

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG
FAKULTÄT LIFE SCIENCE
STUDIENGANG GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Lebensqualität in der späten Lebensphase
- Eine Analyse beeinflussender Faktoren -

- Bachelorarbeit -

Vorgelegt von:

Alexander Gerlach

Matrikelnummer: 2057349

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. med. Ralf Reintjes (HAW Hamburg)

**Zweite Prüfende: Dr. Gudrun Rieger-Ndakorerwa (Bezirksamt Hamburg
Eimsbüttel)**

Ort und Datum der Abgabe : Hamburg, den 22.07.2014

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Einleitung	5
1. Persönliche Vorgehensweise	8
2. Lebensqualität im Alter	11
3. Methodik	12
3.1 Deutscher Alterssurvey	13
3.2 Seniorenbefragung des Bezirk Hamburg Eimsbüttel „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“	18
4. Ergebnisse der Befragungen	21
4.1 Ergebnisse des DEAS	21
4.2 Ergebnisse der Seniorenbefragung	24
5. Diskussion	27
5.1 Indikator: Bildung	27
5.2 Indikator: Körperliche Aktivität	29
5.3 Indikator: Subjektives Wohlbefinden	31
5.4 Indikator: Subjektive Gesundheit	32
5.5 Indikator: berufliche/außerberufliche Partizipation	34
5.6 Indikator: Einkommen	36
6. Handlungsempfehlungen	38
6.1 Handlungsempfehlung zur Förderung körperlicher Aktivität	39
6.2 Handlungsempfehlung zur außerberuflichen Partizipation	41
6.3 Handlungsempfehlung zur Bildung im Alter	42
7. Fazit	44
Literaturverzeichnis	46
Internetquellen	49
Anhang	50
Eidesstattliche Erklärung	67

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1	Themenfelder und Schlüsselbegriffe der Literaturrecherche	8
Tabelle 2	Korrelation der Variablen Sport machen und subjektiver Gesundheitszustand aus dem DEAS nach Spearman (DEAS, 2008)	30
Tabelle 3	Korrelation der Variablen Alter und gefühlter Gesundheit aus der Seniorenbefragung nach Spearman (Albertinen-Haus, 2012)	34
Abbildung 1	Lebensqualität im Alter – ein konzeptionelles Modell (Motel-Klingebiel et al., 2010)	12
Abbildung 2	Stichproben der DEAS-Wellen 1 bis 3 (Engstler/Motel-Klingebiel, 2010)	13
Abbildung 3	Teilnehmerzahl der Basisstichprobe 2008 je Altersgruppe (DEAS, 2008)	21
Abbildung 4	Häufigkeit des höchsten Bildungsabschluss der Teilnehmer innerhalb der Altersgruppe 70-85 Jahre in Prozent (DEAS, 2008)	22
Abbildung 5	Häufigkeit der sportlichen Aktivität der Teilnehmer innerhalb der Altersgruppe 70-85 Jahre in Prozent (DEAS, 2008)	23
Abbildung 6	Bewertung des derzeitigen Gesundheitszustandes der Altersgruppe 70-85 Jahre in Prozent (DEAS, 2008)	23
Abbildung 7	Teilnehmerzahl der Seniorenbefragung je Altersgruppe (Albertinen-Haus, 2012)	24
Abbildung 8	Häufigkeit eines Schwimmbadbesuches der 70-84 Jährigen der Seniorenbefragung in Prozent (Albertinen-Haus, 2012)	25
Abbildung 9	Häufigkeit der Höhe des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens der 70-84 Jährigen der Seniorenbefragung in Prozent (Albertinen-Haus, 2012)	26

Abbildung 10	Public Health Action Cycle (Rosenbrock, 1995)	38
Abbildung 11	Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2014)	50

Einleitung:

Die Zusammensetzung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zeigte Ende des Jahres 2009 auf, dass 13 Millionen Männer und Frauen zwischen 65 und 80 Jahre alt sind (vgl. BZgA, 2013, S. 7). Diese Tatsache ist als Folge des demographischen Wandels zu betrachten, welcher durch eine langfristige Schrumpfung der Bevölkerung und durch eine gleichzeitig immer stärkere Besetzung der höheren und hohen Altersgruppen gekennzeichnet ist (vgl. Fenge 2003, S. 10). Im Gegensatz zur Zunahme der älteren Bevölkerung steht die Abnahme der Geburtenrate bis auf ein Drittel unter dem Generationenersatz (vgl. Kruse et al., 2003, S. 11). Diese Phänomene lassen sich ebenfalls unter dem Begriff des doppelten Alterungsprozesses zusammenfassen. Veranschaulicht wird dies durch die Grafik des Altersaufbaus der Bevölkerung in Deutschland des Statistischen Bundesamts (2014)¹. Hier wird aufgezeigt, dass die Struktur der Bevölkerung im Jahr 1910 durch eine pyramidenartige Form gekennzeichnet war und stellt dar, dass der Anteil der Bevölkerung mit zunehmendem Alter abnimmt. Bis zum Jahr 2050 ist eine gegenteilige Prognose zu erwarten und der pyramidenförmige Altersaufbau weicht dem eines „Dönerspießes“, der sich nach unten hin verjüngt.

Doch nicht nur im demographischen Bereich hat sich ein Wandel vollzogen, sondern auch in Bezug auf bestehende Altersbilder. Hierbei handelt es sich um „sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Sichtweisen auf die Lebensphase Alter und den Prozess des Älterwerdens“ (Wurm & Huxold, 2010, S. 246). Auf gesellschaftlicher Ebene besteht der Begriff der „Alten“ erst seit den 1920er Jahren. Er umschreibt die Gruppe derer, die hilfebedürftig, benachteiligt und zukurzgekommen sind (vgl. Göckenjan, 2000, S. 14). Diese Sichtweise auf den späten Lebensabschnitt geht oftmals mit Einschränkungen und Verlust einher. Jedoch ist diese Perspektive einseitig und verengt. Viele Senioren fühlen sich vital genug, um aktiv und produktiv zu sein. Auch in den Medien wird das traditionelle Altersbild von einem dynamischeren abgelöst. In Fernsehfilmen und auch in der Werbung werden ältere Menschen nicht mehr mit Merkmalen ausgestattet, die bei den ZuschauerInnen negative Assoziationen mit dem Alter auslösen können (vgl. BMFSFJ, 2014, S.14). Das Altern und Altersbilder lassen sich nicht auf positive

¹ Abbildung siehe Anhang

oder negative Begrifflichkeiten beschränken. Vielmehr variieren diese Begriffe von Person, Situation oder dem jeweiligen Lebensbereich (vgl. BMFSFJ, 2014, S. 10).

Ebenfalls von erheblicher gesellschaftlicher und individueller Bedeutung ist die Frage nach der Gesundheit im Alter. Während das alternde Individuum hofft, den Lebensabend bei steigender Lebenserwartung in Gesundheit verbringen zu können, sieht man sich auf gesellschaftlicher Ebene anderen Herausforderungen gegenüber. Zum einen gilt es im Krankheits- und Pflegefall eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Zum anderen steht, neben der Frage der sozialen Teilhabe von Älteren, die Finanzierbarkeit der gesellschaftlichen Sicherungs- und Versorgungssysteme im Raum (vgl. ebenda). Doch was bedeutet Gesundheit? Der Gesundheitsbegriff der WHO ist nicht nur als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen, sondern als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens definiert (vgl. Waller, 2010, S. 9). Mit zunehmendem Alter jedoch lassen körperliche und geistige Fähigkeiten nach und die Zahl von Erkrankungen nimmt zu. Eine immer besser werdende Humanmedizin ermöglicht den Senioren sich dieser Entwicklung in den Weg zu stellen und trotz Multimorbidität und körperlicher Einschränkungen das Gefühl einer guten Gesundheit zu erleben (vgl. Wurm et al., 2014, S.114).

Des Weiteren gilt es die späte Lebensphase in einer möglichst guten Lebensqualität zu verbringen. Lebensqualität als Konstrukt verschiedener Faktoren manifestiert sich jedoch nicht erst im Altern selbst. Es handelt sich um einen Prozess, welcher sein Fundament bereits in früheren Lebensphasen findet. Die Wechselwirkung der einzelnen Faktoren findet im Altern ihren Höhepunkt. Aus diesen Überlegungen begründet sich die Fragestellung: „Welche Faktoren unterstützen eine hohe Lebensqualität im Alter?“. In der vorliegenden Arbeit soll diese Frage mit Hilfe von zwei in Deutschland durchgeführten repräsentativen Befragungen beantwortet werden. Hierbei handelt es sich um den Deutschen Alterssurveys (DEAS) und die Hamburger Seniorenbefragung „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“. Im ersten Teil der Arbeit werden zunächst die persönliche Vorgehensweise und das konzeptionelle Modell von Lebensqualität im Alter beschrieben, um einerseits die Vorgehensweise der Analyse nachvollziehbar zu machen und andererseits eine theoretische Einbettung zu haben. Anschließend werden die Methodik und ausgewählte Ergebnisse der Surveys vorgestellt. Im

vierten Teil wird anhand von befragungsübergreifenden Indikatoren verglichen, welche Voraussetzungen zu einer hohen Lebensqualität führen können. Aus dieser Auseinandersetzung heraus sollen Handlungsempfehlungen für Lebensqualität im Alter ausgesprochen werden.

1. Persönliche Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit ist durch die Auseinandersetzung mit der Hamburger Seniorenbefragung „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“ (2012) und dem Thema Gesundheit im Alter entstanden. Wie einleitend beschrieben entwickelte sich daraus die Fragestellung:

Welche Faktoren unterstützen eine hohe Lebensqualität im Alter?

Um einen Überblick über die mit der Fragestellung in Zusammenhang stehenden Thematiken zu erhalten, erfolgte zunächst die Lektüre von Fachbroschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie dem Robert-Koch-Institut (RKI). Folgende Themenfelder wurden dabei erschlossen:

- demographischer Wandel
- Wandel bestehender Altersbilder
- Gesundheit im Alter und
- Lebensqualität.

Im nächsten Schritt wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, welche den tieferen Einstieg in die genannten Themenfelder ermöglichte. Diese fand zum einen webbasiert und zum anderen mit Hilfe des Bibliothekskatalogs der Universität Hamburg sowie der Hamburger Bücherhallen statt. Die Schlüsselbegriffe der Recherche sind in Tabelle 1 gelistet.

Tabelle 1: Themenfelder und Schlüsselbegriffe der Literaturrecherche

Themenfelder	Schlüsselbegriffe
Demographischer Wandel	Demographie Deutschland, demographischer Wandel, alternde Gesellschaft
Wandel bestehender Altersbilder	Altersbilder, Altersbilder Definition, Altersbilder Einflüsse, Altersbilder Wandel
Gesundheit im Alter	Gesundheit Definition, gesund/Gesundheit im Alter, Gesundheitsförderung Alter, Prävention Gesundheit Alter
Lebensqualität	Lebensqualität, Lebensqualitätsforschung, Lebensqualität Ansätze, Lebensqualität im Alter

Da die Seniorenbefragung sich lediglich auf die Kommunalebene bezieht, galt es eine repräsentative Studie auf Bundesebene zu recherchieren, welche die Ergebnisse des Bezirks Eimsbüttel stützt und die Indikatoren für eine hohe Lebensqualität im Alter aufdeckt. Zur Auswahl standen dafür schließlich die Generali Altersstudie (2013) und der Deutsche Alterssurvey (2010), wobei die Wahl auf Letzteren fiel. Begründet wird dies dadurch, dass der Auftraggeber, das BMFSFJ, in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) als anerkanntes wissenschaftliches Forschungsinstitut im Gegensatz zur Generali Holding AG eine vom Bund initiierte Studie durchführt. Zudem ist der Deutsche Alterssurvey eine Quer- und Längsschnittstudie, die in Bezug auf das Thema Gesundheit im Alter eine Entwicklung darstellt. So sagt er aus, dass ältere Menschen heute gesünder sind als ihre Vorgängergenerationen (vgl. Wurm et al., 2010, S. 100). Dies wird zwar auch in der Generali Altersstudie festgestellt, allerdings werden dazu weitere Studien von Dritten herangezogen. Der Deutsche Alterssurvey als repräsentative und eigenständige Untersuchung schien somit geeigneter zu sein, um einen Vergleich mit den Ergebnissen der Eimsbütteler Seniorenbefragung anzustellen.

Folgend werden das konzeptionelle Modell für Lebensqualität, welches zur theoretischen Grundlage des Deutschen Alterssurveys gehört sowie die Methodiken des Alterssurveys und der Seniorenbefragung vorgestellt. Dazu

gehören jeweils Auftraggeber und durchführende Einrichtung, Stichprobenziehung und -darstellung sowie Erhebungsdesign und -instrumente. Anschließend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse anhand der vom DZA und der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses Hamburg zur Verfügung gestellten Mikrodatensätze. Dabei werden zwei Einschränkungen vorgenommen. Zunächst begrenzt sich die Analyse auf die Altersgruppe der 70-85 Jährigen, da diese sich in beiden Studien überschneidet und die Zielgruppe der Menschen in der späten Lebensphase erfasst. Zweitens beschränkt sich die betrachtete Stichprobe des Deutschen Alterssurveys aus ökonomischen Gründen auf die Basisstichprobe aus dem Jahr 2008. Daraus ergab sich, dass mittels SPSS neue Berechnungen zur deskriptiven Beschreibung durchgeführt werden mussten. Schließlich wird eine Auswahl der Ergebnisse mittels sechs Indikatoren vorgenommen, die sich unmittelbar auf die Lebensqualität der befragten Personen auswirken. Diese entstammen dem konzeptionellen Modell von Lebensqualität im Alter und lauten wie folgt:

- Bildung
- Körperliche Aktivität
- Subjektives Wohlbefinden
- Subjektive Gesundheit
- Berufliche/außerberufliche Partizipation
- Einkommen

In der Diskussion werden diese Indikatoren zunächst in einen theoretischen Zusammenhang gebracht, um daraufhin die Ergebnisse beider Studien zu vergleichen. Da dies aufgrund differenter Frage- beziehungsweise Antwortmuster nicht in direkter Weise möglich ist, wurde jeweils eine Strategie entwickelt, mit der eine „In-Bezug-Setzung“ erfolgen konnte. An dieser Stelle werden anhand SPSS nun auch Korrelationen berechnet und anschließend ausgewertet. Die Ausführungen dienen einmal dem Vergleich der Ergebnisse von Bundes- und Kommunalebene sowie zusätzlich der Darstellung ihrer Auswirkungen auf die Lebensqualität der Altersgruppe.

Aus den Betrachtungen des Diskussionsteils heraus werden abschließend Handlungsempfehlungen ausgesprochen, welche unmittelbar auf den

Personenkreis zugeschnitten sind und sich als förderlich für eine hohe Lebensqualität beziehungsweise deren Erhalt erweisen können. Sie werden detailliert beschrieben und durch Verweise aus der Praxis ergänzt.

2. Lebensqualität im Alter

Der Begriff der Lebensqualität wird durch unterschiedliche Wissenschaftszweige auf verschiedene Weise gedeutet. Während die sozioökonomische Forschung die objektiven Lebensbedingungen wie zum Beispiel das genügende Vorhandensein materieller und sozialer Ressourcen sowie den Zugriff auf Kollektivgüter in den Vordergrund gestellt hat, wird in den Verhaltens- und Sozialwissenschaften darüber hinaus die subjektive Sichtweise auf Lebensbedingungen betrachtet (vgl. Motel-Klingebiel et al., 2010, S. 18). Letztere beinhaltet ebenfalls persönliche Empfindungen und Wertungen, die das eigene Leben betreffen. Das konzeptionelle Modell für Lebensqualität im Alter (Abb. 1), welches dem Deutschen Alterssurvey zugrunde liegt, integriert eine Vielzahl wissenschaftlicher Theorien und setzt diese in einen Zusammenhang. Strukturelle Voraussetzungen sind dabei zunächst das Alter, das Geschlecht und die Lebensregion der Individuen. Lebensqualität selbst, setzt sich zusammen aus Lebensresultaten und Lebenschancen, die jeweils sowohl subjektiv als auch objektiv betrachtet werden können. Zu den subjektiven Lebensresultaten zählt das erlebte Wohlbefinden und die individuelle Bewertung einzelner Lebensbereiche, wie etwa Gesundheit, Netzwerk oder der Lebensstandard. Demgegenüber beinhalten objektive Lebensresultate Lebensereignisse, welche beispielsweise aus Inklusion, Machtverhältnissen und Partizipation resultieren sowie aus Positionen und Interaktionen, die sich rational aus Werthaltungen, Rollen und der Gestaltung von Beziehungen beschreiben lassen. Lebenschancen sind subjektiv gekennzeichnet durch psychische Ressourcen und objektiv durch die jeweilige Lebenssituation. In diesem konzeptionellen Modell stehen Lebensresultate und Lebenschancen nicht nebeneinander sondern bedingen sich gegenseitig. Das Zusammenwirken dieser drei Bereiche führt schließlich zu Lebensqualität mit ihren individuellen Ausprägungen.

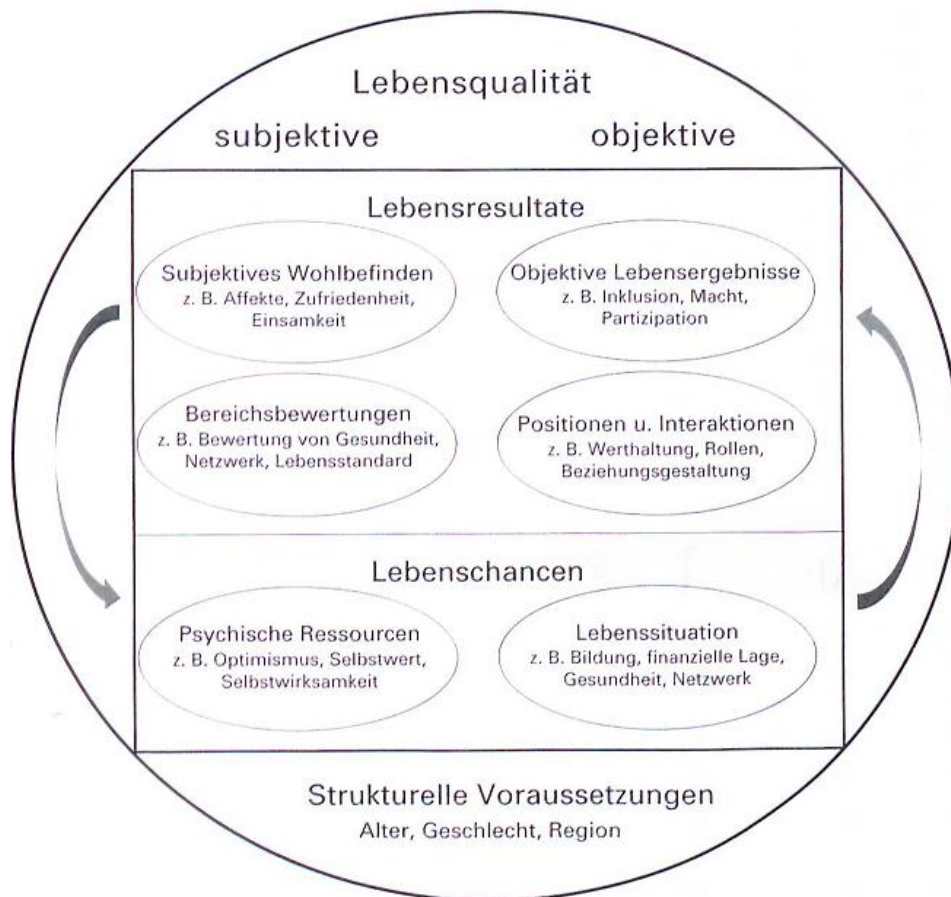


Abbildung 1: Lebensqualität im Alter- ein konzeptionelles Modell (Motel-Klingebiel et al., 2010, Bearbeitung AG)

3. Methodik

Zu Beginn erfolgt mit Hilfe der Autoren Engstler und Motel-Klingebiel (2010) eine allgemeine Übersicht über das Erhebungsdesign und die abgefragten Inhalte der ersten und zweiten Welle des Deutschen Alterssurveys, im nachfolgenden DEAS genannt. Es handelt sich hierbei um eine repräsentative Quer- und Längsschnittstudie für den gesamtdeutschen Raum. Der DEAS wurde vom BMFSFJ in Auftrag gegeben und in Kooperation mit dem Institut für angewandte Sozialwissenschaft und dem Deutschen Zentrum für Altersfragen durchgeführt und ausgewertet. Daraufhin wird die im Jahr 2008 durchgeführte Befragungswelle mit den dazugehörigen Stichproben, wie in Abbildung 2 ersichtlich, genauer beleuchtet. Die zentralen Ziele des DEAS sind es, den sozialen Wandel des mittleren und höheren Erwachsenenalters zu analysieren sowie die individuellen Entwicklungen im Prozess des Älterwerdens interdisziplinär zu erforschen. Im

Anschluss soll die von der Gesundheits- und Pflegekonferenz des Bezirks Eimsbüttel initiierte repräsentative Seniorenbefragung „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“ methodisch vorgestellt werden. Diese betrachtet im Querschnitt den Gesundheitszustand, die Haltung gegenüber dem Altern und die Agilität im Alltag von Senioren auf kommunaler Ebene. Die ermittelten Daten sollen die Planung und Durchführung gesundheitsfördernder und partizipierender Maßnahmen unterstützen.

3.1 Methodik Deutscher Alterssurveys

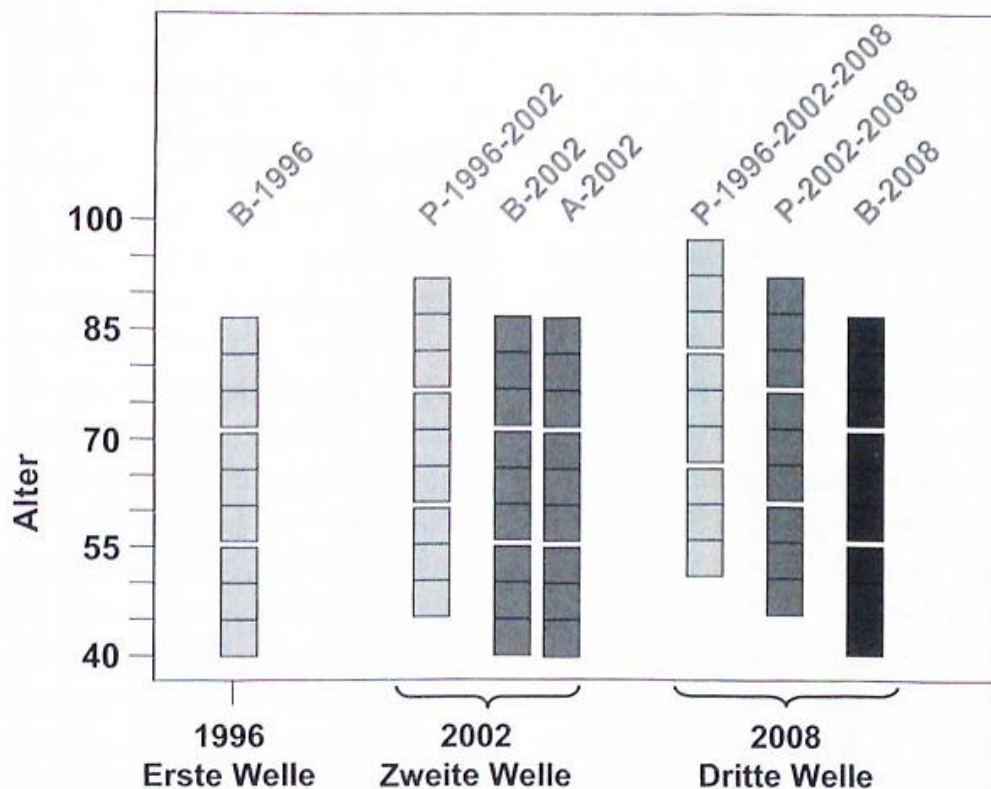


Abbildung 2: Stichproben der DEAS-Wellen 1 bis 3 (Engstler/Motel-Kliengebiet, 2010)

Die erste Erhebungswelle des DEAS fand im Jahr 1996 statt (siehe Abbildung 2). Die Teilnehmer der zu untersuchenden Stichprobe (B-1996) wurden aus den Registern der Einwohnermeldeämter von 290 Gemeinden der Bundesrepublik gezogen. Um auch niedrigfrequentierte Bevölkerungsgruppen analysieren zu können, wurde die Abbildung der Grundgesamtheit in Bezug auf Alter, Geschlecht und Landesteil disproportional geschichtet. Eine disproportionale Schichtung wird vorgenommen, weil die Fallzahlen der jeweiligen Teilstichprobe von deren Anteil in

der Grundgesamtheit abweichen (vgl. Ebster & Stalzer, 2013, S. 174). Die Altersspanne der Befragten liegt zwischen 40-85 Jahren. Die zur Befragung angewandten Instrumente in der ersten Befragungswelle sind zum einen ein standardisiertes Face-to-face-Interview, welches vorwiegend soziologische Komponenten erfragt und zum anderen ein durch die Teilnehmer auszufüllender Fragebogen. Fokussiert werden in diesem Einstellungen, Selbstbilder und Details zur materiellen Lage betrachtet (vgl. Engstler & Motel, 2014, S. 34). Mittels des SELE-Instrument, einem Satzergänzungsverfahren, wurden die Befragten mit Hilfe spontaner Selbstbeschreibungen hinsichtlich der Entwicklung des persönlichen Sinnsystems untersucht (vgl. ebenda, S. 36). Insgesamt konnten aus der ersten Welle 4838 mündliche Interviews ausgewertet werden. Von diesen Teilnehmern erklärten sich 60 Prozent bereit, an einer erneuten Erhebung mitzuwirken.

Der Aufbau der zweiten Erhebungswelle im Jahr 2002 beinhaltete die Panelstichprobe von 1996 (P-1996-2002), einer neu erhobenen Basisstichprobe (B-2002) und einer Stichprobe (A-2002), welche sich ausschließlich aus Teilnehmern mit Migrationshintergrund zusammensetzt. Die Panelstichprobe wurde durch 1524 Wiederbefragte besetzt. Durch krankheitsbedingte Aus- und Todesfälle fiel diese Zahl geringer aus, als die 60 prozentige Panelbereitschaft erwarten ließ. Die Ziehung der Basisstichprobe 2002 erfolgte nach der gleichen Prozedur wie im Jahr 1996 und hatte einen Umfang von 3084 Befragten. Die Ermittlung der nicht-deutschen Gruppe erfolgte, wie auch in der ersten Welle durch Ziehung der Einwohnermeldedaten in der Altersgruppe von 40-85 Jahren. Die Schichtung der Stichprobe wurde in diesem Fall nach proportionalem Ansatz vorgenommen. Die Zahl der durchgeführten Interviews lag bei 586. Um auch weiterhin die Inhalte und Ausblicke mit der ersten Erhebung vergleichen zu können, wurden Instrumente und abgefragte Faktoren in der zweiten Welle nur geringfügig verändert. Die auffälligste Neuerung besteht darin, dass das SELE-Instrument durch verschiedene standardisierte Erhebungsinstrumente ersetzt worden ist. Neu eingesetzt wurde der Zahlensymboltest um die kognitive Leistungsfähigkeit der Befragten zu beleuchten. Außerdem wurden die Fragenbereiche der zweiten Welle erweitert. Dies geschah unter anderem im Bereich der pflegerischen Versorgung und der Gesundheit. Letztere nimmt nun auch Merkmale körperlicher und psychischer Gesundheit sowie die Lebensqualität

in den Blick. Für die Panelteilnehmer hat man den Fragebogen zum mündlichen Interview so verändert, dass sie von sich wiederholenden Fragen beispielsweise der biografischen Daten, befreit werden.

Die dritte Befragungswelle aus dem Jahr 2008 besteht aus den Panelstichproben der Jahre 1996 (P-1996-2002-2008) und 2002 (P-2002-2008). Sie werden in der weiteren Untersuchung als Längsschnitt betrachtet. Zusätzlich wurde eine neuangelegte Querschnittsstichprobe (B-2008) aufgenommen, welche auch für den weiteren Vergleich in dieser Arbeit herangezogen werden soll. Diese wurde generiert, um die Lebenssituation nachfolgender Generationen zu beleuchten und darzulegen, ob es im Vergleich der drei Basisstichproben Veränderungen altersspezifischer Lebenslagen und -vorstellungen gibt. Wie auch in der vorherigen Erhebungswelle kommen 2008 das persönliche mündliche Interview, die schriftliche Befragung mittels Drop-off-Bogen und der kognitive Leistungstest als Instrumente zum Einsatz. Neu hinzugekommen ist der Lungenfunktionstest. In der dritten Welle werden folgende Themenbereiche abgefragt²:

- Arbeit und Ruhestand
- Partnerschaft, Familie und Generationenbeziehungen
- Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung
- Freizeittätigkeiten und bürgerschaftliches Engagement
- Wohnen und Mobilität
- Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Verhalten
- Subjektives Wohlbefinden
- Gesundheit und Gesundheitsverhalten
- Hilfe- und Pflegebedürftigkeit
- Einstellungen, Normen und Werte
- Soziodemographische Daten.

Insgesamt wurden die Lebensverhältnisse von 8200 Teilnehmern untersucht. Wie auch in den Jahren 1996 und 2002 wurden Personen zwischen 40-85 Jahren mit Wohnsitz in einem Privathaushalt interviewt. Im Gegensatz zu den vorherigen Erhebungen wurden Menschen mit Migrationshintergrund weder außer Acht gelassen noch separat betrachtet, sondern ebenfalls zur Abbildung der

² Die Erhebungsinstrumente des DEAS sind im Internet auf der Homepage des DZA zu finden.

Grundgesamtheit der deutschen Bevölkerung herangezogen. Die Gründe hierfür liegen zum einen in der Problematik der Ziehung einer einzelnen Ausländerstichprobe und zum anderen in der Forderung nach einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, die einen repräsentativen Querschnitt der Gesamtbevölkerung, inklusive MigrantInnen, der Bundesrepublik in der Altersgruppe von 40-85 Jahren abbildet. Darüber hinaus entspricht die Trennung zwischen Deutschen und Migranten nicht mehr dem gegenwärtigen Stand der Forschung. Im Vergleich zu 2002 wurde der Stichprobensatz verdoppelt, um der erweiterten Grundgesamtheit zu entsprechen und genügend Daten für Detailanalysen und Panelstudien/-befragungen zu haben. Die Ziehung erfolgte nach gleichem Modus wie in den Vorerhebungen: disproportional, geschichtet nach Altersgruppe, Geschlecht und der Unterteilung in alte und neue Bundesländer. Es wurde beabsichtigt eine überdurchschnittliche Anzahl an Interviews mit älteren Ostdeutschen zu führen, um ausreichend Personen mit selteneren demographischen Merkmalen für spätere Analysen und Befragungen zu haben. Unter Berücksichtigung der neutralen Ausfälle wie zum Beispiel „die Person gehört nicht zur Zielgruppe“ oder „Zielperson verstorben“ beinhaltete die bereinigte Bruttostichprobe eine Teilnehmerzahl von 17366 Personen aus den Geburtsjahrgängen 1923-1968. Ein weiterer Abzug innerhalb der Stichprobe ergab sich aus systematischen Ausfällen wie Verweigerung oder dauerhaften Krankheiten. Die Hauptursache bezüglich der Verweigerungen beruhte auf einer öffentlichen Diskussion, welche sich im Jahr der Befragung mit der Thematik des Datenschutzes und –missbrauchs auseinandersetzte. Dadurch fühlte sich die zu befragende Bevölkerung verunsichert und die Teilnahmebereitschaft wurde so deutlich eingeschränkt. Schließlich wurden 6764 Interviews durchgeführt, von denen 6205 ausgewertet werden konnten. Die daraus resultierende Ausschöpfungsquote von 35,7 Prozent, lag damit etwas über der Quote aus dem Jahr 2002, welche sich aus der Basis- und Ausländerstichprobe zusammensetzt. 6025 Interviews von Deutschen können für den Vergleich mit den Basisstichproben aus den Jahren 1996 und 2002 herangezogen werden. Den schriftlichen Selbstausfüller-Fragebogen (Drop-off) füllten 4442 Personen aus, was einem Anteil von 71,6 Prozent der Interviewten entspricht. Im Vergleich zur Erhebung aus dem 2002 (89,1 Prozent) ist erkennbar, dass weitaus weniger Personen nach einem längeren Interview noch den Drop-off-Bogen ausfüllen

möchten. Eine gegensätzliche Entwicklung ist bei der Teilnahme an den weniger zeitaufwändigen Lungenfunktions- und Zahlen-Symbol-Tests zu beobachten. Hier steigt die Bereitschaft der Mitarbeit von 77 Prozent im Jahr 2002 auf 84,6 Prozent (2008) an. Wie bereits in den ersten Erhebungswellen 1996 und 2002, wurde auch 2008 ein Gewichtungsfaktor für die erhobenen Daten gebildet. Dieser dient dazu, dass die Verteilung von Geschlecht, Alter und Landesteil nach der Gewichtung exakt der tatsächlichen Verteilung in der Bevölkerung zum Jahresende 2007 entspricht. Für das mündliche Interview und den auszufüllenden Fragebogen wurden getrennte Gewichtungen erarbeitet. Als Grundlage für den Vergleich der Daten aller bisherigen Basisstichproben wurde eine separate Gewichtung für jeweils alle Teilnehmer und nur für Deutsche erstellt. Die Gewichtung ist notwendig, um die überproportionale Beteiligung der 70-85 Jährigen und die der Ostdeutschen in der Deskriptivstatistik auszugleichen. Sie wird jedoch nicht benötigt, wenn die drei Schichtungsmerkmale getrennt betrachtet werden. Die gewichtete Verteilung der zentralen soziodemographischen Merkmale innerhalb der dritten Erhebungswelle stimmt weitestgehend mit der Verteilung dieser Merkmale in der amtlichen Statistik, wie zum Beispiel den Daten des Mikrozensus aus dem Jahr 2008, überein. Geringe Unterschiede finden sich unter anderem bei der Staatsangehörigkeit, dem Migrationshintergrund, dem Familienstand und der Erwerbsbeteiligung. Verheiratete und Höhergebildete hingegen sind im Deutschen Alterssurvey etwas stärker vertreten als in der amtlichen Statistik. Da keine größeren Abweichungen festgestellt werden können, ist die Basisstichprobe 2008 eine repräsentative Datengrundlage zur Analyse der Lebenslage älterer Menschen. Sie ist zahlenmäßig sehr umfangreich und enthält reichhaltige Informationen über die Lebenssituation und -vorstellungen der Zielgruppe.

Die erneute Befragung von Panelteilnehmern aus den Basisstichproben 1996 und 2002 verfolgt die Absicht, eine hohe Personenzahl ein zweites oder drittes Mal zu interviewen und damit deren individuelle Entwicklung im Alter zu untersuchen. Für die Panelstichproben wurden nur Personen kontaktiert, die bereits vor dem eigentlichen Untersuchungsbeginn ein Mitwirken an Nachfolgebefragungen schriftlich bestätigt haben. Insgesamt konnten für die Panelerhebungen 3038 Menschen zum wiederholten Male befragt werden. Durch statistische Analysen wurden Strukturveränderungen innerhalb dieser Stichproben ermittelt. In Bezug

auf die Teilnahmebereitschaft hatten folgende Faktoren einen signifikanten Einfluss:

die Bildung (je höher das Bildungsniveau, desto höher die Teilnahmebereitschaft)
der Gesundheitszustand (je besser der Gesundheitszustand, desto höher die Teilnahmebereitschaft) und
das Alter (je älter eine Person, desto geringer die Teilnahmebereitschaft).

Um der Selektivität, welche sich verstärkt auf niedrige Geburtenjahrgänge, bessere Gesundheit und ein höheres Bildungsniveau konzentriert, entgegenzuwirken werden die Daten des Panels gewichtet.

3.2 Methodik Seniorenbefragung „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“

Unter den Aspekten der Nutzung und der Nachfrage von Angeboten, welche die Gesundheit betreffen, fand bereits im Jahr 2007 eine repräsentative Befragung der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und älter im Bezirk Eimsbüttel statt. Die Untersuchungsergebnisse sollen die Kommune für prospektive Interventions- und Präventionsmaßnahmen unterstützen. Die Stichprobe für diese Erhebung wird in sieben Geburtsjahrgänge unterteilt, welche sich von 1946 bis 1916 und älter erstrecken. Die Klassifikation der Geschlechter erfolgt dichotom in männlich und weiblich. Die Multiplikation der Merkmalskombinationen (Altersgruppe x Geschlecht) führt zur Bildung von 14 Teilstichproben. Die Initiatoren erwarteten eine Rücklaufquote der Fragebögen von 1-1,5 Prozent. Dieses Ziel erreichten sie durch die Auswahl von jeweils 2500 Personen in zwei Teilstichproben (A und B). Für die erste Ziehung (A) erfolgte der Versand der vollständigen Stichprobengröße von 2500. Die zweite Ziehung (B) beschränkte sich auf die Quote des Rücklaufs der ersten Welle (A). Die Gesamtquote des Fragebogenrücklaufs beläuft sich sowohl beim weiblichen als auch beim männlichen Geschlecht auf 1,5 Prozent. Die Seniorenbefragung 2007 weist eine große Resonanz (circa 30 prozentiger Fragebogenrücklauf) unter den Befragten auf. Weiterhin zeigte sich ein positives Feedback seitens der Medien und der Politik. Nach Auswertung der Daten einzelner Teilstichproben, fällt trotz deren Repräsentativität auf, dass in Bezug auf die hohen Altersgruppen und hinsichtlich der Stadtteile des Bezirks aufgrund zu

geringer Rücklaufquoten nur bedingt statistische Aussagen möglich sind. Für die Seniorenbefragung 2012 ergeben sich aus diesen Faktoren und der Absicht, die bisher abgefragten Inhalte zu vertiefen, folgende Änderungen: Die Stichprobe wird mit dem Merkmal der Verwaltungsregion erweitert und enthält nun drei Merkmalskombinationen. Die Anzahl der Altersgruppen wird auf sechs reduziert, indem die beiden höchsten Gruppen zusammengefasst werden. Auf die Größe der Teilstichproben hat diese Entwicklung die Auswirkung, dass sich deren Umfang von 14 auf 36 vergrößert. Um in diesen statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen zu können, wird eine Ziehung von drei Zufallsstichproben à 3600 Fällen veranlasst. Die Stichprobenziehung der Seniorenbefragung 2012 erfolgt nach Altersgruppen, dem Geschlecht und den Verwaltungsregionen des Bezirks Eimsbüttel. Die Altersgruppen werden in sechs Klassen differenziert und beinhalten die Geburtsjahrgänge 1947-1951, 1942-1946, 1937-1941, 1932-1936, 1927-1931 und den der 1926 oder früher geborenen. In Bezug auf das Geschlecht wurde dichotom in männlich und weiblich unterschieden. Die Verwaltungsregionen des Bezirks gliedern sich wie folgt auf:

- Region „Kerngebiet“ mit den dazugehörigen Stadtteilen Rotherbaum, Harvestehude, Eimsbüttel und Hoheluft-West
- Region „Lokstedt“ mit den Stadtteilen Lokstedt, Schnelsen und Niendorf
- Region „Stellingen“ mit den Stadtteilen Stellingen und Eidelstedt

In der Multiplikation dieser soziodemographischen Faktoren ergeben sich 36 Teilstichproben (sechs Altersgruppen x zwei Geschlechter x drei Verwaltungsregionen). Für diese werden drei Zufallsstichproben (A, B und C) mit einer Größe von 100 Personen gezogen. Dies ergibt eine Gesamtgröße von drei Teilstichproben mit jeweils 3600 Befragten. Die Stichproben B und C wurden gezogen, falls die Rücklaufquote der ersten Ziehung für eine einzelne Gruppe unter 30 Prozent liegt. In diesem Fall sollen Senioren der betreffenden Gruppe aus der zweiten und dritten Ziehung ein erneutes Anschreiben bekommen. Die Daten der angeschriebenen Teilnehmer stammen aus dem Hamburger Zentralregister für Meldeangelegenheiten. Das Gesundheitsamt Eimsbüttel verschickte im Rahmen der ersten Ziehung (A) 3600 Fragebögen an die entsprechenden Personen, dessen Rücklauf mittels Dokumentation der drei Gruppierungsvariablen (Alter, Geschlecht und Verwaltungsregion) kontrolliert wurde. Der quantitative

Fragebogen als Erhebungsinstrument³ umfasst zwölf Seiten inklusive 53 Fragen, wobei die thematische Gliederung in fünf Teilgebiete erfolgt. Zum einen werden Fragen in Bezug auf die Einstellung zum Älterwerden in unserer Gesellschaft und zum anderen auf die Einstellungen und Gewohnheiten rund um die Gesundheit gestellt. Die weiteren abgefragten Themengebiete sind die Wohnsituation im Bezirk Eimsbüttel, die ehrenamtliche Tätigkeit und die soziodemographischen Merkmale der Teilnehmer. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte durch die Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses in Hamburg. Unabhängig davon ob eine Rücksendung des Fragebogens erfolgte, bekamen alle Teilnehmer 14 Tage nach dem Aussenden des Fragebogens ein Erinnerungsschreiben. Aufgrund finanzieller und zeitlicher Einschränkungen entschied man sich seitens des Gesundheitsamtes dafür, die Ziehungen B und C zu einer Zufallsstichprobe zusammenzufassen und aus dieser 3600 Aussendungen zu tätigen. Die Größe einer Teilstichprobe umfasst nun 200 Personen, von denen man einen Mindestrücklauf von 30 Fragebögen erwartet. In der zweiten Welle werden insbesondere die Merkmalskombinationen kontaktiert, die die niedrigste Antwortrate aufweisen. Im Rahmen der zusammengefassten Ziehung wurden 3258 Fragebögen versendet. Auch in diesem Fall erhalten alle Adressaten nach einer zweiwöchigen Frist ein Erinnerungsschreiben. Insgesamt sind 6858 Fragebögen versendet worden, von denen 2000 auswertbar in den Rücklauf gelangt sind. Das ergibt eine Ausschöpfungsquote von 29,3 Prozent. Die angestrebte Rücksendung von 30 Fragebögen pro Teilstichprobe wurde in beiden Ziehungen erreicht. In einer Merkmalskombination (Frauen im Alter 85+ aus der Region Lokstedt) konnte eine überdurchschnittliche Beteiligung von 78 Rückläufern beobachtet werden. Die niedrigste Quote (34 Fragebögen) weist die Gruppe der 80-85 jährigen Männer im Kerngebiet Eimsbüttel auf. Die unterschiedliche Anzahl zurückgesandter Fragebögen in den Teilstichproben und die Varianz in der Bevölkerungsstärke der einzelnen Gruppen machen eine Gewichtung des Datensatzes nach Alter, Geschlecht und Region notwendig.

³ Der Fragebogen der Eimsbütteler Seniorenbefragung ist im Internet auf der Homepage der Stadt Hamburg zu finden.

4. Ergebnisse der Befragungen

Die Auswahl der im folgenden Abschnitt präsentierten Ergebnisse beider Studien, zielt auf Indikatoren ab, die Bestandteile des konzeptionellen Modells für Lebensqualität des Deutschen Alterssurveys sind. Die Einschränkung auf sechs Kriterien, welche die Lebensqualität im Alter beeinflussen, erfolgt zum einen da eine Zusammenfassung aller Ergebnisse der beiden Befragungen den Rahmen der Arbeit überschreiten würde und zum anderen da sich die Vergleichbarkeit auf die im Folgenden besprochenen Indikatoren beschränkt.

4.1 Ergebnisse des DEAS

Die neu generierte Basisstichprobe B2008 des DEAS umfasst, wie in Abbildung 3 ersichtlich, in der Altersgruppe der 70-85 Jährigen eine Teilnehmerzahl von 1982. Diese differenziert sich in 879 weibliche und 1103 männliche Personen aus dem gesamtdeutschen Gebiet. Datengrundlage sind die vom FDZ-DZA des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) herausgegebenen Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS).

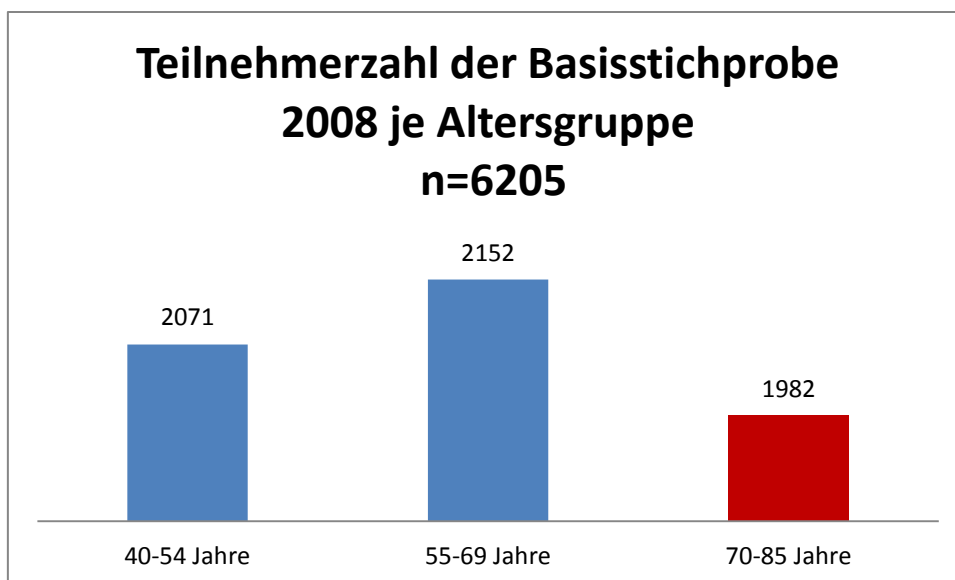


Abbildung 3: Teilnehmerzahl der Basisstichprobe 2008 je Altersgruppe (Deutscher Alterssurvey DEAS, 2008)

Die Verteilung des abgeschlossenen Bildungsniveaus fällt wie folgt aus: 1,64 Prozent der Befragten haben keinen Schulabschluss erlangt, einen Abschluss der

Hilfs- und Sonderschule besitzen 0,32 Prozent. Die Volks- und Hauptschule absolvierten 61 Prozent. Weitere Bildungsabschlüsse finden sich im Bereich der Realschule (11,8 Prozent), der abgeschlossenen Fachhochschulreife (2,92 Prozent), dem Abitur mit einem Prozentsatz von 13,4 und sonstigen Abschlüssen (0,58 Prozent). Aufgrund der gewählten Altersgruppe und der gesamtdeutschen Perspektive findet auch der Abschluss der polytechnischen Oberschulen (8,34 Prozent) seine Erwähnung. Diese Schulform entspricht einer acht- bzw. zehnjährigen Schulzugehörigkeit in der ehemaligen DDR.

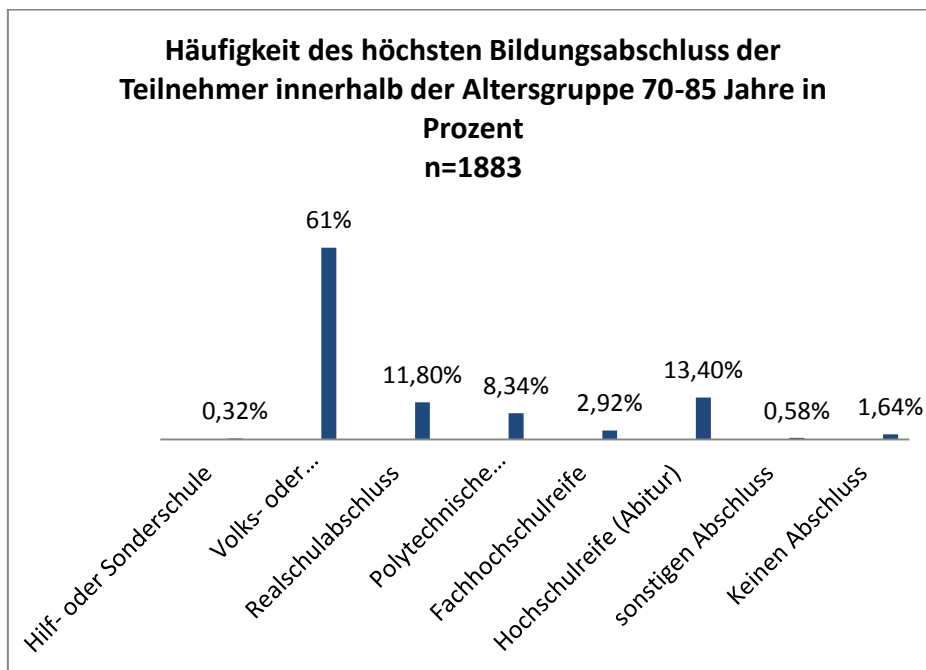


Abbildung 4: Häufigkeit des höchsten Bildungsabschluss der Teilnehmer innerhalb der Altersgruppe 70-85 Jahre in Prozent (Deutscher Alterssurvey DEAS, 2008)

Wie aus Abbildung 5 hervorgeht, trainieren 7,2 Prozent der Teilnehmer täglich. 13 Prozent der Befragten gehen einer solchen mehrmals wöchentlich nach. 11,9 Prozent treiben einmal in der Woche Sport und 5,4 Prozent ertüchtigen sich ein- bis dreimal im Monat. 8 Prozent der Altersgruppe sind selten sportlich aktiv. Die Quote derer, die nie einer sportlichen Tätigkeit nachgehen, beträgt 54,5 Prozent.

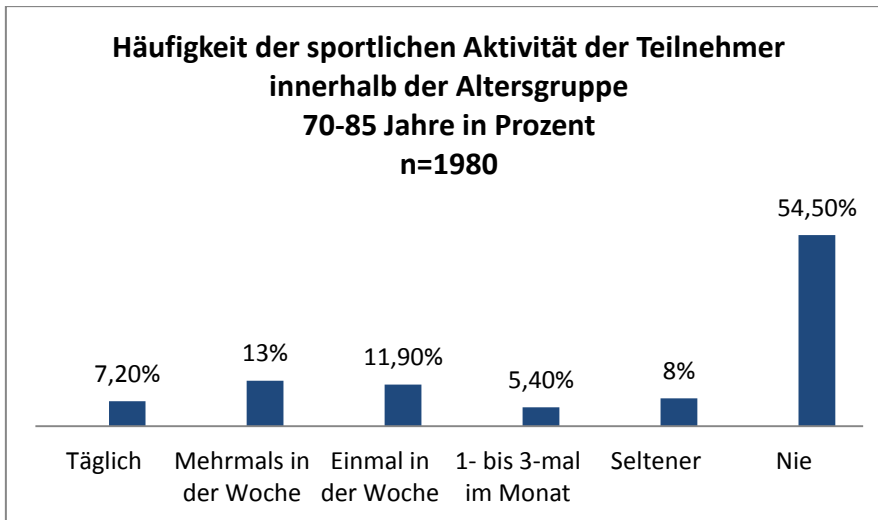


Abbildung 5: Häufigkeit der sportlichen Aktivität der Teilnehmer innerhalb der Altersgruppe 70-85 Jahre in Prozent (Deutscher Alterssurvey DEAS, 2008)

Ein weiterer Indikator für Lebensqualität ist das subjektive Wohlbefinden. Angaben hierzu machten 1405 Befragte. Von diesen geben 3,7 Prozent eine geringe Lebenszufriedenheit an. 33,8 Prozent treffen eine Aussage über eine mittlere Lebenszufriedenheit. In einem hohen Maß zufrieden mit dem eigenen Leben sind 62,5 Prozent. Angaben zum subjektiv gefühlten Gesundheitszustand machen 1977 Personen. Die eigene Gesundheit, wie aus Abbildung 6 zu entnehmen, empfinden 39,6 Prozent als sehr gut bis gut. 42,5 Prozent der Befragten bezeichnen den Gesundheitszustand als mittelmäßig. In einem schlechten bis sehr schlechten Zustand sehen sich 17,9 Prozent der 70-85 Jährigen.

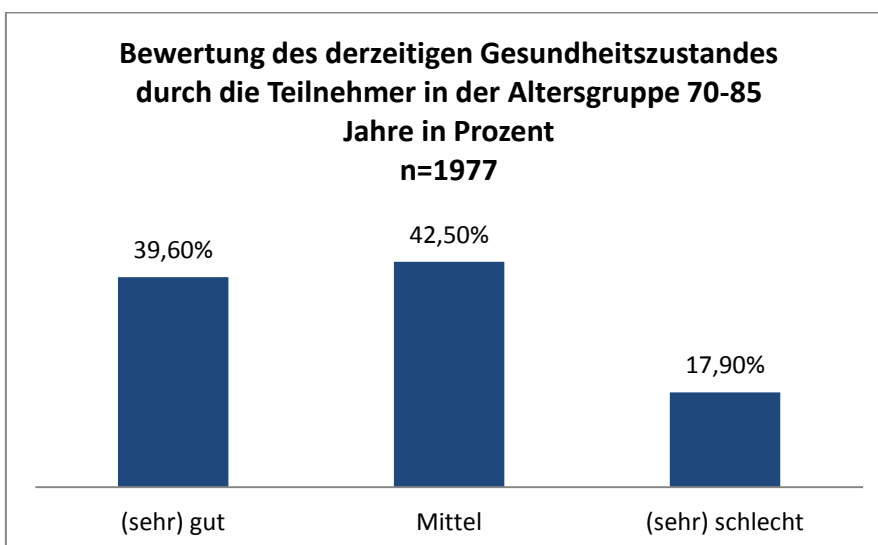


Abbildung 6: Bewertung des derzeitigen Gesundheitszustandes der Altersgruppe 70-85 Jahre in Prozent (Deutscher Alterssurvey DEAS, 2008)

Auf die Frage nach beruflicher Partizipation im Rentenalter antworteten 5,2 Prozent der Teilnehmer, dass sie erwerbstätig sind. 94,8 Prozent von 1854 Befragten gehen dementsprechend keinem Erwerb mehr nach. Zur außerberuflichen Teilhabe am Beispiel des ehrenamtlichen Engagements gaben 11,9 Prozent von 1979 Teilnehmern an, dieses in Gruppen und verschiedenen Organisationen auszuüben. Die Angabe des monatlichen Nettohaushaltseinkommen ergibt unter 1618 Befragten einen Durchschnittswert von 2059,00 €.

4.2 Ergebnisse der Seniorenbefragung

An der Seniorenbefragung des Bezirks Eimsbüttel nahmen, wie aus Abbildung 7 hervorgeht, in der Altersgruppe 70-84 Jahre 944 Personen teil. Diese für den Bezirk Hamburg Eimsbüttel repräsentative Befragung wurde durchgeführt von der Medizinisch-geriatrischen Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg.

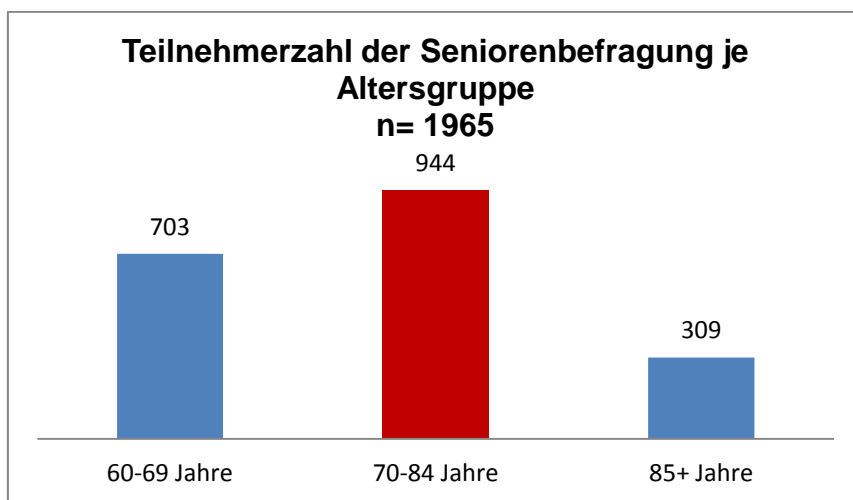


Abbildung 7: Teilnehmerzahl der Seniorenbefragung je Altersgruppe (Forschungsabteilung Albertinen-Haus Hamburg, 2012)

Die Verteilung des abgeschlossenen Bildungsniveaus fällt bei 939 Senioren (70-84 Jahre) wie folgt aus: 1,5 Prozent verfügen über keinen gültigen Schulabschluss, 49,5 Prozent der Befragten absolvierten erfolgreich die Haupt- und Volksschule. 25,5 Prozent verfügen über einen Realschulabschluss und den

Gymnasialabschluss erlangten 20,9 Prozent. Einen nicht näher bezeichneten Abschluss besitzen 2,6 Prozent.

Von 917 Befragten geben 56,6 Prozent an, dass sie mit ihrer gegenwärtigen Lebenssituation hochzufrieden sind. Von einer mittleren Zufriedenheit sprechen 37,9 Prozent und 5,5 Prozent von einer geringen Lebenszufriedenheit.

Um die persönliche Gesundheit zu erhalten sind 28,1 Prozent von 810 Teilnehmern regelmäßig in einem Sportverein körperlich aktiv. Weiterhin gehen 69 Prozent von 828 Senioren 30 Minuten am Tag spazieren. Eine weitere Möglichkeit sich körperlich zu betätigen ist der Besuch eines Schwimmbades. Abbildung 8 zeigt, dass 0,9 Prozent der Befragten der Zielgruppe täglich schwimmen gehen. 13,9 Prozent besuchen das Schwimmbad mindestens einmal in der Woche sowie 3,8 Prozent einmal im Monat. Noch seltener nutzen diese Einrichtung 19,7 Prozent und 61,7 Prozent gehen dieser Form der körperlichen Betätigung nie nach.

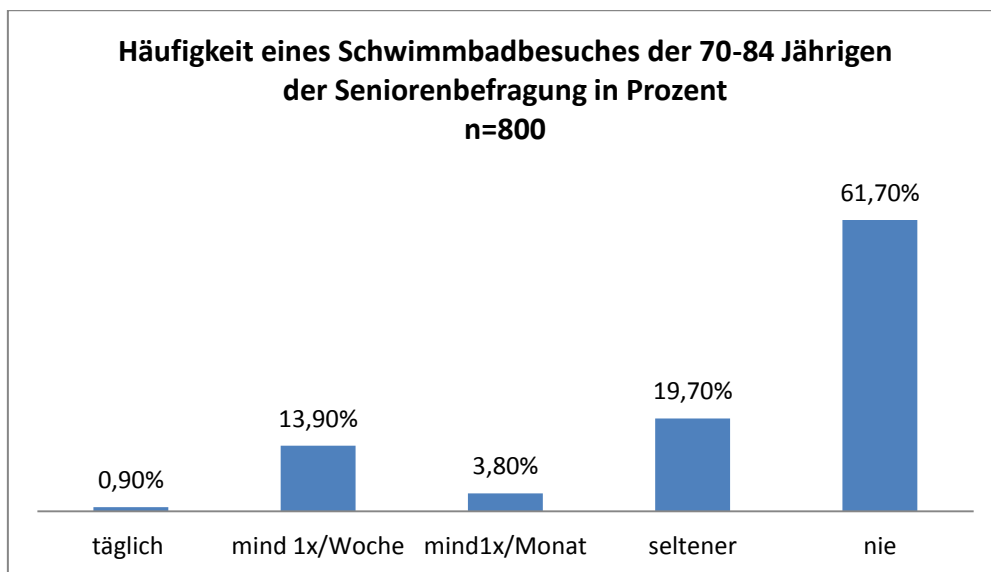


Abbildung 8: Häufigkeit eines Schwimmbadbesuches der 70-84 Jährigen der Seniorenbefragung in Prozent (Forschungsabteilung Albertinen-Haus Hamburg, 2012)

Einen gut bis ausgezeichneten subjektiven Gesundheitszustand empfinden 61,9 Prozent der Altersgruppe. 32,7 Prozent schätzen diesen als mäßig ein. Von einem schlechten Zustand sprechen 5,4 Prozent. Von den Teilnehmern gehen 5,3 Prozent einer bezahlten Arbeit nach. 94,7 Prozent von 938 Personen machen dies

demnach nicht. Ein Ehrenamt, als Beispiel für außerberufliche Partizipation, üben 15,1 Prozent von 896 Befragten aus.

Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen im Monat Mai 2012 liegt, wie aus Abbildung 9 hervorgeht, in der betrachteten Gruppe in einer Spanne von unter 500 Euro bis 2300 Euro und mehr. Weniger als 500 Euro stehen 2 Prozent der Befragten zur Verfügung. Über 500 Euro bis unter 900 Euro verfügen 6,5 Prozent der Senioren. Ein Einkommen zwischen 900 Euro bis unter 1300 Euro beziehen 16,4 Prozent. 1300 bis unter 1700 Euro haben 23,1 Prozent der Zielgruppe monatlich zur Verfügung. Bezüge zwischen 1700 Euro bis unter 2300 Euro erhalten 25,6 Prozent der Befragten. Erträge von 2300 Euro und mehr bekommen 26,4 Prozent der 872 Teilnehmer.

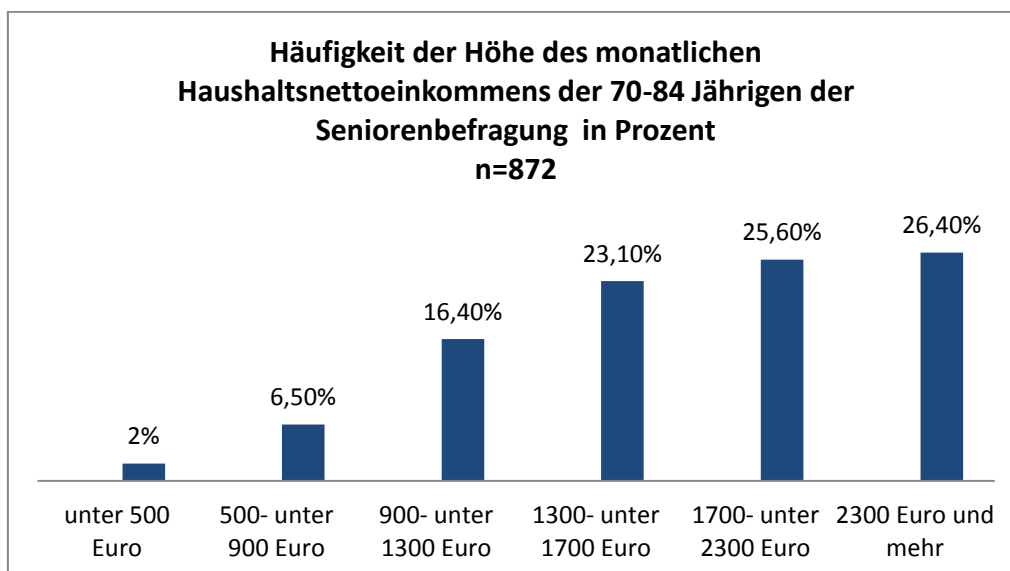


Abbildung 9: Häufigkeit der Höhe des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens der 70-84 Jährigen der Seniorenbefragung in Prozent (Forschungsabteilung Albertinen-Haus Hamburg, 2012)

5. Diskussion

Im nachfolgenden Kapitel werden die ausgewählten Indikatoren, welche auf die Lebensqualität Einfluss nehmen können, spezifisch erläutert. Bezugnehmend darauf erfolgt eine Auswertung und Interpretation der zuvor vorgestellten Ergebnisse, die im Anschluss zwischen Bundes- und Kommunalebene indirekt verglichen und kritisch betrachtet werden.

5.1 Indikator: Bildung

Wie in der Fachliteratur beschrieben, ist Bildung eine grundlegende Voraussetzung für die Partizipation am sozialen, kulturellen und politischen Leben. Sie unterstützt das Individuum in der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, des Lebensstils und beim Erlernen sozialer Kompetenzen (vgl. RKI, 2005, S. 37). Das konzeptionelle Modell für Lebensqualität im Alter sieht den Prozess der Bildung als einen Aspekt der Lebenschancen an und hat mit direktem Einfluss auf die Lebensresultate eine Wirkung auf die Ausprägung von Lebensqualität. Der Bildungsprozess sollte aber nicht nur als einzelne Variable betrachtet werden, vielmehr sollte der Fokus auf die Effekte in der Beziehung zu anderen Faktoren liegen. Die Wechselwirkung von Bildung und Gesundheit zum Beispiel, ist in der Wissenschaft ein vielbetrachteter Aspekt. Eine Vielzahl in Deutschland durchgeführter Studien hat bereits Zusammenhänge nachgewiesen. So ergaben die Analysen des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 des Robert Koch Instituts, dass Personen mit einer Schulbildung, wie dem Haupt- oder Realschulabschluss, ein höheres Vorkommen (40,1 Prozent) von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen haben als diejenigen mit Abitur. Hier lag die Häufigkeit bei 30,6 Prozent (vgl. ebenda, S. 39). Für die Beurteilung des Einflusses von Bildung auf die Gesundheit wurde der Bildungsgrad im Telefonsurvey in folgende drei Stufen klassifiziert:

Volks- und Hauptschulabschluss und Personen ohne Abschluss

Realschulabschluss oder Abschluss der polytechnischen Oberschule

Allgemeine Hochschulreife, Fachhochschulreife oder erweiterte Oberschule (Abitur).

Ein direkter Vergleich von den Ergebnissen der abgefragten Bildungsabschlüsse zwischen dem DEAS und der Seniorenbefragung ist nicht möglich. Die Ursache dafür liegt zum einen in der unterschiedlichen Fragestellung und zum anderen in den variierenden Antwortmöglichkeiten. So haben die Interviewten in der Seniorenbefragung 6 Antwortoptionen auf die Frage nach dem höchsten Schulabschluss. Im DEAS hingegen bietet der Fragebogen den Teilnehmern 9 Kategorien auf die Frage nach der abgeschlossenen Schulform und ist damit differenzierter.

Die ermittelten Daten beider Surveys legen dar, dass nur ein geringer Bevölkerungsanteil über keinen Schulabschluss verfügt. Auch in der Verteilung der unterschiedlichen Bildungsniveaus zeigen sich in beiden Surveys Ähnlichkeiten. Am stärksten ist der Bildungsabschluss der Haupt- und Volksschule vertreten, gefolgt von dem der Realschule und dem Abitur. Die Klassifizierung der drei Bildungsniveaus für die Geburtsjahrgänge 1923-1938 (DEAS) bzw. 1927-1941 (Seniorenbefragung 2012) in niedrig, mittel und hoch erweist sich jedoch als schwierig. Grund dafür ist der historische Hintergrund vor dem die betrachtete Altersgruppe steht und damit vor der Frage, ob die Einteilung der damaligen Schulniveaus der aktuellen Gliederung entspricht. Zählt das Hauptschulniveau in der heutigen Zeit zu den niedrigen Bildungsabschlüssen, so war die Hauptschule oder Pflichtausleseschule in der Zeit des Nationalsozialismus jene Schulform, die von begabten Volksschülern besucht werden konnte (vgl. Hamann, 1993, S. 233). Die Volksschule war zur damaligen Zeit das Schuldesign, das von jedem schulpflichtigen Kind wahrgenommen werden musste. In der Zeit des Nationalsozialismus lag der Fokus der Bildung nur sekundär auf dem Vermitteln wissenschaftlicher Aspekte. Der Unterricht wurde so gestaltet, dass gezielt die Ideologie des herrschenden Regimes verinnerlicht wird. Mit Gründung der Bundesrepublik Deutschland wurde das dreistufige Modell der Schulbildung, bestehend aus Volksschule, der mittleren Schule und der höheren Schule wieder eingeführt (vgl. ebenda). Das Modell existierte bereits zur Zeit der Weimarer Republik. Durch diesen Wechsel lassen sich keine klaren Aussagen über die Höhe des Bildungsniveaus zu früheren Zeitpunkten treffen. Orientiert man sich jedoch an der Einteilung, welche dem Telefonsurvey des RKI zugrunde liegt, dann verfügt mehr als die Hälfte aller Befragten in der Seniorenbefragung und mehr als

ein Drittel der Befragten des DEAS über ein niedriges Bildungsniveau. Auf bezirklicher Ebene lässt sich durch die o.g. Klassifizierung jedoch ein größerer Anteil der höheren Schulabschlüsse feststellen als auf Bundesebene. Ursächlich dafür könnte die sozioökonomische Struktur des Bezirkes sein.

5.2 Indikator: Körperliche Aktivität

Das Wirkungsspektrum körperlicher Aktivität umfasst eine breite Spanne. Durch einen ausgewogenen Grad an Bewegung kann vielen Krankheitserscheinungen schon in frühen Lebensphasen vorgebeugt werden. Liegt bereits eine Erkrankung vor, so kann körperliche Aktivität therapeutischen und rehabilitativen Zwecken dienen (vgl. RKI, 2006, S. 103). Im Alter kommt der körperlichen Betätigung eine große Bedeutung zu. Degenerativen Erscheinungen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen beispielsweise dem Muskelabbau und auch der Osteoporose sowie den damit verbundenen Sturz- und Frakturrisiken, kann aktiv entgegengewirkt werden (vgl. Wurm et al., 2010, S. 109). Auch die Mortalitätsrate sinkt mit Zunahme der täglichen Bewegung (vgl. Möller & Oertel, 2002, S. 97). Körperliche Aktivität ist im konzeptionellen Modell für Lebensqualität im Bereich der Lebenschancen, speziell im Bereich der Lebenssituation, einzuordnen. Die Potenziale, die mit sportlicher Betätigung einhergehen wirken sich positiv auf die Bildung gesundheitsfördernder Ressourcen aus und erzielen gleichzeitig eine Steigerung der Lebensqualität.

Ein genauer Vergleich zwischen den Befragungen kann in diesem Fall nicht stattfinden. Die Gründe liegen wie schon im Bereich der Bildung, an den unterschiedlichen Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten. Während der DEAS im Interview gezielt abfragt, wie oft die befragten Personen Sport treiben, können die Befragten neben Angabe der Aktivität nach Tagen, Wochen und Monaten auch eine genauere Differenzierung der aufgebrauchten Zeit vornehmen. Die hier ausgewählten Fragestellungen aus dem Fragebogen der Seniorenbefragung bestehen aus der Kombination einer Frage zur Freizeitaktivität und zwei Fragen zum Gesundheitsverhalten. Während die Antwortmöglichkeiten in Bezug auf letztere dichotomen Charakter besitzen, weist die der Freizeitaktivität eine Skalierung auf. Eine solche findet sich zwar auch in der Antwortmöglichkeit des

DEAS wieder, jedoch beinhaltet diese eine zusätzliche Antwortoption und eine anders definierte Skalierung der Häufigkeit. Anhand der Ergebnisse können jedoch gemeinsame Rückschlüsse auf die körperliche Aktivität der Altersgruppe geführt werden. Insbesondere der, dass die Quote der Personen, die körperlich inaktiv sind, deutlich zu hoch ist, was wiederum einen negativen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand und damit auf die Lebensqualität hat. Der Korrelationskoeffizient (Spearman-Rho = 0,238) aus Tabelle 2 bestätigt den positiven Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und subjektivem Gesundheitszustand. Er sagt aus: Je mehr Sport gemacht wird, desto besser fällt die Bewertung des derzeitigen Gesundheitszustand aus.

Tabelle 2: Korrelation der Variablen Sport machen und subjektiver Gesundheitszustand aus dem DEAS nach Spearman (Deutscher Alterssurvey (DEAS), 2008)

Korrelationen			x427 - Sport machen	x501 - Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?
Spearman-Rho	x427 - Sport machen	Korrelationskoeffizient	1,000	,238**
		Sig. (2-seitig)		,000
		N	1980	1976
	x501 - Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?	Korrelationskoeffizient	,238**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	
		N	1976	1977

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Die Ergebnisse beider Befragungen deuten darauf hin, dass innerhalb der Zielgruppen ein deutlicher Bewegungsmangel vorliegt. Ursächlich hierfür können neben tatsächlicher Inaktivität, bereits vorliegende gesundheitliche Beeinträchtigungen oder eine zu große Entfernung zum eigentlichen Austragungsort der Aktivität sein. Den Forderungen des Robert Koch-Instituts, wonach empfohlen wird, mindestens an drei bzw. an allen Wochentagen eine halbe Stunde körperlich aktiv zu sein (vgl. RKI, 2006, S. 103), kommt ein Teil der

Befragten beider Kohorten nach. Der Teil der körperlich Inaktiven ist jedoch einem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt.

5.3 Indikator: Subjektives Wohlbefinden

Ein zentraler Punkt im konzeptionellen Modell für Lebensqualität im Alter ist das subjektive Wohlbefinden. Dieses wird beeinflusst durch gedankliche Bewertungen und erlebte Gefühle, welche sowohl die gegenwärtige Lebenssituation als auch vergangene Lebenserfahrungen zum Inhalt haben (vgl. Wulf, 2007, S. 11). Die individuelle Bewertung dieser Einflüsse kann in einer Person verschiedenartige Affekte, wie Einsamkeit oder Zufriedenheit, auslösen. Der Zufriedenheit kommt in der gebräuchlichsten Definition für subjektives Wohlbefinden eine zentrale Bedeutung zu. Sie definiert dieses so, dass „von einer Person gesagt werden kann, dass sie ein hohes subjektives Wohlbefinden hat, wenn sie mit ihrem Leben zufrieden ist, wenn sie sich häufig glücklich fühlt und wenn sie selten negative Emotionen [...] erlebt“ (Tesch-Römer et al., 2010, S. 265). Das Lebensalter wird in der Literatur in drei Kategorien differenziert:

das chronologische Alter, welches die rechnerisch erlebten Jahre bezeichnet,
das biologische Alter, welches den Verschleiß des Körpers charakterisiert und
das psychologische Alter, welches unter anderem die Gefühle eines Menschen beschreibt (vgl. Schade, 2002, S.232).

Eine Studie belegt, dass das biologische und psychologische Alter aufeinander wirken, sich aber nicht zwangsläufig in eine Richtung weiterentwickeln wie das chronologische Alter (vgl. McDermott & O'Connor, 1997). Das bedeutet, dass die alternde Person trotz des Einflusses des körperlichen Verschleißes durchaus positive Emotionen erleben kann, wie zum Beispiel Emotionen der Zufriedenheit. Diese positive Ausprägung des subjektiven Wohlbefindens kann sich ebenfalls förderlich auf die gefühlte Lebensqualität auswirken.

Durch abweichende Fragestellungen und auch Antwortmöglichkeiten kann ein direkter Vergleich der Surveys nicht vorgenommen werden. In der vorliegenden Arbeit wird auf Seiten des DEAS eine Interpretation der Ergebnisse von Lebenszufriedenheit anhand einer Konstruktvariable aus dem Fragebogen

vorgenommen. Diese setzt sich zusammen aus der „Satisfaction with Life Scale“ (Pavot & Diener, 1993), welche fünf Aussagen mit jeweils fünf Merkmalsausprägungen in Bezug auf Lebenszufriedenheit beinhaltet. Die ermittelten Werte wurden in die Kategorien geringe, mittlere und hohe Lebenszufriedenheit zusammengefasst. Die Analyse der Zufriedenheit in der Seniorenbefragung bezieht sich ebenfalls auf eine Skala. Dieser liegt die Fragestellung zugrunde, wie zufrieden die Befragten, alles in allem, mit ihrem Leben sind. Das Skalenniveau reicht von 0 bis 10. Die Zusammenfassung seitens des Autors in die Ausprägungen geringe, mittlere und hohe Lebenszufriedenheit erfolgt in Anlehnung an die Merkmalsausprägungen von Lebenszufriedenheit im DEAS und dient dem besseren Verständnis.

Die gleichen Rückschlüsse, welche bereits McDermott & O'Connor gezogen haben, lassen sich auch auf die Ergebnisse des DEAS und der Seniorenbefragung übertragen. Obgleich eines erreichten Lebensalter von teilweise 84 bzw. 85 Jahren, gibt der Großteil der Befragten eine mittlere bis hohe Lebenszufriedenheit an. Es ist auch hier anzunehmen, dass die späte Lebensphase, trotz Einflussfaktoren wie z.B. zunehmender Krankheitslast oder Einschränkungen in der Mobilität, mehr durch positive Gefühle wie einer hohen Lebenszufriedenheit als durch negative Affekte wie beispielsweise Einsamkeit geprägt ist. Diener et al. (2006) beschreiben, dass Personen sich an verändernde Lebensumstände anpassen. Zum Zeitpunkt der Reaktion auf die Veränderung sinkt zwar das subjektive Wohlbefinden, doch stellt sich dieses, wenn auch nicht vollständig, nach der Gewöhnung wieder her. In Bezug auf die Senioren kann das bedeuten, dass nach Akzeptanz und Anpassung an eine jeweilige Alterserscheinung die individuelle Lebenszufriedenheit wieder steigt.

5.4 Indikator: Subjektive Gesundheit

Subjektive Gesundheit bezeichnet im Allgemeinen die individuelle Bewertung des Gesundheitszustandes unabhängig von medizinischen Diagnosen und Befunden (vgl. BZgA, 2013, S. 45). Beeinflusst werden kann diese durch den persönlichen Bildungsgrad, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und durch das jeweilige Alter. Aus diesen Gründen findet sich die persönliche Beurteilung von Gesundheit

im Modell für Lebensqualität im Bereich der Lebensresultate unter dem Aspekt der Bereichsbewertung wieder. Das gefühlte Maß individueller Gesundheit spiegelt sich in der Höhe der gefühlten Lebensqualität wieder. Ihr kommt jedoch nicht nur eine persönliche Bedeutung zu, auch auf gesellschaftlicher Ebene ist sie eine häufig betrachtete Variable. Für die Politik ist sie ein Indikator dafür, wie häufig eine Person das Gesundheitssystem in Anspruch nimmt. Darüber hinaus ist die persönliche Einschätzung von Gesundheit ein genauere Messfaktor um Mortalität und Langlebigkeit vorauszusagen als die Analyse des objektiven Gesundheitszustandes (vgl. Wurm et al, 2010, S. 104).

Die Interpretation der Ergebnisse beruht nicht auf einem direkten Vergleich beider Studien. Dieser ist aufgrund divergenter Fragestellungen und vorgegebener Antwortmöglichkeiten nicht möglich. Beide Surveys geben für die Antworten zwar eine Ordinalskala vor, doch diese unterscheidet sich in der Zahl der Merkmalsausprägungen. Das Interview des DEAS gibt fünf und der Fragebogen der Seniorenbefragung vier Möglichkeiten vor. Die fünf Kategorien im DEAS wurden im Verlauf der Analyse zu (sehr)gut, mittel und (sehr)schlecht zusammengefasst.

In Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Befragten in den zu vergleichenden Kohorten einen guten bis mittleren subjektiven Gesundheitszustand empfindet. Dieser Fakt entspricht dem gegenwärtigen Bild der Forschung welches besagt, dass sich mit zunehmendem Alter neben der Abnahme der objektiven Gesundheit auch das subjektive Erleben verschlechtert aber dennoch ein hoher Anteil von Personen mit einem positiven Gesundheitsempfinden bestehen bleibt (vgl. RKI, 2006, S. 122). Dieser Zusammenhang lässt sich ebenfalls auf Ergebnisse des Eimsbütteler Surveys übertragen. Tabelle 3 zeigt einen Korrelationskoeffizient zwischen den Variablen des Geburtsjahres und des gefühltes Gesundheitszustandes aus der Seniorenbefragung, welcher einen schwach negativen Zusammenhang aufzeigt (Spearman-Rho = -0,216). Dieser sagt aus: Desto höher das Lebensalter ist, desto geringer ist die gefühlte Gesundheit und belegt an dieser Stelle die o.g. These des RKI.

Tabelle 3: Korrelation der Variablen Alter und gefühlter Gesundheit aus der Seniorenbefragung nach Spearman (Forschungsabteilung Albertinen-Haus Hamburg, 2012)

Korrelationen			SB_28b_jahr	SB_29_zusta
Spearman-Rho	SB_28b_jahr	Korrelationskoeffizient	1,000	-,216**
		Sig. (2-seitig)		,000
		N	949	939
	SB_29_zusta	Korrelationskoeffizient	-,216**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	
		N	939	939

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Eine genauere Betrachtung der Ergebnisse zwischen dem DEAS und der Seniorenbefragung lässt erkennen, dass auf kommunaler Ebene eine positivere Bewertung des Gesundheitszustandes erfolgt. Anhand der Feststellung von Wurm et al. (2010, S. 104), dass Personen mit niedriger Bildung ihre persönliche Gesundheit schlechter bewerten als Personen mit höherer Bildung, könnte man davon ausgehen, dass aufgrund des größeren Anteils höherer Bildungsniveaus auf Kommunalebene die subjektiv gefühlte Gesundheit dort besser ist.

5.5 Indikator: berufliche/außerberufliche Partizipation

Der Begriff der Partizipation schließt im Modell für Lebensqualität sowohl berufliche als auch außerberufliche Teilhabe mit ein. In den betrachteten Altersgruppen ist der Anteil derer, die aktiv am Erwerbsleben teilnehmen zwar gering, jedoch sollte diese Form des Mitwirkens nicht außer Acht gelassen werden. Für einen marginalen Teil der Senioren bleibt die aktive Erwerbsarbeit weiterhin ein Bestandteil des Alltags und des Lebensunterhaltes (vgl. BZgA, 2013, S. 15). Ursächlich hierfür ist jedoch nicht nur der finanzielle Anreiz, sondern auch der Umstand, dass der Erfahrungsschatz der älteren Mitbürger der Arbeit jüngerer Generationen zu Gute kommt. Ein weiterer Faktor erschließt sich aus den zwei Dimensionen, aus denen der Arbeitsbegriff betrachtet werden kann. Hier geht die positive Sichtweise mit dem Gefühl des Gebrauchtwerdens einher, welche sich auf

die aktiv Erwerbstätigen übertragen lässt. Dem gegenüber steht der negative Blickwinkel, aus dem die Arbeit mit Begrifflichkeiten wie Mühe, Last oder Plage gleichgesetzt wird (vgl. Bamberg et al., 2012, S. 17). Diese Assoziation kann zum Teil für die große Gruppe der Senioren stehen, für die berufliche Teilhabe im höheren Lebensalter nicht in Frage kommt. Bereits 1996 zeigte eine Befragung von Ruheständlern im Alter von 65+, dass 69 Prozent kein Interesse an einer Erwerbstätigkeit haben (vgl. Opaschowski, 1998, S. 68). Für die außerberufliche Partizipation gilt hingegen ein guter Mittelweg. Hier überwiegen die positiven Faktoren des Tätig-Seins und negative Aspekte wie Zwang oder hierarchische Strukturen fallen weg. Am Beispiel des Ehrenamtes lässt sich dies damit erweitern, dass es auf rein freiwilliger Basis beruht. Die ehrenamtliche Tätigkeitsbereitschaft nimmt zwar mit zunehmendem Alter ab, ihr kommt aber dennoch eine nennenswerte Rolle in den Beschäftigungsfeldern von Senioren zu. Die Ergebnisse des 3. Deutschen Freiwilligensurveys zeigen, dass 25 Prozent der Senioren in der Altersgruppe 70+ sich freiwillig engagieren. (vgl. Destatis, 2011, S.40)

Diese Bevölkerungsgruppe sieht in der Ausübung eine sinn- und verantwortungsvolle Betätigung, welche die soziale Anerkennung steigern lässt (vgl. Thieme, 2008, S. 289). In Betätigungsbereichen wie zum Beispiel der Kirche, in Vereinen oder in Initiativen und Selbsthilfegruppen bringen Senioren der Altersgruppe der über 70 Jährigen ihr Engagement hauptsächlich ein. Ehrenämter bieten damit neben einem Statusgewinn und dem Leisten eines Solidaritätsbeitrages, auch die Möglichkeit zur Mitgestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse (vgl. BMFSFJ, 2011, S. 15). Diese Attribute, welche die Älteren aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben lassen, können laut Tesch-Römer (2012, S. 6) zu reduzierter Mortalität, Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit, der Erhöhung der subjektiven Gesundheit und zu einer Zunahme der Lebenszufriedenheit führen. Die aufgezählten Faktoren unterstützen damit gleichzeitig eine hohe Lebensqualität.

Aufgrund verschiedener Fragestellungen, sowohl im Interview und Fragebogen des DEAS als auch in der Seniorenbefragung, bezüglich beruflicher und außerberuflicher Partizipation lassen sich Rückschlüsse aber keine direkten Vergleiche der Ergebnisse tätigen.

In den Ergebnissen der Befragungen fällt auf, dass auf beiden Befragungsebenen ein nur geringer prozentualer Unterschied in der beruflichen Partizipation besteht. Die vorhergehend genannten Gründe, für die Teil- oder Nichtteilnahme an einer bezahlten Tätigkeit können hier auf die betrachteten Stichproben zutreffen. Für die außerberufliche Partizipation ist ein größerer Unterschied erkennbar. Am Beispiel des ehrenamtlichen Engagements lässt sich feststellen, dass sich auf kommunaler Basis fast ein Fünftel mehr Personen engagieren als auf Bundesebene. Wie auch in anderen repräsentativen Erhebungen erwähnt, könnten hier die regionalen Gegebenheiten der Grund für diese Diskrepanz sein. Man kann also davon ausgehen, dass die Ausübung eines Ehrenamtes in den neuen Bundesländern weitaus weniger verbreitet ist als in den alten Ländern da es in vielen Regionen Ostdeutschlands an Gelegenheiten für Partizipation und Engagement mangelt (vgl. BMFSFJ, 2010, S. 24).

5.6 Indikator: Einkommen

Die finanzielle Lage ist im Konzept für Lebensqualität ein grundlegender Faktor. Mit direktem Einfluss auf die Lebenssituation kann das Einkommen und auch das Vermögen die Handlungsspielräume der einzelnen Personen erweitern oder verengen (vgl. BMFSFJ, 2012, S. 13). Auswirkungen hiervon können sich unter anderem „in der sozialen Integration und kulturellen Teilhabe zeigen“ (RKI, 2007, S. 21). Personen mit einem höheren Einkommen bzw. soliderem Finanzstatus können demnach häufiger an kulturellen Veranstaltungen wie Konzerten Theatervorstellungen teilnehmen als Personen mit niedrigem Einkommen und weisen in der Konsequenz eine höhere Lebensqualität auf. Zwar bieten viele Institutionen bereits Sondertarife für Senioren und andere finanzschwache Bevölkerungsgruppen an, doch muss dieser Betrag ebenfalls für den Einzelnen erschwinglich sein. Auf diese Weise wird bestimmt, wie oft eine Einrichtung frequentiert werden kann und damit gleichzeitig, wie hoch das Ausmaß an kultureller Teilhabe ist. Die häufigsten Einkommensarten sind in der betrachteten Altersgruppe die gesetzliche Altersrente, Pensionen und zum geringen Teil die Erwerbstätigkeit (vgl. Noll & Weick, 2012, S. 3). Die dadurch erhaltenen Zuwendungen führen dazu, dass die Senioren ab einem Alter von 65 Jahren

weniger von Armut betroffen sind als der Bundesdurchschnitt (vgl. BZgA, 2013, S.25). Als armutsgefährdet gelten in der Bundesrepublik demnach die Personen, die weniger als 60 Prozent des gesellschaftlichen Medianeinkommens zur Verfügung haben (vgl. ebenda, S. 29). Im Jahr 2008 bezifferte das Statistische Bundesamt diese Summe, das Nettoäquivalenzeinkommen, für die Gruppe der Senioren 65+ mit 866 Euro (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008, S. 71). Das Nettoäquivalenzeinkommen ist das Haushaltsnettoeinkommen pro Kopf, gewichtet nach Anzahl und Alter der Personen im Haushalt (vgl. ebenda S. 13).

Die Betrachtung des Einkommensaspekts kann an dieser Stelle nicht als Vergleich erfolgen. Unterschiedliche Fragen und unterschiedliche Antwortmöglichkeiten erlauben lediglich die Ergebnisse in einen Bezug zu setzen. Während die Teilnehmer im DEAS sowohl im Fragebogen als auch im Interview die Möglichkeit einer offenen Antwort auf die Frage nach der Höhe des Einkommens haben, so haben die Befragten des Eimsbütteler Surveys skalierte Vorgaben in Bezug auf die Frage bezüglich der Höhe des Nettohaushaltseinkommens.

In der Basisstichprobe 2008 des DEAS beträgt das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen 2059 Euro (vgl. GeroStat, 2012) und das mittlere Äquivalenzeinkommen knapp über 1500 Euro (vgl. Motel-Klingebiel et al., 2010, S. 69). Auf den ersten Blick könnten diese Summen den Armutsbegriff in den Hintergrund rücken lassen. Betrachtet man jedoch die genauen Häufigkeiten der einzelnen Nettoeinkommen pro Haushalt, fällt auf, dass 7,3 Prozent den Senioren der betrachteten Altersgruppe 864 Euro oder weniger zur Verfügung haben und somit unter der o.g. Armutsgrenze leben. In der Seniorenbefragung 2012 sind es 7,9 Prozent der Zielgruppe, die mit ihrem monatlichen Nettohaushaltseinkommen unter bzw. knapp an der Armutsgrenze leben müssen. Der Bezug auf das Pro-Kopf-Einkommen beruht hier auf der Interpretation einer Grafik von Engstler & Tesch-Römer (2010), welche aufzeigt, dass 35 Prozent der Senioren in der betrachteten Altersspanne in partnerlosen Haushalten leben. Der Großteil der Befragten lebt nicht in Armut dennoch gehört für ein Achtel der Teilnehmer ein Leben an bzw. unter der Armutsgrenze zum Alltag und stellt diese hinsichtlich der Ernährung, gesellschaftlicher Aktivität und Lebensverhältnisse vor die Barriere, nicht so leben zu können, wie es in der Gesellschaft „normalerweise“ üblich ist (vgl. Joas, 2007, S. 261).

Die Ergebnisse gehen mit Aussagen der Fachliteratur einher, welche besagen das sich die Einkommenssituation für Senioren seit Mitte des 20. Jahrhundert zwar verbessert hat, sich dieser aber Trend nicht kontinuierlich fortsetzen wird (vgl. ebenda). Klingebiel et al. (2010) stellen fest, dass die Ausgestaltung der materiellen Lebenssituation einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte darstellt.

6. Handlungsempfehlungen

Die strukturelle Grundlage der im Folgenden ausgesprochenen Handlungsempfehlungen ist der Public Health Action Cycle (Rosenbrock, 1995), der sich aus den in Abbildung 10 dargestellten vier Phasen zusammensetzt.

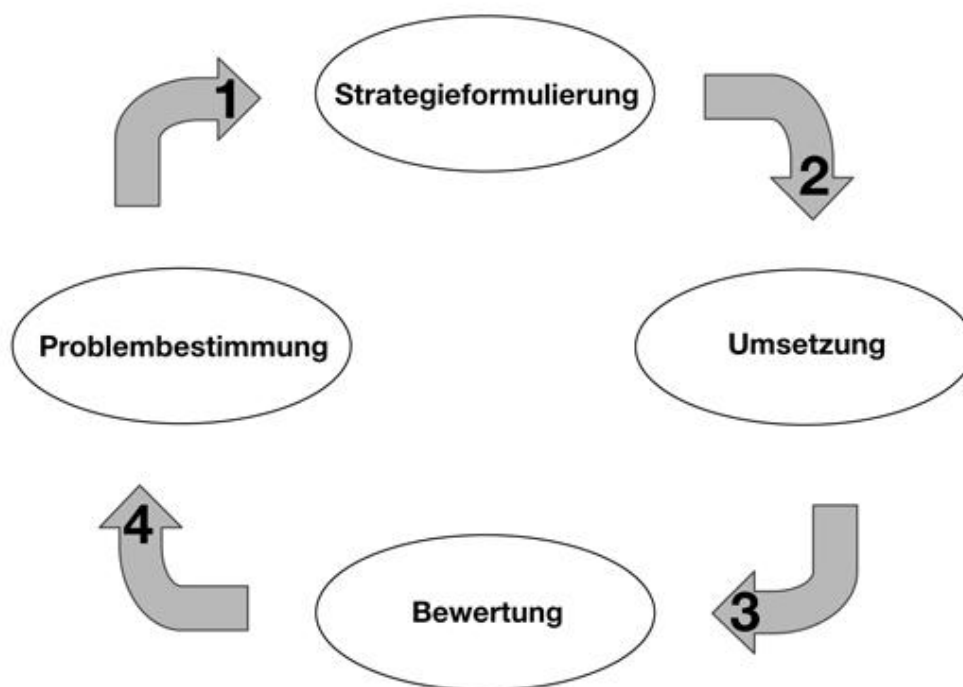


Abbildung 10: Public Health Action Cycle (Rosenbrock, 1995)

In der ersten Phase, der Problembestimmung, erfolgt zunächst die Definition und Bestimmung des zu bearbeitenden Problems, aus welcher sich auch die Zielgruppe festlegt. Daraufhin wird die Strategieformulierung vorgenommen,

welche der Konzipierung und Festlegung einer zur Problembearbeitung geeignet erscheinenden Strategie bzw. Maßnahme dient. Die dritte Phase, die Umsetzung, ist gekennzeichnet durch die Durchführung der definierten Aktionen. Die Abschätzung der erzielten Wirkungen findet dann in der vierten Phase statt (BZgA, 2011, S.469). Diese Phasen bringen zwar eine Reihenfolge zum Ausdruck, sind aber nicht endgültig. Vielmehr kann der Zyklus nach Beendigung der vierten Phase von neuem beginnen.

6.1 Handlungsempfehlung zur Förderung körperlicher Aktivität

Phase 1: Problembestimmung

Die Folgen körperlicher Inaktivität lassen sich nicht mehr nur auf die hohen Altersgruppen beziehen. Auch in niedrigeren Jahrgängen liegen bereits Erkrankungen vor, welche sich auf Bewegungsarmut zurückführen lassen (vgl. RKI, 2006, S. 20f.). Aus diesem Grund sollten sich die Akteure des Gesundheitswesens der Inaktivität und deren Folgen noch bewusster werden und noch enger zusammenarbeiten. Wie in der Diskussion (Kapitel 5.2) beschrieben wirkt sich diese Inaktivität negativ auf die Lebensqualität aus. Ziel der Handlungsempfehlung ist es, ihr in der Altersgruppe 70 und älter entgegenzuwirken.

Phase 2: Strategieformulierung

Um die sportliche Inaktivität in der Zielgruppe zu reduzieren, könnte ein Ansatz auf hausärztlicher Ebene helfen. In Gesundheitsfragen ist dieser nicht nur für Senioren oft der erste Ansprechpartner. Gemeinsam mit dem inaktiven Patienten könnte nach persönlicher Anamnese und Diagnose der körperlichen Möglichkeiten ein Bewegungs- und Trainingsplan erstellt werden. Grundvoraussetzung hierfür ist allerdings die Motivation der Teilnahme seitens der Senioren. Der Hausarzt könnte diese durch Anreize steigern, indem er die positiven Auswirkungen sportlicher Betätigungen aufzeigt. Ein möglicher Trainingsplan sollte sich direkt an der Zielperson orientieren. Er muss sich nach den vorhandenen Ressourcen der Person richten und soll sich problemlos in den Alltag integrieren lassen.

Phase 3: Umsetzung

In der Fachliteratur wird angebracht, dass die Mindestdauer einer täglichen Bewegungseinheit 30 Minuten nicht unterschreiten sollte (vgl. RKI, 2006, S. 103). Es ist aber nicht erforderlich diese am Stück zu absolvieren. Einen gleichen Effekt haben Trainingsintervalle von fünf bis zehn Minuten, welche sich über den Tag verteilen können (vgl. Möller & Oertel, 2002, S. 104). Unabhängig von der körperlichen Konstitution sollten Trainingsstufen immer mit leichten Aktivitäten beginnen. Für Senioren empfiehlt sich hier spazieren gehen oder Wandern. Eine höhere Intensität haben Gymnastikübungen und Schwimmen. Die höchste Trainingsstufe sollten leichte Dauerläufe und Radfahren auf mittellanger Distanz nicht überschreiten (vgl. Möller & Oertel, 2002, S. 104). Senioren, die Probleme haben das geplante Vorhaben alleine umzusetzen können sich sogenannten Bewegungsgruppen anschließen. Die Motivation und Überwachung der durchgeführten Übungen erfolgt einerseits durch andere Mitglieder und andererseits durch anwesende GruppenleiterInnen. In den meisten Fällen ist die Teilnahme an diesen Gruppen kostenfrei und hat gleichzeitig den positiven Nebeneffekt, dass das soziale Netzwerk erweitert wird. Gelingt es den erstellten Trainingsplan in die Tat umzusetzen und die Motivation der betreffenden Person aufrechtzuerhalten werden sich positive Auswirkungen auf die Gesundheit zeitnah einstellen und es wird gleichzeitig eine Wirkung auf die Höhe der Lebensqualität erzielt. Informationen über Adressen oder Ansprechpartner werden von den zuständigen Bezirksämtern ausgegeben. Für die Senioren im Bezirk Hamburg Eimsbüttel steht dazu ein spezieller Seniorenführer zur Verfügung.

Phase 4: Bewertung

Um einen Überblick über Erfolge aber auch über Schwierigkeiten zu bekommen, können sich beide Parteien auf ein Dokumentationssystem verständigen, welches die aufgebrauchte Zeit, die durchgeführten Übungen und auftretende Probleme zum Inhalt hat. Als Resultat daraus kann eine noch optimalere Anpassung des Planes an die Senioren erfolgen und sich damit nachhaltige Trainingsergebnisse einstellen. Eine regelmäßige Kontrolle bedeutet in diesem Fall auch eine Win-Win-Situation. Bei auftretenden Beschwerden durch z.B. eine Überbelastung hat der

Trainierende sofort eine Ansprechperson und der Hausarzt kann zeitnah intervenieren, um eventuelle Folgeschäden zu minimieren.

6.2 Handlungsempfehlung zur außerberuflichen Partizipation

Phase 1: Problembestimmung

Das Ehrenamt als Tätigkeit außerberuflicher Partizipation bringt Auswirkungen mit sich, die einen Effekt auf die Lebensqualität haben. Gerade im Bereich der hier betrachteten Altersgruppe, in der wie in der Fachliteratur beschrieben (siehe Kapitel 5.5), die Teilnahmebereitschaft mit zunehmendem Alter abnimmt besteht ist es sinnvoll eine Handlungsempfehlung zur außerberuflichen Partizipation anzubieten.

Phase 2: Strategieformulierung

Um die Teilnahmebereitschaft dahingehend zu fördernd, dass Senioren ihr Engagement und ihre Fertigkeiten freiwillig in gesellschaftliche Zweige einbringen, ist es notwendig zum einen über die Möglichkeiten der Ausführung und zum anderen über den persönlichen Gewinn und Nutzen zu informieren. Die Zugänge zu ehrenamtlichen Funktionen sollten niedrighschwellig erfolgen, um Interessierte nicht mit hohen Anforderungsprofilen abzuschrecken. Als erste Anlaufstelle kann der Landesseniorenbeirat des jeweiligen Bundeslandes dienen. Dort können erste Informationen zum Ehrenamt allgemein, dessen Struktur und über etwaige Betätigungsfelder eingeholt werden. Als direkter Ansprechpartner im Bezirk kann der Bezirks-Seniorenbeirat bei der Vermittlung unterstützend eingreifen. Bei auftretenden Probleme und Schwierigkeiten sollten die Senioren immer auf diesen zurückgreifen können.

Phase 3: Umsetzung

In Deutschland könnten alle Personen bei Eintritt in den Ruhestand ein Schreiben bekommen, welches umfassend über das Ehrenamt informiert und auf die in Phase 1 genannten Anlaufstellen hinweist. Kommt es durch den beschriebenen Weg zur Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit ist darauf zu achten, dass dies im Rahmen der persönlichen, zeitlichen und organisatorischen Möglichkeiten des

Einzelnen passiert. Um diesen Rahmen abzustecken empfiehlt sich eine Hospitation im Vorfeld.

Phase 4: Bewertung

Die Bewertung erfolgt nach subjektiven Kriterien der ausführenden Personen. Geben diese an, sich durch die Ausübung physisch und auch psychisch aktiv und fit zu fühlen, sich ihre soziale Teilhabe verbessert hat und sich das Gefühl einstellt einen persönlichen Auftrag zu vollziehen, kann das ehrenamtliche Engagement als gelungen beschrieben werden und es lässt sich damit gleichzeitig ein positiver Einfluss auf die Lebensqualität feststellen. Finden sich jedoch Problemstellen gilt es entweder diese zu beheben oder andernfalls eine Alternative zur ausgeführten Tätigkeit zu finden.

6.3 Handlungsempfehlung zur Bildung im Alter

Phase 1: Problembestimmung.

Durch die im Alter auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und nachlassenden kognitiven Fähigkeiten besteht das Risiko, dass Senioren der Altersgruppe 70-85 Jahre zum einen ein hohes Maß an Selbstständigkeit einbüßen müssen und zum anderen der Weiterentwicklung von gesellschaftlichen Strukturen nicht mehr folgen können. Daraus resultieren Nachteile, die sich auf ein gesellschaftlich integriertes Leben auswirken können.

Phase 2: Strategieformulierung

Priorität hat die Aufrechterhaltung von Gesundheit, der Autonomie und der damit verbundenen Eigenverantwortung. Die Zielgruppe soll dahingehend sensibilisiert werden, die Vorteile des Informationszeitalters zu nutzen um eigene Ressourcen zu potenzieren. Auf diese Weise soll auch ein Anteil an gesellschaftlicher Partizipation zurückgewonnen werden.

Phase 3: Umsetzung

Um die o.g. Zielsetzungen erreichen zu können, empfiehlt es sich, sich den Kursangeboten der örtlichen Volkshochschulen anzuschließen. Dort erfolgt in Abstimmung auf die Altersgruppe und deren Interessengebiete die Strukturierung der angebotenen Kurse. Um die Lernmotivation der Zielgruppe aufrechtzuerhalten ist es wichtig, dass sich das Erlernete in den persönlichen Alltag übertragen lässt und wie bereits erwähnt, muss in besonderem Maße auf die genauen Interessen der Senioren eingegangen werden, da diese Altersgruppe laut Fachliteratur Lerninhalte nur dann aufnimmt, wenn ein starker Interessenbezug besteht (BZgA, 2014, S. 31).

Phase 4: Bewertung

Die Volkshochschulen selbst ermitteln den Erfolg der angebotenen Kurse mittels zweier Methoden. Zum einen erfolgt dies mit ausgelegten Listen, in denen sich Teilnehmende zum Beginn und auch zum Ende des jeweiligen Kurses eintragen. Dadurch lässt sich die Frequentierung der Veranstaltung bestimmen. Zum anderen wird zu Beginn, während und nach Abschluss der Lehrveranstaltung eine Evaluation durchgeführt anhand derer Besucher die Inhalte, die Qualität und die Umsetzung der Unterrichtseinheiten in den Alltag bewerten können (vgl. ebenda S. 54). Die Ergebnisse der Auswertung fließen direkt in die Planung aktueller und neuer Kurse ein. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass ein zielgruppengerechter Unterricht stattfindet und sich für die Teilnehmer nachhaltige Effekte, auch in Bezug auf die Lebensqualität, herausbilden.

7. Fazit

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die späte Lebensphase der Senioren in der Altersspanne von 70 bis 85 Jahren, sowohl auf Bundes- als auch auf Kommunalebene mit einer hohen Lebensqualität einhergeht. Der Großteil der älteren Menschen lebt in guter subjektiver Gesundheit und Zufriedenheit. Es wird jedoch auch aufgezeigt, dass trotz guter materieller Absicherung ein Teil der Senioren einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt ist. Die dargestellten Ergebnisse und durchgeführten Analysen der ausgewählten Einflussfaktoren Bildung, körperliche Aktivität, subjektives Wohlbefinden, subjektive Gesundheit, berufliche und außerberufliche Partizipation und Einkommen aus dem konzeptionellen Modell für Lebensqualität, unterstützen diese Aussage. Des Weiteren dienen sie der Beantwortung der in der Einleitung gestellten Forschungsfrage und stellen Indikatoren für eine hohe Lebensqualität im Alter dar.

Mit Ausnahme der körperlichen Aktivität und der beruflichen Partizipation sind die Ausprägungen der Ergebnisse so zu werten, dass sie sich positiv auf die Höhe der gefühlten Lebensqualität auswirken. Bei genauer Betrachtung der Altersspanne ist zwar der geringe Einfluss der beruflichen Partizipation auf die Lebensqualität nachvollziehbar, nicht aber das hohe Maß an körperlicher Inaktivität. Trotz der Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Beeinträchtigung liegt die Herausforderung darin, den Einzelnen dahingehend zu animieren, sich in einem moderaten Umfang sportlich zu betätigen und damit einem erhöhten Erkrankungsrisiko entgegenzuwirken. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die Basis für eine hohe Lebensqualität im Alter bereits in frühen Lebensphasen gelegt werden kann. Ein hoher Bildungsgrad, ein hohes Maß an sportlichen Aktivitäten und eine insgesamt gesundheitsförderliche Lebensweise können nachfolgenden Generationen als Ressource im Alter dienen.

Die ausgesprochenen Handlungsempfehlungen sollen dazu dienen, die Defizite im Bereich der körperlichen Aktivität einzugrenzen und den Senioren die Möglichkeiten und Auswirkungen gesellschaftlicher Partizipation aufzuzeigen. Um die positive Entwicklung des Älterwerdens weiter zu fördern, sollte die dargelegte Lebenseinstellung der Senioren durch politische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und gesellschaftlichen Teilhabe erhalten und unterstützt

werden. „Es kommt nicht darauf an, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern den Jahren mehr Leben zu geben.“ (Alexis Carrel)

8. Literaturverzeichnis:

Bamberg, E. et al. (2012): Arbeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

BMFSFJ (2012): Altern im Wandel: Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys. Berlin: Meckenheim

BMFSFJ (2014): Eine Kultur des Alterns- Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin.

BMFSFJ (2010): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Berlin,

BMFSFJ (2011): Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen? Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Amberg: Frischmann.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Alte Menschen: Eine Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. Köln: Ollig.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014): In Zukunft alt? Gesund Älterwerden als Thema der Erwachsenenbildung. Paderborn: Bonifatius

Dapp, U. et al. (2013): Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel: Eine Befragung von Seniorinnen und Senioren im Bezirk Hamburg Eimsbüttel 2012. Hamburg.

Diener et al. (2006): Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, S. 263-283.

Ebster, C. & Stalzer, L. (2013): Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. Wien: Facultas.

Engstler, H./Tesch-Römer, C. (2010): Lebensformen und Partnerschaft. In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, S. 163-187.

Engstler, H./Motel-Klingebiel, A. (2010): Datengrundlagen und Methoden des Deutschen Alterssurveys (DEAS). In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, S. 34-60.

- Fenge, R. (2003):** Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: ifo Institut für Wirtschaftsforschung e. V. Schnelldienst, 14 (2003), S. 8-13.
- Göckenjan, G. (2000):** Das Alter würdigen: Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hamann, B. (1993):** Geschichte des Schulwesens. Heilbrunn: Klinkhardt.
- Joas, H. (2007):** Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt/New York: Campus.
- Kruse, A. et al. (2003):** Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise im Auftrag der AOK Baden-Württemberg: Januar 2003.
- Lampert et al. (2005):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin: RKI.
- McDermott, I. & O'Connor, J. (1997):** NLP und Gesundheit: Die offenen Geheimnisse der Gesunden. Freiburg im Breisgau: VAK.
- Motel-Klingebiel, A./Simonson, J./ Romeu Gordo,L. (2010):** Materielle Sicherung. In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, S. 61-89.
- Motel-Klingebiel, A./Wurm, S./Huxhold, O./Tesch-Römer, C. (2010):** Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte. In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, S.15-33.
- Möller, J.C. & Oertel, H. (2002):** Bewegung im Alter hält fit. In: Basler, H. & Keil, S. (Hrsg.): Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter. Graftschaff: Vektor, S. 110.
- Noll, H.H. & Weick, S. (2012):** Altersarmut: Tendenz steigend. Analysen zu Lebensstandard und Armut im Alter. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren, ISI 47, Januar 2012, Mannheim: GESIS, S. 1-6.
- Opaschowski, H. (1998):** Leben zwischen Muß und Muße: Die ältere Generation. Gestern. Heute. Morgen. Hamburg: Germa Press.

- Pavot, W. & Diener, E. (1993):** Review of the satisfaction with life scale: Psychological Assessment. In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, S. 263-283.
- Robert Koch-Institut (2006):** Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rosenbrock R. (1995):** Public Health als Soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen, Bd. 57, 3, S. 140-144;
- Schade, B. (2002):** Lebenszufriedenheit als gesundheitsbeeinflussender Faktor im Alter. In: Basler, H. & Keil, S. (Hrsg.): Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter. Graftschaff: Vektor, S. 231-250.
- Statistisches Bundesamt (2011):** Im Blickpunkt: Ältere Menschen in Deutschland und in der EU. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Tesch-Römer, C./Wiest, M./Wurm, S. (2010):** Subjektives Wohlbefinden. In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, 263-283.
- Waller, H. (2010):** Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wulf, D. (2007):** Angewandte Physiologie: Alterungsprozesse und das Altern verstehen. Stuttgart: Thieme.
- Wurm, S. & Huxold O. (2010):** Individuelle Altersbilder. In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, S. 246-262.
- Wurm, S./Schöllgen, I./Tesch-Römer, C. (2010):** Gesundheit. In: Motel-Klingebiel et al (Hrsg.): Altern im Wandel-Befunde des DEAS. Stuttgart: Kohlhammer, S. 90-117.

Internetquellen

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Wissenschaftsjahr 2013: Die demographische Chance. Bonn. Verfügbar unter:

<http://www.demografische-chance.de/typo3temp/pics/e6318c1e64.jpg> (letzter Zugriff: 22.6.2014)

GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT
Deutscher Alterssurvey (DEAS) - 1996, 2002, 2008. Verfügbar unter:

http://gerostat.de/maske.py?TABLE_=AS3_ML_01__DE&RESTRICT=YES
(letzter Zugriff: 26.6.2014)

Statistisches Bundesamt (2014): Begriffserläuterungen. Wiesbaden. Verfügbar unter:

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/Begriffserlaeuterungen/Nettoaequivalenzeinkommen_EVS.html (letzter Zugriff: 26.6.2014)

Statistisches Bundesamt (2012): Wirtschaftsrechnungen: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/EinkommenVerbrauch/Einkommensverteilung2152606089004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 26.6.2014)

Anhang

Entwicklung der Bevölkerungspyramide der Bundesrepublik Deutschland 1910-2050:

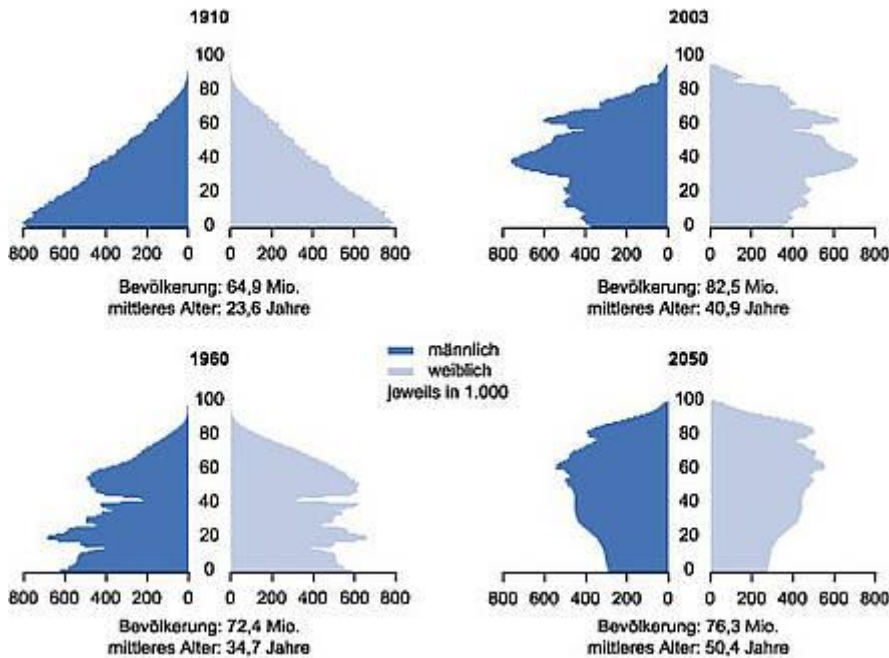


Abbildung 11 Entwicklung der Bevölkerungspyramide der Bundesrepublik Deutschland 1910-2050 (Statistisches Bundesamt, 2014)

Verwendete Fragen und Antwortmöglichkeiten des DEAS zu den Indikatoren von Lebensqualität:

Bildung:

Bitte sagen Sie mir zunächst anhand dieser Liste, welchen höchsten Schulabschluss Sie haben.

A: Hilfs- oder Sonderschule

B: Volks- oder Hauptschulabschluss

C: Realschulabschluss (Mittlere Reife, Lyzeum)

D: Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 8. Klasse

E: Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 10. Klasse

F: Fachhochschulreife

G: Abitur, Hochschulreife (Gymnasium, EOS, Berufsschule mit Abitur)

H: Anderen Abschluss

J: Keinen Schulabschluss

Körperliche Aktivität:

Wie oft treiben Sie Sport, z.B. Wandern, Fußball, Gymnastik oder Schwimmen?

1: Täglich

INT: Bitte geben Sie bei einer Dauer von mindestens einer Stunde immer Stunden und Minuten an – Beispiele: „1 Stunde, 0 Minuten“; „3 Stunden, 15 Minuten“.

Bitte geben Sie bei einer Dauer unter einer Stunde nur Minuten an (und tragen Sie bei Stunden den Wert 0 ein) – Beispiele: „0 Stunden, 15Minuten“; „0 Stunden, 55 Minuten“.

2: Mehrmals in der Woche

INT: Bitte geben Sie bei einer Dauer von mindestens einer Stunde immer Stunden und Minuten an – Beispiele: „1 Stunde, 0 Minuten“; „3 Stunden, 15 Minuten“.

Bitte geben Sie bei einer Dauer unter einer Stunde nur Minuten an (und tragen Sie bei Stunden den Wert 0 ein) – Beispiele: „0 Stunden, 15Minuten“; „0 Stunden, 55 Minuten“.

3: Einmal in der Woche

INT: Bitte geben Sie bei einer Dauer von mindestens einer Stunde immer Stunden und Minuten an – Beispiele: „1 Stunde, 0 Minuten“; „3 Stunden, 15 Minuten“.

Bitte geben Sie bei einer Dauer unter einer Stunde nur Minuten an (und tragen Sie bei Stunden den Wert 0 ein) – Beispiele: „0 Stunden, 15Minuten“; „0 Stunden, 55 Minuten“.

4: 1- bis 3-mal im Monat

5: Seltener

6: Nie

Subjektives Wohlbefinden:

In den nachstehenden Aussagen geht es darum, wie Sie Ihr Leben insgesamt beurteilen.

Aussagen:

In den meisten Dingen ist mein Leben nahezu ideal

Meine Lebensbedingungen sind hervorragend

Ich bin zufrieden mit meinem Leben

Die wichtigsten Dinge, die ich im Leben will, habe ich weitestgehend erreicht.

Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas anders machen

Merkmalsausprägungen:

Trifft genau zu; Trifft eher zu; Weder noch, Trifft eher nicht zu; Trifft gar nicht zu

Subjektiver Gesundheitszustand:

Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?

1: Sehr gut

2: Gut

3: Mittel

4: Schlecht

5: Sehr schlecht

Berufliche Partizipation:

Man kann ja auch als Rentner/in oder Pensionär/in noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Wie ist das bei Ihnen: Sind Sie derzeit erwerbstätig?

1: Ja

2: Nein

Außerberufliche Partizipation:

Üben Sie dort eine Funktion aus oder haben Sie ein Ehrenamt inne?

1: Ja

2: Nein

Einkommen:

Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Ich meine damit die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Zinseinkommen, Kindergeld und sonstige Einkünfte dazu.

_____ Euro monatlich

*Verwendete Fragen und Antwortmöglichkeiten der Eimsbütteler
Seniorenbefragung zu den Indikatoren von Lebensqualität:*

Bildung:

Welche Schulform (auch zweiter Bildungsweg) haben Sie abgeschlossen?

- 1 Abitur/Matura/Fachhochschulreife
- 2 Realschule/Lyzeum
- 3 Hauptschule/Volksschule
- 4 Hauswirtschaftsschule
- 5 Kein Schulabschluss
- 6 Sonstiger Schulabschluss

Körperliche Aktivität:

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

Ich treibe regelmäßig Sport in einem Verein (Sportart(en) bitte benennen:)

- 1 Ja
- 2 Nein

Ich gehe jeden Tag eine halbe Stunde spazieren

- 1 Ja
- 2 Nein

Welche Freizeiteinrichtungen nutzen Sie?

Schwimmbad

1 nutze ich nie

2 täglich

3 mind. 1x / Woche

4 mind. 1x / Monat

5 seltener

Subjektives Wohlbefinden:

Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, gegenwärtig mit Ihrem Leben?

Kreuzen Sie bitte die entsprechende Zahl auf der folgenden Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“ an.

Subjektive Gesundheit:

Wie würden Sie im Großen und Ganzen Ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand beschreiben? Würden Sie sagen, er ist...

1 ausgezeichnet

2 gut

3 mäßig

4 schlecht

Berufliche Partizipation:

Arbeiten Sie zurzeit gegen Bezahlung?

0 Nein

1 Ja, Teilzeit

2 Ja, Vollzeit

Außerberufliche Partizipation:

Leisten Sie zurzeit ehrenamtliche Arbeit?

0 Nein

1 Ja

Einkommen:

Wie hoch war das Nettoeinkommen Ihres Haushalts
im Mai 2012?

1 Unter 500 EURO

2 500 – unter 900 EURO

3 900 – unter 1.300 EURO

4 1.300 – unter 1.700 EURO

5 1.700 – unter 2.300 EURO

6 2.300 EURO und mehr

*Häufigkeitstabellen DEAS basierend auf der Altersgruppe 70-85 Jahre des
Mikrodatensatzes des DZA (in der Reihenfolge der Ergebnisse):*

Alter, Geschlecht, Landesteil:

B2008: Stichprobenzelle (Altersgruppe, Geschlecht, Landesteil)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	W m 1923-38	753	38,0	38,0	38,0
	W w 1923-38	580	29,3	29,3	67,3
	O m 1923-38	350	17,7	17,7	84,9
	O w 1923-38	299	15,1	15,1	100,0
	Gesamt	1982	100,0	100,0	

Bildung:

x27 - Höchster Schulabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	A Hilfs- oder Sonderschule	6	,3	,3	,3
	B Volks- oder Hauptschulabschluss	1149	58,0	61,0	61,3
	C Realschulabschluss (Mittlere Reife)	222	11,2	11,8	73,1
	D (POS) 8. Klasse	122	6,2	6,5	79,6
	E (POS) 10. Klasse	35	1,8	1,9	81,5
	F Fachhochschulreife	55	2,8	2,9	84,4
	G Abitur, Hochschulreife	252	12,7	13,4	97,8
	H Anderen Abschluss (bitte notieren):	11	,6	,6	98,4
	J Keinen Schulabschluss	31	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	1883	95,0	100,0	
	Fehlend	überfiltert	96	4,8	
verweigert		2	,1		
weiß nicht		1	,1		
Gesamt		99	5,0		
Gesamt	1982	100,0			

Körperliche Aktivität:

x427 - Sport machen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Täglich	142	7,2	7,2	7,2
	Mehrmals in der Woche	258	13,0	13,0	20,2
	Einmal in der Woche	236	11,9	11,9	32,1
	1- bis 3-mal im Monat	107	5,4	5,4	37,5
	Seltener	158	8,0	8,0	45,5
	Nie	1079	54,4	54,5	100,0
	Gesamt	1980	99,9	100,0	
Fehlend	verweigert	1	,1		
	weiß nicht	1	,1		
	Gesamt	2	,1		
Gesamt	1982	100,0			

Subjektives Wohlbefinden:

Lebenszufriedenheit, 2008 (nach Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	3	,2	,2	,2
	1,20	1	,1	,1	,3
	1,40	9	,5	,6	,9
	1,60	7	,4	,5	1,4
	1,80	8	,4	,6	2,0
	2,00	10	,5	,7	2,7
	2,20	16	,8	1,1	3,8
	2,40	13	,7	,9	4,8
	2,50	1	,1	,1	4,8
	2,60	26	1,3	1,9	6,7
	2,67	1	,1	,1	6,8
	2,80	49	2,5	3,5	10,2
	3,00	58	2,9	4,1	14,4
	3,20	84	4,2	6,0	20,4
	3,25	3	,2	,2	20,6
	3,33	2	,1	,1	20,7
	3,40	110	5,5	7,8	28,5
	3,50	2	,1	,1	28,7
	3,60	123	6,2	8,8	37,4
	3,67	1	,1	,1	37,5
	3,75	1	,1	,1	37,6
	3,80	142	7,2	10,1	47,7
	4,00	211	10,6	15,0	62,7
	4,20	125	6,3	8,9	71,6
	4,25	6	,3	,4	72,0
	4,33	1	,1	,1	72,1
	4,40	129	6,5	9,2	81,3
	4,50	2	,1	,1	81,4
	4,60	119	6,0	8,5	89,9
	4,80	65	3,3	4,6	94,5
	5,00	77	3,9	5,5	100,0
	Gesamt	1405	70,9	100,0	
Fehlend	-9,00	577	29,1		

Lebenszufriedenheit, 2008 (nach Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	3	,2	,2	,2
	1,20	1	,1	,1	,3
	1,40	9	,5	,6	,9
	1,60	7	,4	,5	1,4
	1,80	8	,4	,6	2,0
	2,00	10	,5	,7	2,7
	2,20	16	,8	1,1	3,8
	2,40	13	,7	,9	4,8
	2,50	1	,1	,1	4,8
	2,60	26	1,3	1,9	6,7
	2,67	1	,1	,1	6,8
	2,80	49	2,5	3,5	10,2
	3,00	58	2,9	4,1	14,4
	3,20	84	4,2	6,0	20,4
	3,25	3	,2	,2	20,6
	3,33	2	,1	,1	20,7
	3,40	110	5,5	7,8	28,5
	3,50	2	,1	,1	28,7
	3,60	123	6,2	8,8	37,4
	3,67	1	,1	,1	37,5
	3,75	1	,1	,1	37,6
	3,80	142	7,2	10,1	47,7
	4,00	211	10,6	15,0	62,7
	4,20	125	6,3	8,9	71,6
	4,25	6	,3	,4	72,0
	4,33	1	,1	,1	72,1
	4,40	129	6,5	9,2	81,3
	4,50	2	,1	,1	81,4
	4,60	119	6,0	8,5	89,9
	4,80	65	3,3	4,6	94,5
	5,00	77	3,9	5,5	100,0
	Gesamt	1405	70,9	100,0	
Fehlend	-9,00	577	29,1		
Gesamt		1982	100,0		

Subjektiver Gesundheitszustand:

x501 - Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	74	3,7	3,7	3,7
	Gut	702	35,4	35,5	39,3
	Mittel	843	42,5	42,6	81,9
	Schlecht	268	13,5	13,6	95,4
	Sehr schlecht	90	4,5	4,6	100,0
	Gesamt	1977	99,7	100,0	
Fehlend	verweigert	2	,1		
	weiß nicht	3	,2		
	Gesamt	5	,3		
Gesamt		1982	100,0		

Berufliche Partizipation:

x102 - Erwerbstätigkeit als Rentner/in

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	97	4,9	5,2	5,2
	Nein	1757	88,6	94,8	100,0
	Gesamt	1854	93,5	100,0	
Fehlend	überfiltert	128	6,5		
Gesamt		1982	100,0		

Außerberufliche Partizipation:

Ehrenamtliche Funktion in Gruppen und Organisationen, 2008

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1744	88,0	88,1	88,1
	ja	235	11,9	11,9	100,0
	Gesamt	1979	99,8	100,0	
Fehlend	keine Angabe	3	,2		
Gesamt		1982	100,0		

Einkommen:

Monatl. Haushaltsnettoeinkommen in Euro (bereinigt)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	185	1	,1	,1	,1
	250	3	,2	,2	,2
	300	1	,1	,1	,3
	350	1	,1	,1	,4
	400	3	,2	,2	,6
	450	2	,1	,1	,7
	500	5	,3	,3	1,0
	517	1	,1	,1	1,1
	540	1	,1	,1	1,1
	555	1	,1	,1	1,2
	564	1	,1	,1	1,2
	600	7	,4	,4	1,7
	601	1	,1	,1	1,7
	620	2	,1	,1	1,9
	622	1	,1	,1	1,9
	625	8	,4	,5	2,4
	630	1	,1	,1	2,5
	635	1	,1	,1	2,5
	640	3	,2	,2	2,7
	645	1	,1	,1	2,8
	650	3	,2	,2	3,0
	652	1	,1	,1	3,0
	659	1	,1	,1	3,1
	660	1	,1	,1	3,2
	666	1	,1	,1	3,2
	672	1	,1	,1	3,3
	675	1	,1	,1	3,3
	680	2	,1	,1	3,5
	690	1	,1	,1	3,5
	695	1	,1	,1	3,6
	700	8	,4	,5	4,1
	709	1	,1	,1	4,1
	730	1	,1	,1	4,2
	734	1	,1	,1	4,3
	746	1	,1	,1	4,3
	748	1	,1	,1	4,4
	750	7	,4	,4	4,8
	755	1	,1	,1	4,9
	765	1	,1	,1	4,9
	770	1	,1	,1	5,0
	775	1	,1	,1	5,1

780	1	,1	,1	5,1
783	1	,1	,1	5,2
790	2	,1	,1	5,3
795	1	,1	,1	5,4
800	16	,8	1,0	6,4
803	1	,1	,1	6,4
820	2	,1	,1	6,6
822	1	,1	,1	6,6
824	1	,1	,1	6,7
830	1	,1	,1	6,7
832	1	,1	,1	6,8
840	2	,1	,1	6,9
850	3	,2	,2	7,1
858	1	,1	,1	7,2
860	2	,1	,1	7,3
864	1	,1	,1	7,4
Gesamt	119	6,0	7,4	

Häufigkeitstabellen Seniorenbefragung basierend auf der Altersgruppe 70-84 Jahre des Mikrodatsatzes der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses Hamburg (in der Reihenfolge der Ergebnisse):

Geschlecht:

SB_27_mw

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	522	55,0	55,3	55,3
	2	422	44,5	44,7	100,0
	Gesamt	944	99,5	100,0	
Fehlend	System	5	,5		
Gesamt		949	100,0		

Alter nach Geburtsjahr:

SB_28b_jahr

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1927	57	6,0	6,0	6,0
	1928	56	5,9	5,9	11,9
	1929	46	4,8	4,8	16,8
	1930	79	8,3	8,3	25,1
	1931	55	5,8	5,8	30,9
	1932	45	4,7	4,7	35,6
	1933	46	4,8	4,8	40,5
	1934	77	8,1	8,1	48,6
	1935	79	8,3	8,3	56,9
	1936	96	10,1	10,1	67,0
	1937	57	6,0	6,0	73,0
	1938	60	6,3	6,3	79,3
	1939	70	7,4	7,4	86,7
	1940	61	6,4	6,4	93,2
	1941	65	6,8	6,8	100,0
	Gesamt		949	100,0	100,0

Bildungsabschluss:

1=Abitur 2=Realschule 3=Hauptschule 4=Hauswirtschaftsschule 5=kein
Schulabschluss 6=Sonstiger Schulabschluss

SB_50a_schu

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	197	20,8	21,0	21,0
	2	239	25,2	25,5	46,4
	3	464	48,9	49,4	95,8
	4	6	,6	,6	96,5
	5	14	1,5	1,5	98,0
	6	19	2,0	2,0	100,0
	Gesamt		939	98,9	100,0
Fehlend	System	10	1,1		
Gesamt		949	100,0		

Körperliche Aktivität:

a) Sport im Verein:

1=ja 0=nein

SB_6a1_verei

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	583	61,4	72,0	72,0
	1	227	23,9	28,0	100,0
	Gesamt	810	85,4	100,0	
Fehlend	System	139	14,6		
Gesamt		949	100,0		

b) 30 Minuten täglich spazieren

1=ja 0=nein

SB_6c_spaz

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	257	27,1	31,0	31,0
	1	571	60,2	69,0	100,0
	Gesamt	828	87,2	100,0	
Fehlend	System	121	12,8		
Gesamt		949	100,0		

c) Schwimmbadbesuch

1=nie 2=täglich 3=1x/Woche 4=1x/Monat 5=seltener

SB_8d_schw1

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	494	52,1	61,8	61,8
	2	7	,7	,9	62,6
	3	111	11,7	13,9	76,5
	4	30	3,2	3,8	80,3
	5	158	16,6	19,8	100,0
	Gesamt		800	84,3	100,0
Fehlend	System	149	15,7		
Gesamt		949	100,0		

Subjektives Wohlbefinden:

ZAHL 0-10 (Zufriedenheit)

SB_5_zufried

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	9	,9	1,0	1,0
	1	7	,7	,8	1,7
	2	12	1,3	1,3	3,1
	3	22	2,3	2,4	5,5
	4	25	2,6	2,7	8,2
	5	114	12,0	12,4	20,6
	6	83	8,7	9,1	29,7
	7	126	13,3	13,7	43,4
	8	237	25,0	25,8	69,2
	9	112	11,8	12,2	81,5
	10	170	17,9	18,5	100,0
	Gesamt	917	96,6	100,0	
Fehlend	System	32	3,4		
Gesamt		949	100,0		

Subjektive Gesundheit:

1=ausgezeichnet 2=gut 3=mäßig 4=schlecht

SB_29_zusta

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	38	4,0	4,0	4,0
	2	543	57,2	57,8	61,9
	3	307	32,3	32,7	94,6
	4	51	5,4	5,4	100,0
	Gesamt	939	98,9	100,0	
Fehlend	System	10	1,1		
Gesamt		949	100,0		

Berufliche Partizipation:

0=nein 1=Teilzeit 2=Vollzeit 3=noch berufstätig, aber nicht zu erkennen, ob
Teilzeit oder Vollzeit

SB_52_job

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	888	93,6	94,7	94,7
	1	39	4,1	4,2	98,8
	2	10	1,1	1,1	99,9
	3	1	,1	,1	100,0
	Gesamt	938	98,8	100,0	
Fehlend	System	11	1,2		
Gesamt		949	100,0		

Außerberufliche Partizipation:

Ausübung Ehrenamt 0=nein 1=ja

SB_22a_ehre

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	761	80,2	84,9	84,9
	1	135	14,2	15,1	100,0
	Gesamt	896	94,4	100,0	
Fehlend	System	53	5,6		
Gesamt		949	100,0		

Einkommen:

1=unter_500 2=500_unter900 3=900_unter1300 4=1300_unter1700

5=1700_unter2300 6=2300 und mehr

SB_53_geld

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	18	1,9	2,1	2,1
	2	57	6,0	6,5	8,6
	3	143	15,1	16,4	25,0
	4	201	21,2	23,1	48,1
	5	223	23,5	25,6	73,6
	6	230	24,2	26,4	100,0
	Gesamt	872	91,9	100,0	
Fehlend	System	77	8,1		
Gesamt		949	100,0		

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Hamburg, den 22.07.2014