

**„Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“
Eine Befragung von Seniorinnen und Senioren
im Bezirk Hamburg Eimsbüttel 2012**

**im Auftrag der Gesundheits- und Pflegekonferenz
Hamburg Eimsbüttel**

Abschlussbericht

Band I: Berichts-Band

Berichterstellung:

Dr. U. Dapp, W. Jacobsen, B. Fischer

Unterstützung bei Datenerhebung und Auswertung:

S. Golgert, M. Böhle, S. Laub, Prof. Dr. C. Minder

Mai 2013

**Forschungsabteilung
Albertinen-Haus Hamburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg
Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg
www.geriatrie-forschung.de**

Band I: Berichts-Band: Befragung von Seniorinnen und Senioren in Eimsbüttel 2012

Inhalt Berichts-Band	Seite
Zusammenfassung	3
1 Einleitung	5
1.1 Der Untersuchungsraum Bezirk Hamburg Eimsbüttel.....	5
1.2 Demographischer Wandel.....	7
1.3 Bezirkliche Entwicklungsplanung (BEP).....	8
1.4 Bezirkliche Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel.....	9
2 Seniorenbefragungen 2007 und 2012 im Bezirk Hamburg Eimsbüttel „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“	12
2.1 Zielsetzung der Seniorenbefragungen 2007 und 2012.....	13
2.1.1 Erstmalige Seniorenbefragung 2007.....	13
2.1.2 Erneute Seniorenbefragung 2012.....	15
2.1.3 Konsequenzen für die erneute Seniorenbefragung 2012.....	16
2.2 Inhalte des Fragebogens der Seniorenbefragung 2012.....	17
2.3 Methodisches Vorgehen.....	19
2.3.1 Datenbasis.....	19
2.3.2 Stichprobenziehung und –versand.....	21
2.3.3 Rücklauf der Seniorenbefragung 2012.....	23
2.4 Datenauswertung und Gewichtung der Gesamtstichprobe.....	25
2.5 Zusammenfassung: Zeitlicher Ablauf der Seniorenbefragung 2012.....	27
3 Ergebnisse der Seniorenbefragung	31
3.1 Sozio-demographische Beschreibung der Stichprobe.....	31
3.2 Einstellungen zum Alter(n).....	37
3.3 Einstellungen zu Gesundheit und Gesundheitsförderung.....	41
3.4 Mobilität und Freizeitverhalten.....	46
3.5 Wohnen und Leben im Bezirk Eimsbüttel.....	50
3.6 Ehrenamt und freiwilliges bürgerschaftliches Engagement.....	55
3.7 Vergleich Seniorenbefragung 2007 und Seniorenbefragung 2012.....	59
Literatur	62

Anhang: Fragebogen „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel 2012“

Band II: Tabellen-Band: Tabellarische Übersicht aller Fragen 1 – 53 und Antworten

Darstellung aller Ergebnisse untergliedert nach:	Seite
- Frauen.....	1-16
- Männern.....	1-16
- Altersklasse 60 – 64 Jahre.....	1-16
- Altersklasse 65 – 69 Jahre.....	1-16
- Altersklasse 70 – 74 Jahre.....	17-32
- Altersklasse 75 – 79 Jahre.....	17-32
- Altersklasse 80 – 84 Jahre.....	17-32
- Altersklasse 85 Jahre und älter.....	17-32
- Verwaltungsregion „Kerngebiet“.....	33-48
- Verwaltungsregion „Stellingen“.....	33-48
- Verwaltungsregion „Lokstedt“.....	33-48
- Gesamtergebnisse (n=1.936) 2012.....	33-48
- Vergleich mit Ergebnissen 2007.....	49-64

Zusammenfassung

Die Seniorenbefragung Eimsbüttel 2012 stieß auf eine große Resonanz. Dies zeigt sich auch in dem mit 30 % sehr hohen Rücklauf der anonymen Befragung. Insgesamt gingen 2.000 auswertbare Fragebögen ein (ungewichteter Datensatz). Für die Erstellung dieses Berichts wurden alle 1.936 Fragebögen analysiert, die vollständige Angaben zu Alter, Geschlecht und Wohnort (Verwaltungsregion) enthielten. Diese Merkmalskombination war Voraussetzung für die Gewichtung des Befragungsrücklaufs. Durch die Gewichtung wurde sichergestellt, dass die errechneten Anteile für die Gesamtpopulation der 60-jährigen und älteren Bevölkerung gemäß ihrem Aufbau nach Alter, Geschlecht und Verwaltungsregion für den Bezirk Hamburg Eimsbüttel repräsentativ sind.

Die Ergebnisse der Seniorenbefragung Eimsbüttel lassen uns Rückschlüsse ziehen über die Einstellungen der Senioren zu Alter(n), Gesundheit, Gesundheitsförderung sowie deren gesundheitsrelevanten Aktivitäten im Bezirk. Die Ergebnisse der Seniorenbefragung vermittelt uns den älteren Menschen in Eimsbüttel als aktive, selbstbewusste und vielschichtige Bevölkerungsgruppe. Die älteren Menschen sind in ihrer überwiegenden Mehrheit gesund, gut ausgebildet, finanzstark und verfügen über ein großes Zeitbudget.

Diese zum zweiten Mal – erstmals im Jahr 2007 - durchgeführte Seniorenbefragung im Bezirk Eimsbüttel gibt durch seine dezidierten Zahlen Handlungsmöglichkeiten für eine altersgerechte Gestaltung der Quartiersentwicklung. Auch geben die Ergebnisse der Befragung neue Anhaltspunkte für gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. Primär- und Sekundärprävention sowie Motive für (Nicht)Ausübung bürgerschaftlichen Engagements. Die Erhebungsergebnisse lassen sich in die bezirkliche Planung zukünftiger Vorsorge- und Versorgungsangebote für die ältere Bevölkerung einbeziehen.

Alle Interessierten haben die Möglichkeit mit dem umfangreichen Datenmaterial in dem **Tabellen-Band (tabellarische Übersicht aller Fragen und Antworten)** auch in den einzelnen Verwaltungsregionen (Kerngebiet, Stellingen, Lokstedt), Altersgruppen (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 und 85 Jahre und älter) und Geschlecht Rückschlüsse für die Verbesserung der Zielgruppe der überwiegend mobilen und selbstständig lebenden älteren Menschen im Bezirk Eimsbüttel zu ziehen.

So empfinden beispielsweise in der **Region** Stellingen 64,4% der Befragten ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet/gut; im Kerngebiet sind es sogar 71,2%. Im Kerngebiet haben fast 70 % einen Realschulabschluss bzw. Abitur. In Stellingen liegt die

Quote bei 41,3 %. Im Kerngebiet verfügen 36,6%, in Lokstedt 36,7%, über ein Haushaltsnettoeinkommen von über 2.300 Euro, in Stellingen sind es 28,6%. Die Lokstedter fühlen sich mit 70,8% am vitalsten gegenüber dem Kerngebiet und Stellingen (beide 68%). 35,9% der Lokstedter wohnen in ihrem eigenen Haus, aber nur 4,2% der Befragten im Kerngebiet und 25,3% der Stellingener.

Ebenso liefern die Daten Informationen über die unterschiedlichen **Altersgruppen**. Die Bereitschaft zur Gripeschutzimpfung nimmt mit zunehmendem Alter zu. 39,1% der 60 – 64-jährigen nahm an der Gripeschutzimpfung teil, in der Gruppe der 80 – 84-jährigen waren es 65,6%. Je älter die Gruppe, desto weniger werden die Aktivitäten. Theater- oder Museumsbesuche werden deutlich geringer und das Verhalten, sich zu schonen, nimmt deutlich zu (60 – 64-jährige: 36%, 80 – 84-jährige: 58,3%).

Die Unterteilung nach dem Merkmal **Geschlecht** zeigt beispielsweise, dass die Frauen größere Zukunftssorgen haben als die Männer. So haben 81,8% der Frauen große Sorge, in der Zukunft auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, als die Männer (73,8%). Auch ist ihre Angst an Demenz zu erkranken mit 55,3% höher als bei den Männern mit 48,7%. Ein Umzug bereitet den Frauen (30,1%) mehr Sorge als den Männern (24,5%). Ein Drittel der Männer sehen einen Verbesserungsbedarf für öffentliche Parkplätze, jedoch nur ca. ein Viertel der Frauen. Dafür möchten die Frauen mehr Verbesserung bei den U-/S-Bahnhöfen/Bushaltestellen (15,2%) als die Männer (9,3%). Für beide Geschlechter ist der Verbesserungsbedarf bei den öffentlichen Toiletten (Anzahl, Lage, Sauberkeit) groß: 47,7% der Frauen und 42,8% der Männer sehen hier einen Handlungsbedarf.

Auch ist es möglich, noch kleinschrittiger in der Analyse der Daten vorzugehen, da die gewählte Methodik eine gesicherte statistische Schätzung von Anteilen auch in den dünner besetzten Merkmalskombinationen (z.B. sehr alte Männer) erlaubt. Für die Befragung 2012 wurde ein Rücklauf von ideal 50 Fragebögen, jedoch mindestens 30 auswertbaren Fragebögen je Merkmalskombination, d.h. in jeder der 36 Teilstichproben (6 Altersklassen x 2 Geschlechter x 3 Regionen) erreicht. Dies bedeutet, dass auch sehr alte Menschen mit brauchbaren Antwortraten zu ihrer Gesundheit befragt werden können.

Im Hinblick auf die differenzierte Sozialstruktur im Bezirk, können die Ergebnisse der Seniorenbefragung Eimsbüttel nicht nur für Hamburg, sondern auch für andere deutsche Großstädte herangezogen werden. Der Bezirk Eimsbüttel entspricht mit seinen 250.000 Einwohnern einer deutschen Großstadt.

1. Einleitung

1.1 Der Untersuchungsraum Bezirk Hamburg Eimsbüttel

Eimsbüttel ist einer von sieben Hamburger Bezirken mit knapp 250.000 Einwohnern. Die Einwohnerzahl entspricht einer deutschen Großstadt. Dies gilt auch im Hinblick auf seine differenzierte Sozialstruktur. Der Bezirk Eimsbüttel ist sozial besonders ausgewogen – hat gute Wohnlagen, aber auch schwierige soziale Gebiete, ist pulsierende Großstadt und hat dörflichen Charme. *„Die innerstädtischen Stadtteile des Bezirks Eimsbüttel stellen sich heute als dicht bebaute Gebiete dar, in denen sich Quartiere aus der Zeit vor und um die Jahrhundertwende mit Bauten aus den 1920er Jahren und der Nachkriegszeit abwechseln und die als Wohnstandort beliebt sind. In den nördlichen Stadtteilen ist bis heute eine eher offene Wohnbebauung vorherrschend, geprägt von neueren Einfamilienhäusern und einzelnen Spuren der dörflichen Vergangenheit. Damit bietet der Bezirk Eimsbüttel vielfältige Räume für unterschiedliche Nutzungen und Ansprüche.“* (Bezirksamt Eimsbüttel 2008, S. 8).

Der Bezirk Hamburg Eimsbüttel ist untergliedert in neun Stadtteile (Ortsteile), die in drei Stadträumen (Verwaltungs- bzw. Planungsregionen) zusammengefasst sind:

Region Kerngebiet mit vier Stadtteilen:

Eimsbüttel: Eimsbüttel ist der am zweitdichtesten besiedelte Stadtteil des Bezirks. Die städtebauliche Struktur wird durch zahlreiche gründerzeitliche Altbauten und die Bebauung aus den 1950er und 1960er Jahren um den Eimsbütteler Marktplatz bestimmt.

Rotherbaum: Universität und Alster bestimmen den Charakter des Stadtteils Rotherbaum. Er ist einer der repräsentativsten Stadtteile Hamburgs. Die städtebauliche Struktur wird vor allem durch um die Jahrhundertwende gebaute herrschaftliche Reihenvillen und Etagenhäuser sowie durch Büro- und Universitätsgebäude geprägt.

Harvestehude: Harvestehude wurde ab Mitte des 19. Jahrhunderts als privilegierter Wohnstandort an der Alster entwickelt. Die städtebauliche Struktur wird vornehmlich von Villenreihenhäusern aus dieser Zeit geprägt. Einzig in wenigen Baulücken und auf größeren im Krieg zerstörten Flächen entstanden später neue Gebäude.

Hoheluft-West: Hoheluft-West ist der am dichtesten besiedelte sowie der kleinste Stadtteil in Eimsbüttel und in ganz Hamburg. Dicht bebaute Quartiere aus der Gründerzeit prägen den Stadtteil.

Region Lokstedt mit drei Stadtteilen:

Lokstedt: Die städtebauliche Struktur des Stadtteils wird von Ein- und Zweifamilienhäusern sowie Geschosswohnungsbau der 1950er und 1960er Jahre geprägt. In der in den 1970er Jahren gebauten Lenzsiedlung wohnen in bis zu 15-geschossigen Hochhäusern über 3.000 Menschen.

Niendorf: Das Stadtbild des ehemaligen Dorfes wird heute vornehmlich geprägt von Ein- und Zweifamilienhäusern aus den 1950er bis 1970er Jahren. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden zahlreiche Villen und Bürgerhäuser, welche in einigen Bereichen heute noch bestehen. (In den 1980er Jahren entstand auf dem Gelände des ehemaligen Ohmoors das Neubaugebiet Niendorf-Nord.)

Schnelsen: Die städtebauliche Struktur des Stadtteils Schnelsen wird heute vornehmlich durch Ein- und kleinere Mehrfamilienhäuser geprägt. Ausnahmen bilden die überwiegend in den 1970er Jahren entstandene Großwohnsiedlung rund um den Vörn Brook in Schnelsen-Süd, in der etwa 2.700 Menschen aus mehr als 30 verschiedenen Nationen leben, sowie das Neubaugebiet Burgwedel.

Region Stellingen mit zwei Stadtteilen:

Stellingen: Stellingen ist geprägt durch ein Nebeneinander von ruhigen, zum Teil idyllischen Wohnsituationen, stark emissionsbelasteten Wohnbereichen und von Gewerbegebieten. Die städtebauliche Struktur des Stadtteils wird neben vielen Einzel- und Reihenhäusern aus den 1950er Jahren auch durch Geschosswohnungsbau aus den 1960er und 1970er Jahren bestimmt. Zwischen der S-Bahn und den Fernbahngleisen wurde in den 1960er Jahren die Großwohnsiedlung „Linse“ gebaut.

Eidelstedt: Das ehemalige Dorf Eidelstedt zeichnet sich heute durch Einzel- und Reihenhäuser aus den 1950er bis 1970er Jahren aus. Daneben bestehen Mietshaussiedlungen mit Hochhäusern und Wohnblöcken.

Eine ausführliche Beschreibung findet sich in: Bezirksamt Eimsbüttel (2008), S. 20-28.

1.2 Demographischer Wandel

Der demographische Wandel im Bezirk Hamburg Eimsbüttel kann vor allem in der Zunahme des Anteils der über 65-jährigen abgelesen werden. Das Altern der Bevölkerung bedeutet Handlungsbedarf für den Bezirk. Darauf hat der Bezirk mit dem Leitbild zur Seniorenpolitik reagiert. Der Bezirk Eimsbüttel verfolgt das übergeordnete Ziel, eine individuelle, selbst bestimmte Lebensgestaltung im Alter zu ermöglichen. Hier sind vor allem die Angebote im Sozial- und Gesundheitsbereich, der Wohnungsbau sowie wohnortnahe Versorgungsmöglichkeiten in den einzelnen Zentren zu nennen (Bezirksamt Eimsbüttel 2008, S. 8).

Aus dem Gesundheitsbericht Eimsbüttel geht hervor, dass die Zahl der Menschen, die 65 Jahre und älter sind, in Hamburg entsprechend dem bundesweiten Trend kontinuierlich und stark wächst. Im Bezirk Eimsbüttel wächst sie sogar noch stärker. Im Jahre 2009 lebten in Hamburg 331.877 Personen, im Bezirk Eimsbüttel 47.245 Personen, die 65 Jahre oder älter waren. Zwischen 1998 und 2009 betrug die Zunahme 17,4% in Hamburg und 24,0% im Bezirk Eimsbüttel. Zwei Zahlen verdeutlichen das Ausmaß dieses Wachstums und lassen seine gesellschaftliche Bedeutung erahnen: Zwischen 1998 und 2009 wuchs die gesamte Bevölkerung des Bezirks Eimsbüttel um nicht mehr als 396 Personen. Gleichzeitig nahm die Zahl der 65-jährigen und älteren Seniorinnen und Senioren um 9.147 Personen zu (Bezirksamt Eimsbüttel 2012, S. 31).

Zwischen 1998 und 2009 ist auch der Anteil der Bevölkerung „65+“ an der Gesamtbevölkerung im Bezirk Eimsbüttel (von 16,0% auf 19,1%) wie auch in Hamburg (von 17,0% auf 19,0%) kontinuierlich und deutlich angestiegen. In den Stadtteilen und Regionen des Bezirks verlief die Entwicklung sehr unterschiedlich (vgl. Abbildung 32a, Bezirksamt Eimsbüttel 2012). Auch hier zeigt sich die Entwicklung zwischen den 4-Jahre-Zeiträumen als kontinuierlich. 1998-2001 lebten 42,7% der Bevölkerung „65+“ des Bezirks Eimsbüttel in den drei äußeren Stadtteilen Eidelstedt, Schnelsen und Niendorf. 2006-2009 lag dieser Anteil bei 48,5%. Im selben Zeitraum wuchs der Anteil der Gesamtbevölkerung dieser drei Stadtteile an der Gesamtbevölkerung des Bezirks lediglich von 39,5% auf 39,7%. Zwar weist Schnelsen mit 18,8% in 2006-2009 nur einen durchschnittlichen Anteil an älterer Bevölkerung auf, doch hat es neben Niendorf das mit Abstand schnellste Wachstum dieser Bevölkerungsgruppe. In absehbarer Zeit könnte daher mehr als die Hälfte der älteren Bevölkerung in den drei Außenstadtteilen des Bezirks wohnen. Einschränkend muss erwähnt werden, dass das Wachstum für Eimsbüttel wegen der Hamburger Gebietsreform in den

Jahren 2007/2008 sowie einer größeren Melderegisterbereinigung nicht exakt angegeben werden kann (Bezirksamt Eimsbüttel 2012, S. 32).

Die steigende Lebenserwartung führt dazu, dass mit höherem Lebensalter auch vermehrt funktionelle Defizite und Behinderungen erworben werden können (Mathers et al. 2001). Behinderung und Pflegebedürftigkeit in diesem wachsenden Anteil der älteren Bevölkerung haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesellschaft, da sie im Zusammenhang stehen mit intensiver Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen sowie einer zunehmenden Belastung pflegender Angehöriger (Vita et al. 1998). Von besonderer Bedeutung ist deshalb die Frage, wie Unabhängigkeit und Lebensqualität gefördert werden können. Somit wird in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion der Primär- und Sekundärprävention neben der Behandlung, Rehabilitation und Pflege als vierte Säule im Versorgungssystem eine zukunftssträchtige Rolle zugeschrieben. Dem Verlust funktioneller Fähigkeiten soll durch geeignete Maßnahmen vorgebeugt werden, um die Lebenserwartung in gesunden Jahren (healthy life expectancy) zu steigern. Unklar ist indes, ob damit nur die Mortalität im höheren Lebensalter günstig beeinflusst werden kann oder auch Morbidität und Prävalenz von Behinderungen. Optimal wäre die Zunahme behinderungsfreier Lebensjahre über die gegenwärtig beobachtete Zunahme der Lebenserwartung insgesamt (Robine et al. 2002).

1.3 Bezirkliche Entwicklungsplanung (BEP)

Seit 1994 gibt es im Bezirk Eimsbüttel eine gemeinsame Entwicklungsplanung aller Dezernate. Diese bezirkliche Entwicklungsplanung (BEP) stellt den Versuch dar, interdisziplinär die zukünftige Entwicklung aller neun Stadtteile des Bezirkes zu planen. Eine behördeninterne Gruppe formuliert Leitziele und Strategien für den Bezirk und bringt die Entwicklungsplanung in die Öffentlichkeit, um sie zu diskutieren.

Ein Leitziel der BEP lautet „Gesundes Eimsbüttel“ (Bezirksamt Eimsbüttel 2008, S. 31): *„Bezirkliche Entwicklungsplanung braucht Gesundheitsziele sowohl als eigenständige Orientierungsgrößen als auch als Qualitätsindikatoren für andere Handlungsfelder. Die Realisierung von Gesundheitszielen erfordert das Zusammenwirken der verschiedenen Bereiche der Bezirksverwaltung ebenso wie das zwischen Behörden und den vielfältigen Einrichtungen des Umwelt-, Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens.“*

Ausschlaggebend für diese zentrale Erwartungshaltung sind neben der demographischen Veränderung der zu erwartende Mehrbedarf an pflegerischen Leistungen. Diesbezüglich fordert die Bezirksversammlung im Jahr 2003, die Nutzung und Fortentwicklung bereits vorhandener Strukturen ambulanter und teilstationärer pflegerischer Angebote im Bezirk zu stärken und zu vernetzen. Darüber hinaus erhalten Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend Aufmerksamkeit, um gesund zu altern. Somit lautet eine weitere Forderung der Bezirksverwaltung, auch der Mehrzahl der älteren Menschen im Bezirk, die in Gesundheit altern, durch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen verstärkt gerecht zu werden. Genannt werden in diesem Zusammenhang die Schaffung von Möglichkeiten zu sportlichen und kulturellen Aktivitäten für ältere Menschen sowie die Stärkung und Verbesserung einer geriatrischen Infrastruktur (Dapp 2004).

Da sowohl eine zunehmende Anzahl gesunder, aktiver älterer als auch gesundheitlich beeinträchtigter und hilfs-/pflegebedürftiger Menschen zu erwarten ist, wird die Nachfrage nach gesundheitsfördernden Angeboten, aber auch die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen steigen. Allerdings gibt es in amtlichen Statistiken bisher kaum Daten zu Gesundheitszustand, Selbsthilfestatus und Gesundheitsverhalten älterer Menschen in Deutschland.

1.4 Bezirkliche Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel

Aus diesen Gründen fand im Jahr 2007 erstmals im Bezirk Eimsbüttel eine Befragung von 60-jährigen und älteren im Bezirk lebenden Seniorinnen und Senioren statt. Im Mittelpunkt standen Einstellungen zum Alter und Altern, der gesundheitlichen Situation und zu den Möglichkeiten, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Initiiert wurde diese Befragung von der bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel, einem Zusammenschluss von aktiven Bürgerinnen und Bürgern sowie zahlreichen Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegebereich (u.a. Krankenhäuser, Forschungseinrichtungen, Pflegedienste, bezirklicher Seniorenbeirat, Gesundheitsamt). Die bezirkliche Gesundheits- und Pflegekonferenz wurde 2004 auf Grundlage des Hamburgischen Landespflegegesetzes (§2 HmbLPG) ins Leben gerufen und wird seitdem von Gesundheitsamt Eimsbüttel (Geschäftsführung) koordiniert. Berücksichtigung findet neben kranken, hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen (Pflegekonferenz) insbesondere auch die deutlich größere Zielgruppe mobiler, selbstständig lebender älterer Menschen (Gesundheitskonferenz).

Die Gesundheits- und Pflegekonferenz versteht sich als Informations- und Diskussionsplattform für Professionelle (Dienstleister und Planer im Gesundheitssektor) und Laien (Bürger und Angehörige). Das übergeordnete Ziel dient der verbesserten Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheits- und Pflegesektor. Struktur, Schwerpunktthemen und Arbeitsweise sowie die Nutzung eines Geoinformationssystems (GIS) zur Bündelung und Analyse komplexer Datenbestände im Gesundheitswesen (Dapp & Dirksen-Fischer 2006) finden sich auf der Homepage der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel sowie in einer Broschüre für die Zielgruppe „Älter werden. Aktiv bleiben. Senioren in Eimsbüttel“ (<http://www.hamburg.de/eimsbuettel/eimsbuettel-gesundheits-und-pflegekonferenz/>).

Ein wichtiges Bestreben der Gesundheits- und Pflegekonferenz ist es, Informationsmaterial zusammenzustellen (wie z.B. oben genannte Seniorenbroschüre). In diese Kategorie gehören auch die "Streifzüge durch Eimsbüttel: Spazier- und Wanderrouten für Alt und Jung". Dieser Wegweiser, der insgesamt acht miteinander vernetzte Wanderrouten durch den gesamten Bezirk Eimsbüttel enthält, wurde als Kooperationsprojekt zwischen Gesundheits- und Verbraucherschutz- sowie Bauamt erarbeitet. Die Routen verlaufen abseits der großen Verkehrsstraßen und zeigen Zugänge zu naturnahen und schönen Gebieten in Eimsbüttel. Die zum Download bereitstehenden Kartenblätter enthalten ferner kurze Hinweise und Informationen von Medizinerinnen zum Thema Bewegung (<http://www.hamburg.de/eimsbuettel/eimsbuettel-streifzuege/>).

Neben solchen (Aktivitäts-)Broschüren informiert die Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel die Öffentlichkeit auch über öffentliche Veranstaltungen und thematische Jahresveranstaltungen. Diese umfassten bisher neben den bereits erwähnten Aktivitäten „Streifzüge“ (2006) und „Seniorenbefragung“ (2007) die folgenden Themen:

2004: Grundlagenpapier und Konzept der Gesundheits- und Pflegekonferenz

2005: Erhebung und Darstellung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention, medizinischen Behandlung und Therapie, geriatrischer Rehabilitation oder Pflege im Stadtplan Hamburg mit Hilfe eines Geographischen Informationssystems (GIS)

2006: Broschüre „Streifzüge durch Eimsbüttel. Spazier- und Wanderrouten für Alt und Jung“ mit Karten und Routenbeschreibungen interessanter Wege im Bezirk

2007: Repräsentative Befragung von Seniorinnen und Senioren im Bezirk Eimsbüttel

- 2008: Integration jüngerer Bevölkerungsgruppen in das Konzept der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel
- 2009: Risikokommunikation im Falle einer Grippepandemie unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Bevölkerungsgruppen mit erhöhten Risiken
- 2010: Eimsbüttler Wettbewerb „Gute Ideen für mehr Bewegung jeden Tag“
- 2011: Suizidalität im Kindes- und Jugendalter
- 2012: Teilnahme am „Pakt für Prävention – gesund alt werden in Hamburg“ incl. Präventionskongress der Freien und Hansestadt Hamburg im September 2012

Mit diesen themenbezogenen Aktivitäten engagiert sich die Gesundheits- und Pflegekonferenz in ihren Gremien (Geschäftsführung, Lenkungsgruppe, themenbezogene Arbeitsgruppen) verbrauchernah und praxisorientiert im Bezirk Eimsbüttel.

Weiterführende Literatur Kapitel 1

Bezirksamt Eimsbüttel (Hrsg.) (2012): Gesundheitsbericht Eimsbüttel 2012. Basisdaten zur gesundheitlichen Lage im Bezirk Hamburg Eimsbüttel 1998-2009. Bezirksamt Eimsbüttel, Hamburg 2012. Als Download verfügbar unter (Stand 28.02.2013): <http://www.hamburg.de/contentblob/3731650/data/2013-01-07-eimsbuettel-gesundheitsbericht2012.pdf>

Bezirksamt Eimsbüttel (Hrsg.) (2008): BEP Eimsbüttel 2008 - Bezirkliche Entwicklungsplanung. 5. BEP-Überarbeitung Januar 2008. Bezirksamt Eimsbüttel, Hamburg 2008. Als Download verfügbar unter (Stand 28.02.2013): <http://www.hamburg.de/stadtplanung-eimsbuettel/>

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

Dapp U (2004): Gesundheit und Pflege im Alter – Pflegekonferenz Eimsbüttel. Grundlagenpapier und Konzept für die Initiierung einer Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Hamburg Eimsbüttel. Hamburg 2004. Als Download verfügbar unter (Stand 28.02.2013): <http://www.hamburg.de/contentblob/78914/data/grundlagenpapier-fuer-die-konzeption-der-pflegekonferenz-eimsbuettel.pdf>

Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001): Healthy life expectancy in 191 countries 1999. Lancet 2001;357:1685-1691.

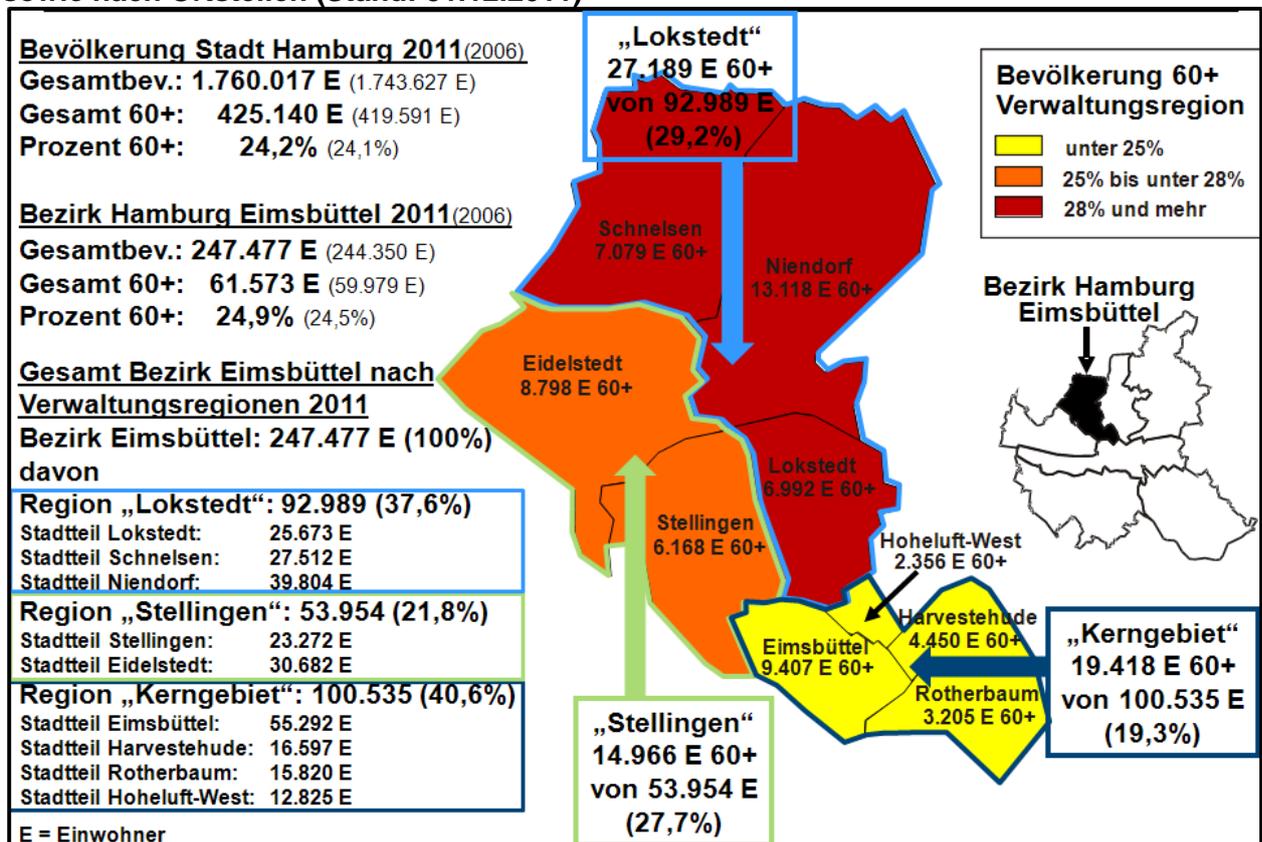
Robine JM, Romieu I, Michel J-P (2002): Trends in Health Expectancies. In: Robine JM et al. (Eds) (2002): Determining Health Expectancies. Wiley-VCH Verlag, Weinheim, S. 9-12.

Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF (1998): Aging, health risks, and cumulative disability. N Engl J Med 1998;338:1035-1041.

2. Seniorenbefragungen 2007 und 2012 im Bezirk Hamburg Eimsbüttel „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“

Beide Befragungen in den Jahren 2007 und 2012 wurden initiiert durch die Gesundheits- und Pflegekonferenz des Bezirks Hamburg Eimsbüttel, einem von sieben Hamburger Bezirken. Mit knapp 250.000 Einwohnern, von denen fast ein Viertel 60 Jahre und älter ist (über 60.000 Einwohner), entspricht der Bezirk Eimsbüttel einer deutschen Großstadt. Dies gilt insbesondere auch in Hinblick auf die differenzierte Sozialstruktur im Bezirk, weshalb die Ergebnisse der Seniorenbefragung Eimsbüttel nicht nur für Hamburg, sondern auch für andere deutsche Großstädte herangezogen werden können. Die unterschiedliche Verteilung der Bevölkerung ab 60 Jahren im Bezirk Eimsbüttel, untergliedert nach Verwaltungsregionen und Ortsteilen (Stadtteilen), zeigt **Abbildung 1**. So lebt mit 100.535 Personen zwar 40,6% der Eimsbütteler Gesamtbevölkerung in der Region „Kerngebiet“, der Anteil der 60-jährigen und älteren Bevölkerung beträgt hier mit 19.418 Personen hingegen lediglich 19,3%. Überdurchschnittlich viele ältere Menschen leben proportional zur Gesamtbevölkerung in der Region „Lokstedt“ (27.189/92.989 Personen; 29,2%) sowie in der Region „Stellingen“ (14.966/53.954 Personen; 27,7%) (Stat. Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2012).

Abbildung 1: Bevölkerung 60 Jahre und älter im Bezirk Hamburg Eimsbüttel absolut und in Prozent nach Verwaltungsregionen „Kerngebiet“, „Stellingen“, „Lokstedt“ sowie nach Ortsteilen (Stand: 31.12.2011)



2.1 Zielsetzung der Seniorenbefragungen 2007 und 2012

Gesundheit und Wohlbefinden sind zu einem erheblichen Teil von der natürlichen, der gebauten und der sozialen Umwelt beeinflusst. Umgekehrt beeinflusst die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner die Leistungsfähigkeit einer Stadt. Gesundheit eröffnet bzw. begrenzt Spielräume für die politisch-soziale Gestaltung und ist ein kaum zu überschätzender Standortfaktor (Bezirksamt Eimsbüttel 2008).

Wenig ist jedoch bekannt über die Einstellungen dieser großen und heterogenen Bevölkerungsgruppe zu Alter(n), Gesundheit, Gesundheitsförderung sowie deren gesundheitsrelevanten Aktivitäten im Bezirk.

2.1.1 Erstmalige Seniorenbefragung 2007

Aus diesem Grund erfolgte im Jahr 2007 erstmals im Auftrag der bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel die Ermittlung der Inanspruchnahme und Bedarfe von Gesundheitsangeboten über eine repräsentative Erhebung bei der 60-jährigen und älteren Bevölkerung im Bezirk Hamburg Eimsbüttel. Erfragt wurde, wie ältere Bürger ihre Alltagssituation erleben, was sie für ihre Gesundheit, Mobilität und Selbstständigkeit tun und was aus ihrer Sicht öffentliche Verwaltung, Gesundheitswesen und andere Stellen dazu beitragen sollten. Ziel dieser ersten repräsentativen bezirklichen Seniorenbefragung im Jahr 2007 war es, diese Erhebungsergebnisse einzubeziehen in die bezirkliche Planung zukünftiger Vorsorge- und Versorgungsangebote für die ältere Bevölkerung.

Die Methodik für die Stichprobenauswahl zielte auf einen repräsentativen Befragungsrücklauf nach 7 Altersklassen (jeweils in 5 Jahresintervallen der Jahrgänge 1946-1942, 1941-1937, 1936-1932, 1931-1927, 1926-1922, 1921-1917 und 1916 und älter) und nach Geschlecht. Dieses Vorgehen ergab eine Stichprobenziehung von 14 Teilstichproben (7 Altersklassen x 2 Geschlechter) mit einem angestrebten Rücklauf von 1-1,5% in jeder dieser 14 Teilstichproben. Dieser Rücklauf wurde in allen 14 Teilstichproben erreicht über die Ziehung von 2 Stichproben à je 2.500 Fällen, von denen die Stichprobe 1 (Ziehung A) komplett verschickt wurde und die Stichprobe 2 (Ziehung B) in Abhängigkeit des Rücklaufs der Ziehung A (Details vgl. **Tabelle 1**).

Tabelle 1: Seniorenbefragung 2007 - Ziehung, Versand und Rücklauf von zwei Zufallsstichproben (A + B) repräsentativ nach Altersklassen und Geschlecht der Bevölkerung 60+ im Bezirk Hamburg Eimsbüttel

Frauen Alters- klassen (J.)	Jahrgänge F 1 - 7	Melderegister¹	Versand Ziehung A + B	Rücklauf Ziehung A + B	Versand %	Rücklauf %
60-64	1946-1942	7789	360	106	4,6	1,4
65-69	1941-1937	8415	384	123	4,6	1,5
70-74	1936-1932	6006	286	94	4,8	1,6
75-79	1931-1927	4746	248	71	5,2	1,5
80-84	1926-1922	4355	329	75	7,6	1,7
85-89	1921-1917	2576	190	39	7,4	1,5
90+	1916 u.älter	1643	121	16	7,4	1,0
Summe Frauen 60+ Jahre		35530	1918	524	5,4	1,5
Frauen in Stichprobe (Rücklauf) ohne Altersangabe				16		
Gesamtrücklauf Stichprobe Frauen				540		
Männer Alters- klassen (J.)	Jahrgänge M 1 - 7	Melderegister¹	Versand Ziehung A + B	Rücklauf Ziehung A + B	Versand %	Rücklauf %
60-64	1946-1942	7633	401	98	5,3	1,3
65-69	1941-1937	8163	371	110	4,5	1,4
70-74	1936-1932	4955	244	83	4,9	1,7
75-79	1931-1927	3085	176	52	5,7	1,7
80-84	1926-1922	1849	143	30	7,7	1,6
85-89	1921-1917	890	68	12	7,6	1,4
90+	1916 u.ä.	420	31	6	7,4	1,4
Summe 60+ Jahre		26995	1434	391	5,3	1,5
Männer in Stichprobe (Rücklauf) ohne Altersangabe				4		
Gesamtrücklauf Stichprobe Männer				395		

¹ Bevölkerung 60+ nach Altersklassen und Geschlecht im Bezirk Hamburg Eimsbüttel laut Hamburger Fachamt für Zentrale Meldeangelegenheiten (HZM) zu Beginn der repräsentativen Stichproben-Ziehung (Stand 31.01.2007).

Hinweis vom HZM: Abweichung zu Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein sind möglich aufgrund tagesaktueller administrativer Unsicherheiten (wie z.B. Ummelde-Fristen nach Umzug)

Die Ergebnisse der Seniorenbefragung 2007 wurden über einen Fachartikel in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie veröffentlicht (Dapp et al. 2009). Zusätzlich wurde eine Kurzzusammenfassung für den Downloadbereich der Internetpräsenz der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel erarbeitet sowie diverse Vorträge gehalten, wie z.B. anlässlich der Jahrestagung 2008 der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel (Details vgl. Homepage der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel). Darüber hinaus liegt der vollständige Datensatz der Seniorenbefragung 2007 dem Bezirksamt Eimsbüttel in unterschiedlichen Formaten (.htm, .xls, .spo) für weitere Analysen vor.

2.1.2 Erneute Seniorenbefragung 2012

Folgende Erkenntnisse wurden aus der Befragung 2007 für die Befragung 2012 gezogen:

- Im Frühjahr 2007 erfolgte die erste schriftliche Befragung 60-jähriger und älterer Menschen im Bezirk Hamburg Eimsbüttel. Die Rücklaufquote von fast 30% dieser anonymen Befragung ohne Erinnerungsschreiben zeigte eine hohe Akzeptanz der Seniorenbefragung in der 60-jährigen und älteren Bevölkerung.
- Die Befragungsergebnisse 2007 hatte eine große Resonanz in der Öffentlichkeit, der Politik und den Medien aufgrund „unerwartet“ positiver Einstellungen der älteren Bevölkerung zu Alter(n) und Gesundheit.
- Bei der Interpretation der Ergebnisse ist das Wissen um den positiven „Spontanrücklauf“ bei anonymen schriftlichen Befragungen ohne Erinnerung/Motivation zu berücksichtigen („Optimisten“ / „Kommunikative“ könnten eher spontan zur Beantwortung des Fragebogens geneigt haben, als eher „Skeptische“ / „Verschlossene“).
- Trotz der erzielten Repräsentativität in der Befragung 2007 für den Gesamtbezirk und in allen 14 Teilstichproben (proportionale 1%-Stichproben, vgl. **Tabelle 1**) können bestimmte Subgruppenanalysen aufgrund (zu) kleiner Anzahlen in den hohen Altersklassen für statistisch gesicherte Aussagen nur eingeschränkt genutzt werden.
- Die Befragungs-Ergebnisse 2007 zeigten z. T. regionale Unterschiede. Statistisch gesicherte Aussagen bestimmter Subgruppenanalysen (z.B. nach neun Stadtteilen) sind indes aufgrund (zu) kleiner Rücklaufquoten pro Stadtteil nur eingeschränkt möglich.
- Es ergab sich der Wunsch nach Erweiterung bzw. Vertiefung der Themen aus der Befragung 2007 um Aspekte der infrastrukturellen Ausstattung des Wohnumfelds sowie Freizeitgestaltung aufgrund der Einbeziehung des Fachamtes Sozialraummanagement in die Seniorenbefragung 2012.
- Neben sozio-demographischen Aspekten (Altersklassen und Geschlecht) wurde der Wunsch nach Berücksichtigung auch räumlicher Strukturen bei erneuter Stichprobenziehung für statistische gesicherte Aussagen mobilitätsrelevanter Befragungsergebnisse 2012 geäußert.

- Aufgrund des gleichen Budgets 2007 und 2012 für die Durchführung der Stichprobenziehung über das HZM sowie Porto für den Fragebogenversand ist die Vergrößerung der Stichprobenziehung 2012 nur eingeschränkt möglich.

2.1.3 Konsequenzen für die erneute Seniorenbefragung 2012

Alle geänderten Anforderungen an die Befragung 2012 – insbesondere der Wunsch nach statistisch gesicherten Aussagen der befragten älteren Bevölkerung zu räumlichen Strukturen im Bezirk Eimsbüttel - erforderten die Modifizierung der Stichprobenziehung. Aufgrund konstanter Budgetvorgaben für die Erstellung der Befragungsmaterialien und des Versandportos wurden folgende Modifikationen vorgenommen:

- Reduktion der 7 Teilstichproben „Alter“ der Befragung 2007 auf 6 Altersgruppen durch die Zusammenfassung der beiden ältesten Altersgruppen zu „85 Jahre und älter“. Beibehaltung der identischen 5-Jahresintervalle für die anderen Alter (für Vergleiche mit Befragungsergebnissen 2007) sowie Beibehaltung der 2 Teilstichproben „Geschlecht“.
- Neuaufnahme des Unterscheidungs-Merkmals „Verwaltungsregion“ (Kerngebiet, Stellingen, Lokstedt) bei der Stichprobenauswahl.
- Erweiterung der 14 Teilstichproben (7 Altersklassen x 2 Geschlechter) der Befragung 2007 auf 36 Teilstichproben (6 Altersklassen x 2 Geschlechter x 3 Verwaltungsregionen) der Befragung 2012.
- Geänderte Anforderungen an den Befragungs-Rücklauf 2012 im Unterschied zur Befragung 2007 (proportionaler 1%-Rücklauf in jeder der 14 Teilstichproben, vgl. **Tabelle 1**). Angestrebt wurde für die Befragung 2012 ein Rücklauf von ideal 50 Fragebögen, jedoch mindestens 30 auswertbaren Fragebögen je Merkmalskombination (Altersklasse, Geschlecht, Region), d.h. in jeder der 36 Teilstichproben (d.h. insgesamt ein erwarteter Rücklauf von mindestens 1.080 Fragebögen). Dieses Vorgehen erlaubt eine gesicherte statistische Schätzung von Anteilen auch in den dünner besetzten Merkmalskombinationen von Altersgruppe, Geschlecht und Verwaltungsregion.

Zur Sicherstellung dieser Anforderung des minimal notwendigen Rücklaufs pro Teilstichprobe wurden folgende Aktivitäten während der Befragung 2012 durchgeführt:

- Ziehung von 3 Stichproben à je 3.600 Fällen (36 Teilstichproben x 100 Fälle) über das Hamburger Fachamt für Zentrale Meldeangelegenheiten (HZM). Versand der 1. Stichprobe und anschließende Kalkulation des Versands von Teilen der 2. und 3. Stichproben in Abhängigkeit des Rücklaufs der 1. Stichprobe (Ziel: Auswertbarer Rücklauf von 50, mindestens aber 30 Fragebögen in jeder der 36 Teilstichproben).
- Versand eines Erinnerungsschreibens an alle angeschriebenen Personen 14 Tage nach Erstversand. Hierfür erhielten alle zufällig ausgewählten und angeschriebenen Personen schriftlich ein Schreiben zur Erhöhung der Motivation. Dieses Schreiben (Erinnerung bzw. Dank, an der Befragung teilgenommen zu haben) musste als Kombinationsschreiben an alle erfolgen, da der anonyme Rücklauf ohne Angabe der Namen der Teilnehmer keine Unterscheidung ermöglichte zwischen „Rücklauf noch offen“ und „Fragebogeneingang“.
- Anreizes zur Erhöhung des Rücklaufs durch Möglichkeit für Befragte, sich um die Teilnahme an einem Frühstück gemeinsam mit dem Leiter des Bezirksamtes Eimsbüttel und dem Chefarzt des Albertinen-Hauses im Herbst 2012 zu bewerben (Auslosung von 10 Plätzen für interessierte Seniorinnen und Senioren).
- Begleitung der Befragung durch verschiedene Pressemitteilungen, die Einladung zu einem Pressegespräch sowie einen Fernsehbeitrag (NDR Hamburg Journal).

Nach detaillierter Abstimmung mit dem Hamburgischen Datenschutz-Beauftragten wurde eine freiwillige, anonyme, schriftliche Befragung in Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt Eimsbüttel und der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses für die Zielgruppe der mindestens 60 Jahre alten Bevölkerung, die im Juni 2012 im Bezirk Hamburg Eimsbüttel gemeldet waren, ab Juli 2012 durchgeführt.

2.2 Inhalte des Fragebogens der Seniorenbefragung 2012

Mit dem Fragebogen 2012 wollte die Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel in Erfahrung bringen, wie ältere Menschen – unterschieden nach den drei Verwaltungsregionen des Bezirks Eimsbüttel (Region Kerngebiet, Region Lokstedt, Region Stellingen) - ihre

Alltagssituation erleben. Die Fragen drehten sich, wie bereits in der Befragung 2007, um Einstellungen zu Alter, Gesundheit, Mobilität und Selbstständigkeit sowie um weitere mobilitätsrelevante Themenkreise wie das Erleben von Stadtteil und Wohnumfeld, die Durchführung von Freizeitaktivitäten im Aktionsraum sowie Einstellungen zu ehrenamtlichem/bürgerschaftlichem Engagement.

In enger Abstimmung zwischen dem Gesundheitsamt und dem Fachamt für Sozialraummanagement des Bezirks Eimsbüttel, wurde der Fragebogen 2012 von der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses zusammengestellt. Nach dem die Akzeptanz und Praktikabilität des Fragebogens in einem Pretest gezeigt wurde, erfolgte die Datenerhebung 2012 über einen standardisierten 12-seitigen Selbstaussfüller-Fragebogen, der die folgenden Themenbereiche umfasst:

Soziodemographische Angaben

- Alter, Geschlecht
- Geburtsort, Muttersprache, Immigration
- Bildung, Berufstätigkeit, Einkommen

Einstellungen zum Älterwerden in unserer Gesellschaft

- Erleben der gegenwärtigen Situation
- Selbsteinschätzung und Bedeutung des Alters
- Sorgen für die Zukunft

Einstellungen und Gewohnheiten rund um die Gesundheit

- Vorstellungen zu gesundem Alter
- Einstellungen: selbsteingeschätzte Gesundheit, selbsteingeschätztes Alter
- Gesundheitsindikatoren: Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Pflegestufe
- Erhalt der Gesundheit und Gesundheitsförderung untergliedert nach medizinischer Vorsorge, körperlicher Aktivität, Ernährung und sozialer Teilhabe

Mobilität und Freizeitverhalten

- Verkehrsmittelverfügbarkeit und Verkehrsmittelnutzung
- Entfernungen zum Öffentlichen Nahverkehr und öffentlichen Grünflächen
- Stürze und Sturzangst
- Nutzung von Freizeiteinrichtungen, Entfernung und Erreichbarkeit
- Einstellungen zu und Inanspruchnahme von Seniorentreffs

Wohnen und Leben im Bezirk Eimsbüttel

- Stadtteil, Wohnung, Barrierefreiheit, Lebensstand, Wohnform
- Inanspruchnahme von Beratungsangeboten: Wohnraumanpassung, bezirkliche Seniorenberatung, Pflegestützpunkt
- Einstellungen zur Infrastruktur im Stadtteil und Verbesserungsbedarf

Einstellungen zum Ehrenamt / bürgerschaftlichem Engagement

- Information über Möglichkeiten ehrenamtlicher Tätigkeit
- Ausübung Ehrenamt
- Erwartungen an das Ehrenamt

Der 12-seitige schriftliche Selbstausfüller-Fragebogen 2012 umfasst 54 Fragen mit über 250 Antwortmöglichkeiten. Im **Anhang** dieses Berichts befindet sich ein Exemplar des **Fragebogens „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel 2012“**.

2.3 Methodisches Vorgehen

2.3.1 Datenbasis

Im Jahr 2007 erfolgte eine repräsentative Stichprobenziehung nach Altersklassen und Geschlecht in 14 Teilstichproben (vgl. Kapitel Seniorenbefragung 2007). Damals wurde auf die regionale Repräsentativität verzichtet, so dass Ergebnisse nach Stadtteilen und Regionen nicht a priori als repräsentative Aussagen zu verstehen sind. Da in der Befragung 2012 - stärker als in der Befragung 2007 - mobilitätsrelevante Aspekte wie z.B. Freizeitverhalten oder die infrastrukturelle Ausstattung des Wohnumfelds im Fokus stehen, gewinnen unterschiedliche regionale Gegebenheiten für die individuelle Gestaltung der Aktionsräume an Bedeutung. Aufgrund dieser Überlegungen erfolgte eine Stichprobenziehung nach Altersklassen, Geschlecht sowie zusätzlich den drei Verwaltungsregionen des Bezirks Hamburg Eimsbüttel.

3 Verwaltungsregionen (vgl. **Tabelle 2**):

- Region „Kerngebiet“ (Ortsteile Nr. 301-316), in der die innerstädtischen Stadtteile Rotherbaum, Harvestehude, Eimsbüttel und Hoheluft-West zusammengefasst sind,
- Region „Lokstedt“ (Ortsteile 317-319) mit den Stadtteilen Lokstedt, Schnelsen und Niendorf und
- Region „Stellingen“ mit den Stadtteilen Stellingen und Eidelstedt (Ortsteile 320-321).

2 Geschlechter (vgl. **Tabelle 2**):

Unterteilung der Gesamtstichprobe in Frauen und Männer.

6 Altersklassen (vgl. **Tabelle 2**):

Darüber hinaus wurde die ältere Bevölkerung in 6 Teilstichproben mit sechs Altersklassen der folgenden Jahrgänge untergliedert:

- 1951-1947 (60 – 64 Jahre, Altersklasse 1),
- 1946-1942 (65 – 69 Jahre, Altersklasse 2),
- 1941-1937 (70 – 74 Jahre, Altersklasse 3),
- 1936-1932 (75 – 79 Jahre, Altersklasse 4),
- 1931-1927 (80 – 84 Jahre, Altersklasse 5),
- 1926 und älter (85 + Jahre, Altersklasse 6).

Tabelle 2 zeigt, wie sich die Gesamtbevölkerung der 60-jährigen und älteren Bevölkerung im Bezirk Eimsbüttel von 60.540 (Bevölkerungsstärke laut Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten, Stand Juni 2012) auf die 36 Teilstichproben (6 Altersklassen x 2 Geschlechter x 3 Verwaltungsregionen) verteilt.

Tabelle 2: Bevölkerungsstärke der Einwohner 60 Jahre und älter (60.540 Personen) im Bezirk Hamburg Eimsbüttel laut Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten, HZM (Stand: Juni 2012)

Bevölkerungsstärke		Frauen			Männer		
Altersgruppen	Geburtsjahrgänge	Region Kerngebiet OT 301-316	Region Lokstedt OT 317-319	Region Stellingen OT 320-321	Region Kerngebiet OT 301-316	Region Lokstedt OT 317-319	Region Stellingen OT 320-321
60-64 (1)	01.01.1947 - 31.12.1951	2807	2868	1568	2425	2540	1437
65-69 (2)	01.01.1942 - 31.12.1946	2286	3025	1542	2221	2461	1380
70-74 (3)	01.01.1937 - 31.12.1941	2005	3561	1907	1973	2982	1646
75-79 (4)	01.01.1932 - 31.12.1936	1262	2455	1425	923	1809	1048
80-84 (5)	01.01.1927 - 31.12.1931	1010	1644	993	489	937	560
85 u. ä. (6)	31.12.1926 oder früher	1204	1904	910	377	634	322

OT=Ortsteil

2.3.2 Stichprobenziehung und -versand

Für jede der 36 Teilgruppen wurden 3 Zufallsstichproben (Ziehung A, B, C) von einheitlich je 100 Personen pro Teilstichprobe gezogen (100 Personen pro Ziehung und Merkmalskombination Altersklasse x Geschlecht x Region), sodass die gesamte Befragungsstichprobe 3 x 3.600 Fälle umfasste. Die Zufallsstichproben der Ziehungen B und C wurden vorsorglich gezogen. Aus dieser zweiten und dritten Ziehung sollten nur Senioren aus den Teilstichproben angeschrieben werden, deren Rücklaufquote der ersten Ziehung A unter 30% (= 30 Personen pro Teilstichprobe) lag (erwartungsgemäß in den höheren Altersklassen). Bei der Ziehung B und C der zweiten und dritten Stichprobe blieben die Fälle der ersten Stichprobe (Ziehung A) ausgeschlossen. Das Gesundheitsamt Eimsbüttel forderte somit beim Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten (HZM) drei Zufallsstichproben (A, B, C) à je 3.600 Fälle mit Geburtsdatum vor dem 01.01.1952 an. In einem Stichprobenprotokoll des HZM wurde die jeweilige Bevölkerungsstärke der 60-jährigen und älteren Bevölkerung, die zum Ziehungstag im Bezirk Eimsbüttel gemeldet waren, festgehalten.

Die 3 angeforderten Zufallsstichproben (Ziehung A, B, C) à je 3.600 Fälle dieser älteren Gesamtbevölkerung wurden vom HZM im Juni 2012 gezogen. Das Gesundheitsamt Eimsbüttel erhielt Adressetiketten der gezogenen Personen zum einmaligen Versand des Fragebogens. Alle 3.600 so etikettierten Fragebögen der Stichprobenziehung A wurden am 10.07.2012 verschickt (Aussendung 1). Die Senioren schickten ihren Fragebogen in frankiertem Rückumschlag an das Gesundheitsamt des Bezirks Hamburg Eimsbüttel zurück. Der Eingang wurde dort dokumentiert nach den drei Merkmalskombinationen Altersklasse, Geschlecht und Region. 14 Tage nach Versand erhielten alle 3.600 Angeschriebenen der Stichprobe A ein Erinnerungsschreiben, denn aufgrund des anonymen Rücklaufs konnte nicht unterschieden werden, welche Personen bereits geantwortet hatten.

Zur Erhöhung der Motivation wurde diesem Erinnerungsschreiben eine Postkarte beigefügt, die zur Teilnahme an einem Frühstück mit dem Leiter des Bezirksamts Eimsbüttel und dem Chefarzt des Albertinen-Hauses einlud. Aus allen Einsendungen wurden später 10 Seniorinnen und Senioren zufällig gezogen, die zu diesem Frühstück im Herbst 2012 eingeladen wurden. Die zeitnahe Rücklaufkontrolle der Aussendung 1 nach Altersklasse, Geschlecht und Region (Merkmalskombination) ergab einen unterdurchschnittlichen Rücklauf in den 36 Teilstichproben.

Statt der ursprünglich angedachten 3 Aussendungen wurde beschlossen, dass aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen nur 2 Aussendungen vorgenommen werden sollen. So wurden die Fälle der Ziehungen B+C (2 x 3.600) zusammengefasst. Die neue Datei umfasste nun je 200 Adressen pro Teilstichprobe (Merkmalskombination). Als Minimalziel wurde angestrebt, je 30 auswertbare Fragebögen pro Merkmalskombination Altersklasse, Geschlecht, Region zurück zu erhalten. Hierfür sollten in der zweiten Aussendung gezielt die schwächer antwortenden Gruppen stärker kontaktiert werden. Aus finanziellen Gründen sollten aber auch in der zweiten Aussendung nicht mehr als 3.600 Personen angeschrieben werden. Die mehrschrittige Vorgehensweise der zufälligen Adressauswahl in Abhängigkeit des bereits vorliegenden Rücklaufs für alle 36 Teilstichproben wurde von den beiden zuständigen Mitarbeitern im Bezirksamt Eimsbüttel detailliert dokumentiert und kann bei Bedarf dort eingesehen werden.

Als Resultat wurden zusätzlich 3.258 Fragebögen (Zufallsauswahl der Ziehungen B und C) am 01.08.2012 verschickt. Auch diese Probanden der 2. Aussendung erhielten 14 Tage später ihr persönliches Erinnerungsschreiben sowie die Möglichkeit, an der Auslosung für das Frühstück teilzunehmen. Insgesamt wurden 6.858 Fragebögen über die beiden Aussendungen 1 und 2 verschickt. Die Verteilung nach den 36 Teilstichproben zeigt **Tabelle 3** (Versand Aussendung 1+2).

Tabelle 3: Fragebogenversand in den 36 Teilstichproben (Altersklassen, Geschlecht, Region) in Aussendung 1 und 2 absolut (Juli - August 2012)

Fragebogen-Versand absolut		Frauen			Männer		
Altersgruppen	Geburtsjahrgänge	Region Kerngebiet OT 301-316	Region Lokstedt OT 317-319	Region Stellingen OT 320-321	Region Kerngebiet OT 301-316	Region Lokstedt OT 317-319	Region Stellingen OT 320-321
60-64 (1)	01.01.1947 - 31.12.1951	299	200	180	300	300	299
65-69 (2)	01.01.1942 - 31.12.1946	166	200	166	179	200	179
70-74 (3)	01.01.1937 - 31.12.1941	133	180	179	139	133	139
75-79 (4)	01.01.1932 - 31.12.1936	200	200	200	133	133	140
80-84 (5)	01.01.1927 - 31.12.1931	200	200	200	140	128	140
85 u. ä. (6)	31.12.1926 oder früher	300	300	200	140	133	200

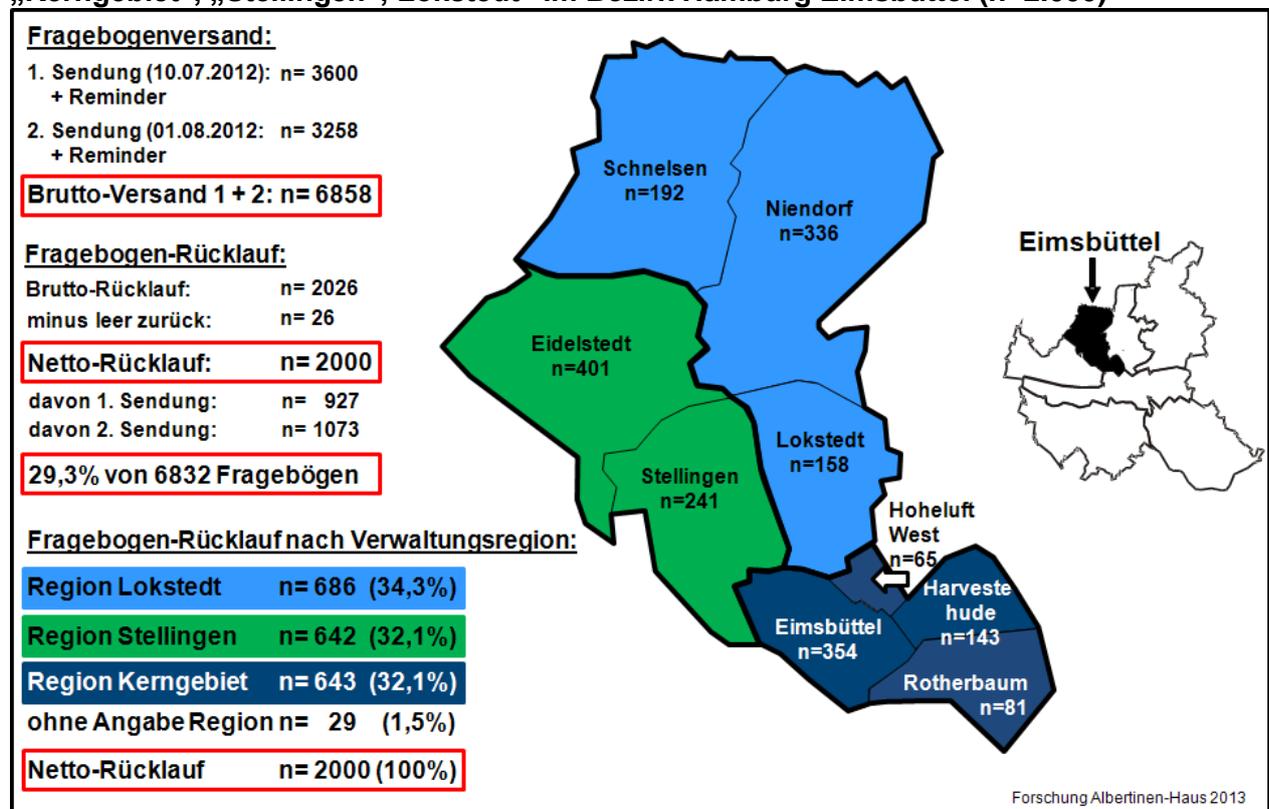
OT=Ortsteil

2.3.3 Rücklauf der Seniorenbefragung 2012

Von den insgesamt 6.858 über die beiden Aussendungen 1 und 2 verschickten Fragebögen kamen 26 leer zurück (Adressaten unbekannt verzogen). Die Datenbasis umfasst 29% auswertbare Fragebögen (2.000/6.832). Hiervon gaben 29 Personen ihr Geschlecht nicht an, so dass von Frauen 1.081/1.971 (55%) und von Männern 890/1.971 (45%) auswertbare Fragebögen vorliegen.

Wie in **Kapitel 2.1** beschrieben, wurde die Befragung 2012 insbesondere durchgeführt, um statistisch gesicherte Aussagen auch auf regionaler Ebene treffen zu können. Hierfür wurden bei der Stichprobenziehung sowie der Kalkulation des Rücklaufs auch die 3 Verwaltungsregionen des Bezirks Eimsbüttel integriert. 29 Personen machten keine oder mehrdeutige Angaben zu ihrem Wohnort, so dass sie nicht eindeutig zu einer Verwaltungsregion zugeordnet werden konnten. Der Rücklauf nach Regionen und zugehörigen Stadtteilen ist graphisch in **Abbildung 2** dargestellt.

Abbildung 2: Fragebogen-Versand und Rücklauf nach Verwaltungsregionen „Kerngebiet“, „Stellingen“, Lokstedt“ im Bezirk Hamburg Eimsbüttel (n=2.000)



In **Tabelle 4** findet sich der Fragebogen-Rücklauf (n=2.000) aufgefächert nach den 36 Teilstichproben (6 Altersklassen, 2 Geschlechter, 3 Verwaltungsregionen) der älteren Bevölkerung im Bezirk Eimsbüttel. 64 Fragebogen-Rückläufer können aufgrund fehlender Angaben zu Alter (n=38) und/oder Geschlecht (n=29) und/oder Verwaltungsregion (n=29) nicht dargestellt werden. Tabelle 4 zeigt auch, dass es gelang, in jeder der 36 Teilstichproben einen Fragebogen-Rücklauf von mindestens 30 Fragebögen zu erzielen. Die Spannweite reicht von 34 Fragebögen (Minimum) in der Teilstichprobe der 80-84-jährigen Männer in der Region Kerngebiet bis zu 78 Fragebögen (Maximum) in der Teilstichprobe der 85-jährigen und älteren Frauen in der Region Lokstedt. In 22 Teilstichproben wurde sogar das Idealziel von mindestens 50 Fragebogen-Rückläufen pro Teilstichprobe erzielt. Im Durchschnitt über alle 36 Teilstichproben ergibt sich ein Rücklauf von 54 Fragebögen pro Teilstichprobe (vgl. **Tabelle 4**).

Dieser sehr hohe Rücklauf eröffnet die Möglichkeit für detaillierte Analysen auch in den Teilstichproben, die erfahrungsgemäß in Befragungen stark unterrepräsentiert sind, wie z.B. alte Männer. Die gewählte Methodik der Seniorenbefragung 2012 erlaubt es, dass auch für diese Gruppen mit kleineren Fallzahlen, über die Aussagen getroffen werden sollen, gesicherte statistische Schätzungen durchgeführt werden können, da pro Teilstichprobe immer mindestens 30 auswertbare Fragebögen vorliegen.

Tabelle 4: Fragebogenrücklauf nach 36 Teilstichproben (Altersklassen, Geschlecht, Region) absolut (n=2000, davon n=64 k. A. zu Alter, Geschlecht, und/oder Region)

Fragebogen-Rücklauf absolut		Frauen			Männer		
Altersgruppen	Geburtsjahrgänge	Region Kerngebiet OT 301-316	Region Lokstedt OT 317-319	Region Stellingen OT 320-321	Region Kerngebiet OT 301-316	Region Lokstedt OT 317-319	Region Stellingen OT 320-321
60-64 (1)	01.01.1947 - 31.12.1951	67	50	52	58	52	46
65-69 (2)	01.01.1942 - 31.12.1946	63	64	56	46	52	62
70-74 (3)	01.01.1937 - 31.12.1941	39	61	66	42	53	44
75-79 (4)	01.01.1932 - 31.12.1936	56	72	71	53	52	48
80-84 (5)	01.01.1927 - 31.12.1931	48	50	48	34	45	47
85 u. ä. (6)	31.12.1926 oder früher	69	78	46	53	45	48

OT=Ortsteil

Total nicht zuzuordnen sind n=64 Fragebögen, da unvollständig:

- (a) keine Angabe Geschlecht: n=29 Fragebögen und/oder
- (b) keine Angabe Region: n=29 Fragebögen und/oder
- (c) keine Angabe Alter: n=38 Fragebögen.

2.4 Datenauswertung und Gewichtung der Gesamtstichprobe

Die für die Seniorenbefragung 2012 gewählte Methodik (vgl. **Kapitel 2.1.3**) des Rücklaufs von mindestens 30 Fragebögen pro Teilstichprobe (vgl. **Tabelle 4**) war nur möglich durch den bewusst gesteuerten höheren Befragungs-Rücklauf in den höheren Altersklassen ab 75 Jahren im Vergleich zu der tatsächlichen Bevölkerungsstärke in diesen Altersklassen (vgl. **Tabelle 2**). Dies führte im Ergebnis – anders als bei der Seniorenbefragung 2007 (vgl. **Tabelle 1**) – nicht zu einem proportionalen 1%-Rücklauf der 60-jährigen und älteren Bevölkerung, sondern zu unterschiedlichen Befragungs-Rückläufen zwischen 1,71% und 14,91% (vgl. **Tabelle 5**).

Überproportionale Anteile finden sich - wie geplant - in den höheren Altersklassen ab 75 Jahren (Altersklassen 4-6). In diesen Altersgruppen wurden nach dem Stichprobenplan, im Gegensatz zu den jüngeren Altersgruppen, sehr hohe Anteile angeschrieben. Besonders auffällig sind die sehr hohen Anteile Befragter (größer 6%), gemessen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung bei den 80-84-jährigen Männern (Altersklasse 5) in den Regionen Kerngebiet und Stellingen sowie bei den 85-jährigen und älteren Männern (Altersklasse 6) in allen drei Verwaltungsregionen Kerngebiet, Lokstedt und Stellingen (vgl. **Tabelle 5**). Dies bedeutet, dass auch sehr alte Menschen mit brauchbaren Antwortraten zu ihrer Gesundheit befragt werden können.

Tabelle 5: Prozentualer Fragebogen-Rücklauf (n=1.936) nach 36 Teilstichproben von allen 60-jährigen und älteren gemeldeten Personen laut Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten (HZM), Stand: Juni 2012

Fragebogen-Rücklauf absolut		Frauen			Männer		
Altersgruppen	Geburtsjahrgänge	Region Kerngebiet OT 301-316	Region Lokstedt OT 317-319	Region Stellingen OT 320-321	Region Kerngebiet OT 301-316	Region Lokstedt OT 317-319	Region Stellingen OT 320-321
60-64 (1)	01.01.1947 - 31.12.1951	2,39	1,74	3,32	2,39	2,05	3,20
65-69 (2)	01.01.1942 - 31.12.1946	2,76	2,12	3,63	2,07	2,11	4,49
70-74 (3)	01.01.1937 - 31.12.1941	1,95	1,71	3,46	2,13	1,78	2,67
75-79 (4)	01.01.1932 - 31.12.1936	4,44	2,93	4,98	5,74	2,87	4,58
80-84 (5)	01.01.1927 - 31.12.1931	4,75	3,04	4,83	6,95	4,80	8,39
85 u. ä. (6)	31.12.1926 oder früher	5,73	4,10	5,05	14,06	7,10	14,91

OT=Ortsteil

Total nicht zuzuordnen sind n=64 Fragebögen, da unvollständig:

- (a) keine Angabe Geschlecht: n=29 Fragebögen,
- (b) keine Angabe Region: n=29 Fragebögen,
- (c) keine Angabe Alter: n=38 Fragebögen.

Die gewählte Methodik ermöglicht zum einen die planungsrelevanten Analysen mit dem Datensatz (vgl. **Tabelle 4**).

Darüber hinaus ist es möglich, mit diesem Datensatz repräsentative Gesamt-Ergebnisse darzustellen. Hierfür wurde eine Gewichtung des Datensatzes nach den Variablen Altersklasse, Geschlecht und Region vorgenommen. Da 64 Personen keine Angabe zu mindestens einem dieser drei Gewichtungsfaktoren machten, konnte die Gewichtung auf Basis von 1.936 Fragebögen in den 36 Teilstichproben durchgeführt werden.

$$p = \frac{n}{N} * \frac{N_i}{n_i}$$

N = Populations-Total
 N_i = Population in Zelle i ($i = 1 \dots 36$)
 n_i = Stichprobengröße in Zelle i
 n = Stichprobengröße-Total

Im Ergebnis wird durch dieses Gewichtungsverfahren ein repräsentativer Datensatz dargestellt ($n=1.936$) für die gesamte gemeldete 60-jährige und ältere Bevölkerung des Bezirks Hamburg Eimsbüttel (60.540 Personen) laut Angaben des Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten, Stand: Juni 2012 (vgl. **Tabelle 2, Tabelle 6**).

Tabelle 6: Vergleich zwischen ungewichteter Datensatz ($n=2.000$) und gewichtetem Datensatz ($n=1.936$) der Seniorenbefragung 2012 sowie der 60-jährigen und älteren Gesamtbevölkerung laut Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten (HZM), Stand: Juni 2012

Ausgewählte Merkmale	Ungewichteter Datensatz Befragung 2012 $n = 2.000$	Gewichteter Datensatz Befragung 2012 $n = 1.936$	Gesamtbevölkerung 60 Jahre und älter Bezirk Eimsbüttel $n = 60.540$
Anzahl Frauen (%)	1.081 / 1971 (54,8)	1.099 / 1936 (56,8)	34.346 / 60.540 (56,8)
Anzahl Männer (%)	890 / 1971 (45,2)	837 / 1936 (43,2)	26.164 / 60.540 (43,2)
Anzahl in Region Kerngebiet (%)	648 / 1977 (32,8)	607 / 1936 (31,4)	18.982 / 60.540 (31,4)
Anzahl in Region Stellingen (%)	642 / 1977 (32,5)	471 / 1936 (24,3)	14.738 / 60.540 (24,3)
Anzahl in Region Lokstedt (%)	687 / 1977 (34,7)	858 / 1936 (44,3)	26.820 / 60.540 (44,3)
Alter (J.), Mittelwert	75,5	72,3	keine Angabe von HZM
Altersbereich (J.)	60,6 – 100,8	60,6 – 100,8	keine Angabe von HZM

Bei Interesse können alle Analysen aller Variablen des Fragebogens des gewichteten Datensatzes in der **Übersichtstabelle** dieses Berichts (**Band II**) nachgeschlagen werden.

Gewichtete oder ungewichtete Analysen?

1. Tabellen über die gesamte Stichprobe werden ausschließlich gewichtet gezeigt.

Durch die Gewichtung wurde sichergestellt, dass die errechneten Anteile für die Gesamtpopulation des Bezirks Eimsbüttel gemäß ihrem Aufbau nach Alter, Geschlecht und Verwaltungsregion für den Bezirk repräsentativ sind (unverzerrt und mit kleiner Variabilität).

2. Ungewichtete Berechnungen wurden lediglich bei zwei Gelegenheiten verwendet.

2.1 Bei Vergleichen einzelner der 36 Zellen nach Alters-, Geschlechts- und Verwaltungsregionen. Zum Beispiel würde dies den Vergleich der höchsten und niedrigsten Altersgruppe bei den Lokstedter Männern nach selbst-berichteter Gesundheit betreffen.

2.2 Die zweite Ausnahme bildeten die Varianz- bzw. Regressions-Analysen zur Untersuchung von Korrelationen bezüglich Gesundheits-Indikatoren und anderen Angaben, wie Verhalten, Eigenschaften der Umgebung u.s.w. Solche Analysen wurden stets ungewichtet, aber adjustiert für die Faktoren Geschlecht, Alter und Verwaltungsbezirk gerechnet.

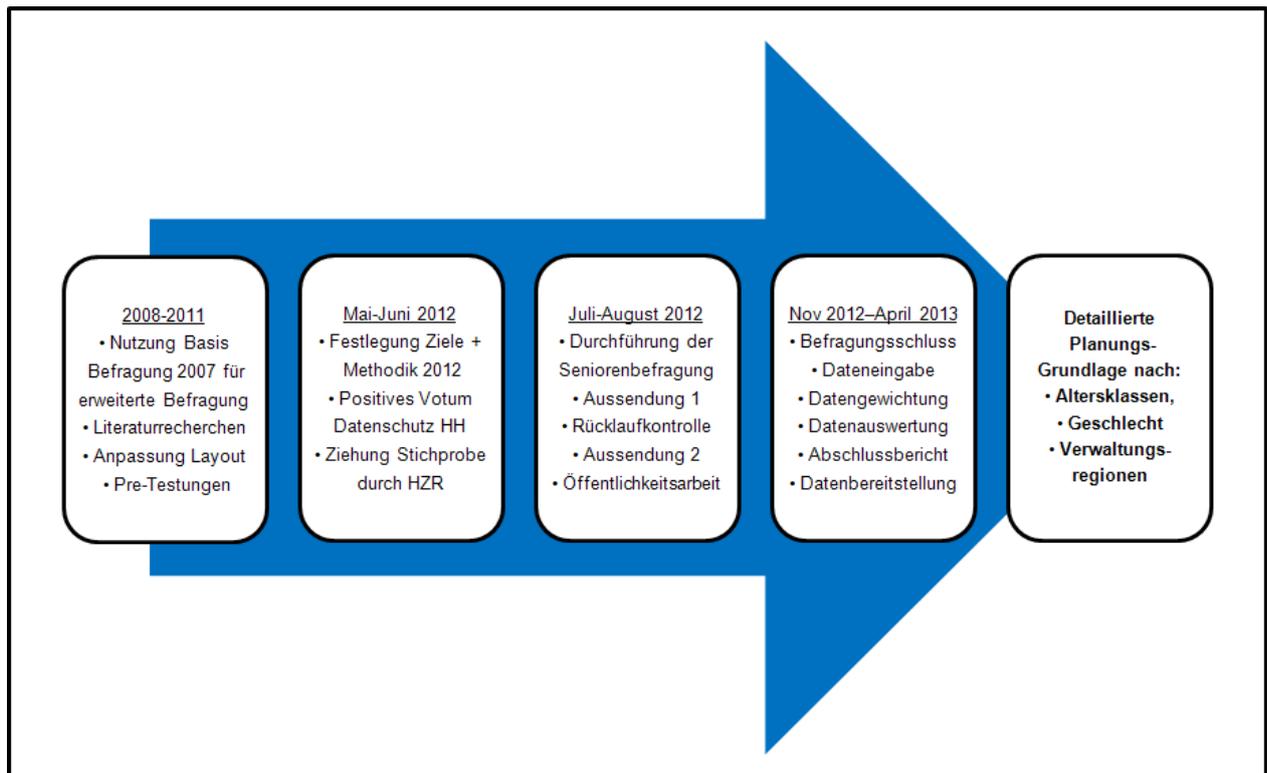
Das Vorgehen gemäß Punkten 1 und 2 oben sichert den Tabellierungen und Analysen größtmögliche Relevanz und Präzision (kleinste Verzerrungen und Variabilität).

Alle in diesem Bericht dargestellten statistischen Analysen wurden durchgeführt mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 12.0. Die Tabellierungen und graphische Darstellungen der Ergebnisse erfolgten mittels Microsoft Office, Version 2010 (Excel und Powerpoint).

2.5 Zusammenfassung: Zeitlicher Ablauf der Seniorenbefragung 2012

Abbildung 3 zeigt aufbauend auf den Erkenntnissen der Seniorenbefragung 2007 den zeitlichen Ablauf der Vorbereitung, Durchführung und Analyse der Seniorenbefragung 2012. Das Produkt ist eine detaillierte Planungsgrundlage für die ältere Bevölkerung im Bezirk Hamburg Eimsbüttel nach Altersklassen, Geschlecht und Verwaltungsregionen.

Abbildung 3: Vorbereitung und Durchführung der Seniorenbefragung 2012



2008-2011

- Erweiterung des multidimensionalen 8seitigen Fragebogens der Seniorenbefragung 2007 auf 12 Seiten aufgrund der Wünsche der Lenkungsgruppe der Gesundheits- und Pflegekonferenz, des Gesundheitsamtes sowie des Fachamtes Sozialraummanagement;
- Ergänzung der Inhalte über Literaturrecherchen sowie Erfahrungen der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses mit zielgruppenspezifischen Seniorenbefragungen (u.a. Durchführung wiederkehrender Befragungswellen mit älteren Menschen der LUCAS Langzeitkohorte seit dem Jahr 2000);
- Zusammenstellung des Fragebogens und Testung von Umfang, Verständlichkeit und Layout mit Bezirksseniorenbeirat Eimsbüttel und älteren Probanden des Albertinen-Hauses (Pre-Testungen).

Mai 2012

- Information des Hamburgischen Datenschutzbeauftragten über das geplante Befragungsverfahren der Seniorenbefragung 2012 und Einholung der schriftlichen Zustimmung hierzu (Stichprobenziehung, Anschreiben, Fragebogen, Versand, Erinnerungsschreiben).

Juni 2012

- Anforderung von 3 Zufallsstichproben (Ziehung A, B, C) vom Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten (HZM) mit je 3.600 Fällen aus der Eimsbüttler Bevölkerung mit Geburtsdatum vor dem 01.01.1952 durch das Gesundheitsamt Eimsbüttel. Jede der 3 angeforderten Zufallsstichproben setzt sich zusammen aus 36 Teilstichproben (6 Altersgruppen x 2 Geschlechter x 3 Verwaltungsregionen) mit je 100 gezogenen Fällen (=3.600 Fälle/Zufallsstichprobe).
- Erteilung des Druckauftrags der Befragungsmaterialien sowie Vorbereitung des Fragebogenversands durch das Bezirksamt Hamburg Eimsbüttel.

Juli – August 2012

- Bereitstellung der 3 Zufallsstichproben durch das Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten (HZM) sowie Stichprobenprotokoll der Ziehung;
- 10.07.2012: Versand Fragebögen der Stichprobe 1 (Ziehung A mit 3.600 Fällen);
- Versand Reminder (14 Tage später) der Ziehung A plus Anreiz Auslosung zur Teilnahme an einem Frühstück gemeinsam mit dem Bezirksamtsleiter Eimsbüttel und dem Chefarzt des Albertinen-Hauses im Herbst 2012;
- Rücklaufkontrolle Ziehung A im Fachamt für Sozialraummanagement Eimsbüttel;
- Kalkulation des Versands von Teilen der Ziehungen B und C in Abhängigkeit des Rücklaufs der Ziehung A mit einer Zielgröße des verwertbaren Rücklaufs von ideal 50 Fragebögen, jedoch mindestens 30 Fragebögen je Merkmalskombination (Altersklasse, Geschlecht, Region) in jeder der 36 Teilstichproben;
- Dokumentation der Berechnung und Durchführung der zufälligen Adressauswahl aus Ziehung B + C für Aussendung 2 durch die beiden zuständigen Mitarbeiter im Bezirksamt Eimsbüttel (Fachamt Sozialraummanagement und Gesundheitsamt);
- 01.08.2012: Versand der Auswahl aus Ziehung B und C (zusammen 3.258 Fälle) der zweiten Aussendung;
- Versand Erinnerungsschreiben (14 Tage später) der Ziehung B und C plus Anreiz Auslosung zur Teilnahme an einem Frühstück gemeinsam mit dem Bezirksamtsleiter Eimsbüttel und dem Chefarzt des Albertinen-Hauses im Herbst 2012;
- Begleitende Öffentlichkeitsarbeit im Befragungszeitraum: Pressemitteilungen, Fernsehbeitrag im Regionalprogramm (NDR Hamburg Journal).

Oktober 2012

- Abschluss der Seniorenbefragung 2012;
- Weiterleitung aller Fragebögen an die Forschungsabteilung Albertinen-Haus.

November 2012 – April 2013

- Programmierung der Datenbank, Dateneingabe, Plausibilitätsprüfung der Daten;
- Vorbereitung und Durchführung von Analysen;
- Präsentationen von Zwischenergebnissen (Fachamt Sozialraummanagement, Gesundheitsamt, Lenkungsgruppe der Gesundheits- und Pflegekonferenz);
- Gewichtung des Datensatzes für Gesamtanalysen;
- Erstellung von Präsentationsfolien;
- Erstellung des wissenschaftlichen Berichts incl. Aufbereitung der Analysen als tabellarische Zusammenstellung aller Befragungsvariablen (über 50 Fragen) und Ausprägungen (= über 250 Antwortmöglichkeiten) für die zukünftige Planung durch das Bezirksamt Eimsbüttel, unterschieden nach den vorab festgelegten Merkmalskombinationen aller 36 Teilstichproben der über 60.000 älteren Menschen im Bezirk Eimsbüttel:
 - 6 Altersklassen (5-Jahresintervalle),
 - 2 Geschlechtern und
 - 3 Verwaltungsregionen
- Bereitstellung des vollständigen Datensatzes (gewichteten und ungewichtet) der Seniorenbefragung 2012 in unterschiedlichen Dateiformaten (.xls, .spo) zur Durchführung vertiefender Analysen.

Weiterführende Literatur Kapitel 2

Bezirksamt Eimsbüttel (Hrsg.) (2008): BEP Eimsbüttel 2008 - Bezirkliche Entwicklungsplanung. 5. BEP-Überarbeitung Januar 2008. Bezirksamt Eimsbüttel, Hamburg 2008. Als Download verfügbar unter (Stand 28.02.2013): <http://www.hamburg.de/stadtplanung-eimsbuettel/>

Dapp U, Lorentz Ch, Laub S, Anders J, Renteln-Kruse von, W, Minder Ch, Dirksen-Fischer M (2009): Im Alter aktiv und gesund leben – Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. Z Gerontol Geriat 2009; 42:245-255.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012): Die Bevölkerung in Hamburg und Schleswig-Holstein 2011 nach Alter und Geschlecht. Statistische Berichte. A I 3 – j/11 (02.08.2012). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 11.10.2012): http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standuments/A_I_3_j_2011.pdf

3 Ergebnisse der Seniorenbefragung 2012

Wie bereits im vierten Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland (BMFSFJ 2002) beschrieben, sind auch die Älteren im Bezirk Hamburg Eimsbüttel eine aktive, selbstbewusste und vielschichtige Bevölkerungsgruppe. Sie sind gesund, gut ausgebildet sowie finanzstark und verfügen über ein großes Zeitbudget. Darüber hinaus finden sich neue Anhaltspunkte für gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. Primär- und Sekundärprävention sowie Motive für (Nicht-)Ausübung bürgerschaftlichen Engagements. Hierzu werden in den nachfolgenden **Kapiteln 3.1 – 3.7** ausgewählte Gesamtergebnisse der Seniorenbefragung 2012 thematisch zusammengefasst und graphisch aufbereitet.

3.1 Sozio-demographische Beschreibung der Stichprobe

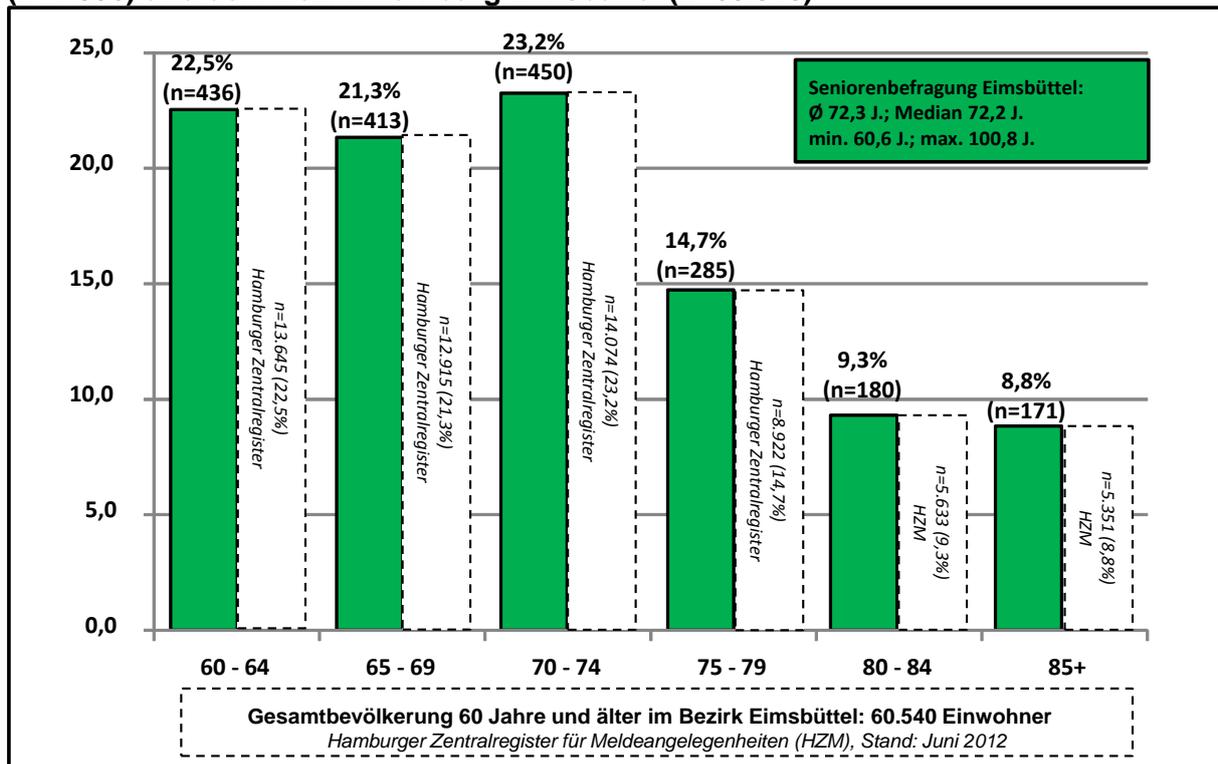
Die Charakterisierung der Befragungsteilnehmer ist in **Tabelle 7** anhand ausgewählter sozio-demographischer Merkmale der 1.936 ausgewerteten Fragebögen (gewichtete Stichprobe) zusammengefasst.

Tabelle 7: Ausgewählte sozio-demographische Merkmale der Stichprobe

Ausgewählte sozio-demographische Merkmale	Seniorenbefragung 2012 n = 1.936		vgl. Abbildung
	absolut	in %	
60 – 64 Jahre	436 / 1.936	22,5	Abb. 4
65 – 69 Jahre	413 / 1.936	21,3	
70 – 74 Jahre	451 / 1.936	23,2	
75 – 79 Jahre	436 / 1.936	14,7	
80 – 84 Jahre	180 / 1.936	9,3	
85 Jahre und älter	171 / 1.936	8,8	
Alter (in Jahren), Mittelwert \pm SD	72,3 \pm 8,1	-	
Altersbereich (in Jahren)	60,6 – 100,8	-	
Anzahl Frauen	1.099 / 1.936	56,8	Abb. 5
Personen mit Pflegestufe	92 / 1.896	4,8	Abb. 6
- davon Pflegestufe 0	7	0,4	
- davon Pflegestufe 1	53	2,7	
- davon Pflegestufe 2	18	0,9	
- davon Pflegestufe 3	9	0,5	
- davon keine Angabe zur Pflegestufe	5	0,3	
Hilfsperson im Bedarfsfall vorhanden	1.662 / 1.909	87,1	
Anzahl 1-Personen-Haushalte	705 / 1.926	36,6	Abb. 7
Geburtsort Deutschland	1.817 / 1.927	94,3	Abb. 8
Höherer Schulabschluss (Abitur oder Realschule)	1.086 / 1.920	56,6	Abb. 9
Berufstätigkeit	364 / 1.911	19,0	
Netto-Haushaltseinkommen im Monat < € 500,00	39 / 1.793	2,2	Abb. 10

Wie im Methodenteil erläutert (vgl. **Kapitel 2.4**), findet sich in der Seniorenbefragung 2012 dieselbe prozentuale Verteilung nach Altersklassen (5-Jahres-Klassen) wie in der älteren Gesamtbevölkerung des Bezirks Eimsbüttel. Die drei jüngeren Altersklassen (60 bis 74 Jahre) repräsentieren zusammen zwei Drittel (67,0%) der gesamten älteren Bevölkerung im Bezirk (vgl. **Abbildung 4**).

Abbildung 4: Altersverteilung nach sechs Altersklassen in der Seniorenbefragung (n=1.936) und dem Bezirk Hamburg Eimsbüttel (n=60.540)



Der Altersdurchschnitt liegt bei 72,3 Jahren, der Altersbereich der Befragten liegt zwischen 60 und 100 Jahren. Auch die Geschlechterverteilung der Stichprobe entspricht mit 56,8% Frauen und 43,2% Männern der Verteilung in der 60-jährigen und älteren Gesamtbevölkerung in Hamburg (vgl. **Abbildung 5**).

Der Anteil pflegebedürftiger Personen (4,8%) ist in der Stichprobe geringer als in der Hamburger Pflegestatistik für die 60-jährige und ältere Bevölkerung (9,5%) ausgewiesen (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2013a). **Abbildung 6** zeigt zudem die Verteilung der Pflegestufen von den Seniorenbefragungs-Teilnehmern.

Abbildung 5: Geschlechterverteilung in der Seniorenbefragung (n=1.936), dem Bezirk Hamburg Eimsbüttel (n=60.540) und dem Bundesland Hamburg (n=425.140)

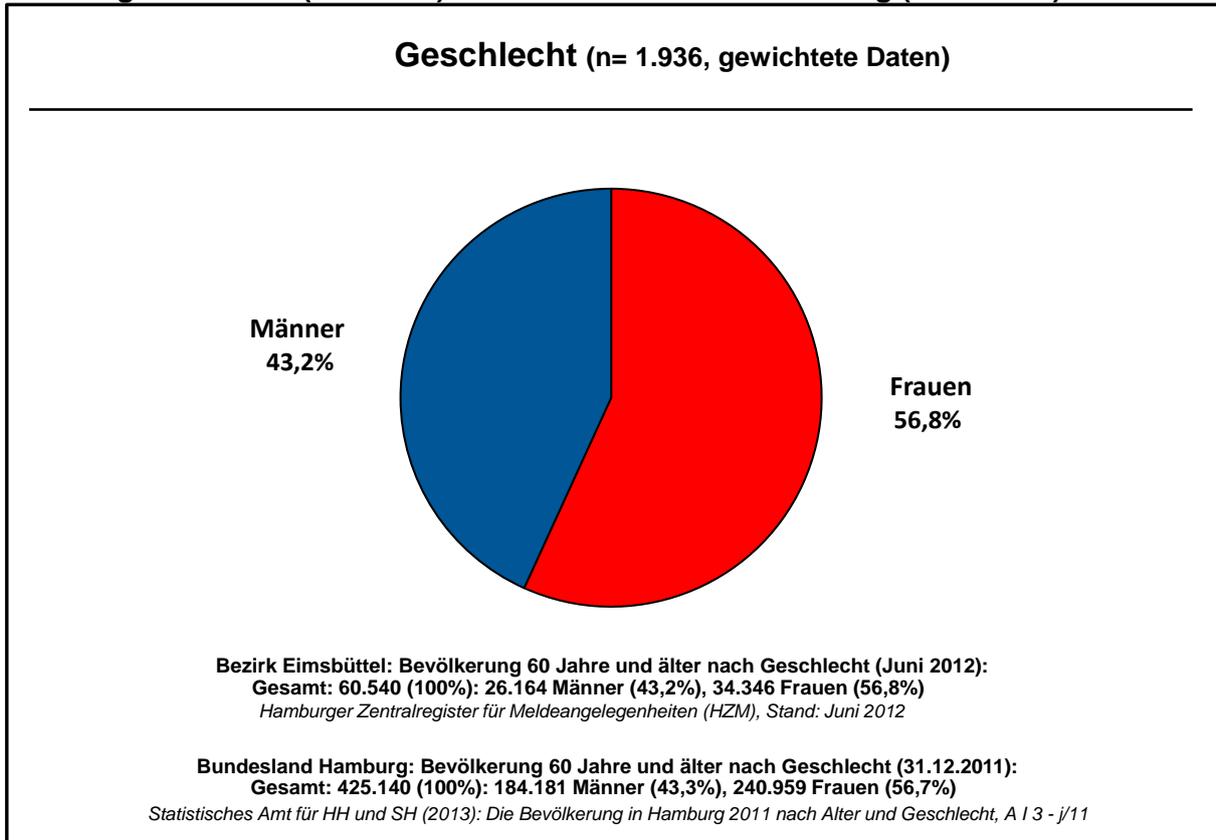
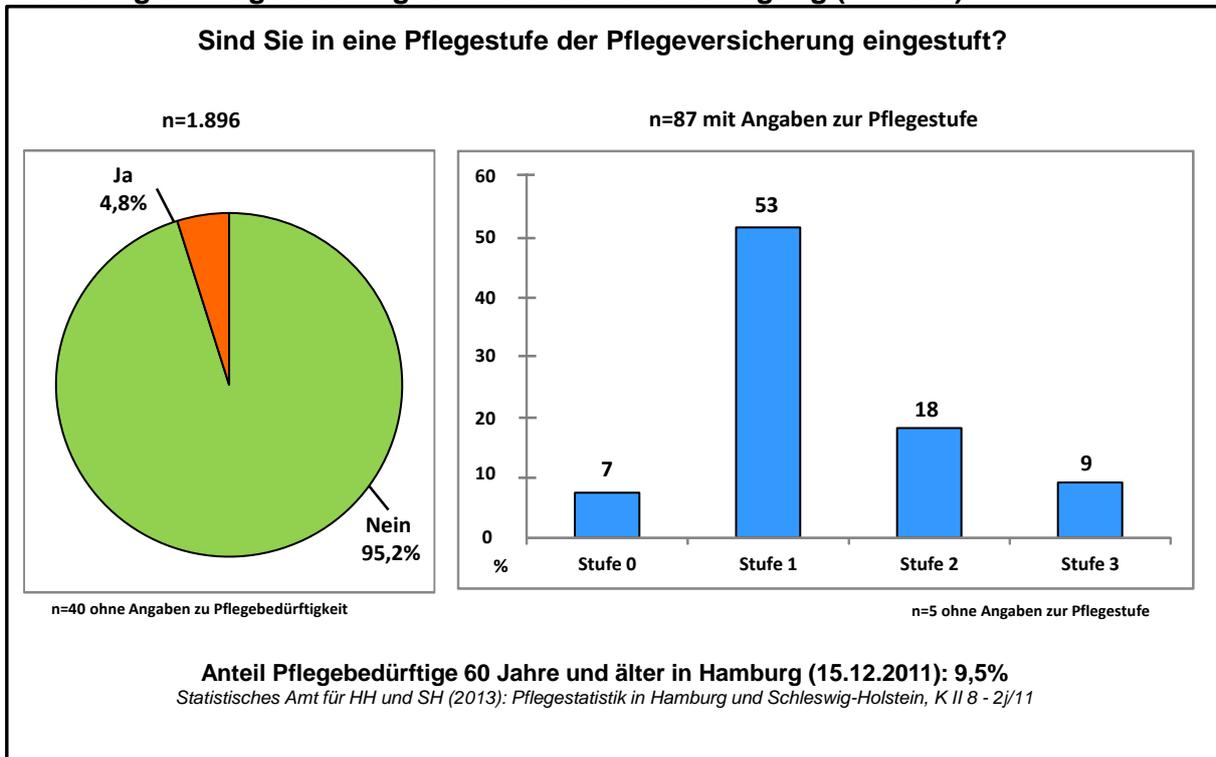
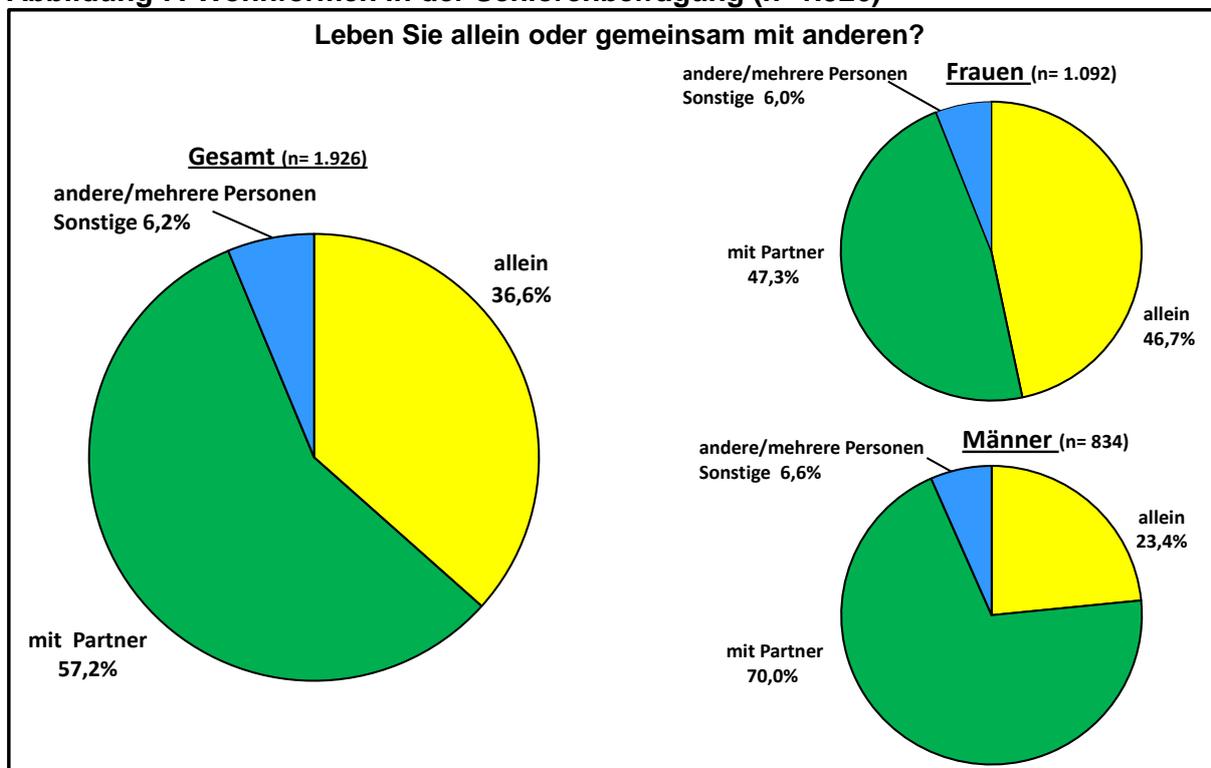


Abbildung 6: Pflegebedürftigkeit in der Seniorenbefragung (n=1.896)



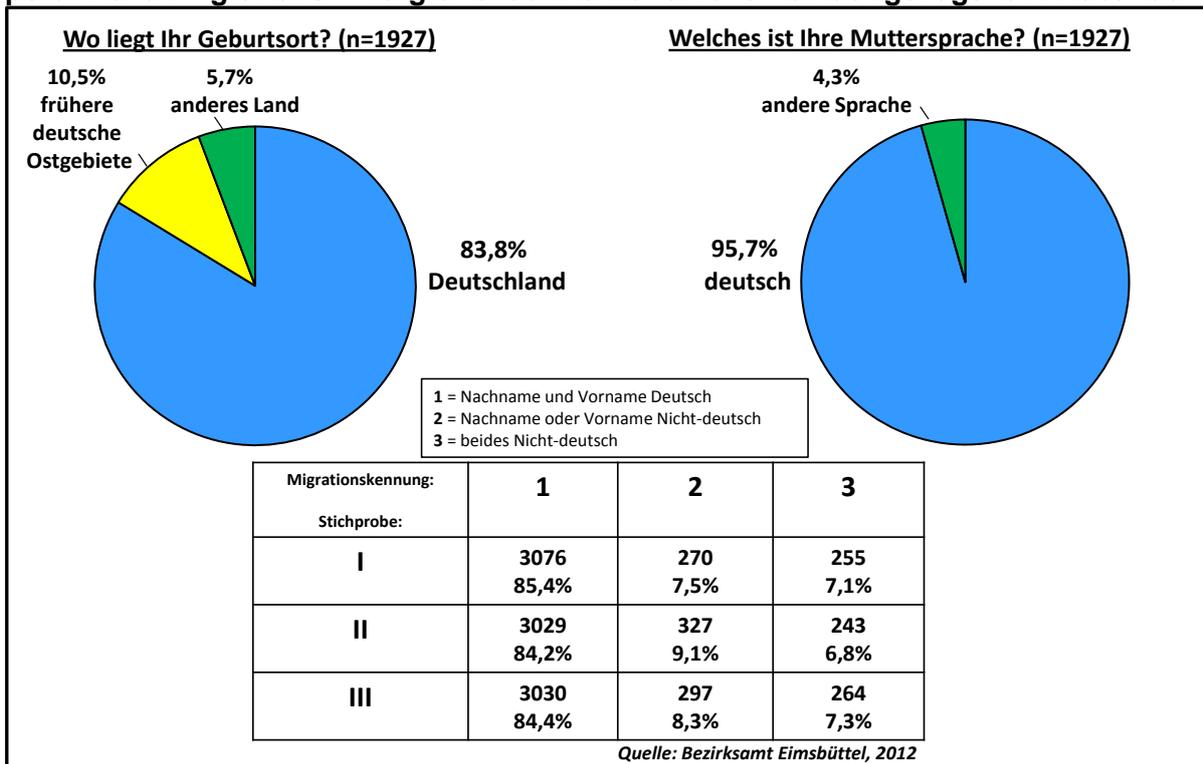
Der Rücklauf von allein Lebenden (36,6%) ist nicht vergleichbar mit dem Anteil allein Lebender in der Gesamtbevölkerung der aktuellen Hamburger Statistik, in der altersbezogene Angaben zu Ein-Personen-Haushalten erst ab dem 65sten Lebensjahr gemacht werden (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2012b). Damit wird in der Hamburger Statistik die Gruppe der 60–64-jährigen (immerhin 22,5% aller Personen ab 60 Jahre) nicht berücksichtigt. Auch in der Seniorenbefragung zeigt sich, dass im Alter Frauen (46,7%) häufiger allein leben als Männer (23,4%). Bei beiden Geschlechtern sind mit 6% andere Wohnformen vertreten als das allein leben oder das Zusammenleben mit einem festen (Ehe-)Partner (vgl. **Abbildung 7**).

Abbildung 7: Wohnformen in der Seniorenbefragung (n=1.926)



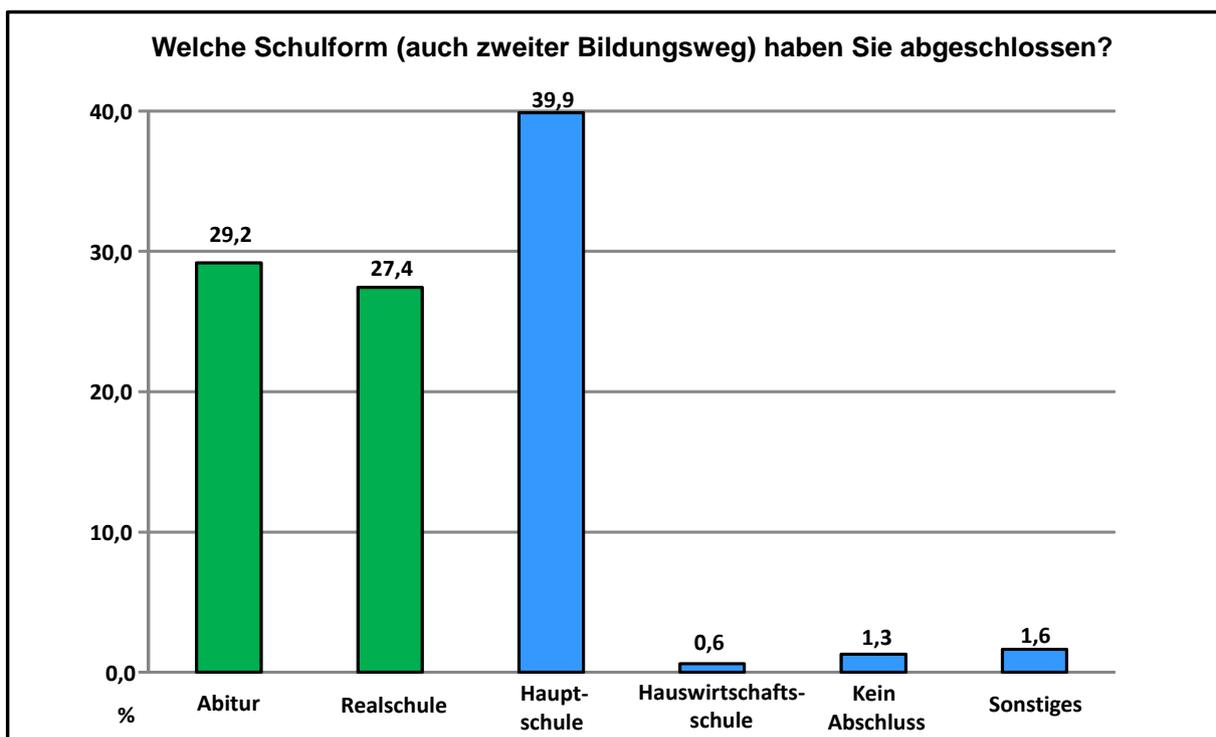
Auch der Abgleich der Teilnahmebereitschaft von ausländischen Bürgern an der Seniorenbefragung kann nur bedingt erfolgen. Laut Statistischem Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012c) lebten Ende 2011 im Bezirk Eimsbüttel 7,1% (4.395/61.573) Ausländer in der 60-jährigen und älteren Bevölkerung; 9,9% der 65-jährigen und älteren Eimsbüttler Bevölkerung mit Migrationshintergrund (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2012d). In der Seniorenbefragung wurde nach Geburtsort und Muttersprache gefragt. **Abbildung 8** zeigt, dass 5,7% ihren Geburtsort außerhalb Deutschlands (inklusive ehemaliger Ostgebiete) angeben und 4,3% eine andere Muttersprache haben.

Abbildung 8: Geburtsort und Muttersprache in der Seniorenbefragung (n=1.927) sowie potenzieller Migrationshintergrund laut Vor- und Zunamen der gezogenen Probanden



Eine Mitarbeiterin des Bezirksamtes klassierte alle Namen und stellte für ca. 7% der gezogenen Personen einen möglichen Migrationshintergrund aufgrund nicht Deutsch klingender Vor- und Nachnamen fest (vgl. **Abbildung 8**).

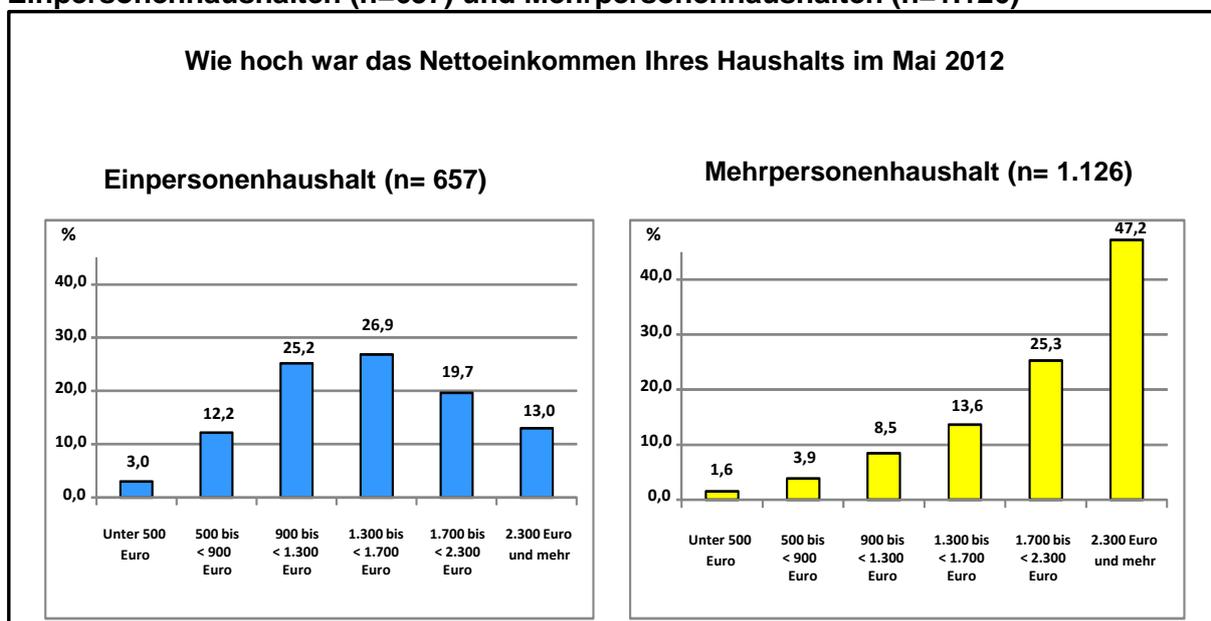
Abbildung 9: Bildungsabschluss in der Seniorenbefragung (n=1.920)



Jeder zweite Befragte hat einen höheren Bildungsabschluss, Senioren ohne Schulabschluss gibt es so gut wie gar nicht (vgl. **Abbildung 9**) Fast jeder fünfte Befragte (18,9%) ist noch berufstätig (vgl. **Tabelle 7**), davon die Hälfte in Vollzeit (vgl. **Band II, Tabellenanhang**).

Es gaben 2,2% der Stichprobe an, weniger als 500 Euro monatliches Haushalts-Nettoeinkommen zur freien Verfügung zu haben. Die Unterscheidung nach Ein- und Mehrpersonen-Haushalten zeigt **Abbildung 10**. Armut ist in Hamburg eher ein Kinder- und Jugendproblem, die Senioren weisen die geringste Quote aller Altersgruppen auf (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2013b).

Abbildung 10: Netto-Haushaltseinkommen in der Seniorenbefragung nach Einpersonenhaushalten (n=657) und Mehrpersonenhaushalten (n=1.126)



Weiterführende Literatur Kapitel 3.1:

BMFSFJ - 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.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2013a): Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein 2011. Statistische Berichte. K II 8 - 2j/11 (07.03.2013). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 24.04.2013):

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/K_II_8_2j11.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2013b): Soziale Leistungen in den Hamburger Stadtteilen 2011. Statistik informiert speziell Nr. III/2013 (11.02.2013). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 25.02.2013):

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/SI_SPEZIAL_III_2013.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012a): Die Bevölkerung in Hamburg und Schleswig-Holstein 2011 nach Alter und Geschlecht. Statistische Berichte. A I 3 – j/11 (02.08.2012). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 11.10.2012): http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/A_I_3_j_2011.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2012b): Struktur der Haushalte in den Hamburger Stadtteilen Ende Januar 2012. Statistik informiert speziell Nr. II/2012 (31.06.2012). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 25.02.2013): http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/SI_SPEZIAL_II_2012.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012c): Ausländische Bevölkerung in Hamburg 2011. Statistische Berichte. A I 4 - j/11 H (10.05.2012). Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 11.10.2012): http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/A_I_4_j11_H.pdf

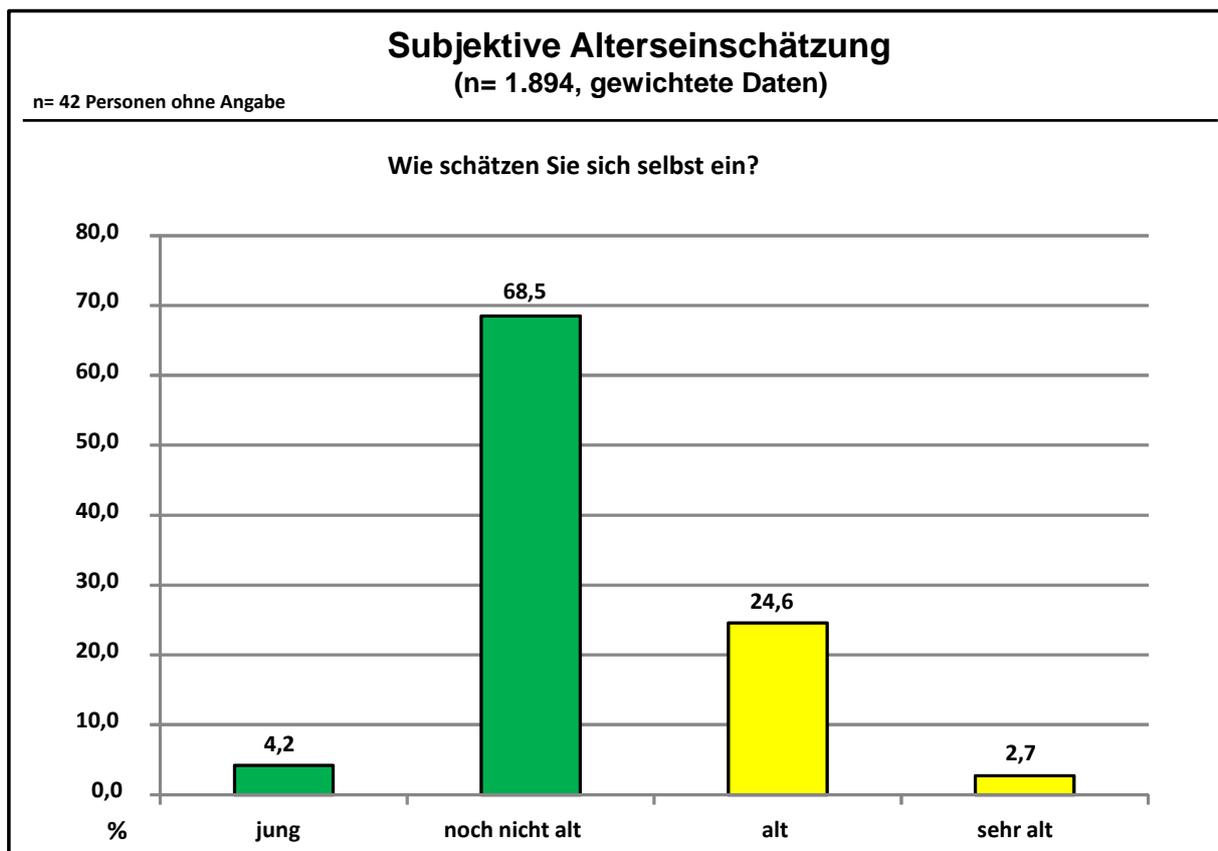
Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2012d): Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende Januar 2012. Statistik informiert speziell Nr. III/2012 (06.08.2012). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 25.02.2013): http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/SI_SPEZIAL_III_2012.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg) (2012e): Hamburger Stadtteil-Profile 2012. Nord.regional Band 13. Als download verfügbar (Stand: 24.02.2013): http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR13_Stadtteil-Profile_2012.pdf

3.2 Einstellungen zum Alter(n)

Im Zuge des demographischen Wandels stehen wir vor der Situation einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft. Diese Entwicklung wird in aktuellen Diskussionen, auf traditionelle Altersbilder beruhend, häufig als Bedrohung gedeutet. Altersbilder sind Vorstellungen, die Individuen vom Alter(n) haben oder die durch die mediale Öffentlichkeit transportiert werden. Es ist nachgewiesen, dass die Art und Weise, wie Menschen altern von den vorherrschenden Altersbildern geprägt ist (Kessler 2012). Auf der anderen Seite vermitteln Medien immer häufiger das neue Bild des aktiven und produktiven Alter(n)s, welches dem sechsten Altenbericht (BMFSFJ 2010) zufolge vielmehr der aktuellen Lebenssituation vieler älterer Menschen entspricht. Immer mehr Senioren erleben diese Lebensphase deutlich gesünder, zufriedener und vitaler, als bisherige Generationen (BMFSFJ 2012). Auch der Generali Zukunftsfond (2013) hat es sich zur Aufgabe gemacht, das defizitorientierte Bild des älteren Menschen zu überwinden und diesbezüglich die Generali-Altersstudie in Auftrag gegeben. Deren Ergebnissen zufolge fühlen sich die Älteren entgegen der alternden Gesellschaft durchschnittlich bis zu zehn Jahre jünger als sie kalendarisch alt sind. Eine Erneuerung des Altersbildes ist bedeutend für die Vorstellungen, die Jüngere vom Alter haben und für das Potential, das Ältere selbst in sich sehen (BMFSFJ 2010). Aufgrund dieser Aktualität hat sich auch die vorliegende Seniorenbefragung ein zweites Mal diesem Thema gewidmet und zeigte, dass sich die Eimsbüttler Bevölkerung ab 60 Jahren zu 68,5% noch nicht alt einschätzt, wie **Abbildung 11** zu entnehmen ist. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit denen der Eimsbüttler Seniorenbefragung 2007.

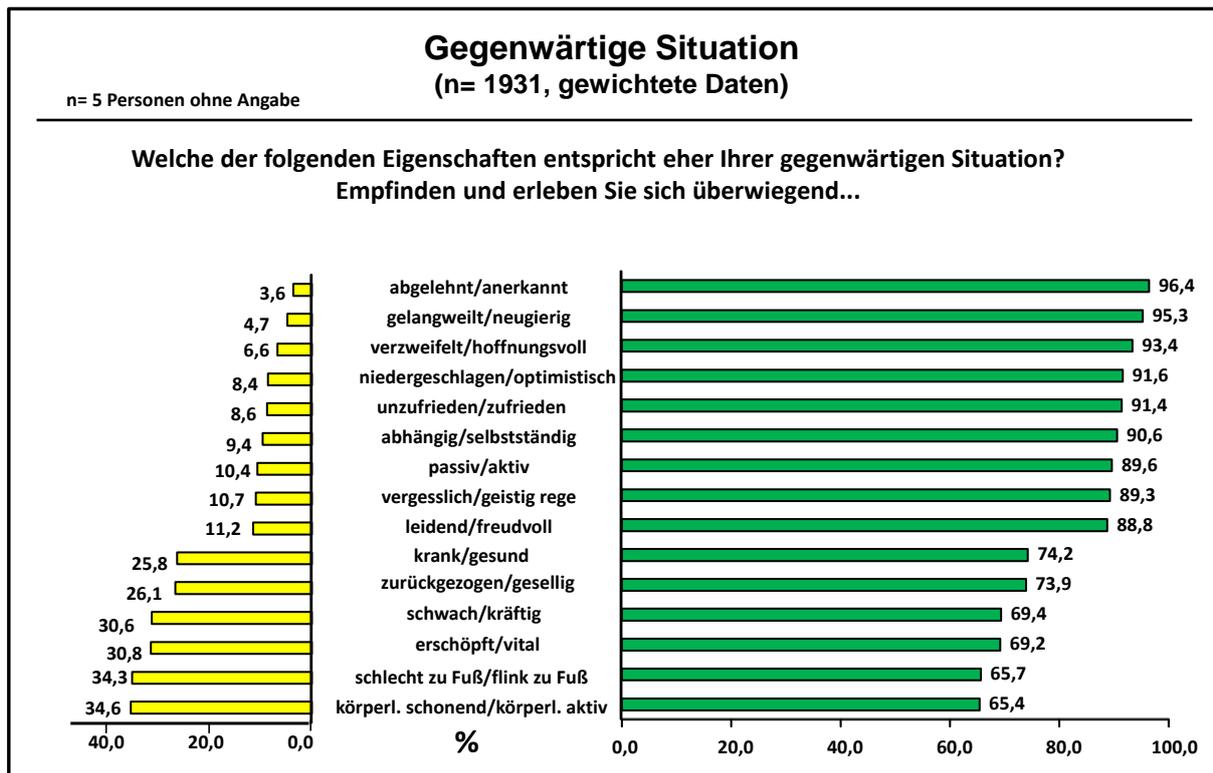
Abbildung 11: Subjektive Alterseinschätzung (n=1.894)



Dieses positive Ergebnis spiegelt sich auch in den Zahlen zur Einschätzung ihrer gegenwärtigen Situation wider. Während psychosoziale Aspekte, wie das Gefühl anerkannt (96,4%), neugierig (95,3%), hoffnungsvoll (93,4%), optimistisch (91,6%) oder zufrieden (91,4%) zu sein mit eindrucksvoller Mehrheit positiv bewertet werden, fallen die Antworten bei gesundheits- und funktionsbezogenen Fragen deutlich schlechter aus. Demnach schätzen sich nur 65,7% als gut zu Fuß ein und auch das Gefühl kräftig (69,4%), vital (69,2%) und körperlich aktiv (65,4%) zu sein, wurde subjektiv differenzierter eingeschätzt, wie in der **Abbildung 12** dargestellt ist.

Auch in der Seniorenbefragung aus dem Jahr 2007 antworteten die Befragten im Durchschnitt äußerst positiv auf die Einschätzung ihrer gegenwärtigen Situation. Ausgewählte Ergebnisse der Erhebung vor fünf Jahren sind in dem **Kapitel 3.7** nachzulesen.

Abbildung 12: Einschätzung der gegenwärtigen Situation (n=1.931)

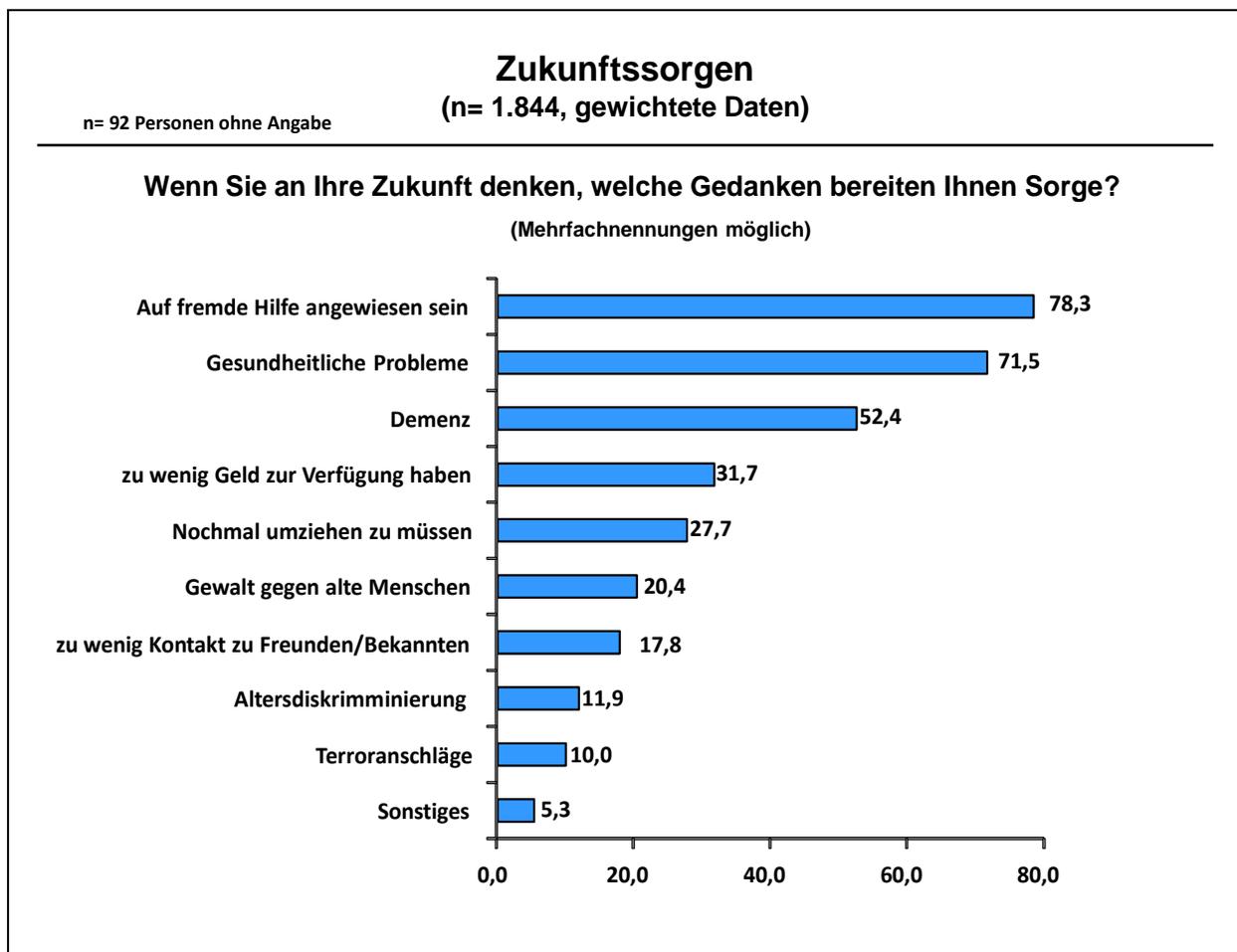


Dennoch vermitteln die Zahlen nicht das Bild des schwachen, leidenden alten Menschen, wie es vielfach dargestellt wird. Das neue Altersbild wird durch die positiven Ergebnisse bestätigt, zeigen sie doch überwiegend das Bild eines integrierten Bürgers mit einem positiven Lebensgefühl trotz eines wachsenden körperlichen Funktionsverlustes.

In der Befragung wird ebenso wie in der Generali-Altersstudie (2013) die allgemeine Lebenszufriedenheit mit einer Einheit von 7,5 auf der Skala von 1 (Ganz und gar unzufrieden) bis 10 (Ganz und gar zufrieden) sehr hoch eingeschätzt, womit sich zeigt, dass es den Menschen im Alter heute überwiegend gut geht. Am häufigsten geben die Eimsbüttler Senioren einen Wert von 8 an. Laut der Generali-Altersstudie (2013) ist dabei weniger das Alter ausschlaggebend für die Zufriedenheit, als vielmehr Bildung, Einkommen und die eigene Gesundheit.

Neben den Einstellungen zu sich selbst wurden die Senioren im Bezirk auch nach ihren Zukunftssorgen gefragt. Die Angaben sind in der folgenden **Abbildung 13** dargestellt.

Abbildung 13: Zukunftssorgen (n=1.844)



Die größte Angst bereitet ihnen demnach mit 78,3% im Alter auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Es folgt die Sorge gesundheitliche Probleme (71,5%) zu bekommen und insbesondere an Demenz zu erkranken (52,4%). Zudem befürchten sie zu wenig Geld zur Verfügung zu haben (31,7%) oder in ein Pflegeheim umziehen zu müssen (27,7%). Weniger als ein Viertel sorgt sich bei dem Gedanken an die Zukunft vor Gewalt gegen ältere Menschen (20,4%), zu wenig Kontakt zu Freunden/Bekanntem (17,8%) zu haben sowie vor Altersdiskriminierung (11,9%) oder Terroranschlägen (10,0%). Die Generali-Altersstudie (2013) fragte nicht nach Sorgen, sondern Nachteilen im Alter und erfasste zudem weitere Aspekte. Die Befragten ab 65 Jahren gaben bei den Parametern, die auch in der Seniorenbefragung untersucht wurden, zu 45% an Angst um die eigene Gesundheit zu haben, zu 35% vor einer Demenz und lediglich 30% sahen es als Nachteil von der Unterstützung anderer abhängig zu werden. Inwiefern es Unterschiede hinsichtlich der Zukunftssorgen bei den unterschiedlichen Altersgruppen oder den Geschlechtern gibt, kann neben einer Vielzahl weiterer Analysen in **Band II des Abschlussberichts (tabellarische Übersicht)** nachgeschlagen werden.

Weiterführende Literatur Kapitel 3.2

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 2010. Als download verfügbar (Stand: 01.03.2013):

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) und Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali-Altersstudie. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 2013.

Kessler E-M (2012): Veränderung von Altersbildern. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.). Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 614 – 619.

3.3 Einstellungen zu Gesundheit und Gesundheitsförderung

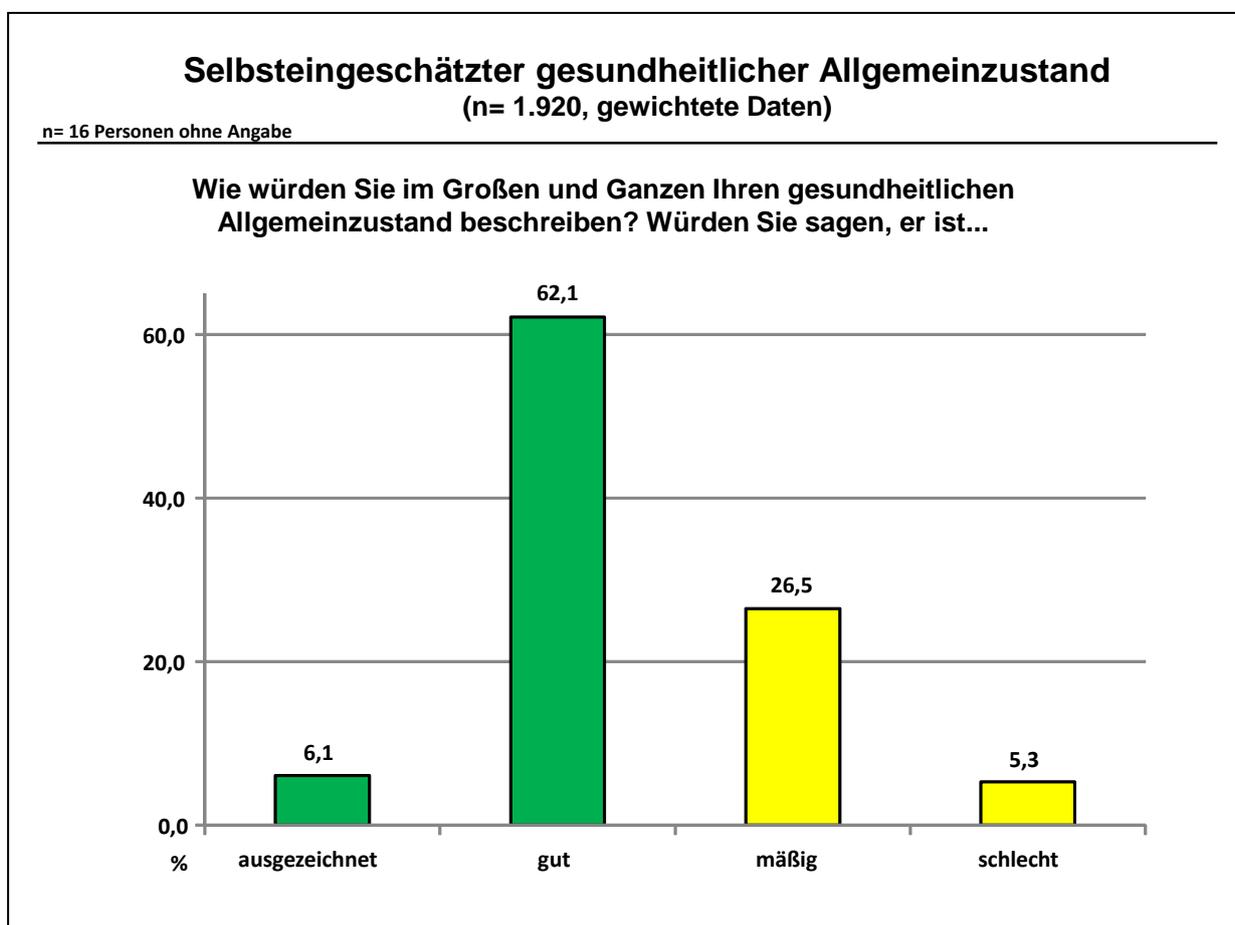
Die zunehmende Alterung der Bevölkerung führt dazu, dass politische Entscheidungsträger sich verstärkt um gesundheitsfördernde und präventive Strategien bemühen. Es gilt ein selbstbestimmtes und erfolgreiches Altern zu unterstützen und ermöglichen sowie einen überproportionalen Anstieg kranker und pflegebedürftiger alter Menschen zu verhindern (BMFSFJ 2001). Um dies zu erreichen, sollen bisher unterschätzte präventive Potentiale (gesundheitsfördernde Lebenswelten und Lebensstile, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) in jedem Lebensalter ausgeschöpft werden (SVR 2001). Da sowohl eine steigende Anzahl gesunder, aktiver älterer Menschen als auch gesundheitlich beeinträchtigter sowie hilfs- /und pflegebedürftiger erwartet wird, nimmt die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen zu (Dapp et al. 2009).

Ein gesundes Altern stellt ein individuelles, wie auch gesellschaftliches Ziel dar, da die gesundheitliche Lage älterer Menschen ein zentraler Einflussfaktor für ihre Zufriedenheit und aktive Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben ist (Tesch-Römer & Wurm 2009). Während chronische Erkrankungen zunehmen, weisen die meisten Senioren etwa bis zum 85. Lebensjahr eine gute funktionelle Gesundheit auf. Im höheren Alter nimmt der Hilfs- und Pflegebedarf zu, Genesungsverläufe können länger andauern und Krankheiten zeichnen sich meist durch eine Multimorbidität aus (Wurm 2012).

Neben Zahlen zur Krankheitshäufigkeit und dem Besuch von medizinischen Versorgungseinrichtungen, ist auch die selbsteingeschätzte Gesundheit ein wichtiger Indikator zur Erfassung des objektiven Gesundheitszustandes einer Person (Generali-Zukunftsfond 2013). Aus diesem Grund erfolgte eine Erhebung beider Parameter in der vorliegenden Seniorenbefragung.

Folgende medizinische Leistungen nahmen die Senioren in Eimsbüttel mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten in Anspruch: Arztbesuch (89,8%), Facharztbesuch (87,8%) und Krankenhausaufenthalt (25,8%). Dahingegen wird die subjektive Gesundheit überwiegend sehr positiv eingeschätzt, wie die nachfolgende **Abbildung 14** zeigt. Zwei Drittel (68,2%) der Befragten schätzen Ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand als „ausgezeichnet“ oder „gut“ ein. Je jünger die Befragten, desto höher war der Anteil der mit der eigenen Gesundheit subjektiv Zufriedenen (ausgezeichnet/gut): 76,7% (60-64 Jahre), 75,4% (65-69 Jahre), 73% (70-74 Jahr), 64,8% (75-79 Jahre), 48,2% (80-84 Jahre) und 42,9% (85 Jahre und älter). Die Einzelwerte können dem **Tabellenband (Abschlussbericht Band II)** entnommen werden.

Abbildung 14: Selbsteingeschätzter gesundheitlicher Allgemeinzustand (n=1.920)



Diese Werte weichen ab von den selbsteingeschätzten Angaben zum gesundheitlichen Allgemeinzustand, die in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) als Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) durchgeführt wurde. Insgesamt wurden 1853 Personen im Alter von 65 – 79 Jahren zwischen 11/2008 – 12/2011 in DEGS1 untersucht und befragt (Kurth 2012). Die Zufriedenheit mit dem allgemeinen Gesundheitszustand lag in DEGS1 in allen Altersgruppen 10 – 15% unter den Zufriedenheitswerten der Seniorenbefragung Eimsbüttel (Fuchs et al. 2012). Dieser

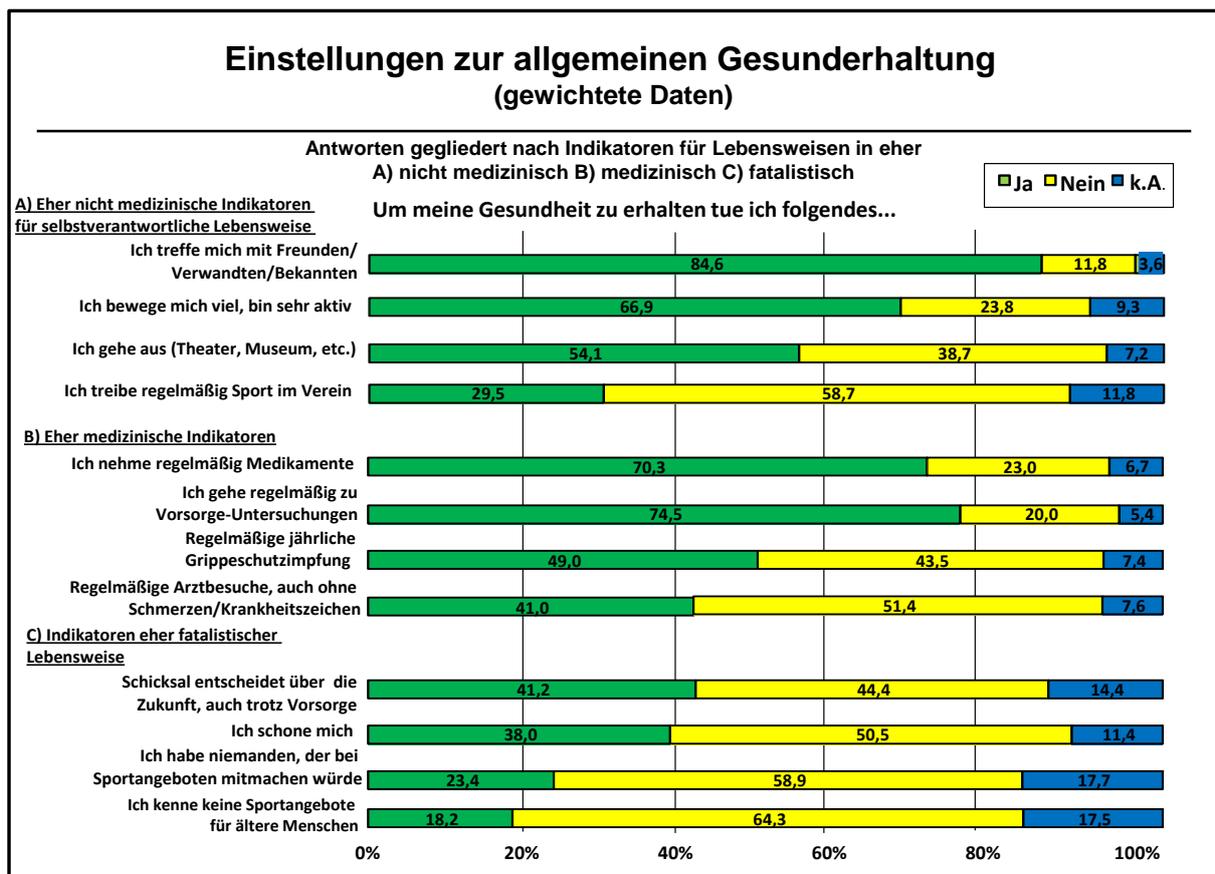
Unterschied ist vorsichtig zu interpretieren, da Frage („Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“) und die Antwortkategorien in einer 5er-Skala - „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“ - von denen der Seniorenbefragung Eimsbüttel abweichen.

Auch in der Generali-Altersstudie (2013) wurde die subjektive Gesundheit von Menschen im Alter von 65 – 85 Jahren erfasst. Aufgrund einer Differenzierung von „mäßig“ in die Abstufungen „einigermaßen“ und „nicht besonders“, sind Vergleiche mit den Ergebnissen der Seniorenbefragung nur eingeschränkt möglich. Aber es ist festzustellen, dass die Eimsbüttler Bevölkerung ab 60 Jahren ihren Gesundheitszustand positiver einschätzt. Danach gibt fast zwei Drittel (62,1%) an, sich guter Gesundheit zu erfreuen und in der Generali-Altersstudie (2013) hingegen beschreiben nur 37% ihren Gesundheitszustand als gut. Die Werte zur sehr guten/ausgezeichneten Gesundheit unterscheiden sich kaum (Seniorenbefragung: 6,1% / Generali-Altersstudie: 5%) und jeweils 5,3% bezeichnen ihre Gesundheit als schlecht.

Das Maß an subjektiver Gesundheit sagt häufig weniger über die körperliche, sondern gibt vielmehr Auskunft über die mentale Gesundheit und das aktuelle Beschwerde- und Schmerzempfinden. Dies geht mit den positiven Ergebnissen zur psychosozialen Situation (Werte zwischen 88-96%) der Senioren und den schlechteren Einschätzungen zur körperlichen Gesundheit (Werte zwischen 65 – 74%) einher (vgl. **Kapitel 3.2**). Zahlreichen Studien zufolge gibt das Maß an selbsteingeschätzter Gesundheit zudem zuverlässigere Angaben über die Lebenserwartung, als der objektive Gesundheitszustand (Wurm 2012). Eine als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut/gut“ selbsteingeschätzte Gesundheit gilt als guter Prädiktor für ein gesundes Altern und Langlebigkeit. Inwiefern Determinanten, wie Geschlecht, Alter oder die Region, in der man wohnt, eine Rolle bei der Einschätzung spielen, kann in **Band II des Abschlussberichts (tabellarische Übersicht)** nachgeschlagen werden.

Die Lebenserwartung und -qualität kann auch durch Faktoren, wie eine ausgewogene Ernährung oder ausreichend körperliche Bewegung verbessert werden (Wurm 2012). Während riskante Verhaltensweisen (z.B. Rauchen oder Bewegungsmangel) die Gefahr zu erkranken erhöhen, trägt das Gesundheitsverhalten im Umkehrschluss dazu bei, dass Krankheiten vermieden bzw. Gesundheit erhalten wird. Um den Gesundheitszustand einer Person ganzheitlich zu erfassen, bedarf es neben der körperlichen Ebene auch der Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren (Faltermaier 2005). Um mehr über das aktive Gesundheitsverhalten und wahrgenommene Barrieren der Eimsbüttler Bevölkerung ab 60 Jahren zu erfahren, wurden eher medizinische, nicht-medizinische und Indikatoren einer eher fatalistischen Lebensweise in der Seniorenbefragung erhoben (vgl. **Abbildung 15**).

Abbildung 15: Einstellungen zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung



Zu den verhaltensbezogenen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung des Einzelnen zählen unter anderem die Einnahme von Medikamenten (70,3%), die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (74,5%), jährlichen Gripeschutzimpfungen (49,0%) sowie Arztbesuchen (41,0%). Weiter wurden eher nicht-medizinische Indikatoren erhoben. Danach geben 84,6% der Befragten an, sich regelmäßig mit Freunden/Bekanntem/Verwandten zu treffen und 54,1% gehen regelmäßig aus. Während 66,9% sich regelmäßig aktiv bewegen, ist die Zahl der Personen, die regelmäßig im Verein Sport treiben, mit nur 29,5% deutlich geringer. Dem aktiven Gesundheitsverhalten stehen Barrieren gegenüber, die einen gesundheitsförderlichen Lebensstil verhindern oder erschweren. Genaue Zahlen sind der **Abbildung 15** zu entnehmen. Neben den dargestellten Items wurden weitere Daten erfasst, die im Detail dem **Band II des Abschlussberichts (tabellarische Übersicht)** zu entnehmen sind. Dort können zudem Informationen hinsichtlich möglicher geschlechts-, alters- oder wohnortspezifischer Unterschiede abgelesen werden. Ein Beispiel einer solch differenzierten Betrachtung der Einstellungen zur allgemeinen Gesunderhaltung nach der jüngsten (60 – 64 Jahre) und der ältesten (85 Jahre und älter) Altersgruppe sowie nach Geschlecht ist in den nachstehenden Tabellen in **Abbildung 16** exemplarisch dargestellt.

Abbildung 16: Einstellungen zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung unterschieden nach zwei Altersgruppen (60-64 Jahre, 85+ Jahre) und Geschlecht

Einstellungen zur allgemeinen Gesunderhaltung (gewichtete Daten)			
Gegenüberstellung ausgewählter Altersgruppen und Geschlecht			
Gegenüberstellung Altersgruppen		Gegenüberstellung Geschlecht	
60-64 Jahre (n=436)		Frauen (n=1099)	
85+ Jahre (n=171)		Männer (n=837)	
Regelmäßiger Sport im Verein			
	60-64 Jahre	85+ Jahre	
Nein	60,9	91,2	
Ja	39,1	8,8	
Gesamt	100,0	100,0	
Vorsorge-Untersuchungen			
	60-64 Jahre	85+ Jahre	
Nein	23,3	37,5	
Ja	76,7	62,5	
Gesamt	100,0	100,0	
Gripeschutzimpfung			
	60-64 Jahre	85+ Jahre	
Nein	60,9	28,9	
Ja	39,1	71,1	
Gesamt	100,0	100,0	
Regelmäßiger Sport im Verein			
	Frauen	Männer	
Nein	61,4	73,1	
Ja	38,6	26,9	
Gesamt	100,0	100,0	
Vorsorge-Untersuchungen			
	Frauen	Männer	
Nein	20,8	21,7	
Ja	79,2	78,3	
Gesamt	100,0	100,0	
Gripeschutzimpfung			
	Frauen	Männer	
Nein	43,9	51,1	
Ja	56,1	48,9	
Gesamt	100,0	100,0	

Erwartungsgemäß treiben die jüngsten Seniorinnen und Senioren eher regelmäßig Sport in einem Verein (39,1%) als die ältesten Seniorinnen und Senioren (8,8%). Frauen (38,6%) sind häufiger regelmäßig sportlich in einem Verein aktiv als Männer (26,9%). Bei der Inanspruchnahme von Vorsorge-Untersuchungen gibt es vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den beiden ausgewählten Altersgruppen sowie zwischen beiden Geschlechtern. Die Gripeschutzimpfung im vergangenen Jahr haben mehr Frauen (56,1%) als Männer (48,9%) in Anspruch genommen. Zudem hat mit 71,1% die älteste Personengruppe sehr viel häufiger die Gripeschutzimpfung in Anspruch genommen als die Gruppe der 60-64-jährigen mit 39,1% (vgl. **Abbildung 16**).

Weiterführende Literatur Kapitel 3.3

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

Dapp U, Lorentz Ch, Laub S, Anders J, Renteln-Kruse von, W, Minder Ch, Dirksen-Fischer M (2009): Im Alter aktiv und gesund leben – Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. Z Gerontol Geriat 2009; 42:245-255.

Faltermaier T (2005): Gesundheitspsychologie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2005.

Fuchs J, Busch M, Scheidt-Nave C (2012): Gesundheit im Alter: Welche Rolle spielen Funktionseinschränkungen. DEGS-Symposium 14.06.2012, Berlin.

Als download verfügbar (Stand: 30.03.2013):

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_gesundheit_im_alter.pdf?__blob=publicationFile

Generali Zukunftsfonds (Hrgs.) & Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali-Altersstudie. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 2013.

Kurth BM (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2012; 55:980-990.

SVR - 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.

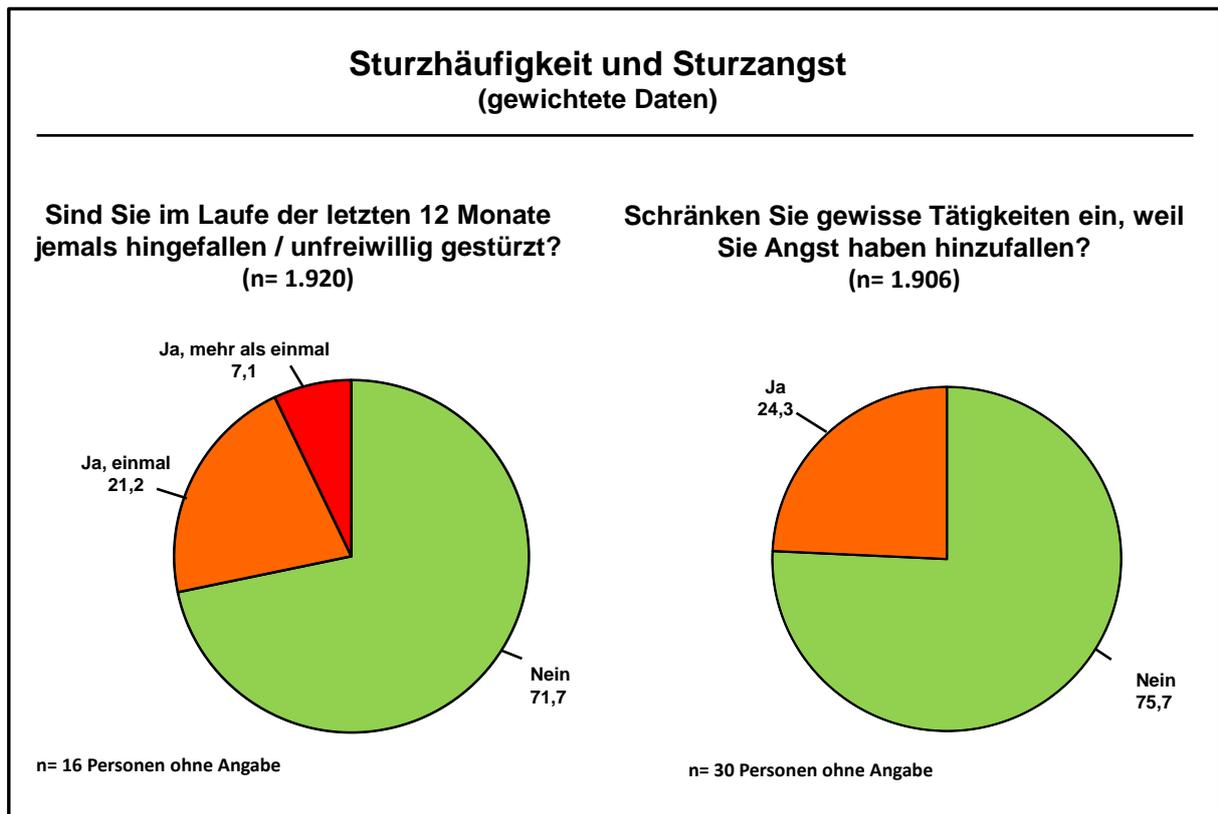
Tesch-Römer C, Wurm S (2009): Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert-Koch-Institut, Berlin 2009, S. 7 – 21.

Wurm S (2012): Gesundheit und Krankheit. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 78 – 83.

3.4 Mobilität und Freizeitverhalten

Eine der zentralen Herausforderungen des demographischen Wandels liegt in der Aufrechterhaltung der Alltagsmobilität älterer Menschen, da sie eine grundlegende Basis für die Aktivität und Chance zur Teilhabe im Alter darstellt (Beetz et al. 2009). Die Mobilität älterer Menschen ist maßgeblich durch ihre körperlichen und kognitiven Fähigkeiten bestimmt. Verluste der Sehkraft, sensomotorischer Fähigkeiten, der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung oder zunehmende Gangunsicherheiten sind mit fortschreitendem Alter zu verzeichnen. Diese Fertigkeiten sind grundlegend für eine selbstständige Lebensführung, da sie die Fähigkeit eigenständig spazieren, einkaufen oder Freunde treffen zu können, maßgeblich beeinflussen (Rudinger & Kocherscheid 2012). Ab dem Alter von 60 Jahren nimmt die Sturzhäufigkeit um 30% zu und steigt im Alter von 85 Jahren sogar auf 50% an. Es wird davon ausgegangen, dass sich in der Bundesrepublik jährlich mehr als 5 Millionen Stürze ereignen (Becker & Nicolai 2012). Auch in der Seniorenbefragung erfolgte eine Erfassung der Sturzhäufigkeit und –angst der Befragten (vgl. **Abbildung 17**).

Abbildung 17: Mobilität in der Stichprobe: Fragen nach Sturzhäufigkeit und Sturzangst



Den Angaben zufolge stürzten 21,2% der Senioren einmal in den vergangenen zwölf Monaten und 7,1% häufiger. In den letzten drei Jahren gaben 32,9% an, schon einmal gestürzt zu sein. Die Stürze ereigneten sich außerhalb der Wohnung (56,3%), in der Wohnung (23,0%) und 20,7% gaben an, bereits drinnen und draußen gestürzt zu sein. Von der Angst zu stürzen berichteten 24,3% (vgl. **Abbildung 17**). Die Fähigkeit und das Vertrauen in diese haben einen großen Einfluss auf die Bewegung im Raum. Kurze Wege werden meist zu Fuß, aber auch mit dem Rad erledigt. Während 33,1% noch regelmäßig bzw. 26,5% gelegentlich Radfahren, geben 31,2% an, dies aufgegeben oder nie gelernt (9,2%) zu haben.

Viele Infrastruktureinrichtungen sind nur noch mit dem Auto oder dem öffentlichen Nahverkehr zu erreichen, sodass Zugang und Nutzung dieser Verkehrsmittel zunehmend an Bedeutung gewinnt (Beetz et al. 2009). Eine Förderung der Mobilität Älterer ist demnach mittels eines gut ausgebauten öffentlichen Verkehrsnetzes möglich, deren Verfügbarkeit und Erreichbarkeit aus gerontologischer Sicht verstärkt in den Blick genommen werden muss (Rudinger & Kocherscheid 2012).

Im Bezirk Eimsbüttel nutzen 37,7% der Senioren den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) mehrere Male in der Woche. Auch die Nutzung eines eigenen Autos fördert in einer auto-mobilen Gesellschaft die soziale und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen, was insbesondere auf zunehmende körperliche Einschränkungen und dem Verlust sozialer Kontakte im nahen Umfeld begründet ist. Maßnahmen zur Förderung der sicheren Automobilität Älterer müssen im Zuge des demographischen Wandels verstärkt in den Blick genommen werden, denn mehr als ein Viertel der Autofahrer wird im Jahr 2040 bereits 65 Jahre oder älter sein (Kaiser 2012). In dem Bezirk Eimsbüttel fährt jeder zweite Befragte ab 60 Jahren (56,8%) noch selbst und 11,0% haben die Möglichkeit ein Auto als Mitfahrer zu nutzen. Das heißt jedoch im Umkehrschluss, dass fast ein Drittel (32,2%) der Senioren nicht (mehr) selbst mit dem Auto unterwegs ist bzw. nie einen Führerschein besaßen. Studien zufolge sind deutliche Unterschiede in den Alterskohorten zu beobachten. Während die Hochaltrigen anderen Studien zufolge selten ein eigenes Auto oder einen Führerschein besitzen, steigen die Zahlen der ab dem Jahr 1950 Geborenen deutlich an (Beetz et al. 2009). Inwiefern Generationseffekte eine Rolle bei der Seniorenbefragung spielen, kann in **Band II des Abschlussberichts (tabellarische Übersicht)** nachvollzogen werden.

Neben dem genutzten Verkehrsmittel ist auch die Entfernung zu einem Ort in der Mobilitätsforschung von Bedeutung (Beetz et al. 2009). Das wahrgenommene Angebot in der nahen Umwelt bestimmt den Raum, in dem Aktivitäten durchgeführt werden, welcher als Aktionsraum bezeichnet wird (Friedrichs, 1977, zit. n. Dapp 2008). Um Informationen über den Aktionsraum der Eimsbüttler Bevölkerung ab 60 Jahren zu erhalten, wurde bei der Erfassung des Freizeitverhaltens neben dem genutzten Verkehrsmittel auch erfragt, wie weit die jeweilige Aktivität entfernt ist. Freizeitverhalten wird in der Literatur als soziale Interaktion, Kultur oder Sport verstanden und zeichnet sich zudem durch Freiwilligkeit aus (Kolland 2012).

Ergebnissen der Generali-Altersstudie (2013) zufolge führt die Mehrheit der befragten 65 – 85-jährigen ein überwiegend aktives und als abwechslungsreich empfundenenes Leben. Deutliche Unterschiede sind auch an dieser Stelle zwischen den einzelnen Altersgruppen zu beobachten, nach denen dieses Gefühl mit steigendem Alter sinkt. Im Gegensatz zur Generali-Altersstudie (2013) interessierten in der Seniorenbefragung Eimsbüttel verstärkt Aktivitäten, die das Verlassen der eigenen Wohnung bedürfen, um Auskünfte über den Aktionsraum und die Nutzung von Verkehrsmitteln zu erhalten. Eine Übersicht der Nutzung und Häufigkeit von Freizeitaktivitäten der Senioren im Bezirk bildet **Tabelle 8** ab.

Tabelle 8: Freizeitverhalten und Durchführung von Außerhaus-Aktivitäten (n=1.886 Personen, die Angaben zu mindestens einer Aktivität gemacht haben)
Fragestellung: Welche folgenden Freizeitangebote nutzen Sie und wie häufig?

Einrichtungen	Wie häufig genutzt...	in %
Seniorentreff	<input type="checkbox"/> ₁ nutze ich nie	88,6
	<input type="checkbox"/> ₂ täglich	0,4
	<input type="checkbox"/> ₃ mind. 1x / Woche	4,7
	<input type="checkbox"/> ₄ mind. 1x / Monat	2,8
	<input type="checkbox"/> ₅ seltener	3,6
Seniorengruppe/-Seniorenkreis	<input type="checkbox"/> ₁ nutze ich nie	90,8
	<input type="checkbox"/> ₂ täglich	0,1
	<input type="checkbox"/> ₃ mind. 1x / Woche	4,0
	<input type="checkbox"/> ₄ mind. 1x / Monat	2,6
	<input type="checkbox"/> ₅ seltener	2,5
Verein/Sportverein	<input type="checkbox"/> ₁ nutze ich nie	64,4
	<input type="checkbox"/> ₂ täglich	0,8
	<input type="checkbox"/> ₃ mind. 1x / Woche	30,8
	<input type="checkbox"/> ₄ mind. 1x / Monat	1,6
	<input type="checkbox"/> ₅ seltener	2,4
Schwimmbad	<input type="checkbox"/> ₁ nutze ich nie	57,1
	<input type="checkbox"/> ₂ täglich	0,7
	<input type="checkbox"/> ₃ mind. 1x / Woche	12,2
	<input type="checkbox"/> ₄ mind. 1x / Monat	5,1
	<input type="checkbox"/> ₅ seltener	24,9
Vorträge	<input type="checkbox"/> ₁ nutze ich nie	58,7
	<input type="checkbox"/> ₂ täglich	0,0
	<input type="checkbox"/> ₃ mind. 1x / Woche	2,4
	<input type="checkbox"/> ₄ mind. 1x / Monat	8,0
	<input type="checkbox"/> ₅ seltener	30,9
Museen, Ausstellungen	<input type="checkbox"/> ₁ nutze ich nie	30,1
	<input type="checkbox"/> ₂ täglich	0,2
	<input type="checkbox"/> ₃ mind. 1x / Woche	1,3
	<input type="checkbox"/> ₄ mind. 1x / Monat	15,9
	<input type="checkbox"/> ₅ seltener	52,5
Theater, Konzerte	<input type="checkbox"/> ₁ nutze ich nie	24,8
	<input type="checkbox"/> ₂ täglich	0,1
	<input type="checkbox"/> ₃ mind. 1x / Woche	1,4
	<input type="checkbox"/> ₄ mind. 1x / Monat	22,7
	<input type="checkbox"/> ₅ seltener	51,1
Parkanlagen oder öffentliche Grünflächen	<input type="checkbox"/> ₁ nutze ich nie	15,9
	<input type="checkbox"/> ₂ täglich	19,5
	<input type="checkbox"/> ₃ mind. 1x / Woche	28,6
	<input type="checkbox"/> ₄ mind. 1x / Monat	13,5
	<input type="checkbox"/> ₅ seltener	22,5

Weiterführende Literatur Kapitel 3.4:

Becker C, Nicolai S (2012): Sturz und Motorik. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 401 - 406.

Dapp U (2008): Gesundheitsförderung und Prävention selbstständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geografische Untersuchung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2008.

Kaiser H-J (2012): Automobilität. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 513 - 520.

Kolland F (2012): Freizeitgestaltung. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 273 – 283.

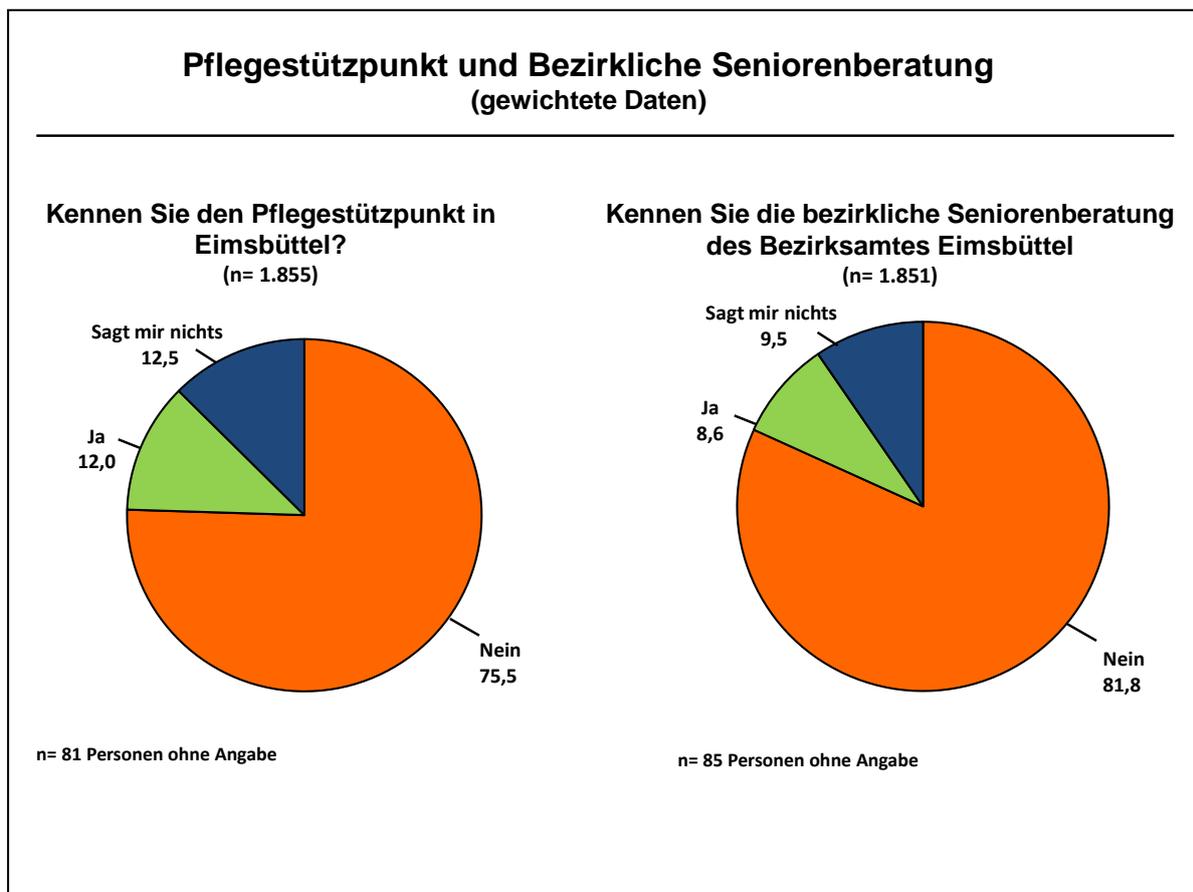
Beetz S, Müller B, Beckmann KJ, Hüttl R (Hrsg.) (2009): Altern in Gemeinde und Region. Altern in Deutschland Band 5. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle 2009.

Rudinger G, Kocherscheid K (2012): Infrastruktur und Verkehr. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 576 – 581.

3.5 Wohnen und Leben im Bezirk Eimsbüttel

Die Wohnung und das nahe Wohnumfeld gewinnen aufgrund funktioneller Einschränkungen vieler älterer Menschen und des damit verbundenen geringeren Aktionsradius zunehmend an Bedeutung (Rudinger & Kocherscheid 2012). Senioren in einer Großstadt, wie z.B. Hamburg, leben häufig in nicht barrierefreien Altbauwohnungen, die soziale, physische und psychische Auswirkungen für den Einzelnen haben können. Zudem erhöht sich die Gefahr einer institutionellen Unterbringung im Falle einer steigenden Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Teti et al. 2012). Getreu dem Sprichwort „Einen alten Baum verpflanzt man nicht“, sind nur 23,7% der Eimsbüttler Senioren bereit in eine kleinere Wohnung umzuziehen. Diese Standortverbundenheit kann dazu führen, dass die Wohnbedingungen die steigenden Einschränkungen im Alter oft nicht auffangen können. Wohnraumanpassungen können dazu beitragen, dass ein möglichst langes selbstständiges und zufriedenes Leben in den eigenen vier Wänden möglich ist. (Wahl & Oswald 2012). Eine unzureichende Information über finanzielle Unterstützungen darüber und bezüglich der Anschaffung von Hilfsmitteln, erklären Ergebnisse, wonach lediglich 3,6% der Älteren im Bezirk Eimsbüttel eine kostenlose Beratung zur Wohnraumanpassung in Anspruch genommen haben. Dementsprechend geben nur 26,6% an, selbst in einem seniorenrechtlichen/barrierefreien Wohnraum zu leben. Als ausbaufähig gestaltet sich auch die Bekanntheit des Pflegestützpunktes Eimsbüttel und die der Bezirklichen Seniorenberatung des Bezirksamtes Eimsbüttel (vgl. **Abbildung 18**). Informationen zu möglichen Unterschieden in den einzelnen Regionen, Altersgruppen oder zwischen Männern und Frauen können in der **tabellarischen Übersicht (Band II)** nachvollzogen werden.

Abbildung 18: Bekanntheitsgrad Pflegestützpunkt und bezirkliche Seniorenberatung



Neben der Wohnung stellt das Wohnumfeld im fortschreitenden Alter häufig den Mittelpunkt des täglichen Lebens dar, da hier die meiste Zeit des Tages verbracht wird. Inwiefern eine selbstständige Lebensführung im hohen Alter möglich ist, hängt eng mit den bereits genannten Rahmenbedingungen der Wohnumwelt und dem eigenen Gesundheitszustand zusammen. Probleme entstehen dann, wenn gewisse Hürden, wie das Überqueren einer Straße während der grünen Ampelphase, aufgrund fehlender Fähigkeiten nicht mehr bewältigt werden können. Auch die Qualität der Rad- und Gehwege und eine ausreichende infrastrukturelle Versorgung mit Einkaufsmöglichkeiten haben Einfluss auf die Teilhabechancen älterer Bürger (Wahl & Oswald 2012). Zur Förderung der Autonomie und Zufriedenheit der wachsenden Zahl der älteren Bevölkerung bedarf es einer Stadtplanung, die den Bedürfnissen dieser Zielgruppe gerecht wird. Diesem Interesse folgend wurde in der aktuellen Seniorenbefragung die Zufriedenheit der Personen ab 60 Jahre mit der Infrastruktur im Quartier erfasst sowie ein potentieller Handlungsbedarf. Die Gesamtergebnisse sind in **Abbildung 19** nach Häufigkeit ihres Bedarfs an Verbesserungen dargestellt.

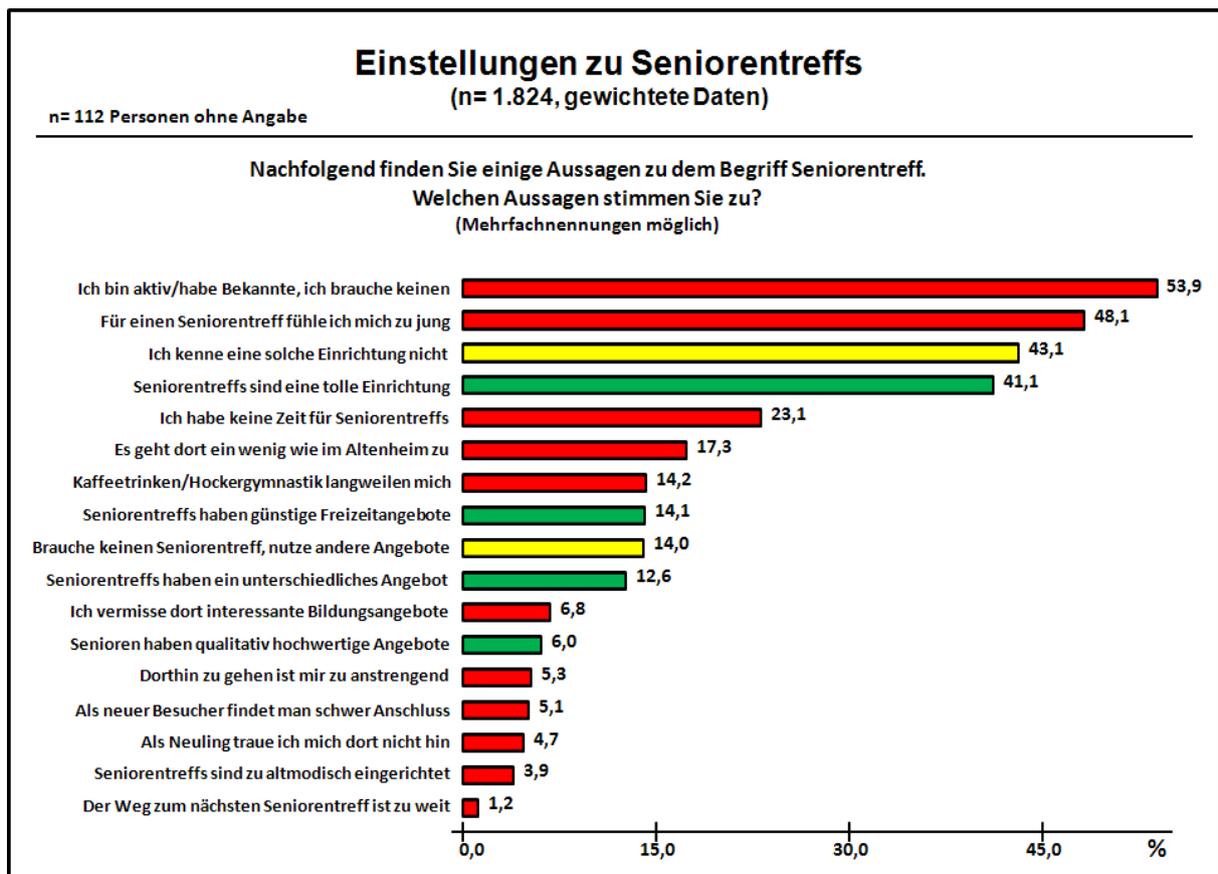
Während die ländliche Bevölkerung in Wendelstein kaum Handlungsbedarf in der Seelsorgerischen Betreuung, Versorgung mit Mahlzeitendiensten oder Fahrdiensten sieht, spiegelt sich diese Zufriedenheit auch in den Ergebnissen der Seniorenbefragung wider, wie **Abbildung 19** zeigt.

Unterschiede im Stadt-Land-Vergleich bestehen hingegen in der Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Wohnumwelt. Während die Wendelsteiner bei Rad- und Spazierwegen und Gehsteigen keinen oder nur geringen Verbesserungsbedarf sehen, sehen die Befragten im Bezirk Eimsbüttel deutlich Handlungsbedarf. Die Gestaltung des nahen Umfelds könnte insbesondere für Senioren mit körperlichen Einschränkungen einen erheblichen Einfluss auf die aktive Teilhabe haben, sodass diese Aspekte der Wendelsteiner Befragung von der bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenz aufgegriffen wurden.

Neben Auskünften zum Verbesserungsbedarf im Stadtteil waren auch Informationen über Einstellungen Älterer zu örtlichen Seniorentreffs und deren Nutzung von großem Interesse. In dem Bezirk werden acht Seniorentreffs finanziell unterstützt, denen folgende Zielsetzung zugrunde liegt: *„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 seniorenspezifischen 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).

Jeder zehnte Befragte nutzt Seniorentreffs zumindest gelegentlich, wie der **Tabelle 8 in Kapitel 3.5** zu entnehmen ist. Die Einstellungen zu Seniorentreffs sind in der folgenden **Abbildung 20** dargestellt.

Abbildung 20: Einstellungen zu Seniorentreffs (n=1.824, Mehrfachnennungen möglich)



Es zeichnet sich ein Bild ab, nach dem 43,1% der befragten älteren Personen keinen Seniorentreff kennen. Die geringe Inanspruchnahme des Angebots kann weiter darauf zurückzuführen sein, dass über die Hälfte (53,9%) der Senioren angibt, selbst noch aktiv zu sein und keinen Seniorentreff zu brauchen und 48,1% fühlen sich noch zu jung für den Besuch einer solchen Einrichtung oder haben keine Zeit dafür (23,1%). 17,3% haben die Einstellung, dass es dort wie in einem Altenheim zugehe und 14,2% langweilt es, dass ihrem Empfinden nach nur Kaffeetrinken und Hockergymnastik angeboten werden. Dahingegen finden 41,1%, es sei eine tolle Einrichtung mit kostengünstigen (14,1%) und unterschiedlichen Angeboten (12,6%).

Auch zum Thema Seniorentreff können weitere Informationen zu Einstellungen der verschiedenen Gruppen (Alter, Geschlecht und Wohnort) dem **Band II des Abschlussberichts (tabellarische Übersicht)** entnommen werden, die weitere Auskunft über Beweggründe für oder gegen einen Besuch in einem Seniorentreff geben.

Weiterführende Literatur Kapitel 3.5:

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

Rudinger G, Kocherscheid K (2012): Infrastruktur und Verkehr. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarb. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 576 – 581.

Rupprecht R, Beyer A, Lang FR (2012): Befragung der Bevölkerung 50+ der Marktgemeinde Wendelstein über Wünsche, Bedürfnisse und konkrete Planungen für das eigene Alter. Abschlussbericht. Institut für Psychogerontologie. FAU Erlangen-Nürnberg 2012.

Teti A, Kuhlmei A, Dräger D, Blüher S (2012): Prädiktoren individueller Wohnmobilität älterer Frauen und Männer. Z Prävention und Gesundheitsförderung 2012; 7:278–285.

Wahl HW, Oswald F (2012): Wohnen, Wohnraumanpassung und Gesundheit. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarb. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 492 – 498.

3.6 Ehrenamt und freiwilliges bürgerschaftliches Engagement

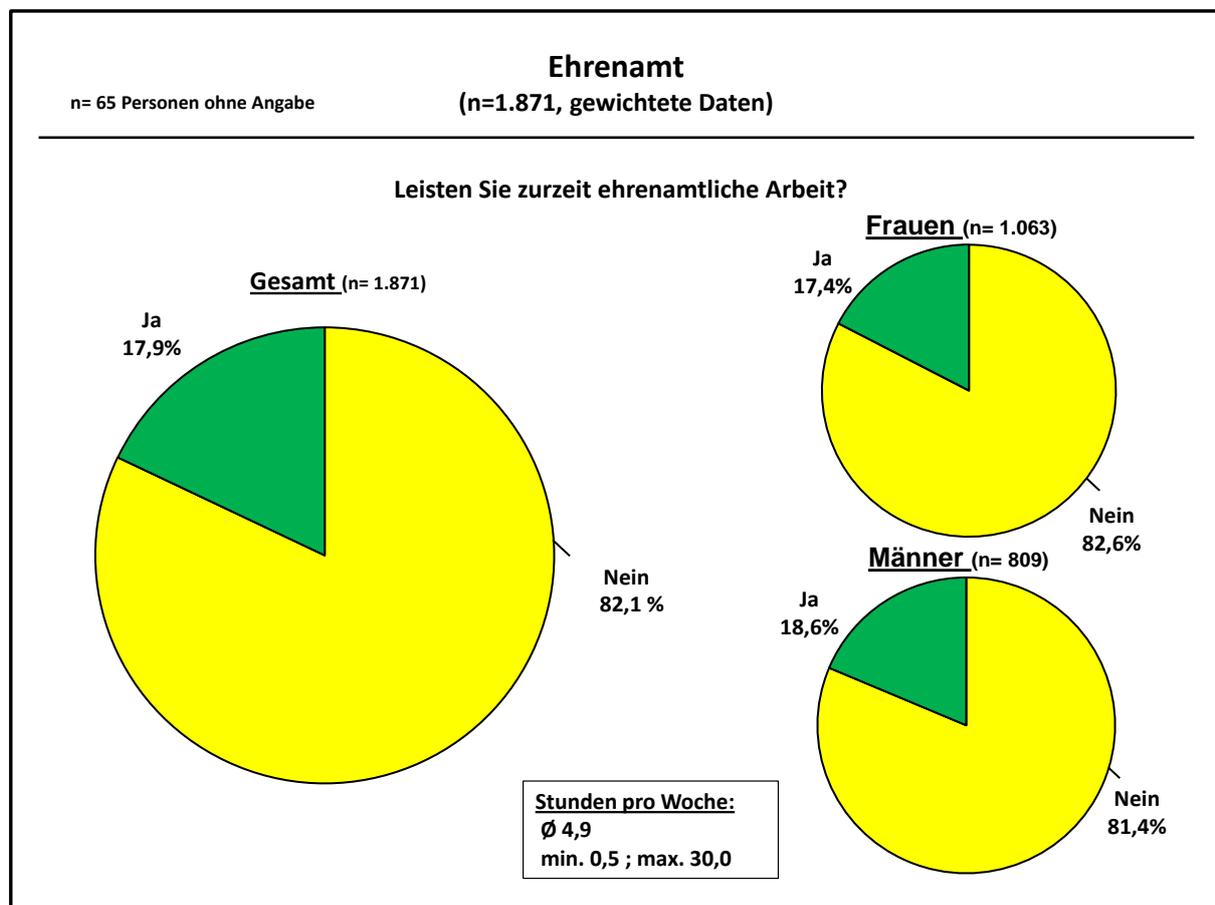
Ein Ehrenamt zeichnet sich durch Aktivitäten aus, die freiwillig, unbezahlt und ohne formale Qualifikationen geleistet werden. Dennoch kann die Ausübung eines Ehrenamts mit einer Aufwandsentschädigung vergütet werden, ist aber im Gegensatz zur Erwerbstätigkeit weder sozial noch vertraglich gesichert und somit nicht an Rechte und Pflichten gebunden. Die unentgeltliche Unterstützung von Freunden, Nachbarn oder der Familie (z.B. Betreuung der Enkelkinder), fällt nicht darunter, da dies als persönliche Hilfsleistung und nicht als freie Beteiligung an der Gestaltung von Gemeinwesen und Gesellschaft verstanden wird (Backes & Dirb 2012). So dient ehrenamtliches Engagement zum Beispiel der Kompensation unzureichender Betreuungsmöglichkeiten älterer pflegebedürftiger Menschen oder im Krankenhaus zur Freude der Patienten („grüne Damen“).

Weiter stellt ein Ehrenamt für viele Männer und Frauen eine sinnvolle Handlungsperspektive im Ruhestand dar und leistet somit einen positiven Beitrag zur sozialen Integration, Gesundheitsförderung und Sinnfindung des Einzelnen. Das Gefühl des „Gebrauchtwerdens“ hat demnach einen positiven Einfluss auf die individuelle Gesundheit und unterstützt gleichzeitig bei der Lösung gesellschaftlicher Probleme (Backes & Dirb 2012). Dies bestätigen Angaben des Bundesfamilienministeriums, wonach Engagierte ihre Gesundheit deutlich besser einschätzen, als Nicht-Engagierte (BMFSJ 2011).

Ehrenämter finden sich heute in vielen gesellschaftlichen Bereichen (z.B. Sport, Freizeit, Kirche, Sozialwesen, Politik, Kultur), deren Ausübung meist mit unterschiedlichen Gratifikationen, wie gesellschaftlicher Anerkennung, Verantwortung und der Höhe der Aufwandsentschädigung verbunden ist. Während Männer sich eher in politischen Bereichen engagieren, die in der Regel hierarchisch höher angesiedelt sind und zudem besser vergütet werden, übernehmen Frauen primär soziale Ehrenämter (Backes & Dirb 2012). Auch ältere Menschen engagieren sich und tendieren zu einem Ehrenamt im Sozialwesen. Den Ergebnissen der Seniorenbefragung zufolge engagiert sich fast jeder fünfte Befragte (17,9%) ehrenamtlich, Männer nennen die Ausübung eines mit (18,6% etwas häufiger als Frauen mit 17,4% (vgl. **Abbildung 21**).

Jede dritte Person, die angegeben hat, ein bürgerschaftliches Engagement auszuüben, engagiert sich im sozialen Bereich (30,2%). Es folgen Ehrenämter in den Bereichen Kirche und Religion (23,3%), Kultur und Musik (16,1%). Angaben zu Ehrenämtern mit anderen Themenschwerpunkten können in **Band II des Abschlussberichts (tabellarische Übersicht)** nachgeschlagen werden.

Abbildung 21: Ehrenamt (n=1.871)



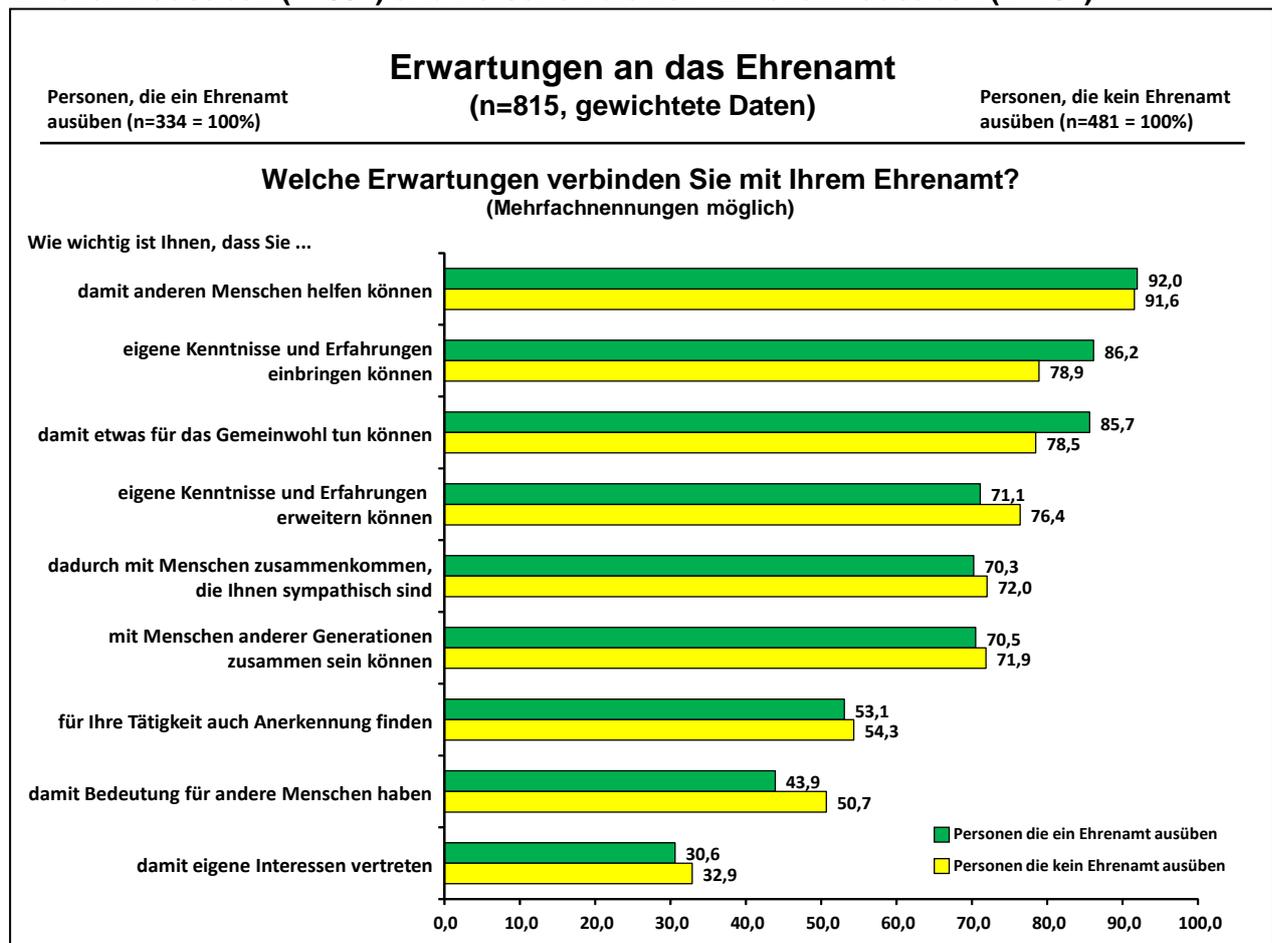
Aufgrund der Aktualität der Diskussion und der Bedeutung des Ehrenamts für die Gesellschaft und den Einzelnen, wurde dieser Thematik in der Seniorenbefragung ein großer Stellenwert eingeräumt. Es dominiert das Bild des „produktiven und erfolgreichen“ Alterns, geprägt durch den Wunsch nach generationsübergreifenden Kontakten und Autonomie, wie dem sechsten Altenbericht zu entnehmen ist (BMFSJ 2010). Auch die Europäische Union erklärte in diesem Zuge das Jahr 2012 als das „Europäische Jahr des aktiven Alterns und der generationsübergreifenden Solidarität“ (European Union, www.europa.eu).

Informationen zu Qualität und Umfang des ausgeübten Ehrenamts und den damit verbundenen Einstellungen der Hamburger Zivilgesellschaft sind dem Freiwilligensurvey der Hansestadt zu entnehmen (Gensicke & Geiss 2011). Demnach zeichnet sich bei den Einwohnern ab 60 Jahren eine U-Kurve (1999: 23%, 2004: 17%, 2009: 22%) hinsichtlich der Entwicklung ehrenamtlichen Engagements ab. Die Engagementquote dieser Altersgruppe in Hamburg liegt damit leicht über dem Durchschnitt der Eimsbüttler Seniorinnen und Senioren mit 17,9% (vgl. **Abbildung 21**). Auch in der Untersuchung von Gensicke & Geiss (2011) zeigen sich geringe geschlechtsspezifische Unterschiede mit einem etwas höheren Engagement der befragten Männer.

Auch die Generali-Altersstudie (2013) untersuchte die freiwillige Beteiligung Älterer (ab 65 Jahren) und wies mit 24% eine höhere Engagementquote auf. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Ehrenamt häufig unterschiedlich definiert ist und die jeweilige Fragestellung und das eigene Verständnis von Ehrenamt das Ergebnis entsprechend beeinflusst. Auch die Angaben zum Umfang der Tätigkeit lassen nur einen eingeschränkten Vergleich mit anderen Studien zu. Während die Eimsbüttler Seniorinnen und Senioren sich im Durchschnitt 4,9 Stunden in der Woche engagieren (Min: 0,5 Std; Max: 30 Std) (vgl. **Abbildung 21**), wurden im Freiwilligensurvey (Gensicke & Geiss 2011) und der Generali-Altersstudie (2013) nach dem monatlichen Zeitaufwand gefragt.

Die Bereiche, in denen sich Ältere engagieren, unterscheiden sich nicht grundlegend von der Gesamtbevölkerung. Die Wünsche anderen zu helfen und Geselligkeit zu erfahren, zählen zu den häufigsten Ansprüchen und Erwartungen älterer Menschen an ein Ehrenamt (BMFSJ, 2011). Auch die Ergebnisse der Seniorenbefragung bestätigen dies. Detaillierte Angaben des Freiwilligensurveys können an dieser Stelle nicht für einen Vergleich herangezogen werden, da sich die Fragestellungen der beiden Studien unterscheiden. Die folgende **Abbildung 22** gibt zum einen Auskunft über die Motive bereits Engagierter Älterer im Bezirk Eimsbüttel und stellt diesen die Erwartungen Nicht-Engagierter an ein Ehrenamt gegenüber.

Abbildung 22: Erwartungen an eine Ehrenamt unterschieden nach Personen, die ein Ehrenamt ausüben (n=334) und Personen die kein Ehrenamt ausüben (n=481)



Diese Informationen können dazu beitragen, die Rahmenbedingungen bürgerschaftlichen Engagements den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend zu verbessern. Durch die Förderung des Ehrenamts im Alter können zum einen die ungenutzten Potentiale älterer Menschen genutzt werden und eine Aktivierung interessierter Senioren korreliert häufig mit einem besseren Gesundheitszustand (BMFSJ 2011). In **Abbildung 22** zeigen sich keine grundsätzlichen Unterschiede bezüglich der Erwartungen an ein Ehrenamt, unabhängig davon, ob ein Ehrenamt bereits ausgeübt wird oder nicht.

Detaillierte Ergebnisse zum ehrenamtlichen Engagement sind ebenso wie Angaben zur Nutzung der Informationsquellen über ein Ehrenamt in **Band II des Abschlussberichts (tabellarische Übersicht)** aufgeführt. Diesem können zudem differenzierte Informationen hinsichtlich möglicher geschlechts- und altersspezifischer Unterschiede entnommen werden. Auch die Antworten der Bewohner der drei Planungsregionen liegen vor, und können für eine bedarfsgerechte Ansprache zum ehrenamtlichen Engagement herangezogen werden.

Weiterführende Literatur Kapitel 3.6:

Backes GM, Höltge J (2008): Überlegungen zur Bedeutung ehrenamtlichen Engagements im Alter. In: Erlinghagen M, Hank K (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008, S. 277-299.

Backes GM, Dirb C (2012): Ehrenamtliches Engagement. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 602 – 607.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen?. Monitor Engagement, Ausgabe Nr. 4. Berlin (2011). Als download verfügbar (Stand: 01.03.2013):

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen.did=168838.html>.

Generali Zukunftsfonds (Hrgs.) und Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali-Altersstudie. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 2013.

Gensicke T, Geiss S (2011): Zivilgesellschaft und freiwilliges Engagement in der Hansestadt Hamburg 1999-2004-2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerlichen Engagement (Freiwilligensurvey). TNS Infratest München 2011. Als download verfügbar (Stand: 01.03.2013):

<http://www.hamburg.de/contentblob/3076902/data/freiwilligensurvey-hamburg.pdf>

Homepage: Europäisches Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen

<http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=de>

3.7 Vergleich Seniorenbefragung 2007 und Seniorenbefragung 2012

Die Befragung 2012 hatte nicht zum Ziel, über eine erneute anonyme Querschnittbefragung eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Befragung 2007 herzustellen (vgl. Kapitel 2.1). Für eine Analyse kausaler Zusammenhänge im Zeitverlauf wäre eine erneute Befragung derselben Individuen sinnvoll gewesen, wie dies in sogenannten „echten“ Langzeitstudien geschieht. Ein Beispiel hierfür ist die Langzeitstudie LUCAS (Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie), die in Hamburg mit einer Kohorte ehemals (zum Zeitpunkt der Rekrutierung im Jahr 2000) selbstständig lebender älterer Menschen durchgeführt wird und über wiederkehrende schriftliche Befragungswellen und vertiefenden Untersuchungen versucht, (prä)klinische Determinanten des normalen Altersverlaufs zu erforschen (Dapp et al. 2011, Dapp et al. 2012).

Aufgrund der sorgfältigen Ziehungen und Rücklaufkontrollen der Eimsbüttler Befragungen 2007 und 2012 sind jedoch Vergleiche zwischen beiden Befragungen über den gewichteten Datensatz der Befragung 2012 zulässig. In **Tabelle 9** wurde hierfür eine Auswahl von Merkmalen zusammengefasst, die in beiden Befragungen erhoben wurden.

Tabelle 9: Vergleich ausgewählter Merkmale zwischen beiden Seniorenbefragungen im Jahr 2007 (n=950) und im Jahr 2012 (n=1.936) im Bezirk Hamburg Eimsbüttel

Ausgewählte Merkmale, die in beiden Seniorenbefragungen erfasst wurden	Seniorenbefragung „Gesund und aktiv leben in Eimsbüttel“			
	2007 (n=950)		2012 (n=1.936)*	
	absolut	in %	absolut	in %
Sozio-demographische Merkmale				
Altersbereich in Jahren	60 – 97	-	60 – 100	-
Alter in Jahren: Mittelwert ± SD	71,5 ± 8,1	-	72,3 ± 8,1	-
Anzahl Frauen	540 / 935	57,8	1099 / 1936	56,8
Anzahl 1-Personen-Haushalte	320 / 942	34,0	705 / 1926	36,6
Personen mit Pflegestufe	47 / 919	5,1	92 / 1896	4,8
- davon Pflegestufe 0	-	-	7	0,4
- davon Pflegestufe 1	28	3,1	53	2,7
- davon Pflegestufe 2	13	1,4	18	0,9
- davon Pflegestufe 3	5	0,5	9	0,5
- davon keine Angabe zur Pflegestufe	1	0,1	5	0,3
Hilfsperson im Bedarfsfall vorhanden	816 / 936	87,2	1662 / 1909	87,1
Geburtsort Deutschland	902 / 942	95,8	1817 / 1927	94,3
Höherer Schulabschluss: Abitur oder Realschule	460 / 943	48,8	1086 / 1920	56,6
Berufstätigkeit	119 / 934	12,8	364 / 1911	19,0
Einstellungen zum Alter				
Selbsteinschätzung: „jung“ / „noch nicht alt“	623 / 904	68,9	1378 / 1894	72,7
Einstellungen zu Gesundheit(sförderung)				
Kein Krankenhausaufenthalt in letzten 12 Monaten	728 / 934	77,9	1429 / 1925	74,2
Kein Besuch beim Hausarzt in letzten 12 Monaten	105 / 917	11,5	195 / 1914	10,2
Kein Besuch beim Facharzt in letzten 12 Monaten	145 / 929	15,6	233 / 1916	12,2
Subjektiv eingeschätzte Gesundheit: „sehr gut“ / „gut“	626 / 937	66,8	1310 / 1920	68,2
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	655 / 950	68,9	1362 / 1806	75,4
Einhaltung Diät wegen Erkrankung (z.B. Diabetes)	111 / 779	14,2	186 / 1660	11,2
Gripeschutzimpfung in letzten 12 Monaten	514 / 950	54,1	950 / 1792	53,0
Vorsorge-Untersuchungen Teilnahme regelmäßig	643 / 857	75,6	1443 / 1831	78,8
Schonung zur Gesunderhaltung	299 / 711	42,1	736 / 1715	42,9
Sportangebote für ältere Menschen unbekannt	173 / 730	23,7	352 / 1597	22,1
Niemand vorhanden, der mitmachen würde	193 / 701	27,5	453 / 1594	28,4
Eigene Ernährung ist gesund und abwechslungsreich	861 / 950	90,6	1685 / 1847	91,3
Viel Bewegung, sehr aktiv in der Freizeit	744 / 950	78,3	1295 / 1756	73,7
Soziale Aktivitäten (Theater, Museen etc.)	538 / 823	65,4	1047 / 1797	58,3
Regelmäßiges Sporttreiben im Verein	291 / 950	30,6	572 / 1707	33,5
Mobilität im Aktionsraum				
PKW-Selbstfahrer oder –mitfahrer	612 / 944	64,8	1303 / 1923	67,8
Fahrradnutzung „regelmäßig“ / „gelegentlich“	539 / 930	57,9	1147 / 1924	59,6
Ein oder mehr Stürze in den letzten 12 Monaten	283 / 936	30,2	542 / 1920	28,3
Sturzangst	255 / 933	27,3	463 / 1906	24,3
Nutzung Seniorentreffs „regelmäßig“ / „unregelmäßig“	106 / 950	11,2	197 / 1716	11,5
Seniorentreffs unbekannt	456 / 881	51,8	796 / 1847	43,1
Seniorentreffs werden persönlich nicht benötigt	446 / 876	50,9	995 / 1847	53,9
Seniorentreffs sind sinnvolle Einrichtungen	370 / 876	42,2	761 / 1849	41,1
Befragte Person fühlt sich zu jung für Seniorentreff	369 / 877	42,1	890 / 1849	48,1

* gewichtete Stichprobe nach Altersklassen, Geschlecht und Region. Aufgrund fehlender Angaben bei einigen Befragungsteilnehmern zu mindestens einem dieser drei Merkmale gewichtete Analysen nur für n=1.936 möglich

Die Befragungsergebnisse 2007 und 2012 sind sehr ähnlich. Unterschiede im 5%-Bereich und größer finden sich bei den sozio-demographischen Merkmalen lediglich bei der Bildung (2012: 56,6% mit höherem Schulabschluss, 2007: 48,8%) und der Berufstätigkeit (2012: 19,0% berufstätig, 2007: 12,8%). Bei den Einstellungen zur eigenen Gesundheit und Gesundheitsförderung finden sich in der Befragung 2012 mehr Personen, die regelmäßig Medikamente einnehmen (75,4% im Vergleich zu 2007: 68,9%) und weniger Personen, die sozialen Aktivitäten nachgehen (58,3% im Vergleich zu 2007: 65,4%). Auch die Einstellungen zu den Seniorentreffs haben sich geändert. So kennen in der Befragung 2012 mehr Personen Seniorentreffs, aber es fühlen sich 2012 auch mehr Personen (48,1%) zu jung für einen Seniorentreff als im Vergleichsjahr 2007 (42,1%).

In **Band II des Abschlussberichts** finden sich in der tabellarischen Übersicht die Ausprägungen aller Fragen, die in beiden Befragungen 2007 und 2012 identisch gestellt wurden.

Weiterführende Literatur zu Kapitel 3.7:

Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Golgert S, Meier-Baumgartner HP, Minder CE (2012): The longitudinal urban cohort ageing study (LUCAS): study protocol and participation in the first decade. BMC Geriatrics 2012, 12:35. Als download verfügbar (Stand 24.04.2013): <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/12/35>

Dapp U, Anders J, Golgert S, Laub S, Rohn C, Minder C (2011): Altern der Langzeit-Kohorte in Hamburg seit 2000/2001. In: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2011): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II. Hamburg 2011, S. 72 – 75. Als download verfügbar (Stand: 24.04.2013): <http://www.hamburg.de/gesundheitsberichte/3023506/bericht-gesundheit-aelterer-menschen-in-hamburg-ii.html>

5 Literatur (alphabetisch)

Backes GM, Höltge J (2008): Überlegungen zur Bedeutung ehrenamtlichen Engagements im Alter. In: Erlinghagen M, Hank K (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008, S. 277-299.

Backes GM, Dirb C (2012): Ehrenamtliches Engagement. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 602 – 607.

Becker C, Nicolai S (2012): Sturz und Motorik. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 401 - 406.

Beetz S, Müller B, Beckmann KJ, Hüttl R (Hrsg.) (2009): Altern in Gemeinde und Region. Altern in Deutschland Band 5. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle 2009.

Bezirksamt Eimsbüttel (Hrsg.) (2012): Gesundheitsbericht Eimsbüttel 2012. Basisdaten zur gesundheitlichen Lage im Bezirk Hamburg Eimsbüttel 1998-2009. Bezirksamt Eimsbüttel, Hamburg 2012. Als Download verfügbar unter (Stand 28.02.2013): <http://www.hamburg.de/contentblob/3731650/data/2013-01-07-eimsbuettel-gesundheitsbericht2012.pdf>

Bezirksamt Eimsbüttel (Hrsg.) (2008): BEP Eimsbüttel 2008 - Bezirkliche Entwicklungsplanung. 5. BEP-Überarbeitung Januar 2008. Bezirksamt Eimsbüttel, Hamburg 2008. Als Download verfügbar unter (Stand 28.02.2013): <http://www.hamburg.de/stadtplanung-eimsbuettel/>

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

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen?. Monitor Engagement, Ausgabe Nr. 4. Berlin (2011). Als download verfügbar (Stand: 01.03.2013): <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=168838.html>.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 2010. Als download verfügbar (Stand: 01.03.2013): <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

BMFSFJ - 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.

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

Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Golgert S, Meier-Baumgartner HP, Minder CE (2012): The longitudinal urban cohort ageing study (LUCAS): study protocol and participation in the first decade. BMC Geriatrics 2012, 12:35. Als download verfügbar (Stand 24.04.2013): <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/12/35>

Dapp U, Anders J, Golgert S, Laub S, Rohn C, Minder C (2011): Altern der Langzeit-Kohorte in Hamburg seit 2000/2001. In: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2011): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II. Hamburg 2011, S. 72 – 75. Als download verfügbar (Stand: 24.04.2013): <http://www.hamburg.de/gesundheitsberichte/3023506/bericht-gesundheit-aelterer-menschen-in-hamburg-ii.html>

Dapp U, Lorentz Ch, Laub S, Anders J, Renteln-Kruse von, W, Minder Ch, Dirksen-Fischer M (2009): Im Alter aktiv und gesund leben – Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. *Z Gerontol Geriat* 2009; 42:245-255.

Dapp U (2008): Gesundheitsförderung und Prävention selbstständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geografische Untersuchung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2008.

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* 2006;1:159-165.

Dapp U (2004): Gesundheit und Pflege im Alter – Pflegekonferenz Eimsbüttel. Grundlagenpapier und Konzept für die Initiierung einer Gesundheits- und Pflegekonferenz im Bezirk Hamburg Eimsbüttel. Hamburg 2004. Als Download verfügbar unter (Stand 28.02.2013): <http://www.hamburg.de/contentblob/78914/data/grundlagenpapier-fuer-die-konzeption-der-pflegekonferenz-eimsbuettel.pdf>

Europäisches Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen (Homepage): <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=de>

Faltermaier T (2005): Gesundheitspsychologie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2005.

Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) und Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali-Altersstudie. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 2013.

Gensicke T, Geiss S (2011): Zivilgesellschaft und freiwilliges Engagement in der Hansestadt Hamburg 1999-2004-2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerlichen Engagement (Freiwilligensurvey). TNS Infratest München 2011. Als download verfügbar (Stand: 01.03.2013): <http://www.hamburg.de/contentblob/3076902/data/freiwilligensurvey-hamburg.pdf>

Kaiser H-J (2012): Automobilität. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 513 - 520.

Kessler E-M (2012): Veränderung von Altersbildern. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 614 – 619.

Kolland F (2012): Freizeitgestaltung. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 273 – 283.

Kurth BM (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2012; 55:980-990.

Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001): Healthy life expectancy in 191 countries 1999. *Lancet* 2001;357:1685-1691.

Robine JM, Romieu I, Michel J-P (2002): Trends in Health Expectancies. In: Robine JM et al. (Eds) (2002): *Determining Health Expectancies*. Wiley-VCH Verlag, Weinheim, S. 9-12.

Rudinger G, Kocherscheid K (2012): Infrastruktur und Verkehr. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 576 – 581.

Rupprecht R, Beyer A, Lang FR (2012): Befragung der Bevölkerung 50+ der Marktgemeinde Wendelstein über Wünsche, Bedürfnisse und konkrete Planungen für das eigene Alter. Abschlussbericht. Institut für Psychogerontologie. FAU Erlangen-Nürnberg 2012.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2013a): Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein 2011. Statistische Berichte. K II 8 - 2j/11 (07.03.2013). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 24.04.2013):

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/K_II_8_2j11.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2013b): Soziale Leistungen in den Hamburger Stadtteilen 2011. Statistik informiert speziell Nr. III/2013 (11.02.2013). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 25.02.2013):

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/SI_SPEZIAL_III_2013.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012a): Die Bevölkerung in Hamburg und Schleswig-Holstein 2011 nach Alter und Geschlecht. Statistische Berichte. A I 3 – j/11 (02.08.2012). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 11.10.2012):

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/A_I_3_j_2011.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2012b): Struktur der Haushalte in den Hamburger Stadtteilen Ende Januar 2012. Statistik informiert speziell Nr. II/2012 (31.06.2012). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 25.02.2013):

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/SI_SPEZIAL_II_2012.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012c): Ausländische Bevölkerung in Hamburg 2011. Statistische Berichte. A I 4 - j/11 H (10.05.2012). Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 11.10.2012):

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/A_I_4_j11_H.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2012d): Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende Januar 2012. Statistik informiert speziell Nr. III/2012 (06.08.2012). Statistikamt Nord. Als download verfügbar (Stand: 25.02.2013):

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/SI_SPEZIAL_III_2012.pdf

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg) (2012e): Hamburger Stadtteil-Profile 2012. Nord.regional Band 13. Als download verfügbar (Stand: 24.02.2013): http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR13_Stadtteil-Profile_2012.pdf

SVR - 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.

Tesch-Römer C, Wurm S (2009): Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm K, Tesch-Röhmer C, Ziese T (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert-Koch-Institut, Berlin 2009, S. 7 – 21.

Teti A, Kuhlmeier A, Dräger D, Blüher S (2012): Prädiktoren individueller Wohnmobilität älterer Frauen und Männer. Z Prävention und Gesundheitsförderung 2012; 7:278–285.

Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF (1998): Aging, health risks, and cumulative disability. N Engl J Med 1998;338:1035-1041.

Wahl HW, Oswald F (2012): Wohnen, Wohnraumanpassung und Gesundheit. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 492 – 498.

Wurm S (2012): Gesundheit und Krankheit. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012, S. 78 – 83.