

Anlage 1

Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer

Report

Altersdaten

GeroStat

Statistisches Informationssystem

02 | 2006

Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer

Sonja Menning

Aus dem Inhalt

- 5** Ausgewählte funktionale
Beeinträchtigungen
- 12** Chronische Krankheiten und
Multimorbidität
- 13** Subjektive Gesundheit
- 17** Gesundheitsrelevantes Verhalten

Inhalt

Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer

3 Editorial

4 Funktionale Gesundheit Älterer

Zum Begriff der funktionalen Gesundheit Älterer

Ausgewählte funktionale Beeinträchtigungen

Sensorische Beeinträchtigungen – Sehen und Hören

Beeinträchtigungen der Mobilität – Gehen und Treppen steigen

Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL

12 Gesundheitszustand und subjektive Gesundheit Älterer

Gesundheitszustand

Aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen

Chronische Krankheiten und Multimorbidität

Subjektive Gesundheit

**16 Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsrelevantes
Verhalten Älterer**

Gesundheitsbewusstsein

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Nikotinkonsum

Körperliche Aktivität

Körpergewicht – Body-Mass-Index (BMI)

Alkoholkonsum

Literatur

Impressum

Editorial

Das zweite Heft der Reihe **GeroStat Report Altersdaten** knüpft an die Inhalte des vorangegangenen Heftes an und widmet sich weiteren Aspekten des Themas Gesundheit älterer Menschen. Nachdem im ersten Heft der Reihe die Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität älterer Menschen im Mittelpunkt standen, wird in diesem Heft der Schwerpunkt auf den Gesundheitszustand älterer Menschen, seine subjektive Bewertung und das Gesundheitsverhalten der Älteren gelegt.

Mit der funktionalen und der subjektiven Gesundheit werden zwei Konzepte des Gesundheitsbegriffs vorgestellt, die erhebliche Konsequenzen haben für die Lebensqualität der Betroffenen. Die funktionale Gesundheit ist ein wesentlicher Indikator für Lebensqualität. Sie erfasst, inwieweit ein älterer Mensch mit seinen gesundheitlichen Gegebenheiten und trotz eventueller gesundheitlicher Einschränkungen Alltagsanforderungen bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Ähnliches gilt für die subjektive Gesundheit. Diese ist ein Maß für die eigene Bewertung des Gesundheitszustandes, kann für den Einzelnen von objektiv messbaren Gesundheitsparametern deutlich abweichen und trotzdem den Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität unter Umständen genauer beschreiben als medizinische Diagnosen.

Eng mit den oben genannten Kategorien verbunden ist das Gesundheitsverhalten. Ob wir lange und bei guter Gesundheit leben, liegt zu einem nicht unerheblichen Teil in unserer Hand. Einige wichtige Aspekte des Gesundheitsverhaltens der Älteren werden im letzten Teil dieses Reports näher beleuchtet.

Daten zu diesen Themen werden nur in geringem Umfang von der amtlichen Statistik erhoben. Deshalb werden für die Fragestellungen dieses Heftes in erster Linie Surveydaten verwendet – für die Darstellung der Situation in Deutschland Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts und des Alterssurveys des Deutschen Zentrums für Altersfragen sowie für den europäischen Vergleich Daten der SHARE-Studie.

Wie immer, liebe Leserin und lieber Leser, sind wir interessiert an Ihren Meinungen, Kritiken und Anregungen, die wir gern unter gerostat@dza.de entgegennehmen. Unter derselben Adresse können Sie sich außerdem für ein kostenfreies Abonnement des **Reports Altersdaten** eintragen.

Wir wünschen Ihnen Freude beim Lesen des zweiten GeroStat Reports Altersdaten –

Ihre Mitarbeiterinnen des Projekts GeroStat

Telefonischer Gesundheitssurvey

Der Telefonische Gesundheitssurvey ist eine seit 2002 in mehreren Wellen durchgeführte Erhebung des Robert-Koch-Instituts zu wesentlichen Aspekten des Gesundheitsgeschehens in Deutschland. Befragt werden Personen im Privathaushalten. Die in diesem Heft überwiegend verwendete 2. Welle aus dem Jahr 2004 realisierte 7.341 Telefoninterviews. Weitere Informationen unter www.rki.de.

Alterssurvey

Der Alterssurvey ist eine Befragung, die das Ziel hat, in umfassender Weise die Lebensbedingungen älterer Menschen zu untersuchen, u.a. auch gesundheitliche Aspekte. In diesem Heft werden Ergebnisse der 2. Welle des Alterssurveys verwendet, in der im Jahr 2002 insgesamt 5.194 Personen zwischen 40 und 85 Jahren in Privathaushalten befragt wurden. Diese Erhebung wurde am Deutschen Zentrum für Altersfragen durchgeführt. Weitere Informationen unter www.dza.de/forschung/forsch-alterssurvey.html.

SHARE-Studie

Der »Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe« (SHARE) ist eine multidisziplinäre und länderübergreifende Studie zu den Themen soziale Lage, Gesundheit, soziale und familiäre Netzwerke der über 50-Jährigen. Sie wurde als internationales Kooperationsprojekt im Jahr 2004 in elf europäischen Ländern erhoben. Weitere Informationen unter www.share-project.org.

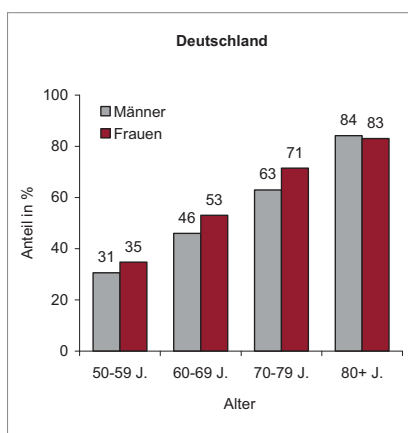
Funktionale Gesundheit Älterer

Wie wird funktionale Gesundheit von der WHO definiert?

Nach der Definition der WHO ist eine Person funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, persönliche Faktoren) – (a) ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen), (b) sie nach Art und Umfang das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), (c) sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise (Art und Umfang) entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird. (Konzept der Partizipation) (Schuntermann, 2006)

Abbildung 1

Aktivitätsbeschränkungen (GALI) nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004



Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

Zum Begriff der funktionalen Gesundheit

Mit dem steigenden Anteil Älterer an der Bevölkerung wird es zunehmend wichtig, nicht nur Informationen über die Verbreitung von Krankheiten unter Älteren zu haben, sondern auch über ihren funktionalen gesundheitlichen Zustand. Die funktionale Gesundheit beschreibt, wie Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Eine gute funktionale Gesundheit ist wesentlich für Autonomie und selbständige Lebensführung im Alter. Oder umgekehrt: Funktionale Einschränkungen im Alter können dazu führen, dass die gewohnten Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können, Aktionspielräume eingeengt werden und die betreffende Person hilfe- oder pflegebedürftig wird.

Funktionale Gesundheit beinhaltet physische, psychische und soziale Aspekte. Am besten untersucht sind derzeit Elemente der physischen funktionalen Gesundheit.

Die funktionale Gesundheit ist in allen Lebensaltern von Belang. Da funktionale Einschränkungen aber mit dem Alter zunehmen, sind es vor allem die Älteren, die von abnehmender funktionaler Gesundheit betroffen sind. Dennoch: Das Alter wurde und wird häufig als eine Lebensphase betrachtet, die zwangsläufig mit Krankheit und Gebrechlichkeit einhergeht. Dieses Stereotyp des Alters ist falsch, wie die Daten der folgenden Abschnitte belegen werden. Der überwiegende Teil der über 60-Jährigen ist auch trotz funktionaler Einschränkungen in der Lage, die Anforderungen des Alltags selbständig zu erfüllen. Das gilt selbst für das hohe Alter.

Die Entwicklung funktionaler Einschränkungen über die Altersgruppen hinweg zeigt Abbildung 1. Abgebildet ist der Indikator GALI (Global Activity Limitation Indicator), der misst, ob die Befragten innerhalb eines bestimmten Zeitraums (hier: im letzten halben Jahr) durch gesundheitliche Probleme an der Ausübung ihrer üblichen Aktivitäten gehindert waren. Deutlich wird, dass sowohl Männer als auch Frauen mit zunehmendem Alter wesentlich häufiger solche Aktivitätsbeschränkungen angeben. Während von 50- bis 59-jährigen deutschen Befragten nur etwa ein Drittel in ihrem Alltag Einschränkungen aufgrund gesundheitlicher Probleme hatten, traf das auf über 80 Prozent der 80-Jährigen und Älteren zu. Frauen zeigten dabei mit Ausnahme der ältesten Altersgruppe häufiger Einschränkungen als Männer.

Ausgewählte funktionale Beeinträchtigungen

Funktionale Beeinträchtigungen sind Aktivitätseinschränkungen bzw. Schwierigkeiten beim Ausführen bestimmter Aktivitäten aufgrund körperlicher oder mentaler Schädigungen bzw. Störungen. Wurde im vorhergehenden Abschnitt gezeigt, wie sich der Anteil funktionaler Beeinträchtigungen ganz allgemein mit dem Alter verändert, so sollen in diesem Abschnitt einige konkrete Beeinträchtigungen näher betrachtet werden.

Sensorische Beeinträchtigungen – Sehen und Hören

Zu den körperlichen funktionalen Einschränkungen, die einen großen Teil der älteren Menschen betreffen, gehören die des Sehens und Hörens. Das Alter stellt den größten Risikofaktor für alle Formen sensorischer Einschränkungen dar. Je länger Menschen leben, umso größer sind ihre sensorischen Verluste. Schätzungen aus britischen Studien zufolge leidet etwa ein Fünftel der über 75-Jährigen an Sehbeeinträchtigungen und ein Viertel an Hörbeeinträchtigungen (Margrain & Boulton, 2005). Einschränkungen im Hör- und Sehvermögen wirken nicht nur auf die Lebensqualität der Betroffenen, sondern stellen darüber hinaus Risikofaktoren dar für weitere Unfälle und Krankheiten, wie z. B. für Gleichgewichtsstörungen, Hüftfrakturen und Depressionen (Campbell, Crews, Moriarty, Zack, & Blackman, 1999).

Auch künftig werden Hör- und Sehbeeinträchtigungen weltweit ein zentrales Gesundheitsproblem darstellen. Einer aktuellen Studie von Mathers und Loncar (2006) zufolge werden im Jahr 2030 in Ländern mit hohem und mittlerem Durchschnittseinkommen altersbezogene Hör- und Sehbeeinträchtigungen zu den Top Ten der Burden of Disease (Krankheitslasten) zählen, also zu den Hauptgründen für verlorene gesunde Lebensjahre.

Zum Sehen: Die Leistungsfähigkeit des Auges, wie z. B. das Wahrnehmen von Kontrasten, die Farbwahrnehmung und die Lichtsensitivität, nimmt mit dem Alter ab. Eine wesentliche altersbezogene Veränderung in der Sehfähigkeit, die Altersweitsichtigkeit, stellt sich schon im mittleren Erwachsenenalter ein und betrifft nahezu die gesamte Bevölkerung der entsprechenden Altersgruppen. Ein Teil des Funktionsverlustes der Augen kann durch Sehhilfen, Operationen und ähnliche Interventionen kompensiert werden. Trotzdem ist, gerade im höheren Alter, der Anteil von Menschen mit Sehbeeinträchtigungen vergleichsweise hoch.

Das zeigt auch Abbildung 2, die mit Daten des Alterssurveys den Anteil von Sehbeeinträchtigten nach Altersgruppen abbil-

det. Dabei werden Alltagssituationen (Zeitung lesen, Treffen auf der Straße) erfasst. Der Anteil derjenigen, die Schwierigkeiten beim Lesen einer Zeitung haben, steigt bei den über 75-Jährigen auf fast ein Drittel. Beim Erkennen von Personen auf der Straße sind es in dieser Altersgruppe 17 Prozent, die Probleme angeben.

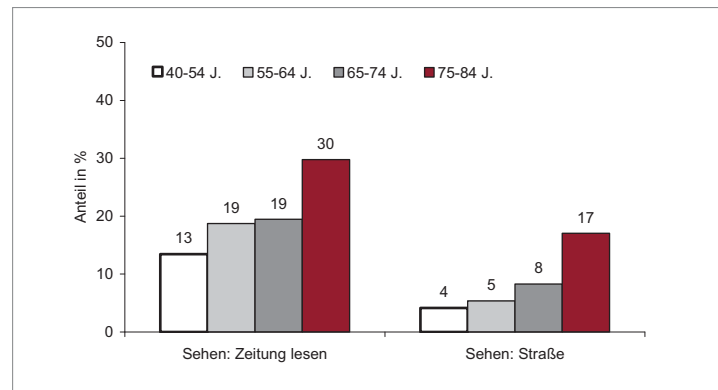
Abbildung 2

Anteil von Befragten mit Sehbeeinträchtigungen nach Altersgruppen, Alterssurvey 2002

Daten Alterssurvey 2002 Replikationsstichprobe, gewichtet

(Sehen: Zeitung lesen) – Haben Sie aufgrund von Sehproblemen Schwierigkeiten beim Lesen der Zeitung (gegebenenfalls auch dann, wenn Sie eine Sehhilfe benutzen)?

(Sehen: Straße) – Haben Sie aufgrund von Sehproblemen Schwierigkeiten, Ihnen bekannte Personen auf der Straße zu erkennen (gegebenenfalls auch dann, wenn Sie eine Sehhilfe benutzen)?



Hörverluste gehören ebenfalls zu den häufigsten chronischen Störungen des Alters. Im Bundesgesundheitsurvey 1998 bezeichneten sich 17 Prozent der 70- bis 79-jährigen Frauen und 31 Prozent der gleichaltrigen Männer als schwerhörig, darunter auch Befragte, die über ein Hörgerät verfügen.

Von Hörbeeinträchtigungen Betroffene beschweren sich häufig nicht über den Hörverlust an sich, sondern darüber, dass sie Kommunikationsprobleme haben, also Gesprochenes nicht oder falsch verstehen. Diese Probleme können zu sozialem Rückzugsverhalten und psychischen Problemen führen und somit auch eine selbständige Lebensführung gefährden (Margrain & Boulton, 2005).

Deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen auch die Daten des Alterssurveys. Ein Fünftel bzw. ein Viertel der über 75-jährigen Befragten gaben Schwierigkeiten an beim Hören während des Telefonierens bzw. während eines Gruppentreffens (Abbildung 3).

Einschränkungen der Mobilität – Gehen und Treppen steigen

Mobilitätseinschränkungen nehmen erwartungsgemäß mit dem Alter zu und werden vor allem im hohen Alter zu einem Problem für die selbständige Lebensführung. Ältere Frauen sind stärker als Männer von Einbußen ihrer Mobilität betroffen. Frauen müssen weltweit damit rechnen, mehr Lebensjahre als Männer mit derartigen funktionellen Einschränkungen zu leben und dadurch eine Verschlechterung ihrer Lebens-

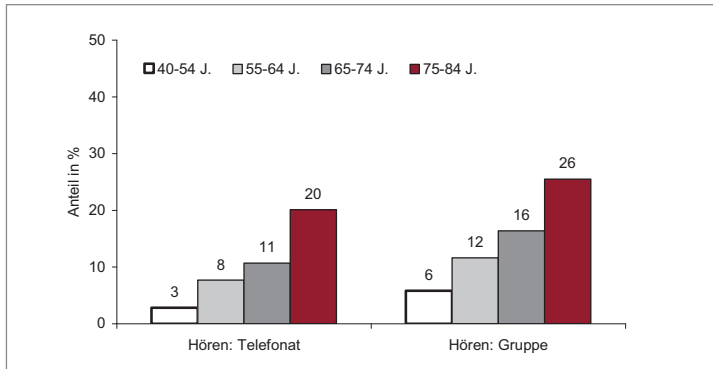


Abbildung 3

Anteil von Befragten mit Hörbeeinträchtigungen nach Altersgruppen, Alterssurvey 2002

Daten Alterssurvey 2002 Replikationsstichprobe, gewichtet

(Hören: Telefonat) – Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Hören, wenn Sie telefonieren?

(Hören: Gruppe) – Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Hören bei einem Gruppentreffen?

qualität zu erfahren. Mobilitätseinschränkungen gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Hilfebedürftigkeit im Alter. So können z.B. eine langsame Gehgeschwindigkeit und ein unsicherer Gang zu einer Ursache für Unfälle und Stürze werden, die weitere Funktions- und Autonomieverluste nach sich ziehen. Nach Angaben der US-amerikanischen AHEAD-Studie erlitten 35 Prozent der über 75-jährigen Befragten in Privathaushalten in den zwei Jahren vor dem Interview einen oder mehrere Stürze. Während nur 18 Prozent der Älteren, die nicht gestürzt waren, auf Hilfe im Alltag angewiesen sind, sind 25 Prozent der einmal gestürzten Befragten und sogar 47 Prozent der zwei- oder mehrmals gestürzten Befragten im Alltag hilfebedürftig. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Vermeidung eines ersten Sturzes am besten, die Vermeidung eines zweiten Sturzes aber dringend notwendig ist (Hertz & Baker, 2002).

Abbildung 4 zeigt mit den Daten des deutschen Alterssurveys, dass vor allem die ältesten Befragten zwischen 75 und 84 Jahren einen Bedarf an Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Mobilität haben. Etwa jeder Vierte gab an, stark eingeschränkt zu sein beim Steigen mehrerer Treppenabsätze, beim Zurücklegen einer Strecke von mehr als einem Kilometer bzw. von mehreren Straßenkreuzungen (vgl. Abbildung 4).

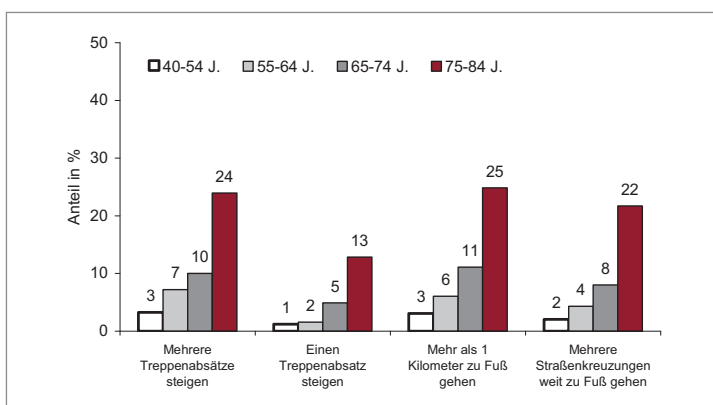


Abbildung 4

Anteil von Befragten mit starken Beeinträchtigungen der Mobilität nach Altersgruppen, Alterssurvey 2002

Daten Alterssurvey 2002 Replikationsstichprobe, gewichtet

Frage: Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt oder überhaupt nicht eingeschränkt? (Anteil »stark eingeschränkt«)

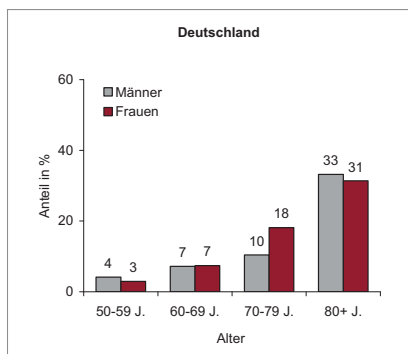
Was messen ADL und IADL?

Die ADL messen die Fähigkeit, bestimmte Basisaktivitäten der Pflege und Versorgung der eigenen Person zu leisten: Essen, Trinken, Baden/Duschen, An- und Ausziehen, ins Bett gelangen/aus dem Bett aufstehen. Die IADL sind dagegen komplexere Tätigkeiten. Sie erfassen, ob sich die betreffende Personen innerhalb und außerhalb ihres Haushalts versorgen kann: so z. B. Wäsche waschen, Wohnung reinigen, Mahlzeiten zubereiten, einkaufen, aber auch die finanziellen Angelegenheiten regeln.

Abbildung 5

Anteil der Befragten mit mindestens einer ADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen



Haben Sie wegen gesundheitlicher Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten mit diesen ... Aktivitäten? – Sich anziehen, einschließlich Socken und Schuhe; Quer durch einen Raum gehen; Baden oder Duschen; Essen, zum Beispiel beim Zerkleinern Ihrer Speisen; Sich ins Bett legen, aus dem Bett aufstehen; Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen

Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL

Die physische Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung älterer Menschen wird in Studien häufig gemessen mit Indikatoren selbstberichteter Schwierigkeiten bzw. der Unfähigkeit, bestimmte Aufgaben des täglichen Lebens zu erfüllen. Die Kategorie der Aktivitätseinschränkungen im Alltag baut auf jener der funktionellen Beeinträchtigungen auf, steht aber stärker in einem sozialen Kontext. Aus der Konstruktion der Kategorien folgt, dass es mehr ältere Menschen gibt, die funktionelle Beeinträchtigungen in einer Befragung angeben als Aktivitätseinschränkungen.

Gemessen werden Aktivitätseinschränkungen in Surveys häufig mit dem Instrument der ADL (Activities of Daily Living) bzw. IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Die Verwendung dieser Indikatoren in vergleichenden Studien ist nicht unproblematisch, da sie nicht nur gesundheitliche Einschränkungen widerspiegeln, sondern auch sozial definierte Rollen und Umfeldbedingungen, die die Antworten abhängig von kulturellen Einflüssen machen (Zimmer, Chayovan, Lin, & Natividad, 2003).

Einschränkungen in den ADL lassen auf einen relativ weit fortgeschrittenen Grad der Hilfebedürftigkeit schließen. Dementsprechend niedrig sind Angaben in dieser Kategorie bei älteren Menschen, die in Privathaushalten leben (und an einer Befragung teilnehmen). Eine Auswertung der SHARE-Daten für die deutsche Stichprobe zeigt, dass der Anteil der Befragten, die eine oder mehrere Beeinträchtigungen in den ADL aufweisen, bis zum 80. Lebensjahr noch relativ gering ist und erst danach sprunghaft ansteigt. Dann allerdings sind etwa ein Drittel der Männer und Frauen bei mindestens einer der Basisaktivitäten der Selbstversorgung wie Anziehen, Baden/Duschen oder Essen eingeschränkt (vgl. Abbildung 5).

Es mag verwundern, dass der Anteil von ADL-beeinträchtigten Frauen und Männern in der ältesten Altersgruppe in etwa gleich hoch ist, da doch älteren Frauen im Allgemeinen eine schlechtere funktionelle Gesundheit zugeschrieben wird. Erklären lässt sich dieser Fakt dadurch, dass für die SHARE-Untersuchung die Bevölkerung in Privathaushalten befragt wurde. Ältere Frauen mit einer sehr schlechten funktionalen Gesundheit und großen ADL-Einschränkungen leben aber (eher als Männer in dieser Situation) zu einem größeren Anteil in Pflegeeinrichtungen. Sie fehlen also überproportional häufig in den Befragungspopulationen in Privathaushalten.

Der Ausfall von ADL-Aktivitäten setzt, wie oben bereits erwähnt, erst spät im Leben ein. Tabelle 1 zeigt, in welchem Al-

Aktivität	Insgesamt	Frauen	Männer
	Alter in Jahren		
Gehen	83,9	83,7	85,1
Baden	86,9	86,3	87,9
Aufstehen/Hinsetzen/Hinlegen*	89,7	89,4	91,9
Anziehen	91,8	91,7	92,7
Toilette benutzen	92,7	91,0	96,2
Essen	99,6	99,3	102,3

ter jeweils die Hälfte einer Untersuchungspopulation bestimmte ADL-Aktivitäten nicht mehr ausführen konnte. Während das Gehen und Baden nach den Ergebnissen dieser Studie bereits in einer relativ frühen Phase des hohen Alters Probleme bereitet, bleibt die Fähigkeit zu anderen Basisaktivitäten (z.B. selbständiges Essen) bis in das sehr hohe Alter erhalten. Die IADL (Instrumental Activities of Daily Living) erweitern im Vergleich zu den ADL das Spektrum der untersuchten Aktivitäten um diejenigen Tätigkeiten, die notwendig sind, um ein selbständiges Leben in einem Privathaushalt zu führen (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Haushaltsreinigung, Wäsche waschen). Sie umfassen damit komplexere Tätigkeiten als die ADL, die sich auf die reine körperliche Selbstversorgung richten. Demnach spiegeln die IADL in stärkerem Maß als die ADL nicht nur gesundheitliche Einschränkungen wider, sondern auch sozial definierte Rollen, Bedingungen der physischen und sozialen Umwelt und kulturelle Faktoren. Zum Anderen sind diese Indikatoren auch ein Ausdruck für die Entwicklung von Hilfsmitteln und ihren Verbreitungsgrad in der betroffenen Population.

Die Daten der SHARE-Studie zeigen für Deutschland, dass ein erheblicher Anteil der über 80-jährigen Befragten bei mindestens einer IADL-Kategorie eingeschränkt ist (39% der Männer dieser Altersgruppe, 44 % der Frauen). Damit liegt Deutschland im Durchschnitt der übrigen 9 europäischen Länder der SHARE-Studie. Nur bei den über 80-jährigen Frauen liegt der durchschnittliche Anteil der europäischen Länder noch um 10 Prozentpunkte höher als in Deutschland.

In den westlichen Ländern ist eine langfristige Tendenz zur Verringerung der Einschränkungen bei den IADL auszumachen, die nicht in gleichem Maß für die ADL festzustellen ist. So wurden in den USA substanzielle Rückgänge während der 1990er Jahre beobachtet in Bezug auf solche Aktivitäten wie Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung und Geldverwaltung. Erklärt werden diese Verbesserungen zum Einen mit einer verbesserten Gesundheit älterer Menschen, zum Anderen aber auch mit einem erhöhten Gebrauch von Hilfsmitteln, die den Alltag erleichtern. So muss man nicht mehr unbedingt das Haus verlas-

Tabelle 1

Mittleres Alter (Medianalter**) des Einsetzens der Hilfebedürftigkeit für Alltagsaktivitäten (ADL)

* Bett bzw. Stuhl

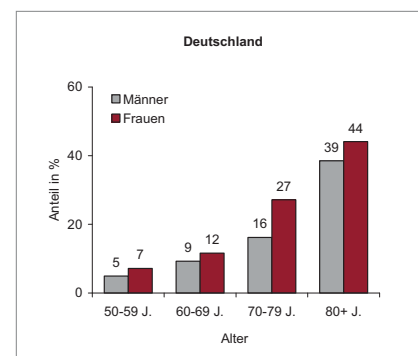
** Medianalter hier: Alter, in dem 50 Prozent einer Population die genannten Aktivitäten nicht mehr selbständig ausüben können

Quelle (Dunlop, Hughes, & Manheim, 1997, 380)

Abbildung 6

Anteil der Befragten mit mindestens einer IADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen



Haben Sie wegen gesundheitlicher Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten mit diesen... Aktivitäten? – Benutzen einer Karte, um sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden; Zubereitung einer warmen Mahlzeit; Einkaufen von Lebensmitteln; Telefonieren; Medikamente einnehmen; Arbeiten im Haus oder im Garten; Mit Geld umgehen, zum Beispiel Rechnungen bezahlen oder Ausgaben kontrollieren

sen, um Einkäufe zu tätigen oder Bankgeschäfte zu erledigen und kann sich die Mahlzeitenzubereitung mit einer Mikrowelle erleichtern (Freedman, Martin, & Schoeni, 2004).

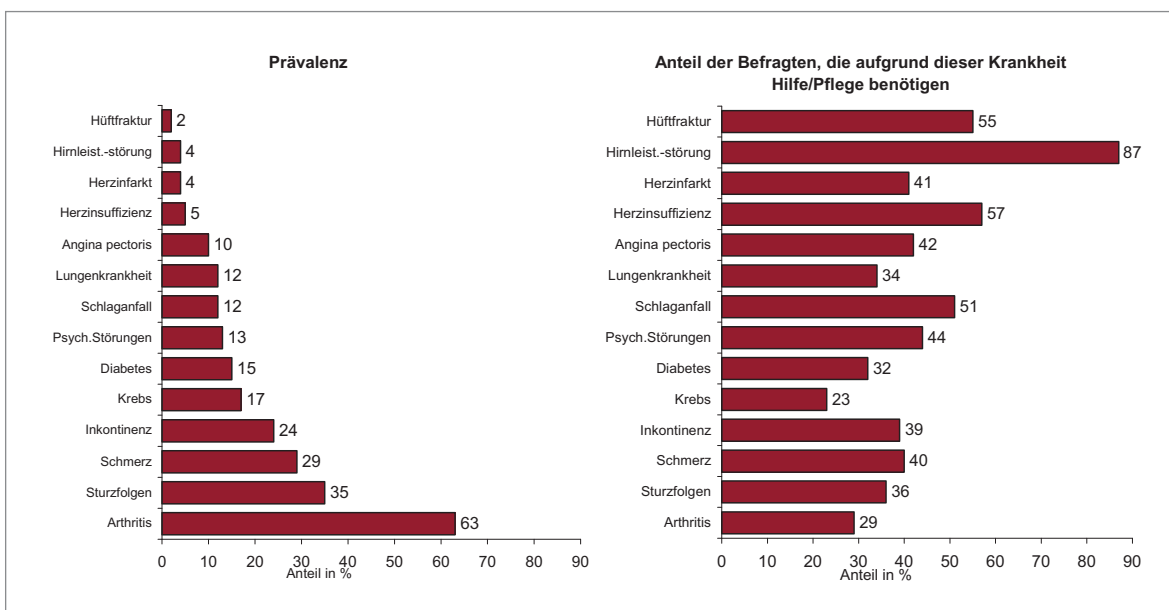
Autonomie im Alter ist naturgemäß eng mit den gesundheitlichen Voraussetzungen älterer Menschen verbunden. Einige Krankheiten verursachen in hohem Maße Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Dabei sind die Beziehungen zwischen der Prävalenz (Häufigkeit) der Krankheit und dem entstehenden Pflegebedarf durchaus differenziert. Der bereits erwähnten US-amerikanischen AHEAD-Studie zufolge litten beispielsweise nur etwa 4 Prozent der in Privathaushalten lebenden Befragten an Hirnleistungsschwächen, aber 87 Prozent der davon Betroffenen waren hilfe- bzw. pflegebedürftig. Ein ähnliches Verhältnis von relativ geringen Prävalenzen der Krankheit, aber hohem daraus resultierendem Pflegebedarf wiesen Hüftfrakturen, verschiedene Formen von Herzerkrankungen (Herzinfarkte, Herzinsuffizienzen, Angina pectoris), aber auch Schlaganfälle auf (vgl. Abbildung 7 und Hertz & Baker, 2002).

Standen bisher die Einschränkungen bei den ADL und IADL von älteren Menschen in Privathaushalten im Mittelpunkt, so soll im Folgenden das Augenmerk auf die Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegeeinrichtungen gelegt werden. Welche selbständige Lebensführung ist dieser Bevölkerungsgruppe aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen möglich? Die im Jahr 2005 durchgeführte Untersuchung mit dem Titel »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen – (MuG IV)« hat diese Fragestellung in den Fokus genommen (vgl. dazu Schneekloth, 2006).

Abbildung 7

Prävalenz von Krankheiten/Störungen bei in Haushalten lebenden 75-Jährigen und Älteren und daraus resultierender Pflegebedarf, AHEAD-Studie 1998

Quelle nach (Hertz & Baker, 2002)



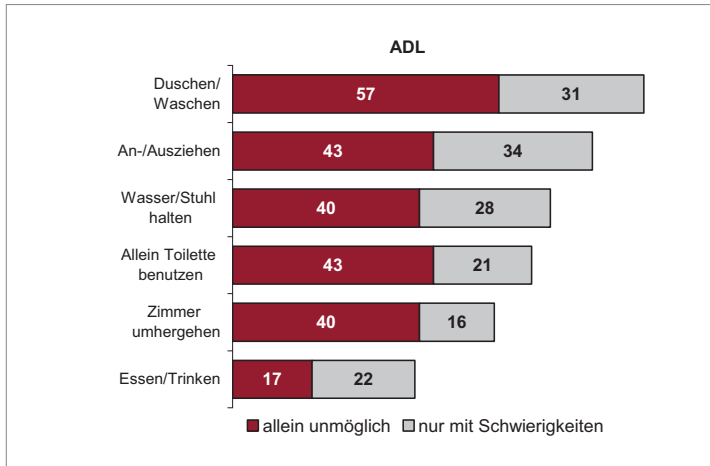


Abbildung 8

Bewohner/innen in Alteneinrichtungen nach Einschränkungen in den ADL, TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Quelle nach Schneekloth, U. (2006), Angaben nach Einschätzungen des Betreuungspersonals

Aus der Untersuchung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern wurde deutlich, dass diese in allen Bereichen der täglichen Versorgung ein hohes Maß an Hilfe und Unterstützung benötigen. Fast 90 Prozent der untersuchten Population können sich nach diesen Daten nicht oder nur mit Schwierigkeiten allein duschen oder waschen, etwa drei Viertel nicht oder kaum an- und ausziehen (vgl. Abbildung 8). Noch stärker beeinträchtigt sind Heimbewohnerinnen und -bewohner in den hauswirtschaftlich orientierten Verrichtungen. 91 Prozent von ihnen können allein keine öffentlichen Verkehrsmittel nutzen, 89 Prozent nicht oder nur mit Schwierigkeiten allein einkaufen, 85 Prozent ihre finanziellen Dinge nicht oder kaum regeln. Der Autor dieser Studie konstatiert, dass der Hilfebedarf unter Heimbewohnerinnen und -bewohnern trotzdem differenziert ist und dass auch stationär untergebrachte Pflegebedürftige über nicht unerhebliche Alltagskompetenzen verfügen, die mobilisiert und ausgebaut werden können (Schneekloth, 2006).

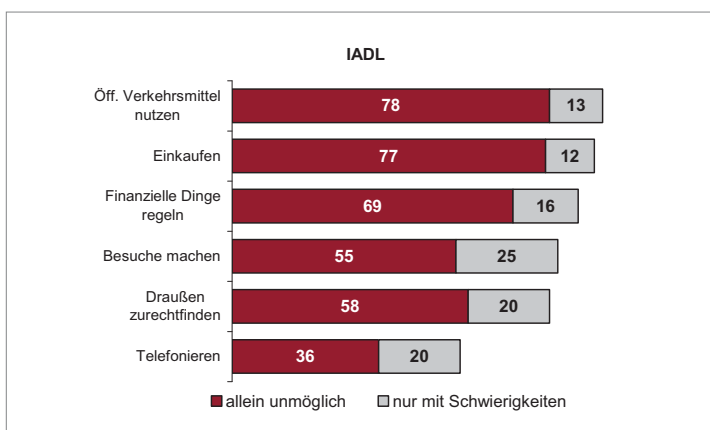


Abbildung 9

Bewohner/innen in Alteneinrichtungen nach Einschränkungen in den IADL, TNS Infratest-Heimerhebung 2005

Quelle nach Schneekloth, U. (2006), Angaben nach Einschätzungen des Betreuungspersonals

Gesundheitszustand und subjektive Gesundheit Älterer

Gesundheitszustand

Abbildung 10

Anteil von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Kranke und Unfallverletzte), Mikrozensus 2005

Quelle nach Statistisches Bundesamt. (2006). Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
* Bezogen auf die Bevölkerung mit Angaben über die Gesundheit

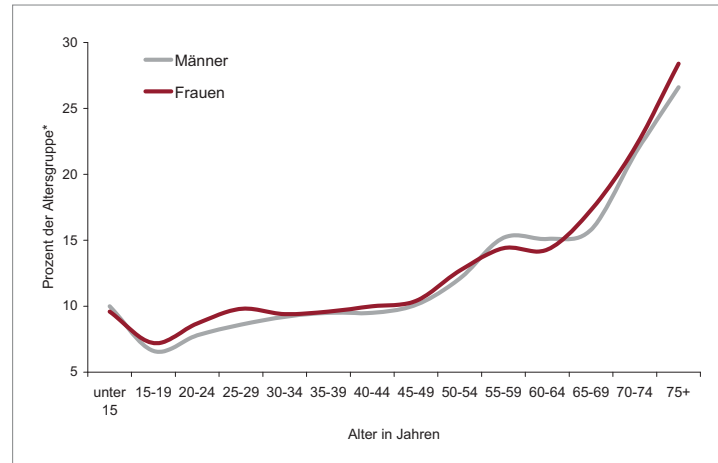
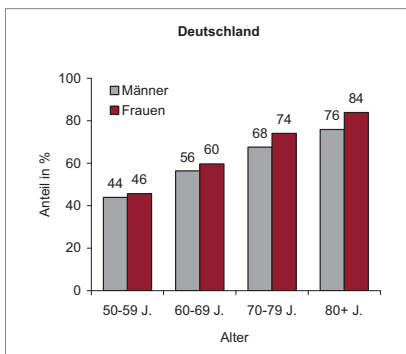


Abbildung 11

Anteil der Befragten mit chronischen Gesundheitsproblemen nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen



»Manche Menschen haben chronische oder langwierige gesundheitliche Probleme. Unter langwierig verstehen wir, dass Sie damit schon seit längerer Zeit Probleme haben oder wahrscheinlich für längere Zeit Probleme haben werden. – Haben Sie in diesem Sinn langwierige Gesundheitsprobleme, Krankheiten, oder Behinderungen?« (Anteil der Ja-Antworten)

Aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen

Der Mikrozensus stellt in regelmäßigen Abständen auch Fragen zum gegenwärtigen Gesundheitszustand, unter anderem dazu, ob die Befragten in den vergangenen vier Wochen krank oder unfallverletzt waren. Im Jahr 2005 waren Selbstaussagen zufolge insgesamt 13 Prozent der Bevölkerung krank oder unfallverletzt. Dabei ist das Alter eine wichtige Einflussgröße für den Gesundheitszustand. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden zu, wie Abbildung 10 zeigt (vgl. auch Statistisches Bundesamt, 2006).

Chronische Krankheiten und Multimorbidität

Erheblich höher liegt nach den Daten der SHARE-Studie der Anteil derjenigen älteren Befragten, die langfristige, chronische Gesundheitsprobleme berichten. Bereits im mittleren Erwachsenenalter (bei den 50- bis 59-Jährigen) gibt fast die Hälfte aller Befragten langfristige Gesundheitsprobleme an. Ab dem 60. Lebensjahr steigt dieser Prozentsatz deutlich und beträgt bei den über 80-Jährigen 76 Prozent (Männer) bzw. 84 Prozent (Frauen). Die überwiegende Mehrheit der älteren Bevölkerung ist also mit chronischen Gesundheitsproblemen konfrontiert, Frauen in größerem Umfang als Männer (vgl. Abbildung 11). Vor allem in den Altersgruppen ab 70 Jahren gibt es in den untersuchten europäischen Staaten große Geschlechterunterschiede bei chronischen Gesundheitsproblemen. Frauen haben in diesem Aspekt um 7 bis 12 Prozentpunkte höhere Anteile als Männer.

Die Anteile chronisch Erkrankter sind in Deutschland höher als im Durchschnitt aller in SHARE vertretenen europäischen Länder.

Neben dem vermehrten Auftreten chronischer Krankheiten ist die Multimorbidität im Alter – das gleichzeitige Auftreten von mehreren Erkrankungen – ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem. Die parallel bestehenden Erkrankungen haben häufig einen chronischen Verlauf, sie beeinflussen sich gegenseitig in negativer Weise und begünstigen das Auftreten weiterer akuter Krankheiten.

Der Anstieg der Multimorbidität (hier als der Anteil der Befragten mit zwei und mehr chronischen Krankheiten) über die Altersgruppen ist augenfällig, wie Abbildung 12 zeigt. Während bei den 50- bis 59-Jährigen noch weniger als ein Viertel davon betroffen ist, sind es bei den 70- bis 79-Jährigen bereits mehr als die Hälfte und bei den über 80-Jährigen sogar etwa zwei Drittel, die mehrfach chronisch krank sind.

Subjektive Gesundheit

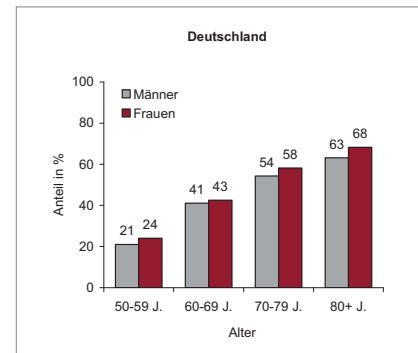
Die subjektive Gesundheit widerspiegelt nicht nur objektivierbare Fakten des Gesundheitszustandes wie körperliche Funktionsfähigkeit, diagnostizierte Krankheiten u. ä., sondern fasst physische, psychische als auch soziale Aspekte der Gesundheit in der ganzheitlichen Sichtweise der Betroffenen zusammen. Zu den Vorteilen des Indikators gehört seine einfache Handhabung bei gleichzeitig komplexer Aussagefähigkeit. Durch empirische Untersuchungen wurde beispielsweise belegt, dass die subjektive Gesundheit künftige Mortalität besser vorhersagen kann als objektive Indikatoren, die auf Diagnosen und Messungen beruhen. Die Aussagefähigkeit des Indikators subjektive Gesundheit ist also hoch. (vgl. dazu z.B. Benyamini & Idler, 1999; Idler & Benyamini, 1997; Mossey & Shapiro, 1982; Müters, Lampert, & Maschewsky-Schneider, 2005; Schupp, 2005).

Die vom Robert-Koch-Institut veröffentlichten Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigen, dass einerseits in allen Altersgruppen der weit überwiegende Teil der Befragten die eigene Gesundheit als »gut« oder »sehr gut« bewertet (vgl. Tabelle 2). Zum Anderen nimmt aber mit steigendem Alter die positive Einschätzung der Gesundheit ab (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006).

Zu ähnlichen Ergebnissen für den Altersverlauf kommt auch der Alterssurvey 2002 (vgl. Abbildung 13). Die subjektive Gesundheit wird auch nach diesen Daten über die Altersgruppen

Abbildung 12

Anteil der Befragten mit 2 und mehr Krankheiten nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004



Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Bitte sehen Sie sich Karte 6 an. Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie unter einer der dort aufgeführten Krankheiten leiden? Bitte nennen Sie mir die entsprechenden Ziffern.« (14 Krankheiten bzw. Risikofaktoren und eine offene Kategorie)

Was ist subjektive Gesundheit?

Die subjektive Gesundheit (auch, selbstberichtete Gesundheit, engl. self-rated health) ist ein Maß für die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (etwa: »Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?«). Sie ergänzt andere, stärker objektiv ausgerichtete Indikatoren des Gesundheitszustandes um den Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Tabelle 2

Selbsteinschätzung der Gesundheit nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?«

	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
	Anteile in %				
Frauen (N=3.792)					
18-29 J.	33,0	54,1	12,0	0,7	0,3
30-39 J.	30,9	55,6	11,8	1,0	0,7
40-49 J.	24,0	57,3	16,2	1,6	0,9
50-59 J.	19,7	43,7	26,9	7,9	1,7
60-69 J.	11,7	45,5	33,3	7,5	2,0
70+ J.	6,7	39,3	41,0	10,7	2,3
Gesamt	21,2	49,5	23,2	4,8	1,3
Männer (N=3.542)					
18-29 J.	38,2	55,2	6,0	0,2	0,4
30-39 J.	30,0	57,3	10,8	1,3	0,6
40-49 J.	21,1	62,3	13,4	2,4	0,8
50-59 J.	13,3	53,3	23,2	7,6	2,6
60-69 J.	11,3	44,7	36,0	6,7	1,3
70+ J.	9,9	43,5	33,3	10,6	2,7
Gesamt	22,3	53,9	18,5	4,1	1,2

hinweg und in besonderem Maß innerhalb der höchsten Altersgruppe (70 bis 85 Jahre) zunehmend schlechter beurteilt. Dabei zeigt sich aber auch, dass weniger das Alter selbst, als vielmehr die mit dem Alter ansteigende Zahl der Erkrankungen verantwortlich ist für die zunehmende Verschlechterung der subjektiven Gesundheitseinschätzung (Wurm & Tesch-Römer, 2006).

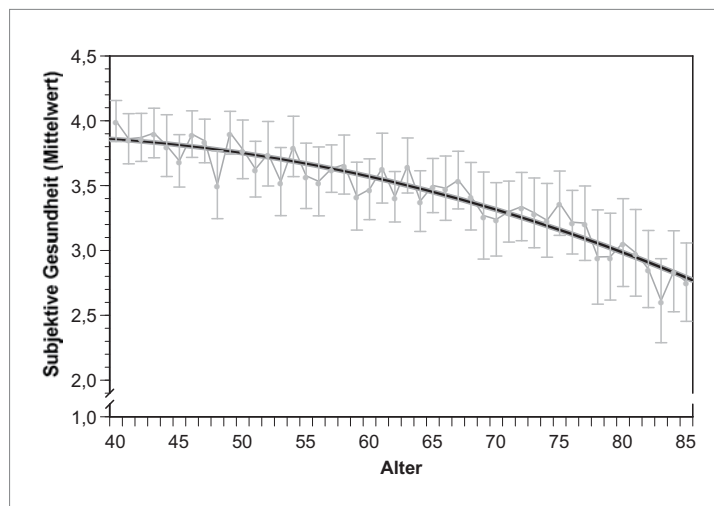
Abbildung 13

Subjektive Gesundheitseinschätzung nach Alter (Mittelwertsangaben, Variationskoeffizienten und polynomialer Kurvenverlauf), Alterssurvey 2002

Der Darstellung liegt eine Antwortskala von 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut zugrunde.

Quelle (Wurm & Tesch-Römer, 2006)

Daten Replikationsstichprobe des Alterssurveys, 2002; n = 3.080, gewichtet.



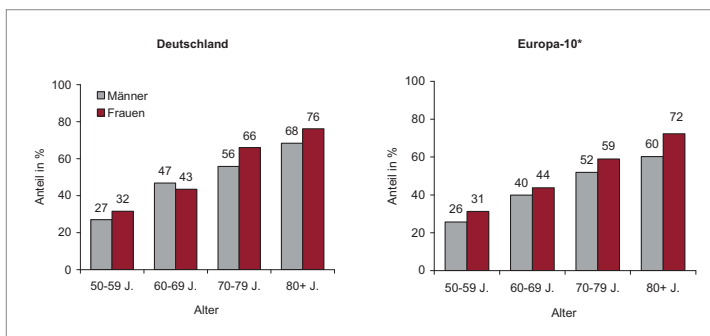
Im Vergleich europäischer Staaten ist die selbst eingeschätzte Gesundheit der über 50-Jährigen in Deutschland unterdurchschnittlich gut. Gemessen am Anteil derjenigen, die ihren Ge-

sundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht einstufen (»less-than-good«-Anteil) weisen die deutschen Befragten relativ hohe Werte im negativen Bereich auf. Das trifft vor allem auf Männer der älteren Altersgruppen zu, aber auch bei den älteren Frauen ist diese Tendenz auszumachen (vgl. Abbildung 14). Die besten Werte der subjektiven Gesundheits-einschätzung weisen den SHARE-Daten zufolge die Schweiz, die Niederlande und Dänemark auf, eher negative Tendenzen zeigen neben Deutschland Italien und Spanien.

Der Vergleich von Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes spiegelt allerdings nur bedingt den tatsächlichen, »objektiven« Gesundheitszustand wider. Um den eigenen Zustand zu bewerten, müssen die Befragten ihre gesundheitliche Situation vergleichen, beispielsweise mit der anderer Personen des gleichen Alters oder im unmittelbaren Umfeld, aber auch mit den Erwartungen, die sie selbst an ihre Gesundheit haben. Die subjektive Reflexion der eigenen gesundheitlichen Situation kann im internationalen Maßstab außerdem durch unterschiedliche kulturelle Muster und Konnotationen beeinflusst werden.

Abbildung 14

Selbst eingeschätzte Gesundheit nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Less-than-good-Anteil)



Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

* Österreich, Deutschland, Schweden, Niederlande, Spanien, Italien, Frankreich, Dänemark, Griechenland, Schweiz

»Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist ...sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht?« (Anteil der Befragten mit Antwort »mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«)

Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsrelevantes Verhalten älterer Menschen

Gesundheitsbewusstsein

Mit wachsendem Alter nimmt das Gesundheitsbewusstsein tendenziell zu, bei Männern deutlicher als bei Frauen (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006). Das zeigen die Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des RKI (vgl. Tabelle 3). Von den jüngsten befragten Frauen zwischen 18 und 29 Jahren gaben 42 Prozent an, sehr stark oder stark auf ihre Gesundheit zu achten. Bei den über 70-jährigen Frauen stieg dieser Prozentsatz auf 52 Prozent. Zwischen den jüngsten und ältesten befragten Männern war die Differenz noch höher (38 Prozent vs. 57 Prozent). Vor allem bei den Männern nimmt mit dem Alter der Anteil derjenigen Befragten stark ab, die angeben, sich weniger stark oder gar nicht für ihre Gesundheit zu interessieren.

Tabelle 3
Gesundheitsbewusstsein nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, »Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?«

	sehr stark/ stark	mittelmäßig	weniger stark/ gar nicht
Frauen (N=3.783)			
18-29 J.	42,3	48,3	9,3
30-39 J.	48,8	42,6	8,6
40-49 J.	49,4	43,0	7,6
50-59 J.	49,1	42,2	8,6
60-69 J.	55,5	38,7	5,9
70+ J.	52,3	40,2	7,4
Gesamt	49,6	42,5	7,9
Männer (N=3.535)			
18-29 J.	38,4	47,0	14,7
30-39 J.	43,3	44,7	12,1
40-49 J.	42,3	44,4	13,2
50-59 J.	44,1	48,0	7,8
60-69 J.	53,0	38,6	8,5
70+ J.	57,2	35,0	7,7
Gesamt	45,3	43,6	11,1

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Im vergangenen Jahrhundert hat sich das Spektrum der Mortalität und Morbidität in den Industrieländern grundlegend gewandelt. Die Sterblichkeit aufgrund akuter Infektionskrankheiten nahm ab, während gleichzeitig Morbidität und Mortalität aufgrund chronisch-degenerativer Erkrankungen anstiegen. Damit haben sich auch die Ursachen für die Entstehung und den Verlauf der heute dominierenden Krankheiten verändert. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Nikotinkonsum, Ernährung, körperliche Aktivität, Alkohol- und Medikamentenkonsum sind zu wesentlichen Einflussfaktoren für die Entwicklung des Gesundheitszustandes geworden. Fakten zu einigen der wichtigsten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

Nicotinkonsum

Das Rauchen wird als einer der wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren betrachtet. In den Industrieländern ist Nikotinkonsum der für Gesundheitsschädigungen bedeutendste Einzelfaktor (Robert-Koch-Institut, 2006).

Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge gibt es gegenwärtig etwa 1,3 Milliarden Raucher und Raucherinnen auf der Welt. Man kann davon ausgehen, dass etwa jede bzw. jeder Zweite von ihnen (bei fortgesetztem Rauchen) vorzeitig aufgrund des Nikotinkonsums sterben wird. Das würde weltweit 650 Millionen Menschen betreffen (World Health Organization, 2006b). Eine Prognose der künftig wichtigsten globalen Ursachen von Mortalität und Krankheitslasten von Mathers und Loncar (2006) sagt einen weltweiten Anstieg nikotinbedingter Todesfälle von 5,4 Mio. im Jahr 2005 auf 6,4 Mio. im Jahr 2015 und auf 8,3 Mio. im Jahr 2030 voraus. Damit wird das Rauchen im Jahr 2015 für etwa 10 Prozent aller Todesfälle auf der Welt verantwortlich sein, wobei als konkrete Todesursachen zu je etwa einem Drittel nikotinbedingte Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen benannt werden.

In Deutschland raucht jeder dritte Erwachsene, wobei der Anteil bei Frauen mit 28 Prozent nach wie vor geringer ist als bei Männern (37 Prozent). Fast jeder zehnte Erwachsene raucht stark (täglich 20 oder mehr Zigaretten). Am höchsten ist der Anteil der starken Raucher und Raucherinnen in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 66 bzw. 41 Prozent der täglich Rauchenden. Nach Angaben des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003 sind etwa 40 Prozent der Raucher und Raucherinnen zwischen 50 und 59 Jahren vom Nikotin abhängig. Der Anteil der starken Raucher und Raucherinnen nimmt im hohen

Was ist gesundheitsrelevantes Verhalten?

Der Begriff gesundheitsrelevantes Verhalten (Gesundheitsverhalten) bezeichnet Verhaltensweisen, die vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnisse als förderlich, riskant oder schädlich für die Gesundheit bewertet werden können (vgl. Troschke, 2006)

Alter wieder ab, was teilweise auch mit den erhöhten Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten bei hohem Nikotinkonsum zu erklären ist (alle Angaben nach Robert-Koch-Institut, 2006).

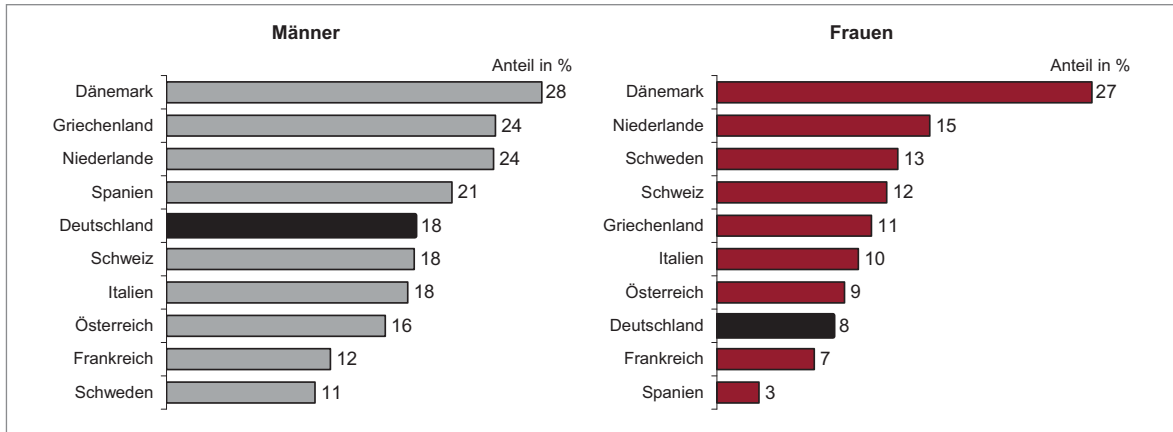
Auch die Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts zeigen, dass in den Altersgruppen nach dem 60. Lebensjahr der Anteil der rauchenden Männer und Frauen stark rückläufig ist. Nur etwa 9 Prozent der Frauen und 13 Prozent der Männer über 70 Jahre rauchen. Das liegt weit unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Bei den älteren Frauen fällt auf, dass der Anteil der Nie-Raucherinnen im höheren Alter deutlich größer ist als bei Frauen der jüngeren Altersjahre. Hier schlägt sich die Veränderung des Rauchverhaltens der Frauen in den vergangenen Jahrzehnten nieder (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4
Rauchverhalten nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)
Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, »Rauchen Sie zurzeit, wenn auch nur gelegentlich?«

	Nieraucher	Raucher	Exraucher
Frauen (N=3.796)			
18-29 J.	42,0	40,2	17,8
30-39 J.	44,4	35,8	19,7
40-49 J.	40,0	35,2	24,8
50-59 J.	49,0	27,6	23,3
60-69 J.	64,6	13,5	21,9
70+ J.	69,5	8,7	21,8
Gesamt	51,5	27,0	21,5
Männer (N=3.545)			
18-29 J.	33,3	53,1	13,6
30-39 J.	38,1	41,1	20,8
40-49 J.	30,6	41,2	28,2
50-59 J.	27,9	37,2	34,9
60-69 J.	34,5	20,6	44,9
70+ J.	26,9	12,5	60,6
Gesamt	32,5	36,5	31,0

Der Anteil der über 60-jährigen deutschen Männer, die rauchen, liegt im Mittelfeld der in der SHARE-Studie untersuchten europäischen Länder. Über 60-jährige Frauen in Deutschland rauchen dagegen weniger häufig als gleichaltrige Frauen anderer europäischer Staaten (vgl. Abbildung 15).



Körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Aktivität steigert auch im Alter die Lebensqualität. Sie spielt eine wesentliche Rolle bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation unterschiedlicher Krankheiten. Andererseits ist ein körperlich inaktiver Lebensstil ein wichtiger gesundheitsbezogener Risikofaktor (vgl. dazu u.a. Lampert, Mensink, & Ziese, 2005; Mechling, 2005; Predel & Tokarski, 2005; Robert-Koch-Institut, 2006; Rütten, Abu-Omar, Lampert, & Ziese, 2005; Voelcker-Rehage, Godde, & Staudinger, 2006).

In ihrem Weltgesundheitsreport 2002 macht die Weltgesundheitsorganisation körperliche Inaktivität für 1,9 Mio. Todesfälle und 19 Mio. verlorene gesunde Lebensjahre (DALYs) weltweit verantwortlich. Es wird geschätzt, dass körperliche Inaktivität im globalen Maßstab jeweils etwa 10 bis 16 Prozent der Fälle von Brust-, Dickdarm- und Rektalkrebs sowie Diabetes mellitus und 22 Prozent der ischämischen Herzerkrankungen verursacht (World Health Organization, 2002).

Gerade unter älteren Menschen ist überdurchschnittlich häufig Bewegungsarmut festzustellen. Im Telefonischen Gesundheits-survey 2004 wurden die Befragten um eine Selbsteinschätzung ihrer körperlichen Aktivität und Bewegung gebeten. Immerhin 8 Prozent der 60- bis 69-jährigen Männer und Frauen und sogar 12 Prozent der über 70-jährigen Männer und Frauen gaben an, sich wenig oder sehr wenig zu bewegen. (vgl. Tabelle 5). Die Kategorie der körperlichen Aktivität ist deutlich umfangreicher als die der sportlichen Aktivität und umfasst neben dem Sport auch Alltagsaktivitäten wie z. B. Gartenarbeit und Spaziergänge. Der Maßstab für körperliche Aktivität kann enger oder weiter gefasst sein und es ist zu vermuten, dass er sich zwischen den Altersgruppen unterscheidet. Für diejenigen älteren Befragten, die ihre körperliche Aktivität nach ihren ei-

Abbildung 15

Anteil aktiver Raucher bei den über 60-Jährigen nach Land und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Rauchen Sie zur Zeit?« (Anteil der Ja-Antworten)

	sehr wenig/ wenig
Frauen (N=3.751)	
18-29 J.	10,0
30-39 J.	10,7
40-49 J.	8,3
50-59 J.	9,5
60-69 J.	7,8
70+ J.	11,6
Gesamt	9,7
Männer (N=3.507)	
18-29 J.	8,8
30-39 J.	13,0
40-49 J.	11,8
50-59 J.	13,8
60-69 J.	7,6
70+ J.	11,9
Gesamt	11,2

Tabelle 5

Anteil der Befragten mit geringer körperlicher Aktivität und Bewegung nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, eigene Berechnungen

»Insgesamt gesehen, wie schätzen Sie ihre körperliche Aktivität und Bewegung ein?« (Anteile der Antworten »sehr wenig« und »wenig«)

Tabelle 6

Anteil der sportlich aktiven Befragten nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004, eigene Berechnungen

* Anteil von allen sportlich aktiven Befragten

genen Maßstäben als gering einschätzten, liegt also vermutlich wirklich eine problematische Bewegungsarmut vor.

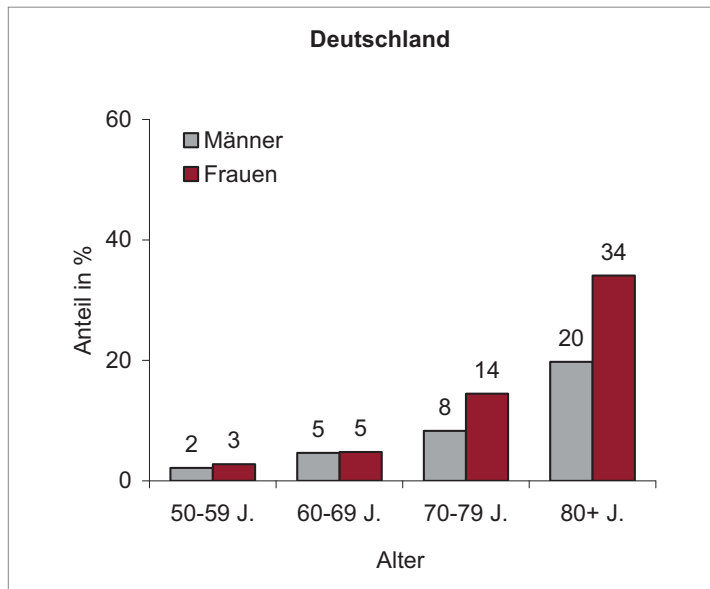
Noch geringer ist der Anteil derjenigen Älteren, die sich sportlich betätigen. Nach dem 60. Lebensjahr geht der Anteil der sportlich Aktiven bei beiden Geschlechtern deutlich zurück, wie es die Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts zeigen. Von den über 70-Jährigen gab nur noch jeweils ein Drittel der befragten Männer und Frauen an, Sport zu treiben. Das ist relativ wenig angesichts der bestehenden Angebote im Bereich des Senioren- und Gesundheitssports. Von den sportlich aktiven Älteren ist es wiederum nur ein relativ kleiner Prozentsatz, der Sport in ausreichendem Zeitumfang treibt: Lediglich 13 Prozent der sportlich aktiven Frauen und 25 Prozent der sportlich aktiven Männer im Alter über 70 Jahren erreichten das untere Zeitlimit von wöchentlich zwei Stunden, das für sportliche Aktivität empfohlen wird (vgl. Tabelle 6).

Das nachlassende sportliche Engagement in den höheren Altersgruppen spiegelt sich auch in einer selteneren Mitgliedschaft Älterer in Sportvereinen wider: Sind von den 41- bis 60-jährigen Männern noch 34 Prozent Mitglied eines Sportvereins, sinkt dieser Anteil bei den über 60-jährigen Männern auf 24 Prozent. Bei den Frauen ist dieser Rückgang noch klarer: 22 Prozent der 41- bis 60-jährigen Frauen, aber nur noch 10 Prozent der über 60-jährigen Frauen sind in einem Sportverein organisiert (siehe Tabelle 7).

	sportlich aktiv		davon: 2 und mehr Stunden Sport*
Frauen (N=3.788)		Frauen (N=3.751)	
18-29 J.	64,3	18-29 J.	42,4
30-39 J.	61,6	30-39 J.	32,5
40-49 J.	62,9	40-49 J.	37,5
50-59 J.	63,4	50-59 J.	36,4
60-69 J.	55,5	60-69 J.	33,3
70+ J.	31,9	70+ J.	12,8
Gesamt	56,2	Gesamt	32,1
Männer (N=3.536)		Männer (N=3.507)	
18-29 J.	73,3	18-29 J.	61,9
30-39 J.	68,9	30-39 J.	49,1
40-49 J.	59,5	40-49 J.	40,6
50-59 J.	55,9	50-59 J.	38,6
60-69 J.	46,8	60-69 J.	30,6
70+ J.	35,0	70+ J.	25,1
Gesamt	58,9	Gesamt	42,8

Abbildung 16 zeigt mit den Daten der SHARE-Studie noch einmal den Altersverlauf der Zunahme körperlicher Inaktivität, diesmal gemessen anhand konkret vorgegebener anstrengender bzw. wenig anstrengender körperlicher Aktivitäten. Sichtbar wird nicht nur die altersbezogene Zunahme des Anteils derjenigen, die sogar leichte körperliche Aktivitäten wie Spaziergänge oder leichte Gartenarbeit kaum oder nie ausüben, sondern auch eine wachsende Differenz zwischen den Geschlechtern. Frauen neigen, vor allem im sehr hohen Alter, in viel stärkerem Maße als Männer zu Inaktivität. Von den über 80-jährigen befragten Frauen muss etwa ein Drittel zu den körperlich weitgehend Inaktiven gerechnet werden, während das auf nur ein Fünftel der gleichaltrigen Männer zutrifft.

Ist der Anteil körperlich inaktiver Älterer in Deutschland auch relativ hoch – im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die ältere Bevölkerung in Deutschland zu den eher aktiven zu rechnen. Das ist in Abbildung 17 erkennbar. Während in Italien, Spanien und Frankreich zwischen 13 und 17 Prozent der über 60-jährigen Männern nie oder kaum körperliche Tätigkeiten ausüben, liegt dieser Anteil in Deutschland bei nur 7 Prozent. Ein knappes Drittel aller über 60-jährigen Italienerinnen muss ebenfalls als körperlich inaktiv gelten. Das trifft nur auf 14 Prozent der gleichaltrigen deutschen Frauen zu.



Alter	Männer	Frauen
	Anteil in %	
bis 6 Jahre	26,2	25,3
7 bis 14 Jahre	74,4	56,4
15 bis 18 Jahre	63,8	42,5
19 bis 26 Jahre	40,8	23,1
27 bis 40 Jahre	33,1	23,1
41 bis 60 Jahre	33,9	21,7
über 60 Jahre	24,3	10,3

Tabelle 7

In Sportvereinen organisierte Männer und Frauen nach Alter

Quelle (Rütten, Abu-Omar, Lampert & Ziese, 2005)

Daten Deutscher Sportbund 2003

Abbildung 16

Anteil körperlich inaktiver Befragter, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Wie oft üben Sie im Alltag eine anstrengende körperliche Tätigkeit aus, zum Beispiel beim Sport, bei schweren Arbeiten im Haus oder im Beruf?«

»Wie häufig machen Sie Dinge, die wenig oder mäßig anstrengend sind, zum Beispiel leichte Gartenarbeit, das Auto waschen oder spazieren gehen?« (Anteil der Befragten, die beide Fragen mit »So gut wie nie oder nie« beantworteten)

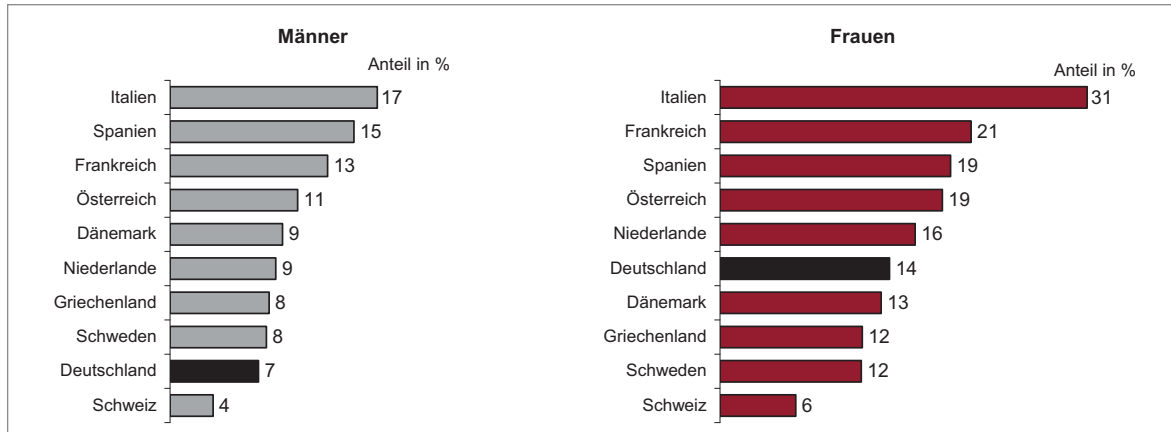


Abbildung 17

Anteil körperlich inaktiver Befragter bei den über 60-Jährigen nach Land und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Wie oft üben Sie im Alltag eine anstrengende körperliche Tätigkeit aus, zum Beispiel beim Sport, bei schweren Arbeiten im Haus oder im Beruf?«

»Wie häufig machen Sie Dinge, die wenig oder mäßig anstrengend sind, zum Beispiel leichte Gartenarbeit, das Auto waschen oder spazieren gehen?«
(Anteil der Befragten, die beide Fragen mit »So gut wie nie oder nie« beantworteten)

Was ist der Body-Mass-Index?

Der Body-Mass-Index (BMI) ist ein Indikator für die Klassifikation des Körpergewichts im Verhältnis zur Körpergröße. Definiert ist der BMI als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergröße in Metern. Untergewicht besteht nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation bei einem BMI unter 18,5, Normalgewicht bei einem BMI zwischen 18,5 und 24,9, Übergewicht bei einem BMI zwischen 25,0 und 29,9 sowie Adipositas (Fettsucht) bei einem BMI über 30,0.

Körpergewicht – Body-Mass-Index (BMI)

Nach aktuellen Angaben der Weltgesundheitsorganisation sind Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in der europäischen Region jährlich für 80 Prozent aller Typ-2-Diabetes-Fälle, 35 Prozent der ischämischen und 55 Prozent der hypertensiven Herzkrankheiten sowie für mehr als 1 Million Todesfälle und mehr als 12 Millionen verlorene gesunde Lebensjahre verantwortlich. Die Prävalenz der Adipositas (Fettsucht) steigt rapide an. Bis 2010 werden in der europäischen Region 150 Mio. Erwachsene und 15 Mio. Kinder davon betroffen sein (World Health Organization, 2006a).

Die Prävalenz der Adipositas wird allgemein unterschätzt in Selbstberichtsdaten, also wenn Befragte ihr Gewicht und ihre Körpergröße in einem Interview angeben, ohne dass eine zusätzliche Messung erfolgt. Das betrifft vor allem übergewichtige Frauen. Die Prävalenz von Übergewicht, die sich aus Selbstberichtsdaten ergibt, kann um bis zu 50 Prozent niedriger liegen als diejenige, die aus Messdaten resultiert (World Health Organization, 2006a). Aus dieser Erfahrung heraus hat das Robert-Koch-Institut bei der Auswertung der Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys die BMI-Ergebnisse mit einem Korrekturfaktor adjustiert.

Die Ergebnisse in Tabelle 8 weisen darauf hin, dass in den höheren Altersjahren deutlich überdurchschnittliche Anteile von Personen mit Übergewicht und Adipositas zu finden sind. Etwa ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer über sechzig Jahre leiden an Adipositas (BMI über 30). Normalgewicht mit einem BMI zwischen 18,5 und 24,9 sind dagegen nur etwa jede fünfte Frau und noch weniger Männer dieser Altersgruppe.

	Untergewicht (BMI < 18,5)	Normalgewicht (BMI 18,5 - <25)	Übergewicht (BMI 25- <30)	Adipositas (BMI 30+)
Anteil in %				
Frauen (N=3.692)				
18-29 J.	3,0	72,2	19,7	5,1
30-39 J.	1,1	59,5	28,3	11,0
40-49 J.	0,4	49,1	35,7	14,7
50-59 J.	0,2	36,7	40,2	23,0
60-69 J.	0,2	21,0	49,1	29,7
70+ J.	1,2	22,9	42,1	33,8
Gesamt	1,0	44,2	35,5	19,3
Männer (N=3.509)				
18-29 J.	2,0	64,5	27,1	6,4
30-39 J.	0,1	34,5	52,2	13,3
40-49 J.	-	28,9	55,2	15,9
50-59 J.	-	19,4	60,1	20,5
60-69 J.	0,3	18,4	55,4	25,7
70+ J.	-	13,6	59,9	26,6
Gesamt	0,4	31,8	50,8	17,0

Tabelle 8

Adjustierter Body-Mass-Index (BMI) nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004

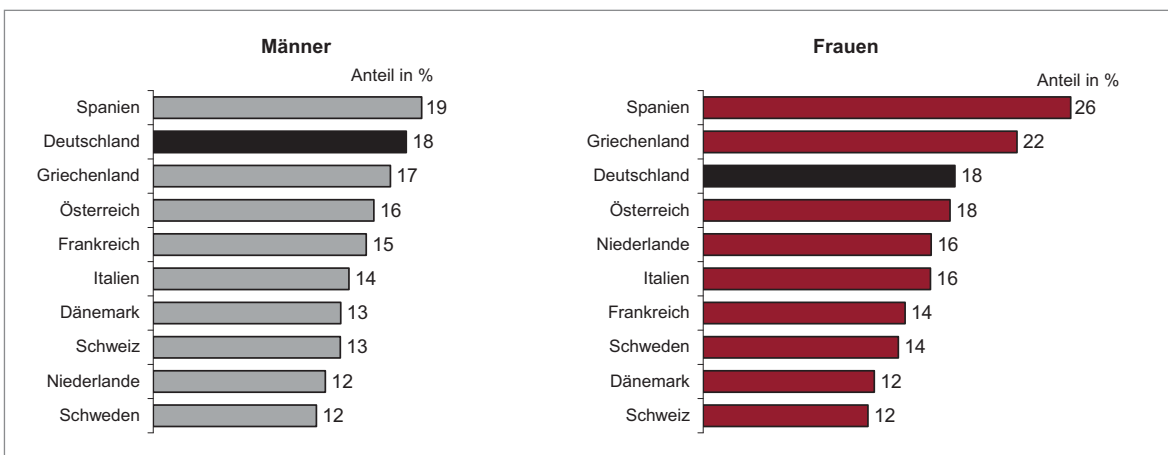
Daten adjustiert mit Korrekturfaktor für Differenz zwischen Befragungs- und Messdaten

Auch im europäischen Vergleich gehört Deutschland zu den Ländern mit hohen Anteilen übergewichtiger älterer Männer und Frauen, wie eine Auswertung der SHARE-Daten nachweist (Abbildung 18). Zusammen mit Spanien, Griechenland und Österreich nimmt Deutschland eine obere Position ein bei den Anteilen über 60-jähriger Männer und Frauen mit Adipositas. Deutlich gesünder leben in dieser Hinsicht ältere Menschen in den skandinavischen Ländern und der Schweiz.

Abbildung 18

Anteil von Adipositas (BMI 30 und mehr) bei den über 60-Jährigen nach Land und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen



Alkoholkonsum

Schätzungen zufolge standen im Jahr 1995 in Deutschland fast 42.000 Todesfälle zumindestens teilweise im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol. In rund 17.000 dieser Fälle stellt Alkohol die entscheidende Todesursache dar (Robert-Koch-Institut, 2006).

Tabelle 9

Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004

Quelle (Ellert, Wirz, & Ziese, 2006)

Daten Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI 2004

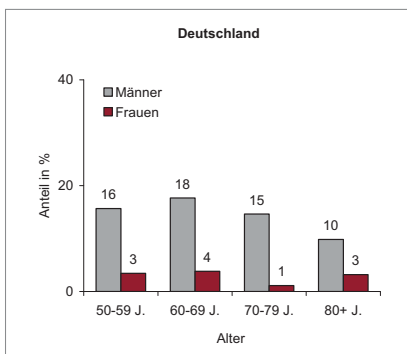
	gar kein	sehr wenig	wenig	mäßig bis sehr viel
	Anteil in %			
Frauen (N=3.796)				
18-29 J.	19,1	37,2	28,5	15,3
30-39 J.	18,5	39,3	27,5	14,7
40-49 J.	16,9	37,6	25,7	19,7
50-59 J.	23,1	33,5	25,9	17,6
60-69 J.	26,9	30,1	26,2	16,8
70+ J.	40,3	31,6	18,6	9,6
Gesamt	24,2	35,1	25,3	15,5
Männer (N=3.540)				
18-29 J.	11,8	18,9	29,8	39,5
30-39 J.	9,8	27,1	31,1	32,0
40-49 J.	9,6	21,7	31,9	36,8
50-59 J.	12,7	19,3	28,2	39,9
60-69 J.	13,6	26,0	26,2	34,2
70+ J.	19,8	25,1	24,1	31,0
Gesamt	12,2	23,0	29,1	35,7

Abbildung 19

Erhöhter Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

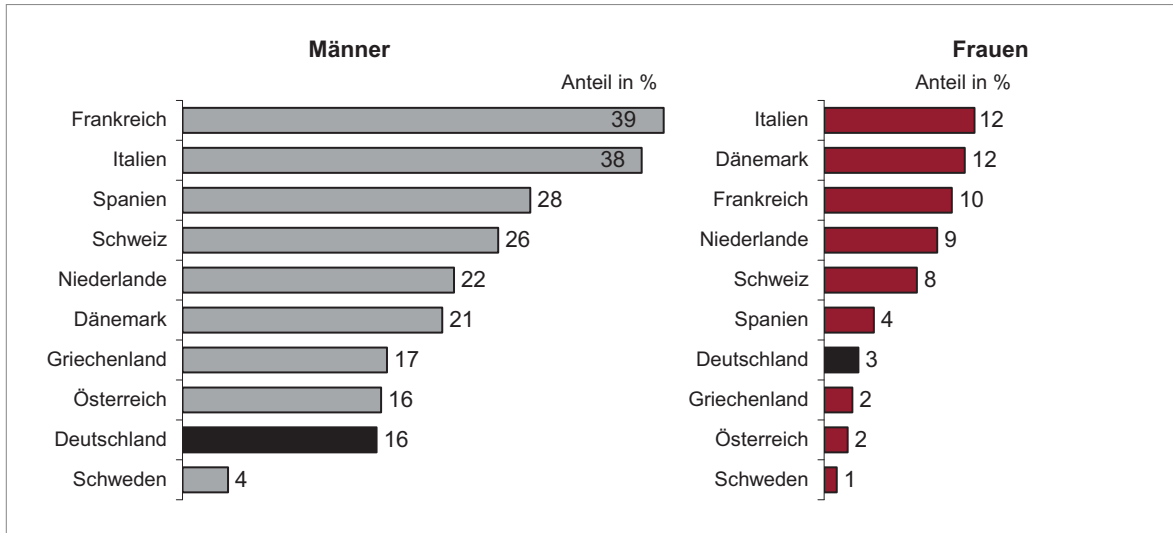
Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Während der letzten sechs Monate – wie häufig haben Sie an einem Tag mehr als zwei Gläser oder Dosen Bier / Wein/ Cocktails/ hochprozentige Getränke getrunken?« (Anteil der Antworten: »fast täglich« und »an fünf oder sechs Tagen der Woche«)



Wie aus Tabelle 9 zu entnehmen ist, nimmt der Alkoholkonsum bei den höheren Altersgruppen deutlich ab. Im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2004 gaben immerhin 40 Prozent der über 70-jährigen Frauen und 20 Prozent der über 70-jährigen Männer an, gar keinen Alkohol zu konsumieren. Die Anteile derjenigen, die mäßig bis sehr viel Alkohol zu sich nehmen, liegen bei den über 70-Jährigen unter den Werten der jüngeren Altersgruppen

In der SHARE-Studie wurde der Alkoholkonsum detailliert erfragt. Auch diese Daten offenbaren einen deutliche Geschlechterunterschied zwischen Männern und Frauen. Das Problem erhöhten Alkoholkonsums tritt bei älteren Frauen danach nur marginal auf, während es bei Männern im Altersverlauf zwar auch geringer wird, aber doch in einer Größenordnung zwischen 10 und 18 Prozent existent ist (vgl. Abbildung 19).



Verglichen mit anderen europäischen Staaten hat der überhöhte Alkoholkonsum bei über 60-Jährigen in Deutschland ein relativ geringes Ausmaß. In allen untersuchten Ländern der SHARE-Studie (mit Ausnahme von Schweden) ist der hohe Alkoholkonsum älterer Männer um Größenordnungen höher als bei älteren Frauen. Die Konsummuster unterscheiden sich außerdem stark nach Ländern, vor allem bei den Männern. In Frankreich und Italien gaben fast 40 Prozent der Männer über 60 Jahren einen hohen Alkoholkonsum an, in Schweden lediglich 4 Prozent (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20

Erhöhter Alkoholkonsum bei den über 60-Jährigen nach Land und Geschlecht, SHARE 2004

Daten SHARE 2004, gewichtet, eigene Berechnungen

»Während der letzten sechs Monate – wie häufig haben Sie an einem Tag mehr als zwei Gläser oder Dosen Bier / Wein / Cocktails / hochprozentige Getränke getrunken?«
(Anteil der Antworten: »fast täglich« und »an fünf oder sechs Tagen der Woche«)

Literatur

Die hier verwendeten Daten der SHARE-Studie stammen aus dem vorläufigen Release 1 des »Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe« 2004.

Die SHARE-Datenerhebung wurde hauptsächlich durch das 5. Rahmenprogramm der Europäischen Union finanziert (Projekt QLK6-CT-2001-00360). Weitere Finanzmittel wurden vom US National Institute on Aging zur Verfügung gestellt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Die Datensammlung in Österreich (durch den Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung) und der Schweiz (durch BBW/OFES/UFES) wurde national finanziert.

- Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, 21(3), 392–401.
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (Hrsg.). (2005). *Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA).
- Campbell, V. A., Crews, J. E., Moriarty, D. G., Zack, M. M., & Blackman, D. K. (1999). Surveillance for Sensory Impairment, Activity Limitation, and Health-Related Quality of Life Among Older Adults – United States, 1993–1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(SS-8), 131–156.
- Dunlop, D. D., Hughes, S. L., & Manheim, L. M. (1997). Disability in Activities of Daily Living: Patterns of Change and a Hierarchy of Disability. *American Journal of Public Health*, 87(3), 378–383.
- Ellert, U., Wirz, J., & Ziese, T. (2006). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle) – Deskriptiver Ergebnisbericht, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut: Berlin.
- Freedman, V. A., Martin, L. G., & Schoeni, R. F. (2004). Disability in America, *Population Bulletin* (Vol. 3). Washington: Population Reference Bureau.
- Hertz, R. P., & Baker, C. L. (2002). *Elders in the Community*, Pfizer Facts: Population Studies. Outcomes Research. Pfizer's Pharmaceuticals Group.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Lampert, T., Mensink, G. B. M., & Ziese, T. (2005). Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48 (12), 1357–1364.
- Margrain, T. H., & Boulton, M. (2005). Sensory Impairment. In M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman & T. B. L. Kirkwood (Hrsg.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442.
- Mechling, H. (2005). Körperlich-sportliche Aktivität und erfolgreiches Altern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48(8), 899–905.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808.
- Müters, S., Lampert, T., & Maschewsky-Schneider, K. (2005). Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. *Das Gesundheitswesen*, 67(2), 129–136.
- Predel, H.-G., & Tokarski, W. (2005). Einfluss körperlicher Aktivität auf die menschliche Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48(8), 833–840.
- Robert-Koch-Institut. (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

- Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., & Ziese, T. (2005). Körperliche Aktivität, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schneekloth, U. (2006). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen« (MuG IV), im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Schuntermann, M. F. (2006). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Kurzeinführung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Schupp, J. (Ed.). (2005). Befragungsgestützte Messung von Gesundheit: Bestandsaufnahme und Ausblick (Event Documentation, Workshop »Befragungsgestützte Messung von Gesundheit – Bestandsaufnahme und Ausblick« Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung – DIW Berlin.
- Statistisches Bundesamt. (2006). Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
- Troschke, J. v. (2006). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Voelcker-Rehage, C., Godde, B., & Staudinger, U. M. (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49(6), 588 – 566.
- World Health Organization. (2002). World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Genf: World Health Organization
- World Health Organization. (2006a). Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO, Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas, Istanbul, November 2006. Kopenhagen: WHO. Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization. (2006b). Tobacco: deadly in any form or disguise. Geneva: World Health Organization.
- Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), Altwerden in Deutschland – Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte (pp. 329-384). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zimmer, Z., Chayovan, N., Lin, H.-S., & Natividad, J. (2003). How Indicators of Socioeconomic Status Relate to Physical Functioning of Older Adults in Three Asian Societies, Policy Research Division Working Papers No. 172. New York: Population Council.

DZA | Deutsches Zentrum
für Altersfragen

Statistisches Informationssystem GeroStat

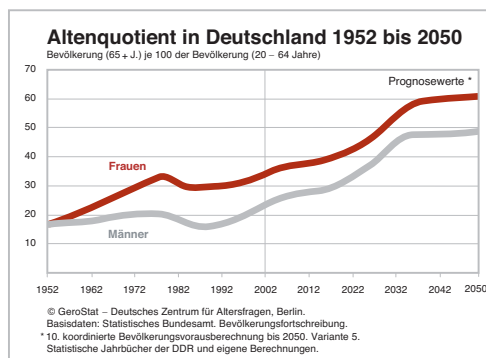
Daten zu demographischen und
sozialen Fragen des Alter(n)s
www.gerostat.de

einfach, schnell, aktuell und kostenfrei

mit statistischen Fakten wie

- demographische Altersmaße · Übergang in den Ruhestand · Bevölkerungsprognosen
- Pflegebedürftigkeit · Lebenserwartung
- Einkommen im Alter · Haushaltsstrukturen
- Gesundheitszustand · soziale Sicherung u. a.

Reports mit Grafiken



Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin
www.dza.de

Kontakt Elke Hoffmann · Sonja Menning
Telefon +49(0)30.260 740 -71 / -63
Email gerostat@dza.de
www.gerostat.de

mail@vonerot.de

Impressum

Sonja Menning (2006).
Gesundheitszustand und gesundheitsrele-
vantes Verhalten Älterer. GeroStat Report
Altersdaten 02/2006. Deutsches Zentrum
für Altersfragen: Berlin.

Download unter [www.dza.de/gerostat/
gerostat-aktuelle.html](http://www.dza.de/gerostat/gerostat-aktuelle.html)

Erschienen im Dezember 2006

Das Projekt GeroStat wird gefördert durch
das Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend.

Gestaltung
Stefanie Roth · mail@vonerot.de

Anlage 2a

Erfassung der Angebote der Seniorenzentren

Evaluation der Heidelberger Seniorenzentren 2008

Erfassung der Angebote im Zeitraum 01.06.2007 – 31.05.2008

Allgemeine Informationen

Das im Altenstrukturkonzept von 1988 formulierte Ziel der Seniorenzentren ist, mit ihrer Arbeit und ihren Angeboten die im jeweiligen Stadtteil lebenden Senioren in ihrer selbständigen Lebensführung zu unterstützen.

Im Auftrag der Stadt Heidelberg führt Dr. Christoph Rott vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg eine Evaluation der Seniorenzentren durch, um festzustellen, ob diese ursprüngliche Zielsetzung dem aktuellen Handlungsbedarf aus der Sicht der Altersforschung entspricht. Des Weiteren soll überprüft werden, ob die angestrebten Ziele mit den durchgeführten Maßnahmen im vorgesehenen Umfang erreicht werden. Mit der aktuellen Evaluation ist darüber hinaus eine Neuorientierung und Neuausrichtung der inhaltlichen Arbeit der Seniorenzentren verbunden, um ihre Zukunftsfähigkeit sicherzustellen.

Anhand von vier Leitkonzepten, „**Soziale Integration**“, „**Selbständigkeit**“, „**Gesundheit**“ und „**Lebenssinn**“, lassen sich neuere Modelle und Erkenntnisse der Altersforschung beschreiben, die für die kommunale Praxis von hoher Bedeutung sind. Unter „Sozialer Integration“ ist das optimale Zusammenspiel sozialer Netzwerke und Unterstützung einer Person gemeint, um in einer Gemeinschaft und der Gesellschaft eingebunden zu sein. Das Konzept der „Selbständigkeit“ umfasst neben vorhandenen basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten einer Person ebenso, die Unabhängigkeit in für sie zentralen Bereichen des Lebens aufrecht zu erhalten. Der Bereich „Gesundheit“ beschreibt das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden einer Person und bezieht sowohl objektive Krankheitskriterien als auch die subjektive Wahrnehmung mit ein. Die Kategorie „Lebenssinn“ stützt sich hauptsächlich auf die von Lawton beschriebene positive Lebensbewertung, die Zukunftsbezogenheit, Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Beharrlichkeit und Zweckhaftigkeit beinhaltet.

Insbesondere die stetig steigende Lebenserwartung und die damit rasant zunehmende Zahl hochaltriger Personen stellen einen neuen Handlungsbedarf in der kommunalen Arbeit dar. Die Lebensphase Alter verlängert sich stetig, daher ist es notwendig, die Gruppe der Senioren zu differenzieren. Nach Paul Baltes und Peter Laslett kann das höhere Erwachsenenalter in zwei qualitativ unterschiedliche Phasen, das **3. Alter** (etwa 65-80 Jahre) und das **4. Alter** (etwa ab dem 80. Lebensjahr), unterteilt werden. Während die jüngeren Senioren zunehmend ihr Leben aktiv gestalten und von ihren Kompetenzen und Ressourcen im Sinne einer „Erfolgsgeschichte des Älterwerdens“ profitieren, ist die Lebensqualität der Menschen im 4. Alter häufig durch Ressourcenverluste und fehlende Kompensationsmöglichkeiten bedroht. Für die Arbeit mit vulnerablen älteren Menschen stellt sich die Frage, wie durch Kompensation bereits bestehender Einbußen und Förderung noch vorhandener Kompetenzen und Lebensstrategien eine möglichst hohe Selbstständigkeit und Lebensqualität erhalten werden kann.

Mit den beiliegenden Tabellen soll erfasst werden, wie die oben beschriebenen vier Leitkonzepte in den aktuellen Angeboten der Seniorenzentren repräsentiert sind. Der Bezugszeitraum erstreckt sich vom 1. Juni 2007 bis zum 31. Mai 2008.

Informationen zu den Tabellen

Aus Konzepten der Sozialen Arbeit können die Angebote der Seniorenzentren drei Angebotstypen zugeordnet werden, die sich in den Tabellenblättern wiederfinden:

1. Organisation und Durchführung von **Gruppenangeboten** (*Soziale Gruppenarbeit und Bildungsangebote*). Dies schließt die Begleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ein,
→ **Blatt 1 bis 3**
2. Betreuung und Beratung von Besuchern, Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitern im **Einzelfall** (*Einzelfallhilfe, Lebens- und Konflikt-, sowie Sozialberatung*)
→ **Blatt 4**
3. **Sozialräumliche Arbeit** (*Stadtteilorientierte Soziale Arbeit, Gemeinwesenarbeit*), um die eigene Arbeit auf verschiedenen Ebenen zu vernetzen und für die Besucher ein möglichst vielfältiges und tragendes Netz in der Wohn- und Lebensumwelt zu schaffen.
→ **Blatt 6 und Blatt 7**

(Weitere Angebote, die nicht zu einem der drei obenstehenden Angebotstypen gehören, werden unter **Sonstige Angebote** aufgelistet. → **Blatt 5**)

Die Erfassung der Angebote ist ein wesentlicher Schritt der Evaluation und bedarf Ihrer Mithilfe. Bitte beachten Sie, dass mit diesen Tabellen **nicht** der gesamte Aufgabenbereich der Seniorenzentren abgebildet werden kann, sondern die Angebote für die Besucher und Besucherinnen in den verschiedenen Lebensaltern möglichst gut den Leitkonzepten zugeordnet werden sollen.

Im folgenden ist in fünf Schritten beschrieben, wie die Angebote und Maßnahmen Ihres Seniorenzentrums in den einzelnen Tabellen abgebildet werden sollen.

Schritt 1:

Bitte tragen Sie zunächst den Namen Ihres Seniorenzentrums auf den Blättern 1-7 ein. Listen Sie dann alle **Angebote**, die im **Zeitraum vom 01.06.2007 bis 31.05.2008** stattgefunden haben, in der ersten Spalte (*Bezeichnung*) des jeweiligen Angebotstyps (*Angebote für Gruppen, Angebote für Einzelpersonen, Sonstige Angebote und Sozialräumliche Arbeit*) auf.

Unter „Angebote für Gruppen“ sind alle Veranstaltungen zu nennen, die für eine oder mehrere Gruppen von Besuchern angeboten wurden. Dazu gehören z.B. Seniorengymnastik, der Englisch-Sprachkurs und Singkreis, aber auch Ausflüge/Wanderungen, die Fortbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter und der Mittagstisch.

Zum Bereich „Angebote für Einzelpersonen“ gehören z.B. Beratungsgespräche für Senioren, ehrenamtliche Helfer und Angehörige. Bitte versuchen Sie, Ihre Serviceangebote so gut wie möglich, nach Leitkategorie (Gesundheit, Selbständigkeit, Lebenssinn und soziale Integration) und Zielgruppe zu differenzieren.

Angebote, die weder speziell für Gruppen oder Einzelpersonen konzipiert sind, noch in den Bereich der sozialräumlichen Arbeit fallen, werden mit Blatt 5 „Sonstige Angebote“ erfasst. Ein Beispiel ist der „Gießservice Friedhof“.

Schritt 2:

Nun geht es darum, den Umfang der einzelnen Angebote zu erfassen. Tragen Sie bitte in die zweite Spalte (*Häufigkeit*) ein, wie oft das Angebot stattfinden sollte, Grundlage ist die Konzeption des Angebotes.

Verwenden Sie bitte folgende Abkürzungen:

- w** = an jedem Werktag (Montag bis Freitag)
- s** = an jedem Wochenende (Sa/So) und an Feiertagen
- x/ wo** = x-mal pro Woche
- x/ mo** = x-mal pro Monat
- x/ ja** = x-mal pro Jahr

Schritt 3:

Im dritten Schritt sollen die einzelnen Angebote auf die jeweilige Zielgruppen hin überprüft werden.

Bitte überlegen Sie sich zunächst, ob das Angebot eher für Menschen im dritten oder vierten Alter konzipiert war, eher Senioren insgesamt (65+) oder eher Menschen aller Lebensalter ansprechen sollte und tragen Sie die entsprechende Zahl in die dritte Spalte (*Altersgruppe*) ein:

- 3** für die Zielgruppe „3. Alter“,
- 4** für die Zielgruppe „4. Alter“,
- 34** für die Zielgruppe „alle Senioren“ und
- 100** für die Zielgruppe „alle Lebensalter“ ein.

Danach sollen Sie in die Tabelle eintragen, ob das Angebot eher für Frauen oder eher für Männer konzipiert war. Richtete sich das Angebot eher an Frauen, so schreiben Sie ein **F** in die vierte Spalte, sollte es eher Männer ansprechen, verwenden sie ein **M**. Wenn das Angebot für beide Geschlechter gleichermaßen ausgerichtet war, tragen sie bitte ein **B** ein.

Beispiel: Die Seniorengymnastik, der Zeichenkurs und die Schreibwerkstatt wurden jeweils für Gruppen angeboten. Während die Seniorengymnastik in der Regel drei mal wöchentlich für Männer und Frauen im 4. Alter stattfinden sollte, war der monatlich Zeichenkurs, intergenerativ angelegt und sollte Menschen jeden Lebensalters ansprechen. Die Schreibwerksatt, die fünfmal im Jahr durchgeführt werden sollte, war nur für Frauen im 3. und 4. Alter konzipiert.

Folgende Eintragungen sollten nun vorgenommen werden:

<i>Angebote für Gruppen:</i>									
	Bezeichnung:	Häufigkeit ¹ :	Altersgruppe ²	Geschlecht ³	%-Anteil Gesundheit	%-Anteil Selbständigkeit	%-Anteil Lebenssinn	%-Anteil soziale Integration	
1.	Seniorengymnastik	3/ wo	4	B					
2.	Zeichenkurs	1/mo	100	B					
3.	Schreibwerkstatt	5/ja	34	F					

Schritt 4:

Im vierten Schritt geht es darum, möglichst gut zu beschreiben, welche Ziele mit den einzelnen Angeboten verfolgt wurden. Überlegen Sie sich bitte aus Ihrer Konzeption heraus, welche Leitkategorien bei Ihrem jeweiligen Angebot im Vordergrund standen und schätzen Sie die Gewichtung in Prozent ab. Die Prozentzahlen tragen Sie nun in die jeweiligen Spalten der Leitkategorien Gesundheit, Selbständigkeit, Lebenssinn und soziale Integration ein. Die Prozentzahlen müssen zusammen 100% für ein Angebot ergeben.

Beispiel: Die dreimal wöchentlich stattfindende Seniorengymnastik sollte hauptsächlich die Beweglichkeit der Teilnehmenden erhalten (→ 70% *Gesundheit*), aber ebenso, in geringerem Maße, Kontakt zu anderen Senioren ermöglichen (→ 30% *soziale Integration*). Der Zeichenkurs sollte hauptsächlich die soziale Integration mit Blick auf intergenerationelle Beziehungen (→ 50% *soziale Integration*), aber auch das Wohlbefinden in den Bereichen Lebenssinn (→ 40%) und Gesundheit (→ 10%) fördern. Bei der Schreibwerkstatt standen die Kategorien Lebenssinn (→ 55%) und soziale Integration (→ 45%) im Vordergrund.

So würden die Einschätzungen in die Tabelle eingetragen:

Angebote für Gruppen:								
	Bezeichnung:	Häufigkeit ¹ :	Altersgruppe ²	Geschlecht ³	%-Anteil Gesundheit	%-Anteil Selbständigkeit	%-Anteil Lebenssinn	%-Anteil soziale Integration
1.	Seniorengymnastik	3/ wo	4	B	70%	-	-	30%
2.	Zeichenkurs	1/mo	100	B	10%	-	40%	50%
3.	Schreibwerkstatt	5/ja	34	F	-	-	55%	45%

Schritt 5:

Der letzte Schritt bezieht sich nur auf die Blätter 6 und 7.

Da es kaum möglich ist, die sozialräumliche Arbeit mit den vier Leitkategorien zu erfassen, geben Sie bitte in der zweiten Spalte auf Blatt 6 und 7 die Kooperationspartner der Maßnahme an.

Um in der Auswertung eine Kategorisierung der sozialräumlichen Arbeit vornehmen zu können, bitten wir Sie, kurz in die dritte Spalte die Ziele der 2007/2008 von Ihnen durchgeführten Vernetzungsarbeit zu notieren.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie die ausgefüllten Tabellen (Blätter 1-7) bis spätestens 27.06.2008 an unten stehende Adresse.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Dr. Christoph Rott und Silke Stanek
 Institut für Gerontologie

Bergheimer Str. 20
 69115 Heidelberg
 Tel.: 06221/ 54-8177

E-Mail: silke.stanek@gero.uni-heidelberg.de

Konzeptionen der Angebote
 (im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
 Blatt 1

Angebote für Gruppen:									
	Bezeichnung:	Häufig- keit ¹ :	Alters- gruppe ²	Ge- schlecht ³	%-Anteil Gesund- heit	%-Anteil Selbstän- digkeit	%-Anteil Lebens- sinn	%-Anteil soziale Integration	<i>Bemerkungen</i>
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

¹ **Häufigkeit:** w = werktags (Mo-Fr)
 s = Sa/ So und Feiertage
 x/ wo = x-mal pro Woche
 x/ mo = x-mal pro Monat
 x/ ja = x-mal pro Jahr

² **Altersgruppe:** 3 = 3. Alter (65-79 Jahre)
 4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
 34 = 3. und 4. Alter (65+)
 100 = alle Lebensalter

³ **Geschlecht:** F = Frauen
 M = Männer
 B = Beide Geschlechter

Konzeptionen der Angebote
 (im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
 Blatt 2

Angebote für Gruppen:									
	Bezeichnung:	Häufigkeit ¹ :	Altersgruppe ²	Geschlecht ³	%-Anteil Gesundheit	%-Anteil Selbständigkeit	%-Anteil Lebenssinn	%-Anteil soziale Integration	Bemerkungen
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									

¹ **Häufigkeit:** w = werktags (Mo-Fr)
 s = Sa/ So und Feiertage
 x/ wo = x-mal pro Woche
 x/ mo = x-mal pro Monat
 x/ ja = x-mal pro Jahr

² **Altersgruppe:** 3 = 3. Alter (65-79 Jahre)
 4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
 34 = 3. und 4. Alter (65+)
 100 = alle Lebensalter

³ **Geschlecht:** F = Frauen
 M = Männer
 B = Beide Geschlechter

Konzeptionen der Angebote
 (im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
 Blatt 3

Angebote für Gruppen:									
	Bezeichnung:	Häufigkeit ¹ :	Altersgruppe ²	Geschlecht ³	%-Anteil Gesundheit	%-Anteil Selbständigkeit	%-Anteil Lebenssinn	%-Anteil soziale Integration	Bemerkungen
31.									
32.									
33.									
34.									
35.									
36.									
37.									
38.									
39.									
40.									
41.									
42.									
43.									
44.									
45.									

¹ **Häufigkeit:** w = werktags (Mo-Fr)
 s = Sa/ So und Feiertage
 x/ wo = x-mal pro Woche
 x/ mo = x-mal pro Monat
 x/ ja = x-mal pro Jahr

² **Altersgruppe:** 3 = 3. Alter (65-79 Jahre)
 4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
 34 = 3. und 4. Alter (65+)
 100 = alle Lebensalter

³ **Geschlecht:** F = Frauen
 M = Männer
 B = Beide Geschlechter

Konzeptionen der Angebote
 (im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
 Blatt 4

Angebote für Einzelpersonen:									
	Bezeichnung:	Häufigkeit ¹ :	Altersgruppe ²	Geschlecht ³	%-Anteil Gesundheit	%-Anteil Selbständigkeit	%-Anteil Lebenssinn	%-Anteil soziale Integration	Bemerkungen
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

¹ **Häufigkeit:** w = werktags (Mo-Fr)
 s = Sa/ So und Feiertage
 x/ wo = x-mal pro Woche
 x/ mo = x-mal pro Monat
 x/ ja = x-mal pro Jahr

² **Altersgruppe:** 3 = 3. Alter (65-79 Jahre)
 4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
 34 = 3. und 4. Alter (65+)
 100 = alle Lebensalter

³ **Geschlecht:** F = Frauen
 M = Männer
 B = Beide Geschlechter

Konzeptionen der Angebote
 (im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
 Blatt 5

Sonstige Angebote::									
	Bezeichnung:	Häufig- keit ¹ :	Alters- gruppe ²	Ge- schlecht ³	%-Anteil Gesund- heit	%-Anteil Selbstän- digkeit	%-Anteil Lebens- sinn	%-Anteil soziale Integration	<i>Bemerkungen</i>
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

¹ **Häufigkeit:** w = werktags (Mo-Fr)
 s = Sa/ So und Feiertage
 x/ wo = x-mal pro Woche
 x/ mo = x-mal pro Monat
 x/ ja = x-mal pro Jahr

² **Altersgruppe:** 3 = 3. Alter (65-79 Jahre)
 4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
 34 = 3. und 4. Alter (65+)
 100 = alle Lebensalter

³ **Geschlecht:** F = Frauen
 M = Männer
 B = Beide Geschlechter

Konzeptionen der Angebote
(im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
Blatt 6

<i>Sozialräumliche Arbeit:</i>		
Bezeichnung:	Kooperationspartner:	Ziele:

Konzeptionen der Angebote
(im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
Blatt 7

<i>Sozialräumliche Arbeit:</i>		
Bezeichnung:	Kooperationspartner:	Ziele:

Anlage 2b

Auflistung aller Angebote, Kategorien der Angebote und sozialräumliche Vernetzungsarbeit

Bezeichnung der Angebote in den Seniorenzentren

Angebote für Gruppen:		
Mittagstisch	Englisch	Skat
Gesprächskreis	Englisch Konversation	Albanische Frauen
Tanzkurs	Kochkurs	Türkische Frauen
Schach	Musizierkreis	Erzählcafé
PC Kurs Word	Urlaubsreise	PatenOma
PC Kurs Internet	Vortrag Bildung	Stammtisch 55+
Gedächtnistraining	Vortrag Kultur	Kulturtreff
Sitztanz und Bewegung	Reisebesprechung	Sonntagscafé
Spielegruppe	Kino	Gemütlicher Nachmittag
PC Kurs für Anfänger	Ausstellungen	Gespräche über Träume
Englischkurs	Theater	Frühstücksbuffet
Englisch Konversation	Konzert	Mittagessen
Yoga ab 50	Buchbesprechung	Bildervorträge
Spanischkurs	Ausflüge	Vorträge
Rhythmik, Spiel, Tanz	Stammtisch 55+	Ehrenamtliche Besprechung
Bewegungsparcours Altstadt	Feste	Ehrenamtlicher Ausflug
Ehrenamtlichen-Treff	Sonntagscafé	Lesung
Seniorengymnastik (DRK)	Geburtstagscafé	Bookcrossing
Seniorenfreizeit Schwetzingen	Mittagstisch	Nikolausfeier
PC Kurs Bildbearbeitung	Gymnastik	Film
Seidenmalerei	Yoga	Handy, Digital
Aquarellkurs	Qi Gong	Computerkurs
Tai Chi für Rheumakranke	Koronarsport	Konzert im Zentrum
Ausflug in Fußnähe zum SZ	Pilates	Bewegungsparcours
Exkursion, Busfahrt und Kleine Wanderungen	Sturzprophylaxe	Rommee
Filmcafé	Fit bis ins hohe Alter	Männerkochclub
Boule-Spielen Krahenplatz	Gedächtnistraining	Mittagstisch
Ausflug zu Weleda	Stehgreiftheater	Bewegung mit Spaß I + II
Kreativcafé	Malkurs	Fit mit Musik
Lesung	Lesekreis	Rückengymnastik
jahreszeitl. Feier	Spanisch	Tai Chi
Vortrag Historie Altstadt	Englisch	Yoga Fortgeschrittene

Thema Altersvorsorge	Französisch	Yoga Anfänger
Reisebericht + Film	Seniorentreff	Meditation
Wie war es früher Kind zu sein	Sonntagsessen	Gedächtnistraining
Mittagstisch	Bewegungsparcour	Werk- + Bastelkreis
Wirbelsäulengymnastik	Themenspezifisches Essen	Rommeetreff
Autogenes Training	Spiele für Jung und Alt	Gitarren-Oldies
Gedächtnistraining	Skattreff	Aquarellmalgruppe
Skatrunde	Sprechstunden Hausbewohner	Sitztanz
Schachrunde	Begegnungsnachmittag	Spielerunde
Doppelkopfrunde	Handy-Workshop	Englisch Auffrischkurs
Spielenachmittage	Internet-Café	Englisch Konversation
Literaturkreise	PC-Kurs mit Akademie	Chor der AMSEL-Selbsthilfe
Gitarrenkurs	Memphis-Workshop	Ausflug mit Karte ab 60
Filmcafé	Gedächtnistraining	Freizeitclub f. lustige Unternehmungen
Diavorträge	Lauftreff	Tanztreff
Gesprächsrunden	Osteoporose-Gymnastik	Dämmerchoppen
Kaffeetreff	Kaffeenachmittage	offene Nachmittagsveranstaltung
Klavierkonzerte	Kegeln	Sonntagscafe
EA Treffen	Gymnastik für Alle	Radlertreff
EA Ausflüge	Entspannungstraining	Seniorengymnastik
Seniorenausflüge	Filz- und Kreativ-Workshop	Qi Gong
Gesundheitsvorträge	Reisen ohne Koffer	Wirbelsäulengymnastik
Info-Vorträge	Ausflug	Nordic Walking
Parcourstreff	Weihnachtsfeier	Bewegungsparcours
Feste (Sommer, Herbst,...)	Sommerfest	Ernährungsberatung
Erste-Hilfe-Kurse	Vorträge	Vorträge über Gesundheit
Nähgruppe	Mittagstisch	Gedächtnistraining
Seniorengymnastik	Tanztreff	Schreibwerkstatt
Seniorengymnastik	Treff zum Kaffee	Sprachkurse
Seniorentanz	Demenz-Gruppe	Zeichnen
Gedächtnistraining	Demenz-Angehörigen-Gruppe	Ausstellungen im Haus
Gedächtnistraining	Adventsgottesdienst	Ausstellungen ausser Haus
Gedächtnistraining	Bastelkreis	Internetcafé
Latein	Trauer-Gespräch Gruppe	Laptop-Sprechstunde
Französisch	Spanisch	Handy-Sprechstunde
Französisch	Italienisch	Ausflüge/Exkursionen
Englisch Anfänger	Englisch f. Anfänger	Literaturkreise

Englisch Fortgeschrittene	Englisch Boxberg	Vorträge (Bildung/Kultur)
Englisch Fortgeschrittene	Englisch f. Wiedereinsteiger	Feste
Liedernachmittag	Englisch f. Anfänger Mi	Mittagstisch
Spieletreff	Englisch II	Café
Bewegungsparcours	Französisch	Singkreis
Diavortrag	Englisch f. Fortgeschrittene II	Kegeln
Spielfilm	Französisch f. Fortgeschrittene	Geburtstage und andere Feiern
Ausflug	Kreativgruppe	Seniorentreff Schlierbach
Seniorenreise	Türkische Frauengruppe	Weihnachtsgebäck backen
Vortrag zu Gesundheitsfragen	Deutschkurs	Gräber giessen auf Friedhof
Mittagstisch	Deutsch lernen im Rollenspiel	Generationenfest
Parcour	Seniorenfreizeit ohne Koffer	1.Hilfekurs am Kind
Seniorenclub	Gehgruppe	Sprachförderung
Gymnastik	Kniffel	Türkische Frauengruppe
Entspannungstraining	Skat	Besuch einer Moschee
Wohlfühltraining	Bridge	Teamgespräch mit EA
Wassergymnastik	Spielegruppe	Fortbildungen für EA
Wandern	Gymnastik	Geselliges für EA
Radwandern	Gedächtnistraining	Auszeichnung für EA
Gedächtnistraining	Tanzen	Durchführung von Veranstaltungen mit EA (ohne HA)
Spiel, Rhythmik, Tanz	Stammtisch 55+	Malen und Zeichnen
Kegeln	Seniorenclub	Theater Senioren
Skattreff	Kinderkino	Englisch
Gesellschaftsspiele	Gymnastik	Englisch Konversation
Rummi cup spielen	Tai Chi	Migranten Deutsch
Rommee, Canasta	Wirbelsäulengymnastik	Spanischer Tanz
Bastelkreis	SkipBo-Spielenachmittag	Spanische Gruppe
Patchwork	Gedächtnistraining	Französisch
Quilt/Handarbeitskreis	Stricken, Sticken	Italienisch
Singkreis	Tanz	Floristik
Sehbehindertentreff	Preisskat	
Bingo	Radlerstammtisch	

Angebote für Einzelpersonen:	Angebote für Einzelpersonen:
Mittagstisch	Gesundheitsberatung
Fußpflege	Hausbesuch
Vermittlung von Hilfen, weitergehende Hilfen	Besuch im Krankenhaus
Giesservice auf dem Friedhof	Angebot: Senioren nutzen Räume des SZ
Laptop-Sprechstunde	Unterstützung, Beratung, Essen nach Hause bringen
Auszahlung Taschengeld an einen Besucher	Vermittlung von Angeboten
Fußpflege	Kontakte herstellen, Beratung und Telefongespräche
Spanischkurs	Angebote für Freiwillige/ Ehrenamtliche
Internetkurs	Fahrdienst von und zum Zentrum
MT (Mitarbeiter) Gespräche	allg. soziale Beratung
MT bringen	Hilfsmittelberatung
Gespräche EA (Ehrenamtliche)	Sterbebegleitung
Gespräche Senioren	Begleitung Angehöriger
Beratung Gäste	Begleitung SeniorInnen
Tür+Angel-Gespräche	Hörgeräte-Sprechstunde
Telefongespräche	Begleitung Trauernder Angehöriger
Gitarrenkurs	Fotoworkshop
Lebenshilfe	Weihnachtsgrippe SZ herstellen und aufbauen
Wohnberatung	Begleitung Ehrenamtlicher
Sozialberatung	Bewegungsecke
Beratung Senioren	Mittagstisch
Beratung Angehörige	Frühstücksbuffet
Beratung Ehrenamtliche	Tanzcafé am Sonntag
Kaffeetreff di	Café
Kaffeetreff do	Handy-PC-Beratung
Bes. Essen geselliges	Ausflüge
Frühstückstreff	Vorträge, Filme, Lesungen
Fußpflege	Kurpfälzer Auslese (Lesung)
Fußreflexzonmassage	Betreuung f. Kinder unter 3
Fahrdienst	Kochclub im Kindergarten
Beratung (Tür + Angelgespr.)	Besuchsoma im Kindergarten
Wohnberatung	Tanzen Kinder und Senioren
Vorsorgeberatung	Fußpflege
Angehörigengespräch	Beratung (sozial, psych.)
Ehrenamtliche Telefonate	Handy-Sprechstunde

Gespräche über Träume	Angehörigenberatung
Gespräche Mittagstisch	Beerdigungen
Gespräche Bügo	Ehrenamtliche Gespräche
Gespräche telef. Bügo	Beratung im Umfeld von EA (Ehrenamtliche)
Gespräche Gruppenleiter	Geburtstagsbesuche bei EA
Tel. Gespräche Gruppenleiter	Krankenbesuche bei EA
Neuwerbung für Kurse	Angehörigenberatung
Tür+Angel-Gespräche	Haus,- Klinikbesuch
Angehörigen-Gespräche	E-mail-Anfrage, E-mail-Beratung
Angehörigen-Telefonate	EA-Besprechung, EA-Arbeit
Fußpflege	EA Beratung
Raumvermietung	Beratung über Angebote
Konflikt-, Sozial-, Lebesberatung	Lebens-Konflikt-Sozialberatung
Wohnberatung	Beratung im Umfeld des Mittagstisches
Tür+Angel-Gespräche/ Gespräche beim Mittagstisch	Beratung im Umfeld von Kursen
Telefonkontakt Besucher	(Krisen)Intervention
Einsatzplanung/ Erstgespräch zur Vermittlung von	Telefonberatung Fremde
Ehrenamtlichen und Praktikanten an einzelne	Beratungsangebot für Besucher und Angehörige:
SeniorInnen	Organisation von Hilfen

Sonstige Angebote:
H. Kröhl singt R.May
Große Hits der Popg.
den Sommer erleben
Rock 'n Roll Café
Straußenwirtschaft
Sommerfest
Weihnachtsfeier
Sommerprogramm 6 Wochen
Seniorenclub
Vernissage
Lachrunde
Improvisationstheater
Buchvorstellung
Vorträge
Ausflüge
Feiern
Filzworkshop Elefanten
Herstellen und Aufstellen der Weihnachtskrippe
Feste
Konzerte
Fahrdienst --> Abholdienst
Fahrdienst --> Essen-Bringdienst
Ostermarkt
Weihnachtsmarkt
Sommerfest
Weihnachtsfeier
Würdigungsveranstaltung
Teamgespräche mit EA (Ehrenamtliche)
Fortbildungen für EA
Geselliges für EA
Auszeichnung für EA
Durchführung von Veranstaltungen mit EA (ohne Hauptamtliche)

Kategorien der Angebote für Gruppen und Einzelpersonen

Abkürzung	Benennung	Beispiele	Bemerkungen
AF	Ausflüge und Fahrten	EA Ausflug, Seniorenfreizeit, Ausflug zu Weleda	
BS	Bewegung und Sport	Tanzkurs, Sitztanz, Gymnastik, Yoga, Tai Chi, Spiel-Rhythmik-Tanz	Bewegung muss im Vordergrund stehen
BV	Beratung und Vermittlung	Gespräche MT, Angehörigenberatung, Telfongespräche	auch die Gesprächsführung allgemein gehört dazu
DL	Dienstleistungen	Fußpflege, Bringdienste f. Essen, Fahrdienste	
FF	Feiern, Feste, Märkte	Sommerfest, Weihnachtsfeier, Ehrungen, Ostermarkt	
GA	Gespräche und Austausch	Gesprächsgruppe, EA-Treff, Literaturkreis, Seniorenclub, Stammtisch 55+	Nur, wenn sich eine Gruppe zum Gespräch oder Austausch trifft
GG	Gedächtnis und mentale Anregung	Gedächtnistraining, Meditation	
KM	Kunst und Musik	Aquarellmalerei, Chor, Theatergruppe, Werkgruppe, Nähgruppe	Handwerkliche, künstlerische Gestaltung. Es muss selbst etwas getan werden!
NM	Neue Medien	PC-Kurse, Handy-Sprechstunde, Internetkurs	
SB	Sonstige Bildungsangebote	Erste-Hilfe-Kurs, Lesekreis, Männerkochkurs	
SK	Sprachkurse	Englischkurs, Spanischkurs	
SP	Spiel	Spielenachmittag, Skattreff, Boule-Spielen	
SS	Sonstiges	Raumvermietung, Bookcrossing, gemütlicher Nachmittag	
VA	Verpflegungsangebote	Mittagstisch, Filmcafé, Dämmerchoppen	auch wenn Themenspezifisch Essen und/oder Trinken angeboten wird
VO	Vorträge	Buchvorstellung, Konzertabend, Diavortrag, Kinderkino	wenn Besucher als Zuhörende, nicht aktiv beteiligte dabei sind

Sozialräumliche Vernetzungsarbeit der Seniorenzentren

Bezeichnung	Kooperationspartner	Ziele
Senioren-gymnastik in Kooperation mit dem DRK im Saal der Providenz-Gemeinde	DRK Providenzgemeinde	Gesundheit fördern bzw. erhalten, keine Konkurrenzangebot machen, Synergien stärken, Gemeinwesenarbeit
Seniorenfreizeit in Schwetzingen "Reisen ohne Koffer" über 3 Tage	drei SZ des diakonischen Werkes (Pfaffengrund, Rohrbach, Altstadt)	Synergien stärken, weil für jedes einzelne SZ alleine wäre die Veranstaltung nicht zu leisten, Ermöglichen eines "kleinen Urlaubs" für die, die nicht mehr selbst wegfahren können, Impulse setzen, Anregungen geben, Erweiterung des individuellen Beziehungsnetzes der SeniorInnen
"Encaustic" im Rahmen des Heidelberger Feriensommers für Kinder mit Ferienpass	Stadt Heidelberg	Generationen begegnen sich im SZ, Unterstützung des Kooperationspartners Stadt Heidelberg
Ganztagesfahrt zu Weleda nach Schwäbisch Gmünd	drei SZ des diakonischen Werkes (Pfaffengrund, Rohrbach, Altstadt)	Synergien stärken, Erweiterung des individuellen Beziehungsnetzes, Begegnung, Bildung und Kultur fördern
Aktion "Deutschland bewegt sich" - Ablaufen des Bewegungsparcours Altstadt	alle SZ in HD, Stadt Heidelberg	Gesundheitsförderung, Stärkung der Beziehungsnetze
Marktplatz für Engagement "Gute Geschäfte in Heidelberg"	verschiedene Unternehmen/ Firmen in HD	soziale Einrichtungen und HDer Unternehmen lernen sich kennen und tauschen Dienstleistungen aus, konkrete Umsetzung
Hören heißt Verstehen	Akustik Dietrich, Forum "Besser hören"	Gesundheitsförderung, Hilfe zur persönlichen Lebensbewältigung
Wie war es früher, Kind zu sein?	Kindertagesstätte Kanzleigasse	Generationen begegnen sich
Tanzkurs	russisch Kulturgruppe	Förderung des kulturellen Lebens im Stadtteil, integrative Nachbarschaftskultur fördern
Seniorenherbst in der Stadthalle, Teilnahme einer hauptamtlichen Mitarbeiterin	Stadt Heidelberg, Verein "Alt Heidelberg" (sind Veranstalter)	Präsenz des Seniorenzentrums
Brückenfest des Vereins "Alt Heidelberg" an der Alten Brücke, Teilnahme/ Mithilfe der beiden hauptamtlichen Mitarbeiterinnen	Verein "Alt Heidelberg"	Stärken der Kooperation mit dem Stadtteilverein

Rummikub-Turnier in der Tagesstätte für psychisch kranke Menschen --> SeniorInnen und Besucher der Tagesstätte nehmen teil	Sozialpsychiatrischer Dienst der Diakon. Werks Heidelberg, Tagesstätte für psychisch kranke Menschen	Öffnen des Seniorenzentrums für ältere psychisch kranke Menschen, integrative Nachbarschaftskultur fördern
AK "Älter werden in der Altstadt"		Kooperationen mit allen Einrichtungen im Stadtteil fördern, die Angebote für ältere Menschen machen, Schärfung der Wahrnehmung für die Probleme der älteren Menschen im Stadtteil und darauf aufmerksam machen, Einbringen und Weiterleiten von Themen
Aktionstag zur ARD-Themenwoche "Mehr Zeit zu leben" im Rathaus	Stadt Heidelberg, alle Einrichtungen die in der Stadt Angebote für ältere Menschen machen	alle Seniorenzentren stellen sich gemeinsam vor, präsentieren sich, Informationen für die ältere Bevölkerung
Mitwirkung Stadtteilfest	HDD	Werbung für Bergheim, Unterstützung der Veranstalter, soziale Kontakte pflegen, Gelegenheit für Senioren zum gemeinsamen Treff oder Besuch der Veranstaltung
Mitwirkung Seniorenherbst	Stadtteilverein	Unterstützung Veranstalter, "Sehen und gesehen werden", Kontakte pflegen, Anregen zur Teilnahme der Senioren
Projekte Schüler und Senioren	Schulen HD	Austausch der Generationen, Erinnerungen auffrischen und teilen, Motivation zum Gespräch, Motivation zum Verlassen der eigenen 4 Wände
Raumvermietung Fremdnutzer	Akademie für Ältere, Oase, Prisma, Neue Zeiten e.V., Unity, Helfer ohne Grenzen, Atemgruppe Mazdaznan, Eisenbahner Gewerkschaft	Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, Angebotserweiterung für Senioren, Kontakte pflegen, Senioren für Senioren
Infoveranstaltung "Älter werden in Handschuhsheim" (alle zwei Jahre)	Sämtliche Einrichtungen im Stadtteil, die in der Seniorenarbeit tätig sind + Stadtteilverein + Bad. Blinden- und Sehbeh.-Verein + Kirchen + Stadt	Öffentlichkeitsarbeit, Darstellung der Arbeit nach Außen
Arbeitsgemeinschaft "Älter werden in Handschuhsheim"	Sämtliche Einrichtungen im Stadtteil, die in der Seniorenarbeit tätig sind + Stadtteilverein + Bad. Blinden- und Sehbeh.-Verein + Kirchen + Stadt	Vernetzung der Arbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Vorbereitung und Durchführung von Projekten
Vortrag zum Thema "Trickbetrug an der Haustür"	Sozialstation St. Vikes, SicherHeid	Aufklärung zu Thema für Senioren, aber auch für Pfleger der Einrichtungen (Multiplikatoren)
monatl. Treffen mit Senioren und Kinderclub Kirchheim	Kinderclub Kirchheim	gegenseitiges Verständnis, Toleranz zwischen Jung und Alt

achtwöchiger Kontakt mit Schülern der Sonderschule Robert-Koch	8 Schüler, 15-16 Jahre der Robert-Koch-Schule	gegenseitiges Verständnis, Toleranz zwischen Jung und Alt
geselliger Nachmittag im Mathilde-Vogt-Haus	Mathilde-Vogt.Haus, Arche, Kirchengemeinden, Blumhardt Kirchengemeinde, F-Helfer Seniorenzentrum	Kontakte von außen
gemeinsames Fest	Seniorenkreise der Kirchengemeinden, Math.-Vogt-Haus, Seniorenresidenz, Betreutes Wohnen, Am Dorf, Seniorenzentrum	soziale Integration, Kontakte mit soz. Einrichtungen im Stadtteil
Die Betreuungsbehörde der Stadt HD stellt sich vor	Stadt HD, Betreuungsbehörde	Kennenlernen der Arbeit der Betreuungsbehörde, vielfältiges Angebot der Stadt kennenlernen, Stadtteilbezogene Angebote, Kennenlernen der verschiedenen Wohnformen, Einzelfallhilfe durch professionelle Beratung
Seniorenherbst in der Stadthalle, Teilnahme einer hauptamtlichen Mitarbeiterin	Stadtteilverein, Stadt	soziale Kontakte fördern und knüpfen, Würdigung des Alters, Intensivierung der Kontakte zu den Kooperationspartnern, Öffentlichkeitsarbeit
Betrugs- und Diebstahlsgefahren an der Haustür	Polizei	Aufklärungsarbeit, sensibel machen vor Gefahren, kennenlernen der verschiedenen Schutzvorkehrungen + deren Anwendung
lebendiger Neckar	Stadt HD, Stadtteilverein, Sängerkreis	Öffentlichkeitsarbeit
Bewegungsparcours	Stadt HD, Stadtteilverein, Sportverein	Motivation, sich zu bewegen, Gemeinschaftssinn, zu einem festen Bestandteil werden lassen
Veranstaltung: "Deutschland bewegt sich"	Sportverein	Schnupperkurs zu allen sportlichen Veranstaltungen des SZ, Öffentlichkeitsarbeit
Arbeitskreis "Älter werden in Rohrbach"	Stadtteilverein, Altenheime in Rohrbach, Evang. Kirchengemeinde, TSG Rohrbach, Diakon. Hausgemeinschaften, Bezirksbeiräte, ökumenische Nachbarschaftshilfe	Bedürfnisse von SeniorInnen im Stadtteil aufspüren und befriedigen, Vernetzung, Durchführung von gemeinsamen Veranstaltungen
Ermöglichung von Schul-, Ausbildungspraktika	Internationale Gesamtschule, Helmholtzgynasium, Carl-Bosch-Schule, Raphaelgymnasium, Friedrich-Ebert-Gymnasium, Stadt Heidelberg, F&U	SchülerInnen und Azubi's Einblick in die soziale Arbeit geben
Intergenerative Treffen zwischen SeniorInnen und SchülerInnen	IGH	Abbau von Vorurteilen, gegenseitiges Kennenlernen
Teilnahme an Festen im Stadtteil	Seniorenheime, diakon. Hausgemeinschaften, Kirchengemeinden	Vernetzung ausbauen, Kontaktpflege

Kooperationen mit Freiwilligendiensten	Freiwilligenbörse	Gewinnung von Ehrenamtlichen
Kooperation mit Ärzten, Pflegediensten	Ärzte, Pflegedienste	Individuelle Unterstützung und Begleitung von BesucherInnen
Wassergymnastik	Darmstädterhof Zentrum, Akademie für Ältere	Gesundheit, Beweglichkeit, Selbständigkeit
Mittagstischgäste	Pflegedienste	Begleitung + Unterstützung
Feste im SZ	Weststadtteilverein, Schule, KiGa	Reibungsloser Ablauf der Feste, Programmunterstützung
Computerkurse + Handy	Schulen	Jung + Alt näherbringen, Schüler zeigen Senioren wie die moderne Technik funktioniert,
Seniorenherbste	Stadtteilvereine West+ Südstadt	generationsübergreifende Themen zusammen zu führen
Frühstücksbuffet, gemütliche Nachmittage, Weihnachtsgebäck backen, Oster- + Weihnachtsbasar, Kuchenbacken für Veranstaltungen	Freundeskreis des Seniorenzentrums (ehrenamtliche)	Förderung der sozialen Integration
AK Seniorenarbeit in Wieblingen	Stadtteilverein, evang. Kirche, kath. Kirche, Ochsenkopf-Siedlungswerk Verein: "In Wieblingen alt werden", ökumen. Nachbarschaftshilfe, Stadt HD: Sozialdienst	Bündnispartner, bessere Vernetzung im Stadtteil, Nutzung aller vorhandenen Ressourcen, gemeinsame Einzelfallhilfe, Informationsaustausch
Stadtteilstfest	Beteiligung am Programm mit großem Stand des Werkkreises + Informationen	Einblicke in SZ-Arbeit/ SZ-Programm, Gewinnung neuer Besucher
Seniorenherbst	Beteiligung am Programm	Gewinnung neuer Besucher, Einblicke + Informationen, Programm + Angebote
Verkehrsforum	Stadtteilverein, Bezirksbeirate, Stadt HD	Verkehrssituation für Senioren verbessern
Pflegedienst	diverse Pflegedienste	Einzelfallhilfe
Schulen und Kindergärten	diverse Schulen und Kindergärten	Praktikanten Einblicke in Soziale Arbeit geben, Klassen/ Kinder machen Senioren eine Freude durch z.B. Liedvorträge oder Theater
Repräsentation im Stadtteil	bei Veranstaltungen vom: Stadtteilverein, Gesangsverein, evang. + kath. Kirchen	sich als wesentlicher Bestandteil der Gemeinde darstellen
Mitglied im Stadtteilverein	Stadtteilverein und alle Wieblingener Vereine	Direktes Mitwirken im Stadtteil, Informationsaustausch
Einzelfallhilfe	Ökumenische Nachbarschaftshilfe	Sicherung des selbständigen Wohnens, Aufbau eines individuellen sozialen Netzes
Kontakt und Austausch mit Ärzten	diverse Ärzte	Verbesserung der Lebenssituation von Senioren
Kontakt und Austausch mit Vereinen	Vereine	gemeinsame Aktionen

Runder Tisch "Älter werden in Schlierbach"	Kath. Pfarrgemeinde, evang. Kirchengemeinde, Arbeiterwohlfahrt, Kath. Altenwerk (Seniorenkreis), Sängerbund, Turnverein, Stadtteilverein Schlierbach, Nachbarschaftshilfe, Amt für Soziales und Senioren, Pflegedienste, 2 Bezirksbeiräte	Allgemeines Ziel der Sozialräumlichen Arbeit: Gutes Altern in Ziegelhausen und Schlierbach durch gezielte Maßnahmen wahrscheinlicher machen. Verbesserung der Lebenslagen älterer Menschen
Beirat des Seniorenzentrums	evang. Kirchengemeinde, kath. Pfarrgemeinde, Arbeiterwohlfahrt	Unterstützung der Arbeit des SZ
Befragung in Schlierbach (Handlungsforschung)	Fachhochschule Heidelberg (SRH)	Aktivierung, Erhebung von Potenzialen und Risiken
Berichterstattung in politischen und anderen Gremien	Bezirksbeirat Ziegelhausen, Bezirksbeirat Schlierbach, Kirchengemeinde/ Pfarrgemeinde Ziegelhausen und Schlierbach, Stadtteilvereine Ziegelhausen und Schlierbach	Öffentlichkeitsarbeit, (politische) Einflussnahme, Werben für Bündnisse
offene Veranstaltungen im Stadtteil: Feste (Kerwe, Weihnachtsmarkt), Ausstellungen (im SZ und außerhalb), Vorträge	Gesangvereine, Musikverein, Stadtteilverein, Gewerbeverein, VDK, IfG	Öffentlichkeitsarbeit, Bündnisse eingehen, Synergien erzeugen
offene Veranstaltungen im Stadtteil: Parcour gehen, Vorträge (Demenz, Bewegung, Ernährung), Kurse (1.Hilfe-Kurs am Kind)	TSG, evang. Kirchengemeinde, IfG, Ernährungsinstitut, Malteser	Öffentlichkeitsarbeit, Bündnisse eingehen, Synergien erzeugen
Generationenfest, "Hand in Hand"-Projekte (Giesservice, Handy-Sprechstunde), Backen und Feiern	Kinder- und Jugendtreff Ziegelhausen	Kennenlernen der jeweils anderen Lebenswelt --> Verständnis + Interesse füreinander ermöglichen --> vorhandene Ressourcen der jeweiligen Generation der jeweils anderen zugänglich machen
Ermöglichung von Praktika (Schüler, Studierende, Auszubildende), Ableistung von Sozialstunden, Engagiert Plus	Schulen, Stadt HD, FH, Staatsanwaltschaft, Caritasverband	Bürgerschaftliches Engagement und Teilhabe fördern, gute Erfahrungen im sozialen Bereich/ im Umgang mit Älteren/ Jüngeren ermöglichen, soziale Kompetenzen fördern
Stadtteilübergreifende Projekte: Lebendiger Neckar, Deutschland bewegt sich, Lebenskunst sterben, ARD Thementag (Demografischer Wandel)	Stadt HD, Initiative ZDF, Barmer, Bild, Projektbezogenes Netzwerk in HD, Abteilung Altenhilfe HD	Synergien herstellen, Öffentlichkeitsarbeit
Besuch von Veranstaltungen im Stadtteil: Gemeindefeste, Vorträge	Evang. + kath. Kirchengemeinden	Interesse + Wertschätzung für die jeweils besuchte Institution zum Ausdruck bringen

<p>Netzwerk für positives älter werden im Pfaffengrund</p>	<p>alle Abteilungen des Diak. Werkes, Ärzteschaft im Pfaffengrund, AWO-Altenclub, Kath. Altenwerk, Baugenossenschaften, DRK, malteser, Pflegedienste, Ergotherapeutische Praxis, KG-Praxen, Pfarrgemeinden, IAV-Stelle, Nachbarschaftshilfe, Bürgeramt, Schulen, Städt. Ämter, Polizei, VDK, Vereine, Stadtteilvereine, Altenseelsorge, Akademie für Ältere, Krankenhäuser, Sozialdienste der Krankenhäuser, Krankenkassen, Handwerker und Geschäfte im Pfaffengrund</p>	<p>vielfältiges und tragendes Netz in der Wohn- und Lebensumwelt durch kontinuierliche Zusammenarbeit</p>
<p>Sommerfest</p>	<p>Baugenossenschaft Neu HD, Vereine und Chöre, Nachbarn, städt. Ämter</p>	<p>Nachbarschaftliche Beziehungen verbessern und stärken im Rahmen der Quartiersarbeit</p>
<p>Weihnachtsfeier</p>	<p>Baugenossenschaft Neu HD, Vereine und Chöre, Nachbarn</p>	<p>Nachbarschaftliche Beziehungen verbessern und stärken im Rahmen der Quartiersarbeit</p>

Anlage 2c

Erfassung der Nutzerstruktur der Seniorenzentren

Evaluation der Heidelberger Seniorenzentren 2008

Erfassung der Nutzerstruktur im Zeitraum 01.06.2007 – 31.05.2008

Nachdem durch Ihre Mitarbeit die Angebote in Ihren Seniorenzentren erfasst werden konnten, sollen im nächsten Schritt der Evaluation Aussagen über die Nutzerinnen und Nutzer der einzelnen Angebote getroffen werden.

Mit den vier Leitkonzepten „**Soziale Integration**“, „**Selbständigkeit**“, „**Gesundheit**“ und „**Lebenssinn**“ sollen Ressourcen der Teilnehmenden beschrieben werden. Angaben über das Geschlecht und das Alter vervollständigen das Bild der Seniorenzentrumsbesucher. Diese Erfassungsmethode kann sicher nicht dem einzelnen Besucher oder der einzelnen Besucherinnen gerecht werden, ermöglicht, aber einen allgemeinen Eindruck über verschiedene Besuchergruppen mit je unterschiedlichen Ressourcen. Wir bitten Sie daher bei Ihrer Einschätzung immer die Gesamtheit der einzelnen Gruppen im Blick zu haben und Ihre Einschätzungen an der Mehrheit der Nutzer unterschiedlicher Angebote zu orientieren.

Die beiliegenden Tabellen sind individuell auf die einzelnen Seniorenzentren und ihre Angebote im Zeitraum vom 01.06.07 – 31.05.08 bezogen. Der Aufbau ist an die Tabellen zur Erfassung der Angebote angelehnt.

In der ersten Spalte der Tabellen sind die Angebote Ihres Seniorenzentrums aufgelistet, wie sie von Ihnen angegeben wurden. Während Sie bei der Erfassung der Angebote von den jeweiligen Konzeptionen ausgegangen sind, soll nun erfasst werden, wer diese Angebote tatsächlich genutzt hat.

Wir bitten Sie, Angaben zu den Besuchern aller Angebote zu machen, indem sie

1. in der zweiten Spalte (**Alter**) Angaben zur überwiegenden Altersgruppe machen. Nahmen hauptsächlich Menschen des 4. Alters teil, tragen Sie eine **4** in die Spalte Alter, besuchten vorwiegend Senioren des 3. Alters die Veranstaltung, schreiben Sie die Zahl **3** hinein. Wenn keine Unterscheidung zwischen 3. und 4. Alter vorgenommen werden kann, aber überwiegend Senioren teilnahmen, nutzen Sie bitte die Abkürzung **34**. Bei einer eher ausgewogenen Teilnahme von Menschen in ganz unterschiedlichen Lebensaltern tragen Sie die Zahl **100** ein.
2. in die dritte Spalte (**Geschlecht**) angeben, ob überwiegend Frauen (**F**) oder hauptsächlich Männer (**M**) teilnahmen. Bei einem eher ausgewogenen Geschlechterverhältnis tragen Sie bitte ein **B** für „beide Geschlechter“ ein.
3. die Ressourcen der Besucher in Bezug auf die vier Leitkonzepte einschätzen. Waren noch relativ viele Ressourcen vorhanden, markieren Sie das mit einem „+“ der jeweiligen Kategorie, wenn die Besucher noch über einige Ressourcen verfügten, aber auch schon Verluste erkennbar waren, schreiben sie eine „0“ in die jeweilige Spalte. Das Zeichen „-“ sollten sie verwenden, wenn die überwiegenden Zahl der Besucher dieses Angebots nur noch sehr wenige Ressourcen zeigten.

Beispiel:

An der Seniorengymnastik nahmen hauptsächlich noch recht aktive, eher jüngere Frauen im 3. Alter teil, die positiv an die Zukunft denken und sich noch selbständig versorgen, aber häufig verwitwet waren und sehr wenig Kontakt zu Freunden und Familie hatten. Im Bereich Gesundheit waren zwar noch einige Ressourcen vorhanden, aber erste Einschränkungen in der Beweglichkeit durch Arthrosen und Osteoporosen wurden beklagt.

Der Mittagstisch wurde hauptsächlich von Menschen genutzt, die eher dem 4. Alter angehörten, sowohl die teilnehmenden Männer als auch die Frauen zeigten starke Ressourcenverluste im Bereich Selbständigkeit und Gesundheit. Die Besucher verfügen aber durchaus über ein tragfähiges soziales Netz und die überwiegende Mehrheit sieht auch einen Sinn in ihrem Leben.

Am Ausflug zur Burg Guttenberg nahmen Menschen ganz unterschiedlicher Lebensalter teil, es war eine gute Mischung aus Senioren Kindern und jungen Erwachsenen, die gemeinsam den Tag verbrachten. In den vier Bereichen waren insgesamt viele Ressourcen vorhanden, allerdings klagten insbesondere die älteren Senioren stärker über einige gesundheitliche Einschränkungen, die sie belasten und behindern.

Angebote für Gruppen:		Ressourcen der Nutzer/innen³					
Bezeichnung:	Alter¹	Ge- schlecht²	Gesund- heit	Selbstän- digkeit	Lebens- sinn	soziale Integration	<i>Bemerkungen</i>
1. Seniorengymnastik	3	F	0	+	+	-	
2. Mittagstisch	4	B	-	-	+	0	
3. Ausflug Guttenberg	100	B	+	+	+	+	4. Alter: 0 Gesundheit

Nutzer/innen der Angebote
(im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
Blatt 1

<i>Angebote für Gruppen:</i>		<i>Ressourcen der Nutzer/innen³</i>						
	Bezeichnung:	Alter¹	Ge- schlecht²	Gesund- heit	Selbstän- digkeit	Lebens- sinn	soziale Integration	<i>Bemerkungen</i>
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								

¹ **Alter:** **3** = 3. Alter (65-79 Jahre)
 4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
 34 = 3. und 4. Alter (65+)
 100 = alle Lebensalter

² **Geschlecht:** **F** = Frauen
 M = Männer
 B = Beide Geschlechter

³ **Ressourcen:** **+** = viele Ressourcen
 o = einige Ressourcen
 - = wenige Ressourcen

Nutzer/innen der Angebote
 (im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
Blatt 2

im Seniorenzentrum: _____

	<i>Angebote für Gruppen:</i>			<i>Ressourcen der Nutzer/innen³</i>				
	Bezeichnung:	Alter¹	Ge- schlecht²	Gesund- heit	Selbstän- digkeit	Lebens- sinn	soziale Integration	<i>Bemerkungen</i>
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								

¹ **Alter:** **3** = 3. Alter (65-79 Jahre)
 4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
 34 = 3. und 4. Alter (65+)
 100 = alle Lebensalter

² **Geschlecht:** **F** = Frauen
 M = Männer
 B = Beide Geschlechter

³ **Ressourcen:** **+** = viele Ressourcen
 o = einige Ressourcen
 - = wenige Ressourcen

Nutzer/innen der Angebote
(im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
Blatt 3

<i>Angebote für Gruppen:</i>		<i>Ressourcen der Nutzer/innen³</i>						
	Bezeichnung:	Alter¹	Ge- schlecht²	Gesund- heit	Selbstän- digkeit	Lebens- sinn	soziale Integration	<i>Bemerkungen</i>
31.								
32.								
33.								
34.								
35.								
36.								
37.								
38.								
39.								
40.								
41.								
42.								
43.								
44.								
45.								

¹**Alter:** **3** = 3. Alter (65-79 Jahre)
 4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
 34 = 3. und 4. Alter (65+)
 100 = alle Lebensalter

² **Geschlecht:** **F** = Frauen
 M = Männer
 B = Beide Geschlechter

³ **Ressourcen:** **+** = viele Ressourcen
 o = einige Ressourcen
 - = wenige Ressourcen

Nutzer/innen der Angebote
 (im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
Blatt 4

im Seniorenzentrum: _____

	<i>Angebote für Einzelpersonen:</i>			<i>Ressourcen der Nutzer/innen³</i>				
	Bezeichnung:	Alter¹	Ge- schlecht²	Gesund- heit	Selbstän- digkeit	Lebens- sinn	soziale Integration	<i>Bemerkungen</i>
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								

¹Alter:
3 = 3. Alter (65-79 Jahre)
4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
34 = 3. und 4. Alter (65+)
100 = alle Lebensalter

² Geschlecht:
F = Frauen
M = Männer
B = Beide Geschlechter

³ Ressourcen: **+** = viele Ressourcen
o = einige Ressourcen
- = wenige Ressourcen

Nutzer/innen der Angebote
(im Zeitraum: 01.06.07 – 31.05.08)
Blatt 5

<i>Sonstige Angebote:</i>		<i>Ressourcen der Nutzer/innen³</i>						
Bezeichnung:	Alter¹	Ge- schlecht²	Gesund- heit	Selbstän- digkeit	Lebens- sinn	soziale Integration	<i>Bemerkungen</i>	
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								

¹Alter:
3 = 3. Alter (65-79 Jahre)
4 = 4. Alter (80-94 Jahre)
34 = 3. und 4. Alter (65+)
100 = alle Lebensalter

² Geschlecht:
F = Frauen
M = Männer
B = Beide Geschlechter

³ Ressourcen: **+** = viele Ressourcen
o = einige Ressourcen
- = wenige Ressourcen