personen eingehen können und sie zum Mitmachen motivieren. Die generelle Erreichbarkeit dieser Kohorte wird aber auch durch anderssprachige Anleiter nicht erhöht. Bei Migranten oder Flüchtlingen besteht zunächst die Notwendigkeit, sich selbst und einen Platz in der Gesellschaft zu finden, danach können sie angeregt werden, etwas für ihre Gesundheit zu tun.

Weiterhin wurden deutliche Unterschiede innerhalb der einzelnen Seniorentreffs bezüglich der Wohngegend und der im Stadtteil lebenden Bevölkerung wahrgenommen. In Blankenese gibt es einen sehr bürgerlichen Seniorentreff, der in einem Fischerhaus beheimatet ist und gleichzeitig das Heimatmuseum Blankeneses darstellt. Hier sind sehr viele engagierte Bürgerinnen, die die Arbeit ehrenamtlich unterstützen und viele Angebote zur Verfügung stellen, die Bevölkerung ist also aktiv am Betrieb und Leben des Treffs beteiligt. Diese Arbeit lässt sich aber nicht in andere Stadtteile verorten, da dort die Bevölkerung anders zusammengesetzt ist.

Die Besucher und das Programm des Treffs sind aber nicht nur von der Bevölkerung abhängig, sondern eindeutig auch vom Träger. So gibt es zwei Seniorentreffs in Altona-Nord, die dicht beieinander liegen, jedoch sehr unterschiedliche Besucher verzeichnen, zum einen politisch engagierte Bürger bei der AWO, zum anderen einen Treff des ASB, der sich vom Klientel deutlich unterscheidet. Die Art der Seniorenarbeit ist somit zum einen abhängig von der im Stadtteil befindlichen Bürgerschicht, zum anderen aber auch vom Träger, weil aus diesem eine weitere inhaltliche Komponente erwächst.

Zudem gibt es die Erfahrung, dass viele Senioren und Seniorinnen mit einem geringen Einkommen nicht in ihre Gesundheit investieren, da sie das wenige Geld, das sie haben, lieber in ihre Familie, also Kinder und Enkelkinder weitergeben. Hierbei lässt sich kein kultureller Unterschied feststellen, dieses Phänomen konnte vor allem in den Einrichtungen der Sibirusstraße in Bahrenfeld feststellen, wo sowohl deutsche Senioren als auch Migranten leben. Wichtig für diese Menschen sind von daher vor allem kostenlose Angebote, die von der Stadt Hamburg organisiert werden, damit sie sich bewegen und etwas für sich tun können.

(6) Migrationshintergrund

Aus vielen Interviews geht hervor, dass die Seniorengruppen, die sich in den verschiedenen Einrichtungen bilden, häufig nicht interkulturell sind. In den beiden türkischen Treffs gäbe es zwar ein paar deutsche Senioren, ausländische Teilnehmer in den deutschen Seniorentreffs werden aber als „exotisch“ bezeichnet. In den hauptsächlich deutschen Einrichtungen sei

zum Teil ein sehr konservatives Klientel anzutreffen. Für neue und vor allem ausländische Bürgerinnen sei es sehr schwierig, sich zu integrieren. Eine Durchmischung findet daher eher selten statt. Integration bedeutet in Seniorentreffs häufig schon, dass „sich in denselben Räumen immer mal wieder verschiedene Gruppen treffen“ und somit ein Haus nicht „rein deutsch“ oder „rein türkisch“ ist, dass die Gruppen sich aber ineinander vermischen, ist für ihn momentan nicht denkbar. Leider bestehen hinsichtlich der Interkulturalität in den Seniorentreffs nur wenige Ideen, so dass es schwierig bleibt, dort eine Durchmischung zu erreichen.

Es wurde auch ein Unterschied im Verhalten der türkischen und deutschen Senioren im Flaks festgestellt. Während die Deutschen z.B. bei Bewegungsangeboten häufig Vorbehalte gegen einfache Bewegungsabläufe wie das Schwingen von Tüchern einbrachten, waren die türkischen Frauen „sehr viel lockerer und letztlich fitter und bereiter, sich auf eine Formation wie in der Reihe oder im Kreis tanzen oder so etwas einzulassen, weil das schon ihrer eigenen Kultur entspricht“. Erfahrungen zufolge stellen die deutschen Senioren einen weitaus größeren Anspruch und höhere Erwartungen an bestimmte Kurse, während türkische Frauen sich schneller auf etwas einlassen. Diese Beobachtung lässt sich mit weiteren Erfahrungen verknüpfen die zeigen dass das Bild von den Senioren selber in Deutschland sehr eingefahren ist. Ebenso, wie „die Alten“ in der Gesellschaft stigmatisiert werden, wird „der Seniorensport“ von einigen Senioren als unnützlich und „nichts für mich“ abgestempelt und grundsätzlich abgelehnt. Diese Beobachtung lässt sich zwar nicht verallgemeinern, jedoch sollte Konzepte des Seniorensports überdacht werden. In Bezug auf den Unterschied von deutschen und Senioren mit Migrationshintergrund wurde thematisiert dass viele der afghanischen, iranischen und türkischen Frauen es nicht kennen, sich um ihre Gesundheit zu kümmern. Diese Frauen (und Männer) gehen zum Arzt, wenn sie erkrankt sind, dass man aber vorbeugend, präventiv handeln kann, ist ihnen fremd. Ihnen tut eine Ernährungsumstellung und eine Veränderung ihrer Gewohnheiten gut, aber sie benötigen eine regelmäßige Erinnerung bzw. Ansprache, da sie sonst schnell in alte Gewohnheiten verfallen und das Thema gesunde Ernährung wieder vergessen.

8 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Dieses Kapitel führt die Ergebnisse zusammen und versieht sie mit Handlungsempfehlungen.

Die Handlungsempfehlungen werden dabei immer zunächst für (1) Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung und zur Selbsthilfe gegeben. Danach erfolgen (2) Hinweise für Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme. Im Anschluss folgen die (3) Handlungsempfehlungen aus den qualitativen Interviews. Abgeschlossen wird jedes Kapitel mit den (4) Handlungsansätzen für die Politik.

8.1 Ergebnisse zur Gesundheit in Abhängigkeit der Wohn- und Betreuungssituation

Im Vergleich der Subgruppen selbständig lebender, im Pflegeheim wohnender und ambulant betreuter Seniorinnen und Senioren finden sich folgende relevante Ergebnisse für die zukünftige Gestaltung von Gesundheitspolitik und Maßnahmenplanung im Bezirk:

- Das körperliche und psychische Wohlbefinden unterschied sich in Abhängigkeit der Betreuungsform und Wohnsituation. Hierbei zeigten sich die niedrigsten Werte für die ambulant betreuten Personen. Erstaunlich hoch waren die Werte der in Pflegeheimen untergebrachten Personen. Dies deutet darauf hin, dass die pflegerische Versorgung bei der hier erfassten Stichprobe für die Personen, die in der Lage waren an der Befragung teilzunehmen, als qualitativ gut zu bewerten ist.

Zentrale Ergebnisse zu Gesundheitsrisiken im Alter von Altonaer Bürgerinnen und Bürger

(1) Intellektueller Abbau

Es wurden hier nur geistig rüstige Seniorinnen und Senioren befragt aber:

- 48,7 % der Befragten gaben an, dass es ihnen Sorge bereitet an einer Demenz zu erkranken.

(2) Instabilität

- Es zeigte sich, dass bereits selbständig lebende Personen im Durchschnitt mehr als 5 (von 14) kumulierte Sturzrisiken aufweisen.
- Somit besteht für die gesamte Stichprobe eine erhöhte Sturzgefahr mit den zugehörigen Folgen wie z.B. Schenkelhalsfrakturen.

(3) Immobilität

- Die Werte des Barthel-Index und die Angaben zur Alltagsgestaltung zeigten, dass die Befragten Seniorinnen und Senioren große Defizite in ihrer Alltagsmobilität aufweisen.
- Dies drückte sich in Problemen beim Gehen und Treppensteigen aus.
- Auch das Ankleiden und die selbständige Haushaltsführung fielen schwer.

(4) Inkontinenz

- Die Werte des Barthel-Index zeigten eine leicht reduzierte Urin-Kontrolle innerhalb der Stichprobe.
- 54,8 % der Befragten müssen sich manchmal beeilen zur Toilette zu kommen.

(5) Isolation

- 77,8 % der Seniorinnen und Senioren leben allein.
- 11,5 % haben niemanden der ihnen Nahe steht.

(6) Multimorbidität

- 29,8 % der Befragten haben zwei oder mehr chronische Erkrankungen.
- Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass 37 % der Befragten hierzu keine Angaben machten.
- Demgegenüber steht, dass ein Großteil der Befragten angab, dass sie in den letzten vier Wochen mäßige bis starke Schmerzen hatten.

(7) Fehl- und Mangelernährung

- Der BMI aller hier erfassten Seniorinnen und Senioren liegt im Normbereich.

- Die Werte der geriatrischen Depressionsskala waren nur für den Bereich der ambulanten Pflege deutlich erhöht. Hier betraf dies besonders die Männer. Auf Grund der eingangs dargelegten Zusammenhänge zwischen dem Verlust der Selbständigkeit durch zunehmende Morbidität ist die Gefahr einer Altersdepression bei dieser Zielgruppe erhöht. Hierbei ist herauszustellen, dass sich die ambulant betreuten Personen häufiger hilflos und wertlos fühlten als die beiden anderen erfassten Zielgruppen.
- Erstaunlich wenige Personen waren bereit ihre (chronischen) Erkrankungen anzugeben. Unter den erfassten Angaben wurden Diabetes Mellitus und Bluthochdruck am häufigsten genannt. Somit zeigten sich auch für die Seniorinnen und Senioren in Altona die zentralen Zivilisationskrankheiten als aktuelle Gesundheitsproblematiken.
- Erwartungsgemäß ergaben sich für die in Pflegeheimen oder ambulant betreuten Personen häufiger Pflegestufe I und II. Dennoch nahmen auch 12,8 % Personen mit Pflegestufe III an dieser Befragung teil.
- Die Mehrheit der Befragten besuchte 2-6 Mal oder häufiger im Jahr den Hausarzt. Hierbei besteht, mit Wegezeiten von 15-30 Minuten, eine gute Erreichbarkeit der Ärzte. Auch Fachärzte wurden im Mittel 2-6 Mal pro Jahr aufgesucht wobei diese Besuche vermehrt von den noch selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren vorgenommen werden.
- Die Seniorenberatung und der Pflegestützpunkt in Altona waren nur 15% der befragten Seniorinnen und Senioren bekannt. Hier besteht ein deutliches Informationsdefizit innerhalb der erfassten Stichprobe.

8.1.1 Handlungsempfehlungen bezüglich der Gesundheitsförderung/Prävention und zur Selbsthilfe

Im diesem Bereich sind vornehmlich zwei Aspekte zu betrachten: (1) Prävention von chronischen Erkrankungen und deren Folgen, auf die der persönliche Lebensstil negativ Einfluss nimmt, wie z.B. Bluthochdruck und Diabetes Mellitus und (2) Erhaltung der Alltagsmobilität in Kombination mit der Reduktion von Sturzrisikofaktoren.

Zu (1) Prävention chronischer Erkrankungen

Es hat sich gezeigt, dass spätestens im mittleren Lebensalter der Grundstein für ein gesundes und erfolgreiches Altern gelegt wird und dass der persönliche Lebensstil hier eine zentrale Rolle spielt. Wie bereits genannt sind die Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von Bluthochdruck Rauchen, fettreiche Ernährung, erhöhte Cholesterinwerte, Übergewicht und Stress. Die Ernährung spielt auch eine zentrale Rolle bei der Ausbildung eines Diabetes mellitus. Bei der derzeitigen Struktur von Präventionsmaßnahmen, z.B. der Krankenkassen, ist es schwierig eine langfristige Verhaltensänderung zu erreichen. Dies liegt u.a. daran, dass die Zeit, die benötigt wird, um ein automatisiertes Alltagsverhalten zu erzeugen deutlich länger ist, als ein herkömmlicher Präventionskurs nach z.B. § 20 SGB V. Weiterhin zeigen Statistiken der Krankenkassenverbände, dass bisher nur ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung an diesen Maßnahmen teilnimmt und diese Teilnehmer meist grundsätzlich aktiver sind. Hinzu kommen die geschlechtsspezifischen Unterschiede. Das Verhältnis Frauen: Männer in Präventionskursen beträgt etwa 80:20. Es besteht also immer noch das seit Jahren bekannte Problem der Erreichbarkeit der Gesellschaft für gezielte Präventionsarbeit. Gleichzeitig muss hinterfragt werden, ob die derzeitig vielfältig vorhandenen Angebote (auch in Altona) zum einen bei den Adressaten bekannt sind und zum anderen bei den Adressaten eine Teilnah-

memotivation erzeugen. Folgende Maßnahmen im mittleren Lebensalter könnten diesen beiden Problemen begegnen:

- Mehr Kooperationen mit Hausärzten, damit Werbung für gezielte Präventionsarbeit im Quartier zugänglich ist.
- Hausärzte, die laut dieser Erhebung mindestens zwei Mal pro Jahr aufgesucht werden, könnten grundsätzlich die Aktivitäten der persönlichen Gesundheitsförderung in der Anamnese mit erfassen und individuelle Präventionstipps aussprechen.
- Im Zuge der Vorsorgeuntersuchungen im mittleren Alter, könnte gezielt auf Präventionsmaßnahmen und Kurse im Quartier hingewiesen werden.
- Krankenkassenprogramme orientieren sich häufig nur an der Strukturqualität (z.B. welche Inhalte vermittelt werden), jedoch nicht an der Prozessqualität (z.B. Vermittlung der Inhalte oder Erzeugung einer Teilnahmemotivation, etc.) und der Ergebnisqualität (z.B. messbare Verhaltensänderungen oder gesundheitliche Verbesserungen). Hier sollten die Inhalte hinterfragt und zukünftig besser in ihrer Prozess- und Ergebnisqualität erforscht werden.
- Es sollten neue Präventionskurse gestaltet werden, in denen es möglich ist über einen ganzheitlichen Zugang mehr über das Zusammenwirken von Risikofaktoren zu erfahren. Hierbei müsste Gesundheit erlebbar gestaltet werden und in Verbindung z.B. mit einem positiven Gefühl eine persönliche Sinnbildung und Motivation für weitere Maßnahmen erzeugen. Insbesondere ältere Menschen benötigen zudem die Zuversicht, dass sie ihre eigene Gesundheit positiv beeinflussen können.
- Grundsätzlich sollte hinterfragt werden, ob die Dauer und Intensität von Präventionskursen erhöht werden könnte, um länger mit den beteiligten Personen zu arbeiten und Verhaltensveränderungen oder Lebensstilmodifikationen nachhaltig zu initiieren.
- Um in der Präventionsarbeit auch Zielgruppen wie z.B. Männer mittleren Alters zu erreichen, werden neue Konzepte benötigt, die auf diese Zielgruppe abgestimmt sind.
- Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Schnittstelle über die Erwachsene gut erreichbar sind, da sie einen Großteil ihrer Zeit an ihrer Arbeitsstelle verbringen. Hierbei eignen sich besonders gut die Maßnahmen, die Verhältnis- und Verhaltensprävention verknüpfen und über die ein Transfer in den Alltag erreicht werden kann. Es könnte mit niederschweligen Angeboten am Arbeitsplatz begonnen werden um sie dann in die Freizeit auszudehnen (z.B. über Ergonomie Schulungen die zur bewegten Pause mit dem Fokus Rückenfitness werden und dann in Freizeitaktivitäten z.B. im Fitnessstudio münden).
- Für Arbeitssuchende könnten ebenfalls verstärkt Präventionsangebote in die Betreuungspakte integriert werden. Zum einen stellt die Situation der Arbeitslosigkeit eine besondere psychische Belastung dar, die mit einem erhöhten Krankheitsrisiko verbunden ist, zum anderen könnte eine Ausstrahlung von Gesundheit und Vitalität sich positiv auf die Arbeitssuche auswirken.

Zu (2) Erhaltung von Alltagsmobilität und Reduktion von Sturzrisikofaktoren

Die Auswertung zeigte einen klaren Zusammenhang des Verlusts der Alltagsmobilität in Kombination der Zunahme an Sturzrisikofaktoren mit zunehmendem Alter. Im Altersbereich zwischen 65 und 79 Jahren ergeben sich die dargestellten Mobilitätsverluste und das Sturzrisiko erhöht sich. Grundsätzlich sind physiologische Veränderungen im Alter, die mit Kraft-

und Beweglichkeitseinbußen einhergehen durch Bewegungsangebote positiv beeinflussbar. Hierbei sind jedoch die Angebote und Maßnahmen nicht immer auf die tatsächlich benötigten Alltagsfähig- und -fertigkeiten abgestimmt. Im Zuge von bewegungs- und sportwissenschaftlicher Forschungsarbeiten ist schon seit längerem bekannt, dass Trainingsreize spezifisch auf die zu trainierende Aufgabe gesetzt werden müssen und dass für einen Aufbau und Erhalt von körperlichen Ressourcen diese Trainingsreize in Abhängigkeit der individuellen Entwicklung gesteigert bzw. angepasst werden sollten. Weiterhin resultieren Mobilitätseinschränkungen häufig aus Schmerzen in Folge von Grunderkrankungen. Hier müssten Maßnahmen gefunden werden, Mobilisation und Schmerztherapie zu verknüpfen sowie ggf. geeignete Hilfsmittel anzubieten, die Mobilitätseinschränkungen kompensieren können, z.B. gängige Gehhilfen wie Rollatoren, die jedoch nicht immer fachgerecht angepasst sind.

Als grundlegende Handlungsempfehlungen ergeben sich hieraus:

- Weiterentwicklung bestehender Konzepte zum Erhalt von Alltagsmobilität und Sturzprävention und deren umfassenden Implementierung in das bestehende Angebot. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Bewegungsförderung.
- Aus- und Weiterbildung von qualifiziertem Fachpersonal (z.B. Pflege, Physiotherapeuten, Ehrenamtliche, Sportvereine) zur Durchführung entsprechender Maßnahmen am besten in Kooperation mit Kranken- und Rentenversicherungsträgern.

8.1.2 Handlungsempfehlungen für die Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme

Wichtig zu wissen für die Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme sind an dieser Stelle zum einen das deutlich schlechtere gesundheitliche Wohlbefinden der ambulant versorgten Personen und zum anderen der geringe Bekanntheitsgrad der Beratungsstellen (Pflegestützpunkt und Seniorenberatung). Es empfiehlt sich daher folgendes:

- Da es keine Unterschiede in der Pflegestufe zwischen den in Pflegeheimen betreuten und ambulant versorgten Personen gibt, müssen die hier aufgezeigten Defizite aus der Gesamtsituation der Betroffenen entstehen. Es sollte erfasst werden, welche Problematiken im Alltag der ambulant betreuten Personen zu der als schlechter empfundenen gesundheitlichen Situation führen.
- Grundsätzlich müsste weiterhin überprüft werden, ob die, sich in der ambulanten Pflege befindlichen Personen weniger Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung und Diagnose nutzen können als die beiden anderen Gruppen.
- Weiterhin sollten insbesondere für die ambulante Pflege Konzepte zur psycho-sozialen Gesundheit entwickelt werden. Ein Anknüpfungspunkt ist hierbei der §45 SGB XI, der bei nachgewiesener eingeschränkter Alltagskompetenz, z.B. bei dementiell erkrankten Personen, einen erhöhten Betreuungsbedarf unabhängig von der Pflegestufe regelt.
- Die Pflegestützpunkte und Beratungsstellen könnten noch einmal überprüfen, wie sie ihren Bekanntheitsgrad erhöhen können. Sehr mobile Seniorinnen und Senioren sind in der Lage die vielfältige Öffentlichkeitsarbeit in Form von Plakaten und Flyern zu sehen. Demgegenüber stehen die Personen, die ihre Häuslichkeit oder ihr direktes Wohnumfeld selten verlassen. Sie haben möglicherweise weniger Zugang zu den relevanten Informationen. Hier könnten Kooperationen z.B. mit Krankenkassen oder Wohnungsbau-gesellschaften helfen. Über generelle Anschreiben der Krankenkassen könnte auf Einrichtungen in der Nähe der Seniorinnen und Senioren hingewiesen werden. Innerhalb der Arbeit in den Wohnungsbau-gesellschaften könnten Flyer und Plakate auch im direkten Umfeld der Personen ausgelegt oder aufgehängt werden.

- Wichtig wäre es auch die Personen, die in diesen Einrichtungen arbeiten, zu kennen. Möglicherweise werden Hürden, die am Aufsuchen einer Beratungsstelle entstehen können aufgebrochen, wenn klar ist, welche Personen dort arbeiten. Dies würde eine Vertrauensbasis und Teilnahmemotivation schaffen.

8.1.3 Vorschläge der Altonaer Seniorenexperten zu Gesundheitsförderungsprogrammen mit Seniorinnen und Senioren

Bewegungsangebote wohnortsnah gestalten

Bewegungsmöglichkeiten für Seniorinnen und Senioren sollten wohnortsnah gestaltet werden, z.B. verlässliche Angebote im nahegelegenen Park, so dass die Seniorinnen und Senioren keine weiten Anfahrtswege auf sich nehmen müssen und nach dem Angebot schnell wieder zu Hause sind. Wichtig bei solchen Angeboten war für die Interviewpartner auch, dass die Angebote draußen stattfinden und nicht in einer nahe gelegenen Sporthalle. Angebote, die im Freien stattfinden laden zum Mit- oder Nachmachen ein, da sie für viele sichtbar sind. Für die Finanzierung solcher Angebote werden Kooperationen mit Studenten, Fitnessschulen oder Altenpflegeschulen gesucht, um die Kosten für die Seniorinnen und Senioren möglichst gering zu halten und gleichzeitig Praxisfelder für Studenten und Altenpflegeanwärter zu schaffen.

Die Forderung nach der Wohnortsnähe kann durch ein weiteres Beispiel unterstrichen werden: Ein Besuch einer afrikanischen Gemeinde im Seniorentreff im Mercado begeisterte alle Seniorinnen und Senioren. Ein weiterer Besuch der afrikanischen Gemeinde in Borgfelde kam jedoch für die Seniorinnen und Senioren nicht in Frage, „solch weite Fahrten mache man nicht mehr“. Daraus lässt sich ableiten, dass Seniorinnen und Senioren ein identisches Angebot an zwei verschiedenen Orten eher annehmen, wenn dieses in ihrer unmittelbaren und gewohnten Umgebung stattfindet. Wenn Seniorinnen und Senioren zunächst einen bestimmten Weg für ein Angebot in Kauf nehmen müssen, „verliert man viele schon auf dem Weg“.

Mehr interkulturelle Veranstaltungen zum Thema Ernährung

Es wurde berichtet, dass sich die Frauen im türkischen Seniorentreff mehr Veranstaltungen zum Thema „Ernährung“ wünschen. Diese Frauen nehmen bereits an einem Gesundheitsförderungsprogramm für ältere Migranten von der Hochschule für Angewandte Wissenschaft (HAW) teil, interessieren sich aber darüber hinaus weiterhin für das Thema. Allerdings wäre es wichtig, bei der Planung solcher Veranstaltungen zu beachten, dass die Frauen Praxiserfahrungen sammeln und selbst tätig werden können. Ein Vortrag über gesunde Ernährung könnte ihr Interesse mindern, ein gemeinsamer Koch-Abend dieses jedoch vermeintlich steigern. Hier müsse allerdings auf die Gegebenheiten des einzelnen Seniorentreffs eingegangen werden. Dennoch sollte stets die Handlungsorientierung für die Seniorinnen und Senioren im Fokus stehen. Auch in den vor allem interkulturellen Gruppen in Osdorf und Lurup besteht ein großes Interesse am Thema „gesunde Ernährung“. Es lässt sich jedoch festhalten, dass die vordergründige Motivation das Abnehmen darstellt. Auch Seniorinnen sind daran interessiert, gut auszusehen. Dieses gute Aussehen wird für sie durch einen schlanken Körper verkörpert. Hier empfiehlt es sich, ein Konzept zu entwickeln und niedrigschwellige Angebote zum Abnehmen für Menschen zu schaffen, die wenig Geld haben und nicht zu teuren Angeboten wie Weight Watchers gehen können.

Schwimmen für muslimische Mitbürger

Einen Problembereich, der speziell die muslimischen Mitbürgerinnen und Mitbürger betrifft, ist das Interesse an Schwimmkursen. Häufig ist es jedoch schwierig, diesem Interesse nachzugehen, da Frauen mit einem muslimischen Glauben oftmals nicht in Schwimmbäder gehen können, in denen sich Männer aufhalten. Gerade bei Seniorinnen ist dies ein massives Problem, da diese häufig sehr traditionell aufgewachsen sind und es ihnen schwerfällt, diese Tradition aufzubrechen. In Hamburg gibt es jedoch nur das Bad in St. Pauli, welches am Samstag so ein Angebot vorhält und ein Bad in Wilhelmsburg, das für ein paar Stunden in der Woche am Nachmittag die Türen für Männer geschlossen hält. Hier zeichnet sich also ein großer Bedarf ab. Generell sollten mehr Angebote geschaffen werden, die Frauen mit muslimischen Glauben mit anderen Frauen unabhängig von Männern nutzen können.

Mehr Angebote in Muttersprache für Migrantinnen und Migranten und Interkulturalität

Es sollten mehr muttersprachliche Angebote mit einem Mitbestimmungsrecht für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer entstehen. In der Gesundheitsförderung sollten Menschen gefragt werden, was sie sich wünschen um dann gemeinsam mit ihnen Maßnahmen zu entwickeln. Um diese gemeinsame Entwicklung voranzutreiben, müssen die Teilnehmer allerdings verstanden werden. Durch niederschwellige Angebote, z.B. Gesprächskreise, zu denen in einem regelmäßigen Abstand Mitglieder vom Gesundheitsamt oder Fachpersonal kommen und über Neuigkeiten berichten, könnte dies erreicht werden.

In Bezug auf die Interkulturalität wurde gefordert, dass sich Mitarbeiter des Gesundheits- und Pflegedienstes regelmäßig zum Thema interkultureller Kompetenz fortbilden. Diese Aus- und Weiterbildung ist eine langfristige Angelegenheit, die nicht allein durch ein dreitägiges Seminar aufzubauen sei, sondern ständig weiter verfeinert werden müsse. Es sollten regelmäßige Seminare zur interkulturellen Kompetenz angeboten werden, um ein mögliches Schubladendenken zu unterbinden und die Mitarbeiter der Gesundheitsförderung und -pflege bestmöglich zu schulen.

Angebote mit kurzen Laufzeiten schaffen

Zudem wäre es wichtig, Gesundheitsangebote zu schaffen, die unabhängig von Vereinen und langen Laufzeiten sind. Für Kurse, die eine bestimmte Laufzeit haben, dafür aber unabhängig von Sportvereinen oder sonstigen Einrichtungen sind, zahlen die Seniorinnen und Senioren gerne und nehmen eine gewisse finanzielle Belastung in Kauf. Auf die Frage, warum die Seniorinnen und Senioren nicht in einen Sportverein mit einem regelmäßigen Bewegungsangebote eintreten, wurde die Angst der Datenpreisgabe und der regelmäßigen Belastung des Kontos durch einen Dauerauftrag angegeben. Eine monatliche Bezahlung wäre für die Seniorinnen und Senioren machbar, diese muss jedoch unabhängig von Datenpreisgabe und einer regelmäßigen Kontobelastung sein.

Bewegungsräume erkunden

Als Wunsch an die Berichterstattung wurden Erkenntnisse, beispielsweise bei der Erkundung des öffentlichen Raumes, nach Bewegungsmöglichkeit gefordert. Es sollte eine angewandte Wissenschaft von der Basis her entstehen, die Ergebnisse festhält und an die Praxis in Form von Handlungsempfehlungen weitergibt: „Wir haben festgestellt, dass eine Schaukel sich prima eignet, um Zugübungen zu machen“ oder „Der Spielplatz an der Arnkielstraße eignet sich sehr gut, um dort die Sandkiste zu erproben. Wie gelange ich dort hinein, wie bewege ich mich im Sand?“ Es sollte also nicht nur universitäres Wissen geben, das Impulse gibt, sondern erfahrenes Wissen, aus dem ein „Bewegungswiki für Senioren“ entstehen kann und von dem Einrichtungen, die sich in der näheren Umgebung befinden, profitieren können.

Beständigkeit bieten

Aus einer persönlichen Erfahrung wurde berichtet, dass eine Umlegung des Tanz-Cafés für die ältere Generation von Rissen in das Budenhagen-Haus, für die Teilnehmer zunächst befremdend war. Dies entstand aus der Tatsache, dass sich die Gruppe im Budenhagen-Haus mit den Bewohnern mischte und dort dann beispielsweise auch Rollstuhlfahrer am Angebot teilnahmen. Er wird daher davon ausgegangen, dass es äußerst wichtig ist, Gruppen in vertrauten Räumen mit vertrauten Anleitern zu organisieren. Eine Regelmäßigkeit der örtlichen Gegebenheit schafft Gewohnheit und Behaglichkeit und erleichtert den Seniorinnen und Senioren den Besuch, da sie wissen, worauf sie sich einstellen müssen und sich dementsprechend darauf einlassen können.

Selbständigkeit fördern und Bewegungsrepertoire ausbauen

Seniorinnen und Senioren verfügen über ein mangelndes Bewegungs- und Beschäftigungsrepertoire, so dass es wichtig ist, sie zum Auffinden von Bewegungsmöglichkeiten in ihrem täglichen Umfeld anzuregen und sie so weit zur Selbständigkeit zu führen, dass sie die Bewegungen in Zukunft allein und ohne Anleitung durchführen können. Wichtig ist hierbei wiederum, dass es in der Gesellschaft als natürlich angesehen wird, dass sich Senioren ihre Umwelt sportlich aneignen. In der Seniorenarbeit steht momentan eher die medizinische oder heilende Bewegung im Vordergrund, selbsttätiges Bewegen im eigenen Quartier kann aber auch als präventive Maßnahme gewichtet werden und ist unerlässlich. Prävention sollte im alltäglichen Leben anfangen und sich nicht an der Pflegestufe orientieren. Um ein Umdenken in der Gesellschaft zu ermöglichen, ist es wichtig, dass die Professionellen und Anleiter selbst aktiv sind und das praktizieren, was sie ihren Kunden nahebringen möchten. Hier muss die Ausbildung dahingehend verändert werden, dass Auszubildenden Möglichkeiten in der nahen Umgebung ihrer Einrichtung aufgezeigt werden, die sie mit Seniorinnen und Senioren und anderen Altersgruppen in Zukunft nutzen können.

Ein großer Wunsch wäre, dass jede Einrichtung versucht, sich seinen Bewegungskreis um ihre Einrichtung zu schaffen, ein Platz im öffentlichen Raum, den die Bewohner/Besucher nutzen und sich erobern. Zunächst sollte mit Unterstützung durch z.B. die Universität oder anderen Experten das Potential des Raumes erkundet und Möglichkeiten erkannt werden, überlegt werden, welches Material eventuell angeschafft werden kann oder ob Markierungen vorgenommen werden müssen. Steht einer Einrichtung solch eine Bewegungsfläche nicht zur Verfügung, kann auf Spielplätze oder Parks ausgewichen werden, die zu einem „Aktivplatz“ für Jung und Alt umfunktioniert werden können. Wichtig für solch ein Umdenken und Umstrukturieren ist die Mitarbeit der Professionellen. Sie müssen die öffentliche Arbeit als nützlich anerkennen und Bewegung nach draußen verlegen. Ein Traum ist demnach das

Erschaffen einer „urbanen Bewegungskultur“, die im Optimalfall in kleinen Seniorengruppen immer weiter ausgereift und weitergeführt wird, auch ohne Hilfe von Experten.

So eine Kultur könnte auch vorteilhaft für Heime sein, da diese solche Plätze nutzen können und die Bewohner nicht mehr „ghettoisiert“ werden, sondern das Leben außerhalb der Einrichtung wieder stärker wahrnehmen könnten. Darüber hinaus entfielen eine „Bespäzung“ im Heim selbst, wodurch einerseits mehr Kapazitäten für die pflegerische Versorgung frei würden und andererseits eine finanzielle Unterstützung eines Bewegungs-Spiel-Angebots im Quartier möglich wäre.

Mehr Kommunikation / Öffentlichkeitsarbeit / Berichterstattung

Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung sollten nicht erst im Alter kommuniziert werden. Er wäre einfacher, das Thema Gesundheit von Anfang an auf eine spielerische Art und Weise als Bestandteil des Lebens zu vermitteln, als beispielsweise mit einem 70 Jährigen zu beginnen dessen Lebensgewohnheiten umzustellen.

Ein weiterer Punkt ist, dass mit der bisherigen Öffentlichkeitsarbeit nicht sichergestellt werden kann, dass tatsächlich alle hilfebedürftigen Seniorinnen und Senioren erreicht werden. Auch wird nicht ermittelt, wer tatsächlich hilfsbedürftig ist. Menschen, die noch aktiv sind, ins Sportstudio gehen oder ein Kontaktstudium machen, sind weniger hilfsbedürftig und benötigen nur gewisse Anregungen oder Hinweise. Bei vielen Informationsveranstaltungen in Altona werden aber häufig nur die Aktiven angesprochen. Hier sollte nach Wegen und Mitteln gesucht werden, die es ermöglichen, an die Hilfsbedürftigen heranzutreten und eine Kommunikation mit ihnen aufzubauen.

8.1.4 Handlungsempfehlungen an die politischen Entscheidungsträger des Bezirks Altona

Zunächst werden Ideen benötigt, wie eine Verbesserung der Lebensqualität der ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren erreicht werden kann. Weiterhin benötigt Präventionsarbeit neben öffentlicher Kampagnen, eine starke Vernetzung der Akteure vor Ort. Dies ist notwendig, damit die Informationen über viele Kanäle die Zielgruppen erreichen. Vernetzungsarbeit findet jedoch häufig noch ehrenamtlich statt. Hier ist zu hinterfragen, wie die ehrenamtlich Tätigen in ihrem Engagement besser unterstützt werden können. Als zentraler Punkt ist außerdem die Bündelung finanzieller Ressourcen zu sehen, um den Bereich der Gesundheitsförderung zu stärken.

Erreicht werden könnten diese Aspekte u.a. durch folgende Maßnahmen:

- Verbesserung der Situation in der ambulanten Pflege sowohl für die Pflegedienste als auch für die betreuten Personen, z.B. durch eine Verlängerung der Pflegezeiten pro Person. Dies würde bedeuten, dass es Finanzierungsformen der psycho-sozialen Betreuung geben müsste. Gleichzeitig wird dafür aber eine gesellschaftliche Anerkennung benötigt, in der Form, dass in der Öffentlichkeit akzeptiert wird, dass Isolation und Depression Krankheitsverläufe negativ verstärkt.
- Die Pflegestützpunkte und Beratungsstellen benötigen mehr finanzielle oder personelle Ressourcen, um ihre Arbeit im Quartier auszuweiten. Der Bekanntheitsgrad der Einrichtungen ist viel zu gering. Es liegt die Vermutung nahe, dass dies daraus resultiert, dass es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kaum Möglichkeiten gibt, Vernetzungsarbeit zu betreiben. Die Personen in diesen Servicestellen sollten aber in der Lage sein, Menschen im Quartier regelmäßig an zentralen Orten z.B. in Begegnungsstätten, Seniorentreffs aufzusuchen und an Veranstaltungen der Wohnungsbau-Gesellschaften teilzunehmen,

um sich und ihre Service-Leistungen bekannt zu machen. Durch derartige Aktionen werden dann auch immobilere Seniorinnen und Senioren erreicht, die nicht die Möglichkeit haben die Sprechzeiten wahrzunehmen.

- Zur weiteren Arbeit in der Gesundheitsförderung z.B. zur Erhöhung der Alltagsmobilität und Sturzprävention sollten Ausschreibungen für Modellprojekte erfolgen. Im Zuge dieser Projekte sollten Expertenteams der Forschungseinrichtungen Hamburgs, des Sportbundes der Pflegeeinrichtungen und der Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit sich zusammenfinden, um zielgruppenspezifische Maßnahmen (weiter) zu entwickeln (z.B. Abstufungen relevanter Mobilitätsförderung im Vergleich der Gruppen der selbständig lebenden, der ambulant betreuten und den Seniorinnen in Pflegeheimen). Die Fülle an bestehenden Maßnahmen in Hamburg Altona und/oder im gesamten Stadtgebiet sollte erfasst werden und ein gemeinsamer Qualitätsstandard für diese Maßnahmen aufgestellt werden. Bestehende Erfahrungen der beteiligten Experten oder bereits bestehende Netzwerke sollten hierbei integriert werden.

8.2 Ergebnisse zur Gesundheit in Abhängigkeit des Einkommens und der Stadtteilzugehörigkeit

Vor dem Hintergrund des Einkommens und der Zugehörigkeit zu Stadtteilen mit niedrigen sozioökonomischen Strukturen, finden sich folgende Ergebnisse:

- 39,9 % der befragten Seniorinnen und Senioren (129 Personen) mussten mit nur bis zu 1000 Euro im Monat auskommen und sind somit der Armutsguppe zuzuordnen. Hier von besaßen nur 9 % zusätzlich Wohneigentum. Die hier befragten Seniorinnen und Senioren waren also deutlich häufiger von Altersarmut betroffen, als andere Hamburger oder Deutsche. Signifikante Geschlechtsunterschiede zugunsten der Männer konnten hierbei nicht ermittelt werden.
- Diese Seniorinnen und Senioren befanden sich gleichverteilt in den Stadtteilen mit vermeintlich niedrigeren (44,2 %; 57 Befragte) bis mittleren (41,8 % der Gesamtstichprobe, 54 Personen) sozioökonomischen Strukturen. Somit ist festzuhalten, dass sich in den 9 Stadtteilen Altona-Altstadt, Altona-Nord, Sternschanze, Lurup, Bahrenfeld, Ottensen, Osdorf, Sülldorf und Iserbrook eine verstärkte Tendenz zur Altersarmut finden ließ. Dies war in dieser Form für die Stadtteile Bahrenfeld, Ottensen, Osdorf, Sülldorf und Iserbrook nicht zu vermuten.
- Innerhalb der Personen mit Einkommensstufen bis 1000 Euro im Monat fanden sich reduzierte Werte für das körperliche und psychische Wohlbefinden, im Barthel-Index und in den IADL, während die Werte der Depressionsskala erhöht waren. Die vermuteten Unterschiede im gesundheitlichen Wohlbefinden konnten für diese Stichprobe eindeutig statistisch belegt werden. Neben einer erhöhten Angst vor Altersarmut wurde von den Befragten zudem das persönliche Gesundheitsbefinden deutlich niedriger bewertet.
- Interessanter Weise blieben die erwarteten Unterschiede bezüglich der Personen mit Migrationshintergrund aus. Diese lebten zwar häufiger in Struktur schwächerer Stadtteile, hatten jedoch genauso hohe oder geringe Einkommen wie die Befragten ohne Migrationshintergrund.

8.2.1 Handlungsempfehlungen bezüglich der Gesundheitsförderung/Prävention und zur Selbsthilfe

Gerade Personen, welche wenig Geld zur Verfügung haben, sollten sich von Informationseinrichtungen über ihre Möglichkeiten beraten lassen. Hierzu könnte zunächst Kontakt zu (1)

den Hausärzten, (2) den Krankenkassen und (3) den zentralen Einrichtungen der Bezirks- und Gesundheitsämter aufgenommen werden.

- Über die Hausärzte könnten Informationen und Beratung zur Förderung der Alltagsmobilität eingeholt werden. Möglicherweise kann der Hausarzt physiotherapeutische oder ergotherapeutische Maßnahmen verordnen. Auch eine Beratung zu Hilfsmitteln müsste über die Hausärzte erfolgen, ggf. auch Flyer oder Adressen zu Kontaktstellen verteilt werden, damit die Betroffenen aktiv werden können.
- Über die Krankenkassen können u.U. Haushaltshilfen oder Hilfsmittel teilfinanziert werden. Auch werden spezielle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung z.B. Sturzprävention u.ä. angeboten. Die persönlichen Betreuer der eigenen Krankenkassen sollten hierzu für eine Beratung kontaktiert werden. Hierzu sollten sich die Seniorinnen und Senioren Hilfe seitens der Beratungsstätten holen.
- Zentrale Einstellungsstellen wie die Seniorenberatung oder Pflegestützpunkte können eine individuelle Beratung zu bestehenden, vor allem kostenlosen Angeboten, wie z.B. Mittagstische geben. Auch können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ggf. Krankenkassenleistungen und andere Dinge erklären und aufzeigen, welche Schritte unternommen werden müssen, um die Hilfeleistungen zu erhalten. Hierzu zählt auch die Beratung über die Befreiung von Zuzahlung nach § 62 SGB V, die gerade für Personen mit wenig Geld und hohem Kostenaufwand für Medikamente, Krankenhausaufenthalte etc. eine wichtige Unterstützung sein kann (Antrag ist generell bei der KK anzufordern oder dort direkt auszufüllen). Wichtig ist, dass die zentralen Einstellungsstellen Informationen bündeln und für die einzelnen Zielgruppen (z.B. ambulant versorgte Personen und selbständig lebende Seniorinnen und Senioren) als Beratungspaket bereitstellen.

8.2.2 Handlungsempfehlungen für die Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme

Eines der Hauptprobleme der hier befragten Seniorinnen und Senioren ist die fehlende Alltagsmobilität. Die schlechten Werte der Alltagsfunktionalität und Selbständigkeit machen deutlich, dass starke Funktionseinbußen bestehen. Diese betreffen wie aufgezeigt vornehmlich Faktoren wie z.B. Gehen, Treppensteigen und Einkäufe tätigen. Diese Personen sind wenig in der Lage lange Wege auf sich zu nehmen, um Beratungseinrichtungen zu erreichen. Gleichzeitig haben aber gerade diese Personen einen großen Unterstützungs- und Beratungsbedarf. Ein zweiter wichtiger Punkt ist die Finanzierbarkeit persönlicher Gesundheitsförderung. So kostet zum Beispiel ein 10-12 wöchiger Präventionskurs nach §20 SGB V, der von Krankenkassen bezuschusst wird, die Personen etwa 100 Euro. Dies ist eine Summe, die viele dieser Personen nicht aufbringen können. Auch ein Beitrag für einen Sportverein o.ä. wird wahrscheinlich nicht bezahlbar sein. In der Konsequenz bedeutet dies, dass diese Personen reduzierte Zugänge zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben. Somit ergeben sich als zentrale Handlungsempfehlungen für die Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme:

- Für die Beratungsstellen ist es wichtig, sich mit zentralen Einrichtungen der Nachbarschaft wie z.B. der Wohnungsbaugenossenschaften zu vernetzen, um ihre Werbung und Informationen in Wohnanlagen mit einem hohen Anteil älterer Bewohner zugänglich zu machen, die ihre nähere Wohnumgebung selten verlassen.

- Die Beratungsstellen sollten in den genannten Stadtteilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Wohnsiedlungen schicken, um dort Beratung bei Hausärzten oder in Einkaufszentren etc. anzubieten. Hierzu könnte auch eine Vernetzung mit anderen sozialen Einrichtungen erfolgen.
- Seitens der Gesundheitseinrichtungen des Bezirks sollte es neben Beratung und Informationsveranstaltungen auch kostenlose im direkten Wohnumfeld organisierte niederschwellige z.B. Ernährungs- oder Bewegungsangebote geben. Diese Angebote sollten jedoch langfristig darauf abzielen, die Mobilität soweit zu erhöhen, dass auch weiter entfernte Orte erreicht werden können.

8.2.3 Vorschläge der Altonaer Seniorenexperten zur Gesundheit in Abhängigkeit des Einkommens und der Stadtteilzugehörigkeit

Vernetzungen schaffen

Netzwerke, ähnlich dem Demenznetzwerk in Flottbek, sollten in jedem Quartier entstehen, da hierüber eine umfassende Beratung und Pflege sowie medizinische Versorgung möglich wäre. Bei der Entwicklung der Netzwerke sollte jedoch darauf geachtet werden, dass diese nicht aus Profit oder Eigennutz geschlossen werden, sondern die Menschen tatsächlich davon profitieren. Die Bevölkerung könnte in solchen Netzwerken beteiligt werden und dort ansässige Dienstleistungsgewerbe sollten Kräfte ausbilden, die zur Beratung und Unterstützung bei Menschen mit Assistenzbedarf helfen. In der AG Pflege wird zudem darüber nachgedacht, wie Heime ins Quartier hinein geöffnet werden können, so dass die Menschen, die im Einzugsgebiet der Einrichtung wohnen, unmittelbar einen guten Rat oder eine Hilfestellung erhalten können.

Nachbarschaftshilfe

Der grundlegende Aufbau von Nachbarschaftshilfe muss angestoßen werden, damit eine gegenseitige Rücksichtnahme, Hilfeleistung und Unterstützung nachhaltig aufgebaut wird. In bestehen Nachbarschaftskooperationen können sehr gut aktivierende Angebote etabliert werden, in denen die so wünschenswerte interkulturelle und intergenerative Vermischung stattfinden.

Ein Wunsch wäre auch, dass die Bauträger von vornherein Nachbarschaftsräume vorsehen, die den Mietern für eine minimale Gebühr zur Deckung der laufenden Kosten zur Verfügung stehen. Hier könnten dann wiederum kostenlose Angebote zur Gesundheitsförderung stattfinden. Die SAGA-GWG als größte Hamburger Wohnungsbaugesellschaft in städtischer Hand, könnte sich in ähnlicher Weise wie der Altonaer Spar- und Bauverein engagieren und zusätzliche Flächen und Räume zur Verfügung stellen, in denen Angebote stattfinden können, über die dann eine Verknüpfung im Stadtteil entstehen kann. Aus solchen Nachbarschafts- oder Gemeinschaftsräumen können sich Netzwerke und Hilfgemeinschaften entwickeln.

Auch der Aspekt der Offenheit Hamburger Bürger spielt eine Rolle. In Hamburg wurde die Erfahrung gemacht, dass jeder Akteur innerhalb der Seniorenarbeit und Seniorenhilfe lieber „in seiner eigenen Suppe löffelt“ anstatt voneinander zu profitieren, gemeinsam Projekte zu etablieren oder einen Erfahrungsaustausch anzutreiben. Gerade diese Offenheit unter Kollegen kann aber eine gewinnbringende Atmosphäre und Arbeitsweise schaffen, neue Ideen hervorbringen. Diese Zusammenarbeit sollte nicht nur unterhalb Kollegen weiter ausgebaut werden, sondern auch zwischen Kliniken und ambulanten Diensten. Auch Patenschaften

zwischen engagierten Bürgerinnen und Bürgern und bedürftigen Personen wären denkbar (Anm. der Verfasserin). Zwischen ihnen sollte keine Konkurrenz oder ähnliches bestehen, sondern ein reger Austausch über Erfahrungen, die für alle Beteiligte konstruktiv nutzbar gemacht werden sollten.

Einrichtungen

Das Angebot von Einrichtungen wie Seniorpartner Diakonie, die eine gute und qualitativ hochwertige Eins-zu-Eins-Betreuung anbieten, dabei aber durch Förderung und Möglichkeiten der Finanzierung auch für Menschen mit geringem Einkommen zur Verfügung stehen, muss ausgebaut werden. Es sollte jedem Menschen ermöglicht werden, eine angemessene Pflege zu erhalten, die für ihn bezahlbar ist. Im Pflegeverhältnis sollte stets eine Vertrauensbasis entstehen, damit wichtige, möglicherweise unangenehme Dinge und Geschehnisse angesprochen werden und der zu Betreuende sich auf den Betreuer einlassen kann. Solch ein Verhältnis ist aber nur möglich, wenn sich die betreuende Kraft Zeit nehmen kann und nicht durch bürokratische Verordnungen von der eigentlichen wichtigen Pflege und Betreuung abgehalten wird. Hierzu wird eine vereinfachte Pflegeplanung gefordert. Auch wird sich eine andere Art von Sozialarbeit, die den Menschen selbst in den Blickwinkel nimmt gewünscht, in der persönliche Kontakte gepflegt werden.

Veränderung in der Finanzierung von Altenpflege

Das Leben zu Hause mit ambulanter Hilfe sollte für alle Menschen ermöglicht werden und keine finanzielle Frage sein. Pflegebedürftige erhalten oftmals durch die Pflegeversicherung nur ambulante Versorgung zugesprochen, wenn sie sich in Pflegestufe 3 befinden und somit schwer krank sind, auch dann können die Mittel lediglich für Sachleistungen eingesetzt werden. Es besteht die Forderung nach anderen Pflegesätzen und die Freistellung der Gelder, dass die Betroffenen oder ihre Angehörigen entscheiden können, wie die Gelder eingesetzt werden und dass sie vor allem auch privat eingesetzt werden können, z.B. für den Nachbarn oder eine ausländische Pflegekraft. Die ambulante Pflege, wie sie heutzutage besteht, ist für Menschen ohne zusätzliche Versorgung durch Nachbarn oder Angehörige nicht ausreichend. Analog zu den ambulanten Pflegediensten sollten auch Heime eine Umstrukturierung der Finanzierung durchführen. Es sollte möglich sein, möglichst selbstbestimmt in einem Pflegeheim zu leben und nur die Pflege zu zahlen, die auch in Anspruch genommen wird. Darüber hinaus sollte es möglich sein, während einer Krankheit oder Urlaub der Angehörigen oder Pflegekräfte kurzzeitig ein Heim aufzusuchen, gepflegt zu werden, dann aber das Heim wieder zu verlassen. Neben der Umstellung der Finanzierung sollten sich die Heime grundlegend umstrukturieren und für mehr Eigenverantwortlichkeit bei noch aktiven und selbständigen Seniorinnen und Senioren sorgen. Eines der größten Probleme des schlechten Rufes von Pflegeheimen ist, dass einem Menschen mit Eintritt in das Heim die Selbstbestimmung genommen wird und der Heimaltag in Zukunft das Leben bestimmt.

Darüber hinaus sollten Ideen entwickelt werden, um jüngeren z.B. HIV-, MS- oder Wachkoma-Patienten, ebenfalls die notwendige pflegerische Versorgung zukommen zu lassen, vor allem wenn sie ein geringes Einkommen oder eine geringe Rente aufweisen.

8.2.4 Handlungsempfehlungen an die politischen Entscheidungsträger des Bezirks Altona

Die hohe Quote der von Altersarmut betroffenen Personen und deren gesundheitliche Lage zeigen den großen Handlungsbedarf im Bezirk auf. Dieser besteht zum einen darin, Maßnahmen zur Vermeidung der Entstehung von Altersarmut zu treffen und zum anderen Kon-

zepte zu entwickeln, die auf eine Chancengleichheit im Erhalt und Ausbau der Gesundheitsressourcen der älteren Menschen fokussieren. Hierbei sollten speziell die neun genannten Stadtteile integriert werden.

Konkrete Ideen hierzu sind:

- Die Entstehung von Altersarmut mit ihren gesundheitlichen Konsequenzen beginnt im mittleren Erwachsenenalter. Die bereits genannten Vorschläge zur betrieblichen Gesundheitsförderung sollten im mittleren Erwachsenenalter speziell für die Berufe unterstützt und umgesetzt werden, bei denen zum einen hohe körperliche und psychische Belastungen entstehen und zum anderen im Verhältnis dazu wenig Lohn gezahlt wird, oder die Personen häufig in Teilzeit arbeiten (z.B. Pflegeberufe, Speditions- und Lagerberufe uvm.).
- Im Falle der Unterbrechung von Erwerbsbiografien sollten neben einer Beratung zur Gesundheitsförderung auch Möglichkeiten zur langfristigen finanziellen Absicherung im Alter geschaffen werden.
- Neben den bestehenden öffentlichen Einrichtungen zur Beratung sollte es kostenlose Möglichkeiten zum Ausbau und Erhalt gesundheitlicher Ressourcen für Bedürftige geben. Dieses sollte aus finanziellen Mitteln des Stadtbezirks unterstützt werden.
- Ideen zur Aus- und Mitgestaltung der Grün- und Erholungsflächen innerhalb der Quartiere unter dem Aspekt des Ausbaus und Erhalts gesundheitlicher Ressourcen, sollten in die Stadtentwicklungsplanung integriert werden. Wichtig wäre hierbei die Seniorinnen und Senioren in die Planung einzubeziehen z.B. über den Seniorenbeirat.

8.3 Ergebnisse zu den Wünschen der befragten Seniorinnen und Senioren

Die Wünsche der Seniorinnen und Senioren wurden für die Bereiche der sozialen Teilhabe, Freizeitaktivitäten und für den Bereich der Gesundheitsförderung erfasst. Die Ergebnisse zeigten auf, dass grundsätzlich Interesse an Freizeitaktivitäten und Themen der Gesundheitsförderung besteht, jedoch großer Bedarf im Bereich der seniorengerechten Infrastruktur im Bezirk vorhanden ist. Zusammenfassend stellen sie sich wie folgt dar:

- Die Beteiligung an diesen Fragen war gering. Nur 56% der Befragten äußerte sich zu diesem Themenkomplex.
- Am häufigsten (mehr als 30 % der Befragten) nannten die Personen den Wunsch nach: Fahrten, Exkursionen und Besichtigungen, gesellschaftspolitischen Themen, Lesungen, Gesundheitsvorträge und Möglichkeiten für Gymnastik und andere Aktivitäten.
- Es besteht ein großer Wunsch nach Veränderungen der öffentlichen Infrastruktur bzw. seniorengerechter und barrierefreier Zugänge zu öffentlichen Gebäuden, Gestaltung der Rad- und Spazierwege, Verbesserungen im öffentlichen Nahverkehr und verkehrsberuhigten Zonen.
- Im Bereich der Gesundheitsförderung und der medizinischen Maßnahmen stehen Wünsche zur medizinischen Betreuung, Betreuungsangebote im Alter sowie kurzfristige Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten im Vordergrund.
- Im Bereich der Freizeit wurde u.a. auch nach Begegnungsstätten und Beratungsstellen gefragt. Hier zeigte sich, dass insbesondere ambulant betreute Seniorinnen und Senioren einen höheren Bedarf an Beratung nannten als die anderen Personen. Die selbständig Lebenden wünschen sich hingegen mehr Begegnungsstätten. Es gilt hier zu erfassen, warum die Diskrepanz zwischen den Wünschen und der tatsächlichen Nutzung besteht.

Es ist zu erfassen, ob das Angebot den Seniorinnen und Senioren als nicht passfähig erscheint, oder die Informationen über das Angebot die Interessenten nicht erreicht.

- Die Befragung hat gezeigt, dass das Interesse sich selber ehrenamtlich zu engagieren bei 20 % liegt. Dies ist sehr gering, deckt sich jedoch mit den Daten Gesamtdeutschlands [45].

8.3.1 Handlungsempfehlungen bezüglich der Gesundheitsförderung/Prävention und zur Selbsthilfe

Die dargestellten Wünsche werden zu einem Großteil von bestehenden Einrichtungen wie Seniorentreffs und Begegnungsstätten abgedeckt.

- Grundsätzlich könnte überprüft werden, ob sich ein entsprechendes Angebot oder eine Begegnungsstätte in der näheren häuslichen Umgebung findet. Sollte dies der Fall sein, aber das Angebot nicht den Wünschen entsprechen, könnte überprüft werden, in wie fern die individuellen Interessen dort umsetzbar wären und initiiert werden könnten.
- Bestehende Kontakte z.B. zu Hausärzten und sozialen Diensten, sowie Angehörige könnten genutzt werden, um an die entsprechenden Informationen über Angebote zu kommen.
- Im Rahmen der häuslichen Umgebung könnte nach Personen mit ähnlichen Interessen gesucht werden, um dann gemeinsam geeignete Angebote zu finden oder zu gestalten.
- Persönliche Interessen und Bedürfnisse sollten an Interessenvertreter wie z.B. den Landes Seniorenbeirat weiter gegeben werden, damit diese bei politischen Entscheidungen Anregungen und Ideen weiter tragen können.

8.3.2 Handlungsempfehlungen für die Senioreneinrichtungen und Versorgungssysteme

Die Senioreneinrichtungen können sich darüber freuen, dass im Allgemeinen die Angebote die gemacht werden, von den Senioren auch erwünscht sind. Es müssten jedoch Maßnahmen geschaffen werden, um die bestehende Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage zu überwinden. Diese Maßnahmen schließen an die generellen Empfehlungen zur Gesundheitsförderung an. Hinzu kommen folgende Vorschläge:

- Senioreneinrichtungen, die dies bisher nicht tun, sollten ihre Teilnehmer verstärkt auffordern sich aktiv in die Programmgestaltung einzubringen.
- Die bereits aktiven Seniorinnen und Senioren könnten aufgefordert werden, Angebote unter Nachbarn zu kommunizieren, um so dafür zu werben.
- Verantwortliche für die Versorgungssysteme sollten erfassen, welche Möglichkeiten im Bereich der Kurzzeit- und Übergangspflege bestehen und entsprechende Informationen über die Beratungsstellen kommunizieren sofern dies nicht bereits erfolgt.

8.3.3 Vorschläge der Altonaer Seniorenexperten

Vorschläge zur Infrastruktur/ Architektur

Viele der befragten Personen wünschen sich Verbesserungen im Sinne einer altersgerechten Infrastruktur wie senioren- und rollstuhlgerechte Bauweisen. Jedes Haus sollte über barrierefreie Zugänge verfügen. Diese Barrierefreiheit dürfte jedoch nicht durch Treppenstufen zu den einzelnen Wohnungen durchbrochen werden. Außerdem ist ein durchdachtes Straßensystem sinnvoll, wobei über herabgelassene Bordsteine hinaus gedacht werden muss. Es

sollten Sprunginseln, ähnlich wie in der Süderstraße oder Hammerbrookstraße in viel befahrene oder große Straßen integriert werden, damit Autofahrer nicht überholen und Fußgänger die Strecken besser ein- und abschätzen können und somit eine gewisse Sicherheit im Straßenverkehr erhalten.

Aus Sicht der Demenzbetreuung sind lange Ampelphasen an Fußgängerampeln für Demenz-erkrankte, und häufig auch für Kinder, nicht erklärbar. Es sollten kurze Rotphasen oder andere Regelungen einer gerechten Grünverteilung entstehen. Wünschenswert wäre eine Fokussierung auf die Sicht der Fußgänger. Nicht alle Menschen wollen oder können ein Auto haben, einige brauchen einen Rollator oder Rollstuhl. Dieses sollte ins Bewusstsein der Straßenarchitektur einfließen. Außerdem sollte das Umfeld angemessen gestaltet sein, indem notwendige Einkaufsmöglichkeiten auf der gleichen Straßenseite zu finden sind oder zumindest durch Ampeln direkte Übergangsmöglichkeiten geschaffen werden können.

Plädoyer für die Veränderung des Bildes des Alterns in der Gesellschaft

Ökonomisch motivierte Lebensstilveränderungen führen in unserer Gesellschaft zu sich verändernden Lebens- und Arbeitsrhythmen, aber auch verändertem Konsum- und Freizeitverhalten. Es sollte in der Gesellschaft ein soziales Miteinander, eine gegenseitige Wahrnehmung und Achtsamkeit, sowie eine intergenerationelle und interkulturelle Aktivität gestärkt werden. Menschen verschiedener Alters- und Kulturgruppen sollten miteinander leben und sich wohlfühlen können. Außerdem solle die Gesellschaft wieder mehr Erleben, innehalten und die Zeit genießen. Ebenso sollten Nachbarschaftsnetzwerke geschaffen werden.

Es müsste sich die Sicht auf das Alter ändern; Alter sollte als eine Lebensgestaltungschance begriffen werden, man „gehöre nicht zum alten Eisen, sondern könne das Eisen weiter schmieden“. Auch ist das Alter analog zur Jugend, etc. auch eine Entwicklungsstufe und sollte deswegen nicht grundsätzlich anders behandelt werden. Auch Sterben gehört zum Leben dazu und diese Einsicht muss in der Gesellschaft ankommen und darf nicht tabuisiert werden. Diskriminierung des Alters entsteht nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in den speziellen Einrichtungen für alte Menschen.

Viele Heime konnten zudem Fragen von Seniorinnen und Senioren nach dem Sterben in ihrer Einrichtung nicht beantworten und waren entsetzt, dass generell danach gefragt wurde. Das Negativbild des Alters lässt sich ebenfalls auf die Einrichtungen selbst übertragen. Pflegeheime haben in der Gesellschaft kein positives Bild, viele ältere Menschen lehnen einen Heimaufenthalt kategorisch ab, ohne sich über die Gegebenheiten in ausgewählten Heimen Kenntnis verschafft zu haben. Die Stigmatisierung des Alters könnte damit vermieden werden, dass man den Seniorensport nicht weiterhin abgrenzt, sondern alle die, die das Jugendalter überschritten haben, zu einer Gemeinschaft Erwachsener zusammenwachsen zu lassen. Es sollen zwar die Senioren erreicht werden, aber dies ist nur durch eine Bewegungskultur möglich, die zunächst geschaffen werden muss. Wenn Bewegung im öffentlichen Raum als selbstverständlich angenommen wird, dann könnte die ältere von der mittleren Generation Bewegungen übernehmen, abändern und beide können sich gegenseitig stärken.

8.3.4 Handlungsempfehlungen an die politischen Entscheidungsträger des Bezirks Altona

Der erfasste Bedarf für Veränderungen im Bereich der öffentlichen Infrastruktur ist primäre Aufgaben der politischen Entscheidungsgremien

- Die öffentlichen Gebäude, die häufig von Seniorinnen und Senioren aufgesucht werden, sollten hinsichtlich ihrer Barriere-Freiheit überprüft werden. Hierzu zählt auch, ob der Weg dorthin für die Menschen frei von Stolperfallen ist (Zustand der Gehwege) oder wie die Bushaltestellen angefahren werden. Hierbei ist auch zu erfassen, ob die Buslinie ein Ein- und Aussteigen mit Hilfsmitteln wie Rollatoren ermöglichen oder für Personen im Rollstuhl nutzbar sind. Gleichzeitig sollten die Busfahrer entsprechend sensibilisiert werden, dass sie so anhalten, dass die Ausgänge so zum Bürgersteig angeordnet sind, dass ein unkompliziertes Ein- und Aussteigen möglich ist.
- Die Struktur der medizinischen Versorgung im Stadtbezirk sollte überprüft werden, um zu erfassen ob insbesondere die Zugänge zu Fachärzten gewährleistet sind.
- Gemeinsam mit den Akteuren der Praxis sollten Konzepte zur Kurz-Zeit und Übergangspflege weiter ausgebaut werden.

9 Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen lassen sich zu vier Kernaspekten zusammenfassen. Diese sind (1) Veränderungen der bisherigen Präventionsarbeit sowohl für Personen mit niedrigem Einkommen als auch für finanziell besser gestellten Seniorinnen und Senioren (2) Überprüfung der Erreichbarkeit der Zielgruppe für Gesundheitsförderung seitens der Akteure im Gesundheitssystem (3) Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen für ganzheitliche psychosoziale seniorengerechte Gesundheitsförderung seitens politischer Entscheidungsträger und (4) Veränderung des gesellschaftlichen Bildes des Älterwerdens und Übernahme sozialer Verantwortung in der Nachbarschaft.

(1) Veränderungen der bisherigen Präventionsarbeit sowohl für Personen mit niedrigem Einkommen als auch für finanziell besser gestellten Seniorinnen und Senioren

- Präventionsarbeit für diese Zielgruppe sollte verstärkt werden, insbesondere für Maßnahmen zu Erhöhung der Alltagsmobilität und –funktionalität.
- Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung insbesondere für Personen mit niedrigem Einkommen sollten spätestens im mittleren Erwachsenenalter beginnen.
- Gesundheitsförderung auch im höheren Alter sollte über viele Kanäle erfolgen. Hierzu zählen Hausärzte, Versorgungseinrichtungen, Betriebe uvm..
- Die Präventionsarbeit muss noch gezielter am Setting, den Bedürfnissen sowie Problemen und den individuellen Lebensgewohnheiten ausgerichtet werden.
- Die Erhöhung oder der Erhalt der Selbständigkeit sollte grundsätzlich im Fokus der Präventionsarbeit liegen.
- Für Menschen mit Migrationshintergrund sollten gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der psycho-sozialen Gesundheit im Alter getroffen werden.
- Die Präventionsarbeit sollte besonders in den Stadtteilen verstärkt erfolgen, in denen die Personen in niedrigen Einkommensstrukturen leben.

(2) Überprüfung der Erreichbarkeit der Zielgruppe für Gesundheitsförderung seitens der Akteure im Gesundheitssystem

- Beratungsstellen benötigen mehr Vernetzung in die nähere Wohnumgebung der Personen.

- Eine stärkere Vernetzung mit Wohnungsbaugesellschaften, Hausärzten u.a. ist hierzu hilfreich und sollte vermehrt fokussiert werden.
- Das Aufsuchen der Seniorinnen und Senioren im Quartier und der Aufbau von Nachbarschaftshilfe könnte helfen, den Bekanntheitsgrad zentraler Einrichtungen zu erhöhen und Hürden zum Aufsuchen von Beratungsstellen abzubauen.
- Bestehende Programme sollten hinsichtlich ihrer Inhalte überprüft werden. Um Verbesserungsvorschläge zu erhalten, könnten die Seniorinnen und Senioren selber bei der Gestaltung mitwirken.

(3) Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen für ganzheitliche psycho-soziale seniorengerechte Gesundheitsförderung seitens politischer Entscheidungsträger

- Die Chancengleichheit der Stadtteile im Bezirk in Bezug auf individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung muss überprüft werden.
- Es werden Konzepte zur Verbesserung im Bereich der ambulanten Pflege benötigt.
- Senioreneinrichtungen und Versorgungsträger benötigen mehr personelle und finanzielle Ressourcen, um ihre Präventionsarbeit besser und gezielter auf die Bedürfnisse der Bürger ausrichten zu können.
- Die Infrastruktur im Bezirk in Bezug auf eine barrierefreie Erreichbarkeit zentraler Einrichtungen sowohl was den Zustand der Gebäude und Bürgersteige als auch den öffentlichen Nahverkehr betrifft, sollte für die Zukunft seniorengerechter gestaltet werden.

(4) Veränderung des gesellschaftlichen Bildes des Älterwerdens und Übernahme sozialer Verantwortung in der Nachbarschaft

- Zukünftige Gesundheitspolitik sollte vor dem Hintergrund eines Ressourcen orientierten Altersbildes erfolgen und somit auf den Ausbau und den Erhalt gesundheitlicher Ressourcen fokussieren.
- Es werden Maßnahmen benötigt, die das negative Bild des „Alt-Werdens“ in der Gesellschaft reduzieren.
- Innerhalb der Nachbarschaftsarbeit sollten Ideen und Konzepte entwickelt werden, die ein Mehr an Achtsamkeit und Fürsorge für ältere Menschen erzeugen.
- Die positiven Befragungsergebnisse der, in den Pflegeheimen betreuten Personen sollten zum Anlass genommen werden, das negative Image von Seniorenheimen zu verändern und Seniorenheime in der Nachbarschaft als Begegnungs- und Aktivitätsort zu nutzen.

Die genannten Vorschläge können nun von den verantwortlichen Akteuren im Bezirk in kurz- mittel- und langfristige Ziele der seniorenen- und sozialgerechten Präventions- und Gesundheitsarbeit überführt werden.

Literaturliste

1. Adolph, H., & Heinemann, H. (2002). Zur Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland: ausgewählte Daten und Kurzinformation. Dt. Zentrum für Altersfragen.
2. Altenbericht, S. (2005). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. *Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen., Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundestagsdrucksache, 16, 2190.*
3. Amend, B., Kruck, S., Bedke, J., Ritter, R., da Silva, L. A., Chapple, C., ... & Sievert, K. D. (2013). Inkontinenz im Alter. *Der Urologe, 52(6), 805-812.*
4. Bader, W., Dimpfl, T., Hagemeyer, T., & Reisenauer, C. (2012). Inkontinenz der Frau. *Der Gynäkologe, 45(7), 571-577.*
5. Bauer, M., Volkert, D., Wirth, R., Vellas, B., Thomas, D., Kondrup, J., Pirlich, M., Werner, H., & Sieber, C.C. (2006). Diagnostik der Mangelernährung des älteren Menschen. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift, 131(5), 223-227.*
6. Baum, K. (2002). Die Bedeutung körperlichen Trainings in der Prävention älterer Menschen. *Therapeutische Umschau, 57(7), 323-327.*
7. Balz, E. (2003). Qualitative Forschungsansätze in der Sportpädagogik. Schorndorf: Hofmann.
8. Becker, C., Lindenmann, U., Reißmann, U., & Warnke, A. (2006). Sturzprophylaxe. (2., überarb. Auflage). Hannover: Vincentz Network.
9. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2009). Basisinformation zur Gesundheit in Hamburg.
10. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2007). Lebenslagenberichterstattungen. Empfänger von Leistungen nach SGB II und SGB XII in Hamburg.
11. Bickel, H. (2010). Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz. *Deutsche Alzheimer Gesellschaft eV (Hg.). Berlin. Internetpublikation: www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_10.pdf (Aufruf vom 26.06.2012).*
12. Blüher, S., & Dräger, D. (2011). Ältere Menschen als Pflegende: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention. In *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (pp. 653-667). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
13. Böhnke, P. (2003). Armut und soziale Ausgrenzung im Alter. In *Armut und Gesundheit, Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen*. Band 1., 2. Auflage. Berlin: b_books.
14. Boll, C., Hensel-Börner, S., Hoffmann, M., & Reich, N. (2013). Wachsender Pflegebedarf in Hamburg: Situation erwerbstätiger Pflegender und Herausforderungen für Hamburger Unternehmen (No. 78). HWWI Policy Paper.
15. Buber, I. & Engelhardt, H. (2011). Der Zusammenhang zwischen Alter und depressiven Symptomen bei Männern und Frauen höheren Lebensalters in Europa. Erkenntnisse aus dem SHARE-Projekt. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 36, 1, 77-102.*
16. Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
17. Butterwegge, C., Bosbach, G., & Birkwald, M.W. (2012). Armut im Alter: Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung. Frankfurt. New York: Campus Verlag.
18. Bode, I. (2005). Alter (n) auf dem Markt der Möglichkeiten: die Disorganisierung der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheiten. DZA.
19. Dorner, T. (2009). Public Health Herausforderung in Bezug auf Körperliche Aktivität. *Sportmed Präventiv-med 39 (4), 37-43.*
20. DNQP (2005). Expertenstandard: Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Schriftenreihe des deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

21. Elliot, J.A., Jamieson, J.L., Donelley, M.L., & Malone, M. (2004). New Falls Risk Self Assessment Questionnaire for Seniors. *J.Can Geriatr.Soc*, 7, 98-102.
22. Engels, D. & Apel, H. (2013). Familien und Senioren in Hamburg – Querschnittsuntersuchung auf der Grundlage des Mikrozensus. *Bericht des Otto-Blume-Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG Köln)*
23. Fagard, R.H. & Staessen, J.A. (1999). Treatment of isolated systolic hypertension in the elderly: the Syst-Eur trial. Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *ClinExp Hypertens* 21(5-6).
24. Faik, J., & Köhler-Rama, T. (2013). Anstieg der Altersarmut?. *Wirtschaftsdienst*, 93(3), 159-163.
25. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
26. Frühwald, O. D. T. (2007). A. Krankheiten im Alter—Einige Aspekte der Geriatrie. In *Multiprofessionelle Altenbetreuung* (pp. 145-158). Springer Vienna.
27. Füsgen, I. (1998). Vertigo-Schwindel: Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei älteren Patienten. München: MMV Medien und Medizin-Verlag.
28. Gaber, E., & Wildner, M. (2011). Themenheft 52" Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede".
29. Gassmann, K.G. (2004). Stürze im Alter und ihre Folgen. *Internistische Praxis*, 44, 557-564.
30. Guggel, S., & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(1), 18-27.
31. Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2010). Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg I. Hamburg, V.I.G: Druck & Media GmbH.
32. Glaesmer, H., Kallert, T.W., Brähler, E., Hofmeister, D. & Gunzelmann, T. (2010). Die Prävalenz depressiver Beschwerden in der älteren Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland und die Bedeutung methodischer Aspekte für die identifizierten Prävalenzen. *Psychiatr Prax*, 37, 71-77.
33. Gohlke, H. (2006). Rauchfolgen weiterhin unterschätzt-Wo bleibt der Nichtraucherenschutz?. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131(30), 1685-1686.
34. Gößwald, A., Lange, M., Kamtsiuris, P., & Kurth, B.M. (2012). DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55(6-7), 775-780.
35. Granacher, U., Muehlbauer, T., Gschwind, Y. J., Pfenninger, B., & Kressig, R. W. (2013). Diagnostik und Training von Kraft und Gleichgewicht zur Sturzprävention im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1-13.
36. Graser, W. (2010). *Akzeptanz von Trainingstherapie und Eigentraining in der Weiterbehandlung von Patienten nach orthopädischer Rehabilitation*.
37. Günther, V., Fuchs, D., Schett, P., Meise, U., & Rhomberg, H.P. (1991). Kognitives Training bei organischem Psychosyndrom. In: Dtsch med Wochenschr 116 Jg., Nr. 22. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York).
- Haskell, W.L., Lee, I.M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., ...& Baumann, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1081.
38. Heinemann, H., & Adolph, H. (2003). Empfehlungen zur Verbesserung der Personalsituation in der Altenpflege und der Pflegequalität aus Verbrauchersperspektive. In *Ergebnisse zweier Experten-Workshops des DZA. Diskussionspapier* (No. 38).
39. Heislbetz, C. (2009). Die Dokumentation in der Altenpflege: ihr Zusammenwirken mit der Pflege- und Managementqualität sowie der Lebensqualität der Pflegebedürftigen; eine internationale Vergleichsuntersuchung (Doctoral dissertation).
40. Hildebrand, H. (2010). Lehrbuch für Heilpraktiker. Nebenfächer. Sersheim: Kreativität & Wissen.

41. Hu, M.H., & Wollacott, M.H. (1996). Balance evaluation, training and rehabilitation of frail fallers. *Rev. Clin. Gerontol.*, 6, 85-99.
42. Jeschke, D., & Zeilberger, K.H. (2004). Altern und körperliche Aktivität. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(12), 789-798.
43. Kahlmeier, S., Alpiger, P., & Martin, B.W. (2012). National recommendations for health-enhancing physical activity: the situation for Switzerland in 2011 and options for further developments. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin & Sporttraumatologie* 60(3).
44. Köcher, R., & Bruttel, O. (2012). Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren.
45. Krampe, R.T., Rapp, M.A., Bondar, A., & Baltes, P.B. (2003). Selektion, Optimierung und Kompensation von Doppelaufgaben. *Der Nervenarzt*, 74(3), 211-218.
46. Krebsforschungszentrum, D. (2005). Bundesärztekammer (Hrsg.). Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. *Heidelberg und Berlin. Rote Reihe. Tabakprävention und Tabakkontrolle*, 4, 2.
47. Krug, S., Jordan, S., Mensink, G.B.M., Mütter, S., Finger, J., & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 765-771.
48. Kümpers, S., & Rosenbrock, R. (2010). Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In *Soziale Lebenslaufpolitik* (pp. 281-308). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
49. Kuhlmeier, A. (2010). Pflegerische Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit im Alter. In *Altern gestalten* (pp. 133-142). Springer Berlin Heidelberg.
50. Kurth, B.M. (2013). Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS).
51. Lampert T. (2011). Armut und Gesundheit. In *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (pp. 575-597). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
52. Lampert T. (2007). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. In *Der blinde Fleck – Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Verlag Hans Huber.
53. Lampert, T., & Schenk, L. (2004). Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. In *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (pp. 57-83). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
54. Lindenberger, U., Marsiske, M., & Baltes, P.B. (2000). Memorizing while Walking: increase in dual-task costs from young Adulthood to old Age. *Psychology and aging*, 15(3), 417.
55. Lübke, N. & Meinck, M. (2012). Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 1. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(6), 485-497.
56. Maki, B.E. (1997). Gait changes in older adults: predictors of falls or indicators of fears? *J. Amer. Geriatr. Soc.*, 45, 313-320.
57. Marti, B., & Martin, B.W. (2001). Sportliches Training oder Bewegung im Alltag zur Optimierung von Gesundheit und Lebensqualität?. *Therapeutische Umschau*, 58(4), 189-195.
58. Mayer, K. U., & Akademie, B. B. (Eds.). (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Akad.-Verlag.
59. Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). report altersdaten. *Ältere Migrantinnen und Migranten*. Berlin. Deutsches Zentrum für Altersfragen.
60. Mensink, G. (2003). Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. MnMens
61. Mergenthaler, A. (2012). *Gesundheitliche Resilienz: Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*. Springer.
62. Meyer, G., & Aylon, M. (2006). Biomechanical Aspects of dynamic stability, *European Review of Aging and Physical Activity*, 3(1), 29-33.
63. Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Engstler, H., Huxhold, O., Jürgens, O., Mahne, K., Schöllgen, I., Wiest, M., & Tesch-Römer, C. (2012). Deutscher Alterssurvey: Die zweite Lebenshälfte. DZA.

64. Motel-Klingebiel, A., Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2010). Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart.
65. Motel-Klingebiel, A., Krause, P., & Künemund, H. (2004). *Alterseinkommen der Zukunft: eine szenarische Skizze*. DZA.
66. Motel-Klingebiel, A., Hoff, A., Christmann, S., & Hämel, K. (2003). Altersstudien und Studien mit alter(n)swissenschaftlichem Analysepotential. *Diskussions- und Arbeitspapier des DZA*, (39).
67. Münzenmaier, W. (2012). Materieller und immaterieller Wohlstand. *Statistische Analyse*. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.
68. Naegele, G. (2010). Soziale Lebenslaufpolitik–Grundlagen, Analysen und Konzepte. In *Soziale Lebenslaufpolitik* (pp. 27-85). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
69. Nikolaus, T. (2005). Gang, Gleichgewicht und Stürze-Ursachen und Konsequenzen. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 130(15), 958-960.
70. Noll, H-H. (2013). Materieller Lebensstandard und Armut im Alter. In *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* (pp. 113-138). Springer Fachmedien Wiesbaden.
71. Oswald, W. D. (2004). Kognitive und körperliche Aktivität. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17(3), 147-159.
72. Perini, R., Fisher, N.A.D.I.N.E., Veicteinas, & Pendergast, D.R. (2002). Aerobic training and cardiovascular responses at rest and during exercise in older men and women. *Medicine and science in sports and exercise*, 34(4), 700-708.
73. Pfeifer, K., Ruhleder, M., Brettmann, K. & Banzer, W. (2001). Effekte eines koordinationsbetonten Bewegungsprogramms zur Aufrechterhaltung der Alltagsmotorik im Alter. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 52 (4).
74. Popelka, M. M., Cruickshanks, K.J., Wiley, T.L., Tweed, T.S., Klein, B.E., & Klein, R. (1998). Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the Epidemiology of Hearing Loss Study. *Journal of the American Geriatrics Society*.
75. Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., & Unger, R. (2008). Barmer GEK Pflegereport 2010. *American Journal of Kidney Diseases*, 52, 227-34.
76. Runge, M., & Schacht, E. (2005). Multifactorial pathogenesis of falls as a basis for multifactorial interventions. *Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions*, 5(2), 127.
77. Saß, A. C., Wurm, S., & Scheidt-Nave, C. (2010). Alter und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(5), 404-416.
78. Schäfer, F., Wendt, B. & Hoffmeister, D. (2011). Altersarmut in Münster im Lichte des demografischen Wandels-Eine Expertise zur Entwicklung von Handlungsoptionen im Auftrag des Rates der Stadt Münster. Westfälische Wilhelms-Universität Münster
79. Schauder, P., Berthold, H., Eckel, H., & Ollenschläger, G. (2006). Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker. Verwirklichung einer realistischen Utopie. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
80. Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J., & Kuhlmeier, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(5), 441-450.
81. Schindlegger, W. (2001). Ursachen für Anorexie im Alter. *Journal für Ernährungsmedizin*, 3(3), 20-23.
82. Schreier, M.M., & Bartholomeycik, S. (2004). Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen: Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive Review/Literaturanalyse.Schlütersche.
83. Schmidt, B. (2006). Weiterbildungsverhalten und-interessen älterer Arbeitnehmer. *bildungsforschung*, 2.
84. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2012). Hamburger Stadtteil-Profile 2012. Hamburg.
85. Strauss, A. L., Corbin J., & Niewiarra, S. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.

86. Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., & Kondratowitz, H. J. V. (2001). Sicherung der Solidarität der Generationen. Stefan Pohlmann (Hrsg.), *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse*. Stuttgart: Kohlhammer, 264-300.
87. Thelen, M., Schiedt-Nave, C., Schaeffer, D., Blüher, S., Nitsche-Neumann, L., Saß, A.C., & Herweck, R. (2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55(8), 991-997.
88. Tideiksaar, R. (2000). Stürze und Sturzprävention. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber.
89. Tinetti, M.E., Speechley, M. & Ginter, S.F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *The New England Journal of Medicine*, 319 (26), 1701-1707.
90. von dem Knesebeck, O., Bönte, M., Siegrist, J., Marceau, L., Link, C., & McKinlay, J. (2010). Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter-Einflüsse von Patienten-und Arztmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60, 98.
91. Walther, P.D.L., Nikolaus, T., Schaaf, H., & Hörmann, K. (2008). Schwindel und Stürze im Alter. *HNO*, 56(8), 833-842.
92. Welz-Barth, P. D. A. (2007). Inkontinenz im Alter. *Der Urologe*, 46(4), 363-367.
93. Wetzler, R. (2000). Internationale Ansätze zur Qualitätssicherung und-verbesserung. In *Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich; Schule, Sozialpädagogik, Hochschule*. (pp. 185-203).
94. Wurm, S., Engstler, H. & Tesch-Römer, C. (2009). Ruhestand und Gesundheit. *Altern und Gesundheit*. Stuttgart: *Nova Acta Leopoldina*, 81-192.
95. Zebhauser, P., & Zihl, J. (2013). Prozessdynamik kognitiver Reserve im Altersvergleich.
96. Ziegler, U., & Doblhammer, G. (2009). Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland–Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Gesundheitswesen*, 71(5), 281-290.
97. Zimmermann, M. (2006). Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(3), 165-172.
http://www.axapflegewelt.de/pb/site/pflegewelt/get/297865/bewegungspyramide_586.jpg; Zugriff am 11.11.13, 10:36 Uhr
98. <http://www.neuronation.de/de/science/was-erreicht-man-kognitivem-training-prof-dr-michael-falkenstein-im-interview>, Zugriff am 03.2.2014.
99. Bericht: Mangelernährung: „Millionen Senioren mangelernährt“, dapd, 05.04.2013.
Bericht: „Mangel-Ernährung: Alte Menschen vergessen oft zu essen“, Deutsche Wirtschafts Nachrichten, 29.10.2013

Anhang: Fragebogen „2. Altonaer Gesundheitsbericht“

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Ausgezeichnet (1)	Sehr gut (2)	Gut (3)	Weniger gut (4)	Schlecht (5)

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Derzeit viel besser als vor einem Jahr (1)	Derzeit etwas besser als vor einem Jahr (2)	Etwa so wie vor einem Jahr (3)	Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr (4)	Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr (5)

3. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

TÄTIGKEITEN	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a. anstrengende Tätigkeiten z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e. einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f. sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i. eine Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
j. sich baden oder anziehen	1	2	3

4. **Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?** (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. Ich musste mich besonders anstrengen)	1	2

5. **Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?** (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

6. **Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?**

Überhaupt nicht (1)	Etwas (2)	Mäßig (3)	Ziemlich (4)	Sehr (5)

7. **Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?** (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Ich hatte Schmerzen (1)	Sehr leicht (2)	Leicht (3)	Mäßig (4)	Stark (5)	Sehr stark (6)

8. **Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?** (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Überhaupt nicht (1)	Etwas (2)	Mäßig (3)	Ziemlich (4)	Sehr (5)

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen... (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

BEFINDEN	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a. ... voller Schwung	1	2	3	4	5	6
b. ... sehr nervös	1	2	3	4	5	6
c. ... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
d. ... ruhig und gelassen	1	2	3	4	5	6
e. ... voller Energie	1	2	3	4	5	6
f. ... entmutigt und traurig	1	2	3	4	5	6
g. ... erschöpft	1	2	3	4	5	6
h. ... glücklich	1	2	3	4	5	6
i. ... müde	1	2	3	4	5	6

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten, usw.) beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Immer (1)	Meistens (2)	Manchmal (3)	Selten (4)	Nie (5)

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

AUSSAGEN	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

12. Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht

Wie schätzen Sie sich selbst ein?

Jung	Noch nicht alt	Alt	Sehr alt

13. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen. Bitte kreuzen (x) Sie in jeder Reihe an, ob diese für Sie zutrifft oder nicht.

	JA	NEIN
Ich bin andauernd müde		
Ich habe nachts Schmerzen		
Ich fühle mich niedergeschlagen		
Ich habe unerträgliche Schmerzen		
Ich nehme Tabletten, um schlafen zu können		
Ich habe vergessen wie es ist, Freude zu empfinden		
Ich fühle mich gereizt		
Ich finde es schmerzhaft, meine Körperposition zu verändern		
Ich fühle mich einsam		
Ich kann mich nur innerhalb des Hauses bewegen		
Es fällt mir schwer mich zu bücken		
Alles strengt mich an		
Ich wache in den frühen Morgenstunden auf		
Ich kann überhaupt nicht gehen		
Es fällt mir schwer nach Gegenständen zu greifen		
Ich habe Schmerzen beim Gehen		
Mir reißt derzeit oft der Geduldsfaden		
Ich fühle, dass ich Niemandem nahestehe		
Ich liege nachts die meiste Zeit wach		
Ich habe das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren		
Ich habe Schmerzen, wenn ich stehe		
Es fällt mir schwer mich selbst anzuziehen		
Meine Energie lässt schnell nach		
Es fällt mir schwer lange zu stehen (z.B. am Spülbecken, an der Bushaltestelle)		
Ich habe andauernd Schmerzen		
Ich brauche lange zum Einschlafen		
Ich habe das Gefühl für andere Menschen eine Last zu sein		

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, in dem Sie ja oder nein ankreuzen.

	JA	NEIN
Haben Sie Gleichgewichtsschwierigkeiten?		
Sind Sie schnell außer Atem?		
Hat Ihre Muskelkraft in den Armen oder Beinen nachgelassen?		
Fühlen sich Ihre Gelenke steif an?		
Benutzen Sie Gehilfen wie einen Stock oder einen Rollator?		
Haben Sie manchmal Schwindelgefühle?		
Nehmen Sie mehr als drei Medikamente?		
Haben Sie Angst zu stürzen?		
Haben Sie irgendwelche Probleme mit Ihren Füßen?		
Müssen Sie sich manchmal beeilen zur Toilette zu kommen?		
Haben Sie Probleme mit Ihren Augen?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		
Haben Sie Hörschwierigkeiten?		
Essen Sie manchmal länger als 5 Std nicht?		
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		
Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?		
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?		
Ist Ihnen oft langweilig?		
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?		
Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?		
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?		
Fühlen Sie sich oft hilflos?		
Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?		
Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?		
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?		
Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?		
Fühlen Sie sich voller Energie?		
Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?		
Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?		

Wenn Sie an Ihre Zukunft denken, welche Gedanken bereiten Ihnen Sorge?

Gesundheitliche Probleme	
Gewalt gegen alte Menschen	
Auf fremde Hilfe/Pflege angewiesen zu sein	
Terroranschläge	
Vielleicht an Demenz zu erkranken	
Noch mal umziehen zu müssen	
Zu wenig Geld zur Verfügung zu haben	
Altersdiskriminierung	
Sonstiges:	

Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Hausarzt in der Sprechstunde?

Gar nicht	Einmal	2-6mal	7-12mal	Mehr als 12mal

Wie lange brauchen Sie für den einfachen Weg zu Ihrem Hausarzt?

<15 min	15-30 min	30-45min	>45min	Ich habe keinen Hausarzt

Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten bei Fachärzten in der Sprechstunde?

Gar nicht	Einmal	2-6mal	7-12mal	Mehr als 12mal

Leiden Sie an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie sich in Ihrem Stadtteil wünschen?

.....

.....

.....

Sind Sie in eine Pflegestufe der Pflegeversicherung eingestuft?

Pflegestufe	Ja	nein
1		
2		
3		

Haben Sie Jemanden (Partner, Angehöriger, Bekannte, Nachbar) , der – falls nötig – einige Tage für Sie sorgen würde?

Ja	nein

Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben? Würden Sie sagen...

Niemand	1-2	3-5	>5	Weiß nicht

Pflegen Sie zur Zeit einen Angehörigen/Partner?

Nein	Ja, seit kurzem	Ja, seit mehr als 1 Jahr

Wohn- und Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren

1. Leben Sie...

mit einem Partner/mit Partnerin/Angehörigen	allein

2. Leben Sie...

in einem eigenen Haus oder einer Eigentumswohnung	In einer Mietwohnung	In einem Seniorenheim	In einer Seniorenge-meinschaft

3. Sind Sie mit Ihrer jetzigen Wohnsituation zufrieden?

ja	nein

Welche Verbesserungen wünschen Sie sich?

.....

.....

.....

.....

4. Sind Sie zum Zeitpunkt der Befragung auf Hilfe angewiesen?

Finanzielle Hilfe	Hauswirtschaftliche Hilfe	Pflegerische Hilfe	Keine Hilfe

5. Wenn Sie auf Hilfe angewiesen sind, wer leistet diese Hilfe

Angehörige (z.B. Kinder, Enkelkinder)	Ambulante Dienste	Sonstige

6. Welche Stellen kennen Sie, die Ihnen in persönlichen Fragen weiterhelfen (bitte notieren)

.....

.....

.....

.....

.....

7. Was machen Sie gern in Ihrer Freizeit?

	überwiegend	häufig	selten	nie
Foto- und Filmarbeiten				
Fernsehen/Video				
Lesen				
Musik hören				
Tanzen				
Sport treiben				
Freunde und Bekannte treffen				
Karten spielen				
Kreatives Gestalten, Basteln, Handarbeiten				
Mit Politik beschäftigen – aktiv				
Mit Politik beschäftigen – passiv				
Aktivitäten in der Kirche				
Ausgehen (Restaurant)				
Gartenarbeiten				
Ehrenamtliche Beschäftigungen				
Theaterbesuch				
Sonstiges				

8. An welchen Orten/Einrichtungen verbringen Sie Ihre Freizeit?

	überwiegend	häufig	selten	nie
Zu Hause/ in Familie				
Bei Freunden/Bekanntem				
Verein (z.B. Sportverein, Wandergruppe)				
Kirchen				
Parteien				
Bei Seniorenreisen/Tagesreisen				
Kneipe/Restaurant/Cafe				
Freizeitangebote der Volkshochschule				
Kulturelle Angebote in (Altona)				
Sonstiges				

9. Wo verbringen Sie überwiegend Ihre Freizeit?

In dem Stadtbezirk...:	Außerhalb von Altona, in...:
_____	_____

10. Besuchen Sie regelmäßig einen oder mehrere Verein(e)/Treff(s)/eine kirchliche Gruppe?

Nein	Ja, ich besuche regelmäßig...

...einen Sportverein	
...eine Musikgruppe	
...einen Seniorenclub	
...eine Begegnungsstätte	
....Sonstiges	

11. An wie vielen Tagen gehen Sie dorthin?

_____ x in der Woche	Alle paar Wochen

12. Wenn Sie eine Begegnungsstätte besuchen, wünschen Sie sich...

längere Öffnungszeiten (tgl. mindestens 5 Stunden)	Öffnungszeiten am Wochenende	ein festes Rahmenprogramm	dass mehr Fachleute als Referenten herangezogen werden	Ich wünsche mir:

mehr altersgerechte Bildungsveranstaltungen, zu:

gesellschaftspolitischen Themen	
philosophischen, psychologischen, theologischen Themen	
Fahrten, Exkursionen, Besichtigungen	
Basteln, künstlerisches Gestalten	
Lesungen	
Naturwissenschaftliche und technische Themen	
Gesundheitsvorträge	
Fremdsprachenkurse	
Hauswirtschaft und Textilgestaltung	
Möglichkeiten für Gymnastik und andere Sportarten	
Sonstiges	

Spezielle Dienste? (z.B. Mittagstisch, Hilfe bei der Körperpflege u.s.w.)

.....

Information und Beratung? (z.B. bei Sozial- und Rechtsfragen, bei persönlichen Schwierigkeiten, im Krankheitsfall, Vermittlung von Hilfediensten-, „Wissensbörse“ usw.)

.....

Ich bin mit dem Angebot zu- frieden	Ich habe kein Interesse, Begeg- nungsstätten zu besuchen	Ich kenne keine Begeg- nungsstätten

**13. Welche Wegezeiten würden Sie in Kauf nehmen, um eine solche Einrichtung zu errei-
chen, bzw. wie erreichen Sie diese jetzt?**

Zu Fuß	Mit dem Auto	Mit öffentlichen Verkehrsmittel

14. Welche Angebote vermissen Sie in Altona? (bitte notieren)

.....

Ich bin mit dem Angebot zufrieden

15. Möchten Sie sich in Ihrer Freizeit ehrenamtlich engagieren?

Nein	Ja

In welchen Bereichen/mit welchen Aufgaben würden Sie ein ehrenamtliches Engagement
ausüben? (bitte notieren)

.....

Wenn Sie an die Situation in Ihrem Stadtteil denken: In welchen Bereichen sehen Sie aus Ihrer persönlichen Lebenssituationen heraus Bedarf an Verbesserungen?

In diesem Bereich ...ist Verbesserungsbedarf	Groß	Mittel	Gering	Null
Radwege/Spazierwege				
Bürgersteige				
Zusätzliche Fahrdienste/Sammeltaxis				
Verkehrsberuhigende Maßnahmen im Straßenverkehr				
Öffentliche Parkplätze				
Busverbindung zwischen Stadtteilen				
In diesem Bereich ...ist Verbesserungsbedarf	Groß	Mittel	Gering	Null
U-/S-Bahnhöfe/Bushaltestellen				
Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden (z.B. Rathaus, Banken)				
Sitzbänke und Ruhegelegenheiten				
Öffentliche Toiletten (z.B. Anzahl, Lage, Sauberkeit)				
Gewährleistung öffentlicher Sicherheit				
Medizinische Versorgung (z.B. Ärzte, Therapeuten)				
Nahversorgung (z.B. Einkaufsmöglichkeiten, Banken, Post usw.)				
Kurzfristige Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten (z.B. Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt)				
Mahlzeitendienst				
Betreuungsangebot im Alter (z.B. Tagespflege)				
Seelsorgische Betreuung				
Ambulante Hospiz-/Palliativpflege				
Beratungsstellen				
Begegnungsstätten (z.B. für ältere Menschen oder generationsübergreifend)				
Angebote für Freizeit, Bildung und Sport				
Öffentliche Treffpunkte, Gaststätten, Cafés				
Sonstiges: _____				

Kennen Sie den Pflegestützpunkt in Altona?

Ja	Nein	Sagt mir nichts

Kenne Sie die bezirkliche Seniorenberatung des Bezirksamtes Altona?

Ja	Nein	Sagt mir nichts

Aktivitäten des täglichen Lebens

(bitte kreuzen Sie an, was auf sie zutrifft)

Kategorie	Punkte
Essen	
Ich esse selbständig mit Geschirr und Besteck	10
Ich brauche etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch oder Brot schneiden	5
Ich kann nicht selbständig essen, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
Bett/(Roll-)Stuhltransfer	
Ich komme mühelos und unabhängig aus dem Bett oder kann vom Stuhl aufstehen	15
Ich benötige etwas Hilfe beim Aufstehen	10
Ich benötige erhebliche Hilfe beim Aufstehen, Lagewechsel, liege und sitze selbständig	5
Ich kann nicht selbständig aufstehen etc, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
Waschen	
Ich wasche mich selbständig (Gesicht, Hände), Kämmen, Zähneputzen	5
Ich benötige Hilfe bei o.g. Tätigkeit	0
Toilettenbenutzung	
Ich bin unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	10
Ich benötigte Hilfe, z.B. wg. unzureichendem Gleichgewicht od. bei Kleidung/Reinigung	5
Ich schaffe es nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
Baden	
Ich kann unabhängig Baden oder Duschen in allen Phasen der Tätigkeit	5
Ich bin nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	
Ich bin unabhängig beim Gehen über 50 m (Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen)	15
Mit geringe Hilfe oder Überwachung kann ich mit Hilfsmitteln 50 m gehen	10
Ich bin nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m	5
Ich bin nicht selbständig beim Gehen und Rollstuhlfahren	0

Treppensteigen	
Ich kann unabhängig eine Treppe (mehrere Stufen) bewältigen	10
Ich benötige Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
Ich bin nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	0
An- und Auskleiden	
Ich bin unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. Korsett oder Bruchband)	10
Ich benötige Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbständig durchführen	5
Ich bin nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
Stuhlkontrolle	
Ich kann meinen Stuhl kontrollieren.	10
Ich bin gelegentlich inkontinent	5
Ich bin häufiger/ständig inkontinent	0
Urinkontrolle	
Ich bin ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung einer Vorlage.	10
Ich bin gelegentlich inkontinent, max. einmal/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	5
Ich bin häufiger/ständig inkontinent.	0
Kategorie	Punkte
Telefon	
Ich benutze das Telefon aus eigener Initiative	1
Ich kann einige bekannte Nummer wählen	1
Ich kann das Telefon bedienen/ abnehmen, aber nicht selbständig wählen	1
Ich benutze das Telefon überhaupt nicht	0
Einkaufen	
Ich kaufe selbständig die meisten benötigten Sachen ein.	1
Ich tätige wenig Einkäufe	0
Ich benötige bei jedem Einkauf Begleitung	0
Ich bin unfähig zum Einkaufen	0

Kochen	
Ich plane und koche erforderliche Mahlzeiten selbständig	1
Ich koche erforderliche Mahlzeiten nur mit Hilfe von Drittpersonen	0
Ich koche selbständig, hält aber benötigte Diät nicht ein	0
Ich benötige vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0
Haushalt	
Ich halte meinen Haushalt Instand oder benötige zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten	1
Ich führe selbständig kleine Hausarbeiten aus	1
Ich führt selbständig kleine Hausarbeiten aus, benötige aber Hilfe beim Putzen	1
Ich benötige Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen	1
Ich verrichte keine täglichen Dinge im Haushalt	0
Wäsche	
Ich wasche sämtliche eigene Wäsche	1
Ich wasche kleine Sachen	1
Meine gesamt Wäsche muss auswärts versorgt werden	0
Transportmittel	
Ich benutze unabhängig öffentliche Verkehrsmittel oder eigenes Auto	1
Ich bestelle und benutze selbständig ein Taxi, benutze aber keine öffentlichen Verkehrsmittel	1
Ich benutze öffentliche Verkehrsmittel in Begleitung	1
Ich führe beschränkte Fahrten in Taxi oder Auto in Begleitung durch	0
Ich reise überhaupt nicht	0
Geldhaushalt	
Ich regle finanzielle Geschäft selbständig (Budget, Schecks, Einzahlungen, Gang zur Bank)	1
Ich erledige täglich kleine Ausgaben. Benötige Hilfe bei Einzahlungen, Bankgeschäften	1
Ich kann nicht selbständig mein Geld verwalten	0

Bitte geben Sie uns noch einige Angaben zu Ihrer Person? Sind Sie...?

weiblich	männlich

Jünger als 65 Jahre	Zwischen 65 und 79	80 Jahre oder älter

In welchem Stadtteil des Bezirkes Altona leben Sie?

Altona Altstadt		Lurup		Bahrenfeld		Blankenese	
Sternschanze		Osdorf		Groß Flottbek		Iserbrook	
Altona-Nord		Nienstedten		Othmarschen			
Ottensen		Rissen		Sülldorf			

Wie hoch ist ihr monatliches zu Verfügung stehendes Einkommen?

<500 €	500-1000 €	1001-2000 €	2001-3000 €	>3000 €

Wo liegt ihr Geburtsort?

In Deutschland	In früheren deutschen Gebieten	In einem anderen Land

Welches ist Ihre Muttersprache?

Deutsch	Eine andere Sprache (bitte benennen)

Körpergröße: **Gewicht:**

Haben Sie Hinweise oder Anregungen an uns?

.....

.....

.....

Glossar

Alkoholabusus	Alkoholmissbrauch
Anatomisch	den Bau des menschlichen Körpers, die Wissenschaft der Anatomie betreffend
Arthritis; Polyarthritis	Entzündung eines Gelenkes; Entzündung mehrerer Gelenke
Arthrose	Chronische Gelenkerkrankung
Assessment	Erfassung psychologischer oder anderer Merkmale
Atrophie	Gewebsschwund
Chronisch	Ständig, anhaltend, langsam verlaufend, langwierig
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	Krankheiten der Lunge, die sich durch eine Verengung der Atemwege auszeichnen
Diabetes mellitus Typ II	Altersbedingter bzw. lebensstilbedingter Diabetes
Degenerativ	Auf Rückbildung von Zellen oder Gewebe beruhend
Demografie	Wissenschaft über Bevölkerung und ihre Entwicklung
Evidenz	Augenscheinlichkeit, völlige Klarheit
Expansion	Ausdehnen, Ausweiten, Vergrößern
Gastritis	Magenschleimhautentzündung
Geriatric	Teilgebiet der Medizin, das sich mit den Krankheiten und Verschleißerscheinungen des alternden und alten Menschen befasst, Altersheilkunde
Iatrogen	Durch ärztliche Einwirkung entstanden
Infarkt; Multiinfarkt	Gefäße werden nicht mit Sauerstoff versorgt; Teile des Gehirns können nicht mit Sauerstoff versorgt werden
Ischämisch	Örtlich blutleer
Kognitiv	Erkenntnismäßig, auf ihm beruhend
Kompression	Zusammenpressung, Verdichtung
Kontraktur	Versteifung eines Gelenks
Morbidität; Multimorbidität; Komorbidität	Krankheitsstand, Krankheitshäufigkeit, Verhältnis von der kranken zur gesunden Bevölkerung; gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer Person; Begleiterkrankung
Mortalitätsrisiko	Sterblichkeitsrisiko
Neuroleptikum	zur Behandlung von Psychosen angewandtes Arzneimittel, das die motorische Aktivität hemmt
Osteoporose	stoffwechselbedingte, mit einem Abbau von Knochensubstanz einhergehende Erkrankung der Knochen

Östrogen	Weibliches Geschlechtshormon
Oxidativer Stress	Stoffwechsellage, bei der die antioxidative Abwehr des Körpers nicht mehr ausreichend ist
Prävalenz	Überlegenheit, Vorherrschen
Progredient	Kontinuierlich ansteigend/abfallend
Reduktion	Verringerung, Abzug, Verkleinerung, Herabsetzung
Repräsentativ	In Vertretung, als typisch für etwas stehend, stellvertretend
Resilienz	Widerstandsfähigkeit
Sedieren	Betäuben
Sozioökonomisch	Die sozialen und ökonomischen Verhältnisse betreffend, auf ihnen beruhend
Synkopen	Kurzzeitige Bewusstseinsausfälle
Quantitativ	Mengenmäßig, Gegenteil von qualitativ
Qualitativ	Wertmäßig, Gegenteil von quantitativ
Vaskulär	Die Blutgefäße betreffend
Vestibulär	Das Gleichgewichtsorgan betreffend

Erklärung

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bezirksamtes Altona herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme des Bezirksamtes Altona zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



Hamburg

www.hamburg.de