

Lebensqualität, Interessen und Selbstständigkeit im Alter

Ergebnisse einer Befragung älterer Menschen im Bezirk Mitte von Berlin



Herausgeber:

Bezirksamt Mitte von Berlin
Abteilung Gesundheit

Bearbeitet von:

Jeffrey Butler
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination
Sachgebiet Gesundheitsberichterstattung
Reinickendorfer Str. 60 b, 13347 Berlin
Tel.: 9018 42575
Fax: 9018 488 42575
jeffrey.butler@ba-mitte.verwalt-berlin.de

www.berlin.de/ba-mitte/org/gesplanleit

unter Mitarbeit von:

den Public-Health-Studenten/-innen
Karen Atzpodien, Lev Bugreev, Ute Hilitzer, Anja Klaube und Anne Rehner,
sowie den Kollegen/-innen der OE Qualitätsentwicklung, Planung, Koordination

und mit besonderem Dank an der Schöpferin der gezeichneten Figur „Lisa“:

Bärbel Lehmann

Berlin Mitte



Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk

Die Reihe “Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung” ist eine Veröffentlichungsreihe der OE Qualitätsentwicklung, Planung, Koordination Berlin-Mitte

Die Beiträge sind im Internet als Download verfügbar.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I	
Vorwort des Bezirksbürgermeisters	III	
Zusammenfassung	IV	
1	Hintergrund und Durchführung der Befragung „LISA“	1
1.1	Durchführung der Befragung	2
1.2	Zusammensetzung der LISA-Stichprobe	3
2	Ergebnisse der LISA-Befragung	7
2.1	Wohnsituation	7
2.2	Soziale Eingebundenheit, Kontakte und Aktivitäten	9
2.2.1	Wahrgenommene soziale Unterstützung (ESSI)	9
2.2.2	Soziale Kontakte	12
2.2.3	Aktivitäten	16
2.3	Gesundheitsrelevantes Verhalten	17
2.3.1	Bewegung	17
2.3.2	Gewichtstatus	19
2.3.3	Rauchverhalten	21
2.3.4	Alkoholkonsum	23
2.3	Gesundheit und Krankheit	27
2.3.1	Selbsteingeschätzte Gesundheit	28
2.3.2	Depressionsrisiko (HADS)	30
2.3.3	Demenz (Clock Drawing Test)	33
2.3.3	Diabetes	35
2.3.4	Chronische Herz-/ Kreislauferkrankungen	37
2.4	Pflege	39
2.5	Bekanntheit bezirklicher Einrichtungen	41
2.6	Wünsche an den Bezirk	42
3	Bezirkliche Handlungsansätze	43

Anhang		45
A.1	Der LISA-Fragebogen	45
A.2	Logistik der Befragung	46
A.3	Repräsentativität der LISA-Stichprobe	47
A.4	AUDIT-C Auswertungsschema	47
A.5	Literatur	49



Vorwort des Bezirksbürgermeisters

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Bürgerinnen und Bürger von Mitte,

Ich freue mich, Ihnen den Bericht zu unserer Befragung älterer Menschen im Bezirk Berlin Mitte vorlegen zu können.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in den westlichen Industriegesellschaften gewinnen Fragen zur Thematik „Gesundheit im Alter“ zunehmend an Bedeutung. Ausgehend von gegenwärtigen Prognosen soll der Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2030 gravierend steigen. Angesichts dieser Entwicklungen wurde im Bezirksamt Berlin-Mitte die LISA-Studie konzipiert. Dabei steht „LISA“ für Lebensqualität, Interessen und Selbstständigkeit im Alter. Hier wurde durch die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung mit der personellen Unterstützung von engagierten Public-Health-Studenten eine anspruchsvolle Befragung der über 60-jährigen Bevölkerung im Bezirk durchgeführt, auch unterstützt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Modellprogramms „Aktiv im Alter“.

Dank der engagierten Hilfe einer ganzen Reihe von Personen und Institutionen hatten wir am Ende der Erhebungsphase Daten von 473 älteren Menschen aus dem Bezirk erhalten. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Beteiligten — sowohl den Befragten als auch Mitarbeiter/innen und Kooperationspartner/innen — herzlich für ihren Einsatz bedanken. Sie haben uns wertvolle Informationen für die künftige Berichterstattung und Planung im Bezirk geliefert.

In Anbetracht der Tatsache, dass der Bezirk Mitte auch einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der älteren Bevölkerung aufweist, wurden insbesondere in der zweiten Erhebungsphase besondere Anstrengungen unternommen, um diese Bevölkerungsgruppen in der Stichprobe angemessen zu repräsentieren. Hierdurch ist es uns möglich, fundierte Planungen auch für den Bedarf dieser Bevölkerungsgruppen durchzuführen.

Ihr

Dr. Christian Hanke

Zusammenfassung

Wichtigste Erkenntnisse aus der LISA-Befragung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in den westlichen Industriegesellschaften gewinnen Fragen zur Thematik „Gesundheit im Alter“ zunehmend an Bedeutung. Ausgehend von gegenwärtigen Prognosen soll der Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2030 gravierend steigen. Hierbei gibt es für die Planungen auf lokaler Ebene ganz wenige Informationen über die hiesige ältere Bevölkerung. Wie setzt sie sich zusammen? Welche Aktivitäten üben ältere Menschen in ihrem Alltag aus? An welchen Krankheiten und Behinderungen leiden sie? Was brauchen sie an Unterstützung, um selbstständig zu Hause zurecht zu kommen? Angesichts dieser vielen offenen Fragen wurde im Bezirksamt Berlin-Mitte die LISA-Studie konzipiert.

In erster Linie wurden ältere Menschen mit Hilfe von Mitarbeitern vieler Kooperationspartner, die im Rahmen ihrer Arbeit mit ihnen zu tun haben, für die Befragung gewonnen. Um die Repräsentativität der Stichprobe zu sichern, wurde im Laufe der Befragung die Einhaltung eines Quotenplans kontinuierlich anhand von soziodemografischen Merkmalen geprüft. Insgesamt wurden 473 über 60-jährige Menschen befragt, die repräsentativ für diese Altersgruppe im Bezirk waren. In Anbetracht der Tatsache, dass der Bezirk Mitte inzwischen auch einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund aufweist, wurde gezielt angestrebt, diese Bevölkerungsgruppen in der Stichprobe angemessen zu repräsentieren.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus der LISA-Studie für die Arbeit im Bezirk kurz zusammengefasst.

Wohnsituation:

Fast 60% der LISA-Befragten lebten allein – hier insbesondere die deutschen Frauen. Knapp über 30% der Befragten wohnten in Zweipersonenhaushalten – hier waren die höchsten Anteile bei den älteren türkischen Befragten zu finden. Lediglich 10% der Befragten wohnten in Haushalten mit 3 oder mehr Personen – hier insbesondere die türkischen und arabischen Befragten. Der hohe Anteil von Alleinlebenden weist auf ein großes Risiko der Vereinsamung hin.

Soziale Kontakte:

Über 90% der Befragten hatten mindestens einen ihrer wichtigsten sozialen Kontakt im Großraum Berlin. Insbesondere bei den Menschen mit Migrationshintergrund gab es höhere Anteile mit der wichtigsten Kontaktperson außerhalb von Berlin. Auf die Frage, ob sie Menschen aus anderen Kulturen als die eigene im engeren Bekannten-/Freundeskreis haben, zeigte sich, dass insbesondere die türkischen und deutschen Befragten eher unter sich blieben, während die russischstämmigen Befragten am ehesten offen für Kontakte zu anderen Kulturkreisen waren.

Aktivitäten:

Auf einer Liste verschiedener Aktivitäten des täglichen Lebens kreuzten die Befragten die jeweilige Häufigkeit an. Hinter dem zu erwartenden Renner „Fernsehen“, das fast 90% der Befragten mindestens wöchentlich tun, folgten „im eigenen Haushalt arbeiten“ mit 81,2%, „ein Buch lesen“ mit 53,3% und „gesellige Treffen“ mit 52,4%. Andere beliebte Tätigkeiten – wie Karten spielen (21,5%) und Handarbeit (22,0%) – konnten sich im Mittelfeld behaupten. Insgesamt jedoch gab mehr als ein Viertel der Befragten an, mindestens wöchentlich Sport zu treiben. Interessant war auch die Geschlechterverteilung bei der Aktivität „jemanden pflegen“, da die häusliche Pflege traditionell eher als „weibliche“ Angelegenheit betrachtet wird. Hier gaben die Männer mit 12,5% fast doppelt so häufig wie die Frauen (6,4%) an, damit befasst zu sein (vgl. S. 17).

Gesundheitsrelevantes Verhalten:

In Bezug auf ihr Bewegungsverhalten stach insbesondere die „Bewegungsfreude“ der Männer (21,8% aktiv) gegenüber den Frauen (15,6% aktiv) sowie der starke soziale Gradient (je höher die soziale Schicht desto aktiver) hervor. Hinsichtlich des Gewichtsstatus zeigten sich die LISA-Befragten um einiges übergewichtiger als die ältere Bevölkerung in Berlin insgesamt. Es gab einen klaren sozialen Gradienten beim Übergewicht: Je höher die soziale Schicht, desto öfter waren die Befragten normalgewichtig. Insbesondere ältere türkische Befragte waren adipös oder übergewichtig, selbst wenn nur die Gruppe der Befragten in der unteren sozialen Schicht betrachtet wird. Das Bewegungsverhalten und die Schulbildung der Befragten korrelierten ebenfalls deutlich positiv mit Normalgewicht.

Tabakkonsumenten sind insbesondere Männer (30,5%) gegenüber 12,7% der Frauen. Nach Herkunft ausgewertet sind ca. 40% der arabischen im Vergleich zu 23% der türkischen und 18% der deutschen Befragten Raucher. Hierbei zeigt sich ebenfalls ein starker sozialer Gradient. Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit der Raucher (oder die Anzahl der noch lebenden Raucher) stark ab.

Wie das Rauchen ist der übermäßige Alkoholkonsum eher ein Problem der älteren Männer (13,8%) als der Frauen (11,3%), wenngleich die Differenzen geringer ausfallen. Im Gegensatz zum Rauchen ist es hier jedoch ein Problem der deutschen Befragten und der Befragten aus den mittleren (17,4%) und oberen (16,7%) sozialen Schichten im Vergleich zur unteren sozialen Schicht (9,0%).

Gesundheit und Krankheit:

Bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit fallen insbesondere zwei Ergebnisse auf: Die Männer schätzten ihre Gesundheit mehr als doppelt so häufig wie die Frauen als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ ein. Zum anderen zeigt sich erneut ein starker soziale Gradient. Bei Depression manifestiert sich ebenfalls der Einfluss des Sozialstatus – je höher die soziale Schicht desto seltener die Gefahr der Depression. Insbesondere bei den älteren türkischstämmigen Befragten wurde eine hohe Betroffenheit festgestellt, auch nach der Kontrolle der sozialen Schicht.

In Hinblick auf Anzeichen einer Demenz zeigten sich die weiblichen Befragten (22,1%) wesentlich häufiger als die Männer (12,9%) betroffen. Wie bei den vorherigen „Krankheitsindikatoren“ gab es hier auch eine klare negative Korrelation mit der sozialen Schicht. Von Diabetes war die mittlere soziale Schicht am stärksten betroffen, gefolgt von der unteren und der oberen. Als wichtigste Determinante kristallisierte sich jedoch der Gewichtsstatus heraus – je stärker übergewichtig, desto höher der Anteil der Diabetiker.

Pflege:

Insgesamt waren 18,3% der LISA-Befragten pflegebedürftig. Insbesondere in der ältesten Altersgruppe stieg der Pflegebedarf an. Frauen benötigten Pflege ca. 6 Prozentpunkte mehr als Männer. Auf die Frage, von wem sie im eventuellen Pflegefall Hilfe erwarteten, fielen die Antworten je nach Herkunft unterschiedlich aus. 43% der deutschen Befragten erwarteten von keinem Familienangehörigen Hilfe im Pflegefall. Bei den arabischen (14,3%) und türkischen (17,6%) Befragten gab es dagegen nur wenige Menschen, die keine solche Hilfe erwarteten. Von mehr als einem Familienmitglied erwarteten es 23,4% der deutschen Befragten, bei den türkischen Befragten waren es 51,8%. Insgesamt zeigten sich die älteren Menschen mit Migrationshintergrund noch wesentlich zuversichtlicher als die deutschen Befragten hinsichtlich ihrer Erwartungen von Unterstützung durch einen Angehörigen im Pflegefall. Ob sich diese Erwartung an die Kinder- und Enkelgenerationen, die in Deutschland geboren und erzogen wurden, erfüllen könnten, kann diese Befragung nicht beantworten.

Bekanntheit bezirklicher Einrichtungen:

Den Befragten wurde eine Liste mit Beratungsstellen im Bezirk vorgelegt. Unter den aufgeführten Einrichtungen ist bei den LISA-Befragten die bekannteste der Allgemeine Sozialdienst im Sozialamt mit 175 Nennungen, gefolgt von der Telefonseelsorge (167 Nennungen) und dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt (115 Nennungen). Es zeigte sich insgesamt, dass viele der aufgeführten Beratungsstellen bei der Zielgruppe relativ unbekannt sind.

Wünsche für den Bezirk:

Am Schluss des Fragebogens konnten die Befragten ihre Wünsche an das Bezirksamt Mitte in einem leeren Antwortfeld formulieren. Diese Möglichkeit der Beteiligung wurde von insgesamt ca. 150 Befragten genutzt, jedoch waren die Beiträge nicht immer ernsthaft gemeint. Die meisten Wünsche fielen in den Bereich „Freizeit“, aber diese waren sehr heterogen. Eine Reihe von Befragten prangerte die mangelnde Sauberkeit und Sicherheit in ihrem Kiez an. Einige hatten ganz spezifische Vorschläge, die in erster Linie mit ihrer eigenen Lebenssituation zu tun hatten.

Bezirkliche Handlungsansätze:

Die Ergebnisse der LISA-Befragung sind insbesondere aus pragmatischen Gründen für die externen Kooperationspartner interessant. Dabei galt es festzustellen, ob es bei den älteren Bewohnern im Bezirk besondere Problemlagen gibt, die bislang nicht angegangen worden sind, ob ihre bestehenden Angebote die Bedürfnisse der Zielgruppe adäquat berücksichtigen und ob es Wünsche der älteren Menschen gibt, die mit wenig Aufwand erfüllt werden könnten. LISA sollte Erkenntnisse für die Gestaltung und Planung ihrer Arbeit liefern. Die LISA-Ergebnisse werden mit den interessierten Akteuren und in den entsprechenden Gremien diskutiert, damit angemessene Schritte überlegt werden können.

Ein erster Blick auf die Ergebnisse der Befragung zeigt bereits einige Ansatzpunkte für das Handeln von relevanten Akteuren im Bezirk auf, die grob in folgende Kategorien gruppiert werden können.

- ⇒ Bewegungsförderung insbesondere für sozial benachteiligte älteren Menschen
- ⇒ Früherkennung von Demenz und Depression bei älteren Menschen
- ⇒ Steigerung des Bekanntheitsgrads von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen
- ⇒ Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit von Angeboten für ältere Menschen.

1 Hintergrund und Durchführung der Befragung „LISA“

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in den westlichen Industriegesellschaften gewinnen Fragen zur Thematik „Gesundheit im Alter“ zunehmend an Bedeutung. Ausgehend von gegenwärtigen Prognosen soll der Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen bis zum Jahr 2030 gravierend steigen. Auch im Bezirk Mitte, wo gegenwärtig im Berlinvergleich relativ wenige ältere Menschen leben, soll sich der Anteil der Älteren von momentan ca. 11% auf ca. 16,4% der Gesamtbevölkerung erhöhen (SenStadt 2009). Hierdurch entsteht zunehmender Handlungsbedarf sowohl für die Sozial- als auch für die Gesundheitssysteme.

Neben der reinen quantitativen Entwicklung ändert sich zunehmend auch die strukturelle Zusammensetzung der älteren Bevölkerungsgruppe. Ein immer höherer Anteil der älteren Bevölkerung – insbesondere in den Großstädten – weist einen Migrationshintergrund auf, der möglicherweise noch immer einen Einfluss auf ihre gesundheitliche und soziale Lage ausübt. Hierbei ist das Spektrum sehr vielfältig: Neben den „Spätaussiedlern“ deutscher Herkunft entscheiden sich mittlerweile viele ursprüngliche Arbeitsmigranten in Deutschland zu bleiben. Darüber hinaus haben auch Bürgerkriegs- oder andere Flüchtlinge hier eine neue Heimat gefunden. Da viele dieser Menschen auch die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und nicht als „Ausländer“ in den Statistiken erscheinen, sind fundierte Erkenntnisse über die Gesundheit bzw. den Pflegebedarf dieser Bevölkerungsgruppe sehr selten (vgl. Butler et al. 2007 und Habermann et al. 2009).

Angesichts der Tatsache, dass fundierte Daten für diese Bevölkerungsgruppen auf kommunaler Ebene weitestgehend fehlen, tappen die Dienste und Einrichtungen, die vor Ort arbeiten, bei ihrer Versorgungsplanung oft im Dunkeln. Wer sind diese Menschen? An welchen Krankheiten und Behinderungen leiden sie? Welchen Alltagsaktivitäten gehen sie nach? Welche Unterstützung benötigen sie, um selbstständig zu Hause zurecht zu kommen? Angesichts dieser vielen offenen Fragen wurde im Bezirksamt Berlin-Mitte die LISA-Studie konzipiert. Dabei steht „LISA“ für **L**ebensqualität, **I**nteressen und **S**elbstständigkeit im Alter.

Die LISA-Befragung im Bezirk basiert nicht zuletzt auch auf den im Jahr 2006 auf Beschluss der BVV Mitte erarbeiteten „Leitlinien der bezirklichen Seniorenpolitik in Mitte“. Darin wurde u.a. formuliert, dass es „fundierter Kenntnisse über den Gesundheitszustand älterer Menschen im Bezirk bedarf. Die Erstellung eines bezirklichen Gesundheitsberichtes mit dem Themenschwerpunkt „Alter“ wird daher als notwendig erachtet“¹.

In Anbetracht der Tatsache, dass der Bezirk Mitte inzwischen auch innerhalb der älteren Bevölkerung einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund aufweist, war ein zentrales Anliegen der Studie, diese Bevölkerungsgruppen auch innerhalb der Stichprobe angemessen zu repräsentieren. Hierfür wurde auch der Fragebogen in die türkische, russische und serbokroatische Sprache übersetzt. Informationsmaterialien lagen ebenfalls in den drei Fremdsprachen vor.

Die Befragung untersuchte Lebensqualität, gesundheitliche Lage sowie soziale Unterstützungsmöglichkeiten von älteren Menschen in Abhängigkeit von Alter, ethnischer Herkunft und sozialer Schicht. Darüber hinaus wurden Fragen zu sozialen Kontakten, zu tagtäglichen Aktivitäten, zum Unterstützungsbedarf und zum Bedarf an zusätzlichen Angeboten im Bezirk gestellt. Darüber hinaus gab es Fragen zu Nikotin- und Alkoholkonsum, zu Körpergröße und -gewicht sowie zum Bewegungsverhalten. Eine nähere Beschreibung der Entwicklung und Inhalte des LISA-Fragebogens ist auf Seite 45 im Anhang zu finden.

¹ Siehe dazu: http://www.berlin.de/ba-mitte/org/gesplanleit/sp_ahplan.html

Zentrale Anliegen bei der Befragung waren:

- ⇒ die Bedürfnis- und Problemlagen der älteren Bevölkerung aufzuzeigen,
- ⇒ die Meinung der älteren Bevölkerung im Bezirk zu für sie wichtigen Themen zu erfahren,
- ⇒ Verbesserungsmöglichkeiten in den bestehenden Strukturen im Bezirk, die ältere Menschen unterstützen, zu entwickeln sowie
- ⇒ eine Datenbasis für die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung und Sozialplanung zu schaffen, um neue Erkenntnisse im Bereich „Alter und Gesundheit“ – insbesondere bei älteren Migranten – zu erschließen.

1.1 Durchführung der Befragung

Eine repräsentative Befragung älterer Menschen, die mehr als oberflächliche Informationen erheben soll, stellt eine erhebliche methodische Herausforderung in der Durchführung dar. Da der Rücklauf einer postalischen Befragung bei dieser Zielgruppe in einem Bezirk mit hohen Anteilen an Menschen nichtdeutscher Herkunft als gering eingeschätzt wurde, musste auf andere Erhebungsmöglichkeiten zurückgegriffen werden. Eine Erhebung, die nur auf ältere Menschen, die an bestehenden Seniorenangeboten teilnehmen, konzentriert ist, lässt wesentliche Teile dieser Bevölkerungsgruppe außer Acht – insbesondere diejenigen, die sozial schlecht integriert sind.

Da der Bezirk nicht über die Ressourcen verfügte, Interviewerteams zu bezahlen, welche die Zielpersonen aufsuchen und sie in ihrer Muttersprache ansprechen konnten, wurde versucht, über eine Reihe von existierenden Zugängen diese Zielgruppe zu erreichen. Hierbei konnten ältere Menschen mit Hilfe von Mitarbeitern vieler Kooperationspartner², die im Rahmen ihrer Arbeit mit ihnen zu tun haben oder an Stellen tätig waren, die von dieser Zielgruppe frequentiert wurden, für die Befragung gewonnen werden. Darüber hinaus wurden in verschiedenen öffentlichen Aktionen ältere Menschen direkt auf die Beteiligung an unserer Befragung angesprochen. Außerdem hingen Hinweisplakate u.a. in den bezirklichen Bibliotheken und Bürgerämtern aus und die Fragebögen waren dort erhältlich.

Der LISA-Fragebogen wurde durch die enge Zusammenarbeit zwischen dem Bezirksamt Mitte und einer Reihe von externen Kooperationspartnern entwickelt, u.a. zusammen mit dem Berliner Sankt Hedwig Krankenhaus, mit der Charité sowie den Universitäten Bremen und Leipzig. An dieser Stelle ist insbesondere Frau Anne Rehner (MPH) zu danken, die uns im Rahmen ihrer Projekt- und Masterarbeiten sehr bei der Entwicklung und Erprobung des Fragebogens sowie bei der Durchführung der ersten Erhebungsphase assistiert hat (vgl. Rehner 2009). Darüber hinaus, muss an dieser Stelle auch auf die engagierte Mitarbeit der weiteren Public-Health-Studenten hingewiesen werden, die in verschiedenen Phasen der Studie tätig waren, und ohne deren Hilfe die Befragung LISA nicht möglich gewesen wäre.

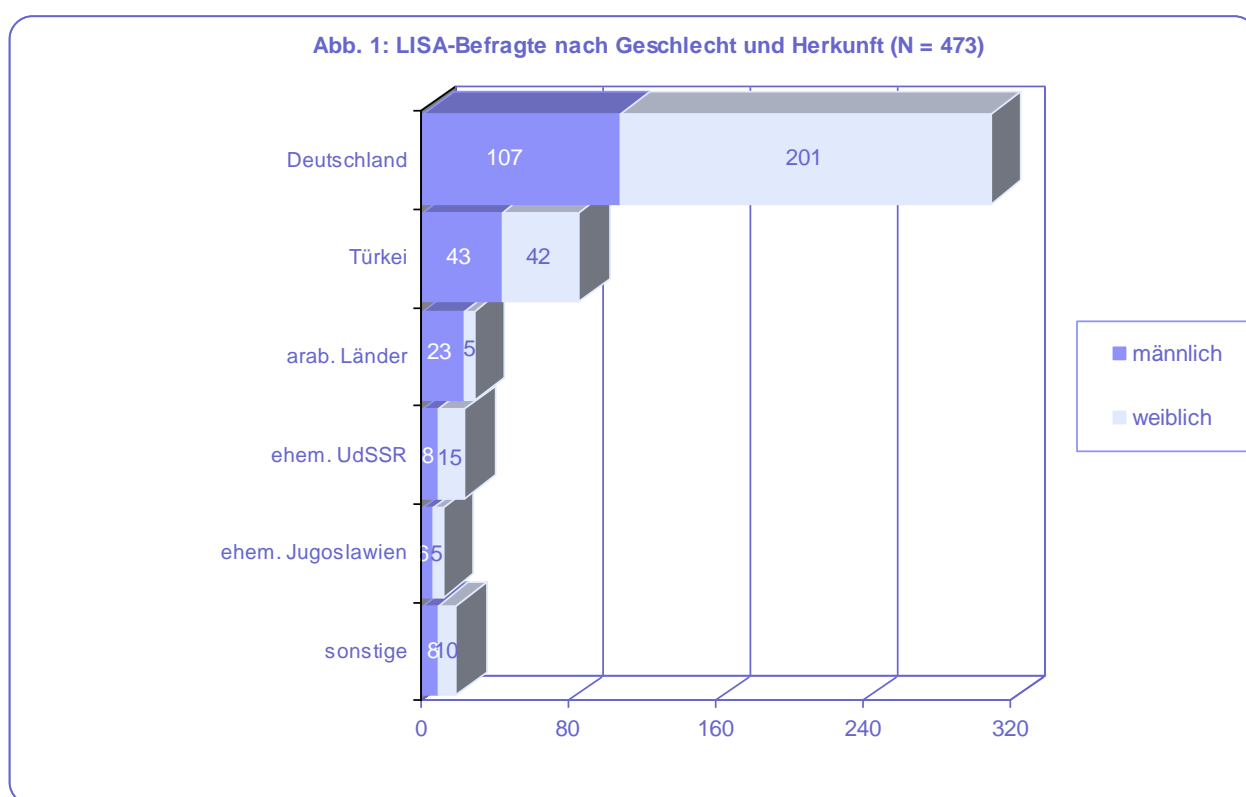
Die Repräsentativität der Stichprobe wurde mit Hilfe eines Quotenplans für soziodemografische Merkmale (u.a. Alter, Geschlecht, Altbezirk, Bildungsstand und Migrationshintergrund) sichergestellt. Im Lauf der Befragung wurde kontinuierlich überprüft, inwieweit die Verteilung dieser Merkmale in der Gruppe der Befragten mit der jeweiligen Verteilung unter den älteren Menschen im Bezirk korrespondierte. Beim Merkmal „Migrationshintergrund“ wurde darüber hinaus eine Überrepräsentation angestrebt, um u.U. eine Auswertung nach einzelnen Herkunftsgruppen zu ermöglichen.

² z.B. Quartiersmanager, Beratungs- und Freizeitstätten, Sozialarbeiter, Kirchen, niedergelassene Hausärzte usw.

Trotz vielfacher Bemühungen waren ältere Menschen mit Migrationshintergrund sowie ältere Menschen aus einfacheren Bevölkerungsschichten am Ende der ersten Erhebungsphase nicht ausreichend repräsentiert. Daher wurde in einer zweiten Erhebungsphase diese Zielgruppe gezielt angesprochen. Dies erfolgte mit Hilfe von weiteren Kooperationspartnern – insbesondere den Integrationslotsen vom bezirklichen Projekt „Die Brücke e.V.“ – und in anderen Settings (u.a. in Moscheen, im bezirklichen Grundsicherungsamt und auf öffentlichen Plätzen). Auch in dieser 2. Erhebungsphase wurden die bisherigen Kooperationspartner explizit darauf hingewiesen, die unterrepräsentierten Gruppen gezielt anzusprechen. Ausführlichere Angaben zur Logistik und Durchführung der LISA-Befragung sind ab S. 46 im Anhang zu finden.

1.2 Zusammensetzung der LISA-Stichprobe

Am Ende der zweiten Erhebungsphase lagen Daten für 473 Befragte aus dem Bezirk Mitte vor, welche die endgültige LISA-Stichprobe ausmachten. Im Folgenden wird die Zusammensetzung der endgültigen Stichprobe anhand der oben genannten soziodemografischen Merkmale dargestellt.



Dank der intensiven Bemühungen bei der Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund für die Beteiligung an der LISA-Befragung sind ältere Migranten in der LISA-Stichprobe gut vertreten. Abbildung 1 zeigt die absolute Anzahl der LISA-Befragten nach kultureller Herkunft³. Abgesehen von den 308 deutschen Befragten bilden die 86 älteren türkischen Befragten die nächst größte Herkunftsgruppe – was auch mit der bezirklichen Verteilung übereinstimmt. Nach den Befragten türkischer Herkunft rangieren Menschen aus arabischen Ländern (28), aus der ehemaligen

³ Hierbei wurden analog zum Mikrozensus neben den Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit auch die deutschen mit Migrationshintergrund in den jeweiligen Herkunftsgruppen erfasst.

UdSSR (23) und aus dem ehemaligen Jugoslawien (11). Durch die rege Beteiligung von türkischstämmigen älteren Menschen an der Befragung können im Folgenden fundierte Auswertungen für diese Bevölkerungsgruppe durchgeführt werden.⁴

Die Verteilung beider Geschlechter in den einzelnen Herkunftsgruppen entspricht meist der Geschlechterverteilung in der älteren Bevölkerung im Bezirk insgesamt (55,7% Frauen, 45,3% Männer). Bei den deutschen Befragten sind Frauen in der Stichprobe etwas überrepräsentiert, bei Menschen arabischer Herkunft überwiegen die Männer deutlich. Mit insgesamt 278 (58,8%) Frauen und 196 (41,2%) Männern entsprach die Geschlechterverteilung in der Untersuchungsgruppe jedoch relativ gut jener der gesamten Altersgruppe.

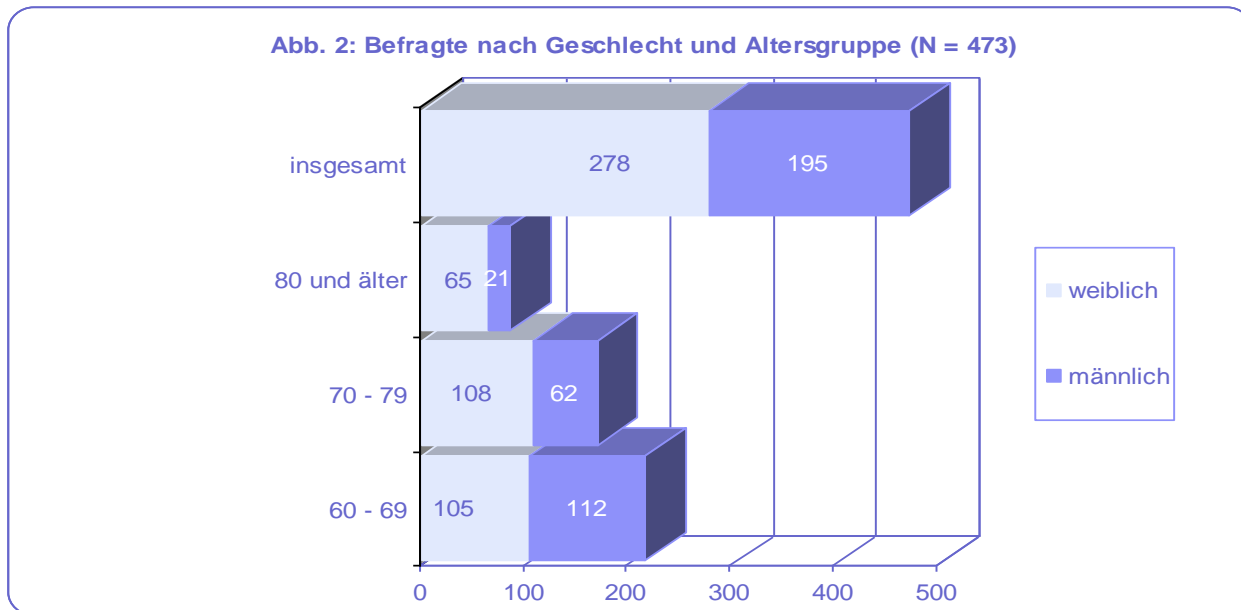
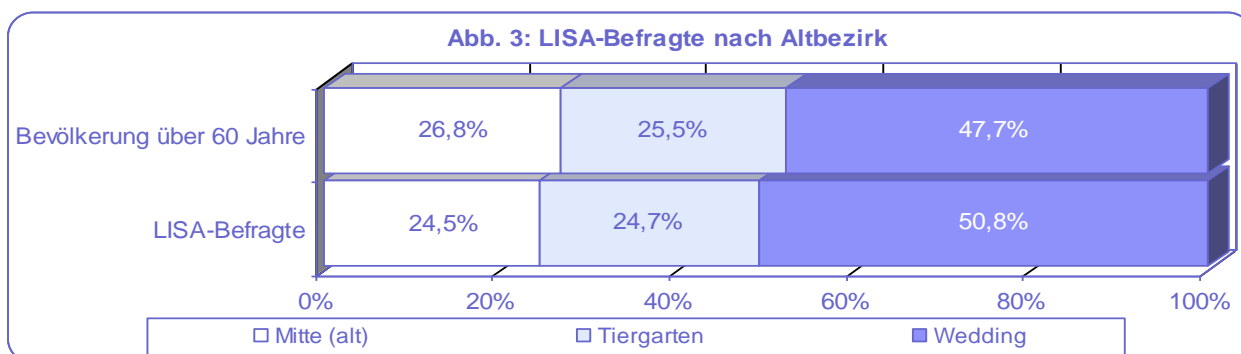


Abbildung 2 zeigt die Verteilung der LISA-Befragten in den drei Altersgruppen, die im Laufe der Analyse für unterschiedliche Auswertungen verwendet werden. Hierbei wird ebenfalls die Geschlechterverteilung in den einzelnen Gruppen dargestellt. Wie in der Bevölkerung als Ganzem wird die Geschlechterverteilung mit zunehmendem Alter immer unausgeglichener. Während in der Gruppe der 60 bis 69-Jährigen die Männer leicht in der Überzahl sind, gibt es bei den über 80-Jährigen mehr als drei mal so viele Frauen wie Männer. Durch die zahlenmäßig gute Besetzung beider Geschlechter in allen drei Altersgruppen sind Aussagen nach Altersgruppe möglich.

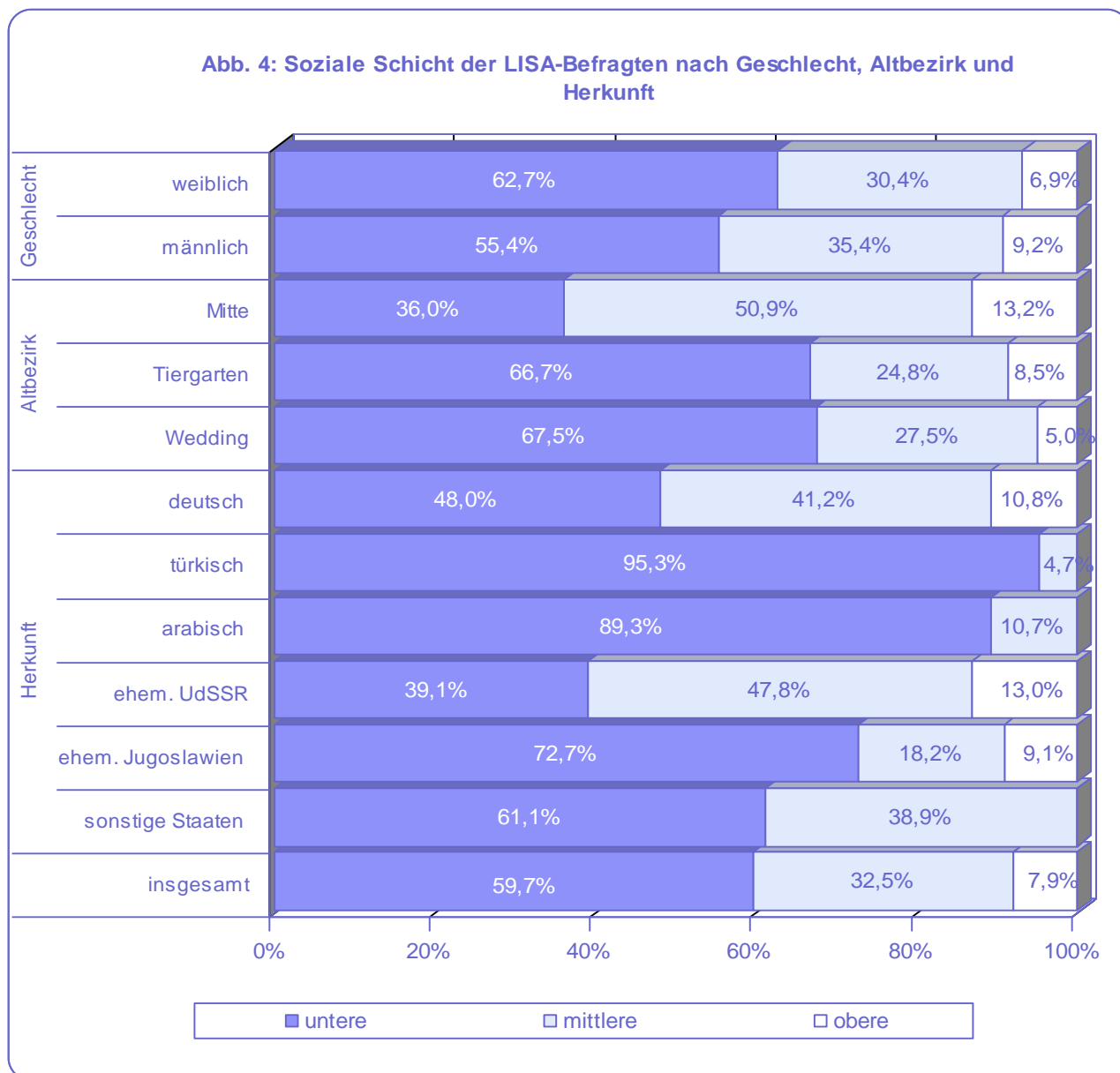


Hinsichtlich der Verteilung innerhalb des Bezirkes entsprechen die LISA-Befragten sehr gut der relativen Stärke der älteren Bevölkerung in den einzelnen Altbezirken (vgl. Abb. 3). Hierbei

⁴ Angesichts der kleinen Zahlen müssen die Auswertungen nach Herkunft für die nichttürkischen Migrantengruppen mit Vorsicht interpretiert werden.

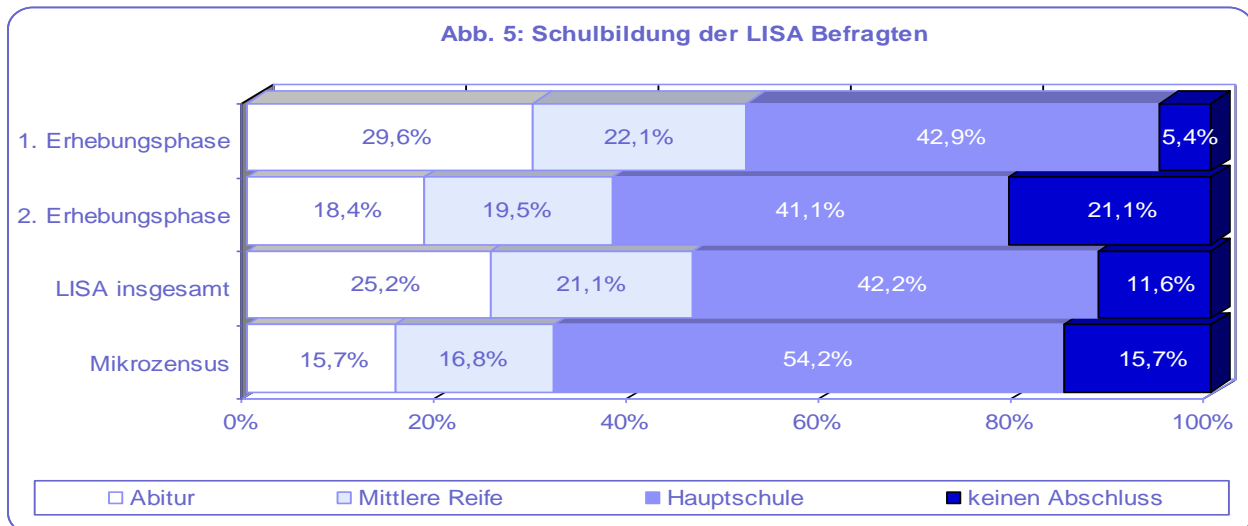
wohnten 50,8% (240) im ehemaligen Bezirk Wedding, 24,7% (117) in Tiergarten und 24,5% (116) im alten Bezirk Mitte.

In Abbildung 4 wird die soziale Schichtverteilung der Befragten nach Geschlecht, Altbezirk und Herkunft abgebildet. Insgesamt befindet sich mit 59% ein hoher Anteil an Menschen aus der unteren sozialen Schicht in der Stichprobe. Dies korrespondiert auch mit der sozialen Lage des Bezirkes insgesamt anhand anderer Indikatoren (vgl. BA Mitte 2006).



Insgesamt sind die Frauen sozial um einiges schlechter gestellt als die Männer. Dies kommt z.T. durch die Tatsache zustande, dass die Frauen dieser Generation nicht so häufig und qualifiziert erwerbstätig waren, und dementsprechend ein niedrigeres Rentenniveau aufweisen (vgl. Backes/Clement 2008, S. 83). Die Tatsache, dass viele der Frauen in unserer Stichprobe allein leben (vgl. Abb. 5) und nur mit einem Einkommen im Haushalt auskommen müssen, verstärkt diese Tendenz. Zwischen den Altbezirken gibt es ebenfalls deutliche Unterschiede. Während mehr als zwei Drittel der Befragten aus dem Wedding der unteren sozialen Schicht angehörten, waren es nur 36% in Alt-Mitte. Dementsprechend gab es mehr als zweimal so viele Befragte aus der oberen sozialen Schicht in Mitte (alt) wie im Wedding. Nach Herkunftsgruppen gibt es ebenfalls große Unterschiede: Während die Befragten russischer Herkunft bspw. sozial noch etwas besser gestellt waren als die Deutschen, befanden sich mehr als 95% der türkischstämmigen Befragten in der unteren sozialen Schicht.

Die Stichprobe erwies sich letztendlich hinsichtlich der beobachteten Merkmale als repräsentativ für die ältere Bevölkerung im Bezirk. Abbildung 5 zeigt die Schulbildung der LISA Befragten in den zwei Erhebungsphasen im Vergleich zu den Ergebnissen des Mikrozensus (2006) für die über 65-Jährigen im Bezirk insgesamt. Nach der zweiten Erhebungsphase nähert sich z.B. die Schulbildung in der Stichprobe der allgemeinen Verteilung wesentlich an, liegt aber immer noch etwas höher als in der Altersgruppe insgesamt. Der Anteil der Migranten unter den Befragten beträgt 35% statt ca. 15%, was aus dem Mikrozensus zu erwarten wäre. Hierzu kam es durch die erklärte Absicht, die Gruppe der Migranten ausreichend in der Stichprobe zu repräsentieren, um herkunftsspezifische Auswertungen möglich zu machen (Näheres zur Repräsentativität der LISA Stichprobe s. Abschnitt A.3 ab S. 47).

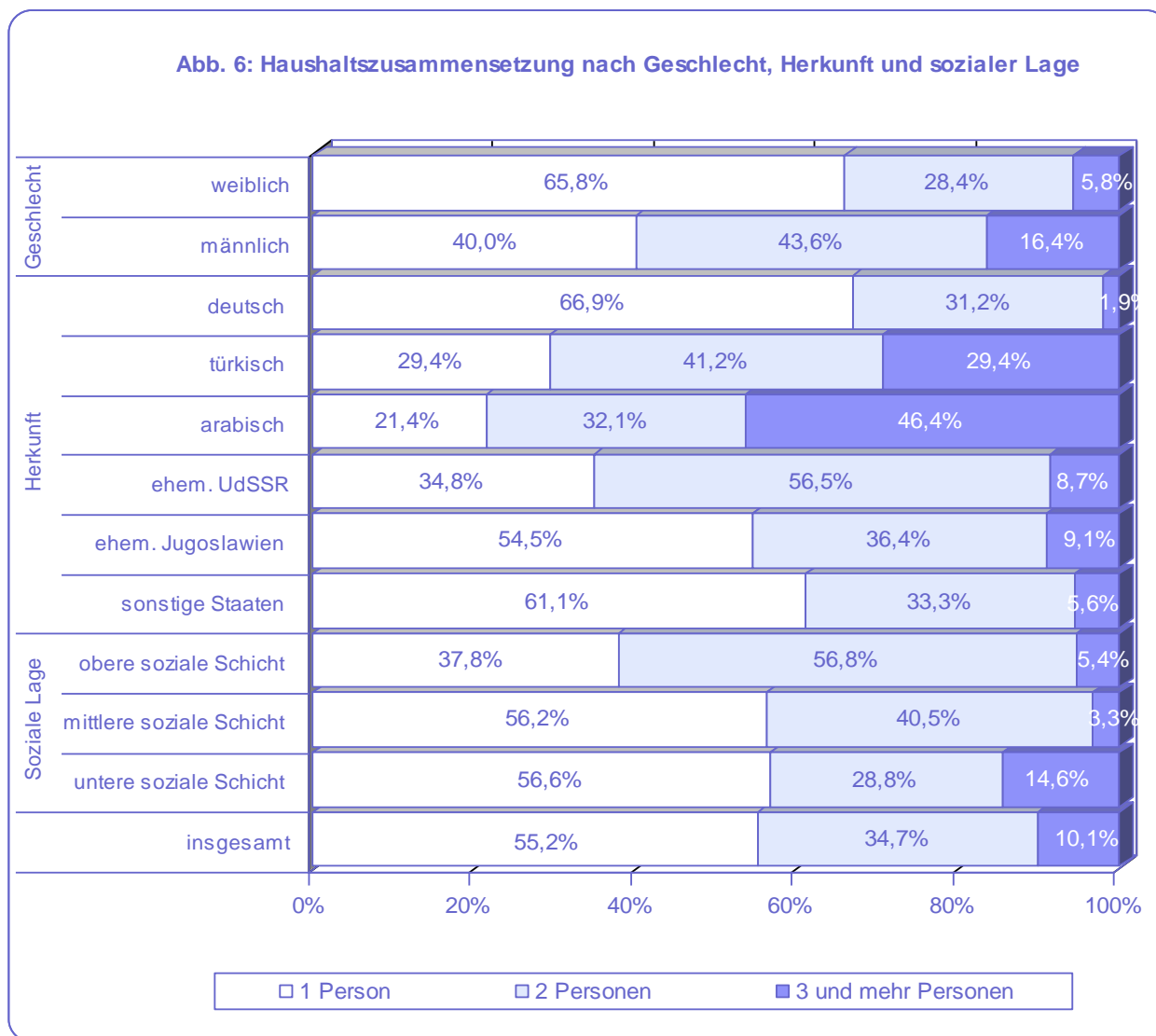


2 Ergebnisse der LISA-Befragung

Die LISA-Befragung enthält eine weit gefächerte Palette von Informationsmöglichkeiten über die gesundheitliche und soziale Situation der älteren Bevölkerung in Mitte. Ausgewählte Ergebnisse der Studie werden im Folgenden präsentiert. Hierbei handelt es sich im Einzelnen um die Bereiche „Wohnsituation“, „Soziale Einbindung, Kontakte und Aktivitäten“, „gesundheitsrelevantes Verhalten“, „Gesundheit und Krankheit“, „Pflege“, „Bekanntheit bezirklicher Einrichtungen“ und „Wünsche der Befragten an den Bezirk“. Die Ergebnisse von LISA werden auch in zukünftige Projekte der Gesundheitsberichterstattung und -förderung einfließen.

2.1 Wohnsituation

Die LISA-Befragten wurden im Fragebogen auch nach Angaben zu ihrer eigenen Wohnsituation gefragt. Abbildung 6 zeigt die sich hieraus ergebende Haushaltszusammensetzung in der Untersuchungsgruppe.⁵



⁵ Die Standardauswertung der LISA-Ergebnisse besteht aus einer Auswertung anhand der drei wichtigsten soziodemografischen Merkmale: „Geschlecht“, „Herkunft“ und „soziale Lage“. Je nach Thema wird darüber hinaus nach weiteren Merkmalen differenziert, z.B. nach Alter, nach Altbezirk, nach sozialer Unterstützung (ESSI), nach Depressionsrisiko oder nach Bewegungshäufigkeit.

In der Auswertung der Haushaltszusammensetzung interessierte insbesondere die Gruppe der alleinlebenden Menschen, da sie stark gefährdet ist, zu vereinsamen. So wohnten 55% der 473 LISA-Befragten allein. Unter den alleinlebenden Befragten waren 70,1% Frauen und 29,9% Männer. Betrachtet man die gesamte Stichprobe, so lebten 65,8% der Frauen und 40% der Männer ohne Mitbewohner. Hinsichtlich der sozialen Lage zeigt sich, dass jeweils ca. 56% der Befragten in den unteren und mittleren sozialen Schichten allein wohnt, während dies nur für 37,8% der sozial bessergestellten Befragten gilt.

Die Haushaltszusammensetzung der Befragten zeigt sehr deutliche Unterschiede je nach Herkunftsgruppe. Während ca. 67% der deutschen Befragten allein leben und nur 1,9% mit 3 und mehr Personen, wohnen lediglich 21,4% der Befragten aus arabischen Ländern allein und 46,4% mit 3 und mehr Personen zusammen. Die Situation der türkischstämmigen Menschen ähnelt eher jener der arabischen als der deutschen Befragten mit lediglich 29,4% Alleinlebenden. Die Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus sonstigen Ländern leben demgegenüber häufiger allein.

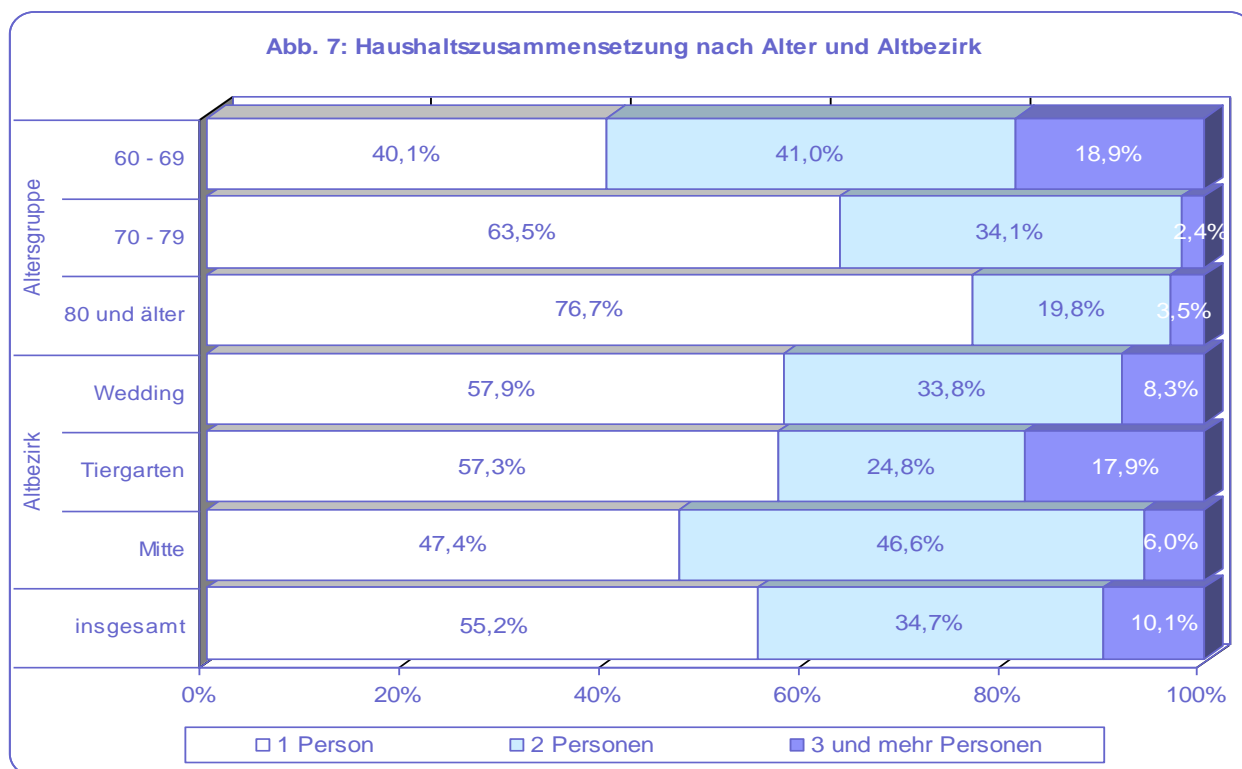


Abbildung 7 stellt die Haushaltszusammensetzung der LISA-Befragten nach Altersgruppe und Altbezirk dar. Die Analyse nach Altersgruppe zeigt eine nachvollziehbare Entwicklung sehr deutlich: Je älter die Befragten desto öfter leben sie ohne Mitbewohner. Interessant sind eher die Unterschiede in den Altbezirken. Die älteren Tiergartener wohnen sowohl am häufigsten allein als auch mit großem Abstand am häufigsten in Haushalten mit drei oder mehr Personen. Die Befragten aus Mitte (alt) leben mit deutlichem Abstand am häufigsten in Zweipersonenhaushalten (46,6%).

2.2 Soziale Eingebundenheit, Kontakte und Aktivitäten

Die Gesundheit des Menschen wird durch eine Reihe von Faktoren bestimmt, die auf den ersten Blick wenig mit Gesundheit bzw. mit Krankheit per se zu tun haben. Neben eher soziodemografischen Einflüssen – wie zum Beispiel der sozialen Lage oder dem Migrationshintergrund der betroffenen Menschen – spielt die soziale Einbindung gerade bei älteren Menschen eine große Rolle. Vor Allem in einem eher sozial benachteiligten Bezirk wie Mitte, wo oft die materiellen Bedingungen der Menschen sehr prekär sind, spielen diese sozialen Faktoren im Alltagsleben der älteren Bevölkerung eine wichtige Rolle.

Der erste Ergebnisblock der LISA-Auswertung befasst sich mit dem Bereich der sozialen Eingebundenheit, der Kontakte und der Aktivitäten der älteren Bevölkerung. Diese Faktoren haben nicht nur einen Einfluss auf die Gesundheit, sondern sind für sich gesehen wichtige Elemente der Lebensqualität von Menschen im Alter (vgl. Backes/Clemens 2008). Die folgende Darstellung wird einige für die Untersuchung wichtige Einflüsse beleuchten, differenziert nach den jeweils relevanten Merkmalen.

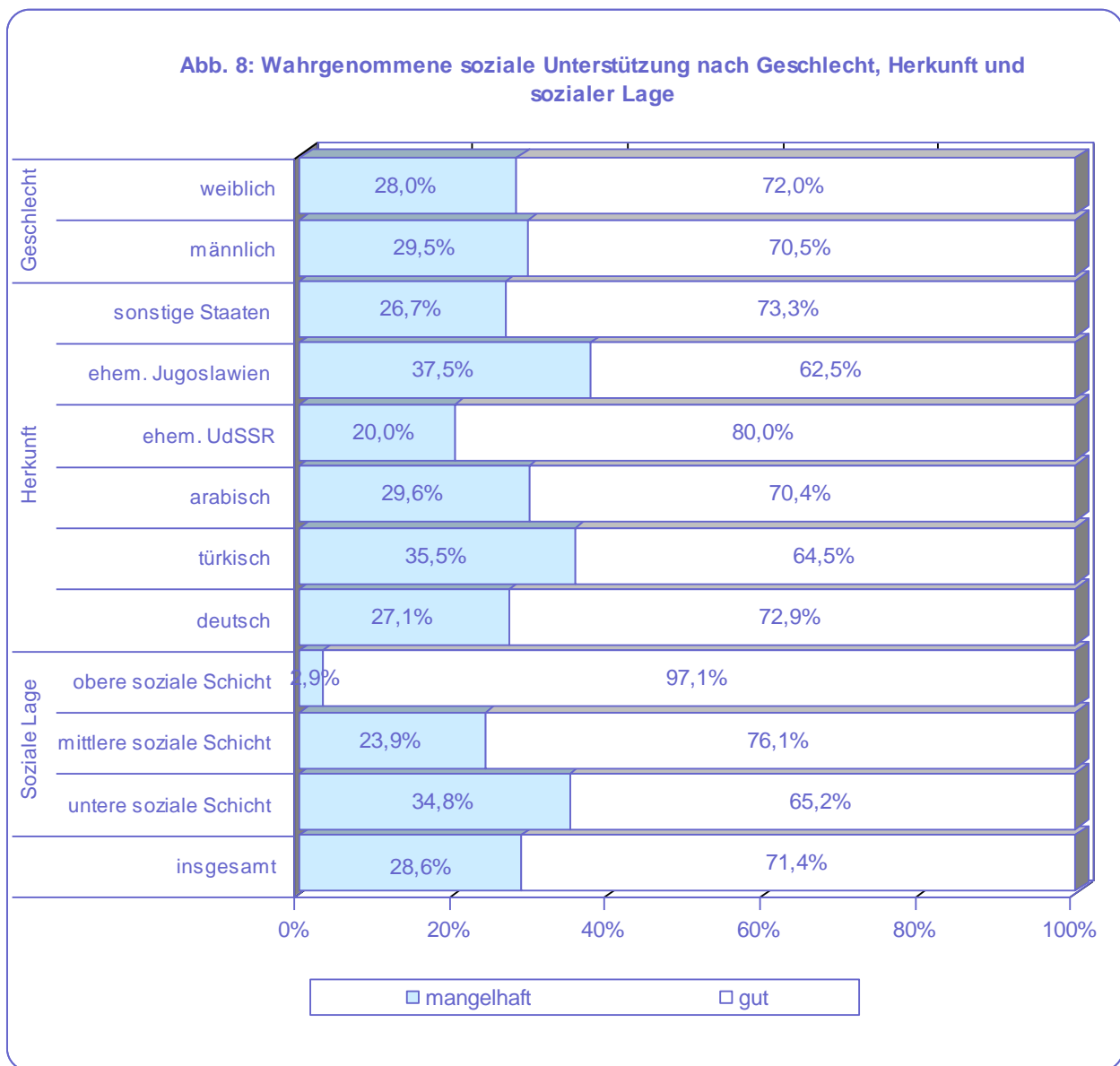
Im ersten Abschnitt wird anhand des Instruments ESSI⁶ (vgl. S. 45) die von den Befragten wahrgenommene soziale Unterstützung ausgewertet. Die Erkenntnisse aus dieser Analyse werden immer wieder in die weiteren Auswertungen einbezogen. Der zweite Abschnitt befasst sich mit den sozialen Kontakten der älteren Menschen. Neben der Frage nach der räumlichen Nähe zur wichtigsten Bezugsperson wird auch die Offenheit der Befragten für Freunde/Bekannte aus anderen Kulturen als der eigenen sowie die Häufigkeit ihrer sozialen Kontakte insgesamt ermittelt. Der dritte Abschnitt untersucht den Bereich der täglichen Aktivitäten der Befragten.

2.2.1 Wahrgenommene soziale Unterstützung (ESSI)

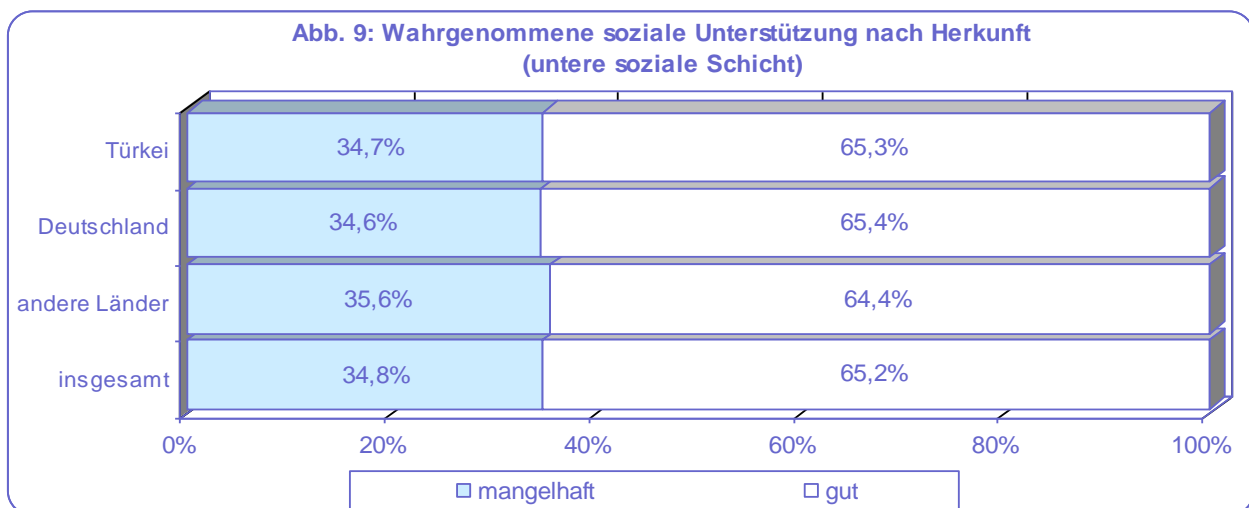
Nicht nur die objektive Anzahl an sozialen Kontakten und Aktivitäten von älteren Menschen gibt einen Hinweis auf den Grad ihrer sozialen Einbettung in der Gesellschaft, sondern auch ihre subjektive Wahrnehmung des Eingebundenseins. Um die Effekte dieser sozialen Eingebundenheit auf ihre Gesundheit einzuschätzen, ist es wichtig eine objektive Messung der sozialen Unterstützung, die sie in ihrem täglichen Leben wahrnehmen, vorzunehmen. Nach Erprobung verschiedener alternativer Instrumente in der Pretestphase wurde zum Zweck der Messung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung das standardisierte Instrument ESSI angewendet. Anhand der Antworten zu fünf vorgegebenen Fragen kann eingeschätzt werden, inwieweit die Befragten sich subjektiv von ihrer sozialen Umgebung unterstützt fühlen.

Abbildung 8 zeigt die wahrgenommene soziale Unterstützung der LISA-Befragten nach soziodemografischen Merkmalen. Insgesamt fühlten sich 71,4% der LISA-Befragten sozial gut unterstützt, etwas weniger als in einer für Deutschland repräsentativen Studie in der Altersgruppe über 65 (vgl. Cordes et al. 2009). Auffallend in der Einschätzung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei den LISA-Befragten ist der deutliche soziale Gradient: Je höher die soziale Schicht desto besser die Unterstützung. Während sich beide Geschlechter ungefähr gleich gut unterstützt fühlten, gaben insbesondere die älteren Befragten türkischer und (ehemals) jugoslawischer Herkunft in höheren Maßen an, dass sie sich mangelhaft unterstützt fühlten.

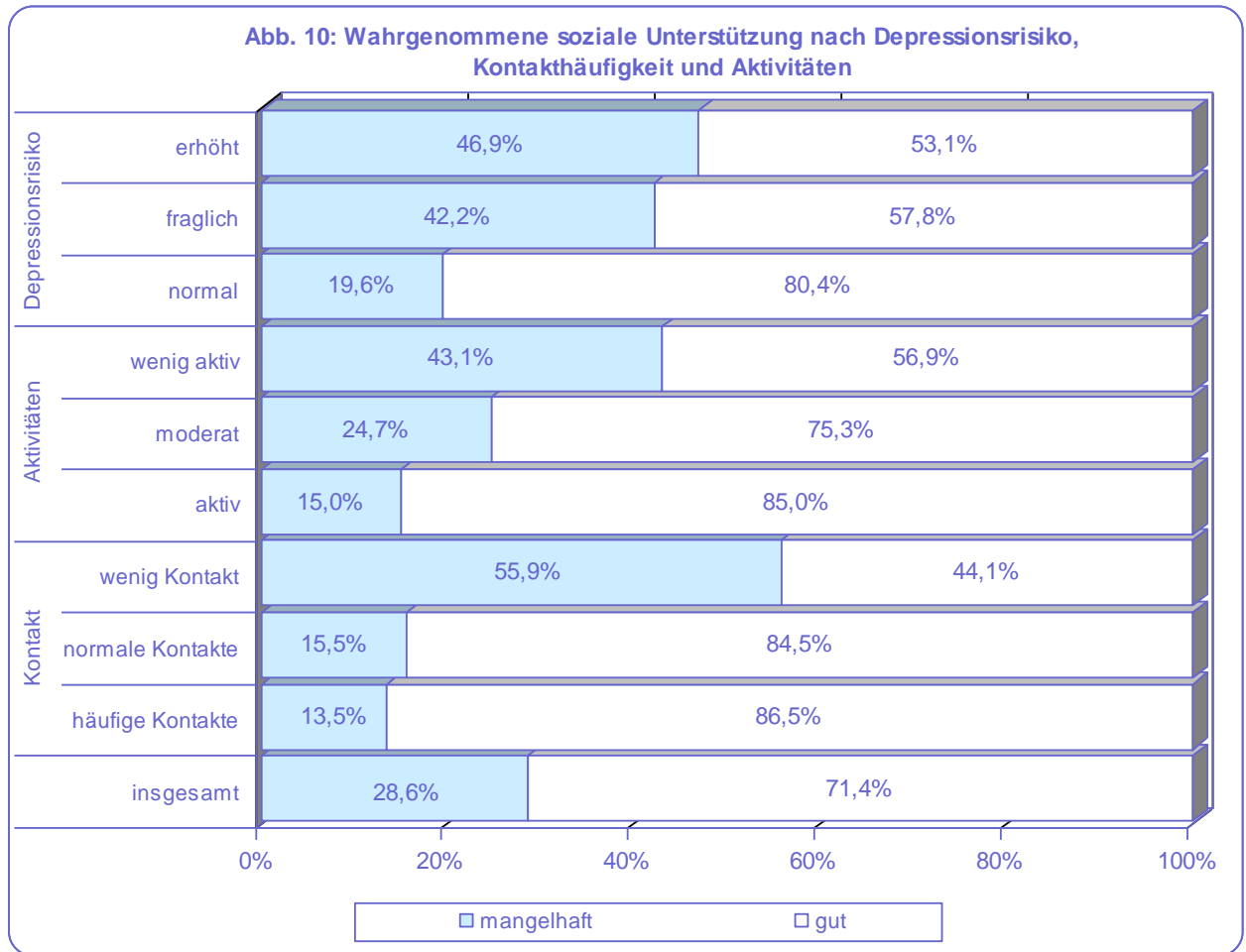
⁶ ENRICH-D-Social-Support-Instrument



Eine Analyse der sozialen Unterstützung nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht (Abbildung 9) zeigt jedoch, dass die oben aufgezeigten Unterschiede nach Herkunft offenbar sozial bedingt sind. Wenn diese Analyse nur für die schlechter gestellten Befragten durchgeführt wird, zeigen sich keine Unterschiede mehr nach Herkunftsgruppe.



Bei der Analyse von weiteren möglichen Einflussfaktoren auf die wahrgenommene soziale Unterstützung (Abbildung 10) fällt auf, dass insbesondere die aktiven Befragten und diejenige mit normalen oder häufigen Kontakten sich als sozial gut unterstützt wahrnehmen. Hierbei fühlten sich die älteren Menschen mit wenig Kontakt zu weiteren Personen im Alltag zu einem sehr hohen Anteil mangelhaft unterstützt.



2.2.2 Soziale Kontakte

Soziale Kontakte sind für ältere Menschen ein wichtiger Bestandteil des Alltags. In der eher anonymen Umgebung eines Innenstadtbezirkes wie Mitte ist die Gefahr der Vereinsamung relativ groß. In der Befragung wurde daher sowohl nach der Häufigkeit der Kontakte zu einer Reihe von für ältere Menschen wichtigen Bezugspersonen als auch nach der räumlichen Nähe zur wichtigsten Bezugsperson gefragt. Darüber hinaus war von Interesse, inwieweit die befragten älteren Bürger auch Menschen aus anderen Kulturen als der ihren zum engeren Freundes-/Bekanntenkreis zählen.

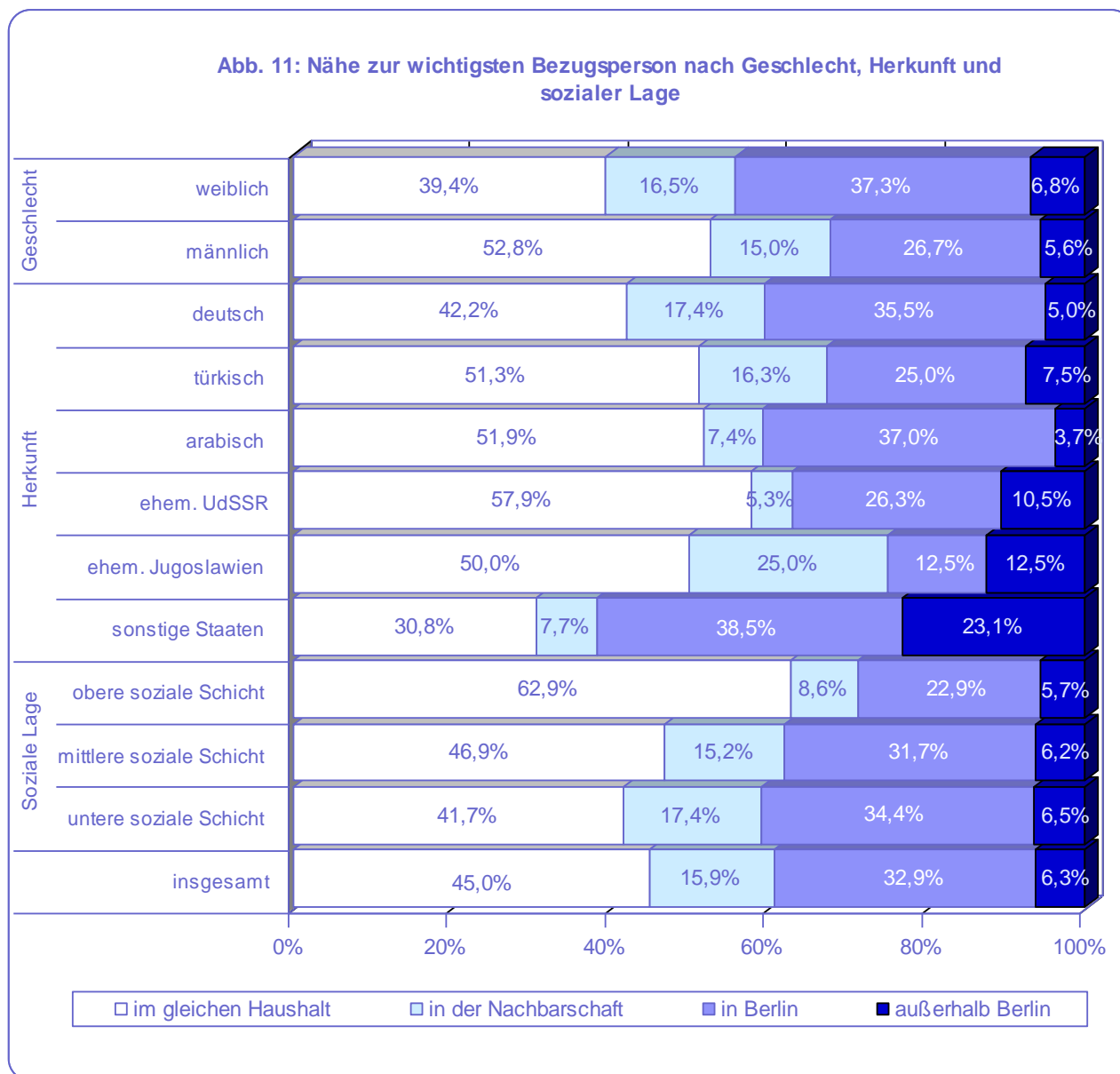
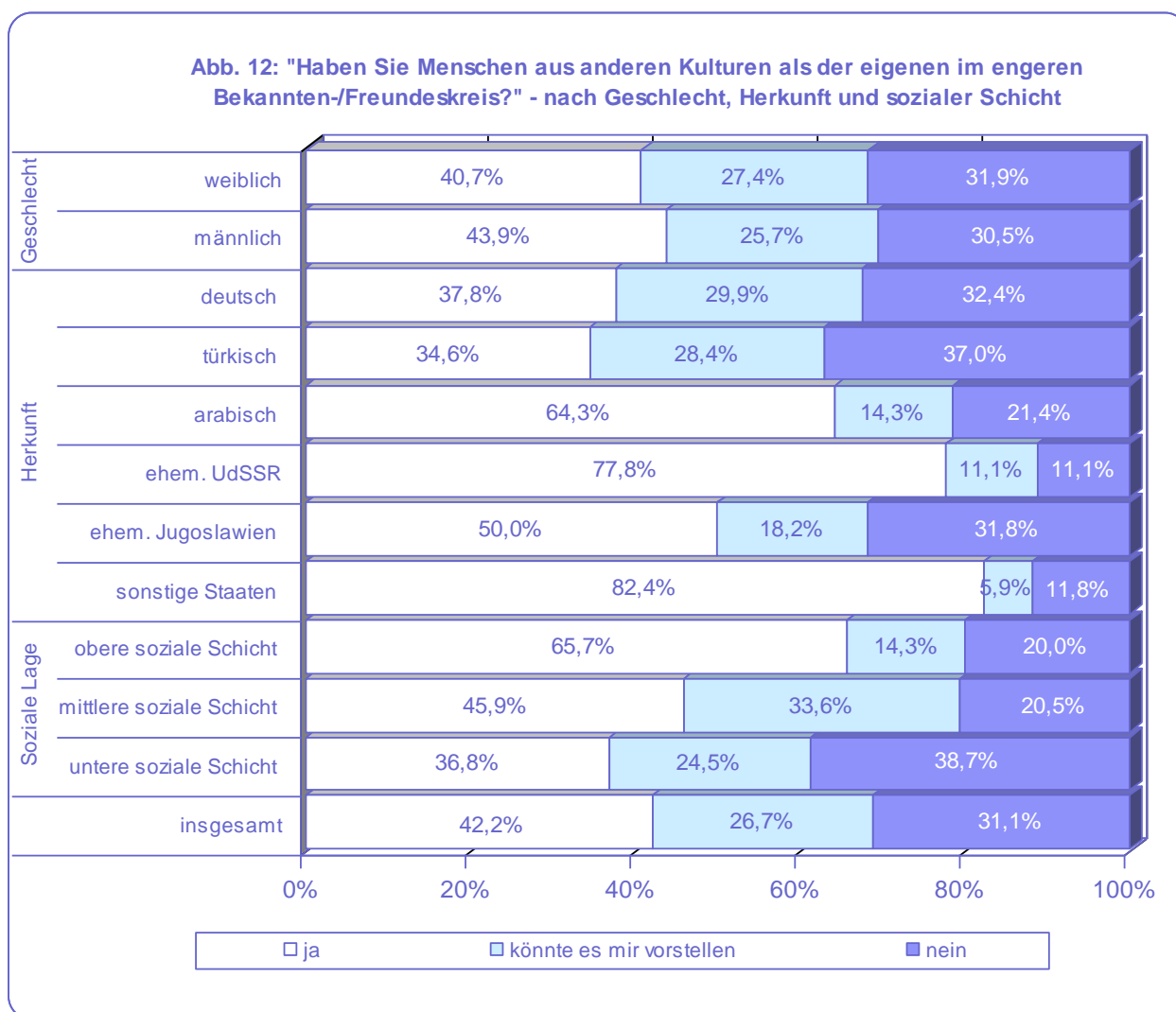


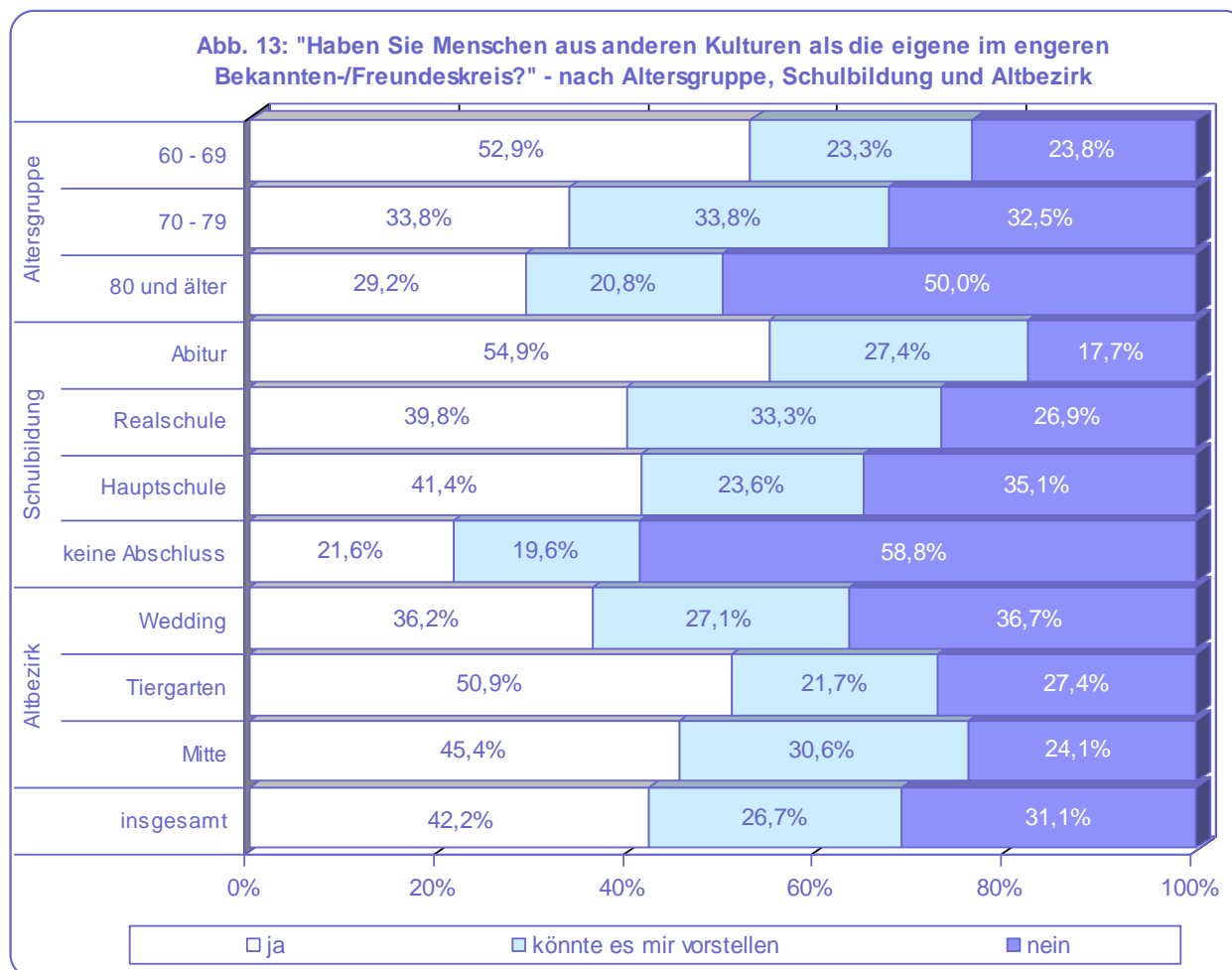
Abbildung 11 zeigt die räumliche Nähe der LISA-Befragten zu ihrer wichtigsten Bezugsperson nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage. Insgesamt lässt sich feststellen, dass mehr als 60% der Befragten ihre wichtigste Bezugsperson eigenen Wohnung oder in der Nachbarschaft haben, und ein weiteres Drittel immerhin in Berlin. Dies stellt ein Potenzial dahin gehend dar, dass eventuelle Unterstützung im Notfall gewährleistet werden kann. Der relativ große Unterschied in der Geschlechterverteilung bei der Frage, wo die wichtigste Kontaktperson wohnt – bei ca. 52% der Männer, aber nur bei 39% der Frauen wohnt die wichtigste Kontaktperson im eigenen Haushalt – lässt sich auch durch die Tatsache erklären, dass ein wesentlich höherer Anteil der Männer in unserer Stichprobe mit Ehepartner/in lebt. In der Gruppe der Befragten nichtdeutscher Herkunft

wohnt die wichtigste Bezugsperson öfter im eigenen Haushalt als bei den deutschen Befragten. Bei den nichtdeutschen Herkunftsgruppen gibt jedoch auch eine größere Anzahl der Befragten an, ihre wichtigste Bezugsperson nicht in Berlin zu haben. Nach sozialer Schicht ausgewertet zeigt sich hier wiederum ein sozialer Gradient: je höher die soziale Schicht desto eher befindet sich die wichtigste Bezugsperson im eigenen Haushalt.



Auf die Frage, ob sie Menschen aus anderen Kulturen als die eigene im engeren Bekannten-/Freundeskreis haben (Abbildung 12), ergab sich ein sehr differenziertes Bild. Nach Geschlecht betrachtet, lassen sich keine Unterschiede konstatieren. Nach Herkunftsgruppe ausgewertet, zeigten sich die Befragten aus der ehemaligen UdSSR mit 77,8% am ehesten aufgeschlossen. Als Nächstes folgten ältere Menschen aus arabischen Ländern mit 64,3%, die Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 50% und die deutschen Befragten mit 37,8. Am ehesten unter sich blieben die türkischstämmigen Befragten mit nur 34,6% interkulturellen Kontakten. Die Gruppe der Menschen aus „sonstigen Ländern“ zeigten sich noch interkulturell eingebundener als die russischen Befragten mit 82%. Somit bildete sich mit kleinen Abweichungen ein interessantes Muster: Je mehr Menschen aus der eigenen Herkunftsgruppe im Bezirk wohnen, desto eher neigten die Herkunftsgruppen dazu unter sich zu bleiben. Bei der Offenheit für Menschen anderer Kulturkreise im Bekanntenkreis zeigt sich ein sozialer Gradient: je höher die soziale Schicht desto eher haben die Befragten Kontakte außerhalb des eigenen Kulturkreises. Da die LISA-Befragten aus der ehemaligen UdSSR eher aus höheren sozialen Schichten kommen, könnte dies die offenere Haltung mit erklären.

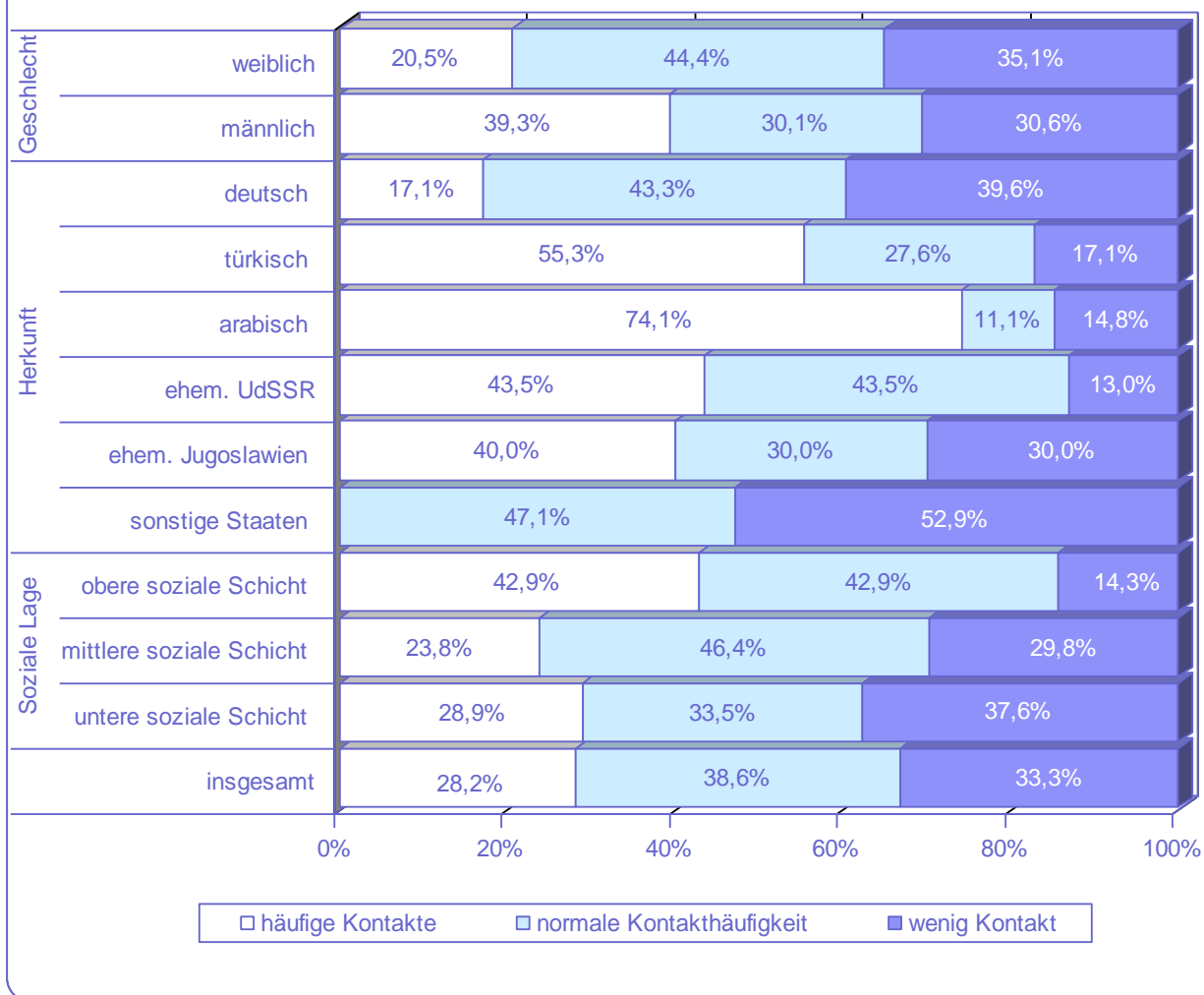
Abbildung 13 zeigt den Zusammenhang zwischen weiteren Faktoren und der Offenheit für Menschen aus anderen Kulturen im engeren Bekannten-/Freundeskreis der LISA-Befragten. Insgesamt erscheint diese Offenheit als starker Kohorteneffekt – je jünger die Befragten, desto offener. Mit der Schulbildung gibt es ebenfalls eine klare Korrelation bei der Verneinung der Frage – je höher die Schulbildung desto seltener wurde die Antwort „nein“ gegeben. Nach Altbezirken ausgewertet, gaben die Tiergartener mit 50,9% häufiger als die Menschen aus Alt-Mitte (45,4%) und Wedding (36,2%) an, Menschen aus anderen Kulturen als die eigene im engeren Bekannten-/Freundeskreis zu haben.



Anhand der Angaben der Befragten zur Häufigkeit ihrer Kontakte zu einigen wichtigen Bezugspersonen wurde ein „Kontaktindex“ gebildet. Hierbei wurden die Befragten in drei Gruppen unterteilt: „häufige Kontakte“, „normale Kontakthäufigkeit“ und „wenig Kontakt“. Dabei konnte die Qualität dieser Kontakte nicht beurteilt werden.

Abbildung 14 zeigt die Kontakthäufigkeit der LISA-Befragten nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht. Auffallend ist insbesondere die Tatsache, dass Männer fast doppelt so häufig in der Kategorie „häufige Kontakte“ wie die Frauen zu finden sind. Hierbei ist aber zu bedenken, dass die Männer in unserer Stichprobe um einiges häufiger als die Frauen in Mehrpersonenhaushalten wohnten (vgl. Abb. 5) und dadurch zwangsläufig häufiger Kontakt mit anderen Personen haben. Wenn nur die Einpersonenhaushalte analysiert werden (nicht abgebildet), zeigt sich der Vorsprung der Männer nicht so deutlich. Nach Herkunft betrachtet wiesen die deutschen Befragten wesentlich weniger häufig soziale Kontakte im Alltagsleben auf als jene aus anderen Herkunftsgruppen. Dies zeigt sich ebenfalls bei den Befragten in Einpersonenhaushalten. Ein klarer sozialer Gradient macht sich bei der Kategorie „wenig Kontakt“ bemerkbar: Je niedriger die soziale Schicht desto höher ist die Gefahr der Vereinsamung – vor allem in den deutschen Haushalten.

Abb. 14: Kontakthäufigkeit der LISA-Befragten nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht



2.2.3 Aktivitäten

Wichtig für ältere Menschen sind auch die vielfältigen Aktivitäten, mit denen sie ihren Alltag gestalten. Im LISA-Fragebogen gab es eine Liste, auf der die Befragten die Häufigkeit verschiedener Aktivitäten des täglichen Lebens ankreuzen konnten. Um die Befragten zum Mitmachen anzuregen, wurde ein breites Spektrum an Aktivitäten abgefragt. Nicht nur die unentbehrlichen Aktivitäten der täglichen Versorgung standen zur Disposition sondern auch eine ganze Bandbreite von weiteren Aktivitäten, die von Bewegung und Geselligkeit auf der einen Seite bis hin zu Kultur und Zerstreuung auf der anderen reichten.

Abb. 15: Häufigkeit von ausgewählten Aktivitäten bei den LISA-Befragten

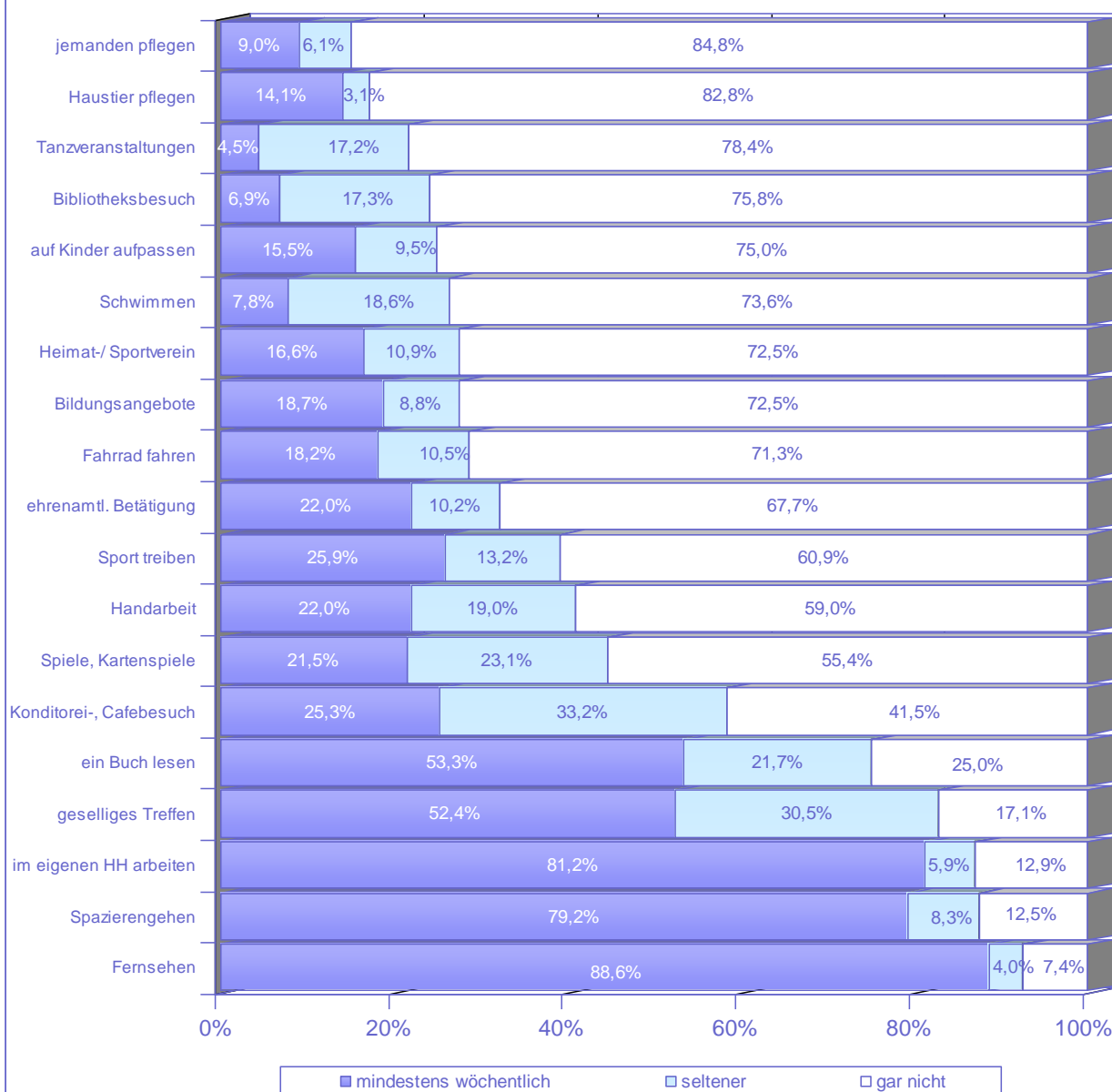


Abbildung 15 zeigt die häufigsten Aktivitäten der LISA-Befragten. Hinter dem zu erwartenden Renner „Fernsehen“, dem fast 90% der Befragten mindestens einmal wöchentlich nachgehen, folgen „im eigenen Haushalt arbeiten“ mit 81,2%, „Spaziergehen“ mit 79,2%, „ein Buch lesen“ mit 53,3% und „gesellige Treffen“ mit 52,4%. Andere häufige Tätigkeiten – wie Karten spielen

(21,5%) und Handarbeit (22,0%) – konnten sich im Mittelfeld behaupten. Insgesamt gab mehr als ein Viertel der Befragten an, mindestens einmal wöchentlich Sport zu treiben.

Einige der Aktivitäten zeigten ausgeprägte Unterschiede in ihrer Häufigkeit je nach Geschlecht, sozialer Lage oder Herkunft (nicht abgebildet). Sport, z.B., wird viel eher von Frauen (31,6%) als von Männern (18,1%), von Befragten aus der oberen (48,6%) als aus der mittleren (37,6%) oder unteren (16,5%) sozialen Schicht und mehr von deutschen (30,8%) als von türkischen (12,7%) oder russischstämmigen (15%) Befragten betrieben.

Interessant war auch die Geschlechterverteilung bei der Aktivität „jemand pflegen“, da die häusliche Pflege traditionell als „weibliche“ Angelegenheit betrachtet wird. Hier waren die männlichen Befragten mit 12,5% fast doppelt so häufig tätig wie die Frauen (6,4%). Wenn nur für die Befragten, die zusammen mit Partner/-in wohnen, ausgewertet wird, relativiert sich dies etwas. Hier pflegen 17,1% der Männer und 11,5% der Frauen. Dieser Befund deutet auf einen zunehmenden Pragmatismus hinsichtlich der Ausübung von ehemals geschlechtsspezifischen Tätigkeiten hin, und wird durch die Ergebnisse von anderen Untersuchungen unterstützt, die eine Zunahme der pflegerischen Leistungen von Männern feststellen (vgl. Schneekloth/Wahl 2005). Dieses Phänomen bezieht sich jedoch nur auf die Partnerpflege. Die Pflege der Eltern bleibt weiterhin hauptsächlich eine Aufgabe der Töchter.

Häusliche Pflege wird zudem viel eher von arabischen (21,4%) oder türkischen (13,7%) als von deutschen Befragten (6,8%) ausgeübt.⁷ Bei der Frage nach der eigenen Pflegebedürftigkeit (vgl. Abbildung 33) gaben ca. 5% mehr Frauen als Männer an, pflegebedürftig zu sein. Es wurde jedoch nicht nach der Pflegebedürftigkeit der Partnerin/des Partners gefragt. Eine detaillierte Auswertung der einzelnen Aktivitäten – ausgewertet nach allen relevanten soziodemografischen Parametern – würde den Rahmen dieser Ergebnisdarstellung sprengen.

2.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Im zweiten Block werden die Ergebnisse der Analyse zum Gesundheitsverhalten der LISA-Befragten vorgestellt – jeweils anhand von möglichen Determinanten aus anderen Fragebereichen. Das Thema des ersten Abschnitts ist das Bewegungsverhalten der LISA-Befragten. Anschließend wird der Gewichtsstatus betrachtet, hier als Indikator eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und Mitverursacher von verschiedenen gesundheitlichen Problemen. Der dritte Abschnitt befasst sich mit dem Rauchverhalten der Befragten, der vierte Abschnitt mit ihrem Alkoholkonsum.

2.3.1 Bewegung

Die Bewegungsfähigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Natur, der nicht nur den aktiven Sport, sondern auch alle Bereiche des täglichen Lebens miteinschließt. Bewegung dient der Fortbewegung, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung, und Beweglichkeit ist eine wichtige Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter. In der Literatur gibt es eine Reihe von Studien, die der regelmäßigen Bewegung eine gesundheitsfördernde resp. krankheitsvorbeugende Wirkung zuschreiben – nicht nur gegen Übergewicht und den daraus entstehenden Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, sondern auch gegen andere Erkrankungen (vgl. u.a. Predel/Tokarski 2005, Voelcker-Rehage et al. 2006).

Aus der oben beschriebenen Tätigkeitenliste wurde für die LISA-Befragten die Häufigkeit von acht aktiven Tätigkeiten des täglichen Lebens summiert, um daraus den Bewegungsindex zu bilden.

⁷ Alle Prozentangaben beziehen sich auf die zusammengefasste Kategorie „mindestens wöchentlich“.

Hierzu wurden nicht nur Tätigkeiten wie „Sport treiben“ oder „Fahrrad fahren“ gezählt, sondern auch Aktivitäten wie „Besorgungen machen“ und „im eigenen Haushalt arbeiten“.

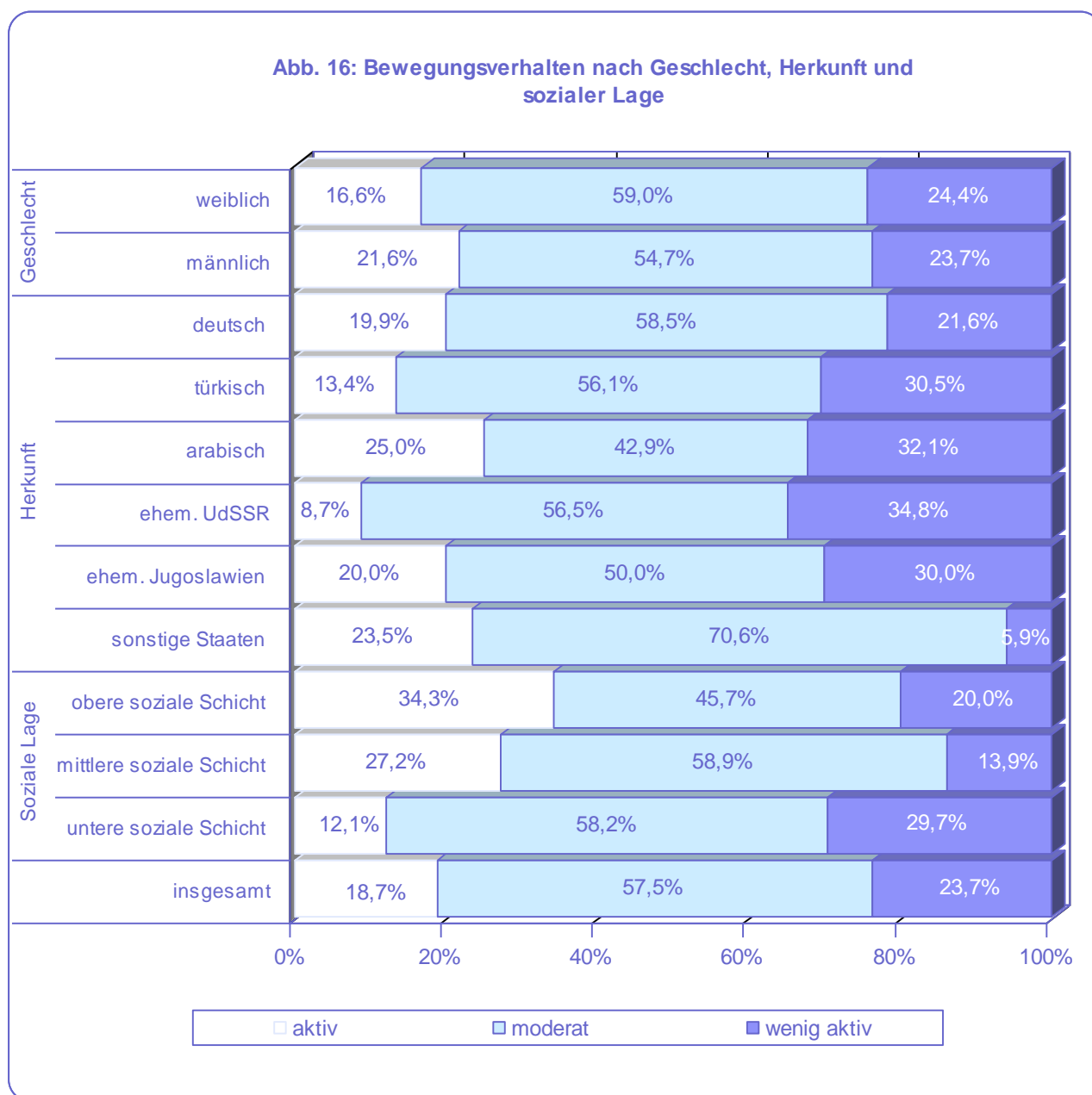
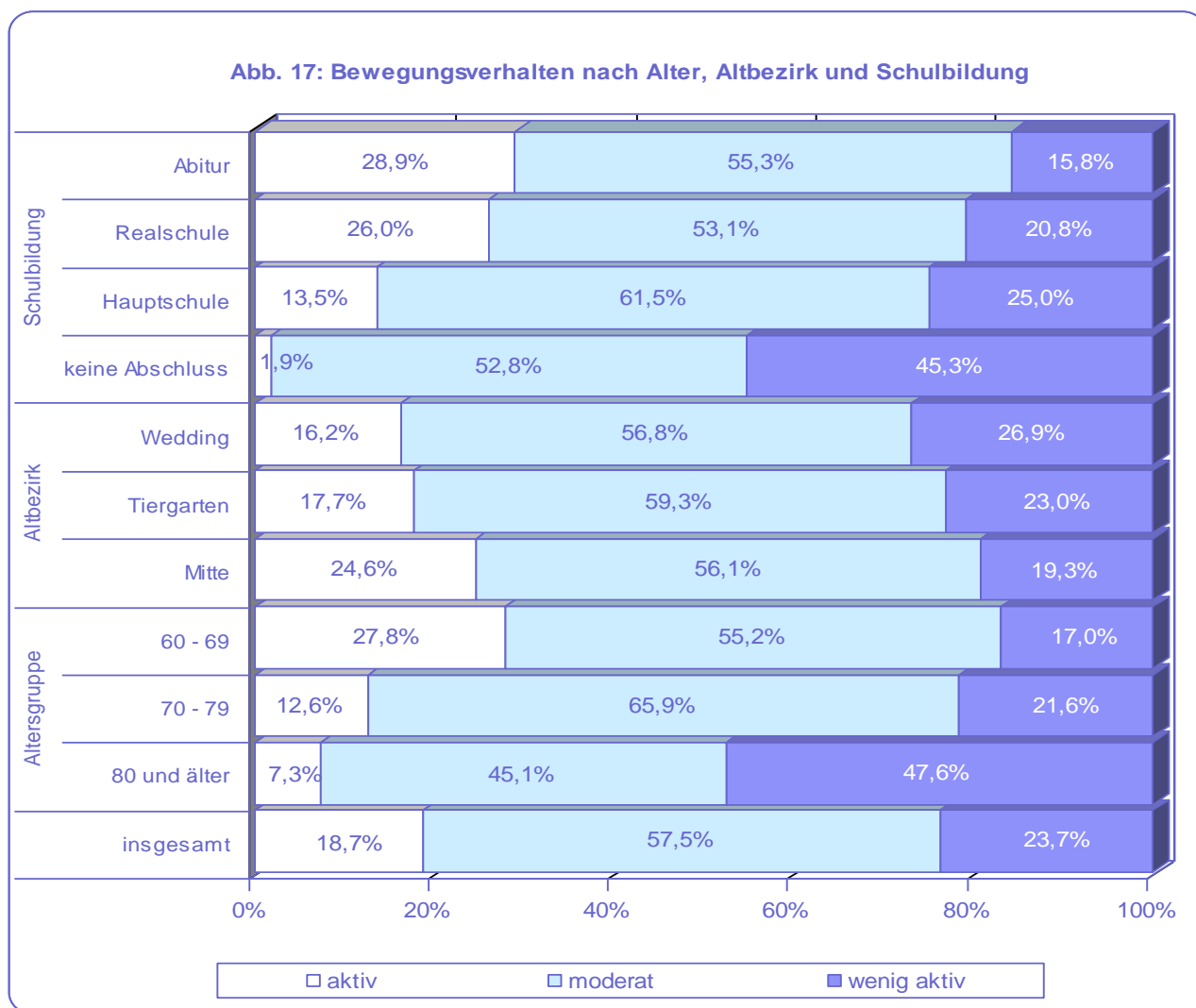


Abbildung 16 zeigt das Bewegungsverhalten der LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht. Insgesamt zeigten sich die männlichen Befragten mit 21,8% „aktiv“, und damit um einiges „bewegungsfreudiger“ als die Frauen (15,6%). Nach Herkunft betrachtet zeigen sich die Befragten aus arabischen Ländern (überwiegend Männer) mit 25% am aktivsten, während die russischstämmigen Befragten das Schlusslicht bilden mit knapp 9%. Eine Auswertung nach Herkunft und Geschlecht zeigt jedoch sehr große Unterschiede im Bewegungsverhalten zwischen türkischen Männern und Frauen. Während sich die türkischen Männer mit ca. 20% „aktiv“ eher den deutschen Befragten (23,6%) ähnelten, zeigten die türkischen Frauen mit ca. 5% ein sehr niedriges Bewegungsniveau im Vergleich zu den deutschen Frauen (19,9%).

Wie bei vielen anderen gesundheitsrelevanten Indikatoren zeigt sich auch hier ein starker sozialer Gradient: Während sich 34,3% der Befragten aus der oberen sozialen Schicht aktiv bewegen, sind es nur 12,1% aus der unteren Schicht. Eine nähere Analyse der Ergebnisse lässt vermuten, dass die

Unterschiede nach Herkunft zum größten Teil auch sozial bedingt sind. Wenn nur die untere soziale Schicht betrachtet wird, zeigen sich z.B. die türkischen Befragten sogar etwas aktiver als die Deutschen.

In Abbildung 17 werden weitere Determinanten des Bewegungsverhaltens in der LISA-Stichprobe dargestellt. Der Faktor „Schulbildung“ zeigt sich analog zur sozialen Schicht: je höher die Schulbildung, desto eher bewegen sich die Befragten. Während für die Befragten aus Tiergarten mit nur 16,2% und Wedding mit nur 17,7% ein eher unterdurchschnittliches Aktivitätsniveau ermittelt wurde, sind die Befragten aus Mitte (alt) wesentlich bewegungsfreudiger. Mit dem Alter verhält es sich erwartungsgemäß: je älter die Befragten, desto weniger bewegen sie sich.



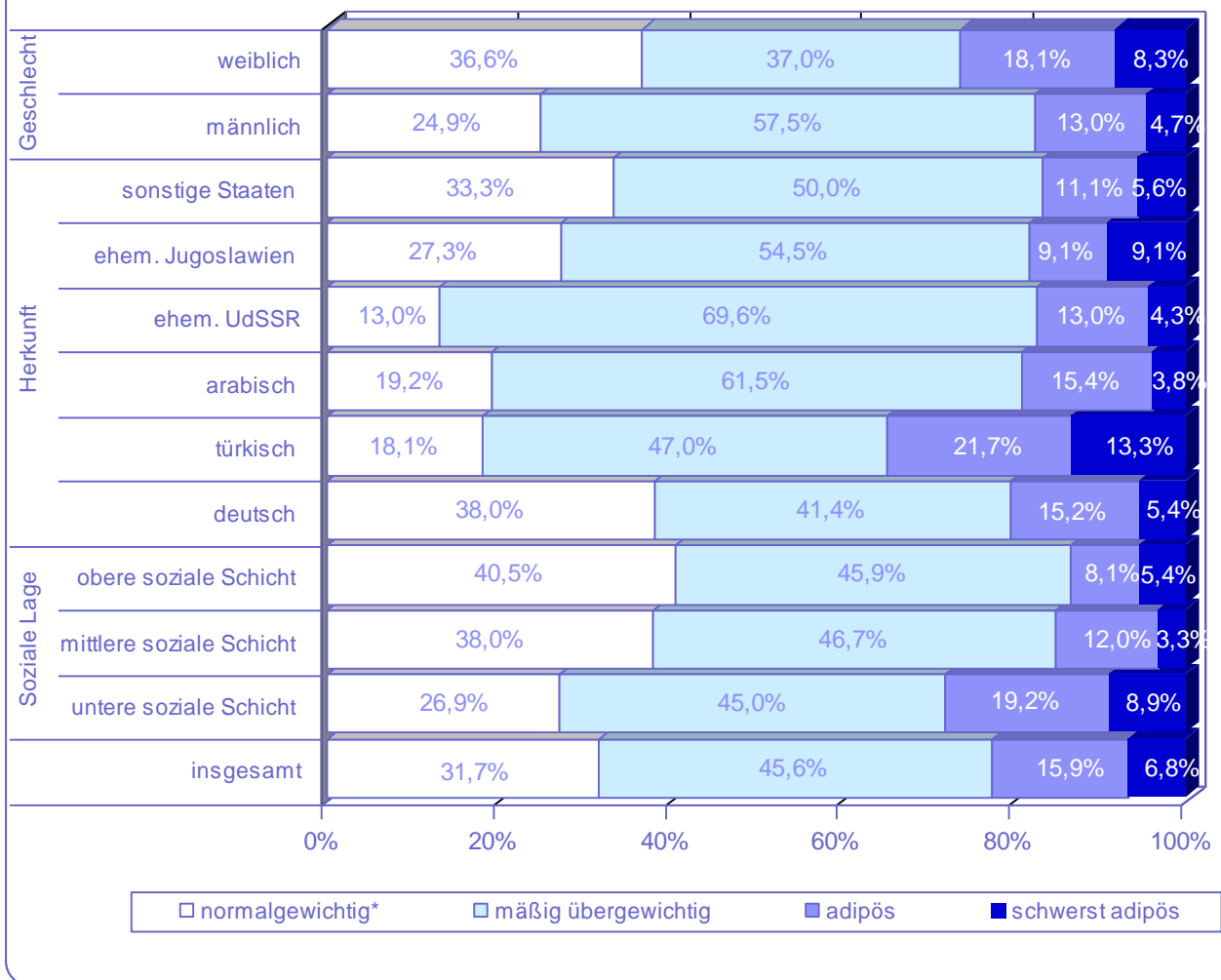
2.3.2 Gewichtsstatus

Ein wichtiger Indikator des Gesundheitszustandes eines Menschen ist der Gewichtsstatus. Insbesondere im höheren Alter führt Adipositas zu einer Reihe von gesundheitlichen Problemen – angefangen mit orthopädischen Belastungen über Herz-Kreislauf-Beschwerden bis hin zu Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes).

Anhand der Angaben der LISA-Befragten zur eigenen Körpergröße und zum Gewicht wurde der Body Mass Index (BMI) berechnet und mit Hilfe der WHO-Richtwerte der Gewichtsstatus bestimmt. Abbildung 18 zeigt den Gewichtsstatus der Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht. Insgesamt wiesen nur 31,7% der Befragten ein normales Körpergewicht auf, was

sich als gering im Vergleich zu ganz Berlin erweist⁸. Hierbei spielt auch die insgesamt niedrige soziale Lage in der Stichprobe eine Rolle. Bei der Analyse der demografischen Einflussfaktoren fällt auf, dass die männlichen Befragten sowohl wesentlich seltener normalgewichtig als auch weniger adipös als die Frauen waren. Darüber hinaus zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient bei der Verteilung von Adipositas in der Untersuchungsgruppe – Je niedriger die Schicht, desto höher der Anteil der adipösen älteren Menschen.

Abb. 18: Gewichtsstatus nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht



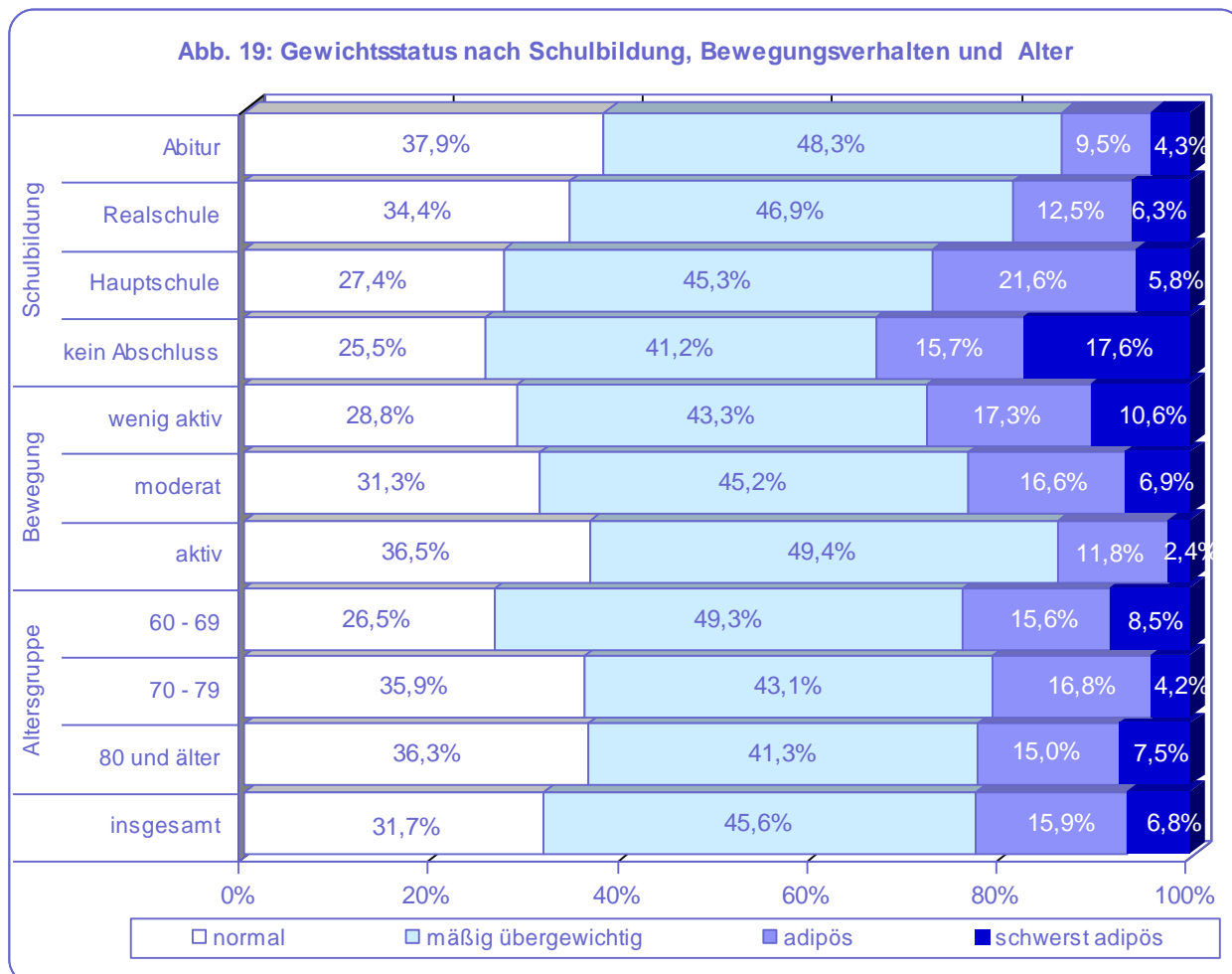
* Da nur 5 LISA-Befragten untergewichtig waren, werden sie im Folgenden zusammen mit den „Normalgewichtigen“ dargestellt.

Hinsichtlich der Herkunft wird ein sehr hoher Anteil an Adipositas bei den älteren türkischen Befragten deutlich. Da dieser Zusammenhang mit der türkischen Herkunft auch bei Kontrolle der sozialen Schicht erscheint, wird vermutet, dass hier kulturelle Einflüsse eine Rolle spielen. Viele der türkischstämmigen Bewohner des Bezirkes kommen aus ländlichen Gebieten in der Türkei, wo schwere körperliche Arbeit die Regel und dementsprechend eine erhöhte Kalorienzufuhr notwendig war.

Ein wichtiger Faktor beim Übergewicht in verschiedenen Lebensaltern ist die Schulbildung. Es gab hierbei einen ganz klaren Gradienten in der Untersuchungsgruppe: je niedriger die Schulbil-

⁸ Laut Mikrozensus waren im Jahre 2005 39,6% der über 65-Jährigen in ganz Berlin normalgewichtig.

dung, desto höher der Anteil von Adipositas (Abbildung 18). Besonders bedeutsam in dieser Hinsicht war auch das Bewegungsverhalten der Befragten.⁹ Abbildung 18 zeigt, dass der Gewichtsstatus in der Untersuchungsgruppe sehr deutlich mit dem Bewegungsverhalten der Befragten korrespondiert – Je häufiger sie sich bewegen, desto häufiger sind die Befragten normalgewichtig und desto seltener adipös. Interessant in den Ergebnissen zum Gewichtsstatus waren auch Auswirkungen des Alters: Je älter, desto höher der Anteil von normalgewichtigen Menschen.



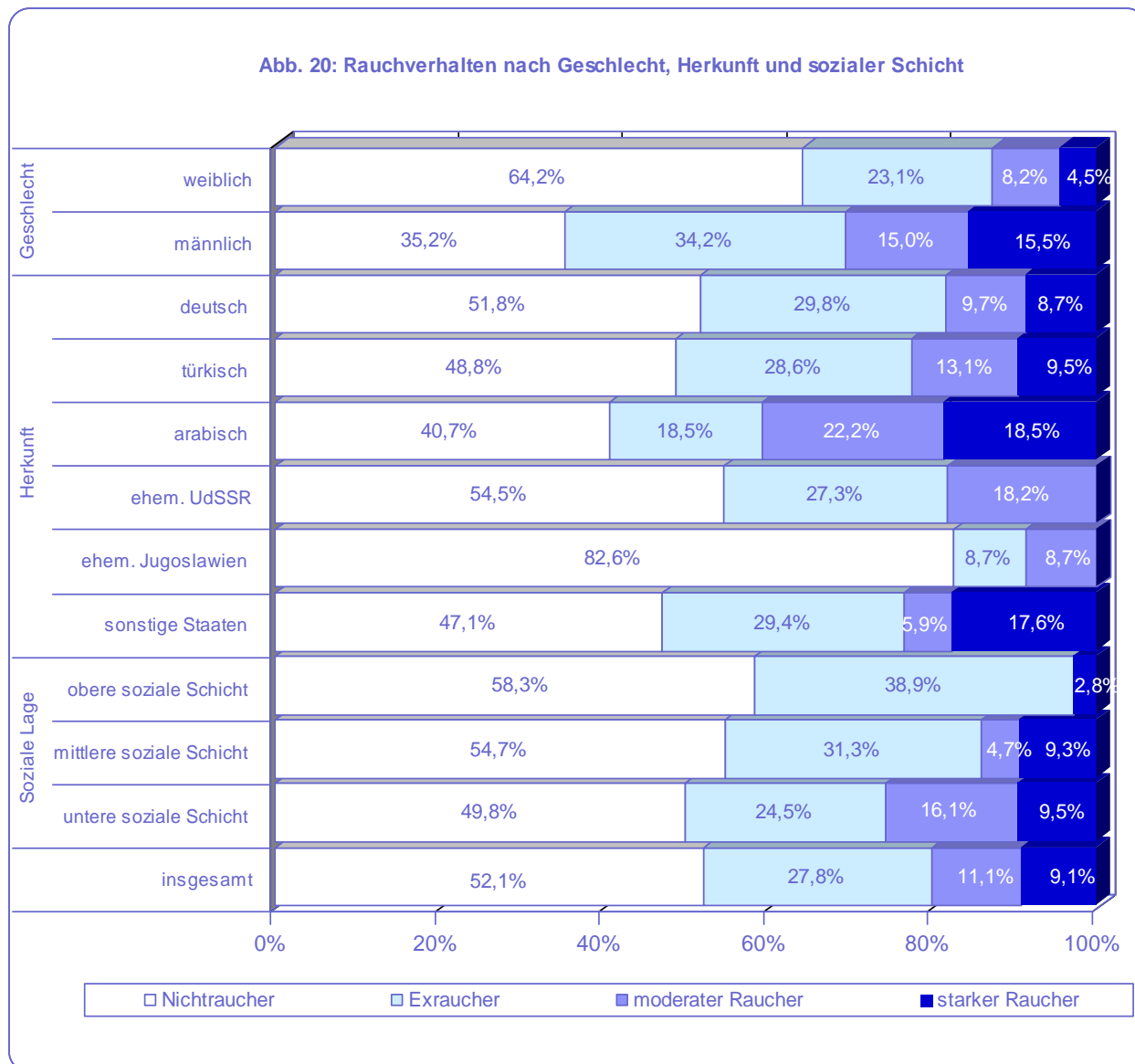
2.3.3 Rauchverhalten

Der Konsum von Tabakwaren gehört zu den gesundheitlich riskantesten Verhaltensweisen von Menschen in unserer Gesellschaft. Bei fast keiner anderen Verhaltensweise ist der Zusammenhang zwischen Konsum und gesundheitlichen Schäden so deutlich wie beim Rauchen. Trotz der Tatsache, dass die meisten Raucher sehr wohl wissen, worauf sie sich einlassen, ist die Sucht schwer zu bekämpfen.

Abbildung 20 zeigt das Rauchverhalten der LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage. Augenfällig hier ist insbesondere die Tatsache, dass Raucher wesentlich häufiger bei den Männern als bei den Frauen zu finden sind. Während der Anteil von Raucherinnen unter den LISA-Befragten ähnlich hoch wie im Bundesdurchschnitt ist, liegt der Anteil der männlichen Rau-

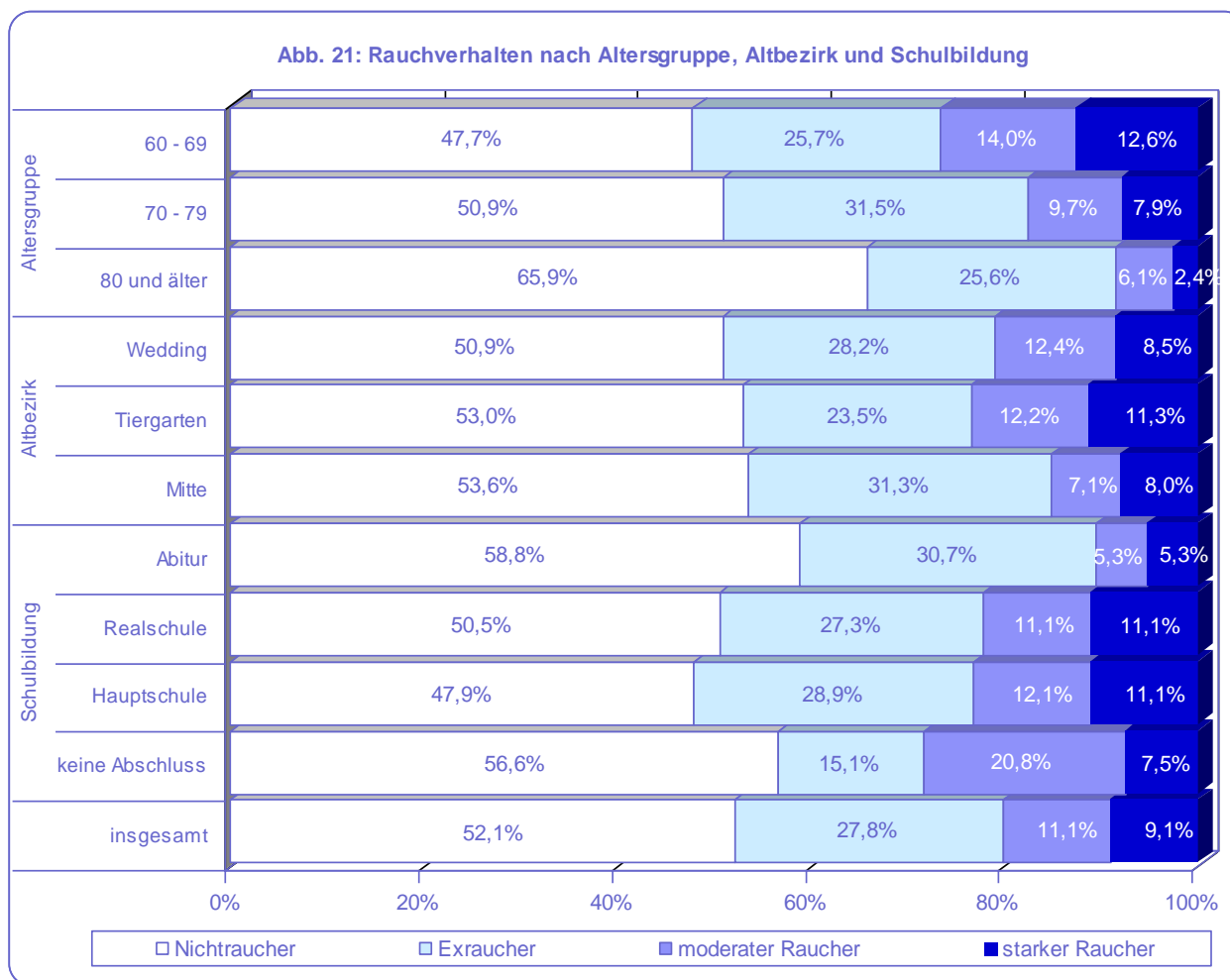
⁹ Als Untergruppe des Aktivitätsindex wurden u.a. Aktivitäten, die körperliche Aktivität beinhalten, zusammengefasst und nach Häufigkeit gepunktet. Hierbei entstanden drei Gruppen, die den Bewegungsindex ausmachen.

cher um einiges höher (vgl. Schulze/Lampert 2006). Mit knapp über 30% korrespondiert das Niveau in der Stichprobe jedoch ungefähr mit dem der Männer aus der unteren sozialen Schicht im Bundesdurchschnitt (vgl. Lampert 2010).



Während das Rauchverhalten der deutschen und türkischen Befragten in der LISA-Studie mit 18 bzw. 21% Rauchern ähnlich ist, erweisen sich insbesondere die arabischen Befragten mit einem Anteil von über 40% als starke Raucher. Ein niedrigerer Anteil an Rauchern bei Menschen aus islamischen Ländern, wie in neueren Untersuchungen mit Jugendlichen festgestellt wird (vgl. Brünger 2010), lässt sich in dieser Altersgruppe nicht zeigen – im Gegenteil. Nach sozialer Schicht betrachtet, zeigt sich ein starker Gradient beim Rauchen: je höher die soziale Schicht desto geringer der Anteil an Rauchern. Dies korrespondiert auch mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen (vgl. Lampert 2010).

Abbildung 21 beschäftigt sich mit dem Rauchverhalten der LISA-Befragten nach Alter, Altbezirk und Schulabschluss. Insgesamt geht das Rauchen bei den LISA-Befragten mit zunehmendem Alter stark zurück. Dies kann auch als Effekt der Tatsache verstanden werden, dass die Raucher nicht so lang leben wie die Nichtraucher. Dies wird in der Literatur belegt (vgl. Lampert 2010). Die Raucher in der LISA-Stichprobe sind insbesondere in den Altbezirken Tiergarten (23,5%) und Wedding (20,9%) zu finden. Mitte (alt) liegt mit 15,1% um einiges niedriger. Dies hat u.U. mit der jeweiligen sozialen Lage zu tun. Analog zur sozialen Schicht nimmt der Raucheranteil bei den LISA-Befragten mit höherer Schulbildung ebenfalls ab.

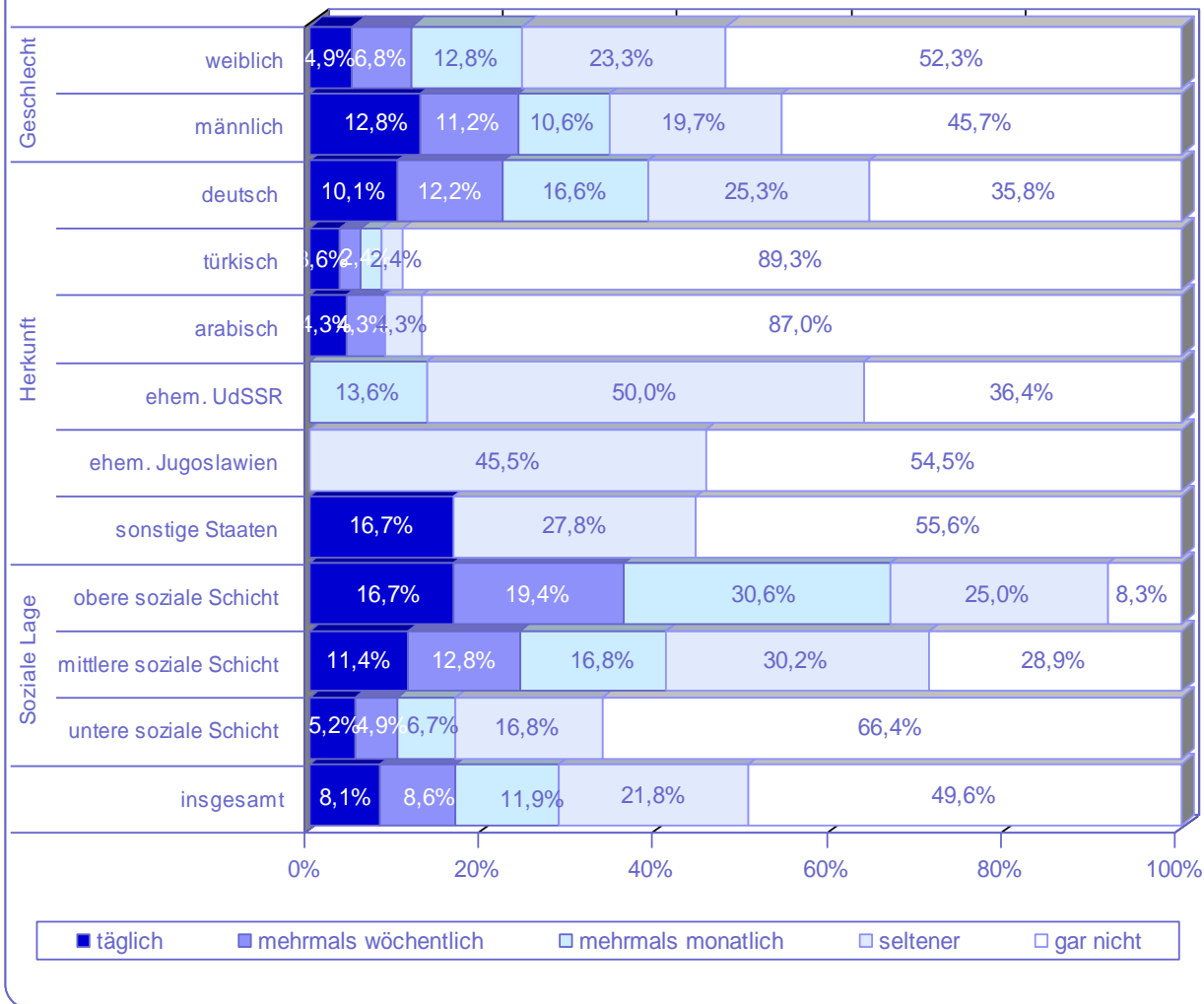


2.3.4 Alkoholkonsum

Alkoholkonsum gehört seit Langem zum Alltag in der deutschen Gesellschaft – auch für ältere Menschen. Im Gegensatz zum Rauchen gibt es wenige gesundheitliche Bedenken gegen einen moderaten Konsum von Alkohol durch sonst gesunde Menschen. Einige Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass ein moderater Alkoholkonsum sogar gesundheitsförderlich ist (vgl. Hoffmeister et al. 1999). Die Probleme mit dem Alkoholkonsum fangen jedoch an, wenn zu viel getrunken wird, auch gelegentlich. Dann spricht man von einem sogenannten riskanten Konsum.

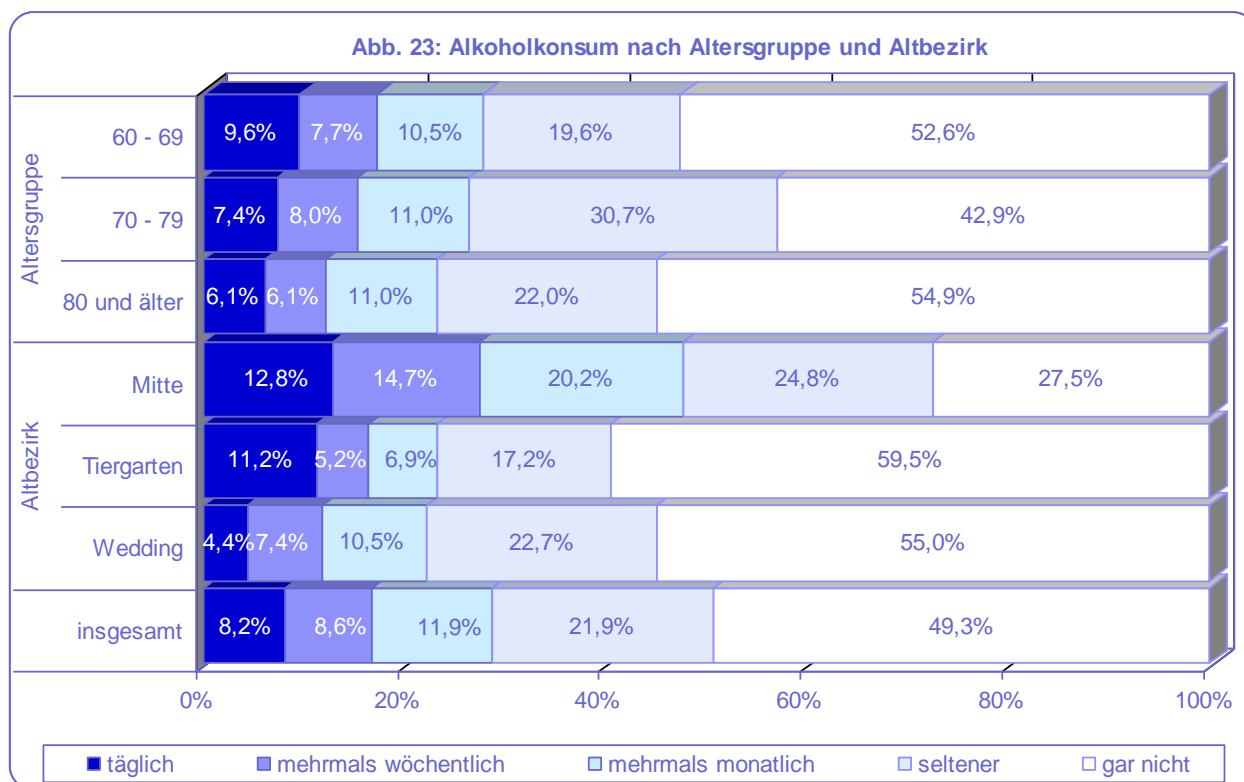
Abbildung 22 zeigt die Häufigkeit des Alkoholkonsums der LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage. Hier sind einige interessante Phänomene zu beobachten. Während die Prävalenz des Alkoholkonsums zwischen Männern und Frauen in unserer Stichprobe insgesamt gering variiert, ändert sich dies mit steigender Konsumhäufigkeit. Wenn nur der Konsum von Alkohol betrachtet wird, trinken die Männer ca. zweimal häufiger als die Frauen – beim täglichen Konsum noch häufiger. Bei der Auswertung vom Alkoholkonsum nach Herkunft zeigt sich, dass die LISA-Befragten aus der ehem. UdSSR und aus dem ehemaligen Jugoslawien durchaus eher mäßig Alkohol trinken. Wie man aus den diätetischen Vorschriften des Islams erwarten würde, geben fast 90% der Befragten aus der Türkei und aus arabischen Ländern an abstinenter zu sein. Dieses Phänomen zeigt sich auch beim Trinkverhalten von Jugendlichen in einer Befragung im Bezirk Mitte (vgl. Röpke-Baysal 2009).

Abb. 22: Alkoholkonsum nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage



Im Gegensatz zum Rauchen gibt es beim Trinkverhalten einen klaren umgekehrten sozialen Gradienten: je höher die soziale Schicht desto häufiger der Alkoholkonsum. Dieses Phänomen zeigt sich auch bei männlichen Jugendlichen (vgl. Lampert/Thamm 2007) und liegt zum Teil daran, dass die LISA-Befragten aus islamischen Ländern, die insgesamt wenig trinken, überwiegend der unteren sozialen Schicht angehören.

Abb. 23 zeigt die Häufigkeit des Alkoholkonsums der LISA-Befragten nach Altersgruppe und Altbezirk. Das regelmäßige Trinken von Alkohol geht mit dem Alter etwas zurück. Je älter die Befragten sind, desto seltener trinken sie täglich oder mehrmals wöchentlich Alkohol. Die Auswertung nach Altbezirk fiel etwas überraschend aus – die mit Abstand höchsten Anteile von Menschen, die regelmäßig Alkohol konsumieren, sind nicht in Tiergarten oder Wedding zu finden, sondern in Altmitte. Das Verhältnis zwischen den Altbezirken ändert sich etwas, wenn die muslimischen Befragten, die fast ausschließlich in Wedding und Tiergarten leben, nicht in die Auswertung eingebracht werden, aber die Tendenz bleibt deutlich.



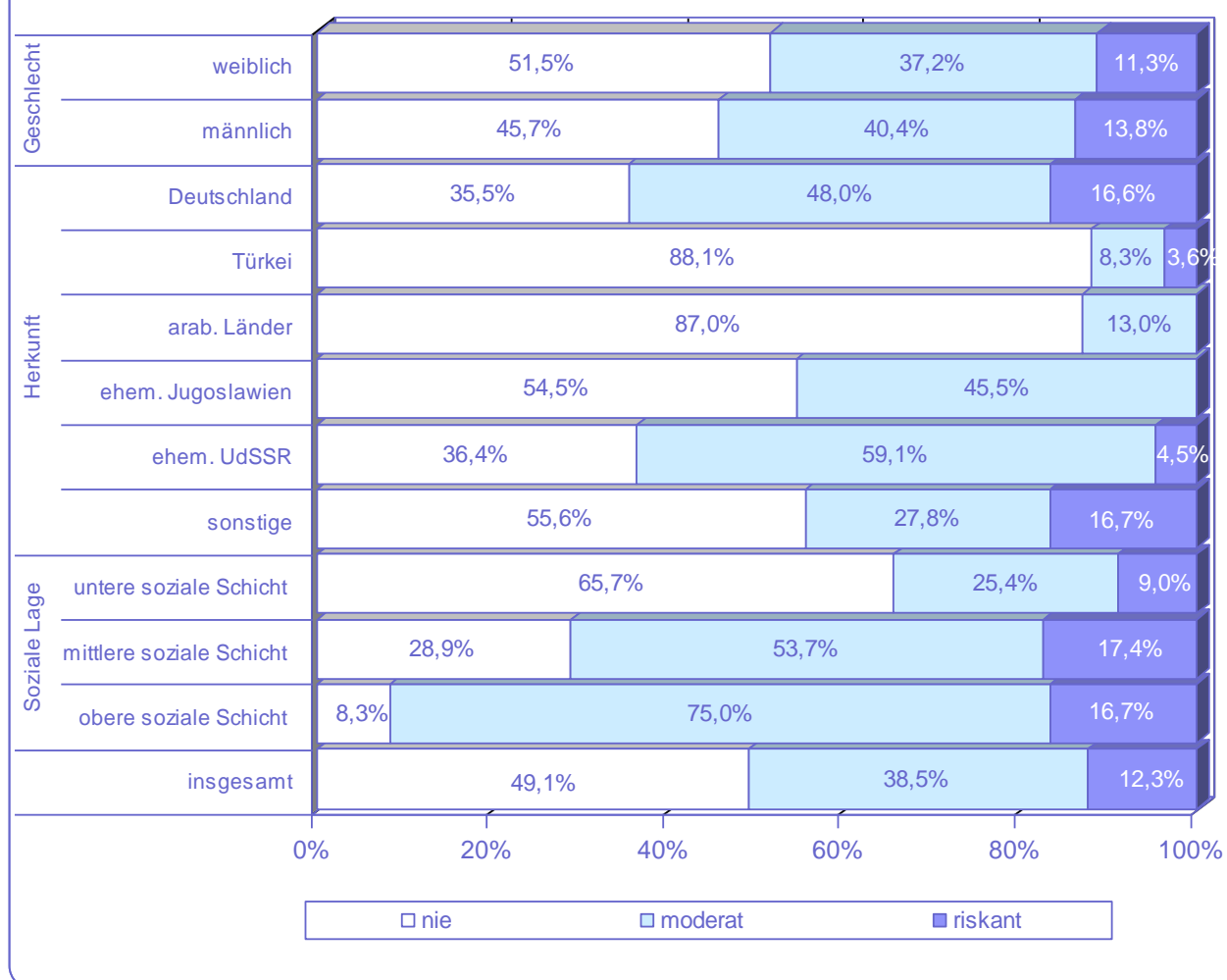
Die Häufigkeit des Alkoholkonsums allein sagt jedoch noch nichts über eventuelle Gesundheitsgefährdung der einzelnen Befragten durch den Alkoholkonsum aus. Um auch zu einer Einschätzung des riskanten Konsums von Alkohol in unsere Stichprobe zu gelangen, wurden neben einer Frage nach der Häufigkeit des Konsums auch Fragen nach der jeweiligen Trinkmenge sowie zur Häufigkeit des exzessiven Trinkens bei einem Anlass gestellt. Zusammen bilden diese drei Fragen das Instrument AUDIT-C¹⁰, das auch vom Robert-Koch-Institut (RKI) im telefonischen Bundesgesundheitsurvey verwendet wird (vgl. Hapke et al. 2009). Hierdurch können wir das Ausmaß des riskanten Alkoholkonsums bei den LISA-Befragten mit den entsprechenden Ergebnissen des RKI-Surveys vergleichen.

Abbildung 24 zeigt das Trinkverhalten der LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage.¹¹ Entsprechend der Angaben zur Häufigkeit des Alkoholkonsums weisen die Männer mit 13,8% etwas häufiger als die Frauen (11,3%) einen riskanten Alkoholkonsum auf. Hierbei liegen die Ergebnisse in Mitte etwas niedriger als die des bundesweiten RKI-Surveys. Diese Unterschiede können sowohl auf den hohen Anteil von muslimischen Menschen als auch auf die insgesamt niedrige soziale Lage in der LISA-Stichprobe zurückgeführt werden.

¹⁰ Das Bewertungsschema ist auf S. 47 im Anhang aufgeführt.

¹¹ Anhand des Auswertungsschemas für die drei AUDIT-C Fragen werden die Befragten hinsichtlich des Trinkverhaltens in drei Gruppen geteilt – diejenigen, die nie Alkohol trinken, sowie die moderaten und die riskanten Alkoholkonsumenten.

Abb. 24: Trinkverhalten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage

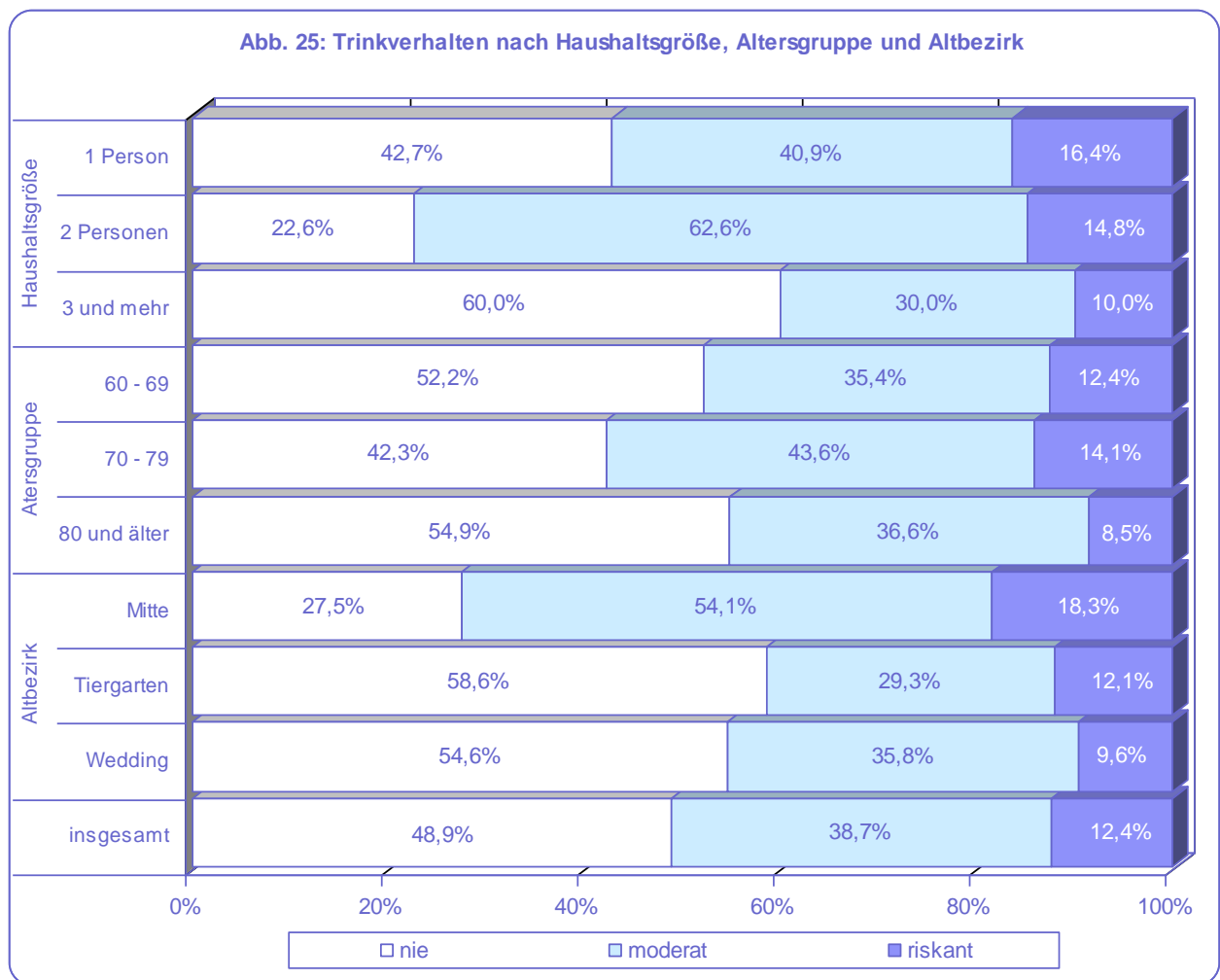


Nach Herkunft ausgewertet zeigen sich deutliche Alkoholprobleme nur bei den deutschen Befragten und bei den Befragten aus „sonstigen Ländern“ mit jeweils ca. 17%. Die relativ kleine Gruppe der regelmäßigen Alkoholkonsumenten aus der Türkei spiegelt sich ebenfalls als „riskante“ Konsumenten wieder. Anders als bei der Trinkhäufigkeit ist der Anteil der Befragten mit einem riskanten Alkoholkonsum in den oberen (16,7%) und mittleren (17,4%) sozialen Schichten ähnlich hoch. Wenn wiederum die muslimischen Befragten herausgefiltert werden, ändern sich die Verhältnisse etwas zu Ungunsten der unteren sozialen Schicht (jetzt mit 13,3% riskanten Konsumenten), aber die mittlere Schicht bleibt immer noch knapp die „Hauptrisikogruppe“ – dicht gefolgt von der oberen Schicht. Angesichts dieser Ergebnisse müssten sich Präventionsmaßnahmen insgesamt im Bereich „Alkohol im Alter“ eher mit den bessergestellten als mit den schlechter gestellten älteren Menschen befassen.

Abbildung 25 zeigt das Trinkverhalten der LISA-Befragten nach Haushaltsgröße, Altersgruppe und Altbezirk. Hinsichtlich der Haushaltsgröße zeigen sich bei den Befragten, die in Einpersonenhaushalte wohnen, etwas häufiger einen riskanten Alkoholkonsum (16,4%) als bei den Personen in Zweipersonenhaushalten (14,8%) und deutlich häufiger als Bewohner von Mehrpersonenhaushalten (10%).¹² Nach Altersgruppe ausgewertet zeigt sich die Problemlage in der Altersgruppe 70 - 79 Jahre geringfügig höher als in der jüngsten Altersgruppe. In der Gruppe der über 80-Jährigen gibt

¹² In der Auswertung nach Haushaltsgröße wurden die muslimischen Befragten ausgelassen, da diese selten trinken und häufiger in Mehrpersonenhaushalte leben.

es sowohl den höchsten Anteil an „Nie-Trinkern“ als auch den geringsten Anteil an riskanten Trinkern.



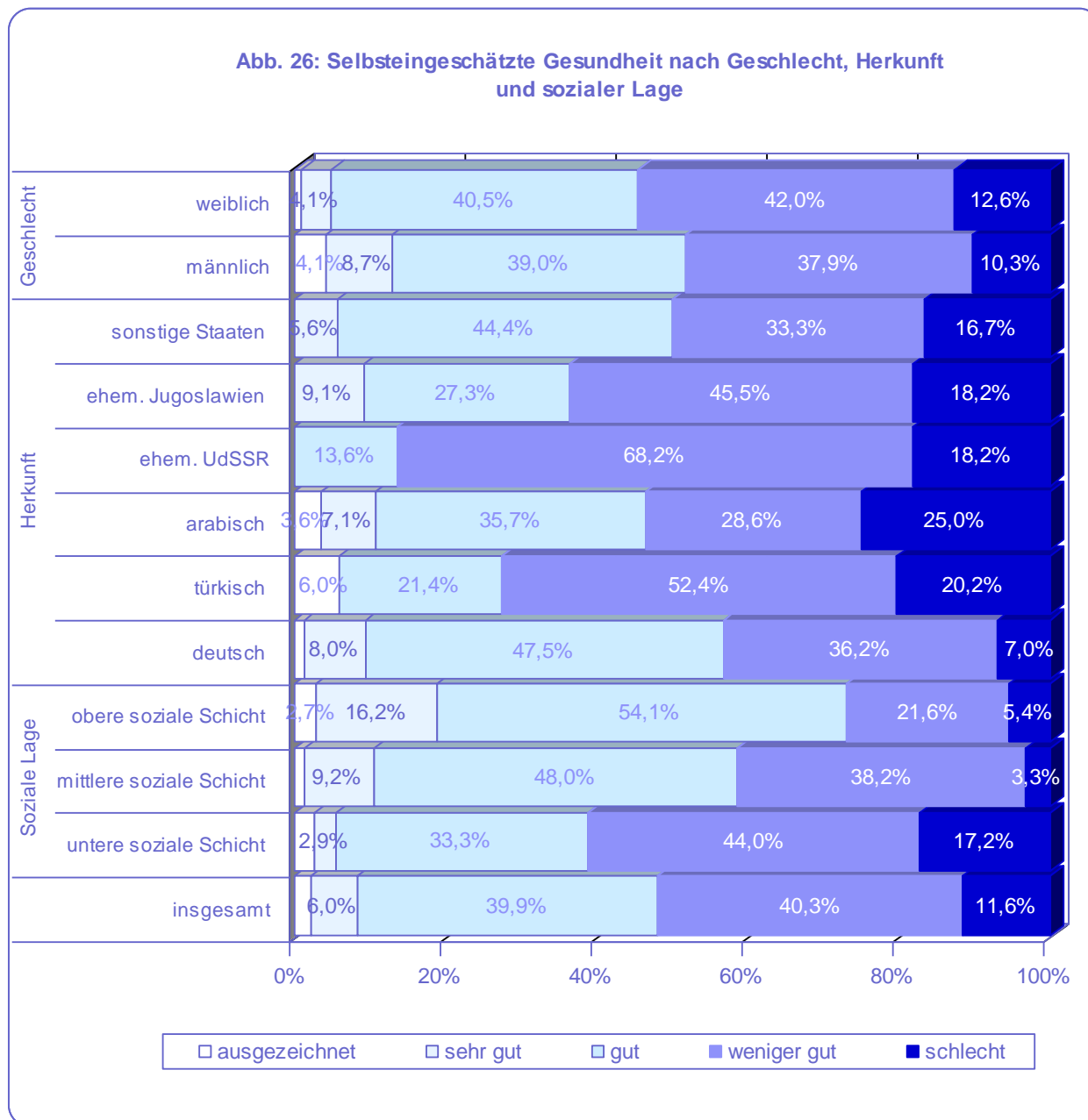
Wie bei der Häufigkeit des Alkoholkonsums weisen die Befragten aus Mitte (alt) mit 18,3% wesentlich größere Anteile vom riskanten Alkoholkonsum als die Tiergartener (12,1%) und Weddinger (9,6%) auf. Dies relativiert sich, wenn die muslimischen Befragten nicht mit betrachtet werden, aber die Unterschiede bleiben. Eine Auswertung hinsichtlich des überwiegenden Wohnorts nach dem Zweiten Weltkrieg zeigt, dass die Befragten, die primär in der DDR gewohnt haben, mit 19,8% eher einen riskanten Alkoholkonsum aufwiesen als die Menschen, die in der BRD (15,5%) und Menschen, die im ehem. Ostblock (6,5%) wohnten – hier wurden ebenfalls die muslimischen Befragten aus der Analyse herausgenommen.

2.3 Gesundheit und Krankheit

Im dritten Ergebnisblock wird anhand einer Reihe von Indikatoren auf die gesundheitliche Lage der LISA-Befragten eingegangen. Hierbei handelt es sich um die Auswertung standardisierter Instrumente (selbsteingeschätzte Gesundheit, Depression und Demenz) und um die Auswertung eines offenen Antwortfeldes zum Vorliegen von chronischen Erkrankungen. LISA-Ergebnisse im Bereich Gesundheit werden sowohl im Zusammenhang mit demografischen Merkmalen als auch mit weiteren relevanten Faktoren, z.B. mit Aktivitäten oder sozialen Kontakten, in Beziehung gesetzt.

2.3.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit¹³

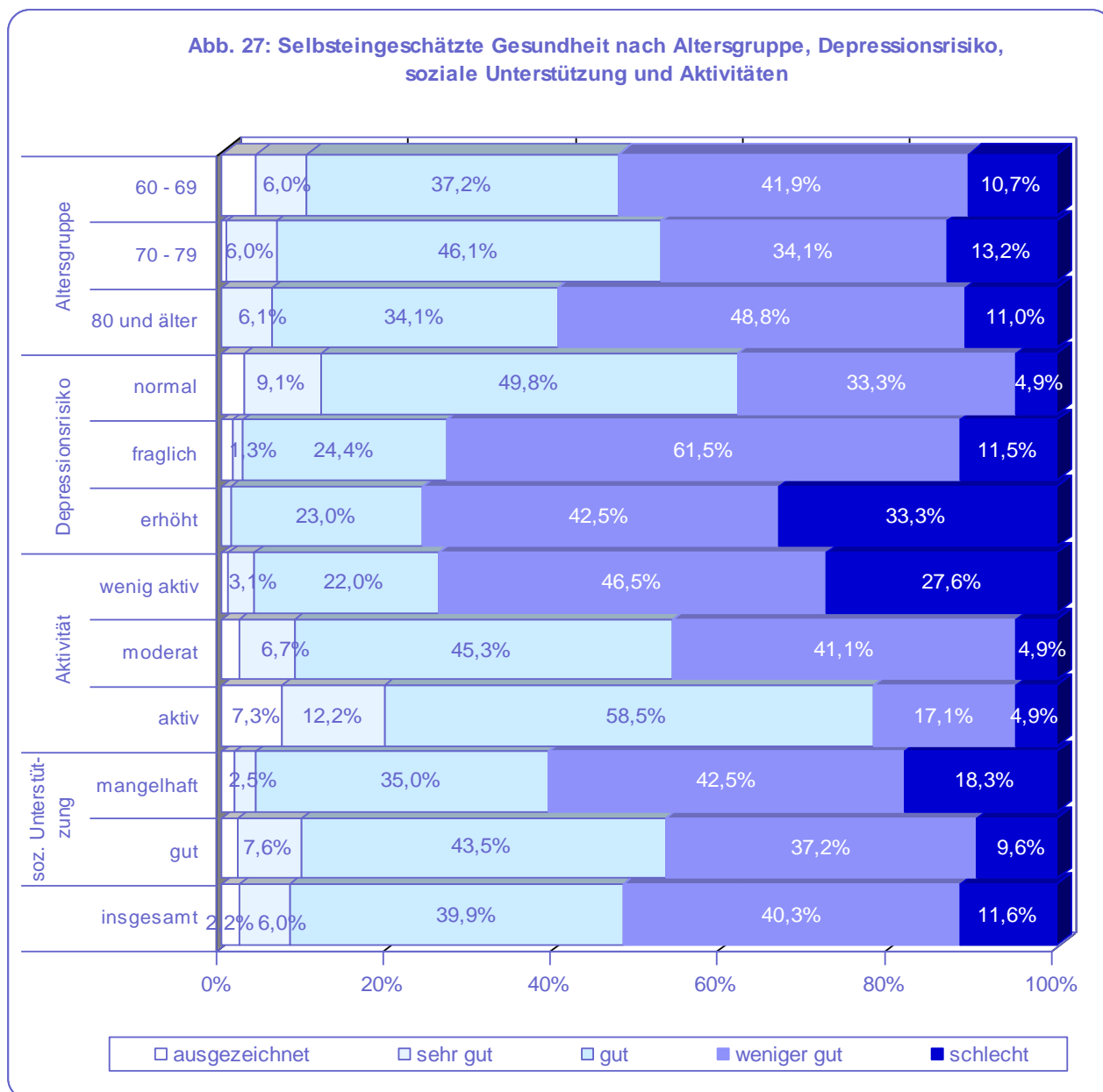
Die Einschätzung der eigenen Gesundheit auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) ist ein bewährter Indikator, der sich in verschiedenen Untersuchungen und Befragungen (u.a. dem Bundesgesundheitsurvey und dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) als aussagekräftig erwiesen hat. Abbildung 26 zeigt die eigene Einschätzung der Gesundheit der LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage.



Bei Einschätzung der eigenen Gesundheit fallen insbesondere zwei Ergebnisse auf. Zum einen schätzen die befragten Männer ihre Gesundheit mehr als doppelt so häufig als die Frauen als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ ein. Ebenfalls am anderen Ende des Spektrums schätzen deutlich mehr Frauen als Männer ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein. Zum anderen sehen wir einen starken sozialen Gradienten sowohl bei den Beurteilungen „ausgezeichnet/sehr gut“ als auch bei „weniger gut/schlecht“. Hinsichtlich der Herkunft fällt auf, dass die Befragten aus der

¹³ In LISA wurde die Frage als Teil eines umfangreicheren Instruments (SF 12v.2.) einbezogen, das in dieser Veröffentlichung nicht ausgewertet wird (s. Hiltzer 2009 für eine Auswertung des SF 12 v.2. für die erste Erhebungsphase).

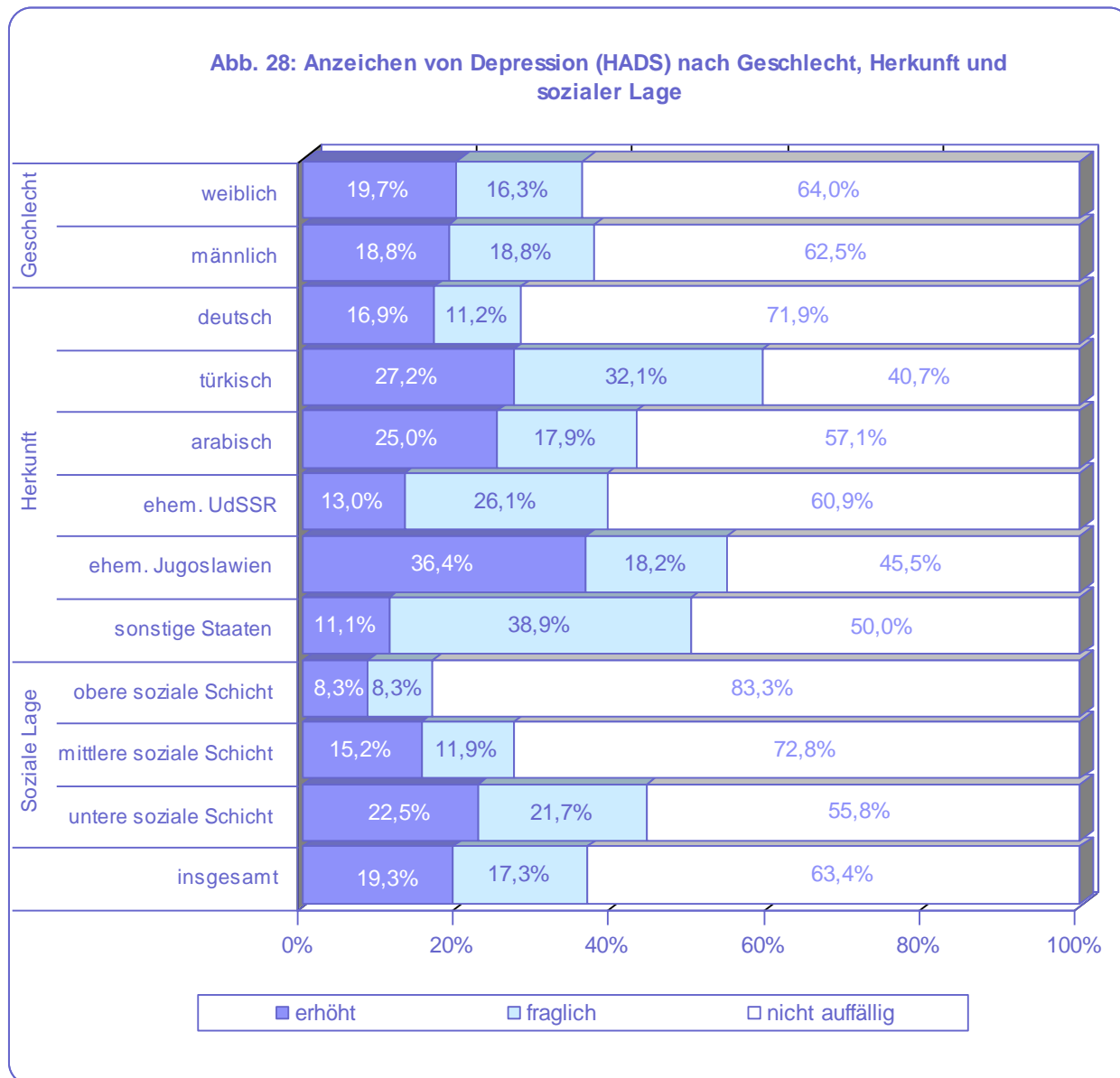
UdSSR ihre Gesundheit gar nicht als „ausgezeichnet/sehr gut“ eingeschätzt haben, obgleich sie tendenziell sozial besser gestellt sind als die anderen Herkunftsgruppen.



Hinsichtlich der Einflüsse anderer Faktoren auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit (Abbildung 27) werden ganz klare Zusammenhänge mit dem Depressionsrisiko (HADS), dem Aktivitätsindex und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (ESSI) evident – an beiden Enden des Spektrums. Bei Depression (HADS) ist der Zusammenhang zwischen einem erhöhten Depressionsrisiko und „schlecht“ eingeschätzter Gesundheit sehr deutlich, dies gilt sogar für ein Drittel der Betroffenen. Bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung ist der Zusammenhang nicht so deutlich wie beim Depressionsrisiko und beim Aktivitätsindex, aber immer noch sehr klar an beiden Enden des Spektrums erkennbar. Hinsichtlich des Alters ist der Zusammenhang ebenfalls nicht so deutlich. Bei der positiven Einschätzung der eigenen Gesundheit korrespondieren die LISA-Ergebnisse mit dem Befund des Bundesgesundheitsveys: Die Einschätzung der Gesundheit verschlechtert sich mit steigendem Alter (vgl. Ellert et al 2006). Im negativen Bereich jedoch schätzten die LISA-Befragten in der „jüngsten“ Altersgruppe ihre Gesundheit häufiger „weniger gut“ oder „schlecht“ ein als die Gruppe der 70 bis 79-Jährigen. Dieser allgemein schlechtere Gesundheitszustand der 60 – 69-Jährigen der LISA-Befragung zeigt sich auch bei den Angaben zu psychischen Erkrankungen.

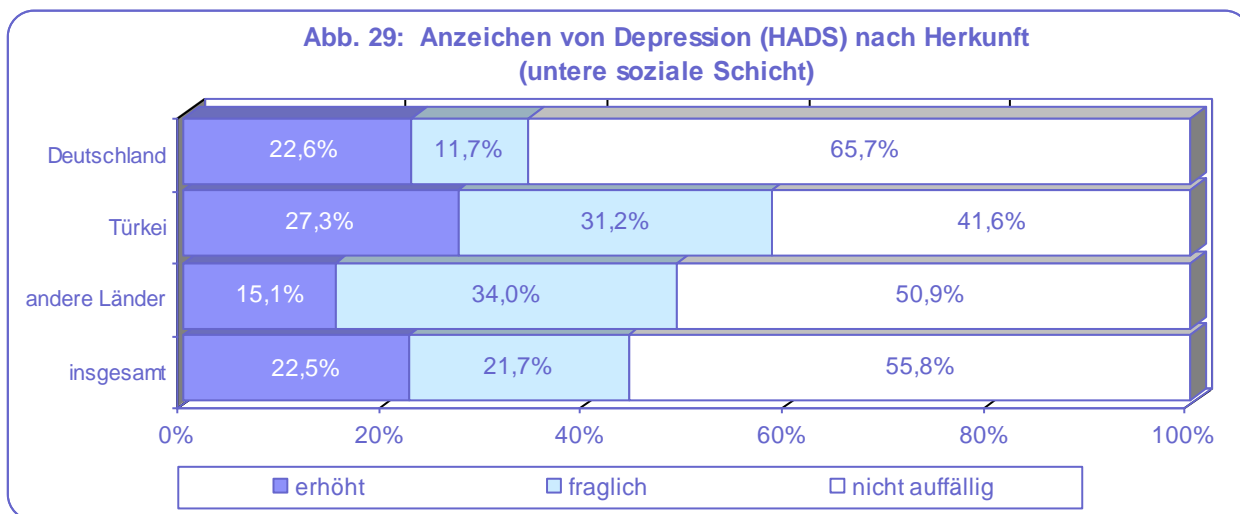
2.3.2 Depressionsrisiko (HADS)

Depressionen gehören neben verschiedenen Formen von Demenz zu den häufigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter. Hierfür gibt es jedoch hinsichtlich diagnostizierter Depressionen wenige aussagekräftige Daten. In einer bundesweit repräsentativen Studie stellten Hinz und Schwarz (2001) fest, dass Anzeichen von Depression fast viermal so häufig in der Bevölkerung ab 60 Jahren wie bei den unter 40-Jährigen zu finden sind. Zudem tragen Depressionen dazu bei, dass das Suizidrisiko mit zunehmendem Alter, insbesondere bei Männern, drastisch ansteigt.

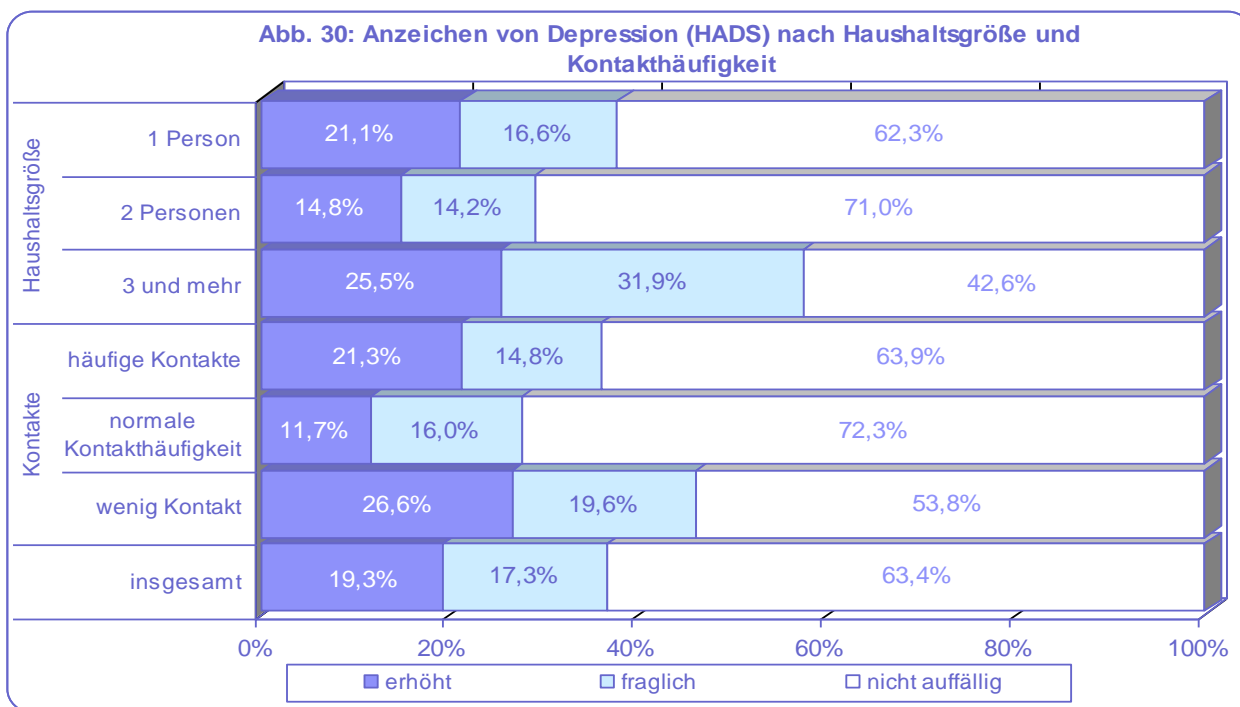


Für die vorliegende Studie wurden mit den Fragen zur Depression aus dem Instrument HADS (vgl. Hinz und Schwarz 2001) Anzeichen von Depression bei den LISA-Befragten geschätzt. Abbildung 28 zeigt die Anteile der jeweiligen Befragten, die erhöhte, fragliche und keine auffälligen Werte für Depression beim HADS-Instrument zeigten. Insgesamt wiesen die LISA-Befragten mit 19,3% einen um einiges niedrigeren Wert für ein erhöhtes Depressionsrisiko auf als in der Altersgruppe in der Studie von Hinz und Schwarz (26,1%). Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist insbesondere ein starker sozialer Gradient zu beobachten: je niedriger die soziale Schicht desto höher die Depressionswerte. Hinsichtlich der Verteilung nach Geschlecht zeigen sich die Frauen nur etwas stärker betroffen als die Männer, bei Hinz und Schwarz betrug der Unterschied

drei Prozentpunkte. Nach der Herkunft betrachtet zeigen sich erhöhte Depressionswerte insbesondere bei den Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus der Türkei und aus arabischen Ländern.



Angesichts des starken sozialen Gradienten bei den Anzeichen von Depression wurde die Analyse nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht durchgeführt (Abbildung 29), um eventuelle schichtunabhängige Unterschiede zwischen den deutschen und türkischstämmigen Befragten zu verdeutlichen.¹⁴ Obgleich die Unterschiede nicht ganz so stark ausgeprägt sind wie in der gesamten Untersuchungsgruppe, gibt es immer noch deutlich erhöhte Depressionswerte bei den türkischstämmigen gegenüber den deutschen Befragten. Dieser Befund bestätigt die bisherige Arbeit des „Berliner Bündnisses gegen Depression“, indem sie den Schwerpunkt auf Depression bei der türkischen Bevölkerung in Berlin gesetzt haben.



¹⁴ Dies sind die einzigen Herkunftsgruppen, die stark genug vertreten sind, um eine sinnvolle Auswertung für die untere soziale Schicht zu ermöglichen.

Diagramm 30 befasst sich mit der Beziehung zwischen Anzeichen von Depression und der Haushaltsgröße sowie der Kontakthäufigkeit der LISA-Befragten. Bei beiden Faktoren ist der Zusammenhang nicht linear. Hinsichtlich der Haushaltsgröße gibt es sowohl erhöhte Anzeichen von Depression bei Menschen, die in Einpersonenhaushalten leben, als auch bei denen, die in 3 und Mehrpersonenhaushalten leben. Bei der Kontakthäufigkeit zeigt sich ein ähnliches Bild: Sowohl die Befragten, die wenige Kontakte haben, als auch diejenigen, die viele Kontakte haben, sind häufiger von Depression betroffen.

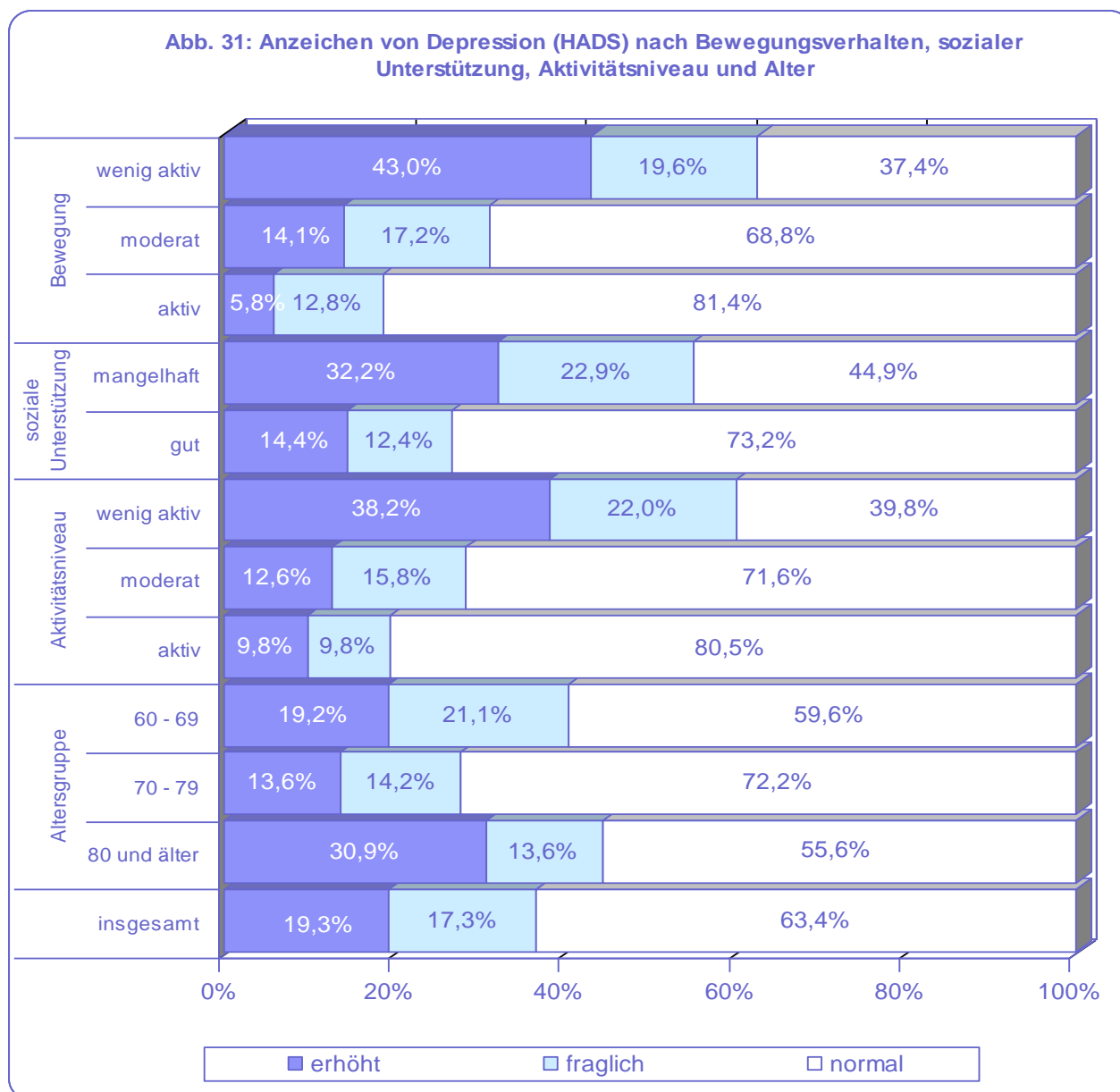


Abbildung 31 zeigt den Zusammenhang zwischen weiteren möglichen Einflussfaktoren und den Depressionswerten beim HADS-Instrument. Hierbei gibt es eine sehr deutliche Korrelation zwischen dem Bewegungsindex und Anzeichen von Depression: Je körperlich aktiver die Befragten desto weniger zeigen sich erhöhte Depressionswerte. Ebenfalls gibt es klare Korrelationen zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (ESSI) sowie dem Aktivitätenindex und dem Vorkommen von Depression, wobei die Kausalität, insbesondere beim Aktivitätsindex, aus den vorliegenden Daten nicht geklärt werden kann. Sind depressive Menschen wegen ihrer Krankheit weniger aktiv oder werden inaktive Menschen eher depressiv?¹⁵ Das Alter der Befragten zeigt sich

¹⁵ Es gibt jedoch eine Reihe von Studien, die Bewegung als wirksames Mittel gegen Depression zeigen, sowohl vorbeugend als auch für die Behandlung (vgl. Mayer 2010).

ambivalent hinsichtlich eines Zusammenhangs bezüglich des Vorkommens von Depressionen. Hierbei zeigen sich höhere Depressionswerte eher in der unteren als in der mittleren Altersgruppe. Dieses Phänomen taucht ebenfalls bei den vorläufigen Auswertungen des Tests für Demenz auf (vgl. Abschnitt 3.3.3).

2.3.3 Demenz (Clock Drawing Test)

Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, und ihre Häufigkeit in der älteren Bevölkerung steigt mit zunehmendem Alter stark an. Angesichts der immer weiter fortschreitenden Verlängerung des Lebens werden dementielle Erkrankungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung eine immer größere Rolle spielen. Da es bislang keine Behandlung gibt, die ihre Folgen umkehren kann, stellen sie eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Betroffenen und ihre Angehörige dar. Die bekannteste und häufigste dementielle Erkrankung ist die Alzheimersche Krankheit.

Entsprechend der Definition der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) ist Demenz ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Diese kognitiven Beeinträchtigungen werden meist von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. In späteren Demenzstadien geht eine Demenz mit umfassender Pflegebedürftigkeit und Beaufsichtigungsbedarf einher (RKI 2005, S. 7).

Da es im Rahmen der LISA-Studie keine Möglichkeit gab, eine anspruchsvolle Diagnostik anzuwenden, wurden mithilfe eines einfachen selbst applizierten Instruments Anzeichen von Demenz in der Studienpopulation festgehalten.¹⁶

Abbildung 32 zeigt die Anteile der LISA-Befragten mit Anzeichen einer Demenz nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht. Wie auch aus der Literatur zu erwarten, sind die Anzeichen von Demenz wesentlich häufiger bei den weiblichen LISA-Befragten zu finden als bei den Männern. Dies kommt sowohl dadurch zustande, dass Frauen länger leben als Männer, als auch dadurch, dass Frauen häufiger als Männer an Demenz erkranken (RKI 2005, S. 7). Nach Herkunft fällt sowohl der hohe Anteil von Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit Anzeichen von Demenz als auch die sehr niedrige Inzidenz bei Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion auf¹⁷. Ebenfalls augenfällig ist der sehr starke Schichtgradient bei diesem Indikator. Auch in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur wird der Zusammenhang von Demenz und sozialer Schicht konstatiert – Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenz sind u.a. Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronischer Alkoholmissbrauch, Fettstoffwechselstörung, sowie Übergewicht und Rauchen. (RKI 2005, S. 10)

¹⁶ Anzeichen von Demenz in der Studienpopulation wurden mithilfe des sogenannten Clock Drawing Tests festgestellt. Hierbei bekamen die Befragten die Aufgabe, aus einem vorgegebenen Kreis eine Uhr mitsamt Ziffern und Zeigern zu zeichnen (vgl. Pinto/Peters 2008). Der Test scheint jedoch bei einigen Befragten bereits bekannt gewesen zu sein: im Gegensatz zu vielen anderen Fragen im LISA-Fragebogen gab es hierbei einen relativ hohen Anteil von Verweigerern.

¹⁷ Die absolute Anzahl von Befragten in diesen Herkunftsgruppen war relativ klein.

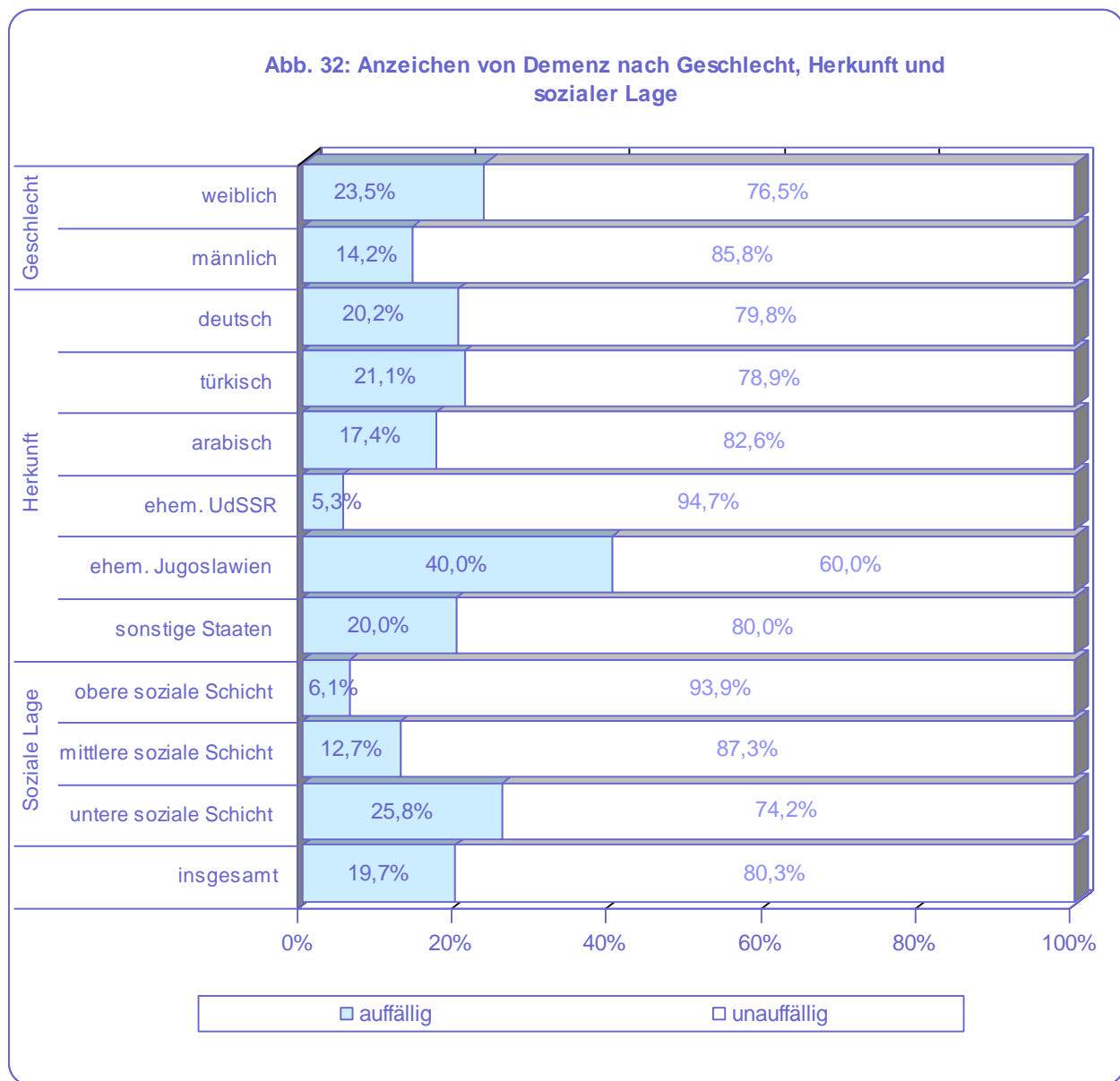
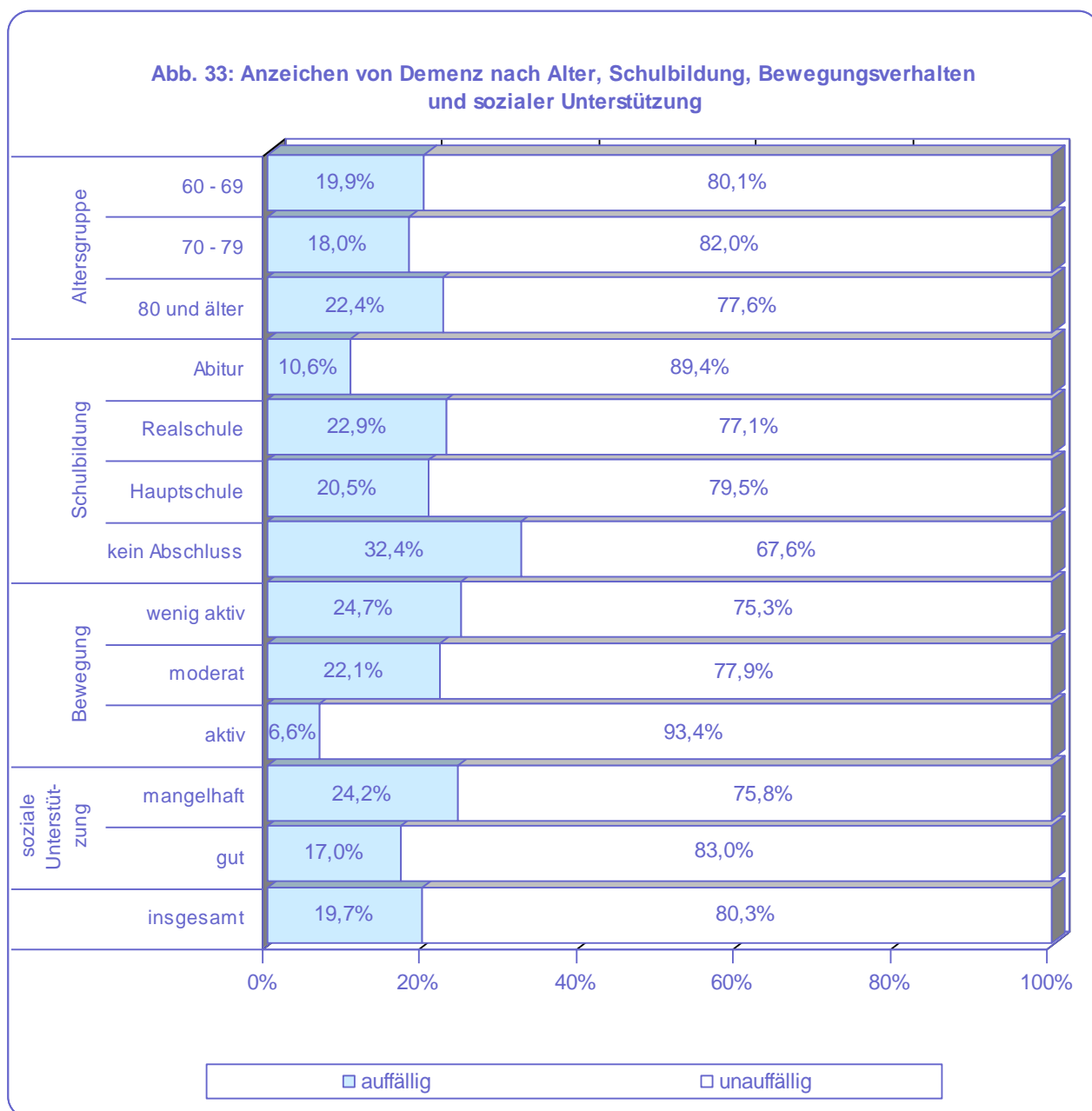


Abbildung 33 zeigt die Ergebnisse des LISA-Demenz-Screenings ausgewertet nach weiteren potenziellen Einflussfaktoren. In der Auswertung nach Alter zeigt sich, dass bei den LISA-Befragten Anzeichen von Demenz etwas häufiger in der Altersgruppe 60 - 69 Jahre vorkommen als in der nächstältesten Altersgruppe. Dies war auch der Fall bei Depression (HADS) und widerspricht der einschlägigen Literatur in diesem Bereich. Eine mögliche Erklärung wäre eine ungewöhnliche Häufung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in dieser Altersgruppe. Eine weitere Erklärung bietet sich durch die Tatsache an, dass bei beiden Erkrankungen ein starker soziale Gradient zu beobachten ist. Eine Auswertung der sozialen Schicht der Befragten nach Altersgruppe ergibt, dass der Anteil der Befragten in der unteren sozialen Schicht um einiges höher in der Altersgruppe 60 - 69 Jahre liegt als in der nächsthöheren Altersgruppe (61% gegenüber 54%).

Die Schulbildung zeigt sich etwas ambivalent in Hinblick auf Anzeichen von Demenz. Bis auf eine Häufung bei Realschulabsolventen gibt es jedoch einen sozialen Gradienten. Ein wichtiger Befund der Auswertung ist, dass die körperlich aktiven Befragten auch wesentlich seltener von Demenz betroffen sind als die inaktiven. Dies wird auch in der einschlägigen Literatur bestätigt (vgl. Abbot et al. 2004). Bei der Bewertung des Zusammenhangs zwischen Anzeichen für Demenz und der wahrgenommen sozialen Unterstützung ist jedoch nicht festzustellen, inwieweit die wahrgenommene soziale Unterstützung u.U. vor Demenz schützt oder, ob psychische Anfälligkeiten zur Isolation geführt haben.



2.3.3 Diabetes

Diabetes mellitus ist eine häufige Stoffwechselerkrankung, die vor allem in den Industrienationen eine große Rolle spielt. Bei rund vier Millionen Menschen in Deutschland, ungefähr 5% der Bevölkerung, wurde bereits Diabetes diagnostiziert. Neuere Schätzungen der Prävalenz von Diabetes mellitus in der älteren Bevölkerung anhand der Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys gehen von einem Anteil von 15,6% der über 65-Jährigen aus (vgl. Burger und Tiemann 2005).

Abb. 34: Diabetes nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage

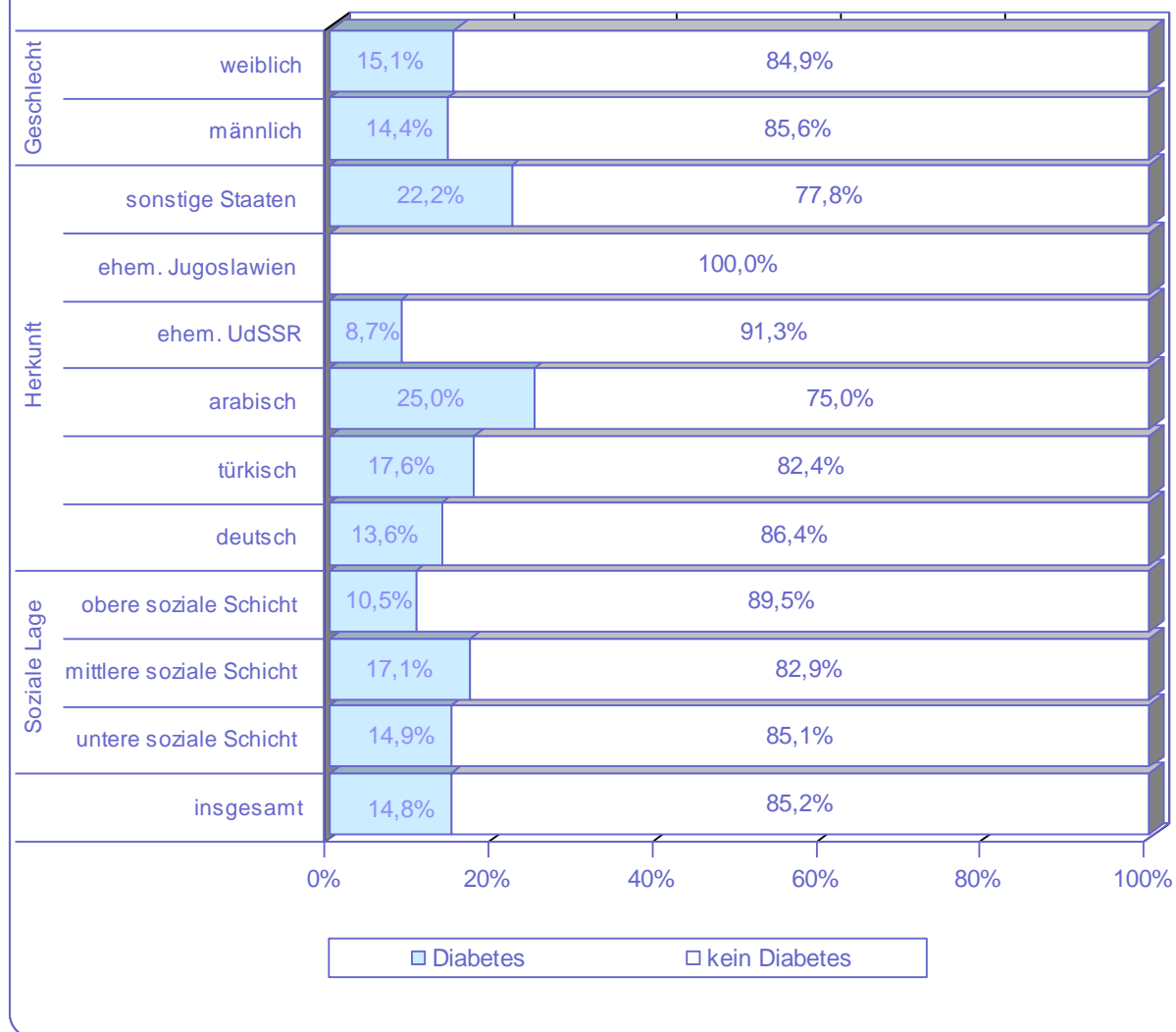
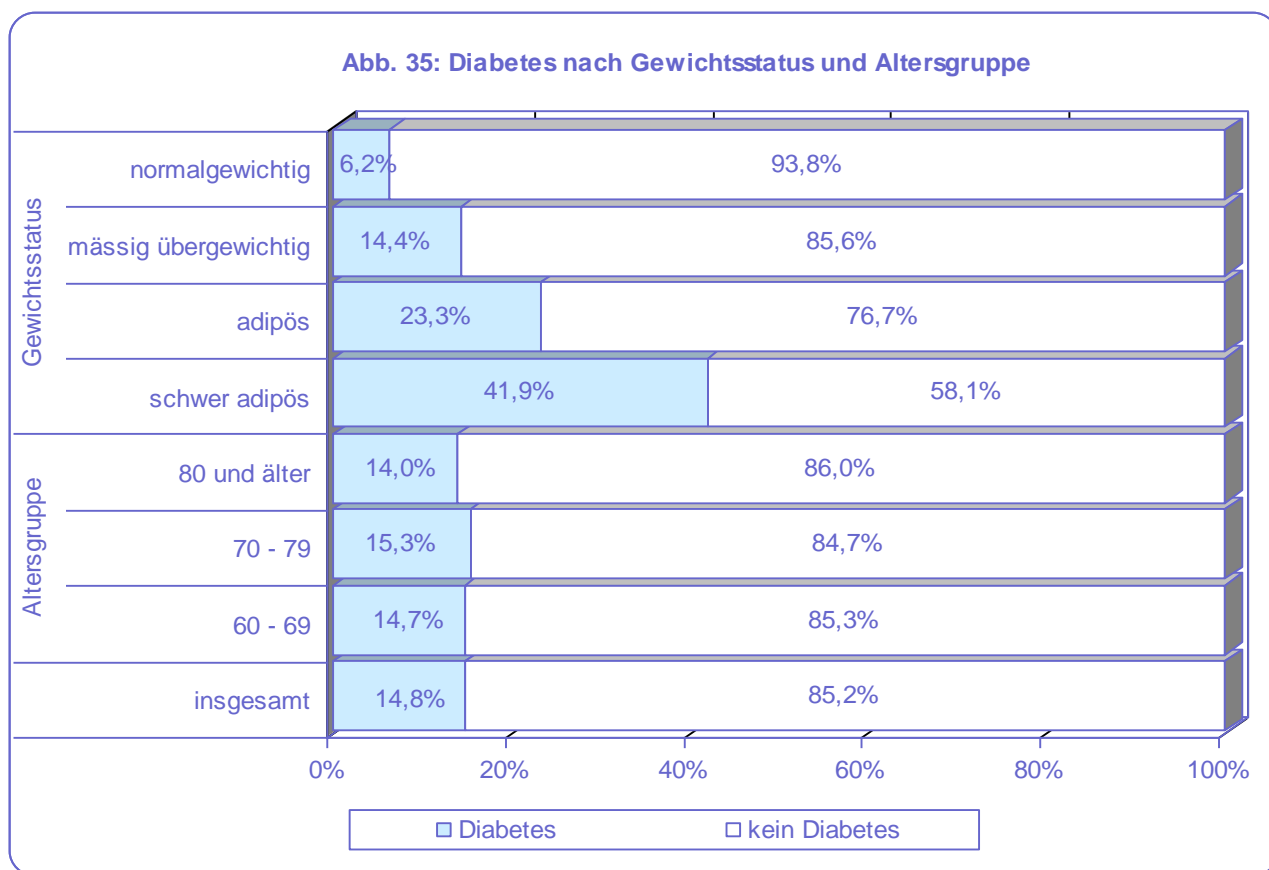


Abbildung 34 zeigt die Prävalenz von Diabetes bei den LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage. Insgesamt bewegt sich die Prävalenz mit 14,8% innerhalb des Wertebereiches, der in der oben zitierten Literatur angegeben wird.¹⁸ Die Geschlechterverteilung bei Diabetes in der Befragtengruppe ist relativ ausgeglichen, mit einer etwas höheren Betroffenheit der Frauen. Hierbei unterscheidet sich Berlin-Mitte von den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys, der eine höhere Betroffenheit von Männern festgestellt hat (Ellert et al. 2006). Nach sozialer Schicht betrachtet, zeigt sich die mittlere soziale Schicht besonders betroffen. Im Bundesgesundheits survey wurde bei den Frauen ein sozialer Gradient festgestellt (je niedriger die soziale Schicht desto höher die Prävalenz) bei den Männern jedoch nicht (vgl. Burger/Tiemann 2005). In der Betrachtung nach Herkunft fällt auf, dass die Befragten aus arabischen und „sonstigen“ Ländern am ehesten von Diabetes betroffen sind.

¹⁸ In der LISA-Befragung wurden die Angaben zum Diabetes aus einem Freitextfeld zu chronischen Krankheiten entnommen und können sich deshalb nur auf diagnostizierte Diabetesfälle beziehen. Hierdurch gehen wir von einer gewissen Unterschätzung der Prävalenz aus.



In Abbildung 35 werden die Auswirkungen von zwei weiteren Einflussfaktoren auf die Prävalenz von Diabetes in der Untersuchungsgruppe gezeigt. Dabei übt der Gewichtsstatus der Befragten einen sehr deutlichen Einfluss auf die Prävalenz von Diabetes aus. Während 42% der schwer adipösen Befragten zuckerkrank sind, leiden nur 6,2% der Normalgewichtigen daran. Hierbei wird die Notwendigkeit der Bestrebungen, der Entstehung von Adipositas schon im Kindes- und Jugendalter vorzubeugen, unterstrichen. In unserer Stichprobe übte das Alter dagegen so gut wie keinen Einfluss auf die Prävalenz von Diabetes aus.

2.3.4 Chronische Herz-/ Kreislauferkrankungen

Die häufigsten gesundheitlichen Probleme von Menschen in höherem Alter sind chronische Herz-/ Kreislauferkrankungen. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts stehen Herz-/ Kreislauferkrankungen an erster oder zweiter Stelle je nach Quelle bei den häufigsten Erkrankungen im hohen Alter (Saß et al. 2009, S. 34). Wie bei Diabetes gehen wir auch hier von einer gewissen Unterschätzung der Prävalenz durch die eigenen Angaben im Freitextfeld aus. Hierdurch sind die Angaben nur innerhalb der LISA-Befragung vergleichbar.

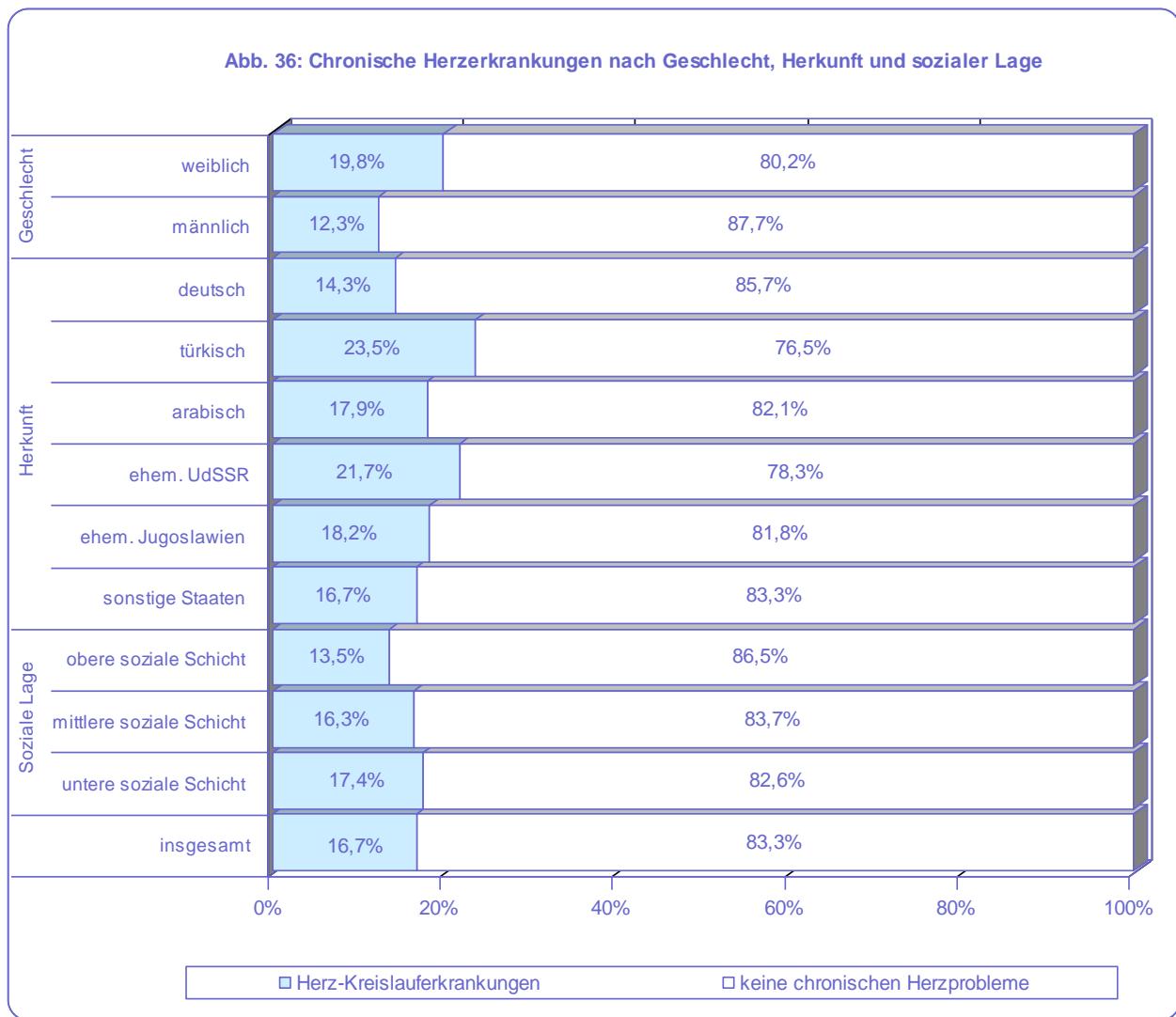
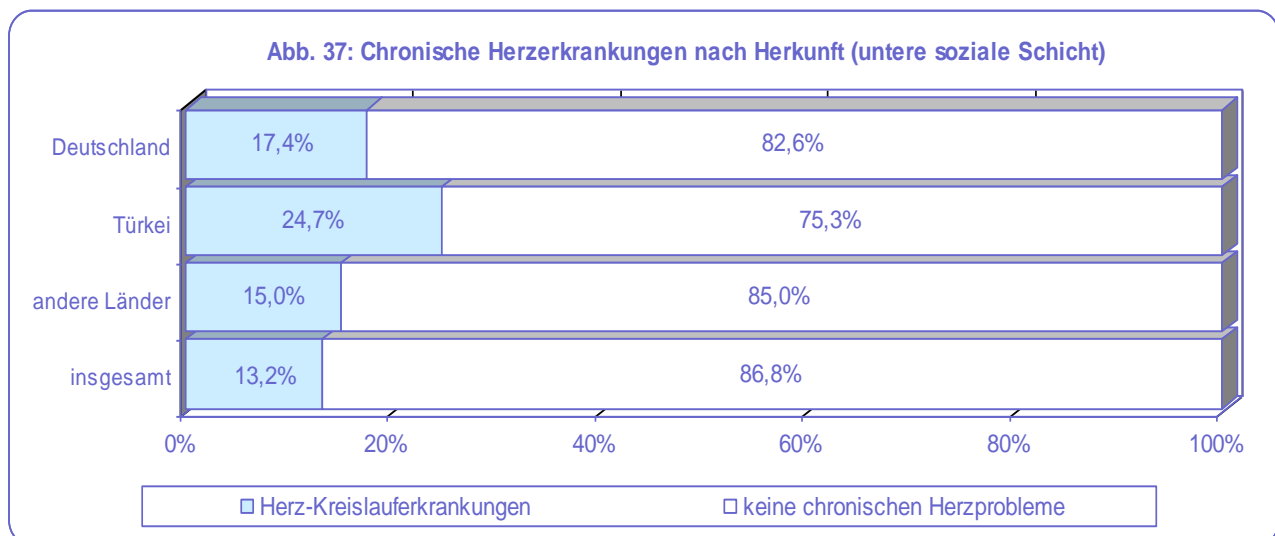


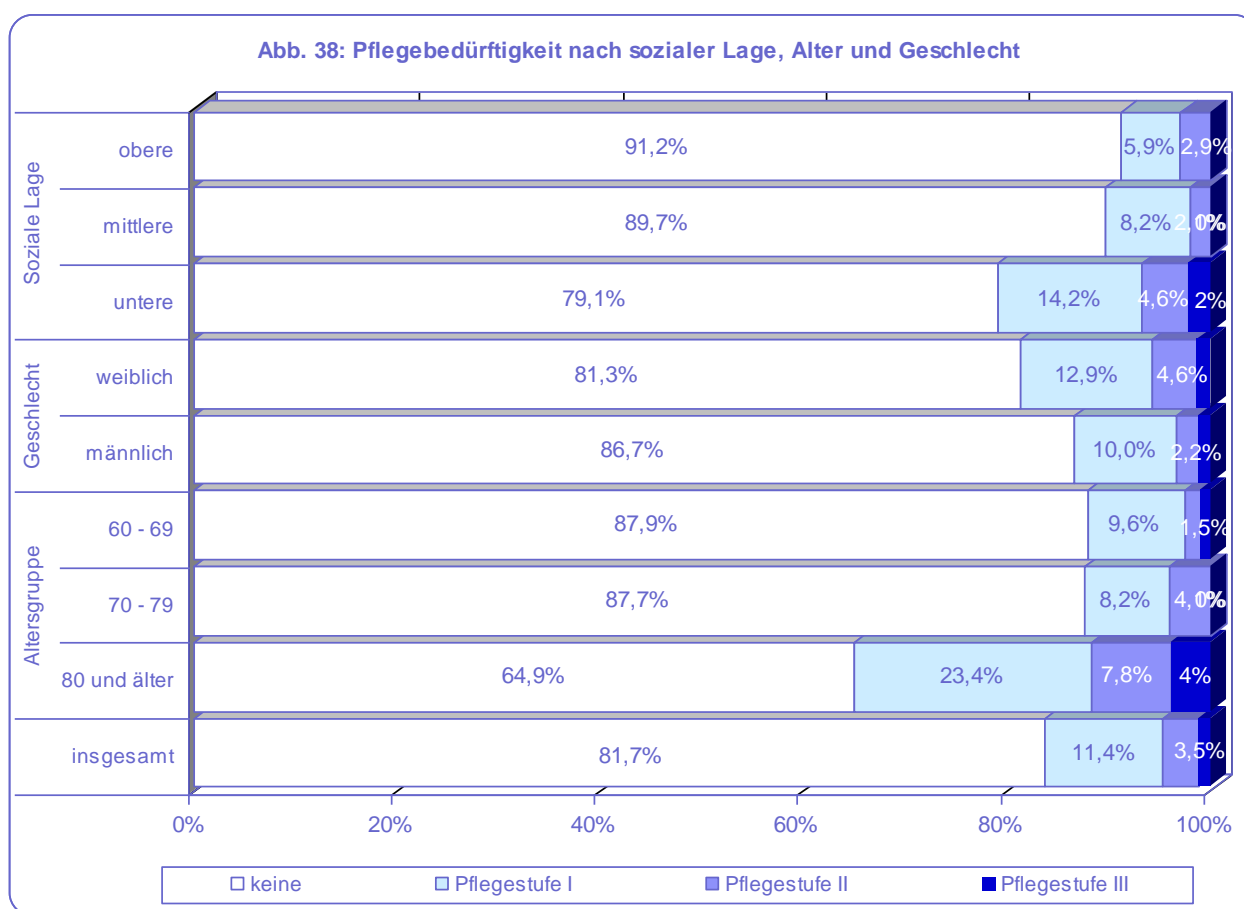
Abbildung 37 zeigt die Prävalenz von chronischen Herz-/Kreislaufkrankungen bei den LISA-Befragten. Mit fast 20% liegen die weiblichen Befragten deutlich höher als die Männer mit 12,3%. Diese höhere Betroffenheit der Frauen von Herzproblemen zeigt sich jedoch nicht unbedingt in der bezirklichen Krankenhausdiagnosestatistik. Im Jahr 2004 zum Beispiel wurden Männer im Bezirk Mitte um einiges öfter wegen Herz-/Kreislaufkrankungen im Krankenhaus behandelt (BA Mitte 2006).



Nach Herkunft betrachtet leiden die deutschen Befragten mit 14,3% am wenigsten unter chronischen Herz-/ Kreislauferkrankungen, während insbesondere die türkischen Befragten und die Befragten aus der ehemaligen UdSSR (23,5%) stärker davon betroffen sind. Nach sozialer Schicht betrachtet, gibt es einen leichten aber eindeutig negativen sozialen Schichtgradienten: je niedriger die soziale Schicht desto höher die Prävalenz von chronischen Herz-/Kreislauferkrankungen. Abbildung 36 zeigt jedoch, dass die höhere Betroffenheit der älteren Menschen türkischer Herkunft auch präsent ist, wenn nur für die untere soziale Schicht ausgewertet wird.

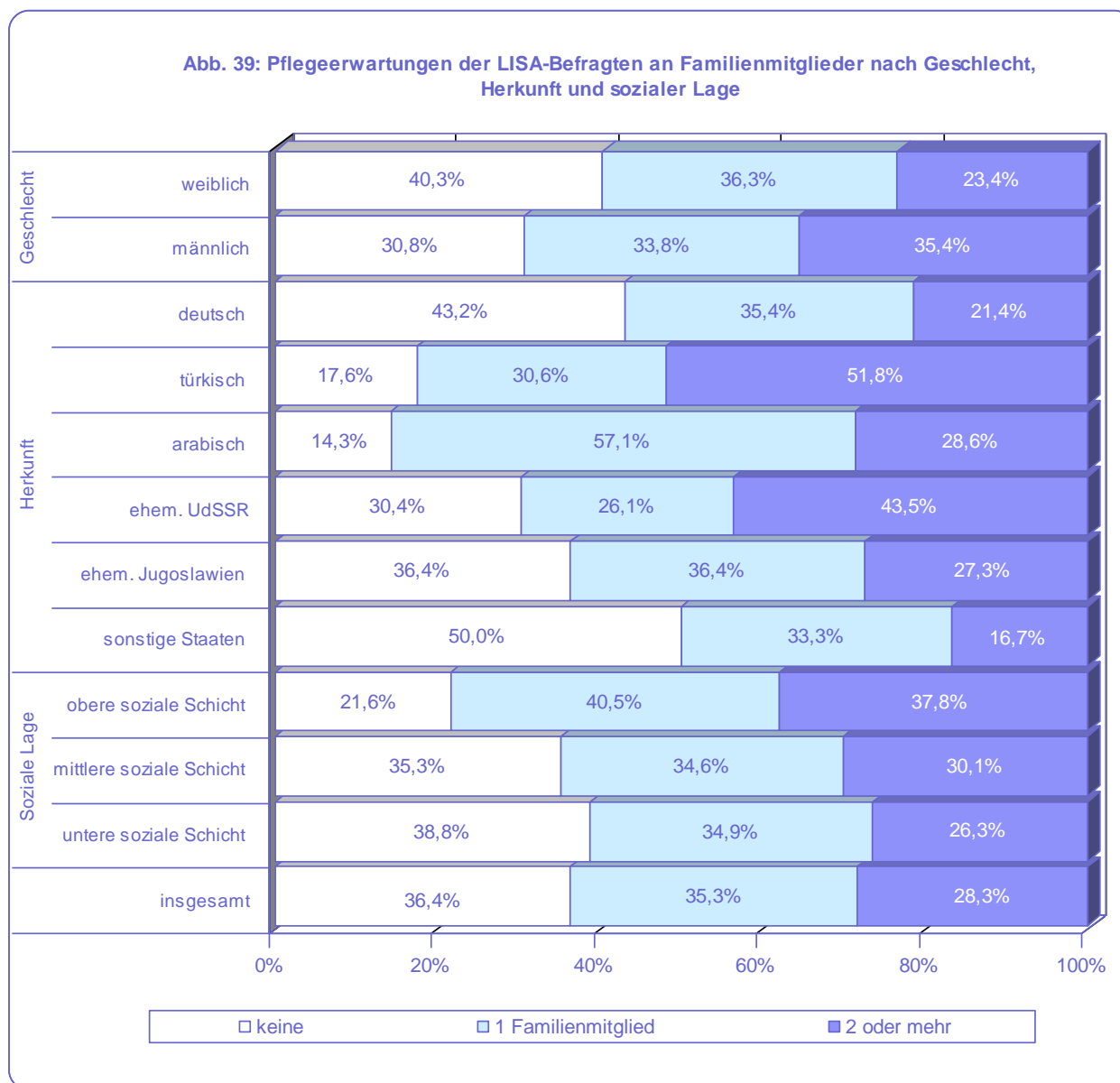
2.4 Pflege

Im LISA-Fragebogen wurde neben der Frage danach, ob sie selbst jemanden pflegen (s. S. 17) auch nach der eigenen Pflegebedürftigkeit sowie nach ihren Vorstellungen für den Fall einer eventuellen Pflegebedürftigkeit gefragt. Abbildung 38 zeigt das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bei den Befragten differenziert nach sozialer Lage, Herkunft, Geschlecht und Altersgruppe¹⁹.



Insgesamt waren 18,3% der LISA-Befragten pflegebedürftig – größtenteils in der Pflegestufe I. Hinsichtlich der sozialen Lage liegen die oberen und mittleren Schichten nicht weit auseinander, während ein erhebliches Gefälle zwischen der mittleren und unteren Schicht besteht, insbesondere bei der Pflegestufe I. Mit einem Anteil von ca. 19% benötigten Frauen um einiges häufiger Pflege als Männer (ca. 13%). Insbesondere in der ältesten Altersgruppe stieg der Pflegebedarf erwartungsgemäß steil an.

¹⁹ Da die Altersstruktur in den verschiedenen Herkunftsgruppen sehr unausgeglichen ist, wird an dieser Stelle darauf verzichtet, danach auszuwerten.

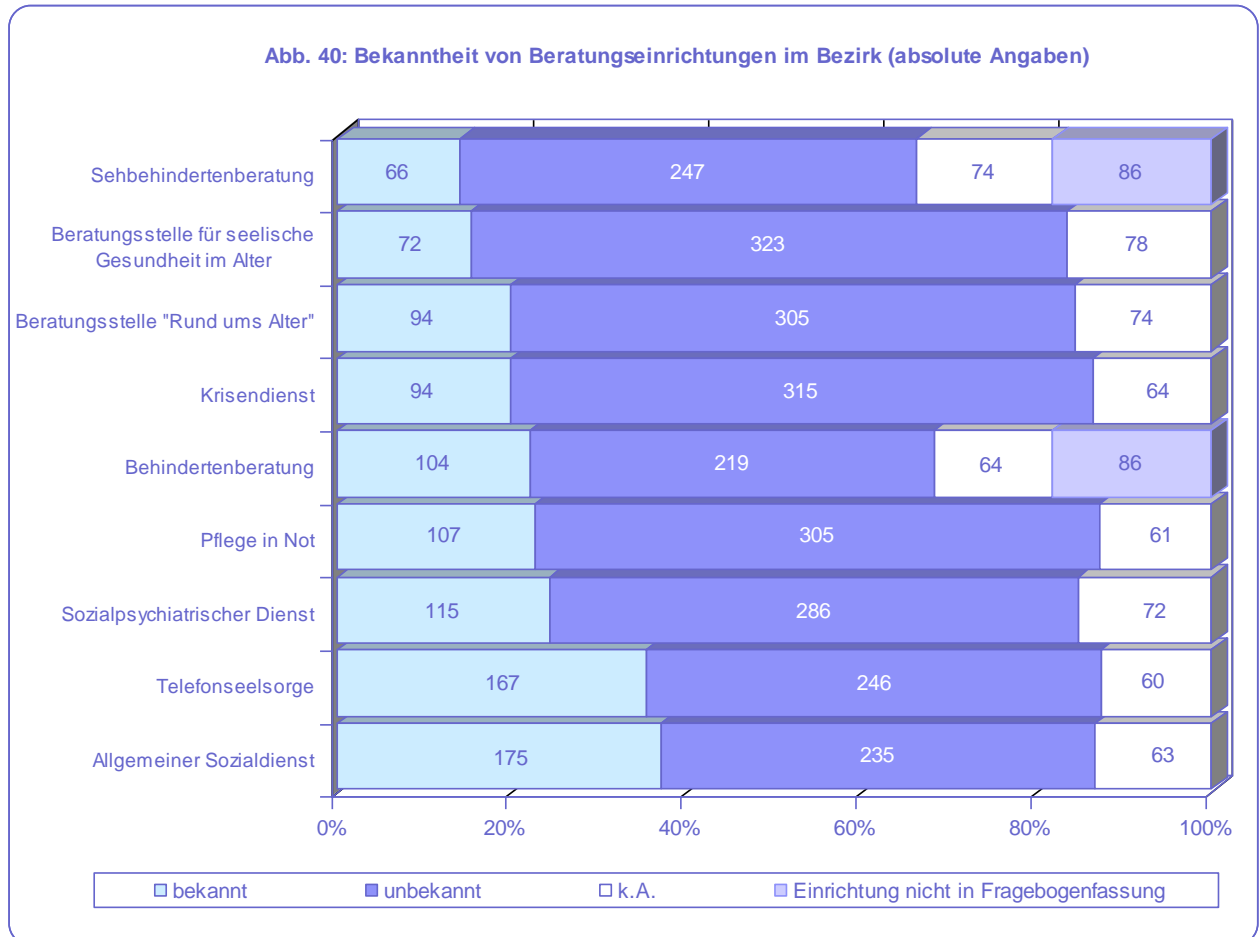


Im Bezug auf die Erwartungen von Hilfe im eventuellen Pflegefall gehen die Angaben der Befragten zum Teil relativ weit auseinander. Abbildung 39 zeigt die Erwartungen der LISA-Befragten hinsichtlich einer Hilfestellung von ihrer Familie im Pflegefall nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht. Nach Geschlecht betrachtet erwarten Männer mit ca. 70% Pflegeleistungen von mindestens einem Familienmitglied um einiges häufiger als Frauen. Dies kommt zum Teil durch die Tatsache, dass die Männer in der LISA-Stichprobe wesentlich häufiger mit ihrer Familie zusammen wohnen als die Frauen (vgl. Abbildung 5). Die Analyse der Pflegeerwartungen nach Herkunft ergibt ein breites Spektrum von Antworten. Während 43% der deutschen Befragten von keinen Familienangehörigen Hilfe im Pflegefall erwarten, sind es nur 14,3% der arabischen und 17,6% der türkischen Befragten. Hinsichtlich der Erwartung von Hilfe von mehr als einem Familienmitglied sieht es ähnlich divers aus. Aus den größeren Herkunftsgruppen bilden die deutschen Befragten das Schlusslicht mit nur 23,4%, während 51,8% der türkischen Befragten und 43,5% der Befragten aus der ehemaligen UdSSR diese Erwartung äußerten.

Insgesamt zeigen sich die älteren Menschen mit Migrationshintergrund noch wesentlich zuverlässiger als die deutschen Befragten hinsichtlich ihrer Erwartungen von Unterstützung eines Angehörigen im Pflegefall. Ob sich die Erwartungen an die Kinder- und Enkelgenerationen, die in Deutschland geboren und erzogen wurden, erfüllen werden können, konnte mit diesem Befragungsinstrument nicht festgestellt werden.

2.5 Bekanntheit bezirklicher Beratungseinrichtungen

Eine Frage im LISA- Fragebogen befasste sich mit der Bekanntheit von Einrichtungen im Bezirk, die Hilfe für ältere Menschen anbieten. Hierbei kreuzten die Befragten anhand einer vorgegebenen Liste an, ob sie diese Einrichtungen kennen oder nicht. Abbildung 40 zeigt die den Bekanntheitsgrad der einzelnen Einrichtungen an, gemessen an der absoluten Anzahl der Befragten.²⁰ Viele der aufgeführten Beratungsstellen waren bei der Zielgruppe relativ unbekannt.



Die bekannteste Einrichtung bei den LISA-Befragten ist der Allgemeine Sozialdienst im Sozialamt mit 175 Nennungen, gefolgt von der Telefonseelsorge (167 Nennungen) und dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt (115 Nennungen). Am wenigsten bekannt war die Sehbehindertenberatung mit 66 Nennungen. Hierbei sind jedoch einige der Einrichtungen in erster Linie nur für unmittelbar Betroffene von Interesse, wie z.B. die Sehbehindertenberatung. Da insgesamt relativ wenigen Menschen die Einrichtungen bekannt waren, wird auf die Darstellung einer Auswertung nach soziodemografischen Merkmalen an dieser Stelle verzichtet.

²⁰ Da in der ersten Auflage des Fragebogens zwei Einrichtungen fehlten, ändert sich die Grundgesamtheit etwas je nach Frage.

2.6 Wünsche an den Bezirk

Am Schluss des Fragebogens wurden die Befragten aufgefordert, ihre Wünsche an das Bezirksamt Mitte auf einem leeren Antwortfeld eintragen. Diese Möglichkeit der Beteiligung wurde ganz unterschiedlich genutzt. Während einige Befragte sorgfältig und ausführlich ihre Vorstellungen und Änderungswünsche formulierten, haben andere Befragte das Feld gar nicht genutzt bzw. eher ironische oder nicht ernst gemeinte Wünsche eingetragen. Insgesamt haben ca. 150 Befragte ihre Wünsche geäußert – z.T. gleich mehrfach.

Die Antworten konnten grob in vier größeren Kategorien eingeteilt werden:

Infrastruktur (fehlende Angebote, Ärzte usw.),

Wohnumfeld (u.a. Gewalt, mangelnde Sauberkeit, Kriminalität),

Freizeit (Sport, gesellige Angebote, Kultur) und

Verständigung (bei Behörden, Beratungsstellen usw., fremdsprachliche Infomaterialien).

Die meisten Wünsche fielen in den Bereich „Freizeit“, diese aber waren sehr heterogen. Eine Reihe von Befragten prangerte die mangelnde Sauberkeit und Sicherheit in ihrem Kiez an. Einige hatten ganz spezifische Vorschläge, die in erster Linie mit ihrer eigenen Lebenssituation zu tun hatten. Im Folgenden werden einige der Wünsche der Befragten vorgestellt, um ein Stimmungsbild der einzelnen Wünsche wiederzugeben. Bei Bedarf können die einzelnen Wünsche – zusammen mit relevanten demografischen Daten – als Tabellenausschnitt weitergegeben werden, damit Nutzer eigene Auswertungen vornehmen können.

„bezahlbare Seniorengruppentickets für Zoo, Kino und Theater“

„mehr Single-Angebote“

„kostenfreie künstlerische und kulturelle Angebote“

„Tanzveranstaltungen gemischten Alters“

„Aktualisierungen von Wegweisern und Veranstaltungsprogrammen im Internet“

„mehr Angebote für alte Ausländer“

„Fahrstuhl am U-Bahnhof Rosa-Luxemburg Platz“

„bessere BVG Busanbindung“

„Bezirk sauber halten“

„Doppelkopfgruppe für alte und junge Menschen“

„rollstuhlgerechte Wohnungen und Straßen“

„bezahlbares Essensangebot am Samstag, Sonntag und an Feiertagen (bin kein Obdachloser)“

„Seniorenspielplatz“

3 Bezirkliche Handlungsansätze

Ausgehend von der eingangs erwähnten Empfehlung zur Berichterstellung in den „Leitlinien der bezirklichen Seniorenpolitik in Mitte“ (vgl. S. 1) ist die Befragung als Kooperationsprozess einer ganzen Reihe von relevanten Akteuren im Bezirk entstanden und begleitet worden. Daran beteiligt waren nicht nur die Akteure, die in der bezirklichen Arbeit mit älteren Menschen tätig und im Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbund Mitte (GGVM) organisiert sind (z.B. das St.-Hedwig Krankenhaus – SHK), sondern auch die relevanten Akteure auf der Ebene der Stadtteile (z.B. Stadtteilzentren, Nachbarschafts- und Begegnungsstätten, das bezirkliche Lotsenprojekt, „die Brücke e.V.“, die Selbsthilfe Kontakt und Beratungsstelle Mitte, eine Wohnungsbaugesellschaft und die Vertreter der bezirklichen Quartiersmanagementgebiete). Diese externen Kooperationspartner wirkten bei der Entwicklung des Fragebogens mit, halfen in der Pretest-Phase, vermittelten ältere Befragten und führten selbst Interviews durch.

Das Interesse dieser Partner an der LISA-Befragung bestand u.a. darin, Erkenntnisse für die eigene Arbeit zu gewinnen. Darüber hinaus war von Interesse, ob es bei den älteren Bewohnern im Bezirk besondere Problemlagen gibt, welche zukünftig stärker verfolgt werden müssen, ob ihre bestehenden Angebote die Bedürfnisse der Zielgruppe adäquat berücksichtigen und ob es Wünsche der älteren Menschen gibt, die im Rahmen ihrer Arbeit erfüllt werden könnten. LISA sollte Erkenntnisse für die Gestaltung und Planung ihrer Arbeit liefern. Die LISA-Ergebnisse werden mit den interessierten Akteuren und in den entsprechenden Gremien diskutiert, damit angemessene Schritte überlegt werden können. Ein erster Blick auf die Ergebnisse der Befragung zeigt bereits einige Ansatzpunkte für das Handeln im Bezirk auf, die grob in folgenden Kategorien gruppiert werden können.

Ein Blick auf die Ergebnisse der LISA-Untersuchung zeigt einen immer wiederkehrenden Sachverhalt: In fast allen gesundheitsrelevanten Bereichen, die im Fragebogen erhoben worden sind, korreliert die Betroffenheit der Befragten mehr oder minder stark mit einer ungünstigen sozialen Lage. Dies gilt u.a. für die wahrgenommene soziale Unterstützung, den Gewichtsstatus, das Rauchverhalten, die selbst eingeschätzte Gesundheit sowie für die ganze Bandbreite der aufgeführten chronischen Krankheiten (Depression, Demenz, Diabetes und chronische Herzkrankheiten). Dieses Phänomen resultiert in der Regel aus einer Reihe von gesundheitlich ungünstigen Faktoren im Lebenslauf und wurde auch in zahlreichen Studien mit anderen Altersgruppen beobachtet. Der Nachweis einer sozialen Gradienten begründet einmal mehr der Erfordernis einer zielgruppengerechten Gesundheitsförderung – am besten möglichst frühzeitig.

Bewegungsförderung insbesondere für sozial benachteiligte ältere Menschen

Was kann ein Mensch für seine Gesundheit im Alter tun, wenn er nicht nur zeitlebens eine ungesunde Lebensweise gepflegt hat, sondern auch u.U. erheblich unter den dadurch ausgelösten gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet? Anhand von verschiedenen Studien konnten die umfassenden positiven Effekte von Bewegung und Sport auf eine Reihe körperlicher und geistiger Fähigkeiten belegt werden. Insofern wäre die Förderung von Bewegung eine naheliegende Empfehlung. Ein Blick auf die LISA-Ergebnisse zu Aktivitäten zeigt jedoch, dass die Befragten mit einer ungünstigen sozialen Lage inaktiver als die besser gestellten sind (vgl. Abbildung 16) – nicht nur bei den Bewegungsangeboten der Altenhilfe (z.B. Sport, Tanzen) sondern auch in Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Arbeit im eigenen Haushalt, Spazierengehen, Fahrradfahren). Um diesem Teufelskreis entgegenzuwirken, muss gründlich über Möglichkeiten zur Bewegungsförderung im Alter nachgedacht werden. Wie bereits in den Leitlinien der bezirklichen Seniorenpolitik in Mitte formuliert ist es notwendig, gesundheitsorientierte Bewegungsangebote im Bereich der Prävention und Rehabilitation noch weiter auszubauen. Wichtige Kooperationspartner sind hier vor allem Begegnungsstätten, Nachbarschaftseinrichtungen und Stadtteilzentren, die entsprechend des Setting-Ansatzes mit gezielten Veranstaltungsangeboten noch mehr ältere und alte Menschen

für körperliche Aktivitäten ansprechen können. Auch die vom Landessportbund erarbeitete Konzeption " Entwicklung des Seniorensports" kann dazu beitragen.

Früherkennung von Demenz und Depression bei älteren Menschen im Bezirk

Die LISA-Ergebnisse zu Depression und Demenz bei älteren Menschen im Bezirk weisen auf einen deutlichen Bedarf an Früherkennung in diesem Bereich. Bereits anhand der ersten Auswertungen wurden einige Maßnahmen initiiert, die jetzt weiterentwickelt werden sollen:

- ⇒ Durch die gezielte Schulung von Multiplikatoren (Zielgruppen: Betroffene, Angehörige, Nachbarn, Ehrenamtliche, niedergelassene Ärzte und deren Personal, Pflegekräfte, Sozial- und Gesundheitsdienste) soll die Informationslage über Krankheitsbilder und Behandlungsmöglichkeiten verbessert werden.
- ⇒ Fortsetzung und Weiterentwicklung der Vortragsreihe „Chancen nutzen“ im GGVM, in der über die Früherkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen informiert wird. Im Zentrum dieser Bemühungen stehen die Angebote des Gerontopsychiatrischen Zentrums des St. Hedwig-Krankenhauses mit der Beratungsstelle für seelische Gesundheit.

Steigerung des Bekanntheitsgrads von bezirklichen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen

Die Auswertung der Angaben zur Bekanntheit der bezirklichen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für ältere Menschen ergab, dass eine Reihe von Einrichtungen bei der Zielgruppe nicht sonderlich bekannt sind. Hier soll u.U. im Austausch mit gut bekannten Einrichtungen im GGVM diskutiert werden, wie durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit die Bekanntheit der Einrichtungen insgesamt gesteigert werden kann.

Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit von Angeboten für ältere Menschen im Bezirk

Eine gezielte Auswertung der LISA-Ergebnisse in Hinblick auf das eigene Angebotsspektrum könnte wertvolle Erkenntnisse für die Arbeit in der Altenhilfe im Bezirk liefern. Dank der Differenzierung bei der Abfrage der Tätigkeiten und Wünsche für zusätzliche Angebote kann ein Anbieter sehen, wer seine Art von Aktivitäten in Anspruch nimmt und wer noch Bedarfe hat. Mögliche Interessenten hierfür sind u.a. die kulturelle Seniorenbetreuung, die Volkshochschule, die Seniorenfreizeitstätten der freien Träger und die Nachbarschaftszentren.

Anhang

A.1 Der LISA-Fragebogen

Entwicklung und Erprobung des LISA-Fragebogens

Der LISA-Fragebogen wurde durch die enge Zusammenarbeit zwischen dem Bezirksamt Mitte und einer Reihe von externen Kooperationspartnern entwickelt, u.a. zusammen mit dem Berliner Sankt-Hedwig-Krankenhaus, mit der Charité sowie den Universitäten Bremen und Leipzig. An dieser Stelle ist insbesondere Anne Rehner (MPH) zu danken, die uns im Rahmen ihrer Projekt- und Masterarbeiten sehr bei der Entwicklung und Erprobung des Fragebogens sowie bei der Durchführung der ersten Erhebungsphase assistiert hat (vgl. Rehner 2009).

Der Fragebogen wurde in einer Reihe von Pretests mit älteren Menschen, die nicht im Bezirk wohnten, auf seine Verständlichkeit, seine Handhabbarkeit und seine Akzeptanz geprüft. Die Pretests fanden insbesondere in Seniorenfreizeitstätten in den Bezirken Lichtenberg und Friedrichshain-Kreuzberg sowie in der geriatrischen Tagesklinik im Sankt-Hedwig-Krankenhaus statt. Nach der Auswertung der Erkenntnisse aus der Pretestphase wurden entsprechende Änderungen am Instrument vorgenommen. Hierbei wurde insbesondere gekürzt, da frühere Fassungen bereits durch ihre Länge eine Hürde für die Akzeptanz bei der Zielgruppe darstellten.

Standardisierte Instrumente

Der Kern des Fragebogens LISA besteht aus mehreren standardisierten Instrumenten, um die Aussagen der älteren Befragten in Mitte auch mit denen von repräsentativen Studienpopulationen vergleichen zu können. Bei den oben erwähnten Pretests wurden verschiedene standardisierte Instrumente alternativ getestet. Vor allem aus Gründen der Akzeptanz bzw. der Praktikabilität fiel die Entscheidung für das eine oder andere Instrument. Im Einzelnen enthielt der fertige Fragebogen folgende Instrumente:

- ⇒ Zur Messung des Ausmaßes von Depression bei den Befragten wurden die entsprechenden Fragen aus dem HADS (Hospital anxiety and depression scale) angewandt. Um die Länge des Fragebogens zu reduzieren und um Problemen der Akzeptanz vorzubeugen, wurde auf die im Instrument enthaltenen Fragen zur Angst verzichtet.
- ⇒ Die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Befragungsgruppe wurde mit Hilfe des standardisierten Instruments SF 12 v.2 eingeschätzt.
- ⇒ Die Zufriedenheit der Befragten mit unterschiedlichen Lebensbereichen wurde anhand eines Auszuges aus dem Instrument MLDL (Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen Liste) gemessen.
- ⇒ Um die von den befragten Menschen wahrgenommene soziale Unterstützung zu messen, wurde das standardisierte Instrument ESSI (ENRICHD-Social-Support-Instrument) genutzt.
- ⇒ Riskanter Alkoholkonsum wurde durch das Instrument AUDIT-C erfasst.
- ⇒ Anzeichen von Demenz wurden durch den Clock-Completion-Test festgestellt.

Selbstentwickelte Fragen

Neben den standardisierten Instrumenten wurden auch selbstentwickelte Fragen zu bestimmten Sachverhalten angewandt. Die Fragen zur Person bildeten die Basis für eine Einordnung der Befragten nach sozialer Schicht anhand einer modifizierten Version der Winkler-Skala (vgl. Winkler

& Stolzenberg 1999). Die Fragen zum Migrationshintergrund basierten auf den Empfehlungen zur migrationssensiblen Datenerhebung in epidemiologischen Studien von Schenk et al. 2006. Angelehnt an eine bezirkliche Befragung der Eltern der Schulanfänger (2007) wurden ebenfalls Fragen zur Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung und Vorsorge gestellt. Um die tagtägliche soziale und gesellschaftliche Einbindung der Befragten einzuschätzen, wurden anhand von Abfrage listen ihre Kontakte und Aktivitäten ermittelt. Da auch bezirkliche Erkenntnisinteressen bei der Konzeption der Befragung LISA eine Rolle spielten, wurden auch Fragen entwickelt, die auf bezirkliche Begebenheiten bezogen sind (z.B. Bekanntheit von Institutionen/Einrichtungen, fehlende Angebote).

A.2 Logistik der Befragung

Bei der LISA-Befragung wurden mit der Hilfe von insgesamt sechs Studierenden verschiedener Hochschulen sowie von Mitarbeiter/innen einer ganzen Reihe von kooperierenden Einrichtungen ältere Menschen durch direkte Ansprache für die Befragung gewonnen. Wenn unsere externen „Multiplikatoren“ den älteren Menschen beim Ausfüllen halfen, wurden sie als Interviewer geschult. Ursprünglich war geplant, dass die kooperierenden Einrichtungen die geschlossenen Umschläge mit den ausgefüllten Fragebögen sammeln würden, um feststellen zu können, welche Fragebögen durch welche Einrichtungen vermittelt wurden. Der Fragebogen wurde jedoch auch von den Kooperationspartnern zusammen mit einem Rückumschlag an Interessierte verteilt. Im Laufe der Befragung stellte sich diese zweite Rücklaufmöglichkeit gewissermaßen als Regel heraus, wodurch es meist nicht mehr möglich war, die Streuung der Befragten nach Kooperationspartnern zu ermitteln.

Als Passanten bzw. als Benutzer einer Einrichtung wurden ältere Menschen bei diversen öffentlichen Aktionen für die Befragung angesprochen, u.a. vor den bezirklichen Rathaukantinen, in einer Markthalle, bei einem türkischen Wochenmarkt und auf den Rathausvorplätzen. Hierbei half es immer wieder als Motivation, dass Tische und Stühle aufgestellt waren, wo potenzielle Befragte beim Ausfüllen eine Tasse Kaffee trinken sowie Kekse essen konnten. Bei Bedarf bekamen sie dort auch Hilfe beim Ausfüllen.

Erste Erhebungsphase

Am Anfang der Befragung wurde nach dem Schneeballsystem verfahren – alle Kooperationspartner wurden gebeten, ihre Kunden/Besucher/Klienten, die 60 Jahre alt oder älter waren und im Bezirk Mitte wohnten, zu fragen, ob sie an unserer Befragung teilnehmen würden. Darüber hinaus hingen Poster zu LISA in den bezirklichen Bibliotheken und Bürgerämtern, und die Fragebögen sowie Infoblätter waren dort erhältlich. Urnen für die Abgabe ausgefüllter Fragebögen standen ebenfalls an diesen Stellen bereit. Parallel dazu wurden die ersten Aktionen an öffentlichen Orten im Bezirk durchgeführt.

Nach ungefähr einem Monat erfolgte die erste Steuerung durch einen Abgleich zwischen dem bisherigen Rücklauf und dem Quotenplan. Die Kooperationspartner wurden durch Rund-E-mails über den bisherigen Rücklauf informiert. Insbesondere ging es darum, die bislang unterrepräsentierten Gruppen bekanntzugeben. Diese Statusberichte erfolgten in ungefähr monatlichen Abständen und führten dazu, dass ursprüngliche Ungleichgewichte hinsichtlich der Geschlechterverteilung bzw. der Altersstruktur ausgeglichen werden konnten. Trotz dieser Steuerungsbemühungen blieben einige Gruppen am Ende der ersten Erhebungsphase unterrepräsentiert. Dazu gehörten: ältere Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen aus den Bezirksteilen Tiergarten und Wedding sowie Menschen mit einfacheren Bildungsabschlüssen.

Zweite Erhebungsphase

In dieser Phase wurden weitere Kooperationspartner involviert – u.a. für die Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund. Hierbei sind insbesondere die bezirklichen Integrationslotsen des Projektes „Die Brücke e.V.“ zu erwähnen. Darüber hinaus wurden verstärkt „aufsuchend“ gearbeitet, d.h. es wurden öffentliche Aktionen an Orten durchgeführt, wo die bislang unterrepräsentierten Gruppen älterer Menschen häufiger zu finden waren: auf einem türkischen Wochenmarkt in Wedding, beim bezirklichen Grundsicherungsamt sowie auf den Rathausvorplätzen in Wedding und Tiergarten – jeweils mit muttersprachlichen Integrationslotsen als Interviewern. Andere Möglichkeiten für die Ansprache von älteren Menschen fanden sich u.a. in einer Beratungsstelle für Frauen türkischer Herkunft, in der serbisch-orthodoxen Kirche in Wedding, in Moscheen sowie den Praxen niedergelassener Hausärzte in Tiergarten und Wedding.

A.3 Repräsentativität der LISA-Stichprobe

Ein Kennzeichen der ersten Erhebungsphase, in der in erster Linie interessierte und mobile ältere Menschen von sich aus an der LISA-Befragung teilnahmen, war die erhebliche Überrepräsentation von Menschen mit Hochschulreife und die Unterrepräsentation von Menschen ohne Schulabschluss (vgl. Abbildung 5). Durch den hohen Anteil von Befragten mit einfacheren Bildungsabschlüssen in der zweiten Erhebungsphase konnte dieses Ungleichgewicht ansatzweise ausgeglichen werden.²¹

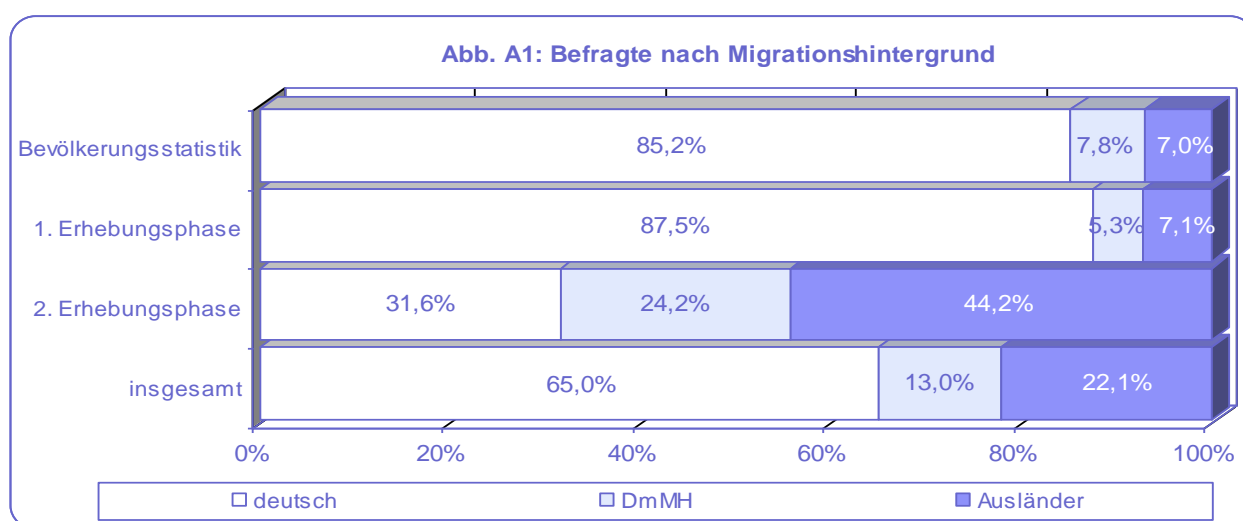


Abbildung A1 zeigt, wie die in der Studie beabsichtigte Überrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund durch die zusätzlichen Aktivitäten in der zweiten Erhebungsphase erreicht werden konnte. Durch den Einsatz von muttersprachlichen Interviewern in eher unkonventionellen Settings konnte insbesondere der Anteil von im Bezirk lebenden älteren Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in der Stichprobe erhöht werden.

A.4 AUDIT-C Auswertungsschema

Alkoholkonsum wurde mit einer Abwandlung des Instrumentes AUDIT-C (Bush et al., 1998) wie folgt ausgewertet:

²¹ Atzpodien/Bugreev gehen näher auf die Ergebnisse dieser zweiten Erhebungsphase in Hinblick auf die Herstellung einer repräsentativen Stichprobe ein (vgl. http://www.berlin.de/ba-mitte/org/gesplanleit/gbe_lisa.html).

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

Antwortkategorien: nie, 1 mal pro Monat oder weniger, 2 bis 4 mal pro Monat, 2 bis 3 mal pro Woche, 4 oder mehr als 4 mal pro Woche

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann normalerweise an solchen Tagen? (Hinweis, 1 alkoholisches Getränk entspricht einer 0,33 l Bierflasche, einem Glas Wein oder Sekt, einem doppelten Schnaps oder eine Flasche Alcopops)

Antwortkategorien: 1 bis 2, 3 bis 4, 5 bis 6, 7 bis 9, 10 und mehr

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehralkoholische Getränke bei einer Gelegenheit? (Hinweis: z.B. Discobesuch, Besuch bei Freunden, Fernsehbar) Antwortkategorien: nie, weniger als einmal im Monat, etwa einmal im Monat, etwa einmal in der Woche, täglich oder fast täglich

Die Antwortkategorien wurden jeweils aufsteigend von 0 bis 4 gewertet. Der minimale AUDIT-C Summenwert war somit 0 und der maximale 12.

Risikokonsum gemäß AUDIT-C wurde nach Bildung des Summenscores aus den einzelnen Items des AUDIT-C mit einem Wert von > 3 bei Frauen und > 4 bei Männern gewertet. Ein Summenwert von 1 bis 3 bei Frauen und von 1 bis 4 bei Männern wurde als moderate Trinker/in und der Wert 0 als Nietrinker klassifiziert. (vgl. Hapke et al. 2009, S. 284-5)

A.5 Literatur

- Abbott, R. D.; White, L. R.; Ross, G. W.; Masaki, K. H.; Curb, J. D.; Petrovitch, H.
Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 2004; 292:1447-1453.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002):
Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland:
Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung
demenzieller Erkrankungen. Berlin: BMFSFJ.
- Backes, G., Clemens, W.: *Lebensphase Alter: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Al-
ternsforchung*. Juventa Verlag, Weinheim und München. 3. überarbeitete Auflage 2008.
- Bezirksamt Mitte von Berlin:
Zahngesundheit der Kinder im Bezirk Berlin-Mitte – Spezialbericht, April 2009.
http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe_gbe_gf.html
- Brünger, Martin:
Rauchverhalten von Jugendlichen, Masterarbeit of Public Health, Berlin School of Public
Health an der Charité, Berlin, Februar 2010
- Burger M., Tiemann F.
Diabetes mellitus in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme nach Daten des telefonischen
Gesundheitssurveys 2003, *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheits-
schutz* 2005; 48: 1242-1249
- Butler J.; Albrecht, N.J., Ellsäßer, G.; Gavrinadou, M.; Lindert, J.; Weilandt, C.; Habermann, M.:
Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung, *Bundesgesund-
heitsblatt*, Berlin, November 2007
- Cordes A., Herrmann-Lingen C., Büchner B., Hessel A.:
Repräsentative Normierung des ENRICH-D-Social-Support-Instrument (ESSI)-Deutsche
Version. In: *Zeitschrift für klinische Diagnostik und Evaluation*. 2009, 2,1, s. 16-32.
- Ellert U., Wirz J., Ziese T.
Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch- Instituts (2. Welle). Beiträge zur Ge-
sundheitsberichterstattung des Bundes. Deskriptiver Ergebnisbericht. Robert Koch- Insti-
tut, Berlin, 2006
- Habermann, M., Schenk, L., Albrecht, N.J., Gavrinadou, M., Lindert, J.; Butler J.
Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? -
Eine Analyse der Pflege- und Gesundheitsberichterstattung in der ambulanten und stationä-
ren Altenpflege. *Das Gesundheitswesen*, 71, 363-367 (2009)
- Hapke, U., Hanisch, C., Ohlmeier, C., Rumpf, H.-J.:
Epidemiologie des Alkoholkonsums bei älteren Menschen in Privathaushalten: Ergebnisse
des telefonischen Gesundheitssurvey. In: *Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*.
55 (5) 2009, S. 281-291.
- Häussler, B., Klein, S., Hagenmeyer, E.-G.:
Weißbuch Diabetes in Deutschland, Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven, Thieme
Verlag, Stuttgart/New York, 2. Auflage, 2010.

Hilitzer, Ute:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Senioren und Seniorinnen im Bezirk Berlin-Mitte, Bachelorarbeit im Studiengang Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen, 2009,

Fundort: http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe_gbe_gf.html

Hinz, A.; Schwarz, R.

Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung, in: PPM – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 2001: 51: S. 193-200. Stuttgart New York

Hoffmeister, H., Schelp, F., Böhning, D.

Alkoholkonsum in Deutschland und seine gesundheitlichen Aspekte. Springer Verlag, 1999

Lampert, T.: Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, 2/3 2010, Berlin

Lampert, T., Thamm:

“Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“, Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007. pp. 600-608

Mayer, Karl:

Sport und Depression. http://www.neuro24.de/sport_und_depression.htm, Stand: 02.07.2010

Mitchell, PH, Powell L, Blumenthal J, Norton J, Ironson G, Rogers Pitula, C, Sivarajan Froehlicher E, Czaikowski S, Youngblood, M, Huber M& Berkman, LF (2003):

A social support measure for patients recovering from myocardial infarction. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation (23), 398-403

Predel, H.-G., & Tokarski, W. (2005).

Einfluss körperlicher Aktivität auf die menschliche Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 48(8), 833 – 840.

Rehner A (2009).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Eingebundenheit älterer Menschen im Bezirk Berlin Mitte. Konzeptualisierung und Durchführung einer quantitativen Befragung. Masterarbeit, Berlin School of Public Health an der Charite, Berlin.

Robert Koch-Institut:

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys, KIGGS, Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, 2007 Springer Verlag, Steinkopff Darmstadt

Röpke-Baysal, Katharina:

Legal Substanzkonsum und subjektives Wohlbefinden bei Jugendlichen, Eine Untersuchung des Alkoholkonsums sowie der Motivation dazu an Schülern des Bezirks Mitte von Berlin, Masterarbeit of Public Health, Freie Universität Berlin, 2009,

Fundort: http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe_gbe_gf.html

Saß Anke-Christine, Wurm S., Ziese T.

Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, DZA, Statistisches Bundesamt, Berlin, 2009

- Schäufele, M.:
Riskanter Alkoholkonsum im höheren Alter: Häufigkeit und Folgen – ein Überblick. In.:
Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 55 (5) 2009, S. 266-280.
- Schenk L, Bau A-M, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C (2006)
Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz.
Springer Verlag. (49) 853-860
- Schneekloth, U.
Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, In: Schneekloth/Wahl (Hrsg.), 2005
- Schneekloth, U., Wahl, H.-J. (Hrsg.)
Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), Abschlussbericht, Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung:
Bevölkerungsprognose für Berlin 2007-2030, Entwicklung der Bevölkerung in Berlin und den Bezirken, Kulturbuch Verlag GmbH, Berlin, 2009
- Shulman KI, Shedielsky R, Silver IL (1986)
The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly; Int. J. Geriatr. Psychiatry (1): 135-140
- Voelcker-Rehage, C., Godde, B., Staudinger, U. M. (2006):
Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49(6), 588 – 566.
- Winkler J, Stolzenberg H (1999)
Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 178-183.
- Weyerer S. (2004)
Altersdemenz, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 28, Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Berlin
- Zigmond AS, Snaith RP (1983):
The Hospital Anxiety and Depression Scale. Act Psychiatr Scand (67), 361-370.

