

Ulrike Dapp
Ch. Lorentz
S. Laub
J. Anders
W. von Renteln-Kruse
Ch. Minder
M. Dirksen-Fischer

Im Alter aktiv und gesund leben – Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg

Active and healthy living in old age – Results from a representative survey of community-dwelling senior citizens in Hamburg

► **Zusammenfassung** *Fragestellung* Die Mehrheit der Menschen lebt bis ins hohe Alter selbstständig und aktiv. Wenig ist indes bekannt über Einstellungen älterer Menschen zu Alter(n), Gesundheit und Gesundheitsförderung. Deshalb wurde die anonyme schriftliche Befragung einer repräsentativen Zufallsstichprobe 60-jähriger und älterer Personen in einem Hamburger Stadtbezirk durchgeführt.

Methodik Die Stichprobe war klassifiziert nach Alter (5 Jahres-

abschnitte ab 60. Lebensjahr) und Geschlecht, 14 Teilstichproben mit jeweils sieben Altersklassen für Frauen und Männer. Vom Hamburger Melderegister wurden zufällig 4% jeder der 14 Gruppen mit erwartetem Rücklauf von 1–1,5% je Teilstichprobe gezogen.

Ergebnisse Die Fragebögen von 950 Teilnehmern (29% Rücklauf wurden ausgewertet); Altersdurchschnitt 71,5 Jahre, 58% Frauen, 34% allein lebend, 5% mit Pflegestufe. Senioren äußerten durchweg positive Einstellungen zu Alter und Gesundheit; 69% fühlten sich eher jung, 85% fürchteten, im Alter auf fremde Hilfe angewiesen zu sein.

Schlussfolgerungen Im Licht der von den Befragten mitgeteilten Einstellungen erscheinen gesundheitsfördernde Lebensstile innerhalb der älteren Bevölkerung förderungsfähig. Erfasste Sorgen und Ängste müssen wahrgenommen und berücksichtigt, deutliche Stärken nutzbar und gestützt werden. Die Ergebnisse können der gezielten Ausrichtung gesundheitsfördernder Dienstleistungen im öffentlichen und privaten Sektor dienen und werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg als Planungsgrundlage für kommunale Gesundheitsförderung und Prävention im Alter verwendet.

► **Schlüsselwörter**

Gesundheitsförderung im Alter · repräsentative Seniorenbefragung · ältere Bevölkerung in großstädtischer Kommune

► **Abstract** *Background* The majority of community-dwelling people 60 years and older are independent and live actively. However, there is little information about elderly persons' views on aging, health and health promotion.

Methods Therefore, an anonymous, written questionnaire survey was performed in a representative sample of inhabitants from a section of the city of Hamburg, 60 years and older; 5 year intervals, 14 subsamples according to 7 age groups of females and males.

Results Questionnaires from 950 participants (29% response) could be evaluated: mean age 71.5 years, 58% women, 34% living alone, 5% with professional healthcare needs as indicated by status according to German nursing care insurance. Senior citizens' positive attitudes towards aging and health were predominant: 69% of respondents felt young, 85% worried about loss of autonomy in old age.

Conclusions The results provide evidence indicating potential for improving health-promoting lifestyles in parts of the older population by evaluating and strengthening

Dr. rer. nat U. Dapp (✉) · S. Laub · J. Anders · W. von Renteln-Kruse
Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg
Sellhopsweg 18–22
22459 Hamburg, Deutschland
E-Mail: ulrike.dapp@albertinen.de

C. Lorentz · M. Dirksen-Fischer
Gesundheitsamt Hamburg Eimsbüttel sowie
Gesundheits- und Pflegekonferenz
Hamburg Eimsbüttel Grindelberg 66
20139 Hamburg, Deutschland

C. Minder
Medizinische Fakultät, Institut für
Sozial- und Präventivmedizin, Universität
Bern Finkenhubelweg 11
3012 Bern, Schweiz

older persons' competencies and by considering their concerns seriously. These results provide valuable information for future plans in the

public-health sector in the city of Hamburg where particular health-promoting actions for elderly persons will be considered.

► **Keywords** Health promotion in old age · Representative questionnaire survey · Metropolitan community-dwelling older population

Demografischer Wandel und gesundheitsfördernde Strategien im Alter

Deutschland gehört bereits heute zu den Ländern mit dem weltweit höchsten Anteil älterer Menschen, der zukünftig absolut und relativ weiter ansteigen wird. Ende 2001 war ein Viertel (24,1%) der Gesamtbevölkerung mindestens 60 Jahre alt, im Jahr 2030 wird dies bereits jeder dritte Mensch (34,4%) sein [17]. Die zukünftige Alterung der Gesellschaft (bzw. Unterjüngung) ist Anlass für politische Entscheidungsträger, sich verstärkt um gesundheitsfördernde und präventive Strategien zu bemühen. Selbstbestimmtes und erfolgreiches Altern soll unterstützt und ermöglicht, ein überproportionaler Anstieg kranker und pflegebedürftiger alter Menschen hingegen vermieden werden [4]. Hierfür sollen bisher unterschätzte, präventive Potenziale (gesundheitsfördernde Lebenswelten und Lebensstile, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) in jedem Alter ausgeschöpft werden [14]. Hinweise auf erfolgreiche Strategien geben Public-health orientierte Konzepte z. B. in Japan oder Finnland [3, 14].

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. Vergleichbar der Pflegestatistik des Bundes [4] zeigt die Pflegestatistik 2005 für das Bundesland Hamburg [16], dass Alter nicht generell mit Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen ist (Abb. 1).

Demnach waren 2005 lediglich 2,4% der Hamburger Gesamtbevölkerung einer Pflegestufe zugeteilt (97,6% Nicht-Pflegebedürftige). Erst in den höchsten Altersklassen ist ein Drittel bzw. jeder Zweite der mindestens 90-jährigen definitionsgemäß pflegedürftig. Die mindestens 80% rüstiger älterer Bevölkerung werden nicht über Krankenhaus- oder Pflegestatistiken erfasst. Informationen zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten sowie Einstellungen zum Alter und zu Gesundheit(sförderung) müssen aus anderen Quellen erschlossen werden [6, 7, 12, 14, 18]. Deshalb wird folgend eine repräsentative Seniorenbefragung in Hamburg zu diesen Schwerpunkten vorgestellt.

Zielsetzung der Seniorenbefragung der Gesundheits- und Pflegekonferenz

Die Befragung wurde initiiert durch die Gesundheits- und Pflegekonferenz des Bezirks Hamburg Eimsbüttel, einer von sieben Hamburger Bezirken mit knapp 250.000 Einwohnern. Dies entspricht einer deutschen Großstadt. Dies gilt auch im Hinblick auf seine differenzierte Sozialstruktur, weshalb die Ergebnisse nicht nur für Hamburg, sondern auch für andere deutsche Großstädte herangezogen werden können.

Die bezirkliche Gesundheits- und Pflegekonferenz wurde 2004 auf Grundlage des Hamburgischen Landespflegegesetzes (§2 HmbLPG) ins Leben gerufen. Berücksichtigt wird hier neben kranken, hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen (Pflegekonferenz) insbesondere auch die deutlich größere Zielgruppe mobiler, selbstständig lebender älterer Menschen. Die Gesundheits- und Pflegekonferenz versteht sich als Informations- sowie Diskussionsplattform für Professionelle (Dienstleister und Planer im Gesundheitssektor) und Laien (ältere Bürger und Angehörige). Struktur, Schwerpunktthemen, Arbeitsweise und Nutzung eines Geoinformationssystems (GIS) zur Bündelung und Analyse komplexer Datenbestände im Gesundheitswesen durch die Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel finden sich bei [8], auf der Homepage (<http://www.hamburg.de/gesundheitspflegekonferenz-eimsbuettel/78900/pflegekonferenz.html>) sowie einer Broschüre für die Zielgruppe („Älter werden. Aktiv bleiben. Senioren in Eimsbüttel“).

Ziel der Seniorenbefragung war die Ermittlung der Bedarfe und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten. 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.

Methodisches Vorgehen

Die Zielgruppe waren Bürger ab 60 Jahren, die 2007 im Bezirk Hamburg Eimsbüttel lebten. Nach detaillierter Abstimmung mit dem Hamburgischen Datenschutzbeauftragten wurde eine freiwillige, anonyme, schriftliche Befragung in Kooperation des Gesundheitsamts

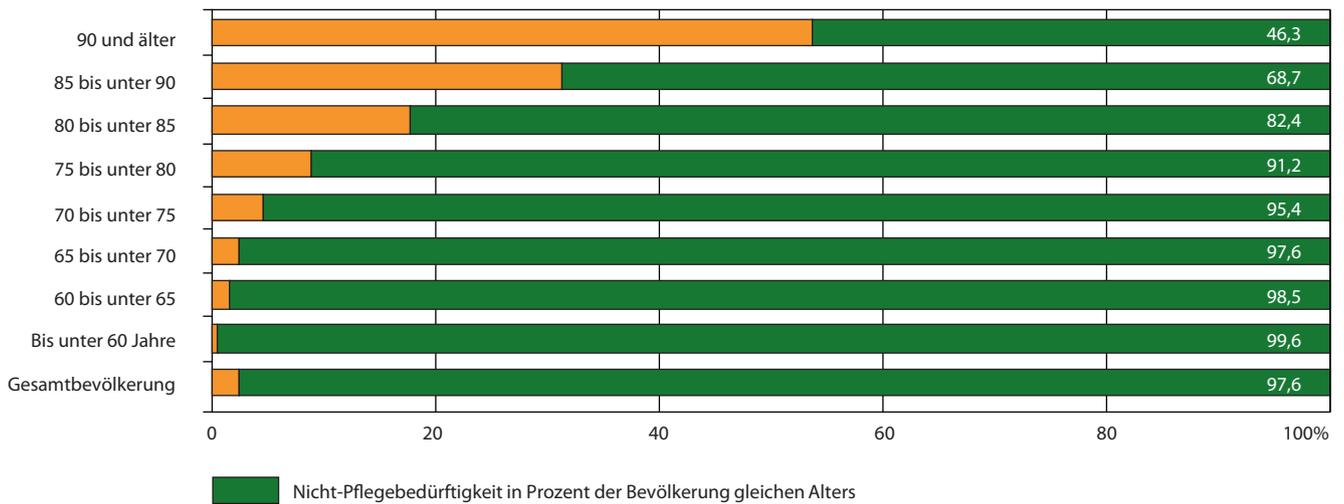


Abb. 1 Nicht-Pflegebedürftige in Hamburg (%) nach Pflegestatistik, Stand 15.12.2005

Eimsbüttel und der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses in Hamburg durchgeführt. Eine schriftliche oder fernmündliche Erinnerung gab es nicht. Die Datenerhebung erfolgte über einen standardisierten achtseitigen Selbstausfüller-Fragebogen zu folgenden Themen, nach dem die Akzeptanz und Praktikabilität des Fragebogens in einem Pretest gezeigt wurde:

Soziodemographische Angaben

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

Einstellungen zum Älterwerden in unserer Gesellschaft

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

Einstellungen und Gewohnheiten rund um die Gesundheit

- Vorstellungen zu gesundem Alter,
- Einstellungen: selbsteingeschätzte Gesundheit, Zuständigkeit für eigene Gesundheit,
- Gesundheitsindikatoren: Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Pflegestufe,
- Erhalt der Gesundheit und Gesundheitsförderung untergliedert nach a) medizinischer Vorsorge, b) körperlicher Aktivität, c) Ernährung, d) sozialer Teilhabe.

Mobilität im Aktionsraum

- Verkehrsmittelverfügbarkeit und Verkehrsmittelnutzung,
- Entfernungen zum Öffentlichen Nahverkehr und öffentlichen Grünflächen,
- Stürze und Sturzangst,
- Einstellungen zu und Inanspruchnahme von Seniorentreffs.

Für die repräsentative Stichprobenziehung wurde die ältere Bevölkerung in 14 Teilstichproben mit sieben Altersklassen für Frauen (F 1–7) und für Männer (M 1–7) der Jahrgänge 1946–1942, 1941–1937, 1936–1932, 1931–1927, 1926–1922, 1921–1917, 1916 und älter untergliedert. Gezogen werden sollten zufällig 4% aus jeder Teilstichprobe. Eine 4%-Zufallsstichprobe umfasste 2.500 Fälle, da zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung gemäß Angaben des Hamburger Fachamts für Zentrale Meldeangelegenheiten (HZM) 62.525 Senioren im Be-

zirk Hamburg Eimsbüttel lebten. Zeitgleich sollte eine zweite gleichgroße Zufallsstichprobe vorsorglich gezogen werden. Aus dieser zweiten Ziehung sollten nur Senioren aus den Teilstichproben angeschrieben werden, deren Rücklaufquote der ersten Ziehung unter 1% lag (erwartungsgemäß in den höheren Altersklassen). Bei der Ziehung der zweiten Stichprobe B blieben die Fälle der ersten Stichprobe A ausgeschlossen. Das Gesundheitsamt Eimsbüttel forderte beim HZM zwei Zufallsstichproben à 2500 Fälle mit Geburtsdatum vor dem 1.1.1947 für die 14 Teilstichproben an. Die Stichproben wurden im Januar 2007 gezogen. In einem Stichprobenprotokoll war die jeweilige Größe der Teilstichproben F1–7 und M1–7 genannt. Der Auswahlsatz lag laut Protokoll des HZM zwischen 3,98% und 4,05%. In den starken jüngeren Jahrganggruppen lag er einheitlich bei 3,98%.

Das Gesundheitsamt Eimsbüttel erhielt Adressetiketten der gezogenen Personen zum einmaligen Versand des Fragebogens. 2.477 Fragebögen der Ziehung A wurden verschickt (Reduktion aufgrund doppelter oder unvollständiger Adressetiketten). Die Senioren schickten ihren Fragebogen in frankiertem Rückumschlag in die Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses. Die zeitnahe Rücklaufkontrolle nach Altersklassen und Geschlecht ergab einen unterdurchschnittlichen Rücklauf beider Geschlechter in den höheren Altersklassen (ab 80 Jahre). Das Gesundheitsamt verschickte eine Zufallsauswahl der Ziehung B dieser Teilstichproben, so dass zusätzlich 865 Fragebögen, also insgesamt 3.342 Fragebögen verschickt wurden.

Die Tab. 1 zeigt 14 Bevölkerungsteilstichproben des Bezirks Hamburg Eimsbüttel sowie Angaben zu den entsprechenden Versand- und Rücklaufquoten. Wegen unterdurchschnittlichen Rücklaufs aus Ziehung A in den höheren Altersklassen erfolgte ein entsprechend überproportionaler Versand an Senioren aus Ziehung B (7,4–7,7% höhere und 4,5–5,7% jüngere Altersklassen). Dadurch wurde der angestrebte Rücklauf von 1–1,5% bei beiden Geschlechtern mit nur geringen Schwankungen (1,0–1,7%) in den 14 Teilstichproben erreicht (Tab. 1).

Von den insgesamt 3.342 verschickten Fragebögen kamen 47 leer zurück (Adressaten unbekannt verzogen). Die Datenbasis umfasst 29% auswertbare Fragebögen (950/3.295), davon 540 von Frauen und 395 von Männern; 15 Personen gaben ihr Geschlecht nicht an (Tab. 1).

Die statistischen Analysen beschränkten sich in dieser Arbeit auf Tabellierungen und grafische Darstellungen. Verwendet wurde SPSS, Version 12.0, die grafische Darstellung erfolgte mittels Microsoft Office (Excel und Powerpoint) sowie einem Geoinformationssystem GIS (ArcView Version 3.2).

Zur Verifikation wurden zusätzlich nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen auf Repräsentativität gewichtete Daten tabelliert. Die so erhaltenen Resultate wichen nur geringfügig (< 1%) von den hier gezeigten ungewichteten Prozentzahlen ab, so dass diese für den Bezirk Eimsbüttel als repräsentativ gelten können.

Ergebnisse und Diskussion

Ende 2006 lebten 1.732.503 Menschen in Hamburg, davon 246.087 im Bezirk Eimsbüttel. Dies entspricht 1/7 (14,2%) der Hamburger Gesamtbevölkerung. Ein Viertel der Hamburger Bevölkerung ist mindestens 60 Jahre alt, gleiches gilt für den Bezirk Eimsbüttel mit 24,6%. Die Verteilung auf die neun Stadtteile dieses Bezirks ist kartographisch dargestellt. Aus den zentrumsferneren Stadtteilen, in denen überdurchschnittlich viele Senioren leben ($\geq 24\%$), war der Rücklauf erwartungsgemäß höher (Abb. 2).

Die Charakterisierung der Befragungsteilnehmer ist in Tab. 2 anhand ausgewählter Merkmale der 950 ausgewerteten Fragebögen zusammengefasst.

Wie in der Bundesberichterstattung des BMFSFJ zur Lage der älteren Generation beschrieben [5], sind auch die Befragten in Hamburg 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 Gesundheitsförderung bzw. Primär- und Sekundärprävention.

Soziodemografische Merkmale

Der Frauenanteil der Stichprobe von 58% entspricht exakt der Verteilung in der über 60-jährigen Gesamtbevölkerung in Hamburg; mittleres Alter 71,5 Jahre. Der Rücklauf von allein Lebenden (34%) entspricht ebenfalls dem Anteil der Gesamtbevölkerung. Die Teilnahmebereitschaft war bei ausländischen Bürgern und pflegebedürftigen Personen geringer. Es gaben 13% der Stichprobe an, weniger als 500 Euro monatlich zur freien Verfügung zu haben. Armut ist in Hamburg eher ein Kinder- und Jugendproblem. Jeder zweite hat einen höheren Bildungsabschluss und gut jeder zehnte Befragte war noch berufstätig (Tab. 2).

Tab. 1 Ziehung, Versand und Rücklauf von zwei Zufallsstichproben (A + B) repräsentativ nach Altersklassen und Geschlecht der Bevölkerung 60+ im Bezirk Hamburg Eimsbüttel

Frauen Altersklassen (J.)	Jahrgänge F 1–7	Melderegister ¹	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.ä.	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	Melderegister ¹	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)

Einstellungen zum Alter

Gut zwei Drittel der Befragten (69%) fühlten sich überwiegend „jung“ oder „noch nicht alt“ und wünschten auch nicht mit ihrem Alter in Beziehung gesetzt werden. Keine Zustimmung fand die Ansprache „alter Mensch/Bürger“ (3%), sondern am ehesten „Senior“ (54%) oder „älterer Mensch/Bürger“ (36%). Das gewünschte kalendarische Lebensalter betrug durchschnittlich 88 Jahre (60–150 Jahre), wobei 70-jährige und ältere, unabhängig von Geschlecht und „gefühltem Alter“, im Mittel 89,4 und jüngere Personen (60–70 Jahre) 87,0 Jahre als Wunschalter angaben ($p < .0001$). Als Ausdruck Zukunft bejahender Einstellung schätzten die Befragungsteilnehmer ihre gegenwärtige Situation anhand bipolarer Eigenschaftspaare durchweg sehr positiv ein, wovon lediglich die Bewertung der Paare „Krankheit/Gesundheit“ und „Altbekanntes/Neues“ abwich (Abb. 3). Zwei Drittel be-

zeichneten ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand jedoch als gut (59%) oder ausgezeichnet (8%).

Hiermit korrespondierte die Sorge um die eigene Zukunft, insbesondere um zukünftige Autonomie (85%) und Gesundheit (75%), gefolgt von Sorgen vor Gewalt, finanziellen Problemen sowie einem Umzug (ins Pflegeheim) zu je einem Drittel. Altersdiskriminierung, Terrorängste oder Vereinsamung beschäftigten jeden Vierten bis Fünften (Abb. 4).

Einstellungen zu Gesundheit und Gesundheitsförderung

Erhalt von Autonomie und Selbstständigkeit können als entscheidender Motivator genutzt werden, um den persönlichen Gewinn durch gesundheitsförderliche Ver-

Bevölkerung Stadt Hamburg (2006)

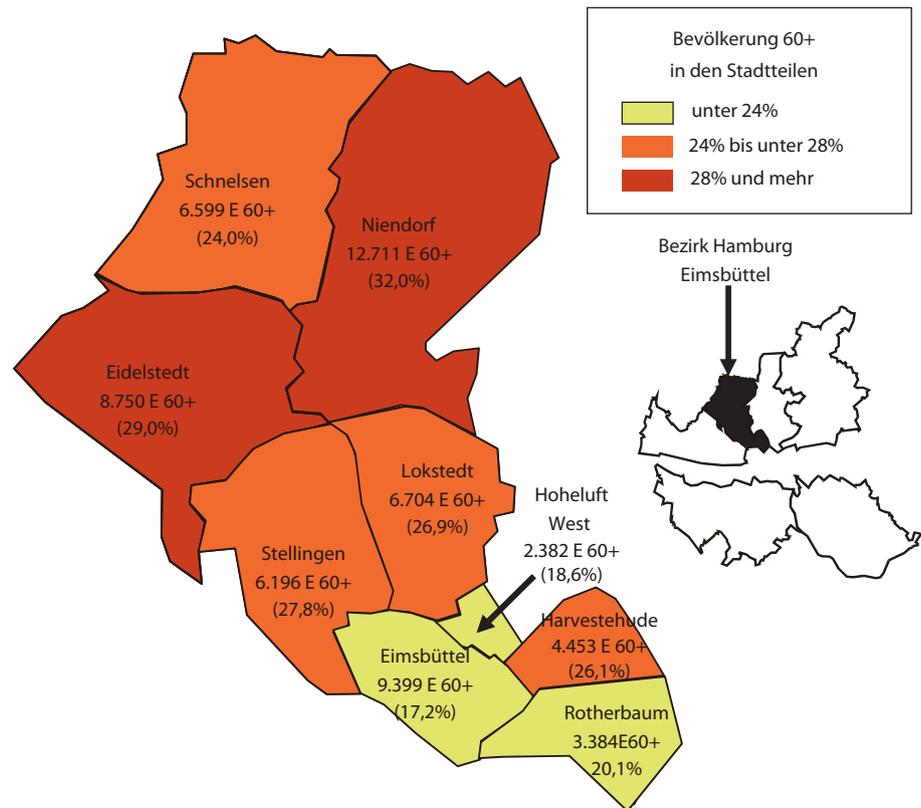
Gesamtbev. : 1.732.503
 Gesamt 60+: 422.210
 Prozent 60+: 24,4%

Bezirk Hamburg Eimsbüttel (2006)

Gesamtbev. : 246.087
 Gesamt 60+: 60.578
 Prozent60+: 24,6%

Fragebogen-Rücklauf nachStadtteilen im Bezirk Eimsbüttel

Eidelstedt	n=146 (15,4%)
Eimsbüttel	n=144 (15,2%)
Harvestehude	n= 51 (5,4%)
Hoheluft West	n= 21 (2,2%)
Lokstedt	n=116 (12,2%)
Niendorf	n=222 (23,3%)
Schnelsen	n=119 (12,5%)
Stellingen	n= 93 (9,8%)
Rotherbaum	n= 26 (2,7%)
k.A. Stadtteil	n= 12 (1,3%)
Netto-Rücklauf	n=950 (100%)



Quelle: Eigene Darstellung auf Datenbasis

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2007)[15]

Abb. 2 Bevölkerung 60 Jahre und älter (Stand 31.12.2006) Absolut und in Prozent pro Stadtteil im Bezirk Eimsbüttel

haltensweisen zu vermitteln. Über ein Viertel der Befragten verbindet mit Gesundheit „im Alter nicht auf fremde Hilfe angewiesen zu sein“ (85%), „sich rundum wohl zu fühlen“ (79%) sowie „keine Beschwerden wie Schmerzen oder Atemnot“ zu haben (74%).

Überwiegend lebensstilbasierte Faktoren sind mit dem Risiko des Verlustes funktionaler Kompetenz assoziiert [19]. Regelmäßige körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung und aktive Partizipation stehen in Wechselwirkung und zeigen günstige Effekte [14, 10, 11]. Da erfolgversprechende Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention nicht auf Einzelfaktoren fokussieren, sondern mehrdimensionale Ansätze berücksichtigen, lag hierauf ein Schwerpunkt der Befragung (Abb. 5). Die Mehrheit der Senioren fühlt sich gut informiert über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen. Allerdings fiel ein hoher Anteil Unentschlossener auf. So konnte sich bei der Aussage „Ich kann nichts tun, weil es keine Angebote zur Gesundheitsvorsorge für mich gibt“ ein Drittel der Befragten weder für „ja“ noch „nein“ entscheiden. Auch „Um meine Gesundheit zu erhalten, esse ich gut“ ließ jeder Fünfte unbeantwortet. Neben den Unentschlossenen gab es Personen mit

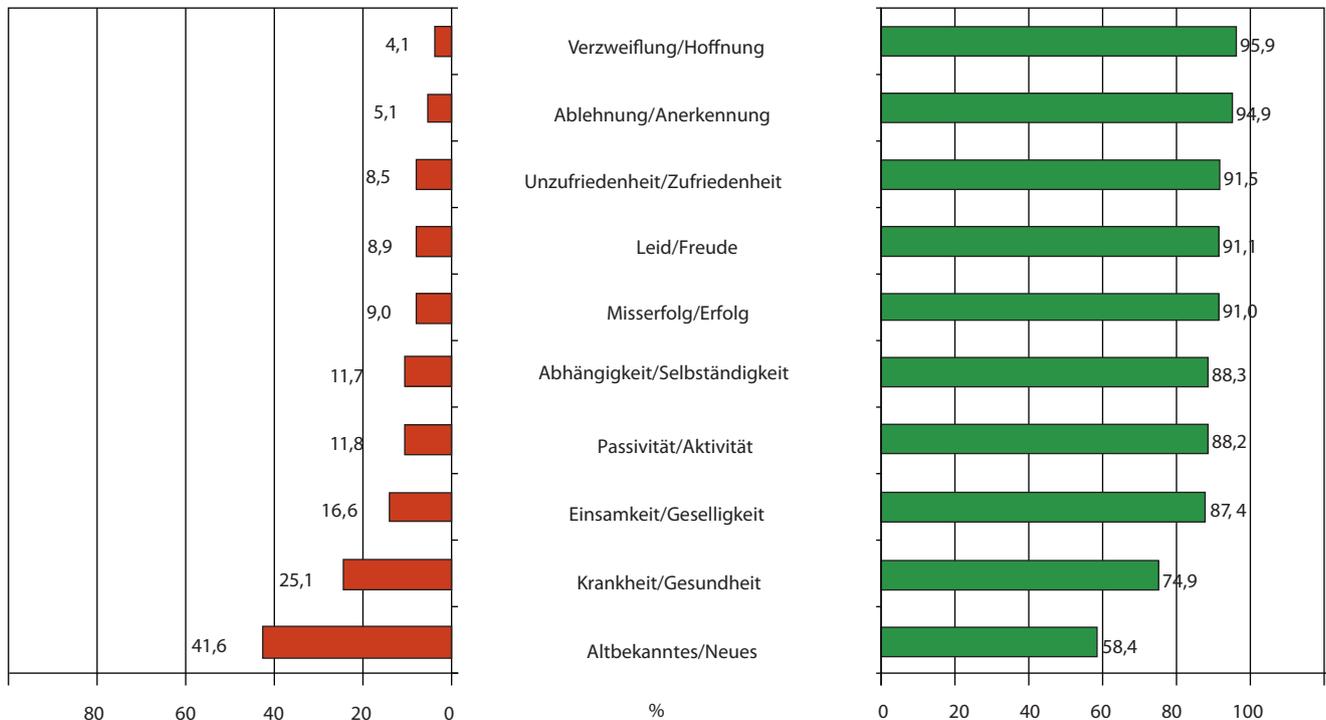
änderungsbedürftigen Einstellungen. Beispielsweise bejahten 58% „Um meine Gesundheit zu erhalten, ruhe ich mich aus“. Nur jeder Zweite gab die jährliche Gripeschutzimpfung an (54%).

Die 16 Aussagen wurden gruppiert in a) eher nicht-medizinische, b) eher medizinische Indikatoren für eine selbstverantwortliche Lebensweise und c) solche eher fatalistischer Lebensweise (Abb. 5). Mit Ausnahme sportlicher Aktivitäten in einem Verein (31%) scheint das Motivationspotenzial bei den eher nicht-medizinischen Indikatoren hoch. Der Zugang zum (Vereins)Sport für Senioren könnte jedoch wahrscheinlich gestärkt bzw. verbessert werden, wenn zielgruppenspezifische, individuelle Beratung auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch geeignete Gesundheitsberater erfolgte [11]. Schwieriger wird es hingegen sein, Personen mit eher fatalistischer Einstellung („Die Krankenkasse soll für meine Gesundheit zahlen“; „Das Schicksal entscheidet über meine Zukunft / Ich kann nichts für meine Gesundheit tun“) für gesundheitsförderndes Verhalten zu motivieren. Konzeptionell erfolgversprechend ist hierfür die Einbindung behandelnder Hausärzte, z. B. durch geriatrische Qualitätszirkel mit ent-

Tab. 2 Ausgewählte Merkmale der Befragungsteilnehmer (n = 950)

Merkmale	Befragte Senioren N = 950
Soziodemografische Merkmale	
Alter (J.), Mittelwert \pm SD, n = 920	71,5 \pm 8,1
Altersbereich (J.)	60–97
Anzahl Frauen (%)	540/935 (57,8)
Anzahl 1-Personen-Haushalte (%)	320/942 (34,0)
Personen mit Pflegestufe 1–3 (%)	47/919 (5,1) davon n = 28 P1, n = 13 P2, n = 5 P3, n = 1 k. A.
Hilfsperson im Bedarfsfall vorhanden (%)	816/936 (87,2)
Geburtsort Deutschland (%)	902/942 (95,8)
Höherer Schulabschluss (Abitur oder Realschule) (%)	460/943 (48,8)
Berufstätigkeit (%)	119/934 (12,8)
Netto-Einkommen < 500 Euro (%)	115/922 (12,5)
Einstellungen zum Alter	
Wie alt möchten Sie werden? Alter (J.), Mittelwert \pm SD, n = 728	88,01 \pm 7,6
Bereich Wunschalter (J.)	60–150
Selbsteinschätzung jung oder noch nicht alt (%)	623/904 (68,9)
Einstellungen zur Gesundheit und Gesundheitsförderung	
Kein Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten (%)	728/934 (77,9)
Kein Besuch beim Hausarzt in den letzten 12 Monaten (%)	105/917 (11,5)
Kein Besuch beim Facharzt in den letzten 12 Monaten (%)	145/929 (15,6)
Subjektiv eingeschätzte Gesundheit sehr gut oder gut (%)	626/937 (66,8)
Gripeschutzimpfung durchgeführt in den letzten 12 Monaten (%)	514/950 (54,1)
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (%)	655/950 (68,9)
Patientenverfügung: Einschätzung als sinnvolle Maßnahme (%)	677/950 (71,3)
Vorsorgevollmacht: Einschätzung als sinnvolle Maßnahme (%)	641/950 (67,5)
Eigene Ernährung ist gesund und abwechslungsreich (%)	861/950 (90,6)
Ernährung hat keinen Einfluss auf Gesundheit im Alter (%)	246/950 (25,9)
Regelmäßiges Sporttreiben im Verein (%)	291/950 (30,6)
Bewegung in der Freizeit (%)	744/950 (78,3)
Mobilität im Aktionsraum	
PKW-Selbstfahrer oder r-mitfahrer (%)	612/944 (64,8)
Nutzung Öffentlicher Nahverkehr mind. an 5 Tagen/Woche (%)	182/837 (21,7)
Fahrradnutzung regelmäßig oder gelegentlich (%)	539/930 (57,9)
Ein oder mehr Stürze in den letzten 12 Monaten (%)	283/936 (30,2)
Sturzangst (%)	255/933 (27,3)
Nutzung von Seniorentreffs regelmäßig oder unregelmäßig (%)	106/950 (11,2)
Seniorentreffs unbekannt (%)	456/881 (51,8)
Seniorentreffs werden persönlich nicht benötigt (%)	446/876 (50,9)
Seniorentreffs sind sinnvolle Einrichtungen (%)	370/876 (42,2)
Senior fühlt sich zu jung für Seniorentreff (%)	369/877 (42,1)

Welche der folgenden Eigenschaften entspricht eher Ihrer gegenwärtigen Situation?
(n=950, Beantwortung 10 bipolarer Eigenschaftspaare)



Quelle: Eigene Darstellung auf Datenbasis Seniorenbefragung 2007

Abb. 3 Einstellungen zum Alter(n)

sprechenden Schwerpunkten [7, 11] sowie die Einbeziehung von Seniorentreffs und –organisationen in einem Netzwerk [2, 8].

Mobilität

Dem Bereich Mobilität widmeten sich Fragen besonders, denn mit funktionalen und sozialen Beeinträchtigungen verengen Senioren ihre Raumbezüge auf das unmittelbare Wohnumfeld (surveillance zone) und beschneiden ihren ehemaligen Aktionsraum [9, 13]. Die Abnahme des Aktionsraumes ist ein Prädiktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z. B. Hospitalisierung) bei Verzicht auf Angebote der offenen Seniorenarbeit [7]. Beispielhaft für offene Seniorenarbeit wurde zu Seniorentreffs gefragt. Dies folgte der Annahme, dass Seniorentreffs als potenzieller Zugang zur Förderung sozialer Teilhabe an gesundheitsfördernden Programmen dienen könnten. Das Leitbild zur Seniorenpolitik in Hamburg sieht u. a. vor, dass Seniorentreffs der wohnortnahen Weiterbildung und Freizeitgestal-

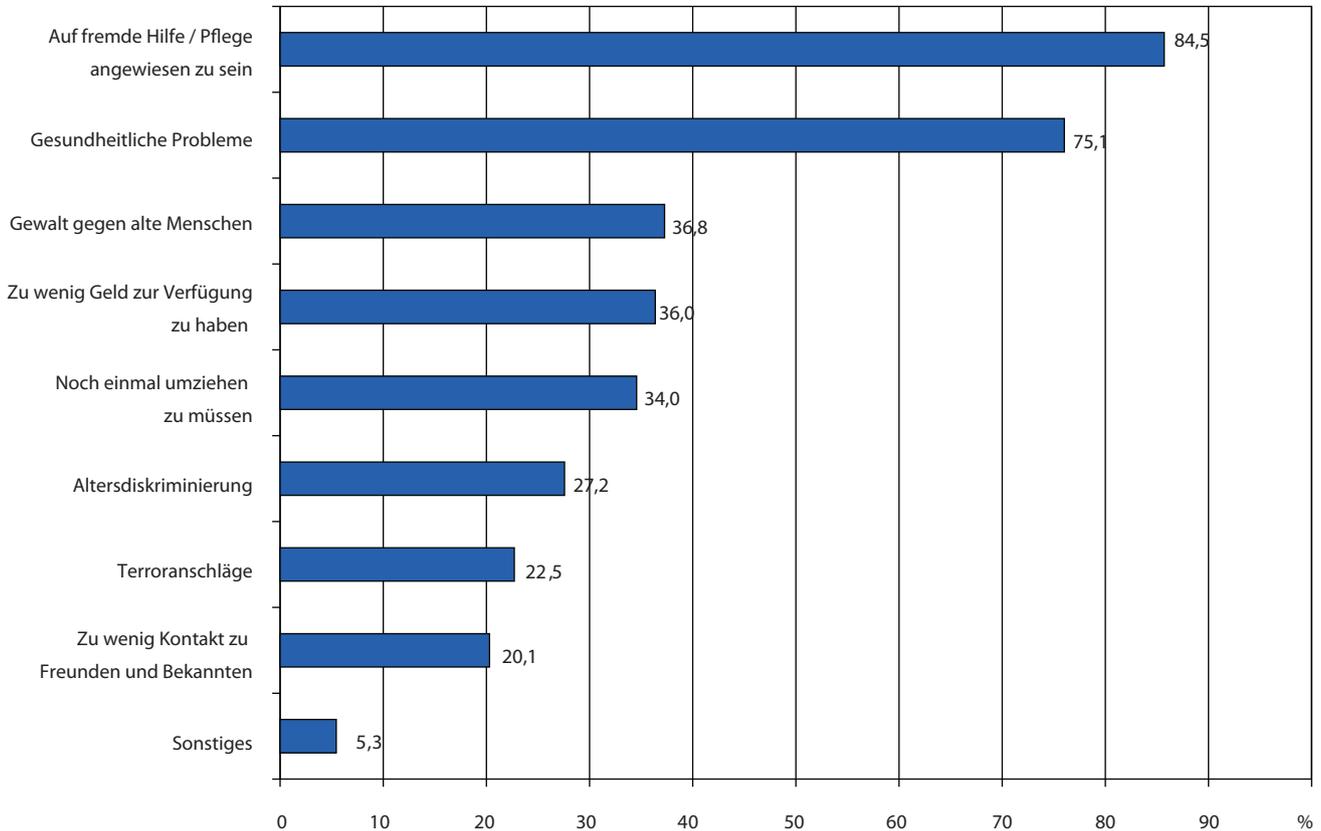
tung, Pflege sozialer Kontakte und Versorgung mit spezifischen Hilfsangeboten dienen, die Selbstständigkeit, Eigeninitiative und Autonomie fördern [2].

Die erfassten Einstellungen zu Seniorentreffs waren indes heterogen, und zwar unabhängig von deren Nutzung (11% regelmäßig oder gelegentlich). So konnte oder nutzte jeder zweite Befragte keinen Seniorentreff, da die Personen sich entweder als zu aktiv (51%) oder jung einschätzten (42%) oder Zeitmangel angaben (21%). Als sinnvolle Einrichtungen mit abwechslungsreichen (14%), kostengünstigen (14%) oder hochwertigen Angeboten (8%) wurden Seniorentreffs von 42% der Befragten beurteilt.

Im städtischen Aktionsraum nutzten zwei Drittel der Befragungsteilnehmer den motorisierten Individualverkehr (65% PKW-Selbstfahrer/ –mitfahrer). Den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) nutzte knapp ein Viertel regelmäßig an mindestens 5 Tagen pro Woche (22%), die überwiegende Mehrheit seltener. Ein Drittel der Senioren gab an, regelmäßig und gut, ein Viertel gelegentlich Fahrrad zu fahren. Fahrradfahren ist ein Aufmerksamkeits- und Balancetraining (Multitasking). Diejenigen Befragungsteilnehmer, die angaben aufge-

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

(n=950, Mehrfachnennung möglich)



Quelle: Eigene Darstellung auf Datenbasis Seniorenbefragung 2007

Abb. 4 Zukunftssorgen der Befragten

hört zu haben mit dem Fahrrad zu fahren (35%), sollten einem Kraft- und Balancetraining zugeführt werden. Knapp jeder dritte Befragte war bereits gestürzt (30%) und/oder hatte Sturzangst (27%). Je nach Zielgruppen gibt es spezifische Angebote der Sturzprävention [1].

Fazit und Ausblick

Die Befragungsergebnisse zeigen eine heterogene, überwiegend aktive ältere Bevölkerung in Hamburg. Eine aktuell durchgeführte bundesweite Bestandsaufnahme seniorenbezogener Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene ergab u.a. deutliche Informationslücken bei den kommunalen Verwaltungen hinsichtlich Angebot, Vernetzung, Nutzung, Einzugsgebiet, Nutzergruppen und „nicht erreichter“ Gruppen [6]. Die Arbeit einer Gesundheits- und Pflegekonferenz, wie sie durch

das Gesundheitsamt des Bezirkes Hamburg Eimsbüttel für die Belange aller älteren Menschen erfolgt, kann solche Informationslücken schließen. Die Ergebnisse der Seniorenbefragung leisten hierzu einen wichtigen Beitrag und können eine Planungsgrundlage bilden.

Einschränkend für die Interpretation ist zu berücksichtigen, dass ein schriftlicher Fragebogen als Selbstausfüller ohne Reminder verwendet wurde und deshalb eher motivierte Befragte spontan antworteten. Dies konnte wegen der Datenschutzvorgaben, eine anonyme Befragung ohne die Möglichkeit eines Reminders durchzuführen, nicht kompensiert werden. Somit gab es keine Möglichkeit, Verweigerungsgründe zu evaluieren oder analoge Angaben für spätere vergleichende Analysen zu erheben. Ein weiterer Nachteil besteht u. E. darin, dass nur nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen auf Repräsentativität gewichtet werden konnte. Eine zusätzliche Gewichtungvariable hätte die Repräsentativität gestützt. Geeignete Variablen, z. B. gesundheitlicher

Antworten gegliedert nach Indikatoren für Lebensweisen in eher

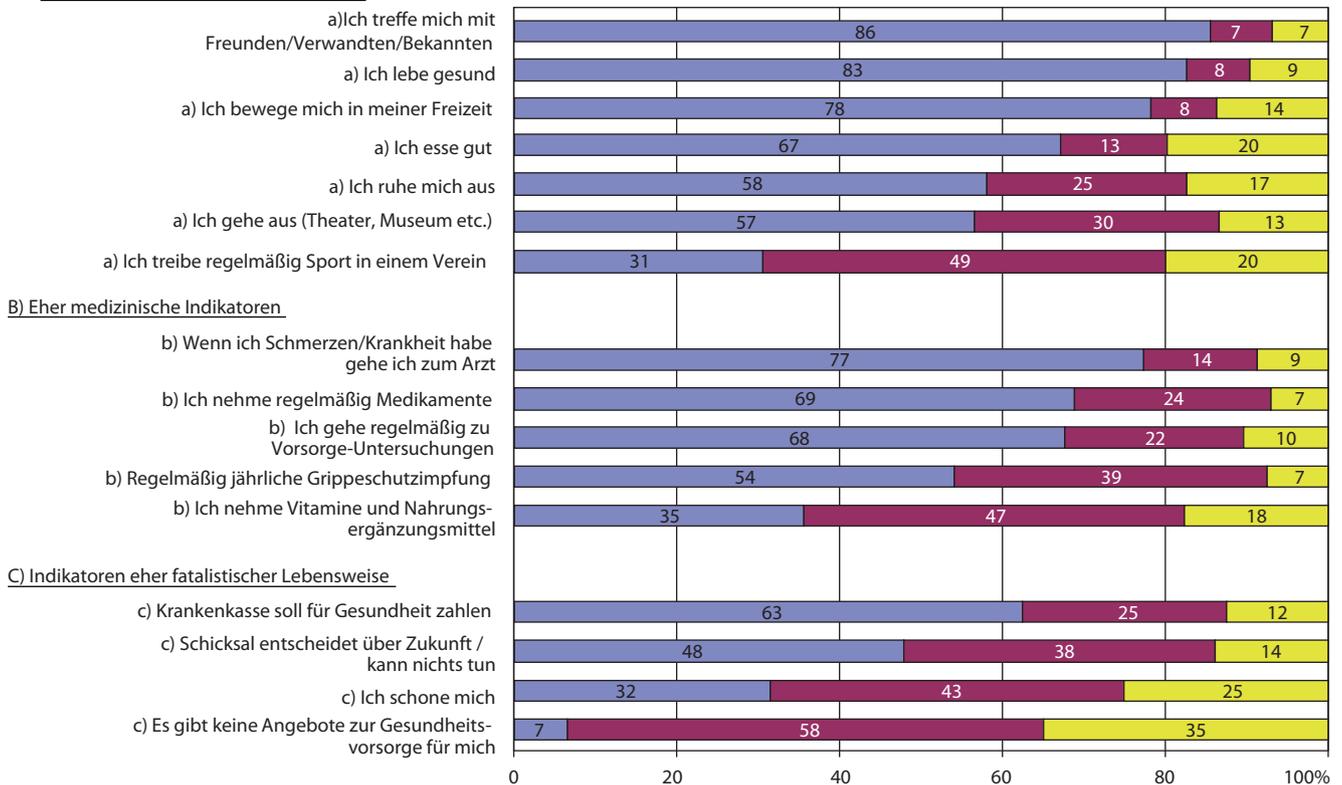
A) nicht medizinisch, B) medizinisch, C) fatalistisch



A) Eher nicht medizinische Indikatoren

für selbstverantwortliche Lebensweise

Um meine Gesundheit zu erhalten tue ich folgendes....



Quelle: Eigene Darstellung auf Datenbasis Seniorenbefragung 2007

Abb. 5 Einstellungen zur allgemeinen Gesunderhaltung (n=950)

Allgemeinzustand, Bildungsstand oder Einkommen sind allerdings nicht in amtlichen Statistiken Hamburgs in 5-Jahres-Altersgruppen enthalten.

Die Gesundheits- und Pflegekonferenz sowie der öffentliche Gesundheitsdienst können die Ergebnisse als Planungsgrundlage nutzen, wozu auch vergleichende Analysen der Stadtteile nach Alter (objektiv sowie subjektiv eingeschätzt), Geschlecht, selbsteingeschätzter Gesundheit, Lebensstand und Einkommen herangezogen werden. Weitere Auswertungen, z. B. zur Profil-Erstellung der Nutzergruppe von Seniorentreffs oder der „Nicht-Erreichten“ für Gesundheitsförderung und Prävention sind geplant. Bedarfsorientierte Informationen können so mit Angebot orientierten Aktivitäten der Gesundheits- und Pflegekonferenz verknüpft werden. Mit einem Geoinformationssystem (GIS) ist es möglich, die komplexen Datenbestände zu bündeln, Informationen gezielt zu suchen, zu analysieren und kartographisch darzustellen, um sie bei den vielfältigen Ansprüchen altengerechter Stadtentwicklung zu bearbeiten [8].

Durchführung und Erkenntnisse dieser Befragung dienen als Pretest für eine vorbereitete repräsentative Befragung im Kontext der Gesundheitsberichterstattung zu gesundheitsrelevanten Themen im Alter. Das Themenspektrum, zu dem Senioren aus dem gesamten Bundesland Hamburg befragt werden sollen, umfasst Gesundheitszustand, Lebensqualität, Ressourcen und Kompetenzen, Nutzung präventiver Angebote des Gesundheitssystems sowie Aspekte der Mobilität.

Zusätzlich wird das interdisziplinäre, sequenzielle Forschungsvorhaben LUCAS (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study) in der Metropolregion Hamburg, gefördert vom BMBF (Förderkennzeichen 01ET0708), in den nächsten Jahren weitere Einblicke zu Determinanten des natürlichen und krankhaft veränderten Alterns ermöglichen [12]. Hierzu gehören (prä-)klinische Marker, wie sie bereits in dieser Seniorenbefragung thematisiert wurden.

► **Interessenkonflikt** Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

1. Anders J, Behmann M, Dapp U, Walter U (2008) Stürze im Alter. In: Kaufmännische Krankenkasse und Medizinische Hochschule Hannover (Hrsg) Weißbuch Prävention 2007/2008. Beweglich? Muskel-Skelett-Erkrankungen – Ursachen, Risikofaktoren und präventive Ansätze. Springer, Heidelberg, S 167–182
2. Bezirksamt Hamburg Eimsbüttel (Hrsg) (2006) Leitbild zur Seniorenpolitik im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel. Beschluss der Bezirksversammlung Hamburg Eimsbüttel
3. Böckling W, Lenz G, Trojanus D, Kirch W (2007) Prävention, Lebenserwartung und Ausgaben für Gesundheit. Generierung einer Hypothese, was Deutschland von Japan lernen kann. Dtsch Med Wochenschr 132:2217–2220
4. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft, Berlin
5. 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
6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2007) Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd 33, Schiffmann, Bergisch Gladbach
7. Dapp U (2008) Gesundheitsförderung und Prävention bei Senioren. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Kohlhammer, Stuttgart
8. Dapp U, Dirksen-Fischer M (2006) Einsatz eines Geoinformationssystems (GIS) zur Implementierung einer internetgestützten Informationsplattform räumlicher und inhaltlicher Daten von Gesundheitsdienstleistern in Hamburg. Präventiv Gesundheitsf 1:159–165
9. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (2004) DEGAM-Leitlinie Nr. 4: Ältere Sturzpatienten. Omikron publishing 2004. Einsehbar unter: <http://www.degam-leitlinien.de> (Stand: 15.04.2007)
10. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg) (2001) Stadtdiagnose 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg
11. Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J (2006) Aktive Gesundheitsförderung im Alter: Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. 2. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart
12. Renteln-Kruse von W (2008) Verbundprojekt Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie (LUCAS). Z Gerontol Geriat 41(Suppl I):46
13. Rowles GD (1978) Prisoners of Space? Exploring the Geographical Experience of Older People. Westview Press, Boulder
14. 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.
15. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2007) Bevölkerung in Hamburg am 31.12.2006, A I/S 1 – j/06 H. Als download verfügbar unter <http://www.statistik-nord.de/index.php?id=552> (Stand 15.02.2008)
16. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2005) Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein, K II 8–2j/2005. Als download verfügbar unter <http://www.statistik-nord.de/index.php?id=570> (Stand 15.11.2007)
17. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2003) Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung. Wiesbaden.
18. Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (2003) Bevölkerung. Ältere Menschen in Hamburg. Reihe Statistik.Magazin.Hamburg, Band 16, Hamburg. Als download verfügbar unter <http://www.statistik-hamburg.de> (Stand: 12.11.2008)
19. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T et al (1999) Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. Social Science and Medicine 48:445–469