

Ulrike DAPP, Hamburg
Martin DIRKSEN-FISCHER, Hamburg

Altern und Gesundheit am Beispiel Hamburg: Ergebnisse einer repräsentativen Erfassung von Senioren-Einstellungen im Querschnitt und Langzeitverlauf

Summary

The concept of therapeutic landscapes fulfils many aspects of an enlarged understanding of health. Following the WHO (1946), this means that health is far more than the absence of illness. About every fourth German is sixty years or older. 80 to 90% of this population live in the community on their one. Not very much is known about their behaviour and how they try to stay healthy. The public-health office in Hamburg-Eimsbüttel – knowing about the therapeutic landscape approach – decided to start a representative survey of this group of elderly citizens, willing to learn more about their attitudes concerning health and how to stay fit and active in the urban area. The results show that this part of the population (sixty years and older) in general is a heterogeneous group, though contrary to common beliefs mostly physically active. These findings will be further investigated in an even larger interdisciplinary study. This Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS) is funded by the Federal Ministry of Education and Research (BMBF). It is a long-time investigation, taking place in the larger Hamburg area.

1 Hintergrund

Die Erforschung von Altern und Gesundheit im Raum kann nur im multidimensionalen Kontext gelingen. So werden in diesem Beitrag die Schwerpunktbereiche Geographie, Geriatrie und Gesundheitsförderung interdisziplinär verknüpft und Schnittmengen für ein tieferes Verständnis gesundheitsrelevanter Prozesse in Raum und Zeit fokussiert. Beispielsweise ist die Mobilität eine wichtige Voraussetzung für die Sicherung der alltäglichen Lebensführung, die den Erhalt sozialer Beziehungen und die Teilhabe an jeglicher Art von Aktivitäten in der Umwelt sichert. Mit dem Alter wächst jedoch das Risiko physischer Beeinträchtigungen und der Verringerung sensorischer Fähigkeiten, die die Mobilität und damit auch die Selbständigkeit im Aktionsraum einschränken können. Im Mittelpunkt der Schnittmengen Mobilität, Umwelt und Selbständigkeit befindet sich der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1946 aus einer ganzheitlichen Perspektive heraus definierte Begriff der „Gesundheit“ als Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens – und nicht allein die Abwesenheit von

Krankheit und Gebrechen (FRANZKOWIAK u. SABO 1998, 60). Er fokussiert insbesondere im Alter auf die gesellschaftliche Partizipation der Individuen, die immer auch eine Interaktion in der Umwelt darstellt und damit einen interdisziplinären Bezug zwischen Gesundheit(sförderung), Geographie und Geriatrie aufweist (vgl. Abb. 1).

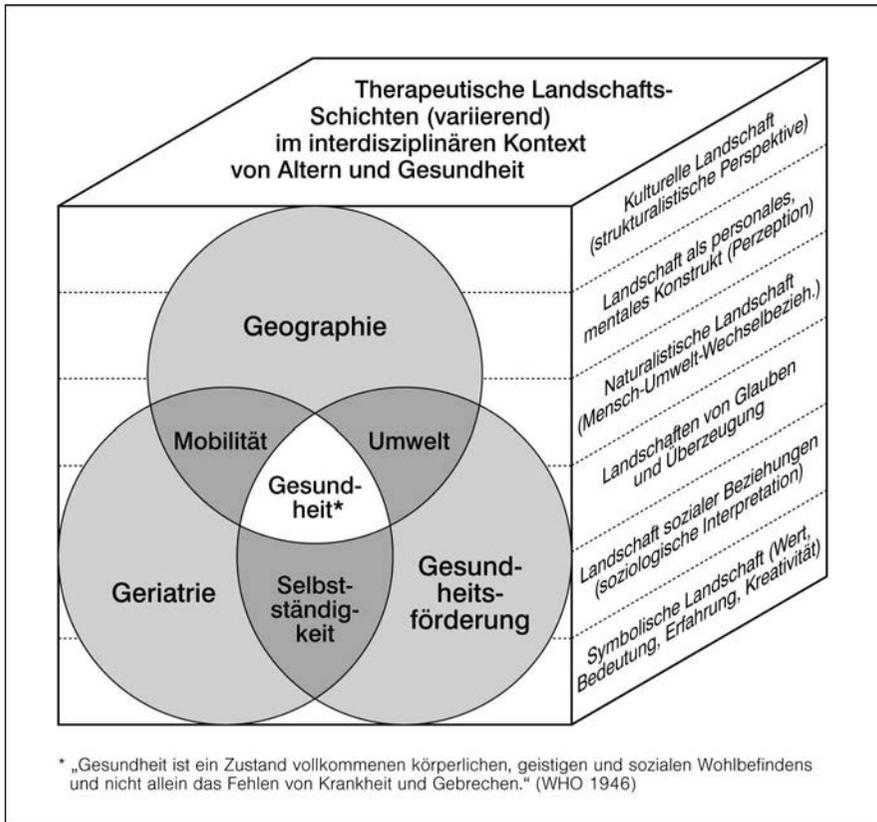


Abb. 1: Schnittstellen und Wechselwirkungen zwischen den Bereichen, die Altern und Gesundheit beeinflussen. Modifiziert nach DAPP 2008, 16 sowie KITEMANN u. CLAßEN 2012, in diesem Heft.

In Abbildung 1 wurde das Konzept der therapeutischen Landschaften als vielschichtige und facettenreiche Metapher für die Realisierung gesundheitsrelevanter Prozesse graphisch integriert. Dargestellt sind unterschiedliche in der Literatur diskutierte Interpretationen von Landschaften (u.a. natürliche, gestaltete, reale, imaginäre, strukturalistische und symbolische Räume), deren relative Bedeutung je nach Situation variiert (KITEMANN u. CLAßEN 2012, in diesem Heft). Kistemann und Claßen ist in ihrer Forderung zu folgen, das zukunftsfähige Konzept der therapeutischen Landschaften auch im deutschsprachigen Raum zu rezipieren und praktisch umzusetzen. Dieser Beitrag aufbereiteter Daten zweier Befragungen von Seniorinnen und Senioren aus Hamburg versucht, erste interdisziplinär geprägte

Schritte aus Sicht der Geographie und der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) in diese Richtung zu gehen; immer wissend um soziale, körperliche und umweltbedingte Wechselwirkungen und Teilbedingungen von Gesundheit nach dem ganzheitlichen Verständnis der WHO (vgl. Abb. 1). Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Beitrags werden beide Befragungen wiederholt. Erstens können so zeitliche Verläufe dargestellt und zweitens die in Abbildung 1 dargestellten Abhängigkeiten intensiver befragt und landschaftstherapeutisch interpretiert werden.

2 Demographischer Wandel und therapeutische Landschaften

Der demographische Wandel, insbesondere das rasche Wachstum der älteren Bevölkerungsgruppe bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate, ist in Deutschland besonders ausgeprägt. Ende 2001 war ein Viertel (24,1%) der Gesamtbevölkerung mindestens 60 Jahre alt, im Jahr 2030 wird dies bereits jeder dritte Mensch (34,4%) sein (STATISTISCHES BUNDESAMT 2003). Von besonderer Bedeutung ist deshalb die Frage, wie Unabhängigkeit und Lebensqualität in jedem Alter gefördert werden können. Dem Verlust funktioneller Fähigkeiten soll durch geeignete Maßnahmen vorgebeugt werden, um die Lebenserwartung in Gesundheit (healthy life expectancy) zu steigern (ROBINE et al. 2003). Die aktuelle und zukünftige „Alterung“ der Bevölkerung, insbesondere die rasche und erhebliche absolute und relative Zunahme der Zahl der Hochbetagten (80 Jahre und älter) führt zu einem Anstieg der Zahl alter Menschen mit Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität). Diese weisen ein hohes Risiko auf, hilfs- und pflegebedürftig zu werden. Pflegebedürftigkeit steigt erst sprunghaft an in den höchsten Altersklassen: Definitionsgemäß ist ein Drittel der 85- bis unter 90-jährigen bzw. jeder Zweite der mindestens 90-jährigen pflegebedürftig (vgl. Tabelle 1).

Alter in Jahren	Zu- / Abnahme in Prozent	
	1953-2000	2000-2050
Insgesamt	+ 17,1	-14,3
60 Jahre und älter	+ 77,8	+33,5
80 Jahre und älter	+ 274,6	+ 169,9
90 Jahre und älter	+ 1521,1	+ 198,1

Tabelle 1: Entwicklung der Bevölkerungszahl älterer Menschen 1953 bis 2050.

Quelle: BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION 2006, 16

3 Entstehung von Gesundheit und Krankheit im Kontext therapeutischer Landschaften

Krankheiten, insbesondere chronische Krankheiten und physische Schäden sind wesentliche Ursachen für Fähigkeitsstörungen im Alter und können die funktionelle Kompetenz und den Grad der Mobilität innerhalb der Wohnung sowie im Aktionsradius außer Haus in sehr unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigen. Eine Reihe von Merkmalskomplexen haben Schädigungen und Beeinträchtigungen der körperlichen und/oder der geistigen Aktivität zur Folge wie beispielsweise Immobilität,

Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeitshaushalt, Depression, Angststörung, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit (Gebrechlichkeit oder engl.: frailty), starke Sehbehinderung oder ausgeprägte Schwerhörigkeit (BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION 2006). Ein Teil dieser Merkmalskomplexe wird in Abbildung 4 wieder aufgegriffen, da die Konsequenzen, d.h. die funktionellen Defizite im alltäglichen Leben, eine überragende Bedeutung bei der selbständigen Aktivitätendurchführung im Aktionsraum haben.

Der betroffene Mensch ist in den Mittelpunkt der Betrachtung vielfältiger Einflüsse gegebener Person-Umwelt-Merkmale zu stellen. Dazu wurde von der WHO (1980) das Krankheitsfolgenmodell ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) eingeführt und als ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) erweitert um sog. Kontextfaktoren, die den Lebenshintergrund der Betroffenen einbeziehen (WHO 2001).

Abbildung 2 fasst den derzeitigen Erkenntnisstand von Einflüssen auf Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit im Alter zusammen. Dargestellt werden die schrittweise Entstehung von Gesundheit (aus salutogenetischer Perspektive: Was stärkt die Gesundheit?) und Krankheit (aus pathogenetischer Perspektive: Was macht krank?) sowie geeignete Ansatzpunkte vor und nach Entstehung einer Krankheit, unterschieden in gesundheitsfördernde Maßnahmen und klassische Präventionstrias (primär-, sekundär-, und tertiärpräventive Maßnahmen). Mit in das Wirkungsgefüge fließen Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren als Kontextfaktoren ein, die Auswirkungen haben auf Körperstrukturen oder -funktionen (Schäden) und die Aktivitätenausübungen.

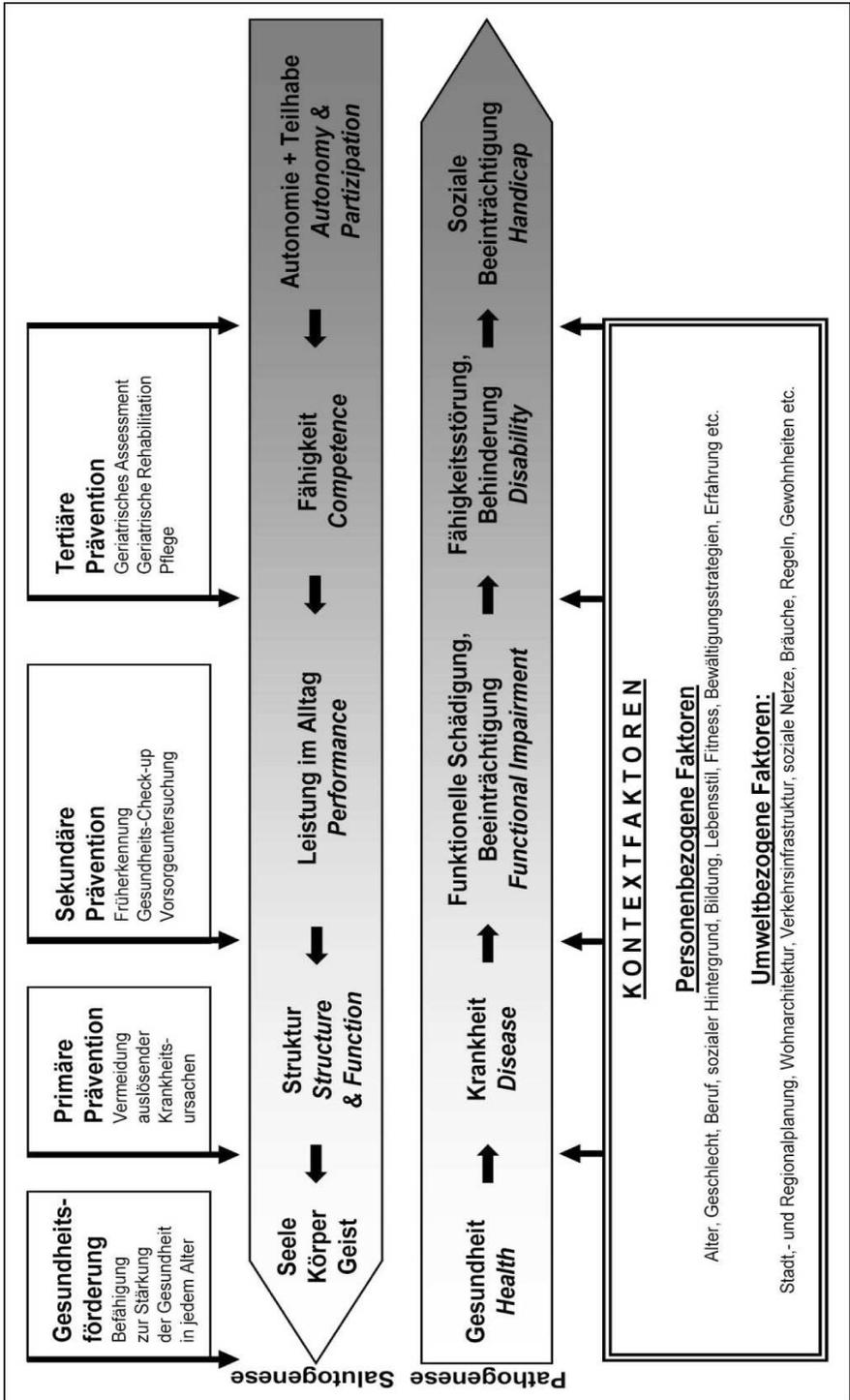
Beispielsweise hängt es von der wieder erreichten oder nicht erreichten Fähigkeit, Treppen steigen zu können ab, ob eine allein lebende und sich bisher selbst versorgende ältere Person nach Sturz mit Oberschenkelhalsbruch und anschließender geriatrischer Rehabilitation in ihre Wohnung im vierten Stock eines Mehrfamilienhauses ohne Fahrstuhl zurückkehren kann oder nicht. Die Perspektive eines Umzugs in eine Form betreuten Wohnens oder in eine Seniorenwohnanlage verändert nachvollziehbar das gesamte Gefüge der Kontextfaktoren dieser Person, die vielleicht schon seit über 30 Jahren im selben Haus in „ihrem Viertel“ wohnt.

4 Gesundheitsfördernde Strategien im Kontext therapeutischer Landschaften

Nahezu alle epidemiologisch wichtigen Erkrankungen im Alter können erfolgversprechend durch konsequente Änderungen des individuellen Lebensstils, die systematische Versorgung mit Maßnahmen der Primärmedizin (Vorsorge-Untersuchungen, Impfungen) sowie die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten

Abb. 2 (→ S. 157): Modelle der schrittweisen Entstehung von Gesundheit (Salutogenese) und Krankheit (Pathogenese) sowie geeignete Ansatzpunkte vor und nach Krankheits-Entstehung nach ICIDH und ICF

Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach VERBRUGGE u. JETTE (1994) SACHVERSTÄNDIGENRAT (2001) sowie WHO (1980, 2001, 2009).



gemindert bzw. unterbunden werden. Diese Potenziale präventiver Interventionen werden jedoch in Deutschland bisher weder systematisch noch hinreichend genutzt (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2001).

Die Einbettung wissenschaftlich evaluierter Forschungsprogramme in die Regelversorgung kann nur über Kooperationen im kommunalen Gesundheitsnetz gelingen. So kooperiert das Albertinen-Haus seit vielen Jahren mit niedergelassenen Hausarztpraxen und deren älteren Patienten (MEIER-BAUMGARTNER u. DAPP 2001). Dies diente als Keimzelle einer Langzeituntersuchung zur Erforschung des normalen Alterns im urbanen Raum Hamburg. Ausgewählte Aspekte dieser longitudinalen, multidimensionalen Erforschung des Alterns im urbanen Raum flankieren die Ergebnisse der hier vorgestellten repräsentativen Querschnittbefragung.

Allerdings gibt es in amtlichen Statistiken bisher kaum Daten zu Gesundheitszustand, Selbsthilfestatus und Gesundheitsverhalten älterer Menschen in Deutschland, so dass in diesem Artikel exemplarisch Daten einer repräsentativen Querschnittserhebung sowie flankierend ausgewählte Aspekte einer Langzeitbeobachtung zu Altern und Gesundheit im urbanen Raum Hamburg vorgestellt werden. Hiermit wird ein Beitrag geleistet zu dem im Wandel befindlichen Konzept der therapeutischen Landschaften, die nicht nur einen heilenden Einfluss auf Individuen und Bevölkerungsgruppen haben können, sondern auch gesundheitsfördernde Einflüsse. Dies berücksichtigt auch den im Wandel befindlichen Perspektivwechsel von der reaktiven, pathogenetischen Betrachtungsweise, mit dem Ziel, Gesundheit nach Krankheit wieder herstellen; hin zu einer proaktiven, salutogenetischen Betrachtungsweise, mit dem Ziel, Gesundheit zu fördern. In dieser Untersuchung werden deshalb neben Senioren-Einstellungen zur eigenen Gesundheit auch Selbsteinschätzungen und Bedürfnisstrukturen dieser heterogenen Bevölkerung fokussiert wie z.B. Akzeptanz des Alters, selbst gefühltes Alter, Zukunftssorgen oder (Nicht-)Wahrnehmung von Gesundheitsdienstleistungen.

Gesundheitsförderung und Prävention verlangen für alle Altersgruppen ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in allen Politikbereichen, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen, in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien sowie den Individuen selbst. Ausgehend von dem Verständnis, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Alter wirksame Strategien sind, um die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu fördern, wurden am Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg, unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen konzipiert und evaluiert. Von besonderem Interesse waren dabei die Definition geeigneter Zielgruppen, möglicher Zugangswege sowie die Evaluation von Akzeptanz und Effektivität unterschiedlicher Interventionsmaßnahmen. Exemplarisch wird auf das dort entwickelte interdisziplinäre Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ verwiesen, das 2005 mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet wurde (MEIER-BAUMGARTNER et al. 2006; DEUTSCHER PRÄVENTIONSPREIS 2005). Weitere Informationen und Downloads finden sich auf der Homepage des Albertinen-Hauses unter <http://www.geriatrie-forschung.de>.

Eine weitere Kooperation besteht mit der 2004 gegründeten bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenz Hamburg-Eimsbüttel. Diese kommunale Konferenz setzt sich für die vielfältigen Belange der heterogenen älteren Bevölkerungsgruppe ein und versteht sich gleichermaßen als Informations- und Diskussionsplattform für professionelle Anbieter im Gesundheitssektor, interessierte Laien sowie ältere Menschen und ihre Angehörigen. Struktur, Schwerpunktthemen, Arbeitsweise und Nutzung eines Geoinformationssystems (GIS) zur Bündelung und Analyse komplexer Datenbestände im Gesundheitswesen durch die Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel finden sich bei (DAPP u. DIRKSEN-FISCHER 2006), in einer Broschüre für die Zielgruppe („Älter werden. Aktiv bleiben. Senioren in Eimsbüttel“) und auf der Homepage der Gesundheits- und Pflegekonferenz Eimsbüttel unter <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/bezirke/eimsbuettel/aktuelles/pflegekonferenz/Start.html>.

5 Der Untersuchungsraum Hamburg Eimsbüttel

Die repräsentative Seniorenbefragung „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“ wurde 2007 im Auftrag der Gesundheits- und Pflegekonferenz des Bezirks Hamburg Eimsbüttel bei der älteren Bevölkerung des Bezirks durchgeführt. Der Bezirk Hamburg Eimsbüttel ist aufgrund seiner historischen Entwicklung wie kaum ein anderer Hamburger Bezirk geprägt durch Kleinteiligkeit und urbane Nutzungsmischung. Er wurde Anfang der 1950er Jahre zusammen mit den anderen sechs Hamburger Bezirken als Verwaltungseinheit eingerichtet und nach dem gleichnamigen Stadtteil benannt. Mit knapp 250.000 Einwohnern entspricht die Einwohnerzahl des Bezirks Hamburg Eimsbüttel der einer deutschen Großstadt. Dies gilt auch im Hinblick auf seine differenzierte Sozialstruktur, weshalb die nachfolgenden Ergebnisse nicht nur für Hamburg, sondern auch für andere deutsche Großstädte herangezogen werden können (BEZIRKSAMT EIMSBÜTTEL 2008).

Bis ins 19. Jahrhundert war das Gebiet des Bezirks Eimsbüttel stark landwirtschaftlich geprägt, die heutigen neun Stadtteile waren Dörfer vor den Toren der Stadt. Im 17. Jahrhundert setzte der Zuzug wohlhabender Hamburger ein, die sich Landhäuser erbauen ließen und die (therapeutische) Landschaft zur Erholung nutzten. Heute stellen sich die innerstädtischen Stadtteile als dicht bebaute Gebiete dar, in denen sich Quartiere aus der Zeit vor und um die Jahrhundertwende mit Bauten aus den 1920er Jahren und der Nachkriegszeit abwechseln. 50% der Wohnbebauung wurde im 2. Weltkrieg zerstört, ein Großteil der Flächen in neuer Struktur wieder aufgebaut. In den nördlichen Stadtteilen ist bis heute eine eher offene Wohnbebauung vorherrschend, geprägt von neueren Einfamilienhäusern und einzelnen Spuren der dörflichen Vergangenheit.

Der Bezirk Eimsbüttel ist neben einer hohen Bevölkerungsdichte (4.800 Einwohner/km²) durch ein dichtes Nebeneinander von Wohnen und Gewerbe gekennzeichnet. Hinzu kommt die Universität Hamburg (30.000 Studierende), die seit ihrer Gründung 1919 im Stadtteil Rotherbaum beheimatet ist. Trotz der hohen Bebauungsdichte finden sich im Bezirk Eimsbüttel zusammen über 200 ha Parkflächen, Spielplätze und Sportanlagen. Darüber hinaus weisen umfangreiche Kleingartengebiete, Grün- und Freiräume, Alster (Harvestehude, Rotherbaum), Hagenbecks

Tierpark (Stellingen, Lokstedt) hohe Erholungsqualitäten auf. Sie sind genauso wie zentrale Naherholungsflächen (Stadtpark Eimsbüttel) und das Niendorfer Gehege, das im Nordwesten in landwirtschaftlich geprägte Bereiche übergeht (Schnelsen, Niendorf), Bestandteil der Eimsbüttler Landschaftsachse. Als „Grüne Mitte“ hat sie besondere Bedeutung für Stadtklima und Naturerleben im Bezirk. Ein Hamburg weites Netz von Fuß und Radwanderwegen entlang verschiedener Alsterzuflüsse ist hier eingebunden. Im Kerngebiet befinden sich dagegen vergleichsweise wenige Grünflächen (Lage der Stadtteile vgl. Abb. 3).

Drei U-Bahnlinien und eine Metrobuslinie (Buslinie mit den meisten Fahrgästen Europas) durchqueren den Bezirk und verbinden Innenstadt, Universität und äußere Stadtteile. Die Autobahn (A7) quert die Stadtteile Stellingen, Eidelstedt und Schnelsen. Eine hoch frequentierte Güterbahnlinie führt durch den Bezirk sowie die ICE-Strecke zwischen den Bahnhöfen Hamburg-Dammtor und Hamburg-Altona (BEZIRKSAMT EIMSBÜTTEL 2008).

In Tabelle 2 werden die Stadtteilprofile zur besseren Orientierung und für die Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse zusammengefasst. Die Informationen wurden ergänzt um die sog. soziale Lage aller neun Stadtteile. Auf der Basis der regionalisierten Angaben aus der Volks-, Wohnungs- und Gebäudezählung 1987 wurde eine räumliche Gliederung Hamburgs nach sozialstrukturellen Merkmalen durchgeführt. Hierzu wurde anhand soziodemographischer Merkmale (soziale Schichtung, Ausländer, Altersstruktur, Haushaltsstruktur, Wohnungsversorgung) und städtebaulicher Merkmale (Baualter, Bebauungsdichte, Wohnungsgröße und Wohnungsausstattung, Mietniveau, Sozialwohnungen) eine Typisierung erstellt, mit deren Hilfe die Hamburger Stadtteile in unterschiedliche Kategorien eingeteilt werden konnten. Die genaue Methode der Zwei-Faktorenlösung kann bei LOLL u. MÜLLER (1990) nachgelesen werden. Nach diesem Muster hat die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales für die Gesundheitsberichterstellung (Stadt diagnose 2) eine Faktorenanalyse gesundheitlicher Indikatoren durchgeführt und Stadtteile unterschieden nach guter, mittlerer und schlechter sozialer Lage. Im Bezirk Hamburg Eimsbüttel gibt es demnach keine Stadtteile mit schlechter sozialer Lage. Die genaue Methode sowie alle Gesundheitsindikatoren siehe FREIE UND HANSESTADT HAMBURG (2001).

6 Methoden

6.1 Repräsentative Querschnitterhebung

Die Zielgruppe waren Bürger ab 60 Jahren, die 2007 im Bezirk Hamburg Eimsbüttel lebten. Nach detaillierter Abstimmung mit dem Hamburgischen Datenschutz-Beauftragten wurde eine freiwillige, anonyme, schriftliche Befragung in Kooperation des Gesundheitsamts Eimsbüttel und der Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses in Hamburg durchgeführt. Eine schriftliche oder fernmündliche Erinnerung gab es nicht. Die Datenerhebung erfolgte, nachdem die Akzeptanz und Praktikabilität des Fragebogens in einem Pretest gezeigt wurde, über einen standardisierten achtseitigen Selbstausfüller-Fragebogen zu folgenden Themen (DAPP et al. 2009):

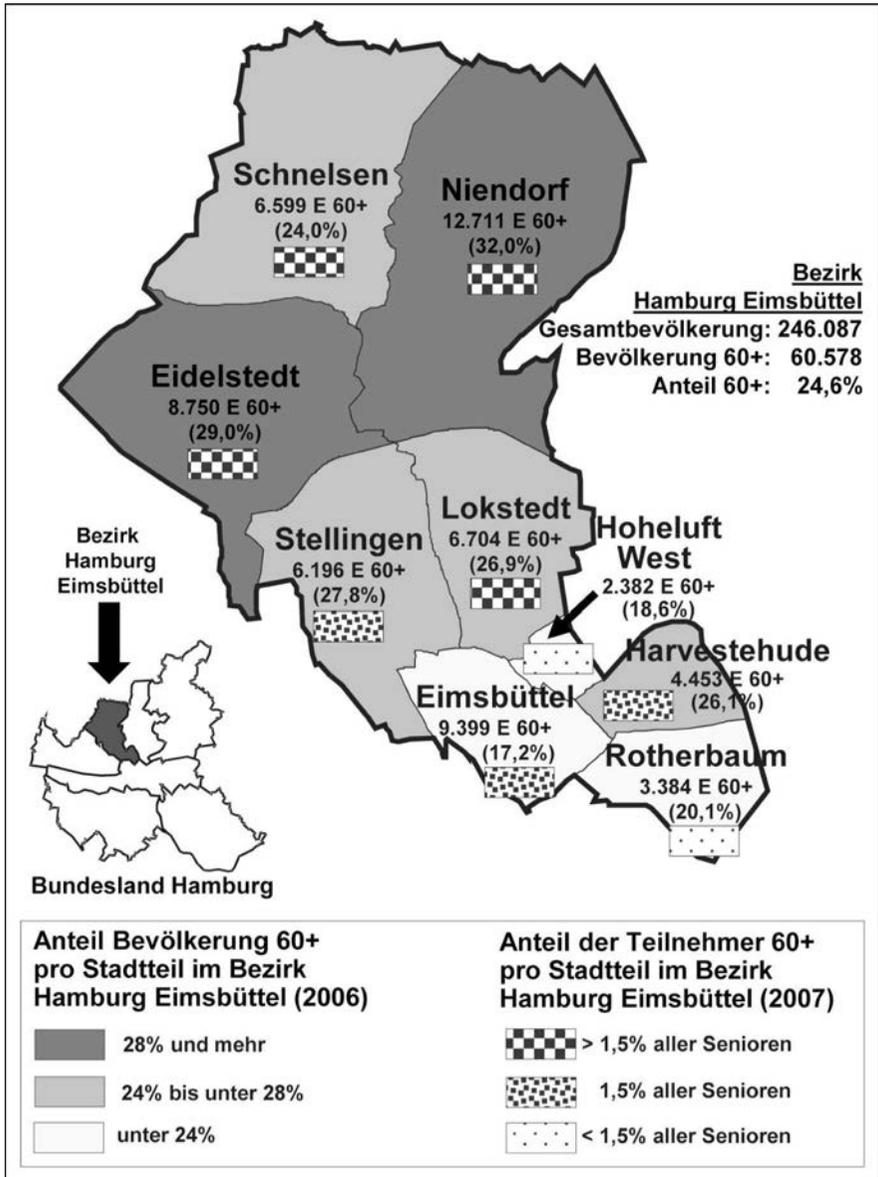


Abb. 3: Ältere Bevölkerung nach Stadtteilen und Befragungsrücklauf.

Stadtteil	Anzahl Einwohner ¹ (in % Bezirk)	Bevölkerung ¹ 60 Jahre und älter (in % im Stadtteil)	Ausländer ² im Stadtteil in %	ALG II Empfänger ² im Stadtteil in %	Fläche und Einwohner / km ²	Soziale Lage des Stadtteils ³
Eidelstedt	30.204 (12,3)	8.750 (29,0)	13,1	5,7	8,7 km ² ca. 3.500	Mittlere soziale Lage
Eimsbüttel	54.702 (22,2)	9.399 (17,2)	14,3	4,3	3,2 km ² ca. 16.700	Mittlere soziale Lage
Harvestehude	17.049 (6,9)	4.453 (26,1)	13,9	2,8	2 km ² ca. 8.400	Gute soziale Lage
Hoheluft West	12.788 (5,2)	2.382 (18,6)	11,7	3,1	0,7 km ² ca. 18.200	Mittlere soziale Lage
Lokstedt	24.893 (10,1)	6.704 (26,9)	15,6	4,2	4,9 km ² ca. 5.000	Mittlere soziale Lage
Niendorf	39.690 (16,1)	12.711 (32,0)	7,0	2,9	12,7 km ² ca. 3.100	Gute soziale Lage
Rotherbaum	16.853 (6,9)	3.384 (20,1)	23,3	2,3	2,9 km ² ca. 5.800	Gute soziale Lage
Schnelsen	27.617 (11,2)	6.599 (24,0)	11,0	3,8	9 km ² ca. 3.100	Gute soziale Lage
Stellingen	22.291 (9,1)	6.196 (27,8)	15,0	5,8	5,8 km ² ca. 3.800	Mittlere soziale Lage
Bezirk Eimsbüttel	246.087 (100)	60.578 (24,6)	13,2	4,0	49,9 km ² ca. 4.800	-

¹ Stand: 31.12.2006, STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (2007)

² Stand: 31.12.2005, BEZIRK EIMSBÜTTEL (2008)

³ definiert nach FREIE UND HANSESTADT HAMBURG (2001), S. 32

Tabelle 2: Ausgewählte Charakteristika der Stadtteile des Bezirks Hamburg Eimsbüttel

Soziodemographische Angaben

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

Einstellungen zum Älterwerden in unserer Gesellschaft

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

Einstellungen und Gewohnheiten rund um die Gesundheit

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

Mobilität im Aktionsraum

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

Bei der Stichprobenziehung (Ende Januar 2007) durch das Hamburger Fachamt für Zentrale Meldeangelegenheiten (HZM) handelt es sich um eine 4%-Zufallstichprobe der Eimsbüttler Bevölkerung mit einem Geburtsdatum vor dem 1.1.1947. Die Ziehung umfasste 14 Teilstichproben mit je sieben Altersklassen für Frauen (F 1–7) und Männer (M 1–7) der Jahrgänge 1946–1942, 1941–1937, 1936–1932, 1931–1927, 1926–1922, 1921–1917, 1916 und älter. Laut Stichprobenprotokoll des HZM lag der Auswahlatz zwischen 3,98% und 4,05% in den 14 Teilstichproben. Der angestrebte Rücklauf von 1–1,5% wurde bei nur geringen Schwankungen (1,0–1,7%) in allen 14 Teilstichproben erreicht. Dies gelang durch eine zweite gleichgroße Zufallsstichprobe, die vorsorglich gezogen wurde. Aus dieser zweiten Ziehung wurden nur Senioren aus den Teilstichproben angeschrieben, deren Rücklaufquote der ersten Ziehung unter 1% lag (erwartungsgemäß in den höheren Altersklassen). Von den insgesamt 3.342 verschickten Fragebögen kamen 47 leer zurück (Adressaten unbekannt verzogen). Die Datenbasis umfasst 29% auswertbare Fragebögen (950/3.295), davon 540 von Frauen und 395 von Männern; 15 Personen gaben ihr Geschlecht nicht an. Das detaillierte Ziehungs-Procedere sowie die genauen Versand- und Rücklaufquoten der 14 Teilstichproben findet sich bei DAPP et al. 2009.

Aufgrund der vereinbarten Anonymität der Befragung musste auf ein vergleichbares Procedere geringer Rücklaufquoten der ersten Ziehung aus bestimmten Stadtteilen verzichtet werden. Ohne Berücksichtigung der Wohnanschrift in der zweiten Ziehung zeigt sich eine Rücklaufquote nach Stadtteilen zwischen 0,8% und 1,8% (vgl. Tab. 3 und Abb. 3).

Stadtteil	Rücklauf (in % der Bevölkerung 60+ Jahre im Stadtteil)	Alter in Jahren Mittel- wert, Standard- abweichung (± SD)	Anzahl Frauen in %	Ge- burtsort Deutsch- land in % ¹	Höherer Schul- abschluss (Abitur / Real- Schule) in %	Netto- Ein- kommen pro Kopf < 500 EURO in % ²
Eidelstedt	146 (1,7)	72,4 ± 6,6	51,4	94,5	39,0	15,4
Eimsbüttel	144 (1,5)	72,5 ± 8,5	59,3	97,2	41,6	11,6
Harveste- hude	51 (1,5)	69,4 ± 6,7	52,9	94,1	82,0	8,0
Hoheluft West	21 (0,9)	71,1 ± 8,2	61,9	100,0	57,2	23,8
Lokstedt	116 (1,8)	72,7 ± 8,1	60,9	95,6	52,2	15,2
Niendorf	222 (1,8)	71,4 ± 8,4	55,7	97,3	58,7	9,3
Rother- baum	26 (0,8)	67,0 ± 6,9	61,5	96,2	84,6	3,8
Schnelsen	119 (1,8)	70,9 ± 8,3	56,3	91,6	37,0	13,6
Stellingen	93 (1,5)	70,3 ± 7,4	70,3	96,8	31,6	13,3
Bezirk Eimsbüttel	950 ³ (1,6)	71,5 ± 8,1	57,8	95,8	48,8	12,5

¹ inklusive ehemalige deutsche Ostgebiete (20-25 % der älteren Bevölkerung in Hamburg kommen aus diesen Gebieten)

² Fragestellung analog zur Gesundheitsberichterstattung (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2001): „Die offizielle Statistik besagt, dass Hamburger Senioren über ein Pro-Kopf-Nettoeinkommen von durchschnittlich 1.324 EURO / Monat verfügen. Welcher Betrag steht Ihnen persönlich monatlich zur freien Verfügung?“

³ davon 12 Personen ohne Angabe des Stadtteils

Tabelle 3: Rücklauf und ausgewählte soziodemographische Merkmale der Befragungsteilnehmer nach Stadtteilen.

Quelle: Repräsentative Seniorenbefragung 2007 (n = 950).

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

Die Ergebnisse der vielfältigen Themen dieser Seniorenbefragung geben Aufschluss über Einstellungen einer definierten und repräsentativen Bevölkerungsgruppe. Nach dem Konzept therapeutischer Landschaften können sie als Konzentrate der Konstrukte dieser Bevölkerung bildlich in subjektiv empfundene Landkarten der Bedeutung für die eigene Gesundheit umgesetzt werden.

6.2 *Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie (LUCAS)*

Bei der Konzeption der repräsentativen Seniorenbefragung wurde auf die Erhebung der exakten Seniorenadressen aufgrund umfangreicher Datenschutzauflagen verzichtet, da die Möglichkeit der flankierenden Nutzung von Ergebnissen der LUCAS Langzeit-Kohorte bestand, einer validen und innovativen Datenbasis der Forschungsabteilung Albertinen-Haus. Insgesamt bilden fünf universitäre und außer-universitäre Partnerinstitutionen den interdisziplinären LUCAS-Forschungsverbund in der Metropole Hamburg (BMBF Förderkennzeichen 01ET0708 + 01ET1002A) (RENTELN-KRUSE, von et al. 2011).

Die Langzeit-Kohorte beruht auf einer Senioren-Kohorte von damals 3.326 Personen (mindestens 60 Jahre alt, ohne Pflegestufe, ohne demenzielle Auffälligkeiten), die im Jahr 2000 an einer ersten Studie teilnahm und bereits damals ihre Einwilligung gab, an späteren Erhebungen und Untersuchungen ihrer gesundheitlichen Entwicklung teilzunehmen. Diese Personen wurden über ihre behandelnden Hausarztpraxen rekrutiert, die seitdem vertrauensvoll mit dem Forschungsteam des Albertinen-Hauses zusammenarbeiten (Standorte Hausarztpraxen vgl. Abb. 4). In der Datenbasis der Langzeit-Kohorte werden die individuellen Personendaten über die Periode von 2000 bis 2013 abgelegt. Für alle Personen sind unter Wahrung der Anonymität unterschiedliche, zeitlich gestaffelte Angaben mit Bezug zur Gesundheit abrufbar und somit auch mittels eines geographischen Informationssystems (GIS) analysierbar.

Der Fokus der LUCAS-Langzeit-Kohorte liegt auf der Untersuchung kausaler Determinanten individueller gesundheitlicher Entwicklungen im urbanen Raum Hamburg. Ziel ist dabei erstens, individuell modifizierbare (prä-)klinische Determinanten zu finden, die Aufschluss geben für ein Altern in Gesundheit im Vergleich zum Altern in Krankheit oder Behinderung und zweitens, Programme und Angebote zur individuellen Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung zu entwickeln und zu evaluieren (DAPP et al. 2011a). Dafür werden im Langzeit-Follow-Up nicht nur Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Tod gemessen (Überlebensanalysen), sondern über Selbstausfüller-Befragungen mit ausschließlich validen Fragen und Instrumenten (DAPP et al. 2011b; STUCK et al. 2007; ANDERS et al. 200; MEIER-BAUMGARTNER et al. 2006) insbesondere Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsvorsorge, Ernährung, körperliche Aktivität und Mobilität, funktioneller Status, Stürze, Medikamente, psychosoziale Einflüsse und Lebensbedingungen untersucht. Da bestimmte der oben genannten Fragen auch Bestandteil des LUCAS 7-Jahres-Follow-Ups waren, sind zur Seniorenbefragung Eimsbüttel neben vergleichenden auch komplementäre Analysen möglich (LUCAS Homepage vgl. <http://www.geriatrie-forschung.de>).

Die statistischen Analysen beschränkten sich in dieser Arbeit auf Tabellierungen und grafische Darstellungen. Verwendet wurde SPSS, Version 12.0, die graphische Darstellung erfolgte mittels Microsoft Office (Excel und Powerpoint) sowie mit dem Geoinformationssystem ArcViewGIS Version 3.3.

7 Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse zeigen eine heterogene, überwiegend aktive, ältere Bevölkerung, deren Bewusstsein für gesundheitsfördernde Lebensstile gezielt multidimensional

ausbaufähig ist. In Ergänzung zu den Ergebnissen bei DAPP et al. (2009) liegt der Fokus der nachfolgenden Ergebnisse auf der räumlichen Ebene der neun Stadtteile des Bezirks Eimsbüttel mit 246.087 Einwohnern zum Zeitpunkt der Stichprobenerhebung Ende 2006. Dies entspricht 1/7 (14,2%) der Hamburger Gesamtbevölkerung. Ein Viertel (24,6%) der Eimsbüttler Bevölkerung (ebenso in Hamburg) ist mindestens 60 Jahre alt.

7.1 Soziodemographische Merkmale der repräsentativen Stichprobe nach Stadtteilen

Abbildung 3 stellt die Verteilung der Grundgesamtheit sowie den Befragungsrücklauf im Bezirk Eimsbüttel kartographisch dar. Aus den zentrumsferneren Stadtteilen, in denen überdurchschnittlich viele Senioren leben (=24%), war der Rücklauf erwartungsgemäß höher mit je 1,8% in Niendorf, Schnelsen und Lokstedt und 1,7% in Eidelstedt. Entsprechend weniger Rücklauf als erwartet kam aus Hoheluft West (0,9%) und Rotherbaum (0,8%) mit weniger Seniorenanteil im Stadtteil (vgl. Tab. 3).

Der Frauenanteil von 58% entspricht exakt der Verteilung in der über 60-jährigen Gesamtbevölkerung in Hamburg. Bei der Unterscheidung soziodemographischer Merkmale nach Stadtteilen fanden sich in den Stadtteilen mit guter sozialer Lage mit Ausnahme des Stadtteils Schnelsen (vgl. Tab. 2) überdurchschnittlich mehr höhere Bildungsabschlüsse und einhergehend höhere Netto-Einkommen; dies allerdings auch in Hoheluft West und Lokstedt (vgl. Tab.3).

7.2 Landschaft der Einstellungen und Überzeugungen zum Alter(n)

Mit einem mittleren Alter von 71,5 Jahre (60–97 Jahre) fühlten sich gut zwei Drittel der Befragten (68,9%) überwiegend „jung“ oder „noch nicht alt“ und wünschten auch nicht mit ihrem Alter in Beziehung gesetzt werden. Das gewünschte kalendarische Lebensalter betrug durchschnittlich 88 Jahre (60–150 Jahre), unabhängig vom Wohnort (vgl. Tab. 4). Altern scheint erstrebenswert zu sein, denn die ältere Hälfte der Stichprobe (Personen über 70 Jahre), möchte, unabhängig von Geschlecht und „gefühltem Alter“, im Mittel 2,5 Jahre länger leben (89,4 Jahre) als die jüngere Hälfte der Personen zwischen 60 bis 70 Jahre mit einem Wunschalter von 87,0 Jahre ($p < .0001$). Diese Zukunft bejahende Einstellung zeigte sich auch in der Einschätzung der gegenwärtigen Situation anhand bipolarer Eigenschaftspaare. Die Begriffe Hoffnung, Anerkennung, Zufriedenheit, Freude, Erfolg, Selbständigkeit, Aktivität, Geselligkeit erzielten durchweg Werte über 80%. Altern bedeutet aber auch, nicht mehr ganz ausgefüllt zu sein (24,9%) sowie die Sorge, zukünftig im Alter auf fremde Hilfe oder Pflege angewiesen zu sein (84,5%). Hier zeigt sich der ausgeprägte Wunsch nach zukünftiger Autonomie und Gesundheit. Es fanden sich keine abweichenden Muster auf Stadtteilebene (vgl. Tab. 4). Auch hier waren es andere Merkmale, die diese therapeutische Landschaft prägen. Frauen und Personen mit schlechter „gefühlter Gesundheit“ beschäftigte die Sorge um den Verlust ihrer Autonomie und Selbständigkeit im Alter signifikant häufiger.

Stadtteil	Wunsch- Alter in Jahren Mittel- wert, Standard- abweichung (\pm SD) ¹	Selbst- einge- schätztes Alter „jung“ / „noch nicht alt“ in % ²	Aktuelle Situation: „Aner- kennung“ in % ³	Aktuelle Situation: „Aktivi- tät“ in % ⁴	Altern heißt, nicht mehr ganz ausgefüllt zu sein „trifft zu“ in % ⁵	Sorge, im Alter auf fremde Hilfe / Pflege ange- wiesen zu sein in % ⁶
Eidelstedt	88,5 \pm 7,9	67,6	92,8	88,4	25,6	85,6
Eimsbüttel	87,9 \pm 7,7	64,0	95,0	88,3	26,5	87,8
Harveste- hude	89,0 \pm 11,8	54,0	95,5	83,0	27,3	77,1
Hoheluft West	87,5 \pm 6,8	68,4	89,5	80,0	27,8	85,7
Lokstedt	88,9 \pm 6,7	71,7	93,7	90,2	24,8	87,6
Niendorf	87,8 \pm 6,6	72,1	96,8	89,7	26,1	82,4
Rother- baum	85,2 \pm 6,6	73,9	95,7	84,0	16,7	95,7
Schnelsen	88,4 \pm 7,2	70,4	94,1	83,7	24,8	78,6
Stellingen	87,3 \pm 7,6	72,7	98,8	91,7	20,0	89,7
Bezirk Eimsbüttel	88,0 \pm 7,6	68,9	94,9	88,2	24,9	84,5

¹ Menschen haben unterschiedliche Vorstellungen, wie alt sie werden möchten.
Wie alt möchten Sie gerne werden?

² Wie schätzen Sie sich selbst ein? (jung / noch nicht alt / alt / sehr alt)?

³ Welche der folgenden Eigenschaften entspricht eher Ihrer gegenwärtigen Situation?
Empfinden und erleben Sie überwiegend Anerkennung oder Ablehnung?

⁴ Welche der folgenden Eigenschaften entspricht eher Ihrer gegenwärtigen Situation?
Empfinden und erleben Sie überwiegend Aktivität oder Passivität/Rückzug?

⁵ Alt zu sein, heißt für mich überwiegend Nicht mehr ganz ausgefüllt zu sein (Trifft zu / Trifft nicht zu)

⁶ Wenn Sie an Ihre Zukunft denken, welche Gedanken bereiten Ihnen Sorge?
Auf fremde Hilfe / Pflege angewiesen zu sein

Tabelle 4: Ausgewählte Einstellungen zum Altern nach Stadtteilen.

Quelle: Repräsentative Seniorenbefragung 2007 (n = 950).

7.3 Landschaft der Einstellungen und Überzeugungen zu Gesundheit und Gesundheitsangeboten

Zwei Drittel bezeichneten ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand als „gut“ oder „sehr gut“ (zusammen 66,8%). Allerdings gibt es eine breite Streuung nach Stadtteilzugehörigkeit (57,1% in Hoheluft West bis 75,7% in Lokstedt). Gleiches gilt für die Einstellungen zur Bewegungsförderung, sei es in Form von regelmäßigem

Sporttreiben in einem Verein (38,2%) oder der Bewegung in der Freizeit (90,7%) oder der Inanspruchnahme präventivmedizinischer Vorsorgemaßnahmen (75,6%). Auch hier fand sich eine Streuung der prozentualen Anteile, allerdings ohne dass sich ein Muster in bestimmten Stadtteilen abzeichnete (vgl. Tab. 5).

Bei der Frage nach der Kontrollüberzeugung, d.h. nach der Verantwortung für die eigene Gesundheit überwiegt die interne Kontrollüberzeugung (eigene Person und Familie sind verantwortlich für eigene Gesundheit) bei jedem zweiten Befragten (51,5%). Besonders ausgeprägt ist diese Einstellung in den Stadtteilen mit guter sozialer Lage zuzüglich Stellungen (vgl. Tab. 5).

Ein eher einheitliches Bild zeigte sich bei der Einstellung zu (nicht vorhandenen) Angeboten zur Gesundheitsvorsorge. Hier fiel ein sehr hoher Anteil Unentschlossener auf. So konnte sich bei der Aussage „Ich kann nichts tun, weil es keine Angebote zur Gesundheitsvorsorge für mich gibt“ ein Drittel der Befragten weder für „ja“ noch „nein“ entscheiden. Werden diese Unentschlossenen (keine Angabe) mit den Personen summiert, die diese Frage mit „ja“ beantworteten, so wissen 41,5% im Bezirk (38,0–45,8% in den Stadtteilen) nicht um Angebote der Gesundheitsvorsorge für sich. Hier herrscht ein stadtteilübergreifendes Informationsdefizit.

Abschließend wird Abbildung 4 gezeigt. Hier wurde unter Zuhilfenahme eines GIS die Verteilung der Wohnstandorte der Befragungsteilnehmer nach Maß ihrer körperlichen und geistigen Fitness zur Aktivitätendurchführung im Raum visualisiert. Hierfür wurde die LUCAS-Kohorte ausgewählt, da nur in dieser Kohorte neben Angaben zum Wohn-Stadtteil die genauen Wohnadressen bekannt sind (keine anonyme Querschnittbefragung wie Seniorenbefragung Eimsbüttel). Den Analysen für Abbildung 4 liegen multidimensionale Determinaten zugrunde, die Einfluss haben auf Qualität und Quantität von Aktivitätendurchführungen im Raum (vgl. Abb. 1). So beschreibt das Profil eines rüstigen Seniors sechs Marker, die körperliche und soziale Aktivität sowie kognitive Flexibilität wie verschiedene Trainingsqualitäten, freiwilliges Engagement und Mobilität umfassen. Sechs weitere Marker orientieren sich an der internationalen Definition von „Frailty“ (Gebrechlichkeit) und umfassen geringe körperliche Aktivität, Kraftverlust, Instabilität, Verlangsamung und ungewollten Gewichtsverlust. Die Analyse nach diesem Verfahren (Ausprägungen „rüstig“ abzüglich Ausprägungen „gebrechlich“) ergab für das Befragungsjahr 2007 drei Subpopulationen, in die alle 2.012 Senioren eingruppiert werden konnten, die seit 2000 teilnehmen (damals alle selbständig ohne Pflegebedürftigkeit). Ein Drittel der Senioren (32%) zeigt auch im 7-Jahres-Follow-up Fähigkeiten für ein sehr hohes Aktivitäten-Ausmaß (Fitness-Status +6 bis +3), jeder Zweite (52%) einen mäßigen Aktivitäts-Score (Fitness-Status +2 bis -2) und 16% eine geringe Belastbarkeit (Fitness-Status -3 bis -6).

Abbildung 4 zeigt lediglich die Wohnstandorte der 730 Senioren der LUCAS-Langzeitkohorte, die zum Befragungszeitraum 2007 im Bezirk Eimsbüttel gemeldet waren. Diese gruppieren sich erwartungsgemäß um die sechs Standorte der Hausarztpraxen, die im Bezirk Hamburg Eimsbüttel seit 2000 an der LUCAS-Langzeitstudie teilnehmen (zwei Hausarztpraxen im Stadtteil Eimsbüttel, zwei in Niendorf und zwei in Schnelsen). Es zeigt sich in dieser Darstellung kein Cluster nach Fitness-Status und damit der Fähigkeit, Aktivitäten in unterschiedlicher Intensität durchführen zu können.

Stadtteil	Selbst-einge-schätzte Gesundheit „sehr gut“ / „gut“ in % ¹	Sport-treiben in einem Verein „ja“ in % ²	Bewe-gung in der Freizeit „ja“ in % ³	Teil-nahme an Vor-sorge-Untersuchungen „ja“ in % ⁴	Kontroll-überzeugung Gesundheit „intern“ in % ⁵	Es gibt keine Angebote zur Ges.-Vorsorge im Alter „ja / k. A.“ in % ⁶
Eidelstedt	67,1	40,3	89,6	69,9	47,9	40,4
Eimsbüttel	58,2	28,8	90,8	76,7	40,1	45,8
Harvestehude	74,5	46,3	90,9	76,1	59,2	43,1
Hoheluft West	57,1	30,0	73,7	65,0	47,6	38,0
Lokstedt	75,7	37,2	92,9	81,9	54,0	38,7
Niendorf	68,3	37,9	91,9	75,0	51,4	40,6
Rotherbaum	69,2	45,5	100,0	95,2	65,4	38,5
Schnelsen	66,9	42,9	87,7	75,2	58,6	41,1
Stellingen	64,1	41,1	91,4	78,6	56,2	43,0
Bezirk Eimsbüttel	66,8	38,2	90,7	75,6	51,5	41,5

¹ Wie würden Sie im Großen und Ganzen Ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand beschreiben?
(sehr gut / gut / mäßig / schlecht)

² Um meine Gesundheit zu erhalten tue ich folgendes
Ich treibe regelmäßige Sport in einem Verein (Sportart bitte benennen)

³ Um meine Gesundheit zu erhalten tue ich folgendes
Ich bewege mich in meiner Freizeit (Tätigkeiten bitte benennen)

⁴ Um meine Gesundheit zu erhalten tue ich folgendes
Ich gehe regelmäßig zu Vorsorge-Untersuchungen

⁵ Wer ist Ihrer Meinung nach verantwortlich für Ihre Gesundheit? (Mehrfachnennungen)
(Hausarzt / Fachärzte / Therapeuten / Ich selbst / Meine Familie)
Interne Kontrollüberzeugung: Nur „Ich selbst“ und/oder „Meine Familie“
Externe Kontrollüberzeugung: Nur „Hausarzt“ und/oder „Fachärzte“ und / oder „Therapeuten“
Gemischte Kontrollüberzeugung: Mix aus internen und externen Angaben

⁶ Um meine Gesundheit zu erhalten tue ich folgendes
Ich kann nichts tun, weil es keine Angebote zur Gesundheitsvorsorge für mich gibt

Tabelle 5: Ausgewählte Einstellungen zur Gesundheit nach Stadtteilen

Quelle: Repräsentative Seniorenbefragung 2007 (n = 950).

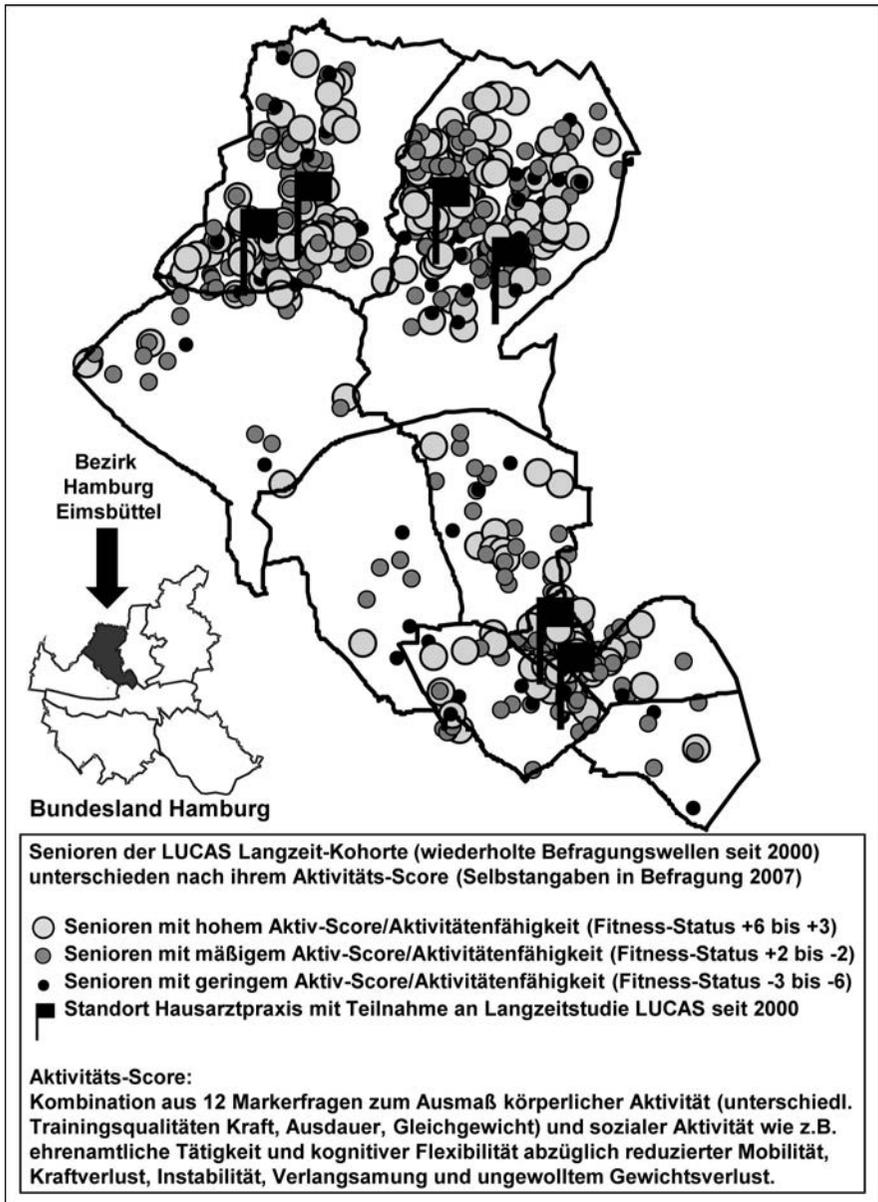


Abb. 4: Aktiv-Score Seniorenkohorte der Langzeitstudie LUCAS in Hamburg, Statusjahr 2007.

8 Fazit und Ausblick

Bei der großen Bandbreite möglicher sozialer, kultureller, symbolisch-mentaler und anderer therapeutischer Landschaftskonstrukte (vgl. Abb. 1) ist die präzise Definition therapeutischer Landschaften im Raum schwierig bzw. variiert jeweils von Situation zu Situation. Die dargestellten Ergebnisse dieser Untersuchung basieren deshalb auf einer definierten Zielgruppe – ältere Teilnehmer einer repräsentativen Querschnitt- und einer Langzeit-Befragung mit vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien – zu einem festgelegten Befragungszeitpunkt (Jahr 2007) in einem gut beschriebenen Raum (Bezirk Hamburg Eimsbüttel, in dem gut 60.000 ältere Menschen ab 60 Jahre leben). Dabei konzentriert sich diese Untersuchung mehr auf die anthropogen gestaltete „bebaute“ Landschaft als auf natürliche und naturnahe therapeutische Landschaften. Emotionen und Erfahrungswissen (subjektiv und objektiv) der Personen, die im sozialen Raum arbeiten und planen wurden in Beziehung gesetzt mit den Senioren-Einstellungen zu Altern und Gesundheit sowie deren (Nicht-)Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen / Präventionsangebote für Senioren im Aktionsraum.

Ausgewählte Ergebnisse der repräsentativen Befragung wurden in diesem Beitrag als Konzentrate der Senioren-Konstrukte im Raum tabellarisch erfasst sowie der Aktiv-Score, der zu allen Befragungszeitpunkten der Langzeitbefragung repetitiv erhoben wird, kartographisch dargestellt. Hier wird jedoch kein wesentlicher Erkenntnisgewinn erzielt. Für die zukünftige Arbeit ist der Einsatz modernerer GIS-Verfahren geplant (z.B. GeoTime 5.3 Oculus Info Inc.). Diese neue Generation von GIS-Anwendungen erlaubt die Darstellung von räumlichen Daten unter Berücksichtigung zeitlicher Faktoren im Raum. So ist geplant, das Gesundheitsverhalten der Teilnehmer der LUCAS-Langzeitkohorte in Abhängigkeit des Gesundheitszustandes (geriatrische Fitness) der (auch) „domestizierten“ Landschaft darzustellen.

Die Darstellung der Ergebnisse auf Stadtteilebene zeigte in Abhängigkeit der Fragestellungen jeweils unterschiedliche Muster der Senioreneinstellungs-Konzentrate. Diese werden nun vom öffentlichen Gesundheitsdienst als weitere Planungsgrundlage bei der Entwicklung und Umsetzung von Handlungsfeldern genutzt. Deutlich gezeigt hat sich bei der Analyse, dass die räumliche Infrastrukturausstattung auf Stadtteilebene weniger Ansatzpunkte für das planerische Handeln lieferte als die Einstellungen der Senioren. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die überwiegende Mehrheit aller befragten Senioren seit vielen Jahren weiterhin selbstständig im eigenen Zuhause und damit im selben, alt bekannten Stadtteil lebt.

Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand, gefühltes Alter, Kontrollüberzeugung sowie Grad der Information über und Motivation zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen (health literacy) beeinflussen die Nutzung bzw. Nicht-Nutzung von Angeboten der Gesundheitsvorsorge. Beobachtungen im Langzeitverlauf spiegeln viele dieser Faktoren als präklinische Marker des natürlichen bzw. krankhaft veränderten Krankheitsverlaufs wider, unabhängig von der räumlichen Ausstattung der Wohnorte der Senioren (DAPP 2008).

Bei der Präzisierung unterschiedlicher Konstrukte therapeutischer Landschaften, wie Landschaften medizinischer Dienstleistungen, sozialer Beziehungen oder Überzeugungen, besteht weiterer Forschungsbedarf zur Raumwahrnehmung durch

die große Bevölkerungsgruppe älterer Menschen unter Berücksichtigung folgender Punkte:

- Die Gruppe älterer Menschen ist ausgesprochen heterogen; biologisches Alter und kalendarisches Alter können erheblich differieren.
- Alter ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit, aber hohes Lebensalter ist assoziiert mit vor allem chronischer Krankheit und Krankheitsfolgen.
- Funktionelle Beeinträchtigungen und daraus folgende Behinderung bestimmen wesentlich die Lebensqualität älterer Menschen und schränken Selbsthilfepotenzial und ihre Möglichkeiten unabhängiger Lebensgestaltung entscheidend ein.

Bei der Evaluation der Raumwahrnehmung im Sinne der tatsächlichen Nutzung sowie der subjektiven Einstellungen zur (Nicht)-Inanspruchnahme kann das individualsbezogene ICF-Modell (vgl. Abb. 2) weiterhelfen. Die Wechselwirkungen der individuellen Aspekte eines Gesundheitsproblems und daraus resultierenden Konsequenzen für Aktivitäten und Partizipation zuzüglich empirisch ermittelter abstrahierter Konzentrate der älteren Bevölkerung (ihre Einstellungen, Überzeugungen, Motive, Selbstwirksamkeit) können das Verständnis dafür fördern, wie sich Gesundheitsprozesse in therapeutischen Landschaften, d.h. an Orten (in Situationen, Settings, Milieus) entfalten (vgl. Abb. 1). Der Einsatz wiederholter, multidimensionaler Befragungen derselben Personen im Langzeitverlauf in Kombination mit modernen GIS-Anwendungen lässt Fortschritte eines tieferen Verständnisses gesundheitsrelevanter Prozesse in Raum und Zeit erwarten.

Literatur

- ANDERS, J., U. DAPP, S. LAUB, W. VON RENTELN-KRUSE u. K. JUHL 2006: Einschätzung der Sturzgefährdung gebrechlicher, noch selbstständig lebender, älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, S. 268–276.
- BEZIRKSAMT EIMSBÜTTEL (Hrsg.) 2008: BEP Eimsbüttel 2008. Bezirklicher Entwicklungsplan. Bezirksamt Eimsbüttel, Hamburg.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) 2006: Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation. Frankfurt (= Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, H. 6).
- DAPP, U. 2008: Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Stuttgart.
- DAPP, U. u. M. DIRKSEN-FISCHER 2006: Einsatz eines Geoinformationssystems (GIS) zur Implementierung einer internetgestützten Informationsplattform räumlicher und inhaltlicher Daten von Gesundheitsdienstleistern in Hamburg. In: Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung, 1, S. 159–165.
- DAPP, U., C. LORENTZ, S. LAUB, J. ANDERS, W. VON RENTELN-KRUSE, C. MINDER u. M. DIRKSEN-FISCHER 2009: Im Alter aktiv und gesund leben – Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42, S. 245–255.
- DAPP, U., R. FERTMANN, J. ANDERS, S. SCHMIDT, F. PRÖFENER, C. DENEKE, C. MINDER, J. HASFORD u. W. VON RENTELN-KRUSE 2011a: Die Longitudinal-Urban-Cohort-Ageing-Studie (LUCAS). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2011 [Suppl 2] 44, S. 55–71.

- DAPP, U., J. ANDERS, W. VON RENTELN-KRUSE, C.E. MINDER, H.P. MEIER-BAUMGARTNER, C.G. SWIFT, G. GILLMANN, M. EGGER, J.C. BECK u. A.E. Stuck (for the PRO-AGE Study Group) 2011b: A Randomized Trial of Effects of Health Risk Appraisal Combined With Group Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults. In: *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 66A, S. 591–598.
- DEUTSCHER PRÄVENTIONSPREIS 2005 (Hrsg.): Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte. Die Preisträger und Nominierten. Als Download verfügbar unter <http://www.deutscher-praeventionspreis.de>. (Stand 30.09.2009).
- FRANZKOWIAK, P. u. P. SABO (Hrsg.)²1998: Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz.
- FREIE UND HANSESTADT HAMBURG (Hrsg.) 2001: Stadtdiagnose 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Hamburg.
- GESLER, W.M. 1992: Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. In: *Social Science & Medicine*, 34, S. 735–746.
- KISTEMANN, T. u. T. CLAßEN 2012: Therapeutische Landschaften – Schlüsselkonzept einer post-medizinischen Geographie der Gesundheit. In: *Berichte zur deutschen Landeskunde*, 86, S. 109–124 [in diesem Heft].
- LOLL, B.-U. u. J. MÜLLER 1990: Sozialräumliche Gliederung Hamburgs 1987. In: *Hamburg in Zahlen*. Statistisches Landesamt Hamburg, Heft 3, S.72–123.
- MEIER-BAUMGARTNER, H.P. u. U. DAPP 2001: Geriatisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle. Stuttgart (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 204).
- MEIER-BAUMGARTNER, H.P., U. DAPP u. J. ANDERS²2006: Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart.
- VON RENTELN-KRUSE, W., U. DAPP, J. ANDERS, F. PRÖFENER, S. SCHMIDT, C. DENEKE, R. FERTMANN, J. HASFORD u. C. MINDER C 2011: The LUCAS (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study) consortium. Objectives of interdisciplinary research on selected aspects of ageing and health care for older people in an urban community. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44, S. 250–255.
- ROBINE, J.-M., C. JAGGER, C.D. MATHERS, E.M. CRIMMINS u. R.M. SUZMAN (Hrsg.) 2003: *Determining health expectancies*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5660.
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2007: Bevölkerung in Hamburg am 31.12.2006, A I/S 1 – j/06 H. Als download verfügbar unter www.statistik-nord.de/index.php?id=552 (Stand 15.02.2008)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) 2003: Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2003.
- STUCK, A.E., K. KHARICHA, U. DAPP, J. ANDERS, W. VON RENTELN-KRUSE, H.P. MEIER-BAUMGARTNER, D. HARARI, C.G. SWIFT, K. IVANOVA, M. EGGER, G. GILLMANN, J. HIGA, J.C. BECK u. S. ILIFFE 2007: Development, feasibility and performance of a health risk appraisal questionnaire for older persons. *BMC Medical Research Methods*, 7:1. In: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/1> (21.06.2012).
- VERBRUGGE, L.M. u. A.M. JETTE 1994: The disablement process. In: *Social Science & Medicine*, 38, S. 1–14.

- WHO – World Health Organization 1980: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva.
- WHO – World Health Organization 2001: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva.
- WHO – World Health Organization 2009 : The WHO Family of International Classifications. Als Download verfügbar unter: <http://www.who.int/classifications/en/> (Stand: 27.07.2009).