

Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel

**Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 2007 von
Seniorinnen und Senioren im Bezirk Hamburg Eimsbüttel**

**Im Auftrag der
Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel 2007
Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit
Fachamt Gesundheit**



**Durchführung:
Forschungsabteilung
Albertinen-Haus Hamburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg**

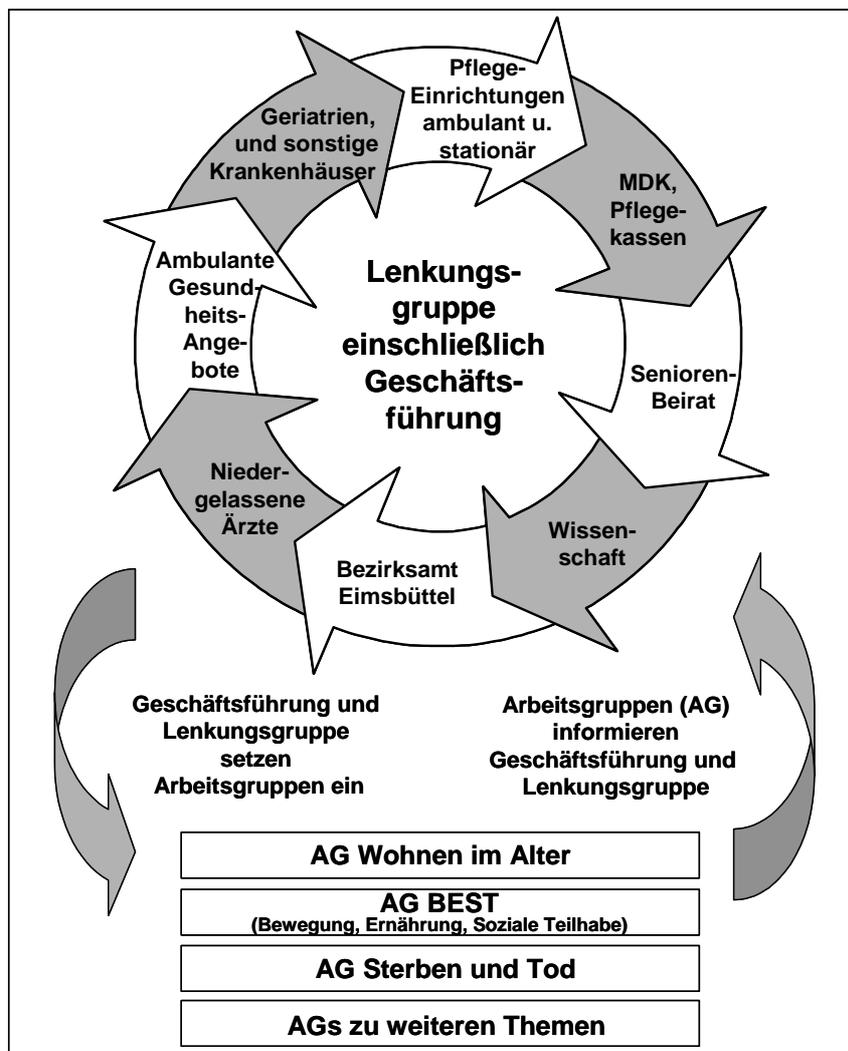
Kontakt:

Dr. rer. nat. Ulrike Dapp
Forschungsabteilung
Albertinen-Haus Hamburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wiss. Einrichtung an der Universität Hamburg
Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg
forschung@albertinen.de

1 Bezirkliche Gesundheits- und Pflegekonferenz Hamburg Eimsbüttel

Im Jahr 2004 wurde auf der gesetzlichen Grundlage des Hamburgischen Landespflegegesetzes (§2 HmbLPG) die bezirkliche Gesundheits- und Pflegekonferenz Hamburg Eimsbüttel gegründet. Berücksichtigt wird hier nicht nur die Zielgruppe kranker, behinderter und pflegebedürftiger alter Menschen (Pflegekonferenz), sondern insbesondere auch die anteilmäßig sehr viel größere Zielgruppe der gesunden, selbstständig in der Kommune lebenden älteren Bürgerinnen und Bürger. Mit diesem Brückenschlag soll der zukünftig verstärkt auf die Gesellschaft zukommenden Aufgabe nach gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen im Alter Rechnung getragen werden. Die Gesundheits- und Pflegekonferenz Hamburg Eimsbüttel versteht sich gleichermaßen als Informations- und Diskussionsplattform für Professionelle (Dienstleister und Planer im Gesundheitssektor) und Laien (ältere Bürger und Angehörige), strebt eine nutzerorientierte, leistungsfähige kommunale und aufeinander abgestimmte Angebotsstruktur an sowie die Mitarbeit aller Interessierten zur Schaffung von Transparenz sowie Verbesserung und Stärkung der Infrastruktur zur Gesundheit im Alter. Die Gesundheits- und Pflegekonferenz arbeitet in unterschiedlichen Gremien und ist auf Konsensbildung ausgerichtet. Sie ist untergliedert in Geschäftsführung – diese obliegt dem Amtsarzt und Leiter des Gesundheitsamtes - Lenkungsgruppe und Arbeitsgruppen (vgl. Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1: Organisation der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel



Quelle: Dapp & Dirksen-Fischer 2006

Bisherige Schwerpunktthemen der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel (Downloads zu allen Schwerpunktthemen können auf der Homepage der Gesundheits- und Pflegekonferenz eingesehen werden <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/bezirke/eimsbuettel/aktuelles/pflegekonferenz/Start.html>):

2004: Gesundheit und Pflege im Alter – Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel. Grundlagenpapier und Konzept für die Initiierung einer Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Hamburg Eimsbüttel.

2005: Implementierung einer geoinformationsgestützten Datenbank (GIS) der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel. Geocodierung und räumliche Visualisierung der Angebote von Organisationen, Verbänden und Institutionen im Bezirk (Ist-Zustand), die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, medizinischen Behandlung und Therapie, geriatrische Rehabilitation und Pflege für ältere Bürger anbieten und deren Darstellung im Internet (Dapp & Dirksen-Fischer 2006).

2006: Erarbeitung der Broschüre „Streifzüge durch Eimsbüttel. Spazier- und Wanderrouten für Alt und Jung“ mit Karten und Routenbeschreibungen interessanter Wege in Kooperation zwischen Bau- und Gesundheitsdezernat.

2007: Repräsentative Befragung von Seniorinnen und Senioren im Bezirk Hamburg Eimsbüttel „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“. Erfragt wurden Einstellungen zum Älterwerden, Gewohnheiten, Gesundheit, Gesundheitsförderung, Mobilität, Seniorentreffs und soziodemographischen Angaben von Menschen ab 60 Jahre im Bezirk Eimsbüttel.

2 Seniorenbefragung 2007 „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“ der bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenz Hamburg Eimsbüttel

2.1 Vorbemerkung zum demographischen Wandel

Deutschland gehört bereits heute zu den Ländern mit dem weltweit höchsten Anteil älterer Menschen und dieser wird zukünftig absolut und relativ weiter ansteigen. Ende 2001 war ein Viertel der Gesamtbevölkerung mindestens 60 Jahre alt (24,1%), im Jahr 2030 wird dies bereits jeder dritte Mensch sein (34,4%). Mit zunehmender Lebenserwartung wird insbesondere die Zahl der 80jährigen und Älteren ansteigen. Heute leben in Deutschland 3,2 Mio. Personen (3,9%) dieser Altersgruppe, im Jahr 2050 wird diese Altersgruppe auf etwa 9,9 Mio. Personen oder 12,1% angestiegen sein. Die Bevölkerung wird zukünftig nicht nur schrumpfen; im gleichen Zeitraum wird der Anteil der älteren Bevölkerung nicht nur absolut, sondern auch prozentual stark anwachsen (vgl. Tabelle 2.1).

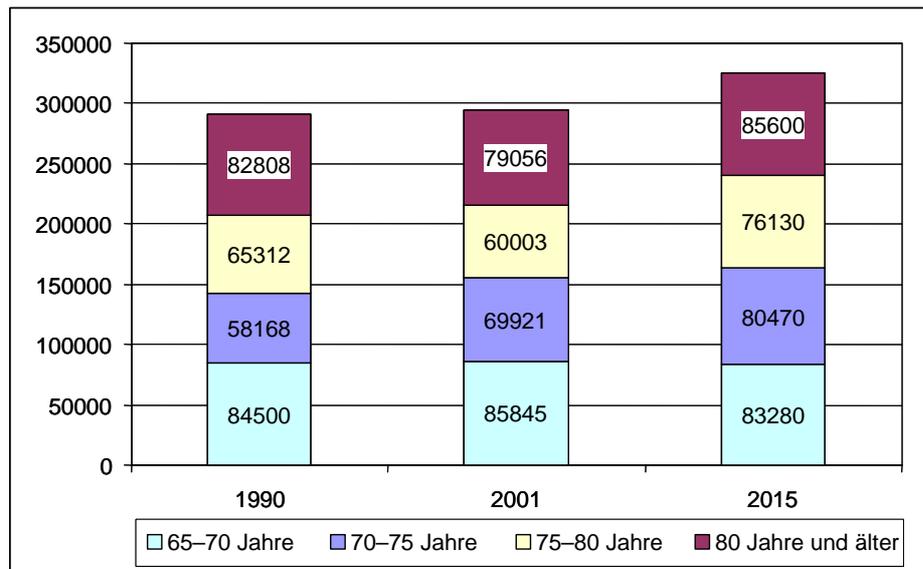
Tabelle 2.1: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands (Variante 5 des Stat. Bundesamtes)

	Insgesamt am Jahresende Millionen	Davon im Alter von ... bis ... Jahren			
		Unter 20	20 - 59	60 und älter	
				Insgesamt	80 und älter
		in %			
2001	82,4	20,9	55,0	24,1	3,9
2010	83,1	18,7	55,7	25,6	5,0
2030	81,2	17,1	48,5	34,4	7,3
2050	75,1	16,1	47,2	36,7	12,1

Quelle: Statistisches Bundesamt 2003, S. 31.

Prognosen der Entwicklung der älteren Bevölkerung in Hamburg ergeben, dass im Jahr 2015 die vier Altersgruppen (65 bis unter 70, 70 bis unter 75, 75 bis unter 80 sowie 80 Jahre und älter) ähnlich stark vertreten sein werden. Am stärksten anwachsen wird bis zum Jahr 2015 die Gruppe der 75jährigen bis unter 80jährigen von 60.003 im Jahr 2001 auf 76.130 im Jahr 2015. Dies entspricht einem Zuwachs von 26,9% in dieser Altersgruppe (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1: Die ältere Bevölkerung in Hamburg 1990, 2001 und 2015



Quelle: Eigene Darstellung auf Datenbasis Statistisches Landesamt HH 2003, S. 2.

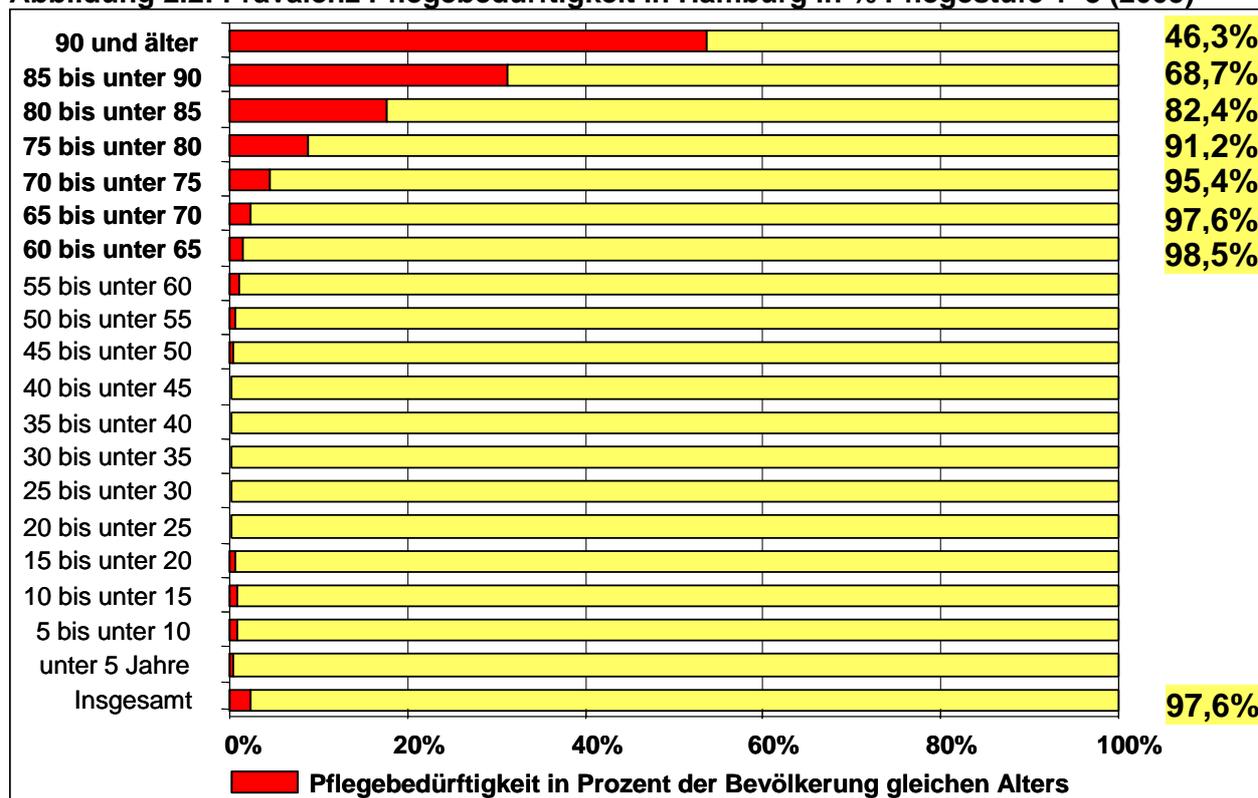
2.2 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Ausgehend vom demographischen Wandel ist in Zukunft sowohl ein zunehmender Anteil gesunder aktiver alter Menschen, aber auch ein zunehmender Anteil gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger alter Menschen zu erwarten. Demnach wird sich nicht nur die Nachfrage und Inanspruchnahme der medizinischen und pflegerischen Infrastruktur verändern, sondern insbesondere auch die Nachfrage nach gesundheitsfördernden Angeboten für aktive Senioren steigen. Gleiches gilt für die Metropolregion Hamburg sowie das gesamte Bundesgebiet.

Die zukünftige Unterjüngung der Gesellschaft ist Anlass für politische Entscheidungsträger, sich verstärkt um Verständnis für gesundheitsfördernde und präventive Strategien zu bemühen und in deren Umsetzung zu investieren, um mehr Menschen ein selbstbestimmtes und erfolgreiches Altern zu ermöglichen. Vermieden werden soll ein Szenario, das durch einen überproportionalen Anstieg kranker und pflegebedürftiger alter Menschen an der Gesamtbevölkerung, die jüngeren Generationen übermäßig durch die Versorgung dieser Personen finanziell, zeitlich und ideell belasten würde (BMFSFJ 2001). Hierfür sollen bisher erheblich unterschätzte, hohe präventive Potenziale bei älteren Menschen genutzt werden. **Nahezu alle epidemiologisch wichtigen Erkrankungen im Alter können durch konsequente Änderungen des individuellen Lebensstils, die systematische Versorgung mit Maßnahmen der Primärmedizin (Vorsorge-Untersuchungen, Impfungen) sowie die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten erfolgversprechend gemindert bzw. unterbunden werden.** Diese Potenziale präventiver Interventionen werden jedoch in Deutschland bisher weder systematisch noch hinreichend genutzt (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001).

Mit Stand 15.12.2005 waren 2,4% der Hamburger Gesamtbevölkerung in eine der Pflegestufen 1-3 eingruppiert (= 97,6% nicht pflegebedürftig). Die gleiche Verteilung gilt für die Bevölkerung in der 5-Jahres-Altersklasse der 60jährigen bis unter 65jährigen bzw. der Altersklasse der 65jährigen bis und 70jährigen. Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter an, doch erst in den höchsten Altersklassen liegt der Anteil der Pflegebedürftigkeit bei ca. einem Drittel (68,7% in der 5-Jahres-Altersklasse der 85jährigen bis unter 90jährigen sind nicht pflegebedürftig) bzw. bei der Hälfte (46,3% der 90jährigen und älteren sind nicht pflegebedürftig). Alter ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit, ca. 80% aller älteren Menschen ab 60 Jahre leben selbstständig ohne Pflegestufe bis ins höchste Alter (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2: Prävalenz Pflegebedürftigkeit in Hamburg in % Pflegestufe 1–3 (2005)



Quelle: Eigene Darstellung auf Datenbasis Statistisches Amt für HH und SH 2007

Hinzu kommt, dass die amtliche Statistik in Deutschland – gleiches gilt für das Bundesland Hamburg – bisher so gut wie keine Daten vorhält zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der überwiegenden Mehrheit der älteren Bevölkerung, d.h. zu den Personen, die nicht über Krankenhaus- und/oder Pflegestatistiken erfasst werden (vgl. Abbildung 2.2). Bekannt ist allerdings, dass es sich bei diesen älteren Menschen um eine aktive, selbstbewusste und vielschichtige Bevölkerungsgruppe handelt, die zunehmend gesund, gebildet und finanzstark ist und über ein großes Zeitbudget verfügt, wie beispielsweise in der Bundesberichterstattung des BMFSFJ zur älteren Generation beschrieben: „In unserer Bevölkerung gibt es kaum eine Altersgruppe, die so differenziert, so heterogen und so stark im Umbruch begriffen ist wie die der Älteren. (...) In diesem Sinne sollte Alter auch als Chance begriffen werden.“ (BMFSFJ, 2002).

2.3 Zielsetzung der Seniorenbefragung „Gesund und aktiv leben in Eimsbüttel“

Mit der freiwilligen und schriftlichen Befragung von Bürgerinnen und Bürgern, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, will die Gesundheits- und Pflegekonferenz in Erfahrung bringen, wie ältere Menschen ihre Alltagssituation erleben, was sie für Gesundheit, Mobilität und Selbständigkeit tun und was aus ihrer Sicht die öffentliche Verwaltung, das Gesundheitswesen und andere Stellen dazu beitragen sollten. Warum wurden gerade diese Bereiche für die Befragung ausgewählt?

Chronische Krankheiten, Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter sind auf eine Kombination von medizinischen, funktionellen, psychosozialen und umgebungsbezogenen Faktoren zurückzuführen. Eine systematische Literaturrecherche bei älteren Personen, die in ihrem eigenen Zuhause lebten, benannte überwiegend lebensstilbasierte Faktoren, die assoziiert sind mit dem Risiko für funktionelle Verluste (Stuck et al. 1999). Regelmäßige körperliche Aktivität, gesunde Ernährungsgewohnheiten und die aktive soziale Teilhabe an der Umwelt stehen in Wechselwirkung zueinander und zeigen bis ins hohe Alter günstige

Effekte auf vielfältige Risikofaktoren (Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, FHH 2001). Da erfolgversprechende Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur auf einzelne Faktoren fokussieren, sondern auf multidimensionalen Ansätzen basieren, liegt hier ein Schwerpunkt dieser repräsentativen Befragung zu Einstellungen und Aktivitäten zur Gesundheit(sförderung) im Alter.

In dieser Seniorenbefragung wird auch dem Bereich der Mobilität Platz eingeräumt, denn der Erhalt der Gesundheit zeigt sich nicht nur in der Sicherung der Lebensqualität, der Leistungsfähigkeit bis hin zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, sondern insbesondere auch in der selbständigen Mobilität im Raum. Mit funktionellen Beeinträchtigungen (*impairment*), Fähigkeitsstörungen (*disability*) und sozialen Beeinträchtigungen (*handicap*) verbunden ist die Gefahr des Verlustes der Selbständigkeit und Mobilität, so dass Senioren ihre Raumbezüge mit der Veränderung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit immer mehr auf das unmittelbare Wohnumfeld (*surveillance zone*) verengen und damit ihren ehemaligen Aktionsraum stark beschneiden (Rowles 1978). Dieses Gespür für den Aktionsraum ist auch ein starker Prädiktor für die (Nicht-)Inanspruchnahme von Gesundheits-Dienstleistungen (Nemet & Bailey 2000). Eine dieser Dienstleistungen – bezirklich geförderte Seniorentreffs – werden explizit in dieser Befragung berücksichtigt.

Die Datenerhebung der repräsentativen Befragung von Senioren und Seniorinnen im Bezirk Eimsbüttel erfolgte über einen multidimensionalen Fragebogen, der alle oben angesprochenen Themenkomplexe erfasst, untergliedert nach:

Soziodemographischen Angaben

- Alter, Geschlecht, Geburtsort, Muttersprache, Flucht/Vertreibung im 2. Weltkrieg,
- Bildung, Einkommen, Berufstätigkeit, Ehrenamt, Lebensstand, Wohnform, Stadtteil

Mobilität

- Verkehrsmittelverfügbarkeit und Verkehrsmittelnutzung,
- Entfernungen zum Öffentlichen Nahverkehr und öffentlichen Grünflächen,
- Stürze und Sturzangst,

Einstellungen zum Älterwerden in unserer Gesellschaft

- Erleben der gegenwärtigen Situation,
- Bedeutung des Alters,
- Selbsteinschätzung und Ansprache der älteren Bevölkerung,
- Sorgen für die Zukunft,

Einstellungen und Gewohnheiten rund um die Gesundheit

- Vorstellungen zu einem gesunden Alter,
- Einstellungen: selbsteingeschätzte Gesundheit, Zuständigkeit für eigene Gesundheit,
- Gesundheitsindikatoren: Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Pflegestufe,
- Erhalt der Gesundheit und Gesundheitsförderung untergliedert nach:
 - Medizinische Vorsorge,
 - Bewegung,
 - Ernährung,
 - Soziale Teilhabe,

Seniorentreffs

- Einstellungen,
- Inanspruchnahme.

Die Ergebnisse der Befragung werden eine Planung von bedarfsgerechten Gesundheits-, Informations- und Freizeitangeboten erleichtern und fördern insgesamt eine seniorenfreundliche Kommunalpolitik.

2.4 Datenbasis und Durchführung der Seniorenbefragung

In Tabelle 2.2 werden Vorbereitung, Stichprobenauswahl und Durchführung der Seniorenbefragung „Gesund und aktiv leben in Eimsbüttel“ zusammengefasst.

Tabelle 2.2: Vorbereitung und Durchführung der Seniorenbefragung

Zeitraum	Tätigkeiten während der Befragung „Gesund und aktiv leben in Eimsbüttel“
August bis Oktober 2006:	Erstellung eines multidimensionalen Fragebogens für Seniorinnen und Senioren auf Basis einer Literaturrecherche sowie empirischer Erfahrungen der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses in der Befragung von Senioren
November 2006	Layout Seniorenbefragung und Testung (Verständlichkeit und Layout) mit Bezirksseniorenbeirat u. älteren Probanden Albertinen-Haus (Pre-Test)
Dezember 2006	Abklärung Befragungsprocedere mit dem Hamburgischen Datenschutz-Beauftragten (Stichprobenziehung, Anschreiben, Fragebogen, Versand)
Dezember 2006	Anforderung von 2 Zufallsstichproben à 2500 Fälle aus der Eimsbüttler Bevölkerung mit Geburtsdatum vor 1.1.1947 vom Melderegister (HZM) repräsentativ nach Alter (in 5-Jahres-Gruppen) und Geschlecht. Gezogen werden sollte eine Zufallsstichprobe von ca. 4% der älteren Bevölkerung 60 Jahre und älter im Bezirk Eimsbüttel.
Januar bis März 2007	Stichprobenziehung Ziehung 1 erfolgte Ende Januar 2007 (n=2.477). Gesundheitsamt Eimsbüttel erhält Adressetiketten der gezogenen Personen zum einmaligen Versand eines Fragebogens. Die Befragung erfolgt anonym, ein Reminder ist nicht vorgesehen. Rücklauf an Gesundheitsamt Eimsbüttel. Öffentlichkeitsarbeit durch Gesundheitsamt (Pressemitteilung an Lokal- und Regionalpresse). Programmierung einer Datenbank für die Dateneingabe und Rücklaufkontrolle in der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses.
März bis Mai 2007	Durchführung der Seniorenbefragung, Dateneingabe, Rücklaufkontrolle Versand Fragebögen Ziehung 2 (n=865) repräsentativ nach Alter und Geschlecht laut Rücklaufkontrolle der Ziehung 1. Insgesamt wurden 3.342 Fragebögen verschickt.
Juni 2007	Abschluss der Befragung und Dateneingabe: Bruttorücklauf 997 (davon 47 Fragebögen leer zurück da unbekannt verzogen). Insgesamt liegen auswertbare Datensätze von 950 Seniorinnen und Senioren vor (29% von 3.295 Fragebögen).
Juli 2007	Plausibilisierung und Beginn der Datenanalysen im Albertinen-Haus
September 2007	Vorstellung erster Ergebnisse an der Jahrestagung der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

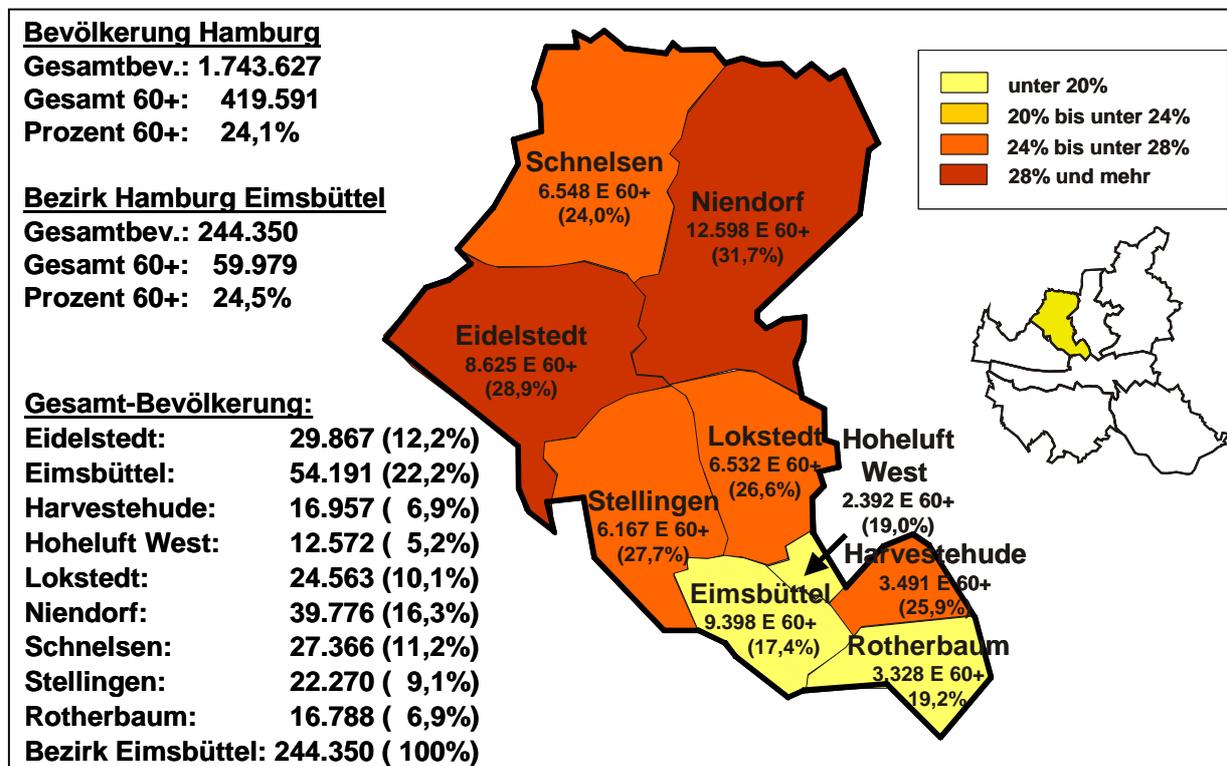
Angefordert wurden vom Gesundheitsamt Eimsbüttel beim Melderegister (HZM) zwei Zufallsstichproben à 2500 Fälle aus der Eimsbüttler Bevölkerung mit einem Geburtsdatum vor dem 1.1.1947. Bei der Ziehung der zweiten Stichprobe sollten die Fälle der ersten Stichprobe ausgeschlossen bleiben. Die Stichproben wurden Ende Januar 2007 gezogen. Die Ziehung umfasste 14 Teilstichproben mit je sieben Altersklassen für Frauen (F 1-7) und Männer (M 1-7) der Jahrgänge 1946-1942, 1941-1937, 1936-1932, 1931-1927, 1926-1922, 1921-1917, 1916 und älter. In einem Stichprobenprotokoll war die jeweilige Größe der Teilstichproben F1-7 und M1-7 genannt. Der Auswahlatz liegt lt. Protokoll zwischen 3,98% und 4,05%. In den starken jüngeren Jahrganggruppen liegt er einheitlich bei 3,98%. Daraus kann die Größe der entsprechenden Bevölkerungsgruppe hochgerechnet werden.

Insgesamt wurden 3.342 Fragebögen über 2 Ziehungen repräsentativ nach Altersgruppen und Geschlecht im Bezirk Eimsbüttel verschickt. Eine Selektion wurde durch dieses Verfahren vermieden. 47 Fragebögen kamen leer zurück (unbekannt verzogen). Die Datenbasis umfasst 950 auswertbare Fragebögen (29% von 3.295 Fragebögen).

3 Ergebnisse der Seniorenbefragung „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“

In Hamburg lebten Ende 2005 1.743.627 Menschen, davon 244.350 im Bezirk Hamburg Eimsbüttel. Dies entspricht 14,2% der Hamburger Gesamtbevölkerung. Ein Viertel der Eimsbüttler Bevölkerung ist mindestens 60 Jahre alt. (59.979 Personen, 24,5%). Die Verteilung der Gesamtbevölkerung in den neun Ortsteilen des Bezirks Eimsbüttel sowie der jeweilige Anteil der Zielgruppe dieser Senioren-Befragung zeigt Abbildung 3.1

Abbildung 3.1: Verteilung der Bevölkerung im Bezirk Hamburg Eimsbüttel



Der Fragebogen-Rücklauf untergliedert nach den neun Ortsteilen stellt sich wie folgt dar:

Eidelstedt	n=146	(15,4%)
Eimsbüttel	n=144	(15,2%)
Harvestehude	n= 51	(5,4%)
Hoheluft West	n= 21	(2,2%)
Lokstedt	n=116	(12,2%)
Niendorf	n=222	(23,3%)
Schnelsen	n=119	(12,5%)
Stellingen	n= 93	(9,8%)
Rotherbaum	n= 26	(2,7%)
Keine Angabe Stadtteil	n= 12	(1,3%)

Netto-Rücklauf n=950 (100%)

Diese 950 Datensätze sind die Basis der nachfolgenden ausgewählt dargestellten Ergebnisse der Senioren-Befragung „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“.

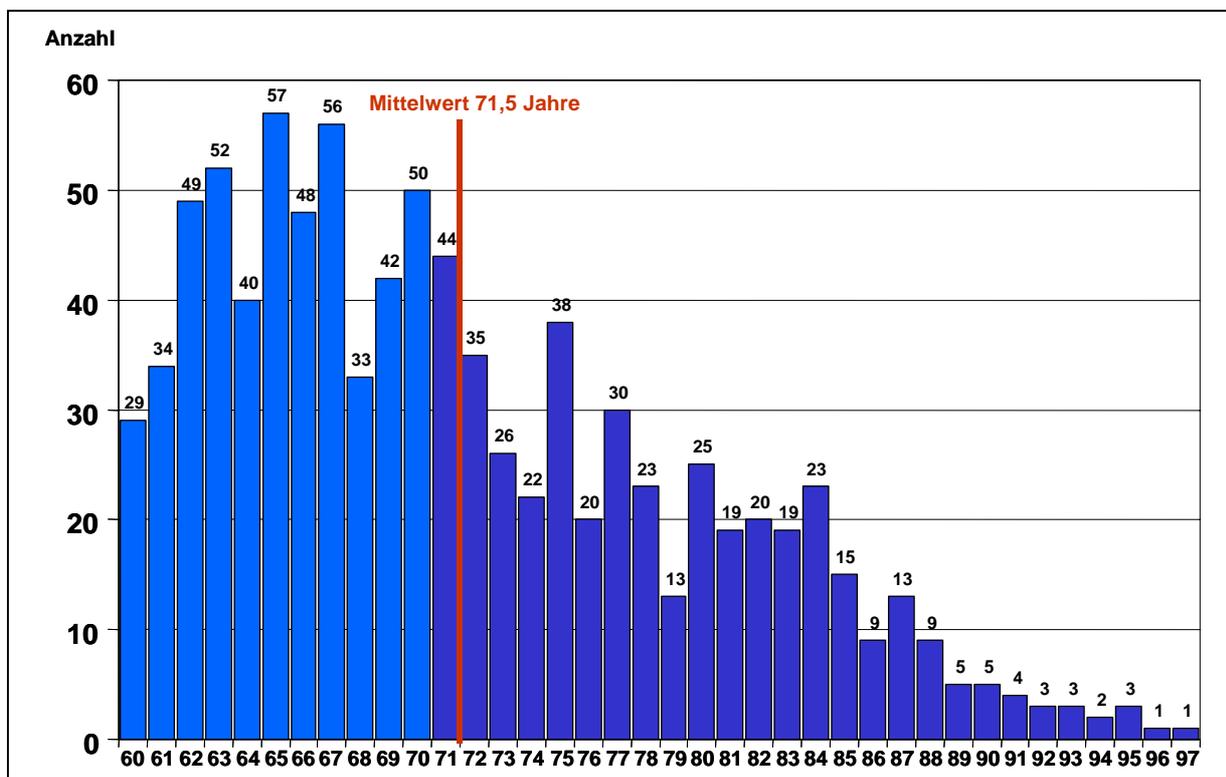
3.1 Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 3.1: Soziodemographische Angaben (n=950)

Charakteristika	Gesamtstichprobe n=950 (in %)
Alter in Jahren (Mittelwert) (keine Angaben zum Alter von 30 Personen)	71,5 Jahre Minimum 60 Jahre, Maximum 97 Jahre
Geschlechterverteilung in % (keine Angaben zum Geschlecht von 15 Personen)	540 Frauen (57,8%) 395 Männer (42,2%)
Pflegebedürftig: Stufe 1 – 3 (in %):	47 Personen (5,1 %) => davon n=28 P1, n=13 P2, n=5 P3, n=1 k.A.
Hilfsperson im Bedarfsfall vorhanden (in %)	Vorhanden: 87,2% Nicht vorhanden: 12,8%
Höherer Schulabschluss (Abitur oder Realschule) in %	460 Personen (48,8%)
Berufstätigkeit und/oder ehrenamtl. Tätigkeit (in %)	119 Personen (12,8%) berufstätig 158 Personen (17,1%) ehrenamtlich tätig
Wohnform: Wohnung, Haus (in %)	644 Personen (68,3%) Wohnung 254 Personen (26,9%) Haus
1-Personen-Haushalt in %	320 Personen (34,0%)
Muttersprache deutsch (in %) Geburtsort Deutschland (in %)	927 Personen (98,4%) 902 Personen (95,8%)
Netto-Einkommen < 500 Euro (in %)	115 Personen (12,5%)

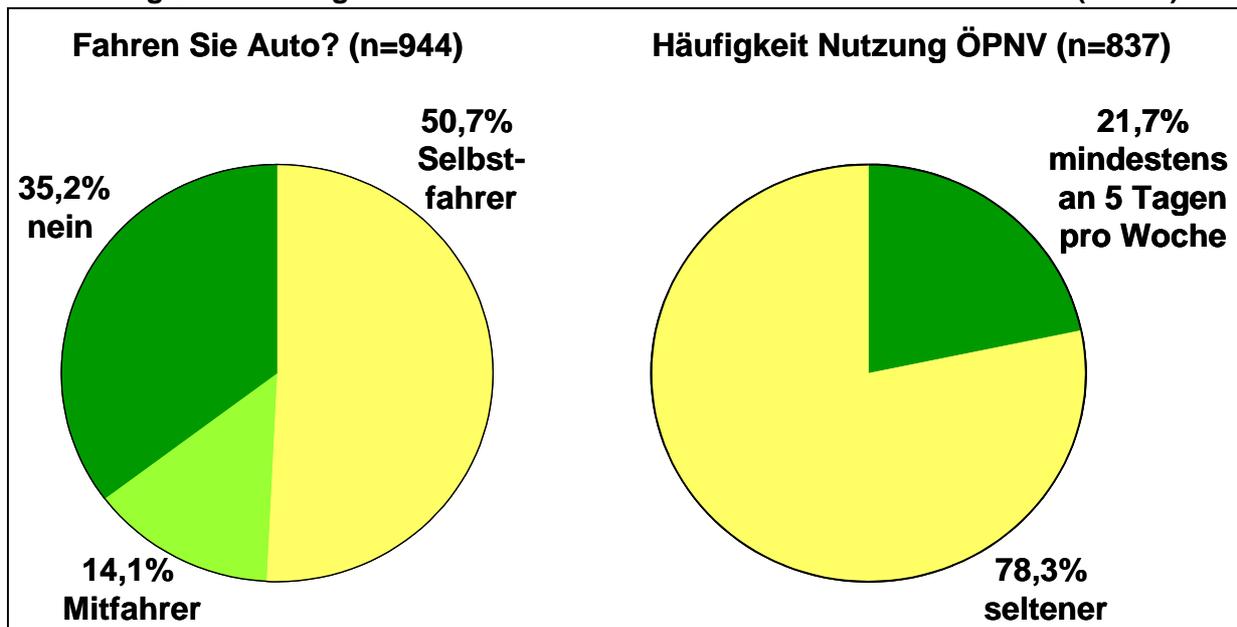
Die Geschlechterverteilung der Stichprobe entspricht exakt der Verteilung in der Gesamtbevölkerung der 60jährigen und älteren Hamburger. Die absolute Altersverteilung der 920 Personen, die Angaben zu ihrem Alter gemacht haben, zeigt Abbildung 3.2 (z.B. nahmen 29 Personen im Alter von 60 Jahren teil, 57 Personen im Alter von 65 Jahren oder drei 95jährige). Der Mittelwert liegt bei 71,5 Jahren, der Median, der die Stichprobe in zwei gleichgroße Hälften teilt, liegt bei 70 Jahren.

Abbildung 3.2: Altersverteilung der Stichprobe (n=920)



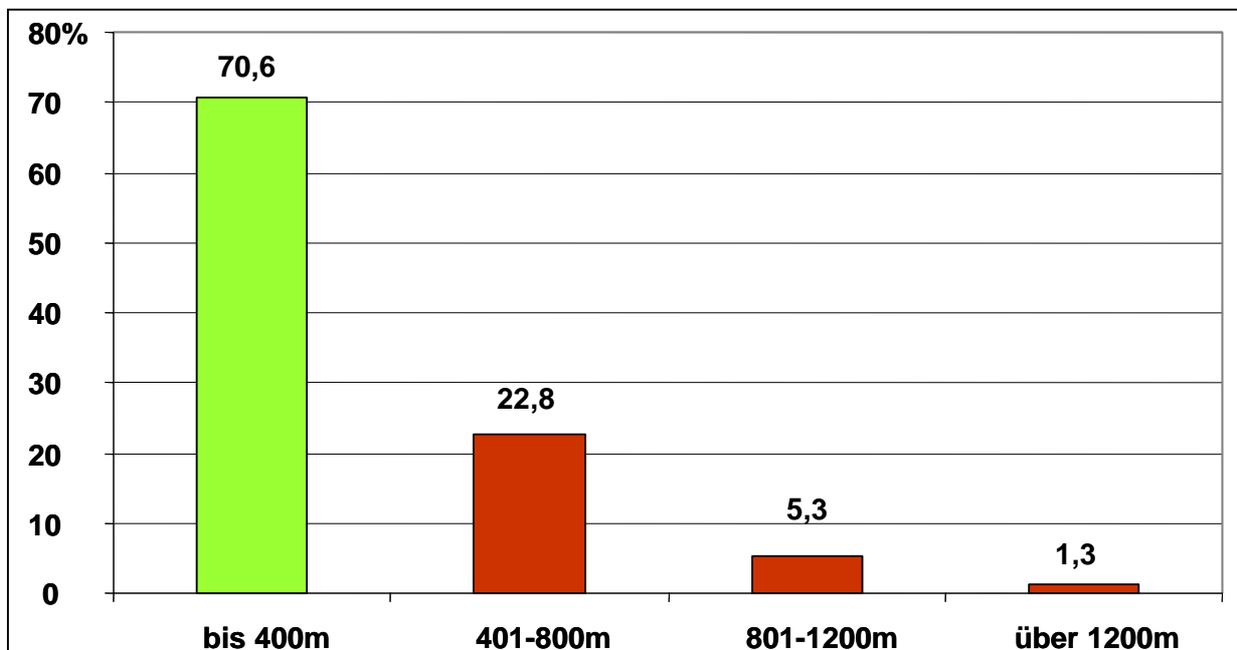
3.2 Mobilität der Stichprobe

Abbildung 3.3: Nutzung von Privat-PKW und/oder öffentlichem Nahverkehr (n=944)



Zwei Drittel der Stichprobe nutzt den motorisierten Individualverkehr als PKW-Selbstfahrer oder –mitfahrer (zusammen 64,8%). Den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) nutzt knapp ein Viertel der Stichprobe regelmäßig an mindestens 5 Tagen pro Woche (21,7%). Die überwiegende Mehrheit nutzt den ÖPNV seltener (78,3%). Dies sicher auch, da sie Zugriff auf ein Auto haben (vgl. Abbildung 3.3).

Abbildung 3.4: Selbst eingeschätzte Entfernung zur nächsten Haltestelle (n=852)



In städtischen Ballungsräumen, so auch im Bezirk Eimsbüttel, sollte die Entfernung zur nächstgelegenen Haltestelle des Öffentlichen Personennahverkehrs 400 Meter nicht überschreiten. 70,6% der Befragten empfinden die tatsächliche Entfernung auch so. Für jeden fünften Befragten allerdings liegt die nächstgelegene Haltestelle subjektiv empfunden weiter entfernt (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.5: Fahrrad-Nutzung (n=930)

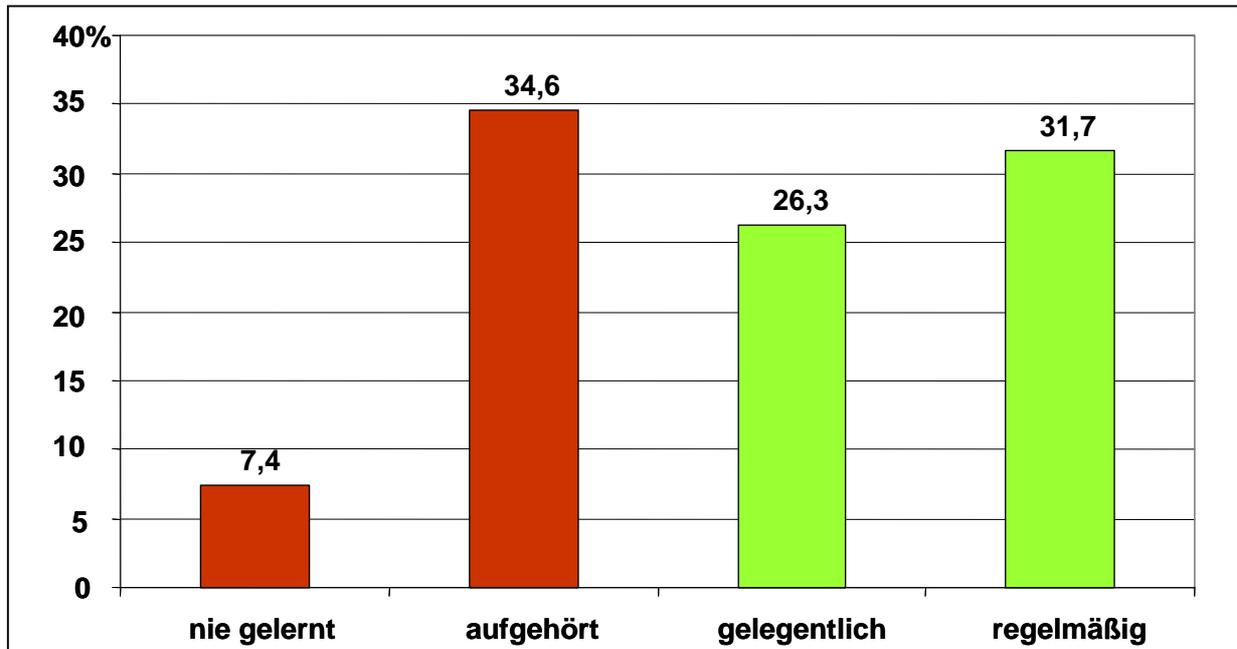
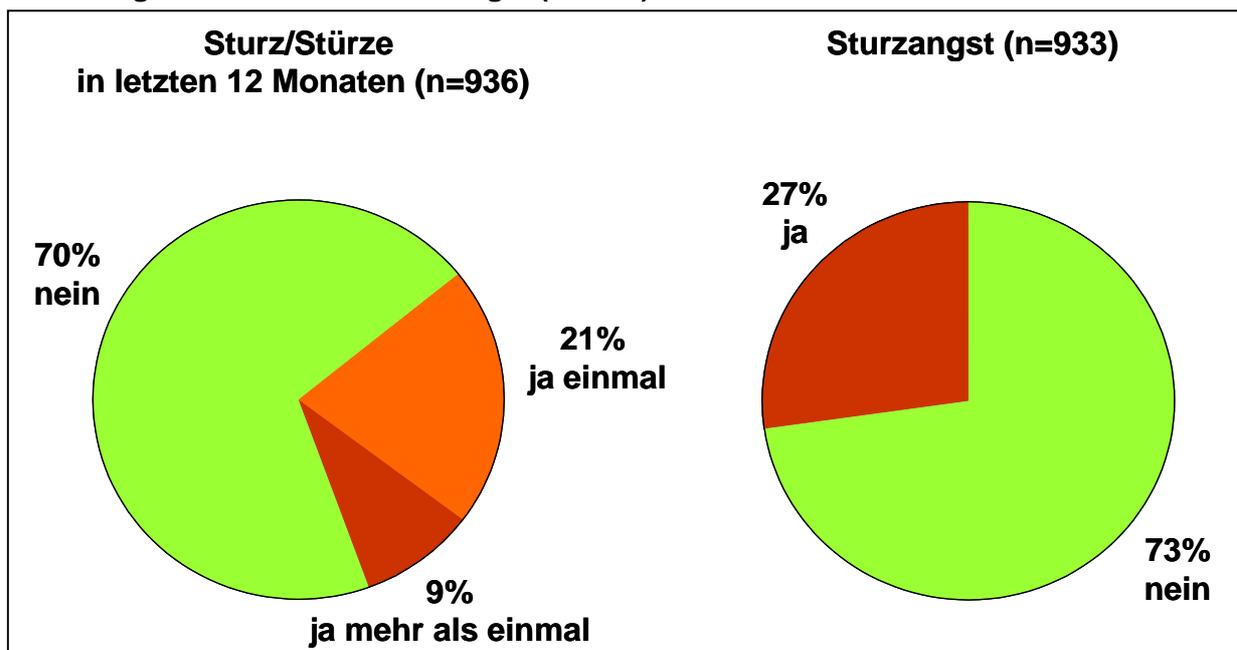


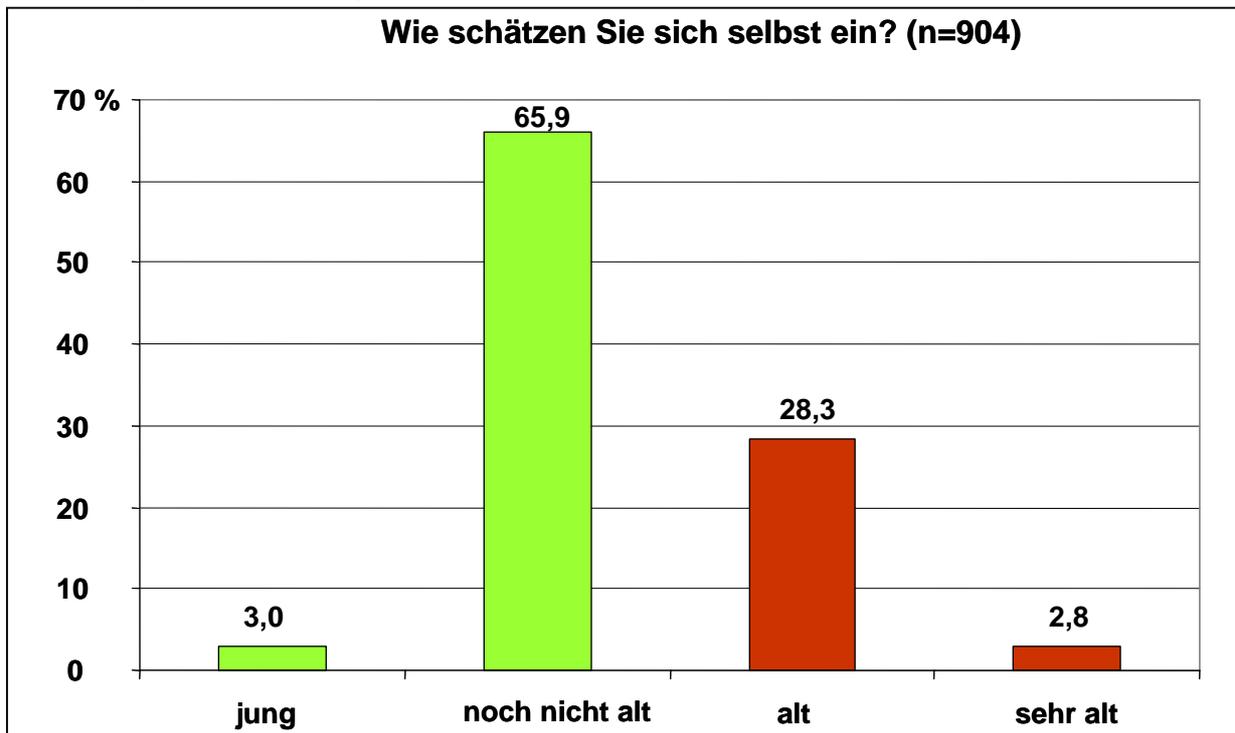
Abbildung 3.5 zeigt, dass ein Drittel der Stichprobe regelmäßig (31,7%) und gut ein weiteres Viertel gelegentlich Fahrrad (26,3%) fährt. Diese Anteile sollten unbedingt gefördert werden, denn Fahrradfahren ist ein sehr gutes Aufmerksamkeits- und Balance-Training (Multitasking), das für die Bewältigung zahlreicher Alltagstätigkeiten Voraussetzung ist. Insbesondere das Drittel der Stichprobe, das aufgehört hat, Fahrrad zu fahren (34,6%) sollte einem multidimensionalen Training zur Förderung von Kraft und Gleichgewicht zugeführt werden. Je nach Zielgruppe (fitter Senioren, gebrechliche Senioren, geriatrische Patienten, pflegebedürftige ältere Menschen) gibt es unterschiedliche Angebote der Sturzprävention, denn knapp jeder Dritte Befragte ist bereits gestürzt (30%) und/oder hat Angst zu stürzen (27%) (vgl. Abbildung 3.6)

Abbildung 3.6: Stürze und Sturzangst (n= 936)



3.3 Einstellungen der Senioren und Seniorinnen zu Alter(n), Gesundheit und der eigenen Gesundheitsförderung

Abbildung 3.7: Selbsteingeschätztes Alter (n=904)



Mit einem Durchschnittsalter von 71,5 Jahren (Minimum 60 Jahre, Maximum 97 Jahre) fühlen sich gut zwei Drittel der Befragten (68,9%) überwiegend „jung“ oder „noch nicht alt“ (vgl. Abbildung 3.7). Dies spiegelt sich auch wider in der bevorzugten Ansprache (vgl. Abbildung 3.8). Viele Befragte möchten im Idealfall gar nicht mit ihrem Alter in Beziehung gesetzt werden. Wenn überhaupt, dann stimmen die Befragten am ehesten den Begriffen „Senior“ (54,0%) oder „älterer Mensch“ / „älterer Bürger“ (35,8%) zu.

Abbildung 3.8: Bevorzugte Ansprache (n=904)

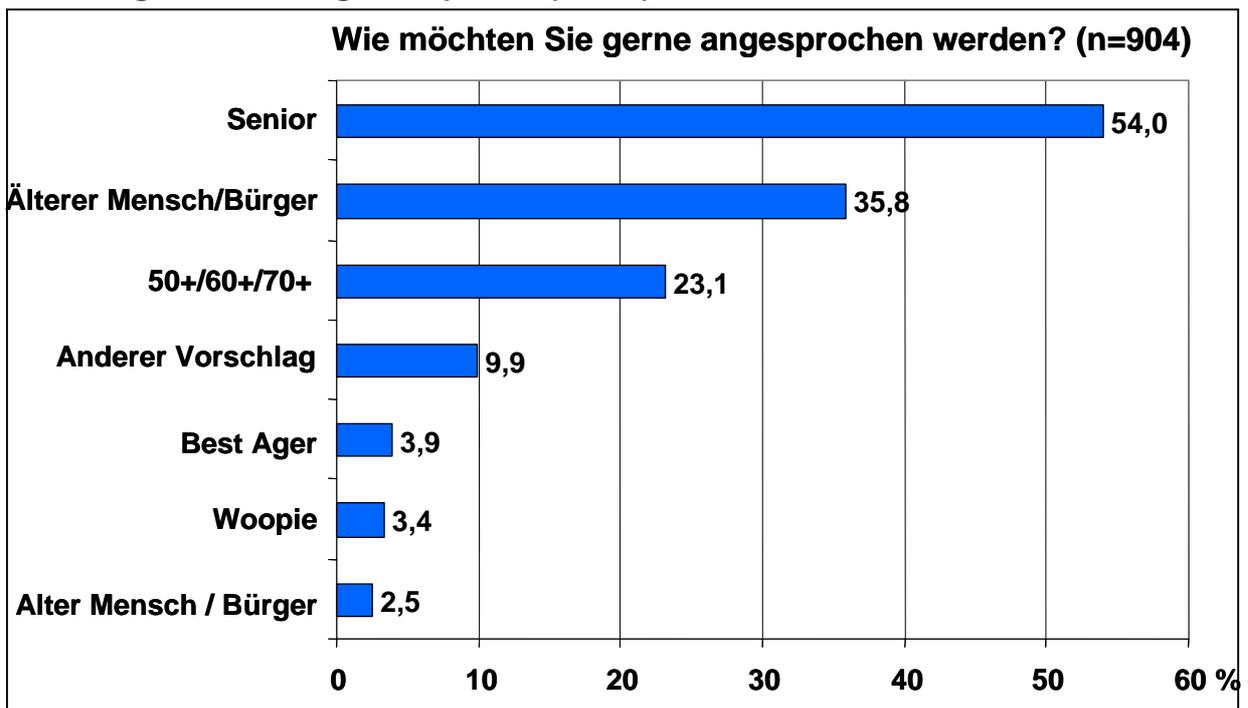
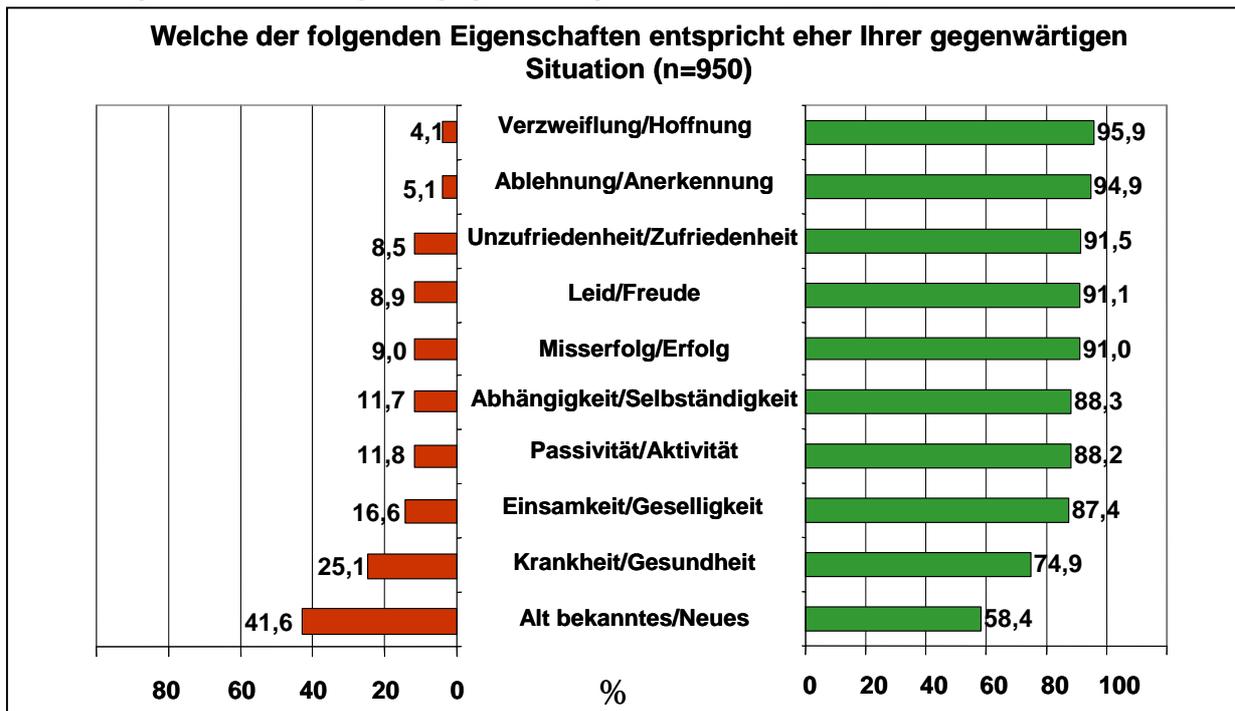


Abbildung 3.9: Bewertung der gegenwärtigen Situation (n=950)



Die befragten Senioren schätzen ihre gegenwärtige Situation überwiegend als sehr positiv auf Basis dipolar vorgegebener Eigenschaftspaare ein. Die Zustimmung zu dem jeweils positiven Pol erreicht fast überall 80% und mehr. Lediglich die Bewertung der Paare „Krankheit/Gesundheit“ und „Altbekanntes/Neues“ weicht ab (vgl. Abbildung 3.9). Dies korrespondiert auch mit Sorgen um die eigene Zukunft. Sorgen machen sich die Befragten besonders um ihre zukünftige Autonomie (84,5%) und um ihre Gesundheit (75,1%). Die Sorge um Gewalt, finanzielle Probleme und noch einmal umziehen zu müssen (ins Pflegeheim) gibt je ein Drittel der Befragten an (vgl. Abbildung 3.10).

Abbildung 3.10: Zukunftssorgen (n=950)

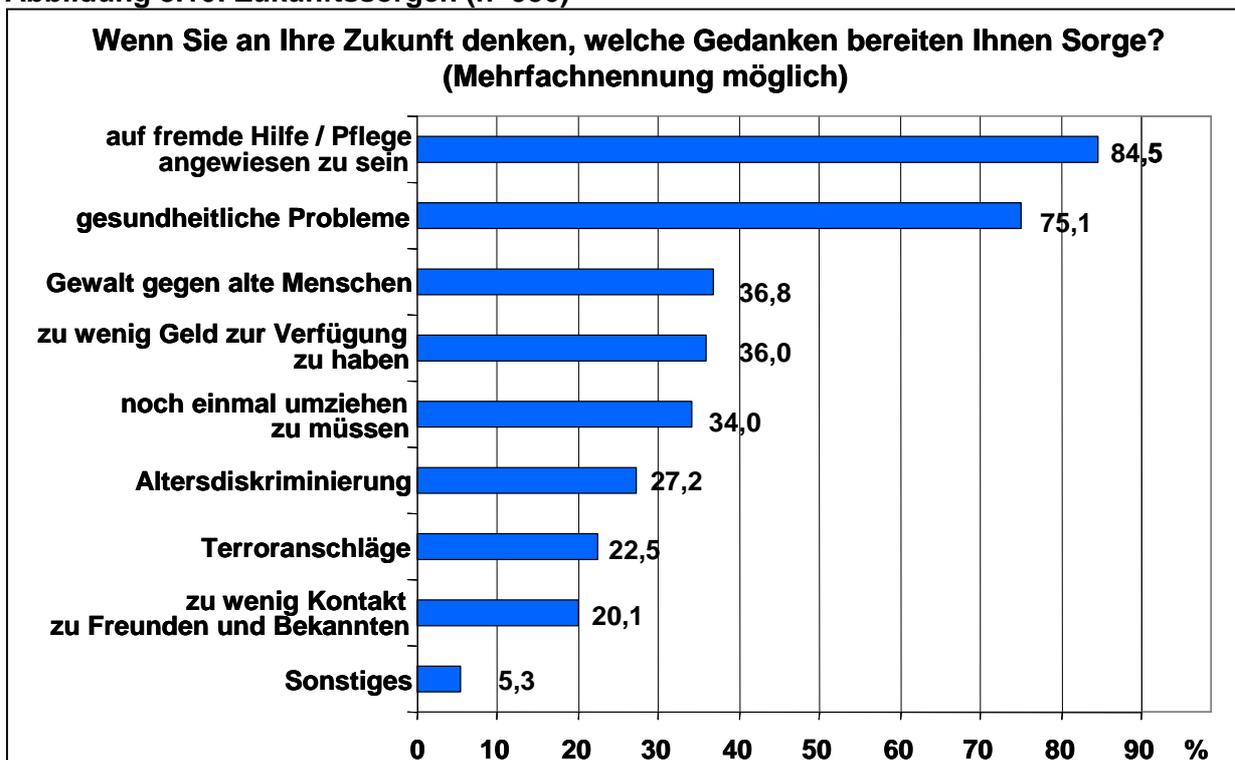
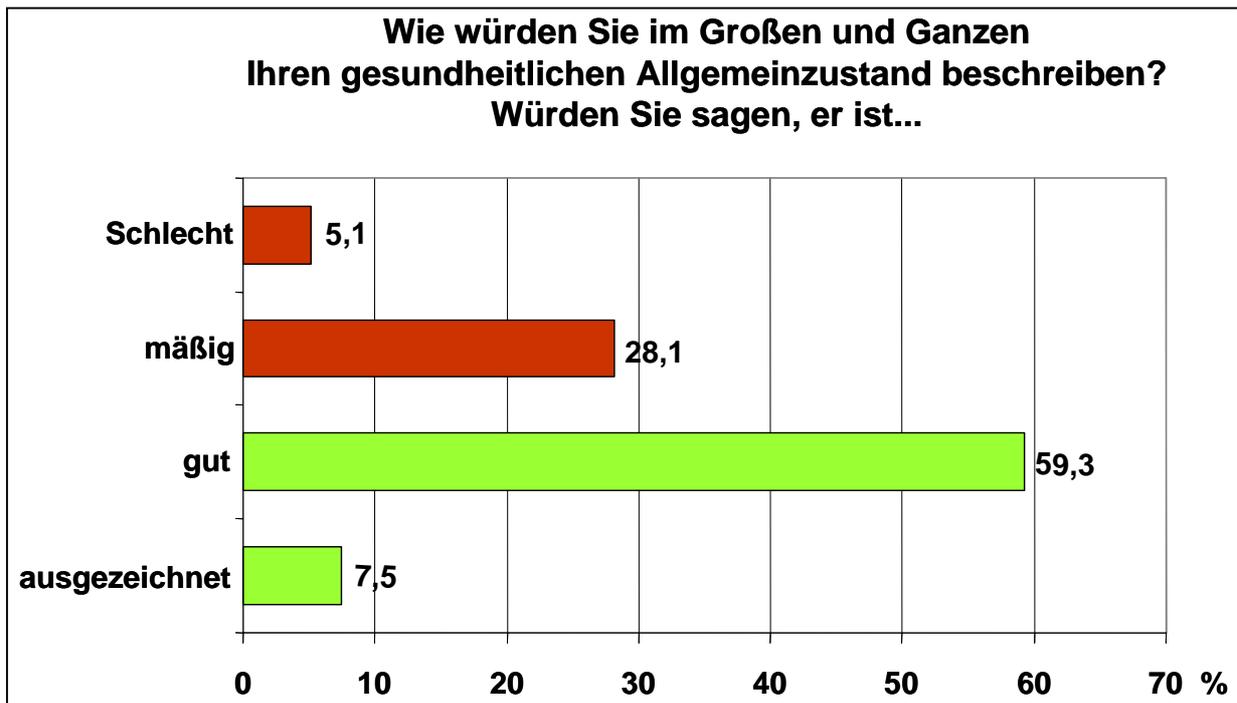
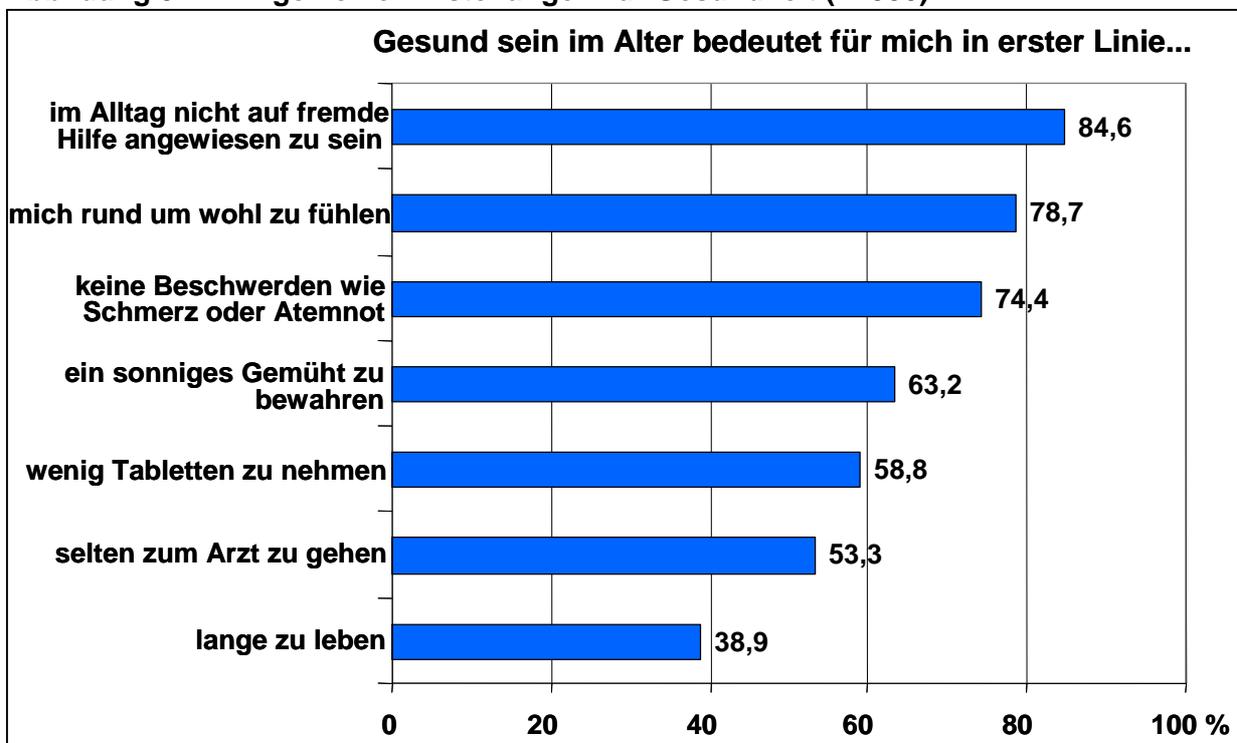


Abbildung 3.11: Subjektiv empfundene eigene Gesundheit (n=950)



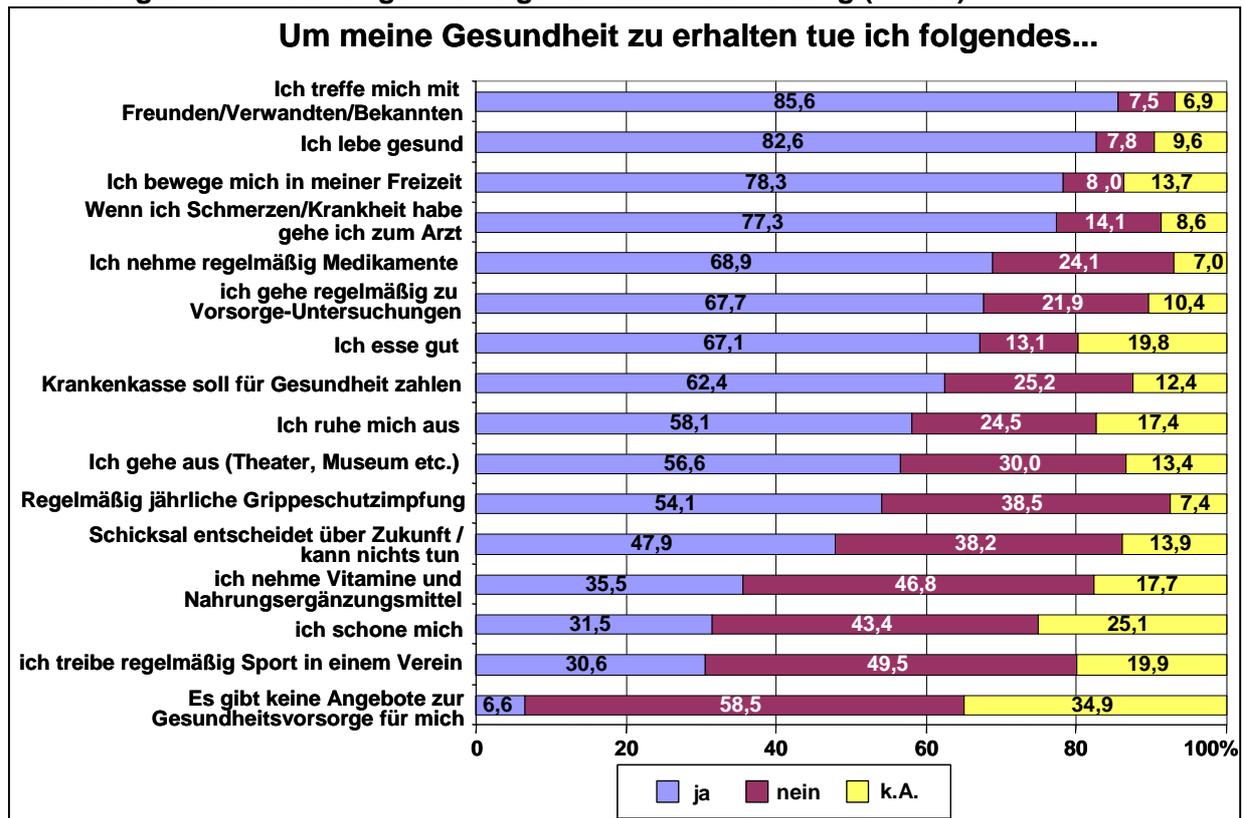
Genauso wie sich zwei Drittel der Befragten als „jung/noch nicht alt einschätzen (vgl. Abbildung 3.7) beschreiben auch zwei Drittel der Befragten ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand subjektiv als gut (59,3%) oder ausgezeichnet (7,5%) (vgl. Abbildung 3.11).

Abbildung 3.12: Allgemeine Einstellungen zur Gesundheit (n=950)



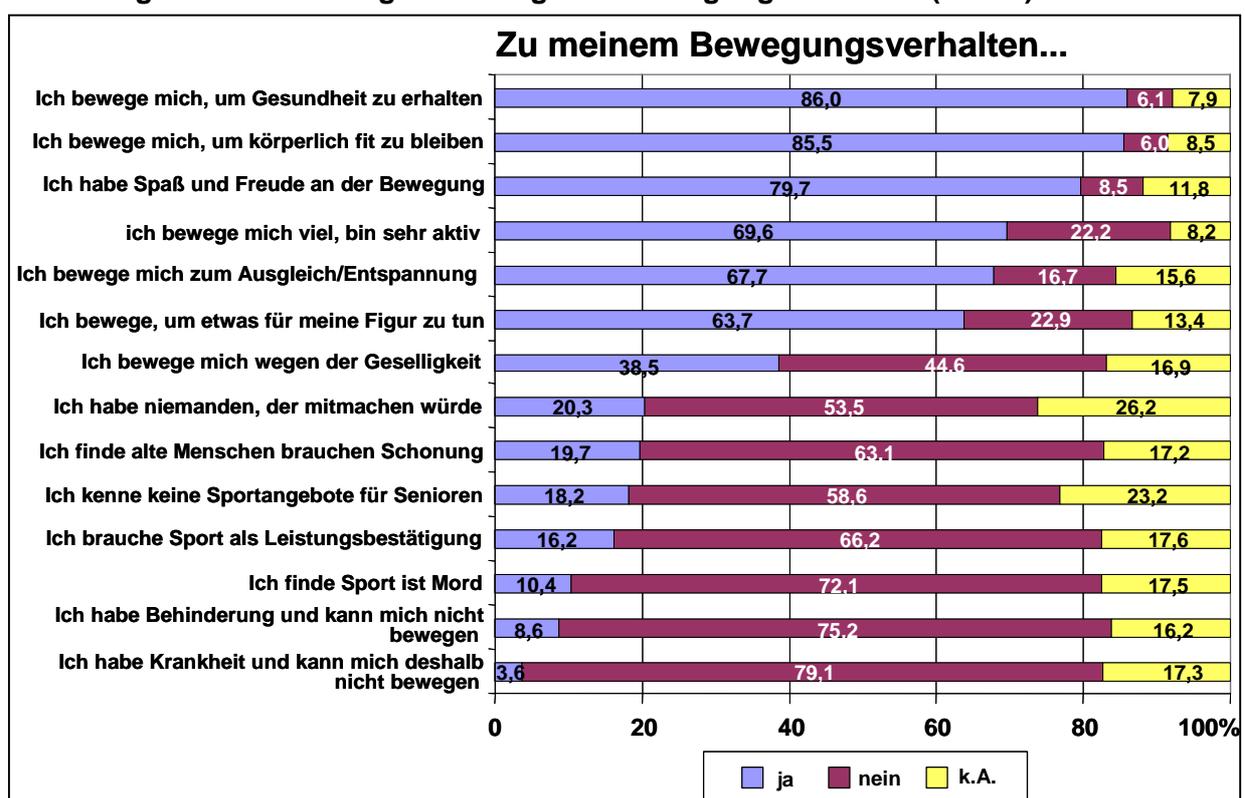
Ähnlich wie der Fragenkomplex zu Einstellungen zum Altern (vgl. Frage Zukunftssorgen Abbildung 3.10), zeigt auch der Fragenkomplex nach Einstellungen zur Gesundheit, dass der Erhalt von Autonomie und Selbstständigkeit als entscheidender Motivator genutzt werden kann, um gesundheitsförderliches Verhalten zu vermitteln (vgl. Abbildung 3.12).

Abbildung 3.13: Einstellungen zur eigenen Gesunderhaltung (n=950)



Diese beiden Abbildungen geben einen guten Überblick über die Einstellungen und Aktivitäten der älteren Befragten zur Gesunderhaltung im Allgemeinen (vgl. Abbildung 3.13) und einem hier exemplarisch dargestellten Bereich der körperlichen Aktivitäten (vgl. Abbildung 3.14). Hier zeigen sich umfangreiche Potenziale für die zukünftige Information der Bevölkerung zu effizienten multidimensionalen gesundheitsförderlichen Aktivitäten.

Abbildung 3.14: Einstellungen zum eigenen Bewegungsverhalten (n=950)

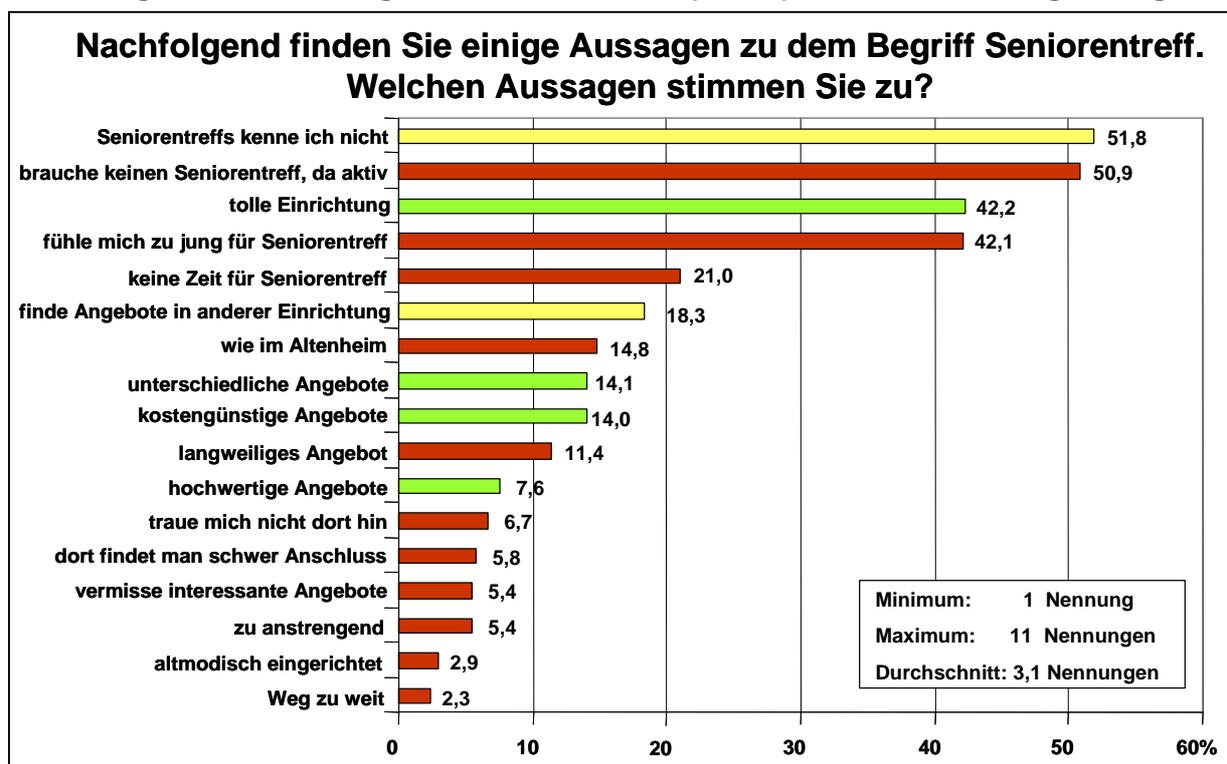


3.4 Einstellungen der Senioren und Seniorinnen zu Seniorentreffs

Das Leitbild zur Seniorenpolitik im Bezirk Hamburg Eimsbüttel, das den Verantwortlichen eine Orientierung geben soll bei zukünftigen Entscheidungen, die Senioren betreffen oder Auswirkungen auf sie haben können, gibt auch eine Zielsetzung für die acht Seniorentreffs vor, die vom Bezirksamt Eimsbüttel finanziell unterstützt werden: „Die bezirklichen Seniorentreffs sind aufgrund ihrer vielfältigen Funktionen für das Leben älterer Menschen in der Großstadt ein zentrales Element der bezirklichen Seniorenpolitik. Sie dienen unter anderem der wohnortnahen Weiterbildung und Freizeitgestaltung, der Pflege sozialer Kontakte und Versorgung mit senioren-spezifischen Hilfsangeboten. Dies fördert auch die Selbstständigkeit, Eigeninitiative und Autonomie von Seniorinnen und Senioren. Seniorentreffs sind auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie allen älteren Menschen, auch denen, die sonst nur wenige soziale Kontakte haben und über ein geringes Einkommen verfügen, als offenes Angebot zur Verfügung stehen.“ (Bezirksamt Hamburg Eimsbüttel 2006)

Aus diesem Grund zeigte der Bezirksseniorenbeirat Eimsbüttel besonderes Interesse an der Evaluation der Einstellungen zu Seniorentreffs. Die in Abbildung 3.15 nach Häufigkeit ihrer Befürwortung aufgelisteten Aussagen zeigen ein sehr heterogenes Bild der Seniorentreffs innerhalb der älteren Bevölkerung. Jeder zweite ältere Befragte kennt keinen Seniorentreff (51,8%) oder nutzt keinen Seniorentreff, da die Personen sich zu aktiv (50,9%) oder zu jung einschätzen (42,1%) oder keine Zeit für Seniorentreffs haben (21,0%). Fast jeder zweite ältere Befragte schätzt Seniorentreffs als tolle Einrichtungen (42,2%) mit unterschiedlichen (14,1%) und/oder kostengünstigen (14,0%) und/oder hochwertigen Angeboten (7,6%).

Abbildung 3.15: Einstellungen zu Seniorentreffs (n=950), Mehrfachnennungen möglich



4 Ausblick

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellte 2001 in seinem Gutachten u.a. den Mangel an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter fest und sieht hier dringenden Handlungsbedarf: „[...] *Neuere Erkenntnisse der Medizin, Sportwissenschaft, Neuropsychologie und weiterer Disziplinen weisen jedoch auf beachtliche Präventions- und Rehabilitationspotenziale im höheren Alter hin. Noch zaghaft werden diese möglichen zu mobilisierenden Ressourcen selbst durch die bisherigen Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland betrachtet und ihre Umsetzung durch entsprechende Maßnahmen angedacht. Dabei wird von international maßgeblichen Präventionsforschern gerade die Prävention weit verbreiteter (chronischer) Beeinträchtigungen im Alter und damit die Kompression der Morbidität als der zentrale Ansatzpunkt für die zukünftige Gesundheit, Unabhängigkeit und Mobilität angesehen. Die WHO bezeichnet in ihrem Weltgesundheitsbericht diese Aufgabe als eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts.*“ (S. 92, Absatz 164).

Die Daten der repräsentativen Befragung von Senioren und Seniorinnen in Eimsbüttel leisten hierzu einen wichtigen Beitrag und sind eine wichtige Planungsgrundlage für den Bezirk Eimsbüttel. Weitere deskriptive und vergleichende Analysen (Prüfungen auf statistisch signifikante Unterschiede auf dem Signifikanzniveau $p < 0,05$) wurden bereits durchgeführt:

- nach Stadtteilen (9 Stadtteile),
- nach Alter (objektiv),
- nach Alter (subjektiv eingeschätzt),
- nach Geschlecht,
- nach selbsteingeschätzter Gesundheit,
- nach Lebensstand,
- nach Einkommen.

Weitere Analysen zu unterschiedlichen Fragestellungen und Untergruppenanalysen wie z.B. Migranten, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, psychische Gesundheit, soziale Teilhabe etc. sind vorgesehen.

Literatur

Bezirksamt Hamburg Eimsbüttel (Hrsg) (2006): Leitbild zur Seniorenpolitik im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel. Beschluss der Bezirksversammlung Hamburg Eimsbüttel 2006.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft Berlin 2001.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft Berlin 2002.

Dapp U, Dirksen-Fischer M (2006): Einsatz eines Geoinformationssystems (GIS) zur Implementierung einer internetgestützten Informationsplattform räumlicher und inhaltlicher Daten von Gesundheitsdienstleistern in Hamburg. PräV Gesundheitsf 1:159-165 (2006).

FHH - Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg) (2001): Stadtdiagnose 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2001, Hamburg.

Nemet GF, Bailey AJ (2000): Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science and Medicine*; 50, p. 1197-1208.

Rowles GD (1978): Prisoners of Space? Exploring the Geographical Experience of Older People., Westview Press, Boulder.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag Drucksache 14/5660. Als download verfügbar unter <http://dip.bundestag.de/cgi-bin> (Stand: 30.08.2002).

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2007): Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein, K II 8 - 2j/2005

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. Als Download verfügbar unter www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung_2050.pdf (Stand: 19.04.2004)

Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (2003): Bevölkerung. Ältere Menschen in Hamburg. Reihe Statistik.Magazin.Hamburg, Band 16, Hamburg. Als Download verfügbar unter www.statistik-hamburg.de (Stand: 12.11.2003).

Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC (1999): Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science and Medicine*; 48, p. 445-469.