

## Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit von Senioren im Bezirk Altona

Wissenschaftliche Dokumentation des 2. Altonaer Gesundheitsberichtes

**Wissenschaftliche Dokumentation zum 2. Altonaer Gesundheitsbericht  
„Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit von Senioren im Bezirk  
Altona“**

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

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

### **Autoren:**

Dr. Bettina Wollesen  
Laura Bischoff  
Gerd Stehr

### **Layout:**

Rolf Henninges

### **Titelbild:**

### **Druck:**

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

### **Auflage:**

200

Altona 2014

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	7	
Tabellenverzeichnis.....	8	
1	Idee der Wissenschaftlichen Dokumentation zum 2. Altonaer Gesundheitsbericht.....	10
2	Gesundheit älterer Menschen in Deutschland .....	10
3	Alter, Armut und Gesundheit.....	11
4	Basisdaten zur Gesundheit und Altersarmut in Hamburg.....	13
5	Fragestellungen.....	17
6	Methodik.....	18
6.1	Methodik (Quantitative Erhebung).....	18
6.1.1	Beschreibung der Stichprobe.....	18
6.1.2	Beschreibung des Fragebogens.....	21
6.1.3	Datenanalyse der quantitativen Befragung.....	22
6.2	Methodik (qualitative Erhebung) .....	23
6.2.1	Stichprobe.....	23
6.2.2	Vorgehen und Datenanalyse beim leitfadengestützten Interview .....	27
7	Ergebnisse.....	27
7.1	Generelles körperliches, psychisches und gesundheitliches Wohlbefinden der Altonaer Senioren .....	27
7.2	Zentrale Ergebnisse zum Gesundheitszustand und Pflegestufen .....	35
7.2.1	Chronische Erkrankungen und Multimorbidität.....	36
7.2.2	Pflege- und Hilfebedürftigkeit .....	38
7.3	Alltagsprobleme und Funktionseinschränkungen .....	40
7.3.1	Auswertung der alltäglichen Fähigkeiten (Barthelindex und IADL).....	40
7.3.2	Schmerzen .....	49
7.3.3	Sturzrisikofaktoren.....	50
7.4	Zugänge zur Gesundheitsvorsorge .....	52
7.5	Soziale Teilhabe und Interaktion.....	56
7.6	Wohnsituation und Einkommensstruktur.....	62
7.7	Einfluss des Einkommens und Stadtteilzugehörigkeit auf das gesundheitliche Wohlbefinden.....	64
7.8	Wünsche Altonaer Senioren im Bereich der Aktivitäten, sozialer Teilhabe und Gesundheitsförderung .....	73
7.9	Geschlechtsspezifische und kulturelle Unterschiede .....	78

7.10	7.10 Ergebnisse der qualitativen Interviews .....	78
8	Zusammenfassung und Interpretation der zentralen Ergebnisse .....	85
8.1	Gesundheit in Abhängigkeit der Wohn- und Betreuungssituation .....	85
8.2	Aktuelle Wohnsituation der Altonaer Seniorinnen und Senioren .....	88
8.3	Ergebnisse zur Gesundheit in Abhängigkeit des Einkommens und der Stadtteilzugehörigkeit .....	89
8.4	Ergebnisse zu den Wünschen der befragten Seniorinnen und Senioren.....	90
9	Fazit.....	92
	Literaturliste.....	94
	Leitfaden Interview .....	96
	Ausführliche Ergebnisse der qualitativen Interviews .....	96

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Vergleich des psychischen Wohlbefindens .....	30
Abb. 2	Vergleich des körperlichen Wohlbefindens .....	31
Abb. 3	Vergleich des Punktwerts für die geriatrische Depressionsskala .....	33
Abb. 4	Überblick chronischer Erkrankungen .....	37
Abb. 5	Vergleich des Barthelindex .....	40
Abb. 6	Vergleich der IADL Mittelwerte .....	41
Abb. 7	Häufigkeiten der Hausarztbesuche pro Jahr [%] .....	52
Abb. 8	Fahrt- und Wegezeiten zum Hausarzt .....	53
Abb. 9	Häufigkeiten der Facharztbesuche pro Jahr [%] .....	54
Abb. 10	Bekanntheit des Pflegestützpunktes in Altona .....	55
Abb. 11	Zufriedenheit mit Begegnungsstätten .....	61
Abb. 12	Interesse an ehrenamtlicher Arbeit .....	61
Abb. 13	Vergleich des Punktwerts der geriatrischen Depressionsskala in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform .....	67
Abb. 14	Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (Summenscore SF12) in Abhängigkeit des Einkommens und des Geschlechts .....	68
Abb. 15	Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (Summenscore SF12) in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform .....	68
Abb. 16	Vergleich des psychischen Wohlbefindens (Summenscore SF12) in Abhängigkeit des Einkommens und des Geschlechts .....	69
Abb. 17	Vergleich des psychischen Wohlbefindens (Summenscore SF12) in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform .....	69
Abb. 18	Vergleich der Barthelindizes in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform .....	70
Abb. 19	Vergleich der IADL´s in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform .....	71
Abb. 20	Korrelationsanalysen zum Gesundheitszustand in Abhängigkeit des Einkommens .....	71
Abb. 21	Ergebnis der Faktorenanalyse .....	72
Abb. 22	Wünsche der Befragten an Seniorenbegegnungsstätten .....	73
Abb. 23	Wünsche an altersgerechte Bildungsveranstaltungen .....	74
Abb. 24	Wünsche an seniorenrechtliche öffentliche Infrastruktur .....	75
Abb. 25	Wünsche für Gesundheitsförderungsmaßnahmen .....	77
Abb. 26	Wünsche zur Freizeitgestaltung .....	77

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Aufteilung der Altonaer-Stadtteile nach sozioökonomischen Status .....	16
Tab. 2	Stichprobe nach Stadtteilen .....	19
Tab. 3	Prozentuale Altersverteilung der Stichprobe, Häufigkeit in [%] .....	19
Tab. 4	Stichprobenbeschreibung.....	20
Tab. 5	Stichprobenverteilung nach Aufteilung der Altonaer-Stadtteile nach sozioökonomischen Status .....	20
Tab. 6	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? .....	27
Tab. 7	Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?.....	28
Tab. 8	Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen ... ..	29
Tab. 9	Subkategorien des SF 36 in Mittelwerten $\pm$ Standardabweichung .....	32
Tab. 10	Gruppenvergleich der Nennungen zu GDS, Häufigkeiten [%] .....	34
Tab. 11	Gruppenvergleich der Aussagen zum Gesundheitszustand, Häufigkeiten [%] .....	36
Tab. 12	Überblick von Krankheitshäufungen (Multimorbidität) Häufigkeiten [%] .....	38
Tab. 13	Pflegestufen der Befragten [%] .....	38
Tab. 14	Frage: Sind die zum Zeitpunkt der Befragung auf Hilfe angewiesen [%]? .....	39
Tab. 15	Frage: Wenn Sie auf Hilfe angewiesen sind, wer leistet diese Hilfe?.....	39
Tab. 16	Barthel-Index Punkte .....	40
Tab. 17	Unterschiede der Subkategorien des Barthel-Index .....	41
Tab. 18	Unterschiede der Subkategorien des Barthel-Index .....	42
Tab. 19	Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten, Häufigkeiten [%] .....	43
Tab. 20	Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark ?.....	46
Tab. 21	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?.....	48
Tab. 22	Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?.....	49
Tab. 23	Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen? .....	49
Tab. 24	Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?.....	50
Tab. 25	Sturzrisikofaktoren Häufigkeiten [%].....	50
Tab. 26	Kumuliertes Sturzrisiko der Befragten.....	51
Tab. 27	Häufigkeiten der Hausarztbesuche pro Jahr [%] .....	52
Tab. 28	Fahrt- und Wegezeiten zum Hausarzt [%].....	53
Tab. 29	Häufigkeiten der Facharztbesuche pro Jahr [%].....	54

Tab. 30	Frage: Kennen Sie den Pflegestützpunkt in Altona [%] ? .....	55
Tab. 31	Frage: Kennen Sie die Seniorenberatung in Altona [%] ? .....	55
Tab. 32	Frage: Leben Sie mit einem Partner oder Angehörigen .....	56
Tab. 33	Frage: Haben Sie jemanden, der –falls nötig – einige Tage für Sie sorgen würde? 56	
Tab. 34	Frage: Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben? Würden Sie sagen.....	56
Tab. 35	Frage: Pflegen Sie zur Zeit einen Angehörigen/Partner? .....	57
Tab. 36	Frage: 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? .....	57
Tab. 37	Wenn Sie an Ihre Zukunft denken, welche Gedanken bereiten Ihnen Sorge? .....	58
Tab. 38	Frage: An welchen Orten/Einrichtungen verbringen Sie Ihre Freizeit? .....	58
Tab. 39	Frage: Wo verbringen Sie überwiegend Ihre Freizeit? .....	59
Tab. 40	Was machen Sie gern in Ihrer Freizeit? .....	59
Tab. 41	Frage: Besuchen Sie regelmäßig einen oder mehrere Verein(e)/Treff(s)/ eine kirchliche Gruppe? .....	60
Tab. 42	Frage: Besuchen Sie regelmäßig einen oder mehrere Verein(e)/Treff(s)/ eine kirchliche Gruppe? .....	60
Tab. 43	Frage: An wie vielen Tagen gehen Sie dorthin? .....	60
Tab. 44	Wohnformen der Seniorinnen und Senioren .....	62
Tab. 45	Sind Sie mit Ihrer jetzigen Wohnsituation zufrieden?.....	62
Tab. 46	Verteilung der Personengruppen auf die Einkommensgruppen [%] .....	63
Tab. 47	Geschlechtsverteilung innerhalb der Einkommensgruppen [%].....	63
Tab. 48	Beurteilung des Gesundheitszustands in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%].....	64
Tab. 49	Selbsteinschätzung zum Alter in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%].....	64
Tab. 50	Beurteilung des Befindens in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%] .....	65
Tab. 51	Beurteilung von Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%].....	65
Tab. 52	Beurteilung der alltäglichen Tätigkeiten in Abhängigkeit der Einkommensgruppe [%].....	66
Tab. 53	Genannten Sorgen in Abhängigkeit der Einkommensgruppe [%].....	67
Tab. 54	Vergleich der Stadtteile in Bezug auf das gesundheitliche Wohlbefinden und die Lebensqualität .....	73
Tab. 55	Frage: Wenn Sie an die Situation in Ihrem Stadtteil denken: In welchen Bereichen sehen Sie aus Ihrer persönlichen Lebenssituation heraus Bedarf an Verbesserungen? [%].....	76



## 1 Idee der Wissenschaftlichen Dokumentation zum 2. Altonaer Gesundheitsbericht

Für den 2. Altonaer Gesundheitsbericht „**Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit von Seniorinnen und Senioren im Bezirk Altona**“ sollten Fragen zu Gesundheitsrisiken der Altonaer Seniorinnen und Senioren im Alter beantwortet werden. Ein besonderer Fokus lag hierbei auf dem Aspekt der Altersarmut und deren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Seniorinnen und Senioren. Weiterhin wurde 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. Der komplette Bericht liegt zur öffentlichen und politischen Diskussion vor.

In diesem ausführlichen Anhang werden die gesamten Ergebnisse und Statistiken präsentiert, die auf Grund der Lesbarkeit und Verständlichkeit für alle Altonaer Bürgerinnen und Bürger im Bericht nicht berücksichtigt werden konnten. Es geht hierbei um die wissenschaftliche Auswertung und Darstellung, um auch Anregungen für zukünftige Forschungsprojekte zu liefern.

## 2 Gesundheit älterer Menschen in Deutschland

Der 2. Altonaer Gesundheitsbericht greift auf die WHO-Definition des gesunden Alterns zurück, bei der „**Gesundes Altern** 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 wird [35].

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. Im Alter besteht ein erhöhtes Risiko für viele typische, altersassoziierte Erkrankungen, die eine unspezifische Symptomatik, verzögerte Genesung und einen chronischen oder progredienten Verlauf aufweisen. Oftmals bestehen mehrere Erkrankungen zugleich (Multimorbidität), was mit diversen damit einhergehenden Funktionsstörungen verbunden ist [35].

Insgesamt sinkt die Anpassungsfähigkeit des Organismus mit zunehmendem Alter. Die Altersveränderungen stehen in Wechselwirkung mit sozialen und umweltbezogenen Einflüssen. 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).

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<sup>1</sup>.

### 3 Alter, Armut und Gesundheit

In Deutschland waren 2003 11,4 % der Personen im Alter von 65+ von Altersarmut betroffen [2]. Einkommen, Bildung und beruflicher Status nehmen Einfluss auf den Gesundheitszustand im Lebensverlauf [28]. Erwerbsbiografien, die z. B. durch Niedriglöhne, vorübergehende Arbeitslosigkeit oder Phasen der Selbständigkeit gekennzeichnet waren, führen häufig zu geringeren Rentenansprüchen als bei normalen Arbeitszeitverläufen [15]. Daraus ergeben sich Armutsrisiken insbesondere für Personen, die im Bundesvergleich unterdurchschnittlich verdienen ( $\leq 75\%$ ) oder vorzeitig in den Ruhestand eintreten.

Frauen sind häufiger (17,5 %) von Altersarmut betroffen als Männer (12,8 %); insbesondere Frauen ab 70 Jahren in Westdeutschland (Armutsquote 2008: 18,5%) sowie allein lebende ältere Menschen.

Auch Pflegebedürftigkeit steht in engem Zusammenhang mit schlechten sozio-ökonomischen 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 häufiger gesundheitliche Beschwerden auf, sodass erhöhte finanzielle Belastungen für Therapien und Arbeitsunfähigkeitstage entstehen [11].

#### 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 [10].

Die Auswirkungen materieller Benachteiligung werden durch gesundheitliche Probleme verstärkt. Darüber hinaus sind Langzeitarbeitslosigkeit und dauerhafte Armut Hauptmerkmale für Ausgrenzungsprozesse [6].

---

<sup>1</sup> Eine detaillierte Beschreibung genannter Faktoren findet sich im 2. Altonaer Gesundheitsbericht.

Seit Beginn des Jahrtausends rücken immer häufiger Fragen zur Altersarmut und deren Einfluss auf die Gesundheit in den Fokus von Politik und Gesundheitswesen. Relevante Faktoren sind hierbei:

- die Bekämpfung sozialer Ausgrenzung,
- die Herstellung von Chancengleichheit,
- die Einflussnahme auf die Lebensqualität,
- eine gerechte Ressourcenverteilung,
- sowie die soziale, politische und kulturelle Teilhabe [6].

Verschiedene Studien unterstreichen die Wechselwirkung von Gesundheit, Armut und sozialer Teilhabe. Zentrale Ergebnisse der jeweiligen Studien sind:

- Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind keine Unterschiede in den Wohlstandspositionen der über 65-Jährigen zu verzeichnen. Insbesondere Mehrpersonenhaushalte sind überdurchschnittlich gut versorgt. Allein lebende sind jedoch deutlich schlechter gestellt, während besonders hochbetagte Frauen reduzierte Teilhabechancen haben [6].
- Ein hoher Bildungsstand und die berufliche Position haben keinen Einfluss auf funktionelle Aspekte der Gesundheit im Alter, beeinflussen jedoch das Mortalitätsrisiko und die Entwicklung einer Altersdemenz [26].
- In Deutschland ist die Einkommenslage als Prädiktor für den Gesundheitszustand im Alter relevant und die Zugehörigkeit zur niedrigsten Einkommensgruppe führt zu einem höheren Depressionsrisiko [36].
- Die Lebensumstände und sozioökonomischen Voraussetzungen determinieren die seelische Gesundheit im Alter [8].
- Die soziale Ungleichheit wirkt sich vorwiegend im mittleren Erwachsenenalter (40-64 Jahre) sowohl auf die Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes als auch auf das Vorkommen chronischer Erkrankungen aus. 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 [23]. Es wird jedoch vermutet, dass dieses Phänomen darauf basiert, dass die am stärksten sozial und gesundheitlich benachteiligten Personen bereits im mittleren Erwachsenenalter verstorben sind [25].
- Geringes Einkommen, geringe Bildung, soziale Isolation und Migrationshintergrund führen zu einer schlechteren Ausgangslage für die Gesundheitsentwicklung [35].
- Männer und Frauen, die 0-60 % des bundesdurchschnittlichen Einkommens zur Verfügung haben, weisen im Vergleich zu überdurchschnittlich Verdienenden, eine deutlich reduzierte Lebenserwartung auf (Männer: -10,8 Jahre; Frauen: -9,2 Jahre; [24].
- Die berufliche Position beeinflusst den Zeitpunkt des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit. Personen höherer beruflicher Positionen können im Schnitt länger selbständig leben. Auch lässt sich der Einfluss von Vermögen, Hausbesitz und weiteren sozioökonomischen Vorteilen auf gesundheitliche Unterschiede in der Bevölkerung im Altersverlauf nachweisen [21].

- Krankheit wirkt sich auf das Armutsrisiko aus. Insbesondere Personen mit Lücken ihren Erwerbsbiografien oder Tätigkeiten im Niedriglohnsektor, haben ein erhöhtes Armutsrisiko. Wenn bei diesen Personen im fortgeschrittenen Alter vor Renteneintritt chronische Erkrankungen entstehen, können Rentenbezüge und Lebensunterhalt deutlich unter der Armutsrisikoschwelle liegen [21].

Maßgeblich für die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverläufe in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status ist das individuelle Gesundheitsverhalten. Personen niedrigerer sozialer Schichten weisen häufig einen weniger gesundheitsförderlichen Lebensstil auf (höherer Zigarettenkonsum, mehr Übergewicht und Bewegungsmangel). Diese Problematik findet sich verstärkt bei Personen mit Migrationshintergrund, wobei hier die Männer eher rauchen und bei Frauen vermehrt Bewegungsmangel und Adipositas zu verzeichnen sind [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 [28].

Zum derzeitigen Stand der Forschung bezüglich der Dynamik gesundheitlicher Ungleichheit im Alter werden drei Hypothesen diskutiert [28]:

- (1) Die im mittleren Erwachsenenalter ausgebildeten berufsbiografischen 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 (Akkumulationsthese).
- (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 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 [27]). Der Anteil der 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 [7].
- Vor allem auf Grund der höheren Lebenserwartung gibt es einen Frauenüberschuss innerhalb der älteren Bevölkerung.
- In Hamburg liegt der Anteil an Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationshintergrund bei 17,6 % (2010) aus 180 verschiedenen Nationalitäten; es überwiegt jedoch der Anteil türkischer Mitbürger.
- 2007 wurde für Hamburg ein Bevölkerungsanstieg von 4,9 % pro Jahr berechnet.
- 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 (Lebenserwartung 2012) Jahre).

Für alle medizinischen Diagnosegruppen in Hamburg ist die altersbedingte Sterblichkeit bei den Männern höher als bei den Frauen.

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

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.

Vorwiegend Frauen der Altersgruppe 70-90 Jahre beziehen Pflegeleistungen. Hierbei ist die Pflegestufe I am Häufigsten vertreten. Statistiken rechnen bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen in Hamburg auf 60.000-61.000 Personen [7].

### **Armut in Hamburg**

Im Vergleich zu anderen Großstädten der Bundesrepublik kann der materielle Wohlstand in Hamburg als überdurchschnittlich gut bezeichnet werden. Bei der Wirtschaftskraft, dem Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem, erzielte Hamburg 2009 einen Betrag von EUR 74.900. Hamburg rückt damit auf Platz Eins unter allen deutschen Großstädten [30].

Dennoch 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 [30]. Tatsächlich leben etwa 14,2 % der Hamburger Haushalte an der sog. Armutsgefährdungsschwelle, die 2012 bei EUR 928 lag. 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 ausmachte [14].

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) [5].

### **Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit**

In einer Telefonbefragung [4] 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 [14].
- Personen mit Armutsrisiko rauchen doppelt so oft wie nicht-armutsgefährdete Menschen [14].

### Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund

- 17 % der Hamburger Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund; unter Personen im Alter von 65+ sind es 10 %.
- 25 % der Erwerbstätigen in Hamburg sind Migrantinnen und Migranten; diese sind häufiger geringfügig beschäftigt.
- Hamburger Migrantinnen und Migranten haben ein höheres Armutsrisiko.
- Hamburger Migrantinnen und Migranten sind im Bundesvergleich häufiger Übergewichtig.

### Soziale Strukturen im Bezirk Altona

Die Stadtteile Ottensen, Lurup, Altona-Altstadt, Bahrenfeld, Osdorf und Altona-Nord (in genannter Rangfolge) zählen zu den bevölkerungsreichsten Stadtteilen des Stadtbezirkes Altona. 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 %). 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, Osdorf, Rissen und Ottensen.

Leistungsempfänger von Sozialleistungen in Altona haben im Schnitt EUR 861,51 pro Bedarfsgemeinschaft im Monat zur Verfügung. Hiervon werden die Ausgaben für Lebensunterhalt (EUR 338,30), Kosten der Unterkunft (EUR 354,80), Sozialgeld (EUR 12,16), Sozialversicherungsbeiträge (EUR 150,56) und Sonstige Leistungen (EUR 5,68) bestritten (Lebenslagenberichterstattungen, 2007). Weiterhin ist für eine Prognose in Bezug auf das Armutsrisiko 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).

Tab. 1 Aufteilung der Altonaer-Stadtteile nach sozioökonomischen Status

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

Altona-Nord, Altona-Altstadt, Sternschanze und Lurup weisen im Vergleich zu den anderen Stadtteilen prozentual den höchsten Arbeitslosenanteil (5-6%) und damit vermutlich das höchste Armutsrisiko auf.

Im mittleren sozialen Milieu sind nach vorliegender Tabelle die Stadtteile Ottensen, Bahrenfeld und Altona-Nord einzustufen

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

### **Zusammenfassung**

Vor dem Hintergrund der 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 auf die Optionen zur selbständigen Lebensführung gibt. Somit ergeben sich möglicherweise unterschiedliche Handlungsziele in Bezug auf selbständig lebende 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**

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?

Die aufgestellten Fragen 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.

#### **6.1.1 Beschreibung der Stichprobe**

Für die Bevölkerungsanzahl von 47.026 Personen wurde eine Stichprobengröße von  $N=400$  berechnet ( $g \cdot \text{Power}$ ; [16]), um verschiedene Gruppenvergleiche (z.B. fünf Gruppen für verschiedene Einkommensklassen oder drei zum Vergleich der Stadtteile), zum Beispiel Mittelwertvergleiche in Form von Varianzanalysen, zu erstellen (Effektgröße  $f$  0,25; Power 0,95). Hierbei wurden bis zu vier Kovariablen (z.B. Geschlecht, Alter, Pflegebedarf) berücksichtigt. Für Berechnungen z.B. im Bereich der Häufigkeitsverteilungen (wie Chi<sup>2</sup>-Tests) konnte a priori eine Gruppengröße von 220 ermittelt werden.

Da sich Altona in 14 Stadtteile unterteilt, musste der Bevölkerungsanteil der 65-Jährigen und Älteren in den einzelnen Stadtteilen ermittelt werden [33]. Aus der Verteilung des Bevölkerungsanteils der 65-Jährigen und Älteren in den einzelnen Stadtteilen konnte daraufhin der prozentuale Anteil der einzelnen Stadtteile an der Gesamtbevölkerung der

65-Jährigen und Älteren (47.026) bemessen werden. Um die Stadtteile für Statistiken im Bereich der Häufigkeitsverteilungen handhabbar zu machen, musste die Stichprobe auf N=1000 erhöht werden (vgl. Tabelle 2).

**Tab. 2 Stichprobe nach Stadtteilen**

Stadtteil	Bevölkerungsanteil (65-jährige und Ältere) *	Erforderliche Stichprobe	Tatsächliche Stichprobe
Lurup	6.560	139	51
Osdorf	6.010	128	23
Rissen	4.523	96	21
Ottensen	4.201	89	35
Bahrenfeld	3.951	84	41
Altona Altstadt	3.593	76	49
Blankenese	3.570	76	18
Othmarschen	2.953	63	6
Iserbrook	2.727	58	20
Groß Flottbek	2.321	49	5
Altona-Nord	2.033	43	13
Sülldorf	1.956	42	6
Nienstedten	1.841	39	8
Sternschanze	787	17	20
<b>GESAMT</b>	<b>47.026</b>	<b>999</b>	<b>323 (7 k.A.)</b>

Diese Stichprobe wurde nicht erreicht. Von den für die Mittelwertstatistiken benötigten 400 Fragebögen konnte die Anzahl von 322 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:** Senioren und Seniorinnen 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 an der Umfrage beteiligt (Tabelle 3).

**Tab. 3 Prozentuale Altersverteilung der Stichprobe, Häufigkeit in [%]**

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. 4 Stichprobenbeschreibung**

Betreuung	Geschlecht	Körperhöhe [m]	Körpermasse [kg]	BMI [kg/m <sup>2</sup> ]
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 die 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 ( $p < 0,00$ ;  $r=0,228$ ). Somit ergaben sich für die Stichprobenauswertung bezogen auf die Stadtteile folgende Verteilungen der Befragungsteilnehmer.

**Tab. 5 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 %.

## 6.1.2 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 erstellte Fragebogen wurde im Anschluss durch Experten aus dem Bereich der Seniorenarbeit und des Gesundheitswesens (N=9) beurteilt und auf Basis deren Empfehlungen überarbeitet und fertig gestellt.

Der Fragebogen (Anlage 2. Altonaer Gesundheitsbericht) 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 setzte sich im Spezifischen aus fünf standardisierten Fragebögen zusammen.

- 1) Fragebogen SF 36 und SF12 zum gesundheitlichem Wohlbefinden und Lebensqualität [9]
- 2) Der Selbsteinschätzungs-Fragebogen zur Erfassung von Sturzrisikofaktoren [13]
- 3) Geriatrische Depressionsskala (GDS; [17])
- 4) Barthel-Index zur Erfassung von Selbständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit im Alltag [19].
- 5) Instrumental activities of daily living (IADL).

Der SF36 bzw. SF12 (1) zum gesundheitlichem Wohlbefinden und Lebensqualität ist ein Fragebogen, der aus 36 bzw. 12 Items besteht. Es handelt sich um ein reliables und gültiges Messverfahren. Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) der Subskalen liegen mit Ausnahme der Subskalen Allgemeine Gesundheitswahrnehmung und Soziale Funktionsfähigkeit ( $\alpha = .57$  -  $\alpha = .69$ ) bei deutlich über  $\alpha = .70$  [29].

Er erfasst 8 Dimensionen der subjektiven Gesundheit aus Sicht der Befragten, die sich den Grunddimensionen Körperliche und Psychische Gesundheit zuordnen lassen.

1. Körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU, 10 Items): Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppen steigen, bücken, heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten beeinträchtigt.
2. Körperliche Rollenfunktion (KÖRO, 4 Items): Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. weniger schaffen als gewöhnlich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten auszuführen.
3. Körperliche Schmerzen (SCHM, 2 Items): Ausmaß an Schmerzen und Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im als auch außerhalb des Hauses.
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES, 5 Items): Persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich aktueller Gesundheitszustand, zukünftige Erwartungen und Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen.
5. Vitalität (VITA, 4 Items): Sich energiegeladener und voller Schwung fühlen oder aber sich müde oder erschöpft fühlen.
6. Soziale Funktionsfähigkeit (SOFU, 2 Items) : Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme normale soziale Aktivitäten beeinträchtigen

7. Emotionale Rollenfunktion (EMRO, 3 Items): Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten, beeinträchtigen; u.a. weniger Zeit aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.
8. Psychisches Wohlbefinden (PSYC, 5 Items): Allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle, allgemeine positive Gestimmtheit [9]

Der Selbsteinschätzungs-Fragebogen zur Erfassung von Sturzrisikofaktoren(2) wurde von Elliot et al. entwickelt [13]. Er umfasst 20 dichotome Fragen und gibt einen Überblick über mögliche Sturzgefährdungen. Nach Elliot et al. [13] wird dem Test eine gute Test-Retest Reliabilität zugeschrieben ( $r = .91$ ).

Die Geriatrische Depressionsskala (GDS) (3) wurde speziell für ältere Menschen konzipiert und stellt einen validen und reliablen Fragebogen zur Erfassung einer eventuell vorhandenen Altersdepression oder depressiven Stimmungslage dar [1]. Er umfasst 15 Fragen. Die deutschsprachige Version wurde bereits 1999 von Gauggel und Birkner mit einer mittleren Trennschärfe von .49, einer niedrigen Interitemkorrelation ( $r = .19$ ), sowie einer hohen internen Konsistenz (Cronbachs alpha) von  $\alpha = .91$  validiert. Allgaier et al. validierten die GDS im Jahre 2011 noch einmal im Setting des Altersheims.

Der Barthel-Index zur Erfassung von Selbständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit (4) ist ein weit verbreitetes Instrument um die basalen Aktivitäten des alltäglichen Lebens anhand von Punktwerten zu beurteilen. Der Index umfasst 10 Items, die folgende Tätigkeiten erfassen: Essenaufnahme, Bett/(Roll-)Stuhltransfer, Waschen, Toilettenbenutzung, Baden, Gehen/Rollstuhlfahren, Treppensteigen, An- und Auskleiden und Harnkontrolle. Der Barthel-Index weist eine hohe Test-Retest-Reliabilität ( $.87 - .89$ ) wie Validität ( $.90$ ) auf [12].

Instrumental activities of daily living (IADL) nach Lawton und Brody (5) ist ein Verfahren zur Erfassung der Alltagskompetenz geriatrischer Patienten [37]. Die IADL-Skala umfasst 8 zentrale, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. Diese sind: Nutzung des Telefons, Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung, Wäsche, Verkehrsmittel, Medikamente und Geldgeschäfte.

Der verwendete Fragebogen wurde ergänzt um Fragen zur Wohnsituation, gesellschaftlicher 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.

### **6.1.3 Datenanalyse der quantitativen Befragung**

Die Datenauswertungen umfassten deskriptive Statistiken und Häufigkeitsanalysen ( $\chi^2$ -Tests) sowie in Abhängigkeit der Datenskalen (Nominal- und Ordinalskalen sowie parametrische Daten) der McNemar und der Wilcoxon-Test. Korrelationsanalysen erfolgten in Abhängigkeit der Datenskalen mit Pearson oder Spearman-Rho Tests. Bei geschlechtsabhängigen Analysen oder Status bezogenen Auswertungen wurden zudem multifaktorielle (Geschlecht x Faktor; Status x Faktor) Varianzanalysen durchgeführt. Zur Erfassung der Beziehung einzelner Gesundheitsparameter zueinander in Abhängigkeit des Alters und des Einkommens wurde eine mehrstufige explorative Faktorenanalyse durchgeführt [3].

## **6.2 Methodik (qualitative Erhebung)**

### **6.2.1 Stichprobe**

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

#### **Vorstellung der Interviewpersonen**

Im Folgenden werden alle Befragten anonymisiert und mit „Interviewpartner“ (IP) 1-7 bezeichnet. Diese Anonymisierung erfolgte auf Wunsch eines Interviewteilnehmers.

In dieser Kategorie wird versucht, anhand der Transskripte aufzuzeigen, wie die einzelnen Teilnehmer zur Altenpflege gekommen sind oder worin ihre Motivation für ihr Engagement liegt. Darüber hinaus werden, insofern genannt, persönliche Erfahrungen und Aktivitäten aufgezeigt.

#### **Interviewpartner 1**

IP 1 ist 61 Jahre alt und seit 2005 als kommunaler Gesundheitsförderungsmanager im Fachamt Gesundheit des Bezirksamtes Altona tätig. Zu seinen Aufgaben gehören vor allem die bezirkliche Gesundheitsberichtserstattung, die Gesundheitszielentwicklung und Planung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen sowie die Evaluation und das Management der Qualität von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Hierunter fällt auch das Management des Netzwerkes der Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz, welcher ein Zusammenschluss von verschiedenen ehrenamtlich engagierten Bürgerinnen und Bürgern sowie von Professionellen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Pflegebereich darstellt. Die Arbeitsgruppe „Pflege für Seniorinnen und Senioren“ und die Arbeitsgruppe „Leben im Alter“ sind speziell seniorenbezogen ausgerichtet und setzen das bezirkspolitisch einstimmig verabschiedete Projekt der Bezirksversammlung Altona „Gesundheitsziele 2012-2016“ um. IP 1 engagiert sich in beiden Arbeitsgruppen und ist gut über die aktuelle Situation der Seniorenarbeit informiert. Auf die Ziele und Inhalte der AGs wird in der Beschreibung der Ist-Situation Altonas genauer eingegangen. Als weitere Erfahrungsfelder nennt er die Sozialarbeit und die Jugendhilfe, geht aber nicht genauer auf diese Erfahrungen ein.

#### **Interviewpartner 2**

IP 2 ist knapp 60 Jahre alt und kam aus persönlichem Interesse zur Seniorenarbeit. Erste Erfahrungen in der Altenarbeit und –betreuung sammelte er während der stationären und ambulanten sowie Sterbebegleitung seiner Eltern. Bei der folgenden Arbeitssuche war es sein Ziel, die gemachten Erfahrungen nutzbringend in den Stadtteil einzubringen und perspektivisch für sein eigenes Alter zu nutzen. Dementsprechend ist er nun zum einen bei „Seniorpartner Diakonie“ und beim „Runden Tisch dementenfreundliches Altona“ aktiv. Bei „Seniorpartner Diakonie“, einem Besuchs- und Begleitdienst mit aufsuchender Betreuung in den Haushalten, begleitete er bislang 7 Menschen, momentan besucht er 2. Neben Einblicken in der Häuslichkeit, konnte er durch die Betreuung über „Seniorpartner Diakonie“, unabhängig von der Pflege der eigenen Eltern, zahlreiche Einblicke in die Situation der Pflegeheime bekommen. Diese Erfahrungen konnte er ab 2012 im „Runden Tisch dementenfreundliches Altona“ einbringen, aus dem im letzten Herbst das Projekt „Lebenslust“, bei dem er für die Koordination und Entwicklung des Konzeptes sowie die

Rekrutierung von Teilnehmenden und Anleitenden zuständig ist, entsprang. Seit 2013 laufen die praktischen Umsetzungen, auf die genauer in der Kategorie „Momentane Entwicklungen in Altona“ eingegangen wird.

### **Interviewpartner 3**

IP 3 ist 81 Jahre alt und war zunächst als praktischer Sozialarbeiter tätig. Anfangs war er eher für den Bereich Familie und Jugend zuständig und ist dann „in Alter reingewachsen“. In den letzten 25 Jahren seines Berufslebens war er Professor an der Fachhochschule. Dort hat er sich für die Etablierung des Schwerpunktes Altenarbeit eingesetzt. Allerdings stieß IP 3 mit seinen Überlegungen und Vorstellungen auf das „volle Negativrepertoire des Widerstandes“ und war bestürzt über den fehlenden Respekt und das mangelnde Wissen bezüglich der Altenarbeit, insbesondere im Fachbereich Soziales. Mit Unterstützung der „Brücke“, einer Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörigen, nahm er sich schließlich der Dementenbetreuung an. In den 1990er Jahren hat er sich sehr aktiv an der Aktion „es ist zum verrückt werden“ vom diakonischen Werk engagiert. Hier erfuhr er viel über die Auswirkungen auf die Angehörigen und deren Nöte. Da zur damaligen Zeit fast keine Aktivitäten in Hamburg stattfanden, Sparmaßnahmen ausstanden und die Dementenarbeit im Allgemeinen noch nicht in den Blick genommen wurde, engagierte sich IP 3 und reiste darauf hin nach Amerika. Dort absolvierte er einen Master in Sozialarbeit und gewann viele wertvolle Erfahrungen für die weitere Arbeit. Aus zahlreichen mitgebrachten Ideen entwickelte sich zunächst ein Krisentelefon. Die Arbeit wurde stetig ausgeweitet, es entstand die Alzheimer Gesellschaft mit einer Geschäftsstelle in Wandsbek mit ca. 18 Angehörigengruppen. Der Wunsch von IP 3, dass diese Organisation eine Selbstorganisation werde und bleibe, erfüllte sich jedoch nicht, „da die Professionellen nicht mitzogen“ und die Leitung einzelner Gruppen nicht abgeben wollten. Nach 10 Jahren vollzeitlicher ehrenamtlicher Arbeit ist er ausgestiegen und nun lediglich Mitglied. Vor einigen Jahren entschloss sich IP 3 Mitglied in der Paul-Gerhardt Kirche in Bahrenfeld zu werden, da es dort eine engagierte Pastorin gibt, die versucht, ein Gemeindeleben zu initiieren. In dieser Gemeinde erlebt er, dass es sehr schwierig ist, etwas für die Altenarbeit zu tun, da die Alten immer weniger werden und sich somit auch die Angebote und Aktivitäten verringern, trotzdem versucht er, sich bestmöglich zu engagieren.

### **Interviewpartner 4**

IP 4 hat die Fortbildungs- und Servicestelle für Seniorentreffs in Hamburg inne, die von der Behörde neu eingerichtet wurde und speziell der Unterstützung von Seniorentreffleitungen in Hamburg dient, da diese größtenteils ehrenamtlich arbeiten, weil keine Personalkosten zur Verfügung gedeckt werden. Neben der generellen Unterstützung der Seniorentreffs in Hamburg und demzufolge auch in Altona, ist es seine spezielle Aufgabe, aktiv in den bezirklichen Arbeitsgruppen mitzuwirken, weshalb er gut informiert ist, „was [...] im Bezirk an Ideen und Entscheidungen [läuft]“. In Altona kennt er nahezu alle Seniorentreffs und viele der Menschen, die dort tätig sind. Aus diesem Grund ist IP 4 mit einigen internen Gegebenheiten vertraut und kann aufgrund ihrer überbezirklichen Tätigkeit Vergleiche zu anderen Bezirken herstellen.

### **Interviewpartner 5**

IP 5 ist selbstständig und betreibt eine kleine Firma namens „Stadtfinder“. Hierbei geht es darum, u.a. Senioren in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld zu bewegen und ihnen

„Lowlights“, also kleine Erlebnisse zu ermöglichen. Diese sind nach IP 5 die wichtig, da sie täglich passieren können und somit Bestandteil des alltäglichen Lebens der Senioren werden können. Er begann seine Tätigkeit als Stadtfinder im Kinder- und Jugendbereich, bis er über die Elternarbeit bei der Großelternarbeit angekommen ist und nun versucht, mit der älteren Generation ihren Lebensraum zu erschließen und Bewegungsmöglichkeiten erfahrbar zu machen. Als Stadtfinder ist IP 5 für Projekte verschiedenster Art im Sport-, Erlebnis- und Bewegungsbereich buchbar und grenzt sich selbst deutlich von einem Erlebnispädagogen ab, da dieser versucht, den Menschen in ein Erlebnisgebiet zu bringen, den Wald, den Hochseilgarten, u.a. IP 5. hingegen setzt „vor der Haustür“ der Menschen an und versucht, diese selbstständig werden zu lassen, damit sie in Zukunft ohne ihn Bewegung in ihren Alltag integrieren. Gerade Senioren findet er als Gruppe sehr interessant und die Arbeit mit ihnen bezeichnet er als äußerst spannend. Außerdem kann er deutliche Parallelen zur Jugendarbeit feststellen, da ähnliche Prinzipien und Methoden angewendet werden können. Andererseits bestehen zwischen Jugendlichen und Senioren Unterschiede bezüglich der Selbstorganisation oder –einschätzung. Seine überwiegende Erfahrung in der Seniorenarbeit hat er in Langenhorn gesammelt. In Bahrenfeld, Altona, hat er zunächst versucht, die Strukturen zu verändern und hat sich mit bestimmten Forderungen direkt an die Einrichtungen in Bahrenfeld gewendet. Zu diesem von ihm benannten Vierer-Prinzip von Forderungen zählen das Herausverlegen von Aktivitäten an die frische Luft, ältere Menschen bei Aktivitäten verschiedenster Art einzubeziehen und das Entwickeln ihrer Eigenständigkeit.

Neben seiner Selbstständigkeit als Stadtfinder erwähnt IP 5 einen Auftrag vom Gesundheitsamt in einem SAGA-GWG Quartier im Bereich Siberiusstraße-Lyserstraße. Es geht hervor, dass in dem von ihm betreuten Quartier vor allem einkommensschwache Menschen und Migranten sowie Flüchtlinge leben. Viele der Bewohner der Quartiers sind laut IP 5 aufgrund von sprachlichen Unterschieden nicht zu erreichen. Auf die genauen Rahmenbedingungen und Ziele des Auftrages geht er jedoch nicht ein. Durch IP 7 erfährt man außerdem, dass IP 5 ebenfalls in einer der AGs der Gesundheits- und Pflegekonferenz engagiert ist, der Arbeitsgruppe Bewegung.

## **Interviewpartner 6**

Als weiterer Interviewpartner stand ein Mitglied des Seniorenbeirats zur Verfügung. IP 6 ist 70 Jahre alt und pensionierter Lehrer. Seit den 60er/70er Jahren beschäftigt er sich intensiv mit dem demografischen Wandel. Das Interesse daran ergab sich aus seinem privaten Alltag, da seine Kinder im sogenannten Pillenknicke geboren sind und er sich mit den Folgen einer geringeren Nachwuchsrate für die Gesellschaft beschäftigt hat. Im Zuge seiner Pension wurde der demografische Wandel zu seinem Hauptthema und es ist ihm ein großes Anliegen, es „politisch interessant zu machen“. Erst innerhalb der letzten zehn Jahre habe der demografische Wandel in breiter Basis Aufmerksamkeit erlangt, nachdem es zuvor als Randthema galt. Über die Seniorenarbeit versucht er nun als Repräsentant der Senioren von Altona, den demografischen Wandel weiter in den Fokus zu stellen und, die Menschen aufmerksam zu machen und zu informieren. Als Hauptproblem sieht er hier jedoch die Erreichbarkeit der physisch oder psychisch hilfebedürftigen Menschen an, deren Selbstständigkeit eingeschränkt ist, die aber noch zu Hause wohnen und somit nur eingeschränkt greifbar sind. Häufig ist bei dieser Kohorte eine Gruppe zwischengeschaltet, Angehörige oder Pflegedienste. Aus seiner Erfahrung als Seniorenbeirat berichtet er aus diesem Bereich von subtiler Gewalt, unterlassender Hilfeleistung oder Bevormundung, die



dem Seniorenbeirat zugetragen werden. Hier besteht jedoch wieder das Problem der Erreichbarkeit, da nicht in private Bereiche eingedrungen werden dürfe und die Hilferufe direkt von Betroffenen erfolgen müssten. Die Frage danach, wie an die Seniorinnen und Senioren herangetreten werden kann, um eine breite Masse zu erreichen, gehört somit zu seinen Hauptinteressen.

### **Interviewpartner 7**

IP 7 ist von Beruf Stadtplaner und betont mehrmals, dass er „nicht aus der Pflege kommt“ und keine medizinische Ausbildung absolviert hat. Jedoch hat er sich 1992, parallel zu seiner Arbeitsstelle als Stadtführer in Rom, am Aufbau einer Beratungsstelle für Wohnen im Alter beim Diakonischen Werk Blankenese beteiligt und ist über diese Arbeit zur Gesundheits- und Pflegekonferenz gelangt. Die Beratungsstelle existiert heute jedoch nicht mehr in der damaligen Form, da diese Arbeit der Gemeinde übertragen wurde, statt bei dem Diakonischen Werk relativ unabhängig zu sein. Diese Entscheidung sieht IP 7 skeptisch, da so Menschen, die nicht in der Kirche organisiert sind, aus dem Blickwinkel geraten. Bei der Gesundheits- und Pflegekonferenz ist er in den Arbeitsgruppen „Leben im Alter“, „Pflege“ und „Bewegung“ eingebunden. Er bemüht sich momentan in der AG „Pflege“ mit einer Untergruppe um Konzepte und Ideen für eine vereinfachte Pflegeplanung, welche von einer Einrichtung, die in der AG mitwirkt, zur Zeit umgesetzt werden. In der AG „Leben im Alter“ setzt er sich für die Nachbarschaft ein, da er gute Nachbarschaft für ein „Zaubermittel“ hält, das viele soziale Probleme lösen könne. Analog zu IP 6 ist er bestrebt, die Heime nach außen zu öffnen, was momentan in der AG „Bewegung“ in Angriff genommen wird. Über sein Engagement in der Pflege- und Gesundheitskonferenz hinaus, nimmt er an einer Veranstaltungsreihe zum Thema Demenz teil, die in der Patriotischen Gemeinschaft stattfindet und führte in diesem Rahmen eine Podiumsdiskussion mit der Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Prüfer-Storcks.

### **Interviewpartner 8**

IP 8 ist seit 1980 in der Altenpflege tätig und momentan Heim- und Pflegedienstleiter. Er hat einen normalen Werdegang vollzogen, darüber hinaus einen Betriebswirt in Krankenhaussozialmanagement. Zur Zeit macht er eine Weiterbildung zum Fachwirt Gesundheitssozialmanagement, um auf dem Laufenden zu bleiben und sein Wissen zu verfeinern. Seine Erfahrungen berufen sich auf den ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich.

### **Interviewpartner 9**

IP 9 koordiniert das interkulturelle Gesundheitsprojekt Mimi – mit Migranten, für Migranten. Dabei handelt es sich laut IP 9 um ein bundesweites Projekt, das vom ethnomedizinischen Zentrum geleitet wird. In Hamburg ist der Verband für Kinder- und Jugendhilfe e.V. der Standortprojekträger. IP 9 hat die Leitung seit 2005 inne. Seine Erfahrungen berufen sich auf Migrantengruppen im gesamten Bezirk Altona, hauptsächlich kann er von russischen, persischen, aber auch deutschen Senioren und Seniorinnen berichten. Durch das Projekt Mimi ist er stark in die Ideengebunden und Verbesserung des Lebens der Senioren und Seniorinnen eingebunden und macht sich für die Interessen und Bedürfnisse der älteren Generation mit Migrationshintergrund stark.

## 6.2.2 Vorgehen und Datenanalyse beim leitfadengestützten Interview

Die Auswertung der Interviews erfolgte auf Basis der Grounded Theory [34]. Dieses Verfahren ermöglicht eine systematische Auswertung qualitativer Daten oder auch „sprachvermittelte[r] Handlungs- und Sinnzusammenhänge“ [34]. Das Verfahren zielt auf eine Theoriegenerierung ab, wobei die erhobenen Daten schrittweise in eine in den Daten begründete Theorie überführt werden. Dabei müssen alle theoretischen Abstrahierungen induktiv aus den Daten entspringen und sich wiederum an ihnen bewähren.

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. Die erhaltenen Daten werden konzeptualisiert zusammengefasst. Das heißt, es werden Erfahrungen und Erklärungen mit Begriffen versehen, die als Oberbegriff oder Schlagwort für das Gesagte stehen. Das Ziel des ersten Schrittes besteht darin, die (häufig impliziten) Konstruktionen eines Textes zu explizieren. Im weiteren Verlauf werden mehrere ähnliche Codes zu einer Kategorie zusammengefasst. In einem zweiten Arbeitsschritt, dem axialen Kodieren, wird Bezug genommen auf spezifizierende Kennzeichen (Kontext, Bedingungen, etc.) und so präzisierende Subkategorien gebildet. Während beim offenen Kodieren die Daten aufgebrochen und Kategorien identifiziert wurden, fügt das axiale Kodieren die Daten nach erneuter Überarbeitung wieder zusammen. Durch die Nutzung eines Leitfadens für die Interviews ergab sich in den einzelnen Transskripten ein identischer struktureller Aufbau. Durch die 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 etwas eingeschränkt. Gleichzeitig wurden jedoch somit Strukturierungshilfen gegeben.

## 7 Ergebnisse

### 7.1 Generelles körperliches, psychisches und gesundheitliches Wohlbefinden der Altonaer Senioren

Tabelle 6 gibt zunächst einen Überblick darüber, wie die Befragten Gesundheitszustand im Allgemeinen bewerteten.

Tab. 6 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbstständig [%]
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 und selbständig Lebende Personen bewerten ihre Gesundheit besser als ambulant betreute Befragungsteilnehmer ( $\chi^2 = 18,53$ ;  $p = 0,015$ ;

C=0,239). 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 Selbstständigen hingegen beurteilten 50 % ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut.

Im Vergleich zum vergangenen Jahr beurteilten die meisten Befragten der im Pflegeheim lebenden (45,4%) und der selbstständigen Seniorinnen und Senioren (43,8%) ihren derzeitigen Gesundheitszustand etwa so wie vor einem Jahr und konstatierten damit keine Veränderung über die angegebene Zeit. Im Gegensatz dazu empfanden die ambulant Betreuten größtenteils (35,4%), dass sich ihr derzeitiger Gesundheitszustand im Vergleich zum letzten Jahr etwas verschlechtert hatte. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant.

**Tab. 7 Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?**

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbstständig [%]</b>
Derzeit viel besser als vor einem Jahr (1)	6,7	2,1	6,8
Derzeit etwas besser als vor einem Jahr (2)	11,8	14,6	7,5
Etwas so wie vor einem Jahr (3)	45,4	27,1	43,8
Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr (4)	26,1	35,4	32,2
Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr (5)	10,1	20,8	9,6

Das Befinden der Befragten wurde im Rahmen des ausgeteilten Fragebogens unter anderem durch Teilfragen des SF-36 erfasst. Dabei gaben auffällig viele (65%) ambulant Betreute an, dass sie sich in den letzten 4 Wochen vor der Befragung selten bis nie voller Schwung gefühlt hätten. Im Pflegeheim und selbstständig Wohnende gaben das nur zu etwa 38% bzw. 36% an. Am positivsten gestimmt sind dieser Frage nach die Heimbewohner. So sind rund 70% der Befragten in den letzten 4 Wochen selten bis nie nervös gewesen, etwa 60% selten oder nie so niedergeschlagen gewesen, dass sie nichts mehr aufheitern hätte können und 64% meistens bis immer ruhig und gelassen gewesen. Ambulant betreute Personen waren hingegen signifikant häufiger entmutigt, traurig und erschöpft sowie weniger ruhig und gelassen.

Tab. 8 Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen ...

BEFINDEN	Betreuung	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	Chi <sup>2</sup> -Test
... voller Schwung	Pflegeheim [%]	3,5	17,4	11,3	29,6	21,7	16,5	ns
	Ambulant [%]	0	10	7,5	17,5	40	25	
	Selbstständig [%]	5,1	22,5	13,8	23,2	21,7	13,8	
... sehr nervös	Pflegeheim [%]	3,4	4,3	6	17,1	23,1	46,2	Chi <sup>2</sup> = 24,627 p= 0,006 C= 0,278
	Ambulant [%]	9,5	7,1	9,5	23,8	38,1	11,9	
	Selbstständig [%]	2,2	4,5	9,7	24,6	32,1	26,9	
...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	Pflegeheim [%]	0,9	4,3	7	26,1	20	41,7	ns
	Ambulant [%]	5	10	17,5	17,5	22,5	27,5	
	Selbstständig [%]	1,5	7,5	12,8	17,3	21,8	39,1	
... ruhig und gelassen	Pflegeheim [%]	20,9	42,6	14,8	12,2	5,2	4,3	Chi <sup>2</sup> = 19,69 p= 0,032 C= 0,251
	Ambulant [%]	9,3	23,3	23,3	16,3	16,3	11,6	
	Selbstständig [%]	11,1	34,8	20	18,5	11,1	4,4	
.... voller Energie	Pflegeheim [%]	4,5	15,3	9	27	30,6	13,5	Chi <sup>2</sup> = 28,94 p= 0,001 C= 0,303
	Ambulant [%]	2,4	4,8	14,3	11,9	31	35,7	
	Selbstständig [%]	4,5	20,3	21,8	19,5	21,1	12,8	
... entmutigt und traurig	Pflegeheim [%]	3,5	7	11,4	28,1	21,1	28,9	ns
	Ambulant [%]	11,6	9,3	11,6	27,9	25,6	14	
	Selbstständig [%]	2,9	8,6	15	17,9	27,1	28,6	
... erschöpft	Pflegeheim [%]	0,9	14,2	14,2	26,5	24,8	19,5	Chi <sup>2</sup> = 29,53 p= 0,001 C= 0,304
	Ambulant [%]	13,6	18,2	27,3	27,3	9,1	4,5	
	Selbstständig [%]	6	7,5	19,5	36,1	19,5	11,3	

BEFINDEN	Betreuung	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	Chi <sup>2</sup> -Test
... glücklich	Pflegeheim [%]	8,8	31	16,8	24,8	13,3	5,3	ns
	Ambulant [%]	2,4	17,1	17,1	34,1	19,5	9,8	
	Selbständig [%]	8,5	22,3	17,7	25,4	15,4	10,8	
... müde	Pflegeheim [%]	6,8	15,4	29,9	21,4	13,7	12,8	ns
	Ambulant [%]	18,6	9,3	37,2	25,6	2,3	7	
	Selbständig [%]	8	10,2	32,8	28,5	14,6	5,8	

Legende: ns = nicht signifikant; p ≤ 0,05 : signifikant; p ≤ 0,01 : hochsignifikant; p ≤ 0,001 : höchstsignifikant; C = Kontingenzkoeffizient

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.

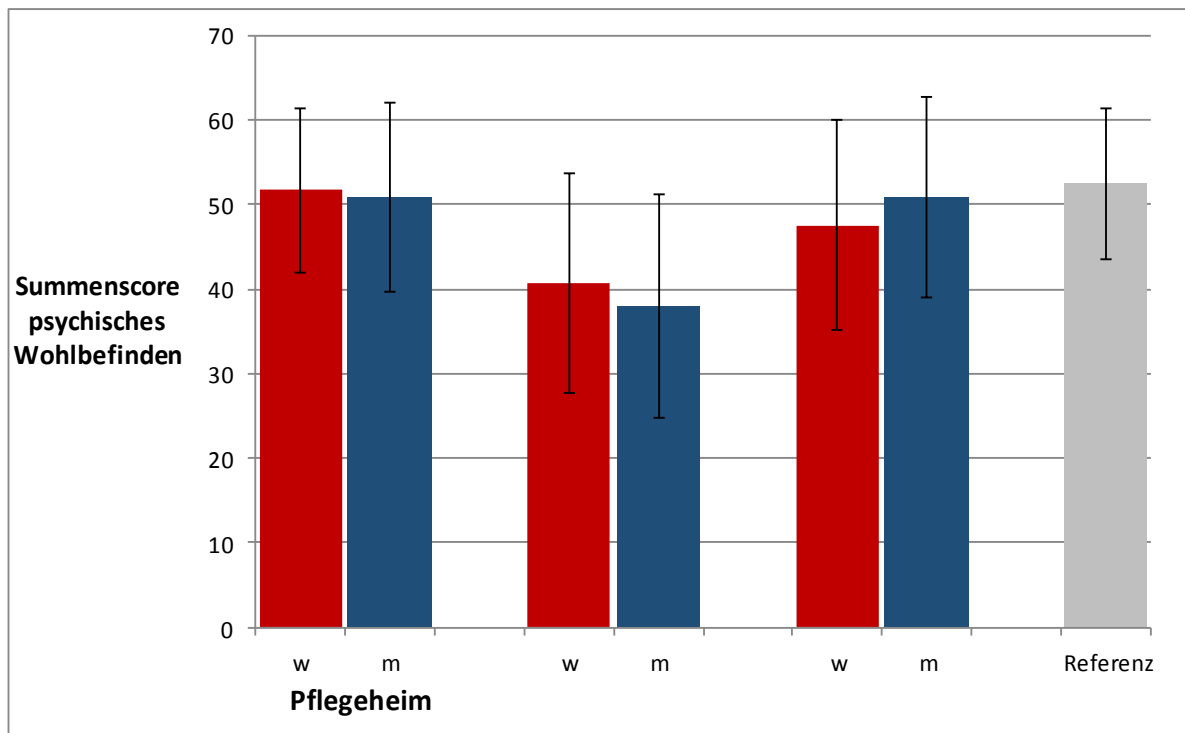
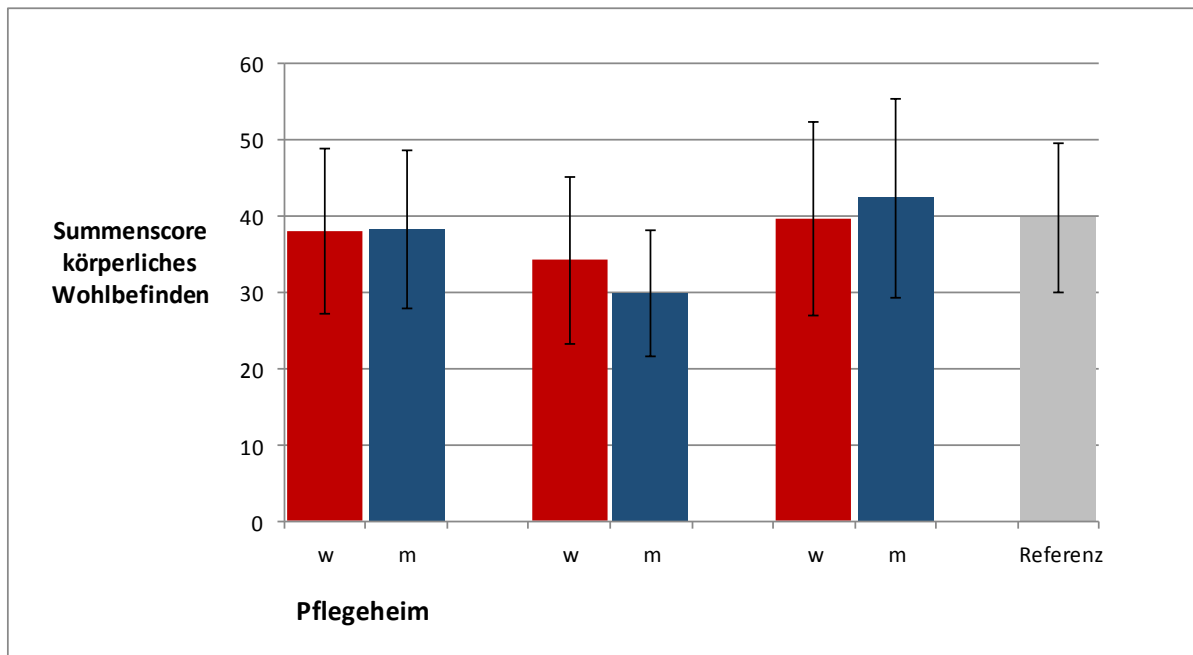


Abb. 1 Vergleich des psychischen Wohlbefindens (je höher der Summenscore desto höher das Wohlbefinden)

Durch die Abbildung 1 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 ( $F(230)= 12,25$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2=0,096$ )



**Abb. 2 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 ( $F(230)= 5,19$ ;  $p < 0,01$ ;  $\eta^2=0,043$ ).

Zusätzlich wurden die 8 Subscores die sich aus dem SF 36 für die drei Gruppen analysiert: Körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU), Körperliche Rollenfunktion (KÖRO), Körperliche Schmerzen (SCHM), Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES), Vitalität (VITA), Soziale Funktionsfähigkeit (SOFU), Emotionale Rollenfunktion (EMRO) und Psychisches Wohlbefinden (PSYC). In der folgenden Tabelle lassen sich die Mittelwerte und Standardabweichung der einzelnen Subscores ablesen.

Tab. 9 Subkategorien des SF 36 in Mittelwerten  $\pm$  Standardabweichung

Subkategorie	Pflegeheim	Ambulant	Selbstständig	Statistik
Körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU)	36,8 $\pm$ 30,8	37,5 $\pm$ 33,4	59,5 $\pm$ 31,4	F=16,69 p= 0,00 Eta <sup>2</sup> = 0,12
Körperliche Rollenfunktion (KÖRO)	57,4 $\pm$ 44,6	20,1 $\pm$ 37,7	50,8 $\pm$ 44,3	F=9,83 p= 0,00 Eta <sup>2</sup> = 0,07
Körperliche Schmerzen (SCHM)	60,1 $\pm$ 30,2	37,4 $\pm$ 26,1	57,3 $\pm$ 28,3	F=8,6 p= 0,00 Eta <sup>2</sup> = 0,06
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES)	48,5 $\pm$ 18,7	37,4 $\pm$ 18,3	50,2 $\pm$ 23,5	F= 5,26 p= 0,006 Eta <sup>2</sup> = 0,04
Vitalität (VITA)	48,4 $\pm$ 21,2	35 $\pm$ 20,1	50,5 $\pm$ 23,2	F=7,05 p= 0,001 Eta <sup>2</sup> = 0,05
Soziale Funktionsfähigkeit (SOFU)	80 $\pm$ 26,3	54,9 $\pm$ 30,2	73,2 $\pm$ 26,2	F=11,56 p= 0,00 Eta <sup>2</sup> = 0,08
Emotionale Rollenfunktion (EMRO)	73,1 $\pm$ 41,4	32 $\pm$ 45,1	62,4 $\pm$ 45,2	F=11,65 p= 0,00 Eta <sup>2</sup> = 0,08
Psychisches Wohlbefinden (PSYC)	71 $\pm$ 18,7	57,1 $\pm$ 23,4	65,7 $\pm$ 22,1	F=5,85 p= 0,003 Eta <sup>2</sup> = 0,04

Legende: p  $\leq$  0,05 : signifikant; p  $\leq$  0,01 : hochsignifikant; p  $\leq$  0,001 : höchstsignifikant

Hierbei gab es signifikante Unterschiede zwischen den ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren im Vergleich zu den anderen beiden Lebensformen, wobei die ambulant versorgten Personen in allen Subscores die niedrigsten Werte aufwiesen.

Es gab bei den Ergebnissen weder zwischen den Geschlechtern noch in Bezug auf das Einkommen, Alter oder den bewohnten Stadtteil signifikante Unterschiede.

Die einzige Ausnahme bildet die soziale Funktionsfähigkeit (SOFU). Hier weisen Männer signifikant höhere Subscores auf als Frauen (F(5,28); p=0,022; eta<sup>2</sup>= 0,021).

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. Die Ergebnisse sind der folgenden Abbildung zu entnehmen.

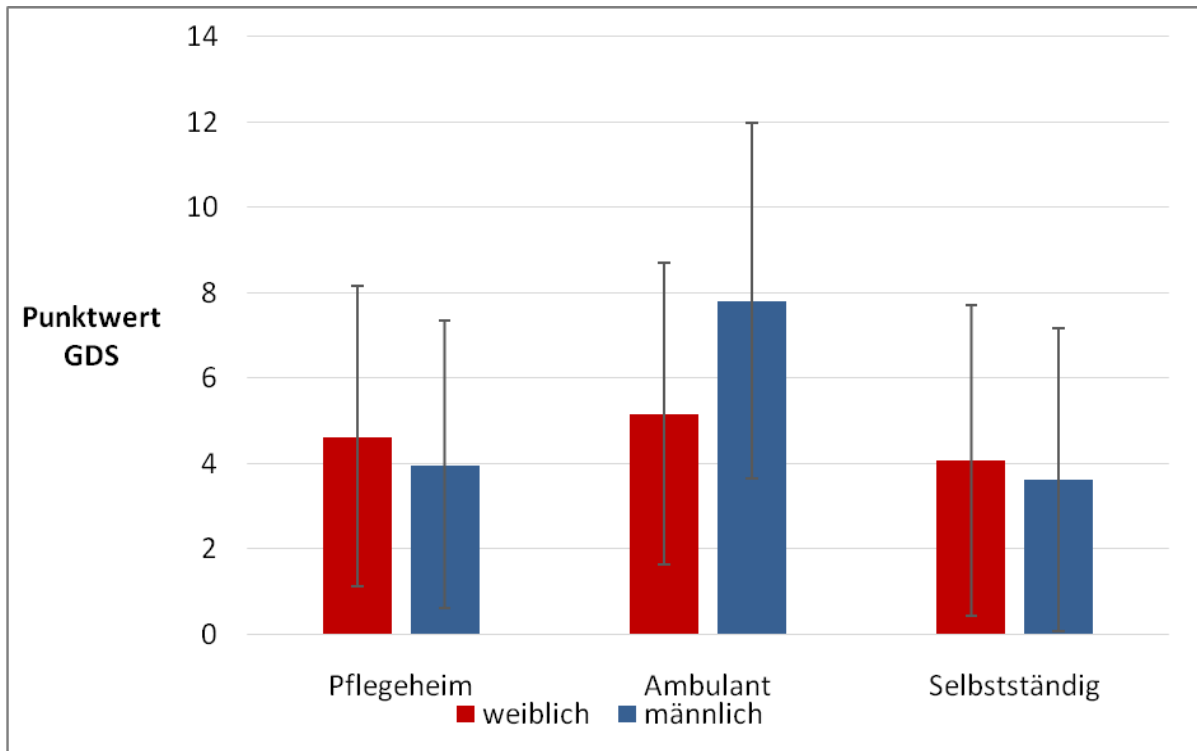


Abb. 3 Vergleich des Punktwerts für die geriatrische Depressionsskala

Grundsätzlich unterschieden sich die Gruppen in ihren Mittelwerten innerhalb der geriatrischen Depressionsskala ( $F(310) = 6,6$ ;  $p < 0,01$ ;  $\eta^2 = 0,041$ ). 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 3 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 Seniorinnen und Senioren aus dem Pflegeheim.

Um den Punktwert der Depressionsskala besser interpretieren zu können, wurden die Ergebnisse aller Fragen im Vergleich der einzelnen Gruppen noch einmal in Tabelle 10 aufgelistet



Tab. 10 Gruppenvergleich der Nennungen zu GDS, Häufigkeiten [%]

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbstständig [%]	Statistik
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<b>72,3</b>	<b>52</b>	<b>77,8</b>	Chi <sup>2</sup> = 6,52 p=0,038 C= 0,145
Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	<b>73,1</b>	<b>64</b>	<b>46,9</b>	Chi <sup>2</sup> =25,39 p=0,000 C= 0,276
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?	28,6	30	30,8	ns
Ist Ihnen oft langweilig?	24,4	28	16,3	Chi <sup>2</sup> =6,797 p=0,033 C= 0,148
Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	<b>71,4</b>	<b>50</b>	<b>67,4</b>	ns
Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	20,2	24	26,8	ns
Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	<b>62,2</b>	<b>34</b>	<b>58,5</b>	Chi <sup>2</sup> = 8,9 p=0,012 C= 0,171
Fühlen Sie sich oft hilflos?	<b>27,7</b>	<b>50</b>	<b>26,8</b>	Chi <sup>2</sup> =12,81 p=0,002 C= 0,204
Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?	<b>51,3</b>	<b>58</b>	<b>37,3</b>	Chi <sup>2</sup> =13,58 p=0,001 C= 0,208
Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?	9,2	26	17,5	Chi <sup>2</sup> = 7,63 p=0,022 C= 0,157
Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	<b>64,7</b>	<b>54</b>	<b>82,9</b>	ns
Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	19,3	26	15,4	ns
Fühlen Sie sich voller Energie?	29,4	22	40,6	ns
Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	14,3	34	13,5	Chi <sup>2</sup> = 13,6 p=0,001 C= 0,21
Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	<b>27,7</b>	<b>44</b>	<b>22,9</b>	Chi <sup>2</sup> = 10,8 p=0,005 C= 0,186

Legende: ns = nicht signifikant; p ≤ 0,05 : signifikant; p ≤ 0,01 : hochsignifikant; p ≤ 0,001 : höchstsignifikant; C = Kontingenzkoeffizient

Bei den Teilfragen zur Depressionsskala gaben weit über zwei Drittel der Personen in Pflegeheimen an, viele Aktivitäten und Interessen aufgegeben zu haben (Tab 10). Im Vergleich gaben über 50% der ambulant versorgten Personen und nicht ganz die Hälfte der Selbstständigen ihre Aktivitäten auf. Der Unterschied zwischen der Gruppe der Heimbewohner und den anderen beiden Gruppen ist statistisch signifikant. Dennoch hatten besonders die Heimbewohner und die Selbstständigen meistens gute Laune und fanden es schön, jetzt zu leben. So waren auch die Heimbewohner und die Selbstständigen signifikant häufiger grundsätzlich mit ihrem Leben zufrieden als die ambulant Betreuten.

Knapp zwei Drittel der Pflegeheimbewohner und mehr als 50% der Selbstständigen waren die meiste Zeit glücklich. Auch hier gaben sie dies signifikant häufiger an, als die ambulant Betreuten, von denen nur etwa ein Drittel der Befragten die meiste Zeit glücklich war.

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%; Selbstständig 26,8%) signifikant erhöht.

Selbstständig Lebende gaben signifikant seltener an, lieber Zuhause zu bleiben anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen, was vermutlich auch erklärt, warum diese Gruppe sich signifikant seltener langweilt, als die anderen beiden Wohnformen.

Zusätzlich konnte ein Alterseffekt festgestellt werden: Ältere Personen blieben lieber Zuhause statt etwas Neues zu unternehmen ( $\chi^2 = 6,87$ ;  $p = 0,036$ ;  $C = 1,52$ ).

Unterschiede in Bezug auf das Einkommen oder das Geschlecht konnten nicht ermittelt werden.

## **7.2 Zentrale Ergebnisse zum Gesundheitszustand und Pflegestufen**

Zu den in Tabelle 11 aufgeführten Aussagen zur allgemeinen Gesundheitswahrnehmung sollten die befragten Seniorinnen und Senioren angeben, inwiefern diese auf sie zutreffen. Auch hier ist besonders augenfällig, dass die ambulant Betreuten ihre Gesundheit im Vergleich zu den anderen Gruppen schlechter einstufen. Beispielsweise gab über die Hälfte der befragten ambulant Versorgten an, dass die Aussage „Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit“ überhaupt nicht zu trafe. Dagegen gaben dies nur etwa 28 % bzw. 33 % der in Pflegeheim bzw. selbstständig Lebenden an. Die Aussage „Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne“ konnte keiner der befragten ambulant Versorgten mit ganz zutreffend bewerten, während dies 9,6% der Heimbewohner und immerhin 16,1% der Selbstständigen taten.

Tab. 11 Gruppenvergleich der Aussagen zum Gesundheitszustand, Häufigkeiten [%]

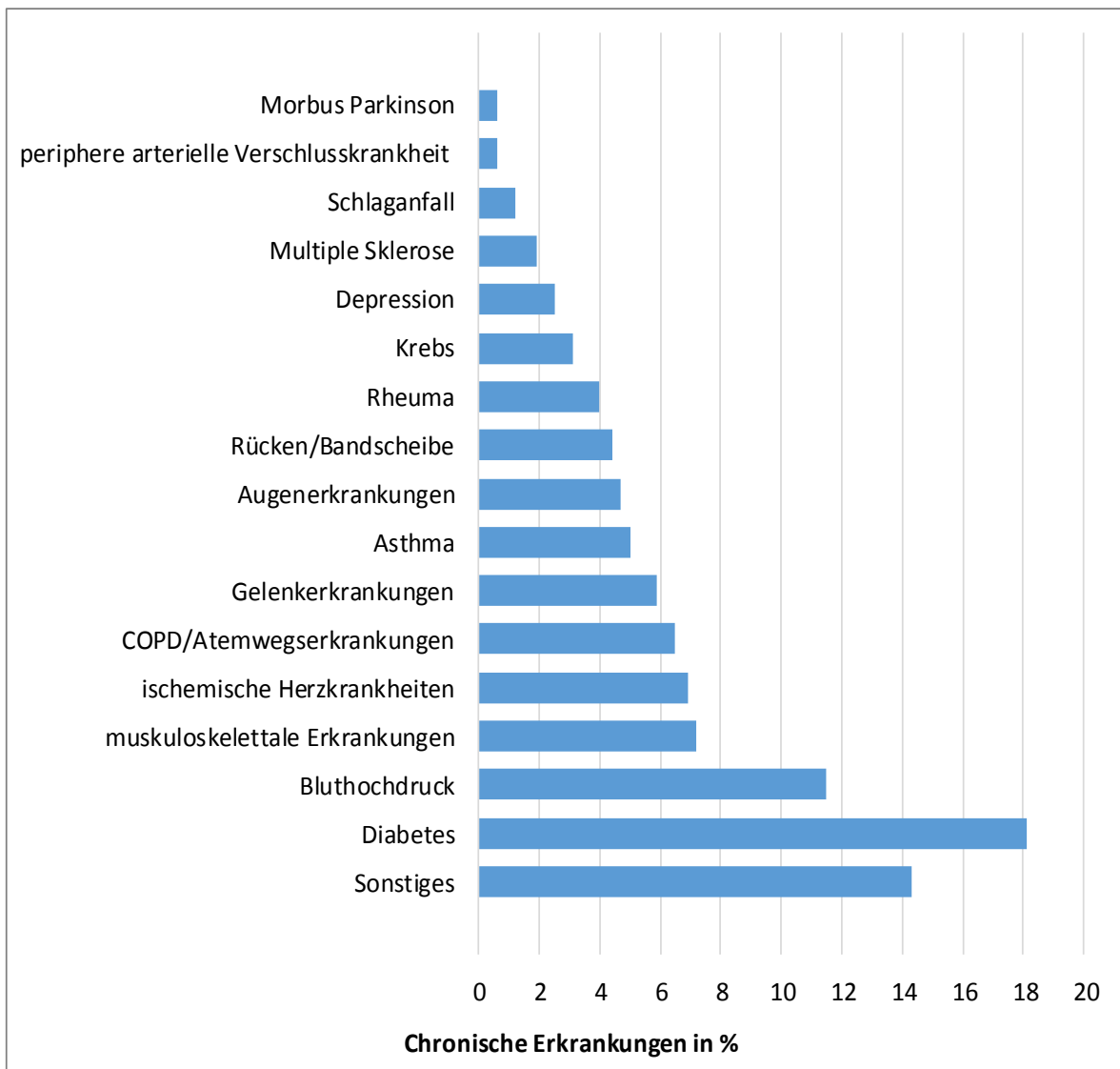
AUSSAGE N	Betreuung	Trifft ganz zu	Trifft weit- gehend zu	Weiß nicht	Trifft weit- gehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Chi <sup>2</sup> -Test
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<b>Pflegeheim</b> [%]	4,4	10,5	23,7	20,2	<b>41,2</b>	Chi <sup>2</sup> = 18,03 p=0,021 C= 0,24
	<b>Ambulant</b> [%]	13,6	9,1	<b>40,9</b>	18,2	18,2	
	<b>Selbständig</b> [%]	6,5	10,9	17,4	23,9	<b>41,3</b>	
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<b>Pflegeheim</b> [%]	9,6	14,9	29,8	23,7	21,9	Chi <sup>2</sup> = 15,94 p=0,043 C= 0,227
	<b>Ambulant</b> [%]	<b>0</b>	27,9	27,9	11,6	32,6	
	<b>Selbständig</b> [%]	16,1	18,2	22,6	20,4	22,6	
c. Ich erwarte, dass meine Gesundhe it nachlässt	<b>Pflegeheim</b> [%]	11,4	34,2	13,2	14,9	26,3	Chi <sup>2</sup> = 31,55 p=0,000 C= 0,31
	<b>Ambulant</b> [%]	20	17,8	40	11,1	11,1	
	<b>Selbständig</b> [%]	11,9	31,5	15,4	26,6	14,7	
d. Ich erfreue mich ausgezeic hnet Gesundhe it	<b>Pflegeheim</b> [%]	8,8	20,4	10,6	31,9	28,3	Chi <sup>2</sup> = 17,39 p=0,025 C= 0,236
	<b>Ambulant</b> [%]	2,3	11,6	14	20,9	<b>51,2</b>	
	<b>Selbständig</b> [%]	10,1	29	9,4	18,8	32,6	

Legende: ns = nicht signifikant; p ≤ 0,05 : signifikant; p ≤ 0,01 : hochsignifikant; p ≤ 0,001 : höchstsignifikant; C = Kontingenzkoeffizient

Es konnten bei der Beantwortung dieser Frage keine alters-, geschlechts- und einkommensabhängigen Unterschiede ermittelt werden.

### 7.2.1 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. 4 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. Die nachstehende Tabelle 12 gibt zudem Auskunft über das Vorkommen von Multimorbidität.

Tab. 12 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%)

### 7.2.2 Pflege- und Hilfebedürftigkeit

Aus den dargestellten Erkrankungen ergeben sich dann die Pflegestufen, die sich wie folgt auf die Gruppen verteilen (Tabelle 13)

Tab. 13 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 erstaunlicherweise 6 % der ambulanten Personen betroffen im Vergleich zum Pflegeheim mit 4,2 % und Selbständigen mit 2,4%.

Die Personen wurden weiterhin zu ihrer momentanen Hilfebedürftigkeit befragt.

Tab. 14 Frage: Sind die zum Zeitpunkt der Befragung auf Hilfe angewiesen [%]?

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

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 15 aufzeigt.

Tab. 15 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 Senioren leisteten zu 54 % dies die ambulanten Dienste. Bei den selbständig lebenden Senioren waren es vor allem die Angehörigen (32 %).

## 7.3 Alltagsprobleme und Funktionseinschränkungen

### 7.3.1 Auswertung der alltäglichen Fähigkeiten (Barthelindex und IADL)

Der Barthel-Index sowie der IADL (instrumental activities of daily living) sind Assessmentinstrumente zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten und dienen der Erfassung von Selbständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit. Es werden die Punkte der einzelnen Kategorien addiert, wobei minimal 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) und maximal 100 Punkte bzw. 8 Punkte (komplette Selbständigkeit) erreicht werden können.

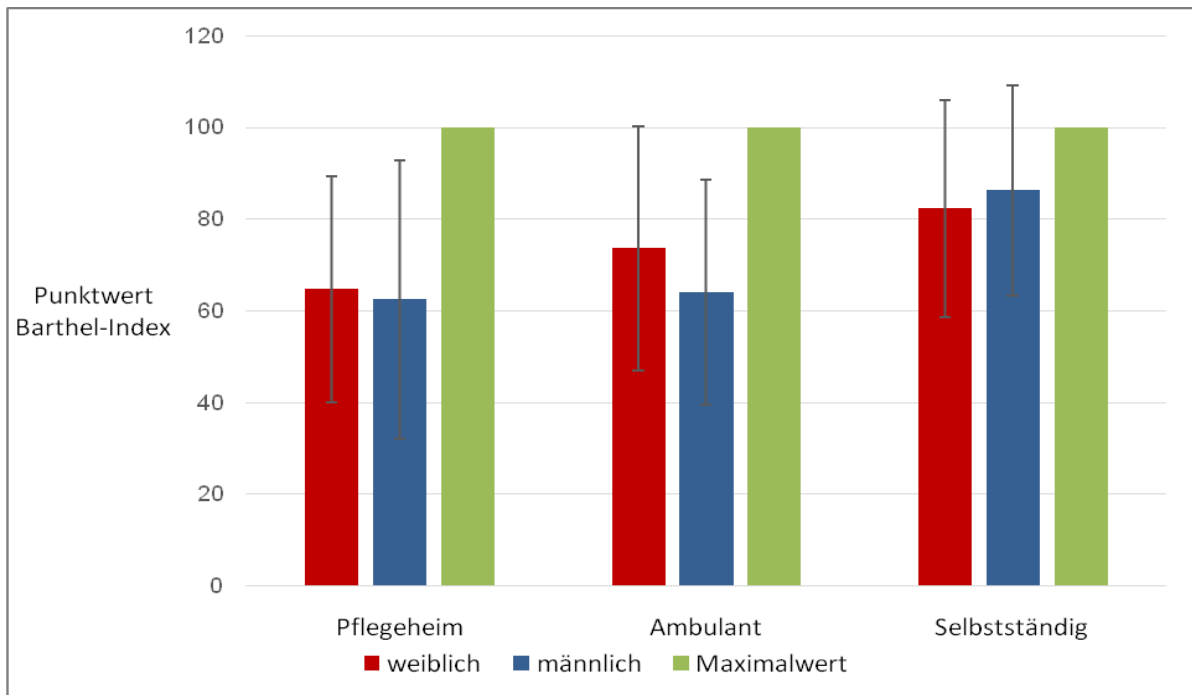


Abb. 5 Vergleich des Barthelindex

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 selbständig lebende Personen hatten Mittelwerte von 83,7. Diese Gruppenunterschiede waren höchstsignifikant ( $F(278)= 19,9$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2=0,125$ ).

Eine genauere Betrachtung der Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit einzelner Gruppen lässt die folgende Tabelle zu (Tab. 16).

Tab. 16 Barthel-Index Punkte

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
0-20 Punkte	2,6	0,7	1,5
25-40 Punkte	8,2	3,2	3,2
45-60 Punkte	4,3	2,2	2,9
65-80 Punkte	<b>11,4</b>	3,6	7,2
85-100 Punkte	10,7	<b>6,1</b>	<b>32,8</b>

Wenn der Barthel-Index in seinen Subkategorien betrachtet wird, dann ergeben sich die Bereiche, die den Seniorinnen und Senioren im Alltag die meisten Probleme bereiteten (vgl. Tab. 17). Es ließen sich für den Barthel-Index keinerlei signifikante geschlechtsspezifischen Unterschiede festmachen. Dies galt sowohl in Bezug auf den Gesamtscore, als auch auf die jeweiligen Subkategorien.

Anders verhielt es sich in Bezug auf das Alter. Hier fanden sich hochsignifikante Unterschiede für den Gesamtscore sowie in den Kategorien 5 (Baden), 6 (Gehen auf Flurebene) und 7 (Treppensteigen) und signifikante Unterschiede für die Kategorie 8 (An- und Auskleiden).

Für die Kategorien 5,6,7,8 lässt sich feststellen, dass die Werte für die Kategorien von der ersten zur zweiten Altersstufe anstiegen, um in der dritten Altersstufe wieder abzufallen. Derselbe Effekt traf auch auf den Gesamtscore zu.

Tab. 17 Unterschiede der Subkategorien des Barthel-Index

Kategorie Barthel Index (n=206)	Maximal Punktzahl	Frauen	Männer
1 Essen	10	9,3 ± 2,1	8,9 ± 2,7
2 Bett/(Roll-) Stuhltransfer	15	13,0 ± 3,9	12,7 ± 4,0
3 Waschen	5	4,0 ± 2,0	4,1 ± 2,1
4 Toilettenbenutzung	10	8,6 ± 2,9	7,9 ± 3,4
5 Baden	5	2,9 ± 2,6	3,1 ± 2,9
6 Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	15	11,9 ± 4,1	11,6 ± 4,6
7 Treppensteigen	10	6,3 ± 4,3	6,0 ± 4,5
8 An- und Auskleiden	10	8,1 ± 3,3	7,4 ± 3,7
9 Stuhlkontrolle	10	8,7 ± 2,8	9,0 ± 2,5
10 Urinkontrolle	10	8,4 ± 3,0	8,4 ± 3,3
Gesamtscore	100	80,4 ± 23,0	79,4 ± 26,0

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den IADL's (Abb. 6).

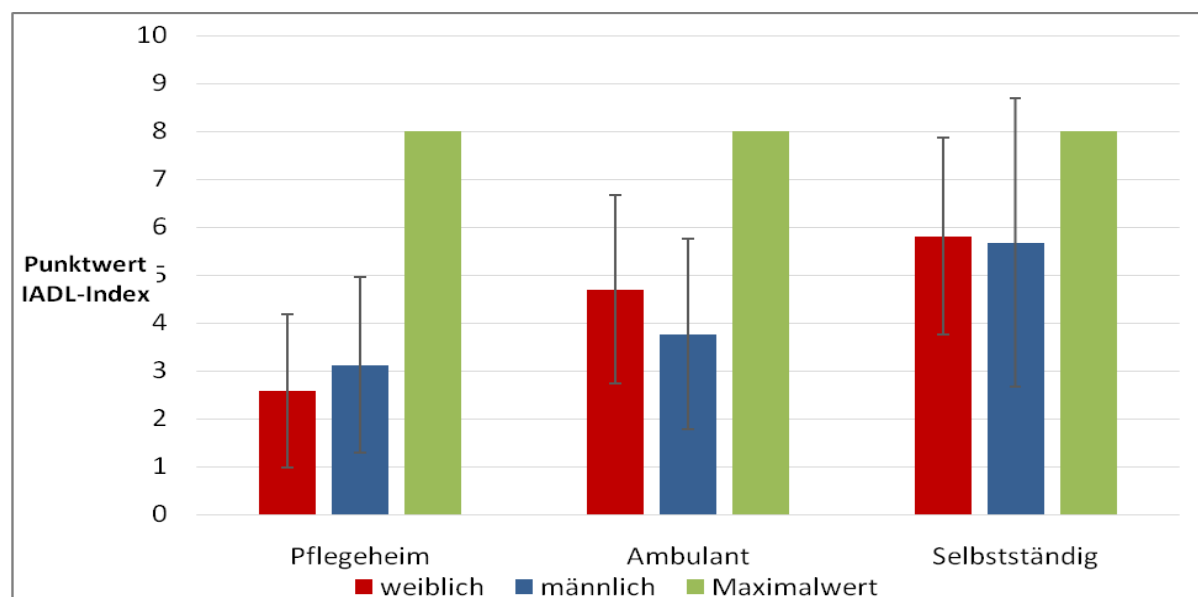


Abb. 6 Vergleich der IADL Mittelwerte



Auch hier ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ( $F(312)= 60,4$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2=0,279$ ).

Sowohl die Ergebnisse des Barthel- als auch des IADL-Index 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 ( $r= 0,676$ ; Werte zum aktuellen Gesundheitszustand siehe Tabelle 6). 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:

**Tab. 18 Unterschiede der Subkategorien des Barthel-Index**

IADL Kategorien	Maximale Punktzahl	Frauen	Männer
1 Telefon	3	0,99 ± 0,11	0,97 ± 0,16
2 Einkaufen	1	0,53 ± 0,50	0,46 ± 0,50
3 Kochen	1	0,59 ± 0,49	0,37 ± 0,49
4 Haushalt	4	0,80 ± 0,40	0,72 ± 0,45
5 Wäsche	2	0,70 ± 0,46	0,47 ± 0,50
6 Transportmittel	3	0,68 ± 0,47	0,71 ± 0,46
7 Geldhaushalt	2	0,93 ± 0,26	0,87 ± 0,34
Gesamtscore	16	5,22 ± 2,11	4,58 ± 2,11

Hochsignifikante Unterschiede zwischen den Alterskategorien fanden sich in den Kategorien 2 (Einkaufen), 3 (Kochen), 4 (Haushalt), 5 (Wäsche), 6 (Transportmittel) sowie dem Gesamtscore. In den Kategorien 2, 3, 4 und 5 zeigte sich eine Erhöhung der Kategorienwerte im Mittel für die zweite Altersstufe gegenüber der ersten, mit einem anschließenden Abfall der Werte für die dritte Altersstufe. Für die Kategorie 6 war ein leichter Abfall des Mittelwerts von der ersten zur zweiten Altersstufen vorhanden, der für die dritte Altersstufe deutlicher ausfiel.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich in den Kategorien 3 (Kochen) und 5 (Wäsche) in denen die Frauen einen höheren Mittelwert aufwiesen. Bezogen auf den Gesamtscore zeigte sich auch hier ein hochsignifikanter Unterschied in den Geschlechtern, bedingt durch den im Mittel höheren Gesamtscore der Frauen.

Eine ausführliche Darstellung der Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten von in Pflegeheim lebenden, ambulant versorgten und selbstständigen Seniorinnen und Senioren ist der folgenden Tabelle (19) zu entnehmen.

Tab. 19 Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten, Häufigkeiten [%]

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbstständig [%]	Chi <sup>2</sup> -Test
Es fällt mir schwer lange zu stehen (z.B. am Spülbecken, an der Bushaltestelle)	<b>64,7</b>	<b>72</b>	<b>55,6</b>	Chi <sup>2</sup> =14,2 p= 0,001 C= 0,21
Es fällt mir schwer mich zu bücken	<b>64,7</b>	<b>66</b>	<b>44,4</b>	Chi <sup>2</sup> =19,46 p= 0,000 C= 0,24
Meine Energie lässt schnell nach	<b>50,4</b>	<b>64</b>	<b>50</b>	Chi <sup>2</sup> =6,8 p= 0,033 C= 0,15
Alles strengt mich an	<b>38,7</b>	<b>62</b>	<b>41,1</b>	Chi <sup>2</sup> =13,5 p= 0,001 C= 0,21
Ich wache in den frühen Morgenstunden auf	<b>55,5</b>	<b>54</b>	<b>55,7</b>	<b>ns</b>
Ich habe Schmerzen beim Gehen	<b>47,9</b>	<b>54</b>	<b>41</b>	Chi <sup>2</sup> =6,84 p= 0,039 C= 0,15
Es fällt mir schwer mich selbst anzuziehen	<b>52,9</b>	<b>34</b>	<b>18,7</b>	Chi <sup>2</sup> =40,3 p= 0,000 C= 0,35
Ich kann mich nur innerhalb des Hauses bewegen	33,6	38	15,1	Chi <sup>2</sup> =19,87 p= 0,000 C= 0,25
Ich brauche lange zum Einschlafen	25,2	38	41,5	Chi <sup>2</sup> =6,94 p= 0,031 C= 0,15
Ich habe andauernd Schmerzen	16	38	28,8	Chi <sup>2</sup> =11,9 p= 0,003 C= 0,2
Ich bin andauernd müde	35,6	36	28,8	<b>ns</b>
Ich habe Schmerzen, wenn ich stehe	34,5	36	29,4	<b>ns</b>
Ich habe nachts Schmerzen	27,7	36	36,9	<b>ns</b>
Es fällt mir schwer nach Gegenständen zu greifen	21	36	17,7	Chi <sup>2</sup> =12,44 p= 0,002 C= 0,2
Ich fühle mich niedergeschlagen	26,9	34	34,8	<b>ns</b>
Ich kann überhaupt nicht gehen	23,5	28	5,1	Chi <sup>2</sup> =25,85 p= 0,000 C= 0,28

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbstständig [%]	Chi <sup>2</sup> -Test
Ich nehme Tabletten, um schlafen zu können	27,7	24	15	Chi <sup>2</sup> = 8,785 p= 0,012 C= 0,17
Ich fühle mich einsam	22,7	26	23,6	ns
Ich habe das Gefühl für andere Menschen eine Last zu sein	21,8	26	13,6	ns
Ich liege nachts die meiste Zeit wach	24,4	24	23,9	ns
Mir reißt derzeit oft der Geduldsfaden	19,3	22	14,4	ns
Ich fühle mich gereizt	21	20	18	ns
Ich finde es schmerzhaft, meine Körperposition zu verändern	21	18	34,1	ns
Ich fühle, dass ich niemandem nahestehe	13,4	20	19,3	ns
Ich habe das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren	9,2	20	8,6	Chi <sup>2</sup> = 7,56 p= 0,023 C= 0,16
Ich habe vergessen, wie es ist Freude zu empfinden	11,8	18	15,9	ns
Ich habe unerträgliche Schmerzen	10,1	18	10,6	ns

Legende: ns = nicht signifikant; p ≤ 0,05 : signifikant; p ≤ 0,01 : hochsignifikant; p ≤ 0,001 : höchstsignifikant; C = Kontingenzkoeffizient

Über die Hälfte der Befragten hatten Schwierigkeiten oder Schmerzen bei Tätigkeiten wie langem Stehen, Anziehen, Gehen und Bücken. Zudem gaben 50-64% der Befragten an, ihre Energie lasse schnell nach. Besonders die ambulant Betreuten fühlten sich durch Alltagsbelastungen stark angestrengt. Personen im Pflegeheim gaben mit 52,9 % an, dass es Ihnen schwer falle, sich alleine anzuziehen.

Weiterhin wachten in allen drei Personengruppen über die Hälfte der Befragten in den frühen Morgenstunden auf. Die befragten Selbstständigen gaben zu 41,5% an, dass sie lange zum Einschlafen bräuchten.

Dabei sind bei einigen Fragen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festzustellen. Im Vergleich zu den anderen beiden Wohnformen, gaben selbständig lebende Seniorinnen und Senioren seltener an, Probleme beim Bücken oder Gehen zu haben. Auch gaben sie signifikant weniger häufig an, Tabletten nehmen zu müssen um schlafen zu können.

Den ambulant Versorgten dagegen fiel es nach eigenen Angaben häufiger schwer lange zu stehen und nach Gegenständen zu greifen als den in Pflegeheim oder selbständig Wohnenden. Außerdem gab es signifikante Gruppenunterschiede zu Lasten der ambulant Betreuten bei den Aussagen, die Energie lasse schnell nach, alles streng an, dem Gefühl die Kontrolle zu verlieren und Schmerzen beim Gehen.

Weiter sind signifikante geschlechterspezifische Unterschiede zu beachten. Die befragten Frauen gaben im Vergleich zu den Männern häufiger an, Tabletten zu nehmen um nachts schlafen zu können ( $\chi^2= 7,1$ ;  $p= 0,028$ ;  $C=0,19$ ). Auch fiel es ihnen schwerer nach Gegenständen zu greifen ( $\chi^2= 9,23$ ;  $p= 0,010$ ;  $C=0,22$ ) und lange zu stehen ( $\chi^2= 18,8$ ;  $p= 0,000$ ;  $C=0,32$ ). Weiter nannten sie häufiger Schmerzen beim Gehen ( $\chi^2= 10,92$ ;  $p= 0,004$ ;  $C=0,24$ ), fanden häufiger, dass alles sie anstrenge ( $\chi^2= 9,04$ ;  $p= 0,011$ ;  $C=0,21$ ) sowie dass ihre Energie schnell nach lasse ( $\chi^2= 6,99$ ;  $p= 0,03$ ;  $C=0,19$ ).

Dagegen fiel es Männern im Vergleich zu Frauen häufiger schwer sich anzuziehen ( $\chi^2= 35,18$ ;  $p= 0,000$ ;  $C=0,4$ ) und sie gaben häufiger an, sich nur innerhalb des Hauses bewegen zu können ( $\chi^2= 9,28$ ;  $p= 0,10$ ;  $C=0,21$ ) und das Gefühl zu haben die Kontrolle zu verlieren ( $\chi^2= 8,53$ ;  $p= 0,014$ ;  $C=0,21$ ). Auch diese geschlechtsspezifischen Ergebnisse waren signifikant.

Unter den ambulant Betreuten gibt es einen signifikanten Unterschied zu Lasten der Männer in Bezug auf die Aussage „Ich kann überhaupt nicht gehen“ ( $\chi^2= 12,04$ ;  $p= 0,002$ ;  $C=0,25$ ). Unter den selbständigen Seniorinnen und Senioren gaben die Senioren signifikant häufiger an, andauernde Schmerzen zu haben als dies die Seniorinnen taten ( $\chi^2= 6,47$ ;  $p= 0,039$ ;  $C=0,19$ ).

Eine weitere Frage des Fragebogens, der sich aus Teilfragen des SF-36 zusammensetzt, hinsichtlich alltäglicher Tätigkeiten und der Herausforderung, die sie durch einen eventuellen eingeschränkten Gesundheitszustand darstellen, erfasste auch die Stärke der Einschränkung. Hier ist besonders auffällig, dass sowohl Heimbewohner als auch ambulant versorgte Seniorinnen und Senioren mit rund 76% bzw. 68% häufig angaben, bei anstrengenden Tätigkeiten wie z.B. schnellem Laufen, dem Heben von schweren Gegenständen oder anstrengendem Sport, stark eingeschränkt zu sein.

Ein besonders eklatanter Unterschied zwischen den Gruppen ist beim Treppensteigen zu verzeichnen. Hier gab die Mehrheit (54,6%) der selbstständig Lebenden an, überhaupt nicht eingeschränkt zu sein, so wie immerhin 34 % der im Pflegeheim Wohnenden. Dem gegenüber stehen nur 3,3% der befragten ambulant Versorgten, die überhaupt nicht eingeschränkt waren einen Treppenabsatz zu steigen (Tab. 20).

Tab. 20 Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark ?

TÄTIGKEITEN	Pflegeheim [%]			Ambulant [%]			Selbständig [%]		
	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
<b>a.</b> anstrengende Tätigkeiten z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	76,2	16,4	7,4	68	20	12	44,7	41,3	14
<b>b.</b> mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	60,7	23,0	16,4	60	20	20	30,2	38,3	31,5
<b>c.</b> Einkaufstaschen heben oder tragen	50,4	25,6	24,0	46,9	36,7	16,3	22,7	39,3	38
<b>d.</b> mehrere Treppenabsätze steigen	58,3	22,5	19,2	60,4	18,8	20,8	30,1	33,6	36,3

TÄTIGKEITEN	Pflegeheim [%]			Ambulant [%]			Selbständig [%]		
	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
e. einen Treppenabsatz steigen	39,3	26,5	34,2	34,0	44,7	3,3	12,8	32,6	54,6
f. sich beugen, knien, bücken	43,6	30,9	25,5	40,8	44,9	14,3	25,2	38,8	36,1
g. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	68,9	16	15,1	55,3	23,4	21,3	26,2	27,6	46,2
h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	55,6	21,4	23,1	56,3	25	18,8	24,2	30,2	45,6
i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	41,5	28,0	30,5	46,8	25,5	27,7	15,6	25,2	59,2
j. sich baden oder anziehen	29,7	33,9	36,4	35,4	39,6	25	11,5	29,1	59,5

Bei allen in Tabelle 20 dargestellten Fragen gab es höchstsignifikante ( $p \leq 0,001$ ) Unterschiede zugunsten der selbstständig lebenden Personen, die erwartungsgemäß die niedrigsten Einschränkungen angaben.

In der folgenden Tabelle (21) wurde nach Schwierigkeiten gefragt, die in den vergangenen vier Wochen in Folge von körperlicher Beschwerden zu Hause oder auf der Arbeit auftraten.

Einschränkungen im Beruf bzw. bei alltäglichen Arbeiten Zuhause bestätigten vor allem ambulant Versorgte. 81,8 % der Befragten ambulant versorgten Seniorinnen und Senioren konnten nur bestimmte Dinge tun und hatten Schwierigkeiten bei der Ausführung ihrer Arbeiten. Dazu gaben 80% an, dass sie aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit weniger geschafft hatten, als sie wollten. Dabei heben sie sich deutlich von Seniorinnen und Senioren ab, die im Pflegeheim oder selbstständig wohnen. Hier gaben nur 46,4 % (Pflegeheim) bzw. 51,4 % (selbstständig) an, dass sie aufgrund von körperlicher Beschwerden weniger geschafft hatten, als sie wollten (Tabelle 21).

**Tab. 21 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?**

	Pflegeheim [%]			Ambulant [%]			Selbständig [%]		
	Ja	Nei n	Keine Angab e	Ja	Nei n	Keine Angab e	Ja	Nei n	Keine Angab e
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	37,3	62,7	0	75	25	0	46	53,3	0,7
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	46,4	53,6	0	80	20	0	51,4	47,8	0,7
c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	49,1	50,9	0	81,8	18,2	0	49,6	49,6	0,7
d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. Ich musste mich besonders anstrengen)	52,2	47,8	0	81,8	18,2	0	54	46	0

Alle hier dargestellten Häufigkeiten zeigen höchstsignifikante Unterschiede zu Lasten der ambulant versorgten Personen, die die größten Schwierigkeiten berichteten ( $p \leq 0,001$ )

Tab. 22 Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Pflegeheim [%]			Ambulant [%]			Selbstständig [%]		
	Ja	Nein	Keine Angabe	Ja	Nein	Keine Angabe	Ja	Nein	Keine Angabe
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	28,0	43,0	0	68,3	31,7	0	36,6	63,4	0
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	29	71	0	72,1	27,9	0	44,2	55,1	0,7
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	26,7	73,3	0	69,8	30,2	0	33,8	65,4	0,7

Auch Einschränkungen im Beruf bzw. bei alltäglichen Arbeiten aufgrund seelischer Probleme gaben ambulant versorgte Seniorinnen und Senioren höchstsignifikant häufiger an als im Pflegeheim oder selbstständig Wohnende ( $p \leq 0,001$ ; Tabelle 21).

### 7.3.2 Schmerzen

Die nachstehenden Ergebnisse setzen sich aus Teilfragen des SF 36 zusammen.

Tab. 23 Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbstständig [%]
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 selbstständig lebenden Personen fanden sich die niedrigsten Werte (Tab. 23). Auch diese Unterschiede sind hochsignifikant ( $\chi^2=25,43$ ;  $p=0,013$ ;  $C=0,295$ ).

Schmerzbedingte Einschränkungen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf fanden sich erneut im größeren Maße bei den ambulant Betreuten als bei den



Heimbewohnern oder Selbstständigen ( $\chi^2=28,41$ ;  $p=0,000$ ;  $C=0,295$ ). Rund 44% der ambulant versorgten Seniorinnen und Senioren gaben an, durch die Schmerzen ziemlich behindert zu sein. Nur 10% der befragten ambulant Betreuten waren überhaupt nicht beeinträchtigt. Dem gegenüber standen 40% der Heimbewohner und 28% der selbstständig Lebenden, die überhaupt nicht beeinträchtigt durch Schmerzen in ihren Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf seien (Tab. 24).

**Tab. 24 Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbstständig [%]</b>
Überhaupt nicht	40	10,9	28
Etwas	20,9	10,9	24,5
Mäßig	9,1	17,4	18,2
Ziemlich	18,2	43,5	19,6
Sehr	11,8	17,4	9,8

### 7.3.3 Sturzrisikofaktoren

Für die Alltagsmobilität besonders relevant sind Sturzrisikofaktoren.

Die Häufigkeit einzelner Sturzrisiken verteilte sich wie folgt auf die ausgewerteten Gruppen (Tabelle 25):

**Tab. 25 Sturzrisikofaktoren Häufigkeiten [%]**

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbstständig [%]</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b>
Haben Sie Gleichgewichtsschwierigkeiten?	<b>47,1</b>	<b>62</b>	<b>43</b>	Chi <sup>2</sup> =9,88 p= 0,007 C= 0,18
Sind Sie schnell außer Atem?	<b>51,3</b>	<b>62</b>	<b>50,7</b>	<b>ns</b>
Hat Ihre Muskelkraft in den Armen oder Beinen nachgelassen?	<b>77,3</b>	<b>78</b>	<b>66,7</b>	Chi <sup>2</sup> =8,48 p= 0,014 C= 0,16
Fühlen sich Ihre Gelenke steif an?	<b>46,2</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>ns</b>
Benutzen Sie Gehilfen wie einen Stock oder einen Rollator?	<b>84</b>	<b>58</b>	<b>31,7</b>	Chi <sup>2</sup> =81,07 p= 0,000 C= 0,456
Haben Sie manchmal Schwindelgefühle?	<b>51,3</b>	<b>62</b>	<b>43,3</b>	Chi <sup>2</sup> =9,13 p= 0,01 C= 0,171
Nehmen Sie mehr als drei Medikamente?	<b>66,4</b>	<b>80</b>	<b>47,6</b>	Chi <sup>2</sup> =28,36 p= 0,00 C= 0,28
Haben Sie Angst zu stürzen?	<b>53,8</b>	<b>66</b>	<b>51,7</b>	Chi <sup>2</sup> =6,72 p= 0,035 C= 0,15

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbständig [%]</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b>
Haben Sie irgendwelche Probleme mit Ihren Füßen?	<b>40,3</b>	<b>60</b>	<b>51,4</b>	Chi <sup>2</sup> =8,8 p= 0,012 C= 0,17
Müssen Sie sich manchmal beeilen zur Toilette zu kommen?	<b>48,7</b>	<b>58</b>	<b>57,6</b>	<b>ns</b>
Haben Sie Probleme mit Ihren Augen?	<b>49,6</b>	<b>54</b>	<b>55,2</b>	<b>ns</b>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	0,8	8	13,2	Chi <sup>2</sup> =14,03 p= 0,001 C= 0,21
Haben Sie Hörschwierigkeiten?	<b>34,5</b>	<b>50</b>	<b>35,7</b>	Chi <sup>2</sup> =6,55 p= 0,038 C= 0,15
Essen Sie manchmal länger als 5 Std nichts?	21,8	36	34,5	Chi <sup>2</sup> =7,3 p= 0,026 C= 0,15

Legende: ns = nicht signifikant; p ≤ 0,05 : signifikant; p ≤ 0,01 : hochsignifikant; p ≤ 0,001 : höchstsignifikant; C = Kontingenzkoeffizient

Beinahe alle Heimbewohner nutzten eine Gehhilfe, unter den ambulant Betreuten benötigte mehr als die Hälfte diese Unterstützung, unter den Selbstständigen war es etwa jeder Dritte. In Bezug auf die körperliche Verfassung gab ein Großteil der Befragten an, dass sie oft Schwindelgefühle und Gleichgewichtsschwierigkeiten haben, schnell außer Atem seien, sich die Gelenke steif anfühlten, sie Probleme mit den Füßen und Augen haben 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. Geschlechts- und einkommensspezifische Unterschiede gab es hierbei nicht. Mit zunehmenden Alter nehmen jedoch die Hörprobleme (Chi<sup>2</sup>=8,23; p= 0,016; C=0,17) und das Gefühl schnell außer Atem (Chi<sup>2</sup>=6,27; p= 0,043; C=0,15) zu sein zu. Zudem hat die mittlere Altersgruppe die höchste Sturzangst (Chi<sup>2</sup>= 5,9; p= 0,05; C=0,14).

Für das individuelle Sturzrisiko ist es relevant, wie viele Sturzrisikofaktoren sich kumulieren. Für die hier befragte Stichprobe ergab sich dazu folgendes Bild:

**Tab. 26 Kumuliertes Sturzrisiko der Befragten**

	<b>Pflegeheim</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Selbständig</b>
Anzahl Sturzrisiken	6,9 ± 3,1	8,1 ± 3,4	5,6 ± 3

Neben den signifikant erhöht vorkommenden Sturzrisikofaktoren bei den ambulant betreuten Personen (F(245)= 7.726; p < 0,001; eta<sup>2</sup>=0,059), ergaben sich altersspezifische Unterschiede (F(254)= 10,398; p < 0,001; eta<sup>2</sup>=0,041). 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

Um Aussagen über die Zugänge zur Gesundheitsvorsorge und Beratung treffen zu können, wurden zunächst die Häufigkeiten der Arztbesuche erfasst (Tab 27, Abb. 7).

Tab. 27 Häufigkeiten der Hausarztbesuche pro Jahr [%]

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Gar nicht	2,5	0,6	1,9
Einmal	2,5	0,9	5
2-6mal	12,7	6,2	26
7-12mal	8	2,8	6,8
Mehr als 12mal	8,4	3,4	5,6
Keine Angabe	3,4	1,2	1,5

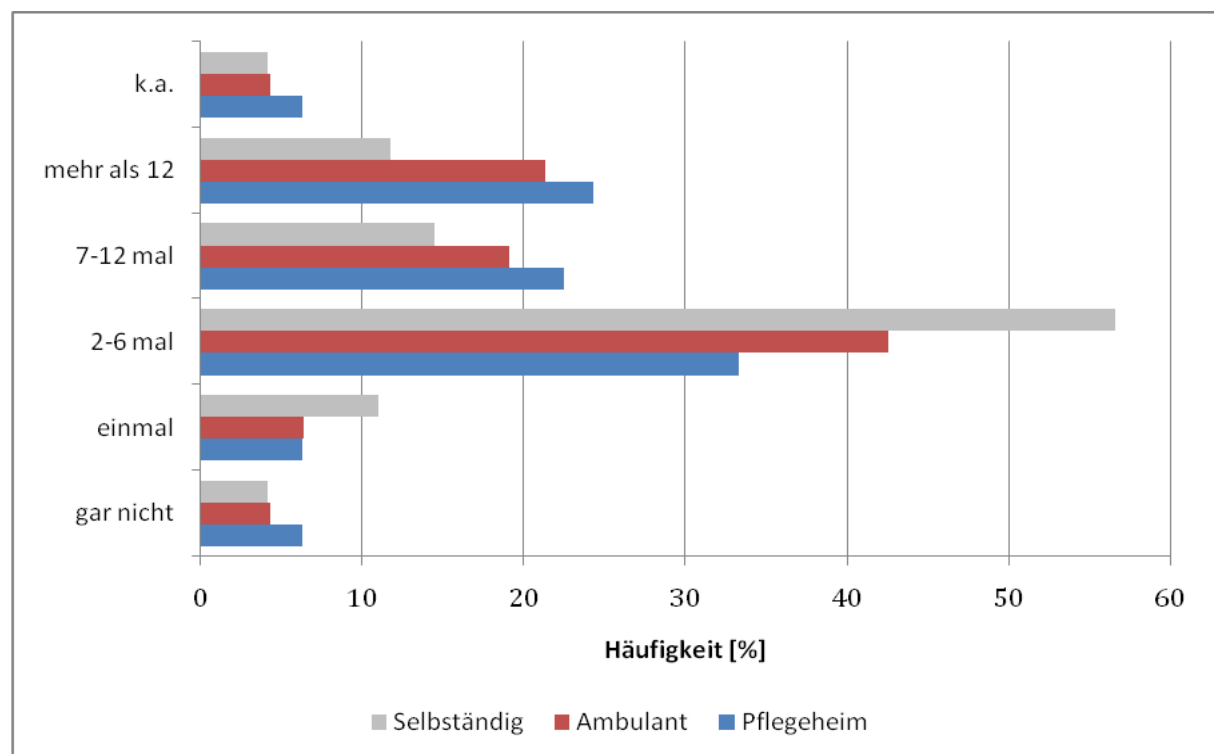


Abb. 7 Häufigkeiten der Hausarztbesuche pro Jahr [%]

Die Abbildung 7 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 selbstständig lebende Befragte.

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 (Tab. 28, Abb. 8). 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.

Tab. 28 Fahrt- und Wegezeiten zum Hausarzt [%]

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
<15 min	24,1	6,5	21,4
15-30 min	4,3	3,7	14,6
30-45 min	0,6	1,5	5,6
>45 min	1,2	1,9	2,2
Ich habe keinen Hausarzt	0,3	0	0,9
Keine Angabe	6,8	1,9	2,2

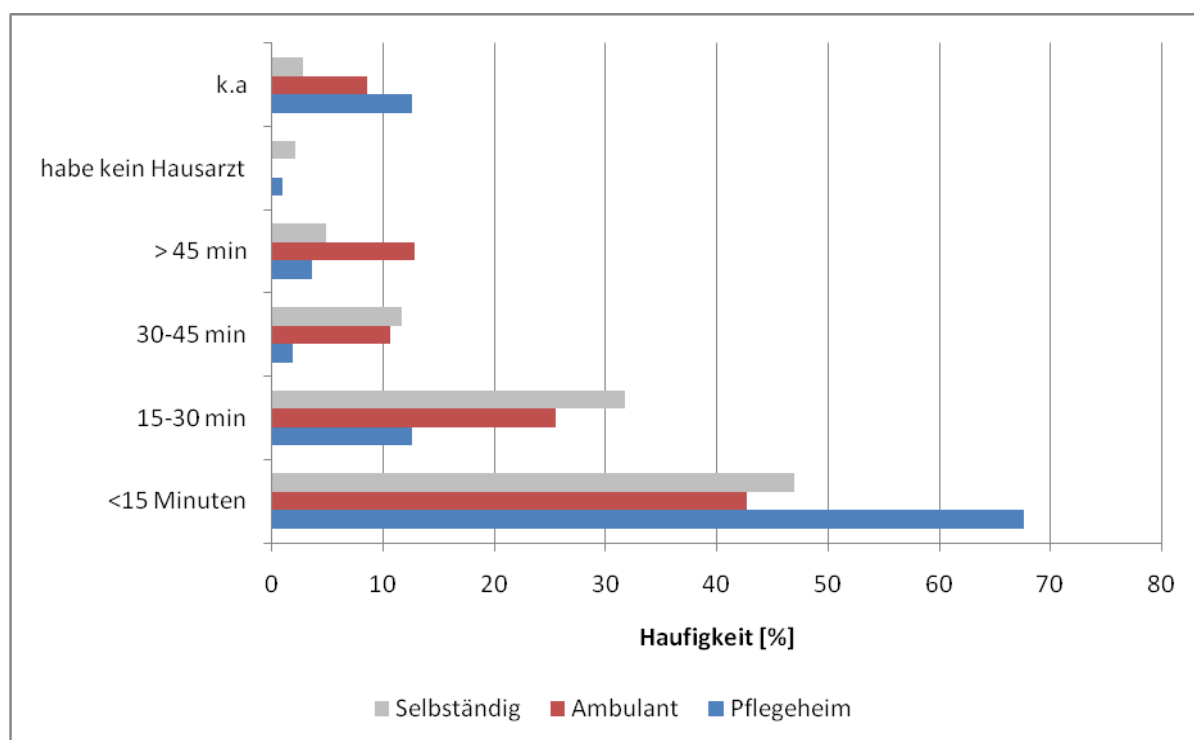


Abb. 8 Fahrt- und Wegezeiten zum Hausarzt

Abschließend wurde ermittelt, wie häufig die Fachärzte aufgesucht wurden.

Tab. 29 Häufigkeiten der Facharztbesuche pro Jahr [%]

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
<15 min	24,1	6,5	21,4
15-30 min	4,3	3,7	14,6
30-45 min	0,6	1,5	5,6
>45 min	1,2	1,9	2,2
Ich habe keinen Hausarzt	0,3	0	0,9
Keine Angabe	6,8	1,9	2,2

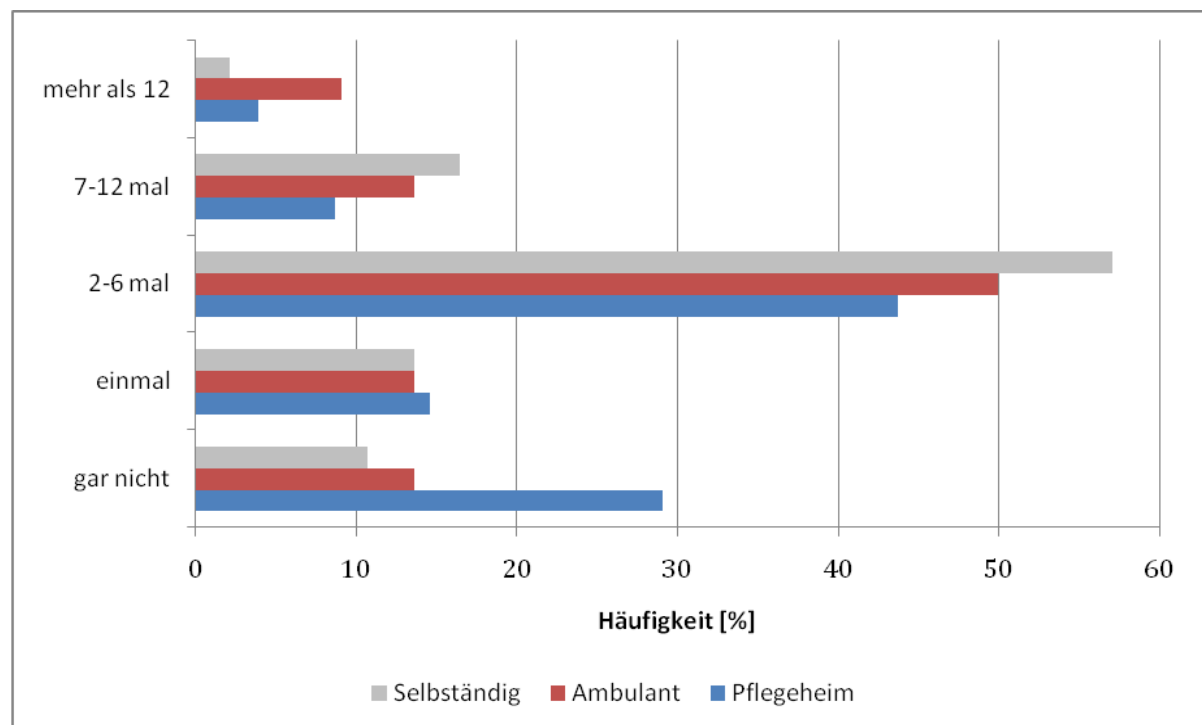
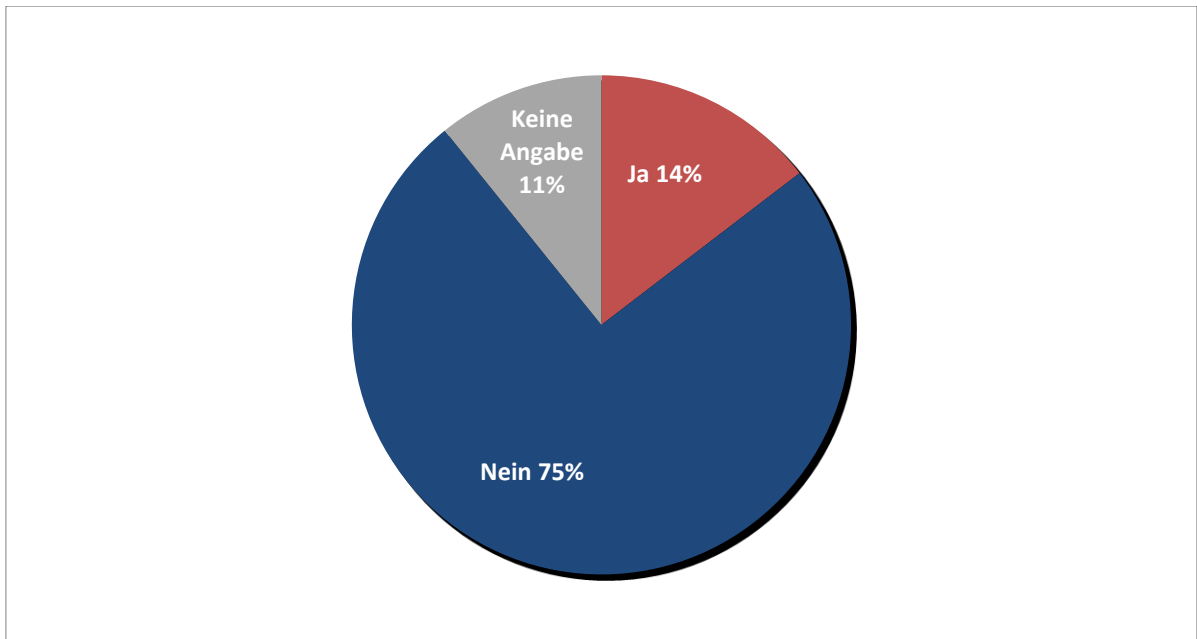


Abb. 9 Häufigkeiten der Facharztbesuche pro Jahr [%]

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 Bürgerinnen und Bürger mit diesen beiden Institutionen vertraut waren.



**Abb. 10** 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 30 zu entnehmen.

**Tab. 30** 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. 31).

**Tab. 31** 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. 32 Frage: Leben Sie mit einem Partner oder Angehörigen

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

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. 33 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 33 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. 34 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
<b>1-2</b>	<b>49,6</b>	<b>46,8</b>	<b>44,9</b>
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. 35)

**Tab. 35 Frage: Pflegen Sie zur Zeit einen Angehörigen/Partner?**

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbstständig [%]</b>
<b>Nein</b>	<b>99,1</b>	<b>89,1</b>	<b>97,9</b>
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 der im Pflegeheim oder selbständig Wohnenden zu der Zeit der Befragung keinen Angehörigen oder Partner pflegten, während knapp 10 % der ambulant versorgten Personen selber noch für jemanden sorgen mussten.

Inwiefern die eigene körperliche oder psychische Gesundheit die soziale Interaktion mit Freunden und Familie in den letzten 4 Wochen vor der Befragung beeinträchtigt hatte, wurde im Fragebogenbereich des SF-36 erfasst. Auffällig ist, dass im Pflegeheim lebende Seniorinnen und Senioren zu 57,4% angaben, dass sie diesbezüglich überhaupt nicht beeinträchtigt seien. Im Gegensatz dazu, konnten das nur 21,7 % der ambulant Versorgten angeben. Hier gaben sogar 26,1 % an, dass sie ziemlich beeinträchtigt seien. Der größte Teil (42,8 %) der befragten selbstständigen Seniorinnen und Senioren waren ebenfalls überhaupt nicht beeinträchtigt.

**Tab. 36 Frage: 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?**

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbstständig [%]</b>
Überhaupt nicht	57,4	21,7	42,8
Etwas	17,4	17,4	27,6
Mäßig	8,7	26,1	15,9
Ziemlich	10,4	26,1	7,6
Sehr	6,1	8,7	6,2

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



Tab. 37 Wenn Sie an Ihre Zukunft denken, welche Gedanken bereiten Ihnen Sorge?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
<b>Gesundheitliche Probleme</b>	<b>62,2</b>	<b>78</b>	<b>78,5</b>
<b>Auf fremde Hilfe/Pflege angewiesen zu sein</b>	<b>50,4</b>	<b>70</b>	<b>83,7</b>
<b>Zu wenig Geld zur Verfügung haben</b>	<b>38,7</b>	<b>56</b>	<b>52,6</b>
<b>Vielleicht an Demenz zu erkranken</b>	<b>35,3</b>	<b>48</b>	<b>62,8</b>
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 Bürgerinnen ihre Freizeit verbringen, um etwas über die Mobilität der Senioren zu erfahren.

Tab. 38 Frage: An welchen Orten/Einrichtungen verbringen Sie Ihre Freizeit?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
<b>Zu Hause/ Pflegeheim/ in Familie</b>	<b>64,7</b>	<b>75</b>	<b>66,2</b>
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

Die Mehrheit der Befragten verbrachte ihre Freizeit zu Hause bzw. im Pflegeheim oder in der Familie. Wohingegen sowohl die Pflegeheimbewohner als auch die ambulanten Patienten an anderen Orten kaum ihre Freizeit verbrachten, waren Selbständige - anscheinend aufgrund ihrer besseren 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 auf Schifffahrten zu verweilen. Im nächsten Schritt wurde gefragt, ob die Altonaer Bürgerinnen und Bürger ihre Freizeit überwiegend in Altona oder außerhalb verbringen (Tab. 39).

Tab. 39 Frage: Wo verbringen Sie überwiegend Ihre Freizeit?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
<b>In Altona</b>	<b>77,1</b>	<b>58</b>	<b>70,9</b>
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 zusätzliche Aufenthaltsorte wie die Elbe, den Hafen, die Alster und die Hamburger Innenstadt.

Tab. 40 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 waren 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. 40).

Im Rahmen des Fragebogens wurde auch die Teilnahme an organisierten Freizeitbeschäftigungen wie Vereinen, Treffs oder kirchlichen Gruppen erhoben (Tab. 41).

**Tab. 41 Frage: Besuchen Sie regelmäßig einen oder mehrere Verein(e)/Treff(s)/ eine kirchliche Gruppe?**

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbstständig [%]</b>
<b>Nein</b>	<b>77</b>	<b>68</b>	39,1
Ja	7,4	18	<b>47,4</b>
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 taten dies hingegen regelmäßiger (48%).

Welche Art von Verein oder Gruppe am häufigsten aufgesucht wurde, lässt sich folgender Tabelle entnehmen:

**Tab. 42 Frage: Besuchen Sie regelmäßig einen oder mehrere Verein(e)/Treff(s)/ eine kirchliche Gruppe?**

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbstständig [%]</b>
Sportverein	0,8	4	7,3
Musikgruppe	0,8	2	0,7
Seniorenclub	3,3	0	9,9
Begegnungsstätte	2,5	2	7,9
Sonstige	3,8	10	9,4
Mehrere	2,7	6	23,7
Keine Angabe	86,1	76	41,1

Hierbei wurden die Aktivitäten vorwiegend 1-2 mal pro Woche ausgeübt.

**Tab. 43 Frage: An wie vielen Tagen gehen Sie dorthin?**

	<b>Pflegeheim [%]</b>	<b>Ambulant [%]</b>	<b>Selbstständig [%]</b>
<b>1-2x in der Woche</b>	<b>8,2</b>	<b>24</b>	<b>27,2</b>
3-5x in der Woche	3,3	4	9,3
6-7x in der Woche	0	1,3	1,9
Keine Angabe	88,5	72	43,7

Bezüglich der Begegnungsstätten zeigt die Abbildung 11 auf, dass nur wenige Seniorinnen und Senioren diese kannten oder besuchten.

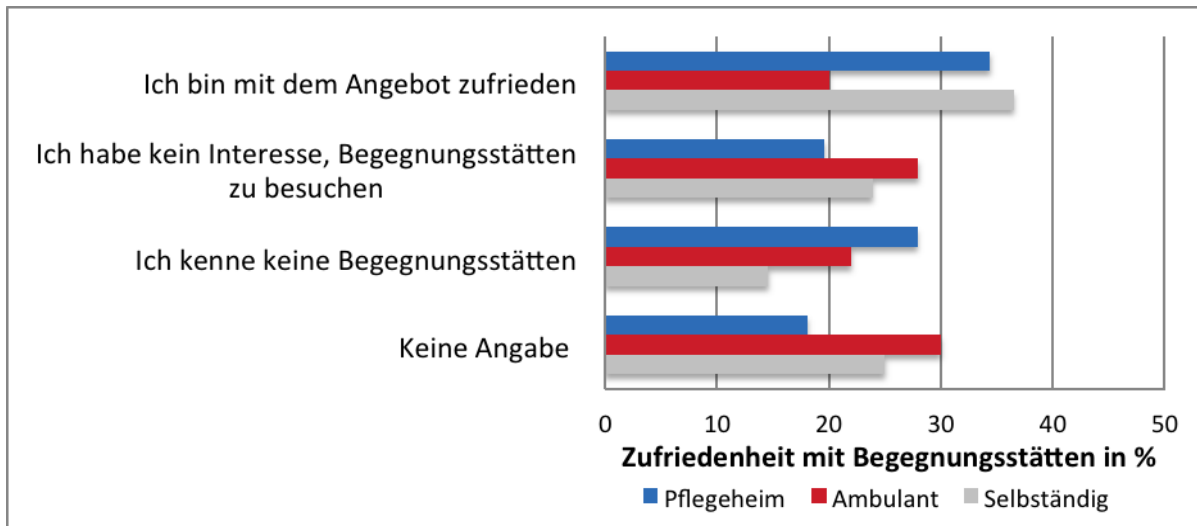


Abb. 11 Zufriedenheit mit Begegnungsstätten

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 zu entnehmen: Es wird deutlich, dass 64 % der Seniorinnen und Senioren kein Interesse an ehrenamtlichen Engagement hatten.

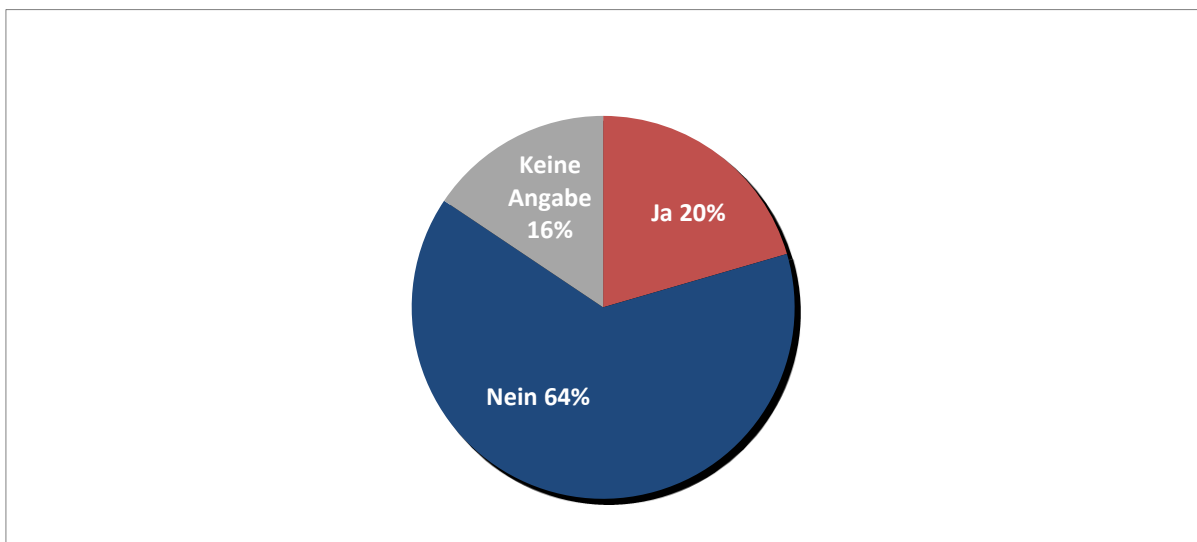


Abb. 12 Interesse an ehrenamtlicher Arbeit

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

## 7.6 Wohnsituation und Einkommensstruktur

Die Wohn- und Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren wurde mit Fragen aus dem SF 36 und über einen eigenen Fragenkomplex beantwortet.

Tab. 44 Wohnformen der Seniorinnen und Senioren

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
In einem eigenem Haus oder einer Eigentumswohnung	2,5	6	3,5
In einer Mietwohnung	11,8	<b>14</b>	<b>19</b>
In einem Seniorenheim	<b>34,5</b>	22	31,7
In einer Seniorengemeinschaft	32,7	36	23,9
Keine Angabe	18,5	22	21,8

Auffällig an dieser Tabelle ist, dass 31,7 % der Selbständigen angaben, dass sie in einem Seniorenheim wohnten. Hiermit waren in diesem Fall Seniorenwohnanlagen gemeint. Nur 22,5 % der Selbständigen wohnten jedoch in einem eigenen Haus oder einer Mietwohnung.

Nur 10,3% der Personen innerhalb der Einkommensstufe 500-1000 Euro und 22,4 % der Einkommensstufe 1000-2000 Euro gaben an, ein Haus oder eine Eigentumswohnung zu besitzen. Niemand aus der Einkommensstufe bis 500 Euro besaß Wohneigentum. Dieser Unterschied zu den anderen Einkommensgruppen war höchstsignifikant ( $\chi^2=113,31$ ;  $p=0,000$ ;  $C=0,51$ ).

Neben den Fragen zur generellen Wohnform wurde auch erfasst, wie zufrieden die Altonaer Befragten mit ihrer derzeitigen Wohnsituation waren (Tab. 45).

Tab. 45 Sind Sie mit Ihrer jetzigen Wohnsituation zufrieden?

	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
Ja	89,1	86	86,7
Nein	7,6	10	10
Keine Angaben	3,3	4	3,3

Im Durchschnitt schienen die befragten Personen zufrieden mit ihrer Wohnsituation.

Es wurde weiterhin nach Verbesserungswünschen in Bezug auf die Wohnsituation gefragt.

Die Mehrheit der Seniorinnen und Senioren hatte zu dieser Frage keine Aussage getätigt. Einzelnennungen zeigten jedoch 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 und zwar vor allem das Fehlen von Fahrstühlen in vielen

Einrichtungen. Außerdem waren einige der selbständig Lebenden mit ihrer Wohnungssituation aufgrund von Treppenstufen, der Größe, der Nachbarschaft oder des Ortes unzufrieden. Manche forderten darüber hinaus ein behindertengerechtes Bad.

Alle drei Gruppen gaben auch Wünsche bezüglich ihrer persönlichen Gesundheit an, wie z.B. den Wunsch gehfähig zu sein.

In Bezug auf das Einkommen konnten folgende Werte ermittelt werden (Tab. 46).

**Tab. 46 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
<b>Gesamt</b>	<b>18,8</b>	<b>21,0</b>	<b>26,3</b>	<b>10,8</b>	<b>4,9</b>
<b>k.A.</b>	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. 47 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

Tab. 48 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

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

Tab. 49 Selbsteinschätzung zum Alter in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%]

	< 500 € [%]	500-1000 € [%]	1001-2000 € [%]	2001-3000 € [%]	> 3000 € [%]
Jung	10,3	4,9	3,8	2,9	6,3
Noch nicht alt	56,9	47,5	51,3	50	43,8
Alt	32,8	42,6	41,3	38,2	43,8
Seht alt	0	4,9	3,8	8,8	6,3

Grundlegend kann zur Selbsteinschätzung zum Alter festgestellt werden, dass über alle Einkommensgruppen hinweg jeweils ca. die Hälfte ihr Alter als „noch nicht alt“ einstufen. Als „alt“ würden sich in den meisten Einkommensgruppe ca. 30-40 % einschätzen.

**Tab. 50 Beurteilung des Befindens in Abhängigkeit zur Einkommensgruppe [%]**

	< 500 €	500-1000 €	1001-2000 €	2001-3000 €	> 3000 €
a. voller Schwung	3,96 ± 1,45	4,43 ± 1,36	3,81 ± 1,46	3,47 ± 1,21	3,46 ± 1,77
b. sehr nervös	4,76 ± 1,42	4,28 ± 1,44	4,91 ± 1,00	4,82 ± 1,19	4,93 ± 1,27
c. so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	4,70 ± 1,25	4,27 ± 1,46	4,95 ± 1,31	4,91 ± 1,20	5,21 ± 1,19
d. ruhig und gelassen	2,68 ± 1,38	3,42 ± 1,50	2,78 ± 1,25	2,56 ± 0,86	2,50 ± 1,46
e. voller Energie	4,08 ± 1,47	4,40 ± 1,38	3,93 ± 1,35	3,53 ± 1,38	3,40 ± 1,68
f. entmutigt und traurig	4,21 ± 1,48	3,94 ± 1,40	4,71 ± 1,38	4,62 ± 1,10	5,07 ± 1,16
g. erschöpft	3,93 ± 1,36	3,44 ± 1,30	3,94 ± 1,19	4,47 ± 1,19	4,13 ± 1,81
h. glücklich	3,24 ± 1,43	3,85 ± 1,21	3,51 ± 1,37	3,00 ± 1,23	2,80 ± 1,52
i. müde	3,59 ± 1,36	3,13 ± 1,30	3,57 ± 1,15	3,71 ± 1,25	3,40 ± 1,68

Die aufgeführten Werte entsprechen Mittelwerten und sind folgendermaßen einzuordnen: 1= Immer, 2= Meistens, 3= Ziemlich oft, 4= Manchmal, 5= Selten, 6= Nie

**Tab. 51 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 hier berichteten Unterschiede waren signifikant ( $\chi^2 = 58,67$ ;  $p = 0,01$ ,  $C = 0,41$ ).



Tab. 52 Beurteilung der alltäglichen Tätigkeiten in Abhängigkeit der Einkommensgruppe [%]

	< 500 € [%]	500- 1000 € [%]	1001- 2000 € [%]	2001- 3000 € [%]	> 3000 € [%]	Ohne Angabe [%]
Es fällt mir schwer lange zu stehen (z.B. am Spülbecken, an der Bushaltestelle)	52,6	<b>65,0</b>	<b>70,0</b>	<b>62,5</b>	53,3	78,4
Es fällt mir schwer mich zu bücken	53,4	<b>58,1</b>	<b>56,0</b>	52,9	46,7	66,7
Meine Energie lässt schnell nach	50,9	50,8	<b>62,0</b>	45,5	50,0	61,1
Alles strengt mich an	43,9	<b>47,5</b>	45,7	<b>46,9</b>	40,0	42,6
Ich wache in den frühen Morgenstunden auf	54,5	<b>63,3</b>	<b>58,8</b>	51,5	46,7	72,0
Ich habe Schmerzen beim Gehen	39,3	<b>63,3</b>	<b>51,3</b>	31,3	53,3	51,0
Es fällt mir schwer mich selbst anzuziehen	<b>35,1</b>	<b>36,1</b>	31,6	32,4	<b>42,9</b>	51,0
Ich kann mich nur innerhalb des Hauses bewegen	<b>30,4</b>	16,1	24,1	23,5	20,0	43,4
Ich brauche lange zum Einschlafen	<b>42,1</b>	36,1	<b>42,0</b>	24,2	20,0	34,0
Ich habe andauernd Schmerzen	16,1	<b>32,2</b>	<b>32,5</b>	18,2	20,0	28,8
Ich bin andauernd müde	27,3	<b>41,0</b>	<b>35,8</b>	34,2	31,3	30,2
Ich habe Schmerzen, wenn ich stehe	30,4	<b>36,2</b>	<b>38,5</b>	28,1	28,6	34,6
Ich habe nachts Schmerzen	27,3	<b>33,9</b>	<b>42,0</b>	26,5	25,0	38,5
Es fällt mir schwer nach Gegenständen zu greifen	17,5	23,0	29,6	18,2	6,7	27,5
Ich fühle mich niedergeschlagen	32,1	29,5	<b>39,5</b>	30,3	<b>33,3</b>	30,2
Ich kann überhaupt nicht gehen	17,9	18,6	10,0	9,1	31,3	23,1
Ich nehme Tabletten, um schlafen zu können	19,6	21,0	<b>30,4</b>	<b>23,5</b>	20,0	15,4
Ich fühle mich einsam	<b>29,8</b>	25,0	25,6	17,6	<b>33,3</b>	19,6
Ich habe das Gefühl für andere Menschen eine Last zu sein	17,5	<b>30,5</b>	16,3	9,1	12,5	24,5
Ich liege nachts die meiste Zeit wach	<b>28,6</b>	<b>26,2</b>	25,0	17,6	13,3	32,0
Mir reißt derzeit oft der Geduldfaden	9,4	<b>21,3</b>	<b>25,3</b>	8,8	20,0	19,2
Ich fühle mich gereizt	12,7	<b>30,0</b>	<b>22,2</b>	17,6	13,3	15,7
Ich finde es schmerzhaft, meine Körperposition zu verändern	19,6	<b>34,5</b>	<b>35,8</b>	21,2	20,0	29,6
Ich fühle, dass ich niemandem nahestehe	<b>20,4</b>	20,0	<b>22,5</b>	9,4	6,7	16,7
Ich habe das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren	11,1	<b>16,7</b>	11,5	5,9	<b>13,3</b>	9,8
Ich habe vergessen, wie es ist Freude zu empfinden	10,9	16,9	<b>22,5</b>	12,1	<b>21,4</b>	7,7
Ich habe unerträgliche Schmerzen	7,1	6,5	<b>17,5</b>	12,1	6,7	18,0

Auffällig ist, dass bei allen Fragen zur Beurteilung der alltäglichen Tätigkeiten die Einkommensgruppe 1001-2000 Euro am häufigsten Schwierigkeiten angab, während die Personen mit einem Einkommen von über 3000 Euro dies am seltensten tat. Generell scheinen die Befragten der jeweiligen Einkommensgruppe die unterschiedlichen Fragen zu

Schmerzen, Schlafverhalten und Alltagsfunktionalität zu einem sehr gleichbleibenden Anteil bejaht zu haben. Einen signifikanten Unterschied gab es nur bei der Aussage „Ich kann mich nur innerhalb des Hauses bewegen“. Hier stimmten signifikant häufiger die Personen innerhalb der Einkommensgruppe bis 500 Euro zu ( $\chi^2 = 14,9$ ;  $p = 0,021$ ;  $C = 0,218$ ).

Die Auswertung der Punktescores der geriatrischen Depressionsskala zeigte folgendes Bild (Abb. 13)

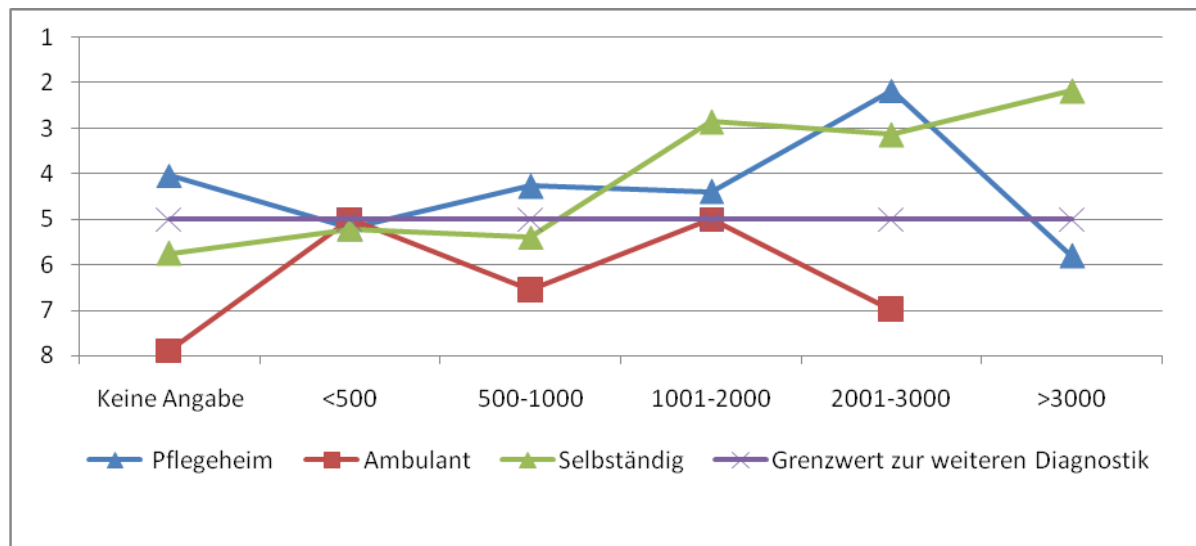


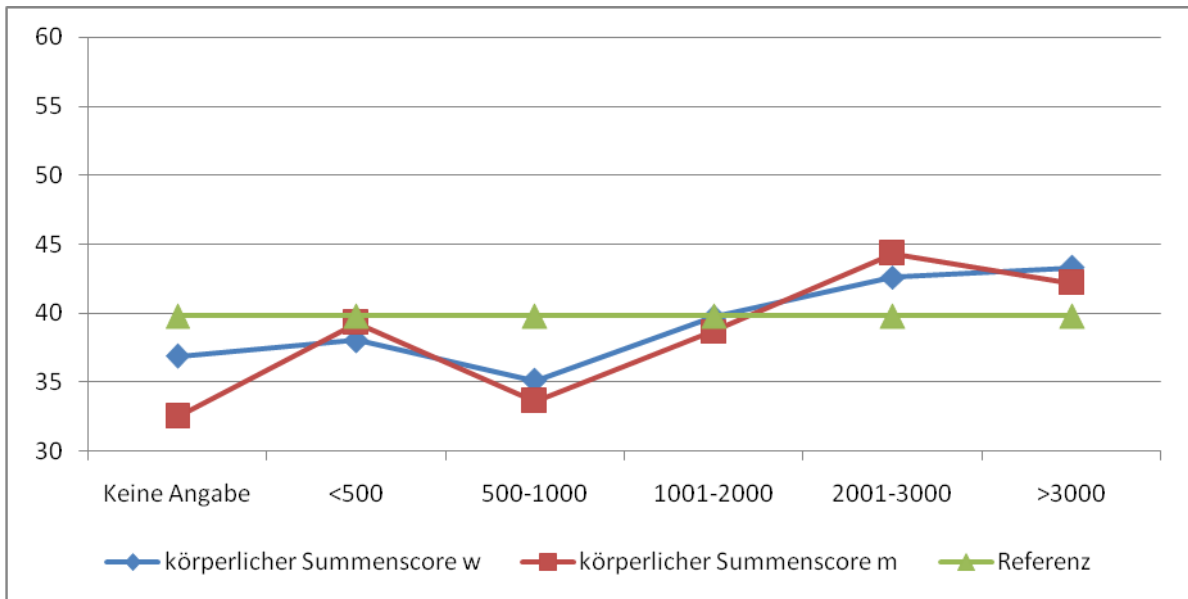
Abb. 13 Vergleich des Punktwerts der geriatrischen Depressionsskala in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform

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

Tab. 53 Genannten Sorgen in Abhängigkeit der Einkommensgruppe [%]

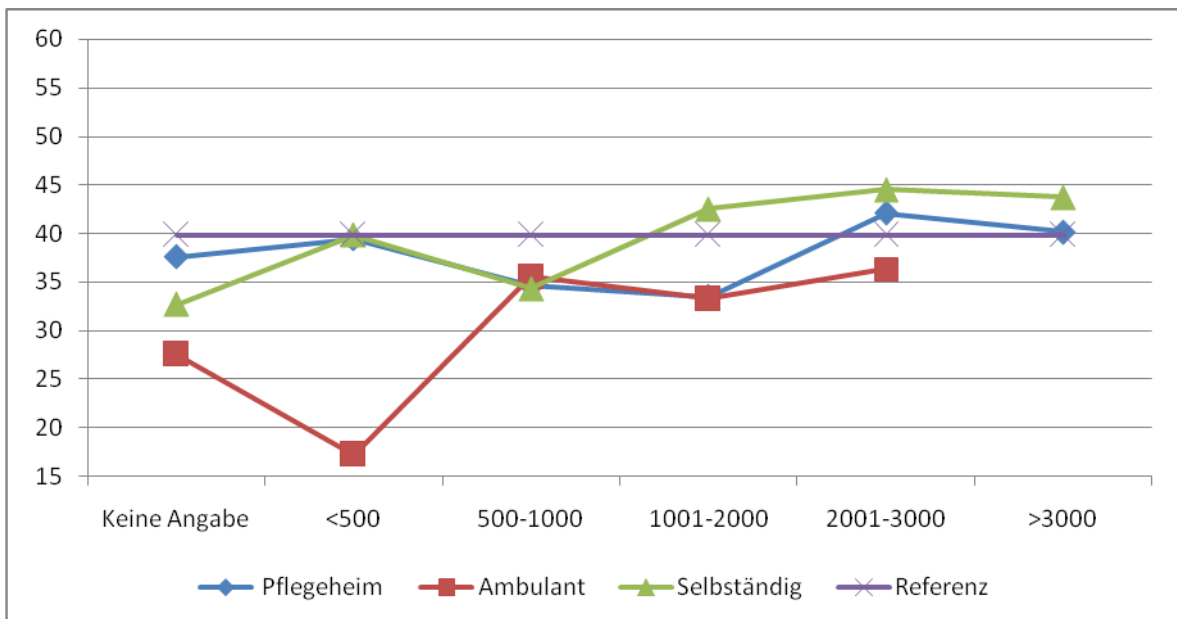
	< 500 € [%]	500- 1000 € [%]	1001- 2000 € [%]	2001- 3000 € [%]	> 3000 € [%]
<b>Gesundheitliche Probleme</b>	<b>80</b>	<b>75</b>	<b>81,7</b>	<b>58,8</b>	<b>81,3</b>
<b>Auf fremde Hilfe/Pflege angewiesen zu sein</b>	<b>65,5</b>	<b>67,7</b>	<b>87,7</b>	<b>64,7</b>	<b>62,5</b>
<b>Zu wenig Geld zur Verfügung haben</b>	<b>64,9</b>	<b>75</b>	<b>44,9</b>	<b>26,5</b>	<b>12,5</b>
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.

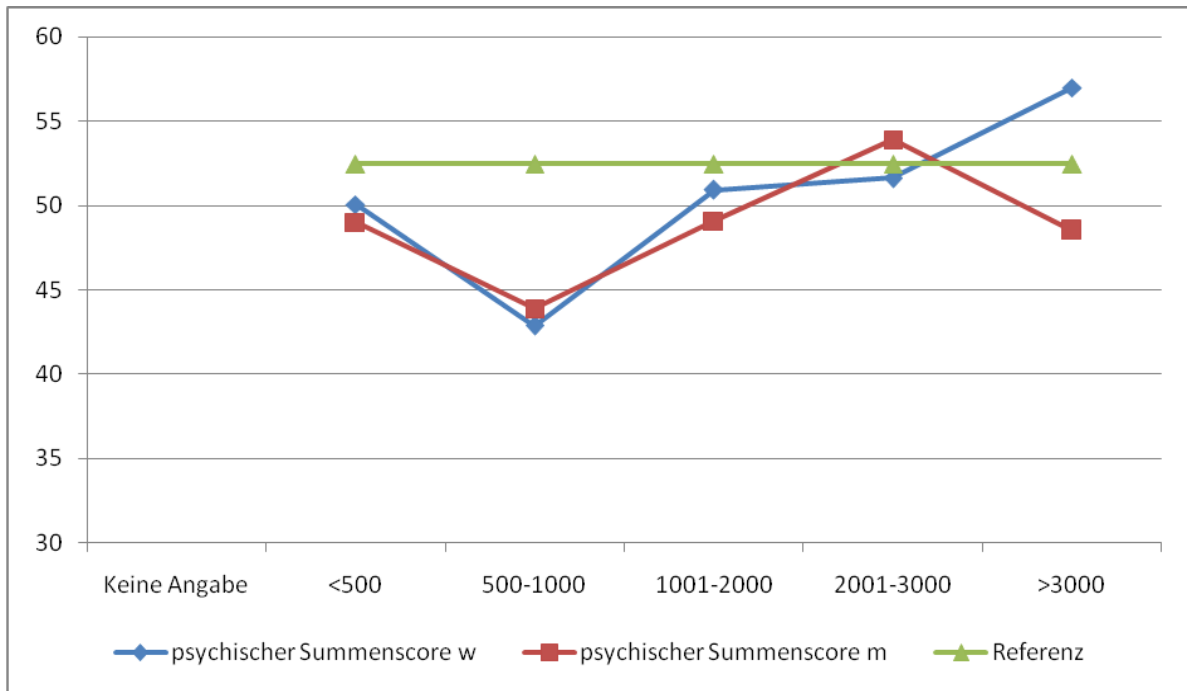


**Abb. 14 Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (Summenscore SF12) in Abhängigkeit des Einkommens und des Geschlechts**

Die Auswertung des körperlichen Wohlbefindens in Abhängigkeit des Geschlechts und des Einkommens zeigte signifikante Unterschiede in Bezug auf das Einkommen, jedoch nicht auf das Geschlecht ( $F(221) = 2,647$ ;  $p < 0,01$ ;  $\eta^2 = 0,057$ ).

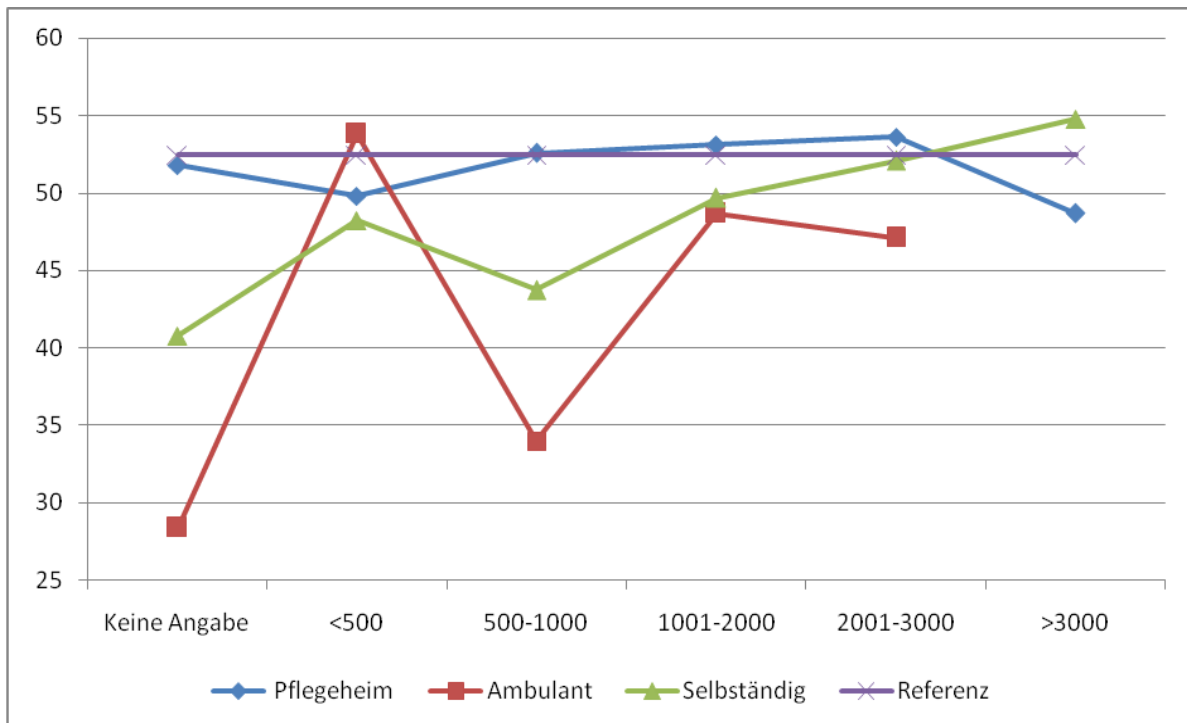


**Abb. 15 Vergleich des körperlichen Wohlbefindens (Summenscore SF12) in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform**



**Abb. 16 Vergleich des psychischen Wohlbefindens (Summenscore SF12) in Abhängigkeit des Einkommens und des Geschlechts**

Analog zum körperlichen Wohlbefinden ergaben sich für das psychische Wohlbefinden Unterschiede der Einkommensgruppen, jedoch nicht der Geschlechter ((F(230)= 12,254; p< 0,001; eta<sup>2</sup>= 0,096).

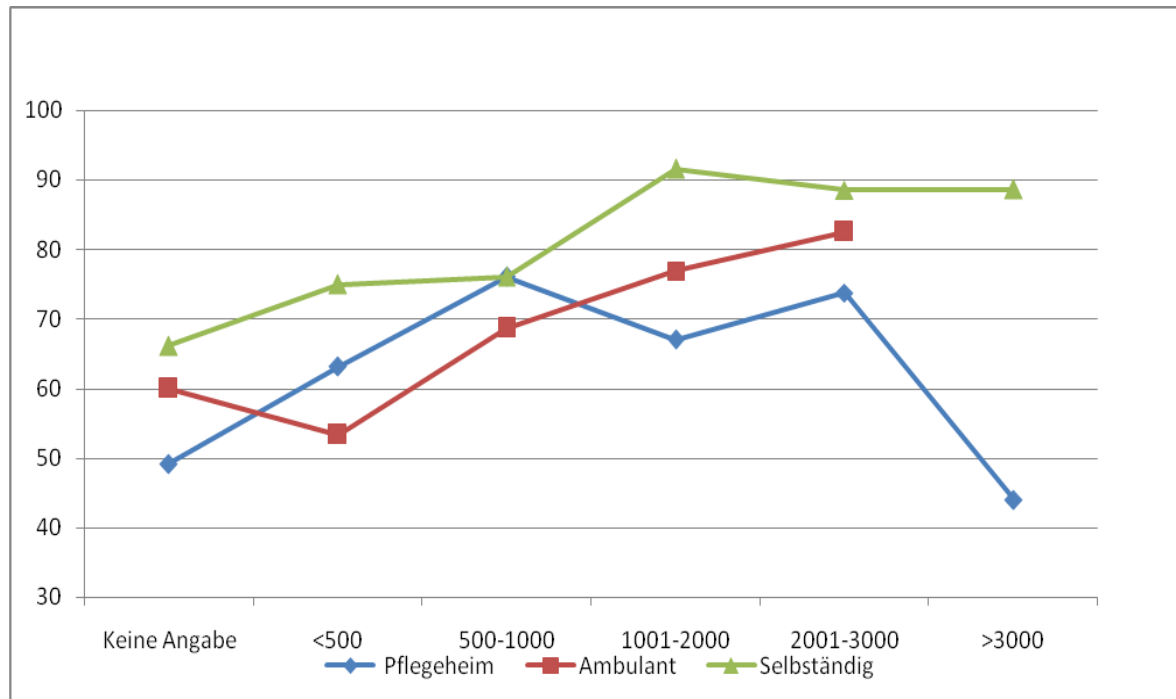


**Abb. 17 Vergleich des psychischen Wohlbefindens (Summenscore SF12) in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform**

Bei den Auswertungen zum körperlichen und psychischem Wohlbefinden fällt auf, dass sich die ambulant betreuten Personen deutlich von den selbständig lebenden und denen in

Pflegeheimen wohnenden 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. 18).



**Abb. 18 Vergleich der Barthelindizes in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform**

Die Abbildung macht deutlich, dass die Werte für alle Gruppen mit zunehmenden 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 Seniorinnen und Senioren im Pflegeheim.

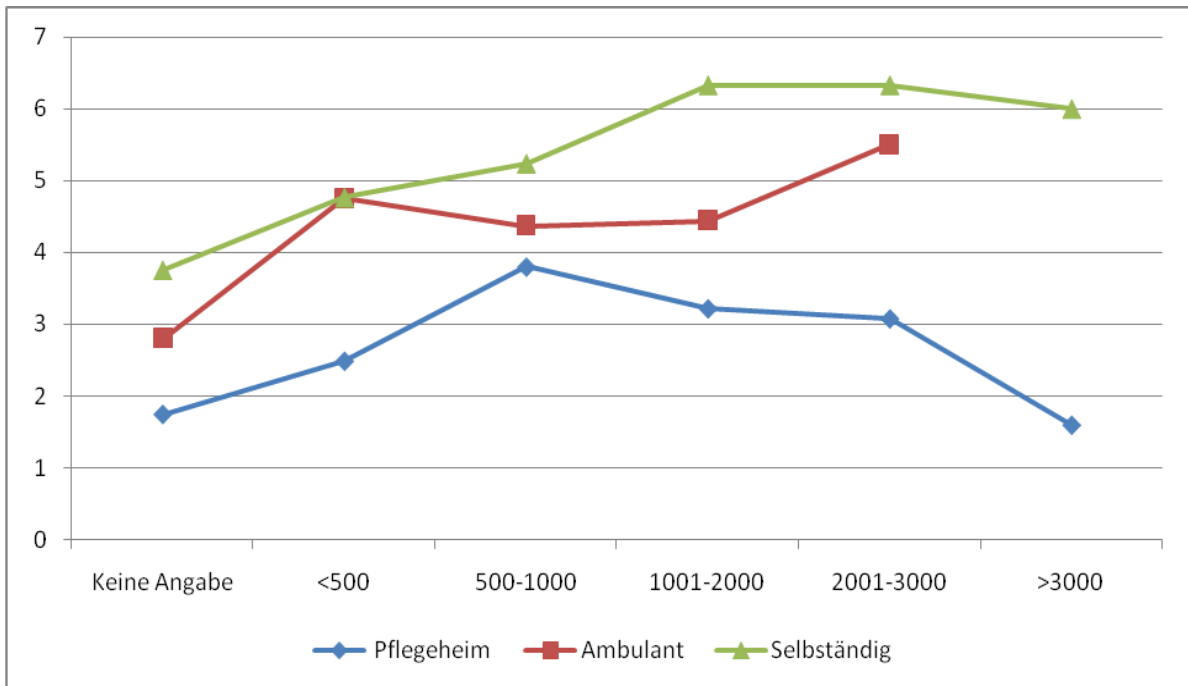


Abb. 19 Vergleich der IADL's in Abhängigkeit des Einkommens und der Lebensform

Korrelationsanalysen der Daten in Abhängigkeit des Einkommens ergaben Zusammenhänge die der nächsten Abbildung 20 zu entnehmen sind.

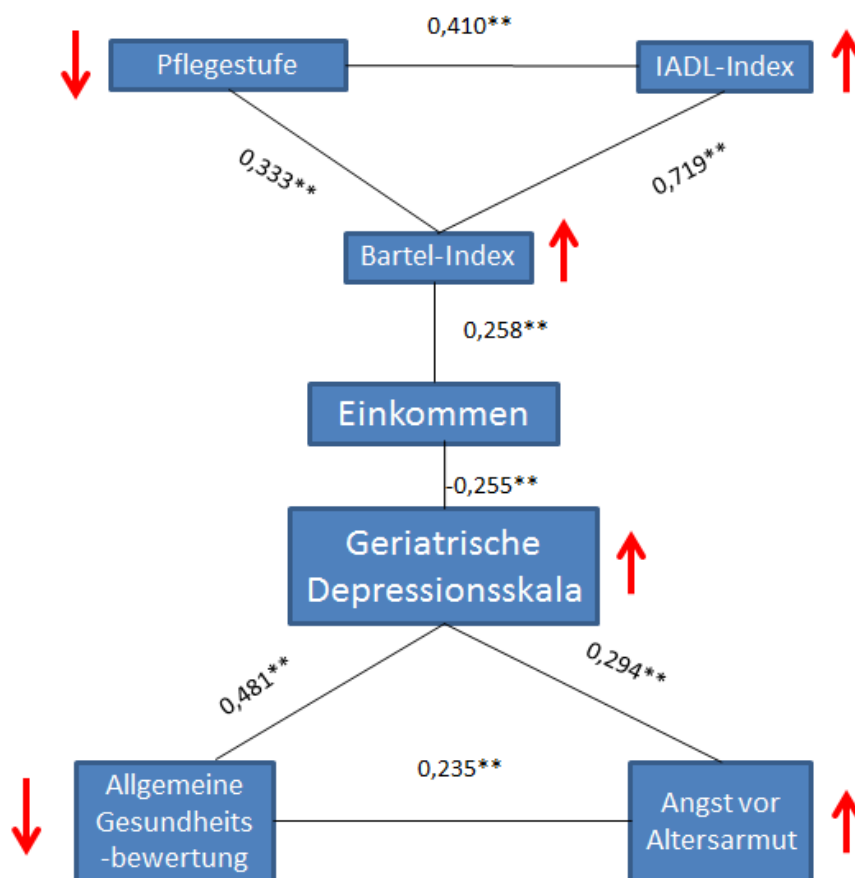
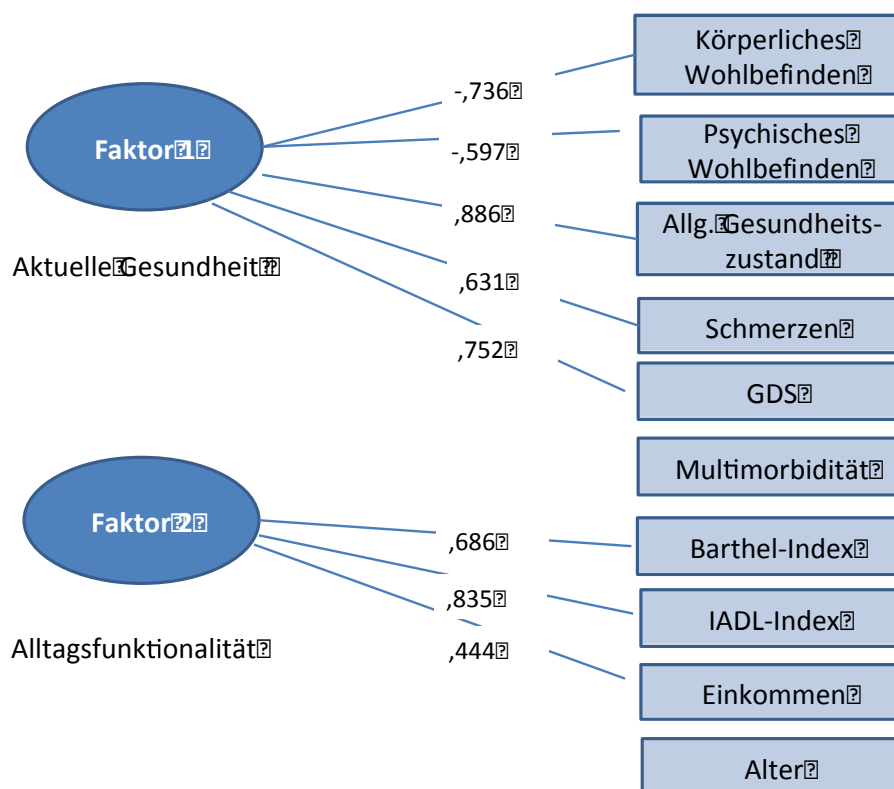


Abb. 20 Korrelationsanalysen zum Gesundheitszustand in Abhängigkeit des Einkommens

Das Einkommen hing proportional mit dem Bartel-Index, IADL-Index und der Pflegestufe zusammen, d.h. je höher das Einkommen desto höher auch der Bartel-Index bzw. der IADL-Index. Erwartungsgemäß zeigte sich, dass je höher die Unabhängigkeit im Alltag war, desto geringer die Wahrscheinlichkeit für eine Pflegestufe.

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 Werte innerhalb der Depressionsskala, bewerteten ihren Gesundheitszustand schlechter und hatten mehr Angst vor Altersarmut.

Um die Beziehungen der einzelnen Punkte genauer zu erfassen, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Über das mehrschrittige Verfahren konnten zwei Faktoren herausgearbeitet werden. Hierbei wurden alle Faktorenzugehörigkeiten einbezogen und dargestellt, deren Faktorenladungen größer als 0,4 waren.



**Abb. 21 Ergebnis der Faktorenanalyse**

Die Faktorenanalyse ermittelte zwei sich voneinander abgrenzende Bereiche. Hierbei kann der erste Bereich als der aktuelle Gesundheitszustand interpretiert werden mit den zugehörigen Items wie Wohlbefinden (körperlich/psychisch), Schmerzen und der GDS.

Den zweiten Abschnitt bildet die Alltagsfunktionalität dargestellt über den Barthel-Index und die IADL's. Hier findet sich eine geringe Beziehung zum Einkommen. Die beiden Faktoren zusammen ergeben eine erklärte Gesamtvarianz von 41,61%. Das Alter und die Multimorbidität zeigten sehr niedrige Faktorenladungen (< 0,2).

Dennoch zeigten sich Krankheitshäufungen innerhalb der drei unteren Einkommensstufen signifikant häufiger als in den oberen Einkommensstufen ( $F(316)=2,971$ ;  $p=0,008$ ;  $\eta^2=0,053$ ). Auch finden sich die unteren Einkommensgruppen häufiger in der Pflegestufe 2 als die höheren Einkommensstufen ( $\chi^2=25,36$ ;  $p=0,009$ ;  $C=0,283$ ).

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

Tab. 54 Vergleich der Stadtteile in Bezug auf das gesundheitliche Wohlbefinden und die Lebensqualität

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

Die in Tab 54 aufgezeigten Unterschiede zwischen den Befragten Personen innerhalb der Stadtteile waren für das körperliche Wohlbefinden ( $F(225)=3,4$ ;  $p<0,034$ ;  $\eta^2=0,029$ ), die Depressionsskala ( $F(305)=3,48$ ;  $p<0,032$ ;  $\eta^2=0,022$ ) und die IADL-Werte ( $F(305)=3,14$ ;  $p<0,045$ ;  $\eta^2=0,02$ ) signifikant.

## 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 Formen der altersgerechten Bildungsveranstaltungen abgegeben. Auswertungen wurden für die Gesamtheit der abgegebenen Stimmen vorgenommen, da aufgrund der geringen Beteiligung einzelner Subgruppen eine Vergleichbarkeit der Subgruppen untereinander nicht gewährleistet war.

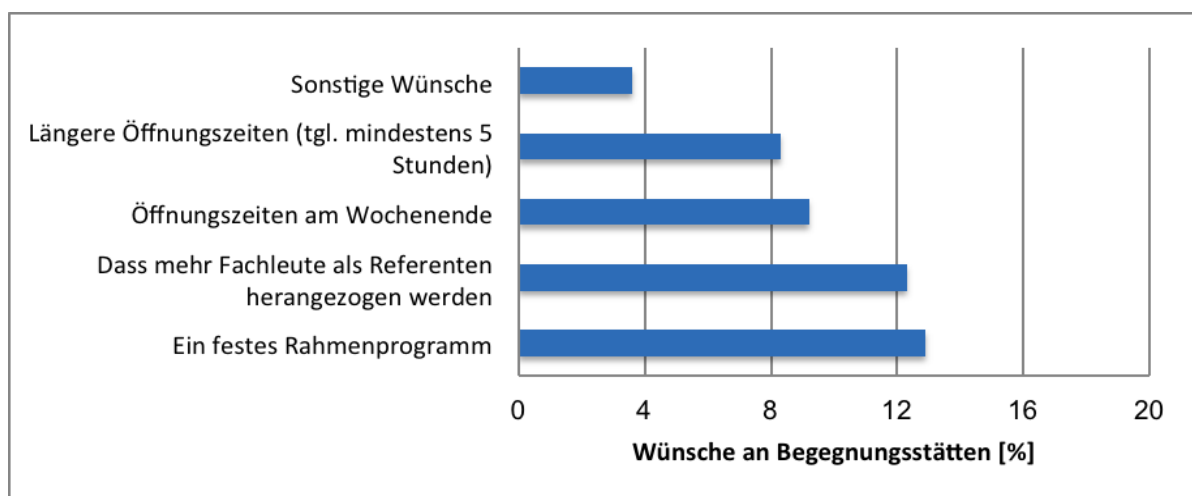
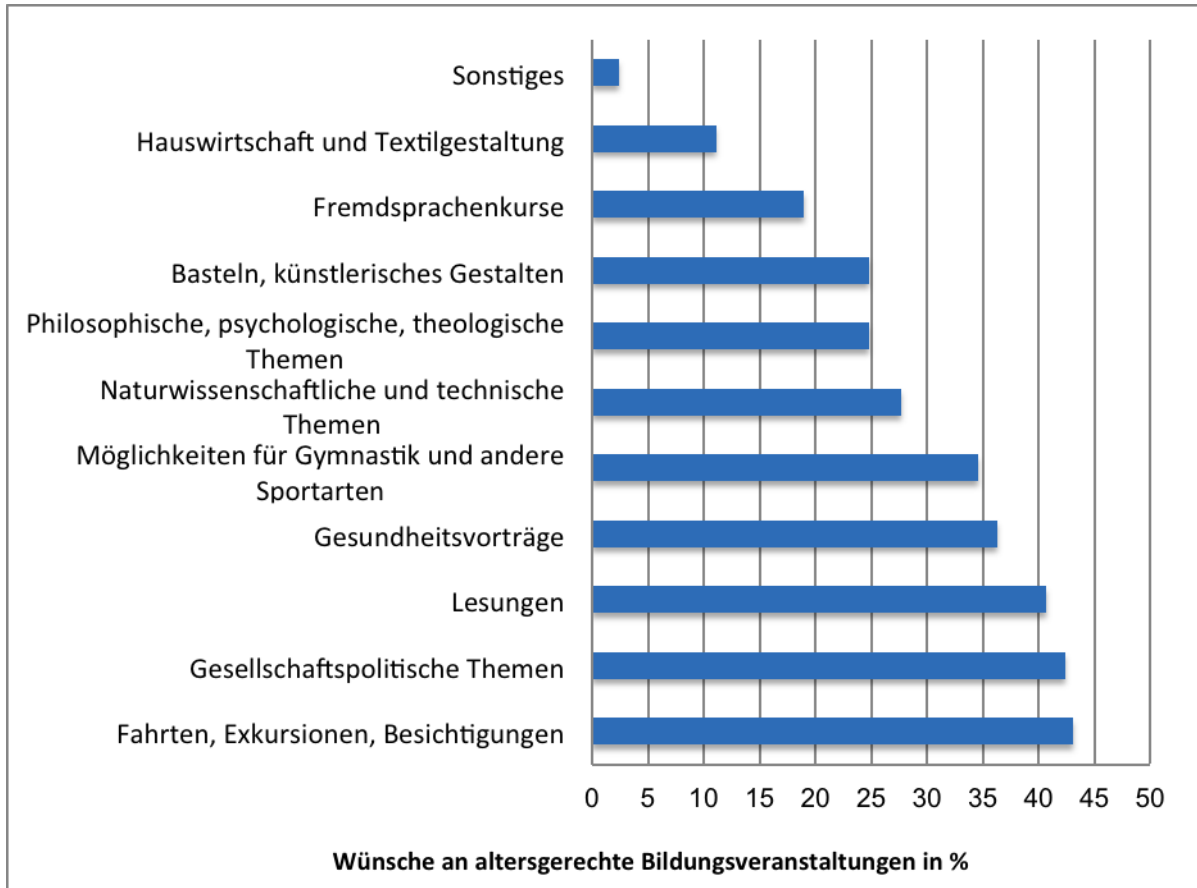


Abb. 22 Wünsche der Befragten an Seniorenbegegnungsstätten



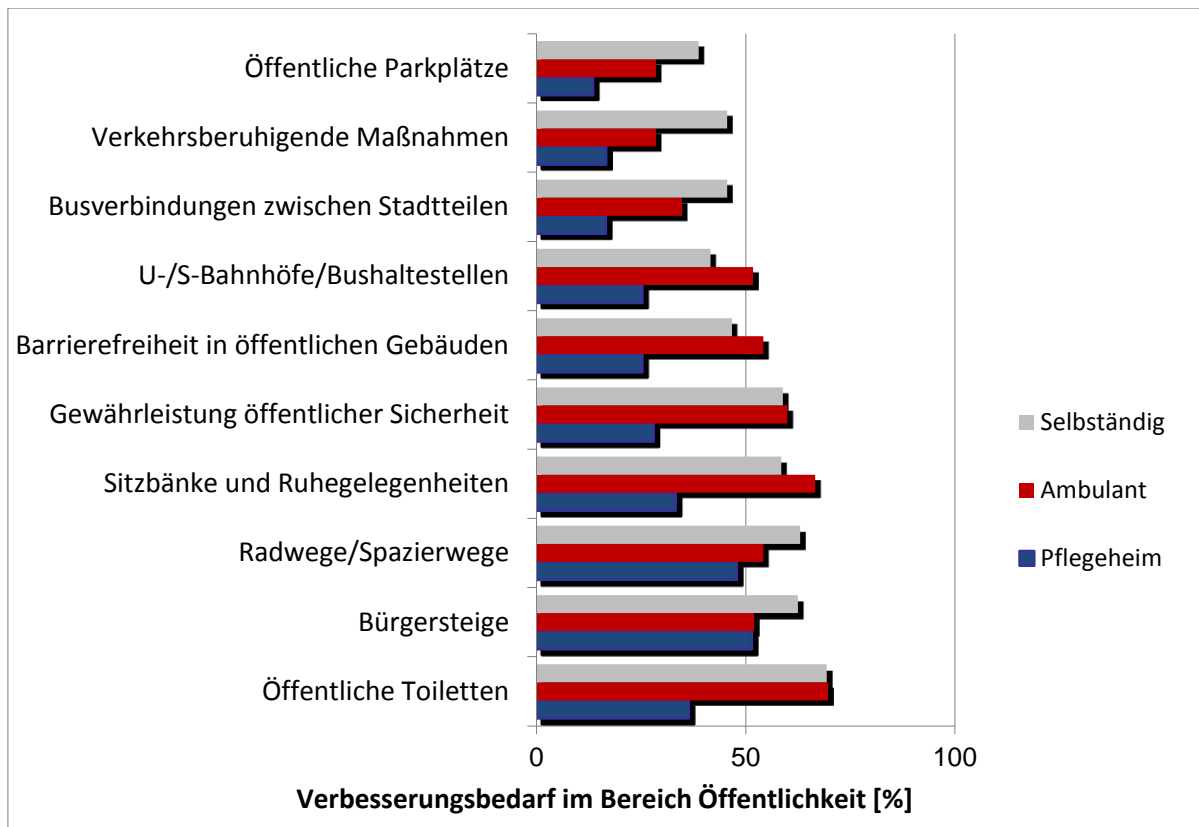
An die Begegnungsstätten wurden insbesondere die Wünsche formuliert, dass ein festes Rahmenprogramm sowie Fachleute als Referenten zur Verfügung stehen sollten. Längere Öffnungszeiten, auch über das Wochenende, wurden ebenfalls genannt. Die Wünsche an die Bildungsveranstaltungen wurden weiterhin spezifiziert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

Ein genaueres Bild über die Angaben zum Bedarf an Verbesserungen ist aus der folgenden Tabelle (55) zu gewinnen.

Tab. 55 Frage: Wenn Sie an die Situation in Ihrem Stadtteil denken: In welchen Bereichen sehen Sie aus Ihrer persönlichen Lebenssituation heraus Bedarf an Verbesserungen? [%]

Verbesserungsbedarf	Pflegeheim [%]	Ambulant [%]	Selbständig [%]
	Groß/ Mittel	Groß/ Mittel	Groß/ Mittel
Radwege/ Spazierwege	47,9	54,2	63,0
Bürgersteige	51,1	52,0	62,5
Zusätzliche Fahrdienste/ Sammeltaxis	23,1	31,8	21,2
Verkehrsberuhigende Maßnahmen	16,7	28,6	45,6
Öffentliche Parkplätze	13,5	28,6	38,8
Busverbindungen zwischen Stadtteilen	16,6	34,8	45,6
U-/S- Bahnhöfe/Bushaltestellen	25,3	51,8	41,6
Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden	25,3	54,2	46,7
Sitzbänke und Ruhegelegenheiten	33,3	66,6	58,5
Öffentliche Toiletten	36,4	69,7	69,4
Gewährleistung öffentlicher Sicherheit	28,0	60,0	58,9
Medizinische Versorgung	20,4	58,6	37,6
Nahversorgung	18,7	44,8	33,6
Kurzfristige Betreuungs- und Pfleagemöglichkeiten	13,2	50,0	38,6
Mahlzeitendienst	6,8	30,4	19,1
Betreuungsangebot im Alter	13,7	54,2	29,8
Seelsorgische Betreuung	7,7	43,4	19,2
Ambulante Hospiz- /Palliativpflege	11,3	42,9	28,1
Beratungsstellen	9,4	50,0	34,3
Begegnungsstätten	14,8	30,4	46,2
Angebote für Freizeit, Bildung und Sport	21,1	31,8	41,7
Öffentliche Treffpunkte, Gaststätten, Cafes	11,9	22,7	34,6

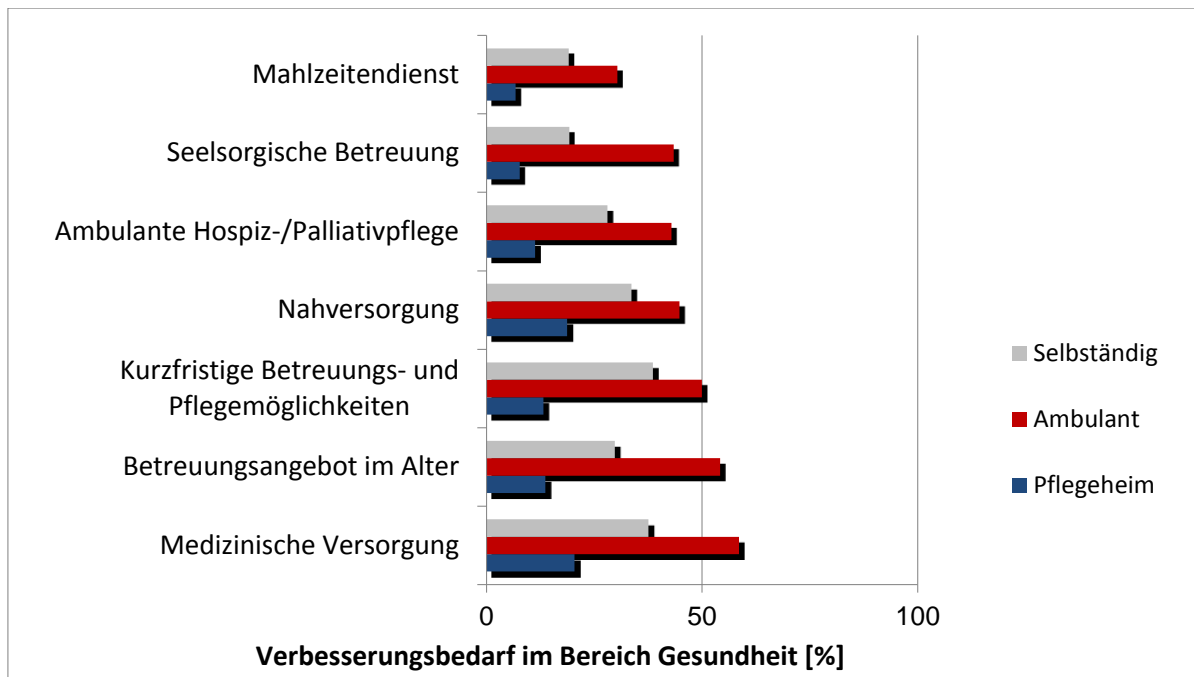


Abb. 25 Wünsche für Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Diesem Diagramm (Abb. 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.

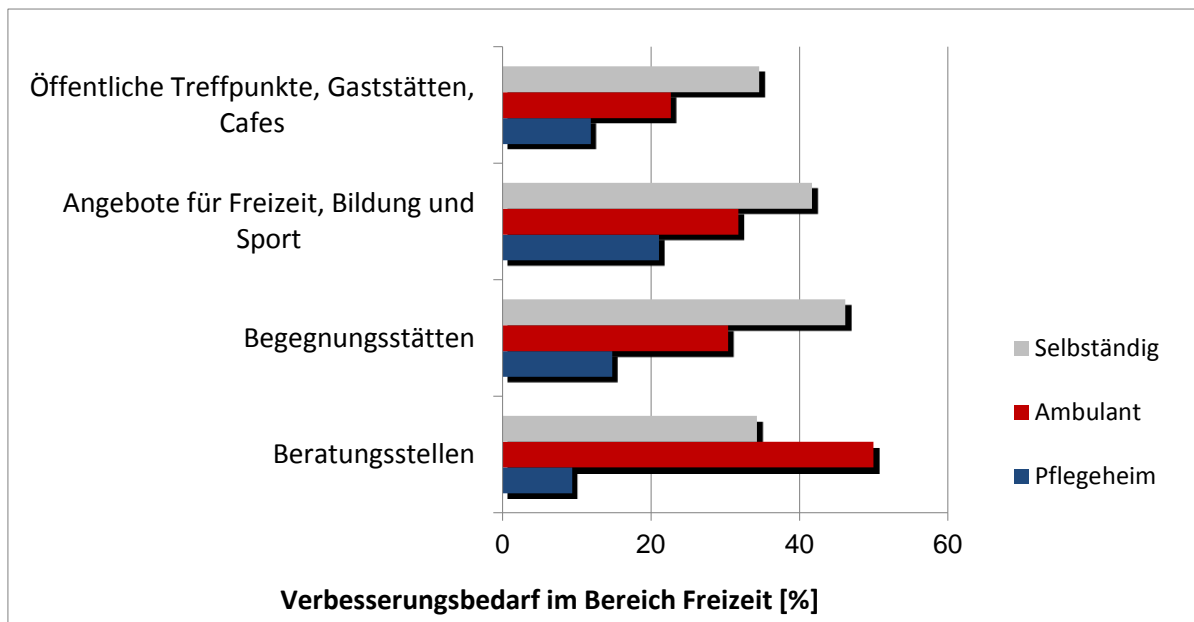


Abb. 26 Wünsche zur Freizeitgestaltung

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;  $F(225) = 4,315$ ;  $p < 0,014$ ;  $\eta^2 = 0,037$ ). Weiterhin gab es keine weiteren signifikanten Ergebnisse unter Einbezug des Geburtsorts.

## **7.10 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) herausgebildet werden. Die hier dargestellten Auswertungen geben die Aussagen der Interviewpartner wieder.

### **(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.

Zwei der Arbeitsgruppen sind speziell auf Senioren bezogen, die AG „Leben im Alter“ und die AG „Pflege für Seniorinnen und Senioren“. Sie setzen das bezirkspolitisch einstimmig verabschiedete Projekt der Bezirksversammlung Altona „Gesundheitsziele 2012-2016“ 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. Dieses Engagement der Seniorentreffleitungen erfolgt meist ehrenamtlich und es stehen nur geringe 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 auch festhalten, dass Altona über mehrere Seniorentreffs, ambulante Pflegedienste und Informationseinrichtungen verfügt. Altona bietet darüber hinaus im Rahmen der Seniorentage eine Interaktionsplattform für Seniorinnen und Senioren und Angehörige. Dort sind Sportvereine, Pflegeheime und andere seniorenbezogene Einrichtungen vor Ort, die 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. Die in den Interviews speziell genannten Initiativen und Einrichtungen werden im Folgenden genauer beschrieben.

### **AG 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, qualifiziertem 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 (Altona), der insgesamt 5 Nachbarschaftstreffs in Altona betreibt und ein umfangreiches Angebot an Veranstaltungen für alle Altersgruppen organisiert

### **Arbeitsgruppe Bewegung**

Die Arbeitsgruppe „Bewegung“ beschäftigt sich auch mit der Seniorenarbeit und betrachtet die Möglichkeiten der Aktivierung und Beschäftigung von Seniorinnen und Senioren im Lebensraum Altona. Die AG Bewegung hat das Projekt „Bahnenfeld in Bewegung“ initiiert, das momentan im Auftrag des Gesundheitsamtes Altona Nord stattfindet. Es hat die Aufgabe, Möglichkeiten des Miteinanders und der Bewegung für Seniorinnen und Senioren

zu finden und nachhaltig zu implementieren. 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 dementenfreundliches 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 und Bewegungsangeboten für Seniorinnen und Senioren sowie 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, fanden vierteljährliche Veranstaltungen im Seniorentreff „Haus Ottensen“ statt. 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, Friseure, Pfleger, etc. eine Verknüpfung untereinander gefördert, so dass in einem bestimmten Fall schnell gehandelt, vermittelt und 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 wie z.B. in 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. 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 Migrantinnen, für Migrantinnen 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 Afghaneninnen und Iranerinnen zusammensetzt. Auch in Bahrenfeld befindet sich eine Community. Dort leben eher Menschen, 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 Lebensmittelbereich. Die Migranten haben sich dort eine Nische erobert: sie können mitgestalten und fühlen sich heimisch und zu Hause. Diese Infrastruktur herrscht für Migranten in Lurup oder Osdorf nicht vor, so dass diese wesentlich mehr auf zu entwickelnde Angebote angewiesen sind.

### **(3) Gesellschaftsbild des Alterns in Altona**

Ein grundsätzliches Problem, nicht nur der Gesellschaft in Altona, sondern in ganz Deutschland, ist nach Meinung mehrerer Interviewpartner das Altersbild unserer Gesellschaft. Dabei bedeute „Alter“ heutzutage mehr als eine alte Frau zu sein, die nicht alleine über die Straße gehen könne. Es gäbe zahlreiche aktive Senioren. Im Vordergrund des gängigen Altersbegriffs stehe jedoch die Hilfsbedürftigkeit, die aber laut der Interviewpartner auf nur etwa 5% der Seniorinnen und Senioren zutreffe.

Dieses Bild sollte verändert werden, um die ältere Generation angemessen wahrzunehmen und auf sie eingehen zu können. Viele der Seniorinnen und Senioren benötigen und fordern weitaus 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 Seniorinnen und 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 oder Gymnastik im Sitzen bräuchten. 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 hatte: 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 aufrecht erhält, 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. Nicht nur die Seniorinnen und Senioren und Betroffenen selbst müssen angesprochen werden. Diese lehnen Hilfestellung oft ab, weil sie ihre Betroffenheit nicht erkennen oder nicht anerkennen. Hinzu kommt, dass notwendige Informationen die Zielgruppe nur unzureichend erreichen. Beispielsweise wissen viele der Teilnehmer des Projekts Mimi nicht von den Gesundheitsangeboten im Bezirk Altona oder fühlen sich nicht eingeladen. Die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtungen und des Bezirks muss sich demnach verändern und verbessern. Es sollten Wege gefunden werden, wie Betroffene in Altona erfasst werden können, da Seniorinnen und Senioren von den Interviewpartnern als unerreichbar eingestuft werden.

Seniorenarbeit als reine Öffentlichkeitsarbeit in Form von Kampagnen, von denen die Betroffenen selbst jedoch keinen Mehrwert erfahren, werden von den Interviewpartnern abgelehnt. Die Veranstaltungsstrukturen sollten demnach überdacht werden. Seniorenarbeit muss 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 bis dahin 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, wobei zwischen denen häufig keine Kommunikation und somit Vernetzung stattfindet. Es werde zwar häufig von Gemeinwesen gesprochen, jedoch werde 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 werde, die nicht in der Kirche organisiert sind oder sich von der Kirche abwenden. Aber diese Übertragung der Beratungsstellen ist nicht nur in Altona aktuell. 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 weiteres 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, ohne den Betroffenen zu sichten oder persönlich zu beraten.

Ein weiteres Problem stellt besonders bei Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund sprachliche Barrieren dar. Gerade die älteren Migrantinnen und Migranten haben sprachliche Probleme, da erst vor knapp sieben Jahren eine Strukturierung des Deutschlernens für Ausländer stattgefunden hat. Vorher war es für viele nur schwer möglich, einen Sprachkurs zu besuchen. Ein solcher Besuch war mit einem hohen Maß an Eigeninitiative verbunden und diese Energie konnten nicht alle Menschen aufwenden, so dass viele von ihnen nie strukturiert Deutsch gelernt haben.

Hinzu kommt ein Mangel an neutralen Übersetzern im gesamten Bezirk Altona. Häufig nehmen Betroffene einen Bekannten oder Verwandten mit zu Terminen bei der Behörde

oder im Gesundheitswesen. Es gibt aber einerseits Themen, die nicht mit Familienangehörigen besprochen werden wollen/sollen, andererseits kann es auch zwischen zwei Personen gleicher Muttersprache zu Kommunikationsproblemen kommen, die in eine andere Sprache übersetzt zu inhaltlichen Änderungen führen. So entstehen „Mischungen“ des Gesagten und der eigenen Meinung des, als nicht distanzierter Übersetzer einzuschätzenden, Angehörigen. Es fehlen demnach 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 bedeutet einen wichtigen Beitrag für die Integration und nicht, wie viele sagen, einen Rückschritt.

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

### **(1) 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 Menschen, die an Altersarmut leiden. Als Beispiel wurde auf die hohe Anzahl von Seniorinnen und Senioren hingewiesen, die die Altonaer Volksküchen aufsuchen. In diesen Einrichtungen ist die Altersarmut sinnfällig und erfahrbar. Es 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 sie z.B. über Wissen über eine gesunde Ernährung verfügt und sich dementsprechend versorgt. Bildung bestimmt somit das eigene Verhalten.

Generell sollte es allen Senioren offen stehen, sich an Aktivitäten zu beteiligen. Niemand sollte aufgrund von Kosten oder Erreichbarkeit von vornherein ausgeschlossen sein. Auch werden elementare Fähigkeiten wie Lesen vorausgesetzt, um sich über Angebote zu informieren, da diese häufig in Medien wie dem Wochenblatt oder dem Hamburger Abendblatt angekündigt werden. Hiermit werden 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, andererseits keine Presse verfolgen, ist auf diesem Weg nicht gegeben. Wie schon in vorangegangenen Kategorien 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 Seniorinnen und Senioren in Stadtteilen des gehobenen Bürgertums, wie Blankenese sind gut zu erreichen. Sie besitzen überdurchschnittlich häufig Emailadressen, pflegen ihre Kontakte und informieren sich selbständig.

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, für sich selbst 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 lasse sich aber nicht in andere Stadtteile verorten, da dort die Bevölkerung anders zusammengesetzt ist. Die Klientel und das Programm des Treffs sind dennoch 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 Seniorinnen und Senioren 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 investieren. Hierbei lässt sich kein kultureller Unterschied feststellen. Dieses Phänomen konnte vor allem in den Einrichtungen der Sibiriusstraße in Bahrenfeld festgestellt werden, wo sowohl deutsche Seniorinnen und 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.

## **(2) 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 Bürger und Bürgerinnen sei es sehr schwierig, sich zu integrieren. Eine Vermischung 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 sei laut der Interviewpartner momentan leider 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 Seniorinnen im Flaks festgestellt. Während die Deutschen 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 Seniorinnen 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 sollten Konzepte des Seniorensports überdacht werden.

In Bezug auf den Unterschied von deutschen und migrantischen Seniorinnen und Senioren 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, sei ihnen fremd. Ihnen täte eine Ernährungsumstellung und eine Veränderung ihrer Gewohnheiten gut, aber sie benötigten eine regelmäßige Erinnerung bzw. Ansprache, da sie sonst schnell in alte Gewohnheiten verfallen und das Thema gesunde Ernährung laut der Interview Partner wieder vergessen würden.

## **8 Zusammenfassung und Interpretation der zentralen Ergebnisse**

### **8.1 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 weitere wissenschaftliche Untersuchungen:

- 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.
- Die Werte der geriatrischen Depressionsskala waren nur für den Bereich der ambulanten Pflege deutlich erhöht. Auf Grund der bestehenden 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. Weiterhin gaben ambulant betreute Personen signifikant häufiger an erschöpft, entmutigt und traurig zu sein sowie weniger oft ruhig und gelassen zu sein.
- Erstaunlich wenige Personen waren bereit ihre (chronischen) Erkrankungen anzugeben. Unter den erfassten Angaben zeigte sich, dass Diabetes Mellitus und Bluthochdruck am häufigsten genannt wurden. Somit zeigten sich auch für die

Senioren in Altona als aktuelle Gesundheitsproblematiken die zentralen Zivilisationskrankheiten.

- Die erfassten Zahlen zur Multimorbidität sind nicht mit den hier eingangs dargestellten Zahlen vergleichbar [31]. Die hier erfasste Stichprobe aus Altona lag deutlich unter diesen Werten. 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.
- Erwartungsgemäß zeigten sich für die in Pflegeheimen oder ambulant betreuten Personen häufiger Pflegestufe I und II. Dennoch nahmen auch 12,8% Personen mit Pflegestufe III teil.
- Der Barthel-Index war für die Gruppe der im Pflegeheim betreuten Personen am niedrigsten und bei den selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren am höchsten. Hierbei gab es deutliche Altersdifferenzen. Mit zunehmendem Alter reduzierte sich die Alltagsmobilität deutlich; Baden, Gehen, Treppensteigen sowie An- und Auskleiden fiel besonders den hochaltrigen Personen schwer. Diese Ergebnisse bestätigen bestehende Forschungsergebnisse [22] auch für die hier untersuchte Klientel.
- Analog zum Barthel-Index verhielt es sich mit den IADL-Werten. Altersspezifische Unterschiede zeigten sich für die Bereiche: Einkaufen, Kochen, Haushalt, Wäsche und Transportmittel. Hinzu kamen geschlechtsspezifische Unterschiede für die Bereiche Kochen und Wäsche, die erwartungsgemäß von den Frauen besser ausgeführt werden konnten.
- Im Vergleich zu selbständig lebenden Personen zeigten Pflegebedürftige häufiger Probleme beim Stehen, Bücken und Anziehen, Schmerzen beim Gehen oder fehlende Eigenmobilität bzw. konnten sich nur im eigenen Haushalt bewegen. Weiterhin nehmen Pflegebedürftige signifikant häufiger Tabletten um Schlafen zu können. Personen die ambulant betreut werden gaben zudem signifikant häufiger an, dass ihre Energie nachlasse und sie alles anstrenge, dass sie kontinuierliche Schmerzen hätten und das Gefühl hätten die Kontrolle zu verlieren.
- Die nachlassende Alltagsmobilität drückte sich auch in den vielfältig angegebenen Sturzrisikofaktoren aus. Hierbei wurden bei der Befragung 14 interne Sturzrisikofaktoren fokussiert, d.h. primär körperliche Voraussetzungen erfasst. Es zeigte sich, dass bereits selbständig lebende Personen im Durchschnitt mehr als 5 kumulierte Sturzrisiken aufweisen. Somit bestand in der gesamten Stichprobe deutlich erhöhte Sturzgefahr mit den zugehörigen Folgen wie z.B. Schenkelhalsfrakturen.
- Im Vergleich zu den Bewohnerinnen und Bewohnerin im Pflegeheim und zu selbständig lebenden Personen nannten die Seniorinnen und Senioren die ambulant betreut werden signifikant häufiger von Gleichgewichtsschwierigkeiten betroffen und schnell außer Atem zu sein, mehr als drei Medikamente zu nehmen, Probleme mit den Füßen und Hörschwierigkeiten zu besitzen und Angst zu stürzen zu haben.
- Die Mehrheit der Befragten besucht 2-6 Mal oder häufiger im Jahr den Hausarzt. Hierbei besteht mit Wegezeiten von vorwiegend 15-30 Minuten eine gute Erreichbarkeit. Auch Fachärzte werden im Mittel 2-6 Mal pro Jahr aufgesucht, wobei diese Besuche vermehrt von den noch selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren wahrgenommen wird.

- 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.
- Die meisten Senioren verbringen ihre Freizeit Zuhause. Die häufigsten Freizeitaktivitäten der befragten Personen waren in allen drei Personengruppen Fernsehen, Lesen und Musik hören.

Die hier dargestellten Ergebnisse bestätigen frühere Erhebungen unter Hamburger Senioren [4] zum Gesundheitszustand auch für Altonaer Seniorinnen und Senioren. Neu ist hier das deutliche Missverhältnis der Gesundheitssituation ambulant betreuter Personen. Hierbei sind es vor allem psychische Faktoren die negativer bewertet werden als von den anderen Gruppen, was sich auch in erhöhten Werten der GDS widerspiegelt. Auch im Bereich des körperlichen Wohlbefindens und der Sturzrisikofaktoren finden sich schlechtere Voraussetzungen innerhalb der ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren. Dieses Ergebnis war in dieser Form nicht zu erwarten. Viele ältere Menschen streben den Verbleib im eigenen Heim in der vertrauten Umgebung an [22]. Die Voraussetzungen für Gesundheit und Lebensqualität in der eigenen Häuslichkeit sind jedoch unter der Betrachtung der hier aufgezeigten Daten möglicherweise deutlich schlechter als in einer stationären Versorgungseinrichtung.

Als Ursachen können verschiedene Gründe in Betracht gezogen werden. Zunächst sprechen die funktionellen Einschränkungen und die reduzierte Mobilität für eine eingeschränkte soziale Teilhabe. Diese These wird gestützt dadurch, dass die Seniorinnen und Senioren nur selten ihr Haus verlassen. Weiterhin ist bekannt, dass ambulante Pflegedienste nur über begrenzte zeitliche Ressourcen verfügen und das Maßnahmenpaket für Pflegeleistungen der Bedürftigen finanziell und inhaltlich streng reguliert ist. Dies führt dazu, dass psychosoziale Interaktionen nur selten durchgeführt werden können.

Sofern es keine familiäre Anbindung gibt (nur 6% der ambulant betreuten Personen erhalten familiäre Hilfeleistungen; 66% der Betroffenen leben allein), sind die Seniorinnen und Senioren tagsüber allein mit ihren Alltagsproblemen, gesundheitlichen Einschränkungen und Schmerzen. Dies kann z.B. zu der aufgezeigten Hilflosigkeit und erhöhten Depressionsgefahr führen. Möglicherweise reduzieren sich derartige Problematiken in einer stationären Einrichtung. Hier ist eine pflegerische Versorgung über den gesamten Tag gesichert und es sind immer Ansprechpartner zugegen. Hinzu kommt, dass durch Arztbesuche vor Ort ggf. eine bessere Voraussetzung zur gesundheitlichen Versorgung besteht. Diese These wird u.a. dadurch gestützt, dass die Personen in der ambulanten Pflege häufiger anhaltende Schmerzen aufweisen und mehr Medikamente einnehmen. Weiterhin werden durch das Tagesangebot vieler Einrichtungen Möglichkeiten zur Aktivierung und Teilhabe geboten so dass insgesamt, auch wenn wenig Angehörige und Freunde vorhanden sind, eine geringere Isolationsgefahr besteht.

Das Gesamtergebnis ist jedoch auch vor dem Hintergrund der Erreichbarkeit der Zielgruppen zu betrachten. Im Zuge dieser Befragung konnten nur Personen den Fragebogen bearbeiten, die kognitiv dazu in der Lage waren und auf Grund der Länge des Fragebogens ihre Aufmerksamkeit auch längerfristig aufrecht erhalten konnten. Somit wurden im Pflegeheim 49,6 % der Personen mit Pflegestufe 1 erreicht, in der ambulanten Pflege waren es nur 32 %. Hinzu kam, dass viele Menschen ihre Pflegestufe nicht angeben wollten. Als letzter Punkt ist anzumerken, dass eine große Anzahl an ambulanten Pflegediensten auf Grund zeitlicher Ressourcen oder auf Grund des Gesundheitszustands

ihrer Kunden eine Teilnahme an der Befragung ablehnten. Es besteht somit ein großer Handlungsbedarf die hier gefundenen Ergebnisse in einer breiter angelegten randomisierten Vergleichsstudie zu bestätigen. Weiterhin sollte darüber nachgedacht werden, ob nicht den Seniorinnen und Senioren bei denen verstärkt psychosoziale Probleme und Isolation auftreten eine gezielte Beratung über die Vorteile eines Pflegeheimaufenthalts angeboten werden sollte. Dies setzt jedoch voraus, dass sich das gesellschaftliche Bild über das Leben in einer stationären Einrichtung ändert und dass der Umzug in ein Pflegeheim selbstbestimmt erfolgen kann.

## **8.2 Aktuelle Wohnsituation der Altonaer Seniorinnen und Senioren**

Zu der aktuellen Wohnsituation im Vergleich der selbständig lebenden, im Pflegeheim wohnenden und ambulant betreuten Seniorinnen und Senioren finden sich folgende relevante Ergebnisse:

- 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.
- Nur 22,5 der Selbständigen gab an, in einem eigenen Haus oder Mietwohnung zu wohnen. Die meisten sowohl selbständigen als auch ambulant versorgten Seniorinnen und Senioren nannten eine Seniorengemeinschaft oder ein Seniorenheim, was in diesem Fall vermutlich für eine Seniorenwohnanlage gehalten wurde, als ihren Wohnort.
- Nur 10,3% der Personen innerhalb der Einkommensstufe EUR 500-1000 und 22,4 % der Einkommensstufe EUR 1000-2000 gaben an, ein Haus oder eine Eigentumswohnung zu besitzen. Niemand aus der Einkommensstufe bis EUR 500 besaß Wohneigentum.
- Die Seniorinnen und Senioren waren im Durchschnitt mit ihrer Wohnsituation zufrieden.
- Pflegeheim Bewohner gaben vereinzelt den Wunsch nach mehr Personal, einer besseren Qualität der Mahlzeiten sowie hellere, größere Zimmer bzw. Zimmer im Erdgeschoss an.

Die erwartete Tendenz zur Einsamkeit oder Isolation im Alter konnte durch die hohe Anzahl der allein lebenden Personen anhand dieser Daten bestätigt werden. Gleichzeitig deutet der hohe Anteil an Personen, die in Mietwohnungen oder Seniorenwohnanlagen wohnen darauf hin, dass es durchaus Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme oder Kontaktpflege in der Nachbarschaft gibt. Die bereits im 2. Altonaer Gesundheitsbericht geforderten Maßnahmen (1) innerhalb der Nachbarschaftsarbeit Ideen und Konzepte zu entwickeln, die ein Mehr an Achtsamkeit und Fürsorge für ältere Menschen erzeugen und (2) die positiven Befragungsergebnisse der, in den Pflegeheimen betreuten Personen zum Anlass zu nehmen, das negative Image von Seniorenheimen zu verändern und Seniorenheime in der Nachbarschaft als Begegnungs- und Aktivitätsort zu nutzen, könnten wissenschaftlich begleitet werden oder im Rahmen eines kreativen Gesundheitspreises ausgeschrieben werden.

### 8.3 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 EUR 1000 im Monat auskommen und sind somit der Armutsguppe zuzuordnen. Hiervon 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 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 EUR 1000 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 eingeschätzt.
- Personen der unteren Einkommensgruppen zeigten signifikant mehr Erkrankungen gleichzeitig und fanden sich häufiger in der Pflegestufe 2.
- Personen der unteren Einkommensgruppen können sich signifikant häufiger nur in der eigenen Häuslichkeit bewegen (wobei hier anzumerken ist, dass innerhalb dieser Gruppe auch Pflegeheimbewohner integriert waren).
- Interessanter Weise blieben die erwarteten Unterschiede bezüglich der Personen mit Migrationshintergrund aus. Diese lebten zwar häufiger in Struktur schwächeren Stadtteilen, hatten jedoch genauso hohe oder geringe Einkommen wie die Befragten ohne Migrationshintergrund.

Mit den dargestellten Ergebnissen konnten die Vermutungen über eine schlechtere gesundheitliche Ausgangslage der Personen innerhalb der unteren Einkommensstufen und innerhalb der strukturschwächeren Stadtteile bestätigt werden. Die fehlenden Möglichkeiten zur selbstorganisierten Alltagsbewältigung (ausgedrückt durch niedrigen Barthel-Index und niedrige IADL's) sind gepaart mit reduziertem körperlichem und psychischem Wohlbefinden. In den Einkommensbereichen über EUR 1000 pro Monat steigen die Werte stetig an, wobei sich innerhalb der Einkommensstufen oberhalb von EUR 3000 insbesondere für das psychische Wohlbefinden keinen klare Gesundheitsvorteile mehr belegen lassen. Hier ist kritisch zu reflektieren, dass der Anteil der Befragten innerhalb dieser höchsten Einkommensstufe nur bei 4,9 % lag.

Auf Grund der geringen Bereitschaft der Befragungsteilnehmerinnen und –teilnehmer ihre Erkrankungen anzugeben, war eine Analyse der Multimorbidität und Spezifizierung besonderer Krankheitshäufungen oder bestimmter Diagnosegruppen differenziert nach



Einkommensgruppen im Rahmen dieses Berichts nicht möglich. Dennoch ließen sich Anhaltspunkte für Präventionsstrategien für den Hauptteil des 2. Altonaer Gesundheitsberichts ableiten. Hierzu zählen vor allem Präventionsstrategien für das mittlere Erwachsenenalter, die eine Risikoreduktion für Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes Mellitus erzielen. Weiterhin besteht der Bedarf an Längsschnittstudien um die Mechanismen und Ursache-Wirkungsbedingungen der Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit im Lebensverlauf genauer zu beschreiben. Die bestehenden Erklärungsmodelle [28] bieten hier Anknüpfungspunkte, sind jedoch nicht ausreichend mit Studien belegt. Weiterhin gilt in Vergleichsstudien zu untersuchen, ob sich Personen mit einer Einkommenssituation an der Armutgefährdungsschwelle von den anderen Einkommensgruppen unterscheiden und durch die mögliche Angst vor Armut zusätzliche gesundheitsgefährdende Stressoren ergeben, die Selbstwirksamkeit sinkt oder z.B. eine geringere Motivation zur individuellen Gesundheitsförderung entsteht.

#### **8.4 Ergebnisse zu den Wünschen der befragten Seniorinnen und Senioren**

Die Wünsche der 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 besteht. 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 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 [20].

Zusammenfassend bewertet zeigen diese Ergebnisse viele Anknüpfungspunkte für Aktivierungsmaßnahmen für Senioren. Dennoch bleibt die Frage offen, mit welchen Angeboten oder mit welchen Informations- und Werbestrategien die Seniorinnen und Senioren erreicht werden können. Analog zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollte zudem erfasst werden, in welcher die ambulant betreuten Personen und die Personen, die Schwierigkeiten haben ihre Häuslichkeit zu verlassen wieder vermehrt Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nehmen können. Hierzu gehören z.B. Möglichkeiten der Nutzung von neuen Medien. Innerhalb der Behörden gibt es bereits Ansätze der Mitgestaltung über Projekte wie eGovernment oder Videos im Internet zu speziellen Vorträgen. Für Menschen mit Seh- oder Hörschwierigkeiten würden sich Podcasts in Internetradios eignen. Auch gibt es Ideen, wie über kostenlose Internetprogramme wie Skype für ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger, Kontakt zu Verwandten in der Heimat hergestellt werden kann und somit der Bezug zur eigenen Familie oder sozialen Netzwerken erhalten bleiben kann. Unklar ist hierbei jedoch, welcher Prozentsatz an Senioren derartige Medien nutzt bzw. nutzen kann. Praxisbezogene Forschungsprojekte sollten erfassen, unter welchen Voraussetzungen (Vorhandensein der Technik, Software und Internetzugang; Überwindung von Barrieren) Senioren in der Lage sind derartige Medien zu benutzen und welcher Schulungsbedarf zur Handhabbarkeit dieser Medien für Senioren besteht.

## 9 Fazit

Im Rahmen des 2. Altonaer Gesundheitsberichts wurde erstmals auf Basis quantitativer und qualitativer Befragungen 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 beantwortet werden. Grundsätzlich finden sich signifikante Unterschiede zwischen den selbständig lebenden Senioren und den Personen die pflegerische Hilfe benötigen. 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, in vielen Bereichen signifikant 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 (überwiegend Pflegestufe 1+2) und kaum Aussagen getroffen werden können, wie es Personen mit Pflegestufe 3 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 ist.

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. Auch muss überprüft werden, ob z.B. der Einsatz interaktiver Kommunikationsformen durch den Einsatz neuer Medien Hilfestellungen bietet, um mehr Teilhabe zu ermöglichen und Isolation zu überwinden.

Positiv zu bewerten ist hingegen 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 durch verschiedene statistische Verfahren in ihren Zusammenhängen belegt werden. Diese beziehen sich auf alle hier erfassten Aspekte des gesundheitlichen Wohlbefindens und der Alltagsfunktionalität. Auf Basis der Literaturanalyse erwartete geschlechtsspezifische Unterschiede konnten hier nicht gefunden werden. Auch finden 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 aufteilen. 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 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 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 senioregerechte Gesundheitsförderung seitens politischer Entscheidungsträger und (4) Veränderung des gesellschaftlichen Bildes des Älterwerdens und Übernahme sozialer Verantwortung in der Nachbarschaft.

Die genannten Vorschläge können nun von den verantwortlichen Akteuren im Bezirk in kurz-, mittel- und langfristige Ziele der senioren- und sozialgerechten Präventions- und Gesundheitsarbeit überführt werden. Weiterhin sollte der hier aufgedeckte Forschungsbedarf z.B. zu Langzeiteffekten sozialer Benachteiligung und Ursache- Wirkungskomplexen oder Modellversuche zur sozialen Teilhabe durch Interaktionsformen unter Nutzung neuer Medien in zukünftigen Forschungsprojekten aufgegriffen werden.

## Literaturliste

1. Allgaier, A.K., Kramer, D., Mergl, R., Fejtikova, S., Hegerl, U., (2011). Validität der Geriatrischen Depressionsskala bei Altenheimbewohnern: Vergleich von GDS-15, GDS-8 und GDS-4, *Psychiat Prax*, 38, 280-286.
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. Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analyseverfahren: Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Auflage). Berlin: Springer.
4. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2009). Basisinformation zur Gesundheit in Hamburg.
5. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2007). Lebenslagenberichterstattungen. Empfänger von Leistungen nach SGB II und SGB XII in Hamburg.
6. Böhnke, P. (2004). 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.
7. Boll, C., Hensel-Börner, S., Hoffmann, M., & Reich, N. (2013). Wachsender Pflegebedarf in Hamburg: Situation erwerbstätiger Pfleger und Herausforderungen für Hamburger Unternehmen (No. 78). HWWI Policy Paper.
8. 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.
9. Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
10. Butterwegge, C., Bosbach, G., & Birkwald, M.W. (2012). Armut im Alter: Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung. Frankfurt. New York: Campus Verlag.
11. Bode, I. (2005). Alter (n) auf dem Markt der Möglichkeiten: die Disorganisierung der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheiten. DZA.
12. Collin, C., Wade, D.T., Davies, S., Horne, V. (1998) The barthel ADL index: a reliability study. *Int Disabil Studies*, 10, 61-63.
13. Elliot, J.A., Jamieson, J.L., Donnelly, M.L., & Malone, M. (2004). New Falls Risk Self Assessment Questionnaire for Seniors. *J.CanGeriatr.Soc*, 7, 98-102.
14. 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)*
15. Faik, J., & Köhler-Rama, T. (2013). Anstieg der Altersarmut?. *Wirtschaftsdienst*, 93(3), 159-163.
16. 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.
17. Gauggel, S., & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(1), 18-27.
18. 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.
19. Graser, W. (2010). *Akzeptanz von Trainingstherapie und Eigentraining in der Weiterbehandlung von Patienten nach orthopädischer Rehabilitation.*
20. Köcher, R., & Bruttel, O. (2012). Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren.

21. Kümpers, S., & Rosenbrock, R. (2010). Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In *Soziale Lebenslaufpolitik* (pp. 281-308). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
22. Kuhlmei, A. (2010). Pflegerische Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit im Alter. In *Altern gestalten* (pp. 133-142). Springer Berlin Heidelberg.
23. Lampert T. (2011). Armut und Gesundheit. In *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (pp. 575-597). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
24. 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.
25. 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.
26. Mayer, K. U., & Akademie, B. B. (Eds.). (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Akad.-Verlag.
27. Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). reportaltersdaten. *Ältere Migrantinnen und Migranten*. Berlin. Deutsches Zentrum für Altersfragen.
28. Mergenthaler, A. (2012). *Gesundheitliche Resilienz: Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*. Springer.
29. Morfeld, Kirchberger & Bullinger (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Göttingen: Hogrefe
30. Münzenmaier, W. (2012). Materieller und immaterieller Wohlstand. *Statistische Analyse*. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.
31. Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J., & Kuhlmei, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(5), 441-450.
32. Schindlegger, W. (2001). Ursachen für Anorexie im Alter. *Journal für Ernährungsmedizin*, 3(3), 20-23.
33. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2012). *Hamburger Stadtteil-Profile 2012*. Hamburg.
34. Strauss, A. L., Corbin J., & Niewiarra, S. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
35. 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.
36. von dem Knesebeck, O., Bönnte, 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.
37. Wetzler, R. (2000). Internationale Ansätze zur Qualitätssicherung und-verbesserung. In *Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich; Schule, Sozialpädagogik, Hochschule*. (pp. 185-203).

## **Anhang**

### **Leitfaden Interview**

Kurze Vorstellung der Person

Erfahrung in der Seniorenarbeit

Erfahrungen im Bezirk Altona

Einschätzung zur Lage der Senioren in Altona (Bezug zur sozialen Situation)

Ideen und Verbesserungswünsche im Bereich der Gesundheitsförderung und Pflege

### **Ausführliche Ergebnisse der qualitativen Interviews**

Die Ergebnisse der Interviews sind zusammengefasst, jedoch zum größten Teil sprachlich nicht verändert worden. Es handelt sich hierbei um Aussagen der Interviewpersonen, die nicht verändert oder durch die Verfasserinnen bewertet wurden (Anmerkung der Verfasserin).

#### **Momentane Situation in der Altenpflege in Altona**

Alle Interviewpartner nennen sowohl positive Aspekte der Altenarbeit und interessante Aktivitäten, die in Altona durchgeführt werden, gehen aber auch auf Negativaspekte und Missstände ein. Diese Kategorie soll daher die momentane Lage der Altenarbeit des Bezirkes von beiden Seiten her beleuchten. Zuvor werden allgemeine politische Gegebenheiten und Beschlüsse aufgezeigt.

#### **Allgemeine Beschreibung der Lage und politische Gegebenheiten**

Zur politischen Lage bezüglich der Seniorenarbeit werden einige Aussagen vorgenommen. Laut IP 4 wurde die Seniorentreffarbeit vor drei Jahren regionalisiert. Bis dato gehörten die Seniorentreffs der Behörde an, jetzt ist es so, dass die Behörde finanzielle Mittel in die verschiedenen Bezirke gibt. Jeder Bezirk erhält dabei eine nach bestimmten Kennzahlen verschlüsselte Summe, die jedoch nicht abhängig von den vorhandenen Seniorentreffs, sondern Merkmalen wie „Anzahl der Grundsicherungsempfänger“ oder „Anzahl der Singlehaushalte“ ist. Durch diese Verteilung kam es dazu, dass Altona zu einem „abgebenden Bezirk“ geworden ist und weniger Gelder bezieht. Trotz der Einsparungen besteht seitens der Politik die Maßnahme, keinen Seniorentreff im Bezirk Altona zu schließen. Im letzten Jahr konnte die Kürzung durch Sondermittel aufgefangen werden, trotzdem ist es laut IP 4 spannend, wie Altona mit der Maßgabe, bei weniger finanzieller Mittel keinen Treff zu schließen, in der Zukunft zurecht kommt.

Es lässt sich weiterhin festhalten, dass es laut IP 4 keine Personalkosten für Seniorentreffleitungen gibt. Es gäbe zwar einzelne Träger, die Angestellte beschäftigen, diese Beschäftigung findet jedoch unabhängig von der Politik der Stadt statt und läuft direkt über den Träger. Zu den Seniorentreffs mit hauptamtlicher Leitung zählen in Altona die beiden Seniorentreffs vom ASB, als auch der Seniorentreff vom DRK in Ottensen. Bei beiden Einrichtungen ist die hauptamtliche Leitung für die Koordination verantwortlich. Alle anderen Seniorentreffs in Altona basieren auf Ehrenamt. Dazu zählen laut IP 4 zwei türkische Seniorentreffs, ein Treff vom AMB im Merkado und zwei kirchliche Seniorentreffs. IP 1 berichtet außerdem von einem Seniorentreff im Bürgerhaus Bornheide,

das sich inmitten der Wohnhausblöcke von Osdorf/Lurup befindet. Laut IP 4 sehen sich die Seniorentreffleitungen in Altona durch der Behörde unter Druck gesetzt, da diese die aktuellen Besucherzahlen einfordert und bestimmte Vorgaben bezüglich dieser Zahlen setzt.

Altona wird von IP 4 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. Diese ist laut IP 1 ein freiwilliger Zusammenschluss von verschiedenen ehrenamtlich engagierten Bürgerinnen und Bürgern, von Professionellen aus dem Gesundheits-, Bildungs-, Pflege- und Seniorenbereich im weitesten Sinne. Zwei der Arbeitsgruppen sind speziell auf Senioren bezogen, die AG „Leben im Alter“ und die AG „Pflege für Seniorinnen und Senioren“. Sie setzen das bezirkspolitisch einstimmig verabschiedete Projekt der Bezirksversammlung Altona „Gesundheitsziele 2012-2016“ um und entwickeln daran ausgerichtet bestimmte Aktivitäten. Auf positive Aktivitäten und Veränderungen aus den Arbeitsgruppen wird in der Kategorie „“ eingegangen.

### **Positive Merkmale der Seniorenarbeit in Altona**

Aus den Interviews geht hervor, dass vor allem aus den Arbeitsgruppen der Altonaer Pflege- und Gesundheitskonferenz viele Aktivitäten und Projekte hervorgehen und versucht wird, die Situation der Senioren und generell der älteren Menschen in Altona stetig zu verbessern.

Die AG „Pflege“ vergewärtigt sich laut IP 1 laufend die aktuellen Entwicklungen im Seniorenbereich in Altona und betrachtet die Lage der älteren Menschen unter Berücksichtigung ihrer Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus wird die pflegerische Versorgung überprüft. Hier werden laut IP 1 Probleme in den Fokus gerückt und nach möglichen Lösungen oder Alternativen geschaut. Als Beispiel nennt er die Rekrutierung von Pflegefachkräften für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, wobei das Augenmerk auf der Qualität liegen sollte, nicht der Quantität. Über diese Beschäftigung wurde im nächsten Schritt laut IP 1 eine Fachfortbildung oder Pflegeausbildung überhaupt angeregt. Außerdem entstand in der Folge aus der AG Pflege heraus eine Initiative, durch die gegenüber Pflegeeinrichtungen und der Politik in Hamburg angeregt wurde, die Anerkennung von Abschlüssen im Pflegebereich, im medizinischen Bereich von ausländischen Fachkräften zu erleichtern. Die AG Pflege befasst sich ebenfalls mit der vereinfachten Pflegeplanung. Sie überlegt, inwiefern die Dokumentationsarbeit in den Pflegeeinrichtungen auf ein Normalmaß gebracht werden kann, damit mehr Zeit für die pflegerische Versorgung der Betroffenen bleibt. Hier lässt sich als positives Ergebnis festhalten, dass ein Haus, das in der AG mitgearbeitet hat, ihre Pflegeplanung vereinfacht hat und dieses Konzept nun erprobt. Neben strukturellen Belangen fokussiert die AG Pflege aber auch direkt die Betroffenen und organisiert die Altonaer Gesundheitsveranstaltung, in deren Rahmen beispielsweise eine Heimbesichtigungstour stattfindet, um zu schauen, welche Möglichkeiten sich den Senioren bieten und welches Heim für sie einen angemessenen Wohnort darstellen könnte.

Die AG Leben im Alter befasst sich laut IP 1 speziell mit den Fragen des intergenerationellen Zusammenlebens und entwirft Möglichkeiten des gemeinsamen Miteinanders. Als Beispiele nennt IP 1 die Kooperation von Senioren und dem Gymnasium Allee, wo diese als Bibliotheksaufsicht ehrenamtlich tätig seien und so in Kommunikation mit der jüngeren Generation treten und einen Austausch bewerkstelligen könnten. Als



weiterer Ansatzpunkt wurde versucht, die Seniorenberatung in die Nachbarschaftstreff des Altonaer Spar- und Bauvereins (Altoba) zu verlegen, was auch realisiert, jedoch nicht in der erhofften Konsequenz angenommen und somit wieder eingestellt wurde. Generell wird die Nachbarschaftsarbeit des Altoba von IP 4 und IP 7 gelobt und als vorbildlich dargestellt. Er betreibt insgesamt 5 Nachbarschaftstreffs in Altona und organisiert ein umfangreiches Angebot an Veranstaltungen für alle Altersgruppen.

Auch die in den Interviews vielfach erwähnte Initiative „Runder Tisch dementenfreundliches Altona“ entsprang aus der AG Leben im Alter. IP 1 spricht von ca. 50 aktiven Mitwirkenden, die sich an einem Leitbild orientieren und zunächst viel Öffentlichkeitsarbeit geleistet haben, um Aufmerksamkeit für das Thema Demenz zu erlangen. Aus dieser Gemeinschaftsarbeit heraus ergeben sich wiederum weitere Projekte, wie „Lebenslust“, das im Herbst 2012 entstanden ist. Dieses Projekt ist auf die Förderung von praktischen Angeboten und von Bewegungsangeboten für Senioren und die Finanzierung von den dafür nötigen Referenten ausgerichtet. Es bietet die Möglichkeit, Angebote auf Übungsleiterpauschalen zu initiieren und sucht nach passenden Räumlichkeiten für die Durchführung der geplanten Projekte. Laut IP 2 laufen seit Februar 2013 die praktischen Umsetzungen, beispielsweise im Flaks e.V., einem Zentrum für Frauen in Altona. Zunächst gab es zehn Veranstaltungen, immer Mittwoch Nachmittags mit drei verschiedenen Seniorengruppen. Parallel zu den Gruppen im Flaks, fanden vierteljährliche Veranstaltungen im Seniorentreff „Haus Ottensen“ statt. Außerdem organisierte „Lebenslust“ eine Kooperation zwischen einer dritten Klasse der Grundschule Arnkielstraße und Senioren, die gemeinsam Theater und Bewegung machen werden. 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 wird eine kooperative Aktion mit „**Konfetti im Kopf**“ im Altonaer Rathaus hervorgehoben. Dort wurden Begegnungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige geschaffen, Fachvorträge gehalten oder Betroffenenberichte in Form des Films „Ilse's weite Welt“ aufgezeigt. Diese, aus Sicht der Veranstalter, gelungene Aktion erhielt nicht die erwartete und erhoffte Resonanz.

Altona bietet darüber hinaus im Rahmen der Seniorentage eine Informationsmöglichkeit für Senioren und Angehörige. Dort sind Sportvereine, Pflegeheime und andere seniorenbezogene Einrichtungen vor Ort, die 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.

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, Friseure, Pfleger, etc. eine Verknüpfung untereinander entstehen, so dass in einem bestimmten Fall 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, laut IP 1 sind dies vor allem 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.

Laut IP 5 und IP 7 beschäftigt sich aber auch die Arbeitsgruppe „Bewegung“ mit der Seniorenarbeit und betrachtet die Möglichkeiten der Aktivierung und Beschäftigung von Senioren im Lebensraum Altona. Die AG Bewegung hat das Projekt „Bahrenfeld in Bewegung“ initiiert, wo momentan im Auftrag des Gesundheitsamtes Altona Nord stattfindet und Möglichkeiten des Miteinanders und der Bewegung für Senioren gefunden und nachhaltig implementiert werden. IP 4 äußert sich in diesem Kontext sehr positiv über die vielen vorhandenen Bewegungsangebote im Bezirk Altona. Es gäbe eine große Bandbreite von verschiedenen Sportarten und auch die Verteilung der Angebote über den Bezirk sei angemessen.

Auf Angebotsseite lässt sich festhalten, dass Altona über mehrere Seniorentreffs und ambulante Pflegedienste verfügt. IP 4 berichtet von zwei türkischen Seniorentreffs, zwei Treffs der AWO, einem DRK-Treff, einem ASB-Treff. Im Merkado, dem Altonaer Einkaufszentrum ist ein AMB-Treff beheimatet. Außerdem bestehen in Altona zwei kirchliche Seniorentreffs. Auch Seniorpartner Diakonie stellt einen Pflegedienst dar und ist laut IP 2 eine der Organisationen, die qualifiziert ist, um die zusätzliche Betreuungsleistung der Pflegekassen abrechnen zu können. Die Diakone arbeiten auf ehrenamtlicher Basis und erhalten eine gestaffelte Aufwandsentschädigung. Außerdem bietet Seniorpartner Diakonie allen Freiwilligen eine Grundqualifizierung. Die zu Betreuenden zahlen eine Betrag von 8€ pro Stunde, den sie aber aus dem Betrag, den die Pflegekasse als zusätzliche Betreuungsleistung gibt, verrechnen. Damit bietet Seniorpartner laut IP 2 eine bezahlbare, aber qualifizierte und qualitativ hochwertige Betreuung der Senioren, die weiterhin auszubauen sei, da sie verlässlich auf die Eins-zu-Eins-Betreuung setzt, die viele der Senioren wünschen. IP 9 berichtet außerdem von Vericom und Haus 3 als weiteren Einrichtungen, so wie zahlreichen Institutionen für Senioren und Seniorinnen in der Großen Bergstraße.

Außerdem gibt es das Projekt Mimi – mit Migranten, für Migranten. In diesem Projekt, das seit 2005 von IP 9 geleitet wird, 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. IP 9 berichtet von einer russischsprachigen Gruppe in Osdorf, die sich 14-tägig trifft, Interesse an Bewegungsangeboten und gesunder Ernährung zeigt, aber selten ein passendes Angebot findet. Außerdem gibt es eine persischsprachige Gruppe in Osdorf, die sich aus Afghaneninnen und Iranerinnen zusammensetzt. Auch in Bahrenfeld befindet sich eine Community. Dort leben eher Menschen, die keinen gesicherten Aufenthalt haben und sich mehr um ihre Existenz sorgen, als um ihre Gesundheit.

IP 9 geht außerdem auf den besonderen Standort von Altona-Altstadt ein. Wie schon deutlich wurde, sind vor allem dort viele Institutionen und Angebote vorzufinden, es haben sich aber ebenso gewisse Strukturen für Migranten in Altona-Altstadt entwickelt, die ein Leben für sie erleichtern. So gibt es neben zahlreichen bspw. eine Moschee, Kulturvereine und viele Angebote im Lebensmittelbereich. Die Migranten haben laut IP 9 Altona-Altstadt nicht übernommen, sich aber eine Nische erobert, sie können mitgestalten und fühlen sich heimisch und zu Hause. Diese Infrastruktur herrscht für Migranten in Lurup oder Osdorf

nicht vor, so dass diese wesentlich mehr auf zu entwickelnde Angebote angewiesen sind, da die Dichte bestehender Möglichkeiten in Altona-Altstadt wesentlich größer ist.

### **Negative Aspekte in Altona**

Ein grundsätzliches Problem, nicht nur der Gesellschaft in Altona, sondern in ganz Deutschland, ist laut IP 4, 6 und 7 das Bild, dass die Gesellschaft vom Alter hat. „Alter“ bedeutet heutzutage mehr als eine alte Frau, die nicht alleine über die Straße gehen kann, es gibt zahlreiche aktive Senioren, im Vordergrund bei dem Begriff des Alters stehen jedoch die Hilfebedürftigen, die laut IP 6 gerade einmal 5% der Senioren ausmachen. Dieses Bild muss laut IP 6 geändert 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 in der heutigen Gesellschaft nicht mehr aktuell und repräsentativ, dieses sollte laut IP 6 in den Köpfen der Menschen ankommen, um Senioren angemessen begegnen zu können. Auch die Einstellung gegenüber dem Seniorensport wird als negativ eingestuft, da viele ältere Bürger sich nicht als „alt“ wahrnehmen und nicht das Gefühl verspüren, dass sie therapeutische Übungen oder Gymnastik im Sitzen brauchen. Darüber hinaus ist die Sicht auf Heime und Pflegeeinrichtungen sehr negativ und diese Einstellung sollte laut IP 3 verändert werden. IP 7 führt dieses negative Bild zurück auf die Öffnung der Pflegeversicherung in den 90er Jahren, da sich durch die aufkeimenden ambulanten Pflegedienste etwas Grundlegendes verändert hat: man ging nur noch in ein Heim, wenn es nicht anders möglich ist und somit wurden Heime zu reinen Pflegeheimen. Seniorenheime in denen man selbstbestimmt lebt und einen eigenen Tagesrhythmus aufrecht erhält, gibt es laut IP 7 und IP 4 kaum noch.

Auch wenn in Altona viele verschiedene, von den Veranstaltern als positiv bezeichnete, Projekte laufen und liefen, wird bei nahezu allen angemerkt, dass die Besucherzahlen schlecht oder zumindest nicht dem Projekt angemessen waren. Zum Teil resultieren diese schlechten Besucherzahlen aus einer mangelnden Bewerbung, wie es laut IP 7 bei „Konfetti im Kopf“ der Fall war. IP 7 sagt dahingehend, dass an der falschen Stelle angesetzt wird. Nicht die Senioren und Betroffenen selbst müssen angesprochen werden, denn diese lehnen Hilfestellung ab, weil sie ihre Betroffenheit nicht erkennen oder nicht anerkennen. Diese Kohorte erreicht man auf einem Wege der Öffentlichkeitsarbeit laut IP 7 nicht. Auch IP 9 berichtet, dass ihm von den bei Mimi arbeitenden Gesundheitsmediatoren mitgeteilt wird, dass viele der Teilnehmer von den Gesundheitsangeboten im Bezirk Altona nichts wissen und sich nicht eingeladen fühlen, sie bekommen von Möglichkeiten schlicht nichts mit. 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, denn viele von ihnen von den Interviewpartnern als unerreichbar eingestuft werden.

Aufgrund dessen wendet sich IP 7 in gewisser Weise gegen diese Arbeit von Seniorenarbeit, da es sich bei den entwickelten Projekten und Aktivitäten hauptsächlich um Öffentlichkeitsarbeit handelt, von der die Betroffenen selbst jedoch keinen Mehrwert erfahren. Die Art und Weise der Veranstaltungen sollte demnach überdacht werden, beziehungsweise muss Seniorenarbeit mehr auf die Betroffenen selbst ausgerichtet werden und weniger informationsgebend sein.

Als negativ stuft IP 3 die Separierung der einzelnen Bereiche der Sozialarbeit ein. Aus ihren Erfahrungen in der Familienfürsorge berichtet sie, dass damals 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 sei es so, dass bis zu drei verschiedene Sozialarbeiter (Jugend, Familie, Soziales, Alter, etc.) in einem Wohnkomplex tätig sein können, zwischen diesen 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 beklagt IP 7 die Übertragung der Beratungsstellen an die Gemeinde, da auf diese Weise die Menschen aus dem Blickwinkel genommen, die nicht in der Kirche organisiert sind oder sich von der Kirche abwenden. Aber diese Übertragung der Beratungsstellen ist nicht nur in Altona aktuell. Außerdem habe auch die Kirche laut IP 3 nicht mehr die Möglichkeit der Hausbesuche aller über 65-Jährigen, wie es noch vor 20 Jahren der Fall war.

Ein weiteres überregionales Problem ist die Bürokratisierung der Altenpflege. Den Einrichtungen und Pflegediensten bleibt wenig Zeit für die eigentliche pflegerische Versorgung, da die Altenpflege laut IP 3 eine hohe Verwaltungslastigkeit aufweist. IP 3 gibt an, dass Demenzfälle häufig nur über den Schreibtisch abgewickelt werden ohne den Betroffenen zu sichten oder persönlich zu beraten.

Ein weiteres Problem stellt die sprachliche Barriere dar, vor allem bei Senioren. Für jüngere Menschen ist es laut IP 9 wesentlich 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. IP 9 berichtet außerdem, dass der Mangel an neutralen Übersetzern ein großes Problem im gesamten Bezirk Altona, aber auch in anderen Hamburger Bezirken darstellt. Häufig nehmen Betroffene einen Bekannten oder Verwandten mit zu Terminen bei der Behörde oder im Gesundheitswesen, es gibt aber einerseits Themen, die nicht mit Familienangehörigen besprochen werden wollen/sollen, andererseits, und dies ist für IP 9 das Kernproblem, wird die Dolmetschertätigkeit häufig nicht als wirklich professionelle Tätigkeit anerkannt. Häufig gibt es zwischen zwei Personen gleicher Muttersprache Kommunikationsprobleme, werden dieses nun auch noch in eine andere Sprache übersetzt, kommt oft etwas anderes als gemeint heraus. Außerdem entstehen häufig „Mischungen“ des Gesagten und der eigenen Meinung des als nicht distanzierenden Übersetzer einzuschätzenden Angehörigen. Diese Tatsache des Dolmetschermangels weist leider keine klare Struktur, da die Zuständigkeit nicht geklärt ist. IP 9 erläutert, dass die Krankenkasse die Zuständigkeit an die Stadt abgibt, diese wiederum an die Gesellschaft und diese möchte wieder die Krankenkassen in die Pflicht nehmen. Laut IP 9 muss diese schlechte Struktur schnellstmöglich aufgearbeitet werden, denn eine neutrale Übersetzung bedeute einen wichtige Beitrag für die Integration und nicht, wie viele sagen, einen Rückschritt.

IP 3 beklagt darüber hinaus, 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 auch nicht lediglich bei

privatisierten ambulanten Pflegediensten der Fall, sondern auch die Diakoniestation soll laut IP3 die Gesamtsituation aus den Augen verloren und mehr den monetären Gesichtspunkt im Blick. Auch IP 7 stellt fest, dass vor allem Netzwerke, wie das Demenznetzwerk Flottbek, aus Eigennutz entstehen können, da auf dem Gebiet der Altenpflege schnell viel Geld verdient werden kann.

## **Ideen und Verbesserungsvorschläge**

### **Strukturell**

Viele der befragten Personen sprechen über eine altengerechte Infrastruktur. IP 2 wünscht sich 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 müsse. 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 könnten und eine gewisse Sicherheit im Straßenverkehr erhalten. Aus seiner Demenzbetreuung berichtet er, dass lange Ampelphasen an Fußgängerampeln für Demenzerkrankte, und häufig auch für Kinder, nicht erklärbar sind und äußert somit den Wunsch für kurze Rotphasen oder andere Regelungen einer gerechten Grünverteilung. Zumindest wünscht sich IP 2 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 laut IP 4 das Umfeld angemessen gestaltet sein, indem notwendige Einkaufsmöglichkeiten auf der gleichen Straßenseite zu finden sind oder zumindest durch Ampeln direkte Übergangsmöglichkeiten geschaffen werden können.

### **Angebote**

IP 5 und IP 2 wünschen sich wohnortsnahe Bewegungsmöglichkeiten für Senioren. IP 2 nennt verlässliche Angebote, die im nahegelegenen Park stattfinden, so dass die Senioren keine weiten Anfahrtswege auf sich nehmen müssen und nach dem Angebot schnell wieder zu Hause sind. Wichtig bei solchen Angeboten ist für IP2, dass sie 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 schlägt IP 2 Kooperationen mit Studenten, Fitnessschulen oder Altenschulen vor, um die Kosten für die Senioren möglichst gering zu halten und gleichzeitig Praxisfelder für Studenten und Altenpflegeanwärter zu schaffen. Auch IP 4 unterstreicht, dass es wichtig ist, wohnortnahe Angebote zu schaffen. Er berichtet von dem Besuch einer afrikanischen Gemeinde im Seniorentreff im Merkado, der alle Senioren begeistert hat. Ein Besuch der afrikanischen Gemeinde in Borgfelde kam jedoch für die Senioren nicht in Frage, „solch weite Fahrten mache man nicht mehr“. Daraus lässt sich ableiten, dass Senioren ein identisches Angebot an zwei verschiedenen Orten eher annehmen, wenn dieses in ihrer unmittelbaren und gewohnten Umgebung stattfindet. Wenn Senioren zunächst einen bestimmten Weg für ein Angebot in Kauf nehmen müssen, „verliert man viele schon auf dem Weg“.

IP 4 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 HAW teil, interessieren sich aber darüber hinaus weiterhin für das Thema. Allerdings stellt IP 4 es als wichtig heraus, dass bei der Planung solcher Veranstaltungen stets beachtet werden sollte, dass die Frauen Praxiserfahrungen sammeln und selbst tätig werden können. Ein Vortrag über gesunde Ernährung könnte ihr Interesse mindern, ein gemeinsamer Koch-Abend vermeintlich steigern. Hier müsse allerdings auf die Gegebenheiten des einzelnen Seniorentreffs eingegangen werden, aber dennoch sollte stets die Handlungsorientierung der Senioren im Fokus stehen. Auch IP 9 berichtet, dass vor allem die ausländischen Gruppen in Osdorf und Lurup sehr interessiert am Thema „gesunde Ernährung“ sind. In Abgrenzung zu IP 4 lässt sich jedoch festhalten, dass die vordergründige Motivation das Abnehmen darstellt. Auch Seniorinnen sind laut IP 9 daran interessiert, gut auszusehen. Dieses gute Aussehen wird für sie durch einen schlanken Körper verkörpert. Hier empfiehlt IP 9 dringendst ein Konzept zu entwickeln, niedrigschwellige Abnehmangebote für Menschen zu schaffen, die wenig Geld haben und nicht zu teuren Angeboten wie Weight Watchers gehen können.

Einen Problembereich, der speziell die muslimischen Mitbürger betrifft, wird von IP 9 aufgegriffen. Viele der Seniorinnen interessieren sich für Sport, vor allem für das Schwimmen. Häufig ist es jedoch schwierig, diesem Interesse nachzugehen, da Frauen mit einem muslimischen Glauben 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 ein Angebot hat und ein Bad in Wilhelmsburg, das für ein paar Stunden in der Woche am Nachmittag die Türen für Männer geschlossen hält. Hier zeichnet sich ein großer Bedarf ab, da man mit diesen Wünschen vor allem auch „Geld machen kann“, wundert es IP 9, dass diese Marktlücke noch nicht bedient wird. Generell sollten mehr Angebote geschaffen werden, die Frauen mit muslimischen Glauben unabhängig von Männern nutzen können.

Außerdem fordert IP 9 mehr muttersprachliche Angebote mit einem gewissen Mitbestimmungsrecht für die Teilnehmer. Er plädiert für eine Gesundheitsförderung, in der die Menschen gefragt werden, was sie möchten und dann gemeinsam mit ihnen entwickelt wird. Um diese gemeinsame Entwicklung voranzutreiben, müssen die Teilnehmer allerdings verstanden werden. Auch im muttersprachlichen Bereich fordert IP 9 vor allem niedrigschwellige Angebote; ausreichend seien Gesprächskreise, zu denen in einem regelmäßigen Abstand Mitglieder vom Gesundheitsamt kommen oder Fachpersonal kommt und über Neuigkeiten berichten.

IP 9 berichtet außerdem, dass es wichtig ist, Angebote zu schaffen, die unabhängig sind. Häufig werden über Mimi Kurse angeboten, die eine bestimmte Laufzeit haben, dafür aber unabhängig von Sportvereinen oder sonstigen Einrichtungen sind. Diese zahlen die Senioren dann auch gerne und nehmen eine gewisse finanzielle Belastung in Kauf. Auf die Frage, warum die 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 die Senioren und Seniorinnen laut IP 9 machbar, diese jedoch unabhängig von Datenpreisgabe und einer Kontobelastung.

## **Vernetzungen schaffen**

Netzwerke, ähnlich dem Demenznetzwerk in Flottbek, sollten in jedem Quartier entstehen, da so eine umfassende Beratung und Pflege sowie medizinische Versorgung möglich wäre. Laut IP 7 sollte bei der Entwicklung der Netzwerke jedoch darauf geachtet werden, dass diese nicht aus Profit oder Eigennutz geschlossen werden, sondern die Menschen tatsächlich davon profitieren. Er merkt an, dass die Bevölkerung in solchen Netzwerken beteiligt werden sollte und dass das dort ansässige Dienstleistungsgewerbe Kräfte ausbildet, die zur Beratung und Unterstützung bei Menschen mit Assistenzbedarf hilft. In der AG Pflege wird darüber hinaus momentan darüber nachgedacht, wie Heime ins Quartier geöffnet werden können, so dass die Menschen, die im Einzugsgebiet der Einrichtung wohnen, unmittelbar einen guten Rat oder eine Hilfestellung erhalten können. Diese Öffnung sieht IP 7 als sehr sinnvoll und wünschenswert an.

Eine weitere Möglichkeit ist laut IP 6 und IP 7 der grundlegende Aufbau von Nachbarschaft. Diese muss angestiftet werden, damit eine gegenseitige Rücksichtnahme, Hilfeleistung und Unterstützung aufgebaut wird. In bestehen Nachbarschaften können laut IP 7 zudem sehr gut aktivierende Angebote etabliert werden, außerdem kann die so wünschenswerte interkulturelle und intergenerative Vermischung stattfinden. Ein Wunsch von IP 7 wäre es, dass die Bauträger von vornherein 1 - ,5% Raum, den sie für Wohnungen bauen, als Nachbarschaftsraum bauen und diesen den Mietern für eine minimale Gebühr zur Deckung der laufenden Kosten, zur Verfügung stellen.

## **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 des Absetzens 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. Daher fordert IP 7 eine vereinfachte Pflegeplanung. Auch IP 3 wünscht sich eine andere Art von Sozialarbeit, die den Menschen selbst in den Blickwinkel nimmt. An der verwaltungslastigen Arbeit heute kritisiert sie, dass der Blick für die Gesamtsituation alter Menschen verloren gegangen ist. Es werden keine Hausbesuche kranker Menschen mehr durchgeführt, sondern sie „landen als Fälle auf dem Schreibtisch und müssen abgearbeitet werden“.

IP 7 wünscht sich eine Veränderung der Finanzierung von Altenpflege. Das Leben zu Hause mit ambulanter Hilfe sollte für alle Menschen ermöglicht werden und keine finanzielle Frage sein. Pflegebedürftige erhalten laut IP 7 durch die Pflegeversicherung nur ambulante Versorgung zugesprochen, wenn sie sich auf Pflegestufe 3 befinden und somit schwer krank sind, auch dann können die Mittel lediglich für Sachleistungen eingesetzt werden. IP 7 fordert demnach andere Sätze 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, 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 ambulante Pflegediensten sollten auch Heime eine Umstrukturierung der Finanzierung vollführen. 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. Das sei laut IP 7 heutzutage nicht möglich, da es einerseits eine Frage der Finanzierung sei, andererseits ist Überbelegung ein großes Thema. Neben der Umstellung der Finanzierung sollten sich die Heime grundlegend umstrukturieren und für mehr Eigenverantwortlichkeit bei noch aktiven und selbstständigen Senioren sorgen. Eines der größten Probleme des schlechten Rufes von Pflegeheimen ist laut IP 7 die Tatsache, dass einem Menschen mit Eintritt in das Heim die Selbstbestimmung genommen wird und der Heimalltag in Zukunft das Leben bestimmt. IP 7 wünscht sich eine Veränderung der Finanzierung von Altenpflege. Das Leben zu Hause mit ambulanter Hilfe sollte für alle Menschen ermöglicht werden und keine finanzielle Frage sein. Pflegebedürftige erhalten laut IP 7 durch die Pflegeversicherung nur ambulante Versorgung zugesprochen, wenn sie sich auf Pflegestufe 3 befinden und somit schwer krank sind, auch dann können die Mittel lediglich für Sachleistungen eingesetzt werden. IP 7 fordert demnach andere Sätze 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, 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 ambulante Pflegediensten sollten auch Heime eine Umstrukturierung der Finanzierung vollführen. 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. Das sei laut IP 7 heutzutage nicht möglich, da es einerseits eine Frage der Finanzierung sei, andererseits ist Überbelegung ein großes Thema. Neben der Umstellung der Finanzierung sollten sich die Heime grundlegend umstrukturieren und für mehr Eigenverantwortlichkeit bei noch aktiven und selbstständigen Senioren sorgen. Eines der größten Probleme des schlechten Rufes von Pflegeheimen ist laut IP 7 die Tatsache, dass einem Menschen mit Eintritt in das Heim die Selbstbestimmung genommen wird und der Heimalltag in Zukunft das Leben bestimmt.

IP 2 fordert, dass die SAGA-GWG als größte Hamburger Wohnungsbaugesellschaft, die in städtischer Hand ist, sich in ähnlicher Weise wie der Altonaer Spar- und Bauverein engagiert und zusätzliche Flächen und Räume zur Verfügung stellt, 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.

IP 8 bringt außerdem den Aspekt der Offenheit in die Diskussion. In Hamburg habe er die Erfahrung gemacht, dass jeder lieber „in seiner eigenen Suppe löffelt“ anstatt voneinander zu profitieren, gemeinsam Sachen oder Projekte zu etablieren und 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. Zwischen ihnen sollte keine Konkurrenz oder ähnliches bestehen, sondern ein reger Austausch über Erfahrungen, die für den anderen konstruktiv nutzbar gemacht werden sollten.

Darüber hinaus berichtet IP 8 über Patienten, die in Häusern aufgrund ihres Krankheitsbildes abgewiesen wurden. Sie erzählt von HIV- und MS-Patienten, die mit einem geringen Alter (45) pflegebedürftig sind, diese jedoch in fast keiner Einrichtung zugesprochen bekommen. Seiner Meinung nach ist die Betreuung von HIV- und MS-Erkrankten oder auch von Wachkoma-Patienten eine Nische, die unbedingt bedient werden sollte. Vor allem die Menschen müssen ein passendes Angebot bekommen, die erkrankt sind und ein geringes Einkommen oder eine geringe Rente aufweisen.

In Bezug auf die Interkulturalität fordert IP 9, dass sich Mitarbeiter des Gesundheits- und Pflegedienstes regelmäßig zum Thema interkulturelle Kompetenz fortbilden. Diese Aus- und Weiterbildung ist eine langfristige Angelegenheit, die nicht durch ein dreitägiges Seminar aufzubauen sei, sondern ständig weiter ausgebaut und 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.

### **Beständigkeit bieten**

Aus seiner persönlichen Erfahrung berichtet IP 2, dass es für einige Besucher des Tanz-Cafés für die ältere Generation, das aus Rissen in das Bugenhagen-Haus verlegt worden ist, zunächst befremdend war, dass sich die Gruppe im Bugenhagen-Haus mit den Bewohnern mischte und dort dann auch beispielsweise Rollstuhlfahrer am Angebot teilnahmen. IP 2 geht daher davon aus, dass es äußerst wichtig ist, Gruppen in vertrauten Räumen stattfinden zu lassen und nach Möglichkeit auch vertraute Anleiter zu binden und diese nicht wöchentlich rotieren zu lassen. Eine Regelmäßigkeit der örtlichen Gegebenheit schafft Gewohnheit und Behaglichkeit und erleichtert den Senioren den Besuch, da sie wissen, worauf sie sich einstellen können und sich einlassen.

### **Kommunikation / Öffentlichkeitsarbeit / Berichterstattung**

IP 4 wünscht sich, dass das Thema Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung von Beginn an einfließt und nicht erst im Alter kommuniziert wird. Er sieht diese Thematisierung als wichtig an, damit eine Kontinuität besteht und man nicht bei einem 70jährigen Senioren beginnt, Lebensgewohnheiten umzustellen und ihm zu erläutern, warum diese nun wichtig sind. Dort stoße man laut IP 4 dann häufig auf Unverständnis. Stattdessen sollte eine Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit von Anfang an auf eine spielerische Art und Weise Bestandteil des Lebens sein.

Laut IP 4 und IP 6 ist Kommunikation mit Betroffenen, die zu Hause wohnen, ein großes Manko in der Hamburger Seniorenarbeit. Hamburg, insbesondere Altona, bietet älteren Mitmenschen eine große Fülle an Angeboten, jedoch stellt sich häufig die Frage, wie diese an die Bevölkerung herangetragen werden kann. Es besteht hinsichtlich der Mobilisierung von Senioren ein Desiderat. IP 6 sieht es außerdem als schwierig an, zu belegen, wer tatsächlich hilfsbedürftig ist. Die Menschen, die noch aktiv sind, ins Sportstudio gehen oder

ein Kontaktstudium machen, sind seiner Ansicht nach nicht hilfebedürftig, sondern benötigen nur gewissen Anregungen oder Hinweise. Auch bei den vielen Informationsveranstaltungen, die in Altona stattfinden, werden laut IP 6 und IP 4 häufig nur die Aktiven angesprochen. Hier sollte nach Wegen und Mitteln gesucht werden, die es ermöglichen, an die unbedingt Hilfebedürftigen heranzutreten und eine Kommunikation mit ihnen ermöglichen.

IP 5 wünscht sich eine Berichterstattung über Erkenntnisse, beispielsweise bei der Erkundung des öffentlichen Raumes nach Bewegungsmöglichkeit. Es sollte eine angewandte Wissenschaft von der Basis her entstehen, die Ergebnisse festhält und an die Praxis weitergibt in Form von Handlungsempfehlungen: „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, dass 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.

### **Gesellschaftlicher Wandel / Bild des Alters**

IP 1 wendet sich gegen die ökonomisch motivierten Lebensstilveränderungen, die sich in veränderten Lebens- und Arbeitsrhythmen, aber auch verändertem Konsum- und Freizeitverhalten äußern. Er, sowie IP 3, plädieren für ein soziales Miteinander, ein gegenseitiges Wahrnehmen und aufeinander achten, sowie eine intergenerationelle und interkulturelle Aktivität. Menschen verschiedener Alters- und Kulturengruppen sollten miteinander leben und sich wohlfühlen können. Außerdem solle die Gesellschaft wieder mehr Erleben, innehalten und die Zeit genießen. Ebenso wie IP 7 spricht er sich für Nachbarschaft aus, um ein Netzwerk im direkten Umfeld zu schaffen.

Laut IP 5 müsse sich die Sicht auf das Alter ändern; Alter solle als eine Lebensgestaltungschance begriffen werden, man „gehöre nicht zum alten Eisen, sondern können das Eisen weiter schmieden“. Auch IP 3 möchte die Gesellschaft darauf aufmerksam machen, dass das Alter analog zur Jugend, etc. auch eine Entwicklungsstufe ist und sollte deswegen nicht grundsätzlich anders behandelt werden, die Einstellung der Gesellschaft gegenüber dem Alter, dem Sterben und der Vergänglichkeit. Sterben gehöre zum Leben dazu und diese Einsicht müsse in der Gesellschaft ankommen und dürfe nicht tabuisiert werden. Er spricht von einer Diskriminierung des Alters, die nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in den speziellen Einrichtungen für alte Menschen greift. Auch dort ist Sterben ein Tabuthema, viele Heime konnten seine Frage nach dem Sterben in ihrer Einrichtung nicht beantworten und waren entsetzt, dass generell danach gefragt wurde. Das Negativbild des Alters lässt sich laut IP 3 ebenfalls auf die Einrichtungen selbst übertragen. Pflegeheime haben in der Gesellschaft keinen guten Standpunkt, viele ältere Menschen lehnen einen Heimaufenthalt kategorisch ab, ohne sich über die Gegebenheiten in ausgewählten Heimen Kenntnis verschafft zu haben. Die Stigmatisierung des Alters könne laut IP 5 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.

### **Selbstständigkeit fördern und Bewegungsrepertoire ausbauen**

IP 5 stellt fest, dass Senioren nur über ein mangelndes Bewegungs- und Beschäftigungsrepertoire verfügen und gibt an, dass es wichtig sei, sie zum Finden von Bewegungsmöglichkeiten in ihrem täglichen Umfeld anzuregen und sie so weit zur Selbstständigkeit zu führen, dass sie die Bewegungen in Zukunft allein und ohne Anleitung durchführen können. Wichtig ist hierbei wiederum, dass es als natürlich angenommen 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 hingegen laut IP 5 als präventive Maßnahme gewichtet werden und ist unerlässlich. Auch IP 6 wünscht sich mehr Prävention, die im alltäglichen Leben anfängt und nicht nur eine Orientierung an der Pflegestufe, wie es momentan der Fall ist. Um dieses Umdenken in der Gesellschaft zu ermöglichen, sei es wichtig, dass die Professionellen und Anleiter selbst aktiv sind und das praktizieren, was sie ihren Kunden nahebringen möchten. Hier müsse die Ausbildung dahingehend verändert werden, dass Auszubildenden Möglichkeiten in der nahen Umgebung ihrer Einrichtung aufgezeigt werden, die sie mit Senioren und anderen Altersgruppen in Zukunft nutzen können.

IP 5 äußert als großen Wunsch, dass jede Einrichtung versucht, sich seinen Bewegungskreis um ihre Einrichtung zu schaffen, ein Platz im öffentlichen Raum, den die Bewohner/Besucher nutzen und sich zu eigen machen. Zunächst sollte mit Unterstützung durch die Universität oder 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“ 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. Sein Traum ist demnach das Erschaffen einer „urbanen Bewegungskultur“, die im Optimalfall in kleinen Seniorengruppen immer weiter ausgereift und weitergeführt wird, ohne Hilfe von Experten. IP 7 sieht solch eine Kultur auch als vorteilhaft für Heime an, da diese solche Plätze nutzen können und die Bewohner nicht mehr „ghettoisiert“ werden, sondern das Leben außerhalb der Einrichtung wieder stärker wahrnehmen können. Darüber hinaus entfalle eine „Bespäßung“ im Heim selbst, wodurch einerseits mehr Kapazitäten für die pflegerische Versorgung frei werden und andererseits eine finanzielle Unterstützung eines Bewegungs-Spiel-Angebots im Quartier möglich wäre.

### **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 Menschen, die an Altersarmut leiden. IP 1 führt dieses auf die hohe Anzahl von Senioren zurück, die die Altonaer Volksküchen aufsuchen. Seiner Ansicht nach wird in diesen Einrichtungen die Altersarmut sinnfällig und erfahrbar. Jedoch besteht in dieser Hinsicht politischer und gesellschaftlicher Handlungsbedarf, laut IP 1 wurde das Thema Altersarmut „gesellschaftlich und politisch noch nicht richtig angefasst“. Diesen Zustand der

Altersarmut bringt er in direkten Zusammenhang mit der Beeinträchtigung der Gesundheit, weshalb IP 1 davon ausgeht, dass der Gesundheitszustand vieler älterer Menschen oftmals nicht gut ist. IP 6 hingegen sieht den Zusammenhang eher zwischen Bildung und Gesundheit und vernachlässigt die finanziellen Mittel einer Person. Denn die Bildung ist laut IP 6 ausschlaggebend, ob man über gesunde Ernährung Bescheid weiss und sich dementsprechend versorgt, ob man Vorsorgen wahrnimmt und vieles mehr, denn es gehört zur Bildung, dass man weiss, dass es diese Möglichkeiten gibt. Bildung bestimmt laut IP 6 das eigene Verhalten, sich nicht nur in der Wohnung vor dem TV aufzuhalten, sondern Sport zu treiben, andere Sprachen zu lernen, etc., woraus sich wiederum eine soziale Eingebundenheit ergibt, eine angemessene kognitive Beschäftigung und eine dem Alter entsprechende Bewegung.

IP 2 ist der Ansicht, dass es generell allen Senioren offen steht, sich an Aktivitäten zu beteiligen und bezüglich der Kosten und der Erreichbarkeit niemand von vornherein ausgeschlossen sei. Auch sie setzt, wie IP 6, Bildung, in diesem Fall das Lesen, als etwas elementares voraus, um sich über gewisse Angebote zu informieren, da diese häufig in Medien wie dem Wochenblatt oder dem Hamburger Abendblatt angekündigt werden. Hier mit werden 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, andererseits keine Presse verfolgen, werden auf diesem Weg nicht erreicht. Wie schon in vorangegangenen Kategorien erwähnt, besteht großer Handlungsbedarf auf dem Gebiet der Erfassung der tatsächlich Hilfebedürftigen und der Menschen, die aufgrund eines anderen Sprachgebrauches nicht zu erreichen sind.

Laut IP 5 sind vor allem Senioren in Stadtteilen des gehobenen Bürgertums, wie Langenhorn oder Blankenese gut zu erreichen, sie haben auch häufig Emailadressen, pflegen ihre Kontakte und informieren sich selbstständig. Vor allem diese bürgerliche Mittelschicht ist laut IP 5 aber generell relativ aktiv, da sie auch andere Aktivitäten ausführen und beispielsweise in der Kirchengemeinde aktiv sind. 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 laut IP 5 auch meist zunächst die Notwendigkeit, sich selbst und einen Platz in der Gesellschaft zu finden, danach können sie angeregt werden, etwas für ihre Gesundheit zu tun.

IP 4 nimmt deutliche Unterschiede innerhalb der einzelnen Seniorentreffs bezüglich der Wohngegend und der im Stadtteil lebenden Bevölkerung. In Blankenese gäbe 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 lasse sich aber nicht in andere Stadtteile verorten, da dort die Bevölkerung anders zusammengesetzt ist. Die Klientel und das Programm des Treffs ist aber nicht nur von der Bevölkerung abhängig, sondern eindeutig auch vom Träger. IP 4 berichtet von 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.

IP 9 berichtet aus ihrer 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 investieren, als in ihre eigene Gesundheit. Hierbei lässt sich kein kultureller Unterschied feststellen, dieses Phänomen konnte IP 9 vor allem in den Einrichtungen der Sibiriusstraße 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.

### **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 von IP 4 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 Vermischung findet daher laut IP 4 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.

IP 2 stellt einen Unterschied im Verhalten der türkischen und deutschen Senioren im Flaks fest. Während die Deutschen 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“. Seiner Ansicht nach 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 den Erfahrungen von IP 4 verbinden, dass das Bild der Senioren in Deutschland sehr eingefahren ist. Ebenso, wie „die Alten“ in der Gesellschaft stigmatisiert werden, wird „der Seniorensport“ von einigen Senioren als unnütz und „nichts für mich“ abgestempelt und grundsätzlich abgelehnt. Diese Beobachtung lässt sich zwar nicht verallgemeinern, jedoch geht auf IP 5 darauf ein, dass der Seniorensport überdacht werden müsse. In Bezug auf den Unterschied von deutschen und migrantischen Senioren geht IP 9 darauf ein, dass viele der ihr bekannten 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.

## **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](http://www.hamburg.de)