



Gesundheit älterer Menschen in Schleswig-Holstein

Zahlen, Meinungsbilder und Zusammenhänge 2012

Impressum

- Herausgeber: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein
Adolph-Westphal-Straße 4
24143 Kiel
www.schleswig-holstein.de/MASG/
- Verantwortliche
beim Herausgeber: Gabriele Schade (gabriele.schade@sozmi.landsh.de, Tel.: 0431-9885455)
Petra Gollnick (petra.gollnick@sozmi.landsh.de, Tel.: 0431-9885476)
- Berichterstellung: Sebastian Götte
aproxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH
Schillerstraße 10
99423 Weimar
goette@aproxima.de
- Foto auf dem Titel: Y. Arcurs / (adpic.de)
Foto Portrait S.4: Thomas Eisenkrätzer
- Stand: Frühjahr/Sommer 2012

Inhalt**Seite**

	Vorwort	3
1	Zusammenfassung	4
2	Datengrundlage der Befragung	7
3	Lebensbedingungen und Soziodemographie	10
	3.1 Die Zusammensetzung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein	10
	3.2 Haushalts- und Familiensituation	12
	3.3 Sozioökonomische Situation	14
	3.4 Staatsangehörigkeit und Herkunftsland	17
	3.5 Soziales Netz	18
4	Gesundheitszustand und Lebensqualität	23
	4.1 Subjektive Gesundheit und allgemeine Lebensqualität	24
	4.2 Bereichsübergreifende Lebensqualität	27
	4.3 Gefühltes Alter	28
	4.4 Häufigkeit chronischer Erkrankungen	29
	4.5 Sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen	42
	4.6 Medizinische Hilfsmittel	43
	4.7 Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit	46
	4.8 Über- und Untergewicht	50
5	Gesundheitsverhalten und Beschäftigung mit Gesundheitsthemen	54
	5.1 Gesundheitsverhalten	54
	5.2 Körperliche Aktivität	56
	5.3 Verzehr von Obst und Gemüse	59
	5.4 Genussmittel und Drogen	62
	5.5 Maßnahmen zur Gesunderhaltung	66
	5.6 Einnahme von Medikamenten	69
	5.7 Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	70
	5.8 Informationen zum Thema Gesundheit	76
6	Soziale Teilhabe	79
	6.1 Individuelle soziale Teilhabe	79
	6.2 Organisierte soziale Teilhabe	85
	6.3 Ehrenamtliche Tätigkeiten und Betreuung	88

7	Alltag im Alter	92
7.1	Hilfs- und Beratungsstellen	92
7.2	Lokales Wohnumfeld	96
7.3	Mobilität	98
7.4	Selbständige Verrichtung von Alltagstätigkeiten	100
8	Literaturverzeichnis	106
9	Verzeichnis der verwendeten Studien und Indikatorensets	107
	Anhang	108

Vorwort

Gesundheit ist eines der höchsten Güter des Menschen. In unterschiedlichen Lebensphasen wird ihr jedoch meist eine verschieden hohe Bedeutung geschenkt. Typischerweise steht sie in jungen Jahren noch nicht im Fokus des eigenen Handelns. Erst mit steigendem Alter wird uns klar, dass wir uns aktiv um unsere eigene Gesundheit kümmern können, ja müssen. Ein Älterwerden in Gesundheit ist jedoch nicht nur eine individuelle Herausforderung, sondern auch von erheblicher gesellschaftlicher Bedeutung.

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Gesundheit im Alter. Als „Alter“ verstehen wir hier die Zeit ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Jene Phase also, in der das Arbeitsleben langsam an Bedeutung verliert und der „Herbst des Lebens“ beginnt. Und diese Lebensphase wird dank des sozialen, wirtschaftlichen und medizinischen Fortschritts in unserer Gesellschaft immer länger. Außerdem wird sie immer aktiver gestaltet und verbracht.

Die für den Bericht verwendeten Daten stammen aus diversen Gesundheits- und Bevölkerungsstatistiken des Statistischen Bundesamtes und des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein. Große Teile der ausgewiesenen Ergebnisse verdanken wir jedoch einer eigens für diese Berichterstattung durchgeführten repräsentativen Befragung. Stellvertretend für rund 783.000 ältere Menschen in Schleswig-Holstein haben uns 1077 Personen einen Einblick in ihre Gesundheits- und Lebenssituation gegeben. Ihnen danke ich an dieser Stelle ganz herzlich!

Diese umfassende Bestandsaufnahme soll die Öffentlichkeit über wichtige gesundheitliche Belange älterer Menschen informieren und zu weiterführenden Diskussionen anregen. Ich erhoffe mir davon weitere Impulse für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit älterer Menschen in Schleswig-Holstein.

Und nun wünsche ich allen Leserinnen und Lesern eine interessante Lektüre!



A handwritten signature in black ink that reads "Kristin Alheit".

Kristin Alheit
Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung

1 Zusammenfassung

In Schleswig-Holstein leben rund 783.000 Personen, die 60 Jahre alt oder älter sind.

Wichtige Befragungsergebnisse

- ❏** Zwei von drei Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr beurteilen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, nur 12 Prozent mit schlecht oder sehr schlecht. Damit ist die subjektive Gesundheit im Land deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand sinkt mit steigendem Alter und geringerem Nettomonatseinkommen.
- ❏** Die bereichsübergreifende Lebensqualität (ein kombinierter Indikator aus verschiedenen Zufriedenheitsfragen) ist bei 58 Prozent der älteren Menschen gut, bei 30 Prozent sogar sehr gut. Bei fast keinem fällt sie dagegen schlecht oder sehr schlecht aus. Auch sie nimmt wieder mit steigendem Alter ab, daneben auch mit niedrigerem Sozialstatus.
- ❏** 31 Prozent aller älteren Bewohnerinnen und Bewohner Schleswig-Holsteins leiden unter einer chronischen Krankheit, 16 Prozent unter zwei und 10 Prozent unter drei und mehr. Durch diese verspüren sie in der Regel einige Einschränkungen in ihrem Alltag, bei jedem Fünften von ihnen ist er sogar erheblich eingeschränkt.
- ❏** Die am häufigsten auftretende chronische Krankheit ist der Bluthochdruck (Hypertonie), jeder zweite Einwohner und jede zweite Einwohnerin ab dem 60. Lebensjahr leidet unter ihm. Ebenfalls häufig anzutreffen sind Arthrose (40 Prozent), erhöhte Blutfette oder Cholesterinwerte (36 Prozent) und chronische Rückenschmerzen (26 Prozent). Die unterschiedlichen Prävalenzen für eine Reihe chronischer Erkrankungen sind detailliert im Bericht dargestellt.
- ❏** 16 Prozent aller Seniorinnen und Senioren sind als Schwerbehinderte eingestuft, etwa die Hälfte davon mit den Graden 50 und 60 sowie 70 bis 100. Der Anteil steigt mit dem Alter deutlich an.
- ❏** Nur 42 Prozent aller älteren Bürgerinnen und Bürger Schleswig-Holsteins besitzen das nach WHO-Kriterien (BMI) ermittelte Normalgewicht. Mehr als jeder Zweite leidet unter Übergewicht oder Adipositas. Dies betrifft Männer mehr als Frauen. Dieses Übergewicht weist deutliche Zusammenhänge mit der Anzahl chronischer Krankheiten sowie mit der Lebensqualität der Personen auf.
- ❏** Dabei meinen drei Viertel der älteren Menschen, viel oder sehr viel zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes zu tun – und finden ihr Gesundheitsverhalten entsprechend in Ordnung. Nur jeder Vierte meint dagegen, etwas an seinem Verhalten verbessern zu müssen.
- ❏** Nimmt man dagegen die international anerkannten Empfehlungen zur körperlichen Aktivität als Maßstab, kann sie nur bei 36 Prozent der älteren Personen als ausreichend im Sinne der Gesunderhaltung bezeichnet werden. Zwei von drei Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr bewegen sich also zu wenig. Mit steigendem Alter nimmt diese Bewegungsquote immer weiter ab.

- ☞ Zwar isst der größte Teil der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr nach eigenen Angaben jeden Tag Obst und Gemüse (79 und 60 Prozent). Dennoch bleiben die allermeisten von ihnen unterhalb der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen Menge von fünf Portionen pro Tag. Nur jede(r) Zehnte kann von sich behaupten, diese zu erreichen. Dennoch meinen 69 Prozent, stark oder sehr stark auf eine gesunde Ernährung zu achten. Frauen sind hier etwas achtsamer als Männer.
- ☞ 38 Prozent aller älteren Bürgerinnen und Bürger haben in den letzten 12 Monaten mindestens eine der abgefragten Maßnahmen zur Gesunderhaltung genutzt. Die allermeisten davon wählten ein Angebot zur Verbesserung der körperlichen Fitness oder der Beweglichkeit. Die Teilnahmequote sinkt erwartbar mit dem Alter und ist bei Frauen etwas höher als bei Männern.
- ☞ Knapp jede zweite ältere Person war innerhalb der letzten vier Wochen vor dem Interview bei einem Arzt / einer Ärztin, fast alle innerhalb des letzten Jahres. Die Besuchsfrequenz hängt signifikant vom Gesundheitszustand ab und nimmt mit steigendem Alter zu. Ins Krankenhaus musste im letzten Jahr vor dem Interview jede fünfte Seniorin und jeder fünfte Senior.
- ☞ Die Hauptinformationsquelle für Informationen zu Gesundheit und Krankheit ist bei den meisten älteren Menschen das Fernsehen (30 Prozent), gefolgt vom Arzt (20 Prozent) und kostenlosen Presseerzeugnissen (17 Prozent).
- ☞ 80 Prozent der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr besitzen mindestens eine aktive Mitgliedschaft in Gruppen oder Vereinigungen. Auch diese Quote sinkt mit zunehmendem Alter, außerdem sind Personen mit höherem Status deutlich häufiger organisiert als solche mit niedrigem. Am häufigsten handelt es sich dabei um Sportvereine (33 Prozent), gefolgt von wohltätigen Organisationen (25 Prozent) und geselligen Vereinigungen (23 Prozent). Gut jede(r) Vierte besitzt eine Aufgabe und Funktion in einer ihrer Organisationen.
- ☞ Darüber hinaus leisten 15 Prozent der Seniorinnen und Senioren freiwilliges bürgerschaftliches Engagement. 19 Prozent betreuen privat oder ehrenamtlich eine andere Person, wobei dies auch auf die eigene Partnerin oder den eigenen Partner zutreffen kann. 29 Prozent leisten unentgeltliche Hilfe bei einer nicht im Haushalt lebenden Person und 27 Prozent betreuen fremde Kinder.
- ☞ Als Hilfs- und Beratungsstellen für eigene Belange sind etwa der Hälfte der älteren Einwohnerinnen und Einwohner das Sozialamt, das Gesundheitsamt sowie Pflegestützpunkte und -beratungsstellen bekannt, die Seniorenbüros – wohl aufgrund ihrer noch nicht flächendeckenden Verbreitung – nur 38 Prozent. Am häufigsten genutzt wurden von diesen bisher die Pflegestützpunkte (32 Prozent) und das Gesundheitsamt (30 Prozent).
- ☞ In ihrem lokalen Wohnumfeld fühlen sich die allermeisten Seniorinnen und Senioren wohl und gut versorgt. Es gibt kaum Unzufriedenheit über Einkaufsmöglichkeiten, Ärzte / Ärztinnen und Apotheken oder Angebote für Senioren. Auch der öffentliche Nahverkehr wird von über 80 Prozent als zufriedenstellend bewertet.

- ❏ Die eigene Mobilität besteht für drei Viertel der älteren Menschen jedoch immer noch aus dem Auto. Der ÖPNV wird nur von knapp jedem zweiten genutzt. Letzteres ändert sich auch mit steigendem Alter kaum, selbst wenn dann die Nutzung des Autos drastisch abnimmt. Wohl aufgrund des besseren Angebotes ist die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs in der Stadt deutlich höher als auf dem Land.

- ❏ Die Bürgerinnen und Bürger ab dem 60. Lebensjahr zeigen sich noch erstaunlich mobil: Gut jede(r) Zweite bewegt sich an 5-7 Tagen der Woche außer Haus, 18 Prozent verlassen die Wohnung nur an 1-2 Tagen pro Woche und 6 Prozent nie (was hochgerechnet jedoch auch noch rund 50.000 Personen entspricht). Auch die Verrichtung von Alltagsdingen geht den meisten Personen noch recht locker von der Hand. Baden oder Duschen, kurze Wege gehen und leichte Einkäufe tätigen ist für rund 90 Prozent aller Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr kein Problem. Lediglich für schwerere Einkäufe wird häufiger eine Hilfsperson benötigt. Die Eigenständigkeit nimmt insgesamt mit dem Alter deutlich ab.

2 Datengrundlage der Befragung

Ziel der Studie war es, den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das Gesundheitsverhalten in der schleswig-holsteinischen Bevölkerung ab dem vollendeten 60. Lebensjahr zu ermitteln. Die erforderlichen Daten sollten mittels einer repräsentativen Befragung beschafft werden. Als Vorbilder für das gewählte Verfahren können der Telefonische Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts¹ sowie die Studie „Gesundheit älterer Menschen in Hamburg“ der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der benachbarten Hansestadt² genannt werden.

Befragungsmethode

Für die Erhebung der Daten wurde das Instrument der telefonischen Befragung gewählt. Sie gilt nach wie vor als die Standardmethode in der Sozialforschung, da sie einen guten Kompromiss aus Schnelligkeit, Genauigkeit und Kosteneffizienz darstellt. Da in Deutschland (noch) die allermeisten Haushalte, zumal in der älteren Bevölkerung, einen Festnetzanschluss besitzen, ist eine hohe Erreichbarkeit der Grundgesamtheit gegeben. Die gestellten Fragen besaßen darüber hinaus einen mittleren Komplexitätsgrad und benötigten zur Beantwortung keine visuellen Hilfsmittel. Die Variante der schriftlichen Befragung schied aufgrund ihres geringen Rücklaufs aus, die der mündlich-persönlichen Befragung wegen ihres hohen Erhebungsaufwands. Eine Online-Befragung wurde aufgrund der Altersstruktur der Zielgruppe von vornherein ausgeschlossen.

Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Studie ist die Wohnbevölkerung Schleswig-Holsteins ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Eine Altersgrenze nach oben wurde nicht festgelegt. Als Datengrundlage für die Stichprobenziehung dienten die Einwohnermelderegister der Gemeinden. Sie stellen die zuverlässigste Auswahlliste für Bevölkerungsbefragungen dar und können – unter Einhaltung eines kontrollierten Datenschutzkonzeptes – für Studien im öffentlichen Auftrag genutzt werden. Da die Einwohnermeldedaten keine Telefonnummern enthalten, mussten diese zu jeder gelieferten Adresse recherchiert werden. Dazu wurde auf öffentliche Quellen zurückgegriffen. Für 63 Prozent der Einwohnermeldedaten konnte eine Telefonnummer ermittelt werden, weitere 5 Prozent der aus den Einwohnermelderegistern zufällig ausgewählten Personen stellten auf schriftliche Nachfrage ihre Telefonnummer zur Verfügung.

Die Auswahl der Gemeinden orientierte sich an einem dreistufigen Siedlungsstrukturkonzept des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Es unterscheidet „ländlich“, „teilweise städtisch“ und „überwiegend städtisch“ geprägte Gemeinden.³ Per Zufallsprinzip wurden aus allen Gemeinden Schleswig-Holsteins 52 Gemeinden ausgewählt, aus deren Einwohnermelderegistern - ebenfalls zufällig - Namen und Anschriften gezogen wurden. Tabelle 2.1 zeigt für die drei Siedlungsstrukturtypen, wie hoch die Anteile der Bevölkerung in Schleswig-Holstein sind, wie viele Gemeinden ausgewählt und wie viele Interviews jeweils geführt worden sind.

¹ vgl. Robert-Koch-Institut (2011)

² vgl. BGV Hamburg (2011)

³ Verwendet wurden dazu die Raumtypen 2010 und hier der Indikator siedlungsstrukturelle Prägung. Quelle: http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1086478/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Raumtypen2010/Referenz_Typen,templateId=raw,property=publicationFile.xls/Referenz_Typen.xls (am 23.12.2011)

Tabelle 2.1: Aufteilung der Stichprobe nach Siedlungsstruktur

		Anteil der Bevölkerung in Schleswig-Holstein	ausgewählte Gemeinden	Zahl der Interviews
Siedlungsstruktur	ländlich	25,2%	13	266
	teilweise städtisch	7,6%	4	80
	überwiegend städtisch	67,2%	35	731
Gesamt		100,0%	52	1.077

In der Ergebnisdarstellung werden die beiden Kategorien „ländlich“ und „teilweise städtisch“ zusammengefasst zu „eher ländlich“. Nur wo die Unterscheidung dieser beiden Strukturtypen wichtig ist, verwenden wir die dreiteilige Differenzierung.

Um auch eine nach verschiedenen Altersgruppen differenzierte Auswertung vornehmen zu können, wurden aus fünf Altersgruppen (60-64 Jahre, 65-69 Jahre, 70 -74 Jahre, 75-79 Jahre, 80 Jahre und älter) jeweils etwa 215 Personen befragt. Frauen und Männer sind dabei in der Stichprobe zu gleichen Teilen vertreten.

Vor Beginn der Auswertung wurde die Zusammensetzung der Stichprobe durch Gewichtung an die Zusammensetzung der Wohnbevölkerung angepasst. Die Ergebnisse sind in Hinblick auf Alter, Geschlecht und Siedlungsstrukturtyp repräsentativ für die Wohnbevölkerung in Schleswig-Holstein ab dem 60. Lebensjahr. Dieser Gruppe gehören insgesamt rund 783.000 Personen an. Die Teilnahme an der Befragung erforderte die Fähigkeit und die Bereitschaft, an einem telefonischen Interview teilzunehmen. Dadurch sind Personen, die schwerkrank oder bettlägerig sind, wie beispielsweise Pflegeheimbewohner, in der Stichprobe kaum vertreten.

Fragebogen

Der Fragebogen bestand größtenteils aus bewährten Fragen aus verschiedenen Studien der Gesundheits- und Altersforschung⁴. Er wurde im Vorfeld einem Pretest unterzogen, in dem er an 34 Befragten in realen Interviews auf seine Lauffähigkeit und sein Verständnis geprüft wurde. In Folge dessen erfolgten einige kleinere Veränderungen am Frageinstrument.

Die Gesamtdauer der telefonischen Befragung betrug durchschnittlich 33 Minuten. Das Interview enthielt Fragen zu den folgenden Themenkomplexen, deren Ergebnisse in diesem Bericht dargestellt werden:

- ↳ Aktueller Gesundheitszustand, vorliegende Krankheiten und Einschränkungen körperlicher Funktionen
- ↳ Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge, gesundheitsorientierte Lebensweise
- ↳ Soziale Teilhabe
- ↳ Einschätzung der eigenen Lebensumstände und des Wohnumfeldes
- ↳ Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf das Alltagsleben.

⁴ Wir bedanken uns an dieser Stelle bei den entsprechenden Institutionen für die Überlassung der Frageformulierungen. Eine Auflistung der verwendeten Studien und Indikatorensets bietet der Abschnitt 9.

Daneben wurden auch verschiedene soziodemographische Faktoren erfragt, die für die Differenzierung der Ergebnisse interessant sind. Die wichtigsten für die Auswertung verwendeten Faktoren sind Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status (kombinierter Indikator) und Siedlungsstrukturtyp.

Datenerhebung

Die Befragung fand vom 14. März bis 27. Juni 2011 statt. Vor den eigentlichen Telefonanrufen erhielten alle ausgewählten Bürgerinnen und Bürger vom Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein ein Informationsschreiben, in dem das Anliegen der Studie, die Vorgehensweise, die Regelungen zum Datenschutz sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme dargestellt wurden. Außerdem enthielt das Schreiben Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen.

Die Anrufe selbst wurden aus dem Telefonstudio von approxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH geführt. Als Mitglied der Branchenverbände ADM, BVM und ESOMAR unterliegt approxima strengen Branchenrichtlinien zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Sozialforschung. Der gesamte Prozess der Datenverarbeitung wurde vorher dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein zur Prüfung vorgelegt und mit diesem abgestimmt.

Insgesamt wurde mit 1.077 Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteinern ein Interview durchgeführt.

Hinweis: Die in diesem Bericht aufgeführten Ergebnisse beziehen sich, soweit keine andere Datenquelle angegeben ist, auf die telefonische Befragung von älteren Menschen in Schleswig-Holstein. Als statistisch signifikant werden Gruppenunterschiede bezeichnet, falls die Wahrscheinlichkeit für das zufällige Zustandekommen der Ergebnisse geringer als fünf Prozent ist.

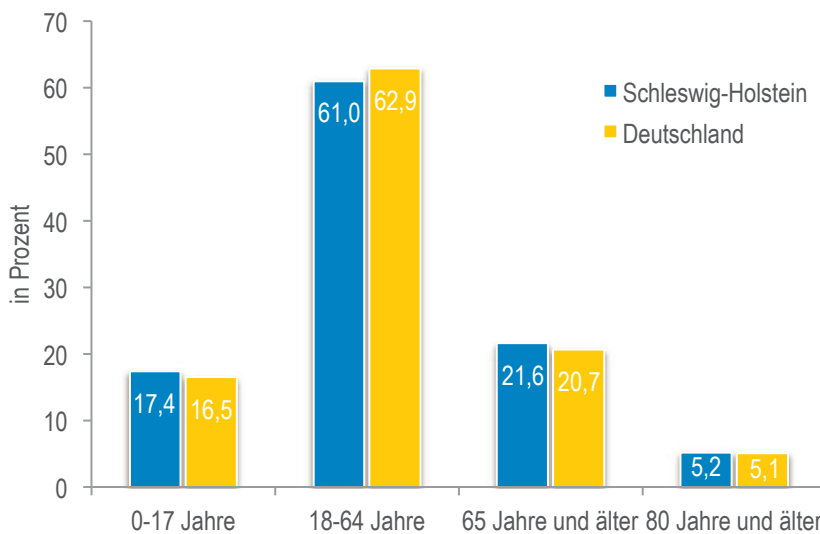
3 Lebensbedingungen und Soziodemographie

3.1 Die Zusammensetzung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein

Die amtliche Statistik unterscheidet vier Lebenszeiträume: Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre), Personen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre), ältere Menschen (65 und mehr Jahre) sowie darunter noch einmal Hochbetagte (80 und mehr Jahre). Die vorliegende Befragung befasst sich also vorrangig mit der Lebens- und Gesundheitssituation älterer Menschen und Hochbetagter – sie bezieht aber zusätzlich die letzten fünf Jahre des erwerbsfähigen Alters als Übergangszeit mit ein. Von den insgesamt 2,831 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein sind rund 783.000 Personen mindestens 60 Jahre alt. Das entspricht einem Anteil von 27,6% der Gesamtbevölkerung.⁵

Abbildung 3.1 zeigt die Verteilung der Bevölkerung in Deutschland und Schleswig-Holstein über die vier Lebenszeiträume. Wie zu erkennen ist, besitzt die Bevölkerung des nördlichsten Bundeslandes keine wesentlich andere Altersstruktur als die von Gesamtdeutschland.

Abbildung 3.1: Altersverteilung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein und Deutschland⁶



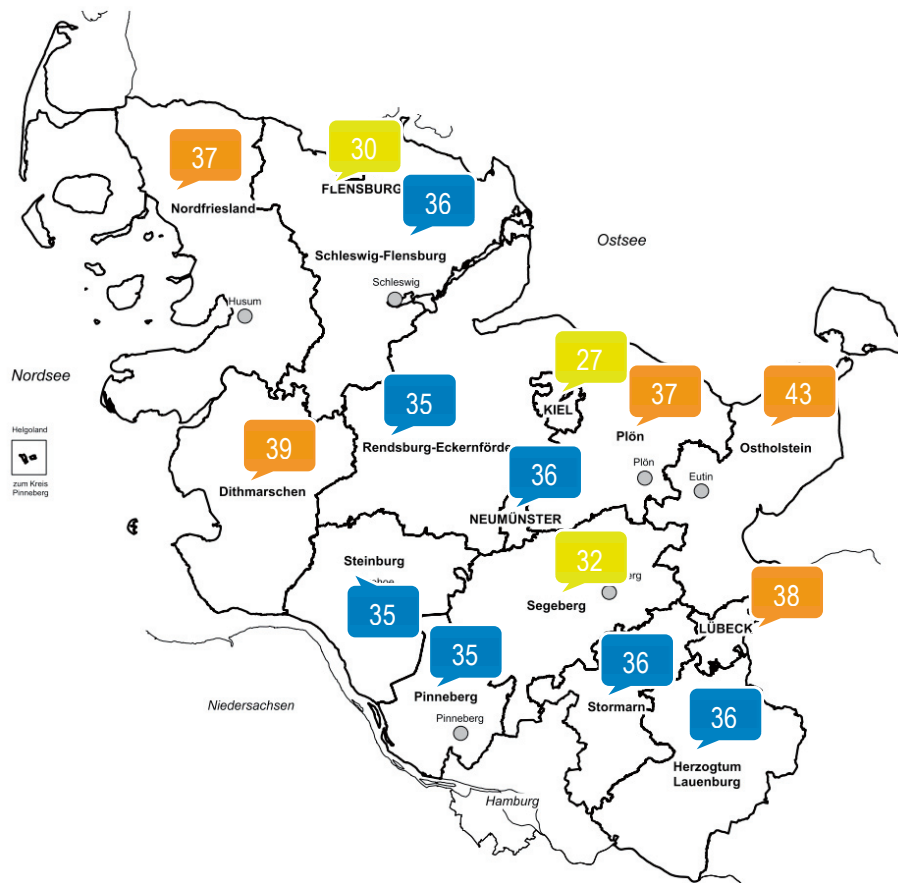
Gut jeder fünfte Einwohner und jede fünfte Einwohnerin Schleswig-Holsteins ist also 65 Jahre und älter. Der Altenquotient – er beschreibt die Anzahl älteren Menschen pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter – beträgt in Schleswig-Holstein im Schnitt 35, in Deutschland ist er mit 33 nur unwesentlich niedriger. Differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten ergibt sich das Bild aus Abbildung 3.2: In der Landeshauptstadt Kiel ist der Altenquotient am geringsten, auch die kreisfreie Stadt Flensburg sowie der Kreis Segeberg besitzen einen unterdurchschnittlichen Altenquotienten. Die anteilmäßig meisten älteren Menschen leben im Kreis Ostholstein. Überdurchschnittlich ist der Altenquotient auch in den Kreisen Dithmarschen, Nordfriesland und Plön sowie in der kreisfreien Stadt Lübeck.

⁵ Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Die Bevölkerung in Hamburg und Schleswig-Holstein 2010 nach Alter und Geschlecht (Statistischer Bericht A I 3 –j/10)

⁶ Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsfortschreibung, Stand 31.12.2009

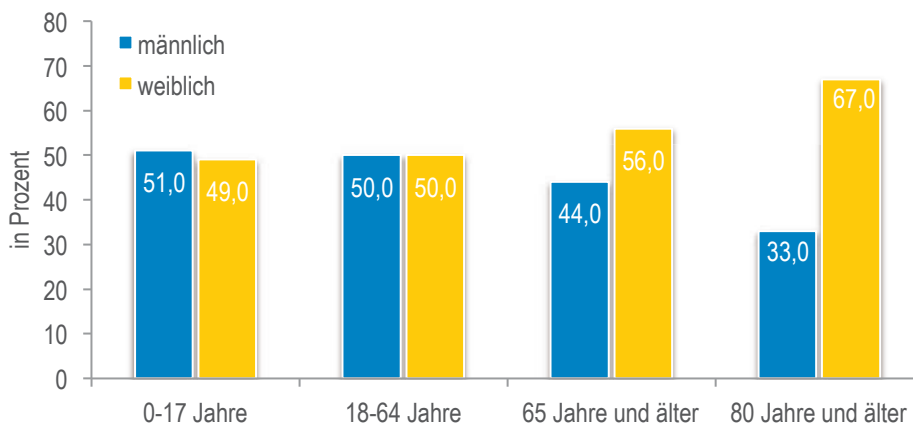
Abbildung 3.2: Altenquotient in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins⁷

(grüne Werte liegen unter dem Landesdurchschnitt, orange darüber, blaue ungefähr darin)



Insgesamt ist die Bevölkerung Schleswig-Holsteins zu 51 Prozent weiblich und zu 49 Prozent männlich. Mit zunehmendem Alter verschiebt sich die Geschlechterverteilung mehr und mehr zugunsten der Frauen. Abbildung 3.3 zeigt, wie sich diese Anteile über die Lebenszeiträume verändern. Hier unterscheidet sich Schleswig-Holstein kaum von Gesamtdeutschland.

Abbildung 3.3: Geschlechterverteilung über die Lebenszeiträume in Schleswig-Holstein⁸



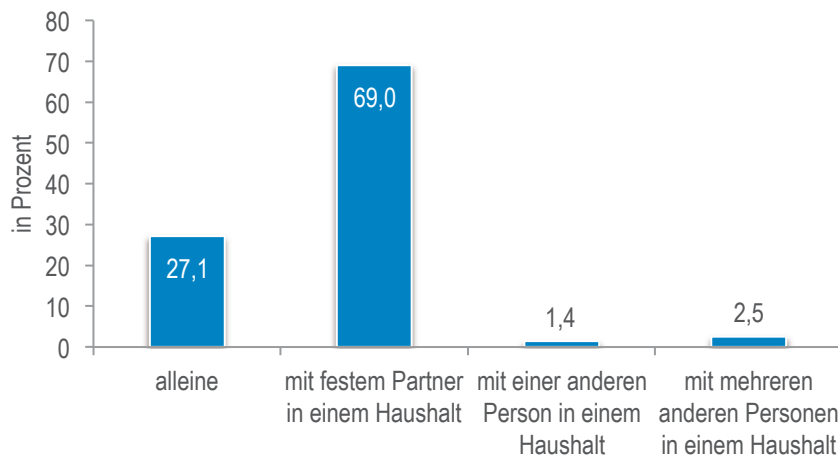
⁷ Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Jahr 2009

⁸ Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsforschung, Stand 31.12.2009

3.2 Haushalts- und Familiensituation

Der Großteil der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr lebt mit einem festen Ehe- oder Lebenspartner in einem Haushalt (69 Prozent). Naturgemäß sinkt dieser Anteil mit steigendem Alter deutlich. Befinden sich zwischen 60 und 69 Jahren noch 79 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einer Partnerschaft, sind es unter den Über-80-Jährigen nur noch 43 Prozent.

Abbildung 3.4: Lebenssituation



Über alle Altersgruppen hinweg ist der Anteil der Frauen in einer solchen Lebensform deutlich geringer als der der Männer. In der Altersgruppe der 60-69-Jährigen beträgt der Unterschied noch 74 zu 86 Prozent, bei den Über-80-Jährigen bereits 22 zu 67 Prozent. Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die geringere durchschnittliche Lebenserwartung in der männlichen Bevölkerung zurückzuführen.

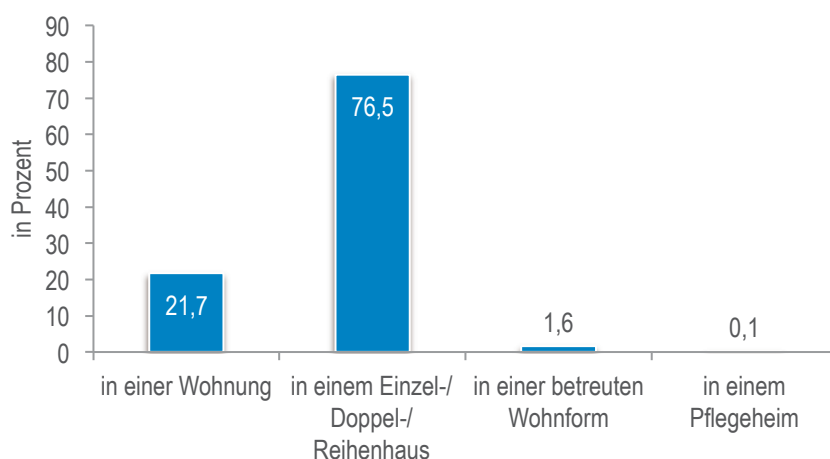
27 Prozent der Seniorinnen und Senioren leben allein – dieser Anteil steigt entsprechend mit steigendem Alter. Unter 70 Jahren befinden sich die „Singles“ noch deutlich in der Minderheit (17 Prozent), ab 80 Jahren dagegen in der Mehrheit (52 Prozent gesamt, 71 Prozent bei den Frauen). Lebensformen mit einer oder mehreren anderen Personen im Haushalt kommen selten vor (3,9 Prozent).

Tabelle 3.1: Lebenssituation nach Alter und Geschlecht

		alleine	mit festem Partner in einem Haushalt	mit einer anderen Person in einem Haushalt	mit mehreren anderen Personen in einem Haushalt
Alter	60-69 Jahre	17,0%	79,3%	0,9%	2,8%
	70-79 Jahre	25,9%	70,3%	1,1%	2,6%
	80 Jahre und älter	52,9%	42,6%	3,0%	1,5%
Geschlecht	männlich	14,0%	82,5%	0,9%	2,6%
	weiblich	37,7%	58,0%	1,8%	2,5%
Gesamt		27,1%	69,0%	1,4%	2,5%

Die meisten älteren Menschen wohnen in einem Einzel-, Doppel- oder Reihnhaus (77 Prozent). Dies gilt für die jüngeren Altersgruppen noch stärker als für die älteren (82 Prozent der 60-69-Jährigen gegenüber 66 Prozent der Über-80-Jährigen). Mit zunehmendem Alter ziehen vor allem die Frauen in eine Wohnung sowie – in weit geringerem Maße – in eine betreute Wohnform. Auch dies ist sicherlich auf deren Verwitwung zurückzuführen. Das führt auch dazu, dass generell mehr Frauen in einer Wohnung wohnen, während die Männer (dann noch in einer Partnerschaft) häufiger in einem Haus leben.

Abbildung 3.5: Wohnsituation



Betreute Wohnformen und Pflegeheime spielen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung keine Rolle (1,6 und 0,1 Prozent). Dies dürfte zum Teil auch ein methodischer Effekt sein: Personen, die bereits betreut werden müssen, nehmen naturgemäß seltener an Telefoninterviews teil. Solche, die in Pflegeheimen wohnen, können aufgrund des Auswahlmechanismus (Zufallsstichprobe aus dem Einwohnermeldeamt) praktisch gar nicht erreicht werden.

Tabelle 3.2: Wohnungssituation nach Alter und Geschlecht

		in einer Wohnung	in einem Einzel- / Doppel- / Reihnhaus	in einer betreuten Wohnform	in einem Pflegeheim
Alter	60-69 Jahre	17,6%	81,6%	0,7%	0,0%
	70-79 Jahre	22,3%	75,9%	1,6%	0,2%
	80 Jahre und älter	29,8%	66,1%	3,7%	0,4%
Geschlecht	männlich	15,4%	83,4%	0,8%	0,3%
	weiblich	26,7%	71,0%	2,3%	0,0%
Gesamt		21,7%	76,5%	1,6%	0,1%

Auch zwischen städtisch und ländlich geprägten Gebieten existieren Unterschiede in der Wohnform. 89 Prozent der älteren Einwohnerinnen und Einwohner im ländlichen Umfeld wohnen in einem Haus, jedoch nur 71 Prozent derjenigen in städtischen Regionen. Dort leben entsprechend mehr Personen in einer Wohnung. Und während der Anteil der Hausbewohnerinnen und -bewohner in städtischen Gebieten mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt, bleibt er in ländlichen Bereichen relativ stabil. Hier scheinen die Beharrungskräfte, auch nach dem Verlust eines Partners im eigenen Haus wohnen zu bleiben, deutlich ausgeprägter zu sein als in oder in der Nähe der Stadt.

Möglicherweise ist auch das Betreuungsnetz durch Kinder und Bekannte in ländlichen Gebieten noch dichter, so dass ein Umzug nicht notwendig ist.

Einen weiteren Einfluss auf die Wohnform hat der soziale Status der Personen. Dies gilt allerdings in signifikantem Maße nur bis zum 70. Lebensjahr. In diesem Alter steigt mit höherem Sozialstatus auch der Anteil derjenigen, die in einem Haus leben. Personen mit niedrigerem Status wohnen dagegen tendenziell häufiger in Wohnungen. Ab dem 70. Lebensjahr verschwindet dieser Unterschied weitgehend, was vor allem daran liegt, dass es auch bei Personen mit hohem Sozialstatus eine deutliche Verschiebung hin zur Wohnung gibt.

Tabelle 3.3: Wohnungssituation nach Siedlungsstruktur und Sozialstatus

		In einer Wohnung	In einem Einzel- / Doppel- / Reihenhaus	In einer betreuten Wohnform	In einem Pflegeheim
Siedlungsstruktur	eher ländlich	11,1%	88,9%	0,0%	0,0%
	überwiegend städtisch	26,8%	70,5%	2,4%	0,2%
sozialer Status	niedriger Status	25,8%	72,3%	1,9%	0,0%
	mittlerer Status	22,5%	76,3%	1,2%	0,1%
	hoher Status	14,5%	82,9%	2,2%	0,4%
Gesamt		21,7%	76,5%	1,6%	0,1%

3.3 Sozioökonomische Situation

Die soziale und finanzielle Lage einer Person besitzt einen relevanten Einfluss auf verschiedene Gesundheitsfaktoren. Sie lässt sich allerdings nicht direkt abfragen, sondern wird in der Regel aus drei soziodemographischen Indikatoren gebildet: der Bildung, dem persönlichen Einkommen und der beruflichen Stellung einer Person.⁹

Da die Grundgesamtheit dieser Befragung ein Alter von 60 Jahren und höher besitzt, sind 88 Prozent davon nicht (mehr) erwerbstätig. Sechs Prozent arbeiten noch Vollzeit, vier Prozent Teilzeit, zwei Prozent gelegentlich. Deshalb ist die berufliche Stellung für den Sozialstatus nicht mehr relevant. Auch eine frühere Erwerbstätigkeit kann keinen differenzierenden Beitrag leisten, da 96 Prozent – also fast alle – der Bürgerinnen und Bürger ab dem 60. Lebensjahr früher eine Arbeit hatten. Die soziale Lage wurde für diese Befragung also nur aus den beiden Indikatoren persönliches Nettoeinkommen und Bildung ermittelt.

Dabei ist Bildung selbst ein kombinierter Indikator. Er setzt sich zusammen aus dem allgemeinbildenden Schulabschluss und dem beruflichen Abschluss. Die Abbildungen 3.6 und 3.7 zeigen die jeweiligen Häufigkeiten der beiden Teilindikatoren.

⁹ vgl. Winkler / Stolzenberg (1999)

Abbildung 3.6: Allgemeinbildender Schulabschluss

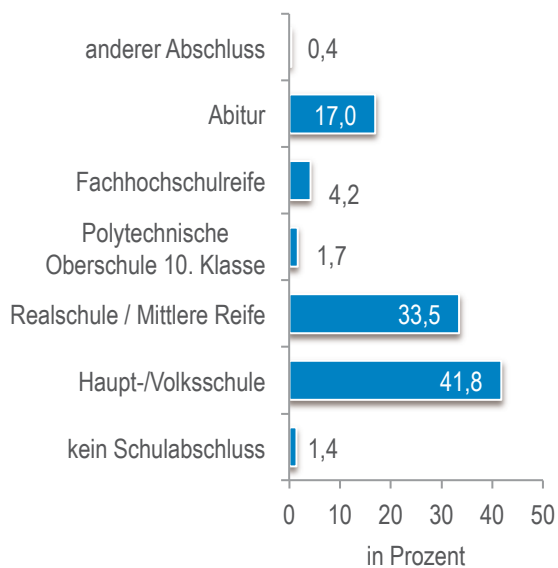


Abbildung 3.7: Berufliche Ausbildung

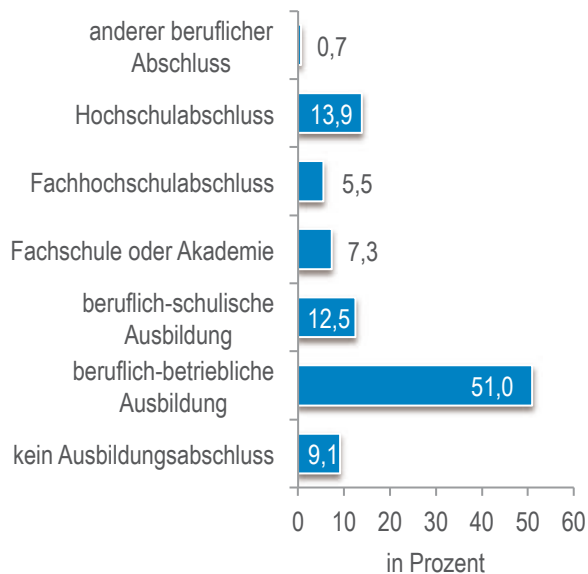


Tabelle 3.4 zeigt, wie beide Teilindikatoren kombiniert wurden. Je höher der vergebene Wert auf der Skala 1 bis 5, desto höher die Bildung.

Tabelle 3.4: Kombinationsvorgabe für den kombinierten Bildungsindikator

	kein Schulabschluss	Haupt-/Volksschule	Realschule / Mittlere Reife	POS* 10. Klasse	Fachhochschulreife	Abitur	anderer Abschluss
kein Ausbildungsabschluss	1	1	2	2	3	3	2
abgeschlossene beruflich-betriebliche Ausbildung	2	3	3	3	4	4	3
abgeschlossene beruflich-schulische Ausbildung	2	3	3	3	4	4	3
Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	3	4	4	4	4	4	4
Fachhochschulabschluss	---	---	4	4	5	5	4
Hochschulabschluss	---	---	5	5	5	5	5
anderer beruflicher Abschluss	3	4	4	4	4	4	4

* Polytechnische Oberschule (DDR)

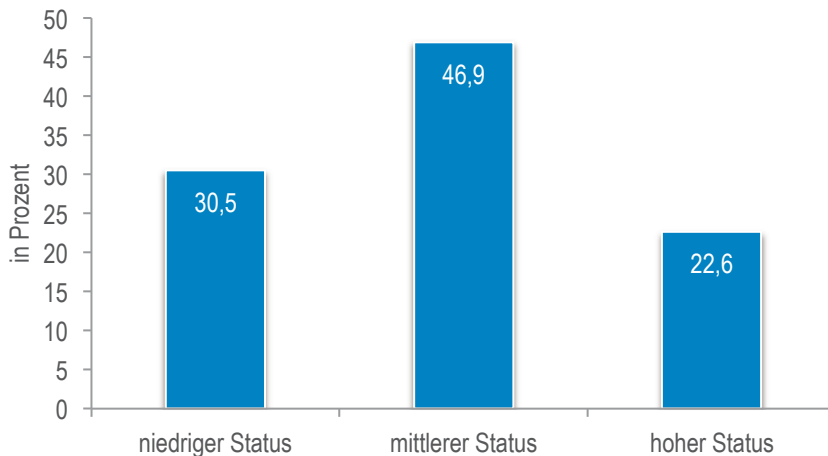
Auch das persönliche Nettoeinkommen wurde auf einer fünfstufigen Skala abgefragt. Der Indikator der sozioökonomischen Lage entstand anschließend als einfache Summenbildung aus dem Skalenwert des Nettoeinkommens und dem kombinierten Bildungsindikator. Er besitzt damit eine Skalenbreite von 2 bis 10.

Um ein handhabbares und vorstellbares Bild der sozioökonomischen Lage zu erhalten, wurde der Indikator in drei Gruppen kategorisiert:

- ↪ niedriger sozialer Status (Skalenpunkte 2 bis 5)
- ↪ mittlerer sozialer Status (Skalenpunkte 6 bis 7)
- ↪ hoher sozialer Status (Skalenpunkte 8 bis 10)

Als Ergebnis dieser Berechnungen zeigt sich, dass die meisten Seniorinnen und Senioren einen mittleren Sozialstatus besitzen (47 Prozent). Ein knappes Viertel kann für sich einen hohen Sozialstatus beanspruchen, 31 Prozent nur einen niedrigen.

Abbildung 3.8: Sozialstatus



Typischerweise zeigt sich, dass Männer sozial eher besser gestellt sind: 36 Prozent von ihnen besitzen einen hohen Status, nur 14 Prozent einen niedrigen. Anders die Frauen: Unter ihnen kommen 44 Prozent nur auf einen niedrigen Status, 12 Prozent in die höchste Kategorie. Insgesamt zeigt sich auch, dass in städtischen Gebieten der Sozialstatus signifikant höher ist als in ländlichen.

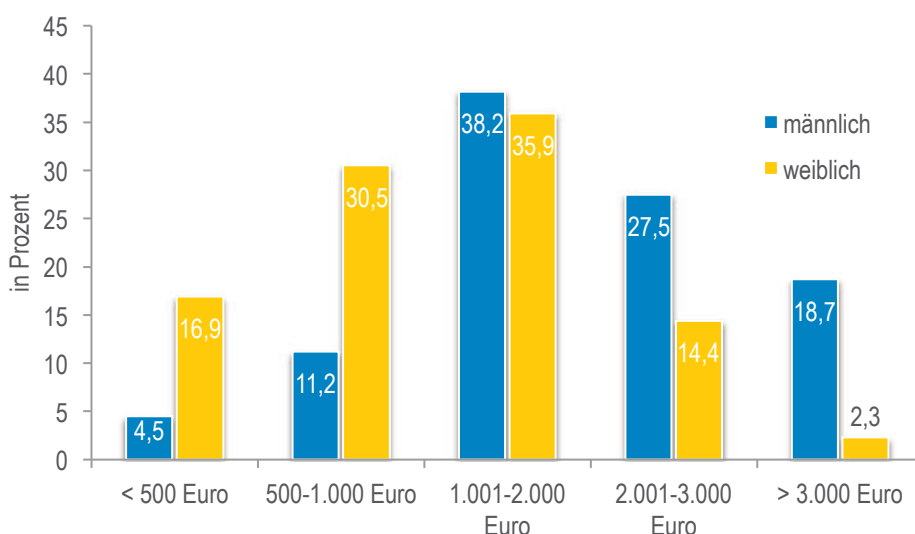
Tabelle 3.5: Sozialstatus nach Geschlecht und Siedlungsstruktur

		niedriger Status	mittlerer Status	hoher Status
Geschlecht	männlich	13,9%	50,0%	36,1%
	weiblich	43,9%	44,4%	11,7%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	35,6%	47,4%	17,1%
	überwiegend städtisch	28,0%	46,7%	25,3%
Gesamt		30,5%	46,9%	22,6%

Ein hoher Teil des niedrigeren Sozialstatus der Frauen ist auf deren geringeres Bildungsniveau zurückzuführen. Während 23 Prozent der männlichen Personen die Hochschulreife und 21 Prozent sogar einen Hochschulabschluss besitzen, sind dies bei den Frauen nur 13 bzw. 9 Prozent. Umgekehrt besitzen Frauen mit 46 Prozent deutlich häufiger nur einen Haupt- oder Volksschulabschluss als Männer (36 Prozent). Außerdem haben weitaus mehr von ihnen gar keinen Ausbildungsabschluss (15 Prozent vs. 2 Prozent der Männer).

Dies schlägt sich auch auf das persönliche Nettomonatseinkommen durch. Bei den meisten älteren Menschen in Schleswig-Holstein liegt dies zwischen 1.001 und 2.000 Euro (37 Prozent). Mehr als 2.000 Euro verdienen 30 Prozent der älteren Menschen, allerdings nur 17 Prozent der Frauen. Deutlich mehr von ihnen verdienen 1.000 Euro und weniger (33 Prozent).

Abbildung 3.9: Persönliches Nettomonatseinkommen nach Geschlecht

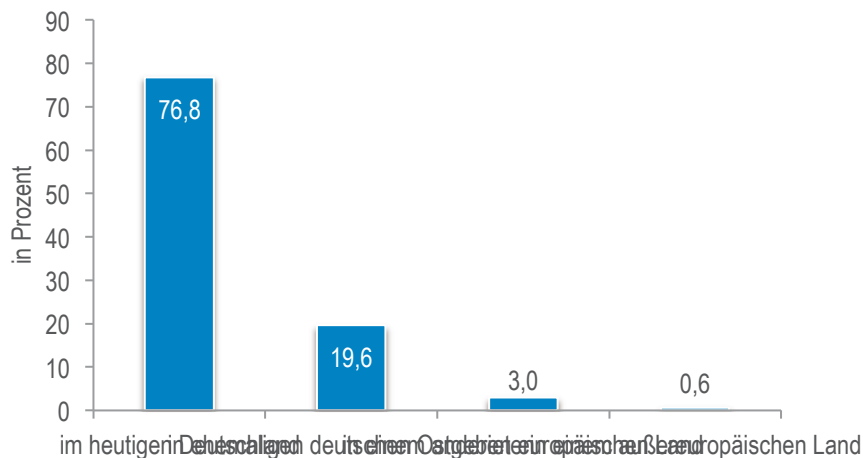


3.4 Staatsangehörigkeit und Herkunftsland

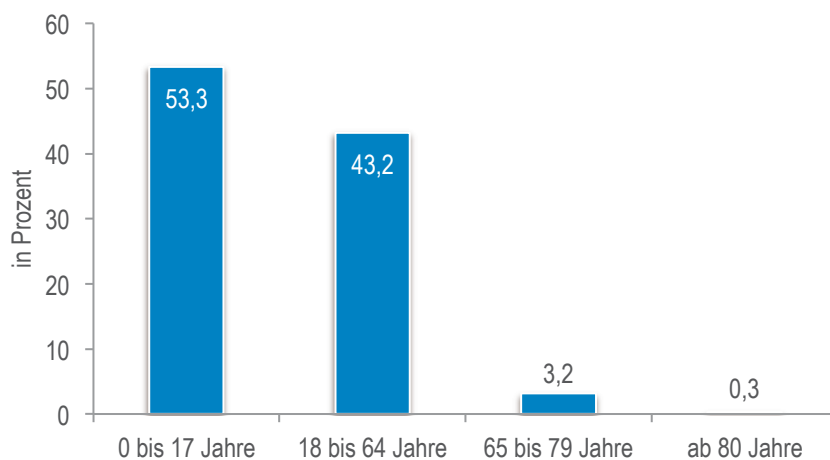
99 Prozent aller Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner besitzen nach eigener Angabe die deutsche Staatsangehörigkeit. Damit liegt der Anteil der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft etwas niedriger, als dies vom Statistischen Landesamt für die betreffenden Altersgruppen erfasst wurde (2009: 2,8 Prozent)¹⁰.

Rund drei Viertel aller älteren Bewohnerinnen und Bewohner wurde auch im heutigen Deutschland geboren. 20 Prozent stammen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten, wie Preußen, Schlesien oder Pommern. Nur 4 Prozent besitzen einen Geburtsort in einem anderen Land. 98 Prozent nennen demnach Deutsch als ihre Muttersprache.

¹⁰ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

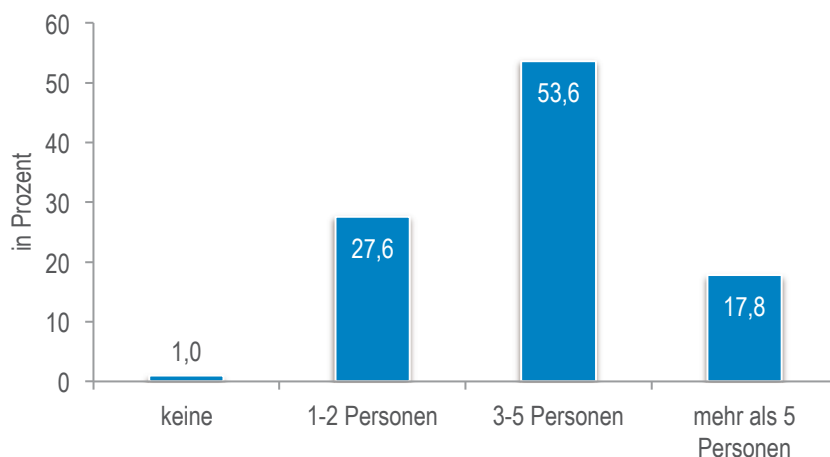
Abbildung 3.10: Geburtsland

Gut die Hälfte aller älteren Bürgerinnen und Bürger ist entweder in Schleswig-Holstein geboren oder bereits im Kindes- bzw. Jugendalter hierher gezogen (vgl. Abbildung 3.11). 43 Prozent kamen im erwerbsfähigen Alter in das nördlichste Bundesland, nur 4 Prozent danach. Die im Bericht aufgeführten Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung sind also in hohem Maße typisch für das Leben in Schleswig-Holstein.

Abbildung 3.11: Lebensjahr, ab dem die Personen in Schleswig-Holstein leben

3.5 Soziales Netz

Wie bereits beschrieben, befinden sich die meisten älteren Menschen noch in einer Partnerschaft. Gerade mit zunehmendem Alter wird es jedoch wichtiger, dass auch im persönlichen Umfeld Personen zur Verfügung stehen, an die man sich mit Problemen wenden kann. 54 Prozent der Seniorinnen und Senioren können auf drei bis fünf solcher Personen vertrauen. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen, auch Unterschiede hinsichtlich des Sozialstatus oder zwischen Stadt und Land existieren nicht. 18 Prozent können sogar auf mehr als fünf Unterstützer zählen. Nur ein Prozent hat keine persönliche Vertrauensperson.

Abbildung 3.12: Anzahl der Vertrauenspersonen

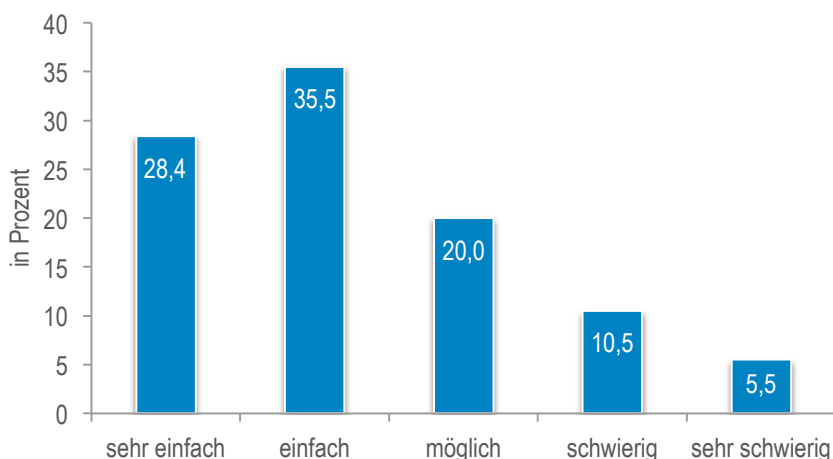
Ein signifikanter Zusammenhang besteht auch zur eigenen Lebenssituation. Personen, die mit einem festen Partner im Haushalt leben, geben zu 60 Prozent an, drei bis fünf Ansprechpersonen zu besitzen. Allein lebende sagen dies nur zu 43 Prozent. Auch diese haben jedoch mindestens ein bis zwei Vertrauenspersonen (37 Prozent), nur zwei Prozent von ihnen geben an, sich an niemanden wenden zu können.

Die Zahl der Ansprechpersonen sinkt mit zunehmendem Alter. So geben zwar 60 Prozent der 60-69-Jährigen zwischen drei und fünf Ansprechpartner / -partnerinnen an, aber nur noch 39 Prozent der Ab-80-Jährigen. Auch im hohen Alter fehlt allerdings nur zwei Prozent eine solche Vertrauensperson vollständig.

Tabelle 3.6: Anzahl der Vertrauenspersonen nach Alter und Lebenssituation

		keine	1 bis 2	3 bis 5	mehr als 5
Alter	60-69 Jahre	0,7%	19,3%	59,4%	20,6%
	70-79 Jahre	0,9%	29,6%	54,4%	15,2%
	80 Jahre und älter	2,1%	43,2%	38,5%	16,2%
aktuelle Wohnsituation	alleine	2,2%	36,9%	42,9%	18,0%
	mit festem Partner in einem Haushalt	0,5%	24,4%	57,7%	17,4%
	mit einer anderen Person in einem Haushalt	0,0%	32,5%	40,5%	27,0%
	mit mehreren anderen Personen in einem Haushalt	4,7%	12,8%	61,7%	20,8%
Gesamt		1,0%	27,6%	53,6%	17,8%

Ähnlich positiv sieht es bei der Einschätzung der Möglichkeit aus, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. 64 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein halten das für einfach oder sogar sehr einfach, weitere 20 Prozent immerhin für möglich. Nur jede sechste Person hält es für ein schwieriges Unterfangen.

Abbildung 3.13: Einschätzung der Möglichkeit, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten

Männer sind im Hinblick auf diese Hilfe etwas optimistischer als Frauen: 70 Prozent von ihnen könnten sie sich leicht oder sehr leicht organisieren, dies sagen nur 60 Prozent der Frauen. Auch vom Sozialstatus hängt die Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe ab: So gibt jede vierte Person mit niedrigem Status an, dass sie nur schwierig oder sehr schwierig praktische Hilfe von Nachbarn erhalten würde. Dieser Meinung sind nur 12 Prozent der Personen mit hohem Sozialstatus. Da – wie bereits gezeigt – Männer generell einen höheren Sozialstatus als Frauen besitzen, überlagern sich beide Effekte.

Tabelle 3.7: Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe nach Geschlecht und Sozialstatus

		sehr einfach	einfach	möglich	schwierig	sehr schwierig
Geschlecht	männlich	28,0%	41,6%	17,1%	9,5%	3,7%
	weiblich	28,7%	30,6%	22,3%	11,4%	7,0%
sozialer Status	niedriger Status	24,8%	29,1%	22,0%	14,9%	9,2%
	mittlerer Status	30,6%	38,9%	17,7%	9,5%	3,2%
	hoher Status	28,7%	37,2%	21,9%	6,7%	5,4%
Gesamt		28,4%	35,5%	20,0%	10,5%	5,5%

Als dritter Indikator für ein intaktes soziales Netz wurde gefragt, ob eine Person existiert, die sich – falls nötig – für einige Tage um einen kümmern könnte. Dies bejahten 91 Prozent, darunter etwas mehr Männer als Frauen (93 zu 89 Prozent). Auch hier sinkt die Zustimmungquote mit steigendem Alter (vgl. Tabelle 3.8). Dies geht vor allem auf Kosten des weiblichen Geschlechts: 21 Prozent der Frauen ab dem 80. Lebensjahr haben keine Person, die im Ernstfall einige Tage für sie sorgen würde – hier macht sich der Verlust des Ehegatten deutlich bemerkbar.

Tabelle 3.8: Vorhandensein einer Person für den Ernstfall nach Geschlecht und Alter

		Person vorhan- den	Person nicht vor- handen
Geschlecht	männlich	93,3%	6,7%
	weiblich	88,8%	11,2%
Alter	60-69 Jahre	94,6%	5,4%
	70-79 Jahre	89,2%	10,8%
	80 Jahre und älter	85,1%	14,9%
Gesamt		90,8%	9,2%

Aus den drei Indikatoren für die Beschaffenheit des sozialen Netzes der Seniorinnen und Senioren wurde ein kombinierter Index erstellt, der ein griffigeres Bild von ihr vermittelt.

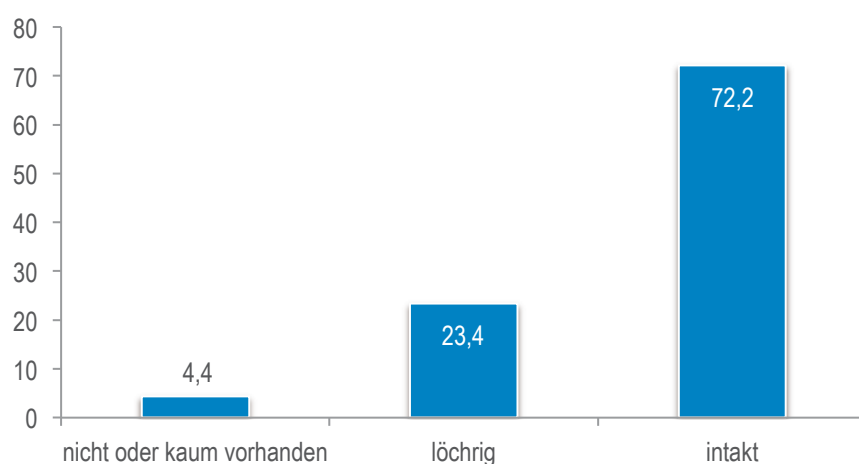
Der Index Soziales Netz ist demnach dreistufig mit folgenden Entsprechungen:

0/1 = nicht oder kaum vorhanden

2 = löchrig

3 = intakt

Demnach besitzen 72 Prozent aller Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr ein intaktes soziales Netz. Sie verfügen also über ausreichend Ansprechpartner bei persönlichen Problemen, können Hilfe aus ihrem Umfeld abrufen und darauf vertrauen, dass sie einige Tage durch eine Person gepflegt werden könnten. Bei 23 Prozent ist dieses soziale Netz zwar löchrig – das heißt, sie müssen bei mindestens einem der Indikatoren Abstriche machen – aber dennoch weitgehend vorhanden. Bei vier Prozent allerdings muss man davon sprechen, dass ein soziales Netz (so gut wie) gar nicht vorhanden ist. In Notfällen wäre diese Personengruppe argen Schwierigkeiten ausgesetzt und bedürfte dringender öffentlicher Hilfe.

Abbildung 3.14: Zustand des sozialen Netzes

Wie die Einzelindikatoren bereits angedeutet haben, verringert sich die Tragkraft des sozialen Netzes mit dem Alter deutlich. Können bis zum 69. Lebensjahr noch 80 Prozent auf ein intaktes Netz vertrauen, sind es bereits ab dem 70. Lebensjahr nur noch 66 Prozent. Der Wert bleibt ab diesem Zeitpunkt stabil. Umgekehrt entbehren nur 2 Prozent aller Unter-70-Jährigen jeglicher Hilfemöglichkeiten – ab dem 80. Lebensjahr sind es schon 7 Prozent. Je wahrscheinlicher man also auf ein intaktes soziales Netz angewiesen ist, desto weniger ist es verfügbar. Entsprechend der höheren Lebenserwartung trifft dies dann vor allem Frauen. Unterschiede zwischen eher ländlich und eher städtisch geprägten Regionen zeigen sich nicht.

Tabelle 3.9: Zustand des sozialen Netzes nach Alter

		nicht oder kaum vorhanden	löchrig	intakt
Alter	60-69 Jahre	2,3%	17,9%	79,8%
	70-79 Jahre	5,3%	28,7%	65,9%
	80 Jahre und älter	7,4%	26,2%	66,4%
Geschlecht	männlich	2,4%	21,8%	75,8%
	weiblich	6,0%	24,7%	69,3%
Gesamt		4,4%	23,4%	72,2%

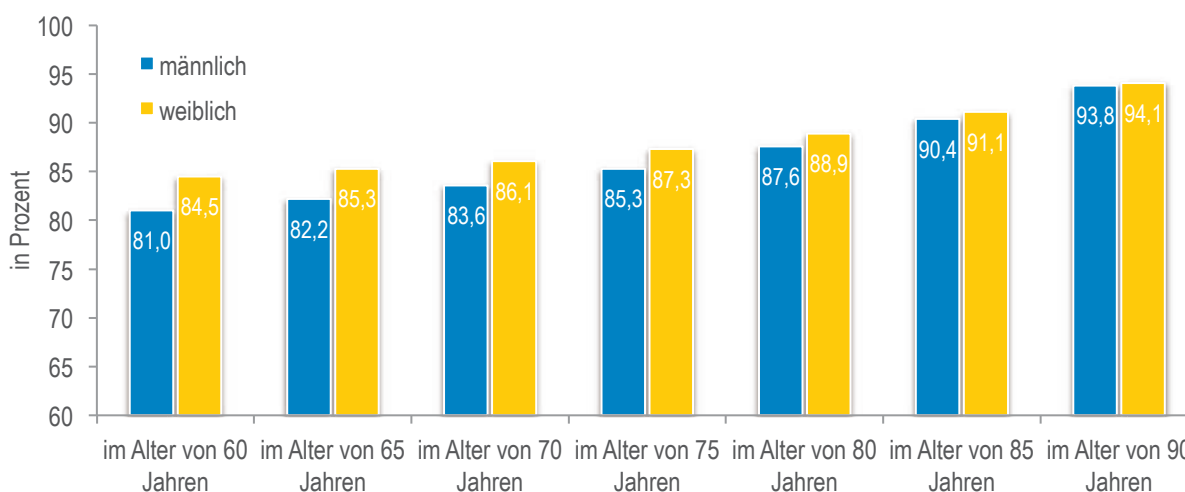
4 Gesundheitszustand und Lebensqualität

Die Erwartungen an eine möglichst lange unbeschwerte und aktive Lebenszeit sind in den letzten Jahren immer weiter gestiegen. Das Alter ist dabei, seinen Status als „Ruhekissen“ zu verlieren. Immer häufiger ist von „aktiven Alten“ die Rede, die „Silver Ager“ sind Zielgruppe verschiedenster Konsumanbieter und auch das Selbstverständnis älterer Menschen hat sich vielfach dahin entwickelt, den letzten Lebensabschnitt zu einer selbständig und erlebnisreich verbrachten Zeit zu machen. Dies alles steht und fällt jedoch mit dem eigenen körperlichen und gesundheitlichen Zustand. Krankheiten bestimmen bei vielen Menschen zunehmend das Bewusstsein und auch den Alltag. Es kommt nun darauf an, aktiv mit den eigenen Beeinträchtigungen und Beschwerden umzugehen, sie soweit wie möglich im Zaum zu halten, sie in das eigene Leben zu integrieren und auch mit ihnen eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen. Wie das den älteren Menschen in Schleswig-Holstein gelingt, wie ihr Gesundheitszustand aussieht und wie er sich auf ihre Lebensqualität auswirkt, ist Thema des folgenden Abschnittes.

Die Lebenserwartung eines schleswig-holsteinischen Mannes liegt am Ende der Erwerbsfähigkeitsphase (also per Definition mit 65 Jahren) bei rund 82 Jahren, die einer Frau sogar bei 85 Jahren (vgl. Abbildung 4.1). Es verbleiben also noch durchschnittlich zwischen 17 und 20 Jahre, die möglichst gesund und eigenbestimmt verbracht werden wollen. Die statistische Lebenserwartung steigt mit jedem verbrachten Altersjahr, Personen im Alter von 90 Jahren erreichen eine durchschnittliche Lebenszeit von 94 Jahren. Die Werte für Schleswig-Holstein liegen damit ungefähr im bundesweiten Schnitt.

Es ist allgemein bekannt, dass die statistische Lebenserwartung von Männern etwas niedriger liegt als die von Frauen. Im Alter von 60 Jahren beträgt der Unterschied noch rund vier Jahre. Die Zahl der zu erwartenden Lebensjahre nähert sich jedoch mit jedem Altersjahr weiter an, ab dem Alter von 85 Jahren liegt die Differenz statistisch unter einem Jahr.

Abbildung 4.1: Lebenserwartung in Schleswig-Holstein in bestimmten Altersjahren nach Geschlecht ¹¹

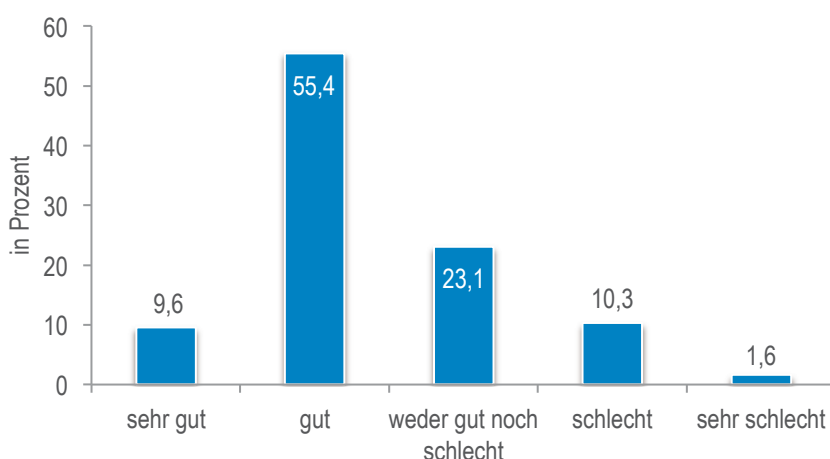


¹¹ Quelle: Statistisches Bundesamt: Abgekürzte Sterbetafeln, Jahre 2007-2009

4.1 Subjektive Gesundheit und allgemeine Lebensqualität

Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes hat sich als sehr zuverlässiger Indikator für die weitere Lebenserwartung erwiesen und besitzt damit in der Gesundheitsforschung einen hohen Stellenwert.¹² Sie wird standardmäßig mit der Frage ermittelt „Wie würden Sie im Großen und Ganzen Ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand beurteilen?“. In Schleswig-Holstein antworten zwei von drei Seniorinnen und Senioren (65 Prozent) darauf mit gut oder sehr gut, 23 Prozent mit weder gut noch schlecht und 12 Prozent mit schlecht oder sehr schlecht. Insgesamt ist der Gesundheitszustand damit als recht gut zu bezeichnen. Zur Interpretation soll an dieser Stelle aber generell noch einmal darauf hingewiesen werden, dass Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand tendenziell seltener an Befragungen teilnehmen (können). Es ist also möglich, dass die Ergebnisse der Befragung – wie auch anderer Studien, die auf Befragungen basieren – ein etwas positiveres Bild ergeben, als es in der Gesamtzielgruppe vorherrscht.

Abbildung 4.2: Subjektiver Gesundheitszustand

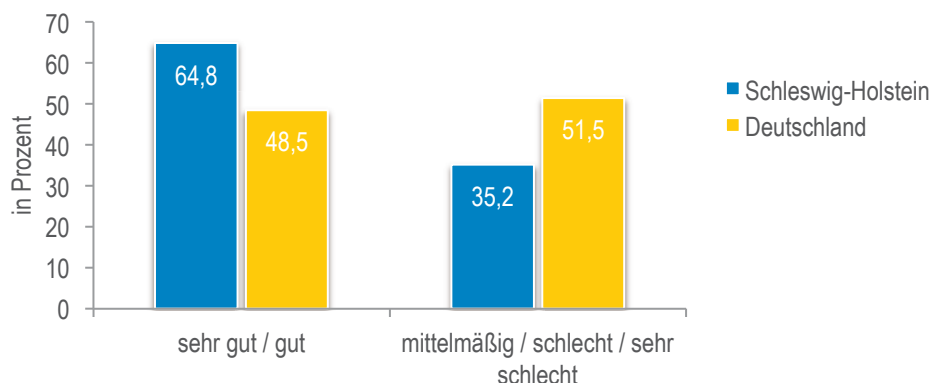


Während im bundesweiten Telefonsurvey des Robert-Koch-Instituts nur insgesamt 49 Prozent der Altersgruppe ab 65 Jahren mit sehr gut oder gut antworten, sind es in Schleswig-Holstein 65 Prozent.¹³ Dies passt zum Nord-Süd-Gefälle des subjektiven Gesundheitszustandes, das in den deutschlandweiten Ergebnissen des RKI zu erkennen war.

¹² vgl. BGV Hamburg (2011), S. 28

¹³ Datenquelle für Deutschland: Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA) des Robert-Koch-Instituts 2008/2009; Wenn nicht näher spezifiziert, beziehen sich alle Angaben, die mit „Telefonischer Gesundheitssurvey“ adressiert werden, auf diese Datenquelle.

Abbildung 4.3: Vergleich der subjektiven Gesundheit zwischen Schleswig-Holstein und Gesamtdeutschland



Hinsichtlich der gesundheitlichen Selbsteinschätzung existieren gemeinhin geschlechterspezifische Unterschiede: Frauen bewerten ihre Gesundheit meistens skeptischer als Männer, was auch der Telefonische Gesundheits-survey für Gesamtdeutschland abbildet.¹⁴ Dieser Unterschied zeigt sich jedoch in Schleswig-Holstein nicht, männliche und weibliche Personen antworten ähnlich auf die Frage. Allerdings ändert sich der Blick auf die eigene Gesundheit altersbedingt: Der Anteil der sehr Zufriedenen sinkt von 13 Prozent (60-64 Jahre) auf 3 Prozent (80 Jahre und älter). Der Anteil der Unzufriedenen bleibt jedoch konstant zwischen 10 und 15 Prozent. Das bedeutet, dass der eigene Gesundheitszustand mit steigendem Alter zwar zunehmend schlechter eingeschätzt wird, dies jedoch nicht in komplette Unzufriedenheit umschlägt.

Zwischen den verschiedenen Sozialstatus-Gruppen existieren keine signifikanten Unterschiede, wohl aber bei unterschiedlichen Einkommensstufen. Je höher das persönliche Nettomonatseinkommen ist, desto gesünder fühlen sich die älteren Menschen in Schleswig-Holstein. Der Anteil derjenigen, denen es gut oder sehr gut geht, steigt von rund 60 Prozent bei Einkommen bis 1.000 Euro auf 77 Prozent bei mehr als 3.000 Euro. Gleichzeitig halbiert sich der Anteil derjenigen, denen es schlecht oder sehr schlecht geht, nahezu von 13-14 Prozent auf 8 Prozent.

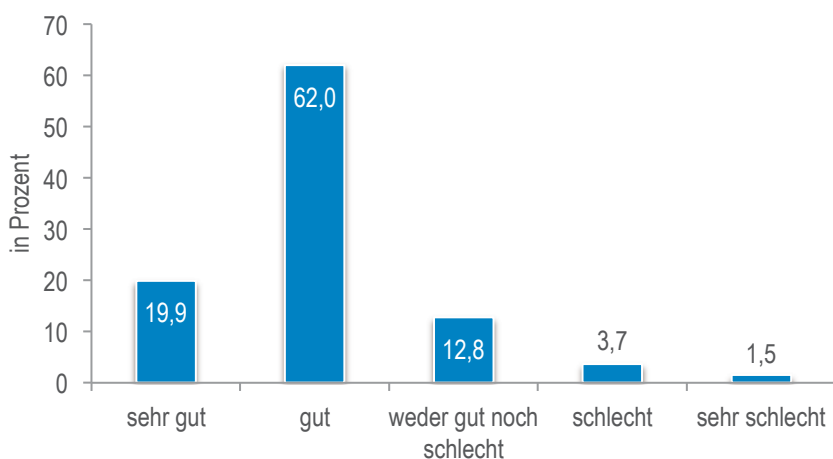
Tabelle 4.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter

		sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut
Alter	60-69 Jahre	1,3%	9,0%	23,4%	53,7%	12,6%
	70-79 Jahre	1,2%	10,8%	21,8%	56,9%	9,4%
	80 Jahre und älter	2,7%	12,6%	24,9%	56,5%	3,2%
persönliches Nettomonats- einkommen	unter 500 Euro	1,0%	11,9%	27,5%	54,5%	5,2%
	501 bis 1.000 Euro	1,1%	13,3%	26,4%	51,1%	8,1%
	1.001 bis 2.000 Euro	1,8%	10,9%	22,3%	54,2%	10,7%
	2.001 bis 3.000 Euro	0,7%	7,1%	22,1%	59,2%	10,9%
	mehr als 3.000 Euro	1,1%	7,0%	14,9%	61,0%	16,0%
Gesamt		1,6%	10,3%	23,1%	55,4%	9,6%

¹⁴ Männer ab 65 Jahren: 52 Prozent sehr gut / gut; Frauen ab 65 Jahren: 46 Prozent sehr gut / gut

Auch die Beurteilung der allgemeinen Lebensqualität fällt positiv aus. 62 Prozent der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr schätzen diese als gut ein, 20 Prozent sogar als sehr gut. Nur sechs Prozent erachten sie als schlecht oder sehr schlecht.

Abbildung 4.4: Einschätzung der eigenen Lebensqualität



Zwischen Männern und Frauen existieren auch hier keine Unterschiede, dafür aber zwischen verschiedenen sozialen Lagen. Vor allem Personen mit hohem Sozialstatus genießen laut Selbsteinschätzung auch eine höhere Lebensqualität. 31 Prozent von ihnen bewerten diese als sehr gut, das sind doppelt so viele wie bei mittlerem sowie bei niedrigem Sozialstatus.

Auch das Alter hat einen signifikanten Einfluss auf die eigene Lebensqualität. Der Anteil der sehr Zufriedenen sinkt von 24 Prozent bei den 60-69-Jährigen auf 13 Prozent bei den Ab-80-Jährigen. Dafür steigt vor allem die Prozentzahl derjenigen, die mit der mittleren Note „weder gut noch schlecht“ bewerten (9 auf 21 Prozent). Von einer schlechten oder sehr schlechten Lebensqualität sprechen jedoch selbst in der höchsten Altersgruppe nur sieben Prozent der Personen.

Tabelle 4.2: Einschätzung der eigenen Lebensqualität nach Alter und Sozialstatus

		sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut
Alter	60-69 Jahre	1,5%	3,2%	9,0%	62,7%	23,6%
	70-79 Jahre	1,7%	3,3%	13,2%	62,4%	19,5%
	80 Jahre und älter	0,9%	5,7%	20,9%	59,9%	12,5%
sozialer Status	niedriger Status	1,0%	4,9%	19,6%	61,0%	13,6%
	mittlerer Status	2,0%	4,4%	10,8%	64,0%	18,8%
	hoher Status	0,9%	0,8%	7,9%	59,4%	31,0%
Gesamt		1,5%	3,7%	12,8%	62,0%	19,9%

4.2 Bereichsübergreifende Lebensqualität

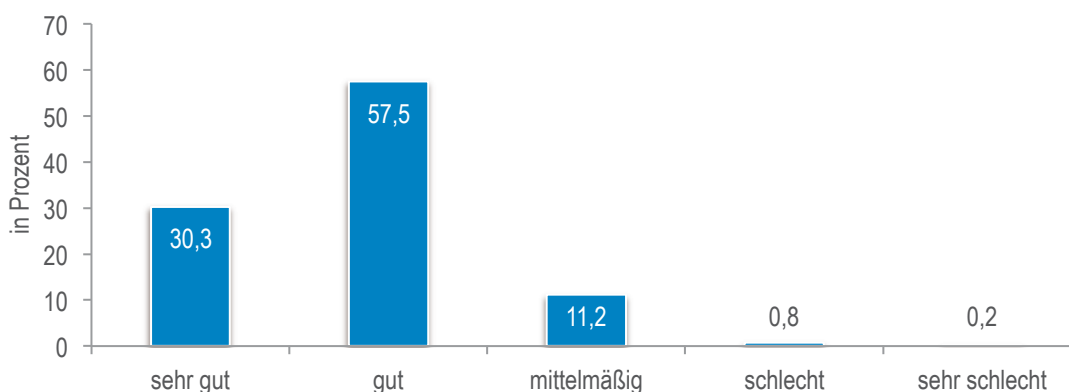
Entsprechend der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst die bereichsübergreifende Lebensqualität sowohl körperliche als auch psychische, soziale und umweltbezogene Aspekte. Zur Erfassung wird in der Gesundheitsforschung der Index EUROHIS QOL (quality of life) verwendet. Dieser besteht aus den folgenden Einzelindikatoren:

- ↪ Allgemeine Lebensqualität (siehe oben)
- ↪ Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand
- ↪ Einschätzung der Energie für das tägliche Leben
- ↪ Einschätzung, ob genügend Geld zum Leben zur Verfügung steht
- ↪ Zufriedenheit mit den eigenen Leistungen bei Alltagsverrichtungen
- ↪ Zufriedenheit mit sich selbst
- ↪ Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen
- ↪ Zufriedenheit mit den eigenen Wohnverhältnissen

Aus diesen Einzelindikatoren wird ein summarischer Index gebildet. Dieser besteht wiederum aus einer fünfstufigen Skala von sehr schlecht bis sehr gut.

Gemessen auf dieser Skala kann man sagen, dass die allermeisten Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr eine hohe Lebensqualität besitzen. Bei 58 Prozent wird sie als gut eingeschätzt, bei 30 Prozent sogar als sehr gut. Nur ein Prozent der Personen gibt eine schlechte oder sehr schlechte Lebensqualität an.

Abbildung 4.5: Bereichsübergreifende Lebensqualität



Fortschreitendes Alter geht mit einer sinkenden Lebensqualität einher. Zwischen dem 60. und 64. Lebensjahr ist sie noch bei 42 Prozent der älteren Bürgerinnen und Bürgern sehr gut, ab dem 80. Lebensjahr nur noch bei 19 Prozent. Betrachtet man jedoch die Werte „gut“ und „sehr gut“ zusammen, zeigt sich eine Stabilität: In allen Altersgruppen beträgt deren Anteil mehr als 80 Prozent.

Signifikant unterschiedliche Bewertungen lassen sich außerdem bei Personen mit unterschiedlichem Sozialstatus erkennen. Dabei steigt die Lebensqualität mit höherem Status. Dies ist besonders deutlich sichtbar am positivsten Skalenpunkt „sehr gut“: Dieser wird für Personen mit hohem Sozialstatus doppelt so häufig vergeben wie für solche mit niedrigem Status (vgl. Tabelle 4.3). Auch hier gilt jedoch wieder: Im Gegenzug verändern sich nur die Anteile für den zweit- und drittbesten Skalenpunkt merklich. Die Unterschiede in der Lebensqualität unterscheiden sich also auf einem relativ hohen Niveau.

Tabelle 4.3: Bereichsübergreifende Lebensqualität nach Alter und sozialem Status

		sehr schlecht	schlecht	weder noch	gut	sehr gut
Alter	60-69 Jahre	0,2%	0,2%	11,3%	52,7%	35,5%
	70-79 Jahre	0,0%	1,6%	9,1%	59,8%	29,5%
	80 Jahre und älter	0,4%	0,6%	15,3%	64,7%	19,0%
sozialer Status	niedriger Status	0,4%	0,8%	15,5%	61,8%	21,5%
	mittlerer Status	0,2%	0,7%	10,6%	59,2%	29,3%
	hoher Status	0,0%	0,9%	6,8%	48,4%	43,9%
Gesamt		0,2%	0,8%	11,2%	57,5%	30,3%

4.3 Gefühltes Alter

Die Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr fühlen sich im Durchschnitt 9 Jahre jünger als sie biologisch sind (Mittelwert). Die „vitalste“ Person gab ein gefühltes Alter von 20 Jahren an – bei einem wirklichen Alter von 95 Jahren. Demgegenüber fühlte sich ein 72-jähriger Befragter wie 120. Dies macht die Bandbreite der Antworten auf die Frage nach dem gefühlten Alter deutlich. Die meisten Personen gaben jedoch ein 11 Jahre jüngeres gefühltes Alter an (Modalwert), die Standardabweichung der Angaben beträgt 9,3.

Unterschiede gibt es sowohl beim Alter als auch beim Geschlecht: Personen zwischen 60 und 69 Jahren gaben ein 8 Jahre jüngeres gefühltes Alter an, Ab-80-Jährige fühlten sich im Durchschnitt 10 Jahre jünger. Auch Frauen wählten ein etwas jüngeres Alter als Männer (vgl. Tabelle 4.4).

Interessanter sind jedoch die Zusammenhänge zwischen der Lebensqualität sowie der subjektiven Gesundheit und dem gefühlten Alter. Personen mit einer sehr guten Lebensqualität fühlen sich rund 12 Jahre jünger als sie sind, solche mit einer hohen Lebensqualität 9 Jahre und bei einer mittelmäßigen Lebensqualität sind es nur noch rund 2 Jahre. Das gefühlte Alter hängt also maßgeblich davon ab, welche Möglichkeiten die äußeren und inneren Bedingungen zu einem befriedigenden Lebenswandel bieten. Noch deutlicher ist dieser Zusammenhang bei der subjektiven Gesundheit: Ist diese sehr gut, fühlen sich die Personen ganze 15 Jahre jünger – ist sie allerdings sehr schlecht, acht Jahre älter (vgl. Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4: Altersdifferenz zwischen wahrem und gefühltem Alter nach Alter, Geschlecht, Lebensqualität und subjektivem Gesundheitszustand

(Mittelwerte pro Gruppe)

		Altersdifferenz zwischen wahrem und gefühltem Alter
Alter	60-69 Jahre	-8,4
	70-79 Jahre	-9,7
	80 Jahre und älter	-10,2
Geschlecht	männlich	-8,5
	weiblich	-9,8
Lebensqualitäts-Score	sehr gut	-11,9
	gut	-9,3
	weder noch / schlecht / sehr schlecht	-2,5
subjektiver Gesundheits- zustand	sehr gut	-14,8
	gut	-10,3
	weder noch	-7,0
	schlecht	-5,6
	sehr schlecht	8,2
Gesamt		-9,24

4.4 Häufigkeit chronischer Erkrankungen

Chronische Krankheiten sind weltweit die Todesursache Nummer 1. Zwei von drei Menschen sterben aktuell an nicht übertragbaren chronischen Erkrankungen. Rund 30 Prozent aller weltweiten Sterbefälle durch nicht übertragbare chronische Krankheiten wurden durch kardiovaskuläre Erkrankungen verursacht. Dahinter folgen Krebs (13 Prozent), Atemwegserkrankungen (7 Prozent) und Diabetes (2 Prozent). Diese vier Krankheitsgruppen sind für 80 Prozent aller weltweiten Todesfälle durch nicht übertragbare chronische Krankheiten verantwortlich.¹⁵

Auch in Schleswig-Holstein sind chronische Erkrankungen vor allem bei älteren Menschen die häufigste Todesursache. So starben in den Jahren 2007 bis 2009 10 Prozent der Männer und 8 Prozent der Frauen zwischen 65 und 74 Jahren an einer Form der chronischen ischämischen Herzkrankheit – also einer Durchblutungsstörung des Herzens. Zweithäufigste Todesursachen waren bösartige Neubildungen (Tumore), vor allem in Bronchien und Lunge sowie bei Frauen in der Brustdrüse. Dazu kommt bei Männern noch der akute Myokardinfarkt (vgl. Tabelle 4.5). Ab dem 80. Lebensjahr wird die allgemeine Herzinsuffizienz zur häufigsten Todesursache, hinzu kommen allgemeine Formen der Atherosklerose.

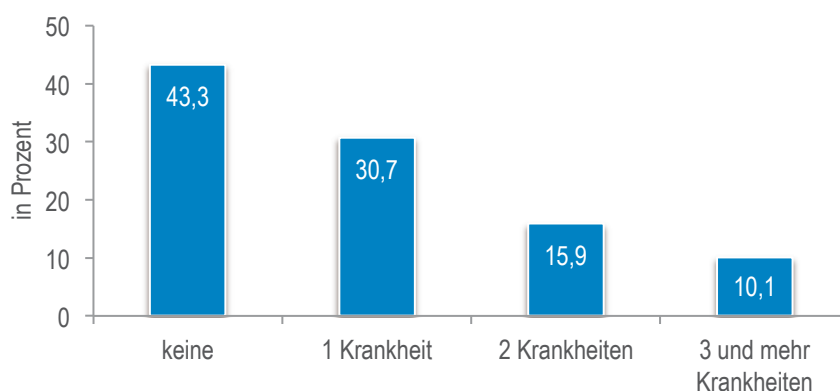
¹⁵ vgl. WHO (2011)

Tabelle 4.5: Häufigste Todesursachen in der Bevölkerung Schleswig-Holsteins nach Alter¹⁶

		männlich		weiblich	
Alter		Chronische ischämische Herzkrankheit	10,0%	Chronische ischämische Herzkrankheit	7,8%
	65 bis 79 Jahre	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	9,5%	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	6,6%
		Akuter Myokardinfarkt	4,9%	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	5,4%
80 Jahre und älter		Chronische ischämische Herzkrankheit	13,3%	Herzinsuffizienz	12,8%
		Herzinsuffizienz	9,3%	Chronische ischämische Herzkrankheit	11,7%
		Atherosklerose	7,0%	Atherosklerose	8,7%

Neben ihren signifikanten Auswirkungen auf die Lebenserwartung von Individuen verursachen chronische Krankheiten immense Kosten im Gesundheitssystem, da sie per Definition nicht oder nur schwer heilbar sind, ihre Symptome also dauerhaft durch medizinische Versorgung bekämpft werden müssen. Dabei werden die meisten chronischen Erkrankungen neben erblichen Faktoren (wie z.B. Geschlecht oder genetische Veranlagung) durch vermeidbare Ursachen in der Lebensweise (wie z.B. fehlende Bewegung, Rauchen, Fehlernährung) hervorgerufen oder begünstigt. Jedes Individuum hat es hier also bis zu einem gewissen Grad selbst in der Hand, ob und wann bei ihm chronische Erkrankungen auftreten. .

In Schleswig-Holstein leidet nach eigenen Angaben gut die Hälfte aller Personen ab dem 60. Lebensjahr unter mindestens einer chronischen Erkrankung. Dies trifft auf alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Maße zu, signifikante Unterschiede zeigen sich nicht.

Abbildung 4.6: Anzahl der chronischen Krankheiten

Im deutschlandweiten Vergleich – zu dem für die Vergleichbarkeit die Altersgruppe 60-64 Jahre wieder ausgeschlossen wurde¹⁷ – liegen die Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner damit im Durchschnitt. Der Telefonische Gesundheitssurvey ermittelt 58 Prozent chronisch Erkrankte, in dieser Befragung sind es 57 Prozent.

¹⁶ Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Todesursachenstatistik, Mittelwerte 2007-2009

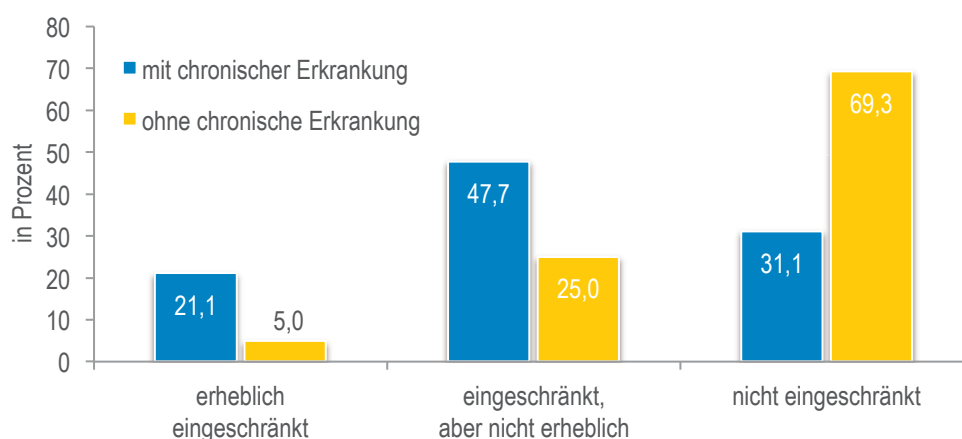
Die meisten der Erkrankten leiden „nur“ unter einer chronischen Krankheit (54 Prozent), zwei Krankheiten haben 28 Prozent und drei oder mehr Krankheiten 18 Prozent. In städtisch geprägten Gebieten besteht gegenüber dem Land ein signifikanter Trend zur Multimorbidität (vgl. Tabelle 4.6). Auch mit steigendem Alter sinkt zwar der Anteil chronisch Erkrankter – jedoch steigt die Anzahl der Erkrankungen pro Fall.

Tabelle 4.6: Anzahl chronischer Krankheiten nach Siedlungsstruktur und Alter

		eine	zwei	drei oder mehr
Alter	60-69 Jahre	59,6%	25,5%	15,0%
	70-79 Jahre	49,6%	31,1%	19,3%
	80 Jahre und älter	48,7%	29,0%	22,3%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	59,8%	25,8%	14,4%
	überwiegend städtisch	51,6%	29,1%	19,3%
Gesamt		54,1%	28,1%	17,8%

48 Prozent der chronisch Erkrankten fühlen sich durch ihre Krankheit bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten ein wenig eingeschränkt, weitere 21 Prozent erheblich. Im Vergleich mit den nicht chronisch Erkrankten wird der Einfluss der Krankheiten auf die Lebensqualität deutlich: Ohne chronische Erkrankung sehen 69 Prozent der älteren Menschen keinerlei Probleme bei der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten (vgl. Abbildung 4.7). Altersbedingte Abhängigkeiten existieren dagegen nicht. Und auch im bundesweiten Vergleich mit dem Telefonischen Gesundheitssurvey liegen die Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner im Durchschnitt (Deutschland: 52,5 Prozent (erheblich) eingeschränkt, Schleswig-Holstein: 53,9 Prozent).

Abbildung 4.7: Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten nach Leiden unter chronischen Krankheiten



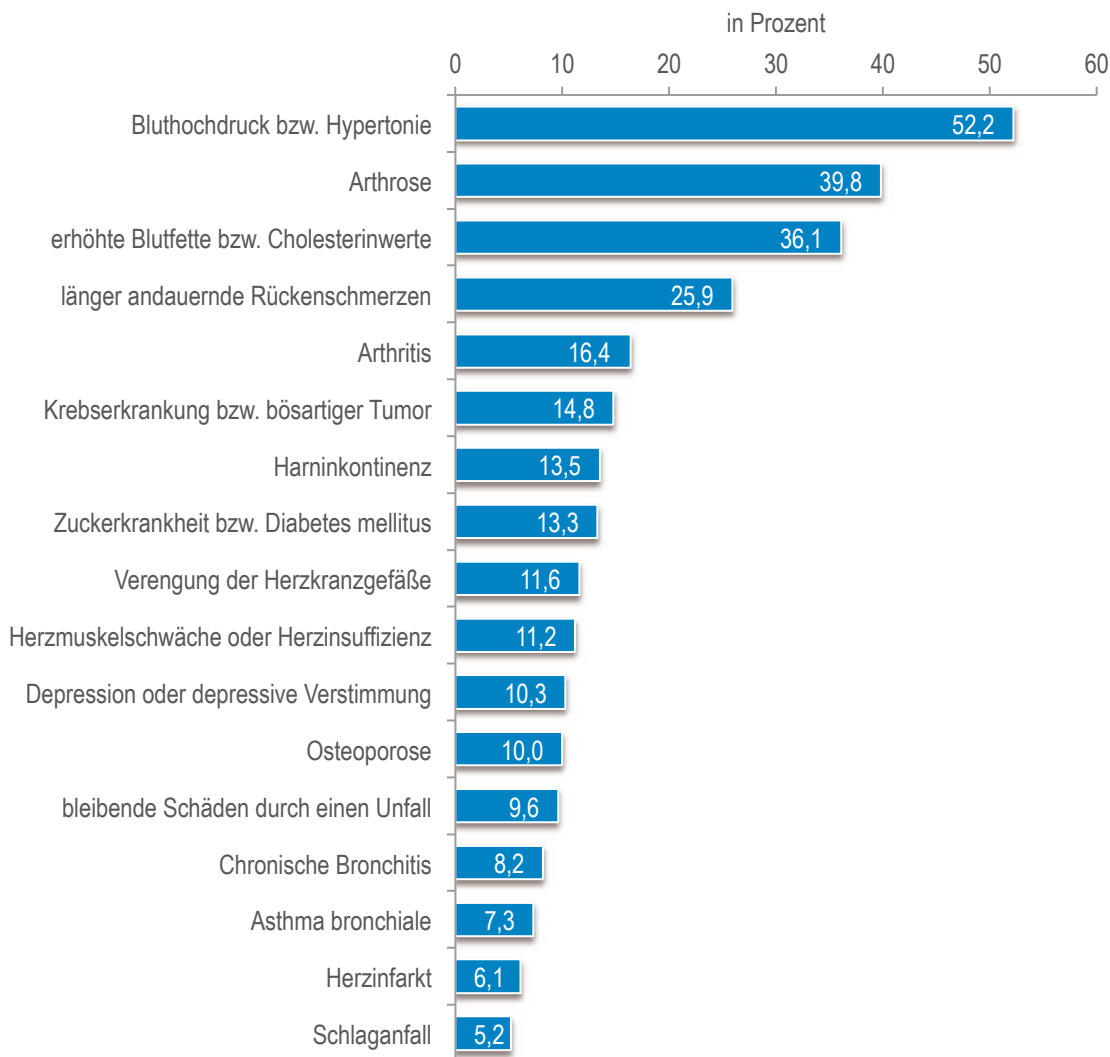
¹⁷ Da diese Einschränkung für alle Vergleiche mit dem Telefonischen Gesundheitssurvey vorgenommen werden muss, wird im weiteren Verlauf nicht mehr gesondert darauf hingewiesen.

Neben der allgemeinen Häufigkeit chronischer Krankheiten und deren Auswirkung auf das Alltagsleben wurde auch der Anteil von Personen ermittelt, die von einer konkreten Erkrankung betroffen sind. Dies erfolgte mittels einer dreistufigen Fragemethodik:

- 1) Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten?
- 2) Wurde diese Krankheit durch einen Arzt diagnostiziert? (Lebenszeitprävalenz)
- 3) Hatten Sie diese Krankheit in den letzten 12 Monaten? (12-Monats-Prävalenz)

Im Folgenden stellen wir sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monats-Prävalenz der abgefragten Krankheiten dar. Dabei beschränken wir uns auf diejenigen Fälle, in denen die Erkrankung ärztlich diagnostiziert wurde. Die Diagnosequoten bewegen sich in den meisten Fällen über 90 Prozent. Zur Einordnung der Prävalenzdaten sind sie zu Beginn der Ausführungen in Abbildung 4.8 dargestellt.

Abbildung 4.8: Lebenszeitprävalenz chronischer Krankheiten



Demnach ist Bluthochdruck bzw. Hypertonie die mit Abstand häufigste chronische Erkrankung im Alter ab 60 Jahren. Jede zweite Person ist daran erkrankt. Ebenfalls häufige chronische Krankheitsbilder sind Arthrose und erhöhte Blutfette bzw. Cholesterinwerte (40 bzw. 36 Prozent). Gut jeder Vierte leidet darüber hinaus an länger andauernden Rückenschmerzen.

Im Folgenden werden die Häufigkeiten einzelner chronischer Erkrankungen noch einmal differenziert nach unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen dargestellt. Wo vorhanden, schließen wir auch einen Vergleich mit deutschlandweiten Daten ein.

Bluthochdruck bzw. Hypertonie

52,2 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin Bluthochdruck bzw. Hypertonie diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Dabei gibt es sowohl Unterschiede zwischen Frauen und Männern als auch zwischen den Altersgruppen: 55,7 Prozent aller Männer sind von Bluthochdruck betroffen, aber nur 49,4 Prozent aller Frauen. Während der Anteil unter den 60-bis 69-jährigen 46,6 Prozent beträgt, liegt er bei den Ab-80-Jährigen bei 58,6 Prozent. Mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen keine Zusammenhänge.

Die 12-Monats-Prävalenz für Bluthochdruck bzw. Hypertonie – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 42,0 Prozent.

Tabelle 4.7: Häufigkeit von Bluthochdruck bzw. Hypertonie nach Alter und Geschlecht

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	46,6%	37,2%
	70-79 Jahre	55,7%	44,5%
	80 Jahre und älter	58,6%	48,6%
Geschlecht	männlich	55,7%	43,0%
	weiblich	49,4%	41,3%
Gesamt		52,2%	42,0%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

Arthrose

39,8 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin Arthrose diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern und den Altersgruppen. So sind 35,0 Prozent aller Männer daran erkrankt, bei den Frauen sind es sogar 43,7 Prozent. Bei den Unter-70-Jährigen beträgt der Anteil 36,0 Prozent, steigt bis zum 79. Lebensjahr auf 43,2 Prozent und sinkt danach wieder unmerklich auf 41,9 Prozent. Mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen keine Zusammenhänge.

Die 12-Monats-Prävalenz für Arthrose – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 30,5 Prozent.

Tabelle 4.8: Häufigkeit von Arthrose nach Alter und Geschlecht

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	36,0%	28,4%
	70-79 Jahre	43,2%	31,2%
	80 Jahre und älter	41,9%	33,8%
Geschlecht	männlich	35,0%	25,5%
	weiblich	43,7%	34,5%
Gesamt		39,8%	30,5%

Im Vergleich mit den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey liegt die Erkrankungsrate in Schleswig-Holstein ungefähr im gesamtdeutschen Schnitt, auch wenn sie vor allem bei den Frauen etwas nach unten abweicht. (vgl. Tabelle 4.9).

Tabelle 4.9: Häufigkeit von Arthrose im Vergleich Schleswig-Holstein zu Gesamtdeutschland

(die Angaben beziehen sich nur auf Personen ab 65 Jahren)

		Schleswig-Holstein	Gesamtdeutschland
Geschlecht	männlich	35,9%	33,7%
	weiblich	47,0%	52,0%
Gesamt		42,1%	44,3%

Erhöhte Blutfette bzw. Cholesterinwerte

36,1 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin erhöhte Blutfette bzw. Cholesterinwerte diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Anteile sind unter Frauen und Männern annähernd gleich groß, Unterschiede bestehen allerdings zwischen den Altersgruppen: Der Anteil ist in der Altersgruppe der 70-79-Jährigen mit 40,9 Prozent am höchsten. Sowohl bis zum 69. Lebensjahr als auch ab dem 80. Lebensjahr liegt er dagegen nur bei rund 33 Prozent. Mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen keine Zusammenhänge.

Die 12-Monats-Prävalenz für erhöhte Blutfette bzw. Cholesterinwerte – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 26,7 Prozent.

Tabelle 4.10: Häufigkeit von erhöhten Blutfetten bzw. Cholesterinwerten nach Alter

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	33,3%	25,9%
	70-79 Jahre	40,9%	30,0%
	80 Jahre und älter	33,4%	22,4%
Gesamt		36,1%	26,7%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

☞ Länger andauernde Rückenschmerzen

25,9 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin länger andauernde Rückenschmerzen diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Frauen leiden mit 29,5 Prozent deutlich häufiger unter der Krankheit als Männer (21,4 Prozent). Ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter besteht nicht.

Die 12-Monats-Prävalenz für länger andauernde Rückenleiden – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 19,1 Prozent.

Tabelle 4.11: Häufigkeit von länger andauernden Rückenschmerzen nach Geschlecht

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Geschlecht	männlich	21,4%	14,3%
	weiblich	29,5%	23,0%
Gesamt		25,9%	19,1%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

☞ Arthritis

16,4 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin Arthritis diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Es bestehen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen.

Die 12-Monats-Prävalenz für Arthritis – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 12,9 Prozent.

Im Vergleich mit den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey liegt die Erkrankungsrate bei Männern ab dem 65. Lebensjahr in Schleswig-Holstein deutlich höher als in Gesamtdeutschland. Frauen gleichen Alters hingegen besitzen eine leicht niedrigere Erkrankungsrate. (vgl. Tabelle 4.12).

Tabelle 4.12: Häufigkeit von Arthritis im Vergleich Schleswig-Holstein zu Gesamtdeutschland

(die Angaben beziehen sich nur auf Personen ab 65 Jahren)

		Schleswig-Holstein	Gesamtdeutschland
Geschlecht	männlich	18,2%	8,4%
	weiblich	10,9%	13,6%
Gesamt		14,3%	11,4%

☞ Krebserkrankung bzw. bösartiger Tumor

14,8 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin eine Krebserkrankung oder einen bösartigen Tumor diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Diese Prävalenz ist nicht geschlechts- aber altersabhängig: Bis zum 69. Lebensjahr wurden bei 11,3 Prozent der Personen solche Erkrankungen diagnostiziert, unter jenen ab dem 80. Lebensjahr schon bei 19,2 Prozent.

Die 12-Monats-Prävalenz für Krebserkrankungen bzw. bösartige Tumoren – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 4,4 Prozent.

Tabelle 4.13: Häufigkeit von Krebserkrankungen bzw. bösartigen Tumoren nach Alter

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	11,3%	3,3%
	70-79 Jahre	16,9%	5,4%
	80 Jahre und älter	19,2%	5,2%
Gesamt		14,8%	4,4%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten aus telefonischen Befragungen nicht möglich.

C.J Harninkontinenz

13,5 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin Harninkontinenz diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Diese Prävalenz ist nicht geschlechts- aber altersabhängig: Der Anteil steigt von 10,0 Prozent bei den Unter-70-Jährigen auf 20,7 Prozent bei den Ab-80-Jährigen. Mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen keine Zusammenhänge.

Die 12-Monats-Prävalenz für Harninkontinenz – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 9,5 Prozent.

Tabelle 4.14: Häufigkeit von Harninkontinenz nach Alter

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	10,0%	6,3%
	70-79 Jahre	13,9%	10,0%
	80 Jahre und älter	20,7%	16,0%
Gesamt		13,5%	9,5%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

C.J Diabetes mellitus

13,4 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin Diabetes mellitus diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist sowohl geschlechts- als auch altersabhängig: Für Frauen liegt sie bei 9,7 Prozent, für Männer bei 17,7 Prozent. Auch bei Diabetes mellitus ist der Anteil in der Altersgruppe der 70-79-Jährigen mit 17,0 Prozent am höchsten. Bis zum 69. Lebensjahr liegt er bei 9,9 Prozent, ab dem 80. Lebensjahr bei 14,3 Prozent. Mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen keine Zusammenhänge.

Die 12-Monats-Prävalenz für Diabetes mellitus – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 11,6 Prozent.

Tabelle 4.15: Häufigkeit von Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	9,9%	9,0%
	70-79 Jahre	17,0%	14,8%
	80 Jahre und älter	14,3%	11,6%
Geschlecht	männlich	17,7%	14,7%
	weiblich	9,7%	9,0%
Gesamt		13,4%	11,6%

Im Vergleich mit den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey liegt die Erkrankungsrate in Schleswig-Holstein beim weiblichen Geschlecht erstaunlich niedrig. Sie ist nur halb so hoch wie in Gesamtdeutschland (vgl. Tabelle 4.16). Bei den Männern weicht der Wert nur leicht nach unten ab. Möglicherweise lässt sich der Unterschied zwischen Frauen und Männern in Schleswig-Holstein mit dem deutlich geringeren Anteil übergewichtiger Personen in der weiblichen Bevölkerung erklären, siehe Abschnitt 4.8 Unter- und Übergewicht.

Tabelle 4.16: Häufigkeit von Diabetes mellitus im Vergleich Schleswig-Holstein zu Gesamtdeutschland

(die Angaben beziehen sich nur auf Personen ab 65 Jahren)

		Schleswig-Holstein	Gesamtdeutschland
Geschlecht	männlich	18,2%	20,7%
	weiblich	10,9%	20,1%
Gesamt		14,3%	20,3%

CI Verengung der Herzkranzgefäße

11,6 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin eine Verengung der Herzkranzgefäße diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist sowohl geschlechts- als auch altersabhängig: 17,0 Prozent aller Männer und nur 7,1 Prozent aller Frauen leiden unter ihr. Und während die Krankheit bei nur 6,9 Prozent der bis 69-Jährigen ärztlich diagnostiziert wurde, sind es bei den Ab-80-Jährigen 16,6 Prozent. Mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen keine Zusammenhänge.

Die 12-Monats-Prävalenz für eine Verengung der Herzkranzgefäße – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 6,2 Prozent.

Tabelle 4.17: Häufigkeit von Verengungen der Herzkranzgefäße nach Alter und Geschlecht

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	6,9%	4,3%
	70-79 Jahre	15,6%	7,8%
	80 Jahre und älter	16,6%	7,3%
Geschlecht	männlich	17,0%	8,0%
	weiblich	7,1%	4,6%
Gesamt		11,6%	6,2%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

☞ Herzmuskelschwäche oder Herzinsuffizienz

11,2 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin eine Herzmuskelschwäche oder Herzinsuffizienz diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist nicht geschlechts- allerdings deutlich altersabhängig: Während nur 6,0 Prozent der bis 69-Jährigen unter einer solchen Herzmuskelschwäche oder Herzinsuffizienz leiden, sind es bei den Ab-80-Jährigen 22,7 Prozent. Mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen keine Zusammenhänge.

Die 12-Monats-Prävalenz für Herzmuskelschwäche oder Herzinsuffizienz – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 7,2 Prozent.

Tabelle 4.18: Häufigkeit von Herzmuskelschwäche oder Herzinsuffizienz nach Alter

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	6,0%	3,7%
	70-79 Jahre	11,3%	6,7%
	80 Jahre und älter	22,7%	16,1%
Gesamt		11,2%	7,2%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

☞ Depression oder depressive Verstimmung

10,3 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin eine Depression oder depressive Verstimmung diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist geschlechts- aber nicht altersabhängig. So sind 6,4 Prozent aller Männer daran erkrankt, bei den Frauen sind es sogar 13,5 Prozent. Auch mit dem Sozialstatus besteht ein signifikanter Zusammenhang. Personen mit niedrigem Sozialstatus leiden deutlich häufiger unter Depressionen oder depressiven Verstimmungen als solche mit hohem Status (13,9 vs. 8,9 Prozent).

Die 12-Monats-Prävalenz für Depressionen oder depressive Verstimmungen – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 5,1 Prozent.

Tabelle 4.19: Häufigkeit von Depressionen oder depressiven Verstimmungen nach Geschlecht und sozialem Status

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Geschlecht	männlich	6,4%	3,6%
	weiblich	13,5%	6,3%
sozialer Status	niedriger Status	13,9%	5,4%
	mittlerer Status	8,7%	5,7%
	hoher Status	8,9%	3,5%
Gesamt		10,3%	5,1%

Im Vergleich mit den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey liegt die Erkrankungsrate in Schleswig-Holstein vor allem bei Frauen etwas niedriger als die in Gesamtdeutschland. Es konnte jedoch nur die 12-Monats-Prävalenz verglichen werden (vgl. Tabelle 4.20).

Tabelle 4.20: Häufigkeit von Depressionen oder depressiven Verstimmungen im Vergleich Schleswig-Holstein zu Gesamtdeutschland

(die Angaben beziehen sich nur auf Personen ab 65 Jahren)

		Schleswig-Holstein	Gesamtdeutschland
Geschlecht	männlich	2,7%	3,3%
	weiblich	5,6%	7,3%
Gesamt		4,3%	5,6%

📌 Osteoporose

10,0 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin eine Osteoporose diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist deutlich geschlechts- und altersabhängig. So sind nur 4,0 Prozent aller Männer daran erkrankt, aber 14,9 Prozent der Frauen. Bei den Unter-70-Jährigen beträgt die Prävalenz 5,7 Prozent und steigt danach auf rund 13 Prozent. Auch mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen signifikante Zusammenhänge. So sind in städtischen Regionen mit 11,4 Prozent deutlich mehr Bewohnerinnen und Bewohner daran erkrankt als in ländlichen (7,1 Prozent). Außerdem steigt die Prävalenz mit sinkendem Sozialstatus: Unter Personen mit hohem Sozialstatus sind nur 6,2 Prozent erkrankt, unter jenen mit niedrigem Status dagegen 12,2 Prozent.

Die 12-Monats-Prävalenz für Osteoporose – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 7,9 Prozent.

Tabelle 4.21: Häufigkeit von Osteoporose nach Alter, Geschlecht, Siedlungsstruktur und sozialem Status

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	5,7%	4,7%
	70-79 Jahre	13,7%	10,2%
	80 Jahre und älter	13,2%	10,9%
Geschlecht	männlich	4,0%	2,7%
	weiblich	14,9%	12,1%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	7,1%	5,7%
	überwiegend städtisch	11,4%	8,9%
sozialer Status	niedriger Status	12,2%	9,3%
	mittlerer Status	10,4%	8,3%
	hoher Status	6,2%	5,1%
Gesamt		10,0%	7,9%

Im Vergleich mit den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey liegt die Erkrankungsrate bei Frauen in Schleswig-Holstein deutlich niedriger als die in Gesamtdeutschland. (vgl. Tabelle 4.22).

Tabelle 4.22: Häufigkeit von Osteoporose im Vergleich Schleswig-Holstein zu Gesamtdeutschland

(die Angaben beziehen sich nur auf Personen ab 65 Jahren)

		Schleswig-Holstein	Gesamtdeutschland
Geschlecht	männlich	4,6%	5,7%
	weiblich	16,6%	24,5%
Gesamt		11,2%	16,6%

☞ Bleibende Schäden durch einen Unfall

9,6 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin bleibende Schäden durch einen Unfall diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Es bestehen keine signifikanten Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen.

Die 12-Monats-Prävalenz für bleibende Schäden durch einen Unfall – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 4,5 Prozent.

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

☞ Chronische Bronchitis

8,2 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin eine chronische Bronchitis diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist nicht signifikant alters- oder geschlechtsabhängig.

Die 12-Monats-Prävalenz für chronische Bronchitis – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 5,5 Prozent.

Im Vergleich mit den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey liegt die Erkrankungsrate in Schleswig-Holstein – vor allem beim männlichen Geschlecht – niedriger als in Gesamtdeutschland. (vgl. Tabelle 4.23).

Tabelle 4.23: Häufigkeit von Chronischer Bronchitis im Vergleich Schleswig-Holstein zu Gesamtdeutschland

(die Angaben beziehen sich nur auf Personen ab 65 Jahren)

		Schleswig-Holstein	Gesamtdeutschland
Geschlecht	männlich	6,3%	11,9%
	weiblich	9,9%	12,2%
Gesamt		8,3%	12,0%

☞ Asthma bronchiale

7,3 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin Asthma bronchiale diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist nicht signifikant alters- oder geschlechtsabhängig.

Die 12-Monats-Prävalenz für Asthma bronchiale – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 4,6 Prozent.

Im Vergleich mit den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey zeigt sich eine leicht geringere Prävalenz von Asthma bronchiale als in der gesamtdeutschen Bevölkerung gleichen Alters (vgl. Tabelle 4.24).

Tabelle 4.24: Häufigkeit von Asthma bronchiale im Vergleich Schleswig-Holstein zu Gesamtdeutschland

(die Angaben beziehen sich nur auf Personen ab 65 Jahren)

		Schleswig-Holstein	Gesamtdeutschland
Geschlecht	männlich	6,3%	9,8%
	weiblich	7,6%	10,9%
Gesamt		7,3%	10,4%

☞ Herzinfarkt

6,1 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin einen Herzinfarkt diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist deutlich geschlechtsabhängig: 9,7 Prozent aller Männer geben an, bereits einen Herzinfarkt gehabt zu haben, dagegen nur 3,1 Prozent der Frauen.

Die 12-Monats-Prävalenz für Herzinfarkt – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 0,4 Prozent.

Tabelle 4.25: Häufigkeit von Herzinfarkt nach Geschlecht

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Geschlecht	männlich	9,7%	0,6%
	weiblich	3,1%	0,2%
Gesamt		6,1%	0,4%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

4.3 Schlaganfall

5,2 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein geben an, dass bei ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin einen Schlaganfall diagnostiziert hat (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz ist nicht geschlechts- aber altersabhängig: Die ärztliche Indizierung steigt von nur 2,6 Prozent bei den Unter-70-Jährigen auf 11,3 Prozent bei den Ab-80-Jährigen. Mit anderen soziodemographischen Merkmalen bestehen keine Zusammenhänge.

Die 12-Monats-Prävalenz für einen Schlaganfall – also der Anteil der Personen mit einer solchen ärztlichen Diagnose innerhalb der vergangenen 12 Monate – beträgt 1,0 Prozent.

Tabelle 4.26: Häufigkeit von Schlaganfall nach Alter

		Lebenszeitprävalenz	darunter 12-Monats-Prävalenz
Alter	60-69 Jahre	2,6%	0,7%
	70-79 Jahre	4,9%	0,5%
	80 Jahre und älter	11,3%	2,4%
Gesamt		5,2%	1,0%

Ein Vergleich mit Gesamtdeutschland ist aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht möglich.

4.5 Sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen

Neben chronischen Erkrankungen treten mit zunehmendem Alter weitere zum Teil unspezifische Beschwerden auf, welche die Lebensqualität einschränken können. Deshalb haben wir gefragt, ob die Befragten unter Schmerzen leiden, die nie ganz verschwinden. Ein Drittel der Personen bejaht diese Frage. Besonders häufig befinden sich die Leidenden (oder zumindest diejenigen, die uns davon berichten) unter den Frauen. Hier geben 39 Prozent nie verschwindende Schmerzen an, bei den Männern sind es nur 25 Prozent. Auch zeigen sich Zusammenhänge mit dem Sozialstatus: In der Gruppe „niedriger Sozialstatus“ beträgt der Anteil ständig unter Schmerzen Leidender 38 Prozent, bei Menschen mit hohem Status nur 28 Prozent. Einen altersabhängigen Zusammenhang gibt es nicht.

Tabelle 4.27: Dauerhafte Schmerzen nach Geschlecht und Sozialstatus

		dauerhafte Schmerzen	keine dauerhaften Schmerzen
Geschlecht	männlich	24,5%	75,5%
	weiblich	39,1%	60,9%
sozialer Status	niedriger Status	37,8%	62,2%
	mittlerer Status	31,4%	68,6%
	hoher Status	27,9%	72,1%
Gesamt		32,6%	67,4%

Auch depressive Verstimmungen oder lange Phasen der Niedergeschlagenheit beeinflussen die Lebensqualität negativ. Neun Prozent aller Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr waren während des letzten Monats vor der Befragung mindestens einmal so deprimiert, dass sie nichts mehr aufheitern konnte. Auch hiervon waren signifikant häufiger Frauen betroffen: 10 Prozent von ihnen litten unter solchen Seelenzuständen, hingegen nur 7 Prozent der Männer. Noch deutlicher und nur knapp nicht signifikant sind die Unterschiede nach Sozialstatus. Nur 5 Prozent der Personen mit hohem Status klagten über depressive Verstimmungen, bei denjenigen mit niedrigem Status waren es 11 Prozent. Ein Zusammenhang mit dem Alter besteht auch hier nicht.

Tabelle 4.28: Depressive Verstimmungen nach Geschlecht

		depressive Verstimmung im letzten Monat	keine depressive Verstimmung im letzten Monat
Geschlecht	männlich	6,7%	93,3%
	weiblich	10,0%	90,0%
Gesamt		8,5%	91,5%

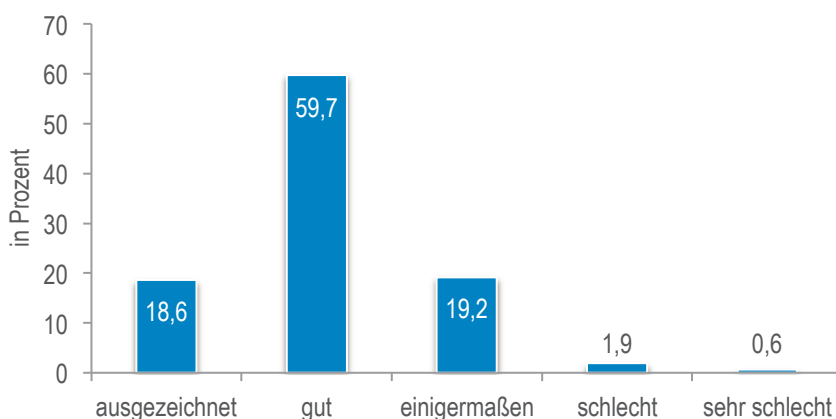
4.6 Medizinische Hilfsmittel

Mit zunehmendem Alter müssen verschiedene Sinnes- und Körperfunktionen durch medizinische Hilfsmittel ersetzt oder unterstützt werden, um ein selbstbestimmtes und angenehmes Leben zu ermöglichen. Für die wichtigsten haben wir in der Befragung Nutzungsquoten ermittelt.

Brille oder Kontaktlinsen

Eine Brille oder Kontaktlinsen nutzen 94 Prozent aller älteren Menschen. Aufgrund der hohen Nutzungsquote sind auch keine Differenzierungen nach soziodemographischen Merkmalen erkennbar. Ihre Sehfähigkeit (ggf. mit Hilfsmitteln) beurteilen die meisten als gut (60 Prozent), 19 Prozent sogar als ausgezeichnet. Nur knappe drei Prozent können eigenen Angaben zufolge schlecht oder sehr schlecht sehen.

Abbildung 4.9: Sehvermögen



Das Sehvermögen hängt signifikant vom Alter ab: Gut oder ausgezeichnet können bis zum 69. Lebensjahr noch 83 Prozent der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner sehen, ab dem 80. Lebensjahr nur noch 72 Prozent. Der Anteil der Einschätzung „schlecht“ oder „sehr schlecht“ steigt von 1 auf 5 Prozent. Auch im hohen Alter ist die Sehfähigkeit jedoch aus Sicht der meisten Personen mehr als zufriedenstellend.

Etwas schlechter beurteilen übrigens auch Frauen ihre Sehfähigkeit. Unter ihnen geben nur 76 Prozent an, gut oder ausgezeichnet zu sehen, bei den Männern sagen dies 81 Prozent.

Tabelle 4.29: Sehfähigkeit nach Alter und Geschlecht

		ausgezeichnet	gut	einigermaßen	schlecht	sehr schlecht
Alter	60-69 Jahre	21,8%	61,2%	15,8%	1,3%	0,0%
	70-79 Jahre	17,8%	58,1%	21,2%	1,8%	1,0%
	80 Jahre und älter	12,8%	59,0%	23,3%	3,5%	1,4%
Geschlecht	männlich	20,5%	60,6%	18,0%	0,4%	0,5%
	weiblich	17,1%	58,9%	20,1%	3,1%	0,8%
Gesamt		18,6%	59,7%	19,2%	1,9%	0,6%

Hörgerät

Ein Hörgerät besitzen nur 15 Prozent aller älteren Menschen in Schleswig-Holstein. Beim weiblichen Geschlecht ist der Anteil mit 17 Prozent etwas höher als beim männlichen mit 13 Prozent. Die Nutzung eines Hörgeräts ist außerdem bei Personen mit hohem Sozialstatus signifikant verbreiteter als bei solchen mit mittlerem oder niedrigem Status (20 Prozent vs. 12 und 15 Prozent). Der größte Zusammenhang besteht mit dem Alter: Bis zum 69. Lebensjahr nutzen nur 8 Prozent der Personen ein Hörgerät, zwischen 70 und 79 Jahren steigt der Anteil auf 13 Prozent. Der Sprung folgt jedoch danach: In der Gruppe der Ab-80-Jährigen beträgt die Verbreitungsquote von Hörgeräten 34 Prozent.

Tabelle 4.30: Besitz eines Hörgerätes nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

		Hörgerät	kein Hörgerät
Alter	60-69 Jahre	7,5%	92,5%
	70-79 Jahre	12,6%	87,4%
	80 Jahre und älter	34,0%	66,0%
Geschlecht	männlich	16,9%	83,1%
	weiblich	12,5%	87,5%
sozialer Status	niedriger Status	15,3%	84,7%
	mittlerer Status	11,5%	88,5%
	hoher Status	19,5%	80,5%
Gesamt		14,5%	85,5%

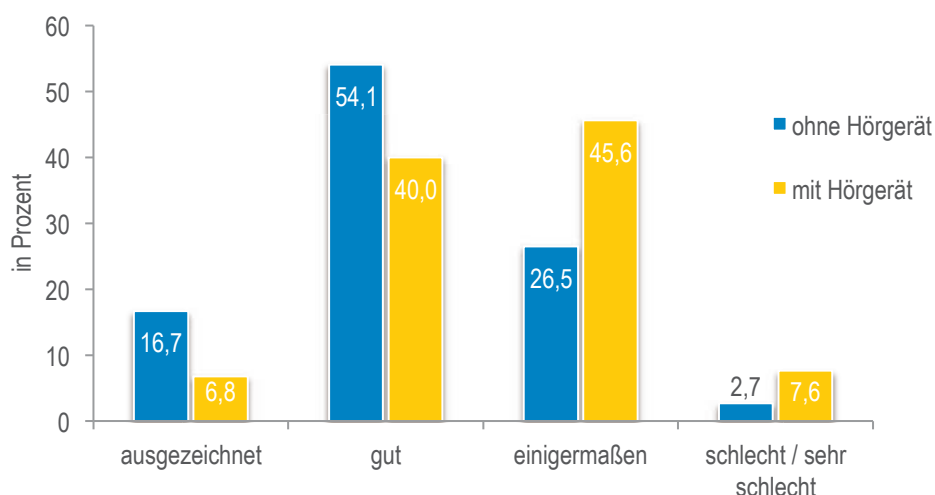
Auch das eigene Hörvermögen wird von den meisten älteren Menschen mit gut (52 Prozent) oder einigermaßen (29 Prozent) bewertet. 15 Prozent können eigenen Angaben zufolge noch ausgezeichnet hören, nur 3 Prozent hingegen schlecht oder sehr schlecht. Männer schätzen ihr Hörvermögen schlechter ein als Frauen (62 Prozent vs. 71 Prozent gut oder ausgezeichnet). Mit dem Alter sinkt das Hörvermögen der Personen, von 70 Prozent gut oder ausgezeichnet im Alter 60 bis 69 Jahre auf 60 Prozent ab dem 80. Lebensjahr.

Tabelle 4.31: Hörvermögen nach Alter und Geschlecht

		ausgezeichnet	gut	einigermaßen	schlecht	sehr schlecht
Alter	60-69 Jahre	19,9%	50,5%	27,1%	2,6%	0,0%
	70-79 Jahre	14,4%	53,3%	29,8%	2,2%	0,3%
	80 Jahre und älter	6,3%	53,5%	33,2%	7,0%	0,0%
Geschlecht	männlich	10,3%	52,1%	34,3%	3,1%	0,1%
	weiblich	19,4%	52,0%	25,1%	3,4%	0,1%
Gesamt		15,3%	52,1%	29,2%	3,3%	0,1%

Obwohl die Frage nach dem Hörvermögen ausdrücklich unter Berücksichtigung eines ggf. vorhandenen Hörgerätes beantwortet werden sollte, beurteilen Personen mit einem solchen Gerät ihr Hörvermögen signifikant schlechter als solche ohne Hilfsmittel. Nur 47 Prozent von ihnen meinen, gut oder ausgezeichnet hören zu können, eine gleich große Gruppe sagt „einigermaßen“. Die Nutzung eines Hörgerätes kann bei ihnen also entweder objektiv oder auch nur subjektiv nicht vollständig zur Wiederherstellung des gewohnten Hörvermögens beitragen.

Abbildung 4.10: Hörvermögen nach Besitz eines Hörgerätes



Künstliche Gelenke

Ein künstliches Hüftgelenk besitzen sieben Prozent aller älteren Menschen in Schleswig-Holstein, wobei der Anteil mit steigendem Alter signifikant zunimmt. Bis zum 69. Lebensjahr sind es nur 2 Prozent, ab dem 80. Lebensjahr dagegen 14 Prozent.

Tabelle 4.32: Besitz eines künstlichen Hüftgelenkes nach Alter

		künstliches Hüftgelenk	kein künstliches Hüftgelenk
Alter	60-69 Jahre	2,3%	97,7%
	70-79 Jahre	8,0%	92,0%
	80 Jahre und älter	14,3%	85,7%
Gesamt		6,7%	93,3%

Ein künstliches Kniegelenk tragen fünf Prozent aller Personen ab dem 60. Lebensjahr, hier bestehen keine altersbedingten Unterschiede. Allerdings ist der Zusammenhang mit dem Sozialstatus ausgeprägter und damit signifikant: Während 9 Prozent der Personen mit niedrigem Status ein solches Kniegelenk besitzen, sind es bei denjenigen mit hohem Status nur 2 Prozent. Hier wird offenbar die Beanspruchung der Gelenke durch körperlich stärker belastende Arbeit deutlich.

Tabelle 4.33: Besitz eines künstlichen Kniegelenkes nach sozialem Status

		künstliches Kniegelenk	kein künstliches Kniegelenk
sozialer Status	niedriger Status	7,8%	92,2%
	mittlerer Status	4,9%	95,1%
	hoher Status	1,9%	98,1%
Gesamt		5,1%	94,9%

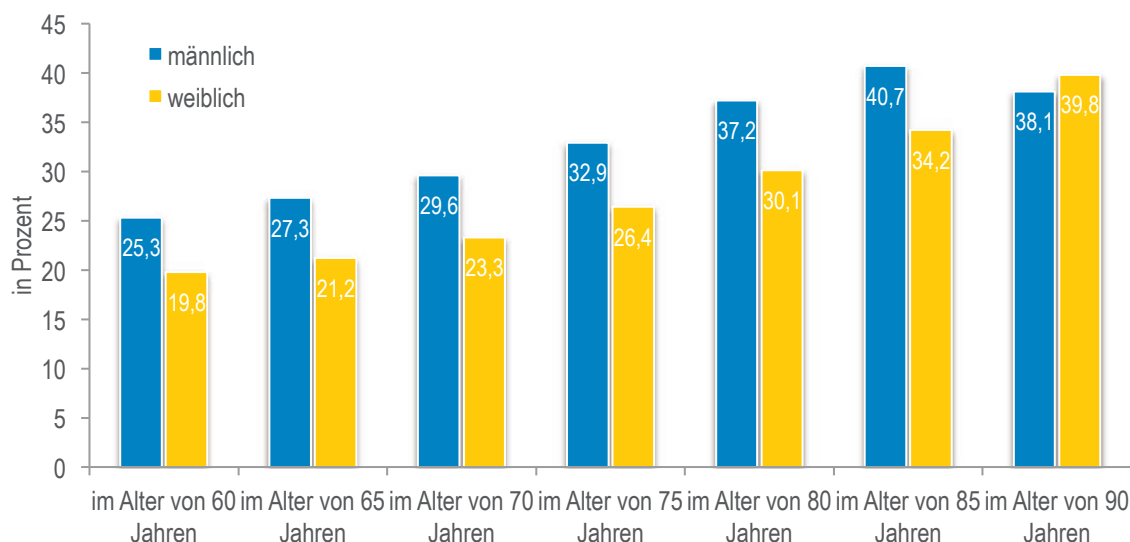
4.7 Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit

Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit können nicht nur die Lebenszufriedenheit massiv beeinträchtigen, sondern verursachen auch hohe Kosten für die Sozialversicherungen. Mit zunehmendem Alter steigt - statistisch gesehen - der Anteil an der restlichen Lebenszeit, den man mit einer Behinderung lebt. Das bedeutet: Gerade im Alter muss jeder Mensch mit einer Form der körperlichen und/oder geistigen Behinderung rechnen.

Nach Berechnungen des Statistikamtes Nord beträgt die Lebenserwartung eines 60-jährigen Mannes aus Schleswig-Holstein rund 81 Jahre (siehe auch Abbildung 4.1). Von den 21 Jahren der Restlebenszeit verbringt er durchschnittlich 5,3 Jahre, also rund 25 Prozent, mit einer Behinderung.

Eine gleichaltrige Frau aus Schleswig-Holstein ist statistisch gesehen das letzte Fünftel ihrer noch zu erwartenden Lebensjahre in der einen oder anderen Form behindert. Der Anteil der Jahre mit Behinderung ist bei den Männern bis ins hohe Alter höher als bei den Frauen (vgl. Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11: Statistischer Anteil der Jahre mit einer Behinderung an der restlichen Lebenserwartung



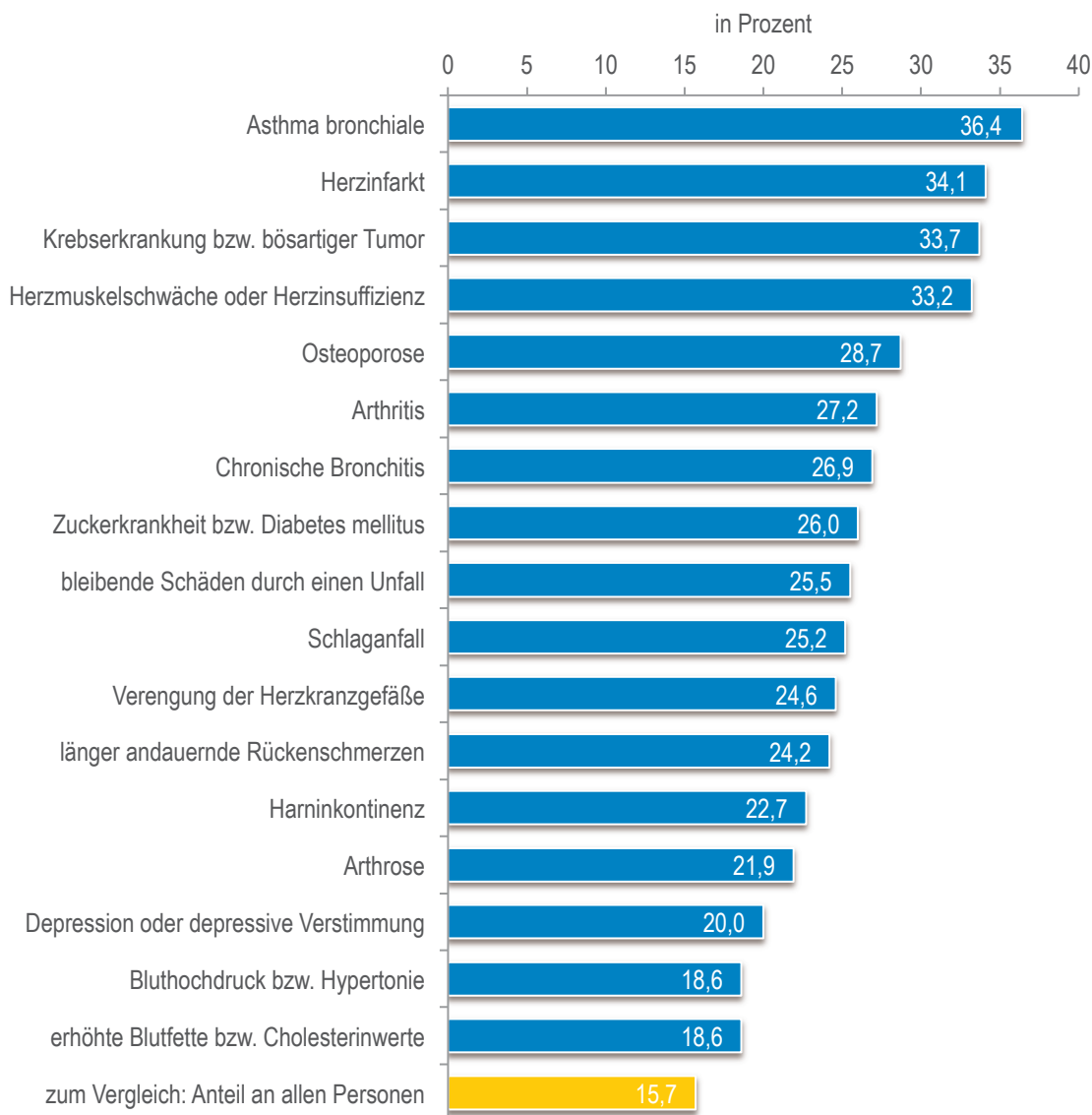
Durch unsere Befragung ermittelten wir für Schleswig-Holstein einen Anteil von 16 Prozent älterer Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Gut die Hälfte von ihnen besitzt den Grad der Behinderung 50 oder 60. Zu ungefähr gleichen Teilen entfällt die andere Hälfte auf die Grade der Behinderung 70 bis 100. Der Anteil der Schwerbehinderung steigt mit zunehmendem Alter: Bis zum 69. Lebensjahr gelten 12 Prozent der Personen als schwerbehindert, unter den Ab-80-Jährigen 26 Prozent.

Tabelle 4.34: Schwerbehinderung und Grad nach Alter

Alter		Schwer-behinde- rung	davon	
			Grade 50 und 60	Grade 70 bis 100
Alter	60-69 Jahre	12,0%	63,5%	36,5
	70-79 Jahre	14,9%	54,8%	45,2
	80 Jahre und älter	25,6%	36,4%	63,6
Gesamt		15,7%	52,2%	47,8%

Nahezu alle chronischen Krankheiten sind in der Gruppe der Schwerbehinderten signifikant häufiger vertreten als bei Personen ohne Schwerbehinderung. Abbildung 4.12 zeigt die Anteile der Schwerbehinderten unter den Personen, die von den abgefragten chronischen Krankheiten betroffen sind. Bei Personen, die unter Asthma bronchiale leiden, ist der Anteil demnach mit 36 Prozent am höchsten, ähnlich hoch bei Herzinfarkt, Krebserkrankungen und Herzinsuffizienz. Bei der am weitesten verbreiteten chronischen Krankheit, dem Bluthochdruck, wurde nur 19 Prozent der Erkrankten eine Schwerbehinderung attestiert. Allerdings muss beachtet werden, dass Hypertonie eine Reihe der hier aufgeführten Erkrankungen zur Folge haben kann und deshalb nicht unwesentlich an auftretenden schweren Behinderungen beteiligt ist.

Abbildung 4.12: Anteil der Schwerbehinderten an den Personen mit einer chronischen Erkrankung



Nach Angaben des Statistikamtes Nord sind 8,6% der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab 60 Jahren pflegebedürftig, was in etwa mit der vom Statistischen Bundesamt für Deutschland erhobenen Quote übereinstimmt.¹⁸

Da bei den telefonischen Interviews schwerkranke und/oder bettlägerige Ältere – wie in allen ähnlichen Untersuchungen – nicht angemessen berücksichtigt werden konnten, hat die Befragung lediglich einen Anteil von knapp drei Prozent pflegebedürftiger älterer Menschen in Schleswig-Holstein ergeben. Zwei Drittel von ihnen besitzen die Pflegestufe 1, rund 22 Prozent die Pflegestufe 2 und rund 11 Prozent die Pflegestufe 3 (alle davon ohne Härtefallregelung). Personen ab dem 80. Lebensjahr besitzen mit 10 Prozent signifikant häufiger eine Pflegestufe als alle jüngeren.

¹⁸ vgl. Statistisches Bundesamt (2009)

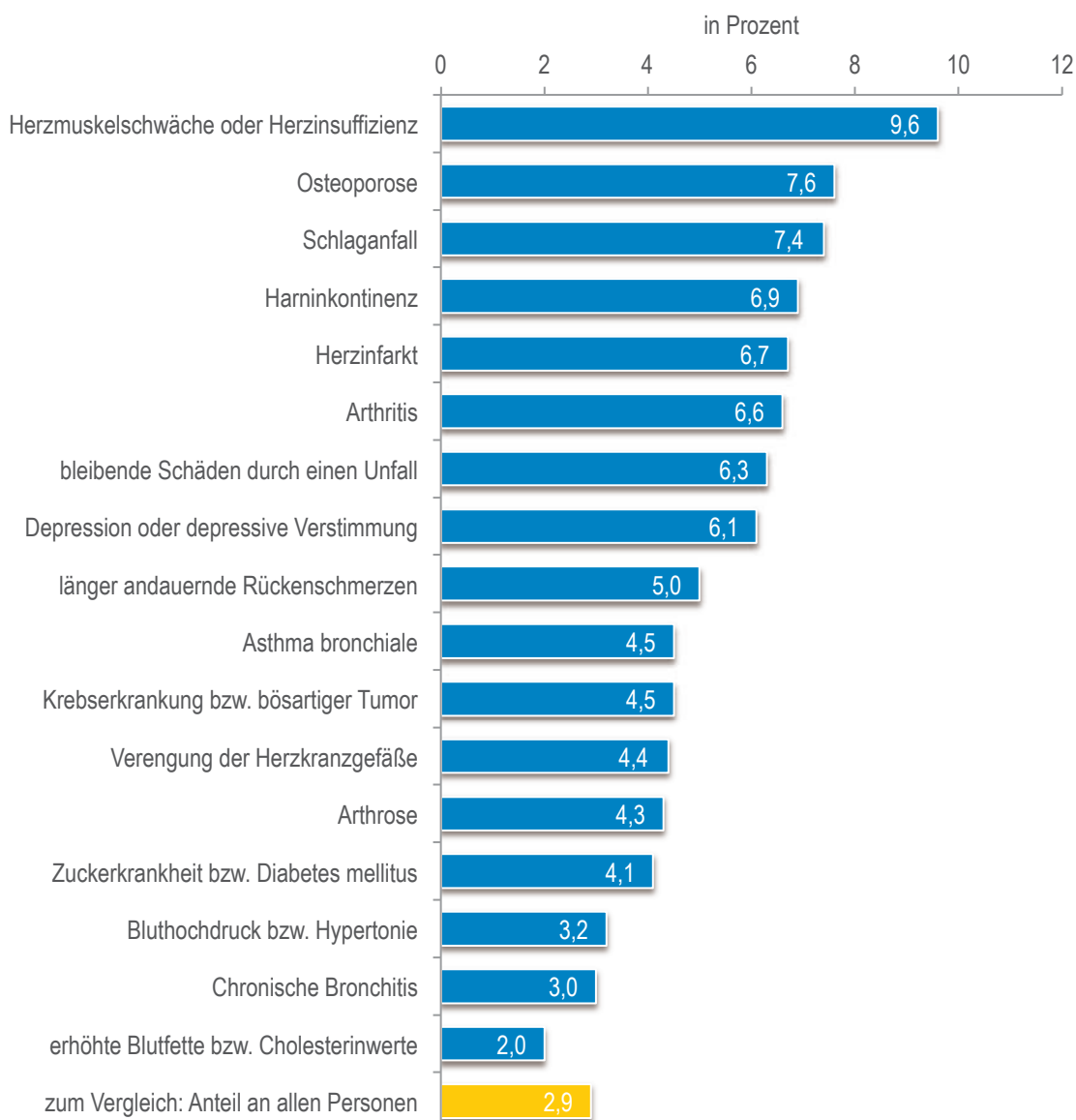
Tabelle 4.35: Einstufung in eine Pflegestufe der Pflegeversicherung nach Alter und Vorhandensein einer Schwerbehinderung

		Einstufung in eine Pflegestufe
Alter	60-69 Jahre	1,2%
	70-79 Jahre	1,3%
	80 Jahre und älter	10,0%
Schwer-behinde- rung	vorhanden	14,3%
	nicht vorhanden	0,7%
Gesamt		2,9%

Darüber hinaus besteht ein enger Zusammenhang zur Schwerbehinderung: 79 Prozent der Personen mit einer Pflegestufe besitzen auch eine anerkannte Schwerbehinderung.

Die Abbildung 4.13 zeigt, wie hoch die Anteile von Personen mit einer Pflegestufe unter denjenigen mit einer chronischen Krankheit sind. Besonders hoch ist der Anteil pflegebedürftiger Personen unter den Menschen mit einer Herzinsuffizienz. Generell sind jedoch bei fast allen chronischen Erkrankungen die Anteile der Personen mit Pflegestufe höher als in der Gesamtheit der älteren Menschen (dort 2,9 Prozent), bei der Hälfte aller abgefragten Krankheiten sind sie mindestens doppelt so hoch.

Abbildung 4.13: Anteil der Personen mit einer Pflegestufe unter denjenigen mit einer chronischen Erkrankung



4.8 Über- und Untergewicht

Übergewicht und Adipositas sind wichtige Risikofaktoren für zahlreiche Herz-Kreislauferkrankungen sowie für Diabetes mellitus.¹⁹

Untergewicht ist in Deutschland vor allem eine Folge von Magersucht, chronischen Stoffwechselerkrankungen oder einer Schilddrüsenüberfunktion. Es kann – muss aber nicht – zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Dazu gehören vor allem eine Unterversorgung mit Vitaminen und Spurenelementen, ein erhöhtes Osteoporose-Risiko sowie eine Beeinträchtigung des Immunsystems.

¹⁹ vgl. Deutsche Adipositas Gesellschaft auf <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=254> (am 23.12.2011)

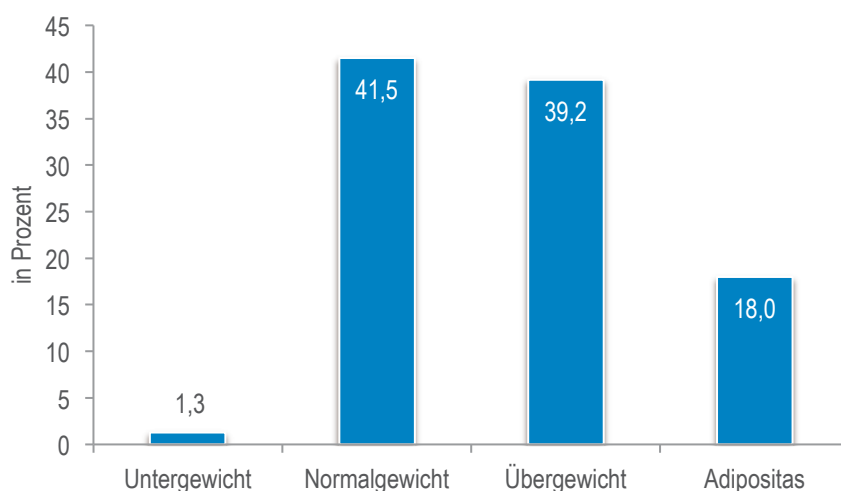
Einen ersten Anhaltspunkt dafür, ob eine Person unter-, normal- oder übergewichtig ist, stellt der „Body-Mass-Index (BMI)“ dar. Er misst die Verteilung des Körpergewichts auf den Körperumfang und berechnet sich aus dem Verhältnis des Körpergewichts (in kg) zum Quadrat der Größe einer Person (in m). Die WHO klassifiziert die Verhältniswerte wie in Tabelle 4.36 dargestellt.²⁰

Tabelle 4.36: Klassifikation des BMI nach WHO

	BMI
Untergewicht	<18,50
Normalgewicht	18,50 – 24,99
Übergewicht	25,00 – 29,99
Adipositas	≥ 30,00

Wie Abbildung 4.14 zeigt, fallen 42 Prozent der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr nach eigenen Angaben von Körpergröße und -gewicht in den Bereich des Normalgewichts. 39 Prozent sind übergewichtig, 18 Prozent sogar adipös. Nur ein verschwindend geringer Teil leidet dagegen an Untergewicht.

Abbildung 4.14: Gewichtsklassen nach WHO



Die männlichen Personen sind dabei deutlich häufiger übergewichtig als die weiblichen (48 zu 32 Prozent Übergewicht, 19 zu 17 Prozent Adipositas). Auch sind Personen im ländlichen Raum für ihre Körpergröße häufiger zu schwer als in städtischen Regionen (vgl. Tabelle 4.37). Signifikante Zusammenhänge mit dem Alter oder dem Sozialstatus zeigen sich nicht, auch wenn eine leichte Tendenz zum Übergewicht mit sinkendem Status besteht.

²⁰ vgl. World Health Organization auf http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (am 23.12.2011)

Tabelle 4.37: Gewichtsklassen nach WHO nach Geschlecht und Siedlungsstruktur

		Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
Geschlecht	männlich	0,2%	32,7%	47,9%	19,1%
	weiblich	2,3%	48,8%	31,9%	17,0%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	1,3%	36,7%	41,7%	20,3%
	überwiegend städtisch	1,4%	43,9%	37,9%	16,8%
Gesamt		1,3%	41,5%	39,2%	18,0%

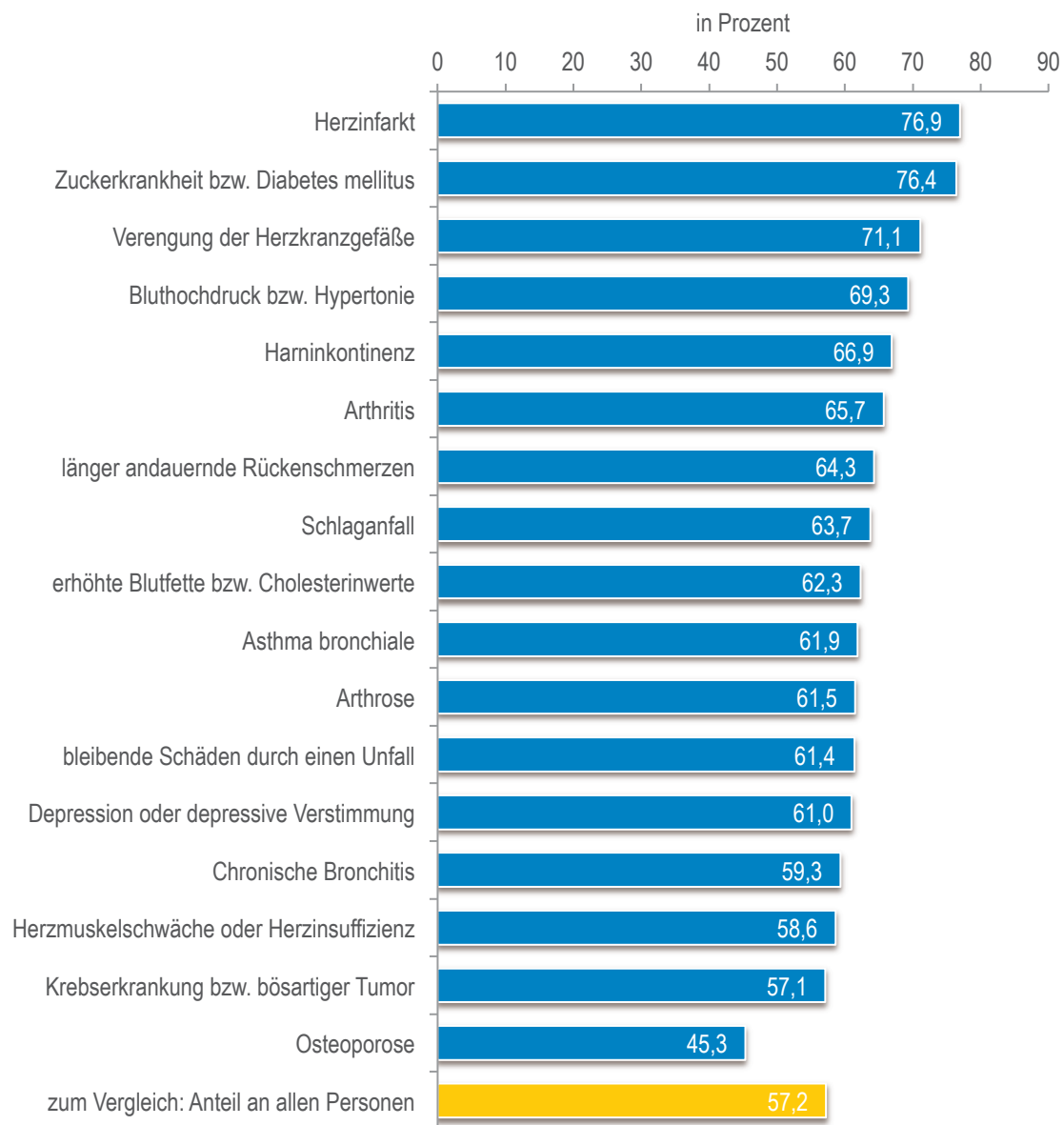
Der Body-Mass-Index zeigt deutliche Zusammenhänge mit der Gesundheit und Lebensqualität der Menschen. So ist die Anzahl der chronischen Krankheiten bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas deutlich höher als bei anderen. Nur jeder zweite Normalgewichtige leidet unter einer chronischen Erkrankung, bei den Untergewichtigen ist es sogar nur jeder dritte. Dagegen sind zwei von drei adipösen Personen von mindestens einer solchen Krankheit betroffen (vgl. Tabelle 4.38). Gleichzeitig besitzen Normalgewichtige eine deutlich höhere Lebensqualität als schwergewichtige Personen. Ermittelt der EUROHIS-Index für 37 Prozent der Personen mit normalem BMI eine sehr gute Lebensqualität, gilt dies bei den adipösen nur noch für 17 Prozent. Der Indexwert fällt bei den meisten Personen in dieser Gruppe zwar nicht in den schlechten oder sehr schlechten Bereich, ist jedoch deutlich häufiger bei „weder noch“ zu finden (18 zu 9 Prozent bei Normalgewicht).

Tabelle 4.38: Zusammenhang zwischen dem Gewicht und der Anzahl chronischer Krankheiten sowie der Lebensqualität

		Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Gesamt
Anzahl chronischer Krankheiten	keine	65,5%	49,4%	40,0%	33,2%	43,0%
	eine	17,4%	31,1%	33,4%	27,0%	31,1%
	zwei	0,0%	12,0%	18,8%	21,1%	16,1%
	drei oder mehr	17,0%	7,5%	7,7%	18,8%	9,7%
Lebensqualitäts-Score	sehr schlecht	0,0%	0,2%	0,0%	0,6%	0,2%
	schlecht	0,0%	0,4%	1,0%	1,2%	0,8%
	weder noch	15,3%	9,0%	10,2%	18,4%	11,2%
	gut	51,6%	53,3%	59,0%	63,3%	57,3%
	sehr gut	33,1%	37,1%	29,8%	16,6%	30,5%

Wie bereits am Anfang des Abschnitts erwähnt, sind vor allem Herz-Kreislaufkrankungen mit Übergewicht verknüpft. Das zeigen auch die Anteile der Personen mit Übergewicht oder Adipositas an den abgefragten chronischen Krankheiten. Bei Personen mit Herzinfarkt oder Diabetes mellitus liegt ihr Anteil rund 20 Prozentpunkte über dem Durchschnitt, aber auch unter den Personen mit Verengungen der Herzkranzgefäße oder Bluthochdruck befinden sich weit überdurchschnittlich viele Übergewichtige. Bis auf wenige Ausnahmen (Asthma bronchiale, Chronische Bronchitis, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Krebs, Depressionen und Unfallschäden) sind die Anteile schwergewichtiger Personen bei den chronisch Erkrankten signifikant größer als bei den nicht-chronisch Erkrankten. (vgl. Abbildung 4.15).

Abbildung 4.15: Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas unter den chronisch Erkrankten



5 Gesundheitsverhalten und Beschäftigung mit Gesundheitsthemen

Krankheiten und Gebrechen sind mit steigendem Alter praktisch unausweichlich. Es ist jedoch ebenso unbestritten, dass ihnen durch eine achtsame Lebensweise in einem gewissen Maße begegnet werden kann. In diesem Kapitel widmen wir uns deshalb der Frage, welche Maßnahmen zur Gesunderhaltung und Prävention die Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr in ihrem Alltag umsetzen und wie sich diese auf ihren angegebenen Gesundheitszustand auswirken.

5.1 Gesundheitsverhalten

Nach eigener Einschätzung zeigen sich die älteren Bürgerinnen und Bürger Schleswig-Holsteins sehr aktiv, wenn es darum geht, den eigenen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern. Jeder Dritte tut viel dafür, 42 Prozent sogar sehr viel. Nur zwei Prozent geben an, in dieser Hinsicht mehr oder weniger untätig zu sein. Entsprechend zufrieden ist der Großteil mit seinen Anstrengungen: 51 Prozent meinen, ihr Gesundheitsverhalten sei im Großen und Ganzen in Ordnung, 24 Prozent finden es sogar tadellos. Knapp jeder Vierte möchte einige Dinge verbessern. Wieder nur zwei Prozent halten ihr Gesundheitsverhalten für umfassend verbesserungswürdig.

Abbildung 5.1: Eigenes Zutun zur Verbesserung des Gesundheitszustands

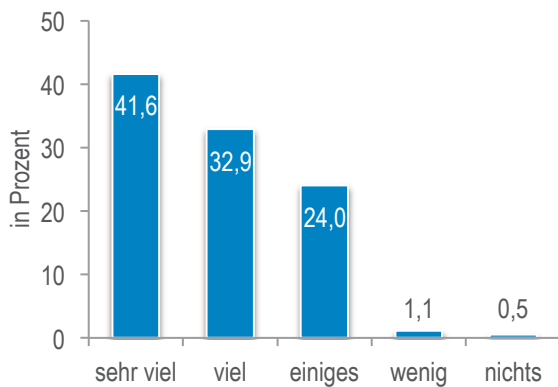
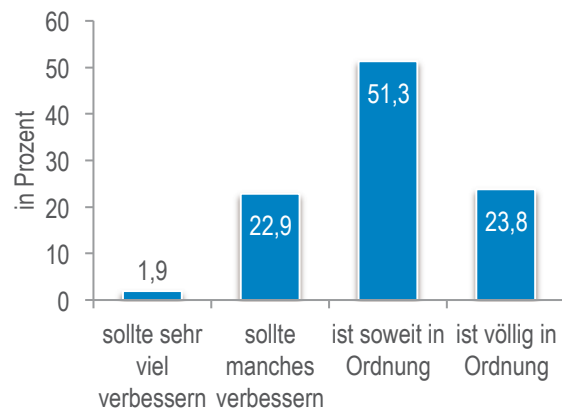


Abbildung 5.2: Beurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens



Die Intensität der eigenen Aktivitäten zur Gesunderhaltung unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern, wobei hier eine altersabhängige Entwicklung zu erkennen ist. Schätzen bis zum 69. Lebensjahr noch deutlich mehr Frauen als Männer ein, sie würden sehr viel für ihre Gesundheit tun (56 zu 40 Prozent), nähern sich beide Anteile zwischen dem 70. und 79. Lebensjahr an (43 zu 39 Prozent). In der Gruppe der Ab-80-Jährigen schätzen sich dann die Männer dahingehend als deutlich aktiver ein als ihre weiblichen Altersgenossinnen (32 zu 17 Prozent „sehr aktiv“). In der Beurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens gibt es dagegen keine signifikanten Unterschiede, auch wenn Männer tendenziell etwas kritischer sind als Frauen.

Insgesamt sinkt die Aktivität im Hinblick auf die eigene Gesunderhaltung mit dem Alter. Tun noch 80 Prozent aller Personen zwischen 60 und 69 Jahren viel oder sehr viel für ihre Gesundheit, sind es mit 80 Jahren und mehr nur

noch 60 Prozent. Der Zusammenhang erscheint zunächst kontraintuitiv, da ja gerade gesundheitlich aktivere Menschen ein höheres Lebensalter erreichen sollten. Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass im höheren Alter das generelle Energie- und Aktivitätslevel sinkt, wodurch z.B. Sport- oder Fitnessaktivitäten seltener ausgeübt werden können.

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsverhalten nimmt hingegen mit steigendem Alter zu. In der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre sagen 68 Prozent der Personen, es sei im Großen und Ganzen oder völlig in Ordnung – in der Gruppe 80 Jahre und älter tun dies 85 Prozent.

Ein Zusammenhang besteht darüber hinaus zwischen gesundheitsbezogener Aktivität und dem Sozialstatus. So geben 84 Prozent der Personen mit hohem Status an, viel oder sehr viel für ihre Gesunderhaltung zu tun, solche mit niedrigem Status nur zu 72 Prozent.

Tabelle 5.1: Ausmaß der Aktivitäten zur Erhaltung des Gesundheitszustandes nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

		sehr viel	viel	einiges	wenig	nichts
Alter	60-69 Jahre	49,2%	31,2%	19,4%	0,2%	0,0%
	70-79 Jahre	41,2%	33,6%	23,6%	1,4%	0,2%
	80 Jahre und älter	24,0%	35,5%	36,0%	2,5%	2,0%
Geschlecht	männlich	38,2%	37,1%	23,7%	0,8%	0,2%
	weiblich	44,3%	29,5%	24,3%	1,3%	0,7%
sozialer Status	niedriger Status	37,0%	34,5%	26,2%	1,5%	0,8%
	mittlerer Status	42,5%	29,0%	27,3%	,8%	0,4%
	hoher Status	45,6%	38,7%	14,5%	1,2%	0,0%
Gesamt		41,6%	32,9%	24,0%	1,1%	0,5%

Tabelle 5.2: Zufriedenheit mit dem Gesundheitsverhalten nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

		Ich sollte sehr viel verbessern	Ich sollte manches verbessern	Es ist im Großen und Ganzen in Ordnung	Es ist völlig in Ordnung
Alter	60-69 Jahre	2,7%	29,6%	47,6%	20,1%
	70-79 Jahre	1,2%	19,5%	50,8%	28,5%
	80 Jahre und älter	1,5%	13,6%	61,3%	23,6%
Geschlecht	männlich	1,0%	25,0%	53,5%	20,4%
	weiblich	2,6%	21,2%	49,6%	26,6%
sozialer Status	niedriger Status	2,3%	20,6%	50,1%	27,0%
	mittlerer Status	2,0%	21,7%	52,2%	24,0%
	hoher Status	1,1%	28,5%	51,2%	19,3%
Gesamt		1,9%	22,9%	51,3%	23,8%

Auch umgekehrt ist ein Zusammenhang zwischen der Menge der Aktivitäten zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und diesem Zustand selbst zu erkennen. Je mehr die Menschen nach eigenen Angaben für ihre Gesundheit tun, desto höher ist die Lebensqualität nach EUROHIS. 94 Prozent derjenigen, die sehr viel tun, und 88 Prozent derjenigen, die viel tun, haben eine gute oder sehr gute Lebensqualität. Wird wenig oder nichts getan, sinkt dieser Anteil auf 49 Prozent. Auch die Anzahl der chronischen Krankheiten ist bei denjenigen niedriger, die sich aktiv um ihre Gesundheit kümmern. Während nur 7 Prozent derjenigen, die dies sehr viel tun, unter drei oder mehr chronischen Erkrankungen leiden, sind es 31 Prozent derjenigen, die wenig oder nichts tun. Schließlich zeigt sich auch ein Zusammenhang mit dem BMI: Bei denjenigen, die in Bezug auf ihre Gesundheit sehr aktiv sind, sind 51 Prozent schwerer als das Normalgewicht. In der Gruppe der Passiven sind es 72 Prozent (vgl. Tabelle 5.3). Einschränkend muss erwähnt werden, dass diese Zusammenhänge nicht nur eine Einbahnstraße sein müssen. Gerade chronische Erkrankungen können gewisse Aktivitäten zur Gesunderhaltung unmöglich machen. Sie verursachen damit eine Art Teufelskreis, der leider zu einer über die Erkrankung allein hinaus gehenden Beeinträchtigung der Gesundheit führen kann.

Tabelle 5.3: Zusammenhang zwischen Aktivitäten zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und Lebensqualität, Anzahl chronischer Krankheiten und BMI

		sehr viel	viel	einiges	wenig / nichts	Gesamt
Lebensqualitäts-Score	sehr schlecht	0,2%	0,0%	0,0%	7,7%	0,2%
	schlecht	0,0%	1,0%	1,2%	11,2%	0,8%
	weder noch	6,3%	11,0%	18,1%	32,0%	11,0%
	gut	48,2%	65,1%	64,7%	36,8%	57,5%
	sehr gut	45,3%	22,8%	16,1%	12,4%	30,5%
Anzahl chronischer Krankheiten	keine	46,4%	42,8%	37,7%	44,0%	43,1%
	eine	31,4%	31,3%	30,3%	18,4%	30,9%
	zwei	15,1%	15,8%	18,1%	6,5%	15,9%
	drei oder mehr	7,1%	10,2%	13,9%	31,0%	10,1%
BMI, kategorisiert	Untergewicht	2,2%	0,4%	0,4%	6,5%	1,2%
	Normalgewicht	46,7%	42,7%	32,4%	21,2%	41,6%
	Übergewicht	36,7%	40,3%	42,4%	33,9%	39,2%
	Adipositas	14,4%	16,6%	24,8%	38,4%	18,0%

5.2 Körperliche Aktivität

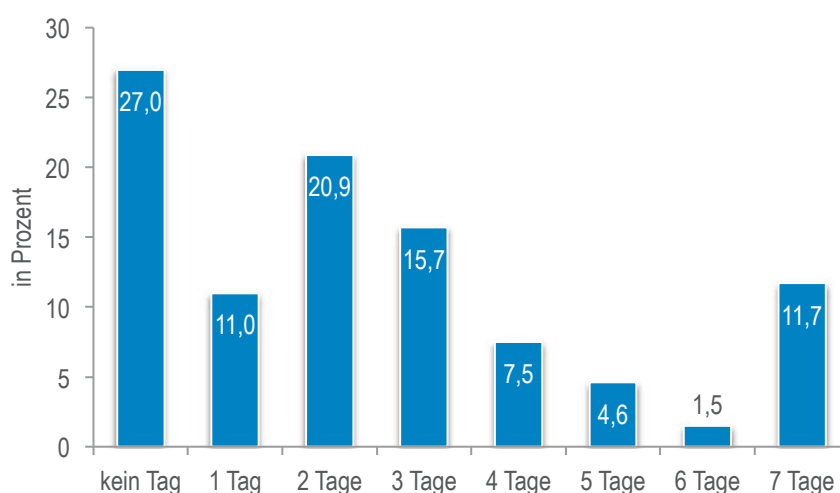
In der internationalen Forschung herrscht weitgehend Konsens darüber, dass jede Form der körperlichen Bewegung zur Gesunderhaltung beiträgt. Als wissenschaftlich abgesicherte Faustregel kann jedoch auch gelten, dass eine körperliche Aktivität von je 30 Minuten an mindestens fünf Tagen pro Woche deutliche gesundheitsförderliche Wirkungen hat. In welcher Form dies geschieht, ist hingegen zweitrangig. Auch kann man diese in Summe 2,5 Stunden körperlicher Aktivität pro Woche auf unterschiedliche Weise aufteilen – es müssen also nicht immer 30 Minuten pro Tag sein.

Zur Ermittlung der Menge dieser körperlichen Aktivität pro Woche haben wir zweistufig gefragt:

- ↳ Zunächst wurde die Anzahl der aktiven Tage in einer durchschnittlichen Woche ermittelt.
- ↳ Anschließend sollte die durchschnittliche Dauer der körperlichen Aktivität an diesen Tagen genannt werden.

Zunächst lässt sich festhalten, dass nur 18 Prozent aller älteren Menschen in Schleswig-Holstein an den empfohlenen fünf oder mehr Tagen pro Woche körperlich aktiv sind. Der Durchschnittswert liegt bei zwei Tagen pro Woche, gut jeder Vierte ist sogar überhaupt nicht körperlich aktiv – bei den Frauen sogar fast jede Dritte.

Abbildung 5.3: Anzahl der körperlich aktiven Tage pro Woche



Wie zu erwarten, sinkt die körperliche Aktivität mit steigendem Alter: In der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre sind die Menschen noch rund drei Tage pro Woche aktiv, ab 80 Jahren fast nur noch einen Tag, 53 Prozent dieser Hochbetagten gar nicht mehr.

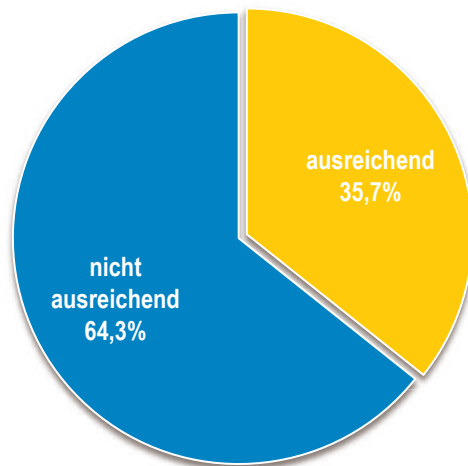
Tabelle 5.4: Anzahl körperlich aktiver Tage pro Woche nach Alter und Geschlecht

		0	1	2	3	4	5	6	7
Alter	60-69 Jahre	16,8%	11,0%	20,5%	22,5%	8,7%	6,2%	1,8%	12,4%
	70-79 Jahre	26,0%	11,7%	26,0%	12,0%	8,3%	4,5%	1,5%	10,0%
	80 Jahre und älter	53,4%	9,9%	12,0%	6,6%	3,0%	1,0%	0,9%	13,2%
Geschlecht	männlich	21,1%	12,3%	23,1%	16,6%	7,8%	4,6%	2,5%	12,0%
	weiblich	31,8%	10,0%	19,0%	15,0%	7,3%	4,6%	0,8%	11,5%
Gesamt		27,0%	11,0%	20,9%	15,7%	7,5%	4,6%	1,5%	11,7%

Drei Viertel der Personen, die mindestens einen Tag pro Woche aktiv sind, betätigen sich an diesem Tag für 60 und mehr Minuten körperlich. Unter 30 Minuten geben nur sechs Prozent dieser Personen an. Das Aktivitätslevel ist also dann ausreichend hoch. Wie gut wird nun aber die Empfehlung der 2,5 Stunden pro Woche eingehalten?

Dazu haben wir die körperlich aktiven Tage mit der angegebenen Durchschnittsdauer multipliziert. Personen, bei denen dieser Wert weniger als 2,5 Stunden pro Woche beträgt, wurden als „nicht ausreichende körperliche Aktivität“ kategorisiert. Ab 2,5 Stunden pro Woche erhielten sie die Einschätzung „ausreichende körperliche Aktivität“. Dies betraf insgesamt 36 Prozent aller älteren Menschen. Nur jede dritte Person ab dem 60. Lebensjahr bewegt sich also ausreichend gemäß den allgemein anerkannten gesundheitlichen Empfehlungen!

Abbildung 5.4: Körperliche Aktivität laut den international anerkannten Empfehlungen



Der Grad der körperlichen Aktivität ist deutlich altersabhängig. So sind noch 46 Prozent der Personen bis zum 69. Lebensjahr ausreichend aktiv, zwischen 70 und 79 Jahren nur noch 31 Prozent und ab dem 80. Lebensjahr gerade noch 19 Prozent. Auch dies dürfte auf die abnehmende Fähigkeit zur Ausübung körperlicher Aktivitäten zurückzuführen sein.

Deutlich aktiver sind Bewohner ländlicher Regionen: Hier betätigen sich 41 Prozent ausreichend, in städtischen Regionen nur 33 Prozent.

Tabelle 5.5: Grad der körperlichen Aktivität nach Alter und Region

		nicht ausreichend (<2,5h/Woche)	ausreichend (mind. 2,5h/Woche)
Alter	60-69 Jahre	54,0%	46,0%
	70-79 Jahre	68,8%	31,2%
	80 Jahre und älter	81,1%	18,9%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	59,5%	40,5%
	überwiegend städtisch	66,6%	33,4%
Gesamt		64,3%	35,7%

Im Vergleich mit den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey zu Gesamtdeutschland (ab 65 Jahren) liegen die Schleswig-Holsteiner (sehr) leicht über dem durchschnittlichen Aktivitätslevel: Während deutschlandweit 30 Prozent aller Ab-65-Jährigen ausreichend aktiv sind, trifft das in Schleswig-Holstein auf 34 Prozent zu.

Ausreichende körperliche Aktivität steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität nach EUROHIS – und das über alle Altersgruppen hinweg. So schätzen 37 Prozent aller ausreichend Aktiven ihre

Lebensqualität als sehr gut ein, bei nicht ausreichend Aktiven sind es nur 27 Prozent. Unklar ist allerdings, ob die Aktivität einen direkten Einfluss auf die Lebensqualität hat. Denkbar wäre auch ein intervenierender Faktor, wie z.B. ein körperliches Leiden, das sich sowohl negativ auf die Lebensqualität als auch auf den Aktivitätsgrad auswirkt.

Tabelle 5.6: Grad der körperlichen Aktivität nach Lebensqualität

		nicht ausreichend (<2,5h/Woche)	ausreichend (mind. 2,5h/Woche)	Gesamt
Lebensqualitäts-Score	sehr schlecht	0,2%	0,2%	0,2%
	schlecht	0,8%	0,8%	0,8%
	weder noch	13,0%	8,4%	11,2%
	gut	59,1%	53,8%	57,5%
	sehr gut	26,9%	36,8%	30,3%

Trotz der relativ geringen Quote ausreichender körperlicher Aktivität sagen 59 Prozent aller älteren Menschen, sie würden stark oder sehr stark auf genügend körperliche Bewegung achten. 12 Prozent widmen ihr weniger oder gar keine Beachtung. Hier wird deutlich, dass trotz des nicht geringen Stellenwertes körperlicher Aktivität diese mit zunehmendem Alter – sehr wahrscheinlich aufgrund körperlicher Limitierungen – nicht mehr im von Experten geforderten Umfang betrieben werden kann. Es besteht jedoch schon ein erstaunlich starker Zusammenhang zwischen dem Willen zu körperlicher Bewegung und deren ausreichender Umsetzung: Personen, die angeben, sehr stark auf genügend Aktivität zu achten, betätigen sich auch zu 60 Prozent mindestens 2,5 Stunden pro Woche. Schon bei denjenigen, die „nur“ stark auf Bewegung achten, sinkt dieser Anteil auf 40 Prozent, bei allen anderen liegt er nur noch bei 20 Prozent. Trotz aller Einschränkungen im Alter scheint also der Wille zu ausreichender körperlicher Aktivität immer noch ein starker Motivator zu deren Umsetzung zu sein.

Tabelle 5.7: Grad der körperlichen Aktivität nach Beachtung ausreichender körperlicher Aktivität

		nicht ausreichend (<2,5h/Woche)	ausreichend (mind. 2,5h/Woche)
Beachtung körperlicher Aktivität	sehr stark	39,7%	60,3%
	stark	60,2%	39,8%
	teils, teils	78,5%	21,5%
	weniger stark	88,5%	11,5%
	gar nicht	79,2%	20,8%
Gesamt	64,3%	35,7%	

5.3 Verzehr von Obst und Gemüse

Der Verzehr einer ausreichenden Menge von Obst und Gemüse gehört zu den unbestrittenen Ernährungsempfehlungen für eine gesunde Lebensweise. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt den täglichen

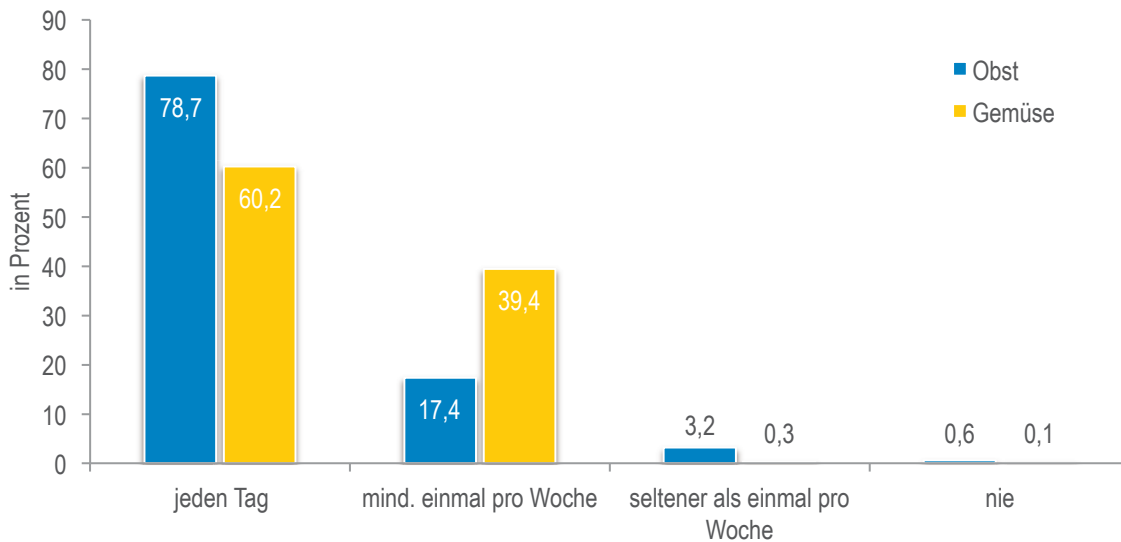
Verzehr von 5 Portionen Obst und Gemüse, um die Versorgung mit Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen sowie sekundären Pflanzenstoffen, wie Carotinoiden oder Flavonoiden, sicher zu stellen.²¹

Um abschätzen zu können, inwiefern die Schleswig-Holsteiner Seniorinnen und Senioren diese Regeln befolgen, wurde in der Befragung der Verzehr von Obst und Gemüse zweistufig erfragt:

- ↳ Zunächst stellten wir eine Frage nach der Regelmäßigkeit, mit der Obst und Gemüse gegessen wird (jeden Tag, mindestens einmal pro Woche oder seltener).
- ↳ Danach wurde die Anzahl der Portionen Obst / Gemüse pro Tag bzw. pro Woche erfasst.

80 Prozent aller älteren Menschen in Schleswig-Holstein nehmen demnach jeden Tag Obst zu sich, 60 Prozent Gemüse. Zwischen beiden Gruppen gibt es eine hohe Überschneidung: 51 Prozent essen täglich beides. Die meisten anderen Personen verzehren zumindest einmal pro Woche Obst und / oder Gemüse, nur 4 Prozent essen noch seltener oder nie Obst, fast keiner lässt Gemüse weg.

Abbildung 5.5: Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse



Frauen achten generell stärker auf den Verzehr von Obst und Gemüse. 84 Prozent von ihnen essen täglich Obst, dagegen nur 73 Prozent der Männer. Bei Gemüse differieren die Anteile zwischen 68 und 51 Prozent. Eine signifikante Abhängigkeit vom Alter besteht hingegen nicht, auch wenn tendenziell in höheren Lebensjahren seltener Gemüse gegessen wird.

Tabelle 5.8: Verzehr von Obst und Gemüse nach Geschlecht

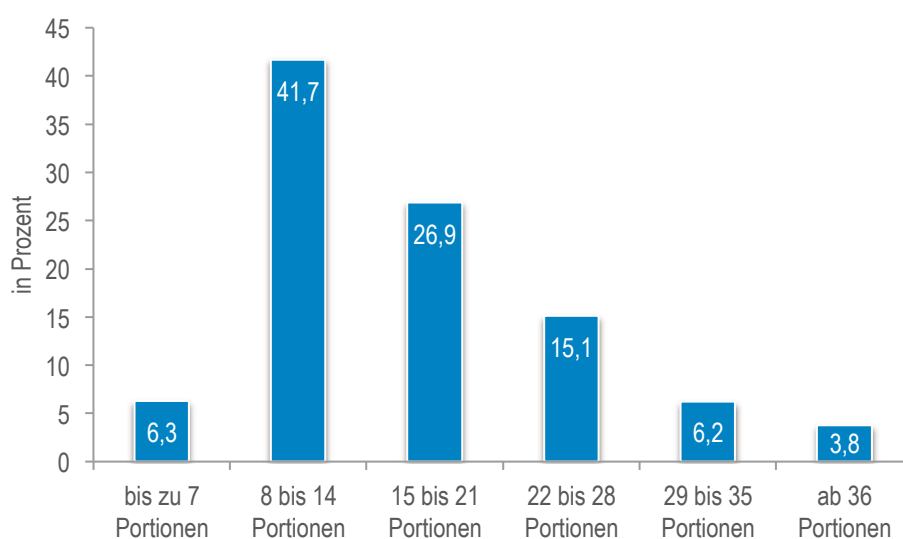
		Obst und Gemüse täglich	nur Obst täglich	nur Gemüse täglich	keines davon
Geschlecht	männlich	40,4%	32,4%	10,3%	17,0%
	weiblich	58,7%	24,6%	9,1%	7,6%
Gesamt		50,5%	28,1%	9,6%	11,8%

²¹ vgl. „Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE“ (<http://www.dge.de/pdf/10-Regeln-der-DGE.pdf> am 08.12.2011)

Im Deutschlandvergleich mit dem Telefonischen Gesundheitssurvey liegen die Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner beim Verzehr von Obst im Durchschnitt aller Personen ab dem 65. Lebensjahr (79 zu 78 Prozent). Der Gemüseverzehr ist jedoch deutlich erhöht (60 zu 49 Prozent), was dem generellen Nord-Süd-Trend bei dieser Ernährungsform entspricht.

Wie viele Portionen nehmen die Seniorinnen und Senioren aber an einem Tag oder in einer Woche zu sich? Um diese Frage zu beantworten, haben wir alle Portionsangaben auf Portionen pro Woche umgerechnet. Im Durchschnitt isst jeder ältere Mensch in Schleswig-Holstein demnach 18 Portionen Obst oder Gemüse, das entspricht also knapp 3 Portionen pro Tag. Mehr als die Hälfte bleibt jedoch noch unter dieser Menge, 48 Prozent essen sogar nur zwei Portionen. Nur knapp jeder Zehnte nimmt fünf oder mehr Portionen Obst und Gemüse pro Tag zu sich, also die empfohlene Menge.

Abbildung 5.6: Eingenommene Menge an Obst und Gemüse pro Woche



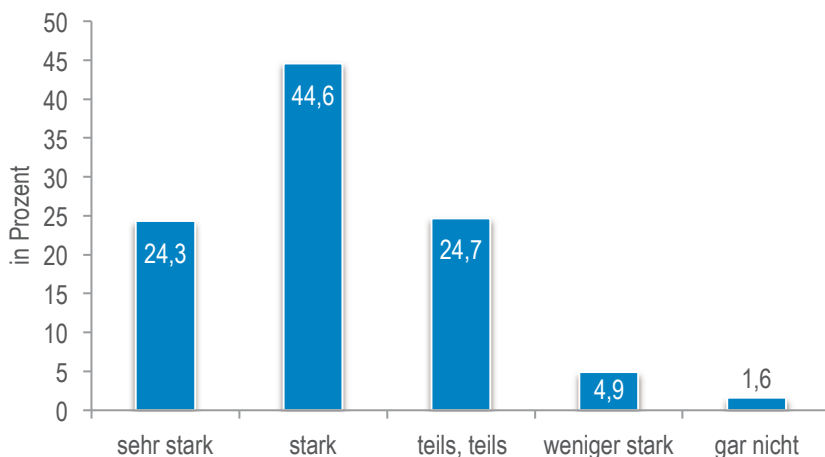
Die Menge der aufgenommenen Obst- und Gemüseportionen sinkt mit steigendem Alter leicht aber signifikant. Sind es bis zum 69. Lebensjahr im Durchschnitt noch 19 pro Woche, also knapp drei pro Tag, so kommen Ab-80-Jährige nur noch auf 17 Portionen pro Woche (gut zwei pro Tag). Frauen essen deutlich mehr Portionen als Männer (20 vs. 16 Portionen pro Woche). Außerdem ist der Obst- und Gemüsekonsum in städtischen Regionen mit durchschnittlich 19 Wochenportionen signifikant höher als in ländlichen Gebieten (17 Portionen).

Tabelle 5.9: Portionen Obst und Gemüse pro Woche nach Alter, Geschlecht und Siedlungsstruktur

		Anzahl der Portionen Obst und Gemüse pro Woche
Alter	60-69 Jahre	19,4
	70-79 Jahre	17,8
	80 Jahre und älter	17,0
Geschlecht	männlich	16,0
	weiblich	20,3
Siedlungsstruktur	eher ländlich	17,4
	überwiegend städtisch	18,8
Gesamt		18,4

Trotz des im Vergleich zur DGE-Empfehlung relativ geringen Obst- und Gemüseverzehrs gibt jede dritte Person an, einer gesunden Ernährung starke oder sehr starke Beachtung zu schenken. Nur sieben Prozent kümmern sich weniger oder gar nicht darum. Mit ihrem Essverhalten sind die älteren Menschen im Bundesland also weitgehend zufrieden.

Abbildung 5.7: Grad der Beachtung einer gesunden Ernährung nach eigenen Angaben



Wie zu erwarten war, bestehen hier deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Während 30 Prozent der weiblichen Personen sehr stark auf ihre Ernährung achten, tun dies nur 17 Prozent ihrer männlichen Landsleute.

Tabelle 5.10: Beachtung einer gesunden Ernährung nach Geschlecht

		sehr stark	stark	teils, teils	weniger stark	gar nicht
Geschlecht	männlich	16,7%	45,4%	28,2%	7,4%	2,3%
	weiblich	30,5%	43,9%	21,8%	2,8%	0,9%
Gesamt		24,3%	44,6%	24,7%	4,9%	1,6%

5.4 Genussmittel und Drogen

Alkohol

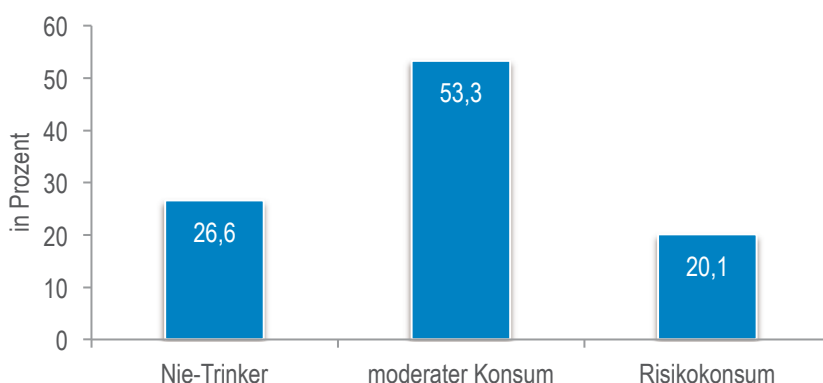
Alkohol ist das in Deutschland akzeptierteste drogenartige Genussmittel. Trotz der sowohl wissenschaftlich als auch gesellschaftlich konsensuell bekannten negativen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums hat er seinen festen Platz auf gesellschaftlichen Ereignissen wie auch im privaten Umfeld. Über die Definitionsgrenze „übermäßigen“ Konsums und eventuelle positive Wirkungen dosierter Einnahme existieren vielfältige widersprechende Studien. Nichtsdestotrotz existiert für die Bewertung des Alkoholkonsums einer Person ein weltweit anerkanntes Fragenset namens AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test – C), das aus den folgenden drei Indikatoren besteht:

- ↪ Häufigkeit des Alkoholkonsums
- ↪ Anzahl der Gläser pro typischem Konsumereignis
- ↪ Häufigkeit des Konsums von sechs oder mehr Gläsern Alkohol pro Konsumereignis.

Für jede Antwort gibt es 0-4 Punkte. Insgesamt sind also zwischen 0 und 12 Punkte erreichbar. Eine Punktzahl ab 4 bei Frauen und ab 5 bei Männern gilt dabei als Risikokonsum. Zwischen 1 und 3 Punkten bei Frauen sowie 1 und 4 Punkten bei Männern kennzeichnen moderaten Konsum, 0 Punkte entsprechend Nie-Trinker.

Gemäß dieser Klassifizierung können 26 Prozent aller Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner als Nie-Trinker bezeichnet werden, rund jeder Fünfte konsumiert Alkohol jedoch im riskanten Maß. Gut jeder zweite nimmt ihn in moderater Menge zu sich. Damit liegt das nördlichste Bundesland relativ gut im Bundesdurchschnitt. Der Telefonische Gesundheitssurvey ermittelte für Gesamtdeutschland 27 Prozent Nie-Trinker, 51 Prozent moderaten und 22 Prozent Risikokonsum.

Abbildung 5.8: Alkoholkonsum nach AUDIT-C



Der Alkoholkonsum sinkt mit steigendem Lebensalter. Zählen bis zum 69. Lebensjahr nur 20 Prozent zu den Nie-Trinkern, sind es unter den Ab-80-Jährigen mit 40 Prozent doppelt so viele. Gleichzeitig verringert sich die Gruppe der Risikokonsumenten von 23 auf 15 Prozent. Männer trinken darüber hinaus deutlich häufiger Alkohol als Frauen: 23 Prozent von ihnen gehören zu Risikokonsumenten, bei den Frauen sind dies nur 18 Prozent. Jede dritte weibliche Person zählt dagegen zu den Nie-Trinkern, Männer nur zu 18 Prozent. Der Alkoholkonsum steigt außerdem mit dem Sozialstatus: Zeigen nur 14 Prozent der Personen mit niedrigem Status riskanten Konsum, tun dies 26 Prozent derjenigen mit hohem Sozialstatus.

Tabelle 5.11: Alkoholkonsum nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

		Nie-Trinker	moderater Konsum	Risikokonsum
Alter	60-69 Jahre	19,6%	57,1%	23,3%
	70-79 Jahre	28,2%	53,0%	18,8%
	80 Jahre und älter	39,9%	45,1%	15,0%
Geschlecht	männlich	18,2%	58,9%	22,9%
	weiblich	33,4%	48,8%	17,8%
sozialer Status	niedriger Status	37,3%	48,5%	14,2%
	mittlerer Status	26,4%	52,4%	21,2%
	hoher Status	12,6%	61,6%	25,8%
Gesamt		26,6%	53,3%	20,1%

Zigarettenkonsum

Das Rauchen hat – im Gegensatz zum Alkohol – die Zeit seiner uneingeschränkten gesellschaftlichen Akzeptanz hinter sich gelassen. Nicht zuletzt dank der Gesetze zum verbesserten Nichtrauchererschutz ist Rauchen zu einem Teilgruppenphänomen geworden und mittlerweile häufig eher negativ als positiv konnotiert. Seine immensen schädlichen Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit (inklusive die des Passivrauchens) sind unbestritten und verursachen regelmäßig höchste Kosten im Gesundheitssystem.

Unter den Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteinern ab dem 60. Lebensjahr finden sich – nach eigenen Angaben – nur 10 Prozent aktive Zigarettenraucherinnen und -raucher. Immerhin 44 Prozent haben jedoch früher geraucht, 46 Prozent waren lebenslang Nichtraucher(innen). Der Vergleich der Ab-65-Jährigen aus Schleswig-Holstein mit den gesamtdeutschen Ergebnissen des Telefonischen Gesundheitssurvey zeigt eine etwas geringere Raucherquote (8 zu 11 Prozent), dagegen gibt es in Schleswig-Holstein deutlich mehr Ex-Raucherinnen und -Raucher (44 zu 31 Prozent).

Rauchen ist mit vielen soziodemographischen Variablen verknüpft. So rauchen zwar aktuell Frauen und Männer gleichermaßen (11 und 10 Prozent), beim männlichen Geschlecht finden sich jedoch weitaus mehr Personen, die das Rauchen aufgegeben haben (58 zu 32 Prozent). Vor allem bei Frauen ist der Zigarettenkonsum ein Phänomen, das mit höherem Status zunimmt. Der Anteil der Nie-Raucherinnen beträgt bei Frauen mit niedrigem Status 62 Prozent, bei denjenigen mit hohem Status dagegen nur 46 Prozent. Auch aktuell rauchen mehr Frauen mit hohem als mit niedrigem Status (13 zu 10 Prozent). Außerdem wird in ländlichen Regionen signifikant häufiger zur Zigarette gegriffen als in städtischen (aktuell 13 zu 9 Prozent).

Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil der Zigarettenraucherinnen und -raucher deutlich – auch ein Indikator für dessen Einfluss auf die Lebenserwartung. Finden sich unter den 60-69-Jährigen noch 14 Prozent aktive Raucherinnen und Raucher, sind es bei den Ab-80-Jährigen nur noch 4 Prozent. Hier ist dafür der Anteil der lebenslang Abstinente deutlich höher als in der jüngsten Personengruppe (53 zu 43 Prozent).

Tabelle 5.12: Zigarettenkonsum nach Alter, Geschlecht, sozialem Status und Siedlungsstruktur

		aktuell Zigaretten-raucher(in)	früher Zigaretten-raucher(in)	nie Raucher(in) gewesen
Alter	60-69 Jahre	14,2%	42,6%	43,2%
	70-79 Jahre	8,3%	45,5%	46,2%
	80 Jahre und älter	4,1%	43,0%	53,0%
Geschlecht	männlich	9,5%	58,0%	32,4%
	weiblich	10,6%	32,1%	57,3%
sozialer Status	niedriger Status	9,7%	35,6%	54,8%
	mittlerer Status	10,4%	45,8%	43,8%
	hoher Status	10,2%	50,3%	39,5%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	12,7%	45,5%	41,8%
	überwiegend städtisch	8,9%	42,8%	48,3%
Gesamt		10,1%	43,7%	46,2%

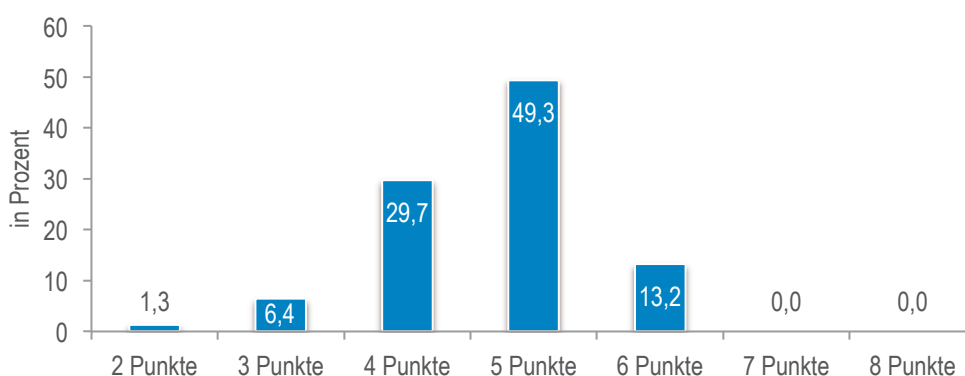
Zur vertiefenden Ermittlung der Nikotinabhängigkeit wurden zwei Fragen aus dem international anerkannten Fagerström-Testset gestellt:

- ↳ Zeitlicher Abstand zwischen morgendlichem Aufstehen und erster Zigarette
- ↳ Anzahl der Zigaretten pro Tag.

Auf beiden Fragen konnten zwischen 1 und 4 Punkten erreicht werden, insgesamt also 2 bis 8 Punkte. 92 Prozent aller aktiven Raucher(innen) kamen auf mindestens 4 Punkte, 63 Prozent auf mindestens 5 Punkte. Zumindest letztere können damit als deutlich nikotinabhängig bezeichnet werden.

Abbildung 5.9: Punkteverteilung der Zigarettenkonsumenten auf Fagerström-Teilindex

(nur aktuelle Raucher(innen))



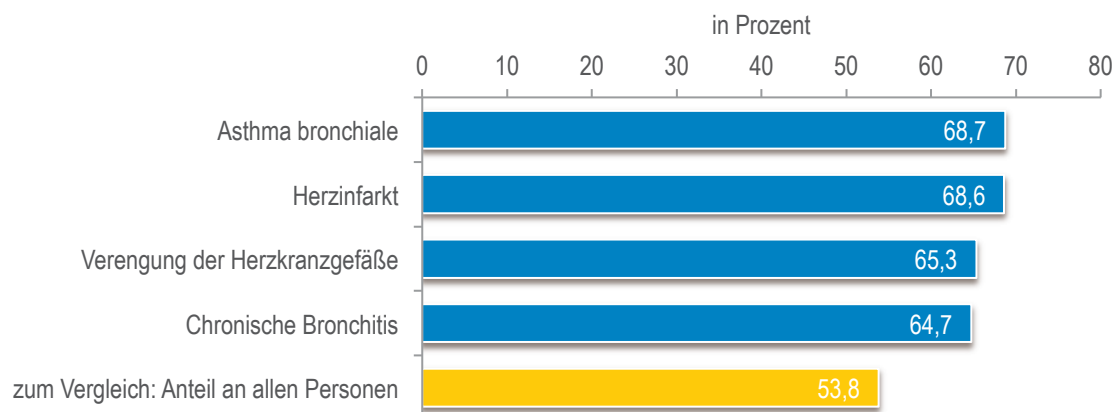
Für den negativen Einfluss des Rauchens auf die Gesundheit gibt es in den Befragungsergebnissen einige Hinweise. So beurteilen 14 Prozent der aktuellen oder früheren Zigarettenraucherinnen und -raucher ihren derzeitigen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, bei den Nichtraucher(inne)n sind es hingegen nur 9 Prozent. Diese wiederum fühlen sich zu 68 Prozent gut oder sehr gut, (ehemalige) Raucher nur zu 62 Prozent. Etwas deutlicher wird der Unterschied bei der Anzahl der chronischen Krankheiten: Fast jede(r) zweite lebenslange Nichtraucher(in) weist keine einzige der abgefragten Krankheiten auf. Bei den (ehemaligen) Raucher(inne)n sind dies nur 39 Prozent (vgl. Tabelle 5.13).

Tabelle 5.13: Beurteilung des Gesundheitszustandes und Anzahl chronischer Krankheiten bei Raucher(inne)n und Nichtraucher(inne)n

		aktueller / früherer Zigarettenraucher(in)	zeitlebens Nicht- raucher(in)	Gesamt
Beurteilung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes	sehr schlecht	1,9%	1,1%	1,6%
	schlecht	12,0%	8,3%	10,3%
	weder gut noch schlecht	24,0%	22,1%	23,1%
	gut	53,1%	58,1%	55,4%
	sehr gut	9,0%	10,3%	9,6%
Anzahl chronischer Krankheiten	keine	38,9%	47,9%	43,0%
	eine	32,4%	29,0%	30,8%
	zwei	17,6%	14,1%	16,0%
	drei oder mehr	11,1%	9,0%	10,1%

Des Weiteren konnten signifikante Unterschiede bei der tatsächlichen Häufigkeit chronischer Krankheiten festgestellt werden. Vor allem bei den Atemwegserkrankungen Asthma bronchiale und chronischer Bronchitis sowie bei den Herz-Kreislauferkrankungen Herzinfarkt und Verengung der Herzkranzgefäße sind Raucherinnen und Raucher überdurchschnittlich unter den Betroffenen zu finden (vgl. Abbildung 5.10).

Abbildung 5.10: Anteil der (ehemaligen) Raucher(innen) unter den Personen mit einer chronischen Erkrankung



Illegale Drogen

Neben den beiden legalen drogenartigen Genussmitteln Alkohol und Zigaretten wurde auch nach dem Konsum illegaler Drogen innerhalb der letzten 12 Monate gefragt. 0,3% der befragten Bevölkerungsgruppe beantworteten diese Frage mit ja. Dieser geringe Anteil lässt keine differenzierten Aussagen zum Gebrauch illegaler Drogen zu. Deshalb wird hier auf eine weitere Darstellung verzichtet.

5.5 Maßnahmen zur Gesunderhaltung

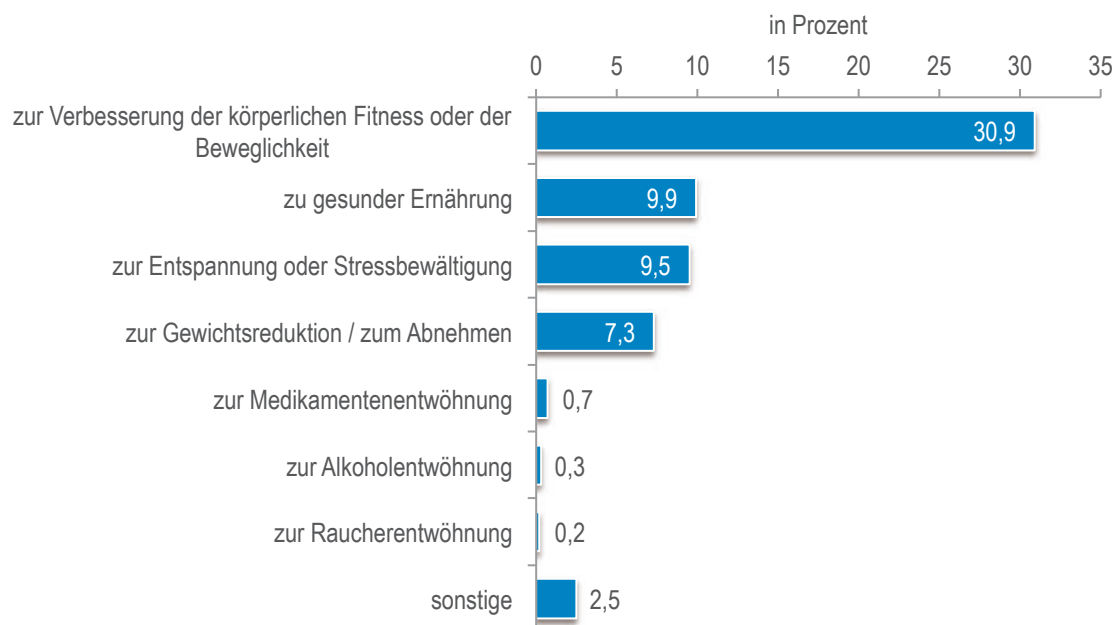
Neben den Dingen, die jeder einzelne Mensch im alltäglichen Leben für seine Gesunderhaltung tun kann, bieten verschiedene Institutionen Kurse und andere Maßnahmen an, die spezielles Wissen und konkrete Methoden vermitteln und trainieren. Um das Interesse der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr an solchen Maßnahmen zu ermitteln haben wir gefragt,

- ↳ ob bestimmte Maßnahmen in den letzten 12 Monaten genutzt wurden und
- ↳ ob an bestimmten Maßnahmen Bedarf besteht.

38 Prozent der Seniorinnen und Senioren in Schleswig-Holstein haben in den letzten 12 Monaten mindestens eines der abgefragten Angebote genutzt, 10 Prozent davon sogar zwei und fünf Prozent drei und mehr. Abbildung 5.11 zeigt die abgefragten Maßnahmen und ihre aktuelle Nutzung – also, wie viele Personen in den letzten 12 Monaten an diesen Maßnahmen teilgenommen haben. Man erkennt, dass mit deutlichem Abstand Angebote zur Verbesserung der körperlichen Fitness und Beweglichkeit genutzt wurden. Dazu gehören zum Beispiel Gymnastik- oder Yogakurse, Physiotherapien und Rückenschulen. Fast jeder dritte ältere Mensch in Schleswig-Holstein hat

dies innerhalb des letzten Jahres in Anspruch genommen. Deutlich seltener werden die anderen abgefragten Angebote genutzt. Jeder Zehnte war in den letzten 12 Monaten bei einer Maßnahme zur gesunden Ernährung oder zur Entspannung und Stressbewältigung. Sieben Prozent nutzten Kurse zur Gewichtsreduktion. Aufgrund ihrer sehr speziellen Zielstellung wurden Entwöhnungskurse nur von sehr wenigen Personen angegeben.

Abbildung 5.11: Nutzung von Maßnahmen zur Gesunderhaltung



Die Teilnahme an Maßnahmen zur Gesunderhaltung sinkt mit steigendem Alter. Bei den 60-69-Jährigen haben in den letzten 12 Monaten 42 Prozent mindestens ein Angebot genutzt, bei den Ab-80-Jährigen nur noch 26 Prozent. Auch Frauen nutzen die Kurse häufiger als Männer (43 zu 33 Prozent).

Tabelle 5.14: Teilnahme an mindestens einer Maßnahme zur Gesunderhaltung nach Alter und Geschlecht

		Teilnahme an mindestens einer Maßnahme
Alter	60-69 Jahre	42,3%
	70-79 Jahre	39,9%
	80 Jahre und älter	25,6%
Geschlecht	männlich	32,7%
	weiblich	42,7%
Gesamt		38,2%

Der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesunderhaltung und dem gesundheitlichen Zustand der Personen ist negativ. Das bedeutet, je schlechter es den Menschen gesundheitlich geht, desto häufiger haben sie schon eine der Maßnahmen absolviert. So bezeichnen 14 Prozent der Maßnahmeteilnehmerinnen und -teilnehmer ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, aber nur 10 Prozent der Nichtteilnehmer. Von denen geht es wiederum 70 Prozent gut oder sehr gut (gegenüber 57 Prozent der Teilnehmer).

Wer eine Maßnahme in Anspruch nimmt, leidet darüber hinaus zu 66 Prozent an mindestens einer chronischen Krankheit, bei den Nichtteilnehmerinnen und -teilnehmern sind es nur 51 Prozent. Hier zeigt sich also offenbar die Absicht, mit den Maßnahmen einen optimierbaren Gesundheitszustand zu verbessern. Es wird jedoch nicht statistisch sichtbar, dass eine Teilnahme an den Maßnahmen positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Personen hatte (vgl. Tabelle 5.15).

Tabelle 5.15: Zusammenhang zwischen dem gesundheitlichen Allgemeinzustand sowie der Anzahl chronischer Krankheiten und der Teilnahme an Maßnahmen zur Gesunderhaltung

		Teilnahme an mindestens einer Maßnahme	Teilnahme an keiner Maßnahme	Gesamt
Beurteilung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes	sehr schlecht	1,3%	1,7%	1,6%
	schlecht	12,8%	8,8%	10,3%
	weder gut noch schlecht	28,6%	19,7%	23,1%
	gut	48,7%	59,5%	55,4%
	sehr gut	8,5%	10,3%	9,6%
Anzahl chronischer Krankheiten	keine	33,9%	48,8%	43,1%
	eine	34,2%	28,7%	30,8%
	zwei	18,0%	14,7%	16,0%
	drei oder mehr	14,0%	7,7%	10,1%

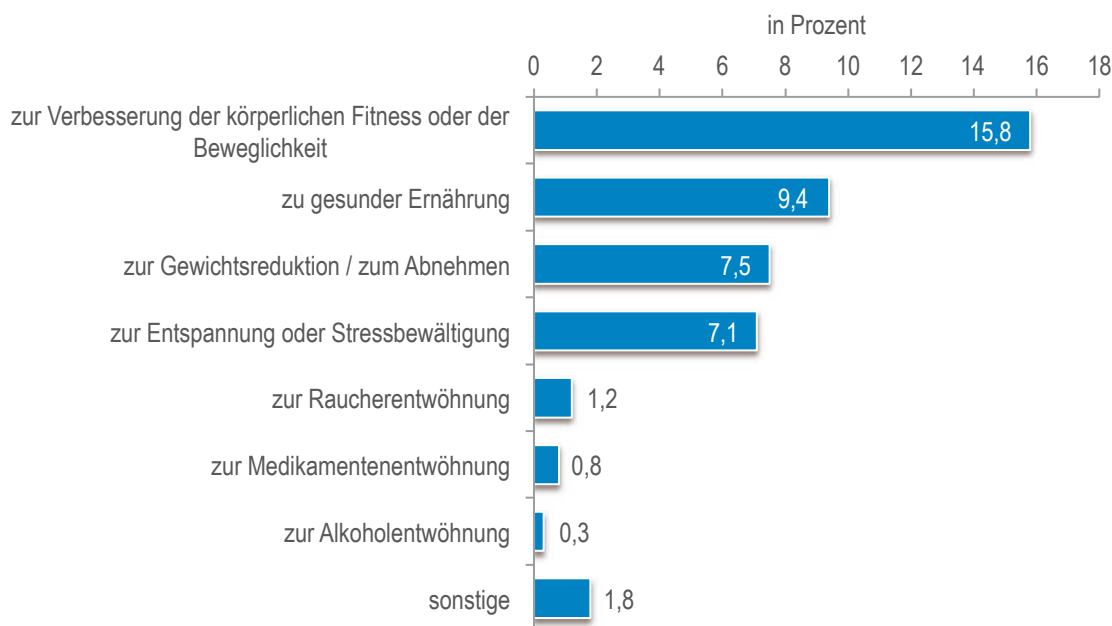
Gut jeder fünfte ältere Mensch in Schleswig-Holstein hat ein Interesse an der Teilnahme an einer der abgefragten Maßnahmen. Auch hier bestehen wieder die bekannten Unterschiede hinsichtlich des Alters: Das Interesse ist in der Gruppe der 60-69-Jährigen signifikant höher als bei den Ab-80-Jährigen (27 zu 11 Prozent).

Tabelle 5.16: Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kurs zur Gesundheitsförderung nach Alter

		Teilnahme- bereitschaft
Alter	60-69 Jahre	26,8%
	70-79 Jahre	20,8%
	80 Jahre und älter	11,4%
Gesamt		21,6%

Danach gefragt, welche konkreten Maßnahmen sie gern in Anspruch nehmen würden, antworteten die Seniorinnen und Senioren ähnlich wie bei den bereits genutzten Maßnahmen. Der größte Teil (16 Prozent) wünscht sich Kurse zur Verbesserung der körperlichen Fitness und Beweglichkeit. Zählbare Anteile entfallen noch auf Maßnahmen zur gesunden Ernährung, Gewichtsreduktion und Entspannung (vgl. Abbildung 5.12). Die Entwöhnungskurse werden sehr selten genannt, hochgerechnet ergeben sich allerdings in Schleswig-Holstein rund zweitausend interessierte ältere Personen.

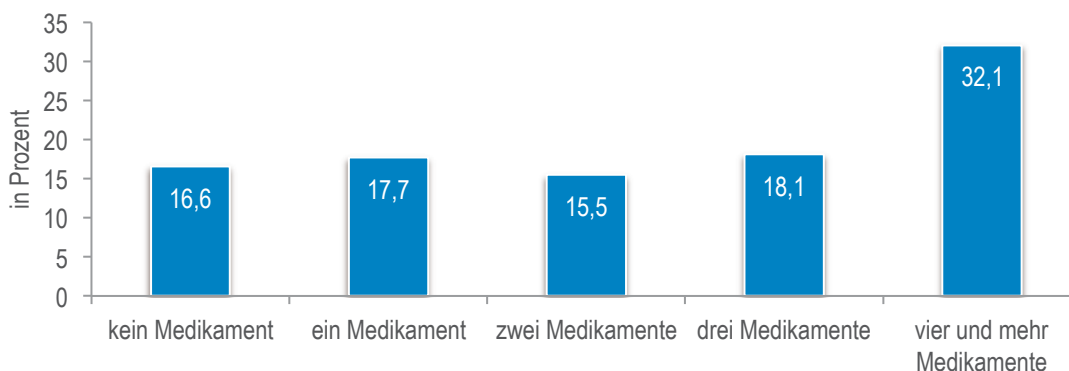
Abbildung 5.12: Interesse an (weiteren) Maßnahmen zur Gesunderhaltung



5.6 Einnahme von Medikamenten

Die Einnahme von Medikamenten kann sowohl als eine Maßnahme zur Gesunderhaltung als auch ein Indikator für den Erkrankungsgrad einer Person gelesen werden. Nur 17 Prozent aller Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr nehmen überhaupt keine Medikamente zu sich, jeder Dritte hingegen vier oder mehr verschiedene. Im Durchschnitt verwendet jeder ältere Mensch drei verschiedene Medikamente, die allermeisten davon sind ärztlich verordnet – bei 87 Prozent sogar alle Medikamente.

Abbildung 5.13: Anzahl der zur Zeit verwendeten Medikamente



Die Zahl der Medikamente steigt mit dem Alter: Zwischen 60 und 69 Jahren nimmt jeder Mensch im Durchschnitt zwei verschiedene Medikamente zu sich, zwischen 70 und 79 Jahren drei und ab 80 Jahren vier. Außerdem ist der Medikamentenkonsum umso höher, je mehr chronische Krankheiten man besitzt. Unter den Personen ohne eine solche Erkrankung benötigt jeder Dritte keinerlei Medikamente, mit jeder Erkrankung mehr sinkt der Anteil dieser Personengruppe deutlich. Dafür steigt die Anzahl der benötigten Medikamente fast proportional zur Anzahl der

Krankheiten. Drei Viertel aller Personen mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen muss mindestens vier Medikamente zu sich nehmen.

Ein deutlicher Zusammenhang zeigt sich auch mit der gemessenen Lebensqualität nach EUROHIS. Je schlechter diese ist, desto höher ist auch der Medikamentenkonsum. Personen mit einer sehr guten Lebensqualität nehmen durchschnittlich zwei Medikamente ein, solche mit einer schlechten oder sehr schlechten dagegen sechs.

Tabelle 5.17: Anzahl der eingenommenen Medikamente nach Alter und Lebensqualität

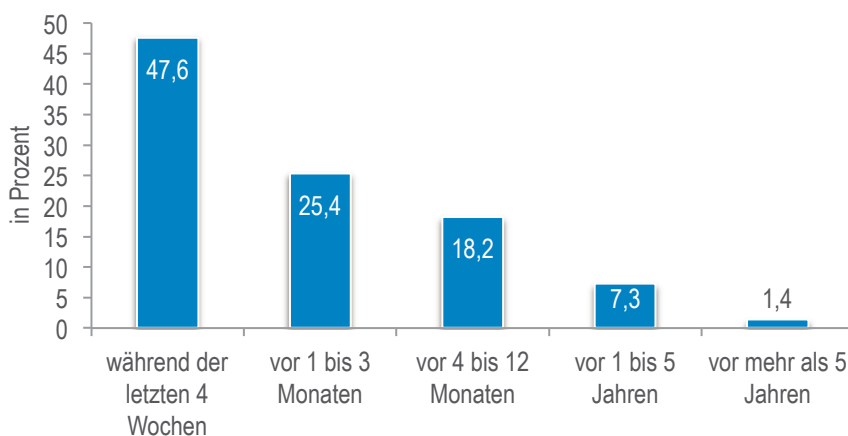
		keins	eins	zwei	drei	4 und mehr	Durchschnitt
Alter	60-69 Jahre	23,5%	20,1%	14,9%	16,4%	25,2%	2
	70-79 Jahre	13,6%	17,7%	17,1%	16,7%	34,9%	3
	80 Jahre und älter	6,1%	12,4%	13,9%	24,7%	43,0%	4
Anzahl der chronischen Krankheiten	keine	32,0%	23,5%	16,6%	16,7%	11,1%	2
	eine	8,6%	19,9%	17,3%	19,1%	35,1%	3
	zwei	0,8%	6,0%	15,1%	22,5%	55,6%	4
	drei und mehr	0,0%	4,8%	5,6%	13,9%	75,8%	6
Lebensqualitäts-Score	sehr schlecht	0,0%	0,0%	43,7%	0,0%	56,3%	9
	schlecht	0,0%	0,0%	9,1%	22,5%	68,4%	5
	weder noch	2,9%	12,7%	10,6%	18,0%	55,8%	4
	gut	13,1%	16,4%	14,7%	20,2%	35,5%	3
	sehr gut	28,1%	22,9%	18,6%	13,6%	16,9%	2
Gesamt		16,4%	17,8%	15,4%	18,0%	32,5%	3

5.7 Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Mit zunehmendem Alter wird der Arztbesuch zu einem immer selbstverständlicheren Teil des Alltags. Der Arzt oder die Ärztin dient dabei als Versorger mit benötigten Medikamenten, als Diagnostiker(in) bei auftretenden Beschwerden aber auch als Ansprechpartner(in) für alltägliche Sorgen und Nöte. Außerdem ist er oder sie in der Regel der Vermittler(in) weiterführender Leistungen des Gesundheitssystems, wie z.B. Krankenhausaufenthalte oder Rehabilitationsmaßnahmen. Gerade die aktuelle Debatte um die zukünftige Unterversorgung mit Ärzten in ländlichen Gebieten zeigt deutlich, dass diese als Grundpfeiler der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle spielen.

So wundert es wenig, dass innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Interview 91 Prozent aller Seniorinnen und Senioren mindestens einmal einen Arzt / eine Ärztin (ausgenommen haben wir hier Zahnärzte) aufgesucht haben. Fast jede(r) Zweite war sogar im letzten Monat dort, etwa ein Viertel im letzten Quartal (vgl. Abbildung 5.14).

Abbildung 5.14: Letzte Inanspruchnahme eines Arztes / einer Ärztin (außer Zahnarzt)



Diese Zahlen gleichen den bundesdeutschen sehr stark, wie ein Blick auf die Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey zeigt. Sowohl in Schleswig-Holstein als auch in Gesamtdeutschland haben 92 Prozent der Ab-65-Jährigen in den letzten 12 Monaten einen Arzt / eine Ärztin besucht. Zumindest auf diesen Zeitraum betrachtet liegt der Anteil sogar kaum höher als in der Gesamtbevölkerung ab dem 18. Lebensjahr (88 Prozent). Es ist jedoch zu vermuten, dass die Besuchsfrequenzen unterhalb von 12 Monaten mit dem Alter deutlich steigen. Hierzu liegen leider keine Vergleichsdaten vor.

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Arztes / einer Ärztin ist nicht in allen Altersgruppen gleich. Am größten ist sie in der Gruppe der 70-bis-79-Jährigen. Hier waren 51 Prozent der Personen während der letzten vier Wochen vor dem Interview und nur sechs Prozent vor länger als einem Jahr bei einem Arzt / einer Ärztin (vgl. Tabelle 5.18). Einen weiteren signifikanten Zusammenhang gibt es mit dem persönlichen Nettomonatseinkommen: Besonders die Einkommensgruppen ab 2.000 Euro konsultieren deutlich weniger einen Arzt / eine Ärztin als andere. So unternahmen Personen mit mehr als 3.000 Euro Nettoeinkommen im Monat nur zu 35 Prozent im letzten Monat einen Arztbesuch, 15 Prozent von ihnen waren sogar vor mehr als einem Jahr das letzte Mal in einer Praxis.

Tabelle 5.18: Letzte Inanspruchnahme eines Arztes / einer Ärztin (außer Zahnarzt) nach Alter und Einkommen

		während der letzten 4 Wochen	vor 1 bis zu 3 Monaten	vor 4 bis zu 12 Monaten	vor 1 bis zu 5 Jahren	vor mehr als 5 Jahren
Alter	60-69 Jahre	44,6%	24,8%	20,3%	8,3%	2,1%
	70-79 Jahre	50,8%	25,8%	17,2%	5,8%	0,4%
	80 Jahre und älter	48,7%	26,2%	15,3%	8,1%	1,8%
persönliches Nettomonatseinkommen	unter 500 Euro	50,6%	25,6%	15,0%	6,6%	2,3%
	500 bis 1.000 Euro	46,7%	33,4%	13,1%	4,3%	2,5%
	1.001 bis 2.000 Euro	51,0%	22,1%	18,3%	7,6%	1,0%
	2.001 bis 3.000 Euro	45,9%	27,2%	18,7%	7,2%	1,1%
	mehr als 3.000 Euro	34,9%	20,7%	29,6%	12,8%	2,0%
Gesamt		47,4%	25,8%	18,0%	7,2%	1,6%

Die Besuchshäufigkeit bei einem Arzt / einer Ärztin hängt auch mit dem eigenen Gesundheitszustand zusammen. So gingen Personen mit einer sehr guten subjektiven Gesundheit nur zu 28 Prozent während der letzten vier Wochen vor dem Interview zu einem Arzt / einer Ärztin, bei denen mit einem schlechten oder sehr schlechten Zustand waren es 73 Prozent. Auch eine große Anzahl chronischer Krankheiten führt eine Person häufiger in eine Praxis: 32 Prozent der Menschen ohne Krankheiten haben im letzten Monat einen Arzt / eine Ärztin besucht, aber 71 Prozent derjenigen mit drei oder mehr Gebrechen (vgl. Tabelle 5.19).

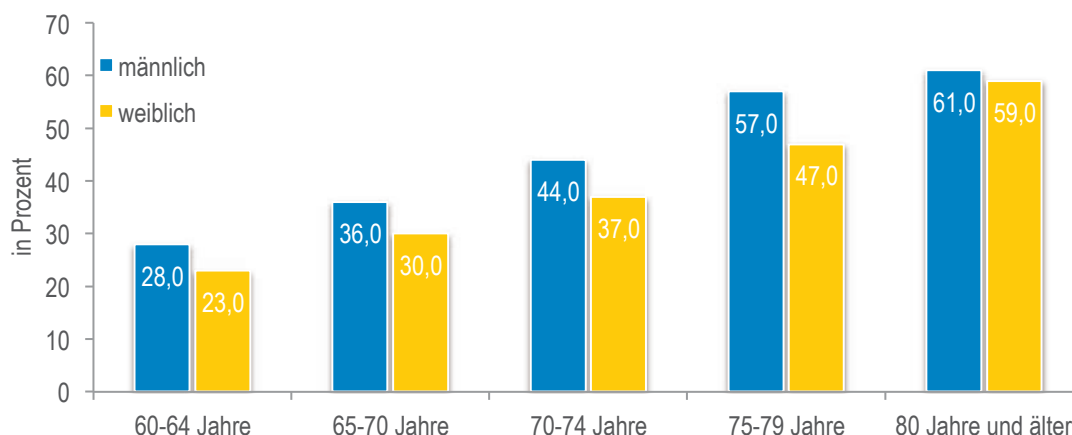
Tabelle 5.19: Letzte Inanspruchnahme eines Arztes / einer Ärztin (außer Zahnarzt) nach Anzahl chronischer Krankheiten und Gesundheitszustand

		während der letzten 4 Wochen	vor 1 bis zu 3 Monaten	vor 4 bis zu 12 Monaten	vor 1 bis zu 5 Jahren	vor mehr als 5 Jahren
Anzahl chronischer Krankheiten	keine	31,6%	26,0%	24,7%	14,6%	3,1%
	eine	52,3%	27,8%	16,2%	3,6%	,0%
	zwei	67,3%	21,4%	11,4%	,0%	,0%
	drei oder mehr	70,4%	22,3%	7,3%	,0%	,0%
Beurteilung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes	sehr schlecht	72,8%	12,8%	14,3%	,0%	,0%
	schlecht	73,1%	17,3%	7,2%	2,4%	,0%
	weder gut noch schlecht	58,0%	26,5%	11,4%	3,6%	,5%
	gut	41,1%	27,0%	22,3%	8,2%	1,4%
	sehr gut	27,8%	24,4%	24,1%	18,0%	5,7%
Gesamt		47,5%	25,4%	18,3%	7,3%	1,4%

Wesentlich voraussetzungsvoller und einschneidender als ein Arztbesuch ist der Aufenthalt in einem Krankenhaus. Er bedingt in der Regel eine ärztliche Indikation und ist ein Zeichen für eine ernsthaftere Erkrankung. Im Jahr 2010 waren unter 100 Einwohnern Schleswig-Holsteins ab dem 60. Lebensjahr 47 Krankenhaufälle zu verzeichnen. Dieser Wert liegt leicht unter dem Bundesschnitt von 49 Fällen. Er ist allerdings mehr als doppelt so hoch wie die Krankenhaufälle in der Gesamtbevölkerung des Bundeslandes (22 Fälle).²² Hier schlagen sich sowohl die zunehmende Zahl von chronischen Krankheiten als auch die Anfälligkeit für akute Erkrankungen sowie das erhöhte Unfallrisiko im Alter nieder. Männer sind dabei über alle hier betrachteten Altersgruppen hinweg häufiger in Krankenhäusern zu finden als Frauen (vgl. Abbildung 5.15).

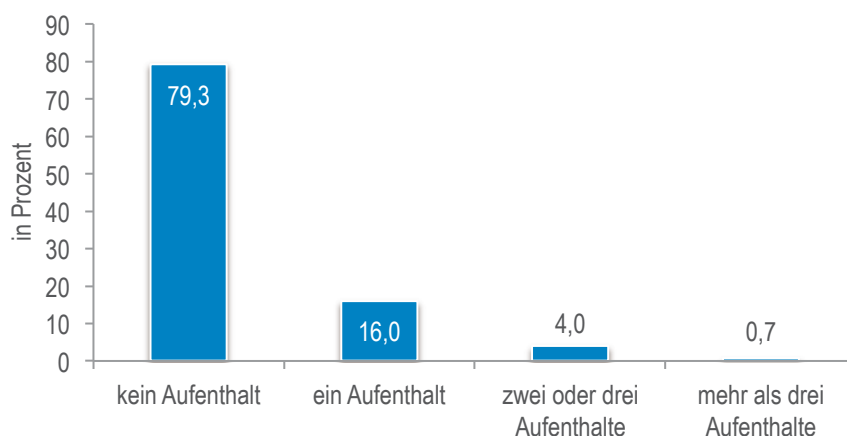
²² Quelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Stand 2010

Abbildung 5.15: Krankenhausfälle pro 100 Einwohner in Schleswig-Holstein nach Alter²³



21 Prozent der Seniorinnen und Senioren Schleswig-Holsteins waren innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Interview in einem Krankenhaus. Bei 16 Prozent handelte es sich um einen Aufenthalt, bei 5 Prozent um zwei oder mehr. Der Wert liegt in Schleswig-Holstein erneut ungefähr im gesamtdeutschen Schnitt: Der Telefonische Gesundheitssurvey 2009 ermittelt einen Anteil von 23 Prozent der Ab-65-Jährigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr, unsere Befragung ergibt für Schleswig-Holstein einen Anteil von 21 Prozent.

Abbildung 5.16: Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten



Stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus stehen kaum im Zusammenhang mit soziodemographischen Faktoren. Weder werden sie altersbedingt häufiger, noch bestehen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts oder Sozialstatus. Hinsichtlich der räumlichen Struktur ergeben sich jedoch signifikante Differenzen: Im städtischen Raum waren mit 23 Prozent anteilig mehr Personen im letzten Jahr in einem Krankenhaus als in ländlichen Regionen (17 Prozent).

²³ Quelle: ebd.

Tabelle 5.20: Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten nach Siedlungsstruktur

		nein	einmal	zwei- oder dreimal	mehr als dreimal
Siedlungsstruktur	eher ländlich	83,3%	12,7%	3,8%	0,2%
	überwiegend städtisch	77,4%	17,7%	4,0%	0,9%
Gesamt		79,3%	16,1%	4,0%	0,7%

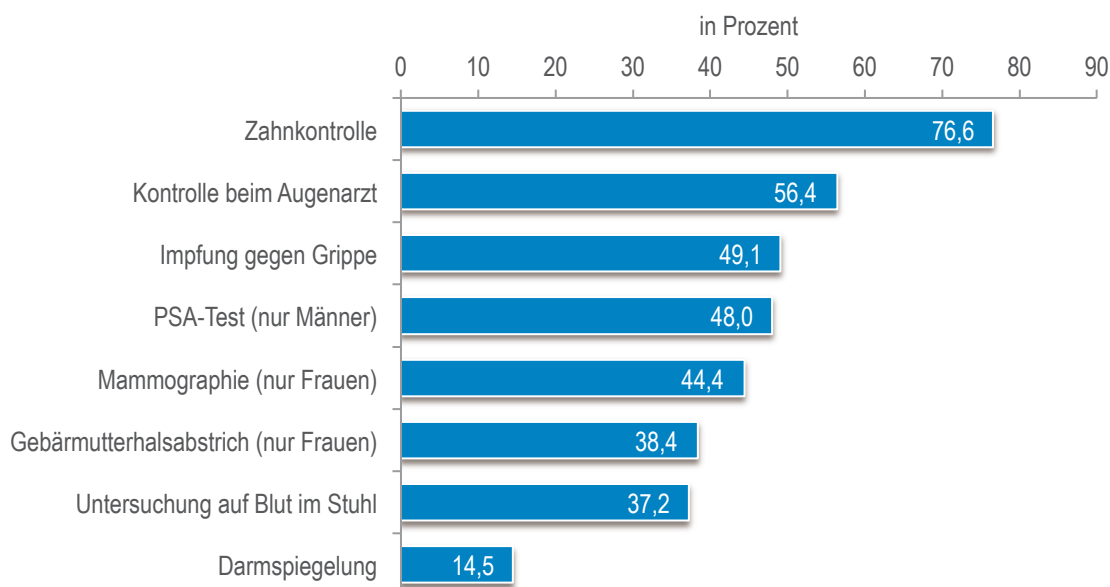
Noch stärker als ein Arztbesuch hängt ein Krankenhausaufenthalt mit dem Gesundheitszustand eines Individuums zusammen. 94 Prozent der älteren Menschen mit nach eigenen Angaben sehr guter Gesundheit waren im letzten Jahr vor dem Interview nicht im Krankenhaus, gegenüber 71 Prozent mit einem schlechten und 55 Prozent mit einem sehr schlechten Zustand. Und von denen, die unter drei oder mehr chronischen Krankheiten leiden, mussten in den letzten 12 Monaten 36 Prozent stationär behandelt werden, Personen ohne eine solche Erkrankung nur zu 14 Prozent (vgl. Tabelle 5.21).

Tabelle 5.21: Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten nach Anzahl chronischer Krankheiten und Gesundheitszustand

		nein	einmal	zwei- oder dreimal	mehr als dreimal
Anzahl chronischer Krankheiten	keine	86,0%	11,8%	2,2%	0,0%
	eine	77,1%	17,7%	4,1%	1,1%
	zwei	75,0%	19,0%	3,8%	2,2%
	drei oder mehr	63,6%	24,8%	11,5%	0,0%
Beurteilung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes	sehr schlecht	55,2%	34,8%	6,4%	3,6%
	schlecht	70,9%	17,8%	8,2%	3,2%
	weder gut noch schlecht	70,8%	22,1%	6,3%	0,8%
	gut	82,4%	14,5%	2,8%	0,2%
	sehr gut	94,3%	5,7%	0,0%	0,0%
Gesamt		79,3%	16,1%	4,0%	0,7%

Damit es gar nicht erst zu einem Krankenhausaufenthalt oder mehrfachen Arztbesuchen kommen muss, bietet das Gesundheitssystem eine Reihe von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen an. Die von den Seniorinnen und Senioren am häufigsten genutzte ist dabei die jährliche Zahnkontrolle (77 Prozent), gefolgt von der Kontrolle beim Augenarzt (56 Prozent). Eine Grippeimpfung ist bei rund jeder zweiten Person innerhalb der letzten 12 Monate erfolgt. Früherkennungsmaßnahmen für Magen- oder Darmkrebs sind dagegen weniger häufig in Anspruch genommen worden (vgl. Abbildung 5.17). Bei den geschlechtsspezifischen Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen hat rund jeder zweite Mann innerhalb des letzten Jahres an einem PSA-Test teilgenommen, ähnlich hoch ist die Mammographie-Nutzung bei den Frauen (44 Prozent).

Abbildung 5.17: Innerhalb der letzten 12 Monate in Anspruch genommene Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen



In der Regel hat jeder ältere Mensch mehr als eine dieser Untersuchungen in Anspruch genommen, die meisten von ihnen zwei oder drei (21 bzw. 22 Prozent). 18 Prozent waren bei vier Maßnahmen, weitere 20 Prozent sogar bei fünf und mehr. Nur 6 Prozent haben keine der abgefragten Angebote in Anspruch genommen.

Die Inanspruchnahme der meisten Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen hängt deutlich vom Alter der Personen ab. Zum einen sinkt die Anzahl der wahrgenommenen Angebote von durchschnittlich 3 bis zum 79. Lebensjahr auf 2 ab dem 80. Bei den einzelnen Maßnahmen wiederum sind unterschiedliche Tendenzen zu erkennen (vgl. Tabelle 5.22). So sinken die Teilnahmequoten an der Zahnkontrolle (83 auf 59 Prozent), der Untersuchung auf Blut im Stuhl (42 auf 24 Prozent) sowie bei Frauen Mammographie (66 auf 7 Prozent) und Gebärmutterhalsabstrich (49 auf 11 Prozent) mit den Jahren deutlich. Signifikante Anstiege sind jedoch bei der Grippeimpfung (43 auf 57 Prozent) sowie der Augenarztkontrolle zu erkennen (diese steigt auf 63 Prozent im Alter 70-79 Jahre an und sinkt danach wieder leicht auf 59 Prozent).

Tabelle 5.22: Innerhalb der letzten 12 Monate in Anspruch genommene Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach Alter

	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80 Jahre und älter
Zahnkontrolle*	82,9%	78,3%	58,9%
Kontrolle beim Augenarzt*	50,1%	62,9%	58,5%
Impfung gegen Grippe*	43,0%	52,3%	57,1%
PSA-Test (nur Männer)	48,6%	51,6%	39,8%
Mammographie (nur Frauen) *	66,4%	36,6%	6,7%
Gebärmutterhalsabstrich (nur Frauen) *	49,1%	39,4%	10,7%
Untersuchung auf Blut im Stuhl*	41,7%	38,8%	23,7%
Darmspiegelung	16,7%	13,5%	11,6%

* Unterschiede sind statistisch signifikant

Generell werden Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in ländlichen Regionen seltener in Anspruch genommen als im städtischen Raum. Die Differenzen bewegen sich – je nach Maßnahme – im einstelligen Prozentpunktbereich und sind auch nicht immer signifikant, deuten aber damit möglicherweise entweder auf eine geringere Informiertheit oder eine schlechtere Versorgungslage in ländlichen Gebieten hin (vgl. Tabelle 5.23).

Tabelle 5.23: Innerhalb der letzten 12 Monate in Anspruch genommene Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach Siedlungsstruktur

	eher ländlich	überwiegend städtisch
Zahnkontrolle*	72,4%	78,7%
Kontrolle beim Augenarzt*	50,5%	59,2%
Impfung gegen Grippe*	45,2%	51,0%
PSA-Test (nur Männer)*	44,9%	49,7%
Mammographie (nur Frauen)	44,7%	44,3%
Gebärmutterhalsabstrich (nur Frauen)	36,1%	39,4%
Untersuchung auf Blut im Stuhl	33,6%	39,0%
Darmspiegelung	13,8%	14,9%

* Unterschiede sind statistisch signifikant

Zahnkontrolle und Gebärmutterhalsabstrich werden darüber hinaus mit steigendem Sozialstatus häufiger in Anspruch genommen: Während sie 70 bzw. 33 Prozent der Personen mit niedrigem Status in den letzten 12 Monaten vor dem Interview wahrgenommen haben, taten dies 79 bzw. 46 Prozent derjenigen mit hohem Status.

5.8 Informationen zum Thema Gesundheit

Aktuelle und verlässliche Informationen erleichtern die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Lebensweise, die Nutzung von Gesundheitsangeboten oder einfach Maßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität. Die Themen Gesundheit und Vorsorge gelten im Medienbereich allgemein als „dankbare“ Themen, da sie regelmäßig eine hohe Leser- bzw. Zuschauerzahl garantiert.

Wir wollten von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unserer Befragung wissen, welche Kanäle sie nutzen, wenn sie sich über den Themenkomplex „Gesundheit und Krankheit“ informieren wollen. Dazu standen sieben verschiedene Quellen zur Verfügung, unter denen sich sowohl die klassischen Massenmedien als auch Gespräche im Freundeskreis sowie der Hausarzt /die Hausärztin befanden. Von diesen sieben Kanälen nutzen die älteren Bürgerinnen und Bürger in Schleswig-Holstein im Durchschnitt vier, die Informationsbreite ist also recht hoch. Sie ist auch nicht signifikant abhängig von Alter, Geschlecht oder anderen soziodemographischen Faktoren, auch wenn sie mit steigendem Alter leicht sinkt.

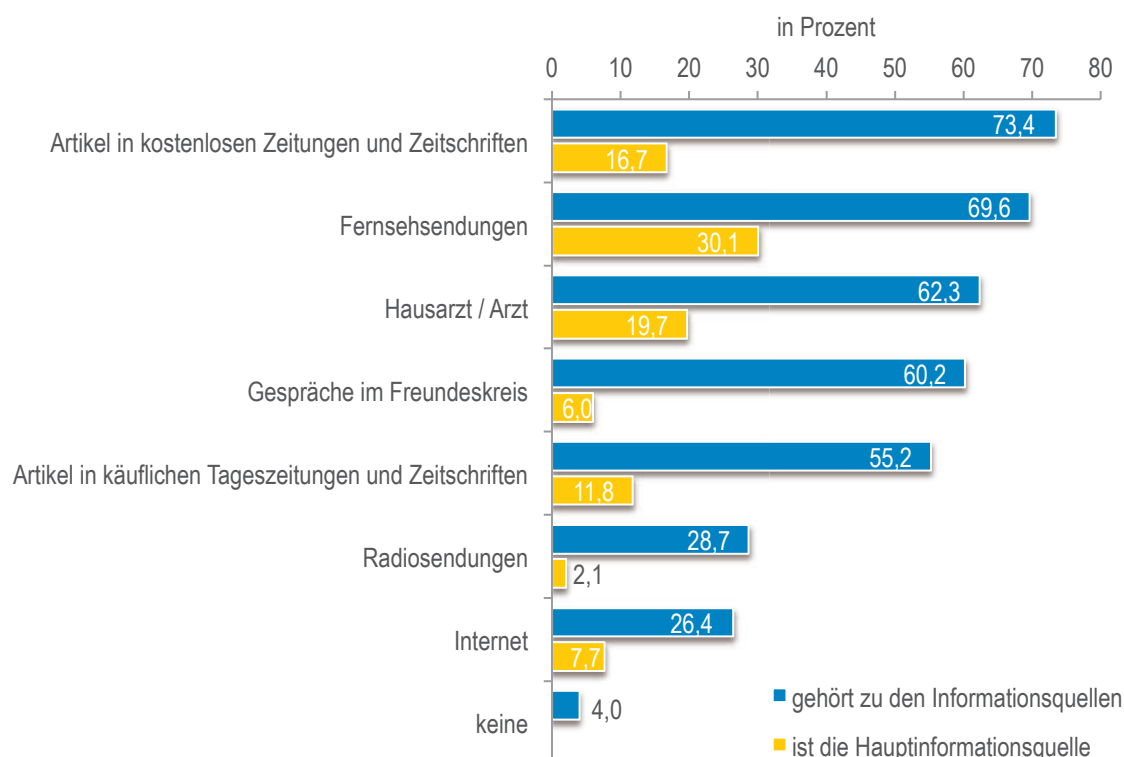
Die am häufigsten genutzte Informationsquelle sind Artikel in kostenlosen Zeitungen und Zeitschriften. 73 Prozent holen sich daraus gesundheitsbezogene Informationen. Ein Großteil davon dürfte auf die weit verbreitete „Apotheken Umschau“ entfallen, darüber hinaus auch auf die Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen. An zweiter Stelle

steht das Fernsehen mit seinen diversen Sendungsangeboten, die 70 Prozent der älteren Menschen nutzen. Auf Rang drei und vier folgen persönliche Gespräche, nämlich die mit dem eigenen Hausarzt oder anderen Ärzten (62 Prozent) sowie solche im Freundeskreis (60 Prozent). Etwa gleich häufig werden auch Artikel zum Thema Gesundheit und Krankheit in käuflichen Presseprodukten genutzt, die 55 Prozent aller Seniorinnen und Senioren lesen. Weniger Relevanz auf diesem Themengebiet haben Radiosendungen sowie das Internet (29 bzw. 26 Prozent).

Nach ihrer Hauptinformationsquelle gefragt, geben die meisten älteren Menschen in Schleswig-Holstein das Fernsehen an (30 Prozent). Erst weit dahinter folgen die Ärzte / Ärztinnen, nur jede(r) Fünfte erhält von ihnen die meisten Informationen zum Thema Gesundheit und Krankheit. Etwa gleich häufig werden von 17 Prozent die Artikel aus kostenlosen Presseerzeugnissen als Hauptmedium genutzt.

Abbildung 5.18: Informationsquellen zum Thema Gesundheit & Krankheit

(bei den Informationsquellen waren Mehrfachnennungen möglich, bei der Hauptinformationsquelle nur eine)



Es wird also deutlich, dass sich die Seniorinnen und Senioren auch abseits des Arztbesuches intensiv mit diesem Themenkomplex beschäftigen. Für viele ist der Arzt erst die zweite oder dritte Station, wenn es um die Beschaffung von Informationen geht. Die weite Verbreitung des Themas in den Medien unterstützt dieses Verhalten natürlich. Die leichte Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen begünstigt die Einrichtung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise. Auf der anderen Seite müssen sich Beschäftigte des Gesundheitswesens darauf einrichten, auf unterschiedlich informierte Patienten zu treffen, die dann mit weiteren Informationen z.B. zu ihrem Krankheitsbild versorgt werden müssen.

Das Informationsverhalten unterscheidet sich zwischen den soziodemographischen Gruppen. So nutzen Frauen etwas häufiger Gespräche im Freundeskreis als Männer (63 zu 57 Prozent), diese wiederum informieren sich öfter im Internet als Frauen (30 zu 23 Prozent). Personen mit niedrigem Sozialstatus lesen häufiger in kostenlosen Zeitungen und Zeitschriften gesundheitsbezogene Artikel als solche mit hohem Status (78 zu 62 Prozent). Demgegenüber steigt wieder die Internetnutzung mit höherem Sozialstatus, und das in deutlichem Ausmaß: Geben nur 17 Prozent der Personen mit niedrigem Status das Internet als Informationsquelle an, sind es bei denjenigen mit hohem Status 38 Prozent. Ein noch deutlicherer Zusammenhang besteht zwischen der Internetnutzung und dem Alter: Personen zwischen 60 und 69 Jahren informieren sich dort zu 37 Prozent über Gesundheitsthemen, in der Altersgruppe ab 80 Jahren sind es nur noch 9 Prozent.

Hinsichtlich der Hauptinformationsquelle unterscheiden sich die Bevölkerungsgruppen nur geringfügig. In fast allen sind Fernsehen, Ärzte / Ärztinnen und Artikel in kostenlosen Presseerzeugnissen die wichtigsten Informationskanäle. Der deutlichste Unterschied besteht zwischen den verschiedenen Sozialstatus hinsichtlich der Hauptinformationsquelle Fernsehen. Ihr Anteil sinkt mit steigendem Status deutlich (vgl. Tabelle 5.24).

Tabelle 5.24: Hauptinformationsquellen nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

			Rang 1		Rang 2		Rang 3
Alter	60-69 Jahre	Fernsehen	25,4%	Ärzte	18,3%	kostenl. Presse	16,6%
	70-79 Jahre	Fernsehen	38,1%	Ärzte	20,6%	Ärzte	21,2%
	80 Jahre und älter	Fernsehen	25,8%	Ärzte	21,2%	kostenl. Presse	21,2%
Geschlecht	männlich	Fernsehen	27,5%	Ärzte	19,5%	kostenl. Presse	16,4%
	weiblich	Fernsehen	32,3%	Ärzte	19,8%	kostenl. Presse	16,9%
Sozialstatus	niedriger Status	Fernsehen	36,9%	Ärzte	19,8%	kostenl. Presse	17,4%
	mittlerer Status	Fernsehen	30,7%	Ärzte	19,7%	kostenl. Presse	19,1%
	hoher Status	Fernsehen	20,4%	Ärzte	19,4%	käufliche Presse	19,4%

6 Soziale Teilhabe

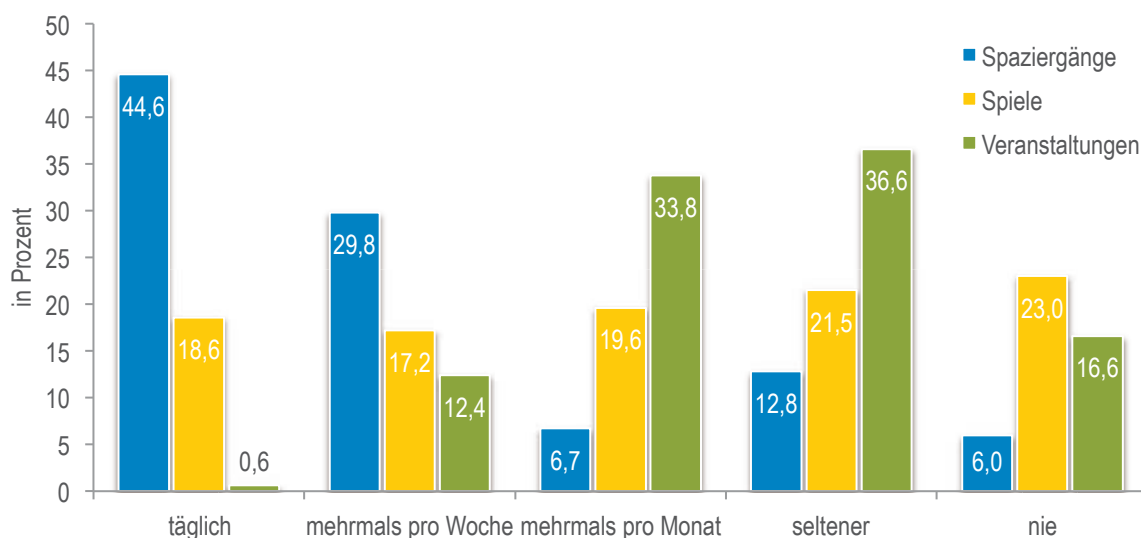
Das Zusammensein mit anderen Menschen gehört zu den Grundbedürfnissen und hat einen hohen positiven Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit. Doch gerade mit zunehmendem Alter treten verschiedene intervenierende Faktoren auf, die eine soziale Teilhabe der Individuen erschweren. Dazu gehören zum Beispiel die Auflösung der Familienstrukturen (durch erwachsen gewordene Kinder), eigene körperliche Einschränkungen und schließlich auch die Mortalität im eigenen Freundes- und Bekanntenkreis. Dabei wird die Unterstützung und Erleichterung der sozialen Teilhabe mit zunehmendem Alter immer wichtiger, da die Selbständigkeit potenziell sinkt.

In unserer Befragung haben wir deshalb verschiedene Indikatoren der sozialen Teilhabe abgefragt, die sowohl der individuellen als auch der organisierten Ebene entstammen. Sie werden in diesem Abschnitt zusammen mit ihren Auswirkungen auf die älteren Menschen in Schleswig-Holstein dargestellt.

6.1 Individuelle soziale Teilhabe

Soziale Integration und Teilhabe auf der individuellen Ebene haben wir durch drei Indikatoren gemessen: Spaziergänge, Besuch von Veranstaltungen und Gesellschaftsspiele. Von diesen drei Tätigkeiten erfassen wir die Häufigkeit, mit der sie in der Regel durchgeführt werden und ob sie allein oder mit Anderen geschehen. Darüber hinaus haben wir uns auch nach dem Vorhandensein von Haustieren erkundigt.

Abbildung 6.1: Häufigkeit von Spaziergängen, Spielen und des Besuchs von Veranstaltungen



Spaziergänge

Eine sehr voraussetzungslose Form der – zumindest passiven – sozialen Integration sind Spaziergänge. Sie erfordern lediglich ein Mindestmaß an körperlicher Mobilität und überhaupt keine finanziellen Ressourcen. Ihre positiven Wirkungen reichen von der Bewegung an der frischen Luft über den positiven Effekt auf die Psyche („raus aus den vier Wänden“) hin zu möglichen Sozialkontakten.

Knapp die Hälfte aller Seniorinnen und Senioren in Schleswig-Holstein geht täglich spazieren (45 Prozent), 30 Prozent unternehmen Spaziergänge nicht jeden Tag aber zumindest mehrmals pro Woche. Ein nicht ganz unerheblicher Teil der Schleswig-Holsteiner ab 60 Jahren geht jedoch nur mehrmals pro Monat (7 Prozent), seltener (13 Prozent) oder gar nie (6 Prozent) in seiner Freizeit vor die Tür. Da Spaziergänge nach landläufiger Definition nur zu Erholungszwecken bzw. ohne spezifisches Ziel durchgeführt werden, ist die gesamte Bewegungshäufigkeit außerhalb der Wohnung in den allermeisten Fällen wahrscheinlich höher. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die Zahl der Spaziergänge ein ungefähres Bild von der Häufigkeit leichter körperlicher Bewegungen von Individuen zeigt. 60 Prozent unternimmt diese Spaziergänge in der Regel in Begleitung, 40 Prozent dagegen allein.

Tabelle 6.1: Häufigkeit von Spaziergängen nach Alter

		täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Alter	60-69 Jahre	39,3%	35,1%	9,0%	12,4%	4,1%
	70-79 Jahre	47,6%	28,6%	5,3%	12,9%	5,6%
	80 Jahre und älter	51,1%	19,9%	4,2%	13,7%	11,1%
Gesamt		44,6%	29,8%	6,7%	12,8%	6,0%

Die Häufigkeit von Spaziergängen steht in keinem Zusammenhang zum Alter der Personen, allerdings gehen sie mit zunehmenden Lebensjahren immer häufiger allein spazieren: Nur 34 Prozent der 60-69-Jährigen hat bei Spaziergängen meist keine Begleitung, bei den Ab-80-Jährigen sind es dagegen 54 Prozent. Hinsichtlich des Geschlechts oder anderer soziodemographischer Faktoren existieren keine signifikanten Differenzen.

Tabelle 6.2: Spaziergänge allein oder mit Anderen nach Alter

		meist allein	mit Anderen
Alter	60-69 Jahre	34,1%	65,9%
	70-79 Jahre	41,8%	58,2%
	80 Jahre und älter	54,1%	45,9%
Gesamt		40,5%	59,5%

Spiele

Auch Spiele gehören zu den relativ voraussetzungslosen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe. Sie benötigen in der Regel lediglich mitwirkende Personen, wobei unser Spiel-Begriff auch solche umfassen konnte, die allein gespielt werden können.

Gut die Hälfte aller älteren Menschen beschäftigt sich nach eigenen Angaben regelmäßig mit Spielen: 19 Prozent davon sogar täglich, 17 Prozent mehrmals pro Woche und 20 Prozent mehrmals pro Monat. Knapp jeder Vierte

spielt dagegen nie. 27 Prozent der Spielerinnen und Spieler begnügen sich (gezwungenermaßen?) mit sich selbst, die restlichen 73 Prozent spielen dagegen mit Anderen.

Einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der Häufigkeit von Spielen gibt es nicht. Allerdings steigt der Anteil derjenigen, der kein Spiel mehr zur Hand nimmt, deutlich: Bei den 60-69-Jährigen beträgt er 16 Prozent, bei den Ab-80-Jährigen ist er mit 38 Prozent mehr als doppelt so hoch. In der höchsten Altersgruppe spielt etwas weniger als jeder Zweite außerdem allein.

Spiele sind eine Tätigkeit, die Frauen häufiger ausüben als Männer. 40 Prozent der weiblichen Teilnehmer widmen sich ihnen mehrmals pro Woche, von den männlichen tun dies nur 31 Prozent. Auch sind Frauen beim Spielen häufiger allein als Männer (30 zu 22 Prozent). Daneben gibt es kleine aber signifikante Differenzen zwischen ländlichen Gebieten, wo häufiger gespielt wird, und städtischen.

Tabelle 6.3: Häufigkeit von Spielen nach Alter, Geschlecht und Siedlungsstruktur

		täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Alter	60-69 Jahre	16,4%	18,1%	22,7%	26,3%	16,4%
	70-79 Jahre	20,3%	16,3%	19,1%	21,1%	23,2%
	80 Jahre und älter	20,6%	17,0%	13,4%	11,1%	37,9%
Geschlecht	männlich	14,3%	16,7%	18,6%	26,1%	24,3%
	weiblich	22,2%	17,7%	20,4%	17,8%	21,9%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	22,5%	17,0%	20,2%	19,5%	20,8%
	überwiegend städtisch	16,8%	17,3%	19,3%	22,5%	24,1%
Gesamt		18,6%	17,2%	19,6%	21,5%	23,0%

Besuch von Veranstaltungen

Der Besuch von Veranstaltungen – welcher Art auch immer – gehört schon zu den voraussetzungsvolleren Möglichkeiten der sozialen Teilhabe. Häufig sind dafür finanzielle Ressourcen notwendig, meist auch eine Mobilität über den unmittelbaren Nahbereich hinaus. Gesellschaftlich gelernt ist darüber hinaus, dass man Veranstaltungen in der Regel in Begleitung besucht, was von einem Ausüben dieser Freizeitgestaltung als Einzelperson abhalten könnte.

Da wir den Begriff „Veranstaltung“ sehr offen gelassen haben, kann er ein sehr weites Spektrum unterschiedlich voraussetzungsvoller Ereignisse umfassen. Immerhin besucht jeder dritte ältere Mensch in Schleswig-Holstein mehrmals pro Monat eine Veranstaltung, weitere 12 Prozent sogar mehrmals pro Woche. Zumindest in dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass es sich meist um regelmäßige Veranstaltungen handelt, die fest in den Alltag eingebaut sind. 37 Prozent besuchen einmal pro Monat oder seltener eine Veranstaltung, 17 Prozent nie.

Wie bereits vermutet, ist ein Veranstaltungsbesuch relativ stark mit der Begleitung durch (eine) andere Person(en) verknüpft. 89 Prozent der Seniorinnen und Senioren geben an, diese Ereignisse nicht allein zu besuchen.

Mit zunehmendem Lebensalter sinkt die Besuchshäufigkeit von Veranstaltungen signifikant. So besuchen noch 54 Prozent der 60-69-Jährigen mindestens mehrmals im Monat ein solches Ereignis, unter den Ab-80-Jährigen sind es nur noch 30 Prozent. Und für 37 Prozent der ältesten Gruppe steht gar kein Veranstaltungsbesuch mehr auf

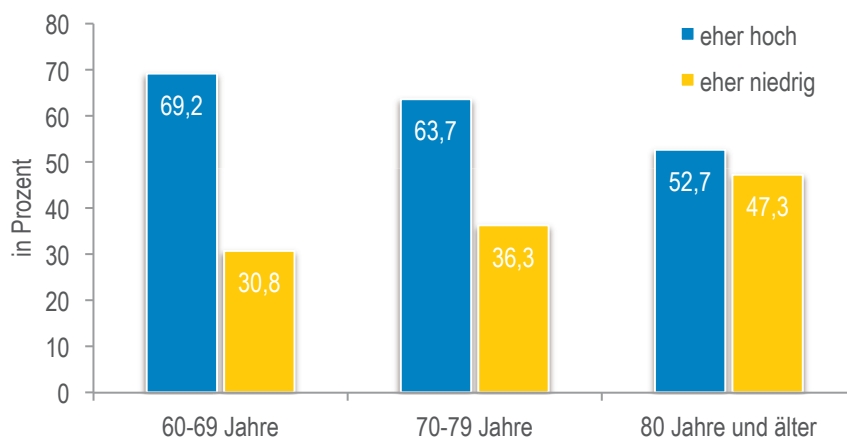
dem Programm. In der Tendenz besuchen Männer häufiger Veranstaltungen als Frauen und wenn sie dies tun, dann auch häufiger allein als das weibliche Geschlecht. Personen mit niedrigerem Sozialstatus besuchen seltener Veranstaltungen als solche mit hohem Status (vgl. Tabelle 6.4).

Tabelle 6.4: Häufigkeit des Besuchs von Veranstaltungen nach Alter, Geschlecht und sozialem Status

		täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Alter	60-69 Jahre	16,4%	18,1%	22,7%	26,3%	16,4%
	70-79 Jahre	20,3%	16,3%	19,1%	21,1%	23,2%
	80 Jahre und älter	20,6%	17,0%	13,4%	11,1%	37,9%
Geschlecht	männlich	0,6%	12,1%	37,1%	36,8%	13,4%
	weiblich	0,6%	12,5%	31,1%	36,5%	19,2%
sozialer Status	niedriger Status	0,3%	8,1%	25,1%	42,4%	24,2%
	mittlerer Status	0,7%	13,6%	35,0%	35,5%	15,3%
	hoher Status	0,8%	15,7%	43,2%	31,3%	9,1%
Gesamt		0,6%	12,5%	31,1%	36,5%	19,2%

Für einen Gesamtüberblick haben wir die drei Möglichkeiten der individuellen sozialen Teilhabe (Spaziergänge, Spiele, Veranstaltungsbesuche) zu einem einfachen summarischen Index zusammengefasst. Alle Antworten, die zeigen, dass die / der Befragte sich mindestens mehrmals im Monat mit den abgefragten Möglichkeiten beschäftigt, haben wir als eher hohe Integration eingestuft, alle anderen als eher niedrige. Bei der Betrachtung des Indizes zeigt sich wie bei allen Einzelindikatoren: Mit zunehmendem Alter sinkt der Grad der individuellen sozialen Teilhabe. Unter den 60-69-Jährigen liegt der Anteil der eher hoch Integrierten bei 69 Prozent, bei den Ab-80-Jährigen dagegen nur bei 53 Prozent. Hinsichtlich anderer soziodemographischer Faktoren ergeben sich auf der Gesamtebene jedoch keine Unterschiede.

Abbildung 6.2: Grad der individuellen sozialen Integration nach Alter



Haustiere

Tiere haben nachweislich einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und Ausgeglichenheit von Menschen. Gerade im höheren Alter können Tiere außerdem eine möglicherweise fehlende Bezugsperson ersetzen. Studien haben gezeigt, dass ältere Menschen mit Haustieren seltener zum Arzt / zur Ärztin gehen, weniger Medikamente einnehmen und ein geringeres Risiko für erhöhte Blutfette, Bluthochdruck und Herz-Kreislaufkrankungen haben.²⁴ Wir haben deshalb auch nach der Anwesenheit von Haustieren gefragt.

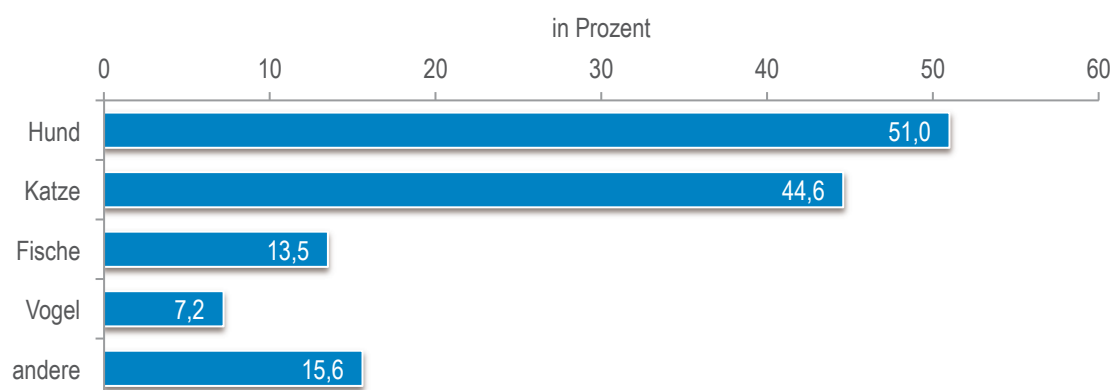
Gut jeder vierte ältere Mensch in Schleswig-Holstein besitzt ein Haustier im Haushalt (22 Prozent). In ländlichen Gebieten sind es sogar 30 Prozent, dagegen in städtischen Regionen nur 18 Prozent. Und tendenziell sind auch mehr Männer unter den Tierfreunden als Frauen (24 zu 20 Prozent). Mit den Jahren nimmt der Anteil der Haustierbesitzer deutlich ab. Bis zum 69. Lebensjahr befindet sich in knapp jedem dritten Haushalt ein Tier (29 Prozent), ab dem 80. Lebensjahr nur noch in 12 Prozent.

Tabelle 6.5: Besitz eines Haustiers nach Alter und Region

		Haustier	kein Haustier
Alter	60-69 Jahre	29,2%	70,8%
	70-79 Jahre	18,7%	81,3%
	80 Jahre und älter	12,0%	88,0%
Siedlungsstruktur	eher ländl	30,0%	70,0%
	überwiegend städtisch	18,2%	81,8%
Gesamt		22,1%	77,9%

In Abbildung 6.3 sind die wichtigsten Haustiere und ihre Verteilung unter den Tierbesitzern dargestellt.

Abbildung 6.3: Anteile der wichtigsten Haustierarten bei Haustierbesitzern

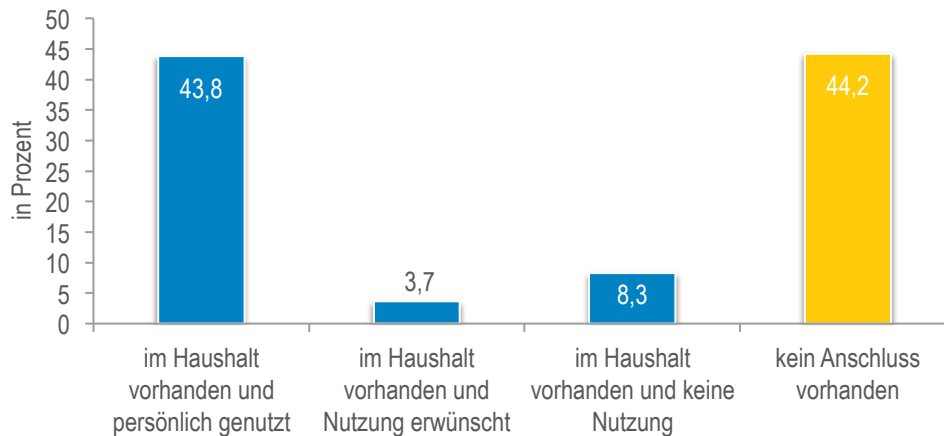


²⁴ vgl. Anderson / Reid / Jennings (1992)

Internet

56 Prozent der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr besitzen in ihrem Haushalt einen Internetanschluss. Drei Viertel dieser Personen nutzt den Anschluss auch persönlich, das sind 44 Prozent der älteren Menschen. Bei denjenigen, die zwar einen Internetanschluss besitzen, ihn aber noch nicht nutzen, ist das Interesse an einer eigenen Nutzung eher gering (vgl. Abbildung 6.4).

Abbildung 6.4: Internetanschluss



Es bestehen deutliche Unterschiede bei der Internetnutzung hinsichtlich soziodemographischer Faktoren, die denen in allen Studien zu diesem Thema gleichen. So nimmt die eigene Nutzung mit steigendem Alter deutlich ab: Personen zwischen 60 und 69 Jahren nutzen das Internet zu 66 Prozent, diejenigen ab 80 Jahren nur noch zu 12 Prozent (vgl. Tabelle 6.6). Männer verwenden das Internet häufiger als Frauen (52 zu 38 Prozent), und Personen mit hohem Status sind fast dreimal so oft im Netz zu finden wie solche mit niedrigem (69 zu 26 Prozent). In städtischen Gebieten ist das Internet schon selbstverständlicher als in ländlichen Regionen (46 zu 39 Prozent).

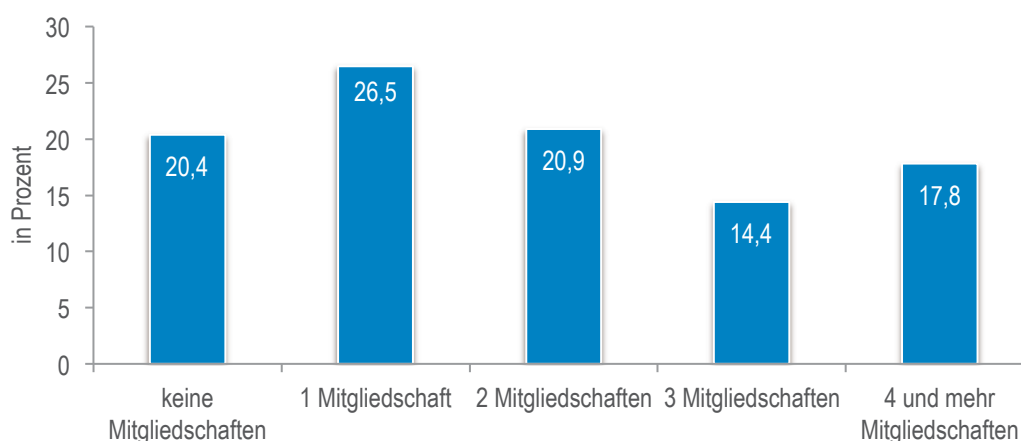
Tabelle 6.6: Eigene Internetnutzung nach Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Siedlungsstruktur

		eigene Internetnutzung
Alter	60-69 Jahre	65,6%
	70-79 Jahre	33,9%
	80 Jahre und älter	12,1%
Geschlecht	männlich	51,6%
	weiblich	37,5%
sozialer Status	niedriger Status	26,2%
	mittlerer Status	43,2%
	hoher Status	68,9%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	38,9%
	überwiegend städtisch	46,2%
Gesamt		43,8%

6.2 Organisierte soziale Teilhabe

80 Prozent der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr sind Mitglied in mindestens einer Vereinigung, im Durchschnitt ist jede Person in zwei Gruppen organisiert. 14 Prozent geben drei Mitgliedschaften an, 18 Prozent sogar noch mehr. Der Organisationsgrad kann also als hoch bezeichnet werden, wobei eine Mitgliedschaft sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Man kann davon ausgehen, dass ein Großteil von ihnen eher passiven Charakter besitzt, auch wenn explizit nach aktiven Mitgliedschaften, also inklusive Teilnahme an Treffen oder Aktivitäten, gefragt wurde.

Abbildung 6.5: Anzahl der Mitgliedschaften in Gruppen oder Vereinigungen



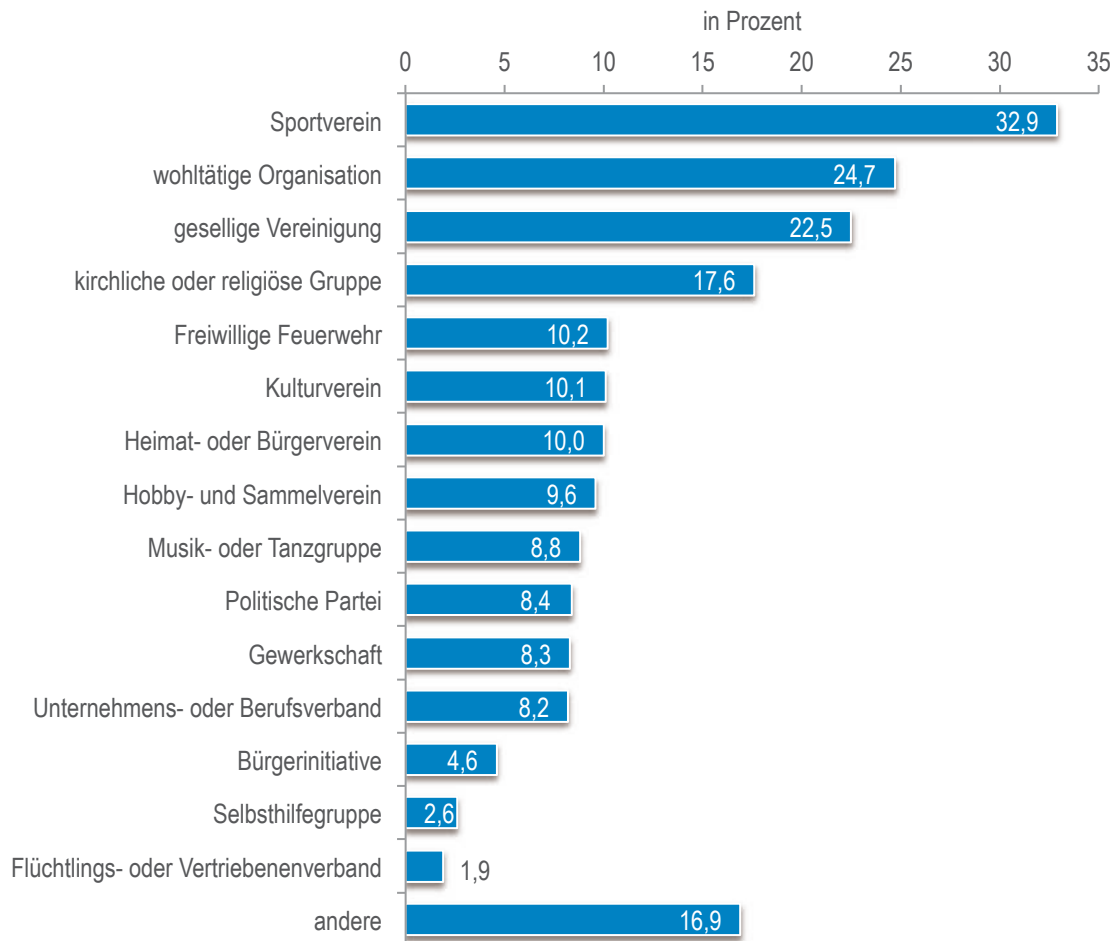
Wie so vieles, nimmt auch die Aktivität der Seniorinnen und Senioren im Hinblick auf gesellschaftliche Gruppen mit dem Alter ab. Zwischen 60 und 69 Jahren sind noch 84 Prozent in mindestens einer Gruppe organisiert, dieser Anteil sinkt bis zur Gruppe der Ab-80-Jährigen auf 67 Prozent. Unabhängig vom Alter ist auch der Organisationsgrad von Männern etwas höher als der von Frauen. Zwar sind beide Geschlechter etwa gleich häufig Mitglied in mindestens einer Gruppe, Männer geben jedoch etwas mehr Mitgliedschaften an als Frauen. Die generelle Angehörigkeit von Gruppen als auch deren Anzahl nimmt außerdem mit steigendem sozialem Status zu. Unter Personen mit niedrigem Status sind 25 Prozent nicht organisiert, bei denjenigen mit hohem Status nur 17 Prozent. 23 Prozent der Personen mit niedrigem Sozialstatus sind Mitglied in 3 oder mehr Gruppen, Angehörige der hohen Statusgruppe sind dies zu 45 Prozent.

Tabelle 6.7: Mitgliedschaft in Gruppen oder Vereinigungen nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

		keine Mitgliedschaft	mindestens eine Mitgliedschaft
Alter	60-69 Jahre	16,4%	83,6%
	70-79 Jahre	18,5%	81,5%
	80 Jahre und älter	33,2%	66,8%
Geschlecht	männlich	19,8%	80,2%
	weiblich	20,8%	79,2%
sozialer Status	niedriger Status	24,9%	75,1%
	mittlerer Status	18,8%	81,2%
	hoher Status	17,4%	82,6%
Gesamt		20,4%	79,6%

Deutlich am häufigsten organisiert sind die älteren Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner in Sportvereinen, jede(r) Dritte besitzt dort eine Mitgliedschaft. Jede(r) Vierte gehört einer wohltätigen Organisation an, etwa genauso viele einer geselligen Vereinigung.

Abbildung 6.6: Organisation in einer Gruppe oder Vereinigung



Über die soziodemographischen Gruppen hinweg gibt es gewisse Präferenzen hinsichtlich der Art der Vereinigungen. So sind Männer doppelt so häufig wie Frauen bei der Freiwilligen Feuerwehr organisiert (14 zu 7 Prozent) und auch deutlich häufiger Mitglied einer politischen Partei (11 zu 6 Prozent) oder eines Unternehmens- bzw. Berufsverbandes (14 zu 4 Prozent). Demgegenüber findet man Frauen häufiger in einer Musik- oder Tanzgruppe (7 zu 10 Prozent). Wie bereits gezeigt, sind Personen mit höherem sozialem Status stärker in Vereinigungen organisiert. Besonders zeigt sich dies in Kulturvereinen, wo nur 5 Prozent der Seniorinnen und Senioren mit niedrigem Status und 8 Prozent derjenigen mit mittlerem Status, aber 21 Prozent mit hohem Status zu finden sind. Auch die Angehörigkeit zu politischen Parteien sowie Unternehmens- und Berufsverbänden unterscheidet sich zwischen den Sozialstatus-Gruppen.

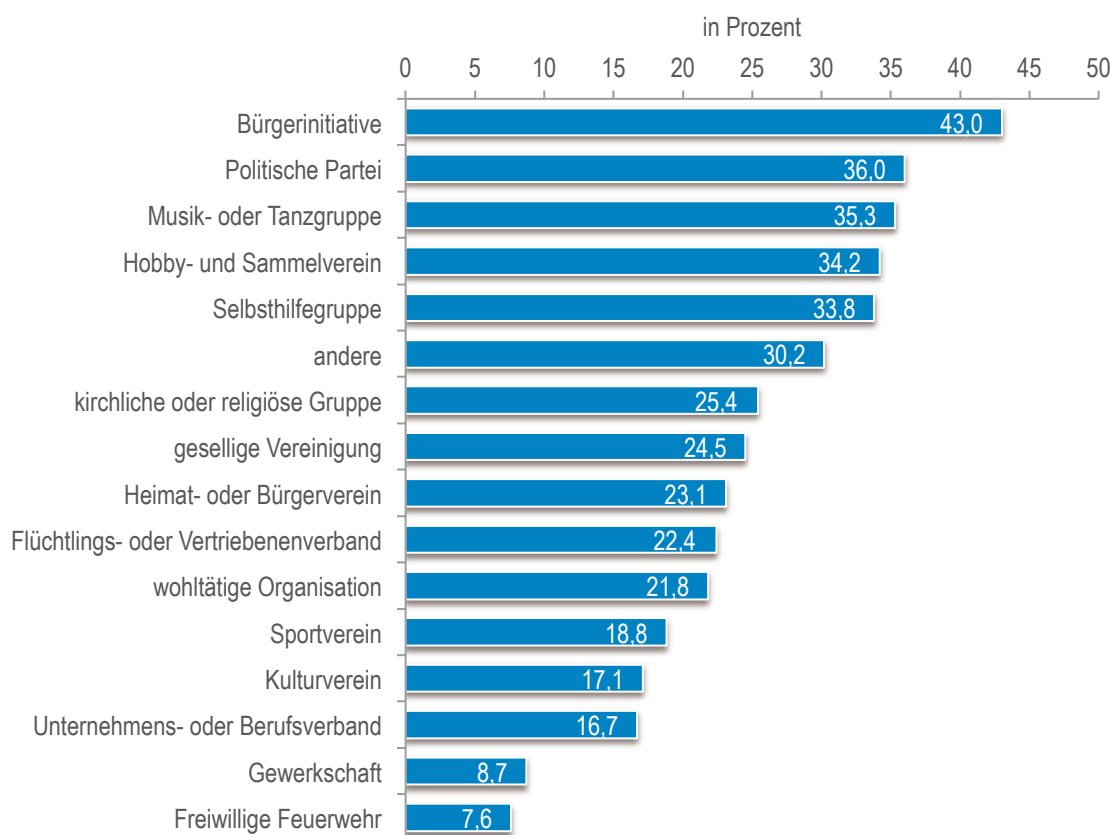
Eine stärkere Einbindung in die Organisationen besitzen diejenigen Mitglieder, die eine Aufgabe oder Funktion besitzen. Bei ihnen kann man davon ausgehen, dass sie sich regelmäßig mit der Vereinigung beschäftigen und dass sie stark in die Gruppe integriert sind. Eine solche Aufgabe oder Funktion besitzen laut eigenen Angaben 28

Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein. Auf jeden zweiten entfällt damit statistisch eine Funktion, 11 Prozent haben zwei oder mehr inne.

Frauen sind laut eigenen Angaben nur halb so häufig mit einer Funktion betraut wie Männer. 23 Prozent von ihnen haben mindestens eine Aufgabe, 8 Prozent zwei oder mehr. Bei den Männern sind es 34 bzw. 15 Prozent. Entsprechend der Mitgliedschaft sinkt der Besitz von Aufgaben oder Funktionen auch mit steigendem Alter sowie niedrigerem Sozialstatus.

Abbildung 6.7: Aufgabe oder Funktion in einer Gruppe oder Vereinigung

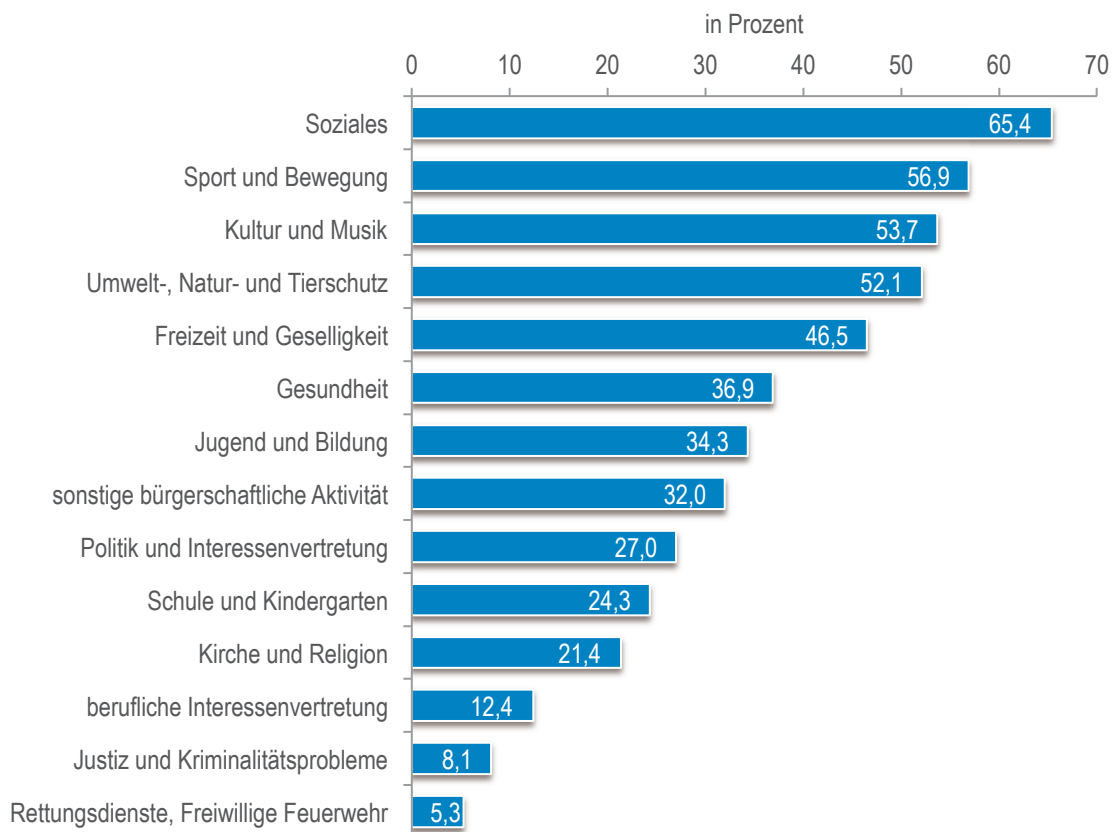
(Anteile in Prozent aller derjenigen, die Mitglied der entsprechenden Gruppe sind)



Das Interesse an einem (weiteren) bürgerschaftlichen Engagement ist gering – die meisten Interessenten an diesem Thema haben ihren Wunsch demnach schon in die Tat umgesetzt. Nur 6 Prozent aller älteren Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner könnten sich ein Engagement vorstellen, 9 Prozent antworten mit vielleicht. Diese beiden Gruppen haben wir danach gefragt, in welchem Bereich sich dieser Einsatz abspielen könnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich, die Abbildung 6.8 zeigt das Ergebnis. Soziale Themen stehen dabei an erster Stelle, es folgen sportliche und kulturelle Aktivitäten. Weniger Interesse besteht an gesellschaftlicher Interessenvertretung, an letzter Stelle stehen Rettungsdienste und die freiwillige Feuerwehr.

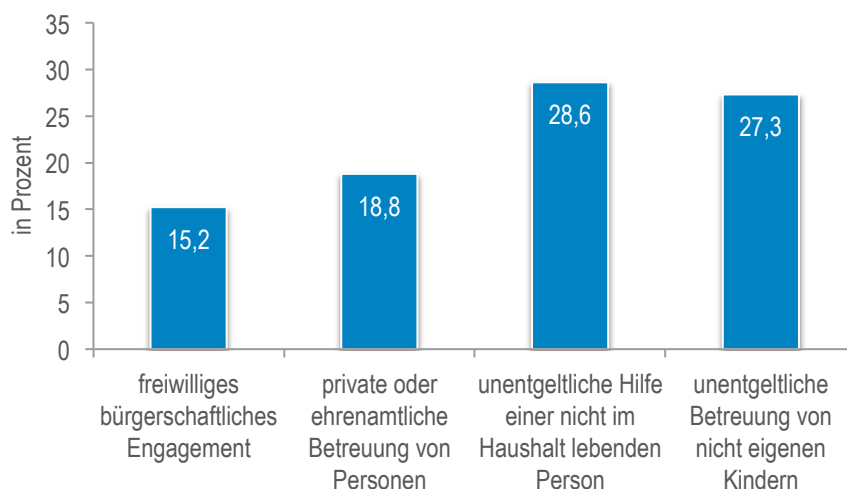
Abbildung 6.8: Gewünschte Themenfelder eines (weiteren) bürgerschaftlichen Engagements

(in Prozent aller Personen, die sich ein (weiteres) Engagement vorstellen könnten)



6.3 Ehrenamtliche Tätigkeiten und Betreuung

Spätestens mit Erreichen des Rentenalters besteht die Gelegenheit, das eigene Zeitbudget neu zu strukturieren. Ehrenamtliche Tätigkeiten und bürgerschaftliches Engagement sind dabei sinnvolle Möglichkeiten, die eigenen Fähigkeiten weiter in das gesellschaftliche Leben einzubringen.

Abbildung 6.9: Ehrenamtliche Tätigkeiten und Betreuung

Jede siebte Bürgerin und jeder siebte Bürger Schleswig-Holsteins ab dem 60. Lebensjahr leistet gegenwärtig freiwilliges bürgerschaftliches Engagement. Auch dies sinkt deutlich mit steigendem Alter. Engagiert sich unter den 60-69-Jährigen noch fast jeder Fünfte, tut dies nur noch einer von 20 der Ab-80-Jährigen. Ehrenamtliche Arbeit wird darüber hinaus häufiger von Männern als von Frauen geleistet (18 zu 13 Prozent). Auch steigt das Engagement deutlich mit höherem Sozialstatus: Findet man unter Personen mit niedrigem Sozialstatus nur 8 Prozent bürgerschaftlich Aktive, sind es unter solchen mit hohem Status 25 Prozent.

Tabelle 6.8: Bürgerschaftliches Engagement nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

		leistet bürgerschaftliches Engagement
Alter	60-69 Jahre	19,1%
	70-79 Jahre	15,8%
	80 Jahre und älter	4,8%
Geschlecht	männlich	18,3%
	weiblich	12,6%
sozialer Status	niedriger Status	8,2%
	mittlerer Status	15,0%
	hoher Status	24,9%
Gesamt		15,2%

Die Pflege durch andere Personen ist mit zunehmendem Alter eigentlich ein Thema, das man vor allem als passiver – als zu Pflegenden / Pflegenden – erlebt. Dennoch kann man auch oder gerade im Rentenalter Pflegeleistungen für andere Personen übernehmen, soweit es die eigene Gesundheit zulässt.

Fast jede fünfte Seniorin und jeder fünfte Senior leistet private oder ehrenamtliche Betreuung bzw. Pflege anderer Personen. Zwei Drittel davon beschränken sich auf die Tagesstunden, ein weiteres Drittel ist 24-Stunden-Hilfe. Man kann davon ausgehen, dass ein Großteil dieser Pflege Angehörigen im eigenen Haushalt zuteilwird. Tendenziell leisten sie eher Frauen als Männer. Dieser Unterschied ist bis zum 69. Lebensjahr signifikant (23 zu 16 Pro-

zent), ab dem 80. Lebensjahr wiederum geben doppelt so viele Männer wie Frauen an, andere Personen zu pflegen (14 zu 8 Prozent, Unterschied nicht signifikant). In städtischen Gebieten ist die Pflege häufiger zu finden als in ländlichen (20 zu 16 Prozent), mit zunehmendem Alter nimmt sie deutlich ab (von 20 Prozent bei den 60-69-Jährigen auf 10 Prozent bei den Ab-80-Jährigen).

Tabelle 6.9: Ehrenamtliche Pflege oder Betreuung einer Person nach Alter, Geschlecht und Siedlungsstruktur

		Pflege oder Betreuung einer Person
Alter	60-69 Jahre	19,7%
	70-79 Jahre	22,3%
	80 Jahre und älter	10,4%
Geschlecht	männlich	16,5%
	weiblich	20,7%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	15,7%
	überwiegend städtisch	20,4%
Gesamt		18,8%

Die Pflege von Personen ist nur eine von vielen verschiedenen Möglichkeiten, andere zu unterstützen. Deshalb haben wir auch gefragt, wie viele der Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr generell unentgeltliche Hilfe bei nicht im Haushalt lebenden Personen leisten. 29 Prozent gaben an, dies zu tun. Der Anteil ist dabei unter Männern höher als unter Frauen (33 zu 25 Prozent). Außerdem sinkt auch er erwartbar von 36 Prozent bei den 60-69-Jährigen auf 14 Prozent bei den Ab-80-Jährigen.

Tabelle 6.10: Unentgeltliche Hilfe bei einer nicht im Haushalt lebenden Person nach Alter und Geschlecht

		unentgeltliche Hilfe
Alter	60-69 Jahre	35,8%
	70-79 Jahre	27,3%
	80 Jahre und älter	14,2%
Geschlecht	männlich	32,9%
	weiblich	25,1%
Gesamt		28,6%

Und schließlich bietet das Rentenalter die Möglichkeit, sich stärker um die Nachkommen in der Familie zu kümmern. 27 Prozent aller Seniorinnen und Senioren geben an, von Zeit zu Zeit die Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern, die nicht die eigenen sind (also z.B. Enkel oder Kinder von Geschwistern, Nachbarn, Freunden), zu übernehmen. Diese Praxis ist in ländlichen Gebieten noch deutlich ausgeprägter als in städtischen (32 zu 25 Prozent). Ähnlich wie die Hilfeleistungen bei anderen Personen nimmt die Möglichkeit zur Betreuung nicht-eigener Kinder mit steigendem Alter deutlich ab (von 35 Prozent unter den 60-69-Jährigen auf 10 Prozent unter den Ab-80-Jährigen).

Tabelle 6.11: Unentgeltliche Betreuung oder Beaufsichtigung fremder Kinder nach Alter und Siedlungsstruktur

		Betreuung von Kindern
Alter	60-69 Jahre	35,3%
	70-79 Jahre	26,5%
	80 Jahre und älter	10,0%
Siedlungsstruktur	eher ländlich	31,6%
	überwiegend städtisch	25,1%
Gesamt		27,3%

Im bundesweiten Vergleich liegen die Schleswig-Holsteiner Seniorinnen und Senioren damit bei der Kinderbetreuung etwas oberhalb der Werte, welche der Deutsche Alterssurvey 2008 ermittelt hat. Hier betätigen sich deutschlandweit 15 Prozent der Personen ab 70 Jahren bei der Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern, in Schleswig-Holstein beträgt dieser Anteil 21 Prozent.²⁵

²⁵ Quelle: Deutscher Alterssurvey 2008 des Deutschen Zentrums für Altersfragen; Für den Vergleich mit dem DEAS musste eine Einschränkung der Stichprobe vorgenommen werden. Die in der Datenbank GeroStat des DZA (<http://www.gerostat.de/de/index.html>) ausgewiesenen Werte differenzieren sich nach den Altersgruppen 40-54, 55-69 und 70-85 Jahre. Wir vergleichen hier also die Ab-70-Jährigen mit der letzten dieser Altersgruppen.

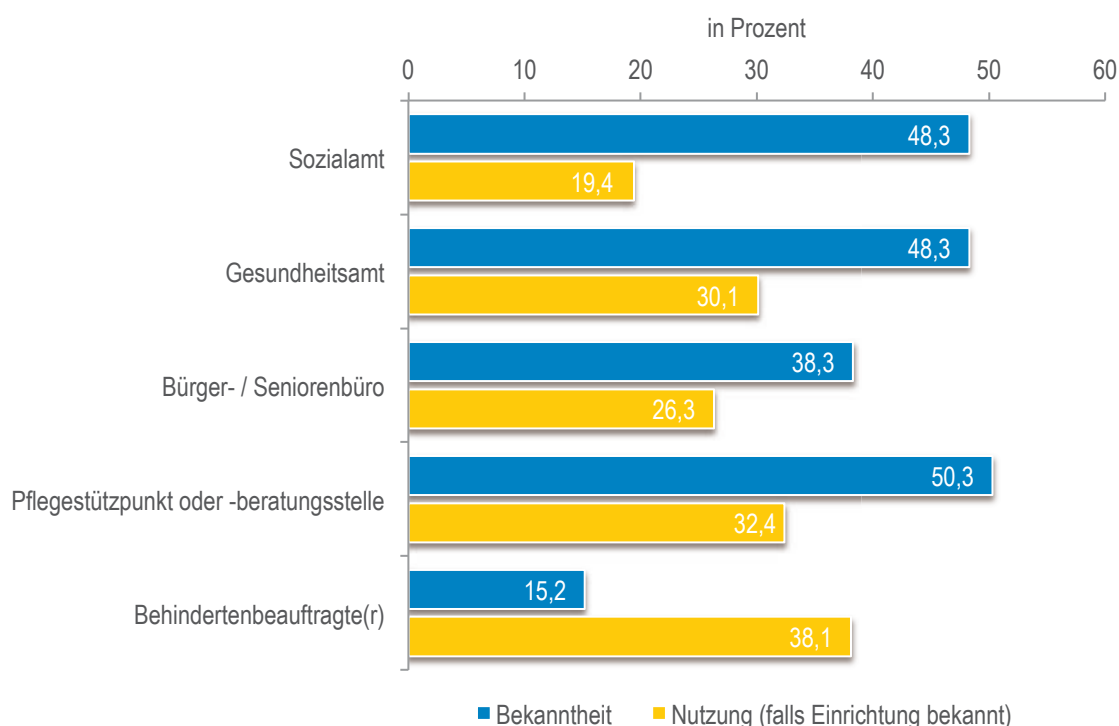
7 Alltag im Alter

Altern verändert den Alltag. Gewöhnliche Tätigkeiten, wie das Steigen oder Heben, erfordern nun einen größeren Aufwand als früher. Die Entfernungen zum Supermarkt scheinen weiter, der Arzt oder die Apotheke wird häufiger benötigt. Soziale Kontakte gehen verloren und Informationen zu neuen Lebenssituationen sind gefragt. Wie die älteren Einwohnerinnen und Einwohner Schleswig-Holsteins ihren Alltag im Alter meistern, stellen wir in diesem Abschnitt dar.

7.1 Hilfs- und Beratungsstellen

Zur Unterstützung einer eigenständigen Lebensweise im Alter stellen Staat und Zivilgesellschaft eine Reihe unterschiedlicher Versorgungs- und Betreuungsangebote zur Verfügung. Diese bieten Informationen zu altersbezogenen Themen, zu Unterstützungsmöglichkeiten für die Erledigung alltäglicher Aufgaben und zu Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten. Die Angebote können natürlich nur wirksam werden, wenn ihre Zielgruppen sie kennen. Deshalb haben wir gefragt, welche Hilfs- und Beratungsstellen den Schleswig-Holsteiner Einwohnerinnen und Einwohnern ab dem 60. Lebensjahr bekannt sind – und zu welchen davon sie Kontakt haben oder hatten.

Abbildung 7.1: Bekanntheit und Nutzung verschiedener Hilfs- und Beratungsstellen



Sozialamt

Sozialämter bieten neben der Sicherstellung der Versorgung laut SGB XII verschiedene Hilfs- und Beratungsangebote an. Für ältere Bürger können sie so unterschiedliche Fragen beantworten, wie den Standort des nächsten Pflegedienstes, die Anbieter von betreutem Wohnen oder Hilfeleistungen für Demenzkranke.

Knapp die Hälfte aller älteren Menschen in Schleswig-Holstein kennt das Sozialamt als Hilfs- und Beratungsstelle (vgl. Abbildung 7.1). Knapp jeder Fünfte, der das Sozialamt kennt, hatte auch schon einmal Kontakt dorthin. Die Bekanntheit ist in städtischen und teilweise städtischen Regionen signifikant höher als in ländlichen, was vor allem mit der Verfügbarkeit zusammen hängen dürfte (vgl. Tabelle 7.1). Eindeutige Zusammenhänge mit anderen soziodemographischen Faktoren bestehen nicht.

Tabelle 7.1: Bekanntheit des Sozialamtes nach Siedlungsstruktur

		Sozialamt bekannt
Siedlungsstruktur	ländlich	42,0%
	teilweise städtisch	49,9%
	überwiegend städtisch	50,5%
Gesamt		48,3%

Gesundheitsamt

Gesundheitsämter stellen naturgemäß vor allem gesundheitsbezogene Informationen zur Verfügung. Sie bieten für die Ab-60-Jährigen Ansprechpersonen, die zu typischen altersbedingten Beschwerden erste Hinweise auf Hilfsmöglichkeiten geben und vor allem an kompetente Spezialisten weiterleiten können. Darüber hinaus geben sie Empfehlungen für eine präventive und gesundheitsorientierte Lebensweise im Alter und sind Ansprechpartner bei gesundheitsbezogenen Fragen zur Heimaufsicht.

Wiederum knapp die Hälfte der Seniorinnen und Senioren kennt die Gesundheitsämter als Hilfs- und Beratungsstellen. Deren Bekanntheit sinkt mit steigendem Alter: Sie sind 55 Prozent der 60-69-Jährigen, aber nur 39 Prozent der Ab-80-Jährigen ein Begriff. Kontakt zum Gesundheitsamt hatte schon jeder Dritte unter denen, die die Einrichtung kennen.

Tabelle 7.2: Bekanntheit des Gesundheitsamtes nach Alter

		Gesundheitsamt bekannt
Alter	60-69 Jahre	54,6%
	70-79 Jahre	45,7%
	80 Jahre und älter	38,6%
Gesamt		48,3%

Bürger- / Seniorenbüro

Seniorenbüros sind „Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen für ehrenamtliches und freiwilliges Engagement in der nachberuflichen und nachfamilialen Lebensphase“.²⁶ Sie sind also zum einen Treffpunkt und Kontaktstelle für ehrenamtlich interessierte ältere Menschen und Einrichtungen, die an solchen Freiwilligen interessiert sind. Darüber hinaus führen sie eigene zivilgesellschaftliche Projekte durch und bieten auch Weiterbildungsmöglichkeiten für Seniorinnen und Senioren an. Laut der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros gab es in Schleswig-Holstein im Juli 2012 drei dort angeschlossene Seniorenbüros (in Krempe, Neumünster und Plön).²⁷

38 Prozent der älteren Menschen sind Senioren- oder Bürgerbüros bekannt, gut jeder Vierte davon hat sie schon einmal genutzt. Die Kenntnis der Seniorenbüros sinkt wieder deutlich mit dem Alter: 41 Prozent der 60-69-Jährigen sind sie bekannt, aber nur 28 Prozent der Ab-80-Jährigen. Dies dürfte auch damit zu tun haben, dass im höheren Alter das Interesse und die Möglichkeit zum freiwilligen Engagement abnehmen. Dass Senioren- und Bürgerbüros eine akzeptierte Anlaufstelle für ehrenamtlich Interessierte sind, zeigt sich in der Befragung ganz deutlich: So kennen sie 52 Prozent derjenigen, die gegenwärtig freiwilliges bürgerschaftliches Engagement leisten (gegenüber nur 36 Prozent der anderen Personen). Und 42 Prozent dieser Gruppe hatte oder hat Kontakt mit den Büros (im Vergleich zu 22 Prozent der anderen Personen).

Tabelle 7.3: Bekanntheit und Nutzung der Bürger-/Seniorenbüros nach Alter und ehrenamtlichem Engagement

		Seniorenbüro bekannt	Seniorenbüro bereits kontaktiert
Alter	60-69 Jahre	41,0%	
	70-79 Jahre	40,3%	
	80 Jahre und älter	28,4%	
ehrenamtliches Engagement	ja	35,8%	42,2%
	nein	52,3%	22,1%
Gesamt		38,3%	26,3%

Pflegestützpunkte und -beratungsstellen

Pflegestützpunkte und -beratungsstellen sind auf Grundlage des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008 eingerichtete Anlaufstellen, welche die folgenden drei Hauptaufgaben übernehmen sollen:

- ↳ „Auskunft und Beratung gegenüber den Berechtigten in sämtlichen pflegerischen Belangen
- ↳ Koordinierung aller regionalen Versorgungs- und Unterstützungsangebote
- ↳ Vernetzung abgestimmter pflegerischer Versorgungs- und Betreuungsangebote“²⁸

²⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros auf <http://www.seniorenbueros.org/index.php?id=5>

²⁷ vgl. ebd. „Seniorenbüro-Liste“ unter http://www.seniorenbueros.org/fileadmin/user_upload/seniorenbueros/SB-Liste_Juli2011.pdf

²⁸ Bentheim / Ellendt (2008)

Die Beratung in diesen Stellen ist für jeden Pflegebedürftigen gesetzlich zugesichert, das Netz der Einrichtungen soll dabei möglichst flächendeckend sein. In Schleswig-Holstein existieren derzeit (Sommer 2012) Pflegestützpunkte in den Kreisen Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Pinneberg, Plön, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg und in den kreisfreien Städten Flensburg, Kiel, Lübeck und Neumünster. Momentan fehlen sie noch in den Kreisen Ostholstein, Schleswig-Flensburg, Steinburg und Stormarn. Ziel ist es jedoch, in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt je einen Pflegestützpunkt einzurichten.²⁹

Diese Pflegestützpunkte und -beratungsstellen sind die bekanntesten unter den abgefragten Einrichtungen. Jede zweite Person ab dem 60. Lebensjahr gibt an, sie zu kennen – und von diesen hatte jede dritte schon einmal Kontakt dorthin. Die Bekanntheit dieser Stellen ist über alle soziodemographischen Gruppen hinweg etwa gleich hoch. Personen, die in eine Pflegestufe eingeordnet wurden, sind die Pflegestützpunkte jedoch deutlich häufiger bekannt als den anderen (76 zu 50 Prozent). Das weist darauf hin, dass die Stützpunkte ihre Adressaten recht gut erreichen. Personen ab dem 80. Lebensjahr hatten signifikant häufiger schon einmal Kontakt zu einem Pflegestützpunkt als andere (46 Prozent). Dies trifft außerdem für Frauen zu (37 Prozent gegenüber 27 Prozent der Männer).

Tabelle 7.4: Bekanntheit der Pflegestützpunkte nach Pflegestatus

		Pflegestützpunkte bekannt
Pflegestatus	in Pflegestufe eingeordnet	75,7%
	keine Pflegestufe vorhanden	49,7%
Gesamt		50,5%

Behindertenbeauftragte(r)

Der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung (umgangssprachlich, wie auch in unserem Fragebogen, Behindertenbeauftragter) ist vorrangig Berater des Landtags und der Landesregierung bei Vorhaben, die Menschen mit Behinderung berühren. Er dient somit als Vermittler zwischen dieser Bevölkerungsgruppe und den politischen Gremien. Daneben gibt es kommunale Beauftragte, die den regionalen Kontakt zur Bevölkerung halten und vor Ort als Ansprechpartner dienen.

15 Prozent aller Seniorinnen und Senioren in Schleswig-Holstein kennen diese Behindertenbeauftragten, davon hatten 38 Prozent schon einmal etwas mit den Beauftragten zu tun. Die Kenntnis ist über alle soziodemographischen Gruppen ungefähr gleich verteilt, unter den von einer Behinderung Betroffenen aber naturgemäß überdurchschnittlich hoch. So kennen 25 Prozent der Personen mit einer anerkannten Schwerbehinderung die Behindertenbeauftragten, 52 Prozent davon hatten auch schon einmal Kontakt. Unter den nicht Schwerbehinderten sind die Beauftragten nur 13 Prozent bekannt, und nur jeder Dritte davon hat sich an sie gewendet.

²⁹ http://www.schleswig-holstein.de/MASG/DE/AeltereMenschen/PflegeBegleitung/InformationBeratung/informationBeratung_node.html (am 23.12.2011)

Tabelle 7.5: Bekanntheit und Nutzung der Behindertenbeauftragten nach Schwerbehinderung

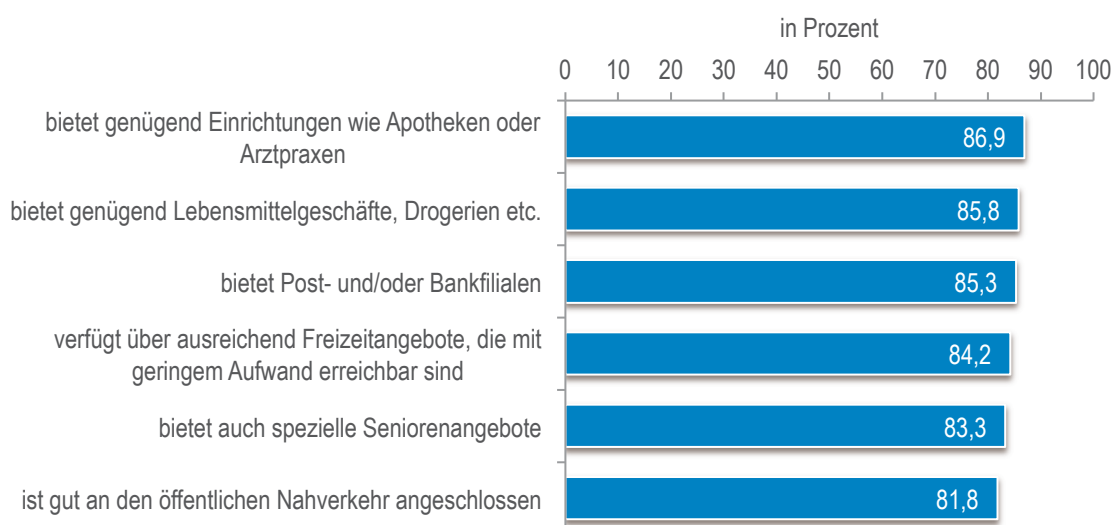
		Behinderten- beauftragte/r bekannt	Behinderten- beauftragte/r bereits kontaktiert
Schwerbehinderung	vorhanden	25,0%	51,9%
	nicht vorhanden	13,4%	33,4%
Gesamt		15,2%	38,1%

7.2 Lokales Wohnumfeld

Mit steigendem Alter werden das Vorhandensein und die Erreichbarkeit wichtiger Versorgungseinrichtungen immer zentraler. Zum einen sinkt tendenziell die Mobilität der Individuen, so dass die lokale Versorgungsdichte an Bedeutung gewinnt. Zum anderen muss eine zuverlässige Bereitstellung z.B. von Medikamenten oder Hilfsangeboten gewährleistet sein, um ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Wir haben deshalb die Ausstattung des lokalen Wohnumfeldes der Personen mit den wichtigsten Versorgungseinrichtungen erfasst. Diese sind:

- ↳ Apotheken und Arztpraxen
- ↳ Lebensmittelgeschäfte, Drogerien und ähnliches
- ↳ Post- und Bankfilialen
- ↳ Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr
- ↳ Freizeitangebote
- ↳ spezielle Seniorenangebote

Und das Urteil der Seniorinnen und Senioren in Schleswig-Holstein fällt weitgehend positiv aus. Mindestens 80 Prozent geben bei allen Einrichtungen an, dass sie in annehmbarer Entfernung verfügbar sind. Die genauen Anteile zeigt die Abbildung 7.2.

Abbildung 7.2: Zufriedenheit mit dem lokalen Wohnumfeld

Die Zufriedenheit mit dem Vorhandensein der meisten Versorgungsangebote sinkt mit steigendem Alter signifikant (mit Ausnahme der Apotheken und Arztpraxen). Sie liegt jedoch auch in der Gruppe der Ab-80-Jährigen über alle Einrichtungen hinweg immer noch bei etwa 80 Prozent. Männer zeigen sich insgesamt etwas zufriedener als Frauen, auch das weibliche Geschlecht fühlt sich jedoch zu mindestens 80 Prozent gut versorgt.

Ein in der öffentlichen Diskussion häufig auftretendes Thema ist die fehlende oder verschwindende Infrastruktur im ländlichen Raum. Und tatsächlich zeigen sich in der Befragung einige deutliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen in der Zufriedenheit mit dem Vorhandensein von verschiedenen Infrastrukturangeboten. So fühlen sich 88 Prozent der älteren Bewohnerinnen und Bewohner im städtischen Umfeld gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen, aber nur 66 Prozent auf dem Land. Und 89 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in urbaneren Regionen fühlen sich gut mit Apotheken und Arztpraxen versorgt, aber nur 82 Prozent der Bevölkerung im ländlichen Raum. Signifikante Unterschiede existieren auch bei der Bewertung der Versorgung mit Post- und Bankfilialen sowie mit Freizeitangeboten. Insgesamt sinkt jedoch das Zufriedenheitslevel – mit Ausnahme des Nahverkehrs – auch auf dem Land nicht unter 80 Prozent. Das kann verschiedene Ursachen haben: Entweder sind die Versorgungsangebote tatsächlich – trotz aller Abwanderungsdiskussionen – noch in ausreichendem Maße in der Fläche vorhanden oder die Bewohner in ländlichen Regionen haben sich bereits an die Versorgungssituation gewöhnt. Darüber hinaus ist es möglich, dass unzufriedene Personen bereits in städtischer geprägte Gebiete mit einer besseren Infrastruktur gezogen sind.

Tabelle 7.6: Zufriedenheit mit dem lokalen Wohnumfeld nach Siedlungsstruktur

	ländlich	teilweise städtisch	überwiegend städtisch	gesamt
bietet genügend Einrichtungen wie Apotheken oder Arztpraxen	81,5%	87,2%	88,9%	86,9%
bietet genügend Lebensmittelgeschäfte, Drogerien etc.	82,5%	88,2%	86,8%	85,8%
ist gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen	65,5%	80,3%	88,0%	81,8%
bietet Post- und/oder Bankfilialen	80,3%	93,4%	86,3%	85,3%
verfügt über ausreichend Freizeitangebote, die mit geringem Aufwand erreichbar sind	83,1%	73,2%	85,8%	84,2%
bietet auch spezielle Seniorenangebote	81,2%	81,2%	84,3%	83,3%

Für bundesdeutsche Vergleichswerte kann wieder der Deutsche Alterssurvey des DZA herangezogen werden. Die Altersgruppe ab 70 Jahren war laut dessen Angaben im Jahr 2008 zu 78 Prozent mit den Einkaufsmöglichkeiten zufrieden, zu 80 Prozent mit der Apotheken- und Praxisdichte sowie zu 77 Prozent mit dem Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr.³⁰ In Schleswig-Holstein betragen die Anteile in dieser Altersgruppe 85, 86 und 84 Prozent – sind also erkennbar höher.

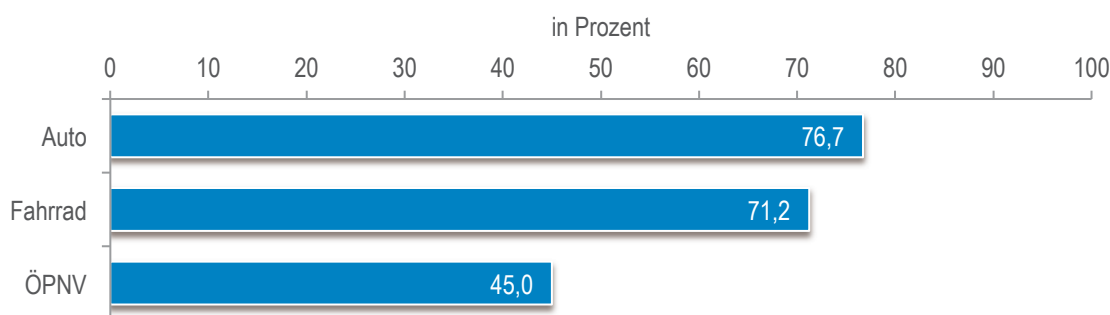
³⁰ Quelle: Deutscher Alterssurvey 2008 des Deutschen Zentrums für Altersfragen; Die Zufriedenheit mit der Apotheken- und Praxisdichte wurde entgegengesetzt abgefragt, das Item lautete „in dieser Gegend fehlt es an Ärzten und Apotheken“. Für den Vergleich mit Schleswig-Holstein haben wir entsprechend den zu 100 fehlenden Anteil verwendet.

7.3 Mobilität

Zu einem selbstbestimmten Leben gehört ein gewisses Maß an Mobilität, auch über den fußläufig erreichbaren Raum hinaus. Um diese einschätzen zu können, haben wir uns nach den Nutzungsgewohnheiten der Seniorinnen und Senioren im Hinblick auf Auto, Fahrrad und öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) erkundigt. Die Ergebnisse zeigen, dass die allermeisten älteren Menschen in Schleswig-Holstein grundsätzlich noch auf diese Fortbewegungsmittel zurück greifen (vgl. Abbildung 7.3). So fahren gut drei Viertel von ihnen noch selbst Auto, 71 Prozent greifen zumindest gelegentlich zum Fahrrad und 45 Prozent steigen wenigstens ab und zu in ein öffentliches Verkehrsmittel.

Abbildung 7.3: Nutzung verschiedener Verkehrsmittel

(außer Personen, die ihre Wohnung nie verlassen)



Es wird deutlich, dass die Individualmobilität auch im höheren Lebensalter ihre Bedeutung nicht verliert. Dennoch gibt es altersbedingt Grenzen für die Nutzung von Auto und Fahrrad. So steigen noch 88 Prozent der 60-69-Jährigen in den eigenen Wagen, aber nur 52 Prozent der Ab-80-Jährigen. Diese nutzen das Auto demgegenüber häufiger als Mitfahrer (18 Prozent) oder eben gar nicht mehr (30 Prozent). Das Fahrrad kommt für 89 Prozent der jüngsten Altersgruppe in Frage, aber nur noch für 29 Prozent der ältesten. Die Nutzung des ÖPNV bleibt hingegen über die Jahre hinweg relativ konstant. Das bedeutet, dass der öffentliche Nahverkehr kaum das Mobilitätspotenzial ausgleicht, das durch das Stehenlassen von Auto und Fahrrad entsteht. Offensichtlich fällt es den älteren Menschen schwer, sich im Alter auf die Nutzung des ÖPNV einzulassen, was dazu führen dürfte, dass ihre generelle Mobilität Jahr für Jahr sinkt.

Weitere deutliche Unterschiede in der Nutzung der verschiedenen Fortbewegungsmittel bestehen zwischen eher städtischen und eher ländlichen Regionen. Während im überwiegend städtischen Raum nur 72 Prozent aller Personen ab dem 60. Lebensjahr selbst Auto fahren, sind es auf dem Land 86 Prozent. Und auch das Fahrrad bekommt hier noch eine stärkere Beachtung: 79 Prozent der Landbewohnerinnen und -bewohner greifen noch zum Fahrrad, von der Stadtbevölkerung ab 60 Jahren sind es nur 68 Prozent. Auf dem Land kommt der ÖPNV gerade einmal auf 22 Prozent Nutzer, in der Stadt sind es mit 55 Prozent mehr als doppelt so viele.

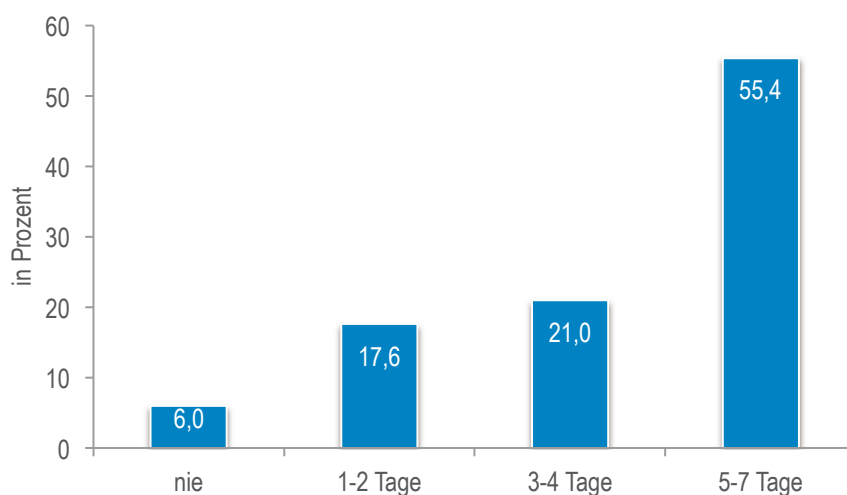
Tabelle 7.7: Nutzung von Auto, Fahrrad und ÖPNV nach Alter und Siedlungsstruktur

		Auto (Selbstfahrer)	Fahrrad	ÖPNV
Alter	60-69 Jahre	88,0%	89,2%	42,7%
	70-79 Jahre	75,8%	71,0%	49,1%
	80 Jahre und älter	52,0%	28,9%	42,8%
Siedlungsstruktur	ländlich	85,9%	78,6%	22,2%
	teilweise städtisch	85,7%	71,3%	32,7%
	überwiegend städtisch	72,3%	68,4%	54,9%
Gesamt		76,7%	71,2%	45,0%

Ungeachtet dieser Fortbewegungsmittel steht und fällt die individuelle Mobilität mit der Grundbedingung, dass man sich zu Fuß außerhalb des eigenen Haushaltes bewegen kann. Ein Indikator dafür, wie sicher und selbstverständlich dies geschieht, ist die Anzahl der Tage in der letzten Woche vor dem Interview, an denen die Personen zu Fuß unterwegs waren, unabhängig davon, zu welchem Zweck. 55 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein gaben an, dass dies an 5 bis 7 Tagen der Woche geschehen ist, weitere 21 Prozent nannten 3 bis 4 Tage. 18 Prozent waren seltener unterwegs, 6 Prozent nie. Wir wissen natürlich nicht, ob es sich in anderen Wochen anders verhält, erfahrungsgemäß sind solche Angaben aber immer eine gute Näherung an das generelle Verhalten.

Abbildung 7.4: Anzahl der Tage der letzten Woche, an denen man sich zu Fuß draußen bewegt hat

(außer Personen, die ihre Wohnung nie verlassen)



Die individuelle Mobilität sinkt deutlich mit dem Alter, was vor allem zwischen den Altersgruppen bis 79 Jahre und der ab dem 80. Lebensjahr zu erkennen ist. Der Anteil derjenigen die 5 bis 7 Tage außer Haus unterwegs sind, sinkt bei den Ab-80-Jährigen auf 44 Prozent. Gar nicht mehr draußen ist dann jeder Zehnte, was wiederum bedeutet, dass zwar die Mobilitätsfrequenz sinkt, aber bei den allermeisten nicht auf den „Nullpunkt“ fällt.

Ansonsten geben Männer an, etwas häufiger zu Fuß außer Haus unterwegs zu sein, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass sie auch noch im Alter ab 80 Jahren kaum ganz daheim bleiben (4 Prozent gegenüber 15 Prozent der Frauen, hier nicht dargestellt). Auch in städtischen Gebieten ist die Mobilitätsfrequenz etwas höher als auf dem Land (vgl. Tabelle 7.8), was mit den besseren Möglichkeiten und Infrastrukturen in urbanen Gegenden zusammen hängen dürfte.

Tabelle 7.8: Anzahl der Tage pro Woche, an denen man zu Fuß außer Haus unterwegs ist, nach Alter, Geschlecht und Siedlungsstruktur

		nie	1-2 Tage	3-4 Tage	5-7 Tage
Alter	60-69 Jahre	5,0%	15,6%	20,9%	58,5%
	70-79 Jahre	5,2%	17,3%	19,8%	57,6%
	80 Jahre und älter	9,7%	22,6%	23,6%	44,1%
Geschlecht	männlich	6,0%	14,1%	21,6%	58,2%
	weiblich	6,0%	20,4%	20,6%	53,1%
Siedlungsstruktur	ländlich	6,3%	19,1%	21,2%	53,4%
	teilweise städtisch	7,6%	28,4%	20,3%	43,6%
	überwiegend städtisch	5,7%	15,7%	21,0%	57,5%
Gesamt		6,0%	17,6%	21,0%	55,4%

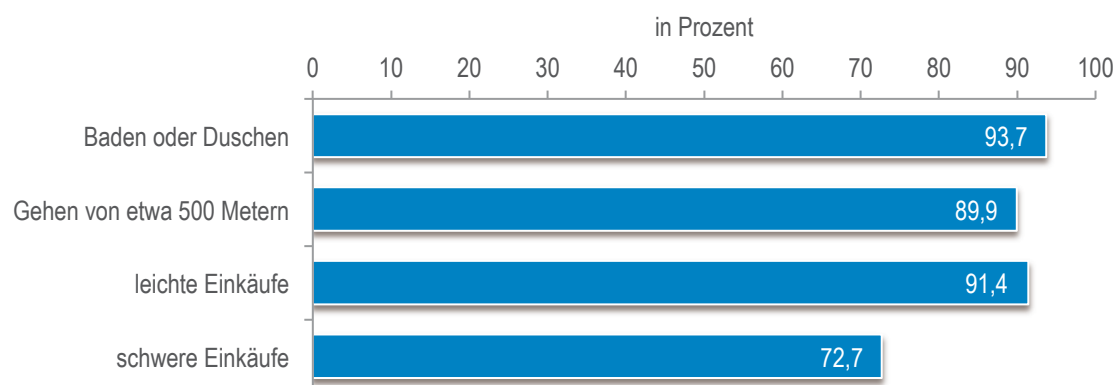
7.4 Selbständige Verrichtung von Alltagstätigkeiten

Zur Einschätzung der körperlichen Funktionsfähigkeit haben wir folgende vier wesentliche Indikatoren abgefragt:

- ↳ Selbständigkeit beim Baden oder Duschen
- ↳ Selbständigkeit beim Gehen von etwa 500 Metern
- ↳ Selbständigkeit bei leichten Einkäufen
- ↳ Selbständigkeit bei schweren Einkäufen

Die meisten Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr geben an, alle vier Tätigkeiten noch ohne Einschränkungen ausüben zu können (71 Prozent). Baden oder Duschen ist dabei am unkompliziertesten, 94 Prozent haben damit kein Problem. Am meisten Hilfe benötigen die älteren Menschen beim Erledigen schwerer Einkäufe. Nur 73 Prozent können dies noch selbständig ohne Schwierigkeiten. Der Anteil derjenigen, denen eine Tätigkeit gar nicht mehr möglich ist, liegt bei den vier abgefragten Tätigkeiten lediglich zwischen 0 und 5 Prozent.

Abbildung 7.5: Erledigung verschiedener Tätigkeiten selbstständig ohne Schwierigkeiten



Der Grad der Fähigkeit zur Bewältigung der Tätigkeiten sinkt mit dem Alter deutlich, wobei die größte Abnahme überall nach dem 79. Lebensjahr erfolgt. Besonders stark wirkt sich das Alter bei schweren Einkäufen aus. Sie können bei den Ab-80-Jährigen nur noch von 43 Prozent selbstständig ohne Schwierigkeiten getätigt werden, jeder Vierte braucht hier eine Hilfsperson, 13 Prozent sind sie sogar gar nicht mehr möglich (vgl. Tabelle 7.9). Aber auch die Fähigkeit zum einfachen Gehen von 500 Metern Strecke schätzen ab dem 80. Lebensjahr nur noch 70 Prozent der Seniorinnen und Senioren als problemlos ein. Dies deckt sich mit der starken Zunahme von Gehhilfen ab dieser Altersgruppe. Baden oder Duschen ist für die meisten Personen auch im hohen Alter noch wenig problematisch (84 Prozent selbstständig ohne Schwierigkeiten). Der Anteil derjenigen, die alle vier Tätigkeiten problemlos ausüben können, sinkt von 81 Prozent bei den 60-69-Jährigen auf 41 Prozent bei den Ab-80-Jährigen.

Über alle Tätigkeiten hinweg mit Ausnahme von Baden/Duschen zeigen sich die Männer signifikant selbständiger als Frauen. Dieser Unterschied tritt vor allem ab dem 80. Lebensjahr zutage. In dieser Lebensperiode können 80 Prozent der Männer ohne Probleme 500 Meter selbständig gehen (Frauen 61 Prozent), 85 Prozent können leichte Einkäufe tätigen (Frauen 66 Prozent) und 65 Prozent schwere Einkäufe (Frauen 23 Prozent). Männer sind also im hohen Alter physisch offenbar noch deutlich fitter als ihre weiblichen Altersgenossinnen.

Tabelle 7.9: Erledigung verschiedener Tätigkeiten selbstständig ohne Schwierigkeiten nach Alter und Geschlecht

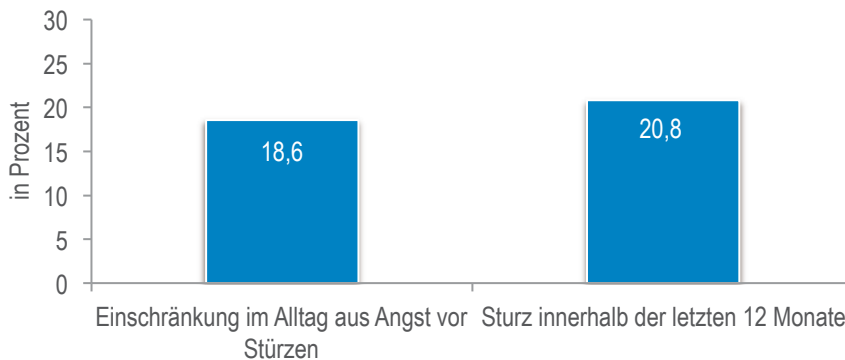
		Baden oder Duschen	Gehen von ca. 500 Metern	leichte Einkäufe	schwere Einkäufe
Alter	60-69 Jahre	97,0%	96,3%	96,8%	81,0%
	70-79 Jahre	94,9%	93,0%	93,7%	78,1%
	80 Jahre und älter	83,9%	69,5%	74,7%	42,6%
Geschlecht	männlich	95,4%	92,0%	94,6%	82,7%
	weiblich	92,4%	88,3%	88,9%	64,5%
Gesamt		93,7%	89,9%	91,4%	72,7%

Eine nicht zu unterschätzende Einschränkung des Alltags stellen mit zunehmendem Alter Stürze dar. Sie werden aufgrund körperlicher Gebrechlichkeit wahrscheinlicher und verursachen dann auch noch schwerwiegendere Ver-

letzungen mit längerer Heilungszeit als in jüngeren Jahren. Sie – bzw. die Angst vor ihnen – sind deshalb eine ernstzunehmende Limitierung im Alltag älterer Menschen.

19 Prozent der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr geben an, einige Tätigkeiten nur eingeschränkt auszuüben, weil sie Angst haben, dabei zu stürzen. Etwa genauso viele sind in den letzten 12 Monaten vor dem Interview tatsächlich hingefallen. Von diesen Gestürzten geben wiederum 37 Prozent eine Einschränkung ihres Alltags aufgrund ihrer Angst vor Stürzen an, also deutlich mehr als der Durchschnitt der Bürgerinnen und Bürger.

Abbildung 7.6: Angst vor Stürzen und tatsächliche Sturzereignisse in den letzten 12 Monaten



Mit steigendem Alter nimmt die Angst vor Stürzen signifikant zu, nicht jedoch der Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten tatsächlich gestürzt sind. Zwischen 60 und 69 Jahren sagen nur 10 Prozent, sie würden ihre Alltagstätigkeiten aufgrund der Furcht vor Stürzen einschränken, bei den Ab-80-Jährigen sind es 35 Prozent. Frauen werden durch Angst vor Stürzen doppelt so häufig in ihrem Alltag eingeschränkt wie Männer (24 zu 12 Prozent). Allerdings hat diese höhere Vorsicht einen realen Nährboden: Mit 25 Prozent sind auch deutlich mehr weibliche Teilnehmer in der letzten Zeit gestürzt als männliche (16 Prozent).

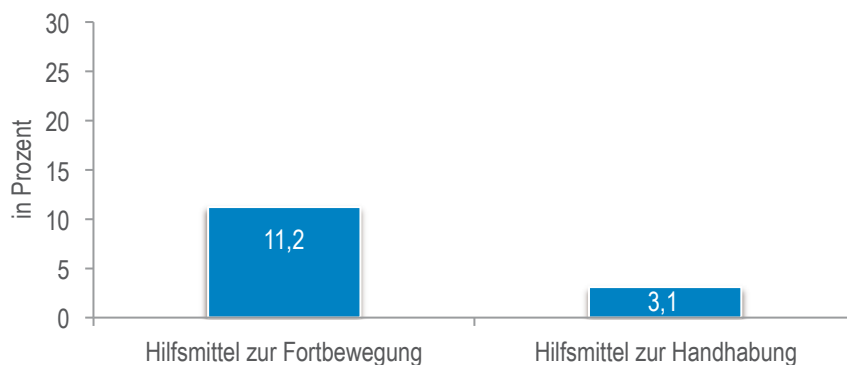
Tabelle 7.10: Einschränkung durch Stürze und tatsächliche Sturzereignisse nach Alter und Geschlecht

		Einschränkung durch Angst vor Stürzen	Stürze innerhalb der letzten 12 Monate
Alter	60-69 Jahre	9,7%	19,5%
	70-79 Jahre	21,1%	22,1%
	80 Jahre und älter	34,6%	21,3%
Geschlecht	männlich	12,1%	16,0%
	weiblich	23,8%	24,7%
Gesamt		18,6%	20,8%

Eine Möglichkeit, gewisse alltägliche Dinge trotz körperlicher Einschränkungen selbständig durchführen zu können, bieten Hilfsmittel zur Fortbewegung und zur Handhabung von Objekten, wie zum Beispiel Gehstöcke, Rollatoren und Greifhilfen. 11 Prozent aller älteren Menschen in Schleswig-Holstein nutzen Hilfsmittel zur Fortbewegung,

noch geringer ist der Anteil bei Hilfsmitteln zur Unterstützung bestimmter Handgriffe, wie z.B. Strumpfanzieher oder Greifhilfen (vgl. Abbildung 7.7). Nur 2 Prozent nutzen beide Varianten.

Abbildung 7.7: Nutzung von Hilfsmitteln zur Fortbewegung und Handhabung

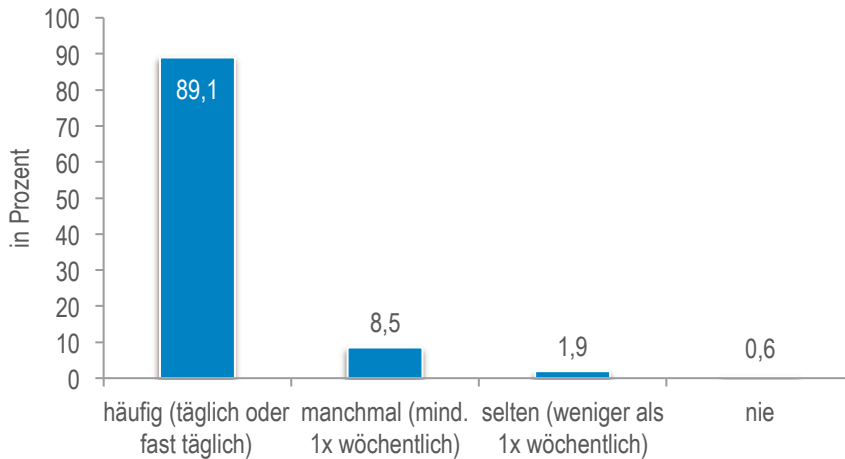


Der Nutzeranteil nimmt mit steigendem Alter zu. So nutzen nur 4 Prozent der 60-69-Jährigen ein Hilfsmittel zur Fortbewegung, bei den Ab-80-Jährigen ist es dagegen mehr als jeder Dritte. Und bei den Handhabungshilfen verdreifacht sich der Nutzeranteil immerhin von 2 auf 6 Prozent. Weitere signifikante Unterschiede gibt es nicht.

Tabelle 7.11: Hilfsmittel zur Fortbewegung und zur Handhabung nach Alter

		Hilfsmittel zur Fortbewegung	Hilfsmittel zur Handhabung
Alter	60-69 Jahre	3,8%	1,7%
	70-79 Jahre	7,9%	3,3%
	80 Jahre und älter	34,9%	5,8%
Gesamt		11,2%	3,1%

Jeder Person sollte es möglich sein, ihr Zuhause ausreichend häufig zu verlassen. Nur so sind ein Mindestmaß an Bewegung und sozialer Integration möglich. 89 Prozent aller Seniorinnen und Senioren in Schleswig-Holstein verlassen häufig ihr Zuhause, worunter wir täglich oder fast täglich verstehen. Das deckt sich mit den Antworten, die uns die Teilnehmer bereits bei ähnlichen Fragen (z.B. Häufigkeit eines Weges zu Fuß) gegeben haben. Nur 9 Prozent tun dies einzelne Male pro Woche, 2 Prozent seltener und fast keiner verlässt nie sein Zuhause. Insgesamt ist die Mobilität der älteren Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner also noch weitgehend gegeben.

Abbildung 7.8: Häufigkeit des Verlassens des eigenen Zuhauses

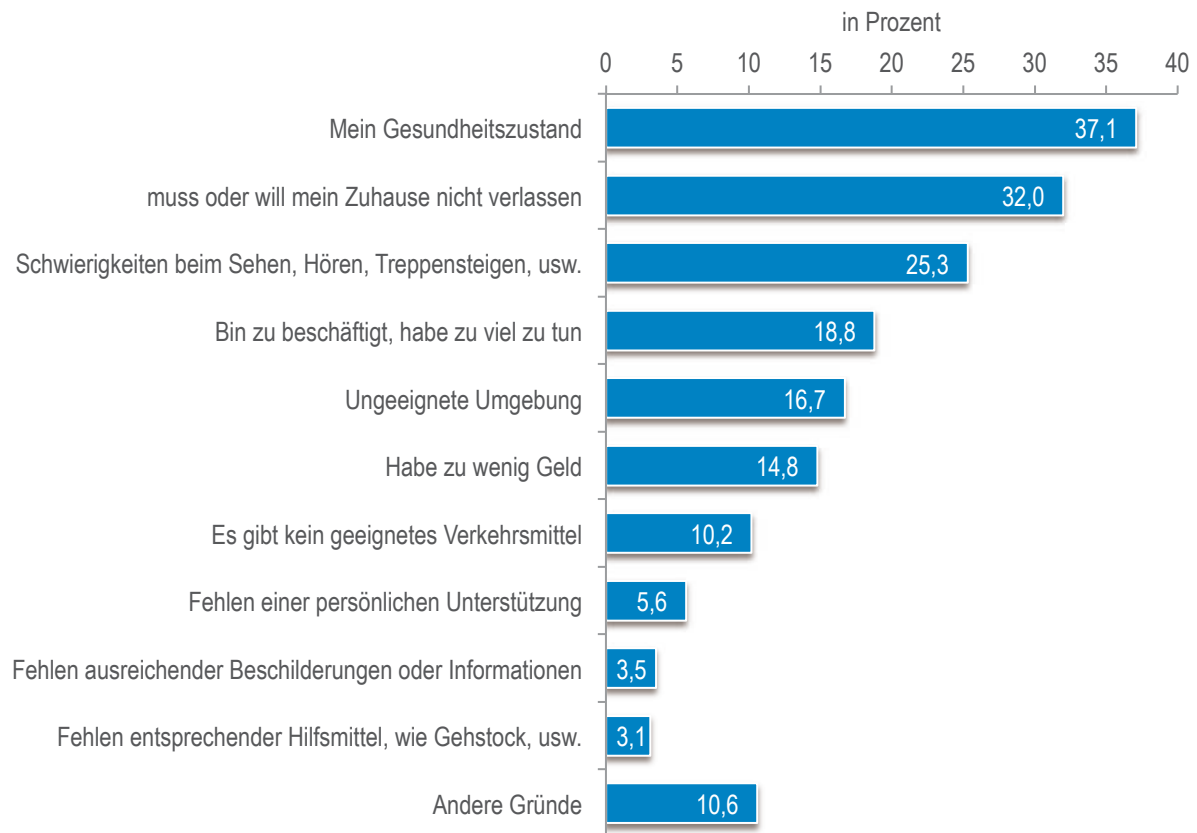
Wie bei allen ähnlichen Indikatoren, sinkt die Häufigkeit außerhäuslicher Tätigkeiten mit steigendem Alter deutlich. Zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr verlassen noch 95 Prozent der Personen (fast) täglich ihr Zuhause, zwischen 70 und 79 Jahren sind es 90 Prozent, danach fällt der Anteil deutlich auf 73 Prozent. Positiv ist, dass die meisten der Personen, die nicht mehr häufig das Haus verlassen, dies zumindest noch einmal pro Woche tun. Wie auch bei der Einschränkung bei verschiedenen körperlichen Aktivitäten ist die Betroffenheit von Frauen ab dem 80. Lebensjahr signifikant höher als die der Männer: Nur noch 69 Prozent der weiblichen Teilnehmer sind in diesem Alter (fast) täglich außer Haus, unter ihren männlichen Altersgenossen beträgt dieser Anteil 79 Prozent.

Tabelle 7.12: Häufigkeit des Verlassens des eigenen Zuhauses nach Alter

		häufig (täglich oder fast täglich)	manchmal (mindestens 1x wöchentlich)	selten (weniger als 1x wöchentlich)	nie
Alter	60-69 Jahre	95,0%	3,7%	1,1%	0,2%
	70-79 Jahre	90,2%	7,9%	1,8%	0,2%
	80 Jahre und älter	73,3%	20,6%	4,0%	2,1%
Gesamt		89,1%	8,5%	1,9%	0,6%

Diejenigen, die ihr Zuhause nur manchmal oder weniger verlassen, haben wir nach den Gründen gefragt, die sie daran hindern. Die meisten von ihnen geben ihren Gesundheitszustand an sowie die Tatsache, dass sie nicht (häufiger) aus dem Haus müssten. Schwierigkeiten bei körperlichen Aktivitäten folgen an dritter Stelle.

Abbildung 7.9: Gründe für das seltene Verlassen des eigenen Zuhauses



8 Literaturverzeichnis

Anderson, W.P. / Reid, C.M. / Jennings, G.L. (1992): „Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease“. The Medical Journal of Austria, 157. S. 298-301.

aproxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH (2011): Telefonische Befragung unter Senioren in Schleswig-Holstein – Methodenbericht.

Behörde für Gesundheits- und Verbraucherschutz (BGV) der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (2011): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II. <http://www.hamburg.de/contentblob/3092126/data/pdf-gesundheit-aelderer-menschen-in-hamburg.pdf> (am 23.12.2011)

Department of Health (2004): At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Winkler, J. / Stolzenberg, H. (1999): „Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey.“ Gesundheitswesen 61. Sonderheft 2. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 178 – 183.

World Health Organization: „New WHO report: deaths from noncommunicable diseases on the rise, with developing world hit hardest“ (Pressemitteilung vom 27. April 2011).
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/en/index.html (am 23.12.2011)

zu Bentheim, A. / Ellendt, B. (2008): Die Pflegestützpunkte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. (Informationsblatt des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages).
<http://www.bundestag.de/wissen/analysen/2008/pflegestuuetzpunkte.pdf> (am 23.12.2011)

9 Verzeichnis der verwendeten Studien und Indikatorensets

Folgende Studien/Fragebogen dienten als Quellen für einzelne Fragen oder Fragebatterien:

- ↪ Alcohol Use Disorder Identification Test (WHO)
- ↪ Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin: Gesundheit! Eine Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern in Bremen und Bremerhaven im Herbst 2004
- ↪ Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg: Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg
- ↪ Deutscher Alterssurvey: Die zweite Lebenshälfte (Deutsches Zentrum für Altersfragen)
- ↪ European Module on Disability and Social Integration
- ↪ European Project on Health Determinants and Outcomes for Use in Health Surveys (EUROHIS)
- ↪ Fagerstroem Test for Nicotine Dependence
- ↪ Gesundheit in Deutschland aktuell. Telefonischer Gesundheitssurvey 2009 des Robert-Koch-Instituts
- ↪ Minimum European Health Module der jährlichen Europäischen Sozialerhebung EU-SILC
- ↪ Minimum-Daten-Satz der Forschungsabteilung des Albertinenhauses, Hamburg
- ↪ Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)
- ↪ Study of Health in Pomerania (Vorpommern) (SHIP)

Anhang

Das Sozialministerium hat in den vergangenen Monaten und Jahren bereits eine Reihe von Maßnahmen initiiert durchgeführt, und/oder unterstützt, die der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen dienen. Auch andere Institutionen und Verbände haben überregional durch verschiedene Maßnahmen/Angebote zur Verbesserung der Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe beigetragen.

Die folgende Auflistung gibt einen beispielhaften Überblick über derartige Maßnahmen. Die angegebenen Abschnittsnummern beziehen sich auf den vorliegenden Bericht.

Zu den Themen Soziales Netz und Soziale Unterstützung (Abschnitte 3.5, 6.1, 6.2, und 6.3):

Vom Sozialministerium geförderte Institutionen (z.B. Landesseniorenrat), und Programme (z. B. Senior-TrainerIn Landesnetzwerk Schleswig-Holstein) setzen sich auch für eine soziale Unterstützung älterer Menschen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ein.

Im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ führt die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jährliche Regionalkonferenzen zu wechselnden Themen durch.

Es liegt ein Projektvorschlag „Bürgernetzwerk für Senioren“ vor. Das Netzwerk soll regionale Unterstützungspotenziale wecken, die ehrenamtlich Tätigen fachlich begleiten und für eine regionale und überregionale Vernetzung sorgen.

Zu den Themen Subjektive Gesundheit und Lebensqualität (Abschnitte 4.1 und 4.2):

Der „Regionale Knoten Schleswig-Holstein“ ist – ähnlich wie Regionale Knoten in anderen Bundesländern - eine Kontakt- und Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. In Schleswig-Holstein ist der „Regionale Knoten“ bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung angesiedelt.

Zum Thema Chronische Schmerzen (Abschnitt 4.5):

Einzelne Krankenkassen haben mit spezialisierten Behandlungseinrichtungen Verträge zur integrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen geschlossen.

Zum Thema Körperliche Aktivität (Abschnitt 5.2):

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung:

- a) Zentrum für Bewegungsförderung (Ziel: Förderung der Alltagsbewegung für Menschen über 60 Jahren; Aufgaben: Entwicklung von zielgruppenspezifischen Angeboten, Information u. Qualifizierung von MultiplikatorInnen, Vernetzung von Akteuren).
- b) Initiative „Komm mit ... (zum Wandern, zum Tanzen)“ (Bewegungsangebote für ältere Menschen)
- c) Modellprojekt „Am Ball bleiben – mehr Lebensfreude durch Bewegung“ für Bewohner in Pflegeeinrichtungen
- d) "Bewegt durch den Tag" (Flyer mit Bewegungsübungen für Zwischendurch).

Landessportverband:

AKTIV 70 PLUS (Ziele: Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung, Projekt vom Sozialministerium gefördert)

Aktivitäten der AOK Nord-West:

- a) Aktiv gesund bleiben (Kurse in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung)
- b) Sturzprophylaxe im Pflege- und Altenheim (Projekte zur Verbesserung der Beweglichkeit von Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen wohnen.)

Zum Thema Ernährung (Abschnitt 5.3):Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Schleswig-Holstein:

- a) Seminare für Küchenleiter von Senioreneinrichtungen, Seminare für ambulante Pflegedienste
- b) Fit im Alter (Vorträge mit dem Ziel einer Optimierung des Verpflegungsangebotes in stationären Senioreneinrichtungen und für Essen auf Rädern)
- c) Checkliste „Essen auf Rädern“ (Prüfliste für Verbraucher, um einen geeigneten Menüdienst zu finden)
- d) Individuelle Ernährungsberatung.

Zum Thema Alkoholkonsum (Abschnitt 5.4):

Die Suchtberatungsstellen in Schleswig-Holstein sind sich der Problematik „Sucht im Alter“ bewusst. Schleswig-Holstein nimmt deshalb auch an einem gleichnamigen Bundesmodellprojekt teil und geht neue Wege in der Qualifizierung von Pflegepersonal.

Zum Thema Interesse an Kursen zur Gesundheitsförderung (Abschnitt 5.5):

Raucherentwöhnungsangebote gibt es bereits in vielfältiger Trägerschaft (Krankenkassen, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Beratungsstellen).

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit eignen sich nicht für „Kurse“, allerdings gibt es zu diesen Themen ein gut ausgebautes Netz der Selbsthilfe.

Siehe auch o.g. Maßnahmen/Angebote zu den Themen „Körperliche Aktivität“ und „Ernährung“.

Zum Thema Krankenhaus-Aufenthalte (Abschnitt 5.7):

Schleswig-Holstein hat in den letzten Jahren das Angebot der geriatrischen Versorgung ausgebaut, um grundsätzlich Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Dafür wurde eine Landesrahmenvereinbarung zwischen Gesundheitsministerium, Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft geschlossen.

Die Ambulante geriatrische rehabilitative Versorgung wurde ausgebaut.

Zum Thema Grippe-Impfung (Abschnitt 5.7):

Die Koordinierungsstelle für die Impfkampagne Schleswig-Holstein ist bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung angesiedelt. Der Flyer „Impfen für ältere Menschen“ ist dort als elektronische Version erhältlich.

Zum Thema Hilfs- und Beratungsstellen (Abschnitt 7.1):

Das Land Schleswig-Holstein unterstützt die Pflegestützpunkte, indem es ein Drittel der laufenden Betriebskosten übernimmt.

In Presseinformationen und auf Veranstaltungen sowie im Pflegeportal (www.pflege.schleswig-holstein.de) wird regelmäßig auf die Pflegestützpunkte hingewiesen.

Das Sozialministerium setzt sich gemeinsam mit den Pflegekassen und auch dem Landkreistag in Gesprächen mit den Kreisen für die Einrichtung weiterer Pflegestützpunkte ein.

Zu den Themen Stürze und Angst von Stürzen (Abschnitt 7.4):

Krankenkassen

Einzelne Krankenkassen tragen die Kosten für Sturzpräventions- oder Sturzprophylaxe-Programme. Leistungen zur Rehabilitation chronisch Kranker werden darüber hinaus z. B. über Patientenschulung gefördert.

Landessportverband:

AKTIV 70 PLUS (Ziele: Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung, Training von Kraft, Beweglichkeit, Koordination, Projekt vom Gesundheitsministerium gefördert)

Aktivitäten der AOK Nord-West:

- a) Aktiv gesund bleiben (Kurse in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Zusatzmodul: Sturzprophylaxe)
- b) Sturzprophylaxe im Pflege- und Altenheim (Projekte zur Verbesserung der Beweglichkeit von Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen wohnen).